



MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL
NACIONAL
SANTA ANA



PALABRA CLAVE:

FORMACION

PROCESOS

SEGURIDAD

Hospital Nacional de Santa Ana



Gestión del conocimiento del talento humano como estrategia clave para avanzar en la implementación del modelo con enfoque de procesos y atención segura en salud.

Periodo 2014 - junio 2025.



2025

Dr. Ricardo Armando Peñate Guerra
Director Hospital Nacional de Santa Ana

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 1



Mejor Práctica 2025:

Gestión del conocimiento del talento humano como estrategia clave para avanzar en la implementación del modelo con enfoque de procesos y atención segura en salud.

Periodo 2014 - junio 2025.



Autorizado por:

Dr. Ricardo Armando Peñate Guerra
Director Hospital Nacional de Santa Ana

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 2



Equipo postulador

Nombre	Profesión	Rol en el equipo	Cargo del integrante
Dr. Ricardo Armando Peñate Guerra	Médico	Alta Gerencia	Director del Hospital
Dra. Sandra Marlene Villafuerte de Marroquín	Médico	Coordinadora	Jefe de Unidad Organizativa de Calidad
Dr. Jorge Alfredo Jiménez Rivas	Médico	Facilitador del conocimiento	Jefe de Unidad de Planificación
Dr. Luis Mauricio Lima Cortez	Médico	Facilitador del conocimiento	Médico supervisor de calidad y seguridad
Dr. Lucio Isaí Sermeño Hernández	Médico	Facilitador del conocimiento	Colaborador técnico médico sistemas de información y Epidemiología
Licda. Lorena Beatriz Lemus de Vásquez	Licda en enfermería	Facilitador del conocimiento de atención segura en salud	Enfermera supervisora gestora de calidad y seguridad.

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA 
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 3

Contenido

Presentación	4
Objetivos	6
1. Liderazgo y compromiso de la alta dirección	7
1.1. Promover la implementación y dar a conocer la mejor práctica.....	7
1.2. Fortalecimiento al equipo por parte de la alta dirección.....	8
2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora	11
2.1. Identificación, priorización, análisis e impacto de la oportunidad de mejora.....	11
2.2. Recolección y análisis de la información.....	16
3. Gestión de la intervención, proyecto o buena práctica implementada	20
3.1 Planificación e implementación de la mejor práctica.....	20
3.2 Control y seguimiento.....	26
4. Gestión del equipo de mejora	28
4.1 Integración y desarrollo del equipo de mejora.....	28
5. Gestión del conocimiento e innovación de las mejores prácticas	33
5.1 Gestión del conocimiento en la mejor práctica.....	33
5.2 Gestión de la innovación en la mejor práctica.....	35
6. Resultados de la mejor práctica	35
6.1 Resultado en la Eficacia/eficiencia organizacional.....	35
6.2 Resultados en la orientación al ciudadano.....	41
6.3 Resultados financieros y relación costo beneficio.....	46
7. Sostenibilidad y mejora	48
7.1.Sostenibilidad.....	48
7.2 Mejora.....	50
Glosario	51
Anexos	52

 <p>MINISTERIO DE SALUD</p>	<p>RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025</p>	 <p>HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA</p>
	<p>HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA</p>	<p>Página 4</p>



Presentación

El Hospital Nacional de Santa Ana esta categorizado como Hospital Regional de segundo nivel de atención y de referencia para la zona occidental de salud, con una dotación de camas censables de 469, camas extras 268 y camas no censables 73, siendo la oferta de servicios las 4 especialidades médicas, 25 subespecialidades, 3 unidades de cuidados intensivos para la atención de recién nacido, del paciente adulto, y pediátrico y servicios ambulatorios de mediana y algunos de alta complejidad.

Es oportuno destacar que a lo largo de una década (2014-2024) se han incrementado las necesidades y expectativas de los usuarios, tal como lo refleja, por ejemplo, la información comparada del año 2024 con año 2023 (**fuente: [SIMMOW](#)**), en el que se registraron para el año 2024, un total de **229,453** consultas ambulatorias (189,093 para el año 2023), de las cuales el 40.4% (92,813) corresponde a consultas de emergencia (para el año 2023: 62,590) y el 59.5% (136,640) corresponden a Consulta Externa (año 2023: 126,503). Además, para el mismo periodo de tiempo se registraron 29,211 egresos (27,118 egresos en el 2023), de los cuales el 23.7% (6,924) corresponden a Ginecoobstetricia, 19.3% (5,652) corresponden a Medicina Interna y el 19.1% (5,601) corresponden a Pediatría. Con esta importante información y el incremento de atenciones brindadas a la población, día a día, ha sido indispensable durante el tiempo y como parte de la mejora continua de la calidad, la búsqueda de estrategias que favorezcan la calidad y seguridad de nuestros usuarios en la atención.

Como hito, entre el año 2010-2012 se documentaron por primera vez los procesos institucionales (**ver anexo 1 en código QR – Implementación de un modelo de gestión por procesos e imagen de remisión de dicho proyecto a través de correo electrónico, junio 2010**); este hecho hizo que surgiera un equipo supervisor que midiera el primer esfuerzo de implementación (USME, Unidad de Planificación, Monitoreo y Evaluación). Por lo que en el año 2012 esta unidad informó a la dirección del hospital que las unidades organizativas estaban implementando con un insuficiente despliegue, los procesos, dando como resultado un 39% de implementación. Este informe fue el inicio de la Buena Práctica por lo que la alta dirección comisionó a la Unidad de Calidad del hospital en busca de la mejora continua y el fortalecimiento de la implementación de una cultura de calidad con enfoque a procesos en un inicio y seguridad del paciente a partir del año 2017.

Para lograr el engranaje, la planeación y avanzar en la implementación de los procesos y la atención segura en salud, ha sido necesario durante el tiempo, incorporar elementos claves como el análisis de la situación diagnóstica del hospital FODA, plasmado en los Planes Anuales Operativos del hospital desde los años 2013- 2025 (FODA, ver [Portal de Transparencia](#) y **ver anexo 2 en código QR – PAOH 2024 ver objetivo 1 y 2025 ver objetivo 1 y 8**). En esta herramienta de gestión se ha plasmado las



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 5

fortalezas y oportunidades como lo son, “las alianzas estratégicas con otras instituciones (universidades); punto fuerte que el equipo de mejora aprovecho y que diera como resultado la creación de la Mejor Práctica: *“gestionar el conocimiento del talento humano dotando de competencias directivas, herramientas para el diseño e implementación de procesos y MCC (mejora continua de la calidad), con una visión a 10 años (2014-2024), para evidenciar cambios a través de la transferencia de conocimientos y, a partir del año 2024, el fortalecimiento de la atención segura en salud mediante el desarrollo del primer diplomado denominado: Seguridad Integral en la Atención Sanitaria para la Protección del Paciente, Familia y Comunidad.*

Cabe destacar que a partir año 2014 la UOC ha plasmado en su Plan Anual Operativo, de conformidad con el grado de desarrollo de los procesos, la mejor práctica, siendo la condición inicial que los participantes ocuparan puestos claves (jefaturas, coordinadores de programas, mandos medios y comités de calidad). A la fecha, se han desarrollado 8 cursos de competencias directivas con un total de 160 participantes y un diplomado de atención segura en salud con 20 recursos formados. La transferencia del conocimiento se ha logrado compartir con 5 hospitales (H. San Rafael, Zacamil, Metapán, Sonsonate y Hospital Psiquiátrico) y la Dirección de Monitoreo Estratégico de Servicios de Salud MINSAL.

Todo lo anterior, ha contribuido a que el 100% de jefaturas médicas y servicios de apoyo autoevalúen los procesos a partir del año 2022 con los manuales de procesos actuales diseñados por el MINSAL y, realicen rendición de cuentas ante el Consejo Estratégico de Gestión. Asimismo, como resultado del diplomado de atención segura en salud actualmente se disponen de 20 iniciativas de seguridad, las que a junio 2025 están en fase de implementación por cada uno de los participantes. Cabe destacar que la alianza estratégica con la Universidad Autónoma de Santa Ana (UNASA) le ha otorgado valor agregado ante el respaldo académico.

Con la institucionalización del conocimiento, se ha logrado el empoderamiento de líderes claves en la gestión hospitalaria, fortaleciendo los procesos misionales, estándares de calidad, el rol de los comités hospitalarios (15 comités), en pro de mejorar la calidad de atención y la satisfacción de nuestros usuarios. En suma, los resultados de la mejor práctica invitan a que los hospitales deben de desarrollar modelos de formación al talento humano clave del hospital para avanzar en la cultura de calidad con enfoque a procesos y atención segura en salud y estos, deben de ser adecuados, coherentes, oportunos, actualizados y atractivos al personal tomando en cuenta los desafíos actuales de las empresas sanitarias.

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 6



Objetivos de la Mejor Práctica

General

Potencializar la implantación de una cultura de calidad y seguridad institucional con enfoque de procesos, mediante el desarrollo de un modelo de formación dirigido al talento humano clave del Hospital Nacional de Santa Ana, que contribuya a mejorar el liderazgo, la toma de decisiones y la calidad en la prestación de los servicios con miras a satisfacer las necesidades del ciudadano, en el periodo del 2014 – a junio 2025.

Específicos

- Disponer de modelo de formación en gestión con enfoque de procesos, competencias directivas y atención segura en salud, avalado por una institución académica de enseñanza superior.
- Desarrollar cursos formativos dirigido a profesionales técnicos y administrativos que permita avanzar al hospital en la gestión con enfoque de procesos, mejora continua de la calidad y atención segura en salud.
- Disponer de talento humano institucional que participe activamente en la comprensión, medición y evaluación de procesos.
- Generar iniciativas de atención segura en salud a través de los profesionales formados, como producto principal de la gestión del conocimiento.
- Expandir la gestión del conocimiento con hospitales de la RIIS.

 <p>MINISTERIO DE SALUD</p>	<p>RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025</p>	 <p>HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA</p>
	<p>HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA</p>	<p>Página 7</p>



1.Liderazgo y compromiso de la alta dirección

1.1 Promover la implementación y dar a conocer la mejor práctica a toda la institución

1. ¿Cómo la alta dirección se involucra durante la creación, implementación, divulgación en diferentes espacios y empodera a los miembros del equipo para el desarrollo de la buena práctica?

A partir del año 2014 el Hospital Nacional de Santa Ana participa en la postulación al reconocimiento a las mejores prácticas en salud, depositando su confianza de tan relevante proceso desde su identificación, implementación y seguimiento a la Unidad Organizativa de la Calidad del hospital, otorgando su respaldo mediante acuerdo N° 184, 2013 de agosto, vigente a la fecha (**ver anexo 3 en código QR**). El hospital ha presentado como récord histórico 8 reconocimientos a las buenas prácticas en diferentes temáticas ([UOC MINSAL](#)) y con diferentes actores; por lo que nuevamente, y a partir del año en que se concibió la Buena Práctica, para una visión de una década, esta nace en el marco del Plan de Gestión Hospitalaria del año 2014 ([Portal de Transparencia](#)). Es importante destacar que han transcurrido 3 diferentes gestores de alta dirección y el respaldo hacia la Unidad Organizativa de la Calidad del hospital para poder desarrollar con libertad y responsabilidad la asesoría a los equipos que implementan mejores prácticas, se sostiene en el tiempo. La alta gerencia y el Consejo Estratégico de Gestión visualizan la gestión del sistema de calidad como parte de sus funciones, por lo que designa en cada mes un espacio de 4 horas para que la UOC rinda cuentas sobre el desempeño del sistema de calidad y contribuyan mediante la información aportada a tomar decisiones. En este espacio gerencial, considerado como un gane histórico por una década, se prepara una agenda y se exponen avances de Mejor prácticas, ciclos PHVA, gestión por procesos, entre otros. El banco de apoyo solicitado a la alta dirección varía según el tipo y los requerimientos de la buena práctica; sin embargo, podemos resumir que los más importantes para el presente proyecto de la Buena Práctica son:

- Solicitud del apoyo requerido desde el inicio por la naturaleza de la mejor práctica a **la Universidad Autónoma de Santa Ana (UNASA)** para que pudiese elevar el curso de competencias directivas, gestión por procesos y mejora continua de la calidad; y el diplomado de atención segura en salud, a un nivel de respaldo académico de educación superior y de esta forma, generar un valor agregado, y a su vez que se reconociera el esfuerzo del talento humano participante. (**Ver anexo 4 en código QR** - Imagen de correo electrónico, noviembre 2013 para coordinación de detalles de graduación del Curso de Competencias Directivas y **ver**

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 8

anexo 5 en código QR - Carta fe por parte de Universidad Autónoma de Santa Ana UNASA en la implementación del Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC, máster Jennifer Padilla posgrados).



- El otorgamiento de permiso al personal para desarrollar el modelo formativo (facilitadores) y la autorización de los participantes (14 encuentros con 42 horas de formación presencial en el curso de competencias y gestión por procesos y MCC y 8 encuentros presenciales para el diplomado de atención segura en salud, con inversión de tiempo 24 horas). (**Ver anexo 6 en código QR** - Carta de subdirector del hospital Dr. German Reynaldo Arévalo 2014, respaldando la realización del Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC).
- Autorización para financiamiento de placas de reconocimiento a los equipos postuladores, y a los alumnos destacados, vigente a la fecha. (**Ver anexo 7 en código QR** – Cartas de solicitud de financiamiento por parte de la Unidad de Compras Públicas UCP del hospital).
- Solicitud del apoyo a las jefaturas de división para seleccionar y otorgar permiso a los participantes según su división organizacional. Lo anterior es una fortaleza a las iniciativas de mejora.
- Dotar del respaldo a la Buena Práctica mediante memorándum N.º 213-2024-Dir (**ver anexo 8 en código QR**), y su difusión al 100% de jefaturas anunciando, utilizando el WhatsApp institucional para dar a conocer la Mejor Práctica.
- Facilitó los espacios (ambientes) para que el modelo de formación se lleve a cabo de la mejor manera y se mantiene atenta a las necesidades que la UOC le solicita que contribuyan a obtener los resultados esperados.

Un aspecto importante es que el hospital cuenta con una Política de Calidad en la que los **ejes de formación al talento humano, gestión por procesos y seguridad**, son la prioridad institucional convirtiéndose en la base filosófica expresada como el compromiso hacia la calidad por parte de la dirección (**ver anexo 9 y 10 en código QR** - Política de Calidad 2014-2019 y 2023-2028; PAOH 2013-2022 [Portal de Transparencia](#) y **ver anexo 2 en código QR** – PAOH 2024 y 2025).

1.2 Fortalecimiento al equipo por parte de la alta dirección y reconocimiento al equipo de mejora.

2. ¿Cómo la alta dirección ha realizado gestiones para fortalecer al equipo de mejora?

El fortalecimiento del equipo implementador fue dirigido en dotar de todos los insumos, mobiliario, aula, y equipo audio visual que la mejor práctica ha requerido; de igual manera el Consejo Estratégico de

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 9

Gestión como ente asesor, se involucró proponiendo al personal bajo su dirección para que participaran activamente en las actividades que conllevó la Mejor Práctica. Otorgó, además, a la Unidad de Comunicaciones del hospital, Unidad de Planificación y el responsable de los sistemas de información (colaboradores técnicos de Epidemiología) los permisos para que apoyaran junto a la Unidad Organizativa de la Calidad, la organización y apoyo requerido del modelo de formación (**ver anexo 11 en código QR** - Vídeos de los módulos impartidos en el Curso de Competencias Directivas y Diplomado de Atención Segura en Salud, apoyados por Unidad de Comunicaciones del hospital). Propuso además al nivel central MINSAL al coordinador de la Buena Práctica para que se formara en temas de atención segura en salud en el curso de Argentina OPS-OMS en el año 2023 y autorizó a 2 recursos de la Unidad Organizativa de la Calidad (médico y enfermera supervisora) para que se formaran en diplomados de competencias directivas gestión por procesos-mejora continua de la calidad, atención segura en salud y auditoria de sistema de gestión de Calidad (MINSAL); todo lo anterior ha contribuido para gestionar el conocimiento del talento humano en las diferentes divisiones hospitalarias ya que los facilitadores de la Buena Práctica son responsables de la transferencia de conocimientos. (**Ver anexo 12 en código QR** - Diplomas de Curso de Competencias Directivas por parte de Dr. Luis Lima, Licda. Lorena de Vásquez e invitación a Dra. Sandra de Marroquín a participar en el curso).

3. ¿Cómo la alta dirección y jefaturas reconocen de forma individual y grupal a los miembros del equipo por los resultados alcanzados en el desarrollo de la buena práctica?

La institución dispone del plan de incentivos no financieros (**ver anexo 13 en código QR** - Plan de Incentivos no Financieros del Hospital Nacional de Santa Ana vigente a la fecha), en el que se estipula los diferentes incentivos que la alta dirección y las diferentes jefaturas pueden otorgar.



Para la Mejor Práctica desde hace 8 postulaciones se reconoce con diploma individual y entrega de placa de reconocimiento grupal financiada por la institución. Complementario a lo anterior se coloca en el expediente personal una nota firmada por el director agradeciendo a cada miembro del equipo por su compromiso y contribución al desarrollo institucional (**ver anexo 14 en código QR** - Nota al expediente del Dr. Jorge Jiménez, médico planificador facilitador del diplomado). En los últimos 3 eventos programados de formación, se han otorgado medallas de reconocimiento **a las mejores iniciativas institucionales**; lo anterior ha generado un incentivo positivo en los participantes que se han destacado. A continuación, se presenta una imagen que evidencia el reconocimiento grupal e individual del equipo postulador y de igual manera los incentivos otorgados a los participantes que califican con las mejores iniciativas de calidad y seguridad.

Imagen 1. Entrega de reconocimiento por Dr. Ricardo Peñate – director hospitalario al equipo postulador de- La Mejor Práctica, 28 de mayo 2025 y reconocimiento a la UNASA. Dirección del Hospital.



Imagen 2. Entrega de reconocimientos a la jefe de comunicaciones Licda. Lourdes Cortez, y alumnas destacadas del curso de Competencias Directivas y Gestión por Procesos 2024.



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 11

2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora



2.1 Identificación, priorización, análisis e impacto de la oportunidad de mejora

4. ¿Cómo se identificaron las oportunidades de mejora o problemas a resolver?

Pese a que el MINSAL para el quinquenio 2009-2014 no había iniciado la gestión con enfoque de procesos, la alta dirección para el año 2010, comisionó a la unidad denominada en ese entonces **Asesoría Técnica a la Dirección**, para iniciar un momento histórico en el hospital como es el diseñar los procesos de la organización. Esta etapa tuvo una duración de 2 años (**ver anexo 1 en código QR** – Implementación de un modelo de gestión por procesos e imagen de remisión de dicho proyecto a través de correo electrónico, junio 2010); en el año 2013, en el análisis FODA del PLAN ANUAL OPERATIVO HOSPITALARIO, se plasmó entre las fortalezas, la **implementación de los procesos en fase inicial** (segunda fortaleza), como debilidad los **modelos paradigmáticos de gestión** y, como oportunidad las alianzas estratégicas con otras instituciones (**ver PAOH 2013 [Portal de Transparencia](#)**). Es de hacer mención que en este documento se hizo referencia a un informe del equipo supervisor de ese entonces (Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación), **ver anexo 15 en código QR** – Informe de evaluación de procesos institucionales 2012 y **ver PAOH 2013 [Portal de Transparencia](#)** que fue el punto de partida de identificación del problema.

Los anteriores resultados dieron a conocer que la implementación de los procesos por parte de las unidades organizativas fue del 39.2% de los 68 procedimientos evaluados; debido a esta situación el coordinador de la mejor práctica propuso a la Dirección que para avanzar en la implementación, se debería de dotar al talento humano de conocimientos en procesos e incorporar habilidades blandas, ya que se requería de un fuerte liderazgo, trabajo en equipo e incorporar herramientas gerenciales a los responsables de los mismos. Lo anterior dio paso al nacimiento de la Buena Práctica **ver anexo 6 en código QR** - Carta de subdirector del hospital Dr. German Reynaldo Arévalo 2014, respaldando la realización del Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC).

En el año 2013 en el mes de agosto, surgió por acuerdo de N° 184, 2013 de agosto, vigente a la fecha (**ver anexo 3 en código QR**), la Unidad Organizativa de Calidad, a quien se le comisionó en primera instancia conducir la construcción de la **Primera Política de Calidad del Hospital** (**ver anexo 9 en código QR**). Dicho esfuerzo fue edificado con la **participación de los coordinadores de los comités de calidad**, dando como fundamento a la buena práctica que actualmente se presenta relacionada a gestionar el conocimiento del talento humano, en el marco de la cultura de calidad, tal como versa en el eje N° 2 de la Política (**ver anexo 9 y 10 en código QR** - Política de Calidad 2014-2018 y 2023-2028),

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 12

y el eje de la política N° 4, que expresa que el modelo de gestión por procesos debe de ser el fundamento para avanzar hacia un modelo de calidad institucional. Es por ello por lo que en el año 2013 mes de noviembre, la UOC con la venia del director de ese entonces realizó la coordinación con la Universidad autónoma de Santa Ana (unidad de posgrado), haciéndole conocer el proyecto de formalizar la gestión del conocimiento del talento humano y que lograra la certificación de cada participante por la entidad de educación superior. **Ver anexo 4 en código QR** - Imagen de correo electrónico, noviembre 2013 para coordinación de detalles de graduación del Curso de Competencias Directivas.

Y es a partir del año 2014, que se formalizó el curso de competencia directivas gestión por procesos y MCC, previa revisión de los asesores de universitarios (**ver anexo 5 en código QR** - Carta fe por parte de Universidad Autónoma de Santa Ana UNASA en la implementación del Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC, máster Jennifer Padilla posgrados).

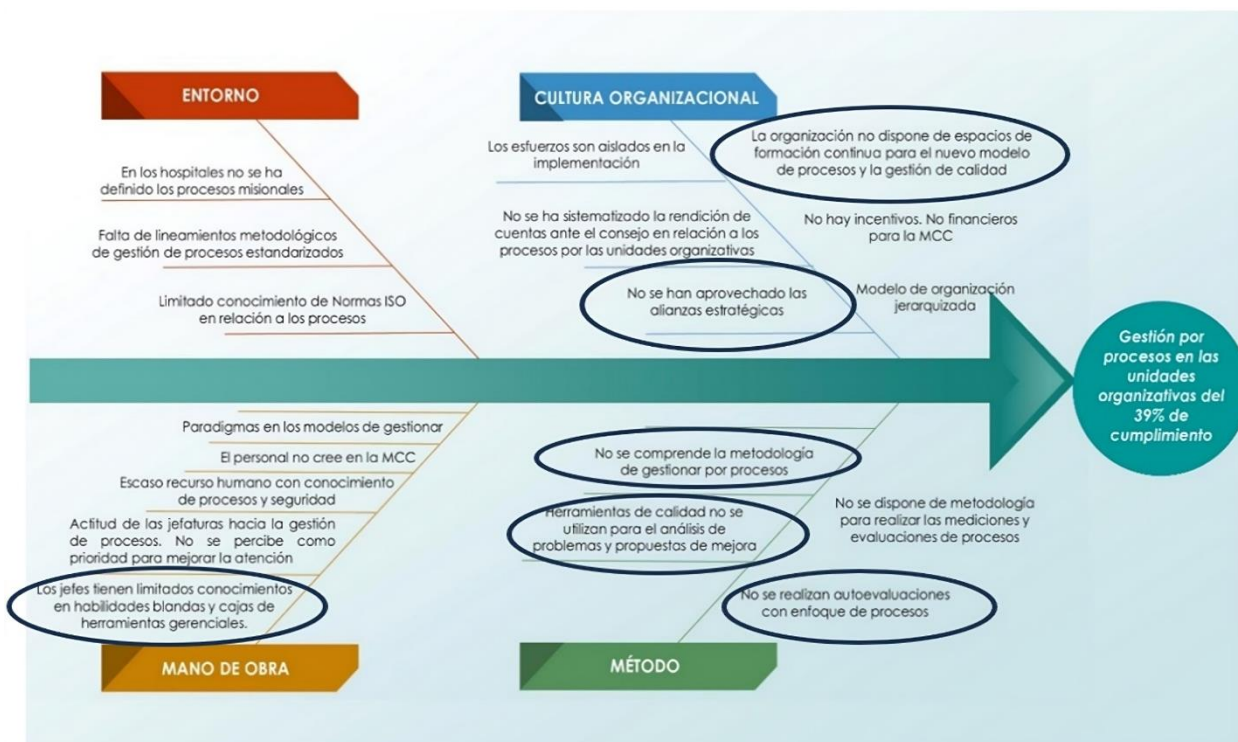
En el esfuerzo de la implementación, a partir de los planes anuales operativos del hospital 2014 a la fecha, se ha solicitado a la UOC y los líderes de las diferentes divisiones avanzar en la medición de los procesos, realizar ciclos PHVA, medir los estándares de Calidad y seguridad del paciente (ver PAOH 2013-2022 [Portal de Transparencia](#) y **ver anexo 2 en código QR** – PAOH 2024, 2025 y POA UOC 2014-2025 en código QR dentro de la misma sección). En los años posteriores el Consejo de gestión estratégico hizo referencia en los POAH, tanto en los objetivos y la función principal del hospital, que la institución deberá: *Organizar, dirigir, planificar y controlar los procesos que conduzcan a la provisión de servicios hospitalarios de salud, a través de un modelo de calidad basado en procesos*”, más sin embargo, fue hasta en el año 2016 donde incorpora el componente de seguridad en su planificación, donde señala la necesidad de crear un programa de calidad y seguridad, tal como se presentó en la Mejor practica ganadora del año 2021 MINSAL, donde el hospital fue reconocido por el diseño implementación del programa ([Unidad de Calidad MINSAL](#)); pese a ello, a un no se disponía de talento humano formado en atención segura que estuviera certificado, en las unidades Organizativas. En vista de los resultados positivos del curso de competencias directivas, fue en el año 2024 y apoyado por la Norma técnica MINSAL 2023, se presentó el nuevo proyecto a la UNASA para realizar el primer diplomado de atención segura en salud el cual se encuentra planificado en la herramienta Plan Operativo del Equipo Multidisciplinario Institucional de Atención Segura en Salud (**ver anexo 16 en código QR** - Plan Operativo Equipo Multidisciplinario de Atención Segura en Salud objetivo 1 actividad 2; y **ver anexo 17 en código QR** - Programa del Diplomado de Atención Segura en Salud UNASA).

5. ¿Qué parámetros utilizaron y que herramienta de calidad aplicaron para la priorización de los problemas?

6. ¿Cuál herramienta de calidad aplicaron para el análisis de la causa raíz?

Entre las herramientas de calidad que se utilizaron como previamente se mencionó, tenemos el cuestionario EFQM, el mapa mental del problema y el análisis de causa y efecto del ISHIKAGUA. Esta última fue seleccionada ya que nos permitió hacer la combinación de otras herramientas tales como las lluvias de ideas, organizar las posibles causas, fomentar el trabajo en equipos, tener una mejor visualización sistémica del problema.

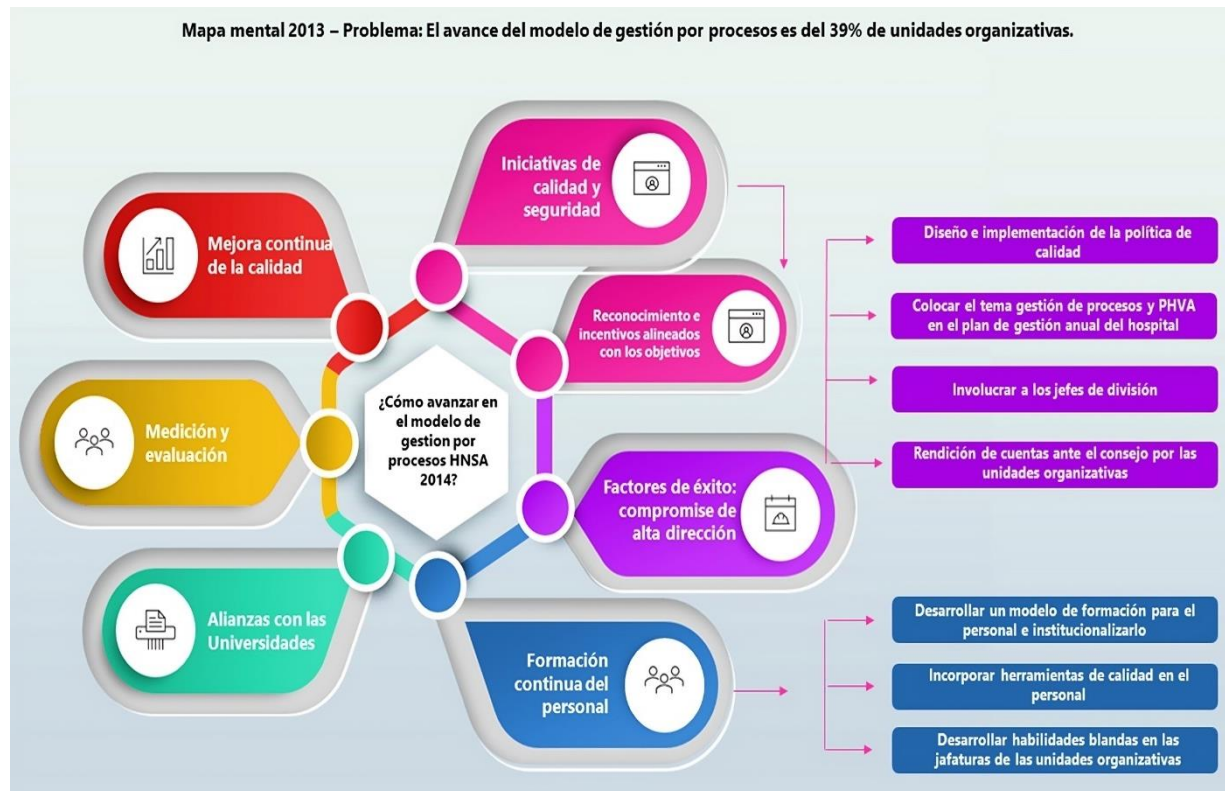
Imagen 4. Análisis Ishikawa.



En el problema identificado de gestión por procesos en las unidades organizativas del 39% de cumplimiento, se visualizó que son múltiples causas desde las limitadas competencias blandas de las jefaturas, lo que no facilita la comprensión de la metodología, la falta en el uso de herramientas de calidad y el no aprovechamiento de las alianzas estratégicas por parte del hospital.

Seguidamente se procedió a realizar un mapa mental para tener claridad de las estrategias a ejecutar para avanzar en la implementación de los procesos que a continuación se presenta, para una mejor comprensión y visualización de las estrategias que retomó el equipo de buena práctica.

Imagen 5. Mapa mental – El avance del modelo de gestión por procesos es del 39% de unidades organizativas.



Como se puede visualizar entre las estrategias para avanzar en el modelo de gestión por procesos se priorizó la formación continua del personal diseñando un modelo que aprovechara el aval por la entidad de educación superior (UNASA), para otorgar un plus a la formación y de igual forma incentivar a los participantes. Concomitantemente el diseño de la política de calidad como base filosófica (tal como ya se mencionó), en la que la alta dirección estampara su compromiso en formar en calidad y seguridad; y que la gestión por procesos era un fundamento clave para mejorar la prestación de servicios a nuestros usuarios.

7. ¿Cómo proyectaron el impacto esperado al abordar la oportunidad de mejora?

A continuación, se presenta una tabla que resume los agentes considerados como claves en la Buena Práctica y la proyección de los impactos esperados.

Tabla 1. Proyección de impactos esperados

Agentes	Proyección de impactos
Jefes de unidades	<ul style="list-style-type: none"> • Nuevos conocimientos tras haber participado en un programa de formación de procesos y atención segura en salud. • Satisfacción de los participantes al aprobar el curso y el diplomado y ver la utilidad en su implementación. • Incremento de competencias de los equipos gestores de las unidades organizativas. • Disponer de talento humano de atención segura en salud. • Transferencia de los aprendido a la función que desempeñan en las unidades organizativas.
Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de los conocimientos, y habilidades del talento humano institucional para conducir y trabajar con eficiencia, calidad y atención segura en salud. • Avance en la gestión con enfoque de procesos. • Avanzar en la cultura de seguridad al paciente, familia y comunidad. • Expandir el conocimiento a la RISS. • Posibilidad de certificación a futuro en gestión con enfoque de procesos (Norma ISO 9001).
Ciudadano	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento de los servicios de la organización. • Mejoramiento de la atención segura en salud.
Universidad Autónoma de Santa Ana	<ul style="list-style-type: none"> • Rentabilidad de formación: beneficio fiscal. • Visibilidad de la universidad en su alianza estratégica para fortalecer al talento humano institucional.
Equipo de facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción al Transmitir conocimientos. • Reconocimiento institucional de ser facilitador del curso/ diplomado.
Región occidental de salud (hospitales)	<ul style="list-style-type: none"> • Dispone de facilitadores y espacios de formación para el personal responsable de la gerencia del sistema de gestión de calidad y atención segura en salud.

2.2 Recolección, análisis de la información y determinación de la brecha.

8. ¿Qué metodología y herramientas aplicaron para la recolección, clasificación, consolidación, análisis de la información necesaria para la identificación de problemas, causas, alternativas de solución para la ejecución de la mejor práctica, debe listar las fuentes de datos que utilizo para verificar la confiabilidad?

Como ya se comentó, la mejor práctica dio inicio con el informe del grado de avance de los procesos (USME 2012), el cual fue utilizado como insumo para realizar el FODA para diseñar el plan de gestión del hospital 2013. Lo anterior fue producto de una serie de reuniones de discusión con el Consejo Estratégico. Entre los actores claves participaron el medico planificador y el jefe de la UOC quienes aseguraron que se programaran actividades estratégicas que dieran soporte para avanzar en la gestión

por procesos, tales como el diseño de la Política de Calidad, ciclos PHVA, el tema mismo de procesos y, en el año 2017 la seguridad del paciente, como prioridad institucional; tal como se presentó en el reconocimiento a la Mejor Práctica 2021.

La Unidad Organizativa de la Calidad (UOC) a lo largo de una década ha planificado en su PAO el desarrollo de modelos de formación en ambos tópicos (procesos y seguridad) como estrategia clave para avanzar en la cultura de calidad y seguridad (**ver anexo 2 en código QR**). A continuación, se presenta una tabla que resume las principales fases, con las herramientas aplicadas

Tabla 2. La metodología y herramientas aplicadas para identificar, recolectar y analizar la información.

Procedimiento del problema	Metodología /Fuentes de información
Identificación	<ul style="list-style-type: none"> • Informes del equipo supervisor de procesos (USME) en relación con el grado de implementación de los procesos (fuente Informe de USME, diciembre 2012). Ver anexo 19 en código QR – Imágenes de PAOH 2013-2025, Hospital Nacional de Santa Ana. • Aplicación del cuestionario EFQM 2013, criterio 5: Enfoque despliegue y mejora sistemática por la UOC. Ver anexo 18 - Cuestionario EFQM aplicado año 2013). • Lluvia de ideas en el consejo estratégico de gestión y el equipo de la buena práctica.
Recolección de la información	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de evaluación de procesos con cuestionario EFQM (enfoque, despliegue, seguimiento) para analizar el grado de avance de los procesos institucionales. • Informes de Monitoreo de procesos y del programa de Calidad y seguridad. • Para la construcción de estos informes se utilizó el cuestionario EFQM, en el caso de los procesos. • Para el programa de Calidad y Seguridad: manta y gráficos en Excel 97 – 2003 (ver anexo 2 en código QR – POA UOC 2014 hoja de POA supervisión).
Análisis	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis FODA del consejo estratégico de gestión (ver PAOH 2013-2022 Portal de Transparencia y ver anexo 2 en código QR – PAOH 2024 y 2025) el cual ha permitido hacer el diagnóstico estratégico del hospital. • Análisis FODA del plan UOC. (Ver anexo 2 en código QR – POA UOC 2014 (organigrama y FODA). • Espina de ISHIKAGUA visualización de causa raíz para identificar las posibles causas que darán paso a la propuesta de intervención. (Ver imagen 4). • Mapa mental del problema para focalizar los factores de éxito para avanzar en la gestión por procesos. (Ver imagen 5). • Política de Calidad institucional: sienta los fundamentos para diseñar la buena práctica. (Ver anexo 9 y 10 en código QR – Política de Calidad 2014-2028). • Política de atención segura en salud del hospital nacional de Santa Ana. Ver anexo 16 en código QR - Plan Operativo Equipo Multidisciplinario de Atención Segura en Salud. • Informes de evaluación del programa de seguridad del paciente 2021 Mejor Práctica repositorio UOC MINSAL. (Ver anexo 20 en código QR - Informes



mensuales por UOC en relación a la Seguridad del Paciente, años 2023, 2024 y 2025).

9. ¿Cómo se determinó y cuál era la brecha existente entre la situación inicial (línea base) y situación o proyección deseada?

Tabla 3. Oportunidad de mejora, línea de base, proyección a junio 2025 y brechas de la Buena Práctica.

Oportunidad de mejora identificada	Línea base 2014	Proyección a junio 2025	Brecha
Modelo de formación institucionalizado de competencias directivas, gestión por procesos y MCC avalado por la UNASA.	El hospital no dispone de un modelo educativo para fortalecer las competencias directivas y el modelo de gestión por procesos.	Modelo de formación de competencias directivas, gestión por procesos y MCC institucionalizado avalado por educación superior.	100%, debido a que no existía un modelo de formación institucionalizado avalado por educación superior.
La institución dispone de una masa crítica formada en el modelo de educación definido de competencias Directivas, gestión por procesos y MCC.	4 recursos humanos formados (jefe de UOC, 2 técnicos de UOC y médico planificador).	20 recursos humanos (jefaturas o recursos humanos clave en la gestión) en las unidades organizativas de la División Médica, Servicios de Apoyo y enfermería. En cada curso programado se inscriben 20 participantes).	20 jefaturas de unidades organizativas no disponen de las competencias directivas, conocimientos en gestión por procesos y MCC.
Jefaturas de las Unidades organizativas participan activamente en la gestión con enfoque de procesos MISIONALES.	Únicamente el 39% de las unidades organizativas participan en la gestión con enfoque de procesos.	80% o más de las unidades organizativas responsables de los procesos misionales participan en la gestión con enfoque a procesos.	41%, de Unidades organizativas se suman a la implementación con enfoque a procesos a completar el 100% de unidades responsables de los procesos misionales.
Unidades organizativas participando en la rendición de cuentas ante el Consejo de Gestión Estratégico autoevaluando sus procesos.	Los jefes de las unidades organizativas no realizan el proceso de autoevaluación de los procedimientos misionales (año 2022).	90%, es decir 15 jefaturas de las unidades de hospitalización, servicios de apoyo y enfermería rinden cuentas de la autoevaluación de los procesos ante el Consejo estratégico según lo programado en la agenda de dicho órgano directivo a partir del año 2023.	90%, debido a que 15 jefaturas de las unidades organizativas no presentan la autoevaluación de procesos ante el consejo. Antes del 2023 se rinden informes por los jefes de división y

			UOC; y no por los responsables de los procesos.
Los clientes internos (participantes del curso) valoran la transferencia del conocimiento por la aplicabilidad en sus Unidades Organizativas.	No se ha evaluado.	El 80% de participantes valoran el curso con 4 o 5 estrellas (muy bueno y excelente).	80%, de participantes ponderan el curso con 4 o 5 estrellas.
Modelo de educación institucionalizado de atención segura en salud por UNASA (diplomado).	No se dispone de un modelo de formación únicamente capacitaciones en temas específicos.	Diplomado de Atención Segura en Salud institucionalizado avalado por educación superior.	100%, debido a que el hospital no contaba con un modelo de educación institucionalizado de atención segura en salud.
La institución dispone de masa crítica formada en atención segura en salud.	3 recursos facilitadores.	20 recursos humanos (considerados claves en las unidades organizativas de la División Médica, enfermería y Servicios de Apoyo).	100%, debido a que no existen referentes de seguridad en las unidades organizativas (20 recursos a formar).
Unidades organizativas disponen de un referente de atención segura en salud.	No existe la figura de referente de atención segura en salud en las unidades organizativas.	Disponer de 1 referente de seguridad en las unidades organizativas responsables de procesos misionales (20).	100%, Formar a 20 recursos humanos. Debido a que las unidades no disponen de referente de atención segura en salud.
Iniciativas de atención segura en salud implementándose como producto del diplomado de atención segura en salud.	Únicamente el programa de calidad y seguridad diseñado 2017 y que fue reconocido a nivel nacional MINSAL RIMP 2022.	20 iniciativas implementándose a julio 2025 (Disponer de las iniciativas de atención segura en salud como resultado del diplomado).	Brecha 100% debido a que únicamente se disponía de una mejor práctica en calidad y seguridad ganadora 2022.
Los clientes internos valoran la transferencia del conocimiento de atención segura en salud por la aplicabilidad en sus Unidades Organizativas.	No se ha evaluado.	El 80% de participantes valoran el diplomado de atención segura con 4 o 5 estrellas.	80%, de participantes ponderan el curso con 4 o 5 estrellas.

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 20


3. Gestión de la intervención, proyecto o buena práctica implementada.

3.1 Planificación e Implementación de la mejora práctica

10. ¿La buena práctica está orientada con la misión, visión, objetivos y lineamientos estratégicos de la organización?

Desde el año 2012 a la fecha, los procesos y sus mejoras mediante el ciclo PHVA, se encuentran expresados en los planes anuales operativos accesibles para su consulta en el [Portal de Transparencia](#) en estos se plasma la misión y visión del hospital, (mucho más desafiante en el último quinquenio 2019-2025) y se declara, *que somos una empresa sanitaria que gestionamos con enfoque de procesos y que trabajaremos por ser reconocidos a nivel nacional.*

Imagen 6. Denominación, naturaleza y funciones del hospital año 2025. (Ver anexo 19 en código QR - PAOH 2013-2025, Hospital Nacional de Santa Ana y ver PAOH [Portal de Transparencia](#) hasta 2022).

 MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE LA SANITARIA	Denominación, Naturaleza y Funciones del Hospital
<p>Nombre oficial: Hospital Nacional "San Juan de Dios", Santa Ana</p>	
<p>Misión: <i>Somos un hospital público de referencia para la región occidental que brinda servicios de asistencia y docencia promoviendo un modelo de gestión con enfoque a procesos, bajo estándares de calidad y seguridad, que reduce y controla los riesgos institucionales, y procura satisfacer a nuestros usuarios</i></p>	
<p>Visión: <i>Ser reconocido como un hospital público que brinda servicios de salud bajo estándares de calidad y seguridad, a través de un modelo de gestión con enfoque a procesos, eficiente e intolerante al fraude y al soborno.</i></p>	
<p>Objetivo general: <i>Brindar servicios hospitalarios de salud dirigidos a satisfacer a los usuarios y profesionales sanitarios, en el marco de un sistema estructurado de control y cumplimiento, gestión con enfoque a procesos, estándares de calidad, seguridad e innovación tecnológica, bajo un enfoque de derechos, intolerante al fraude y al soborno.</i></p>	
<p>Objetivos específicos:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Robustecer el modelo de gestión con enfoque a procesos orientado a resultados y la eficiencia, en la dirección de humanizar los servicios de salud y dignificar al usuario. 2. Fortalecer el sistema de control y evaluación por parte de las jefaturas. 3. Fortalecer las estrategias dirigidas a la función de cumplimiento, gestión del riesgo e intolerancia al fraude. 4. Implementar el sistema de gestión antisoborno en el hospital. 5. Mejorar la gestión clínica en los servicios asistenciales, incorporando acciones innovadoras dirigidas a la satisfacción ciudadana 6. Verificar el cumplimiento de la normativa respecto a la seguridad y funcionalidad de la tecnología incorporada al hospital 7. Fortalecer la comunicación interna y externa, particularmente para permeabilizar los canales de comunicación de los usuarios 8. Fortalecer la gestión del conocimiento del talento humano con miras al cumplimiento de la visión institucional 9. Fortalecer la calidad del dato, en el marco de los sistemas de información, a fin de generar información veraz, útil y oportuna 10. Impulsar la investigación en salud en el ámbito hospitalario 	

Fuente: Plan Anual Operativo 2025, Hospital Nacional de Santa Ana.

De igual manera, el objetivo específico número 8 del plan 2025 del hospital, establece que para lograrlo fortaleceremos la gestión del conocimiento del talento humano y verificaremos el cumplimiento de la normativa relacionada a la seguridad de nuestros procesos de atención (declaración que se mantiene en los POAH en dos periodos de gestión). Lo anterior requiere de jefaturas y talento humano con conocimiento en ambos componentes de una gestión de calidad. Por tanto, podemos afirmar que la buena práctica es congruente a la fecha con la filosofía y los objetivos de la institución; y como ya se mencionó, con la política de calidad del hospital.

11. ¿Como se definió el plan de trabajo, detallar la implementación y los responsables de cada actividad para el logro de los objetivos planteados, y reducción de la brecha identificada?

El plan de trabajo fue definido con los responsables de la implementación en cada etapa de la Buena Práctica. (Ver anexo 21 – Tabla de plan de trabajo con los responsables e implementación de cada etapa de la Buena Práctica).

12. ¿Se asignó presupuesto durante la planificación, como se financio la buena práctica?

Para el desarrollo de la Buena práctica, no se asignó una partida presupuestaria. Todas las solicitudes presentadas por el coordinador de la buena práctica a la dirección fueron autorizadas. A continuación, se detallan en las tablas 4 a tabla 10, la descripción de los recursos utilizados (recursos humanos, material y equipo), su costo unitario y total del modelo de formación del curso de competencias directivas y del diplomado de atención segura en salud **(ver anexo 37 en código QR – Costo del equipo audiovisual de Unidad Organizativa de Calidad 2025, fuente: Unidad de Activo Fijo del hospital)**.

Se aclara, que la descripción detallada ha implicado el fortalecimiento de la UOC, y es lo que se financio para el curso de primera vez. Los cursos subsiguientes hay que restarles lo que ya se tiene en equipo.

Tabla 4. Presupuesto de insumos, materiales, equipos para curso de competencias (14 encuentros).

Insumo/ Material/Equipo	Costo unitario	Cantidad	Costo total	Fuente de financiamiento
Proyector audiovisual.	\$500	1	\$500	Institucional.
Laptop	\$500	1	\$500	Institucional.
Material impreso	\$0.15	2,000	\$300	Institucional.
Oasis	\$185	1	\$185	Institucional.

Vasos	\$0.027	1,600	\$44	Institucional.
Refrigerio por encuentro	\$7.14	14	\$100	Institucional.
Cafetera 40 tasas	\$70	1	\$70	Institucional.
*Aula de clases por hora	\$15	42	\$630	Institucional.
Costos erogados por la universidad por curso.	\$612.50	1	\$612.50	UNASA
		Total	\$2,941.5	

* En el caso que fuera necesario el alquiler. Para la Buena práctica, El hospital dispone de espacios para impartir la formación.

**** Costos de los cursos subsiguientes en este rubro \$1,056.50**

Tabla 5. Presupuesto mensual y anual en pago a los recursos humanos facilitadores involucrados en el proyecto competencias, directivas, gestión por procesos y MCC (14 encuentros).

Disciplina	Horas diarias	Número de recursos	Costo hora por recurso	Costo por curso
Colaborador técnico médico especializado	3	4	\$4.04	\$678.72
Asistente administrativo	1	1	\$1.52	\$63.84
			Total	\$742.56
Costos por participantes según disciplina				
Disciplina	Horas diarias	Número de recursos	Costo hora por recurso	Costo por cursos
Enfermería	3	5	\$6.45	\$1354.05
Médico	3	11	\$6.45	\$2,979.90
Servicios de apoyo	3	2	\$4.68	\$589.68
Personal administrativo	3	2	\$6.45	\$541.80
Fuente: Unidad de planificación del hospital Santa Ana.			Total	\$5465.43

Tabla 6. Presupuesto general curso de competencias

Detalle	Costo total
Insumo, mobiliario y equipos / UNASA	\$2,941.5(32%)
Recursos Humanos facilitadores	\$742.56(8.10%)
Total, Costos insumos y recursos humanos, equipo e insumo y UNASA	\$3684.06
Participantes (tiempo institucional de permiso autorizado por la institucional,14 encuentros)	\$5465.43(59.73)
Gran Total	\$9,149.49

Costos de los cursos subsiguientes: \$7,264.49.

Siendo el mayor porcentaje lo que representa el permiso hora clase de los participantes (59.73%). Por tanto, los costos del curso excluyendo el permiso de los alumnos es de \$3684.06.

Tabla 7. Presupuesto de insumos, materiales, equipos para diplomado en seguridad integral en la atención sanitaria para la protección del paciente familia y comunidad (8 encuentros).

Insumo/ Material / Equipo	Costo unitario	Cantidad	Costo total	Fuente de financiamiento
Proyector audiovisual.	\$500	1	\$500	Institucional.
Laptop	\$500	1	\$500	Institucional.
Oasis	\$185	1	\$185	Institucional.
Vasos	\$0.027	914	\$24.7	Institucional.
Refrigerio por encuentro	\$7.14	8	\$57.14	Institucional.
Cafetera 40 tasas	\$70	1	\$70	Institucional.
Aula de clases por hora	\$15	24	\$360	Institucional.
Costos erogados por la universidad por curso	\$580.50	1	\$580.50	UNASA
		Total	\$2,277.34	

Tabla 8. Presupuesto en pago a los recursos humanos facilitadores involucrados en el proyecto diplomado de atención segura (8 encuentros).

Disciplina	Horas diarias	Número de recursos	Costo hora por recurso	Costo del Diplomado
Enfermería	3	1	\$2.49	\$59.76
Colaborador técnico médico especializado	3	2	\$4.04	\$193.92
Asistente administrativo	3	1	\$1.52	\$36.48
			Total	\$290.16



Tabla 9. Costos por Participantes del diplomado de seguridad de atención segura en salud.

Disciplina	Horas / encuentro	Número de recursos	Costo hora por recurso	Costo por cursos
Enfermería	3	10	\$6.45	\$1548
Médico	3	5	\$6.45	\$774
Servicios de apoyo	3	5	\$4.68	\$561.60
			Total	\$2883.60

Tabla 10. Presupuesto general diplomado seguridad.

Detalle	Costo total
Insumo, mobiliario y equipos / UNASA	\$2,941.5
Recursos Humanos facilitadores	\$290.16
Total, Costos insumos y recursos humanos, equipo e insumo y UNASA	\$3231.66
Participantes (tiempo institucional de permiso autorizado por la institucional ,14 encuentros)	\$2883.60
Gran Total	\$6115.26

El diplomado de atención segura en salud cuenta con ocho encuentros y tiene un costo de \$ 6,115.26 dólares americanos (incluye el costo del tiempo de los alumnos). **El costo sin tomar en cuenta dicho recurso es de \$3231.66.** Al igual como se comentó en el apartado anterior, los diplomados

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 25

subsiguientes de atención segura en salud tendrán un costo global de \$4.500.26 (se exceptúan los costes de equipo de \$1,615 el cual fue adquirido con anterioridad).

La principal diferencia en el costo de ambos radica en el número de encuentros ya que al existir mayor cantidad de horas aumenta el costo en de los participantes y recurso humano.

Por todo lo anterior, se ha estimado que el hospital al ejecutar sistemáticamente el curso de competencias directivas, gestión por procesos y MCC, **el ahorro es de \$ 1965.94 dólares** con relación al costo de contratar a una empresa formadora (\$5,650 estimado para grupos de 20) sin otorgar certificación por educación superior. En cuanto al diplomado de seguridad, desconocemos si hay alguna entidad académica en el país que lo esté impartiendo con certificación superior.

13. ¿Cómo el equipo identificó y gestionó la participación de otras áreas de la organización y/o partes interesadas para el logro de los objetivos de la mejor práctica?



La identificación de la participación dentro de la Buena Práctica fue establecida tomando en cuenta los componentes en el diseño de esta. (**Ver anexo 38 - Tabla de actores identificados y su participación en el logro de objetivos**).

14. ¿Qué dificultades identificó el equipo durante inicio, el desarrollo de la mejor práctica y que acciones realizaron para superarlas?

Como todo proyecto, se encontraron desafíos los cuales fueron superados. A continuación, se detallan en la tabla 11 las dificultades y acciones para superarlas.

Tabla 11. Dificultades durante la implantación y acciones para superarlas.

Dificultades	Acciones para superarlas
Elección errónea por parte de las jefaturas en relación con los participantes del diplomado	Definir el Perfil de los participantes de acuerdo con las características del diplomado y del curso de competencias.
Deserción del diplomado o curso de los participantes	Carta compromiso de finalización del curso. (Ver anexo 39 en código QR – Modelo de carta compromiso).
Espacio y horario no adecuado	Evaluación de los espacios disponibles en el hospital y adecuado al número de participantes.
Perfil adecuado de docentes	Selección y fortalecimiento de recursos en temáticas a implementar. (Ver anexo 40 en código QR – Diploma de curso en auditoría interna para el mejoramiento continuo de los procesos implementados en el MINSAL otorgado a Dr. Luis Lima).

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 26

3.2 Control y seguimiento.

15. ¿Cómo realizó el control y seguimiento de las etapas del desarrollo de la mejor práctica?

En cuanto al cumplimiento en el uso eficiente de los recursos y el desempeño de los participantes se realizaron las siguientes medidas:

- Se estableció la metodología de medición y evaluación del curso en el programa (**ver anexo 17 y anexo 22 en código QR** - programa del curso y diplomado).
- Se ponderó la asistencia al curso y diplomado. (**Ver anexo 26 y anexo 27 en código QR** - consolidado de notas).
- Se realizaron pruebas de conocimientos semanal (**Ver anexo 26 y anexo 27 en código QR** - consolidado de notas).
- Se otorgó un diploma de participación para los que no logran el estándar de nota definido por la universidad, nota mayor a 7.5.
- Se estableció en la agenda del consejo de gestión la rendición de cuenta por parte de las unidades organizativas con relación a la autoevaluación de procesos. (**Ver anexo 41 en código QR** - Actas de Consejo Estratégico de Gestión – Evaluación de procesos (2023-2025).
- Se realizaron informes de grado de avance de los procesos por parte de la UOC cada 6 meses (**ver anexo 42 en código QR** – Informes de grado de avance de los procesos 2018 – 2025).
- Se monitorearon los procesos por parte del equipo supervisor de UOC (**ver anexo 32 en código QR** - Informes de monitoreo y supervisiones de procesos 2022-2025).
- Talleres de seguimiento de los ciclos PHVA organizados por los jefes de división (**ver anexo 42 y 43 en código QR** – Presentaciones de seguimiento de División de Servicios de Apoyo 2023 y 2024 Ciclos PHVA).
- Se estableció cada 6 meses dar seguimiento a las iniciativas de seguridad (**ver anexo 29** - Seguimiento de iniciativas en atención segura en salud, junio 2025).

Ver anexo 45 - Tabla que describe el control y seguimiento de la Buena Práctica.

16. ¿Qué tipo de medición de la mejora implementaron, establecieron indicadores, cada cuanto midieron?

Tabla 12. Medición de mejora, indicadores a medir en la Buena Práctica. (Ver anexo 46 – Fichas técnicas de indicadores).

Nombre de los indicadores de la buena practica	Construcción del indicador	Periodicidad de evaluación
1. Modelo de formación institucionalizado de competencias directivas, gestión por procesos y MCC avalado por la UNASA.	Documento	Anual (según se programación del curso en POAH anual).
2. Número de profesionales formados con funciones de jefatura o puestos claves en las unidades organizativas participan en la gestión con enfoque de procesos.	Número absoluto	Anual, 20 participantes por curso ejecutado de acuerdo a programación en POAH de UOC.
3. Porcentaje de unidades organizativas participan activamente en la gestión por procesos.	Número de unidades organizativas participando en forma activa en la gestión por procesos / total de unidades organizativas responsables de desarrollar los procesos x100	2 veces al año. Cada 6 meses.
4. Porcentaje de Unidades organizativas participando en la rendición de cuentas ante el Consejo de Gestión Estratégico de los resultados de autoevaluación de sus procesos misionales.	Número de unidades organizativas que rinden cuentas ante el consejo estratégico de los resultados de la autoevaluación de los procesos misionales / total de unidades organizativas responsables de los procesos misionales x 100	2 veces al año cada 6 meses.
5. Porcentaje de satisfacción de los clientes internos participantes del curso que ponderan con más 4 estrellas la trasferencia del conocimiento	Número de participantes que califican el curso con una ponderación > o igual a 4 estrellas / total de participantes del curso x100	>80% de satisfacción.
6. Modelo de formación institucionalizado de atención segura en salud, avalado por la UNASA	Documento digital y/o impreso avalado por UNASA.	Una vez al año a partir del año 2024.
7. Número de recursos humanos claves formados en el diplomado de atención segura en salud	Número absoluto.	Una vez al año, a partir del año 2024 (según programación POAH UOC).
8. Número de Unidades organizativas que disponen de un referente de atención segura en salud	Número absoluto.	Una vez al año, a partir del año 2024

9. Porcentaje de profesionales que participaron en el diplomado de atención segura en salud y que implementan iniciativas de atención segura en salud	Número de profesionales que implementan iniciativas de atención segura en salud /N° de profesionales que participaron en el diplomado x 100	Una vez al año, a partir del año 2024
10. Porcentaje participantes satisfechos con el desarrollo del diplomado de atención segura en salud y que lo pondera con un grado mayor o igual a 4 estrellas.	Número de participantes que califican el curso con una ponderación > o igual a 4 estrellas / total de participantes del curso x100	Posterior a cada diplomado de atención segura en salud.

4. Gestión del equipo de mejora

4.1 Integración y desarrollo del equipo de mejora

17. ¿Como la organización aseguró la integración de los miembros del equipo de mejora considerando las características, competencias, conocimientos, habilidades para lograr los resultados esperados en el desarrollo de la mejor práctica?

En el marco del proyecto institucional "**Gestión del conocimiento del talento humano como estrategia clave para avanzar en la implementación del modelo con enfoque de procesos, atención segura en salud y MCC**", se integró un equipo de mejora multidisciplinario en el Hospital Nacional de Santa Ana, período 2014-2024. La selección de los miembros se basó en su rol estratégico dentro de la organización, su formación, su experiencia en gestión de calidad, procesos hospitalarios y formación de talento humano. El equipo quedó conformado por:

- **Jefatura de la Unidad Organizativa de la Calidad:** responsable de coordinar el diseño, ejecución y evaluación de las mejores prácticas. Propone estrategias al consejo, las mide y presenta los resultados de la mejor práctica para la toma de decisiones. Su rol es de enlace con la UNASA, y facilitador del 50% de las temáticas del curso y del diplomado de atención segura en salud.
- **Médico jefe de la Unidad de Planificación:** Conduce al Consejo de Gestión en la elaboración del plan estratégico. Responsable de asesorar en la integración de las acciones de mejora dentro de la planificación hospitalaria, promoviendo la alineación de los objetivos estratégicos.

Además, es facilitador de temáticas tales como elaboración del plan estratégico, gestión de riesgo, gestión con enfoque a procesos.



- **Colaborador Técnico de la Unidad de Epidemiología:** Brindó apoyo técnico en la recolección, análisis e interpretación de datos epidemiológicos, necesarios para sustentar las decisiones y medir el impacto de las acciones, siendo facilitador de dicha temática en el curso.
- **Médico Supervisor de la Gestión de Calidad:** Encargado de supervisar la correcta aplicación de los estándares de calidad, ejecuta rondas de seguridad a diario, controla los procesos misionales, proponiendo mejoras. es facilitador de temas de auditoría de calidad en el curso y ejes de acción de atención segura.
- **Enfermera Supervisora de la Gestión de Calidad:** Contribuyó en la capacitación del personal en el diplomado de atención segura 2024, supervisa y monitorea la implementación de los cambios de mejora, asegurando el apego a protocolos y procedimientos establecidos.

Gracias a este enfoque sistemático de integración y desarrollo, el equipo de mejora contribuyó de manera significativa al avance en la implementación del modelo hospitalario basado en procesos y atención segura en salud.



La oficialización del equipo fue mediante acuerdo institucional N° 213-2024-Dir (**ver anexo 3 en código QR**). Su selección como ya fue descrita obedece a los requerimientos dentro de la Mejor Práctica. A continuación, se presenta en la tabla 13, un resumen que describe a los miembros del equipo.

Tabla 13. Características, competencias, habilidades y responsabilidades de cada miembro del equipo.



Nombre del miembro del equipo	Características y habilidades blandas	Competencias	Responsabilidades dentro de la buena practica
Dra. Sandra Marlene de Marroquín	Trabajo en equipo, Resolución de conflictos. Liderazgo Compromiso	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupó el cargo de coordinador de equipo técnico de Zona Occidental para desarrollar los modelos de SIBASI Y Región SIBASI. Además del cargo de director regional de Salud 2001 - 2008. • 35 años de experiencia ocupando puesto de jefatura y organizando unidades como la epidemiología del hospital y atención del paciente VIH 1996 (julio)-2001.y diseño de los procesos hospitalarios 2010-22017.Miembro de la comisión técnica para la elaboración de procesos misionales MINSAL. • Ha coordinado y asesorado 8 practicas 	Diseño y coordinación de la buena práctica. Facilitador de herramientas de calidad. Diseño e Implementador de procesos. Herramientas gerenciales.

 <p>MINISTERIO DE SALUD</p>	<p>RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD</p> <p>X EDICIÓN, 2025</p>	 <p>HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA</p>
<p>HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA</p>		<p>Página 30</p>

		<p>ganadoras al Reconocimiento de la mejor práctica y fue y es responsable del desarrollo de la UOC a la fecha</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posgrado en Medicina Interna 1992-1996. Hospital Nacional de Santa Ana. • Posgrado en Formación de Gerentes Sociales en Salud, Institución que otorga el título: Universidad Evangélica de El Salvador 2006. • Curso en Epidemiología básica, MSPAS y OPS 1996. • Diplomado en Gerencia de la Calidad en salud, Diploma otorgado por Universidad Evangélica de El Salvador julio –diciembre, 2014. • Curso de formación para tutores: “La Seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria, OPS Argentina, año 2023. • Curso de Auditoría interna para el mejoramiento continuo de los procesos implementados por el MINSAL, 2024. • Curso de reciclaje de auditores de calidad MINSAL, año 2025. • Curso de gerencia social: retos y desafíos de los programas de transferencia de ingresos condicionadas: su implicancia para la red solidaria agosto 2006. • Diploma de aprobación del curso las Normas ISO y sus beneficios en la calidad de la gestión institucional 2003. Institución que otorga el título: Ministerio de Relaciones exteriores. • Diplomado Internacional en administración de Hospitales y centros de Salud, cohorte LASALUS, convenio UEES, 2019. 	<p>Enlace con la UNASA</p>
<p>Dr. Jorge Alberto Jiménez</p>	<p>Pensamiento analítico, visión sistémica, adaptabilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Médico graduado de la Universidad de El Salvador. • Especialidad de cirugía, Hospital Rosales. • Diplomado en gestión de hospitales, Barcelona, España. • Diplomado en gestión en salud y gestión de proyectos, INCAE BUSSINES, CA. • Diversas formaciones en temas de administración de hospitales. • Más de 30 años de experiencia laboral: dirección de hospital del segundo nivel, jefe de la oficina de asesoría técnica y de la oficina de planificación del HNSJDSA, a la fecha. 	<p>Conducción del análisis FODA estratégicos. Integrar acciones de mejora en la planificación estratégica incorporando el tema de procesos y atención segura en salud. Facilitador del curso. Propone la agenda al</p>

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 31

			consejo de gestión
Dr. Lucio Isaí Sermeño.	Toma de decisiones, liderazgo y trabajo en equipo	<ul style="list-style-type: none"> • Formación en calidad. • Epidemiología de campo. • Análisis de sistemas de información. • Curso de Calidad en Atención al ciudadano. Junio 2013. • Curso de formación de formadores en calidad y atención humanizada. Julio 2013. • Programa de Capacitación en gestión por procesos y competencias directivas. Mayo 2014. • Curso de Epidemiología Clínica. Octubre 2012 – junio 2013. • Curso de docencia superior. Enero- abril 2007. • Diplomado en Epidemiología básica hospitalaria. Diciembre 2003. (Ver anexo 47 en código QR - Hoja de vida de Dr. Lucio Sermeño). 	Analizar e interpretar datos para decisiones basadas en evidencia. Análisis epidemiológico, manejo de bases de datos. Facilitador del curso
Dr. Luis Mauricio Lima	Trabajo em equipo Gerencia adaptativa Coordinación efectiva Habilidades de ofimática	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de competencias directivas y gestión por procesos, realizado del 2 de febrero al 16 de mayo del 2024. • Curso de “auditoría interna para el mejoramiento continuo de los procesos implementados en el MINSAL”. • Diploma de probación de programa de orientación a integrantes de equipos gestores de la calidad diciembre 2023. • Curso de competencias directivas y gestión por procesos realizado del 02 de febrero al 16 de mayo del 2024. • Diplomado en seguridad integral en la atención sanitaria para la protección del paciente, familia y comunidad. 104 horas teórico-prácticas, enero 2025. • Tercer curso de auditoría interna para el mejoramiento continuo de los procesos implementados en el MINSAL 2024. 	Facilitador del curso. Supervisar la implementación de estándares de calidad y seguridad.
Licda. Lorena Beatriz de Vásquez	Empatía, trabajo en equipo, responsabilidad. Empoderamiento, disciplina	<ul style="list-style-type: none"> • Diplomado en investigación científica, impartido por la Universidad Católica de El Salvador UNICAES, del 30 de abril al 02 de julio del 2022, Duración 60 horas. • Curso en Estadística de Investigación, llevado acabo de septiembre 2022 a noviembre 2022. • Seminario “Revisión Ética de un CEC: Aspectos críticos, seguimiento informado electrónico en investigación clínica”, llevado a 	Facilitador del curso de seguridad. Coordinar capacitación y supervisión de seguridad



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 32

		<p>cabo el 26 de abril 2023 por el Comité Ético Científico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seminario “Análisis de Ensayos Clínicos en México”, llevado a cabo el 26 de mayo 2023. por el Comité Ético Científico EKOMITE. • Seminario “Comités de Ética de la Investigación: Calidad del proceso de revisión”, llevado a cabo el 28 de junio 2023, Comité Ético Científico EKOMITE. • Curso de Normas de Buena Práctica Clínica ICHE6(R2), realizado en curso del INS el 20 de julio del 2023. • Curso de fundamentos para la comunicación científica en ciencias de la salud INS 2023. Realizado del 11 de julio al 31 de octubre del 2023. • Curso de inducción sobre ética en investigación en salud, con duración de 24 horas efectivas, El Salvador 2023. • Curso de competencias directivas y gestión por procesos realizado del 02 de febrero al 16 de mayo del 2024. • Diplomado en seguridad integral en la atención sanitaria para la protección del paciente, familia y comunidad. 104 horas teórico-prácticas, enero 2025. 	
--	--	---	--

18. ¿Qué medidas de control y seguimiento se aplicaron a los miembros del equipo de mejora para asegurar su efectividad en el desarrollo del proyecto?

Entre las medidas adoptadas de control y seguimiento podemos enlistar:

- **Colocar el tema de procesos en el PAOH del hospital y atención segura en salud** (ver PAOH 2013-2022 [Portal de Transparencia](#) y ver anexo 2 en código QR – PAOH 2024 y 2025).
- **Colocar el tema en la Política de Calidad del hospital 2014-2028 en relación a los procesos**, gestión del conocimiento del talento humano y MCC, y atención segura en salud. (Ver anexo 9 y 10 en código QR - Política de Calidad 2014-2019 y 2023-2028).
- Planeación del diplomado en el Plan Anual Operativo (ver anexo 2 y 48 en código QR – Plan Anual Operativo de la Unidad Organizativa de Calidad UOC, actividad 4.2).
- Elaboración del cronograma de encuentros con asignación de temas en fechas específicas para los facilitadores con diseño de pruebas de conocimiento, derivado a la UNASA ver anexo 17 y

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 33

anexo 22 en código QR - programa del curso y diplomado).



- Remisión de cuadro de notas que compile la evaluación de los participantes (**ver anexo 26 y anexo 27 en código QR** - consolidado de notas del curso y del diplomado).
- Seguimiento a las iniciativas de seguridad como producto del diplomado (**ver anexo 29 en código QR** - Seguimiento de iniciativas en atención segura en salud, junio 2025).
- Rendición de cuentas de los responsables de los procesos Misionales en reuniones del consejo estratégico a partir del año 2023 a la fecha. (**Ver anexo 49 en código QR** - Presentación de autoevaluación de procesos por jefes de las diferentes unidades de la institución ante el Consejo Estratégico de Gestión 2024 – 2025).
- Informes por parte de la UOC en relación con el avance de los procesos. (**Ver anexo 36 en código QR** - Evaluación de Procesos EFQM mayo 2025, y **ver anexo 50 en código QR** – Informe de evaluación de procesos consolidado plan de trabajo 2025).
- Realización de Talleres de ciclos PHVA de las divisiones médicas, enfermería y servicios de apoyo. (**Ver anexo 51 en código QR** – Talleres PHVA 2024 con Servicios de Apoyo).
- Aplicación de encuestas a los participantes con relación a la satisfacción del curso y del diplomado. (Ver los enlaces de los formularios que completaron los participantes del [Curso de Competencias Directivas](#) y [Diplomado de Atención Segura en Salud](#)).
- Sesiones de retroalimentación a los participantes con relación a sus iniciativas de mejora. (**Ver anexo 29 en código QR** - Seguimiento de iniciativas en atención segura en salud, junio 2025).

5. Gestión del conocimiento e innovación de la mejor práctica

5.1 Gestión del conocimiento en la mejor práctica.

19. ¿Qué iniciativas realizó el equipo de mejora para generar aprendizaje a otras partes interesadas a partir de la mejor práctica?

- A una década de implementación el equipo de mejora genera aprendizaje mediante la realización de talleres de ciclos PHVA, focalizando las fallas de los procesos/procedimientos con el acompañamiento de los miembros del equipo de mejora y los jefes de la división de apoyo, enfermería y médica mantiene la alianza estratégica con la UNASA y reconoce el valor



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 34

agregado que aporta al modelo de formación. **(Ver anexo 43 y 44 en código QR – Presentaciones Ciclos PHVA División de Servicios de Apoyo).**

- La dirección, autoriza al equipo de la Buena práctica para postularse al concurso MINSAL y de esta forma difundir el aprendizaje. De igual manera, autoriza los fondos para los incentivos de los alumnos destacados y del equipo de Mejora con la finalidad de reconocer las mejoras iniciativas de calidad y seguridad.
- El modelo de formación especialmente el de atención segura, con lleva que el alumno genere iniciativas de mejora a implementar en sus áreas de trabajo, estos proyectos son monitoreados por el equipo multidisciplinario de atención segura en salud (cada 6 meses) con el fin de mejorar en temas de interés institucional. **(Ver anexo 52 en código QR - Iniciativa de manual de consulta de Medicamentos de Alto Riesgo (MAR) por Licda. Karina Reyes, participante destacada del Diplomado de Atención Segura en Salud 2024).**
- De igual manera invita a sus cursos a los hospitales de la zona occidental y otros interesados para fortalecer a sus recursos. De esta forma se ha tenido la oportunidad de generar aprendizaje en los hospitales de Metapán, Sonsonate, San Rafael, Zacamil, psiquiátrico y la Unidad de monitoreo estratégico MINSAL. **(Ver anexo 53 en código QR – Diplomas de reconocimiento a Dra. Sandra de Marroquín por el desarrollo del Curso de Competencias Directivas en Hospital Nacional San Rafael 2015 y Hospital Nacional de Metapán 2024).**
- Finalmente, programa actualizaciones a los alumnos, en temas específicos de seguridad para mantenerlos informados y que apliquen en sus áreas de trabajo **(Ver anexo 54 en código QR – Presentación de triage como herramienta de seguridad, presentación de sedación y anestesia más fotografías de la jornada de actualizaciones realizada en junio 2025 a personal).**

20. ¿Cómo la organización y el equipo incorporó las experiencias y lecciones aprendidas para la creación de nuevas prácticas?

El curso de competencias directivas, gestión por procesos y MCC sirvió como base para fortalecer el programa de calidad y seguridad (este último dio inicio 2017) y que fue galardonador del premio Mejores Prácticas 2021 MINSAL y sirvió de base para generar la iniciativa del diplomado de seguridad a la persona, familia y comunidad. Esta experiencia enriquecedora tanto en la selección de los participantes, diseños de módulos de formación, con metodología sincrónica y experiencias en campo, **fue mejorada gracias a las lecciones aprendidas de los primeros cursos desarrollados (curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC).**

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 35

De igual manera, los conocimientos adquiridos en los modelos de formación han brindado herramientas para mejorar los procesos / procedimientos misionales, aplicando herramientas de Calidad y desarrollando talleres paralelos de ciclos PHVA. Cabe mencionar que los equipos que han postulado aplican las herramientas de calidad que han sido enseñadas por los facilitadores del curso.

5.2 Gestión de la Innovación en la mejor práctica.

21. ¿Cómo utilizó la organización y el equipo la incorporación de la innovación para agregar valor y mejorar el desempeño de la institución?

La implementación de la mejor práctica **“Gestión del conocimiento del talento humano como estrategia clave para avanzar en la implementación del modelo con enfoque de procesos y atención segura en salud 2014-2024”** fue respaldada por una serie de iniciativas entre la alta dirección, y el equipo de la Buena Práctica. Estas acciones tuvieron como objetivo consolidar un entorno de aprendizaje continuo, fortalecimiento de capacidades y sostenibilidad del modelo de formación. (Ver anexo 55 - Tabla resumen de la generación de innovaciones para mejorar el desempeño del hospital).

6. Resultados de la mejor práctica


6.1 Resultados en la eficacia / eficiencia organizacional

22. ¿Cuál es la reducción de la brecha identificada después de aplicar la mejor práctica?

Tomando como base la tabla 12 medición de mejora, indicadores propuestos a medir en la Buena Práctica, se presenta a continuación en la tabla 14 los resultados que muestran los logros obtenidos a junio de 2025, recordando que la Buena Práctica tenía una visión a 10 años, ya que se ha buscado implantar una cultura de compromiso de la alta dirección, un talento humano formado en competencias directivas y comprensión de la metodología de gestión por procesos.

Tablo 14. Representación de la brecha.

Oportunidad de mejora identificada	Línea base 2014	Proyección a junio 2025	Brecha	Evaluación de la brecha
Modelo de formación institucionalizado	El hospital no dispone de un modelo	Modelo de formación de competencias	100% Debido a que no existía un	Logro del 100%. <u>Brecha superada</u>

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 36

de competencias directivas, gestión por procesos y MCC avalado por la UNASA	educativo para fortalecer las competencias directivas y el modelo de gestión por procesos	directivas, gestión por procesos y MCC institucionalizado avalado por educación superior.	modelo de formación institucionalizado avalado por educación superior	La institución dispone a partir del año 2014 a la fecha de un curso de competencias directivas, gestión por procesos y MCC acreditados por la UNASA. (Ver anexo 5 en código QR - Carta fe por parte de UNASA).
La institución dispone de una masa crítica formada en el modelo de educación definido de competencias Directivas, gestión por procesos y MCC	4 recursos humanos formados (jefe de UOC ,2 técnicos de UOC Y medico planificador)	20 recursos humanos (jefaturas o RH. Claves en la gestión) en las unidades organizativas de la división médica, servicios de apoyo y enfermería. En cada curso programado se inscriben 20 participantes)	20 jefaturas de unidades organizativas no disponen de las competencias directivas, conocimientos en gestión por procesos y MCC.	100% de cumplimiento. <u>Brecha superada.</u> A la fecha se han formado 160 recursos entre ellos jefaturas y puestos claves de las unidades organizativas. (Ver anexo 60 en código QR – Informe de recursos formados a partir del 2014 derivada a alta dirección).
Unidades organizativas participan activamente en la gestión con enfoque de procesos MISIONALES	Únicamente el 39% (6) unidades de las unidades organizativas participan en la gestión con enfoque de procesos.	80% (14 unidades) o más de las unidades organizativas responsables de los procesos misionales participan en la gestión con enfoque a procesos.	41% (8) De Unidades organizativas se suman a la implementación con enfoque a procesos a completar el 100% de unidades responsables de los procesos misionales.	Logro mayor al 80% brecha superada :16 unidades organizativas rinden cuentas ante el Consejo Estratégico (12 unidades médico-quirúrgicas, 3 servicios misionales, y la división de enfermería) en relación con la implementación por procesos en sus unidades organizativas. (Ver anexo 41 en código QR - Actas de Consejo Estratégico de Gestión

				evaluación de procesos (2023-2025 y ver anexo 61 en código QR – Presentación de avances del modelo de gestión con enfoque en procesos).
Unidades organizativas participando en la rendición de cuentas ante el consejo de gestión estratégico autoevaluando sus procesos.	Los jefes de las unidades organizativas no realizan el proceso de autoevaluación de los procedimientos misionales (año 2022).	90%, es decir 15 jefaturas de las unidades de hospitalización, servicios de apoyo y enfermería rinden cuentas de la autoevaluación de los procesos ante el Consejo estratégico según lo programado en la agenda de dicho órgano directivo a partir del año 2023.	90% debido a que 15 jefaturas de las unidades organizativas no presentan la autoevaluación de procesos ante el consejo. Antes del 2023 se rinden informes por los jefes de división y UOC y no por los responsables de los procesos.	Logro 94% mayor de lo proyectado. División médica 12/13 División de servicios de apoyo 3/3 (Banco de Sangre, Laboratorio y Fisioterapia que disponen de manuales de procesos oficializados por MINSAL). Ver anexo 49 fotografías y 57– Rendición de cuentas, informe. División de Enfermería: 28 procedimientos 100% de cumplimiento. (Ver anexo 62 en código QR – Presentación de autoevaluación de procesos División de Enfermería).
Los clientes internos (participantes del curso) valoran la transferencia del conocimiento por la aplicabilidad en sus unidades Organizativas	No se ha evaluado	El 85% de participantes valoran el curso con 4 0 5 estrellas (muy bueno y excelente)	85% de participantes ponderan el curso con 4 0 5 estrellas	85% de participantes califican el curso con excelencia, 5 estrellas (ver gráfico 1 - Resultados de encuestas a participantes del Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC y ver anexo 63 en



				código QR – Informe de resultados de encuesta a través de Google Forms, mayo 2025).
Modelo de educación institucionalizado de atención segura en salud por UNASA (diplomado)	No se dispone de un modelo de formación únicamente capacitaciones en temas específicos	Diplomado de atención segura en salud institucionalizado avalado por educación superior	100% Debido a que el hospital no contaba con un modelo de educación institucionalizado de atención segura en salud.	100% de cumplimiento, brecha superada A partir del 2024 se ejecutó el primer diplomado de atención segura en salud avalado por educación superior (UNASA). Ver anexo 17 en código QR - Programa del Diplomado de Atención Segura en Salud.
La institución dispone de masa crítica formada en atención segura en salud	3 recursos facilitadores	20 recursos humanos (considerados claves en las unidades organizativas de la división médica, enfermería y servicios de apoyo)	100% debido a que no existen referentes de seguridad en las unidades organizativas (20 recursos a formar)	100% de cumplimiento, brecha superada. se dispone de 20 recursos formados a través del modelo de atención segura en salud. (Ver anexo 64 en código QR – Graduados del 1er Diplomado, enero 2025).
Unidades organizativas disponen de un referente de atención segura en salud	No existe la figura de referente de atención segura en salud en las unidades organizativas	Disponer de 1 referente de seguridad en las unidades organizativas responsables de procesos misionales (20)	100%, Formar a 20 recursos humanos. Debido a que las unidades no disponen de referente de atención segura en salud.	100% en grado de cumplimiento, brecha superada. Se dispone de 20 recursos formados en atención segura en salud (el total de unidades de la división médica 16 y 4 unidades de servicios de apoyo), total de 20 (Ver anexo 26 y 27 en código QR – Consolidado de notas donde se indica las áreas

				donde laboran los referentes y el cargo).
Iniciativas de atención segura en salud implementándose como producto del diplomado de atención segura en salud.	Únicamente el programa de calidad y seguridad diseñado 2017 y que fue reconocido a nivel nacional MINSAL RIMP 2022	20 iniciativas implementándose a julio 2025 (Disponer de las iniciativas de atención segura en salud como resultado del diplomado).	Brecha 100% debido a que únicamente se disponía de una mejor practica en calidad y seguridad ganadora 2022.	100% de cumplimiento. La institución dispone de un banco de 20 iniciativas implementándose relacionada a la atención segura en salud. (Ver anexo 29 en código QR - Banco de proyectos implementados a junio 2025).
Los clientes internos (participantes) valoran el Diplomado de atención segura en salud por la aplicabilidad en sus unidades Organizativas	No se ha evaluado	El 95% de participantes valoran el diplomado de atención segura con 4 o 5 estrellas	95% de participantes ponderan el curso con 4 o 5 estrellas	82% lo ponderan con 5 estrellas (excelente), 13% 4 estrellas de cumplimiento y 5% con 3 estrellas. (Ver gráfico 2 - Resultados de las encuestas de la valoración del Diplomado de Atención Segura en Salud y ver anexo 65 en código QR – Informe de resultados de encuesta de satisfacción a graduados, mayo 2025).

23. ¿En qué aspectos ha mejorado la eficacia y eficiencia organizacional al implementar la mejor práctica?

Con respecto a la eficacia y eficiencia en la institución, en relación con la Buena Practica podemos enlistar como las más importantes:

- El hospital dispone de un modelo de formación en el que el talento humano puede aplicar los conocimientos adquiridos a diario en su vida laboral y que al ser ejecutado en el hospital permite gestionar de una mejor manera el tiempo, y que a su vez se diseñen proyectos o iniciativas de mejora en sus áreas de trabajo las cuales pueden convertirse en buenas prácticas (tal como se

 <p>MINISTERIO DE SALUD</p>	<p>RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025</p>	 <p>HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA</p>
	<p>HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA</p>	<p>Página 40</p>

ha evidenciado).

- Actualización del conocimiento del talento humano en relación con las competencias directivas, procesos y, normas nacionales e internacionales de seguridad a la persona. **(Ver anexo 66 en código QR – Curso completo de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC).**
- Al formar a las jefaturas y coordinadores de programas en gestión por procesos, competencias directivas y MCC permite a la institución que los gerentes comprendan el modelo de gestión por procesos y adopten la mejora continua como una rutina empresarial que permite obtener mejores resultados.
- Al tener Talento humano formado en atención segura en salud contribuye a desarrollar procesos Misionales seguros al usuario. Se trae a la memoria que desde el año 2017 que el hospital diseñó e implementó el primer programa de Calidad y seguridad (el cual la Norma Técnica de Atención Segura en Salud MINSAL, vino a respaldar y darle mayor fuerza), se trae como ejemplo, los resultados del objetivo de seguridad relacionado a la Prevención de infecciones asociadas a los cuidados de la salud, línea de acción: adherencia de higiene de manos, que de acuerdo a informes de la Unidad de Epidemiología del hospital y que son derivados al MINSAL, la ponderación ha sido evaluada con calificación avanzada desde hace 5 años (según guía de evaluación de OMS, **ver tabla 15** - Resultados de adherencia de higiene de manos 2021 a 2025). De igual manera se han reducido la Ulceras por presión y los eventos de caídas a menos 1%, tal como se refleja en el sistema de estándares de Calidad del hospital y los informes de los equipos de mejora (**ver anexo 67 en código QR – Informe de estándares de calidad 1er semestre 2025**).
- Se fomenta la cultura de medición de los objetivos de atención segura en salud. **(Ver anexo 68 – Gráficos de informe de resultado de objetivos de seguridad del paciente 2025).**
- Se dispone de banco de recursos que pueden a futuro convertirse en facilitadores o expansores del conocimiento a nivel institucional. **(Ver anexo 6 en código QR – Respaldo de realización de actividades formativas del curso de competencias y ver anexo 60 en código QR – Listado de participantes formados).**
- Se optimizan los procesos asistencias reconduciendo los reprocesos e identificando los cuellos de botella para la intervención mediante ciclos PHVA. **(Ver anexo 43 y 44 en código QR - ciclos PHVA de División de Servicios de Apoyo 2023-2024).**

Tabla 15. Resultados de la medición de la Adherencia en el marco de autoevaluación de higiene de manos 2021-2025, Hospital Nacional de Santa Ana.

Año	% de adherencia (Calificación avanzada según puntaje de lista de OMS)
2021	68%
2022	58%
2023	64%
2024	63%
2025	60% (467.5 puntaje)

Fuente: Unidad de Epidemiología, Hospital Nacional de Santa Ana.

Ver anexo 69 – Autoevaluación de higiene de manos.

6.2 Resultados orientados al ciudadano y beneficios a otras partes interesadas

24. ¿Cuáles son los resultados en la percepción del ciudadano?

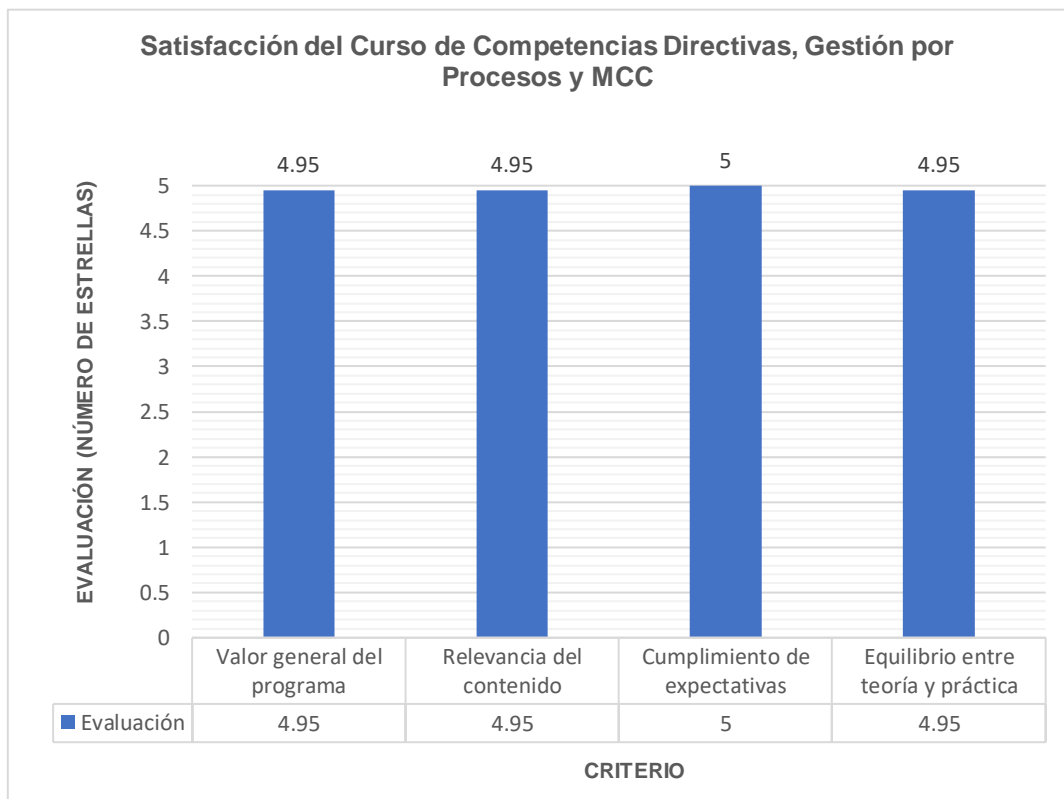
En esta buena práctica el talento humano del hospital que ha participado en los cursos y en el diplomado de atención segura en salud, se convierte en **nuestro cliente central**.

Es por ello que el equipo postulador realizó una encuesta haciendo uso de un formulario de Google Form, realizando 5 preguntas (4 preguntas de opción múltiple y 1 pregunta abierta sobre sugerencias y recomendaciones para la mejora continua) a los participantes a un año de haber finalizado el curso de competencias directivas, gestión por procesos y MCC y a 6 meses de haber finalizado el diplomado de atención segura en salud con un total de 41 encuestados (**ver anexo 63 y anexo 65 en código QR** - Informe de resultados de encuesta de satisfacción del talento humano en relación al curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC; y Diplomado de Atención Segura en Salud), ver los enlaces de los formularios que completaron los participantes del [Curso de Competencias Directivas](#) y [Diplomado de Atención Segura en Salud](#)).

El Universo fue el 100% de los participantes, siendo los resultados arriba del 90% de satisfacción en ambos espacios de formación.

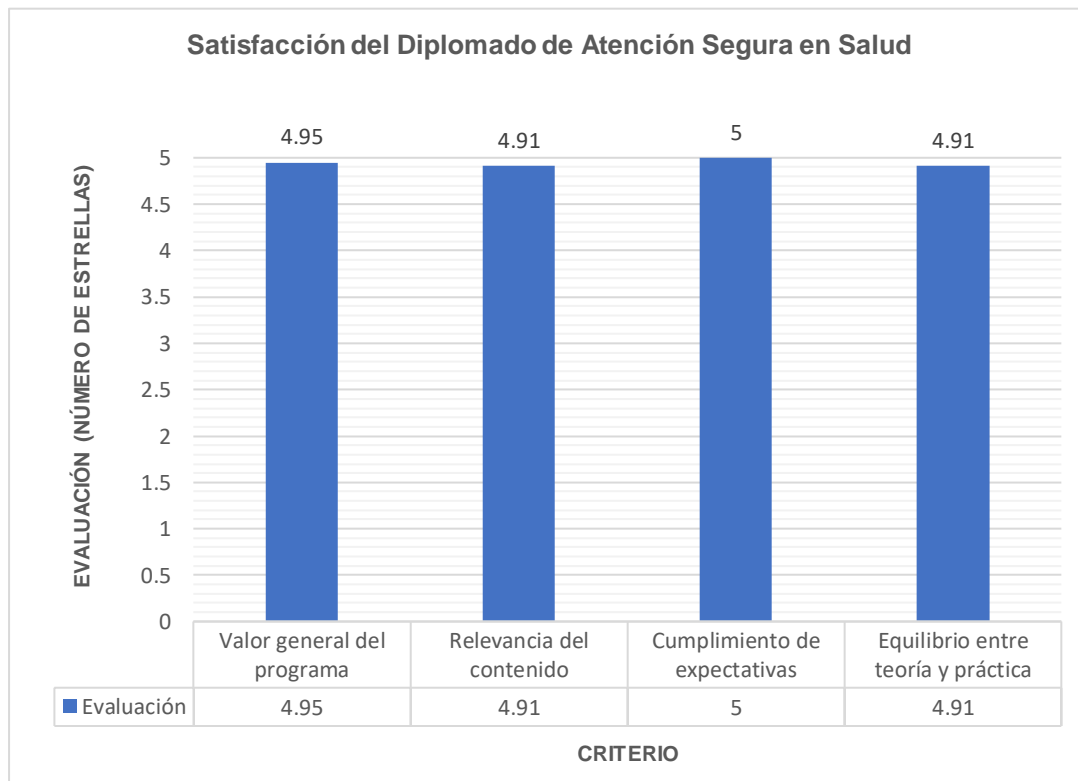
A continuación, se muestran los resultados de ambas encuestas y las recomendaciones de los alumnos, los cuales desde ya se están tomando en cuenta para la ejecución del Diplomado de Atención Segura en Salud, programado para el segundo semestre 2025.

Gráfico 1. Resultados de percepción de la satisfacción del curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC., mayo 2025, Unidad Organizativa de Calidad, Hospital Nacional de Santa Ana.



Fuente: Encuesta de Satisfacción UOC del Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC, 2024 a 2025.

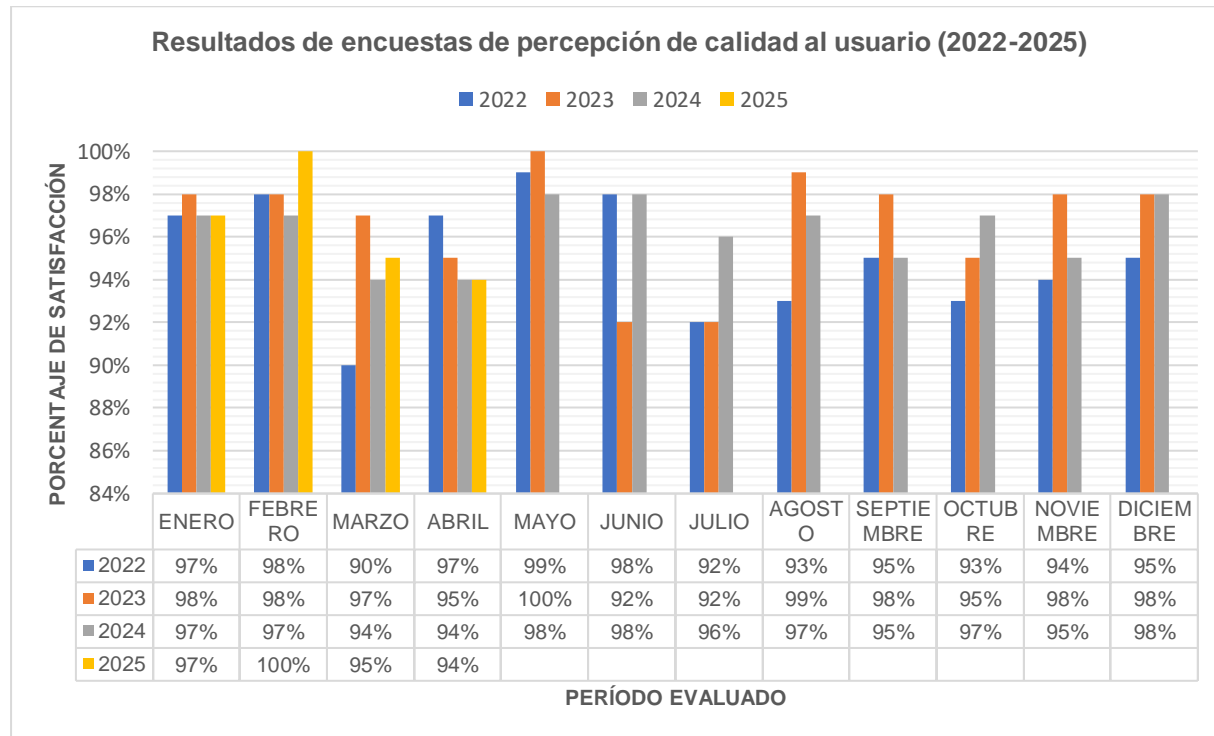
Gráfico 2. Resultados de encuesta de satisfacción al talento humano en relación al diplomado de Atención Segura en Salud, mayo 2025, Unidad Organizativa de Calidad, Hospital Nacional de Santa Ana.



Fuente: Encuesta de Satisfacción UOC del Diplomado de Atención Segura en Salud.

De igual manera la ODS (Oficina por el Derecho a la Salud del Hospital de Santa Ana) administra desde el año 2020 a la fecha encuestas de satisfacción estandarizada por el MINSAL, dirigidas a los usuarios de los servicios ambulatorios y hospitalarios, lo que al final traduce el grado de satisfacción por el servicio otorgado en la institución mediante la aplicación de los procesos. Seguidamente se muestran los resultados de las encuestas en un panorama histórico.

Gráfico 3. Gráfico comparativo de resultados de encuestas de percepción de la satisfacción en los años 2022, 2023, 2024 y 2025 (abril) administrado por ODS, Hospital Nacional de Santa Ana.



Fuente: Encuestas de percepción MINSAL, administrada por ODS.



Finalmente, un logro significativo es avanzar en la cultura de gestionar la organización con enfoque a procesos, por lo que el equipo implementador realizó una evaluación en el mes de mayo 2025 para determinar el grado de avance haciendo uso nuevamente del cuestionario EFQM, siendo los resultados positivos en relación con el despliegue de los procesos y su mejora continua, evidenciada por los planes de mejora que se ejecutan en las Unidades Organizativas ante el incumplimiento de las actividades. (Ver anexo 36 en código QR - Evaluación de Procesos EFQM mayo 2025; y ver anexo 50 en código QR - Informe de evaluación de procesos consolidado plan de trabajo 2025).

25. ¿Cuáles son los beneficios generados a otras partes interesadas relacionadas con la mejor práctica?

Los resultados generados a otras partes interesadas en este tipo de iniciativas son muchos, por lo que a continuación se enlistan los principales.

Tabla 16. Resultados generados a otras partes interesadas.

Otra parte interesada	Beneficios generados
Alta dirección y jefes de división	<ul style="list-style-type: none"> Las jefaturas de las unidades organizativas respectivas a cada división (medica, servicios de apoyo y enfermería) mejoran su capacidad de liderazgo, toman mejores decisiones y contribuyen a implementar el modelo de gestión por procesos aplicando herramientas de Calidad. (Ver anexo 49 en código QR - Jefaturas rindiendo cuentas de autoevaluación de los procesos misionales). De igual forma, disponen de referentes de atención segura en salud, convirtiéndose en apoyo a la gestión y a impulsar acciones que reduzcan, mitiguen o controlen los eventos adversos en sus áreas de trabajo (ver anexo 29 en código QR - Iniciativas de atención segura en salud, producto del diplomado). La institución es referente a nivel de zona occidental de salud en formación a de atención segura en salud y gestión de procesos y MCC; lo que contribuye a mejorar la imagen institucional. (Ver anexo 53 en código QR – Diplomas de reconocimiento a Dra. Sandra de Marroquín por el desarrollo del Curso de Competencias Directivas en Hospital Nacional San Rafael 2015 y Hospital Nacional de Metapán 2024).
Universidad	<ul style="list-style-type: none"> Mejora su imagen institucional apoyando procesos de formación que benefician al ciudadano siendo modelo de responsabilidad social y estando a la vanguardia en las líneas de salud MINSAL. (Ver imagen 1 - Entrega de reconocimiento a Máster. Jennifer Padilla UNASA coordinadora de posgrados).
Pacientes y familiares	<ul style="list-style-type: none"> Reciben una atención más segura e incrementa su confianza en el sistema público. (Ver gráfico 3 – Resultados de encuestas de satisfacción por ODS y resultados de estándares de calidad). Son atendidos por procesos misionales estandarizados, lo que reduce la variabilidad en la atención brindada
MINSAL	<ul style="list-style-type: none"> Dispone de hospitales que expandan el modelo de gestión por procesos y atención segura en salud de conformidad con el plan estratégicos MINSAL, convirtiéndose en facilitadores a nivel nacional y presentando a nivel internacional prestadores de servicios donde se están desarrollando experiencias de calidad y seguridad. (Ver anexo 58 en código QR – Presentación de cultura de calidad y seguridad del paciente y ver anexo 70 en código QR – Informe de avances en el modelo de gestión por procesos agosto 2024).
Región occidental de salud	<ul style="list-style-type: none"> Dispone de un centro capacitador en temáticas relevantes para poder formar a su talento humano.
Todos los empleados del hospital	<ul style="list-style-type: none"> Disponen de jefes o líderes de programa, referentes de calidad, capacitados, desarrollando cultura de seguridad, en el marco del modelo de gestión por procesos. (Ver anexo 26, 27 en código QR – Consolidado de notas donde se indica las áreas donde laboran los referentes y el cargo; y ver anexo 71 en código QR – Fotografías de los encuentros del Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC 2024 y ver anexo 74 - Memoria de labores UOC 2019 – 2024, página 26 y 27).

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 46

6.3 Resultados financieros y relación costo beneficio



26. ¿Qué beneficios financieros ha obtenido la organización con la ejecución de la mejor práctica?

En este apartado, el equipo de mejora investigo que en promedio las empresas formadoras en el mercado en El Salvador, los costos de los cursos de competencias directivas para 20 personas oscilan entre \$4,520-\$6,780 dólares y el de gestión por procesos \$1,130-\$1,243 dólares (sin tomar en cuenta temáticas de herramientas de calidad; el que sería otro costo adicional). Las temáticas se dan por separadas y de sumar ambos cursos, tendrían un costo que oscilaría entre \$ 5,650-\$8,023 dólares, con encuentros presenciales de 4 a 6 módulos con una carga tutorial de 24-32 horas (competencias directivas)) y la formación en procesos en el marco del sistema de gestión de calidad ,serian 2 encuentros de 8 horas; en total 8 encuentros de 8 horas, con la desventaja de que la formación es genérica **y en el caso de los cursos institucionales (del hospital) son diseñados a la necesidad de la organización y en consonancia con la visión MINSAL**. Además, el diploma de aprobación otorgado en las empresas formadoras en el mercado, es de certificado de participación y el del hospital es con el aval académico de educación superior. De igual forma, hay que tomar en cuenta los costos de desplazamientos de los recursos por 8 encuentros y la atención que recaería en otro personal. Por todo lo anterior, se ha estimado que el hospital al ejecutar sistemáticamente el curso de competencias directivas, gestión por procesos y MCC, el ahorro es de \$1,965.94 dólares con relación al costo de contratar a una empresa formadora (\$5,650 costo mínimo, para grupos de 20 personas), sin otorgar certificación por educación superior. En cuanto al Diplomado de seguridad, desconocemos si hay alguna entidad académica que lo esté impartiendo con certificación superior en el país.

Vale la pena recordar que en la tabla de presupuesto de la mejor práctica (capítulo 3, pregunta 12), se incluyeron los costos **tomando en cuenta los recursos humanos participantes**, aspecto que el equipo de mejor practica considera una inversión institucional.

El institucionalizar el conocimiento como estrategia clave tiene otros beneficios significativos tales como:

1. **En relación con formar al talento humano en atención segura en salud:** puede llegar a reducir costos de los eventos adversos tales como, la prevención de caídas, prevención de úlceras por presión, prevención de infecciones relacionadas a los cuidados de la salud al realizar en forma correcta el lavado de mano o, la prevención en la presentación de eventos centinelas al aplicar la lista de cirugía segura. Ejemplos de lo anterior, de llegarse a presentar, dan como resultado un

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 47



incremento de los costos de la NO calidad, presentar costos con alto grado de impacto social (orfandad).

2. **Mayor eficiencia en los procesos y procedimientos:** lo anterior está demostrado que no solo mejora la productividad, sino que además evita duplicidades y desperdicios al ejecutar las actividades estandarizadas, siendo eficientes en los limitados recursos en los hospitales
3. **Costos de reclutamiento a nuevo personal:** ya que la empresa dispone de masa crítica capacitada y que contribuye a difundir la filosofía de trabajo al talento humano operativo. Esto es relevante en hospitales escuela como el nuestro.
4. **Al disponer personal capacitado en procesos, habilidades blandas y atención segura en salud** gradualmente, se puede mejorar el gasto en insumos, medicamentos y utilización de los servicios de apoyo al diagnósticos y tratamiento.

27. ¿Cuáles son los resultados de la relación costo beneficio en la implementación de la mejor práctica? Para la presente iniciativa los cálculos se consideran en reducción de errores, eventos adversos y reducción de costos operativos, reducción de sanciones por mejor cumplimiento Normativo

Reducción en costos directos:

- Ahorro en honorarios, no se paga a consultores, ya que los facilitadores en formación son la de la institución.
- Ahorro en gastos logísticos, ya que se utiliza los elementos de estructura que dispone la institución.
- Material reutilizable: el material didáctico se diseña y puede utilizarse con varios grupos (**ver anexo 66 en código QR** – Curso completo de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC), solo se actualiza.
- Mejor uso del tiempo de los participantes: se adapta a los horarios consensuado por la institución y sus jefaturas.
- Retorno de inversión más alto: Los conocimientos están alineados a los objetivos institucionales con mayor aplicabilidad a la realidad del hospital.
- Menor rotación del personal: mayor sentido pertenencia de los participantes con el hospital; lo que reduce la deserción laboral.
- Escalabilidad: una vez implementada la formación puede replicarse en diferentes áreas, momentos sin incurrir en costos elevados.
- De igual manera disponer de modelos de formación institucionalizado impartido por personal con formación especializada, en alianza con un ente de educación superior resulta más rentable

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 48

para la institución, ya que puede programar a sus recursos en forma gradual optimizando el tiempo del recurso, y lo que generaría costos a la institución formarlos en modalidad de contratación externa.

7. Sostenibilidad y mejora

7.1 Sostenibilidad

Las estrategias de sostenibilidad que se están implementado se enlistan a continuación:

- Anclar el tema en la política de calidad institucional (**ver anexo 9 y 10 en código QR** - Política de Calidad 2014-2019 y 2023-2028).
- Mantener el compromiso directivo evidenciado mediante la renovación del convenio con la Universidad. (**Ver anexo 5 en código QR** - Carta fe por parte de Universidad Autónoma de Santa Ana (UNASA) en la implementación del Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC, máster Jennifer Padilla posgrados).
- Integrar la formación de los participantes con los ciclos PHVA de las unidades organizativas en relación. con diseño e implementación de planes de mejora que incorporen los conocimientos adquiridos. (**Ver anexo 51 en código QR** – Talleres PHVA 2024 con Servicios de Apoyo).
- Realizar talleres de mejoramientos de procesos que incorporen herramientas de calidad.
- Mantener la autoevaluación de procesos en la agenda del consejo estratégico de gestión.
- Incentivar los mejores productos de los participantes (reconocimiento al mérito en reuniones del consejo estratégico).

28. ¿Cuáles son los posibles riesgos que el equipo ha identificado y que estrategias ha previsto para garantizar la sostenibilidad, sistematización y estandarización de la mejor práctica implementa?

El modelo de formación si no se logra ejecutar según lo planificado, el hospital no dispondría de talento humano con conocimientos, aptitudes y actitudes para responder a las exigencias que el ciudadano de hoy demanda. Se necesita por tanto de identificar estos riesgos, controlarlos o mitigarlos. A continuación, se presenta una tabla que resume los riesgos priorizados en base a los comportamientos observados en el desarrollo del modelo.

Tabla 17. Identificación de Riesgos y establecimiento de estrategias para minimizarlos.

Riesgo	Estrategia o acciones para seguir
Deserción de los participantes	<ul style="list-style-type: none"> Vincular la formación con la evaluación del desempeño. Firma de cartas compromisos por los participantes. (Ver anexo 39 en código QR – Modelo de carta compromiso).
Epidemias que impidan realizar encuentros presenciales	<ul style="list-style-type: none"> Sesiones optimizadas en tiempo (menos de 20 minutos) es decir Modalidad híbrida flexible, modalidad asincrónica con evaluaciones online.
Desmotivación de los participantes por diversas causas	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar las mejores iniciativas de los participantes. Menciones honoríficas ante el consejo por los aportes institucionales Realizar encuestas rápidas a los participantes para corregir en marcha.
Que los proyectos de mejora de los participantes no trasciendan de la teoría a la práctica (aporte institucional)	<ul style="list-style-type: none"> Realizar jornadas de seguimiento (cada 6 meses) por parte de la UOC y el equipo de seguridad multidisciplinario y socializar los resultados a la alta dirección.
Que la Universidad comunique su deseo de no renovar el convenio	<ul style="list-style-type: none"> Presentar el proyecto a las otras Universidades, ya que es hospital escuela. Que el hospital otorgue diploma de aprobación.
Que las jefaturas de la Unidades organizativas no otorguen permiso a los participantes seleccionados	<ul style="list-style-type: none"> Informar por parte de la Dirección a las jefaturas que la alta gerencia concede el permiso para que se garantice el permiso del personal. Ver anexo 72 en código QR – Cartas de autorización por los directores Dr. Ricardo Peñate (Diplomado de atención segura en salud 2024) y Dra. Carmen de Viana (Curso de competencias 2024):
Llegadas tardías de los participantes a los encuentros sincrónicos	<ul style="list-style-type: none"> Otorgar una ponderación a la asistencia presencial. Dejar tareas prácticas a presentar en los encuentros.

29. ¿Qué indicadores, roles, responsabilidades han implantados la organización para evaluar el desempeño futuro y asegurar la continuidad de la iniciativa?

Los indicadores seleccionados están enfocados a los resultados que se esperan por parte de los participantes al incorporar a la vida laboral los conocimientos y habilidades facilitadas en el modelo. A continuación, se presenta en la tabla 22 la propuesta de indicadores a futuro.

Tabla 18. Indicadores para evaluación del desempeño futuro y asegurar la continuidad de la práctica.

Indicador	Mecanismo de seguimiento	Responsable
Número de talleres de ciclos PHVA realizados por parte de los jefes de división de los procesos	Reuniones de presentación de los ciclos PHVA dirigido al mejoramiento de las actividades de los procesos por	Jefe de división de los procesos misionales

misionales y servicios de apoyo (3 veces al año)	parte de los jefes de las Unidades organizativas y / equipos de mejora.	
Número de talleres de seguimientos a las iniciativas de mejora de los participantes del diplomado de atención segura en salud (cada 6 meses)	Convocatoria de los alumnos por parte del equipo de atención segura en salud multidisciplinario a presentar los avances de sus proyectos	Equipo multidisciplinario de atención segura en salud
Informe al consejo estratégico en relación con los productos o mejoras en los servicios	Derivar informe a la dirección y presentarlo al consejo estratégicos para mantener el apoyo al modelo	UOC
Número de autoevaluaciones de procesos presentadas por los jefes de las Unidades Organizativas ante el consejo	Mantener la autoevaluación de procesos como rutina en la agenda del consejo estratégicos (mínimo 2 veces al año)	dirección y consejo de gestión estratégica
Porcentaje de satisfacción de los participantes ante el modelo de formación	Realizar al final de cada curso y Diplomado la valoración por los participantes para la MCC	UOC

7.2 Mejora

30. ¿Cuál estrategia ha definido la organización para asegurar constantemente el cumplimiento de la mejora continua de la práctica implementada?

Se han identificado estrategias para asegurar la mejora continua de la práctica, por ejemplo: capacitar a equipos de instituciones interesadas en replicar la iniciativa, funcionar como centro de demostración para realizar pasantías, tramitar la postulación de la mejor práctica para su incorporación a la oferta de cooperación internacional. **La estrategia principal es expandir el conocimiento con los hospitales de la RIIS interesados en disponer de recursos formados en procesos, MCC y atención segura en salud.** Por lo anterior La UOC comisionada por la dirección comunica a los jefes UOC de los hospitales de occidente y otorga cupos en los cursos, ejemplo de estos es la participación de los hospitales de Metapán y Sonsonate. A lo largo de la historia se ha apoyado a los hospitales psiquiátricos, La Dirección de Monitoreo Estratégico de Servicios de Salud MINSAL, Hospital de Zacamil, Psiquiátrico y San Rafael. Lo anterior exige preparación acorde a las expectativas por parte del equipo implementador.

31. ¿Qué mecanismos de seguimiento a considerado o está utilizando el equipo para asegurar la buena práctica o iniciativa mejore continuamente?

Ver anexo 73 – Tabla de los mecanismos de seguimiento que actualmente se están implementando.

Glosario



Concepto	Definición
Alta dirección	Persona o grupo de personas que dirigen y controlan una organización al más alto nivel. ¹
AMFE	Análisis Modal de Fallos y Efectos, es una metodología sistemática utilizada para identificar, analizar y evaluar los posibles fallos en un producto o proceso.
Despliegue	Grado de desarrollo, ejecución y alcance operativo con el que se implementan procesos, estrategias o actividades dentro de una unidad o institución.
Eficacia	Capacidad de realizar adecuadamente las tareas o de alcanzar los objetivos previstos. ²
Eficiencia	Capacidad de lograr los resultados deseados con el mínimo de recursos. ³
Lecciones aprendidas	Es el conocimiento adquirido sobre un proceso o sobre una o varias experiencias, a través de la reflexión y el análisis crítico sobre los factores que pueden haber afectado positiva o negativamente. ³
MAR	Medicamentos de Alto Riesgo.
Mejora continua de la calidad (MCC)	Es un enfoque de gestión orientado a la búsqueda permanente de oportunidades para optimizar procesos, servicios, productos o resultados, a través de la implementación de acciones sistemáticas, evaluaciones periódicas y retroalimentación constante. Su finalidad es incrementar la eficiencia, la efectividad y la satisfacción de los usuarios, promoviendo la innovación, la prevención de errores y el cumplimiento de estándares de calidad.
ODS	Oficina por el Derecho a la Salud.
PAOH	Plan Anual Operativo Hospitalario.
POA	Plan Operativo Anual.
PHVA	Planificar, Hacer, Verificar y Actuar. Es un método de mejora continua utilizado en gestión de calidad y empresarial
RIIS	Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud.
Técnicas no tradicionales	Nuevas e innovadoras técnicas que han roto lo convencional, aportan valor agregados a las organizaciones obteniendo resultados positivos. ⁴
USME	Unidad de Planificación, Monitoreo y Evaluación.

¹ Ministerio de salud, Norma técnica de la calidad en el Sistema Nacional Integrado de Salud

² Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española, diccionario panhispánico de dudas, 2 edición, versión en línea, 2029, <https://www.rae.es/dpd/eficaz>

³ Elba Luna, Lorena Rodríguez, Como documentar lecciones aprendidas, Banco Interamericano de Desarrollo, enero 2025. <https://blogs.iadb.org/conocimiento-abierto/es/como-documentar-lecciones-aprendidas/>.

⁴ Adaptado de Daniel Aguilar Monge, Métodos no tradicionales de investigación de mercados, octubre 2020, <https://www.linkedin.com/pulse/m%C3%A9todos-tradicionales-de-investigaci%C3%B3n-mercados-danielaguilar-monge/?originalSubdomain=es>.

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 52

Anexos

Anexo 1. Implementación de un modelo de gestión por procesos e imagen de remisión de dicho proyecto a través de correo electrónico, junio 2010.





Anexo 2. Plan Anual Operativo Hospital Nacional de Santa Ana 2024, 2025 y POA UOC 2014 - 2025.



Anexo 3. Acuerdo 184, 2013 agosto, vigente a la fecha – Creación de Unidad Organizativa de Calidad y asignación de funciones.



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 53

Anexo 4. Imagen de correo electrónico, noviembre 2013 para coordinación de detalles de graduación del Curso de Competencias Directivas.





Anexo 5. Carta fe por parte de Universidad Autónoma de Santa Ana (UNASA) en la implementación del Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC, máster Jennifer Padilla posgrados.



Anexo 6. Carta de subdirector del hospital Dr. German Reynaldo Arévalo, año 2014, respaldando la realización del Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC).



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 54

Anexo 7. Cartas de requisición a la Unidad de Compras Públicas del hospital para gestión de placas de reconocimiento a equipos postuladores y alumnos destacados.





Anexo 8. Memorándum de oficialización del equipo de Mejor Práctica Hospital Nacional de Santa Ana por Dr. Ricardo Peñate Guerra – director hospitalario.



Anexo 9. Política de Calidad Hospital Nacional de Santa Ana 2014-2018.



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 55

Anexo 10. Política de Calidad Hospital Nacional de Santa Ana 2023-2028.





Anexo 11. Vídeos de los módulos impartidos en el Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC; y Diplomado de Atención Segura en Salud, apoyados por Unidad de Comunicaciones del hospital).



Anexo 12. Diplomas de Curso de Competencias Directivas por parte de Dr. Luis Lima, Licda. Lorena de Vásquez e invitación a Dra. Sandra de Marroquín a participar en el curso).



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA 
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 56

Anexo 13. Plan de Incentivos no Financieros del Hospital Nacional de Santa Ana, vigente a la fecha.





Anexo 14. Nota al expediente del Dr. Jorge Jiménez, médico planificador facilitador del Diplomado de Atención Segura en Salud.



Anexo 15. Informe de evaluación de procesos institucionales 2012



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA 
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 57

Anexo 16. Plan Atención Segura en Salud, Equipo Multidisciplinario de Atención Segura en Salud de Hospital Nacional de Santa Ana – Hospital Seguro 2024 – 2027.





Anexo 17. Programa del Diplomado de Atención Segura en Salud UNASA.



Anexo 18. Cuestionario EFQM aplicado en el año 2013.





 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 58

Anexo 19. Imágenes PAOH 2013-2025, Hospital Nacional de Santa Ana.





Anexo 20. Informes mensuales por UOC en relación a la Seguridad del Paciente, años 2023, 2024 y 2025.




 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 59

Anexo 21. Plan de trabajo con los responsables e implementación de cada etapa.



Objetivos General	<p>Potencializar la implantación de una cultura de calidad y seguridad institucional con enfoque de procesos, mediante el desarrollo de un modelo de formación dirigido al talento humano clave del Hospital Nacional de Santa Ana, que contribuya a mejorar el liderazgo, la toma de decisiones y la calidad en la prestación de los servicios con miras a satisfacer las necesidades del ciudadano.</p>
Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Disponer de modelo de formación en gestión con enfoque a procesos, competencias directivas y atención segura en salud, avalado por una institución académica de enseñanza superior. • Desarrollar cursos formativos dirigido a profesionales técnicos y administrativos que permita avanzar al hospital en la gestión con enfoque a procesos, MCC y atención segura en salud. • Generar iniciativas de atención segura en salud en los profesionales formados como producto principal de la gestión del conocimiento. • Disponer de talento humano institucional que participe activamente en la comprensión, medición y evaluación de procesos. • Expandir la gestión del conocimiento con hospitales de la RISS.
KPI	<ul style="list-style-type: none"> • El hospital dispone de un modelo de formación en competencias directivas, gestión por procesos y MCC institucionalizado, avalado por educación superior como estrategia para avanzar en la cultura de calidad • El hospital dispone de un modelo de formación: diplomado de atención segura en salud, institucionalizado avalado por educación superior. • Número de profesionales formados con funciones de jefatura o puestos clave en las unidades organizativas participan en la gestión con enfoque de procesos (meta: 20 participantes por curso/ según año de programación). • Porcentaje de jefaturas de la División Médica, Servicios de Apoyo y enfermería, presentan la autoevaluación de los procesos misionales y realizan rendición de cuentas ante el Consejo Estratégico a partir del año 2023-2025 (a junio). • Número de recursos humanos formados como referentes de atención segura en salud distribuidos en las unidades organizativas (meta 20 a partir del año 2024). • Porcentaje de profesionales que participaron en el diplomado de Atención Segura en Salud y que implementan iniciativas de atención segura en sus unidades organizativas. • Porcentaje de participantes que valoran el Curso de Competencias Directivas, gestión por procesos y MCC con 4 o 5 estrellas (muy bueno y excelente) por su aplicación. • Porcentaje de participantes que valoran el diplomado de atención segura con 4 o 5 estrellas.

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA 
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 60



ETAPAS	ACTIVIDADES	PERIODO	RESPONSABLE	IMPLEMENTACIÓN
Planificación	Diagnóstico de la situación institucional FODA estratégico	Año 2012 (noviembre)	Director del Hospital y Consejo Estratégico de Gestión	La dirección convocó al Consejo Estratégico quienes evaluaron la situación diagnóstica interna y externa, en el que se determinó como fortaleza que se dispone de un banco de procesos, sin embargo, existe limitado avance en la implementación.
	Análisis EFQM de la situación de los procesos	Año diciembre 2013	Jefe UOC Dra. Sandra de Marroquín	Se realizó por tanto el diagnóstico del grado de implementación en el año 2013, por el coordinador de la Mejor Práctica, utilizando el instrumento EFQM; encontrando que se debe trabajar en el despliegue de procesos y la mejora continua.
	Colocar el tema en los planes de gestión hospitalario	2013-2025	Jefe de planificación Dr. Jorge Jiménez (miembro de la Mejor Práctica)	El jefe de Planificación por indicación, del director y en base al diagnóstico FODA colocó hasta la fecha (2025) en el PAOH del hospital, la gestión por procesos.
	Elaboración del modelo de formación: Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC	Enero 2014	Jefe UOC Dra. Sandra de Marroquín	Construyó el modelo de formación para presentarlo a la Universidad Autónoma de Santa Ana, previa autorización de la dirección Y haciendo uso de las matrices suministradas por la Universidad Autónoma de Santa Ana. (Ver anexo 22 en código QR y ver anexo 11– Programa de Curso de Competencias Directivas, videos y ver anexo 23 en código QR – Imagen de correo remitido a Licda. Aguirre sobre logística del curso).
	Elaboración del modelo de formación: curso	Junio – agosto (2013 y 2024)	Jefe UOC Dra. de Marroquín	
	Coordinación con la Universidad Autónoma de Santa Ana para	Agosto a diciembre 2013	Jefe UOC Coordinador de la mejor practica Dra. de Marroquín	

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 61



	presentación del proyecto			
	Selección de facilitadores del Curso de Competencias Directivas	2014 a la fecha (enero)	Jefe UOC – Dra. de Marroquín Consejo de Gestión Estratégica	Se examinaron perfiles del talento humano institucional con formación en gerencia hospitalaria. Ver tabla 13. Características, competencias, habilidades y responsabilidades de cada miembro del equipo.
	Selección de facilitadores del diplomado en Atención Segura en Salud	Enero 2024	Jefe UOC – Dra. de Marroquín equipo multidisciplinario de atención segura en salud Dra. Mónica Salazar	Se evaluaron perfiles del talento humano con formación en atención segura en salud. Ver tabla 13. Características, competencias, habilidades y responsabilidades de cada miembro del equipo – hoja de vida extractada de Licda. Lorena Lemus.
	Elaboración del presupuesto	2014 a la fecha	Jefe de planificación. Dr. Jorge Jiménez	El jefe de planificación realizó en coordinación de la UOC la estimación de costos del curso de gestión por procesos y MCC y atención segura en salud.
Organización	Selección de participantes a curso	A partir del año 2014	Jefes de división	En base al perfil definido por la UOC, se seleccionaron los candidatos a participar (ver ejemplo en anexo 24 en código QR - Listado de participantes en el Curso de Competencias Directivas 2016). Seguidamente se Establecieron las coordinaciones requeridas: salón, equipo multimedia, y refrigerios para los participantes y de igual manera se realizaron memorándum solicitando a las jefaturas la autorización del talento humano a participar
	Gestión y Coordinación de logística del curso	A partir del año 2014	Dirección - Unidad de Calidad Dra. de Marroquín y asistente administrativo Elby Henríquez y Sr. Luis Herrera.	
	Gestión de permiso para el personal para asistir al curso	A partir 2014	Dirección (3 gerentes)	

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	



	Diseño de material audio visual para fortalecer los conocimientos	A partir 2014	Unidad de comunicaciones Licda. Lourdes Cortez, Dra. Sandra de Marroquín UOC, y facilitadores del curso Dr. Jorge Jiménez, Dr. Lucio Sermeño, Dr. Luis Lima y Licda. Lorena de Vásquez.	Prepararon material para hacer administrado a los participantes del curso y del diplomado. (Ver anexo 11 en código QR - Vídeos de los módulos impartidos en el Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC; y Diplomado de Atención Segura en Salud, apoyados por Unidad de Comunicaciones del hospital).
	Diplomas de aprobación	A partir 2014	UNASA: Máster Jennifer Padilla 2023 a la fecha y Licda. Carmen Elena de Aguirre 2014-2022.	La UNASA revisó el cuadro de registro de notas y certificó la participación de los alumnos. (Ver anexo ejemplo 25 en código QR – Diploma de Curso de Competencias Directivas otorgado a Licda. Lorena Lemus 2024).
Implementación	Preparación de logística previa al encuentro	A partir 2014	Asistente administrativo Elby Henríquez y Sr. Luis Herrera.	Durante la ejecución de los modelos de formación en ambas temáticas se preparó el aula, derivación de material audiovisual y mantuvo comunicación activa con los participantes.
	Desarrollo del curso y diplomado: material audiovisual, diapositivas, PDF etc.	A partir 2014	Equipo de facilitadores responsables de la buena práctica: Dra. Sandra de Marroquín, Dr. Jorge Jiménez,	Cada facilitador según su experticia facilitó la temática en la fecha requerida y suministra la prueba teórica.

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 63



			Dr. Lucio Sermeño, Dr. Luis Lima y Licda. Lorena de Vásquez.	El asistente Registró y derivó consolidado final de notas por participante a UNASA. (Ver ejemplo anexo 26 y 27 en código QR – Consolidado de notas del Curso de Competencias Directivas y Diplomado de Atención Segura en Salud).
Manta Excel para récord de notas.	A partir 2014		Asistentes Administrativos y enfermera gestora de Calidad	
Elaboración de trabajos para optar a nota de aprobación en el curso de competencias	A partir 2018		Participantes del curso	Los alumnos prepararon como requisito de graduación, un trabajo en las siguientes temáticas: elaboración de un proceso, un plan de mejora utilizando herramientas de calidad. (Ver anexo 28 en código QR - Trabajos de graduación por participantes del Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC 2021).
Elaboración de trabajos para optar a nota de aprobación en el diplomado en atención segura en salud.	A partir 2024		Participantes del curso	Los alumnos prepararon una iniciativa de atención segura en salud a implementar en sus áreas de trabajo durante un año (estas a futuro pueden convertirse en proyectos de mejor práctica a nivel nacional. (Ver Anexo 29 en código QR - Seguimiento de iniciativas en atención segura en salud - Imágenes documentales de los participantes seis meses después de culminar su proceso formativo, junio 2025).
Preparación de cuadro resumen de notas del diploma de atención segura en salud y derivarlo a la UNASA	A partir 2024		Jefe UOC Dra. Sandra de Marroquín y asistente administrativo Luis Fernando Herrera	El coordinador registró y derivó el consolidado de notas a la UNASA para la preparación de los diplomas respectivos de los participantes que aprobaron. (Ver anexo 27 en código QR –

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA 
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 64

				Consolidado de notas Diplomado de Atención Segura en Salud). La Alta Dirección autorizó la gestión de compra de 9 placas de reconocimiento para los alumnos destacados (5 del curso de competencias y 4 del diplomado en atención segura en salud. (Ver anexo 30 en código QR - Graduados del 1er Diplomado de Atención Segura en Salud 2024. Hospital Nacional de Santa Ana).
	Incentivos a los mejores alumnos	A partir 2023	Dirección en curso – jefe UOC Dra. Sandra de Marroquín	
Supervisión, monitoreo, evaluación y mejora continua	Supervisar y monitorear los procesos misionales	2022	Equipo supervisor UOC: Licda. Marta Rodríguez, enfermera Antonieta Jovel (2014-2023), Dr. Luis Lima, Licda. Lorena de Vásquez (2023 a la fecha).	Se ejecutaron supervisiones y/o monitoreos mediante una programación establecida en el POA de la Unidad Organizativa de Calidad (ver anexo 31 en código QR - Programación de supervisiones UOC 2022-2025 y ver anexo 32 en código QR - Informes de monitoreo y supervisiones de procesos 2022-2025). Previo a cada supervisión y/o monitoreo prepararon la herramienta de acuerdo con el tipo de proceso a supervisar.
	Diseñar herramientas para facilitar la autoevaluación de procesos	2022	Equipo supervisor UOC: Licda. Marta Rodríguez, enfermera Antonieta Jovel (2014-2023), Dr. Luis Lima, Licda. Lorena de Vásquez (2023 a la fecha).	
	Evaluar la satisfacción del modelo de formación	2025 (mayo)	Coordinadora de la mejor práctica y equipo implementador: Dra. Sandra de Marroquín, Dr. Luis Lima, Licda. Lorena de Vásquez y asistente administrativo:	Se preparó un cuestionario en Google Form con 5 preguntas de opción múltiple para evaluar la satisfacción del talento humano que fue beneficiado del curso y del diplomado (total 40 recursos encuestados), se analizaron los resultados y las recomendaciones para

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 65

			Licdo. Ronald López.	futuras actividades de evaluación (ver anexo 33 y anexo 34 en código QR - Resultados de encuestas de satisfacción del curso y del diplomado; además ver los enlaces de los formularios que completaron los participantes del Curso de Competencias Directivas y Diplomado de Atención Segura en Salud).
	Rendición de cuentas en relación con la autoevaluación de procesos Misionales MINSAL por parte los jefes de las unidades organizativas	A partir del año 2023	Jefes de unidades organizativas	Presentan a partir 2023 a la fecha, su autoevaluación de sus procesos, según el tipo de manual de acuerdo con su misión, con una plantilla estandarizada. (Ver anexo 35 en código QR – Guía para autoevaluación de procesos y metodología para la autoevaluación de procesos).
	Evaluar mediante la utilización del cuestionario EFQM el grado de avance en los procesos.	Mayo 2025	Director Dr. Ricardo Armando Peñate Equipo UOC: Dra. Sandra de Marroquín, Dr. Luis Lima, Licda. Lorena de Vásquez y jefe de planificación Dr. Jorge Jiménez.	Se realizó la autoevaluación de los procesos misionales evidenciando un grado de avance con evidencia del 100% de las unidades intervenidas, utilizando la herramienta EFQM. (Ver anexo 36 en código QR - Evaluación de Procesos EFQM mayo 2025).
	Robustecer el próximo diplomado en atención segura en salud y el curso de competencias directivas, gestión por procesos y MCC	Septiembre a noviembre de 2025.	Facilitadores del diplomado: Dra. Sandra de Marroquín, Dr. Luis Lima y Licda. Lorena de Vásquez	El equipo de la buena práctica tomara en cuenta las recomendaciones de los participantes para la mejora continua del modelo de formación.

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 66

Anexo 22. Programa de Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC.





Anexo 23. Correos electrónicos remitidos a Licda. Aguirre coordinadora de posgrados UNASA, sobre logística del Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC).



Anexo 24. Listado de alumnos participantes en el Curso de Competencias Directivas y Gestión por Procesos 2016, Hospital Nacional de Santa Ana.



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 67

Anexo 25. Diploma del Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC 2024 extendido a Licda. Lorena Lemus, miembro del equipo postulador y enfermera gestora de Calidad UOC.





Anexo 26. Consolidado de notas 8vo Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC remitidos a Universidad Autónoma de Santa Ana (UNASA) 2024.



Anexo 27. Consolidado de notas 1er Diplomado en Atención Segura en Salud remitidos a Universidad Autónoma de Santa Ana (UNASA) 2024.



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 68

Anexo 28. Trabajos de graduación por participantes del Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC 2021.





Anexo 29. Seguimiento de iniciativas en atención segura en salud - Imágenes documentales de los participantes seis meses después de culminar su proceso formativo, junio 2025.



Anexo 30. Graduados del 1er Diplomado de Atención Segura en Salud 2024. Hospital Nacional de Santa Ana.



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA 
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 69

Anexo 31. Programación de Supervisiones UOC establecidas en Plan Operativo Anual, años 2022 a 2025.





Anexo 32. Informes de monitoreo y supervisiones de procesos 2022-2025.



Anexo 33. Informe de resultados de encuesta de satisfacción a graduados del Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC a través de Google Forms – mayo 2025.



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 70

Anexo 34. Informe de resultados de encuesta de satisfacción a graduados del Diplomado en Atención Segura en Salud a través de Google Forms – mayo 2025.



Anexo 35. Guía para autoevaluación de procesos y metodología para la autoevaluación de procesos.



Anexo 36. Evaluación de Procesos EFQM mayo 2025.





Anexo 37. Activo Fijo de Unidad Organizativa de Calidad 2025.



Anexo 38. Tabla - Actores identificados y su participación en el logro de objetivos.

Área o servicio	Apoyo requerido
UNASA	<ul style="list-style-type: none"> • Acreditación del curso y Diplomado, préstamo de aula (de ser necesario). • Diplomas de ambas formaciones.
Dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar modelo de gestión por procesos y ciclos PHVA en el plan institucional anual. • Aprovechamientos de las alianzas estratégicas con las instituciones de formación, autorización de fondos para el desarrollo del modelo, permiso de alumnos y facilitadores.
Comunicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de material audiovisual del curso. (Ver anexo 11 en código QR - Vídeos de los módulos impartidos en el Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC; y Diplomado de Atención Segura en Salud, apoyados por Unidad de Comunicaciones del hospital).
UFI	<ul style="list-style-type: none"> • Autorización de los fondos para insumos, papelería e incentivos placas de reconocimiento.
Jefes de división	<ul style="list-style-type: none"> • Selección y permisos a los participantes del curso.
Informática	<ul style="list-style-type: none"> • WIFI, mantenimiento de los equipos audiovisuales, laptop, impresora.
Administración	<ul style="list-style-type: none"> • Café, agua, papelería, vasos.
UCP (antes UACI)	<ul style="list-style-type: none"> • Logística de compra de placas de reconocimiento.

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA 
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 72

Anexo 39. Modelo de carta compromiso de finalización de actividades formativas.





Anexo 40. Diploma de curso en auditoría interna para el mejoramiento continuo de los procesos implementados en el MINSAL otorgado a Dr. Luis Lima, miembro del equipo postulador.



Anexo 41. Actas de Consejo Estratégico de Gestión – Evaluación de procesos (2023-2025).



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 73

Anexo 42. Informes de grado de avance de los procesos 2018 – 2025 por parte de la Unidad Organizativa de Calidad UOC, Hospital Nacional de Santa Ana.



Anexo 43. Ciclos PHVA 2023 por División de Servicios de Apoyo.



Anexo 44. Ciclos PHVA 2024 por División de Servicios de Apoyo.



Anexo 45. Tabla - Control y seguimiento, tabla resumen:

Control	Asistencia de los participantes	A partir 2014	Colaborador técnico UOC Lic. Ronald López	
	En relación al modelo de formación			
	Notas de aprobación de los participantes arriba de 8.	A partir 2014	Coordinador de mejores prácticas	
	En relación a los resultados esperados			
	Trabajos para optar al diploma de los cursos de competencias.	A partir 2014	Alumnos	
	Banco de iniciativas dirigidas a la seguridad.	A partir 2024	Alumnos (ver anexo 29 - Seguimiento de iniciativas en atención segura en salud, junio 2025).	
Informe de avances de procesos ciclos PHVA diseñados por las unidades y talleres de evaluación de ciclos PHVA con enfoque a procesos	A partir 2016- a la fecha	Jefes de División Jefes de Unidades organizativas UOC		
Rendición de cuentas ante el consejo estratégico de los jefes de Unidades organizativas de la autoevaluación de los procesos.	2023 a la fecha	Jefes de división		

Anexo 46. Fichas técnicas de indicadores

Ficha técnica de indicadores 1.

Ficha Técnica de Indicadores		
	Operativo	Evaluación
Nombre del Indicador	Existencia de un programa institucionalizado avalado por Universidad	Documento aprobado por la universidad, institucionalizado, vigente a la fecha. Se detectó como fortaleza y oportunidad las Alianzas estratégicas con otras instituciones (universidad Autónoma de Santa Ana, UNASA) y la Capacitación continua del recurso humano. El apoyo de la
Tipo	Estructura	
Objetivo	Brindar de habilidades y destrezas para mejorar el desempeño en sus unidades organizativas, con enfoque a MCC, procesos y atención segura en salud	
Formula	N/A	
Fuente de Información	Documento digital y/o impreso avalado	
Unidad de medida	Unidad	
Meta	Documento aprobado	



Responsable de la medición	Equipo de la buena practica	universidad es sostenible a la fecha.
----------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

Ficha técnica de indicadores 2.

Ficha Técnica de Indicadores		
Proceso	Operativo	Evaluación
Nombre del Indicador	Numero de cursos desarrollados en por año de acuerdo con lo programado	La educación continua ha constituido un pilar fundamental para avanzar en temas tales como la gestión por procesos, MCC, Competencias directivas y el Programa de calidad y Seguridad en los pacientes, ya que se han ejecutado 7 cursos de competencias directivas y un diplomado de atención segura en salud.
Tipo	Estructura	
Objetivo	Desarrollar cursos formativos dirigido a profesionales técnicos y administrativos que permita avanzar al hospital en la gestión con enfoque a procesos, MCC y atención segura en salud	
Formula	Indicador numérico	
Fuente de Información	Matriz en Excel enviada a la universidad	
Unidad de medida	Unidad	
Meta	Un curso al año	
Responsable de la medición	Equipo de la buena practica	

Ficha técnica de indicadores 3.

Ficha Técnica de Indicadores		
Proceso	Operativo	Evaluación
Nombre del Indicador	Porcentaje de profesionales que participan en la gestión con enfoque de procesos y/o atención segura en salud en las unidades organizativas	85% de jefaturas de la división médica y servicios de apoyo participa autoevalúan los procesos y rinden cuentas al consejo.
Tipo	Resultado	
Objetivo	Fomentar la autocrítica y el desarrollo personal de las jefaturas, mejorando su autoconocimiento respecto a su desempeño y áreas de mejora	
Formula	Número de jefaturas que rinden cuentas ante el consejo estratégico de gestión/ número de jefaturas que participaron x 100	
Fuente de Información	Documentos presentados con las autoevaluaciones, con un formato previamente establecido	
Unidad de medida	Porcentaje %	

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 76

Meta	85%	
Responsable de la medición	Equipo de la buena practica	

Ficha técnica de indicadores 4.

Ficha Técnica de Indicadores		
Proceso	Operativo	Evaluación
Nombre del Indicador	Porcentaje de profesionales que participaron en el diplomado de atención segura en salud y que implementan iniciativas de atención segura en salud	80% de jefaturas de la división médica y servicios de apoyo participa autoevalúan los procesos y rinden cuentas al consejo
Tipo	Resultado	
Objetivo	Contribuir a generar estrategias que reduzcan el riesgo de la ocurrencia de eventos adversos	
Formula	Número de profesionales que implementan iniciativas de atención segura en salud /# de profesionales que participaron en el diplomado x 100	
Fuente de Información	Informes de evaluación de seguimiento de las iniciativas de seguridad	
Unidad de medida	Porcentaje %	
Meta	80%	
Responsable de la medición	Equipo de la buena practica	

Ficha técnica de indicadores 5.

Ficha Técnica de Indicadores		
Proceso	Operativo	Evaluación
Nombre del Indicador	Porcentaje de participantes que aprueban el curso de competencias directivas, gestión de procesos y MCC por año.	85% del personal aprueba los cursos y ocupa cargos estratégicos.
Tipo	Resultado-Eficacia	
Objetivo	Asegurar la incorporación de los conocimientos, habilidades y destrezas del talento humano que participa en los cursos.	
Formula	Número de personal que aprueba el curso de competencia directivas con nota mayor a 8/ número de personal participante x 100.	
Fuente de Información	Documento Excel que se envía a la universidad.	
Unidad de medida	Porcentaje %	



Meta	85%	
Responsable de la medición	Equipo de la buena práctica.	

Ficha técnica de indicadores 6.

Ficha Técnica de Indicadores		
Proceso	Operativo	Evaluación
Nombre del Indicador	Porcentaje del grado de satisfacción de los participantes con el desarrollo del curso y diplomado.	85% del personal aprueba los cursos y ocupa cargos estratégicos
Tipo	Resultado	
Objetivo	Verificar la efectividad del curso y diplomado y su mejora continua	
Formula	Número de personal que califica igual o mayor a 4 estrellas/ número de personal encuestado x 100	
Fuente de Información	Informe de resultados de las encuestas de satisfacción.	
Unidad de medida	Porcentaje %	
Meta	90%	
Responsable de la medición	Equipo de la buena práctica.	

Anexo 47. Hoja de vida de Dr. Lucio Sermeño, miembro del equipo postulador de la Mejor Práctica 2025, Hospital Nacional de Santa Ana.



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 78

Anexo 48. Plan Anual Operativo (PAO) 2025 de Unidad Organizativa de Calidad. Actividad 4.2.





Anexo 49. Presentación de Autoevaluación de Procesos por jefes de las diferentes unidades de la institución ante el Consejo Estratégico de Gestión 2024 – 2025.



Anexo 50. Informe de evaluación de procesos consolidado plan de trabajo 2025.



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 79

Anexo 51. Talleres PHVA 2024 con Servicios de Apoyo, Hospital Nacional de Santa Ana.



Anexo 52. Iniciativa de Manual de bolsillo en relación a Medicamentos de Alto Riesgo (MAR) por Licda. Karina Reyes, participante destacada del Diplomado de Atención Segura en Salud 2024.



Anexo 53. Diplomas de reconocimiento a Dra. Sandra de Marroquín por el desarrollo del Curso de Competencias Directivas en Hospital Nacional San Rafael 2015 y Hospital Nacional de Metapán 2024).





Anexo 54. Presentación de triage como herramienta de seguridad, presentación de sedación y anestesia más fotografías de la jornada de actualizaciones realizada en junio 2025 a personal de Unidad de Emergencia, Sala de Operaciones Central, Ginecología y Obstetricia y referentes de atención segura en salud del Hospital Nacional de Santa Ana.





Anexo 55. Tabla - Innovación para mejorar el desempeño institucional.

Agente	Antes de la Buena Práctica	Elementos de innovación	Después de la mejor practica
Hospital	Jefaturas que gestionan con modelos paradigmáticos.	Se explica la metodología de gestionar por procesos y sus ventajas.	Se impulsa el cambio a gestionar procesos.
	El hospital no dispone de un modelo que transfiera el conocimiento de gestión por procesos e impulse la atención segura en salud.	Se diseñan un modelo de formación que incorpora teoría y práctica, con implementación en las áreas donde el recurso se desempeña	La gestión del conocimiento se institucionaliza y se comparte fuera del hospital.
	El talento humano desconoce el modelo de MCC-ciclos PHVA.	Se imparte el modelo de MCC y ciclos PHVA. Estandarización de herramientas técnicas de calidad, ciclos PHVA, talleres de mejora continua.	Se impulsa la difusión de conocimientos en relación con los ciclos PHVA en función a las actividades que fallan en los procesos.
	Esfuerzos aislados de capacitación para la atención segura en salud.	Se crea la figura de referente de seguridad en cada uno de los participantes y se difunde con autorización de la Dirección a todo el hospital.	Se dispone de 20 referentes uno por cada unidad organizativas que contribuyen a avanzar en la cultura de seguridad. (Ver anexo

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA 
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 81

			29 - Seguimiento de iniciativas en atención segura en salud - Imágenes documentales de los participantes seis meses después de culminar su proceso formativo, junio 2025
	No se dispone de política de calidad que sustente la filosofía y el compromiso con el nuevo modelo de gestión.	Se diseña la política de calidad como base filosófica para gestionar el conocimiento del talento humano en Calidad, procesos y atención segura.	Se diseña y difunde la política de calidad institucional que da fuerza a la gestión de la atención segura en salud y los procesos.
	No se implementan buenas prácticas para mejorar los servicios	Se compromete al alumno a realizar un proyecto denominado iniciativa de mejora para graduarse y se le da seguimiento.	La institución dispone de un banco de mejores prácticas generadas por los equipos de mejora.
	Supervisión y monitoreo tradicional	Modelo de supervisión con enfoque a procesos	Informe de supervisión con enfoque a procesos (anexo 32 en código QR - Informes de monitoreo y supervisiones de procesos a diferentes unidades organizativas de la institución 2022-2025).
Jefes de Unidades organizativas	Metodologías reactivas para abordar los problemas en sus unidades No rinden cuentas ante el consejo en relación con el grado de cumplimiento de los procesos	<ul style="list-style-type: none"> Se enseñan en el curso herramientas para intervenir los problemas en forma preventiva, ejemplo AMFE DE PROCESOS (ver anexo 59 en código QR). Se programa en la agenda del consejo la rendición de cuentas de la autoevaluación de procesos. Se diseña un manual que facilita la comprensión de la metodología para autoevaluar los procesos. (ver anexo 35 en código QR - Guía para autoevaluación de procesos y metodología 	Incorporan herramientas de calidad para abordar problemas Realizan autoevaluación de sus procesos y los presentan a partir del año 2023.

		para la autoevaluación de procesos.	
Jefes de Unidades Organizativas	Limitadas iniciativas de mejoras en sus Unidades organizativas.	Se solicita un proyecto de mejora en su área de trabajo como parte de su evaluación. (Ver anexo 29 en código QR - iniciativas de mejora de seguridad).	20 iniciativas de Calidad y seguridad distribuidas en las principales áreas de desarrollo de procesos misionales. (Ver anexo 56 en código QR – Evaluación de procesos consolidado 1er trimestre 2025, y ver anexo 57 en código QR – Presentación de autoevaluación de procesos de las diferentes unidades organizativas 1er trimestre 2025).
Hospitales de la RIIS	Limitados recursos formados en calidad y gestión con enfoque de procesos	Se extiende invitación a participar a los hospitales de RIIS	Participan en los cursos programados por el hospital (Dirección de Monitoreo estratégicos de servicios de salud, Hospital de Sonsonate, Psiquiátrico, La región occidental de salud, hospital de Metapán). Solicitan la réplica del curso en sus hospitales (San Rafael, Zacamil).
Nivel central Unidad de Calidad	Limitados recursos para participar en temas de calidad y seguridad	Se da a conocer las diferentes iniciativas de MCC, procesos y seguridad	Reconocen la Buena Práctica y solicitan participación para compartir conocimiento (ver anexo 58 en código QR – Presentación de cultura de calidad y seguridad del paciente y ver anexo 70 en código QR – Avances en la gestión por procesos).

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 83

Anexo 56. Evaluación de procesos consolidado 1er trimestre 2025, Hospital Nacional de Santa Ana.





Anexo 57. Presentación de autoevaluación de procesos de las diferentes unidades organizativas 1er trimestre 2025.



Anexo 58. Presentación de cultura de calidad y seguridad del paciente



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 84

Anexo 59. AMFE de procesos.





Anexo 60. Informe de recursos formados a partir del 2014 derivado a alta dirección por Dra. Sandra de Marroquín – Coordinadora de Unidad Organizativa de Calidad.



Anexo 61. Presentación de avances del modelo de gestión con enfoque en procesos MINSAL de enero a julio 2024, Hospital Nacional de Santa Ana.



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA 
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 85

Anexo 62. Presentación de Autoevaluación de procesos por División de Enfermería 1er trimestre 2025.





Anexo 63. Informe de resultados de encuesta de satisfacción a graduados del Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC a través de Google Forms – mayo 2025.



Anexo 64. Graduados del 1er Diplomado de Atención Segura en Salud 2024. Hospital Nacional de Santa Ana.



 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	 HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 86

Anexo 65. Informe de resultados de encuesta de satisfacción a graduados del Diplomado en Atención Segura en Salud a través de Google Forms – mayo 2025.



Anexo 66. Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC.



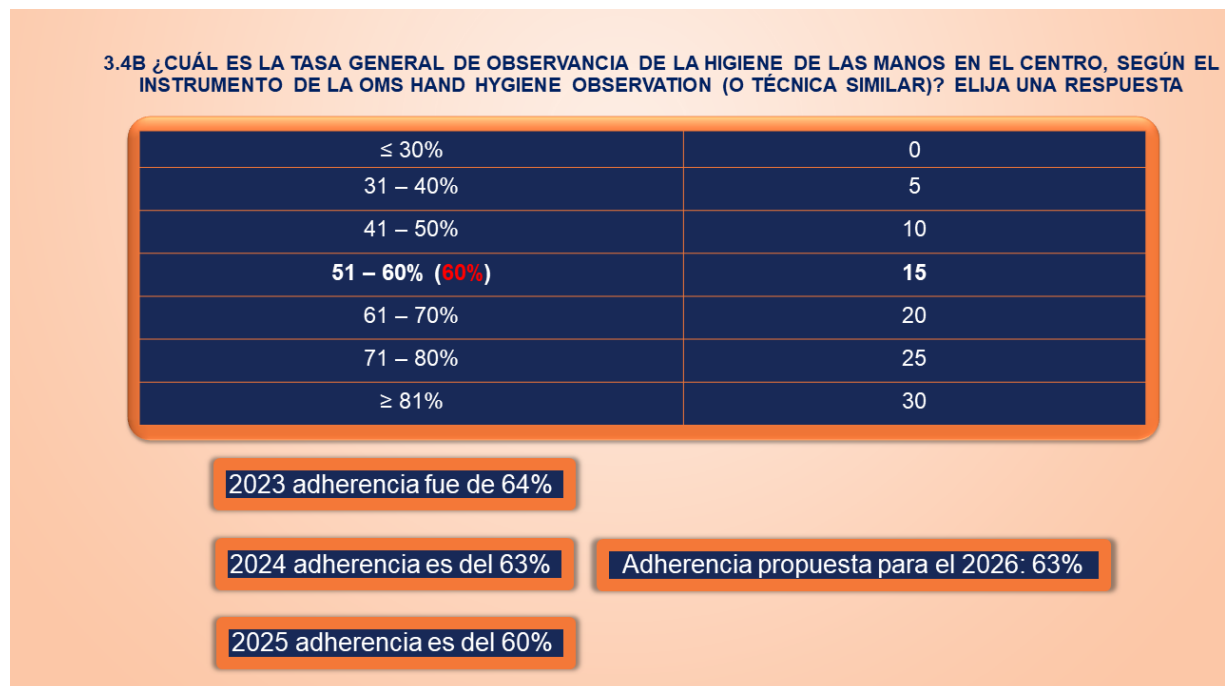
Anexo 67. Informe de estándares de calidad 1er semestre 2025.



Anexo 68. Gráficos de informe de resultados en monitoreos de los objetivos de seguridad del paciente 2025.



Anexo 69. Autoevaluación de higiene de manos.



PUNTUACION DE HIGIENE DE MANOS



COMPONENTES	PUNTUACION
1- Cambio de sistema	DEFICIT DE TOALLAS DE SECADO UNICO
2- Formación y aprendizaje	100%
3- Evaluación y retroalimentación	ADHERENCIA DE HM 60%
4- Recordatorios en el lugar de trabajo	FALTA DE AFICHES DE RECORDATORIOS DE HM
5- Clima institucional de seguridad con respecto a la higiene de las manos	100%
TOTAL	467.5

NIVEL DE HIGIENE DE MANOS

Puntuación total	Nivel de higiene de las manos
0 - 125	Inadecuado
126 - 250	Básico
251 - 375	Intermedio
376 - 500	Avanzado

Puntuación final 467.5

Fuente: OMS, facilitado por Unidad de Epidemiología del hospital.

 MINISTERIO DE SALUD	RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN SALUD X EDICIÓN, 2025	HOSPITAL NACIONAL SANTA ANA 
	HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA	Página 89

Anexo 70. Informe de avances en el modelo de gestión por procesos agosto 2024.



Anexo 71. Fotografías de los encuentros del Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC 2024).



Anexo 72. Cartas de autorización para la realización de las formaciones por los directores Dr. Ricardo Peñate (Diplomado de atención segura en salud 2024) y Dra. Carmen de Viana (Curso de competencias 2024).



Anexo 73. Tabla 23 - mecanismos de seguimiento.

Mecanismo de seguimiento	Responsable
<ul style="list-style-type: none"> Reconocer e Incentivar a la Universidad por el apoyo otorgado al desarrollo del talento humano. 	Dirección
<ul style="list-style-type: none"> Administrar encuesta a los participantes para mejorar la calidad del curso y diplomado de atención segura. 	Equipo implementador de la Buena Práctica
<ul style="list-style-type: none"> Realizar talleres de seguimiento a las iniciativas de mejora de atención segura en salud presentadas como proyecto de graduación (2 veces al año). 	Equipo multidisciplinario de atención segura en salud del hospital.
<ul style="list-style-type: none"> Presentar informe al consejo estratégicos en relación con los resultados obtenidos por los participantes en los cursos o diplomados. 	UOC
<ul style="list-style-type: none"> Programar en el POA de la UOC el desarrollo del Curso de Competencias Directivas, Gestión por Procesos y MCC o el Diplomado de Atención Segura en Salud, según la necesidad de la empresa sanitaria. 	UOC y equipo de mejora
<ul style="list-style-type: none"> Acompañar a los jefes de división en los talleres de ciclos PHVA enfocados a mejorar las actividades de sus procesos. 	Jefes de división y UOC
<ul style="list-style-type: none"> Supervisar a los jefes de Unidades Organizativas por parte del equipo de alta dirección en relación con el grado de implementación de los procesos, ciclos PHVA y apoyo a las iniciativas de atención segura en salud, previa programación y derivación de matriz de evaluación. (Ver anexo 35 en código QR - Guía para autoevaluación de procesos y metodología para la autoevaluación de procesos). 	Equipo supervisor hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> Continuar realizando la evaluación institucional del grado de avance de la gestión por procesos como producto de la incorporación de los conocimientos utilizando el cuestionario de EFQM (ver anexo 36 en código QR - Evaluación de Procesos EFQM mayo 2025). 	UOC y equipo de mejora.

Anexo 74. Memoria de labores UOC 2019 – 2024, página 26 y 27.

