

HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN

RESOLUCIÓN Nro. 003-GHGDC-2023

**“ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE
CALDERÓN”**

**MGS. JUAN PABLO VELASCO MONCAYO
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN**

CONSIDERANDO:

- Que,** el Art. 32 de la Constitución Política de la República del Ecuador, prescribe: "La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional";
- Que,** el artículo 226 de la Constitución de la República del Ecuador, determina: "Las instituciones del Estado, sus organismos, dependencias, las servidoras o servidores públicos y las personas que actúen en virtud de una potestad estatal ejercerán solamente las competencias y facultades que les sean atribuidas en la Constitución y la ley. Tendrán el deber de coordinar acciones para el cumplimiento de sus fines y hacer efectivo el goce y ejercicio de los derechos reconocidos en la Constitución";
- Que,** el Art. 361 de la Constitución ibídem, prescribe: "El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el Funcionamiento de las entidades del sector";
- Que,** el numeral 3 del Art. 363 de la Constitución, prescribe: "El Estado será responsable de: (...) 3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y equipamiento a las instituciones públicas de salud (...)";
- Que,** el Art. 366 de la Constitución ibídem, prescribe: "El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud.

El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.”;

- Que,** mediante el Acuerdo Ministerial 00001162, publicado en el Registro Oficial Nro. 620 del 17 de enero de 2012, el Ministerio de Salud Pública aprobó el documento denominado “Manual del Modelo de Atención Integral de Salud, MAIS”;
- Que,** con Acuerdo Ministerial Nro. 00001537 de 31 de julio del 2012, publicado en el Registro Oficial No. 339, del martes 25 de septiembre de 2012, la Msc. Carina Vance Mafla, Ministra de Salud Pública, a esa fecha, emite el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública, en el cual en el numeral 1.1 del artículo 8, referente a la misión de la Gerencia del Hospital, señala: “Gerenciar el funcionamiento global del Hospital como máxima autoridad y representante legal de la institución, en el marco de las directrices y acuerdos emanados por el Ministerio de Salud Pública y en cumplimiento de la norma legal vigente.”;
- Que,** el literal b), del numeral 1.1 del numeral 8, del Estatuto ibídem, señala que son atribuciones y responsabilidades del Gerente del Hospital: “Suscribir actos administrativos en el ámbito de su jurisdicción, con estricto apego a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes”;
- Que,** en literal e), Adoptar las medidas para hacer efectiva la continuidad del funcionamiento del hospital, especialmente en los casos de crisis, emergencias, urgencias u otras circunstancias similares;
- Que,** mediante Acuerdo Ministerial No. 1580, publicado en el Registro Oficial No. 895 el 20 de febrero de 2013, la Secretaria Nacional de la Administración Pública emitió la Norma Técnica de Administración por Procesos.
- Que,** el Art. 14 de la Norma Técnica de Administración por Procesos, establece: “Fomento de la cultura de prestación de servicios y administración por procesos. -Las instituciones deberán definir acciones para la gestión del cambio, aplicadas a la prestación de servicios y administración por procesos, en base al marco legal vigente y las mejores prácticas que se identifiquen. Estas acciones, deben formar parte del plan para la mejora de la gestión y contemplar al menos cuatro aspectos como son: liderazgo, motivación, comunicación y capacitación.”
- Que,** mediante Acuerdo Ministerial No. 005169-2014, publicado en el Registro Oficial Suplemento 348 del 06 de agosto del 2014, el Ministerio de Salud Pública aprueba y publica el documento: “Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS y RPIS”.
- Que,** mediante Acuerdo Ministerial No. 005212-2015, publicado en el Registro Oficial Suplemento 428 del 30 de enero del 2015, el Ministerio de Salud Pública expide “La Tipología Sustitutiva Para Homologar Los Establecimientos de Salud por Niveles de Atención y Servicios de Apoyo del Sistema Nacional de Salud”.
- Que,** con Acuerdo Ministerial Nro. 00005217 de 05 de enero del 2015, la Msc. Carina Vance Mafla, Ministra de Salud Pública, a esa fecha, acuerda: “crear la Entidad Operativa Desconcentrada “Hospital General Docente de Calderón”, ubicado en la Parroquia Calderón, cantón Quito, provincia de Pichincha, establecimiento de salud correspondiente al Segundo Nivel de Atención y cuarto nivel de Complejidad...”;
- Que,** con Acuerdo Ministerial Nro.000072 del 19 de mayo del 2017, la Dra. Verónica Espinosa, Ministra de Salud Pública, expide el “Reglamento para la creación,

conformación y funcionamiento de los comités y equipos de mejoramiento de la calidad en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública”.

- Que,** mediante Resolución No. G-HGDC-RES214-2019, del 24 de julio del 2019, el Dr. Jorge Peñaherrera, Gerente del Hospital General Docente de Calderón a esa fecha, expide la Resolución de la “Estructura Organizacional del Hospital General Docente de Calderón”
- Que,** con oficio Nro. MDT-SECSP-2019-4042 de fecha 23 de diciembre de 2019, la Subsecretaría de Evaluación y Control del servicio Público remitió las observaciones realizadas por el Ministerio de Trabajo, que incluyó la Aprobación de la estructura Organizacional y de Planificación del Talento Humano.
- Que,** mediante Resolución Nro. MDT-VSP-2020-006 del 16 de enero del 2020, el Mgs. Marco Antonio Larco Romero, Viceministro del Servicio Público del Ministerio del Trabajo resuelve “Art. 2.-Aprobar la supresión de once (11) puestos pertenecientes a las escalas de remuneraciones del Nivel Jerárquico Superior de los Hospitales de Segundo y Tercer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública, conforme la lista de asignación adjunta.”
- Que,** Mediante Acción de personal Nro. 0000034 de 22 de enero del 2020, el Dr. Luis Patricio Gavilánez Ron, Coordinador Zonal 9-salud, a esa fecha, nombra al economista Holger Xavier García Portocarrera, como Gerente del Hospital General Docente de Calderón;
- Que,** es necesario optimizar el talento humano de la institución dando cumplimiento a las normas de optimización y austeridad del gasto público, con una estructura flexible que permita una gestión eficiente para brindar servicios sanitarios con altos niveles de calidad,
- Que,** mediante Memorando Nro. MSP-CZ9-HGDC-AF-TH-2020-0409-M, de 06 de abril de 2020, la Dirección de Control Técnico del Servicio Público del MDT elaboró el acta Nro. PM-MDT-DCSP-047-001, de fecha 26 de febrero del 2020, en la que se establece el cronograma para la implementación del Plan de Mejora, convoca a una reunión para la modificación de la estructura organizacional, en la cual se define los cambios requeridos.
- Que,** mediante Resolución No. G-HGDC-RES025-2020, del 14 de abril del 2020, el Econ. Holger García Portocarrera, Gerente del Hospital General Docente de Calderón a esa fecha, expide la Resolución de la “Estructura Organizacional del Hospital General Docente de Calderón”
- Que,** mediante Acción de personal Nro. 0000279 de 25 de agosto de 2020, el Espc. Rene Iván Enríquez Navarro, Coordinador Zonal 9-Salud, a esa fecha, nombra a la Mgs. Andrea Stefanía Prado Cabrera, como Gerente del Hospital General Docente de Calderón;
- Que,** mediante Memorando Memorando Nro. MSP-CZ9HGDC-2020-5546-M, de 29 de diciembre de 2020, la gerencia convoca a una reunión para la modificación de la estructura organizacional y definir los cambios requeridos.

- Que,** mediante Acuerdo No. 004-CG-2023 - Normas de Control Interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y de las Personas Jurídicas de Derecho Privado que dispongan de recursos públicos.
- Que,** mediante Memorando Nro. MSP-CZ9-2020-15907 del 13 de diciembre de 2020, con asunto Directrices para Estructura de la Unidad de Gestión de Red.
- Que,** mediante memorando MSP-CZ9HGDC-2023-0858-M del 28 de febrero de 2023 la gerencia del Hospital convoca a la reunión para la revisión y actualización de la estructura orgánica del Hospital General Docente de Calderón.
- Que,** mediante Acción de personal Nro. 0000105 de 8 de mayo de 2023, la Mgs. Ana Paulina Coronel Oquendo, COORDINADOR ZONAL 9 SALUD, nombra al Mgs. Juan Pablo Velasco Moncayo, Gerente del Hospital General Docente de Calderón - HGDC;
- Que,** mediante memorando MSP-CZ9HGDC-2023-2607-M del D.M., 29 de mayo de 2023 la nueva gerencia del Hospital convoca a la sesión del equipo de gestión para la revisión y actualización de la estructura orgánica del Hospital General Docente de Calderón.
- Que,** mediante memorando Nro. MSP-CZ9HGDC-2023-2943-M, de 14 de junio de 2023, el Mgs. Juan Pablo Velasco Moncayo, Gerente del Hospital General Docente de Calderón - HGDC, remite a la Sra. Lcda. Fanny Marisol Basantes Toapanta, Analista de Calidad 3 – HGDC, lo siguiente: *“...Por lo expuesto se aprueba la "ESTRUCTURA ORGANICA DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN 2023", para su posterior socialización al personal...”*
- Que,** mediante memorando Nro. MSP-CZ9HGDC-2023-2931-M, del 14 de junio de 2023, el Mgs. Juan Pablo Velasco Moncayo, Gerente del Hospital General Docente de Calderón - HGDC, dispone a la Abg. Ingrid Tituaña Sulca, Analista de Asesoría Jurídica 3 - HGDC, lo siguiente: *“...Por lo expuesto se aprueba el DOCUMENTO ACTUALIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANICA DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN 2023, sírvase proceder con los respectivos trámites acorde a la normativa legal vigente. “*

En base a los antecedentes señalados en calidad de Máxima Autoridad del Hospital General Docente Calderón y en ejercicio de las atribuciones establecidas en el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de Hospitales del Ministerio de Salud Pública; emitido mediante acuerdo ministerial 001537; y, según Suplemento N° 257 - Registro Oficial , Acuerdo No. 004-CG-2023 Normas de Control Interno para las entidades, organismos del sector público y personas jurídicas de derecho privado que dispongan de recursos públicos.

A partir de este marco regulador, cada institución del Estado dictará las normas, políticas y manuales específicos que consideren necesarios para su gestión.

RESUELVE

“EXPEDIR LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN 2023”

CAPITULO I

OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Art. 1.- Objeto. -

El presente documento define la estructura de organización interna del Hospital General Docente de Calderón acorde a su Modelo de Gestión y en base a las normativas legales vigentes que expide las entidades antes mencionadas.

Art. 2.- Ámbito. –

Las disposiciones de este documento son de aplicación obligatoria en el Hospital General Docente de Calderón.

CAPITULO II

DEFINICIONES

Art. 3.- Definiciones. -

Administración por procesos. - Es el conjunto de definiciones y actividades sistemáticas implementadas en una institución, con el propósito de alinear sus procesos a la estrategia y modelo de gestión, clarificar y mejorar continuamente su operación para proveer servicios y productos de calidad que satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios.

Calidad. - Es el grado en el que un conjunto de características inherentes a un producto o servicio, cumple con la necesidad o expectativa establecida por el usuario.

Cartera de servicio. - Es el documento de acceso público a través del cual las instituciones de la administración pública informan a los usuarios sobre los servicios que gestionan, acerca de los compromisos de calidad en su prestación y los derechos y obligaciones que los asisten.

Catálogo de procesos. - Es un instrumento ordenado y organizado de los procesos definidos por la institución en sus diferentes niveles o jerarquías.

Comisión. - Equipo técnico nombrado por un comité o por una autoridad para realizar una misión específica y emitir los informes pertinentes.

Comité. - Equipo multidisciplinario que trabaja en conjunto para generar soluciones acordes a un objetivo definido, el cual puede ser permanente o temporal.

Coordinador Técnico. - Es el encargado de asumir la responsabilidad total y transversal de un proceso. Posee las atribuciones y el poder de decisión necesarios para garantizar que el proceso sea sostenible, eficiente y eficaz.

Diagrama de flujo. - Es la representación gráfica de la secuencia de actividades de un proceso.

Eficiencia. - Es la relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

Eficacia. - Es la extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

Especialidad. - Rama de una ciencia, arte o técnica a la que se dedica una persona.

Estructura organizacional. - Se sustenta en la filosofía y enfoque de gestión por procesos determinando claramente su ordenamiento orgánico a través de la identificación de procesos, clientes, productos y/o servicios.

Instructivo. - Documento que proporciona información sobre como efectuar actividades de manera coherente a una persona.

Mejora continua. - Es una filosofía de gestión que determina el cambio constante en los procesos y/o los servicios para hacerlos más efectivos, eficientes y adaptables, alcanzando innovaciones graduales en el tiempo.

Proceso. - Es el conjunto de actividades mutuamente relacionadas que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. Un proceso está conformado por entradas, salidas, recursos y controles.

Procedimiento. - Documento que indica la forma específica de llevar a cabo un proceso.

Procesos Adjetivos Complementarios. - Son aquellos que facilitan el desarrollo de las actividades que integran los procesos sustantivos.

Procesos Gobernantes. - Son aquellos que proporcionan directrices, políticas y planes estratégicos para el funcionamiento de la institución.

Procesos Sustantivos. - Son aquellos destinados a llevar a cabo las actividades que permitan ejecutar efectivamente la misión, objetivos estratégicos y políticas de la institución

Protocolo. - Programa escrito en el que se especifican los procedimientos a seguir para la realización de una determinada exploración, en el curso de una investigación o en la prestación de una asistencia por una determinada enfermedad

Producto. - Resultado de un proceso.

Recursos. - Constituyen los bienes tangibles e intangibles y los mecanismos que son consumidos durante la prestación de un servicio y/o ejecución de un proceso.

Usuario. - Es toda persona natural o jurídica, nacional o extranjera que hace uso del servicio y/o se beneficia del valor provisto.

CAPITULO III

MARCO CONCEPTUAL

Art. 4.- La organización.

Es un conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones (ISO, 2005). Las organizaciones constituyen la forma dominante de institución de la sociedad moderna: son la manifestación de una sociedad altamente especializada e interdependiente que se caracteriza por un creciente padrón de vida

Las organizaciones son agrupaciones sociales deliberadas que buscan alcanzar objetivos específicos, y tienen la característica de tener reglas, reglamentos y estructura jerárquica que normen las relaciones entre sus miembros

Existen organizaciones formales con un alto grado de complejidad en la estructura y procesos debido a su gran tamaño o a la complejidad natural de las operaciones que realizan (Hospitales, Universidades) las cuales son llamadas *organizaciones complejas*.

En las organizaciones complejas, la convergencia de los esfuerzos entre las partes componentes (departamentos, secciones, etcétera) es más difícil por la existencia de innumerables variables (como tamaño, la estructura organizacional, las diferentes características personales de los participantes) que complican su funcionamiento. (Chiavenato, 2006)

Art. 5.- Diseño Organizacional.

El diseño organizacional es la selección que hace una organización acerca de cómo se va a estructurar, y está centrada en dos enfoques: el de la selección estratégica, y el del modelo institucional de estructura. (Hall, 1996).

La burocracia es una forma de organización humana que se basa en la racionalidad, es decir, en la adecuación de los medios a los objetivos (fines) pretendidos, con la finalidad de garantizar la máxima eficiencia posible en el alcance de esos objetivos. Las características de la burocracia son: carácter legal, formal y racional, impersonalidad, jerarquía, rutinas y procedimientos estandarizados, competencia técnica y meritocracia, especialización, profesionalización y completa previsibilidad del funcionamiento. Son la base de las estructuras verticales y no se adaptan a los ambientes variables.

Ante las sociedades modernas, extremadamente dinámicas y mutables, con ambientes turbulentos, los modelos burocráticos se ven muy limitados. Ante esto, surge el modelo basado en la adhocracia (del latín ad hoc=Adecuado, a la medida), el cual se basa en la premisa de que las estructuras deben ser flexibles y mutables, haciendo que los departamentos y las divisiones irruman súbitamente para que se integren en otras organizaciones. (Ibidem). El modelo adhocrático es la base para las estructuras mixtas o matriciales.

Es la selección que hace una organización acerca de cómo se va a estructurar, y está centrada en dos enfoques: el de la selección estratégica, y el del modelo institucional de estructura. (Hall, 1996). Las organizaciones pueden adoptar tres formas de diseño:

- Agrupación funcional (vertical)
- Agrupación por resultados (horizontal)
- Agrupación matricial (combinación de funciones y resultados)

Art. 6.- Estructura organizacional. -

Según Mintzberg (1984) la estructura organizacional puede definirse simplemente como el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo en tareas distintas, consiguiendo luego las coordinaciones de las mismas". Otros autores definen a la estructura organizacional como *"el conjunto de elementos relativamente estables que se relacionan en el tiempo y en el espacio para formar una totalidad. En administración, la estructura corresponde a la forma como las organizaciones están organizadas."* (Chiavenato, 2006)

Art. 7.- De la estructura funcional. -

También conocida como vertical. Según Chiavenato (2006) consiste en la agrupación de las actividades y tareas de acuerdo con las funciones principales desarrolladas dentro de la empresa. Es la forma de organización tradicional y la más usada.

En este tipo de estructuras es jerárquica y cada empleado tiene un superior y están agrupados en departamentos por especialidades con determinadas funciones, por ejemplo, médicos, enfermeras, contadores, abogados, etc.

Art. 8.- De la estructura por procesos. -

También conocida como horizontal o por productos. Involucra diferenciación y agrupación de actividades de acuerdo con el resultado de la organización, es decir, de acuerdo con el producto o servicio realizado. Todas las actividades requeridas para suplir un producto o servicio (aunque sean diferentes) deberán agruparse en el mismo departamento. (Chiavenato, 2006)

Toda organización busca la satisfacción del cliente, y para lograrlo es necesario implementar un modelo de gestión enfocado a los procesos, que permita organizar las actividades de una manera ordenada y secuencial en busca de eficacia y eficiencia, lo que se traduce en productos de calidad. La identificación y gestión de los procesos de la organización, con énfasis en la interacción que se produce entre los mismos, de una manera sistemática, considerando que el producto de un proceso frecuentemente se constituye en el insumo de otro, nos permite tener un enfoque de gestión por procesos. (Agudelo & Escobar, 2007)

Acogiéndonos al acuerdo ministerial No. 001537, referente al Estatuto Orgánico por procesos de los Hospitales se establecen los siguientes grupos:

a) **Gobernantes:** También conocidos como estratégicos, directivos o visionales.

“Son aquellos que proporcionan directrices, políticas y planes estratégicos para el funcionamiento de la institución.” (Secretaría Nacional de la Administración Pública, 2016)

“(…) orientan la gestión institucional a través de la formulación de propuestas de políticas, directrices, normas, procedimientos, planes, acuerdos, y resoluciones para la adecuada administración y ejercicio de la representación legal de la institución.” (Ministerio de Salud Pública, 2012)

b) **Agregadores de valor:** También conocidos como sustantivos, claves o misionales.

“Son aquellos destinados a llevar a cabo las actividades que permitan ejecutar efectivamente la misión, objetivos estratégicos y políticas de la institución.” (Secretaría Nacional de la Administración Pública, 2016)

“(…) son los encargados de generar y administrar los productos y servicios destinados a usuarios y permiten cumplir con la misión institucional y los objetivos estratégicos.” (Ministerio de Salud Pública, 2012)

c) **Habilitantes:** También conocidos como procesos de apoyo, adjetivos o soporte.

“Son aquellos que facilitan el desarrollo de las actividades que integran los procesos sustantivos.” (Secretaría Nacional de la Administración Pública, 2016)

“(…) generan productos y servicios para los procesos gobernantes, agregadores de valor y para sí mismo, apoyando y viabilizando la gestión institucional.” (Ministerio de Salud Pública, 2012)

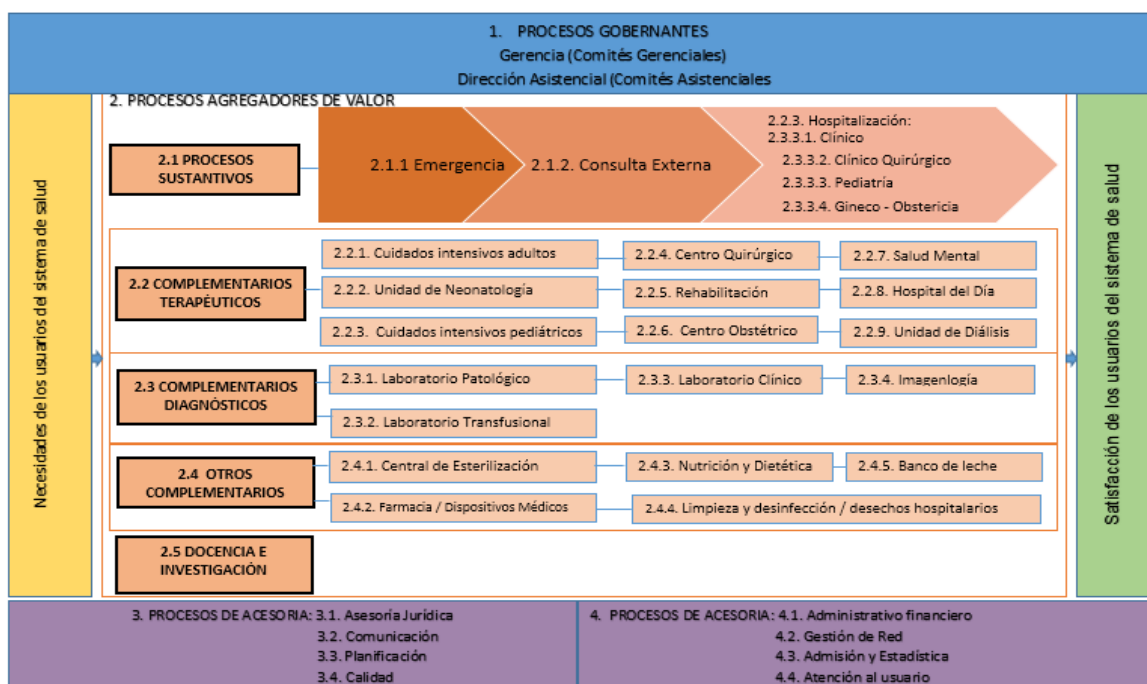
CAPITULO IV

DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DEL HGDC

Art. 10.- Definición de la estructura. -

El Hospital General Docente de Calderón, según es un establecimiento de salud desconcentrado de segundo nivel de atención y sexto grado de complejidad, con los siguientes ejes estratégicos:

1. Articulación de la red pública y complementaria de servicios de salud con la participación comunitaria.
2. Orientación a la satisfacción del usuario, a través de la gestión por procesos y la mejora continua de la calidad.
3. Eficiencia del uso de recursos.
4. Capacitación permanente del personal del hospital.
5. Desarrollo de las especialidades asistenciales según la capacidad resolutive del hospital.
6. Formación de nuevos profesionales tanto de pregrado como de postgrado.
7. Seguridad y salud ocupacional.
8. Cuidado ambiental.
9. La investigación como herramienta del mejoramiento continuo.
10. Mapa de procesos del HGDC.



En este contexto, se establece una organización con base de un modelo de gestión por procesos para hospitales, con dos estructuras claramente definidas: la estructura vertical y la estructura horizontal.

Art. 11.- De la Estructura por Procesos del Hospital General Docente de Calderón. -

Acorde al estatuto Orgánico emitido mediante acuerdo ministerial 1537, el Hospital General Docente de Calderón cuenta con las siguientes unidades funcionales:

11.1. Proceso gobernante de libre nombramiento y remoción:

11.1.1. Gerencia del Hospital

11.2. Procesos agregadores de valor, con funciones de coordinación y ejecución:

11.2.1. Dirección Asistencial

1. Gestión de Especialidades Clínicas Quirúrgicas
2. Gestión de Cuidados de Enfermería
3. Gestión de Apoyo Diagnóstico Terapéutico
4. Gestión de Docencia e investigación
5. Gestión de Farmacia, Insumos, dispositivos médicos y reactivos

11.3. Procesos habilitantes de asesoría:

- 11.3.1. Planificación, Seguimiento y Evaluación de la Gestión
- 11.3.2. Gestión de Asesoría Jurídica
- 11.3.3. Gestión de Comunicación
- 11.3.4. Gestión de Calidad y Vigilancia Epidemiológica

11.4. Procesos habilitantes de apoyo:

- 11.4.1. Gestión de Atención al Usuario
- 11.4.2. Gestión de Red
- 11.4.3. Gestión de Estadística y Admisiones
- 11.4.4. Gestión Administrativa y Financiero:
 - 11.4.3.1. Gestión Talento Humano
 - 11.4.3.1.1. Salud y seguridad ocupacional
 - 11.4.3.2. Gestión Financiera
 - 11.4.3.2.1. Contabilidad
 - 11.4.3.2.2. Administrador de caja
 - 11.4.3.2.3. Recaudación
 - 11.4.3.2.4. Presupuesto
 - 11.4.3.3. Gestión Administrativa
 - 11.4.3.3.1. Contratación Pública
 - 11.4.3.3.2. Activos fijos y bodega
 - 11.4.3.3.3. Mantenimiento
 - 11.4.3.3.4. Servicios generales

11.4.3.4. Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

11.5. Descripción: El proceso agregado de valor está conformado por:

11.5.1. La Gestión de Especialidades Clínico Quirúrgicas

1. Hospitalización Clínicas
2. Hospitalización Pediátricas
3. Hospitalización Clínico Quirúrgicas
4. Hospitalización Gineco Obstétricas
5. Emergencias
6. Consulta Externa

11.5.2. La Gestión de apoyo Diagnóstico y Terapéutico

1. Unidad de Cuidados Intensivos Adultos
2. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico
3. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
4. Centro quirúrgico
5. Hospital del Día
6. Imagenología
7. Laboratorio Clínico
8. Medicina Transfusional
9. Laboratorio de Anatomía Patológica
10. Unidad de Diálisis
11. Rehabilitación
12. Nutrición y Dietética
13. Salud Mental
14. Centro Obstétrico

11.5.3. La Gestión de Cuidados de Enfermería

1. Hospitalización Clínica
2. Hospitalización Quirúrgica
3. Hospitalización de Pediatría
4. Hospitalización de Ginecología y Obstetricia
5. Diálisis
6. Hospital del Día
7. Centro Quirúrgico
8. Central de Esterilización Limpieza, Desinfección y Desechos Hospitalarios
9. Unidad de Cuidados Intensivos adultos y pediátricos
10. Unidad de Cuidados Intensivos neonatales
11. Banco de Leche Humana
12. Consulta Externa
13. Centro Obstétrico
14. Emergencia

11.5.4. La Gestión de Farmacia Dispositivos Médicos, Insumos y Reactivos

1. Coordinación de Medicamentos

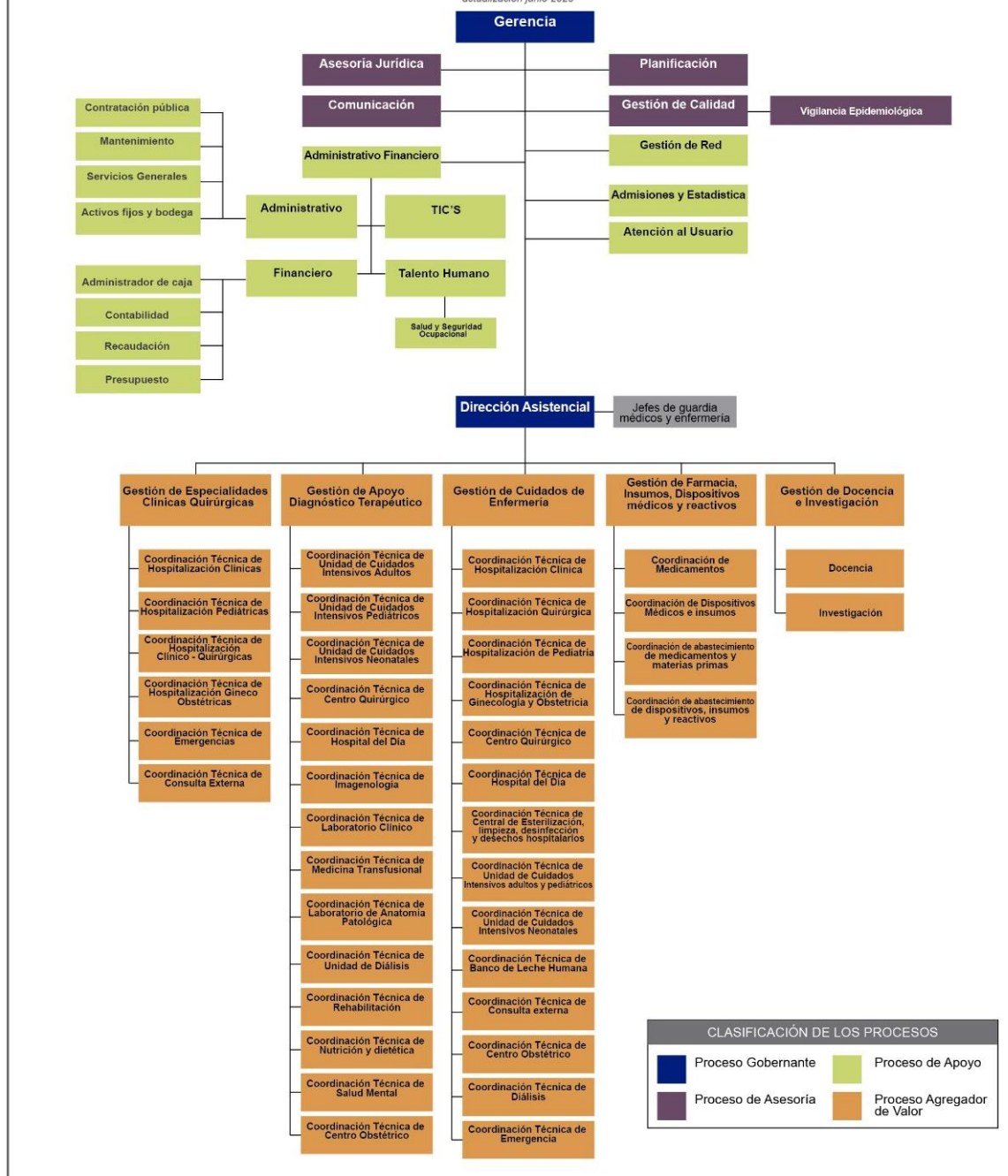
2. Coordinación de Dispositivos médicos e insumos.
3. Coordinación de Abastecimiento de medicamentos y materias primas
4. Coordinación de Abastecimiento de dispositivos, insumos y reactivos.

11.5.5. La Gestión de Docencia e Investigación abarca:

1. Docencia
2. Investigación

Estructura Orgánica Hospital General Docente de Calderón

actualización junio 2023



CAPITULO V

DE LAS FUNCIONES DE LA ESTRUCTURA ORGANICA POR PROCESOS DE HOSPITALES EMITIDO MEDIANTE EL ACUERDO MINISTERIAL 1537 EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN

Art. 12.- Las responsabilidades y atribuciones del nivel jerárquico.

Art.12.1. Del Gerente / a.-

Unidad Responsable: Gerencia de Hospital (En hospitales de Especialidades, Especializados y Generales con 70 camas o más).

Misión: Gerenciar el funcionamiento global del Hospital como máxima autoridad y representante legal de la institución, en el marco de las directrices y acuerdos emanados por el Ministerio de Salud Pública y en cumplimiento de la normativa legal vigente.

Responsable: Gerente de Hospital

Atribuciones y responsabilidades:

- a. Representar legalmente y extrajudicialmente a la institución;
- b. Suscribir los actos administrativos en el ámbito de su jurisdicción, con estricto apego a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes;
- c. Programar, dirigir, controlar la gestión de los recursos asignados a su cargo y evaluar su adecuada utilización para proveer su cartera de servicios, mediante el Plan Operativo Anual y el Compromiso de Gestión en función de resultados de impacto social;
- d. Presentar para aprobación del Ministerio de Salud Pública, las propuestas de los distintos planes del centro que garanticen su óptimo funcionamiento, que definan y ejecuten las estrategias y políticas que implica su desarrollo;
- e. Adoptar las medidas para hacer efectiva la continuidad del funcionamiento del hospital, especialmente en los casos de crisis, emergencias, urgencias u otras circunstancias similares;
- f. Asegurar la implementación de una estructura de costos hospitalarios, a fin de conocer ágilmente el costo de los servicios que se proveen en el Hospital;
- g. Aprobar y garantizar la ejecución del Plan Anual de Compras de insumos médicos, medicamentos, equipamiento del hospital, activos fijos en general, construcciones, inversiones y demás suministros, asegurando el cumplimiento de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública;
- h. Formular lineamientos e instrumentos para la gestión organizacional en los campos de su competencia y velar que estas se encuentren alineadas con las políticas de la Autoridad Sanitaria Nacional y las metas del Plan Nacional de Desarrollo, en lo relacionado con la prestación del servicio de salud pública;
- i. Asegurar el cumplimiento de las políticas y disposiciones del Ministerio de Salud y la Administración Pública en todas las unidades bajo su responsabilidad;
- j. Coordinar la elaboración del presupuesto institucional, su trámite, ejecución, revisión y correctivos, gestionar fondos, preparar proyectos especiales y administrar la política salarial y de contratación institucional, de acuerdo a la normativa vigente;
- k. Ser la autoridad nominadora del hospital;
- l. Dirigir la ejecución de las acciones para mantener la institución operativa, el cuidado de la infraestructura dentro de los estándares de seguridad y controlar los inventarios de los diferentes tipos de bienes.

- m. Conocer y sustanciar los reclamos administrativos en el ámbito de su competencia, en coordinación con la correspondiente unidad desconcentrada de la Autoridad Sanitaria Nacional.
- n. Coordinar la elaboración y ejecución del Plan Estratégico Institucional.
- o. Aprobar los planes, programas, proyectos y presupuestos del Hospital.
- p. Proponer y liderar programas de mejoramiento continuo en las áreas de su responsabilidad y Desarrollar un sistema de evaluación interna, que permita el seguimiento de los objetivos pactados y la retroalimentación, implantando medidas para su corrección en el caso de incumplimiento.
- q. Presentar informes periódicos, sobre la actividad del hospital y la presentación anual de la memoria de gestión.
- r. Presidir y convocar los Comités de Dirección, para establecer objetivos, validar resultados, realizar seguimientos de desarrollos y otros que agilicen la gestión del hospital.
- s. Promover y generar mecanismos para el ejercicio de procesos de veeduría ciudadana y rendición de cuentas.
- t. Ejecutar todas aquellas actividades propias de la gerencia de una institución de salud.
- u. Además, otras asignadas por el jefe inmediato o autoridad.

Art.12.2. Del Director/a Asistencial. -

Unidad Responsable: Dirección Asistencial Hospitalaria (En hospitales de Especialidades, Especializados y Generales con 70 camas o más).

Misión: Dirigir y coordinar actividades médico sanitarias de todas las especialidades, a fin de que éstas otorguen al paciente los servicios médicos y hospitalarios con oportunidad, alta calidad, eficiencia y efectividad.

Garantizar el funcionamiento de los departamentos productores de salud dentro de los parámetros estandarizados de eficiencia y calidad.

Responsable: Director/a Asistencial Hospitalario/a

Atribuciones y responsabilidades:

- a. Dirigir y evaluar la actividad y calidad de la asistencia (técnica, percibida y de uso de recursos), la gestión del conocimiento, la docencia, y la investigación, en las distintas líneas de actividad que conforman la cartera de servicios del hospital.
- b. Dirigir la gestión de los responsables de las áreas funcionales, unidades integrales y servicios que ofrece el hospital, mediante estrategias y objetivos que determinen sus actividades.
- c. Asegurar que las actividades técnico-médicas sean realizadas con oportunidad, integralidad, alta eficiencia, efectividad y calidad, conforme a conocimientos médicos actualizados y a principios éticos, a fin de satisfacer las necesidades de salud y las expectativas de los usuarios.
- d. Asegurar que la gestión asistencial se realice bajo los principios de la gestión clínica: atención integral y continua con otros dispositivos de la red, accesible, con implicación y responsabilidad de los profesionales de las unidades, aplicando criterios de adecuación en la utilización de los recursos, reducción de la variabilidad de la práctica clínica y satisfacción del cliente externo e interno.
- e. Definir los procesos de atención y cuidado del paciente, desde la perspectiva de sus necesidades, con visión de atención integral y de acuerdo con los criterios y estándares

establecidos por el Ministerio de Salud Pública, desarrollando protocolos clínicos y guías de actuación.

- f. Supervisar que todos los servicios que requieran, informen desarrollen y elaboren el consentimiento informado de cada paciente;
- g. Aprobar los casos para referencia del paciente diagnosticado de una enfermedad catastrófica.
- h. Evaluar el cumplimiento de procesos y protocolos para todos los departamentos y servicios hospitalarios.
- i. Dirigir y evaluar el manejo y operación técnica de todos los servicios hospitalarios.
- j. Presidir y vigilar el cumplimiento de las resoluciones de los Comités Asistenciales para promover la mejora continua, fomentando el perfeccionamiento de la práctica clínica, así como mejorar los procesos de atención a los pacientes, la eficiencia en la utilización de los medios clínicos disponibles y los resultados de la actividad del hospital en términos de mejora de la salud de la población asignada.
- k. Proponer y liderar programas de mejoramiento continuo en las áreas de su responsabilidad.
- l. Velar por el cumplimiento del registro de las actividades de cada unidad.
- m. Establecer los requerimientos de insumos médicos, medicamentos y equipamiento del hospital, de acuerdo con las directrices emanadas al efecto por el Ministerio de Salud Pública y con criterios de adecuación y eficiencia en la utilización de los recursos, para que sean adquiridos con la previa autorización de la Gerencia de Hospital.
- n. Coordinar con Talento Humano la elaboración del plan de capacitación y formación del capital humano del área de su competencia, a fin de que el desarrollo de los recursos humanos y las investigaciones que se realicen en su entidad sean de calidad y en estricto apego a las buenas prácticas médicas;
- o. Coordinar y dar seguimiento a la actualización de perfiles epidemiológicos, estadísticas, evolución y control.
- p. Aplicar y asegurar que se apliquen las políticas, normas y procedimientos de las unidades agregadoras de valor.
- q. Supervisar al personal médico, técnico y operativo de las unidades a su cargo, asegurando su participación efectiva en la prestación especializada de servicios médicos estandarizados de alta calidad.
- r. Dirigir y Supervisar al personal médico, establecer la cobertura, la asignación de capital humano, procurar la optimización del perfil profesional del personal médico, de enfermería y auxiliares evaluar su desempeño en la prestación de servicios;
- s. Representar al Hospital en reuniones y eventos técnicos - médicos y ser su portavoz en esos ámbitos.
- t. Monitorear el cumplimiento del plan de infecciones (epidemiólogo) en los servicios y dictar las medidas para corregir desviaciones.
- u. Supervisar que se cumplan las metas del Plan Nacional de Desarrollo, en lo relacionado con la prestación del servicio de salud pública.
- v. Evaluar la productividad de los servicios hospitalarios y coordinar la generación de estadísticas especializadas.
- w. Proponer, desarrollar, promover, aplicar y hacer que se apliquen las normas y procedimientos técnicos, del manejo y utilización de instalaciones, equipos e instrumental médico.
- x. Definir y coordinar el plan de control de calidad de las diferentes áreas técnicas agregadoras de valor.
- y. Subrogar al Gerente de Hospital por ausencia temporal, previa autorización y conocimiento del nivel desconcentrado de la Autoridad Sanitaria Nacional.
- z. Responder ante las demandas de la Gerencia de Hospital.

La Dirección Asistencial se gestiona a través de las siguientes unidades, según el Art. 8 Capítulo II del Estatuto Orgánico que menciona:

Art.12.2.1. De los Responsables de Gestión de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas:

Unidad Responsable: Unidades de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas

Misión: Dirigir y coordinar la gestión de la/s especialidad/es clínica/s y/o quirúrgica/s de atención que, de acuerdo con su cartera de servicios, se lleve a cabo en el hospital, con el fin de que los procesos se diseñen y ejecuten desde la perspectiva y necesidades del paciente, de forma que la atención sea accesible y se preste con una visión integral y de forma articulada, ajustada a estándares de calidad científico-técnicos y de utilización adecuada de los recursos. La cantidad de especialidades dependerá de la cartera de servicios que ofrece cada hospital. La cartera de servicios de cada hospital será evaluada y propuesta por la Gerencia Hospitalaria, y aprobada por la Autoridad Sanitaria Nacional en función del nivel de hospital y las necesidades de salud de la población.

Responsable: Responsable de la Gestión de Especialidad/es Clínica/s y/o Quirúrgica/s

Atribuciones y responsabilidades:

- a. Ser el responsable de las actividades y el servicio de su Especialidad Clínica y/o Quirúrgica o grupo de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas.
- b. Coordinar la atención integral a los procesos a su cargo sustentada en medicina basada en evidencia, guías de práctica clínica y protocolos de atención que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipologías de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP;
- c. Conocer el estado de los pacientes atendidos en su ámbito de acción y asegurar que se facilite oportunamente la Información a pacientes y familiares.
- d. Articular y coordinar la gestión de Cuidados de Enfermería en su ámbito de acción;
- e. Velar por el cumplimiento y aplicación del sistema de referencia y contra referencia, e interconsultas.
- f. Autenticar y suscribir las certificaciones de atención y administrativas de su ámbito de acción.
- g. Liderar las sesiones clínicas, clínico-patológicas y otras actividades científicas de su servicio.
- h. Coordinar con la gestión de Docencia e Investigación lo inherente a la rotación de Estudiantes.
- i. Proponer programas de investigación, docencia y capacitación en su ámbito de acción;
- j. Participar en los comités de acuerdo a la disposición del Director/a Asistencial o Director/a de Hospital.
- k. Elaborar los planes contingencias asistenciales de su ámbito de acción;
- l. Planificar, organizar y mantener un registro de las actividades realizadas en su ámbito de acción.
- m. Coordinar con la Unidad de Talento Humano los horarios y salidas del personal a su cargo.
- n. Elaborar el listado de requerimientos y necesidades operativas propias del/los servicios a su cargo.
- o. Responder ante las demandas de la Dirección Asistencial o Gerencia del Hospital.

Los procesos independientemente de su configuración en cada hospital, incluirán siempre los productos que se detallan a continuación.

Productos y Servicios

- a. Evaluación y clasificación de pacientes.
- b. Diagnóstico y tratamiento del paciente registrado en el expediente único de su Historia Clínica.
- c. Atención integral a los procesos clínicos sustentada en Medicina Basada en Evidencia, Guías de práctica clínica y protocolos de atención que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipologías de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de Solicitud de estudios y exámenes complementarios que requiera cada caso.
- d. Ingresos y transferencias de los pacientes de acuerdo a su estado de salud.
- e. Alta médica a los pacientes que se encuentren restablecidos de su salud.
- f. Certificaciones de atención y administrativas.
- g. Desarrollo de información, elaboración y requerimiento del consentimiento informado de cada paciente.
- h. Planes de contingencia asistenciales.
- i. Reportes de la aplicación del sistema de referencia y contra referencia e interconsultas;
- j. Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo.

Art.12.2.2. De los Responsables de Gestión de Enfermería:

Unidad Responsable: Unidad de Cuidados de Enfermería.

Misión: Dirigir y coordinar la gestión de los cuidados de los pacientes atendidos en todos los servicios hospitalarios, proporcionándoles de acuerdo con las indicaciones médicas y criterios de buena práctica profesional y de forma integral, resolución rápida y efectiva de los problemas de salud de los pacientes.

Responsable: Responsable de Cuidados de Enfermería

Atribuciones y responsabilidades:

- a. Ser el responsable de las actividades de Cuidados de Enfermería;
- b. Articular y coordinar la gestión de Cuidados de Enfermería con las unidades de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.
- c. Proponer programas de investigación, docencia y capacitación para su ámbito de acción;
- d. Participar en los comités de acuerdo a la disposición del Director/a Asistencial o Gerencia de Hospital;
- e. Velar por el cumplimiento de los planes de contingencias asistenciales de su servicio;
- f. Planificar, organizar y mantener un registro de las actividades realizadas en su ámbito de acción;
- g. Coordinar con la Unidad de Talento Humano los horarios y salidas del personal a su cargo;
- h. Elaborar el listado de requerimientos y necesidades operativas propias de su área;
- i. Velar en coordinación con la Unidad de Calidad, por el cumplimiento de procedimientos de limpieza desinfección y esterilización de los espacios y materiales clínicos sanitarios;
- j. Responder ante las demandas de la Dirección Asistencial o Gerencia Hospital.

Productos y servicios

- a. Cuidado directo integral de enfermería al paciente.

- b. Preparación del paciente para el acto médico.
- c. Reportes de visitas a los pacientes en coordinación con las respectivas unidades de Especialidades Clínica y / o quirúrgicas.
- d. Reportes de valoración del paciente desde la perspectiva de enfermería.
- e. Información a pacientes y familiares en el ámbito de su competencia.
- f. Mantenimiento de los espacios y materiales clínicos sanitarios del hospital en condiciones que eviten infecciones o riesgos al usuario.
- g. Informe del cumplimiento del plan de contingencia y procedimientos de limpieza desinfección y esterilización de los materiales clínicos sanitarios.
- h. Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo.
- i. Cualquier otra actuación relacionada con su formación e indicada por un profesional médico capacitado para el efecto.

Art.12.2.3. De los Responsables de Gestión de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico:

Unidad Responsable: Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

Misión: Dirigir y coordinar la provisión de técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, para que estos se realicen con prontitud, seguridad, calidad técnica y fiabilidad en aquellas circunstancias en las que los servicios médicos así lo soliciten y que sean aceptados voluntariamente por el paciente en el caso de aquellos procedimientos invasivos y de riesgo.

Las unidades y gestión interna que se implemente en cada hospital, dependerán del tipo de hospital, su complejidad y nivel resolutivo.

Responsable: Responsable de la Gestión de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

Atribuciones y responsabilidades:

- a. Ser el responsable de las actividades y el servicio de su Especialidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.
- b. Coordinar la atención integral a los procesos a su cargo sustentado en medicina basada en evidencia, guías de práctica clínica y protocolos de atención que incluyan a todos los niveles asistenciales, en toda la tipología de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP.
- c. Conocer el estado de los pacientes atendidos en su ámbito de acción y asegurar que se facilite oportunamente la Información a pacientes y familiares.
- d. Articular y coordinar con la gestión de Cuidados de Enfermería en su ámbito de acción.
- e. Velar por el cumplimiento y aplicación del sistema de referencia y contra referencia, e interconsultas.
- f. Autenticar y suscribir las certificaciones de atención y administrativas de su ámbito de acción.
- g. Liderar las sesiones clínicas, clínico-patológicas y otras actividades científicas de su servicio.
- h. Coordinar con la gestión de Docencia e Investigación lo inherente a la rotación de Estudiantes.
- i. Proponer programas de investigación, docencia y capacitación en su ámbito de acción;
- j. Participar en los comités de acuerdo a la disposición del Director/a Asistencial o Director/a de Hospital.
- k. Elaborar los planes contingencias asistenciales de su ámbito de acción.

- l. Planificar, organizar y mantener un registro de las actividades realizadas en su ámbito de acción.
- m. Coordinar con la Unidad de Talento Humano los horarios y salidas del personal a su cargo.
- n. Elaborar el listado de requerimientos y necesidades operativas propias del/los servicios a su cargo.
- o. Responder ante las demandas de la Dirección Asistencial o Gerencia Hospital.

Art.12.2.4. Del Responsable de Gestión de Farmacia, Dispositivos Médicos y reactivos médicos:

Conforme a la necesidad institucional se implementa esta gestión, con el objetivo de coordinar lo pertinente a medicamento, dispositivos médicos y reactivos para este establecimiento de Salud.

Responsable: Responsable de Farmacia, Dispositivos Médicos y reactivos médicos.

Atribuciones y Responsabilidades:

- a. Informe de gestión de medicamentos e insumos médicos (elaboración de requerimientos, adquisición, provisión, recepción, almacenamiento, conservación, distribución y reposición de medicamentos e insumos médicos) sustentada en la normativa existente y de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el Ministerio de Salud Pública.
- b. Elaborar, planificar y estimar las necesidades de medicamentos, materias primas/ dispositivos, insumos y reactivos médicos y elaborar matrices solicitadas por entidades regulatorias en base a abastecimiento de medicamentos, materias primas/ dispositivos, insumos y reactivos médicos.
- c. Gestionar y coordinar préstamos y devolución de préstamos interinstitucionales de medicamentos, materias primas/ dispositivos, insumos y reactivos médicos para el adecuado abastecimiento.
- d. Elaborar pliegos y documentación de procesos de adquisición de medicamentos, materias primas/ dispositivos, insumos y reactivos médicos por los diferentes mecanismos de contratación pública.
- e. Actas de custodia previa y control de recetarios pre-numerados que se entregan a los médicos del hospital.
- f. Monitorear los consumos promedios mensuales y abastecimiento de medicamentos, materias primas/ dispositivos, insumos y reactivos médicos.
- g. Elaborar de manera mensual informe de abastecimiento de medicamentos, materias primas/ dispositivos, insumos y reactivos médicos.
- h. Participar en los programas de capacitación en servicio y docencia formal.
- i. Mantener bajo su responsabilidad los bienes patrimoniales designados por su jefe inmediato.
- j. Participar en los comités gerenciales y técnicos asignados.
- k. Organizar reuniones de trabajo para generar acciones de complementariedad entre las diferentes especialidades.
- l. Participar como administrador de contrato cuando la Máxima Autoridad lo delegue de acuerdo a la normativa.
- m. Definir estrategias para consecución de metas mediante la monitorización los indicadores periódicamente, a través del tablero de gestión.

- n. Reportes periódicos sobre el estado de inventarios y aplicación de metodologías como PEPS “Primero en entrar- Primero en Salir” u otras buenas prácticas que permitan mantener las existencias y saldos a la fecha, identificar y distribuir los insumos médicos y medicamentos asegurando su inocuidad.
- o. Inventario provisto de cantidades siguientes de medicamentos e insumos médicos para asegurar el funcionamiento del servicio.
- p. Solicitudes para la baja de insumos médicos de acuerdo al reglamento.
- q. Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo.
- r. Las demás requeridas por las autoridades del hospital en relación a la gestión a cargo.

Art.12.2.5. De los Responsables de Gestión de Docencia e Investigación. -

Unidad responsable: Unidad de docencia e investigación.

Misión: fomentar y coordinar la integración en la atención sanitaria de las actividades de formación de los profesionales de la salud e investigación, como herramientas de transición del conocimiento, mejora de la práctica clínica, quirúrgica y de la motivación e implementación de los profesionales de la salud, en el marco de las directrices formuladas por el Ministerio de salud e instituciones académicas con las que se establezcan convenios de colaboración.

Atribuciones y Responsabilidades:

- a. Programar la Docencia e investigación que serán ejecutadas en el hospital.
- b. Planificar la Coordinación de docencia de pregrado, posgrado y pasantía.
- c. Elaborar el plan de capacitación continua al usuario interno en coordinación con talento humano.
- d. Elaborar planes y proyectos de investigación.
- e. Planificar el mejoramiento de la calidad de Docencia e investigación.
- f. Informar sobre los avances del Plan de Investigación.
- g. Informar sobre la gestión de biblioteca y aulas.
- h. Implementar la Hemeroteca completa de registros oficiales, reglamentos, estatutos, convenios, acuerdos y otro material bibliográfico.
- i. Planificar la difusión de información científica y administrativa en coordinación con comunicación.
- j. Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios del trabajo.

Art. 13.- De los Coordinadores Técnicos. -

Es el profesional encargado de planificar, gestionar, monitorear y evaluar al personal asistencial acorde a su formación profesional y especialización. Se designará un Coordinador técnico por cada proceso asistencial y tendrá interacción directa con los responsables de gestión.

Atribuciones y responsabilidades:

Sus funciones son las siguientes:

- a. Asegurar el uso adecuado y eficiente de la dotación de camas de los procesos asistenciales.
- b. Supervisar el cumplimiento de políticas, normativas y reglamento interno en el personal a su cargo.

- c. Elaborar, ejecutar los Planes Anuales de Capacitación del personal asistencial de la especialidad en coordinación con la Unidad de Docencia y Talento Humano.
- d. Elaborar la planificación anual de Vacaciones, horarios mensuales y autorización de permisos y coordinar el Talento Humano en los procesos asistenciales de manera óptima.
- e. Asesorar al personal especializado en la selección y aplicación de los métodos y técnicas adecuadas para el mejor desarrollo de la atención de los pacientes en los procesos.
- f. Coordinar la elaboración, validación, revisión, adaptación, actualización y socialización periódica de protocolos, manuales, guías clínicas y procedimientos, acorde a las necesidades de los procesos.
- g. Participar en los comités gerenciales, asistenciales y comisiones técnicas asignadas.
- h. Definir la cartera de servicios proponiendo la capacidad resolutive de las especialidades, a través de las prestaciones que se podrían implementar en cada uno de los procesos asistenciales.
- i. Organizar reuniones de trabajo para generar acciones de complementariedad entre las diferentes especialidades.
- j. Elaborar y gestionar el desarrollo de proyectos de docencia e investigación anual con su personal, referentes a su especialidad acorde a las necesidades de la institución.
- k. Organizar el levantamiento del proceso e identificación de los procedimientos necesarios, así como el tablero de gestión e indicadores.
- l. Identificar y definir las necesidades de los recursos (Infraestructura, dispositivos, insumos, personal etc.) para la implementación de la cartera de servicios.
- m. Definir y evaluar las actividades que se incluirán en los niveles de eficiencia del personal para la evaluación del desempeño anual y evaluar conocimientos y destrezas de los profesionales de la salud de cada especialidad de manera semestral.
- n. Monitorizar y supervisar al personal asistencial las actividades realizadas durante la atención directa al paciente y reportar novedades para fines pertinentes.
- o. Las demás requeridas por las autoridades del hospital en relación a la gestión a su cargo.
- p. Cumplir las disposiciones relacionadas a la administración de contratos, dispuestas por la autoridad nominadora, conforme al Art. 80 de la LOSNCP y Art. 295 de su reglamento.

Art. 14.- Del Jefe de Guardia. -

Delegación de funciones:

Es responsable de representar a la autoridad para garantizar la funcionalidad de los procesos asistenciales y administrativos en horarios nocturnos, fines de semana y feriados, así como las actividades de atención directa al paciente.

Sus funciones serán aquellas asignadas por la Dirección Asistencial y Gerencia.

Art. 15.- Proceso habilitantes de asesoría

Art. 15.1.-Gestión de Planificación, Seguimiento y Evaluación de la Gestión

Unidad Responsable: Gestión de Planificación, Seguimiento y Evaluación de la Gestión

Misión: Articular los recursos, procedimientos y planes de salud en función de las estratégicas y objetivos institucionales. Implementar sistemas de seguimiento y control que contribuyan a la evaluación del cumplimiento de objetivos y metas y a la reducción de

la brecha de oferta y demanda de los servicios de salud que ofrece el Hospital, con el propósito de generar satisfacción de los clientes internos, externos y el mejoramiento de los servicios que se ofrece a la población.

Productos y Servicios:

- a. Sistema información que facilite la toma de decisiones, en coordinación con la unidad de Calidad y las distintas áreas del Hospital.
- b. Sistema de control y evaluación de la gestión clínico financiera e implantación del cuadro de mandos.
- c. Plan Operativo Anual del Hospital, en función de los insumos presentados por cada una de las unidades y para la aprobación del Gerente Hospitalario/a y el comité respectivo.
- d. Plan estratégico del Hospital, enfocado a los objetivos institucionales para la aprobación del Gerente Hospitalario/a y el comité respectivo;
- e. Plan de Inversión de Hospital en coordinación con la Unidad Financiera para la aprobación del Gerente Hospitalario/a y el comité respectivo.
- f. Planes de prevención y mitigación de riesgos y de contingencia y emergencia ante eventos adversos para la aprobación del Gerente Hospitalario/a y el comité respectivo.
- g. Monitorear y dar seguimiento de la planificación anual de inversiones, estratégico de objetivos, metas, indicadores y convenio.
- h. Reformas presupuestarias.
- i. Estudios de oferta y demanda de los servicios de salud del Hospital.
- j. Reportes de la oferta de servicios médicos y complementarios que se coordinan con otras Instituciones del primer nivel.
- k. Diagnóstico de necesidades de salud y actividades con la comunidad.
- l. Informes de seguimiento y desarrollo de la documentación y expediente único de Historia Clínica con codificación del conjunto Mínimo de Datos Básicos.
- m. Reportes y seguimiento de los convenios que tenga el hospital con otras instituciones de salud, públicas, privadas e internacionales.
- n. Informes sobre cumplimiento y aplicación de convenios y compromisos de la gestión hospitalaria.

Art. 15.2.- Gestión Asesoría Jurídica

Unidad Responsable: Unidad de Asesoría Jurídica

Misión: Asesorar en temas relacionados a la correcta aplicación de la carta magna, leyes, reglamentos, acuerdos, decretos y otros instrumentos legales relacionados con el andamiaje legal, a fin de que la institución y su gestión se encuentre siempre amparada en la ley.

Productos y Servicios:

- a. Asesoría Jurídica en las diferentes actividades del Hospital;
- b. Acción sobre demandas y juicios a la Institución hasta la culminación en sentencia;
- c. Dictámenes y criterios de conformidad con la ley;
- d. Informes legales para las autoridades superiores;
- e. Contratos y convenios de la institución, dispuestos y autorizados por la Gerencia Hospitalaria y en coordinación con otras unidades del Hospital, cumpliendo con lo que establece la ley y demás actos legales;

- f. Defensa jurídica del hospital con el delegado de la Procuraduría General del Estado, en los procesos contenciosos administrativos, recursos, acciones de protección, laboral, civil, especial, penal, con la finalidad de proteger los intereses del Hospital;
- g. Archivo de las leyes, contratos, convenios, juicios, expedientes de coactivas, reglamentos, decretos, resoluciones, acuerdos u otros instrumentos jurídicos;
- h. Atención sustanciada a los reclamos y recursos administrativos presentados que son de su competencia.

Art. 15.3.- Unidad Responsable: Unidad de Comunicación

Misión: Asesorar la administración de la comunicación del Hospital, mediante la ejecución de estrategias, planes y programas de comunicación de mercadeo, Imagen Institucional y publicaciones, ejecutando las acciones dentro y fuera de la Institución.

Productos y Servicios:

- a. Asesoría en materia de comunicación a las diferentes actividades del Hospital.
- b. Plan de comunicación del Hospital.
- c. Boletines de prensa.
- d. Publicaciones, informes, producción del hospital y todo lo referente a hechos trascendentales de la institución, para conocimiento de la población.
- e. Publicaciones en los medios de noticias para atraer la atención hacia los usuarios y dar a conocer los programas del Hospital para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad.
- f. Síntesis de la información publicada del hospital.
- g. Normas y manuales de Comunicación social e Imagen Corporativa, aplicados en los productos comunicacionales y señalética del hospital.
- h. Promoción de la misión, visión y valores del hospital.
- i. Estrategias para promover la imagen institucional para los usuarios internos y externos.
- j. Eventos que se lleven a cabo en el hospital en coordinación con los procesos y servicios.
- k. Actividades dentro y fuera del hospital como ferias, casas abiertas para que participen de estas actividades.
- l. Cartelera de todas las actividades realizadas dentro del Hospital durante la semana.
- m. Herramientas informativas internas, externas y digitales.

Art. 15.4.- Gestión de Calidad

Unidad Responsable: Unidad de Calidad

Misión: Velar por la implementación y el cumplimiento del sistema integral de gestión de calidad y de los procedimientos e indicadores de calidad de cada uno de los servicios provistos por el hospital para satisfacer las necesidades de la demanda y la interacción con otros sistemas en su contexto.

Productos y Servicios:

- a. Plan anual de Calidad en función de los resultados de las diferentes evaluaciones y criterios emitidos por el Comité de Gestión de Calidad.
- b. Indicadores de calidad y mejoramiento continuo de la gestión.
- c. Informes de análisis de prioridades y planificación, evaluación y gestión de los diferentes programas y acciones de mejora incluidos en el Plan de Calidad.

- d. Informes de seguimiento a la ejecución y cumplimiento del Plan de calidad del Hospital;
- e. Informes sobre el cumplimiento de los procedimientos e indicadores de calidad de cada uno de los servicios provistos en función de los criterios de calidad previstos.
- f. Auditorías médicas internas de los servicios provistos.
- g. Sistema de control de praxis médica.
- h. Planes de mejoramiento continuo de la calidad de gestión de los procesos de atención a los pacientes y su aplicación.
- i. Planes de acción que promueva el mejoramiento continuo de la institución.
- j. Plan de implementación de los procesos y mejora continua de los mismos.
- k. Insumo para la obtención, en el tiempo establecido, y su posterior mantenimiento de los acreditaciones ISO (o similares).
- l. Planes de auditoría interna de la calidad y/o sistemas integrados de calidad, seguridad y mitigación ambiental.
- m. Herramientas de control de insumos, materiales, y demás elementos usados en la atención médica, para mejorar la eficiencia en la utilización de los medios disponibles en el hospital.
- n. Levantamiento de no conformidades, Plan de mejora continua y Cierre de no conformidades.
- o. Insumos para la difusión de trabajos de salud elaborados por el personal del propio hospital, referentes al Plan de Calidad, en coordinación con la unidad de comunicación.
- p. Propuestas para el Manual de Organización y Funcionamiento.
- q. Reportes de las reuniones de los Comités de Gestión de Calidad.
- r. Informes relacionados a la gestión del Comité de Gestión de Calidad.
- s. Mapas de indicadores y otras herramientas que sean relevantes para el Hospital y que contribuyan a la evaluación de indicadores clínicos del Plan de Calidad, en función de los criterios que defina el Comité de Gestión de Calidad.
- t. Promoción de grupos de mejora para alcanzar los objetivos que se propongan en el Comité de Gestión de Calidad anualmente.

Vigilancia Epidemiológica

- a) Identificación, prevención y reducción de los riesgos inherentes a los procedimientos de esterilización, seleccionando los más adecuados y seguros.
- b) Asesoramiento al personal sanitario en temas relacionados sobre la prevención de las infecciones.
- c) Guías de prevención, vigilancia y control infección hospitalaria;
- d) Planes de prevención, vigilancia y disminución de los índices de infección en el hospital.
- e) Programas dirigidos a la vigilancia epidemiológica del hospital, su seguimiento y evaluación.
- f) Difusión, implementación y evaluación de medidas preventivas para reducir la infección nosocomial.
- g) Detección de problemas relacionados con la infección hospitalaria y el control del medio ambiente mediante la observación directa en los lugares de trabajo.
- h) Definición de los circuitos limpio-sucio en las diferentes áreas del hospital.
- i) Procedimientos de limpieza desinfección y esterilización de los materiales clínicos sanitarios y reportes de cumplimiento.
- j) Controles microbiológicos del medio hospitalario (aire, aguas) y los diferentes materiales cuando estén indicados.

Art. 16.- Proceso habilitantes de apoyo

Art. 16.1.- Gestión de Atención al Usuario

Unidad Responsable: Unidad de Atención al Usuario

Misión: Proteger los derechos y deberes de los usuarios e incrementar el grado de satisfacción que presenta con los servicios de salud, contribuyendo a la mejora continua de la atención.

Productos y Servicios:

Recepción e Información

- a. Información general sobre el hospital, su organización y los servicios que en él se prestan para ser proporcionada a los pacientes, familiares y acompañantes.
- b. Plan de Acogida con información clara, útil, comprensible e integradora.
- c. Difusión de los derechos y deberes a los pacientes, familiares y acompañantes, velando por su obligado cumplimiento.
- d. Formación sobre técnicas y habilidades de atención al público, al personal de nuevo ingreso y personal de contacto.
- e. Reportes consolidados de reclamaciones, quejas y sugerencias.
- f. Envío de documentación de los pacientes a otras instituciones y traslado de información a las Unidades o profesionales de otros ámbitos para la resolución de problemas concretos de los ciudadanos, y otros asuntos de interés.
- g. Gestión de determinadas prestaciones, contempladas en la cartera de servicios sanitarios del Ministerio de Salud Pública en la legislación vigente.
- h. Petición de copia del expediente único de Historia Clínica, Informes Médicos y cambio extraordinario de Especialista.
- i. Reproducción de documentos para el ciudadano (fotocopias).

Educación y Apoyo

- a) Información personalizada sobre ubicación de pacientes ingresados y temas generales de información de citas de pacientes utilizando las herramientas de la intranet, respetando las normas vigentes en cuanto a la confidencialidad de los datos y preservación de la información personalizada.
- b) Soporte informativo y acompañamiento a los familiares en el momento del parto, facilitación los requisitos y trámites para la inscripción de los recién nacidos en el Registro Civil.
- c) Atención, información y asesoramiento a los usuarios en todos aquellos problemas relativos a la asistencia o derivados de ella, que no puedan ser atendidos de forma ordinaria y/o satisfactoria en otro ámbito de la Organización.
- d) Visitas programadas a los usuarios hospitalizados para conocer de primera mano si considera que está bien atendido y adelantarse a sus necesidades.
- e) Mesas informativas para establecer buenas relaciones con asociaciones y organizaciones de usuarios, que lleven a cabo labores de información y sensibilización social sobre el funcionamiento y mecanismos de acceso a los servicios, promoción de la salud, prevención y atención de problemas de salud.
- f) Reporte de actividades desarrolladas para la Ludoteca Infantil, que es el espacio de entretenimiento disponible para los hijos de los familiares de pacientes ingresados (en aquellos centros en los que esté disponible).

- g) Actos Culturales de interés para pacientes y acompañantes (Obras de teatro, exposiciones, Conciertos, etc.).
- h) Jornadas informativas y divulgativas sobre enfermedades relevantes haciéndolas coincidir con fechas conmemorativas, en coordinación con la unidad de Comunicación.
- i) Eventos relacionados al calendario oficial de fechas de salud en coordinación con la unidad de Comunicación;
- j) Biblioteca del Paciente y tambos de lectura y lineamientos de campaña del buen trato.
- k) Apoyo en las acciones administrativas de los servicios del Centro con especiales dificultades para la resolución de los asuntos planteados.

Monitoreo y Seguimiento

- a. Realización y procesamiento de las encuestas de satisfacción y los sondeos de opinión sobre la atención prestada en la institución.
- b. Reporte de los resultados, para la unidad de Planificación, Seguimiento y Evaluación de Gestión, con el fin de evaluar de forma objetiva la calidad e incorporar “la voz del ciudadano”, implantando conjuntamente medidas que mejoren aquellos aspectos menos valorados.
- c. Reportes de las intervenciones y actividades que se llevan a cabo desde diversas entidades de voluntariado, de forma comprometida, coordinada e integrada en la dinámica organizativa del Hospital.
- d. Informes sobre las acciones tomadas para resolver problemas referentes a quejas y sugerencias presentadas al hospital;
- e. Pautas de actuación para la mejora continua y el incremento de la calidad percibida.
- f. Participación en los distintos Grupos de Trabajo y Comisiones del Hospital.
- g. Propuesta de implantación de acciones de mejora dirigidas a incrementar la calidad de la atención.

Art. 16.1.1.- Gestión Social

- a. Reportes de diagnóstico y atención en función del impacto social, ofrecido al paciente y su familia.
- b. Soporte psicosocial e integración del diagnóstico social en la historia clínica del paciente para completar el tratamiento.
- c. Informes de análisis de los problemas socio - económicos de los usuarios que requieran de intervención del servicio social.
- d. Coordinación y gestión con servicios comunitarios, que garantice la rehabilitación e integración del individuo en su entorno habitual.
- e. Programas de orientación al usuario para la solución de los problemas socio – económicos.
- f. Programas de educación para la salud y temáticas sociales a la comunidad.
- g. Programas de sensibilización al paciente y a sus familiares sobre temas de salud críticos, paliativos, de trasplantes de órganos, entre otros.
- h. Registro de datos actualizados de los usuarios que reciben atención de la gestión social.

Art. 17.- Gestión de Estadística y Admisiones

Unidad Responsable: Unidad de Estadística y Admisiones

- a. Sistema de información homogéneo, fiable y suficiente que posibilite los procesos de gestión, la elaboración de indicadores de rendimiento y epidemiológicos.
- b. Sistema de clasificación de pacientes.
- c. Programación de Agendas de atención a pacientes, diseño y mantenimiento de su estructura.
- d. Recepción de solicitud de cita, adecuación, clasificación y priorización;
- e. Criterios de filiación de pacientes, mantenimiento y actualización del fichero maestro de pacientes.
- f. Filiación y registro de la cita, cita programada, mantenimiento y actualización.
- g. Informes de las atenciones a pacientes realizadas en el hospital (programada y no programada).
- h. Definición de prestaciones, códigos y mantenimiento de las Historias Clínicas.
- i. Adecuación de la demanda de atención y alternativas de modulación y de los recursos y previsión de los mismos.
- j. Listados de trabajo en las diferentes áreas de atención a pacientes.
- k. Recepción de solicitudes, clasificación, priorización y programación de los ingresos.
- l. Asignación de cama a las órdenes de ingreso médicas.
- m. Reportes de clasificación, asignación funcional y mapa de camas actualizado.
- n. Informes sobre el estado de camas, disponibilidad.
- o. Censo de camas.
- p. Registros de entradas y salidas de internación.
- q. Registro de episodios de atención y confirmación.
- r. Reporte de Altas y conocimiento de la previsión de altas.
- s. Reportes de traslados internos y confirmación de traslados intercentros.
- t. Reportes de Aislamientos y ubicación de pacientes aislados.
- u. Programación quirúrgica en coordinación con el Centro Quirúrgico.
- v. Partes Quirúrgicos, formalización y difusión.
- w. Registro y codificación de intervenciones
- x. Información de atenciones para facturación de acuerdo a los tipos de financiación, clasificación conjunta.
- y. Petición de derivación a otro centro privado o público (a petición del paciente), cuando solicitan ese tipo de gestión en virtud del cumplimiento de garantías del Ministerio de Salud.
- z. Pública en relación a los tiempos máximos de respuesta para ser atendidos.
- aa. Reportes de administración y gestión de los transportes medios extraordinarios, en coordinación con la unidad Administrativa.
- bb. Protocolos de derivación de pacientes entre niveles y de criterios unificados de valoración de solicitudes.
- cc. Apertura de Historia Clínica, integración, centralización y normalización de otra documentación clínica.
- dd. Custodia, mantenimiento y archivo de la documentación clínico-asistencial.

Art. 18.- Gestión Administrativa y Financiera

Unidad Responsable: Dirección Administrativa y Financiera/ Unidad Administrativa Financiera

Misión: Dirigir, organizar y proyectar la administración de los recursos materiales, recursos financieros y talento humano del hospital con el fin de facilitar la consecución de los objetivos, planes y metas de la Institución.

Responsable: Director/a Administrativo y Financiero/ Coordinador/a Administrativo Financiero

Atribuciones y responsabilidades:

- a. Coordinar las actividades Administrativas, Financieras, de Talento Humano y los Servicios.
- b. Generales contratados con las diferentes unidades del hospital.
- c. Asesorar en materia de Administrativa Financiera y de Talento Humano a las diferentes actividades del Hospital.
- d. Dirigir, articular, evaluar y mejorar la gestión de las áreas a su cargo.
- e. Implementar las políticas relacionadas al ámbito de su competencia.
- f. Elaborar la proforma presupuestaria del Hospital en coordinación con la Dirección de Planificación y Control de Gestión que se somete a aprobación previa por la Comisión de Dirección.
- g. Programar y controlar las actividades administrativas del talento humano, recursos materiales, recursos económicos y financieros del Hospital, de conformidad a la ley, políticas, normas, reglamentos y otros documentos legales pertinentes.
- h. Validar los planes, programas, proyectos y presupuestos en el ámbito de su competencia.
- i. Coordinar la contratación y administración de los contratos del hospital.
- j. Intervenir en la elaboración del Plan Operativo Anual de la institución en coordinación de todas las áreas del Hospital.
- k. Participar en los Comités y comisiones de acuerdo a las disposiciones de la Gerencia Hospitalaria.
- l. Responder ante las demandas de la Gerencia Hospitalaria.

La Dirección Administrativa Financiera se gestiona a través de las siguientes unidades:

1. Unidad/ Gestión de Talento Humano
2. Unidad/ Gestión Financiera
3. Unidad/ Gestión Administrativa
4. Unidad/ Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

Art. 18.1.- Gestión de Talento Humano

Unidad Responsable: Unidad/ Gestión de Talento Humano

Misión: Administrar, seleccionar y desarrollar el talento humano del Hospital, garantizando su desarrollo constante mediante una verdadera capacitación, bienestar social y seguridad, con el fin de potencializar las habilidades y capacidades de su personal en cumplimiento a la ley, reglamentos, normas, políticas y otros documentos legales vigentes.

Productos y Servicios:

- a. Plan de fortalecimiento institucional y mejoramiento continuo.
- b. Distributivo de funciones y actividades del talento humano de acuerdo a las necesidades de la institución.
- c. Expedientes y registros del personal del hospital.
- d. Sistema de control de asistencia y permanencia del personal en sus puestos de trabajo.

- e. Distributivo de sueldos y salarios del personal.
- f. Roles de pago mensual.
- g. Calendario anual de vacaciones del personal en coordinación con los líderes de las unidades y supeditado a la actividad asistencial, aprobación de la Gerencia Hospitalaria.
- h. Acciones de personal relacionadas con nombramientos, contratos, ascensos, traslados, remoción, vacaciones, permisos, y otros en que tenga que intervenir según normas y procedimientos vigentes.
- i. Informes de creación de partidas y Supresión de puestos de recursos humanos;
- j. Informes de contratos de servicios ocasionales y profesionales.
- k. Informes de optimización de recursos humanos.
- l. Informes sobre los sumarios administrativos y vistos buenos del personal del hospital.
- m. Informes sobre los aspectos disciplinarios del personal a la Gerencia Hospitalaria para la aplicación de sanción correspondiente.
- n. Informes de evaluación de desempeño del personal del Hospital.
- o. Plan para salida y jubilación de servidores.
- p. Informes de clasificación de puestos, reclutamiento, selección y contrataciones.
- q. Informes de aplicación del reglamento para concursos de merecimientos y oposición.
- r. Plan de capacitación y formación de recursos humanos e informe de ejecución.
- s. Plan de prevención de riesgos y seguridad laboral.
- t. Capacitaciones, especializaciones y pasantías de los profesionales del Hospital.
- u. Planes y programas de capacitación de desarrollo personal, bienestar laboral y seguridad ocupacional.
- v. Plan de evaluación del desempeño e informe de ejecución.
- w. Plan de medición del clima laboral y cultura organizacional del nivel nacional.
- x. Informes de movimientos de personal para el Ministerio de Relaciones Laborales.
- y. Informes de Pasantías, becas en el país y en el exterior de los funcionarios del hospital.

Art. 18.2.- Gestión Financiera

Unidad Responsable: Unidad/ Gestión Financiera

Misión: Administrar, organizar y controlar las actividades financiero-contables del Hospital, proporcionando ágil, oportuna y transparentemente los recursos financieros requeridos para la ejecución de los planes, programas y proyectos de la institución.

Productos y Servicios:

Contabilidad

- a. Sistema de contabilidad por partida doble, adecuada a las necesidades del Hospital, incluyendo las técnicas presupuestarias, códigos en instructivo de cuentas, registros y otros documentos pertinentes.
- b. Registro de los ingresos que origine el Hospital.
- c. Registro del movimiento de las cuentas bancarias del Hospital para conciliación.
- d. Informes de control previo de la documentación de soporte para la ejecución del presupuesto y determinar la recaudación de los recursos financieros de tesorería y contabilidad.
- e. Comprobantes de pago en base a la documentación aprobada por las autoridades competentes según procedimientos establecidos;
- f. Comprobantes de gastos efectivizados y registrar con aplicación a rubros y partidas correspondientes.

- g. Registro de los recursos financieros e inventarios contables del hospital;
- h. Arqueos sorpresivos de caja;
- i. Informes de control final de los documentos habilitantes y retenciones de ley previo al pago.
- j. Estados financieros mensuales y otros indicadores con sus respectivos análisis, para ser entregados a la Gerencia Hospitalaria.
- k. Contabilidad de costos, análisis de costos de las prestaciones asistenciales.
- l. Archivo de la documentación que respalde las operaciones de Contabilidad.

Administración de Caja

- a. Flujos de caja que aseguren la disponibilidad financiera y oportuna para cumplir con las obligaciones y adquisiciones del hospital.
- b. Solicitud de la cuota mensual de asignación fiscal.
- c. Custodia, control, renovación y ejecución de garantías.
- d. Depósitos diarios en la cuenta bancaria respectiva todos los ingresos del Hospital en la forma en que fueron recibidos.
- e. Comprobantes de depósitos bancarios diarios.
- f. Informes de control previo y concurrente de las operaciones.
- g. Registro de las transferencias de pago previa presentación de los comprobantes legalizados y autorizados por las autoridades competentes del Hospital.
- h. Comprobantes de egreso de los Proveedores, con los respectivos respaldos.
- i. Informes diarios de los ingresos y pagos realizados con la documentación pertinente en forma.
- j. Archivo de la documentación que respalde las operaciones de Administración de Caja

Recaudación

- a. Recaudación de los valores de autogestión referentes al SOAT o equivalentes, con su respectiva factura;
- b. Informar sobre los valores del SOAT o equivalentes recaudados;
- c. Registros de dineros recaudados del SOAT o equivalentes para ser informados a la Administración de caja;

Presupuesto

- a. Presupuesto anual del Hospital;
- b. Sistema de presupuesto adecuado a las necesidades del Hospital, incluyendo técnicas presupuestarias, Código, Registros por partidas y documentos pertinentes.
- c. Informes de control presupuestario por partidas.
- d. Aplicación contable presupuestaria.
- e. Certificaciones presupuestarias que validen los gastos previstos de conformidad con las previsiones establecidas en las leyes, normas, y reglamentos vigentes y en coordinación con la unidad de Planificación, Seguimiento y Evaluación de Gestión.
- f. Informes mensuales y cuatrimestrales con sus respectivos análisis en coordinación con el Ministerio de Finanzas sobre la ejecución, modificaciones presupuestarias y las programaciones financieras.

- g. Programación, formulación, ejecución, evaluación y liquidación del presupuesto institucional en coordinación con la unidad de Planificación, Seguimiento y Evaluación de Gestión.
- h. Archivo de la documentación que respalde las operaciones presupuestarias

Art. 18.3.- Gestión Administrativa

Unidad Responsable: Gestión /Unidad Administrativa

Misión: Administrar con eficiencia, eficacia y efectividad los recursos materiales, suministros, bienes y servicios requeridos para la ejecución de los planes, programas, proyectos y actividades del hospital.

Productos y Servicios:

Contratación Pública

- a. Procesos precontractuales y de contratación (incluso de seguros) contemplados en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación y administración del Portal de Compras Públicas;
- b. Informes de la atención de requerimientos de las diferentes unidades del hospital;
- c. Informes de compras de medicamentos e insumos;
- d. Informe de ejecución del plan anual de adquisiciones y contrataciones de acuerdo a la ley
- e. Orgánica de Contratación Pública y su reglamento;
- f. Asesoría en la elaboración de términos de referencia para realizar los procesos de contratación;
- g. Análisis de costos y cotizaciones de bienes, servicios u obras;
- h. Solicitudes de certificaciones presupuestarias de los subprocesos pertenecientes a la Coordinación Administrativa Financiera;
- i. Verificación en la recepción de productos y servicios en coordinación con bodega y el área requirente.

Activos Fijos y Bodega

- a. Informe consolidado de custodia y uso de bienes del hospital;
- b. Reportes de ingresos, egresos y consumos de suministros, materiales y bienes de larga duración del Hospital;
- c. Inventario actualizado de los bienes muebles e inmuebles del hospital;
- d. Sistema de inventario de activos fijos y bodega del hospital;
- e. Plan anual de adquisición de bienes de larga duración para el Hospital, en coordinación con la Dirección Asistencial, unidades asistenciales y los comités respectivos;
- f. Actas de entrega-recepción de bienes;
- g. Reportes de gestión de Prótesis e Implantes;
- h. Informe de donaciones ejecutadas;
- i. Informe de administración de bodegas;
- j. Inventario de suministros y materiales;
- k. Informe de ingresos y egresos de suministros y materiales;
- l. Informe de ingresos de medicamentos, insumos y otros en coordinación con la unidad de Farmacia;

- m. Informe de ingresos y egresos de vacunas y medicamentos que requieren cadena de frío en coordinación con la unidad de Farmacia.

Mantenimiento

- a. Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes muebles, inmuebles, equipos de electro medicina y vehículos a cargo del hospital.
- b. Proyecto de infraestructura y bienes de larga duración del hospital, de acuerdo con las directrices del MSP.
- c. Informes sobre la repartición y adecuaciones que se realicen en los espacios verdes, oficinas y bodegas del hospital.
- d. Informe de ejecución del mantenimiento de bienes muebles e inmuebles del hospital;
- e. Gestión energética y medio-ambiental.
- f. Sistema de control de transportes.
- g. Informe mensual de la adquisición de pasajes aéreos, reembolsos y pasajes premio;
- h. Salvoconductos y documentos que soporten la legalidad y cumplimiento del servicio de transporte prestado.
- i. Matriculas, revisión de vehículos y seguros de los vehículos del hospital.
- j. Solicitud de pago por utilización de combustible, lubricantes y compra de piezas o accesorios de vehículos.
- k. Informe consolidado de pagos de servicios básicos.

Servicios Generales

- a. Plan de gestión, incluida la asignación económica, de los servicios generales basados en la planificación previa y órdenes de trabajo requeridas por las unidades del Hospital.
- b. Plan de gestión de residuos hospitalarios.
- c. Términos de referencia en los que se define los requerimientos técnicos, procedimientos y estándares de calidad de la prestación de los servicios generales.
- d. Proyectos de pliegos de licitación, contratación de los servicios que cumplan los requerimientos y estándares de calidad y disponibilidad prefijados.
- e. Informes de evaluación de la prestación de los servicios prestados por proveedores externos, para ejecutar su respectiva penalización económica en caso de incumplimiento de los estándares y disponibilidad prefijados.
- f. Informes periódicos sobre el cumplimiento de los contratos mantenidos.
- g. Solicitud de Pago referentes a los servicios contratados para la institución.
- h. Sistema de información de servicios hoteleros y generales, limpieza, carpintería, electricidad, conserjería, entre otras.

Art. 18.4.- Gestión de Tecnologías de la Información y comunicaciones

Unidad Responsable: Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

Misión: Aplicar las normas y procedimientos que efectivicen la gestión y administración de las tecnologías de la información y comunicaciones, orientadas a la optimización de los recursos y fortalecimiento de la red interna para mejorar la eficiencia en la atención a los pacientes.

Productos y Servicios:

- a. Mantenimiento a las líneas de red.
- b. Acciones preventivas y correctivas de software y Hardware.
- c. Informes sobre las acciones preventivas y correctivas de software y Hardware realizados.
- d. Informes sobre las redes de conectividad.
- e. Plan de mejoramiento de redes.
- f. Plan de contingencias sobre respaldos de información.
- g. Mantenimiento de programas informáticos existentes.
- h. Sistemas de información en las diferentes áreas y pagina WEB del Hospital actualizada;
- i. Central telefónica digital.
- j. Servicio de internet a las diferentes unidades del hospital.
- k. Correo institucional.
- l. Inventario de los equipos tecnológicos computacionales y comunicacionales.
- m. Actas de la entrega recepción de los equipos adquiridos en coordinación con las áreas de Informes de funcionamiento de los equipos adquiridos y otros equipos tecnológicos computacionales y comunicacionales de la institución en coordinación con las áreas de Activos Fijos y Bodega.
- n. Traslado de los equipos tecnológicos computacionales y comunicacionales de la institución en coordinación con las áreas de Activos Fijos y Bodega.

Art. 15.5.- Unidad Responsable: Gestión de Red

En base al Memorando Nro. MSP-CZ9-2020-15907 del 13 de diciembre de 2020, con asunto Directrices para Estructura de la Unidad de Gestión de Red.

Por lo expuesto, el manejo del sistema RPIS-MSP es responsabilidad exclusiva de los miembros que conforman cada Unidad de Gestión de Red (UGR) y la misma debe ser liderada por un médico con conocimiento en derivaciones, puede tener como personal de apoyo a médicos/as, paramédicos/as, licenciados/as en enfermería y trabajadores/as sociales. La cantidad de personas que formen parte de la UGR debe ir de acuerdo con la afluencia de usuarios y solicitudes que recibe cada establecimiento. Se debe recordar que los lineamientos para estructuración de la UGR fueron emitidos en el año 2017, por lo tanto, si existe deficiencia de personal se debe reestructurar internamente las funciones de los servidores de salud. Las funciones de auditoría y planillaje, así como la inclusión de este personal en la UGR quedarán a consideración de cada establecimiento de salud, ya que de acuerdo a los lineamientos operativos del MAIS esta actividad no es competencia de la UGR.

Atribuciones y responsabilidades:

Recuperación de cartera

- a. Realizar la facturación de las prestaciones de atenciones médicas brindadas a los usuarios/pacientes con cobertura de salud.
- b. Seguimiento y control de las historias clínicas y parte de Auditoría Técnica Médica.
- c. Realizar el análisis para la facturación de las historias clínicas de los pacientes de emergencias del Hospital General Docente de Calderón con cobertura de salud.
- d. Efectuar la recuperación de los valores económicos invertidos en la atención de salud de los pacientes, cuya cobertura de salud le corresponde a otro subsistema.

- e. Realizar la auditoría de la calidad de la facturación de las historias clínicas de pacientes de emergencias, pacientes hospitalizados y de consulta externa del Hospital General Docente de Calderón con cobertura de salud.
- f. Proporcionar la información correspondiente para conocer el valor invertido y el valor recuperado por la prestación de los servicios.
- g. Recuperación de documentos de historias clínicas para fotocopiar, enumerar, foliar y empaquetar historias clínicas para envíos a los subsistemas.

Gestión de Pacientes

- a. Realizar la gestión de recepción de pacientes no críticos y críticos del Ministerio de Salud Pública, Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria.
- b. Registro de transporte de pacientes del Hospital General Docente de Calderón, con recepción en la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria.
- c. Realizar la gestión de exámenes complementarios y procedimiento con unidades del Ministerio de Salud Pública, Red Pública Integral de Salud y Coordinación Zonal 9 de Salud.
- d. Registro de matrices de Código Rojo, UGR, Ingresos.

CAPITULO VI

DE LA DESIGNACION DE LOS RESPONSABLES DE GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO, GESTION DE MEDICAMENTO, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y REACTIVOS, GESTIÓN DE ESPECIALIDADES CLÍNICO QUIRURGICAS, COORDINADORES TÉCNICOS Y JEFES DE GUARDIA Y MEDICOS Y DE ENFERMERÍA.

La gerencia del Hospital General Docente de Calderón, realizará la designación de los Responsables de las diferentes Gestiones de esta casa de Salud, conforme a lo estipulado en la Ley Orgánica de Servicio Público y su Reglamento; además de la Estructura Orgánica Descriptiva del Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública, referente al Capítulo I, Art. 8 Estructura Orgánica Descriptiva, Atribuciones y Responsabilidades, literal k) "Ser la Autoridad Nominadora del Hospital".

CAPITULO VII

DE EVALUACIÓN PERIÓDICA

Art. 19.- De la Evaluación Periódica. -

Conforme a la Ley Orgánica del Servicio Público, en su CAPITULO 6 DEL SUBSISTEMA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO, su Reglamento, el Hospital General Docente de Calderón a través de la Unidad de Talento Humano aplicará la evaluación del desempeño periódica, a todo el personal enmarcado en la LOSEP, y aplicará las disposiciones (Acuerdos, Resolución Directrices, etc.) que para el efecto determine el Ministerio de Trabajo.

Art. 20.- De los resultados de las evaluaciones. -

En el caso de que, producto de la evaluación, se obtuviera un resultado inferior al 80% de la nota máxima posible, se podrá finalizar inmediatamente la designación de funciones. En estos casos se procederá conforme a la normativa legal vigente.

CAPITULO VIII

DE LOS COMITÉS Y COMISIONES.

Art. 21.- De los Comités. -

Bajo la normativa vigente, el hospital contará con comités permanentes, los cuales tendrán un objetivo claro y definido para tratar un tema específico. Cada comité deberá tener un acta de conformación y reglamento.

Art.22.- De los Comités Gerenciales Permanentes. -

Estos comités son presididos por la Máxima Autoridad de la institución o su delegado. Abarcan temas tanto administrativos como asistenciales. Conforme a la normativa vigente se identifica los siguientes:

1. Comité hospitalario de Gestión de la Calidad de la Atención en salud (Acuerdo Ministerial MSP-0072-2017)
2. Comité de Gestión de Riesgos (Resolución N° SGR-142-2017)
3. Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos (CEISH) mediante acuerdo ministerial, publicado el 2 de agosto del 2022 (Ministerio de Salud Pública, 2022)
4. Comité de Desechos hospitalarios, Norma de Acuerdo Interministerial Nro. 323 Publicado en el registro oficial 450 del 20 de marzo del 2019 del Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Ambiente, Acuerdo Nro. 00036-2019.
5. Comité de Evitabilidad de Muerte Materna, según la Constitución de la República del Ecuador se basa en el Art. 32 y Art. 154, según régimen del Buen Vivir Capítulo primero Inclusión y Equidad, sección segunda salud Artículos: 358, 359, 360, 361, 362, 363,365,366; según Plan Nacional para el Buen Vivir, 2013-2017 cumplirá el Objetivo 3, la política 3.2, los indicadores de meta e indicadores de apoyo; según Código de la Niñez y Adolescencia Art. 25; según Ley Orgánica de Salud, Art. 4 y 6 numeral 6.
6. Comité de Transparencia LOTAIP, dispuesto en resolución N007-CGAJ-15 de la defensoría del pueblo en el Art. 8 dispone la creación para el seguimiento y cumplimiento de la Ley orgánica de transparencia y acceso a la información pública LOTAIP.

Art. 23.- De los Comités Asistenciales permanentes. -

Estos comités son presididos por la Dirección Asistencial o su delegado. Conforme a la normativa vigente se identifica los siguientes:

1. Comité de Coordinación Asistencial-Docente, COMCAD (Acuerdo Ministerial MSP-4604-2015).
2. Comité de Seguridad del Paciente (Acuerdo Ministerial MSP-0072-2017).
3. Comité Técnico para la Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (Acuerdo Ministerial MSP-0072-2017).
4. Comité Técnico de Farmacoterapia (Acuerdo Ministerial MSP-0072-2017).
5. Comité Técnico de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud e Historia Clínica (Acuerdo Ministerial MSP-0072-2017).
6. Comité técnico hospitalario y/o equipo para la implementación de la prevención y control de la TB (Acuerdo Ministerial MSP-0018-2017).
7. Comité de Medicina Transfusional, según Registro oficial del Ministerio de Salud Pública Numeral 00005317.
8. Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos, CEAS (Acuerdo Ministerial MSP-005-2022).
9. Comité del Establecimiento de Salud Amigo de la Donación (Resolución Nro. 87-INDOT-2022).

Art. 24.- Otros comités. -

Ante la necesidad de conformación de comités para temas específicos, la Máxima autoridad, por iniciativa propia o a pedido justificado de los funcionarios de la institución podrá crear comités, los cuales deberán tener un reglamento de conformación y funcionamiento aprobado.

Art. 25.- De las comisiones o programas. -

Las comisiones serán conformadas para tratar determinados temas con mayor especificidad. Podrán ser temporales o permanentes. En el Hospital General Docente de Calderón al momento cuenta con las siguientes comisiones:

1. Comisión de para acreditación como Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño.
2. Comisión técnica de Farmacovigilancia
3. Comisión técnica de Tecnovigilancia
4. Comisión Materno Neonatal
5. Comisión de Uso Racional de Antibióticos (PROA).
6. Comisión permanente de la Estrategia Multimodal de Higiene de Manos.
7. Comisión de Calidad de Laboratorio

8. Comisión de Telesalud

Art.26.- Clínica (Programa Asistencial)

- 26.1 Unidad de Atención Integral (VIH)
- 26.2 Estrategia de Tuberculosis
- 26.3 Cuidados Paliativos

CAPITULO IX

DE LAS DISPOSICIONES

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Deróguese la Resolución No. G-HGDC-RES025-2020 “ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN” del 14 de abril del 2020.

Así también quedan derogadas todas las resoluciones que se hubieran otorgado con anterioridad a la presente.

DISPOSICIONES GENERALES

Primera. -En todo lo no previsto en esta resolución, se aplicará exclusivamente lo dispuesto en el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública.

Segunda. - La aplicación de la reforma a la estructura organizacional del Hospital General Docente de Calderón no implicará la creación de nuevas partidas ni incremento presupuestario para remuneraciones.

DISPOSICIÓN FINAL

La presente Resolución que contiene la **Estructura Organizacional Funcional del Hospital General Docente de Calderón**, entrará en vigencia a partir de su aprobación sin perjuicio de su publicación en los medios de difusión exigidas por la ley y será de cumplimiento inmediato y obligatorio.

Dado en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, a los 20 días el mes de junio de 2023

MGS. JUAN PABLO VELASCO MONCAYO
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agudelo, L., & Escobar, J. (2007). *Gestión por procesos*. Medellín: Los autores.
2. Chiavenato, I. (2006). *Introducción a la teoría general de la administración*. Mexico: Mc Graw Hill.
3. Hampton, D. (1977). *Contemporary Management*. Nueva York: McGraw-Hill .
4. ISO. (2005). *Sistema de Gestión de Calidad - Fundamentos y vocabulario*. Ginebra: ISO.
5. Ministerio de Salud Pública. (31 de julio de 2012). Estatuto organico de gestión por procesos de los hospitales del Ministerio de Salud Pública. Quito, Pichincha, Ecuador.
6. Secretaría Nacional de la Administración Pública. (04 de Abril de 2016). Norma Técnica de Prestación de Servicios y Administración por Procesos. Quito.
7. http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/guia/documentos/estatuto_de_hosp_acuerdo.pdf
8. Ministerio del Trabajo, Acuerdo Ministerial Nro. MDT-2018- 004
9. Mediante Acuerdo Ministerial 5212, publicado en el Registro Oficial 428 del 30 de enero del 2015, el Ministerio de Salud Pública expidió la “*Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo al sistema nacional de salud*”.
10. Estatuto Orgánico Gestión Organizacional Por Procesos De Hospitales, Acuerdo Ministerial 1537, Registro Oficial Edición Especial 339 de 25-sep.-2012, Estado: Vigente.
11. Normas de Control Interno de la Contraloría General del Estado, Acuerdo de la Contraloría General del Estado 004-CG-2023, Registro Oficial Suplemento N° 257 de 27-feb.-2023. <https://www.contraloria.gob.ec/WFDescarga.aspx?id=1486&tipo=mul>
12. ¹Reglamento para viabilizar el establecimiento de Jornadas especiales de trabajo en las unidades operativas de la RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD (RPIS), capítulo II jornadas especiales artículo 10 guardias rotativas nocturnas, acuerdo ministerial 00001849
13. Oficio Nro. MDT-VSP-2015-0786, de 07 de septiembre de 2015, Resolución para la creación de trece (13) puestos de nivel jerárquico superior para los Hospitales Generales, Docente de Calderón y Universitario de Guayaquil; y el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo del Ministerio de Salud Pública.

ACTA DE REUNIÓN		Versión 001
Tema: Revisión y Aprobación de la actualización de la estructura orgánica del HGDC		
Lugar: Sala de Reunión Gerencia	Fecha: 28-02-2023	
Hora de inicio: 9:00 am.	Hora de finalización: 11:30 am.	
Unidad Responsable de la Reunión: Comisión Asignada		N° 001

OBJETIVO/OBJETIVOS

Realizar la revisión y aprobación de la actualización de la estructura orgánica del Hospital General Docente de Calderón 2023.

ANTECEDENTES

En atención al Memorando Nro. MSP-CZ9HGDC-2023-0858-M, que menciona lo siguiente:

“...Con un saludo cordial, remito el documento "Estructura Organizacional del Hospital General Docente de Calderón" con la finalidad de iniciar con el proceso de revisión y actualización del documento, con base a la estructura por procesos de hospitales." La reunión para dicha gestión se realizará el día martes 28 de febrero del 2023 a las 08h30 en sala de gerencia, para lo cual se adjunta el documento para su revisión, de tal manera que el día de la reunión poder recibir sus aportaciones con la finalidad de agilizar esta actividad...”

En este contexto se procede a la realizar la reunión.

ORDEN DEL DÍA

1. Constatación del quórum.
2. Revisar la documentación legal vigente.
3. Revisión y aprobación de la estructura orgánica actualizada del HGDC.

RESUMEN DE TEMAS TRATADOS

1. Constatación del quórum.

Se inicia la reunión en la sala de gerencia dirigido por la Dra. Doris Malena - Gerente del Hospital y Lcda. Marisol Basantes- Responsable de la Gestión de Calidad, con la presencia del Dr. Danny Flores- Director asistencial y todo el personal convocado.

2. Revisar la documentación legal vigente.

La estructura orgánica se encuentra enmarcada mediante el Acuerdo Ministerial 00001537, adicional se

deberá incluir considerandos de las siguientes documentos legales:

- Manual de estructura de procesos 2022
- Documentos sobre el nivel de complejidad para los establecimientos Pág. 28 (Considerando 8)

3. Revisión y aprobación de la estructura orgánica actualizada del HGDC.

Se realiza la revisión de la estructura orgánica con las siguientes observaciones:

- Corregir en orden alfabético las definiciones.
- Colocar referencia bibliográfica de las definiciones.
- Citar el documento con Estilo Vancouver.
- Colocar a la Unidad de Gestión de Red como Proceso Habilitante de apoyo.
- Actualizar la definición de las áreas ejemplo Hospitalización de Gineco Obstetricia.
- Actualizar el gráfico de la estructura orgánica (actualización cuadro de jefe de guardia)
- Simplificar las funciones de Gestión de red.
- Actualizar los acuerdos ministeriales de los comités de Gerencia y Dirección Asistencial.
- Eliminar las disposiciones generales.

Con todas las observaciones corregidas de la estructura orgánica se deberá revisar con el área de Jurídico y enviar a la Gerencia para su revisión.

4. Acuerdos y compromisos

- Elaborar y enviar el acta de reunión.
- Realizar las correcciones de la estructura orgánica y enviar para la revisión por la Gerencia.

ACUERDOS Y COMPROMISOS

- Acuerdo/Compromiso

Elaborar y enviar el acta de reunión.

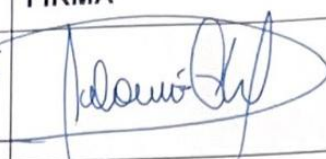
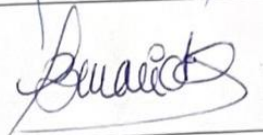
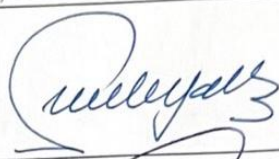
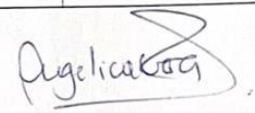
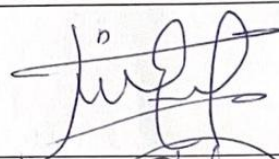
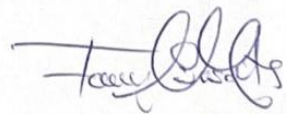
Responsable: Lcda. Marisol Basantes

Fecha límite: 08/03/2023

Realizar las correcciones de la estructura orgánica y enviar para la revisión por la Gerencia.

Responsable: Calidad y Jurídico

Fecha límite: 08/03/2023

TEMA DE REUNIÓN: ASISTENTES				
NOMBRE	CARGO	TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
Salomé Celi	Responsable de las Gestiones de MD y DM	1330	stephania.celi	
Patricia Benavides	Asesora	1323	patricia.benavides@	
Karen Yaua	Gestión de Especialidades	1250	karen.yaua@hgdc.gob.ec	
Diana Flores	D.M.	1311	diana.flores	
Paulina Baizabal	G. Ejecutiva	1331	paolina.baizabal@	
INGRIT TITUANA	UNIDAD ASESORIA JURIDICA	1351	ingrit.titwana@hgdc.gob.ec	
Angélica Vera	Analista de Comunicación	1315	angelica.vera@hgdc.gob.ec	
José David Espin	C.T(E) Gestión de Red y Planificación	1201	david.espin@hgdc.gob.ec	
Orasma Pila	GDR	1360	orasma.pila@msp.gob.ec	
Walter Ortiz	Gest.	1301	walter.ortiz	
Fanny Basantes	Gestión de Calidad	1335	fanny.basantes@hgdc.gob.ec	

ACTA DE REUNIÓN		Versión 001
Tema: Segunda Revisión y aprobación de la actualización de la estructura orgánica del HGDC		
Lugar: Sala de Reunión Gerencia	Fecha: 30-05-2023	
Hora de inicio: 09:00 am.	Hora de finalización: 10:00 am.	
Unidad Responsable de la Reunión: Comisión Asignada		N° 002

OBJETIVO/OBJETIVOS

Realizar la segunda revisión y aprobación de la actualización de la estructura orgánica del Hospital General Docente de Calderón 2023.

ANTECEDENTES

En atención al Memorando Nro. MSP-CZ9HGDC-2023-2607-M, que menciona lo siguiente:

"...Con un saludo cordial, remito el documento "Estructura Organizacional del Hospital General Docente de Calderón" con la finalidad de iniciar con el proceso de revisión y actualización del documento, con base a la estructura por procesos de hospitales." La reunión para dicha gestión se realizará el día martes 30 de Mayo del 2023 a las 08h30 en sala de gerencia, para lo cual se adjunta el documento para su revisión, de tal manera que el día de la reunión poder recibir sus aportaciones con la finalidad de agilizar esta actividad...."

En este contexto se procede a la realizar la reunión.

ORDEN DEL DÍA

1. Constatación del quórum.
2. Revisar la documentación legal vigente.
3. Revisión y aprobación de la estructura orgánica actualizada del HGDC.

RESUMEN DE TEMAS TRATADOS

1. Constatación del quórum.

Se inicia la reunión en la sala de gerencia dirigido por el Dr. Juan Pablo Velasco - Gerente del Hospital y Lcda. Marisol Basantes- Responsable de la Gestión de Calidad, con la presencia el personal convocado.

2. Revisar la documentación legal vigente.

La estructura orgánica se encuentra enmarcada mediante el Acuerdo Ministerial 00001537, adicional se deberá incluir considerandos de las siguientes documentos legales:

- Manual de estructura de procesos 2022
- Documentos sobre el nivel de complejidad para los establecimientos Pág. 28 (Considerando 8)

3. Revisión de las recomendaciones emitidas en la primera reunión para la aprobación de la estructura orgánica del HGDC.

Se realiza la revisión de la estructura orgánica con las siguientes observaciones:

- Corregir en orden alfabético las definiciones. *Se cumplió*
- Colocar referencia bibliográfica de las definiciones. *Se cumplió*
- Citar el documento con Estilo Vancouver o APA. *Se cumplió*
- Colocar a la Unidad de Gestión de Red como Proceso Habilitante de apoyo. *Se cumplió*
- Actualizar la definición de las áreas ejemplo Hospitalización de Gineco Obstetricia. *Se cumplió*
- Actualizar el gráfico de la estructura orgánica (actualización cuadro de jefe de guardia) *Se cumplió*
- Simplificar las funciones de Gestión de red. *Se cumplió*
- Actualizar los acuerdos ministeriales de los comités de Gerencia y Dirección Asistencial. *Se cumplió*
- Eliminar las disposiciones generales. *Se cumplió*

En este contexto una vez revisado el documento y las observaciones corregidas de la estructura orgánica se deberá revisar con el área de Jurídico para su aprobación final y socializar.

4. Acuerdos y compromisos

- Elaborar y enviar el acta de reunión.
- Realizar las correcciones de la estructura orgánica y enviar para la revisión por Jurídico y gerencia.
- Posterior a la revisión por Jurídico, Calidad y Comunicación se enviara a gerencia quien revisar y dará el visto bueno para resolución de jurídico y socializar.

ACUERDOS Y COMPROMISOS

- Acuerdo/Compromiso

Elaborar y enviar el acta de reunión.

Responsable: Lcda. Marisol Basantes

Fecha límite: 15 de junio del 2023

Realizar las correcciones de la estructura orgánica y enviar para la revisión por jurídico y gerencia.

Responsable: Calidad, Comunicación y Jurídico

Fecha límite: 15 de junio del 2023

TEMA DE REUNIÓN: Estructura Organizacional.				
ASISTENTES				
NOMBRE	CARGO	TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
Tanny Bascuñes	Gestión de Calderón	1331	tanny.bascuñes@hgdc.gob.ec	Tanny Bascuñes
Salomé Celi	Responsable de la Gestión de NO y DM	1330	salomeceli@hgdc.gob.ec	Salomé Celi
Angelica Vera	Analista de Comunicación	1315	angelica.vera@hgdc.gob.ec	Angelica Vera
Margarita Mediavilla	Responsable Gestión Apoyo Dg y Terapéutica	1353	jaquette.mediavilla	Margarita Mediavilla
Ximena Ríos	Dirección Médica Asistencial	1114	ximena.rios@hgdc.gob.ec	Ximena Ríos
JUAN P. Velasco	Gerencia General	1101		Dr. Velasco
Dayse Morúa	Responsable Gestión de Enfermería	1331	dayse.morua@hgdc.gob.ec	Dayse Morúa
Darwin Quishpe	Responsable TH. Encargado	1316	darwin.quishpe@hgdc.gob.ec	Darwin Quishpe
Karen Garate	Gestión de Especialidades	1250	karen.garate@hgdc.gob.ec	Karen Garate
JUAN Velasco	Gerencia General	1301		Dr. Velasco
INGRIT TITUANA SULEA	ANALISTA ASESORA JURIDICA 3	1351	ingrit.titwana@hgdc.gob.ec	Ingrit Tituana Sulea