



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA ISRAEL

ESCUELA DE POSTGRADOS

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA,

MENCIÓN: GESTIÓN POR RESULTADOS

(Aprobado por: RPC-SO-19-No.302-2016-CES)

TEMA: Modelo de gestión por procesos de la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez Zambrano de Santo Domingo de los Tsáchilas

AUTORA: María Fernanda Arroyo López

TUTOR: Grisel Pérez Falco, PhD

QUITO-ECUADOR

AÑO: 2019

CERTIFICADO DE AUTORÍA

El presente documento de tesis con Título **MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ ZAMBRANO DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS**, ha sido desarrollado por la María Fernanda Arroyo López, con C. I. 1719612747, trabajo que posee los derechos de autoría y responsabilidad, restringiéndose la copia o utilización de la información de esta tesis sin previa autorización.

Quito, marzo 2019

María Fernanda Arroyo López
C.I. 1719612747

CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD

Yo, Grisel Pérez Falco, PhD, Certifico que María Fernanda Arroyo López, con C. I. 1719612747, realizó el presente documento de tesis con Título " **MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ ZAMBRANO DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS** ", y que es autora intelectual de la misma, que es original, auténtica u personal.

Quito, marzo 2019

Grisel Pérez Falco, PhD

Dedicatoria

A mis queridos hijos Paúl y Omar,

por su amor perfecto.

A mí amado y compañero de vida en este presente infinito Wilter Bermúdez,
por su cariño, paciencia y apoyo incondicional en esta larga trayectoria de estudios.

Agradecimiento

A la Doctora Grisel Pérez Falco, por sus orientaciones y colaboración.

A mis maestros, autoridades y compañeros de la Universidad Tecnológica Israel.

Al todo el personal del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano por ser parte de mi

crecimiento profesional y personal, siempre los llevare en mi corazón y en especial a

los profesionales de la Salud por su labor loable y altruista al servicio del prójimo.

Resumen

El Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano lleva 35 años brindando una atención integral a la población de Santo Domingo de los Tsáchilas y otras provincias como son Manabí, Esmeraldas y Los Ríos, existiendo una alta demanda de los servicios hospitalarios y de la gestión de pacientes; sin embargo, es limitada e incompleta la normativa de procesos aprobada para la ejecución de estas actividades. Por ello, el objetivo de esta investigación es establecer un modelo de gestión por procesos para la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez Zambrano de Santo Domingo de los Tsáchilas que permita estandarizar las actividades que se desarrollan para la óptima atención a través de la identificación, priorización, definición y control de los procesos de la mencionada Unidad, promoviendo una atención efectiva, de calidad y con calidez a todos los usuarios.

El presente estudio es descriptivo y documental, se aplica el método hipotético-deductivo y el analítico-sintético, muestra un diagnóstico situacional, en el cual se analiza: la estructura organizacional, misión, visión, objetivos estratégicos, etc. Estos permitieron identificar seis procesos: Control, Monitoreo y Seguimiento, Gestión de Referencias, Gestión de Pertinencia Médica y Documental, Gestión de Recepción e Información, Gestión de Educación y Apoyo y Contrareferencias, Referencia Inversa y Derivación, Gestión Social; este último proceso priorizado en el estudio, caracterizado y diagramado.

Índice

Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento	v
Resumen	vi
Índice	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	x
Introducción.....	1

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la Investigación.....	10
1.2. Gestión por procesos.....	11
1.3. Tipos de proceso	13
1.4. Elementos del proceso	14
1.5. Enfoque basado en procesos	16
1.6. Mapa de procesos	16
1.7. Metodología en la gestión de procesos	17
1.8. Indicadores de gestión	19
1.9. La gestión por procesos en los Hospitales	21

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Enfoques de investigación	24
2.2. Tipo de investigación.....	24
2.3. Métodos	25
2.4. Procesamiento de la información.....	25

2.5.	Análisis institucional	27
2.5.1.	Antecedentes históricos del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano	27
2.5.2.	Estructura Organizacional	28
2.5.3.	Misión institucional	30
2.5.4.	Visión institucional	30
2.5.5.	Valores institucionales	30
2.5.6.	Políticas Institucionales	31
2.5.7.	Objetivos Estratégicos	31
2.5.8.	Estrategias FODA	32
2.5.9.	Análisis situacional de la Unidad Gestión de Pacientes	34

CAPÍTULO III

PROPUESTA

3.1	Fundamentos de la Propuesta	35
3.1.1	Metodología para el análisis y diseño de procesos	35
3.1.2	Identificación de los procesos	51
3.1.3	Mapa de procesos	53
3.1.4	Documentación de los procesos	55
3.1.5	Descripción de los elementos de la ficha técnica de proceso estratégico.....	56
3.1.6	Presentación de procesos estratégicos de la DPDI	58
3.2	Validación de la propuesta.....	60
3.2.1.	Instrumento para validar el contenido de la propuesta	60
3.2.2.	Resultados de la validación	62
	Conclusiones.....	64
	Recomendaciones	66
	Bibliografía	67

Índice de tablas

Tabla 1. Matriz de Levantamiento de la Información Actual de los Procesos	27
Tabla 2: Fortalezas.....	32
Tabla 3: Debilidades	32
Tabla 4: Oportunidades	33
Tabla 5: Debilidades	33
Tabla 6: Equipos de trabajo y roles	37
Tabla 7: Matriz de selección de procesos	42
Tabla 8: Ficha de proceso	45
Tabla 9: Notación BPMN	47
Tabla 10: Método de medición	50
Tabla 11: Catalogo de procesos.....	53
Tabla 12: Componentes del código	53
Tabla 13: Componentes del código	55
Tabla 14: Priorización de procesos de la Unidad de Gestión de Pacientes	56
Tabla 15: Ficha Técnica del proceso priorizado.....	57
Tabla 16: Descripción de la ficha técnica de evidencia e indicadores del proceso	57
Tabla 17: Equipo de trabajo.....	58
Tabla 18. Parámetros a evaluar en la propuesta	61
Tabla 19 Instrumento de valoración de parámetros.....	61
Tabla 20 Resultados de la validación de la propuesta	62

Índice de figuras

Ilustración 1. Ciclo de la Gestión por Procesos.....	12
Ilustración 2. Elementos de un Proceso.....	15
Ilustración 3. Mapa de Procesos	17
Ilustración 4. Indicadores	20
Ilustración 5: Estatuto y Organigramas Hospitales MSP	29
Ilustración 6: Estructura orgánica de la Unidad de Gestión de Pacientes	34
Ilustración 7: Actividades de la Unidad de Gestión de Pacientes	35
Ilustración 8: Etapas del proceso	39
Ilustración 9: Etapa de medición	49
Ilustración 10: Mapa de Procesos	54
Ilustración 11: Flujo de priorización	59

Introducción

De acuerdo con Agudelo Tobón & Escobar Bolívar (2004), en su estudio denominado la “Importancia de los procesos y su aplicación en las organizaciones”; señala, que el compromiso de la alta dirección es fundamental para crear la mejora continua en los procesos, detalladamente expone: “A nivel mundial, existe una tendencia orientada a la gerencia de los procesos como metodología apropiada para lograr plenamente la satisfacción del cliente. Todas las teorías y herramientas que apuntan en este sentido, aportan mejoras”.

Por otra parte, Mallar (2010) en sus teoría sobre “La Gestión por Procesos: un enfoque de gestión eficiente”, expone que las empresas e instituciones contemporáneas dedicadas a producir bienes y/o servicios se emarcan cada día en adecuar las organizaciones para ontener mejores indicadores y elevar su competitividad, detalladamente expresa en su artículo:

Que cada vez más se observan los esfuerzos orientados a adecuar las organizaciones al complejo escenario en que se mueven. Cambios de reglas de juego, incremento de la competencia, apertura al mundo a través de la tecnología, hacen al cliente mucho más exigente, modificando sus demandas y necesidades.

Sin embargo, los estudios realizados por González & Hervás (2009): “Indican, que las organizaciones alcanzan una mayor eficiencia cuando el conjunto de sus actividades, se gestiona como un sistema de procesos y para ello es preciso que la organización sea capaz de identificar sus procesos, diseñarlos, medirlos y mejorarlos”.

La metodología de la administración por procesos ayuda a enfocar mejor las actividades que realiza la empresa hacia el cliente. Y, además, un punto muy importante es que en la actualidad existe un enfoque muy marcado hacia mejorar la calidad de los productos y servicios y para esto existen diferentes herramientas como ISO; Balance Score Card, TQM etc. y todas estas están basadas en la Administración por procesos de acuerdo a lo que expresan (Encalada Rojas & Hurtado Regalado, 2014).

Cabe mencionar que los investigadores antes mencionados coinciden que la mejor herramienta para diseñar los procesos es BPMN (Business Process Model and Notation), herramienta de fácil aplicación que permite a través de su lenguaje de negocios y diseño poder graficar cualquier tipo de proceso en la empresa y que sea de fácil entendimiento. Por tal razón Ávalos & Quintuña (2013) en su estudio “Diseño de un sistema de gestión por procesos para la empresa “Marketing Advice” y automatización de los procesos críticos” exponen los siguiente:

Los requerimientos para el diseño de un sistema de gestión por procesos de calidad están determinados en la Norma Internacional de Calidad ISO 9001:2008, en la cual se determinan los lineamientos necesarios para su implementación. Para poder gestionar un sistema basado en procesos se necesita contar con manuales de procedimientos, los cuales contengan información detallada y ordenada referente a cada proceso, y sirvan como guía en la ejecución diaria de las actividades. El Business Process Management es una herramienta que actualmente muchas empresas están utilizando para el mejoramiento de sus procesos mediante la automatización de los mismos, pues esta herramienta permite obtener información actualizada del estado del proceso y datos con los que se puede realizar análisis y tomar decisiones basadas en información objetiva.

En la actualidad se puede observar que las empresas e instituciones fijan el objetivo a una Administración por Procesos con el fin de poder tener control y monitoreo de la gestión que se realiza, ante lo expuesto Maldonado & Galíndez (2013), en su artículo intitulado “Monitoreo, Evaluación y Gestión por Resultados”, resumen que:

Lo cual permite implementar mejoras continuas. Esta metodología es de gran beneficio ya que ayuda a aumentar la productividad de la organización, manteniendo un orden estructurado con formatos y codificación establecida lo que genera un fácil acceso a la información de las actividades realizadas.

Ante todo, lo expuesto, tales estudios aportan de manera significativa en el desarrollo de la presente investigación ya que aportan un enfoque teórico y técnico, de cómo la Gestión

por Procesos es una metodología de gestión adecuada y que surge como un enfoque que centra la atención sobre las actividades de la organización para optimizarlas.

De esta manera para poder mejorar las actividades de la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez se diseñó una Guía Metodológica para la Gestión de los procesos de dicha Unidad, que se constituirá como una alternativa exitosa para la obtención de resultados cada vez mejores.

A través del Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública, emitido mediante el Acuerdo Ministerial 1537, dentro de las atribuciones y responsabilidades de la Dirección Asistencial, en el literal b, se menciona: “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.” (MSP, 2012)

Es por este motivo que, para mayor control de dichos procedimientos, el departamento debería tener coordinación por su importancia, con Dirección Asistencial, para poder brindar informes mensuales de la gestión de los nudos detectados.

Reconocer a la unidad con su personal, como entes de fiscalización de cumplimiento de la normativa, gestión integral del paciente, cumplimiento de correcto llenado de documentos por todo el personal hospitalario, siendo el médico a cargo el responsable de la correcta coordinación de los pacientes que ingresan y salen de la unidad hospitalaria a través de la Red Pública Integral de Salud RPIS y la Red Privada Complementaria RPC.

La presente investigación se compone de tres capítulos, el capítulo I refiere conceptualmente la gestión por procesos, desde las definiciones generales de lo que es un proceso, sus elementos, la metodología para la gestión de procesos, mapas de procesos, hasta su incidencia en la gestión hospitalaria.

El capítulo II detalla la metodología de investigación del presente estudio, definiendo que ésta es una investigación descriptiva, documental y no experimental, donde se empleó el método hipotético-deductivo y el analítico-sintético.

El capítulo III se estructura del diagnóstico institucional del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez, y el planteamiento de la propuesta, la cual se compone de un diseño metodológico para la gestión por procesos, identificando seis procesos, de los cuales se prioriza el proceso crítico y se realiza ficha técnica de caracterización y diagrama de flujo.

Finalmente se exponen las conclusiones más importantes de este estudio y las recomendaciones para su posterior implementación Hospital General Dr. Gustavo Domínguez.

Planteamiento del problema

La participación y articulación en la prestación de los servicios de salud por parte de los diferentes actores contribuye a garantizar y mejorar la calidad de vida de la población en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, teniendo en cuenta que la integración de las unidades de salud en los niveles de atención debe dar como resultado una atención continua a las usuarias y usuarios por de una red con organización y tecnología propicia, jerarquizada para prestar atención racionalizada a los pacientes, de acuerdo al grado de complejidad médica y capacidad instalada (Macías , 2018).

Al carecer de intervenciones eficaces que deben considerarse en todos los sistemas de salud, tales como: definición de procesos estandarizados par la atención, traslados y derivaciones de pacientes, la introducción de tecnologías de la información sanitaria; ejecución de auditorías periódicas de expedientes clínicos; retroalimentación a proveedores a cerca de la calidad de la atención que se oferta, sistemas integrados en el que la atención pueda ser integrada a través del tiempo, lugar y las condiciones de salud, las consecuencias son una gestión poco óptima, que se puede concluir en un modelo de gestión empírico, donde cada funcionario ejecuta actividades de acuerdo a lo que considera correcto y las decisiones del criterio individual prima sobre el colectivo, existiendo doble esfuerzo en la ejecución de tarea, donde los perjudicados directos son los usuarios.

Bajo este concepto y en relación a lo que establece el Acuerdo Ministerial 0091-2017 en su artículo 2, es necesario el relacionamiento con las instituciones de la Red Pública Integral de Salud RPIS y sus usuarios; obligándose las instituciones prestadoras de servicios de salud a articular esfuerzos por mejorar los accesos a la provisión y prestación de los servicios de salud coordinados a través de la Unidad de Gestión de Pacientes.

Formulación del problema

¿Cómo contribuir al mejoramiento de la gestión de procesos en la prestación de los servicios de salud en la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez de Santo Domingo de los Tsáchilas?

Objetivo General

Diseñar un modelo de gestión por procesos para contribuir al mejoramiento de en la prestación de los servicios de salud en la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez de Santo Domingo de los Tsáchilas que fomente la mejora continua de la gestión.

Objetivos específicos

- Describir conceptualmente la gestión por procesos para entender y comprender su influencia en la administración de las organizaciones.
- Realizar un diagnóstico de la situación actual de los procesos que realiza la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez.
- Establecer una propuesta de gestión por procesos, en la Unidad de Gestión de Pacientes, que busque la mejora continua de las actividades.
- Validar con especialistas el contenido de la propuesta, bajo criterios de aplicabilidad, coherencia, actualidad, calidad técnica, rigurosidad y pertinencia.

Justificación

El presente trabajo busca contribuir y orientar en la creación e implementación de un modelo de gestión de pacientes en el Hospital General Dr. Gustavo Domínguez de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, buscando con esto dar respuesta a la problemática en torno al acceso, referencia, derivación, transferencias y contra referencia de pacientes entre niveles de atención y prestadores de salud.

Conforme establece el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), a través de sus procedimientos de actuación y relacionamiento de la prestación de los servicios de salud, mediante las diferentes entidades prestadoras de salud en la provincia y la regiones de afluencia, impulsando de esta manera las capacidades y potencialidades individuales y

colectivas que propicien el mejoramiento de la calidad de vida de la población beneficiaria (Ministerio de Salud Pública, 2013).

El presente trabajo de investigación se justifica ya que hasta ahora no se ha realizado un modelo de gestión de pacientes, que aporte al fortalecimiento de la calidad de atención en las instituciones de salud; a través de la búsqueda por reducir las barreras de acceso a la atención y el relacionamiento entre hospitales de la provincia y la región. Y con esto mejorar los esfuerzos por la optimización de los recursos dentro de los procesos de atención, derivación y referencias de pacientes entre prestadores; dados que las presiones sobre el gasto sanitario están induciendo cambios en los modelos organizativos y de gestión de los hospitales, mismos que a través de la aplicación de estrategias de carácter gerencial y de esta manera dar respuestas y mejoras sustanciales en la eficiencia de gestión e inversión hospitalaria (Martín, 2002).

Al realizar un análisis del proceso de trámites de gestión con prestadores y red tanto de las áreas de hospitalización, emergencia y consulta externa a cargo de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y trabajo social, se pudo evidenciar el represamiento de un gran número de trámites de pacientes para diferentes procedimientos del área de consulta externa, siendo un punto crítico, además de que el mismo departamento no está realizando las competencias que le habilitan el Acuerdo Ministerial 1537, como gestión social. Además de encontrarse varios requerimientos de pacientes que nunca fueron gestionados.

Por otra parte, se busca desarrollar una serie de procedimiento y herramientas que permitan mejorar los procesos de referencia, derivación, transferencia y contra referencia de pacientes, a través de la coordinación simétrica entre los establecimientos de salud, planteando de esta manera un enfoque orientado al desarrollo de un modelo proporcionado a las experiencias y recomendaciones que se derivan de la atención en salud a pacientes más vulnerables y prioritarios.

Al ser esta casa de salud el único hospital de referencia de la Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas y también referente para las provincias como Manabí, Esmeraldas, Los Ríos, Cotopaxi y zona norte de Pichincha posee una demanda de pacientes muy alta, y

pese a ser un hospital de II nivel presta atención a pacientes de mayor complejidad que deberían ser atendidas en III nivel por la geo-referencia que hace que nuestra unidad sea la más cercana a todas las provincias aledañas.

Por ser una unidad hospitalaria de referencia de pacientes de toda esta Zona los tiempos de referencias, contra referencias y derivaciones a unidades de mayor complejidad o de recepción de pacientes se deben acortar y por ende llegar a una gestión en menor tiempo de resolución.

Teniendo en cuenta que la Constitución de la República del Ecuador a través de su Art. 32, define a la salud como un derecho que el Estado garantiza, 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 salud, salud sexual y salud reproductiva. Para lo cual 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.

Adicional a esto en su Art. 362 de la Carta Magna, se especifica que la atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

El Estado ecuatoriano, dando cumplimiento al Sumak Kausay o el Buen Vivir, ha definido como prioritario el sector social y particularmente la salud, lo que se traduce en el establecimiento de la política de universalidad y gratuidad progresiva de la atención de salud, con la implementación de un modelo basado en la Atención Primaria de Salud (APS) (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Todo esto relacionado a lo que establece la Constitución en el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, en el que se representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen

Vivir, el Sumak Kawsay, desde la perspectiva de concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y articulados establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables (Ministerio de Salud Pública , 2014).

En este contexto el Sistema Nacional de Salud (SNS) en relación a la integralidad en las acciones intersectoriales, tiene por objeto mejorar la calidad de vida de la población. Los esfuerzos aislados del sector salud no bastan para mejorar la salud de un modo evidente, por lo cual es necesaria la participación de otros actores que pueden influir en el mejoramiento de la salud a veces con más recursos o mayor decisión que el propio sector (Ministerio de Salud Pública, 2013), especialmente en el sector salud, mismo que se encuentra fortalecido grandemente por la participación de actores públicos y privados en la prestación de los servicios de salud.

Por ello este trabajo procura contribuir al mejoramiento de procesos en la prestación de los servicios de salud en la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez de Santo Domingo de los Tsáchilas desarrollando el presente mediante tres capítulos que se describen a continuación:

El capítulo II detalla la metodología de investigación del presente estudio, definiendo que ésta es una investigación descriptiva, documental y no experimental, donde se empleó el método hipotético-deductivo y el analítico-sintético.

El capítulo III se estructura del diagnóstico institucional del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez, y el planteamiento de la propuesta, la cual se compone de un diseño metodológico para la gestión por procesos, identificando seis procesos, de los cuales se prioriza el proceso crítico y se realiza ficha técnica de caracterización y diagrama de flujo.

Finalmente se exponen las conclusiones más importantes de este estudio y las recomendaciones para su posterior implementación Hospital General Dr. Gustavo Domínguez.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la Investigación

La Gestión por Procesos es la forma de gestionar toda la organización basándose en los Procesos. Entendiendo estos como una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una ENTRADA para conseguir un resultado, y una SALIDA que a su vez satisfaga los requerimientos del Cliente.

La gestión por procesos concentra principalmente la atención por los resultados de los procesos no en las tareas o actividades. La gestión por procesos consiste en dotar a la organización de una estructura de carácter horizontal siguiendo los pasos interfuncionales y con una clara visión de orientación al cliente final. Los procesos deben estar perfectamente definidos y documentados, señalando las responsabilidades de cada miembro y deben tener un responsable y un equipo de personas asignado (Ministerio de Fomento, 2005).

Es fundamental en toda organización tener la figura de un propietario, que además de ocupar una determinada posición en el organigrama convencional (vertical), es responsable de analizar el proceso. Mejorarlo y conseguir principalmente sus objetivos. La empresa debe conocer quién es el propietario en cada uno de los procesos, este asume la responsabilidad global de la gestión del proceso y de su mejora continua. Por ello debe tener la suficiente autoridad para poder implantar los cambios en el proceso que él o el equipo de mejora estimen oportuno.

En consecuencia, las personas implicadas formar parte de un grupo multidisciplinar que rinde cuentas, es el responsable del proceso independientemente de las funciones de cada uno en relación con el departamento al que pertenece. Esto se conoce como “integración horizontal” del personal de la organización.

Los servicios hospitalarios se caracterizan por unas condiciones (los medios, el personal, las condiciones ambientales, etc.) que en general nunca se repetirán de forma

idéntica. Para asegurar los resultados es vital generar y establecer procesos con mecanismos de control que permitan corregir previamente las posibles observaciones y no conformidades.

Como parte de los productos de la gestión de red dentro de acción y prestación de los servicios de salud, en los diferentes subsistemas de salud, en la provincia y el país es necesario la creación de un estamento que se encargue de direccionar y brindar el mayor acceso a la comunidad beneficiaria de los servicios de salud, especialmente en el sector público de la región y zonas de afluencias.

Es por ello que nuestra investigación busca generar un instrumento de referencia para la creación e implementación de un modelo que garantice el aprovisionamiento oportuno y eficaz por parte de los ciudadanos y usuarios que son atendidos en el hospital o centros de atención en salud a nivel de la provincia y zonas de afluencia.

1.2. Gestión por procesos

La toma de decisiones dentro de la/s organizaciones requiere procesos en los que todos sus miembros y/o grupo interactúen entre sí, con la finalidad de alcanzar los tan anhelados logros en los que se enmarque propiamente su misión a nivel de la prestación de bienes y/o servicios.

La gestión por Procesos es la forma de gestionar toda la organización basándose en los Procesos. Entendiendo estos como una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para conseguir un resultado y una salida que a su vez satisfaga los requerimientos del cliente, lo que produce numerosos beneficios, como:

- Implantación de un sistema que permita operar con procesos definidos y documentados, que posibilite identificar, documentar, medir y mejorar continuamente los procesos que desarrolla una empresa o institución.
- Tener procesos controlados que permitan la obtención de productos con calidad.

- Atender las necesidades y requerimientos de los clientes, pues es un input para la realización del producto o servicio, de esta manera la actividad dirige hacia su satisfacción.
- Estructurar la organización de acuerdo a los procesos que maneja.
- Comprometes a todos los miembros del Hospital de manera que aporten directamente a la obtención de los logros planificados del Hospital o institución.
- Trabajar y hacer productos de calidad.

En este aspecto Pérez (2004) define a la gestión por procesos como el área de aplicación de la gestión, dentro de lo cual, para él, se debe estar dispuesto a encontrar algunas dificultades, entre ellas: dificultades técnicas para gestionar los procesos en la organización, haciendo énfasis en que la aplicación del ciclo de la gestión por procesos a todos los servicios internos denominados comúnmente “indirectos”, suele ser la gran disciplina pendiente.

Es así que establece el ciclo de la gestión por procesos categorizando el componente de la planeación, Ejecución, Medición y Mejora de la siguiente forma:

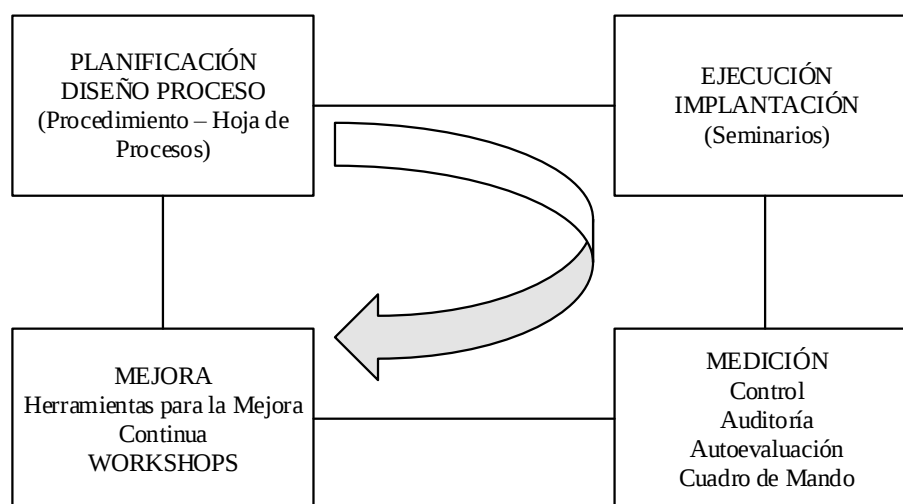


Ilustración 1. Ciclo de la Gestión por Procesos
Fuente: (Pérez Fernández, 2004)

1.3. Tipos de proceso

Existen 3 tipos de procesos:

- **Procesos Estratégicos:** Son aquellos que proporcionan directrices, lineamientos a los procesos de la organización.
- **Procesos Fundamentales:** Son la razón de ser de una organización, generan un impacto al cliente creando el valor para éste. “Los procesos fundamentales tienen como competencia producir los productos finales primarios. Son el alma de las organizaciones porque su valor agregado a la economía está en directa relación con la eficiencia y eficacia de esta clase de procesos y en ello radica que se los llame también como procesos del negocio o sustantivos”.
- **Procesos de Soporte y Habilitantes:** Son aquellos que permiten a los procesos fundamentales y estratégicos su ejecución. “son responsables de proporcionar productos finales secundarios porque se tratan de bienes y/o servicios que guardan dos características de una parte, sirven para el funcionamiento interno de la organización y, de otra parte, se destinan a usuarios internos del Hospital”.

Los procesos habilitantes son de 2 tipos de asesoría y de apoyo logístico. Los de asesoría tienen a su cargo la elaboración de productos finales secundarios para funcionamiento interno de la organización como son los de control interno, de asesoría legal, de planificación y de comunicación corporativa.

“Los procesos habilitantes de apoyo logístico son responsables de generar productos finales secundarios a fin de proveer de recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos para la gestión interna del Hospital”.

1.4. Elementos del proceso

Los elementos que conforman la estructura del proceso son:

- Las entradas del proceso.- Son aquellas que van a ser transformadas por las diversas actividades a ser desarrolladas dentro del mismo para tener un producto final o brindar un servicio.
- Red de actividades.- Este elemento es la aplicación de las secuencias de actividades para cada unidad de flujo la cual se presenta según los diagramas, para diferenciar las actividades y puntos que se desarrollan en cada unidad para que posteriormente sean transformadas.
- Estructura.- En cuanto a la información, la cual es indispensable para la gestión de cada uno de los procesos y la cual debe estar disponible cuando se lo requiera.
- Salidas del proceso.- Es el resultado que se obtiene sobre la unidad de flujo el cual se considera como el fruto de todo el proceso.

Adicional a lo que antecede podemos encontrar otras clasificaciones a los elementos de un proceso, dadas a conocer el seminario taller denominado gestión pro procesos; impartidos por el Instituto de Capacitación Continua IAEN (ICC - IAEN), las cuales se ilustran a continuación:

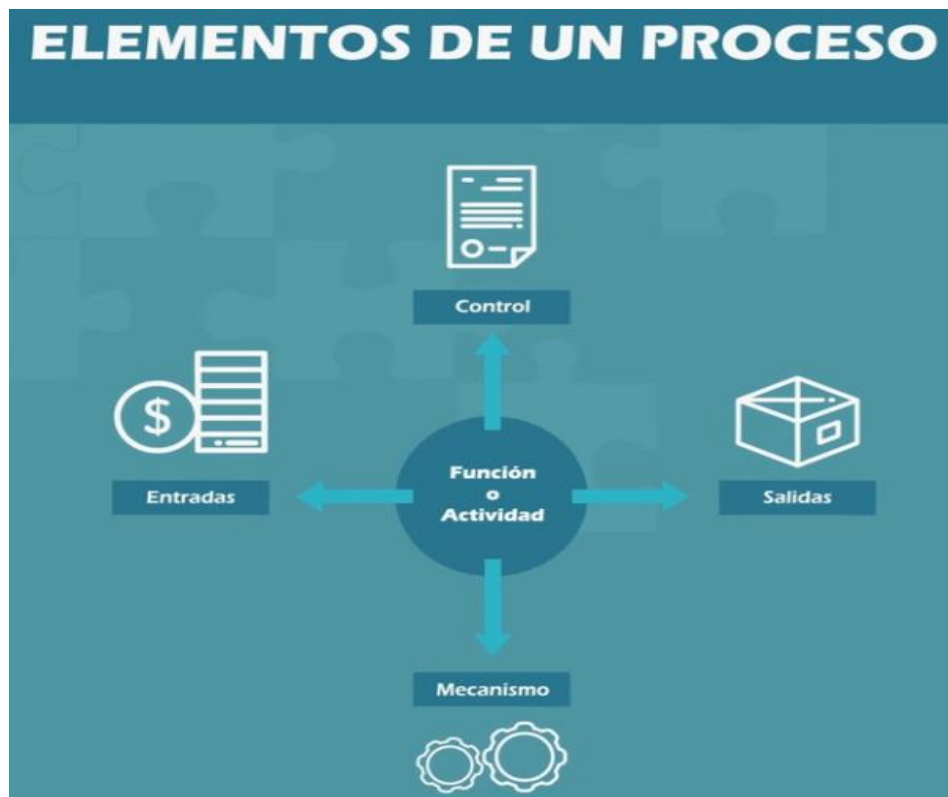


Ilustración 2. Elementos de un Proceso
Fuente: IAEN (2017)

Para lo cual le otorgan una definición a cada uno de estos elementos de la siguiente manera:

- Entrada.- Material o información consumida o transformada por la actividad para producir” salida”.
- Salidas.- Objetivo producidos por la actividad o proceso
- Control.- Objetos que gobiernan o regulan cómo, cuándo y si una actividad se ejecutan o no; ejemplo: normas, guías, políticas, calendarios, presupuestos, reglas, especificaciones y procedimientos.
- Mecanismos.- Recursos necesarios para ejecutar el proceso; ejemplos: maquinarias, programas de cómputos, instalaciones, Recursos Humanos.

1.5. Enfoque basado en procesos

Dentro de los principales enfoques basados en procesos encontramos los siguientes:

- Identificación y gestión sistemática de los procesos desarrollándose la organización y en particular las interacciones entre procesos.
- La gestión por procesos se basa en la modelización de los sistemas como un conjunto de procesos interrelacionados mediante vínculos causa – efectos.
- El propósito final de la gestión de procesos es asegurar que todos los procesos de una organización se desarrollen en forma coordinada, mejorando la efectividad y la satisfacción de todas las partes interesadas (clientes, accionistas, persona, proveedores, sociedad en general).

1.6. Mapa de procesos

Dentro del marco referencial el establecimiento del mapa de proceso consiste en la elaboración de una ficha de cada uno de los procesos que interactúan entre sí; antes, durante y después de la ejecución de las acciones a cada uno otorgadas.

Bajo este contexto el mapa de procesos contribuye a hacer visible el accionar que desempeña cada uno de los procesos que se relacionan entre sí, a través de una forma gráfica que mediante su desarrollo nos permite consensuar la posición local y el desempeño concreto de los procesos con los propósitos estratégicos de la Institución, por ello resulta necesario para la estructuración del mapa identificar los procesos, priorizarlos, jerarquizarlos y medirlos en función de su definición específica y del rol protagónico.

El mapa de proceso a su vez nos permite identificar claramente todos aquellos nudos críticos y aspectos que afectan la prestación del servicio mediante el análisis de su cadena de valor de forma integral.

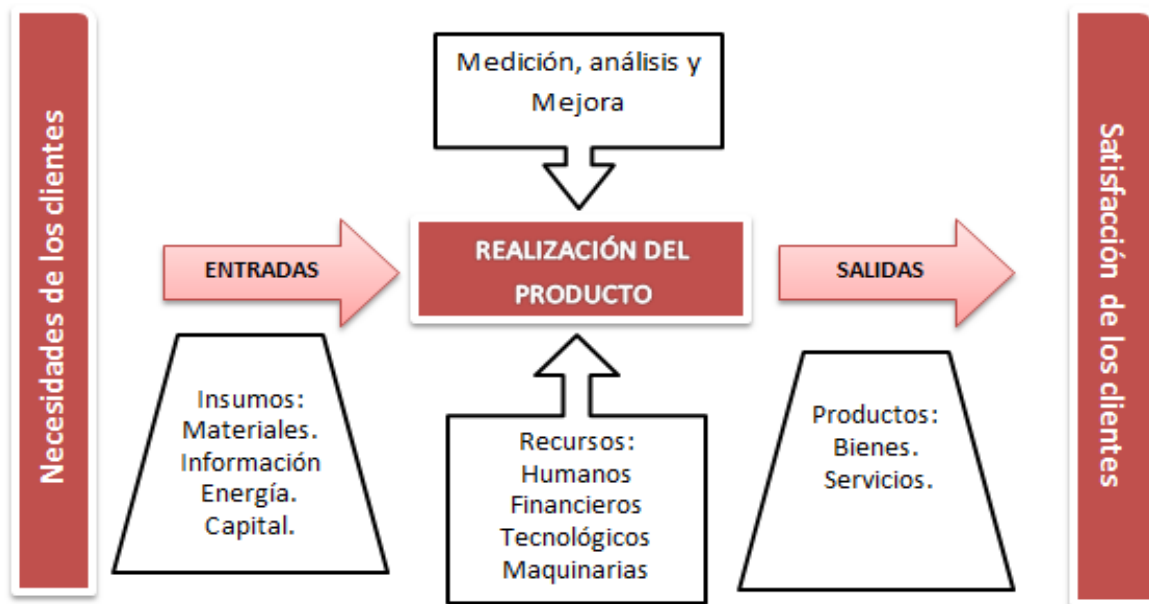


Ilustración 3. Mapa de Procesos
Fuente: Alfredo Paredes & Asociados
Elaboración: Autor

1.7. Metodología en la gestión de procesos

La importancia de estudiar una y otra vez lo que sabemos acerca del proceso y establecer una estrategia de aprendizaje sobre lo que se desconoce del mismo, con el fin de tomar acciones correctivas, se logra empleando el método PHVA, que consiste en la aplicación de 4 fases: planear, ejecutar, estudiar y actuar, ya que su principal ventaja es el desarrollo del posicionamiento estratégico.

Los resultados de la implementación de este ciclo permiten a las instituciones/empresas una mejora integral de la competitividad, de los productos y servicios, mejorando continuamente la calidad, reduciendo los costos, optimizando la productividad, reduciendo los precios, incrementando la participación del mercado y aumentando la rentabilidad de la empresa u organización.

A continuación, se describen las cuatro fases:

Fase 1: Planificar

- Definir la misión del proceso de forma que permita la comprensión del valor añadido del mismo respecto de su contribución a la misión general de la organización.
- Comprender los requisitos del cliente como primer paso para la mejora de la calidad.
- Definir indicadores sólidos y consistentes que permiten la toma de decisiones respecto de la mejora de la calidad. Es necesario estar seguro de que los datos en todo momento reflejan la situación actual y que son coherentes con los requisitos.
- Evaluar el proceso identificado las ayudas y barreras existentes en el entorno y los puntos fuertes y áreas de mejora a contemplar.
- Asignar a un responsable de proceso que lidera la mejora continua de la eficacia y la eficiencia, identificar las acciones adecuadas para garantizar la mejora del rendimiento y convertirlas en planes detallados de mejora.

Fase 2: Ejecutar

- Llevar a cabo los planes de mejora, detallando el diseño propuesto para la solución de cada problema.

Fase 3: Comprobar

- Probar y aportar pruebas que confirmen que el diseño y sus hipótesis son correctas.
- Comparar el diseño con el resultado de las pruebas, buscando las causas del éxito o fracaso de la solución adoptada.

Fase 4: Actuar

- Comparar los resultados de los indicadores con los resultados previos (comprobando de esta forma si cada acción produce la mejora esperada, especialmente en lo relativo a la satisfacción del cliente).
- Si las pruebas confirman la hipótesis corresponde a normalizar la solución y establecer las condiciones que permitan mantenerla. En caso contrario, corresponde iniciar un nuevo ciclo, volviendo a la fase de planificación (fijando nuevos objetivos, mejorando la formación del personal, modificando la asignación de recursos, etc).

1.8. Indicadores de gestión

El indicador es un instrumento para monitorear, predecir y administrar el desempeño necesario para alcanzar una meta determinada. Los indicadores resultan de la definición de variables críticas para cada objetivo, por lo que una vez definido el indicador, se establecen las metas con las que se podrá evaluar si el objetivo se cumplió o no.

Es preciso que cada responsable de proceso analice su flujo y determine puntos críticos de control en los cuales se establecerán indicadores para poder realizar las y mediciones, contemplando para su formulación variables de la sintaxis como, por ejemplo: ¿Qué se quiere medir? ¿A qué nivel de profundidad se quiere llegar? ¿Con qué información se cuenta? ¿Dónde se obtendrá la información?

De acuerdo a la Cadena de Gestión de la Empresa podemos clasificar los indicadores de la siguiente forma:

- Indicador de Impacto: Muestra los efectos directos e indirectos producidos como consecuencia de los resultados y logros de las acciones sobre un determinado grupo de clientes.
- Indicador de Resultado: Reflejan los bienes y servicios cuantificables producidos y/o entregados por una determinada organización.

- **Indicador de Insumos:** Cuantifica los recursos tanto físicos como humanos y/o financieros utilizados en la producción de los bienes y servicios. Estos indicadores generalmente están dimensionados en términos de gastos asignados.
- **Indicador de Procesamiento:** Mide el desempeño operativo de las actividades vinculadas con la ejecución de un determinado proceso, o la forma en que el trabajo es realizado para producir los bienes y servicios.

En la figura 1 se presentan los niveles de indicadores de en relación al tipo de indicador de la cadena de gestión de la empresa.

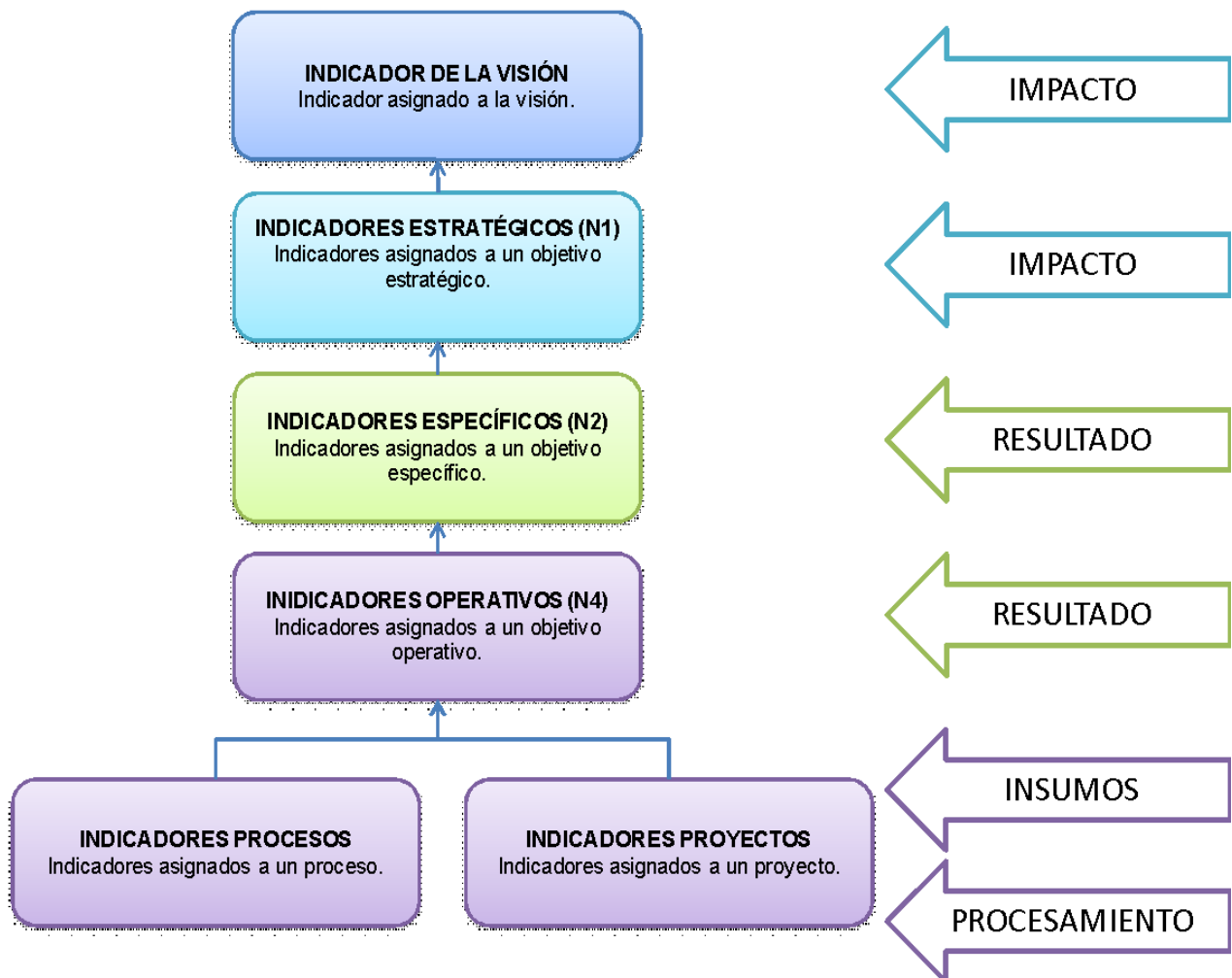


Ilustración 4. Indicadores
Elaboración: Autor

Para la estructuración de cada indicador es necesario la definición de cada uno de sus componentes:

- Método de cálculo: Es la fórmula que se utiliza para cuantificar al indicador.
- Unidad de Medida: Es la forma cómo se leerá el indicador cuando ha sido cuantificado. Por ejemplo, porcentaje, números, dólares, etc.
- Período de Medición: Es la periodicidad con la que se mide el indicador. Es decir, la frecuencia de actualización.

El indicador debe tener una frecuencia adecuada para permitir la toma de acciones preventivas o correctivas durante la vigencia del plan. El período de medición puede ser mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral y semestral.

- Línea Base: Es la situación actual, una foto de la realidad. La línea base puede ser medida en porcentaje, número, tasa, etc., convirtiéndose en una primera medición o punto de partida. Tiene un carácter cuantitativo, y servirá como punto de comparación con los logros alcanzados en función de las metas propuestas por la empresa.
- Meta: Es la expresión concreta y cuantificable de las variables críticas de los objetivos. Las metas deben ser alcanzables, cuantificables, realistas, cronológicamente limitadas y reflejar los compromisos adquiridos por la empresa.

1.9. La gestión por procesos en los Hospitales

La estructura organizacional por procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública está alineada a la misión del Ministerio Rector, el Modelo de Atención, al Modelo de Gestión Hospitalaria, políticas determinadas en la Constitución de la República del Ecuador, las Políticas del Estado, leyes y otras normas vigentes, regulado con el Acuerdo Nro. 1537 específicamente para los Hospitales. El cual establece un modelo de gestión en red que permite satisfacer todas las necesidades de salud de forma integral, de calidad y gratuidad.

La estructura 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. Con esta formulación se busca disponer de herramientas que permitan tomar decisiones objetivas para actuar de forma oportuna en cumplimiento de los intereses de la población.

La clasificación de los procesos definida para los Hospitales, está estructurada de la siguiente manera:

- Los Procesos Gobernantes.- 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
- Procesos Agregadores de Valor.- 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
- Los Procesos Habilitantes de Asesoría y de Apoyo.- generan productos y servicios para los procesos gobernantes, agregadores de valor y para sí mismos, apoyando y viabilizando la Gestión Institucional.

Quedando constituida de la siguiente manera para los hospitales (MSP,2012) :

Proceso Gobernante:

- Direccionamiento Estratégico del Hospital

Procesos Agregadores de Valor

- Gestión Asistencial
- Gestión de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas (De acuerdo al tipo, complejidad y nivel resolutivo de cada hospital)

- Gestión de Cuidados de Enfermería
- Gestión de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (De acuerdo al tipo, complejidad y nivel resolutivo de cada hospital)
- Gestión de Docencia e Investigación (De acuerdo a la acreditación en docencia e investigación)
- Gestión de Pacientes

Procesos Adjetivos de Asesoría

- Gestión de Planificación, Seguimiento y Evaluación de Gestión
- Gestión de Asesoría Jurídica
- Gestión de Comunicación
- Gestión de Calidad

Procesos Adjetivos Apoyo

- Gestión de Admisiones
- Gestión Administrativa y Financiera

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Enfoques de investigación

Esta investigación tiene rasgos cualitativos, Blaxter, Hughes y Tight, (2000) afirma que las investigaciones cualitativas toman como misión “recolectar y analizar información en todas las formas posibles, exceptuando la numérica. Tiende a centrarse en la exploración de un limitado pero detallado número de casos que se consideran interesantes, y su meta es lograr profundidad y no amplitud”. Esta perspectiva es notoria al elaborar el apartado teórico del presente trabajo, donde se detalla y caracteriza conceptualmente el objeto de estudio, así como, al momento de analizar la problemática, al elaborar el diagnóstico situacional y al instante de definir las conclusiones y recomendaciones finales.

2.2. Tipo de investigación

El presente estudio es descriptivo y documental, se aplica el método hipotético-deductivo y el analítico-sintético ya que muestra un diagnóstico situacional, en el cual se analiza: la estructura organizacional de la institución: misión, visión, objetivos estratégicos, etc. Estos permitieron identificar seis procesos: Control, Monitoreo y Seguimiento, Gestión de Referencias, Gestión de Pertinencia Médica y Documental, Gestión de Recepción e Información, Gestión de Educación y Apoyo y Contrareferencias, Referencia Inversa y Derivación, Gestión Social; este último proceso priorizado en el estudio, caracterizado y diagramado.

Se enmarca en investigaciones de tipo descriptiva, según Niño (2011), ya que este tipo de estudio “consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento”.

Es documental, ya que de acuerdo a Arias (2012), “Es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales” y aplicamos la

construcción del marco teórico, por cuanto se hizo una revisión y análisis de varias fuentes bibliográficas; además en el diagnóstico situacional, es importante recalcar que este estudio no contempla la aplicación de instrumentos para recopilar información de campo.

De acuerdo a Cerda (2000) la investigación experimental consiste en “someter un objeto de estudio a la influencia de ciertas variables, en condiciones controladas y conocidas por el investigador, para observar los resultados que la variable produce en el objeto, por lo que se podría decir que esta es una investigación propositiva, ya que se propone una posible solución al problema planteado.

2.3. Métodos

Por ser una investigación no experimental, no se pueden manejar las variables, por lo tanto, se procedió a observar las mismas tal y como se dan en su contexto natural para posteriormente analizarlas. “En una investigación no experimental o ex postfacto no se construye ninguna situación, sino que se observa situaciones ya existentes no provocadas intencionalmente por el investigador” (Albert, 2007).

Además, se ha utilizado el método hipotético-deductivo, que, a través de la pregunta de investigación, se llega a conclusiones específicas del diagnóstico. De igual forma se ha recurrido al método analítico-sintético que distingue los elementos de un fenómeno y se procede a revisar ordenadamente cada uno de ellos por separado. “Consiste en la extracción de las partes de un todo, con el objeto de estudiarlas y examinarlas por separado, para ver, por ejemplo, las relaciones entre las mismas” (Ramos, 2008).

2.4. Procesamiento de la información

La presente investigación recopila adecuadamente datos de fuentes documentales, los mismos que permitieron describir hechos y antecedentes históricos de la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez Zambrano de Santo Domingo de los Tsáchilas. Para construir un diagnóstico situacional adecuado, tanto de la institución, como de la Unidad, se utilizó el “Informe Técnico de la Unidad de Gestión de Pacientes, y el Plan

Estratégico de Desarrollo Institucional 2016-2020”, herramientas que contienen elementos importantes para identificar y describir los procesos de la Unidad de Gestión de Pacientes.

La Unidad de Gestión de Pacientes en la actualidad no cuenta con procesos diseñados y su personal tanto operativo como administrativo trabaja bajo funciones establecidas de forma verbal, como se mencionó anteriormente esto ha generado problemas que se pretenden solucionar con un modelamiento de procesos, para lo cual se requiere un adecuado levantamiento de la información.

Con respecto al levantamiento de información se utilizó la metodología de arriba hacia abajo es decir se tomó en cuenta el organigrama del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez para obtener información de las actividades realizadas en cada uno de los niveles gerenciales lo que facilitó la obtención de información de una manera más ordenada y práctica, ya que si se utilizaba el método de abajo hacia arriba la información se podría haber obtenido en cualquier unidad independientemente del nivel al que pertenecía dentro del organigrama.

El levantamiento de la información fue de carácter participativo con los miembros de la Unidad, para lo cual se obtuvo la información utilizando:

- Entrevistas personales, cuyo objetivo fue obtener información tanto de los clientes internos como externos del proceso, los entrevistados fueron las personas que realizan el proceso a nivel de tarea o actividad, los responsables, involucrados, gerentes y los proveedores del proceso.
- La observación directa, fue utilizada para evaluar la situación actual del Hospital y tener conocimiento de cómo se maneja actualmente la parte operativa y administrativa.
- Las visitas de campo permitieron conocer de forma profunda cual es la situación actual, fueron realizadas dos veces al mes y estaban basadas en un cronograma entregado y aprobado por los directivos, para que el tiempo que se utilice para estas visitas no interrumpa las actividades que se realizan en la organización.

- Revisión y análisis del direccionamiento estratégico en lo referente a la visión, misión y objetivos con el fin de determinar el alcance del proyecto propuesto.

Esta actividad fue aprobada por el personal del Hospital.

Con la finalidad de disponer de un formato de presentación de la información obtenida en el diagnóstico preliminar del Hospital, se ha utilizado el siguiente formato:

Tabla 1. Matriz de Levantamiento de la Información Actual de los Procesos

LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	FECHA
UNIDAD	
ACTIVIDAD	
OBJETIVO	
SITUACIÓN	
ACTUAL	
INDICADOR	
FLUJO PROCESO	
ELABORADO POR:	
Fuente: Investigación	
Elaboración: Autor	

2.5. Análisis institucional

2.5.1. Antecedentes históricos del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano

El Hospital Dr. Gustavo Domínguez Z. es un establecimiento sanitario de Segundo Nivel de atención, con las cuatro especialidades básicas, de referencia regional ya que la población que accede a sus servicios proceden de las provincias de Los Ríos, Esmeraldas, Pichincha, Cotopaxi y Manabí, por encontrarse en una ubicación estratégica dentro del Ecuador.

Cuenta con un área de terreno de 26.444,67 mts², de los cuales 13.530 mts² construidos, en la actualidad el hospital posee 120 camas operativas distribuidas en los distintos servicios a disposición de la demanda externa, se encuentra en una intervención integral de remodelación y repotenciación para mejoramiento del servicio de salud pública.

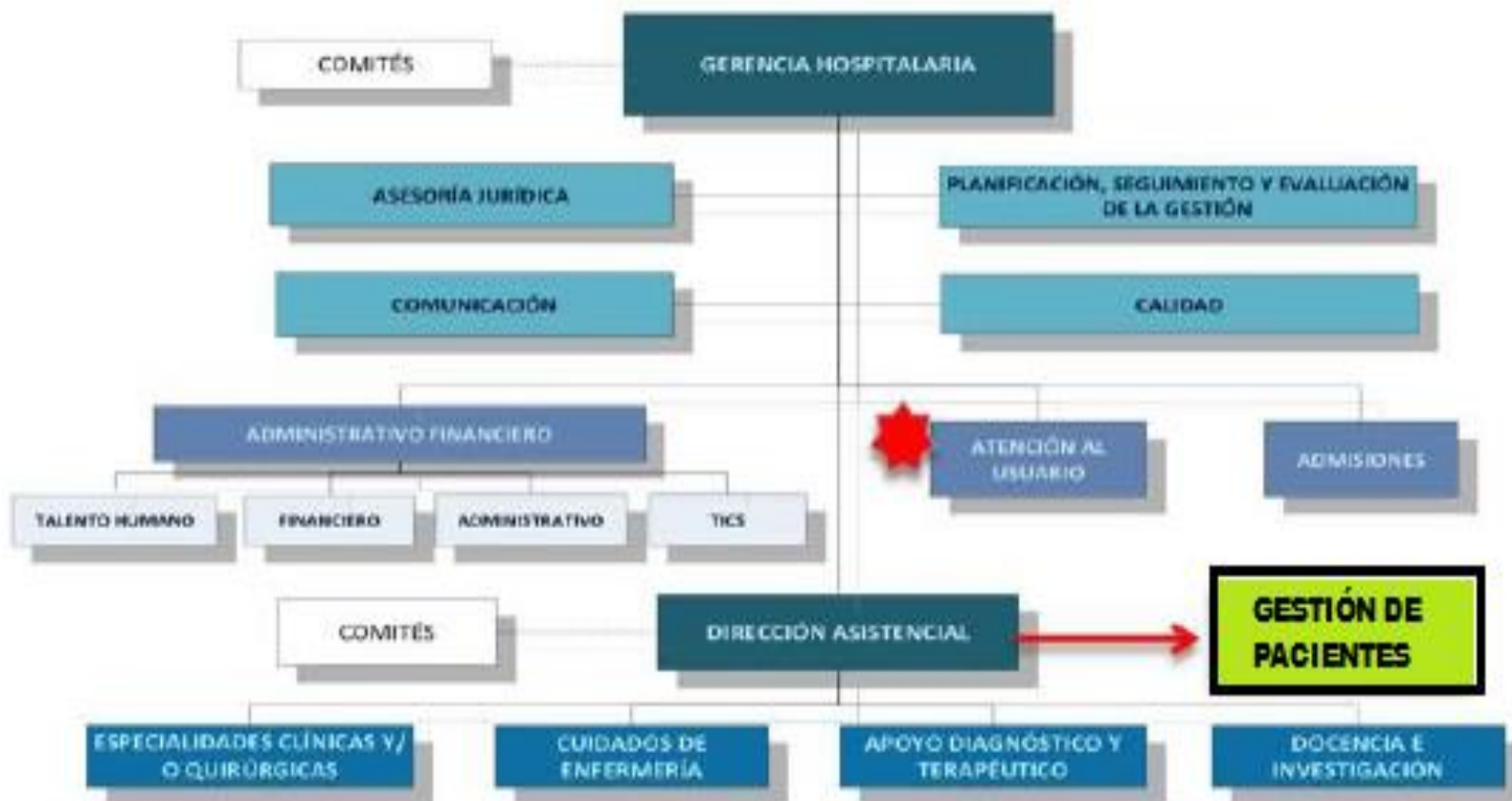
Debido a la ubicación estratégica y a la débil respuesta de resolución del Primer Nivel este hospital resuelve patologías de Nivel III, esto ocasionaba un colapso en el servicio de emergencia, inconveniente que ha sido superado debido a que en este último año se implementó el Triage estructurado con modelo Manchester, reduciendo considerablemente las atenciones de primer nivel. Sin embargo, se visualiza un alto porcentaje de ocupación en hospitalización especialmente Gineco – Obstetricia y Medicina Interna.

Es necesario fortalecer el sistema de referencia, derivación y contra referencia ya que todavía no se logra cumplir con las metas propuestas desde el nivel central, un reto es impulsar el desarrollo de acciones de prevención de enfermedades basadas en la aplicación de investigación y nuevas tecnologías.

El Hospital Dr. Gustavo Domínguez para cumplir su Misión y Visión Institucional conto con 590 funcionarios en el año 2015 de los cuales 500 son operativos de salud y únicamente 90 son administrativos.

2.5.2. Estructura Organizacional

Según el Estatuto Organizacional por Procesos para Hospitales Acuerdo Ministerial 1537 se ha realizado la descripción de los procesos Agregadores de Valor, Habilitantes de Asesoría y Habilitantes de Apoyo con sus respectivas unidades de servicios y administrativas respectivamente, en el cual se describen además el rol de cada una de ellas.



► **Hospitales Generales, Especializados y de Especialidades de 70 camas o más**

Ilustración 5: Estatuto y Organigramas Hospitales MSP

Fuente: Estatuto del MSP, 2013

2.5.3. Misión institucional

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

2.5.4. Visión institucional

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente

2.5.5. Valores institucionales

- Respeto
- Inclusión
- Vocación de servicio
- Compromiso
- Integridad
- Justicia
- Lealtad
- Compromiso

2.5.6. Políticas Institucionales

La Política de Calidad del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano, está orientada a brindar atención en salud con calidad y calidez, a la población de la Provincia Tsáchilas y zonas de influencia mediante el fortalecimiento de la buena práctica profesional, con los recursos necesarios, capacitación permanente del personal, buen ambiente laboral, desarrollando una cultura de calidad y compromiso permanente de los profesionales en el mejoramiento continuo de nuestros procesos, productos y servicios siempre enfocados en cumplir los objetivos para lograr la Plena Satisfacción de los Usuarios Internos y Externo

2.5.7. Objetivos Estratégicos

- Cumplir con los criterios de los diferentes estándares aplicables para esta casa de salud para acreditar nivel Diamante y lograr la sostenibilidad.
- Fortalecer la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios de Salud según la cartera de servicio.
- Fortalecer el desarrollo del Talento Humano, la eficiencia operacional y financiera

2.5.8. Estrategias FODA

Tabla 2: Fortalezas

Análisis Interno FORTALEZAS

El hospital cuenta con un sistema de Agendamiento para pacientes.

Contamos con un edificio ampliado, repotenciado y ubicado en un lugar de fácil acceso.

Talento Humano con sentido de pertenencia, capacidad profesional y comprometida con su servicio y/o departamento.

Contar con un Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad basado en un Sistema de Gestión de calidad Mediante Norma ISO 9001:2008 y los estándares de acreditación Canadá Internacional.

Todos los servicios y/o departamentos cuentan con Manuales de Normas y procedimientos, además se tiene Guías de Prácticas Clínicas para la práctica Médica y Manuales de Calidad.

Hospital Acreditado Nivel Oro por Canadá Internacional.

Comité de Referencia, Derivación y Contrarreferencia

Fuente: Investigación

Elaboración: Autor

Tabla 3: Debilidades

Análisis Interno DEBILIDADES

Presupuesto no acorde a las necesidades institucionales

No se cumple con el Plan de Capacitación al Personal

Falta de Comunicación Interna y Externa

Falta de conocimientos del personal sobre la Normativa Legal Vigente

Plan de Incentivos no socializado e implementado en un bajo porcentaje.

Falta de compromisos para cumplir procesos inherentes a sus funciones

Escaza calidez en la atención médica

No se cumple con la atención oportuna de acuerdo lo dictan los protocolos.

Escases de enfermeras para la capacidad resolutive del hospital

Número insuficiente de camas de hospitalización

Equipamiento adecuado para el servicio y procedimiento de acuerdo a la Cartera de Servicio

Fuente: Investigación

Elaboración: Autor

Tabla 4: Oportunidades

Análisis Externo OPORTUNIDADES
Fortalecimiento interinstitucional con organismos sociales.
Call center para agendamiento de pacientes.
Software para estadísticas desde Planta Central del MSP.
Contar con convenios entre el MSP y otras Instituciones.
Difundir el modelo de Acreditación a nivel Nacional e Internacional.
Implementación del modelo de Atención Integral de salud (MAIS).
Marco constitucional promulga la gratuidad de los servicios para el control de enfermedades de interés de salud pública y reconoce a la salud como un derecho y lo garantiza dentro de la concepción del Buen Vivir.
Coordinación con la Red Pública Integral de Salud (RIPS), y Red Complementaria para la prestación de servicios, articulación e intercambio entre instituciones y/o personas prestadoras y financiadoras
Implementación del Subsistema de referencia, derivación, contra referencia, referencia inversa y transferencia
Fuente: Investigación
Elaboración: Autor

Tabla 5: Debilidades

Análisis Externo AMENAZAS
Mal funcionamiento de los procesos en las Instituciones públicas de Salud de primero y segundo nivel localmente.
Falta de Profesionales de Salud a Nivel Nacional.
Sistema de Activación de Pacientes convenio Marco RPIS.
La crisis económica y financiera afecta de las formas: Aumento explosivo de pacientes, disminución del presupuesto del Hospital
Falta de creación de partidas para el personal.
Aplicación de Salvaguardas
Suspensión de Autogestión.
Demanda de usuarios supera la oferta de los servicios hospitalarios, debido a la ubicación geográfica, siendo un hospital de referencia para cinco provincias aledañas
Disposición nacional para ejecución de procesos de adquisición a través del visto bueno del Ministerio de Finanzas quien debe conceder el AVAL para poder seguir con los trámites de adquisición.
Fuente: Investigación
Elaboración: Autor

2.5.9. Análisis situacional de la Unidad Gestión de Pacientes

Para definir la pertinencia de la propuesta de esta investigación, se realiza un diagnóstico situacional de la Unidad de Gestión de Pacientes en el Hospital Gustavo Domínguez Zambrano, en la cual se recopilan elementos que corroboran el problema planteado y la necesidad de formular una metodología para la gestión de procesos que aporte a “mejorar los procesos de gestión del Hospital orientados a resultados” que es un objetivo estratégico de esta Unidad.

Para construir este diagnóstico se revisaron documentos técnicos, en especial el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional 2016-2020 del Hospital Gustavo Domínguez y el Informe Técnico 2018 de la Unidad de Gestión de Pacientes, en estos documentos se identifica el marco filosófico del Hospital, análisis FODA, objetivos, estrategias, entre otros, que fueron utilizados para formular la propuesta de esta investigación en el contexto de la unidad beneficiaria de este trabajo.

A continuación, se muestra la estructura orgánica de la Unidad de Gestión de Pacientes:

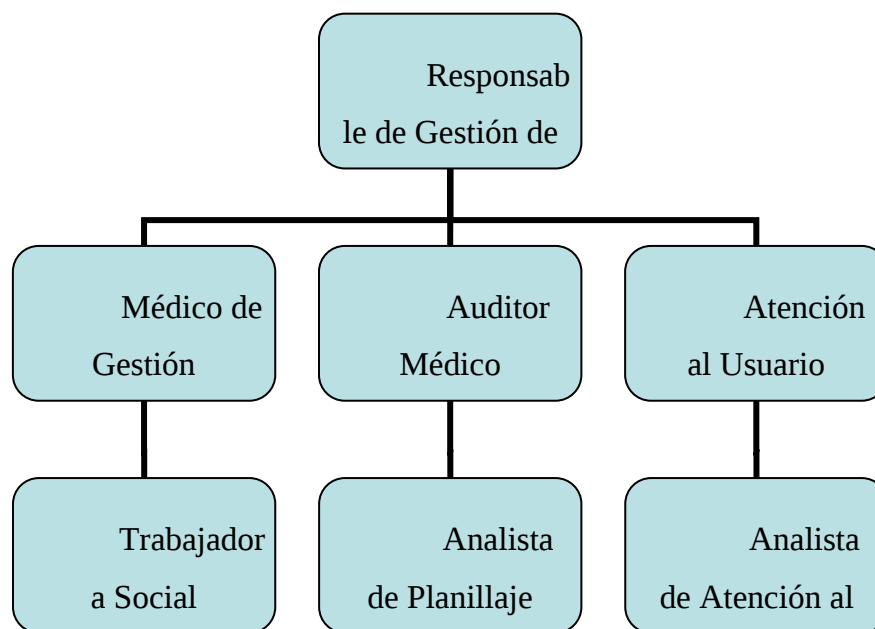


Ilustración 6: Estructura orgánica de la Unidad de Gestión de Pacientes

Fuente: Investigación

Elaboración: Autor

CAPÍTULO III

PROPUESTA

3.1 Fundamentos de la Propuesta

Metodología de gestión por procesos de la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez Zambrano de Santo Domingo de los Tsáchilas

3.1.1 Metodología para el análisis y diseño de procesos

La gestión de procesos en la administración pública del Ecuador es un conjunto de actividades sistemáticas que siguen un ciclo de mejor continua que está compuesto por 5 etapas: definir, medir, analizar, mejorar y controlar.

Las instituciones de la administración pública central, institucional y dependiente de la Función Ejecutiva para iniciar una gestión de procesos deben realizar previamente las siguientes actividades:

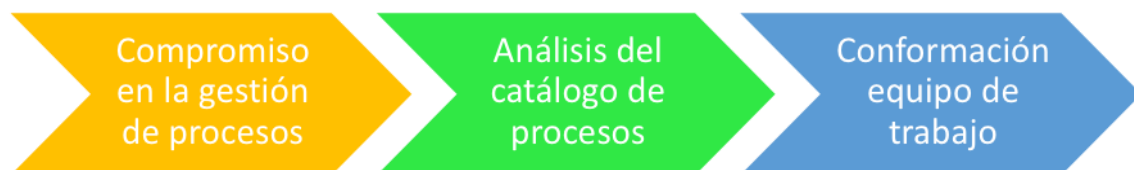


Ilustración 7: Actividades de la Unidad de Gestión de Pacientes

Fuente: Investigación

Elaboración: Autor

La gestión de procesos debe ser un compromiso institucional encabezado por la máxima autoridad, quien representará la voluntad de institucionalizar la gestión de procesos independientemente de los cambios administrativos que se generen. El compromiso institucional se generará mediante un acta de compromiso firmada por la máxima autoridad o su delegado.

En el análisis del catálogo de procesos se debe ordenar los procesos de acuerdo a su jerarquía, se debe identificar los procesos transversales y también se debe identificar los

procesos susceptibles de homologación. Para esto, el catálogo de procesos es estudiado por la unidad de administración de procesos o quien haga sus veces, quien conjuntamente con los directores/ jefes o titulares de las unidades operativas y los responsables de los procesos de la institución, determinará los macro procesos, procesos y subprocesos.

Para identificar los macro procesos, procesos y subprocesos, la unidad de administración de procesos o quien haga sus veces programará reuniones de trabajo con los ejecutores del proceso, donde unificará los conceptos básicos y explicará los niveles de jerarquización de un proceso

La unidad de administración de procesos o quien haga sus veces debe dirigir, coordinar y controlar la gestión de procesos institucional mediante la aplicación de la presente guía metodológica, para lo que deberá convocar al equipo de trabajo a reuniones y talleres, de acuerdo a la temática a tratar. A continuación se presenta quienes deben integrar los equipos de trabajo y los roles y las responsabilidades que deben cumplir:

Tabla 6: Equipos de trabajo y roles

Integrante	Rol	Responsabilidades
Máxima autoridad o su delegado	Patrocinador Institucional	-Establecer el compromiso institucional con la gestión de procesos y comunicarlo. -Asegurar la institucionalización de la gestión de procesos y su coherencia con los objetivos institucionales. -Intervenir en disputa inter – departamentales. -Hacer cumplir las reglas de gestión de procesos. -Disponer los recursos necesarios para iniciativas de procesos. -Tomar decisiones de alto nivel sobre cambios necesarios dentro de institución originados de la gestión de procesos. - Llevar a cabo revisiones periódicas de la gestión de los procesos en su institución. -Aprobar proyectos de mejora que no requieren una inversión externa a la institución.
Ejecutivo de segundo nivel (superior a la unidad)	Ejecutivo de segundo nivel (superior a la unidad)	-Aprobar y controlar los cambios al catálogo de procesos, en coordinación con la Coordinación General de Gestión Estratégica. -Asegurar la asignación de un Responsable de Proceso para cada proceso bajo su autoridad. -Llevar a cabo revisiones periódicas de la gestión de los procesos de sus unidades.
Responsables de unidades o áreas de la institución	Responsable del Proceso	-Proporcionar guía y dirección al proceso. -Establecer controles, lineamientos, políticas y procedimientos del proceso. -Supervisar el desempeño del proceso e implementar proyectos de mejora. -Rendir cuentas acerca de la efectividad y eficiencia del proceso. -Mantener actualizados todos los datos del proceso en el Portal GPR, incluyendo información básica de la ficha de proceso, resultados de evaluación de proceso, análisis de las características del proceso y vinculación de proyectos de mejora al proceso cuando sea impactado. - Coordinar y trabajar con los ejecutores del proceso. - Aprobar los cambios relacionados a sus procesos. - Ser el responsable de los recursos. - Liderar el ciclo de mejora continua del proceso. - Resolver conflictos dentro de la unidad. - Mantener contacto con los clientes del proceso y conocer y satisfacer sus expectativas.
Unidad de Administración	Unidad de Administración	-Aplicar mejores prácticas en gestión de procesos dentro de la institución. -Administrar el catálogo de procesos de la institución

de Procesos	de Procesos	-Gestionar los procesos institucionales mediante las normativas y guías metodológicas desarrolladas por la Secretaría Nacional de la Administración Pública. -Captar y procesar demandas internas y externas relacionadas al mejoramiento de procesos. -Coordinar el cumplimiento de las políticas de gestión de procesos en la institución, así como los estándares de calidad y eficiencia. -Promover e implementar proyectos de mejora de procesos. -Realizar diagnósticos sobre la situación actual y deseada de la Institución en relación a la gestión de los procesos institucionales, además del impacto de los cambios generados por la implementación de los proyectos de mejora de procesos. -Realizar estudios técnicos que contribuyan al mejoramiento de los procesos de la institución. -Receptar exigencias ciudadanas e institucionales para traducirlas en especificaciones técnicas las cuales deben ser alcanzadas mediante proyectos de mejora de procesos. -Monitorear y controlar la gestión de procesos dentro de la institución.
Experto en procesos	Líder Técnico de Procesos	-Asesorar y supervisar la implementación de los componentes técnicos de los proceso durante el ciclo de mejora continua. -Asesorar y conducir el trabajo técnico de la gestión de procesos. -Planificar y conducir las reuniones y talleres de procesos. - Monitorear la consecución de las decisiones tomadas para cumplir con el ciclo de mejora continua. -Levantar, modelar, documentar, actualizar y custodiar los procesos. -Hacer los manuales técnicos de los procesos para la automatización. -Capacitar e involucrar debidamente a los ejecutores del proceso.
Ejecutores del Proceso	Ejecutores del Proceso	-Ejecutar las actividades descritas en el proceso. -Recomendar acciones de mejora al responsable del proceso. -Participar activamente en las reuniones y talleres de procesos y cuando se lo requiera. -Respaldar el cambio de los procesos, por ejemplo: informar, estimular, ofrecer retroalimentación y atender reclamos. -Comunicar al responsable del proceso sobre el desenvolvimiento de los procesos durante el ciclo de mejora continua.
Clientes	Clientes del Proceso	-Retroalimentar acerca del proceso de manera formal e informal. -Participar en las reuniones y talleres de procesos, cuando se lo requiera.

La formación del equipo de trabajo de gestión de procesos deberá ser documentada debidamente. Una vez que se hayan determinado el equipo de trabajo, la unidad de administración de procesos debe dar el entrenamiento sobre el método de gestión de procesos y el nuevo papel y responsabilidades que tienen cada uno de los miembros del equipo.

A continuación, se presenta la metodología para que la institución gestione sus procesos pasando por cada una de las 5 etapas del ciclo de mejora continua:

Definición.

Esta etapa tiene como finalidad seleccionar y conocer los procesos de la institución en los que se va a intervenir, para identificar: la situación actual del proceso, los problemas que son claves dentro del proceso y las posibles mejoras del mismo. Todo esto con el propósito de en etapas posteriores mejorar el proceso.

Esta etapa está conformada de la siguiente manera:



Ilustración 8: Etapas del proceso

Fuente: Investigación

Elaboración: Autor

Método etapa de definición

Selección de Procesos a Mejorar

Partiendo de los procesos comatosos obtenidos en la metodología gobierno por resultados, se procede a seleccionar los procesos críticos de la institución en los que se intervendrá para mejorarlos. Los procesos críticos serán seleccionados por el equipo de trabajo

mediante reuniones o talleres, a través de una herramienta llamada matriz de selección de procesos, donde se calculará el impacto del proceso (objetivos estratégicos), su repercusión en el cliente y su desempeño con tres tipos de correlación: alta (10 puntos), media (5 puntos) y baja (1 punto).

Impacto del Proceso

Para cada proceso se hará una valoración de su impacto a través de su correlación con los objetivos estratégicos de la institución. El impacto del proceso es la suma de cada uno de los puntajes obtenidos en la correlación del proceso con los objetivos estratégicos institucionales.

Se podrá utilizar la siguiente diferenciación de acuerdo al tipo de correlación:

- Alto: El proceso contribuye directamente a alcanzar el objetivo estratégico.
- Medio: El proceso se relaciona indirectamente con el objetivo estratégico.
- Bajo: El proceso no tiene relación alguna con el objetivo estratégico.

Repercusión en el cliente

La repercusión en el cliente interno, cliente externo ciudadanía, cliente externo empresa/organización y cliente externo gobierno, indica cuán importante es el proceso para el mismo. Para calcular la repercusión en el cliente se debe realizar una reflexión individualizada para cada proceso acerca de las consecuencias que una posible intervención tendría en éste. Esta calificación deberán darla los expertos en el proceso, quienes conformarán parte del equipo de trabajo.

Para obtener un valor real de que tan importante es el proceso para el cliente, se debe partir de la voz del mismo. Para esto, las instituciones deben utilizar técnicas de encuestas, entrevistas, focus group, etc.; sin embargo, la gestión de procesos no debe detenerse para hacer estos estudios.

Se podrá utilizar la siguiente diferenciación de acuerdo al tipo de correlación:

- Alto: Importancia alta para el cliente interno, cliente externo ciudadanía, cliente externo empresa/ organización y cliente externo gobierno.
- Medio: Medianamente importante para el cliente interno, cliente externo ciudadanía, cliente externo empresa/ organización y cliente externo gobierno.
- Bajo: Importancia baja para el cliente interno, cliente externo ciudadanía, cliente externo empresa/ organización y cliente externo gobierno.

Desempeño del proceso

El desempeño del proceso indica que tan bien está funcionando el mismo dentro de la institución. Se podrá utilizar la siguiente diferenciación de acuerdo al tipo de correlación:

- Alto El proceso tiene problemas que afectan únicamente a la gestión de la unidad.
- Medio: El proceso tiene problemas que afectan medianamente a la gestión de la institución
- Bajo: El proceso tiene problemas frecuentes que afectan directamente a la gestión de toda la institución.

El valor total que se da a cada proceso se obtiene multiplicando el impacto del proceso por la repercusión en el cliente y dividiendo para el desempeño del proceso. A continuación, se presenta la matriz de selección de procesos en la matriz no. 1:

Tabla 7: Matriz de selección de procesos

Criterios								
PROCESOS	Objetivos Estratégicos OE					Repercusión en el Cliente (RC)	Desempeño (DP)	¿Proceso a mejorar? (SI/NO)
	OE 1	OE2	OE3	OE4	OE5			
						SUBTOTAL(Σ) OE1+OE2+OE3 +OE4+OE5 (IP)	SUBTOTAL (IP * RC) / (DP)	
Proceso 1								
Proceso 2								
Proceso 3								
Proceso "N"								

Fuente: Investigación

Elaboración: Autor

Una vez calculado el total de puntos para todos los procesos, el equipo de trabajo selecciona los más significativos tomando como referencia los procesos con más puntos según directrices detalladas anteriormente, tal como se muestra en el anexo 3. Para seleccionar los procesos, además de la puntuación obtenida en la matriz de correlación se recomienda que el equipo de trabajo analice la pertinencia de intervenir en ese proceso de acuerdo a la situación política y legal por la que esté atravesando la institución.

Independientemente de los resultados obtenidos en la matriz de correlación, el equipo de trabajo podrá determinar y seleccionar como prioritario los procesos que ellos consideren es pertinente mejorar. Siempre hay que tener en cuenta el ambiente político, social y económico que rodea los procesos a mejorarse, por tanto, el equipo encargado de la gestión de procesos debe considerar si el momento es el adecuado para intervenir.

Dentro de los procesos que se hayan definido como críticos, se recomienda seleccionar a los que tengan posibilidad de alcanzar mejores resultados a corto plazo, siempre teniendo el enfoque social de la administración pública. Una vez que se hayan realizado todos los análisis necesarios, el equipo de trabajo deberá seleccionar los procesos a mejorar en la última columna de la matriz de selección de procesos.

Identificación de Componentes Básicos de Procesos

Comprender los componentes principales de los procesos es fundamental para poder mejorarlos. En esta etapa de la metodología se identificarán los componentes básicos de los procesos críticos seleccionados para mejorar, mediante interacciones con el equipo de trabajo del proceso, a través de talleres de trabajo.

Durante los talleres de identificación de componentes básicos de los procesos, el líder técnico del proceso primeramente indica a los participantes los objetivos del taller e introduce los conceptos generales. Luego arma grupos de trabajo para identificar a los clientes (internos, externos ciudadanía, externos empresa/organización, externos gobierno), requisitos del cliente, el disparador, los proveedores, los ejecutores de cada proceso, el propósito y alcance del proceso y los puntos de control que se utilizarán. Para esto es importante considerar:

Clientes.- Para identificar a los clientes se recomienda listar a los mismos y verificar si son estos efectivamente los que reciben el producto o servicio del proceso y si existen clientes que no han sido considerados. Los responsables y ejecutores de los procesos deben preguntarse: ¿Quiénes reciben el producto/ servicio del proceso? Además, se debe identificar si son clientes internos, clientes externos ciudadanía, clientes externos empresa/organización y/o clientes externos gobierno.

Requerimientos del Cliente.- Para determinar los requerimientos del cliente es necesario que se identifique: ¿Qué quiere el cliente? y finalmente ¿Qué se está satisfaciendo?; y, ¿Qué no se está satisfaciendo? Para esto, las instituciones deben utilizar técnicas de encuestas, entrevistas, focus group, etc.

Disparador.- Para identificar el disparador de un proceso es importante preguntarse ¿Qué información, material, elemento o insumo va a ser transformado por el proceso? o ¿Qué activa el proceso? Muchas veces los recursos se confunden con los disparadores del proceso.

Para identificar si un elemento del proceso es un disparador se debe responder la pregunta: ¿Se va a transformar (agregar valor) a ese elemento? Si la respuesta es afirmativa, el elemento del proceso se considera un disparador.

Proveedor.- El equipo de trabajo del proceso para establecer los proveedores deben preguntarse: ¿Quién provee el disparador que ingresa al proceso? o ¿Quién activa el proceso? En muchos casos el proveedor del proceso es el mismo cliente, ya que es quien tiene la necesidad y normalmente hace el requerimiento que activa el proceso.

Productos o Servicios.- Bien o servicio resultado de un proceso. Para identificar los productos o servicios se debe preguntar ¿Qué se va a entregar al cliente? o ¿En qué se va a transformar el disparador del proceso?

Ejecutores del proceso.- Establecer ¿Qué personas, unidades, instituciones públicas o personas naturales o jurídicas intervienen en la ejecución del proceso?

Propósito del proceso.- Para determinar cuál es el propósito de un proceso es conveniente contestar la siguiente pregunta: ¿Qué necesidad dio origen al proceso? Es

necesario considerar que los procesos del gobierno se originan en necesidades sociales, por lo que no repercuten únicamente en sus clientes, sino que también tienen un impacto social (seguridad, salud, educación, protección del patrimonio nacional, recaudación de impuestos, etc.), por lo que la pregunta podría reformularse de la siguiente manera: ¿Qué necesidad (o demanda) social dio origen al proceso?

Alcance del proceso.- Inicio del proceso: ¿En qué actividad comienza?, fin del proceso: ¿En qué actividad termina?

Puntos de control.- Son las características críticas del proceso que se calificaron en la metodología de gobierno por resultados. Las características críticas de los procesos servirán en la etapa de medición para definir indicadores.

Responsable del proceso.- Es el responsable de la unidad o área de la institución que por sus atribuciones ha sido designado por el equipo de trabajo como responsable de un proceso en particular.

Los componentes básicos del proceso deben ser registrados en la ficha del proceso, tal como se muestra en la siguiente ficha:

Tabla 8: Ficha de proceso

DUEÑO DEL PROCESO	Identificar el cargo del funcionario bajo cuya responsabilidad está el proceso. Es quien responde por la correcta ejecución del proceso y tiene la autoridad para monitorearlo e identificar y coordinar la implementación de mejoras al proceso.	
MACROPROCESO	Identificar el macroproceso al que pertenece el proceso, de acuerdo con el Mapa de Procesos de la empresa.	
Entrada	Proceso	Cliente
Registrar e identificar dos clases de proveedores:	Indicar el nombre del procesos	Registrar e identificar dos clases de clientes:
Proveedores Internos: Se refiere a los otros procesos y subprocesos de la empresa que le entregan sus salidas a este proceso.		Clientes Internos: Se refiere a los otros procesos y subprocesos de la empresa que reciben las salidas del proceso.

Proveedores Externos: Se refiere a las entidades externas (públicas o privadas) o personas que generan inputs o entradas para el proceso.	Clientes Externos: Se refiere a las entidades externas (públicas o privadas) o personas que reciben los outputs o salidas del proceso.
---	--

INDICADORES				
Nombre	Fórmula	Meta	Frecuencia	Responsable
Indicar el nombre del indicador, con el cual se medirá el cumplimiento del objetivo del proceso.	Describir la forma para calcular el indicador.	Indicar la situación deseada del indicador al final del período de medición, expresada en una unidad de medida.	Indicar la frecuencia de medición: mensual, bimestral o trimestral.	Indicar el responsable del indicador.

Fuente: Investigación

Elaboración: Autor

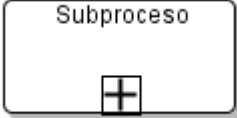
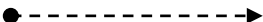
Levantamiento del proceso

Una vez identificados los componentes básicos de los procesos críticos, se procede a realizar el levantamiento de actividades del mismo y su representación gráfica o diagrama de flujo. El levantamiento del proceso se hace mediante talleres de trabajo moderados por el líder técnico y con la participación del equipo de trabajo.

Previo a la ejecución del taller de levantamiento, el líder técnico del proceso debe realizar el análisis de la normativa legal que rige al proceso y de ser posible, llevar un diagrama de flujo del proceso inicial para la validación del equipo de trabajo.

Al inicio del taller se deben armar grupos de trabajo y dar las instrucciones correspondientes para que este grupo con la ayuda del líder técnico del proceso diagrama la situación actual del proceso o valide la misma, de ser el caso. Para esto, se debe explicar a los miembros del equipo del proceso las formas básicas del diagrama de flujo, mismas que de acuerdo al estándar internacional BPMN se muestran en la tabla No. 1:

Tabla 9: Notación BPMN

EVENTO	DEFINICIÓN Y USO	SÍMBOLO (NOTACIÓN)
INICIO	Representa el inicio de un proceso y debe ir en todo proceso.	
FIN	Representa el fin de un proceso. Todo proceso o subproceso debe tener un fin.	
ACTIVIDAD	Es una acción/tarea realizada en el proceso.	
SUBPROCESO	Son un conjunto de actividades incluidas dentro de un proceso. El signo “+” que figura en la forma significa que el subproceso tiene un nivel más bajo de detalle.	
COMPUERTA EXCLUSIVA	Se utiliza para tomar decisiones. Solo puede escogerse una de las opciones (caminos) para poder continuar con el flujo. Se utilizan tanto para generar decisiones como para sincronizar caminos. Puede no tener símbolo en el interior del diamante.	
COMPUERTA INCLUSIVA	Se utiliza también para tomar decisiones; con la diferencia de que en este caso se pueden escoger varias opciones (caminos) para continuar con el flujo. Y también puede ocurrir que no se escoge ninguna opción.	
COMPUERTA PARALELA	Indica un punto del proceso donde pueden ser llevadas a cabo actividades al mismo tiempo y se utiliza también para sincronizar los caminos que parten de una compuerta paralela.	
FLUJO	Muestra el orden de las actividades y decisiones que se realizan dentro del proceso.	
MENSAJE	Indica el flujo de mensajes entre las distintas entidades.	

POOL (PISCINA) Representa actores externos con los cuales interactúa un proceso.



LANE (CARRIL) Representa los actores internos con los cuales interactúa un proceso.



Salidas

Matriz de selección de procesos.-Es una herramienta utilizada para priorizar y seleccionar los procesos críticos en los que se va a intervenir para mejorar, con base a su impacto (objetivos estratégicos), su repercusión en el cliente y su desempeño.

Fichas de procesos.- Contiene los componentes básicos del proceso y su finalidad es comprenderlo para poder mejorarlos con mayor éxito.

Diagrama de Flujo Situación Actual.- Es la representación gráfica de la secuencia de actividades de la situación actual del proceso, de modo que los ejecutores y responsables puedan leer y comprender el mismo.

Medición

Esta etapa contempla una parte crucial en la gestión de procesos que es el sistema de medición, mismo que tiene como finalidad identificar los puntos claves dentro del proceso para a través de indicadores, medirlos y en etapas posteriores, conseguir la meta primaria de esta metodología que es el mejoramiento real de los procesos críticos de la institución.

Esta etapa permitirá obtener una línea base de los indicadores de los procesos y con esto conocer el estado actual de los mismos para poder mejorarlos. Como bien lo dice Peter Drucker: “Todo lo que se puede medir, se puede mejorar”. Esta etapa está conformada de la siguiente manera:

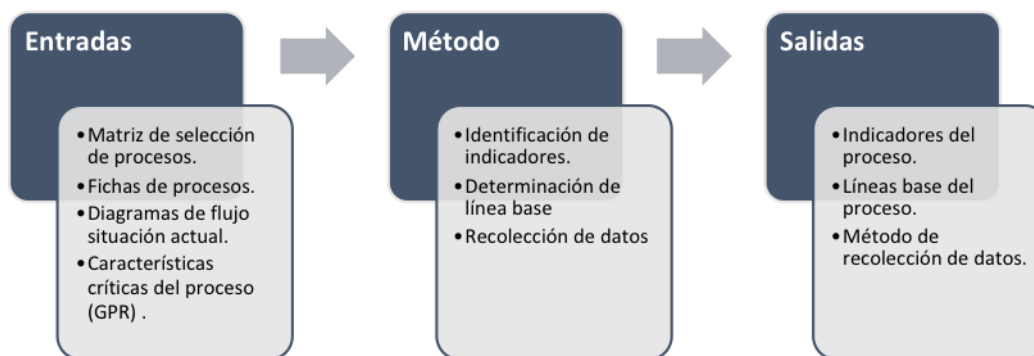


Ilustración 9: Etapa de medición

Fuente: Investigación

Elaboración: Autor

Entradas

Matriz de selección de procesos.-Es una herramienta utilizada para priorizar y seleccionar los procesos críticos en los que se va a intervenir para mejorar, con base a su impacto (objetivos estratégicos), su repercusión en el cliente y su desempeño.

Fichas de procesos.- Contiene los componentes básicos del proceso y su finalidad es comprenderlos para poder mejorarlo con mayor éxito.

Diagrama de Flujo Situación Actual.- Es la representación gráfica de la secuencia de actividades de la situación actual del proceso, de modo que los ejecutores y responsables puedan leer y comprender el mismo.

Características Críticas del Proceso.- Son 8 características de los procesos definidas en la metodología gobierno por resultados y están basadas en mejores prácticas de administración de procesos. Las 8 características son: tiempo del ciclo, exactitud / precisión, costo / consumo de recursos, orientación al cliente / nivel de servicio, personal competente, cumplimiento de estándares y normas, integración con otros procesos y condiciones de trabajo.

Tabla 10: Método de medición

-	Indicadores
Tiempo de Ciclo	Tiempo de ciclo promedio. % de tiempo en actividades agregadoras de valor vs. otras actividades. Tiempo de ciclo de proveedores y/o clientes Tiempos comprometidos vs. Cumplidos % de errores detectados. % de errores reportados por clientes.
Exactitud o Precisión	% de productos (intermedio o finales) sin errores. Número promedio de entregables con desviaciones de las especificaciones.
Costo/Consumo de Recursos	Costo real vs. Planeado. Costo total del proceso. Costo de materiales del proceso. Costo de actividades específicas dentro del proceso. Porcentaje de clientes satisfechos.
Orientación al cliente/Nivel de Servicio	Cumplimiento de los términos y condiciones de los acuerdos de nivel de servicio. Reducción de quejas por parte del cliente. Total de recursos asignados al proceso. % de personal capacitado.
Competencias/Habilidades	Brechas en competencias (requerida vs. actuales). % del personal asignado al proceso con evaluaciones superiores de desempeño. Perfiles de puestos vs. perfiles del personal asignado al proceso.
Integración con otros procesos	Número de otros procesos que utilizan el producto del proceso. % de insumos del proceso que salen directamente desde otros procesos. % de cumplimiento de acuerdos de niveles de servicios organizacionales (OLAS)
Cumplimiento de estándares y normas	% de cambios obligatorios (por mandato legal) Índice de alineación del proceso a estándares y normas. Número de accidentes mensuales.
Condiciones de trabajo	Índice de seguridad total de la organización. % problemas en salud relacionados al trabajo Número de quejas reportadas por empleados y/o casos legales contra la organización.

Fuente: Investigación

Elaboración: Autor

Identificación de mejoras

La identificación de mejoras se realizará focalizando esfuerzos en el funcionamiento actual del proceso. Ésta se hace a través de talleres en los que participan los actores principales del proceso: responsable del proceso, ejecutores del proceso, líder técnico del proceso y de ser posible, clientes internos, clientes externos ciudadanía, clientes externos empresa/organización y clientes externos gobierno.

En los talleres de trabajo, el líder técnico de procesos cumplirá el rol de facilitador, aportando con el conocimiento técnico necesario para liderar de manera efectiva los mismos y el rol del equipo de trabajo del proceso será el de aportar con ideas claves para la optimización del proceso.

La identificación de mejoras se realizará focalizando esfuerzos en determinadas variables claves y analizando problemas y sus causas a través de diversas herramientas, mismas que deben ser previamente seleccionadas por el líder técnico del proceso. Algunas de estas herramientas pueden ser:

- Evaluación de valor agregado
- Simulación
- 5 ¿por qué?
- 5 W's y 1 H
- Lluvia de ideas
- Diagrama de causa-efecto
- Optimización de tareas administrativas
- Simplificación
- Reducción del tiempo de ciclo

3.1.2 Identificación de los procesos

La Unidad de Gestión de Pacientes de nivel hospitalario dependiente de la Dirección Médica Asistencial, estará conformada por los funcionarios de recuperación de cartera,

trabajadores sociales, personal de atención al usuario, médico y/o enfermeras, profesionales de salud con actividades en salud y sus competencias son:

- ✓ Coordinación de referencias, derivaciones y contrareferencias requeridas por los pacientes en coordinación con RPIS-RPC- Zona
- ✓ Gestión de pacientes emergentes con el SIREM.
- ✓ Ingreso de documentación al aplicativo RPIS-MSP con Coordinación Zonal para las prestaciones de servicios.
- ✓ Encabezar la planificación y ejecución de auditorías médicas internas de los servicios, de acuerdo a la normativa, para posterior planillaje a los subsistemas.
- ✓ Coordinar la auditoría de pertinencia médica a todo trámite que ingrese o egrese de la unidad hospitalaria.
- ✓ Evaluar el cumplimiento y avance de actividades de los puntos críticos.
- ✓ Asesorar a las autoridades en materia de su competencia.
- ✓ Las demás que fueren asignadas por autoridad competente.

De estas competencias definidas se obtendrán los siguientes productos y servicios:

- ✓ Gestión de prestadores externos.
- ✓ Gestión a través de la RPIS.
- ✓ Gestión de Pacientes por SIREM.
- ✓ Derivaciones, Referencias, Contrareferencias de ingreso y egreso.
- ✓ Plan anual de Auditoría Médica.
- ✓ Informes de Auditoría Médica.

Del análisis de estas competencias definidas y los productos y servicios, en varias reuniones llevadas a cabo con la Gerencia, Dirección Médica, Planificación, Seguimiento y Evaluación de Gestión y la Unidad de Talento Humano se identifica y establece el siguiente catalogo de procesos para la Unidad de Gestión de Pacientes:

Tabla 11: Catalogo de procesos

N°	CODIGO	PROCESO
1	UGP-PS-001	Control, Monitoreo y Seguimiento
2	UGP-PS-002	Gestión de Referencias, Contrareferencias, Referencia Inversa y Derivación
3	UGP-PS-003	Gestión Social
4	UGP-PS-004	Gestión de Pertinencia Médica y Documental
5	UGP-PS-005	Gestión de Recepción e Información
6	UGP-PS-006	Gestión de Educación y Apoyo

Fuente: Investigación**Elaboración:** Autor

Donde, los componentes del código para cada proceso se estructuran conforme al siguiente cuadro:

Tabla 12: Componentes del código

COMPONENTE	SIGNIFICADO
AA	Corresponde a las abreviaturas de la Unidad de Gestión de Pacientes: UGP
BB	Corresponde al tipo de proceso: PG: Proceso Gobernante PS: Proceso Sustantivo PA: Proceso Adjetivo
CCC	Corresponde al consecutivo por cada tipo de proceso.

Fuente: Investigación**Elaboración:** Autor

3.1.3 Mapa de procesos

Dentro del mapa de procesos del Hospital, los procesos que se ejecutan por la Unidad de Gestión de Pacientes forma parte de los Procesos Agregadores de Valor, de acuerdo a la siguiente definición:

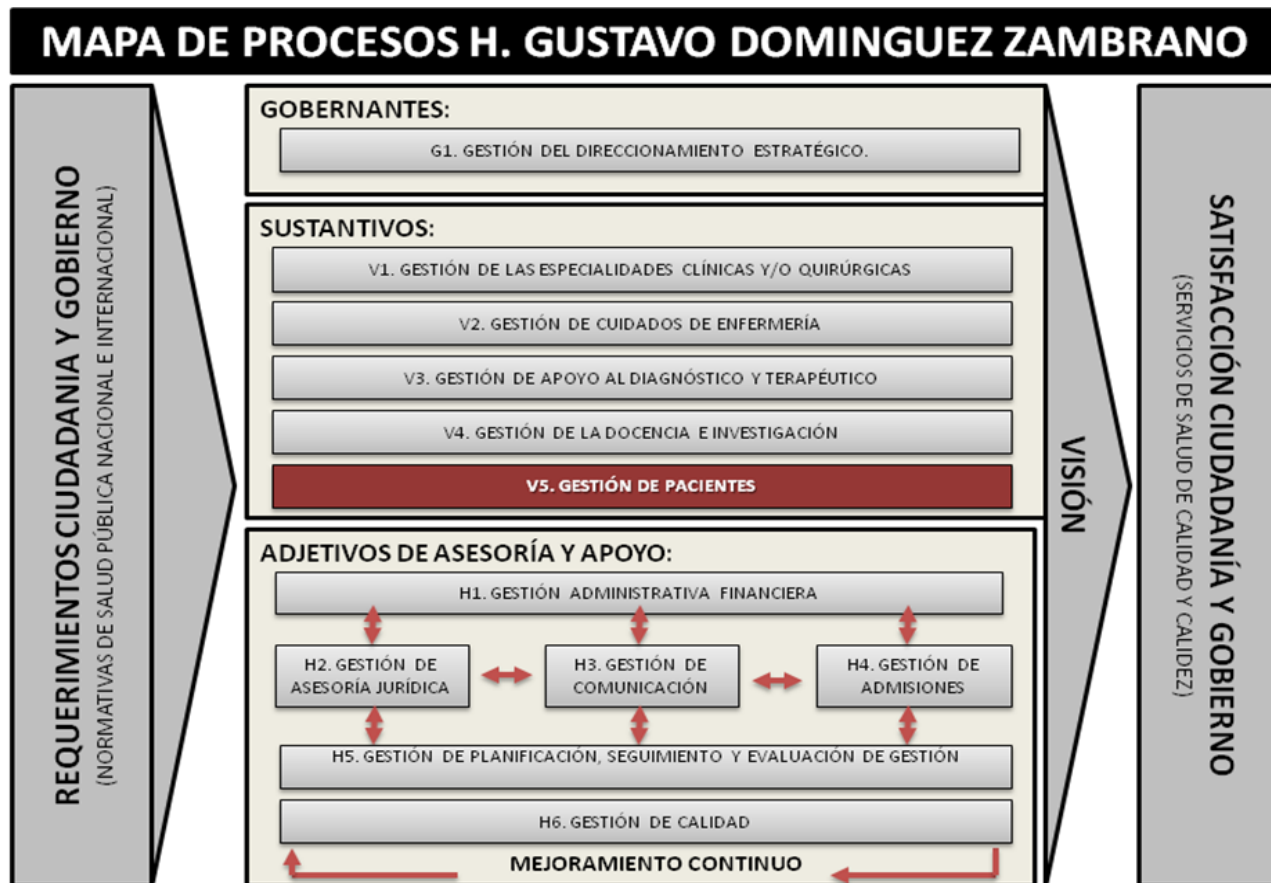


Ilustración 10: Mapa de Procesos

Fuente: Investigación

Elaboración: Autor

3.1.4 Documentación de los procesos

La Normativa de Procesos se deberá definir o actualizar en base a los siguientes estándares:

Tabla 13: Componentes del código

ESTRUCTURA DEL PROCESO	ESTANDAR
Cuerpo del Documento	El texto del documento deberá escribirse con fuente tipográfica Arial tamaño 11 y con interlineado de 1,15; excepto los Títulos de Nivel 1, la portada, el encabezado y el pie de página. El documento deberá ser transcrito en papel Bond blanco tamaño A4.
Encabezado	Todas las hojas que conforman el documento deberán presentar el encabezado: Extremo izquierdo: Logotipo del Hospital. Centro: Nombre del Hospital Nombre del Proceso Extremo derecho: Número de versión Número de página
Pie de Página	Todas las hojas que conforman el documento deberán presentar en el pie de página el código del proceso, ubicado en el extremo derecho, debajo de una línea azul, utilizando fuente tipográfica Arial, negrita, y tamaño 9
Portada	Deberá contener el nombre del proceso y el código del mismo
Control de Cambios	El Control de Cambios es la segunda hoja del documento y deberá contener: <u>número de versión, número de páginas modificadas, descripción de los cambios</u>
Hoja de Aprobaciones	La Hoja de Aprobaciones es la tercera página del documento indicará quién lo elaboró, quién lo revisó y quién lo aprobó
Tabla de Contenido	Todos los documentos deberán tener la tabla de contenido después de la Hoja de Aprobaciones
Contenido del documento	Propósito: En este numeral se describirá la razón de uso del documento Alcance: En este numeral se describirá el ámbito de aplicación; es decir se definirán a que documentos, personas, materiales, áreas, procesos, sistemas o sitios se refiere el documento elaborado Políticas del Proceso: En este numeral se registrarán las directrices internas necesarias para la ejecución del documento. Toda política deberá contener un verbo principal conjugado en la tercera persona singular o plural del tiempo futuro del indicativo. Descripción de las Actividades Se definirá la forma secuencial en que se van generando las actividades o tareas inherentes al procedimiento. Se utilizará verbos en infinitivo. Para el efecto se debe tomar en cuenta que se debe dar respuesta a las preguntas: CÓMO, QUIÉN, CUÁNDO, DONDE, PARA QUÉ, CON QUÉ, y CON QUIÉN se realizan las actividades

Fuente: Investigación

Elaboración: Autor

3.1.5 Descripción de los elementos de la ficha técnica de proceso estratégico

Tabla 14: Priorización de procesos de la Unidad de Gestión de Pacientes

Criterios								
PROCESOS	Objetivos Estratégicos OE				Repercusión en el Cliente (RC)	Desempeño (DP)	SUBTOTAL (IP * RC) / (DP)	Proceso Priorizado
	OE 1	OE 2	OE 3	SUBTOTAL OE (IP)				
	Cumplir con los criterios de los diferentes estándares aplicables para esta casa de salud para acreditar nivel Diamante y lograr la sostenibilidad.	Fortalecer la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios de Salud según la cartera de servicio.	Fortalecer el desarrollo del Talento Humano, la eficiencia operacional y financiera					
Control, Monitoreo y Seguimiento	4	2	3	9	1	5	1,8	NO
Gestión de Referencias, Contrareferencias, Referencia Inversa y Derivación	5	4	3	12	10	5	24	SI
Gestión Social	3	3	4	10	10	5	20	SI
Gestión de Pertinencia Médica y Documental	5	2	3	10	5	5	10	NO
Gestión de Recepción e Información	2	4	4	10	10	5	20	NO
Gestión de Educación y Apoyo	3	4	4	11	10	5	22	NO

Tabla 15: Ficha Técnica del proceso priorizado

DUEÑO DEL PROCESO	Responsable de la Unidad de Gestión de Pacientes	
MACROPROCESO	Gestión de Pacientes	
Entrada	Proceso	Cliente
Proveedores Internos: Gestión de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas.	Gestión de Referencias, Contrareferencias, Referencia Inversa y Derivación	Clientes Internos: - Gestión de Pertinencia Médica y Documental. - Gestión de la Calidad
Proveedores Externos: Pacientes atendidos en el Hospital GDZ.		Clientes Externos: - Red Pública Integrar de Salud. - Red Privada Complementaria
Fuente: Investigación		
Elaboración: Autor		

Tabla 16: Descripción de la ficha técnica de evidencia e indicadores del proceso

INDICADORES				
Nombre	Fórmula	Meta	Frecuencia	Responsable
PORCENTAJE DE REFERENCIAS SOLICITADAS	Es la relación entre las referencias solicitadas por profesionales de la salud sobre el total de las consultas primera y subsecuente de morbilidad, multiplicada por 100.	10%	Mensual	Médico de Gestión
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS REFERENCIAS	Es la relación entre el total de referencias cumplidas, dividido para el total de referencias solicitadas por los profesionales de la salud, multiplicado por 100.	70%	Mensual	Médico de Gestión
PORCENTAJE DE CONTRAREFERENCIAS	Es la relación entre el total de contrareferencias dividido para el total de referencias cumplidas efectivas multiplicado por 100	90%	Mensual	Analista de Gestión de Pacientes
Fuente: Investigación				
Elaboración: Autor				

3.1.6 Presentación de procesos estratégicos de la Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional

Una vez aplicada la metodología para la priorización de procesos dentro de la Unidad de Gestión de Pacientes, de acuerdo al aporte a los objetivos estratégicos, así como a la repercusión en el cliente y el desempeño del proceso, se define como proceso priorizado "Gestión de Referencias, Contrareferencias, Referencia Inversa y Derivación", para lo cual se identifica al siguiente equipo de trabajo:

Tabla 17: Equipo de trabajo

Tipo de Macroprocesos	Cod. MPr.	Macroproceso	Cod. Pr.	Proceso	Rol	Cargo
Procesos Sustantivos	V	GESTIÓN DE PACIENTES	V.5	Gestión de Referencias, Contrareferencias, Referencia Inversa y Derivación	Patrocinador	Gerente
					Responsable	Responsable de la Unidad de Gestión de Pacientes
					Líder Técnico	Médico de Gestión
					Ejecutor	Analista de Gestión de Pacientes
					Cliente	Medicos Tratantes

Fuente: Investigación

Elaboración: Autor

- Flujo del proceso priorizado

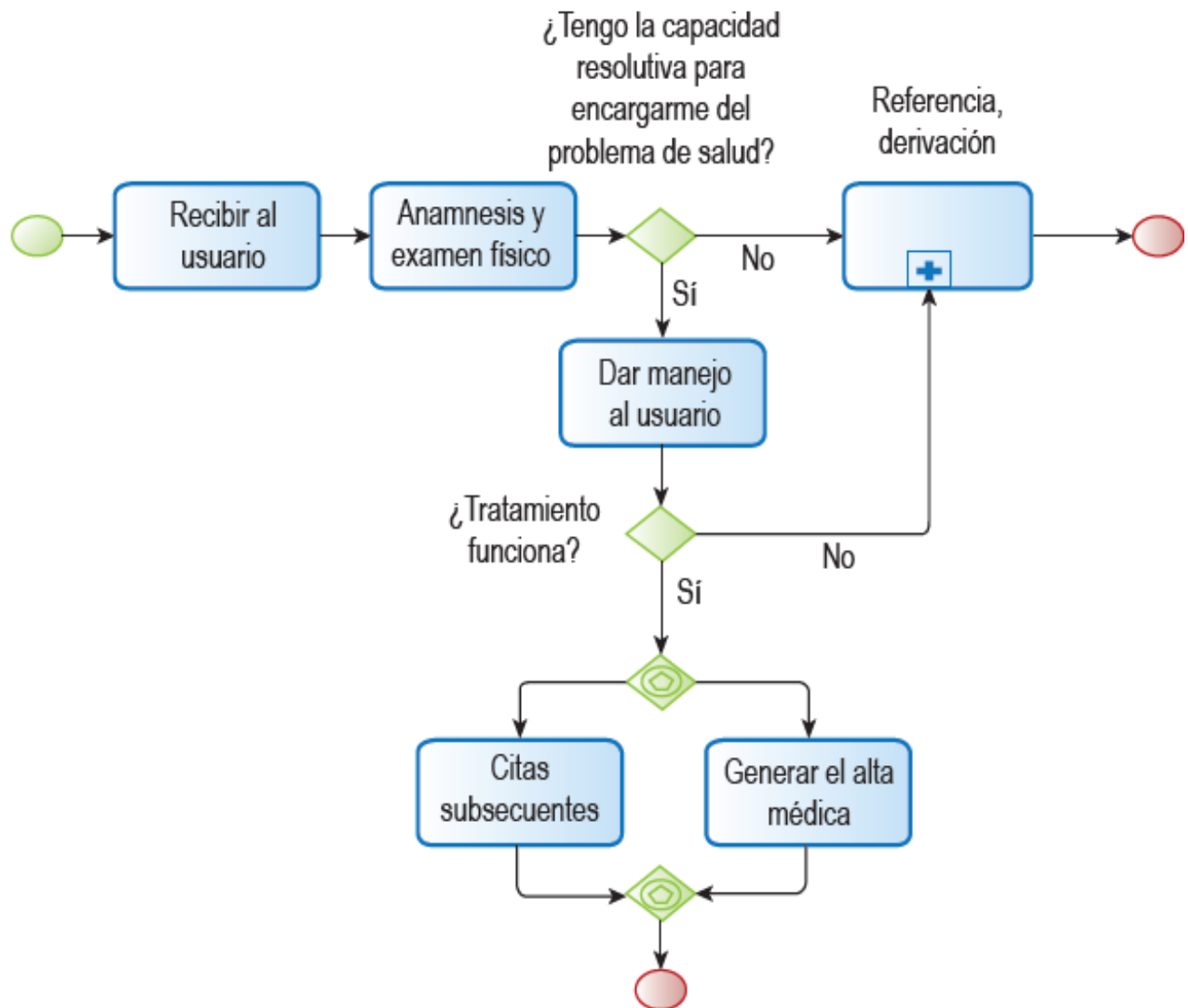


Ilustración 11: Flujo de priorización

Fuente: Investigación

Elaboración: Autor

3.2 Validación de la propuesta

La validez del contenido de la propuesta se la evalúa a través del juicio de especialistas, el mismo que se “define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones” (Escobar y Cuervo, 2008, pág. 29).

Para la selección de especialistas se ha considerado un perfil con los siguientes criterios: formación académica de cuarto nivel relacionada con la temática propuesta, experiencia laboral relacionada con el diseño y elaboración de procesos.

3.2.1. Instrumento para validar el contenido de la propuesta

En esta parte fue importante que el grupo de especialistas tengan claro cómo se va a desarrollar el proceso de validación, a cada validador se le entrego un documento que detalla las instrucciones que deben seguir, en él se explica cada uno de los parámetros que se evalúa y la ponderación para cada criterio de valoración. Al final del proceso se solicita el juicio de valor y criterio personal a manera de conclusión o recomendación. El instrumento que se utilizó para validar el contenido de la propuesta consta de los siguientes elementos:

Parámetros de evaluación

Para realizar una evaluación integral de la gestión por procesos que mejore las actividades de la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez de la Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas, se utilizaron los siguientes parámetros: Aplicabilidad, coherencia, actualidad, calidad técnica, rigurosidad y pertinencia; los mismos que fueron seleccionados de acuerdo a características técnicas, científicas, metodológicas de la propuesta y a los objetivos de la presente investigación. El cuadro 8 describe cada uno de los parámetros evaluados.

Tabla 18. Parámetros a evaluar en la propuesta

PARÁMETROS	LO QUE EVALÚA
Aplicabilidad	Que los contenidos de la propuesta sean, aplicables, es decir que se adapten a las condiciones y necesidades de la Institución
Coherencia	Que los componentes de la propuesta tengan la suficiencia relación, sistematización y adaptación.
Actualidad	Que los contenidos estén al corrientes de los cambios científicos y tecnológicos que se producen.
Calidad Técnica	Miden los atributos cualitativos del contenido de la propuesta.
Rigurosidad	Evalúa la severidad, exactitud, propiedad y precisión de los elementos que componen la propuesta.
Pertinencia	Que los contenidos de la propuesta sean conducentes, concernientes y convenientes para solucionar el problema planteado.

Fuente: Investigación**Elaboración:** Autor

Ponderación de parámetros

La ponderación es el peso o relevancia que tiene una medida, consiste en asignar un valor numérico a cada uno de los parámetros, en este caso cada elemento evaluado tiene el mismo grado de importancia, por lo que tiene la misma valoración numérica. El instrumento de valoración se presenta de la siguiente forma:

Tabla 19 Instrumento de valoración de parámetros

PARAMETROS POR VALORAR	NIVELES				
	1	2	3	4	5
Aplicabilidad					
Coherencia					
Actualidad					
Calidad Técnica					
Rigurosidad					
Pertinencia					

Fuente: Investigación**Elaboración:** Autor

Se ha establecido un valor máximo de cinco puntos, el mismo que será otorgado al criterio de desempeño óptimo o adecuado del parámetro; y un mínimo de un punto en el caso de observarse un cumplimiento inadecuado o insuficiente.

3.2.2. Resultados de la validación

Una vez recogidos los resultados de la validación, estos se presentan mediante un cuadro estadístico, el mismo resume las valoraciones realizadas por los especialistas en cada uno de los parámetros señalados.

Tabla 20 Resultados de la validación de la propuesta

PARÁMETROS	Especialista 1	Especialista 2	Especialista 3	Especialista 4	TOTAL
Aplicable	4	3	5	5	17
Coherencia	5	4	4	5	18
Actualidad	5	4	3	5	17
Calidad Técnica	4	5	5	4	18
Rigurosidad	4	4	4	5	17
Pertinencia	5	5	4	5	17

Fuente: Investigación

Elaboración: Autor

Nota. Adaptado de Instrumento de valoración de parámetros (2018)

Los resultados de la validación a la propuesta fueron positivos y alentadores, por cuanto se obtuvieron ponderaciones altas en cada uno de los parámetros valorados; es decir, que la presente propuesta reúne todas las exigencias en cuanto a aplicabilidad, coherencia, actualidad, calidad, rigurosidad y pertinencia.

La propuesta de gestión por procesos que mejore las actividades administrativas de la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez de la Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas es válida, es decir, solucionaría el problema planteada al inicio de esta investigación.

Lo que se pretende es que la Hospital General Dr. Gustavo Domínguez de la Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas y específicamente la Unidad de Gestión de Pacientes puedan operar de manera eficiente, identificando y gestionando procesos estratégicos

interrelacionados. La gestión de procesos aporta una visión y las herramientas con las que se puede mejorar y rediseñar el flujo de trabajo, para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de los usuarios.

Referente a ciertas consideraciones y recomendaciones realizadas por los especialistas, se acogieron en su totalidad, ya que sus argumentos técnicos, científicos y metodológicos fueron válidos, los mismos sirvieron para mejorar el informe de investigación

Conclusiones

La gestión por procesos es una herramienta que influye directamente en la eficacia y eficiencia de las actividades y recursos del Hospital y especialmente en la Unidad de Planificación y Desarrollo Institucional, por cuanto transparentan procesos y permite un seguimiento y evaluación de los mismos.

Los elementos que influyen en la gestión por procesos son: los de entrada que cumplen con las características definidas en el estándar, actividades de proceso o los medios y recursos para ejecutarla, los productos de salida cuyo destino es el usuario o cliente, y un sistema de control para medir los resultados del producto y el grado de satisfacción del usuario.

El Hospital cuenta con un Plan Estratégico de Desarrollo Institucional para el periodo 2015 – 2020, documento base para la elaboración del diagnóstico, en el que se describen claramente su misión, visión, valores y objetivos estratégicos, los mismos que se centran en la investigación, vinculación con la sociedad, la calidad académica, la oferta de posgrado y la efectividad de los procesos institucionales.

Para la construcción y descripción de los procesos de la Unidad se siguió la metodología del Sistema de Gestión ISO, además se utilizó la herramienta SICOP (Suppliers - Inputs - Process - Output - Customers), en esta herramienta se expone los elementos clave en los dominios de proveedores, entrada, descripción, salida y cliente.

Los procesos estratégicos fueron levantados a través de la metodología planteada y elaborado de manera conjunta con el personal de la Unidad, cumpliendo las demandas descritas en el Marco Teórico de esta investigación. En cada uno de los procesos se ha identificado la misión, el alcance, descripción de actividades, proveedores, usuarios, indicadores, recursos, documentación de referencia y generada en el proceso.

El mapa de procesos diseñado recoge las demandas, necesidades, problemáticas e insumos que la institución requiere, en esta se identifican tres niveles de procesos: los estratégicos como la docencia, la investigación y la vinculación; los misionales y de apoyo, donde se encuentran todos los departamentos y unidades administrativas, en este último se ha

incluido un enfoque de retroalimentación sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos estratégicos y misionales.

Recomendaciones

La gestión por procesos asegura la eficiencia y eficacia de los mismos, por esta razón es necesario que el Hospital, como política institucional, levante los procesos misionales y de apoyo para cada una de las dependencias que se muestran en su estructura orgánica, con el fin de sistematizar los procesos y que estos sirvan como una herramienta de gestión eficiente y eficaz.

La gestión por procesos debe permitir la mejora continua, involucrando la participación de todo el personal de la universidad, ya que ellos conocen más que nadie como se desarrolla sus tareas y funciones, y conocen sus limitaciones y aspectos que se pueden y se deben mejorar.

Para que exista un manejo adecuado de los procesos propuestos es necesario que se levante evidencias de todas las actividades y acciones cumplidas, ya que el seguimiento y monitoreo se hace a los documentos no a los funcionarios.

Se recomienda realizar capacitaciones constantes sobre el manejo y beneficios de la gestión por resultados, pues se necesita que los funcionarios tengan cierto nivel de involucramiento para adquirir los conocimientos y habilidades del manejo de esta herramienta, esto permitirá una administración más efectiva, eficiente de la institución y cumplir con los resultados e impactos esperados.

Se recomienda la aplicación y puesta en marcha de la metodología para la gestión por procesos para la Unidad, en todos sus componentes, técnicos y metodológicos, ya que se ha demostrado su validez y su aporte significativo para el manejo eficiente de los procesos.

Es importante también que se proyecte y se transfiera este esfuerzo académico a las demás dependencias universitarias, con el fin de ir sensibilizando al personal universitario, teniendo en cuenta que se trata de un cambio cultural, que tendrá sus dificultades y desafíos, por cuanto se trata de ir desde un paradigma funcional a uno por procesos y resultados.

Bibliografía

- Agudelo Tobón, L., & Escobar Bolívar, J. (2004). Importancia de los procesos y su aplicación en las organizaciones. *AD-minister*.
- Ávalos Esparza, G., & Quintuña Churo, D. (Febrero de 2013). Diseño de un sistema de gestión por procesos para la empresa “Marketing Advice” y automatización de los procesos críticos. Quito, Pichincha, Ecuador: PUCE.
- Constitución de la República del Ecuador, publicada en el Registro Oficial el 20 de octubre de 2008
- Decreto Ejecutivo No. 726, publicado en el Registro Oficial No. 433 el 25 de abril de 2011
- Encalada Rojas, R., & Hurtado Regalado, B. (2014). Diseño de un modelo de gestión por procesos para los servicios. Loja, Loja, Ecuador: UTPL.
- Excelencia Empresarial. (2014). *Excelencia Empresarial*. Obtenido de <http://excelencia-empresarial.com/>
- González, C., & Hervás, M. (2009). El papel de las personal en la gestión por procesos. *Calidad*, 1-5.
- H. James Harrington. Mejoramiento de procesos de la empresa. Bogotá, McGraw-Hill, 1992
- Harrington, J. (1995). *Mejoramiento de los Procesos en la Empresa*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- International Council of Societies of Industrial Design. (2004). *CSID*. Obtenido de <http://www.icsid.org/>
- Jáuregui, A. (17 de 08 de 2001). *Control Interno de los procesos de servicio al cliente*. Obtenido de Gestipolis.: <http://www.gestipolis.com/control-interno-procesos-servicio-cliente/>
- Kellog, G. (1960). *Preparación del Manual de Oficina*. Barcelona.: Reverte.

Ley Orgánica de Servicio Público, publicada en el segundo suplemento del registro oficial 294, 6 de octubre de 2010.

Maldonado Trujillo, C., & Galíndez Hernández, C. (2013). Monitoreo, Evaluación y Gestión por Resultados. *CIDE-Centro CLEAR para América Latina*, 1-458.

Mallar, M. Á. (2010). La Gestión por Procesos: un enfoque de gestión eficiente. *Scielo-Visión de Futuro*.

Manu, M. (2006, Noviembre 27). Porque la gestión por procesos. Bajado desde http://web.jet.es/amozarrain/Gestion_procesos.htm

Manu, M. (2006, Noviembre 27). Integrar sistemas. Bajado desde http://web.jet.es/amozarrain/sistemas_gestion.htm

Ministerio de Fomento. (2005). Modelos para Implantar la mejora continua en la gestión de empresas de transporte por carretera. *La Gestión por Procesos*, 1-20.

OMG, .(2008, Enero 17).Business process model and notation v1.1.Bajado desde <http://www.omg.org/spec/BPMN/1.1/PDF/>

Reyes Ponce, A. (1992). *Administración Moderna*. Limusa.

Roure, J., Moñino, M., & Rodríguez Badal, M. (1997). *La gestión por procesos la gestión estratégica de los procesos, metodologías para la mejora permanente de los procesos*. Barcelona: Folio.

Reglamento a la Ley Orgánica de Servicio Público, publicado en el Registro Oficial suplemento No. 418 de 1 abril de 2011.

Sociedad colombiana de Six Sigma, Mejoramiento continuo seis sigma. Perfección de los procesos a través de entrenamiento y certificación black belt.

SFP, Mexico. (2008, Septiembre). Programa de mejora de la gestión procesos eficientes. Accesado desde http://portal.funcionpublica.gob.mx:8080/wb3/wb/SFP/pmg_procesos_eficientes

SFP, Mexico. (2008, Octubre). Guía técnica sistema procesos eficientes. Bajado desde http://portal.funcionpublica.gob.mx:8080/wb3/work/sites/SFP/resources/LocalContent/1581/8/sistema_procesos_eficientes_octubre_2008.pdf

SFP, Mexico. (2008, Septiembre). Herramientas para el análisis y mejora de procesos. Bajado desde <http://portal.funcionpublica.gob.mx:8080/wb3/work/sites/SFP/resources/LocalContent/1581/8/herramientas.pdf>

SFP, Mexico. (2008, Octubre). Matriz de correlacion. Bajado desde http://portal.funcionpublica.gob.mx:8080/wb3/work/sites/SFP/resources/LocalContent/1581/8/matriz_de_correlacion.pdf

SFP, Mexico. (2008, Septiembre). Herramientas para el análisis y mejora de procesos. Bajado desde <http://portal.funcionpublica.gob.mx:8080/wb3/work/sites/SFP/resources/LocalContent/1581/8/herramientas.pdf>

SFP, Mexico. (2008, Septiembre). Instructivo para el registro de los productos de las OM o equivalentes en simca . Bajado desde http://portal.funcionpublica.gob.mx:8080/wb3/work/sites/SFP/resources/LocalContent/1581/8/instructivo_registro_en_simca.pdf

SFP, Mexico. (2008, Septiembre). Cálculo de ucas y metas. Bajado desde http://portal.funcionpublica.gob.mx:8080/wb3/work/sites/SFP/resources/LocalContent/1581/8/calculo_de_ucas_y_metas.pdf

Sistemas de gestión de la calidad —Directrices para la mejora del desempeño – ISO 9004:2000

Sistemas de gestión de la calidad – Directrices para la planeación de la norma ISO 9001:2008

Sistemas de gestión de la calidad – Directrices para la planeación de la norma IWA 4

W. Edwards Deming. El método gerencial Deming.



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA ISRAEL

ESCUELA DE POSTGRADOS

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA,

MENCIÓN: GESTIÓN POR RESULTADOS

(Aprobado por: RPC-SO-19-No.302-2016-CES)

ARTÍCULO CIENTÍFICO

AUTORA: María Fernanda Arroyo López

TUTOR: Grisel Pérez Falco, PhD

QUITO-ECUADOR

AÑO: 2019

Modelo de gestión por procesos de la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez Zambrano de Santo Domingo de los Tsáchilas

María Fernanda Arroyo López

Resumen

El Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano lleva 35 años brindando una atención integral a la población de Santo Domingo de los Tsáchilas, Manabí, Esmeraldas y Los Ríos. Existe una alta demanda de servicios hospitalarios y la gestión de pacientes es limitada y la normativa de procesos aprobada para la ejecución es incompleta. Por ello, el objetivo de esta investigación es establecer un modelo de gestión por procesos para la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez Zambrano de Santo Domingo de los Tsáchilas que permita estandarizar las actividades que se desarrollan para la óptima atención a través de la identificación, priorización, definición y control de los procesos de la mencionada Unidad, promoviendo una atención efectiva, de calidad y con calidez a todos los usuarios. El presente estudio es descriptivo y documental, se aplica el método hipotético - deductivo y analítico-sintético. Se muestra un diagnóstico situacional, en el cual se analizó: la estructura organizacional, misión, visión, objetivos estratégicos, entre otros. Estos permitieron identificar seis procesos: Control, monitoreo y seguimiento, gestión de referencias, gestión de pertinencia médica y documental, gestión de recepción e información, gestión de educación, apoyo, contrareferencias, referencia Inversa y derivación, gestión social; este último proceso priorizado en el estudio, caracterizado y diagramado.

Palabras Clave: Modelo de gestión; Modelo por procesos, Administración por procesos, Hospital Gustavo Domínguez Zambrano;

Abstract

The Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Hospital has been providing comprehensive care for the population of Santo Domingo de Los Tsáchilas, Manabí, Esmeraldas and Los Ríos for 35 years. There is a high demand for hospital services and the management of patients is limited and the regulations of the processes for execution are incomplete. Therefore, the objective of this research is to establish a management model for the patient management processes of the Dr. Gustavo Domínguez Zambrano General Hospital of Santo Domingo de los Tsáchilas Through identification, prioritization, definition and control of the processes of the mentioned unit, promoting an effective attention, of quality and with a warmth to all the users. The present study is descriptive and documentary, the hypothetical - deductible and analytic - synthetic method is applied. A situational diagnosis is shown, which analyzes: the organizational structure, mission, vision, strategic objectives, among others. These allowed the identification of six processes: control, monitoring and follow-up, referral management, medical and documentary relevance management, reception and information management, education management, support, counter-references, Reverse reference and referral, social management; This last process prioritized in the study, conditioned and diagrammed.

Keywords: Management model; Model by processes, process management, Gustavo Domínguez Zambrano Hospital;

Introducción

La administración por procesos es una metodología adecuada que mejora las actividades hacia la satisfacción del cliente y enfoca a la empresa a mejorar la calidad de los productos o servicios mediante herramientas como ISO; Balance Score Card, TQM, entre otras. En la actualidad se puede observar que las empresas fijan el objetivo a una administración por procesos con el fin de tener control y monitoreo de la gestión realizada. El presente trabajo contribuye en la creación e implementación de un modelo de gestión de pacientes en el Hospital General Dr. Gustavo Domínguez de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas.

A través del Estatuto Orgánico de gestión organizacional por procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública, emitido mediante el Acuerdo Ministerial 1537, dentro de las atribuciones y responsabilidades de la Dirección Asistencial, se menciona: “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” (MSP, 2012).

La participación y articulación en la prestación de los servicios de salud por parte de los diferentes actores contribuye a mejorar la calidad de vida porque la integración de las unidades de salud en los niveles de atención debe dar como resultado una atención continua a los usuarios de acuerdo al grado de complejidad médica y capacidad instalada.

Al carecer de intervenciones eficaces que en los sistemas de salud como: definición de procesos estandarizados, traslados y derivaciones de pacientes, introducción de tecnologías de la información sanitaria; ejecución de auditorías periódicas de expedientes clínicos; retroalimentación a proveedores, sistemas integrados, lugar y las condiciones de salud; las consecuencias son una gestión poco óptima con un modelo empírico donde cada funcionario ejecuta actividades de acuerdo a lo que considera correcto y las decisiones del criterio individual se priorizan sobre el colectivo, existe doble esfuerzo en la ejecución de tarea.

En el Acuerdo Ministerial 0091-2017 en el Art. 2 se menciona que: “Es necesario el relacionamiento con las instituciones de la Red Pública Integral de Salud RPIS y los usuarios; obligándose las instituciones prestadoras de servicios de salud a articular esfuerzos por mejorar los accesos a la provisión y prestación de los servicios de salud coordinados a través de la Unidad de Gestión de Pacientes.

El objetivo general de este estudio es diseñar un Modelo de gestión por procesos de la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez Zambrano de Santo Domingo de los Tsáchilas.. Los objetivos específicos son: Describir conceptualmente la gestión por procesos, realizar un diagnóstico de la situación actual de los procesos que realiza la Unidad de Gestión de Pacientes (UGP), establecer un modelo para la gestión por procesos, en la Unidad de Gestión de Pacientes, que busque la mejora continua de las actividades, bajo criterios de aplicabilidad, coherencia, actualidad, calidad técnica, rigurosidad y pertinencia.

Este trabajo es importante porque no se ha realizado un modelo de gestión de pacientes, que fortalezca la calidad de atención en las instituciones de salud; a través de la búsqueda por reducir las barreras de acceso a la atención y el relacionamiento entre hospitales de la región.

Al realizar un análisis del proceso de trámites de gestión con prestadores de las áreas de hospitalización, emergencia y consulta externa a cargo de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y trabajo social, se evidenció el represamiento de un gran número de trámites de pacientes para diferentes procedimientos del área de consulta externa, siendo un punto crítico, además de que el departamento no está realizando las competencias indicadas en el acuerdo ministerial 1537, como gestión social. Además, se encontró varios requerimientos de pacientes que nunca fueron gestionados.

Al ser esta casa de salud el único hospital de referencia de la Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas y referente para provincias como: Manabí, Esmeraldas, Los Ríos, Cotopaxi y zona norte de Pichincha posee una demanda de pacientes muy alta, a pesar de ser un hospital de segundo nivel presta atención a pacientes de mayor

complejidad que deberían ser atendidos en tercer nivel.

Por ser una unidad hospitalaria de referencia de pacientes de toda esta Zona los tiempos de referencias, contra referencias y derivaciones a unidades de mayor complejidad o de recepción de pacientes se deben acortar para llegar a una gestión en menor tiempo de resolución.

La Constitución de la República del Ecuador a través de su Art. 32, define a la salud como “Un derecho que el Estado garantiza, mediante políticas económicas...; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud”. La prestación de servicios de salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Se relaciona a lo establecido en la Constitución en el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, en el que se representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir

Marco conceptual

Gestión por procesos

La toma de decisiones en las organizaciones requiere procesos en los que el grupo interactúe para alcanzar los objetivos que se enmarcan en la misión a nivel de la prestación de bienes o servicios.

La gestión por procesos genera una secuencia de actividades orientadas a incrementar el valor añadido sobre una entrada para conseguir un resultado y una salida que satisfaga los requerimientos del cliente.

Los principales beneficios de la gestión por procesos son: Implementar un sistema que opera con procesos definidos y documentados, que posibilite identificar, documentar, medir y mejorar continuamente los procesos que desarrolla una empresa, atender las necesidades y requerimientos de los clientes, estructurar la organización,

Es así que se establece el ciclo de la gestión por procesos en cuatro componentes: Planeación,

ejecución, medición y mejora (PHVA) de la siguiente forma: A continuación, se describen las cuatro fases:

Fase 1: Planificar. Se define la misión del proceso para la comprensión del valor añadido del mismo respecto de su contribución a la misión general de la organización, comprender los requisitos del cliente como primer paso para la mejora de la calidad, definir indicadores sólidos y consistentes que permiten la toma de decisiones respecto de la mejora de la calidad. Es necesario estar seguro de que los datos en todo momento reflejan la situación actual y que son coherentes con los requisitos, evaluar el proceso identificado las ayudas y barreras existentes en el entorno y los puntos fuertes y áreas de mejora a contemplar.

Fase 2: Ejecutar. Llevar a cabo los planes de mejora, detallando el diseño propuesto para la solución de cada problema.

Fase 3: Comprobar. Probar y aportar pruebas que confirmen que el diseño y sus hipótesis son correctas, comparar el diseño con el resultado de las pruebas, buscando las causas del éxito o fracaso de la solución adoptada.

Fase 4: Actuar. Consiste en comparar los resultados de los indicadores con los resultados previos (comprobando de esta forma si cada acción produce la mejora esperada, especialmente en lo relativo a la satisfacción del cliente).

Si las pruebas confirman la hipótesis corresponde a normalizar la solución y establecer las condiciones que permitan mantenerla. En caso contrario, corresponde iniciar un nuevo ciclo, volviendo a la fase de planificación (fijando nuevos objetivos, mejorando la formación del personal, modificando la asignación de recursos, entre otras).

Marco metodológico

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo porque se detalló y caracterizó conceptualmente el objeto de estudio, así como, al momento de analizar la problemática, al elaborar el diagnóstico situacional y al instante de definir las conclusiones y recomendaciones finales.

Es un estudio descriptivo y documental, se aplica el método hipotético-deductivo y el analítico-sintético porque se muestra un diagnóstico situacional, en el cual se analiza: la estructura organizacional de la

institución: misión, visión, objetivos estratégicos, a través de la pregunta de investigación, se llega a conclusiones específicas del diagnóstico. Estos permitieron identificar seis procesos: Control, Monitoreo y Seguimiento, Gestión de Referencias, Gestión de Pertinencia Médica y Documental, Gestión de Recepción e Información, Gestión de Educación y Apoyo y Contrareferencias, Referencia Inversa y Derivación, Gestión Social; este último proceso priorizado en el estudio, caracterizado y diagramado.

Por ser una investigación no experimental, no se pueden manejar las variables, por lo tanto, se procedió a observar y como se desarrollan en el contexto natural para posteriormente analizarlas.

Procesamiento de la información

La presente investigación recopila adecuadamente datos de fuentes documentales, que describieron hechos y antecedentes históricos de la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez Zambrano de Santo Domingo de los Tsáchilas. Para construir un diagnóstico situacional adecuado de la institución y de la Unidad, se utilizó el “Informe Técnico de la Unidad de Gestión de Pacientes, y el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional 2016-2020”, herramientas que contienen elementos importantes para identificar y describir los procesos de la Unidad de Gestión de Pacientes.

La Unidad de Gestión de Pacientes en la actualidad no cuenta con procesos diseñados y su personal operativo y administrativo trabaja bajo funciones establecidas de forma verbal que generan problemas que se desean solucionar con un modelamiento de procesos, para lo cual se requiere un adecuado levantamiento de la información.

Con respecto al levantamiento de información se utilizó la metodología de arriba hacia abajo es decir se tomó en cuenta el organigrama del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez para obtener información de las actividades realizadas en cada uno de los niveles gerenciales lo que facilitó la obtención de información de una manera más ordenada y práctica, porque si se utilizaba el método de abajo hacia arriba la información se podría haber obtenido en cualquier unidad independientemente del nivel al que pertenecía dentro del organigrama.

El levantamiento de la información fue de carácter participativo con los miembros de la Unidad, para lo cual se obtuvo la información utilizando: Entrevistas personales, cuyo objetivo fue obtener información tanto de los clientes internos como externos del proceso, los entrevistados fueron las personas que realizan el proceso a nivel de tarea o actividad, los responsables, involucrados, gerentes y los proveedores del proceso.

La observación directa, fue utilizada para evaluar la situación actual del Hospital y tener conocimiento del manejo de la parte operativa y administrativa.

Las visitas de campo permitieron conocer de forma profunda cual es la situación actual, fueron realizadas dos veces al mes y estaban basadas en un cronograma entregado y aprobado por los directivos, para que el tiempo que se utilice para estas visitas no interrumpa las actividades que se realizan en la organización.

Revisión y análisis del direccionamiento estratégico en lo referente a la visión, misión y objetivos con el fin de determinar el alcance del proyecto propuesto.

Resultados

El Hospital Dr. Gustavo Domínguez es un establecimiento sanitario de Segundo Nivel de atención, con las cuatro especialidades básicas. Cuenta con un área de terreno de 26.444,67 m², de 13.530 m² construidos, posee 120 camas operativas. Cuenta con 500 funcionarios operativos de salud y 90 administrativos.

Debido a la ubicación estratégica y a la débil respuesta de resolución del Primer Nivel este hospital resuelve patologías de Nivel III, esto ocasionaba un colapso en el servicio de emergencia, inconveniente que ha sido superado debido a que en este último año se implementó el Triage estructurado con modelo Manchester, reduciendo considerablemente las atenciones de primer nivel. Sin embargo, se visualiza un alto porcentaje de ocupación en hospitalización especialmente Gineco – Obstetricia y Medicina Interna.

Es necesario fortalecer el sistema de referencia, derivación y contra referencia ya que todavía no se logra cumplir con las metas propuestas desde el nivel central, un reto es impulsar el desarrollo de acciones de prevención de enfermedades basadas en la aplicación de investigación y nuevas tecnologías.

La tabla 1 muestra el análisis FODA realizado al Hospital.

Tabla 1: Análisis FODA

Fortalezas
Sistema de Agendamiento para pacientes.
Edificio ampliado, repotenciado y ubicado en un lugar de fácil acceso.
Talento Humano con sentido de pertenencia, capacidad profesional y comprometida con su servicio y/o departamento.
Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad basado en un Sistema de Gestión de calidad Mediante Norma ISO 9001:2008 y los estándares de acreditación Canadá Internacional.
Servicios cuentan con Guías de Prácticas Clínicas para la práctica Médica y Manuales de Calidad.
Hospital Acreditado Nivel Oro por Canadá Internacional.
Comité de Referencia, Derivación y Contrareferencia

Debilidades
Presupuesto no acorde a las necesidades
No se cumple con el Plan de Capacitación al Personal
Falta de Comunicación Interna y Externa
Falta de conocimientos sobre la Normativa
Plan de Incentivos no socializado e implementado en un bajo porcentaje
Falta de compromisos para cumplir procesos inherentes a sus funciones
Escasa calidez en la atención médica
No se cumple con la atención oportuna de acuerdo lo dictan los protocolos.
Escases de enfermeras para la capacidad resolutoria del hospital
Número insuficiente de camas de hospitalización
Equipamiento adecuado para el servicio y procedimiento de acuerdo a la Cartera de Servicio

Oportunidades
Fortalecimiento interinstitucional con organismos sociales.
Call center para agendamiento de pacientes.
Software para estadísticas desde Planta Central
Contar con convenios entre Instituciones.
Difundir el modelo de Acreditación a nivel Nacional e Internacional.
Implementación del modelo de Atención Integral de salud (MAIS).
Marco constitucional promulga la gratuidad de los servicios para el control de enfermedades de interés de salud pública
Coordinación con la Red Pública Integral de Salud (RIPS), y Red Complementaria para la prestación de servicios, articulación e intercambio entre instituciones y/o personas prestadoras y financiadoras
Implementación del Subsistema de referencia, derivación, contra referencia, referencia inversa y transferencia

Amenazas
Mal funcionamiento de los procesos en las Instituciones públicas de Salud de primero y segundo nivel localmente.
Falta de Profesionales de Salud a Nivel Nacional.
Sistema de Activación de Pacientes convenio Marco RPIS.
La crisis económica y financiera afecta de las formas: Aumento explosivo de pacientes, disminución del presupuesto del Hospital
Falta de creación de partidas para el personal.
Aplicación de Salvaguardas
Suspensión de Autogestión.
Demanda de usuarios supera la oferta de los servicios hospitalarios, debido a la ubicación geográfica, siendo un hospital de referencia para cinco provincias aledañas
Disposición nacional para ejecución de procesos de adquisición a través del visto bueno del Ministerio de Finanzas quien debe conceder el AVAL para poder seguir con los trámites de adquisición.

Elaborado por: María Fernanda Arroyo López

Propuesta

Identificación de los procesos

La Unidad de Gestión de Pacientes de nivel hospitalario dependiente de la Dirección Médica Asistencial, está conformada por los funcionarios de recuperación de cartera, trabajadores sociales, personal de atención al usuario, médico y/o enfermeras, profesionales de salud con actividades en salud y sus competencias son: Coordinación de referencias, derivaciones y contrareferencias requeridas por los pacientes en coordinación con RPIS-RPC- Zona, gestión de pacientes emergentes con el SIREM, ingreso de documentación al aplicativo RPIS-MSP con Coordinación Zonal para las prestaciones de servicios, encabezar la planificación y ejecución de auditorías médicas internas de los servicios, de acuerdo a la normativa, para posterior planillaje a los subsistemas, coordinar la auditoría de pertinencia médica a todo trámite que ingrese o egrese de la unidad hospitalaria, evaluar el cumplimiento y avance de actividades de los puntos críticos, asesorar a las autoridades en materia de su competencia, las demás que fueren asignadas por autoridad competente.

De estas competencias definidas se obtendrán los siguientes productos y servicios: Gestión de prestadores externos, gestión a través de la RPIS, gestión de pacientes por SIREM, derivaciones, referencias, contrareferencias de ingreso y egreso, plan anual de auditoría médica, informes de Auditoría Médica.

Del análisis de estas competencias definidas y los productos y servicios, en varias reuniones llevadas a cabo con la Gerencia, Dirección Médica, Planificación, Seguimiento y Evaluación de Gestión y la Unidad de Talento Humano se identifica y establece el siguiente catálogo de procesos para la Unidad de Gestión de Pacientes:

Tabla 2: Catálogo de procesos

Código	Proceso
UGP-PS-001	Control, Monitoreo y Seguimiento
UGP-PS-002	Gestión de Referencias, Contrareferencias, Referencia Inversa y Derivación
UGP-PS-003	Gestión Social
UGP-PS-004	Gestión de Pertinencia Médica y Documental
UGP-PS-005	Gestión de Recepción e Información
UGP-PS-006	Gestión de Educación y Apoyo

Elaborado por: María Fernanda Arroyo López

Donde, los componentes del código para cada proceso se estructuran conforme al siguiente cuadro:

Tabla 3: Código para proceso

Componente	Significado
AA	Corresponde a las abreviaturas de la Unidad de Gestión de Pacientes: UGP
BB	Corresponde al tipo de proceso: PG: Proceso Gobernante PS: Proceso Sustantivo PA: Proceso Adjetivo
CCC	Corresponde al consecutivo por cada tipo de proceso.

Elaborado por: María Fernanda Arroyo López

Mapa de procesos

Dentro del mapa de procesos del Hospital, los procesos que se ejecutan por la Unidad de Gestión de Pacientes forma parte de los procesos que agregan valor. (ver figura 1)

Objetivos Estratégicos

OE1: Cumplir con los criterios de los diferentes estándares aplicables para esta casa de salud para acreditar nivel Diamante y lograr la sostenibilidad.

OE2: Fortalecer la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios de Salud según la cartera de servicio.

OE3: Fortalecer el desarrollo del Talento Humano, la eficiencia operacional y financiera

Priorización de procesos de la Unidad de Gestión de Pacientes

Tabla 4: Priorización de procesos Unidad de Gestión de Paciente

Procesos	Objetivos Estratégicos				RC	DP	Sub total	PP
	OE 1	OE 2	OE 3	Subtotal OE (IP)				
UGP-PS-001	4	2	3	9	1	5	1,8	No
UGP-PS-002	5	4	3	12	10	5	24	Si
UGP-PS-003	3	3	4	10	10	5	20	Si
UGP-PS-004	5	2	3	10	5	5	10	No
UGP-PS-005	2	4	4	10	10	5	20	No
UGP-PS-006	3	4	4	11	10	5	22	No

Nota: OE: Objetivo estratégico; RC: Repercusión en el cliente; DP: Desempeño; PP: Proceso Priorizado, Subtotal = (IP * RC) / DP

Elaborado por: María Fernanda Arroyo López

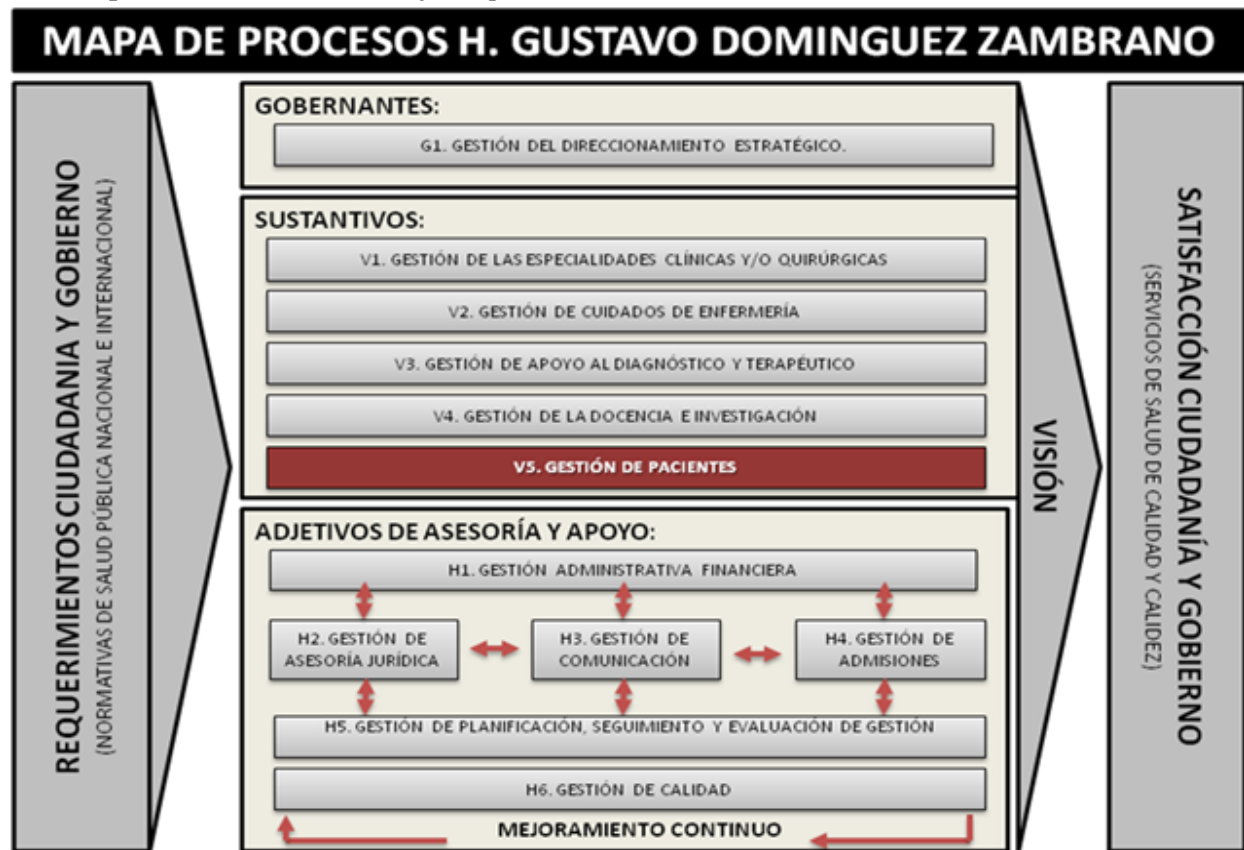


Figura 1: Mapa de procesos de la unidad de Gestión de Pacientes

Elaborado por: María Fernanda Arroyo López

El proceso que se priorizó fue la Gestión de Referencias, Contra referencias, Referencia Inversa y Derivación.

Ficha Técnica del proceso priorizado

El dueño del proceso priorizado es la Unidad de Gestión de Pacientes, el macrorproceso es la gestión de pacientes. En la tabla 5 se muestra la ficha técnica del proceso priorizado.

Tabla 5: Ficha Técnica del proceso priorizado

Entrada	Proceso	Cliente
Proveedores Internos: Gestión de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas.	UGP-PS-002	Clientes Internos: Gestión de Pertinencia Médica y Documental. Gestión de la Calidad
Proveedores Externos: Pacientes atendidos		Clientes Externos: Red Pública Integral de Salud.

Entrada	Proceso	Cliente
en el Hospital GDZ.		Red Privada Complementaria

Descripción de la ficha técnica de evidencia e indicadores del proceso

Porcentaje de referencias solicitadas: Es la relación entre las referencias solicitadas por profesionales de la salud sobre el total de las consultas primera y subsecuente de morbilidad, multiplicada por 100. La meta fijada es del 10 % con una frecuencia mensual y el responsable es el médico de gestión.

Porcentaje de cumplimiento de las referencias: Es la relación entre el total de referencias cumplidas, dividido para el total de referencias solicitadas por los profesionales de la salud, multiplicado por 100. La meta fijada es del 70 % con una frecuencia mensual y el responsable es el médico de gestión.

Porcentaje de contrareferencias: Es la relación entre el total de contrareferencias dividido para el total de referencias cumplidas efectivas multiplicado por 100. La meta fijada es del 90 % con una frecuencia mensual y el responsable es el analista de gestión de pacientes.

Una vez aplicada la metodología para la priorización de procesos dentro de la Unidad de Gestión de Pacientes se identificó al siguiente equipo de trabajo (Ver tabla 6).

Tabla 6: Equipo de trabajo del proceso priorizado

Macro proceso	Proceso	Rol	Cargo
Gestión de pacientes	Gestión de Referencia, Contra referencia, Referencia Inversa y Derivación	Patrocinador	Gerente
		Responsable	Responsable de la Unidad de Gestión de Pacientes
		Líder Técnico	Médico de Gestión
		Ejecutor	Analista de Gestión de Pacientes
		Cliente	Medicos Tratantes

Elaborado por: María Fernanda Arroyo López

Flujo del proceso priorizado

El flujograma del proceso priorizado se muestra en la figura 2.

Validación de la propuesta

La validez del contenido de la propuesta se la evalúa a través del juicio de especialista. Para la selección de especialistas se ha considerado un perfil con los siguientes criterios: formación académica de cuarto nivel relacionada con la temática propuesta, experiencia laboral relacionada con el diseño y elaboración de procesos.

Instrumento para validar el contenido de la propuesta

En esta parte fue importante que el grupo de especialistas tengan claro cómo se va a desarrollar el proceso de validación, a cada validador se le entrego un documento que detalla las instrucciones que deben seguir, en él se explica cada uno de los

parámetros que se evalúa y la ponderación para cada criterio de valoración.

Al final del proceso se solicita el juicio de valor y criterio personal a manera de conclusión o recomendación. El instrumento que se utilizó para validar el contenido de la propuesta consta de los siguientes elementos: Parámetros de evaluación y ponderación de parámetros

Parámetros de evaluación

Para realizar una evaluación integral de la gestión por procesos que mejore las actividades de la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez de la Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas, se utilizaron los siguientes parámetros: Aplicabilidad, coherencia, actualidad, calidad técnica, rigurosidad y pertinencia; los mismos que fueron seleccionados de acuerdo a características técnicas, científicas, metodológicas de la propuesta y a los objetivos de la presente investigación.

Ponderación de parámetros

La ponderación es la relevancia que tiene una medida, consiste en asignar un valor numérico a cada uno de los parámetros, en este caso cada elemento evaluado tiene el mismo grado de importancia, por lo que tiene la misma valoración numérica. El instrumento de valoración se presenta de la siguiente forma (Ver tabla 7).

Tabla 7: Ponderación de parámetros

Parámetros por valorar	Niveles				
	1	2	3	4	5
Aplicabilidad					
Coherencia					
Actualidad					
Calidad Técnica					
Rigurosidad					
Pertinencia					

Elaborado por: María Fernanda Arroyo López

Se ha establecido un valor máximo de cinco puntos, el mismo que será otorgado al criterio de desempeño óptimo o adecuado del parámetro; y un mínimo de un punto en el caso

de observarse un cumplimiento inadecuado o insuficiente

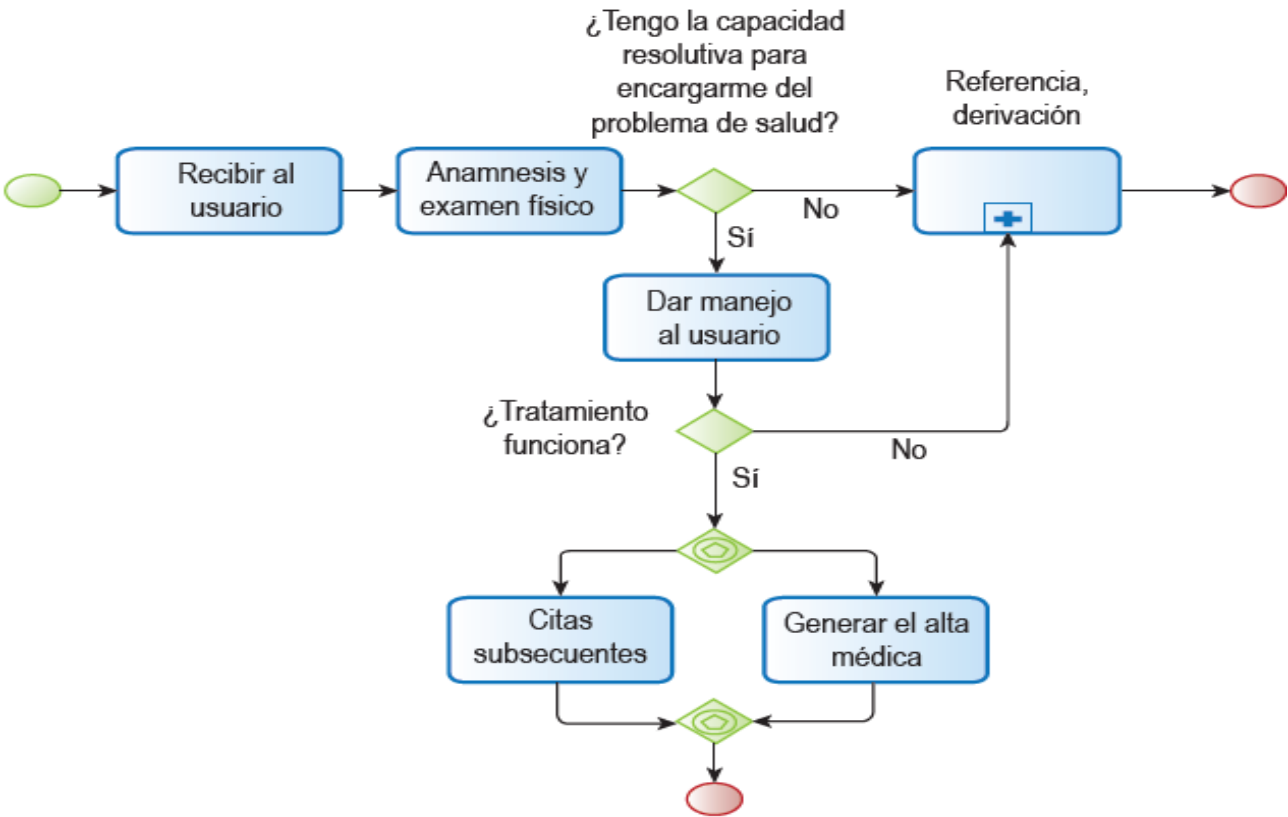


Figura 2: flujograma del proceso priorizado
Elaborado por: María Fernanda Arroyo López

Resultados de la validación

Una vez recogidos los resultados de la validación, estos se presentan mediante un cuadro estadístico, el mismo resume las valoraciones realizadas por los especialistas en cada uno de los parámetros señalados.

Tabla 7: Resultados de la validación

Parámetro	Esp 1	Esp 2	Esp 3	Esp 4	Total
Aplicable	4	3	5	5	17
Coherencia	5	4	4	5	18
Actualidad	5	4	3	5	17
Calidad	4	5	5	4	18
Técnica	4	4	4	5	17

Rigurosidad	5	5	4	5	17
Pertinencia					

Elaborado por: María Fernanda Arroyo López

Los resultados de la validación a la propuesta fueron positivos y alentadores, por cuanto se obtuvieron ponderaciones altas en cada uno de los parámetros valorados; es decir, que la presente propuesta reúne todas las exigencias en cuanto a aplicabilidad, coherencia, actualidad, calidad, rigurosidad y pertinencia.

La propuesta de gestión por procesos que mejore las actividades administrativas de la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez de la Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas es válida, es decir, solucionaría el problema planteada al inicio de esta investigación.

Lo que se pretende es que la Hospital General Dr. Gustavo Domínguez de la Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas y específicamente la Unidad de Gestión de Pacientes puedan operar de manera eficiente, identificando y gestionando procesos estratégicos interrelacionados. La gestión de procesos aporta una visión y las herramientas con las que se puede mejorar y rediseñar el flujo de trabajo, para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de los usuarios.

Referente a ciertas consideraciones y recomendaciones realizadas por los especialistas, se acogieron en su totalidad, ya que sus argumentos técnicos, científicos y metodológicos fueron válidos, los mismos sirvieron para mejorar el informe de investigación

Conclusiones

La gestión por procesos es una herramienta que influye directamente en la eficacia y eficiencia de las actividades y recursos del Hospital y especialmente en la Unidad de Planificación y Desarrollo Institucional, por cuanto transparentan procesos y permite un seguimiento y evaluación de los mismos.

Los elementos que influyen en la gestión por procesos son: los de entrada que cumplen con las características definidas en el estándar, actividades de proceso o los medios y recursos para ejecutarla, los productos de salida cuyo destino es el usuario o cliente, y un sistema de control para medir los resultados del producto y el grado de satisfacción del usuario.

El Hospital cuenta con un Plan Estratégico de Desarrollo Institucional para el periodo 2015 – 2020, documento base para la elaboración del diagnóstico, en el que se describen claramente su misión, visión, valores y objetivos estratégicos, los mismos que se centran en la investigación, vinculación con la sociedad, la calidad académica, la oferta de posgrado y la efectividad de los procesos institucionales.

Para la construcción y descripción de los procesos de la Unidad se siguió la metodología del Sistema de Gestión ISO, además se utilizó la herramienta SICOP (Suppliers - Inputs - Process - Output - Customers), en esta herramienta se expone los elementos clave en los dominios de proveedores, entrada, descripción, salida y cliente.

Los procesos estratégicos fueron levantados a través de la metodología planteada y elaborado de manera conjunta con el personal de la Unidad, cumpliendo las demandas descritas en el Marco Teórico de esta investigación. En cada uno de los procesos se ha identificado la misión, el alcance, descripción de actividades, proveedores, usuarios, indicadores, recursos, documentación de referencia y generada en el proceso.

El mapa de procesos diseñado recoge las demandas, necesidades, problemáticas e insumos que la institución requiere, en esta se identifican tres niveles de procesos: los estratégicos como la docencia, la investigación y la vinculación; los misionales y de apoyo, donde se encuentran todos los departamentos y unidades administrativas, en este último se ha incluido un enfoque de retroalimentación sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos estratégicos y misionales.

Recomendaciones

La gestión por procesos asegura la eficiencia y eficacia de los mismos, por esta razón es necesario que el Hospital, como política institucional, levante los procesos misionales y de apoyo para cada una de las dependencias que se muestran en su estructura orgánica, con el fin de sistematizar los procesos y que estos sirvan como una herramienta de gestión eficiente y eficaz.

La gestión por procesos debe permitir la mejora continua, involucrando la participación de todo el personal de la universidad, ya que ellos conocen más que nadie como se desarrolla sus tareas y funciones, y conocen sus limitaciones y aspectos que se pueden y se deben mejorar.

Para que exista un manejo adecuado de los procesos propuestos es necesario que se levante evidencias de todas las actividades y acciones cumplidas, ya que el seguimiento y monitoreo se hace a los documentos no a los funcionarios.

Se recomienda realizar capacitaciones constantes sobre el manejo y beneficios de la gestión por resultados, pues se necesita que los funcionarios tengan cierto nivel de involucramiento para adquirir los conocimientos y habilidades del manejo de esta herramienta, esto permitirá una administración más efectiva, eficiente de la institución y cumplir con los resultados e impactos esperados.

Se recomienda la aplicación y puesta en marcha de la metodología para la gestión por procesos para la Unidad, en todos sus componentes, técnicos y metodológicos, ya que se ha demostrado su validez y su aporte significativo para el manejo eficiente de los procesos.

Es importante también que se proyecte y se transfiera este esfuerzo académico a las demás dependencias universitarias, con el fin de ir sensibilizando al personal universitario, teniendo en cuenta que se trata de un cambio cultural, que tendrá sus dificultades y desafíos, por cuanto se trata de ir desde un paradigma funcional a uno por procesos y resultados.

Bibliografía

- Agudelo Tobón, L., & Escobar Bolívar, J. (2004). Importancia de los procesos y su aplicación en las organizaciones. AD-minister.
- Ávalos Esparza, G., & Quintuña Churo, D. (Febrero de 2013). Diseño de un sistema de gestión por procesos para la empresa “Marketing Advice” y automatización de los procesos críticos. Quito, Pichincha, Ecuador: PUCE.
- Encalada Rojas, R., & Hurtado Regalado, B. (2014). Diseño de un modelo de gestión por procesos para los servicios. Loja, Loja, Ecuador: UTPL.
- Excelencia Empresarial. (2014). Excelencia Empresarial. Obtenido de <http://excelencia-empresarial.com/>
- González, C., & Hervás, M. (2009). El papel de las personal en la gestión por procesos. Calidad., 1-5.
- Harrington, J. (1995). Mejoramiento de los Procesos en la Empresa. México: McGraw-Hill Interamericana.
- International Council of Societies of Industrial Design. (2004). CSID. Obtenido de <http://www.icsid.org/>
- Jáuregui, A. (17 de 08 de 2001). Control Interno de los procesos de servicio al cliente. Obtenido de Gestipolis.: <http://www.gestipolis.com/control-interno-procesos-servicio-cliente/>
- Kellog, G. (1960). Preparación del Manual de Oficina. Barcelona.: Reverte.
- Maldonado Trujillo, C., & Galíndez Hernández, C. (2013). Monitoreo, Evaluación y Gestión por Resultados. CIDE-Centro CLEAR para América Latina, 1-458.
- Mallar, M. Á. (2010). La Gestión por Procesos: un enfoque de gestión eficiente. Scielo-Visión de Futuro.
- Ministerio de Fomento. (2005). Modelos para Implantar la mejora continua en la gestión de empresas de transporte por carretera. La Gestión por Procesos, 1-20.
- Reyes Ponce, A. (1992). Administración Moderna. Limusa.
- Roure, J., Moñino, M., & Rodríguez Badal, M. (1997). La gestión por procesos la gestión estratégica de los procesos, metodologías para la mejora permanente de los procesos. Barcelona: Folio.
- Constitución de la República del Ecuador, publicada en el Registro Oficial el 20 de octubre de 2008
- Ley Orgánica de Servicio Público, publicada en el segundo suplemento del registro oficial 294, 6 de octubre de 2010.
- Reglamento a la Ley Orgánica de Servicio Público, publicado en el Registro Oficial suplemento No. 418 de 1 abril de 2011.
- Decreto Ejecutivo No. 726, publicado en el Registro Oficial No. 433 el 25 de abril de 2011
- H. James Harrington. Mejoramiento de procesos de la empresa. Bogotá, McGraw-Hill, 1992
- W. Edwards Deming. El método gerencial Deming. Sociedad colombiana de Six Sigma, Mejoramiento continuo seis sigma. Perfección de los procesos a través de entrenamiento y certificación black belt.
- SFP, Mexico. (2008, Septiembre). Programa de mejora de la gestión procesos eficientes. Accedido desde http://portal.funcionpublica.gob.mx:8080/wb3/wb/SFP/pmg_procesos_eficientes
- SFP, Mexico. (2008, Octubre). Guía técnica sistema procesos eficientes. Bajado desde http://portal.funcionpublica.gob.mx:8080/wb3/work/sites/SFP/resources/LocalContent/1581/8/sistema_procesos_eficientes_octubre_2008.pdf
- SFP, Mexico. (2008, Septiembre). Herramientas para el análisis y mejora de procesos. Bajado desde

- <http://portal.funcionpublica.gob.mx:8080/wb3/work/sites/SFP/resources/LocalContent/1581/8/herramientas.pdf>
- SFP, Mexico. (2008, Octubre). Matriz de correlacion. Bajado desde http://portal.funcionpublica.gob.mx:8080/wb3/work/sites/SFP/resources/LocalContent/1581/8/matriz_de_correlacion.pdf
- SFP, Mexico. (2008, Septiembre). Herramientas para el análisis y mejora de procesos. Bajado desde <http://portal.funcionpublica.gob.mx:8080/wb3/work/sites/SFP/resources/LocalContent/1581/8/herramientas.pdf>
- SFP, Mexico. (2008, Septiembre). Instructivo para el registro de los productos de las OM o equivalentes en simca . Bajado desde http://portal.funcionpublica.gob.mx:8080/wb3/work/sites/SFP/resources/LocalContent/1581/8/instructivo_registro_en_simca.pdf
- SFP, Mexico. (2008, Septiembre). Cálculo de ucas y metas. Bajado desde http://portal.funcionpublica.gob.mx:8080/wb3/work/sites/SFP/resources/LocalContent/1581/8/calculo_de_ucas_y_metas.pdf
- Manu, M. (2006, Noviembre 27). Porque la gestión por procesos. Bajado desde http://web.jet.es/amozarrain/Gestion_procesos.htm
- Manu, M. (2006, Noviembre 27). Integrar sistemas. Bajado desde http://web.jet.es/amozarrain/sistemas_gestion.htm
- OMG, .(2008, Enero 17).Business process model and notation v1.1.Bajado desde <http://www.omg.org/spec/BPMN/1.1/PDF/>
- Sistemas de gestión de la calidad —Directrices para la mejora del desempeño – ISO 9004:2000
- Sistemas de gestión de la calidad – Directrices para la planeación de la norma ISO 9001:2008
- Sistemas de gestión de la calidad – Directrices para la planeación de la norma IWA 4