

**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS  
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**MAESTRIA EN GESTION ESTRATEGICA  
EMPRESARIAL**

**TEMA:**

**“LA REINGENIERIA DE PROCESOS Y SU INCIDENCIA  
EN LA PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE  
APOYO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE  
LATACUNGA”**

**TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO  
DE MAGISTER EN GESTION ESTRATEGICA  
EMPRESARIAL Mg.**

**AUTORA:**

**Ing. María Elena Arcos Freire**

**AMBATO – ECUADOR  
2009**

## **AL CONSEJO DE POSGRADO DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO**

El Comité de Defensa de la Tesis “**LA REINGENIERIA DE PROCESOS Y SU INCIDENCIA EN LA PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE APOYO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA**”, presentado por la Ing. María Elena Arcos Freire y conformado por el Lcdo. MBA Jorge Cerón M., Ing. MSc. José Silva M., Ing. Mg. Rubén López B., Ing. MBA Santiago Verdesoto V., Director de Tesis y presidido por el Licenciado MBA Jorge Cerón M., Presidente del Tribunal de Defensa, el Ing. MSc. Luis E. Velásquez M., Director del CEPOS UTA, una vez escuchada la defensa oral y revisada la tesis escrita, en la cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas por el tribunal de defensa de la Tesis, remite la presente tesis para uso y custodia en las bibliotecas de la U.T.A.

Lcdo. MBA Jorge Cerón M.

**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE DEFENSA  
Y MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

Ing. MSc. Luis E. Velásquez M.

**DIRECTOR DEL CEPOS UTA**

Ing. MBA Santiago Verdesoto V.

**DIRECTOR DE TESIS**

Ing. MSc. José Silva M.

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

Ing. Mg. Rubén López B.

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

## **APROBACION DEL DIRECTOR**

En mi calidad de Director de la Tesis de Grado, con el tema “LA REINGENIERIA DE PROCESOS Y SU INCIDENCIA EN LA PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE APOYO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA” , desarrollada por la Ing. María Elena Arcos Freire, alumna del Programa de Maestría en Gestión Estratégica Empresarial, considero que dicho trabajo investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Tribunal de Defensa de Tesis.

Ing. MBA Santiago Verdesoto V.  
**DIRECTOR**

## **AUTORIA DE LA INVESTIGACIÓN**

La responsabilidad del contenido de esta Tesis de Grado, nos corresponde exclusivamente a: Ing. María Elena Arcos Freire, en calidad de autora y al Ing. MBA Santiago Verdesoto V., en calidad de Director de Tesis; y, el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Técnica de Ambato.

Ing. María Elena Arcos Freire

**AUTORA**

Ing. MBA Santiago Verdesoto V.

**DIRECTOR**

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Técnica de Ambato, a la Facultad de Ciencias Administrativas por la oportunidad brindada para alcanzar este logro académico. Mi reconocimiento sincero al Ing. Santiago Verdesoto V., Director de Tesis, al Lic. MBA Jorge Cerón M., Decano de la Facultad de Ciencias Administrativas y al Ing. MBA Oswaldo Velástegui T., por el gran apoyo recibido, que fue el eslabón para cristalizar el anhelo profesional.

Ma. Elena Arcos F.

# ÍNDICE GENERAL

	<b>Paginas</b>
<b>PRELIMINARES</b>	
Portada.....	i
Aprobación del Director .....	ii
Autoría de Tesis.....	iii
Al Consejo de Posgrado de Universidad Técnica de Ambato.....	iv
Agradecimiento.....	v
Índice General.....	vi
Índice de Cuadros.....	ix
Índice de Gráficos.....	xi
Introducción.....	xiv
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>EL PROBLEMA.....</b>	
Planteamiento del Problema.....	1
Contextualización del Problema.....	1
Análisis crítico.....	5
Árbol de problemas.....	6
Prognosis.....	7
Formulación del Problema.....	8
Interrogantes (subproblemas).....	8
Delimitación del objeto de la investigación.....	8
Justificación.....	19
Objetivos.....	11
Generales.....	11
Específicos.....	11
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	
Antecedentes Investigativos.....	12
Fundamentación Filosófica.....	13
Fundamentación Legal.....	14
Categorías Fundamentales.....	17
Subordinación de Categorías.....	18
Gestión de Procesos.....	19
Objetivos de la Gestión de Procesos.....	25

Medidas de productividad de un proceso.....	27
Gestión de procesos en los Servicios de Salud.....	28
Proceso.....	30
Características de los procesos.....	33
Estructura por Proceso.....	33
Identificación de los Procesos.....	35
Priorización de Procesos.....	35
Mapa de Procesos.....	37
Cuando utilizar los Mapas de Proceso.....	38
Cómo preparar un mapa de procesos.....	39
Mapa de tiempo.....	41
Mapa de flujograma.....	42
Reingeniería de Procesos.....	45
Reconstrucción de los Procesos.....	49
Tipos de cambios que ocurren al rediseñar procesos.....	51
Roles de la Reingeniería.....	51
Obstáculos para la Reingeniería.....	53
Calidad.....	54
Dimensiones del Desempeño.....	56
Fases de la evolución de la calidad.....	60
Modelo de gestión de calidad total.....	63
Control de calidad en el proceso de producción.....	63
Eficacia.....	68
Eficiencia.....	68
Sistemas de Costos.....	70
Precios.....	70
Costos económicos.....	71
Categorías de costos.....	71
Clasificación de los costos.....	72
Razones para estimar costos.....	74
Productividad.....	76
Hipótesis.....	77
Señalamiento de variables.....	77
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>78</b>
Modalidad de la investigación.....	78
Nivel o tipo de investigación.....	78
Población y muestra.....	79
Operacionalización de variables.....	81
Variable independiente.....	81
Variable dependiente.....	82

Plan de recolección de la información.....	83
Recolección de la información.....	83
Plan de procesamiento de la información.....	84
Análisis e interpretación de resultados.....	84
<b>Capítulo IV</b>	
<b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>85</b>
Análisis de resultados al personal de los servicios de apoyo.....	85
Encuesta al personal de los servicios de apoyo.....	85
Encuesta aplicada a los usuarios externos de los servicios de Apoyo.....	113
Verificación de la hipótesis.....	129
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>133</b>
Conclusiones.....	133
Recomendaciones.....	134
<b>CAPÍTULO VI</b>	
<b>PROPUESTA.....</b>	<b>132</b>
Resumen ejecutivo.....	133
Antecedentes del proyecto.....	134
Justificación.....	138
Objetivos.....	141
Análisis de factibilidad.....	142
Fundamentación científico-técnico.....	143
Modelo operativo.....	147
Diagnóstico.....	147
Recursos humanos.....	147
Capacidad instalada y real, eficiencia y productividad de los Servicios de apoyo.....	149
Organización, sistema de información, trabajo en equipo del Hospital Provincial General de Latacunga.....	162
Procesos actuales que se desarrollan en los Servicios de apoyo...	168
Propuesta de diseño de procesos de los servicios de apoyo.....	177
Fases de la propuesta metodológica de reingeniería en los servicios de apoyo.....	209
Administración del Proyecto.....	217
Evaluación y monitoreo.....	219
Bibliografía.....	222
Anexos.....	225



## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1	Enfoque organizacional clásico versus enfoque por Procesos.....	26
Cuadro 2	Medidas de productividad de un proceso.....	27
Cuadro 3	Indicadores para medir el rendimiento.....	28
Cuadro 4	Operacionalización de variable independiente.....	81
Cuadro 5	Operacionalización de variable dependiente.....	82
Cuadro 6	Recolección de la información.....	83
Cuadro 7	Edad del personal de los servicios de apoyo.....	85
Cuadro 8	Cuál es el cargo que ocupa?.....	86
Cuadro 9	Anote los años de servicio en la institución.....	88
Cuadro 10	Cuál es su nivel de instrucción?.....	89
Cuadro 11	El H. Provincial dispone de Manual Orgánico Funcional.....	90
Cuadro 12	El H. Provincial cuenta con un Manual de Procedimientos para los diferentes procesos	92
Cuadro 13	Indique si las actividades y tareas que realiza son Propias del cargo o puesto que ocupa.....	93
Cuadro 14	Las actividades y tareas que usted realiza están Definidas en un proceso.....	94
Cuadro 15	Se coordinan las actividades y tareas con los Diferentes servicios.....	95
Cuadro 16	Existe en su servicio duplicidad de actividades y Tareas.....	95
Cuadro 17	Los horarios con los que se cumple las actividades Son:.....	96
Cuadro 18	Para el desempeño de su actividad recibió Capacitación.....	97
Cuadro 19	Considera usted que en el servicio de atención al Paciente, la función que desempeña es:.....	99

Cuadro 20	Es desempeño de su actividad diaria es:.....	100
Cuadro 21	Un cambio en la ejecución de actividades y tareas Que realiza para mejorar el servicio sería:.....	101
Cuadro 22	Cómo se efectúa la dotación de bienes, materiales e insumos.....	102
Cuadro 23	Dispone de todos los equipos, accesorios, Instrumentos y herramientas requeridas para la Normal de sus actividades.....	103
Cuadro 24	Cómo mejoraría la productividad de los servicios de Apoyo.....	104
Cuadro 25	La Productividad de su servicio es:.....	106
Cuadro 26	Se han establecido medidas de tiempo para la Ejecución de actividades.....	106
Cuadro 27	Cómo calificaría la atención interna de los servicios De apoyo.....	107
Cuadro 28	Edad de los usuarios de los servicios.....	110
Cuadro 29	Lugar de residencia de los usuarios.....	111
Cuadro 30	Sus visitas al hospital son:.....	112
Cuadro 31	Tiempo de demora en la atención... ..	113
Cuadro 32	La atención en emergencia es inmediata... ..	114
Cuadro 33	Cómo evalúa el proceso de atención y servicios Del Hospital Provincial.....	115
Cuadro 34	Existe señalización de los diferentes servicios para Facilitar el acceso y tránsito de los usuarios.....	116
Cuadro 35	Las dietas que se sirven en hospitalización son:...	117
Cuadro 36	Qué tipo de atención reciben los usuarios de los Servicios.....	118
Cuadro 37	Su estadía en el Hospital fue.....	119
Cuadro 38	Los espacios de atención del Hospital Provincial....	120
Cuadro 39	La atención en Estadística fue:.....	121
Cuadro 40	Ofrece seguridad el Hospital Provincial.....	123

Cuadro 41	Resultados de las fichas de campo.....	124
Cuadro 42	Comprobación de Hipótesis.....	127
Cuadro 43	Frecuencias esperadas.....	128
Cuadro 44	Servicio de alimentación.....	149
Cuadro 45	Servicio de lavandería.....	150
Cuadro 46	Servicio de Ropería.....	152
Cuadro 47	Servicio de transporte y ambulancia.....	153
Cuadro 48	Servicio de vigilancia.....	155
Cuadro 49	Servicio de Mantenimiento.....	156
Cuadro 50	Servicio de Estadística.....	157
Cuadro 51	Servicio de Limpieza.....	158
Cuadro 52	Eficiencia, productividad, en tiempo y costos....	160
Cuadro 53	Proceso de Ropería.....	191
Cuadro 54	Resumen de costos de proyecto.....	218

## **ÍNDICE DE GRAFICOS**

Gráfico 1	Árbol de problemas.....	6
Gráfico 2	Categorías fundamentales.....	17
Gráfico 3	Subordinación de Categorías.....	18
Gráfico 4	Ciclos P.D.C.A de mejora continua.....	32
Gráfico 5	Estructura por procesos.....	34
Gráfico 6	Mapa funcional de procesos cruzados.....	41
Gráfico 7	Mapa de tiempo.....	42
Gráfico 8	Diagrama de flujo del proceso de gratuidad en Atención de emergencia, Hospital Provincial General Latacunga.....	44
Gráfico 9	Calidad en Salud.....	55
Gráfico 10	Fases de la evolución de la calidad.....	60
Gráfico 11	Sistema de Gestión de Calidad - Mejora continua	61
Gráfico 12	Modelo de gestión de calidad total.....	63
Gráfico 13	Productividad.....	76
Gráfico 14	Productividad.....	77

Gráfico 15	Edad del personal de los servicios de apoyo.....	86
Gráfico 16	Cuál es el cargo que ocupa?.....	87
Gráfico 17	Anote los años de servicio en la institución.....	88
Gráfico 18	Cuál es su nivel de instrucción?.....	89
Gráfico 19	El H. Provincial dispone de Manual Orgánico Funcional.....	90
Gráfico 20	El H. Provincial cuenta con un Manual de Procedimientos para los diferentes procesos	92
Gráfico 21	Indique si las actividades y tareas que realiza son Propias del cargo o puesto que ocupa.....	93
Gráfico 22	Las actividades y tareas que usted realiza están Definidas en un proceso.....	94
Gráfico 23	Se coordinan las actividades y tareas con los Diferentes servicios.....	95
Gráfico 24	Existe duplicidad de actividades y tareas.....	96
Gráfico 25	Los horarios con los que se cumple las actividades Son:.....	97
Gráfico 26	Para el desempeño de su actividad recibió Capacitación.....	98
Gráfico 27	Considera usted que en el servicio de atención al Paciente, la función que desempeña es:.....	99
Gráfico 28	Es desempeño de su actividad diaria es:.....	100
Gráfico 29	Un cambio en la ejecución de actividades y tareas Que realiza para mejorar el servicio sería:.....	101
Gráfico 30	Cómo se efectúa la dotación de bienes, materiales e insumos.....	103
Gráfico 31	Dispone de todos los equipos. accesorios, Instrumentos y herramientas requeridas para la normal de sus actividades.....	104
Gráfico 32	Cómo mejoraría la productividad de los servicios de apoyo .....	105
Gráfico 33	La Productividad de su servicio es:.....	106

Gráfico 34	Se han establecido medidas de tiempo para la Ejecución de actividades.....	107
Gráfico 35	Cómo calificaría la atención interna de los servicios De apoyo.....	108
Gráfico 36	Edad de los usuarios de los servicios.....	110
Gráfico 37	Lugar de residencia de los usuario.....	111
Gráfico 38	Sus visitas al hospital son:.....	112
Gráfico 39	Tiempo de demora en la atención.....	113
Gráfico 40	La atención en emergencia es inmediata.....	114
Gráfico 41	Cómo evalúa el proceso de atención y servicios Del Hospital Provincial.....	115
Gráfico 42	Existe señalización de los diferentes servicios para Facilitar el acceso y tránsito de los usuarios.....	116
Gráfico 43	Las dietas que se sirven en hospitalización son:...	117
Gráfico 44	Qué tipo de atención reciben los usuarios de los Servicios.....	120
Gráfico 45	Su estadía en el Hospital fue.....	121
Gráfico 46	Los espacios de atención del Hospital Provincial....	122
Gráfico 47	La atención en Estadística fue:.....	122
Gráfico 48	Ofrece seguridad el Hospital Provincial.....	123
Gráfico 49	Región de aceptación y rechazo de Hipótesis.....	127
Gráfico 50	Eficiencia y Productividad en tiempo y costos.....	165
Gráfico 51	Estructura Organizacional.....	161
Gráfico 52	Flujo grama Alimentación y Dietética.....	186
Gráfico 53	Flujo grama Lavandería.....	190
Gráfico 54	Flujo grama Ropería.....	192
Gráfico 55	Flujo grama Transporte y Ambulancias.....	193
Gráfico 56	Flujo grama Vigilancia.....	194
Gráfico 57	Flujo grama Mantenimiento.....	200
Gráfico 58	Flujo grama Mantenimiento preventivo.....	201
Gráfico 59	Flujo grama Mantenimiento correctivo.....	202
Gráfico 60	Flujo grama Estadística.....	206

Gráfico 61	Flujo grama Limpieza.....	208
Gráfico 62	Organigrama Administración del Proyecto.....	217

# INTRODUCCIÓN

Diariamente la comunidad, organizaciones y financiadores reclaman por prestación de servicios de calidad, la crítica de la gestión del sector público se refiere a la ineficiencia de las grandes estructuras jerárquicas de la administración, a la hora de intentar adaptarse a un mundo en plena transformación tecnológica y económica.

Esta situación obliga a la búsqueda de cambios y estrategias, para mejorar la calidad, incrementar la productividad y racionalizar los recursos disponibles hacia la satisfacción de las necesidades de los usuarios internos y externos.

Determinar que procesos necesitan ser mejorados o rediseñados, establecer prioridades y proponer una metodología para implementar el cambio.

La reingeniería, más que un método es un enfoque de liderazgo y dirección organizacional, mediante su aplicación es factible lograr un incremento de la calidad y del rendimiento de los Servicios de Apoyo.

La reingeniería en los servicios de apoyo del Hospital Provincial será un proceso de cambio creativo, de reinventar y renovar las estructuras, los procesos, los sistemas y las maneras de medir los resultados y el desempeño del personal. Esta transformación implica también concienciar y saber aprovechar las oportunidades, hacer las cosas lo mejor posible, con efectividad y beneficio máximo para los usuarios.

Al medir la productividad de los servicios de apoyo del Hospital Provincial, se evitará desperdicios en tiempo contratado, recursos materiales, tecnológicos y horas máquina, orientando con calidad las prestaciones a los usuarios internos y externos.

La investigación realizada tiene la siguiente estructura:

El Capítulo I.- Comprende aspectos relacionados con el problema, análisis macro, meso, micro de los servicios de salud, el análisis crítico, pronóstico, formulación del problema, delimitación del objeto de la investigación, la justificación, los objetivos.

El Capítulo II.- Incluye antecedentes investigativos, la fundamentación filosófica y legal, las categorías fundamentales que se constituyen en el sustento teórico de la investigación, habiéndose utilizado bibliografía y temas relacionados del Internet, concluye con la hipótesis y señalamiento de variables.

El Capítulo III.- Trata sobre la metodología, que incluye el enfoque de la investigación, modalidad utilizada, población y muestra, operacionalización de variables, técnicas e instrumentos, recolección de la información y el plan de procesamiento.

El Capítulo IV.- Describe el análisis de las encuestas, ficha de campo, interpretación de resultados.

El Capítulo V.- Contiene las conclusiones y recomendaciones, las que tienen relación con la propuesta.

El Capítulo VI.- La propuesta: datos informativos, resumen ejecutivo, antecedentes del proyecto, justificación, los objetivos, análisis de factibilidad, fundamentación científico – técnica, modelo operativo, diagnóstico, procesos actuales, propuesta metodológica, evaluación y monitoreo.



# **CAPITULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1. TEMA**

**LA REINGENIERÍA DE PROCESOS Y SU INCIDENCIA EN LA PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE APOYO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA.**

### **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.2.1. Contextualización del Problema**

##### **Macro**

Siendo los servicios de salud servicios de personas para personas, es imprescindible reconocer la significación de los Recursos Humanos, no sólo como factor estructural sino también como principal factor de cambio; y al mismo tiempo el más fuerte estabilizador de esos cambios cuando estos se instalan en la cultura institucional.

El sector Salud ha sido visto como un área de servicio vinculada con la política social de un estado filantrópico paternalista o benefactor o como parte de un sistema de seguridad social, áreas en donde, si la riqueza producida excede holgadamente la retribución de los trabajadores, este excedente va en la práctica a engrosar el capital social de instituciones que brindan servicios altamente valorados.

El establecimiento de metas de calidad, la identificación de servicios esenciales, el fomento y desarrollo de mecanismos de participación y la implementación de canales de comunicación ciudadana implican, además, cambios en el seno de las organizaciones que acompañen la voluntad de tender puentes hacia la ciudadanía.

En este marco, la reingeniería de procesos se convierte en un factor clave para impulsar un nuevo paradigma de acción en las organizaciones públicas: orientar la gestión hacia los usuarios internos y externos, adaptar su estructura a fin de mejorar sus procesos y desplegar las potencialidades de un ente moderno, más atento y cercano a las necesidades de la gente.

El incremento de los costos de servicios de salud en los últimos años y, por consecuencia, el aumento del gasto en el sector y la eficiencia de los recursos financieros, han suscitado múltiples inquietudes entre las autoridades, planificadores y ejecutores de las políticas de salud.

Bajo esas condiciones, la demanda de atención médica no disminuye sino que aumenta, además se diversifica. Así mismo el elevado costo de las distintas alternativas de acción en este periodo de cambios sociales, económicos, demográficos y por ende, epidemiológicos, impone a los presupuestos institucionales una pesada carga que los gobiernos están tratando de controlar, sobre todo en materia de eficiencia, equidad, calidad y costos de la atención médica.

Es así como los costos de la producción de servicios de salud se convierten en uno de los problemas de análisis en cualquier estudio donde se aborde la problemática de salud pública. Más aún, en la medida en que las fuentes de información y las capacidades de análisis y gestión de recursos no han crecido al ritmo que los fenómenos de salud, la generación e información sobre los costos de la atención médica se convierte en una necesidad impostergable.

## **Meso**

La salud constituye uno de los sectores en los que se ha hecho más notoria la retirada del Estado durante los últimos 15 años. La relación entre la situación económica crítica, el alto índice de necesidades básicas insatisfechas y las condiciones de salud configuran un panorama preocupante para la provincia de Cotopaxi.

Si bien en los últimos 20 años se han observado progresos en la situación de salud de la población de la provincia de Cotopaxi, sus actuales niveles se sitúan entre los más bajos del Ecuador, lo cual habla de un problema estructural de larga data aún no corregido, determinado por persistentes carencias y desigualdades en la distribución de factores estrechamente vinculados con la salud (alimentación, empleo, educación, etc.); y, por una severa crisis de cobertura y calidad de los servicios de salud.

La ausencia de definición de los procesos en los servicios de atención, la falta de determinación de costos, subutilización de recursos, la desmotivación del personal y ninguna evaluación del desempeño han incidido en la productividad de los servicios de las ocho unidades ejecutoras de salud de Cotopaxi.

## **Micro**

Los usuarios comunes de los servicios de atención del Hospital Provincial son los estratos pobres de la población de Cotopaxi y las provincias colindantes, a los que se han sumado paulatinamente usuarios de los estratos medios, evitando el pago directo en la atención médico-privada.

El Hospital Provincial de Latacunga, como una unidad de referencia de la localidad, cubre los servicios de atención de toda la provincia,

Hospitales Cantónales, Centros de Salud, Subcentros y Puestos de Salud La cobertura de atención de salud en Cotopaxi está cubierta un 25% por IESS y Seguro Campesino; el 50% por las Unidades dependientes del Ministerio de Salud, donde se incluye el Hospital Provincial, el 10% por servicios privados, Fuerzas Armadas y 15% es el grupo desprotegido que se trata con medicina tradicional y prácticas empíricas.

Luego del análisis de la gestión de recursos humanos de los servicios de apoyo del Hospital Provincial General de Latacunga, se logra establecer su situación y su problemática, sintetizada en lo siguiente:

- Desequilibrios en la estructura de la fuerza de trabajo y mala distribución.
- Bajos salarios, baja competitividad de los mismos y la existencia de una notoria diferencia con otros sectores.
- Varios regímenes laborales.
- Bajo nivel de desempeño.
- Insuficiencia de criterios e instrumentos de evaluación.
- Conflictividad laboral que interfiere en el proceso de servicios.
- Fragmentación y complejidad creciente de los procesos de Autonomía y falta de control de los procesos de tecnológicos.
- Aumento de los costos del trabajo sin capacidad de gestión existente.
- Creciente y persistente desmotivación del personal

Los integrantes de los servicios de apoyo del Hospital Provincial General de Latacunga, se encuentra agrupados: Trabajadores en el Sindicato de Obreros, los profesionales en la Asociación de Profesionales; y, los empleados en la Asociación de empleados de salud de Cotopaxi. Cada gremio regula sus relaciones a través de estatutos y su finalidad es la defensa de los agremiados.

Las remuneraciones de trabajadores son negociadas a través de los Contratos Colectivos. Los profesionales y empleados están sujetos a las resoluciones de la Secretaria Nacional de Remuneraciones del Sector Público.

### **1.2.2. Análisis Crítico**

Para realizar el análisis crítico se utiliza el árbol de problemas, que permite definir claramente las causas y efectos que derivan la baja productividad.

La crisis de liderazgo en el sector de la salud ha contribuido a que no se haya iniciado un adecuado proceso de reforma que garantice el mejoramiento de la calidad de los servicios en sus dos dimensiones fundamentales: la calidad sentida por el usuario y la calidad técnica. La inestabilidad de las autoridades debilita aún más la toma de decisiones reduciéndose su accionar a la solución de pequeños problemas y emergencias sanitarias.

Adicionalmente la deficiencia en los procedimientos e instrumentos de administración de recursos humanos, materiales y financieros han conducido a frecuentes e injustificados excesos en los gastos y a un esquema de ineficiente utilización de los pocos recursos disponibles, junto a la falta de una lógica racional en la recuperación de costos y a la inexistencia de control social sobre el funcionamiento de las unidades de salud, generando un estado de insatisfacción entendido como la valoración negativa de lo técnicamente recibido, con una limitada contribución a resolver un problema físico o psicosocial.

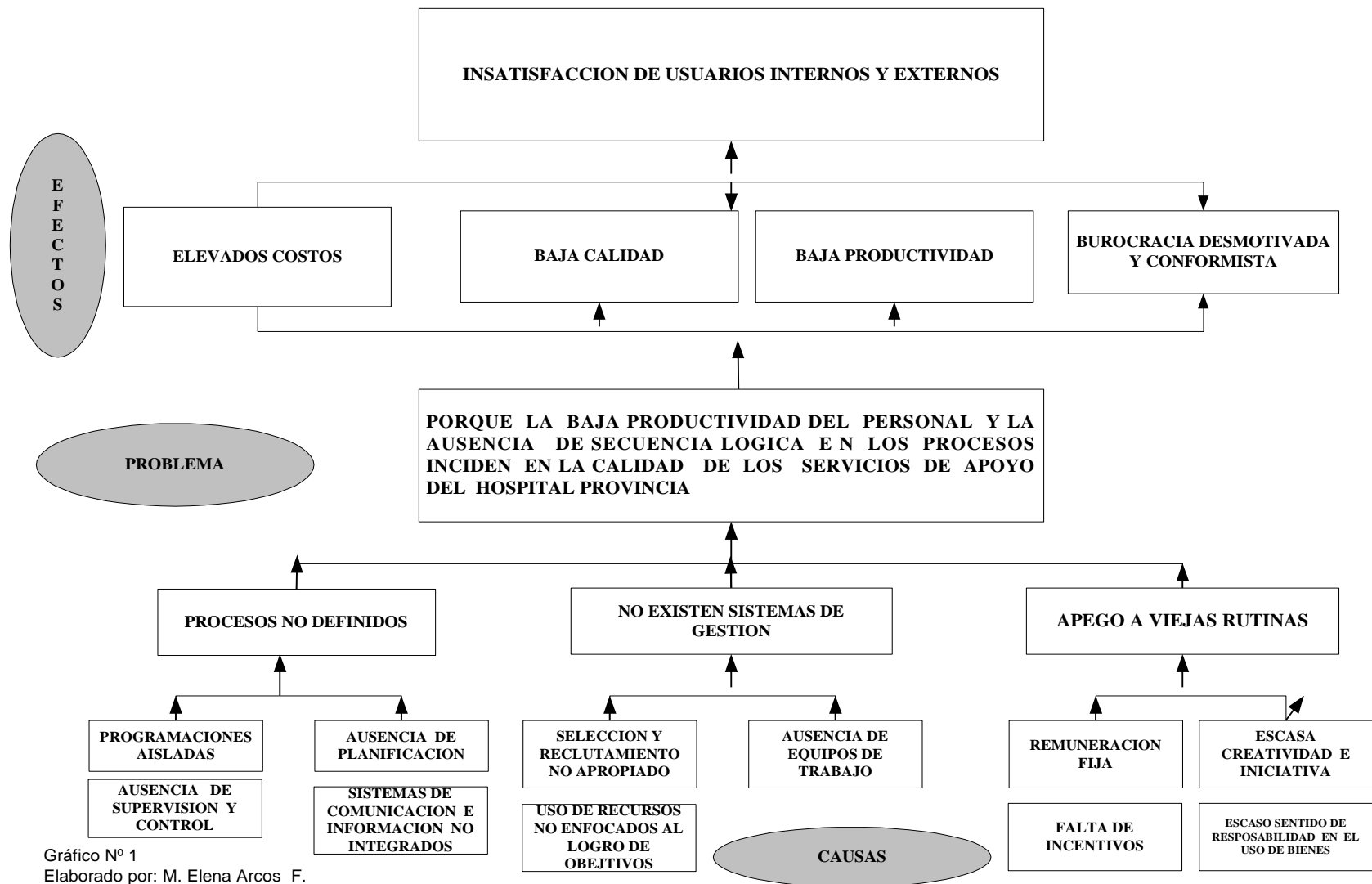


Gráfico N° 1  
Elaborado por: M. Elena Arcos F.

### **1.2.3. Prognosis**

Si bien es cierto que en los últimos años se han puesto en marcha políticas que tienden a trasladar los espacios y los instrumentos de decisión a las unidades de salud, que han asumido diferentes actitudes positivas ante estos procesos.

Para el sector salud las políticas descentralizadoras pueden ser exitosas, si y sólo si se acompañan de una mayor transferencia de recursos, sin importar si cuenta o no la capacidad para administrarlos. Estos aspectos, cuya eficacia y eficiencia reclaman atención continua, sistémica y sistemática, determinarán la capacidad de gestión institucional del hospital y en sus relaciones con las de otros órdenes, la sociedad civil y las instituciones privadas, que actualmente influyen necesariamente en los asuntos de salud.

Este escenario positivo es dado por haber revisado a fondo las estructuras, los sistemas, los métodos, los procedimientos y los instrumentos con que opera el Hospital Provincial General de Latacunga, así como la coordinación y cooperación, capacidad intelectual y técnica, conocimiento del puesto y otros factores que constituyen el ámbito de las relaciones laborales y humanas de sus funcionarios.

La capacidad de gestión hospitalaria a través de una serie de estrategias permitirá cohesionar los procesos de los servicios de apoyo del Hospital Provincial, para atender la demanda de los usuarios, fortaleciendo la productividad y calidad de los servicios.

Si no se efectúa la revisión de los procesos de los servicios de apoyo los costos se incrementarán por la subutilización de los recursos, las tareas repetitivas, demora en su producción y la insatisfacción del usuario interno y externo será evidente.

#### **1.2.4. Formulación del Problema**

¿Por qué la ausencia de secuencia lógica en los procesos inciden en la baja productividad de los servicios de apoyo del Hospital Provincial General de Latacunga?

#### **1.2.5. Interrogantes (subproblemas)**

- ¿Qué proceso se efectúa en los servicios de apoyo
- ¿Qué factores han influido en la calidad y elevados costos de los servicios de apoyo del Hospital Provincial?
- ¿Cuál fue la producción de los Servicios de apoyo del Hospital Provincial durante el año 2008 frente a las metas fijadas?
- ¿Qué estrategias permitirán reducir los costos de los servicios de apoyo?
- ¿Porqué la falta de evaluaciones periódicas al desempeño del personal y la ausencia de incentivos originan el desperdicio de horas de trabajo productivo y el abandono de sus puestos de trabajo?

#### **1.2.6. Delimitación del objeto de la investigación**

##### **Delimitación del Contenido:**

Campo: Social

Área: Salud

Aspecto: Baja productividad de los servicios de apoyo.

##### **Delimitación Espacial**

Hospital Provincial General de Latacunga, ubicado en la parroquia Matriz del cantón Latacunga, calle Hermanas Páez y Dos de Mayo.



## **Delimitación Temporal**

Temporalmente el problema se limitó al estudio de la productividad y los costos de los servicios de apoyo del 01 de enero al 31 de diciembre del 2008.

## **Delimitación Poblacional**

La investigación se direccionó a la recopilación de información de los usuarios internos y externos del Hospital Provincial General de Latacunga.

## **Unidades de observación**

- Población mayor de 15 años
- Usuarios del servicio
- Prestadores del servicio

## **1.3. JUSTIFICACION**

El Hospital Provincial debe adaptarse y cambiar de ser “administrado” en cumplimiento de normas a ser “gestionado”, capacidad de actuar disponiendo de los recursos humanos, estructurales y financieros hacia el logro de objetivos predeterminados.

El Hospital Provincial debe modificar su comportamiento en razón a las respuestas que se recibe de la interacción con los usuarios. Debe implementar el cambio en los procesos y optimizar los recursos para ser competitivos, mejorando los servicios, costos y calidad en la atención.

Cumplir con los requerimientos del paciente “cliente”, que hoy traslada sus exigencias a una organización que no esta culturalmente adaptada a este enfoque, generando insatisfacción.

En el entorno hospitalario actual, se han introducido tres fuerzas emergentes: los usuarios, la competencia y el cambio tecnológico. Los usuarios demandan cada vez mejores resultados y un trato individualizado. La competencia se ha introducido al separar las funciones de provisión y financiación de los servicios. Por último el cambio tecnológico es un fenómeno permanente que afecta a todo el sector de servicios. Estos y otras fuerzas obligan a mejorar constantemente los procesos de una organización.

La reingeniería en sistemas de salud generalmente está enfocada al apoyo de servicios directos a los usuarios, la logística, el abasto, las finanzas y el desarrollo de la investigación, educación de los profesionales de la salud. Detrás de este escenario, instituciones de salud están reconstruyendo las funciones de sus directivos para poder apoyar un desarrollo organizacional de mayor envergadura, con los esfuerzos de la reingeniería. Puntos clave de esa labor son la capacitación en sistemas modernos de gestión, la cultura organizacional de calidad y el liderazgo médico, encaminados a mejorar los procesos del primer contacto con los pacientes y a reducir significativamente los costos. La educación, la capacitación y la investigación deben estar sin duda en el centro de la reingeniería.

En los servicios de apoyo del Hospital Provincial General de Latacunga, se ha evidenciado la necesidad de cambio, para mejorar los procesos de producción de resultados, orientados a la productividad, mejorar la calidad y reducir de costos. Con la reingeniería de procesos, se logrará simplificar los mismos, dotarlos de flexibilidad para promover cambios que faciliten la evolución de la organización y se adapten a la modernización, hacerlos mas eficaces y eficientes con el fin de que se puedan cumplir las expectativas de los usuarios tanto internos como externos.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. General**

Determinar que la reingeniería de procesos mejorará la productividad de los servicios de apoyo del Hospital Provincial General de Latacunga.

### **1.4.2. Específicos**

- Identificar los procesos que se efectúan en los servicios de apoyo
- Analizar la productividad de los servicios de apoyo del Hospital Provincial durante del 01 de enero al 31 de diciembre del 2008
- Proponer una metodología reingeniería de procesos en los servicios de apoyo del Hospital Provincial.

## **CAPITULO II.**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

El objetivo de la investigación de los sistemas de salud es de mejorar la racionalidad del proceso de toma de decisiones. El campo de la investigación de servicios de salud engloba hallazgos de estudios conducidos desde una variedad de perspectivas, aplicando una variedad de métodos, muchos de los cuales combinan enfoques de varias disciplinas académicas. En éste sentido, el campo es multidisciplinario. Sin embargo, no tiene un marco teórico distinto o un grupo de conceptos característicos comúnmente asociados con las disciplinas académicas (National Academy of Science, 1979).

Después de una exhaustiva búsqueda realizada en las diferentes bibliotecas de la ciudad de Ambato y de la búsqueda en la Web, se ha encontrado trabajos investigativos de reingeniería de servicios enfocada a los siguientes aspectos:

Reingeniería en los servicios de Enfermería fue realizada en el Servicio de Cardiología Pediátrica del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, de la ciudad de Méjico, en donde se analizó su equilibrio interno y se encontraron las debilidades que influyen sobre el mismo, tomando como base el modelo de sistemas de Kast y Rosenzweig, que consiste en un sistema socio-técnico abierto integrado de varios subsistemas, conocidos como: objetivos y valores, técnicos, psicosociales, de estructuras y administrativos.

El objetivo planteado fue tener una visión integral de la percepción que tienen las enfermeras de la organización en la cual prestan sus servicios profesionales; compararlos con la percepción que tienen del proceso de mejora continua y analizar los resultados de ambas percepciones; encontrar las debilidades que afectan directamente el equilibrio interno de la organización de salud y desarrollar una propuesta de reingeniería para mejorar el subsistema afectado.

Una investigación para analizar los casos de incapacidad prolongada según los tiempos aproximados de curación, en trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social. La población objeto de estudio se identificó a partir de un muestreo por conglomerados, en el que se eligieron dos zonas médicas (Hospital General de Zona 14 y Hospital General de Zona 89, con sus unidades médicas correspondientes). Durante el periodo de la investigación se incluyó la totalidad de accidentes de trabajo ocurridos al personal de todas las categorías laborales. Los principales resultados demostraron que en ambas zonas al inicio no existió diferencia estadística significativa; posterior a la intervención de la reingeniería médico-administrativa se observó una ventaja de la zona experimental ( $18.7 \pm 10.9$  días), sobre la zona control ( $26.8 \pm 9.2$  días). Al comparar los valores finales promedio de días de incapacidad prolongada en la zona experimental con los de la zona control, se observó diferencia significativa a favor del grupo experimental.

## **2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

La presente investigación se basó en el paradigma crítico-propositivo, por cuanto planea analizar de forma crítica la actual realidad de los servicios de apoyo del Hospital Provincial y proponer soluciones que provoquen el cambio de actitud de los usuarios internos y la transformación de la realidad actual.

### **2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

La Nueva Constitución Política de Ecuador, en Título II, Capítulo Segundo, Sección Séptima en el ámbito de la Salud, textualmente dice:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

La Constitución Ecuatoriana en el Título VII, Capítulo Primero, Sesión Segunda, Salud textualmente dice:

Art. 358.- El Sistema Nacional de Salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la

promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- 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.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y posparto.
7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

Art. 366.- El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.



## 2.4. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

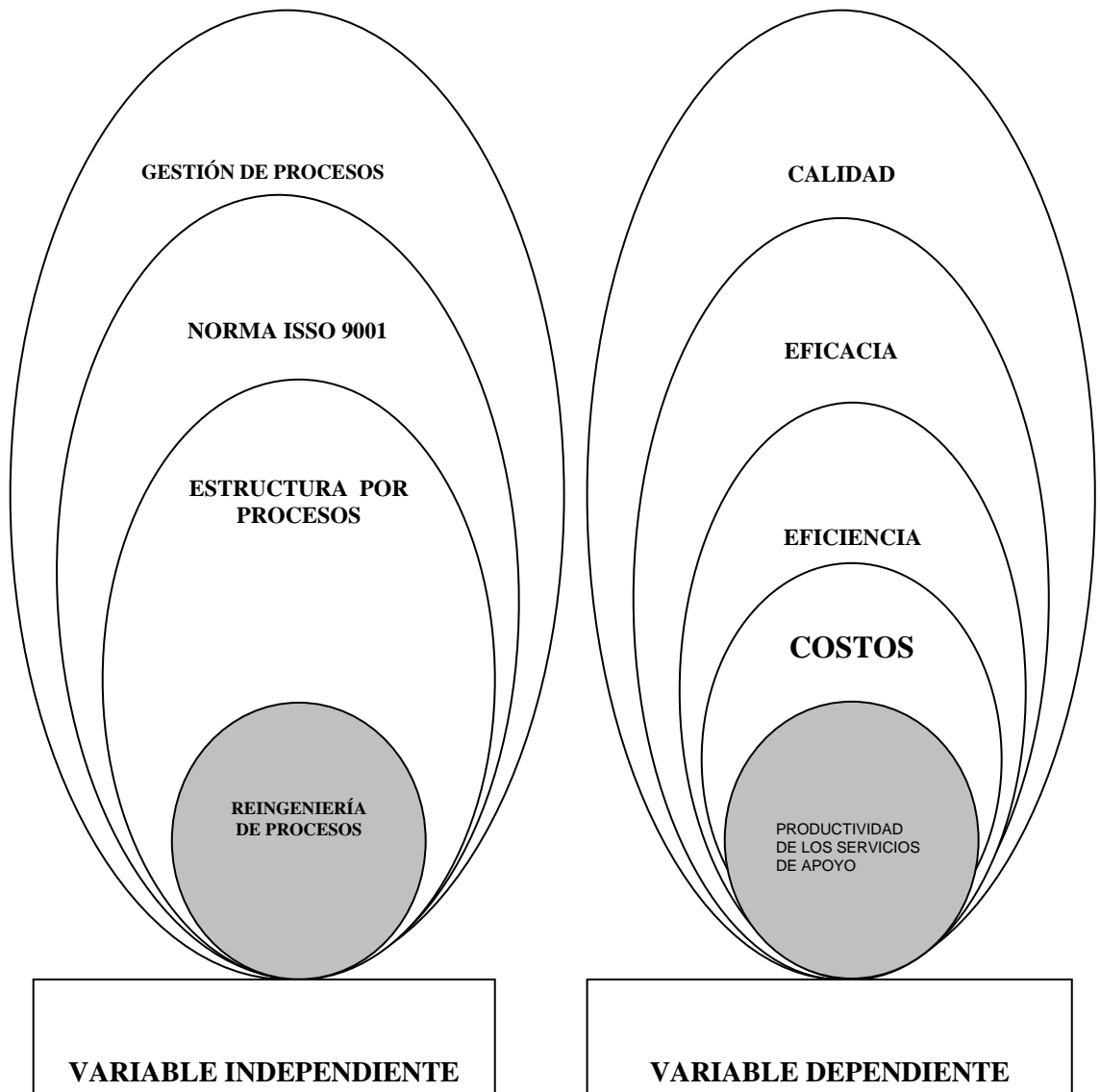


GRAFICO 2.

ELABORADO: M. Elena Arcos F.

## 2.4.1 SUBORDINACIÓN DE CATEGORÍAS

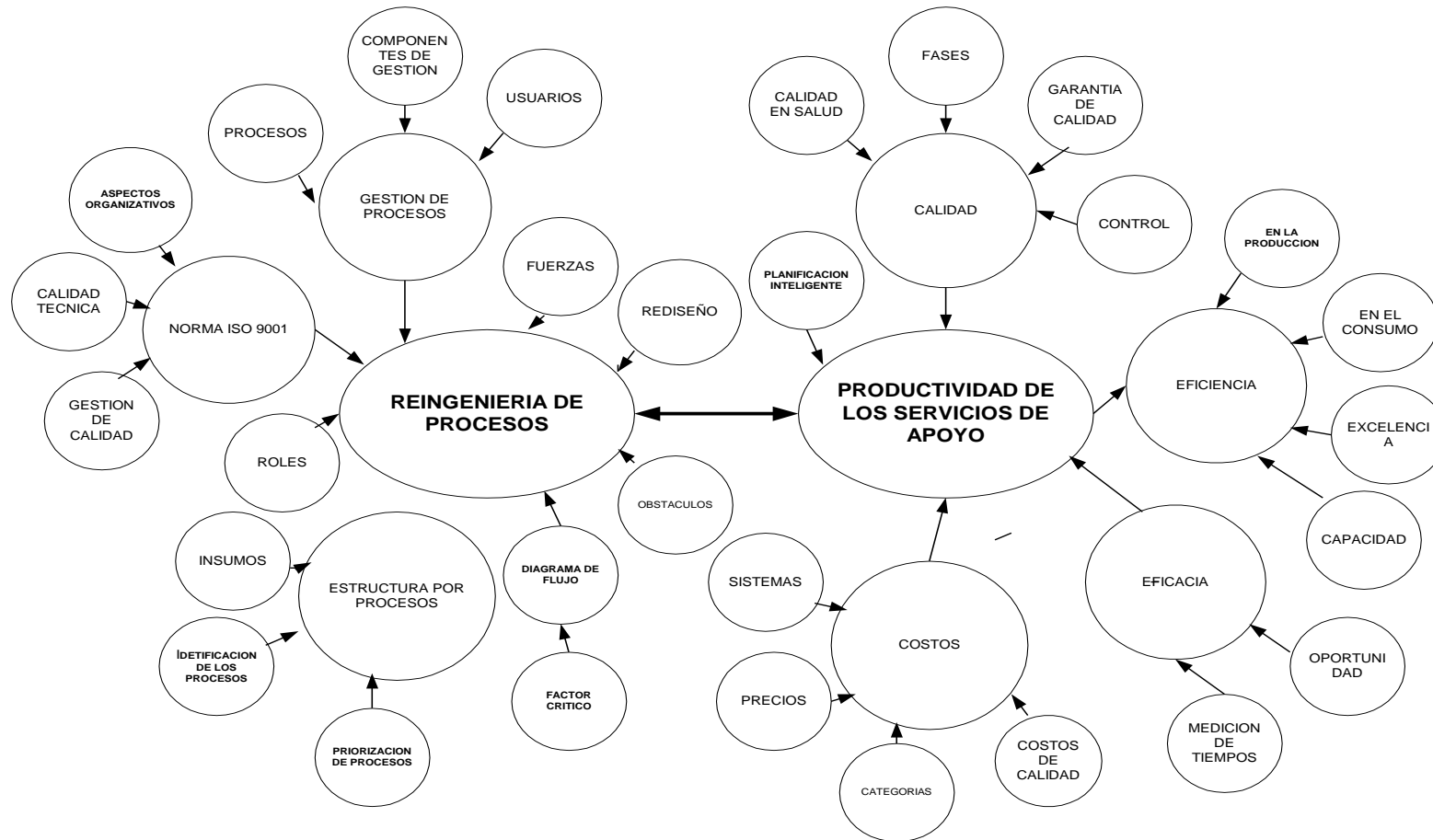


GRAFICO Nº 3  
ELABORADO: M. Elena Arcos F.

## 2.4.2. Gestión de procesos

La Gestión de Procesos coexiste con la administración funcional, asignando "propietarios" a los procesos clave, haciendo posible una gestión ínter funcional generadora de valor para el cliente y que, por tanto, procura su satisfacción. Determina qué procesos necesitan ser mejorados o rediseñados, establece prioridades y provee de un contexto para iniciar y mantener planes de mejora que permitan alcanzar objetivos establecidos.

La gestión por procesos (Business Process Management), es una forma de organización diferente de la clásica organización funcional, y en el que prima la visión del cliente sobre las actividades de la organización. Los procesos así definidos son gestionados de modo estructurado y sobre su mejora se basa la de la propia organización.

La gestión de procesos aporta una visión y unas herramientas con las que se puede mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de los clientes. No hay que olvidar que los procesos lo realizan personas y los productos los reciben personas, y por tanto, hay que tener en cuenta en todo momento las relaciones entre proveedores y clientes.

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. (SESCAN, 2002)

A decir de Jaime Luís Rojas Moya, (2003), la **Gestión por Procesos** supone reordenar flujos de trabajo de toda la Organización, con el fin de dar una atención y respuesta única que va dirigida tanto a aumentar la satisfacción de los usuarios como a facilitar las tareas a los

recursos humanos y que requiere la implicación de todo el personal. Sin duda la Gestión por Procesos supone un cambio, pero un cambio que trata de construir una nueva calidad y no de eliminar la anterior.

- La Gestión por Procesos se enmarca en la Gestión de la Calidad, y constituye una herramienta útil para el desarrollo de una de las estrategias centrales del Plan de Calidad.
- Enfoque centrado en el usuario. Esto supone un cambio cultural en la organización, puesto que se toma en cuenta desde el principio las necesidades y expectativas de los usuarios, y se mide su grado de satisfacción.
- Compromiso del personal, ello obliga a trabajar en equipo, aunando los esfuerzos de profesionales de diferentes disciplinas.
- Homogeneidad, en cada proceso se recogen con lo que se reduce mucho la variabilidad y heterogeneidad.
- Sistema de información integrado, que permite evaluar las actividades que se realizan.
- Continuidad, es una de las características más importantes y permite eliminar actuaciones inútiles, romper interfases y rellenar momentos o espacios en blanco en la gestión de los servicios que se ofrecen a los usuarios. A su vez, uno de los factores clave para lograr la continuidad es la Coordinación horizontal y vertical en la Organización. (H.J. Harrington, 1994).

Cuando se trata de calidad total, los métodos tradicionales de homologación no son suficientes. Es necesario asegurarse no solo de unas determinadas características del producto o servicio. Se trata de certificar que la Organización o institución está en posición de ofrecer

realmente, y seguir ofreciendo en el futuro, los productos/servicios en cuestión con las características que se especifican, con los cumplimientos de entrega que se prometen, con la atención que el usuario espera, etc., es decir, Calidad Total. (ICONTEC, 2001).

A propósito, en la Gestión por Procesos el significado más acertado para el concepto calidad es: **lo que el usuario espera recibir por lo que está dispuesto a pagar en función del valor percibido**. Desde este punto de vista la calidad equivale a "orientación de la Organización hacia el usuario"; por lo que la Gestión por Procesos se presenta como un sistema de gestión de la calidad apuntado a la calidad total. (Rubén Roberto Rico, 1993).

Según Jaime Rojas Moya, (2003), la gestión tradicional ha estado orientada al efecto, el beneficio, olvidando su principal causa inmediata: Contar con usuarios satisfechos y fieles. Cada persona concentra su esfuerzo en la tarea que tiene asignada, tratando de hacerla conforme a las instrucciones y especificaciones recibidas, pero con poca información con relación al resultado final de su trabajo. Aún en los procesos fabriles no es extraño que un productor no sepa, al menos claramente, cómo contribuye su trabajo al producto final. En los trabajos administrativos y de gestión esto es aún más frecuente.

El origen de las estructuras tradicionales se basa en la fragmentación de procesos naturales, producto de la división del trabajo (Taylor), y posterior agrupación de las tareas especializadas resultantes en áreas funcionales o departamentos. En estas estructuras tradicionales; ningún director de área es el único responsable del buen fin de un proceso, ya que la responsabilidad está repartida por áreas y en una misma transacción intervienen varias áreas. Así le tocaría a la dirección general responsabilizarse de ello. Si resumimos, en la gestión tradicional la dirección general tiene que intervenir con mucha frecuencia en procesos completos, debido a que en un mismo proceso intervienen

muchos departamentos o áreas con distintos responsables cuya única coordinación puede conseguirla la alta dirección. Además en éste tipo de organizaciones, la adaptación a los requerimientos del usuario suele ser más lenta y más costosa lo cual repercute directamente en competitividad.

Las organizaciones piramidales respondían bien a un entorno de demanda fuertemente creciente y previsible que pertenece ya al pasado. El poder real esta pasando de la oferta a la demanda y el usuario, cada uno de ellos, se ha convertido en la única guía de todas las actuaciones organizacionales. Este hecho, unido a las dificultades de prever la evolución futura del entorno competitivo, requiere de cambios profundos en la Organización: en sus técnicas de gestión y en las personas.

Se trata de volver a reunificar las actividades en torno a los procesos que previamente fueron fragmentados como consecuencia de una serie de decisiones deliberadas y de evolución informal, lo cual supone reconocer que primero son los procesos y después la organización que los sustenta para hacerlos operativos. Es ver el proceso como la forma natural de organización del trabajo. La estructura puede o no coincidir con el proceso, ya que en un mismo puesto de trabajo puede realizar funciones para distintos procesos. (Johanson, McHuguh, Pendlebury y Wheeler, 1995).

La Organización es un sistema de sistemas, cada proceso es un sistema de funciones y las funciones o actividades se han agrupado por departamento o áreas funcionales. La Gestión por Procesos consiste, pues, en gestionar integralmente cada una de las transacciones o procesos que la Organización realiza. Los sistemas coordinan las funciones, independientemente de quien las realiza. Toda la responsabilidad de la transacción es de un directivo que delega, pero conservando la responsabilidad final del buen fin de cada transacción. La dirección general participa en la coordinación y conflictos entre procesos

pero no en una transacción o proceso concreto, salvo por excepción. (Johanson, McHuguh, Pendlebury y Wheeler, 1995).

En la Gestión por Procesos se concentra la atención en el resultado de los procesos no en las tareas o actividades. Hay información sobre el resultado final y cada quien sabe como contribuye el trabajo individual al proceso global; lo cual se traduce en una responsabilidad con el proceso total y no con su tarea personal (deber).

La Gestión por Procesos se fundamenta en la asignación de un directivo de la responsabilidad de cada uno de los procesos de la Organización. En su forma más radical, se **sustituye** la organización departamental. En otras formas, quizás transicionales, se mantiene la estructura departamental, pero el responsable de un proceso tiene la responsabilidad del mismo, y al menos en lo que a ese proceso se refiere, puede tener autoridad sobre los responsables funcionales. (H.J. .Harrigton, 1994).

La Gestión por Procesos tiene las siguientes características:

- Analizar las limitaciones de la organización funcional vertical para mejorar la **competitividad** de la Organización.
- Reconocer la existencia de los procesos internos (**relevante**):
- Identificar los procesos relacionados con los factores críticos para el éxito de la Organización o que proporcionan ventaja competitiva.
- Medir su actuación (calidad, costo y plazo) y ponerla en relación con el valor añadido percibido por el usuario.
- Identificar las necesidades de usuario externo y orientar a la Organización hacia su satisfacción.
- Entender las diferencias de alcance entre la mejora orientada a los procesos (que y para quien se hacen las cosas) y aquella enfocada a los departamentos o a las funciones (cómo se hace):

- Productividad del conjunto frente al individual (**Eficacia** global frente a Efectividad parcial).
  - El departamento es un eslabón de la cadena, proceso al que añade valor
  - Organización en torno a resultados no a tareas.
- Asignar responsabilidades personales a cada proceso.
  - Establecer en cada proceso indicadores de funcionamiento y objetivos de mejora.
  - Evaluar la capacidad del proceso para satisfacerlos.
  - Mantenerlos bajo control, reduciendo su variabilidad y dependencia de causas no aleatorias (utilizar los gráficos de control estadístico de procesos para hacer predecibles calidad y costo).
  - Mejorar de forma continua su funcionamiento global limitando su variabilidad común.
  - Medir el grado de satisfacción del **usuario interno o externo**, y ponerlo en relación con la evaluación del desempeño personal.

La dificultad, grande por cierto, no estaba en la componente técnica de esta forma de gestionar una Organización, sino en el cambio de actitud de las personas. Algunos de los paradigmas bajo los que nos hemos educado, como la lógica Tayloriana, el organigrama y la Jerarquía, han de ser puestos en entredicho, al igual que determinados valores culturales vistos ahora como un freno a la creatividad.

Los cambios de comportamiento, especialmente en mandos y directivos, necesarios para gestionar los procesos de la Organización se resumen en:

- Orientación externa hacia el usuario, frente a orientación interna al producto.
- Fusionar en las personas pensamiento y acción de mejora frente a la lógica Tayloriana. No se trata de trabajar más sino de trabajar de otra manera.



- Compromiso con resultados frente a cumplimiento.
- Procesos y usuarios frente a departamentos y jefes.
- Participación y apoyo frente a jerarquización y control.
- Responsabilidad sobre el proceso frente a autoridad jerárquica funcional.

Los procesos siempre están diseñados por directivos; cuando están enfocados a satisfacer determinadas necesidades internas, como control o limitaciones de la responsabilidad departamental, incorporan una serie de actividades de dudoso valor agregado. Si define claramente la misión y objetivos de los procesos en términos del valor agregado percibido por los usuarios, automáticamente se pondrá de manifiesto aquellas actividades consideradas como ineficaces y por lo tanto imprescindibles.

#### **2.4.2.1 Objetivos de la Gestión por Procesos**

Como un sistema de gestión de calidad que es, el principal objetivo de la Gestión por Procesos es aumentar los resultados de la Organización a través de conseguir niveles superiores de satisfacción de sus usuarios. Además de incrementar la productividad a través de:

- Reducir los costos internos innecesarios (actividades sin valor agregado).
- Acortar los plazos de entrega (reducir tiempos de ciclo).
- Mejorar la calidad y el valor percibido por los usuarios de forma que a éste le resulte agradable trabajar con el suministrador.
- Incorporar actividades adicionales de servicio, de escaso costo, cuyo valor sea fácil de percibir por el usuario (ejemplo: Información).

Para entender la **Gestión por Procesos** podemos considerarla como un sistema cuyos elementos principales son:

- Los procesos claves
- La coordinación y el control de su funcionamiento.
- La gestión de su mejora.

Concluyendo, la finalidad última de la Gestión por Procesos es hacer compatible la mejora de la satisfacción del usuario con mejores resultados organizacionales.

Algunas diferencias entre organizaciones por procesos y Organización funcional tradicional:

- Procesos: De complejos a simples
- Actividades: De simples a complejas.
- Indicadores: De desempeño o resultados.
- Personal: De controlado a facultado.
- Directivo: De controlador a entrenador/Líder

Enfoque organizacional clásico versus enfoque de procesos (H.J. Harrington, 1994)

CUADRO Nº 1

<b>GESTIÓN POR FUNCIONES</b>	<b>GESTIÓN POR PROCESOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamentos especializados</li> <li>• Departamento forma organizativa</li> <li>• Jefes funcionales</li> <li>• Jerarquía – control</li> <li>• Burocracia – formalismo</li> <li>• Toma de decisiones centralizada</li> <li>• Información Jerárquica</li> <li>• Jerarquía para coordinar</li> <li>• Cumplimiento, desempeño</li> <li>• Eficiencia: Productividad</li> <li>• Cómo hacer mejor las tareas</li> <li>• Mejoras de alcance limitado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso valor añadido</li> <li>• Forma natural de organizar en trabajo</li> <li>• Responsables de los procesos</li> <li>• Autonomía – Autocontrol</li> <li>• Flexibilidad – cambio – innovación</li> <li>• Es parte del trabajo de todos</li> <li>• Información compartida</li> <li>• Coordina el equipo</li> <li>• Compromiso con resultados</li> <li>• Eficacia: competitividad</li> <li>• Qué tareas hacer y para qué</li> <li>• Alcance amplia – transfuncional</li> </ul>

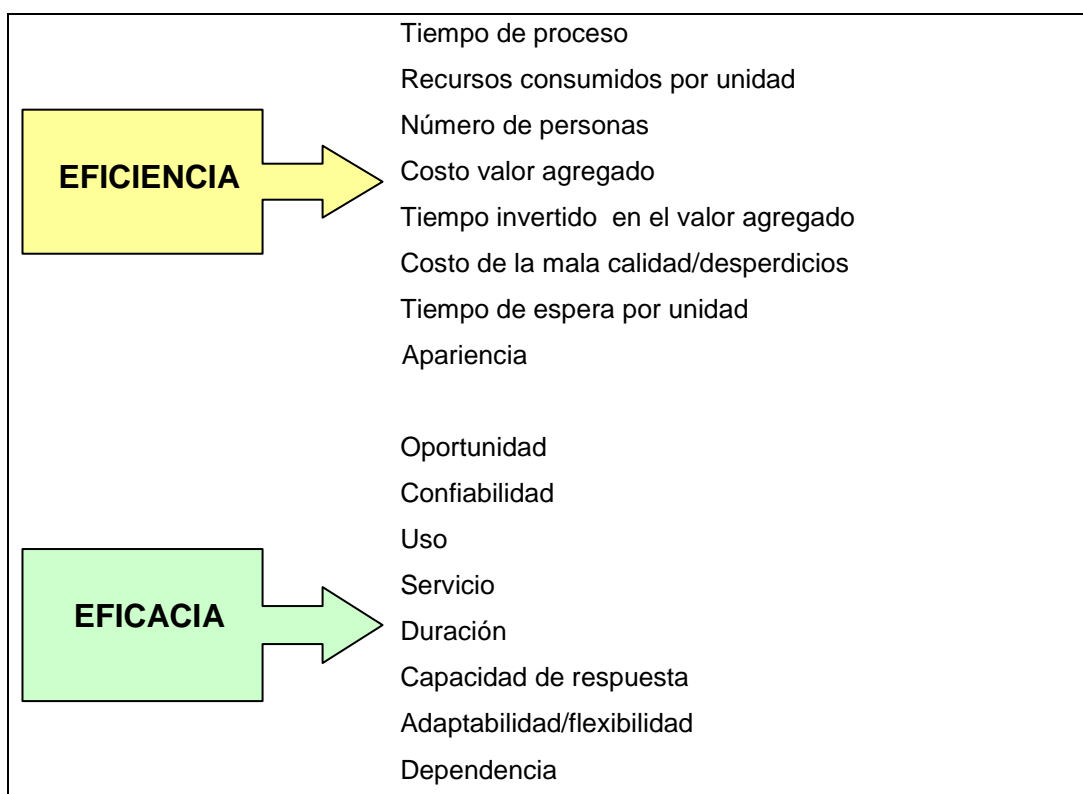
Elaborado por: M. Elena Arcos F.

Fuente: H.J: Harrington. 1994. Mejoramiento de los procesos.

Manifiestan D. Salvador Parrado y D. César Colino, (2006), que “en la gestión de la calidad predomina la idea del trabajo en equipo, la abolición de las jerarquías, la transferencia de ideas desde la base a la cúpula y otros elementos que propician este clima participativo. La incorporación de las decisiones de los empleados a las decisiones organizativas forma parte de la participación interna”.

### 2.4.2.2. Medidas de productividad de un proceso

CUADRO Nº 2



Elaborado por: M. Elena Arcos F.

Fuente: Rojas Moya J.L.: (2003). Gestión por Procesos y Atención al Usuario, en los Establecimientos de Salud.

De acuerdo a Johanson, McHugh, Pendlebury y Wheeler (1995), sólo son necesarios cuatro indicadores para medir el rendimiento de un proceso (cuatro criterios de "valor" para el usuario): Calidad, Tiempo total del proceso, Costo y Servicio.

## INDICADORES PARA MEDIR EL RENDIMIENTO DE UN PROCESO

CUADRO N° 3

CALIDAD	TIEMPO TOTAL DEL PROCESO	COSTO	SERVICIO
1. Satisfacción de las necesidades del usuario	1. Tiempo para llegar al servicio	1. Diseño e ingeniería	1. Apoyo al usuario
2. Adecuación para el uso	a. Concepto de prestación de servicios	2. Conversión	2. Servicio a los usuarios
3. Integridad de los procesos variaciones mínimas	b. Recepción de pedido hasta la entrega	3. Aseguramiento de la calidad	3. Flexibilidad para satisfacer los cambios de las expectativas del usuario
4. Eliminación del desperdicio	2. Respuestas a la fuerza de las expectativas del usuario	4. Gestión del usuarios	
5. Mejora continua	3. Tiempo de servicio	5. Administración	
	a. Diseño	6. Inventarios	
	b. Ingeniería	7. Materiales, insumos	
	c. Conversión		
	d. Entrega		
	4. Materiales,		
	5. Inventarios		

Elaborado por: M. Elena Arcos F.

Fuente: Johanson, McHugh, Pendlebury y Wheeler, Reingeniería de Organizaciones. Editorial Limusa, México. 1995.

### 2.4.2.3. Gestión de procesos en los servicios de salud

La gestión por procesos se conforma como una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de Calidad Total. La implantación de la Gestión por Procesos, como política para incorporar, arraigar la calidad y la mejora continua en la cultura de las organizaciones de los establecimientos de salud, como un sistema más descentralizado y participativo, ayudará a elevar la satisfacción de los prestadores de servicios de salud con su trabajo, además de reducir sustancialmente la heterogeneidad en el nivel de calidad entre los diferentes tipos de servicios de salud públicos en todo el territorio nacional.

Por su parte, la población mejorará su percepción sobre la calidad de los servicios de salud con información verídica, que permita elevar la confianza de la población en el sistema de salud. Asimismo, debe

incorporar a la población en la promoción y vigilancia de la calidad de los servicios de salud.

La implantación de la Gestión por Procesos en los Servicios de Salud deberá enfrentar importantes desafíos. Entre los principales retos que habrá de superar se encuentran:

- La baja calidad, en promedio, de los servicios de salud
- La heterogeneidad del servicio a nivel nacional
- La percepción generalizada de una mala calidad del servicio
- La información deficiente y poco confiable.

En un periodo de la historia nacional en el que la democratización es el común denominador de todas las acciones de gobierno, la salud no puede rezagarse. La democratización de los servicios de salud permitirá que la gente cuente con un sistema de salud más cercano a la gente, que responda con calidad a sus necesidades y expectativas, que proteja a toda la población de los gastos médicos excesivos y que permita la participación de la gente en las decisiones que afectan su salud y que hará posible que los usuarios cuenten con una mayor libertad para elegir al prestador de servicio.

La fase de implantación de un sistema es la más compleja, especialmente cuando se trata de introducir una nueva cultura de hacer las cosas, que implica cambios o rediseñar procesos en las organizaciones.

Para esto, es primordial adoptar una estrategia de implantación adecuada al tipo de organización, tomando en cuenta que el Sistema Nacional de Salud está formado por un conjunto de instituciones con peculiaridades distintas, con dotación de infraestructuras y tecnológica diversa. De ahí que la implantación debe adaptarse en cada institución, y a las características específicas de los Establecimientos de Salud.

En este sentido, es importante destacar que para la implantación de la Gestión por Procesos se debe abordar las siguientes situaciones:

- Los Establecimientos de Salud mantienen estructuras organizativas jerarquizadas, burocratizadas, súper especializadas. Para la Gestión por Procesos, se requiere organizaciones planas y horizontales. Lo que supone cambios organizativos profundos para reorientar el trabajo individual hacia equipos multidisciplinarios, y los servicios clásicos hacia unidades funcionales Interdisciplinarios.
- La gestión llevada a cabo en los Establecimientos de Salud tiene un enfoque en el que predomina la proyección interior, es decir no se enfoca al usuario.
- La Toma de decisiones es centralizada, la Información y coordinación demasiado jerarquizadas. Los sistemas de información están enfocados a la medición de resultados basados en la productividad que en la satisfacción del usuario y la calidad de los servicios.
- La organización está muy arraigada y centralizada. Esto dificulta la reorganización en unidades de proceso, para ser eficaces.
- El liderazgo está basado más en el inmovilismo y las cualidades administrativas que en la adaptación al cambio y en el liderazgo activo.

### **2.4.3. Proceso**

Un proceso puede ser definido como un conjunto de actividades enlazadas entre sí que, partiendo de uno o más inputs (entradas) los transforma, generando un output (resultado).

A partir de esta definición de proceso, se puede incluir dentro de este concepto desde lo que sería un "macroproceso" como, por ejemplo, la totalidad de la actividad de la empresa, hasta procesos extremadamente sencillos (o "subprocesos"), como, por ejemplo, el proceso de recepción y distribución de la correspondencia.

Un proceso comprende, por tanto, una serie de actividades realizadas por diferentes departamentos o servicios de la organización, que añaden valor y que ofrecen un servicio a su cliente, Este cliente podrá ser tanto un "cliente interno" (otras personas o grupos dentro de la organización) como un "cliente externo" (consumidores o usuarios).

Cada proceso se describe en forma de diagrama o esquema y esta representación gráfica ayuda a todas las personas que desarrollan tareas relacionadas con el proceso. En la representación de un proceso se identifican las entradas de materiales e información, las operaciones que se efectúan, las salidas, las interrelaciones con otros procesos y los responsables de las distintas operaciones.

Proceso no es lo mismo que procedimiento. Un procedimiento es el conjunto de reglas e instrucciones que determinan la manera de proceder o de obrar para conseguir un resultado. Un proceso define que es lo que se hace, y un procedimiento, cómo hacerlo.

No todas las actividades que se realizan son procesos. Para determinar si una actividad realizada por una organización es un proceso o subproceso, debe cumplir los siguientes criterios:

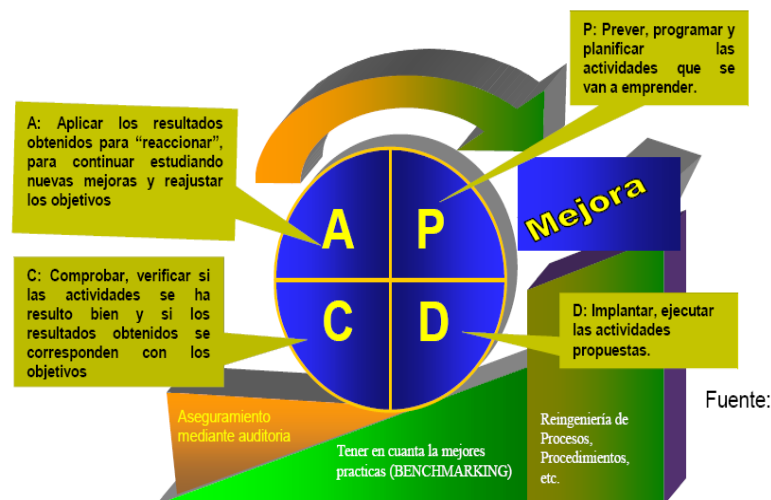
- La actividad tiene una misión o propósito claro.
- La actividad contiene entradas y salidas, se pueden identificar los clientes, proveedores y producto final.
- La actividad debe ser susceptible de descomponerse en operaciones o tareas.
- La actividad puede ser estabilizada mediante la aplicación de la metodología de gestión por procesos (tiempo, recursos, costos).
- Se puede asignar la responsabilidad del proceso a una persona.

- La gestión de procesos aporta una visión y unas herramientas con las que se puede mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerla más eficiente y adaptado a las necesidades de los clientes.

Las actividades de cualquier organización pueden ser concebidas como integrantes de un proceso determinado. De esta manera, cuando un cliente entra en un comercio para efectuar una compra, cuando se solicita una línea telefónica, un certificado de empadronamiento, o la inscripción de una patente en el registro correspondiente, se están activando procesos cuyos resultados deberán ir encaminados a satisfacer una demanda.

Se trata de conocer el proceso, sus causas asignables (imputables) de variación, de eliminar actividades sin valor añadido y de aumentar la satisfacción del cliente.

El rediseño de procesos incluye una actividad de mejora permanente, ya que al rediseño en sí ha de seguir la aplicación del ciclo PDCA de mejora continua. Todos los procesos tienen que ser capaces de satisfacer los ciclos P, D, C, A del gráfico siguiente.



[http://personales.jet.es/amozarrain/Estructura\\_proceso.htm](http://personales.jet.es/amozarrain/Estructura_proceso.htm)

GRAFICO Nº 4



Todos los procesos tienen que ser capaces de satisfacer los ciclos P. D. C. A. Todos los procesos tienen que tener indicadores que permitan visualizar de forma gráfica la evolución de los mismos. Tienen que ser planificados en la fase P, tienen que asegurarse su cumplimiento en la fase D, tienen que servir para realizar el seguimiento en la fase C y tiene que utilizarse en la fase A para ajustar y/o establecer objetivos.

#### **2.4.3.1. Características de los procesos**

Se habla realmente de proceso si cumple las siguientes características o condiciones:

- Se pueden describir las ENTRADAS y las SALIDAS
- El Proceso cruza uno o varios límites organizativos funcionales.
- Una de las características significativas de los procesos es que son capaces de cruzar verticalmente y horizontalmente la organización.
- Se requiere hablar de metas y fines en vez de acciones y medios. Un proceso responde a la pregunta "QUE", no al "COMO".
- El proceso tiene que ser fácilmente comprendido por cualquier persona de la organización.
- El nombre asignado a cada proceso debe ser sugerente de los conceptos y actividades incluidos en el mismo

#### **2.4.3.2. Estructura por procesos**

**Proceso:** Serie de actividades secuenciales e interdependientes, orientadas a la consecución de un resultado, en el que se agrega valor a un insumo y se contribuye a satisfacer una necesidad.

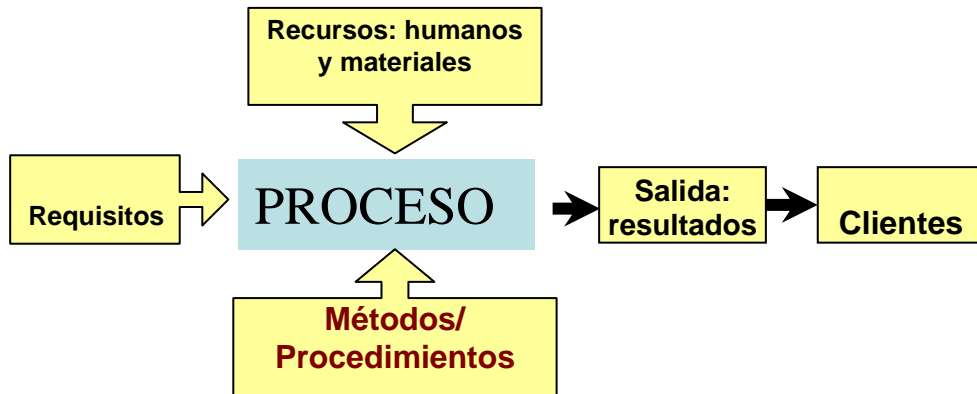


GRAFICO Nº 5

ELABORADO: M. Elena Arcos F.

FUENTE: Inmaculada Blaya. Oficina de Gestión y Control de la Calidad, Universidad Miguel Hernández. UPM. 2006

Las actividades de cualquier organización pueden ser concebidas como integrantes de un proceso determinado. De esta manera, cuando un cliente entra en un comercio para efectuar una compra, cuando se solicita una línea telefónica, un certificado de empadronamiento, o la inscripción de una patente en el registro correspondiente, se están activando procesos cuyos resultados deberán ir encaminados a satisfacer una demanda.

Desde este punto de vista, una organización cualquiera puede ser considerada como un sistema de procesos, más o menos relacionados entre sí, en los que buena parte de los inputs serán generados por proveedores internos, y cuyos resultados irán frecuentemente dirigidos hacia clientes también internos.

Esta situación hará que el ámbito y alcance de los procesos no sea homogéneo, debiendo ser definido en cada caso cuando se aborda desde una de las distintas estrategias propias de la gestión de procesos. Quiere esto decir que, a veces, no es tan evidente dónde se inicia y dónde finaliza un proceso, siendo necesario establecer una delimitación a efectos operativos, de dirección y control del proceso.

Un proceso puede ser realizado por una sola persona, o dentro de un mismo departamento. Sin embargo, los más complejos fluyen en la organización a través de diferentes áreas funcionales y departamentos, que se implican en aquél en mayor o menor medida.

El hecho de que en un proceso intervengan distintos departamentos dificulta su control y gestión, diluyendo la responsabilidad que esos departamentos tienen sobre el mismo. En una palabra, cada área se responsabilizará del conjunto de actividades que desarrolla, pero la responsabilidad y compromiso con la totalidad del proceso tenderá a no ser tomada por nadie en concreto.

Evidentemente, la organización funcional no va a ser eliminada. Una organización posee como característica básica precisamente la división y especialización del trabajo, así como la coordinación de sus diferentes actividades, pero una visión de la misma centrada en sus procesos permite el mejor desenvolvimiento de los mismos, así como la posibilidad de centrarse en los receptores de los outputs de dichos procesos, es decir en los clientes. Por ello, tal vez la gestión por procesos es un elemento clave en la Gestión de la Calidad

#### **2.4.3.3. Identificación de los procesos**

Los procesos en la organización se identifican a partir de la norma que la constituye y normas que le definen las funciones y competencias, las cuales encierran los objetivos, funciones, productos o servicios que debe proveer. Adicionalmente es importante considerar la misión y la visión

#### **2.4.3.4. Priorización de procesos**

Partiendo de la clasificación de los procesos mencionada: misionales, de apoyo y gestión, definir cuáles son los procesos que

efectivamente debe ejecutar la entidad. Para ello, establecer una priorización de los más significativos en el corto, mediano y largo plazo.

Para priorizar procesos existen varias técnicas; dos de ellas son: la matriz relación entre objetivos y procesos, y el grado de dificultad y contribución de los procesos.

**Procedimiento:** Conjunto o sucesión de pasos, ampliamente vinculados y cronológicamente dispuestos, realizados al interior de la entidad por el servidor público y dirigidos a precisar la forma de hacer algo, incluyendo el qué, cómo y a quién corresponde el desarrollo de la tarea.

**Diagrama de flujo:** Representación gráfica de un proceso o de un procedimiento que permite la observación sistemática de su ejecución, mostrando la dinámica y lógica de la secuencia del trabajo.

**Área clave:** Es aquella que conserva la esencia del proceso o del procedimiento y sin la cual éste no se cumple.

**Factor crítico de éxito:** Se define como la identificación de aquellos aspectos que tienen mayor incidencia o impacto en la eficiencia y efectividad del proceso.

**Sistema:** Conjunto organizado de cosas o partes interactuantes e interdependientes, que se relacionan formando un todo unitario y complejo.

**Sistémico:** Referido a la integralidad de las partes que conforman un todo. Considera el efecto que produce una parte en el todo y el todo en la parte.

#### **2.4.3.5. Mapa de procesos**

Un mecanismo de gran utilidad para la evaluación de los procesos de trabajo es el mapa de proceso. El mapa de proceso contribuye a hacer visible el trabajo que se lleva a cabo en una unidad de una forma distinta a la que ordinariamente lo conocemos. A través de este tipo de gráfica podemos percatarnos de tareas o pasos que a menudo pasan desapercibidos en el día a día, y que sin embargo, afectan positiva o negativamente el resultado final del trabajo.

Un mapa de los pasos que se requieren para completar un trabajo nos permite identificar claramente los individuos que intervienen en el proceso, la tarea que realizan, a quién afectan cuando su trabajo no se realiza correctamente y el valor de cada tarea o su contribución al proceso. También nos permite evaluar cómo se entrelazan las distintas tareas que se requieren para completar el trabajo, si son paralelas (simultáneas) o secuenciales (una tarea no puede iniciarse hasta tanto otra se haya completado).

Los mapas de procesos son útiles para:

- Conocer cómo se llevan a cabo los trabajos actualmente.
- Analizar los pasos del proceso para reducir el ciclo de tiempo o aumentar la calidad.
- Utilizar el proceso actual como punto de partida para llevar a cabo proyectos de mejoramiento del proceso.
- Orientar a nuevos empleados.
- Desarrollar formas alternas de realizar el trabajo en momentos críticos.
- Evaluar, establecer o fortalecer los indicadores o medidas de resultados

#### **2.4.3.6. Cuando utilizar los mapas de proceso**

- **Cuando las quejas o los señalamientos que se reciben se relacionan con el tiempo que debe esperar el cliente para obtener algún servicio o resultado**, es un buen indicio de que el problema pudiera radicar en que el proceso o ciclo de trabajo es ineficiente. No es por casualidad, que cuando se piensa en burocracia se piensa en gobierno. Los sistemas gubernamentales se caracterizan por la recopilación de información mediante formularios. Muchos de ellos han sido creados por una unidad especializada luego de un cuidadoso análisis. Sin embargo, otros son el resultado de iniciativas bien intencionadas de los individuos que intervienen o han intervenido en el proceso a través de los años. El resultado de esto es un proceso lento de levantar una cantidad excesiva de información innecesaria o duplicada. En estos casos, el mapa de procesos es una excelente herramienta para detectar información duplicada o innecesaria que, de ser eliminada, reduciría el tiempo que toma completar el trabajo.
- **Cuando se reciben señalamientos o quejas de errores en el resultado del trabajo**, estos pueden ser ocasionados por un empleado que no posee el conocimiento o la destreza necesaria. En estos casos, obviamente la primera opción es el adiestramiento al empleado. Sin embargo, si luego de los adiestramientos, el problema persiste, entonces es un buen momento para evaluar el proceso. En ocasiones, aspectos tan simples como el diseño del formulario pueden reducir significativamente los errores en la entrada de información a un computador. En otras ocasiones, existen varios formularios en los que se solicita información similar.
- **Cuando se interesa automatizar la información a través de la adquisición de equipos de computadoras y aplicaciones** es indispensable preparar un mapa de los procesos. De esta forma, pueden identificarse aquellos pasos o tareas que son críticos para

completar el trabajo correctamente y aquellos que deberán modificarse para obtener un mayor beneficio de la nueva tecnología. Incorporar la tecnología a procesos manuales sin hacer este tipo de ejercicio, a menudo resulta en la subutilización de la tecnología. En lugar de automatizar pasos repetitivos, solamente se sustituye un archivo por el espacio del disco duro y la maquinilla por el procesador de palabras.

- **Cuando existe una necesidad continua de adiestrar personal para llevar a cabo el trabajo**, ya sea porque en ciertas épocas del año es necesario allegar personal de otras áreas para dar apoyo a un incremento del volumen de trabajo o porque entre el personal, las renunciaciones y reclutamientos son frecuentes. El mapa de procesos es una forma rápida y efectiva para que el nuevo empleado comprenda la tarea asignada, ya que podrá conocer las tareas que le anteceden y las que dependen de su tarea.
- **Cuando es necesario establecer indicadores para medir la efectividad o eficiencia del trabajo**, resulta de gran valor conocer los pasos o tareas que lo componen. Así, cuando se determinan las tareas que serán medidas, se seleccionan solo aquellas que verdaderamente impactan el resultado y se evita recopilar datos innecesarios. Luego, cuando se determina el resultado, si éste no es el esperado, del mismo mapa de procesos se podrá obtener información sobre los pasos que pueden requerir modificación para mejorar el resultado final.

#### **2.4.3.7. Como preparar un mapa de procesos**

Un proceso es la transformación que resulta de combinar una o más tareas, bienes o servicios, para producir un bien o servicio de mayor valor (resultado). En el gobierno, muchos de los resultados son servicios directos e indirectos a la ciudadanía.

Un mapa de procesos es la representación gráfica de uno o más procesos que contribuyen de forma significativa al logro de un resultado. El resultado puede ser un servicio o un producto. El servicio o producto puede ser para uso interno de otra unidad dentro de la organización, o externo, para uso o disfrute de la ciudadanía.

Existen varios métodos para representar un proceso. La selección de uno sobre otro dependerá del propósito para el cual se prepara. Dos alternativas son: el flujograma y el mapa de procesos cruzados (“crossfunctional process map”). Cuando el resultado (producto o servicio) requiere de la participación activa de varias unidades de trabajo, resulta útil comenzar el análisis con el mapa de procesos cruzados. Por el contrario, si los pasos o tareas del proceso se llevan a cabo en una misma unidad de trabajo, entonces el flujograma puede ser la mejor alternativa. Si desea información más detallada de cómo preparar alguno de éstos, coloque el cursor sobre el tipo de mapa y oprima el cursor.

#### **2.4.3.8. Mapa de procesos cruzados**

La gráfica de procesos cruzados contiene los insumos o recursos necesarios, personas, materiales, y productos y los pasos necesarios para transformarlos en el resultado final. Estos se representan mediante símbolos y flechas. Se ofrece dos alternativas para representar los procesos cruzados; el mapa funcional y el lineal de tiempo (“time line”).

Mapa funcional, se utiliza mayormente para clarificar la forma en que está organizado el trabajo, paso a paso, a través del proceso y cómo las actividades cruzan los límites de una unidad a otra para que pueda ser completado el proceso.

Usualmente la gráfica es en columnas. En las columnas se identifican las unidades o individuos que participan en el proceso, en orden de precedencia, de izquierda a derecha. Bajo cada columna,



comenzando desde la primera, se representan las actividades que se realizan en esa unidad. (Yolanda Cordero, Oficina de Gerencia y Presupuesto del Estado Libre de Puerto Rico, 2007).

### Mapa Funcional de Procesos Cruzados, en la atención médica.

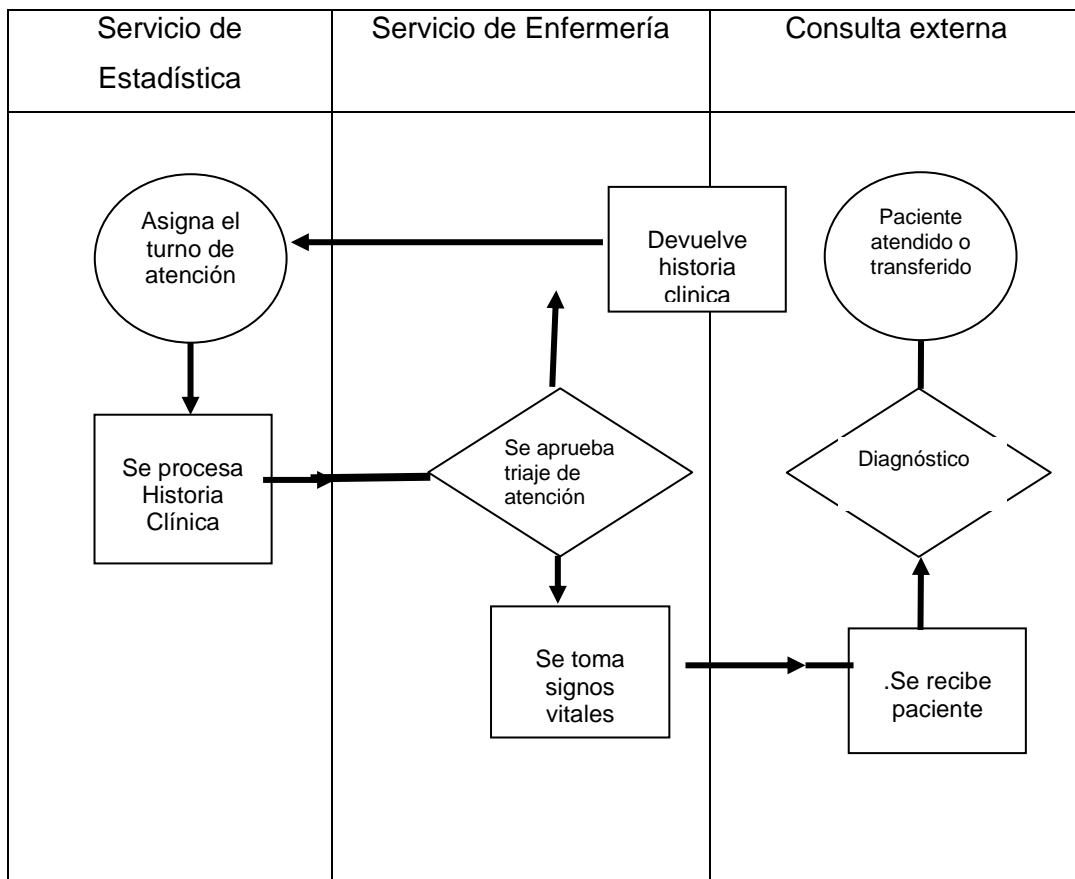


GRAFICO Nº 6  
 ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.  
 FUENTE: Adaptación Propia

#### 2.4.3.9. Mapa de tiempo

Este se construye para representar el ciclo de tiempo a través del proceso. Comúnmente se utiliza cuando se interesa reducir el ciclo de tiempo, esto es, agilizar el proceso. Sin embargo, en procesos sumamente complejos puede resultar un diagrama demasiado cargado.

## Mapa de tiempo en la atención médica en consulta externa del Hospital Provincial General de Latacunga.

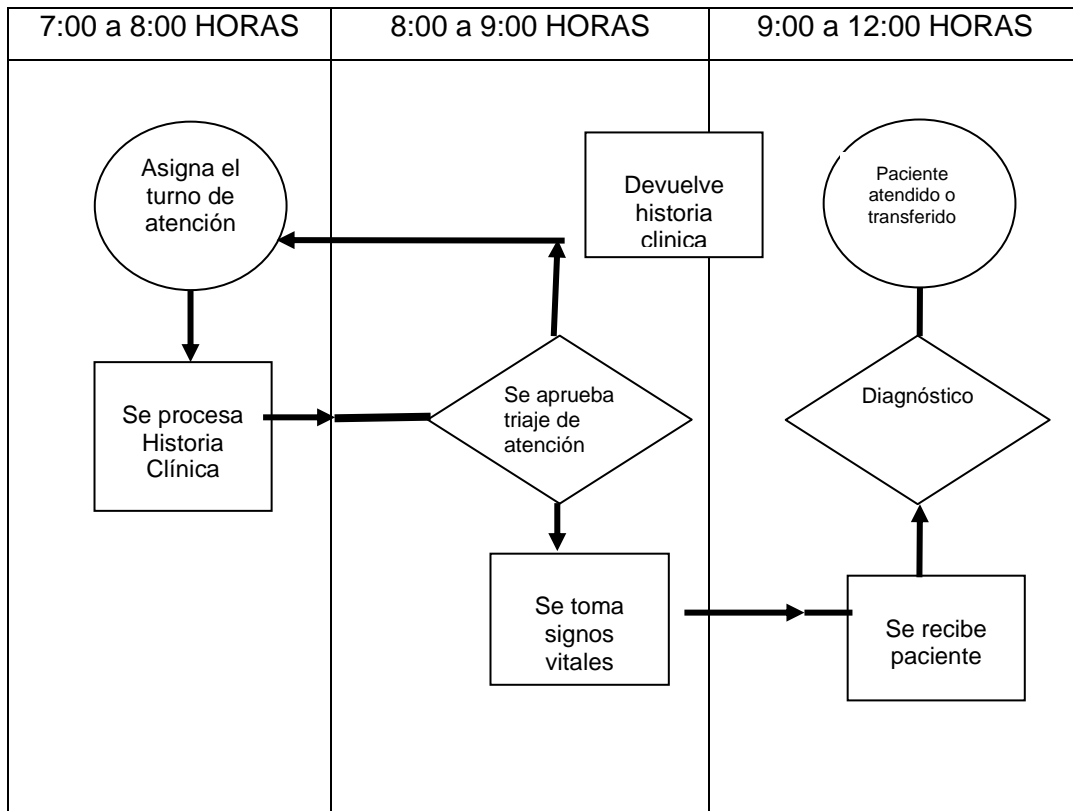


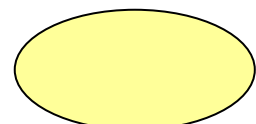
GRAFICO Nº 7  
 ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.  
 FUENTE: Adaptación Propia

### 2.4.3.10. Mapa de flujograma

El flujograma es una fotografía esquemática de un proceso en la que se utilizan *símbolos* con flechas para representar los pasos en orden secuencial. Es útil cuando iniciamos el análisis de un proceso complejo, pues nos permite representar todos los pasos y elementos que intervienen en el mismo, de una forma simple. Una vez se tiene el proceso definido, puede ser útil hacer un mapa de procesos cruzados para iniciar un análisis más profundo del movimiento entre unidades y tiempo del ciclo.

### 2.4.3.11. Símbolos utilizados en los mapas de procesos

**Ovalo:** Indica el inicio (insumo) o el final (producto) del

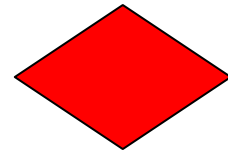


Proceso.

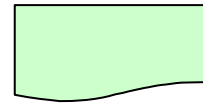
**Cuadrado:** Indica operación, acción, paso, tarea o Actividad.



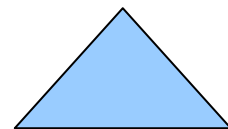
**Diamante:** Indica decisión



**Cuadrado cortado:** Indica información o documento Impreso.



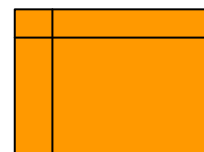
**Triángulo:** Documento en espera de una acción.



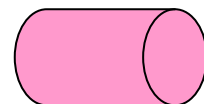
**Cuadrado doble línea vertical:** Proceso definido



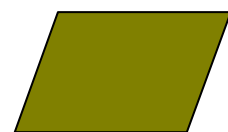
**Cuadrado doble línea vertical y horizontal:** Almacenamiento interno.



**Cilindro:** Datos directos.



**Romboide:** Datos



**Diagrama de flujo de proceso de gratuidad en atención de emergencia Hospital Provincial General de Latacunga**

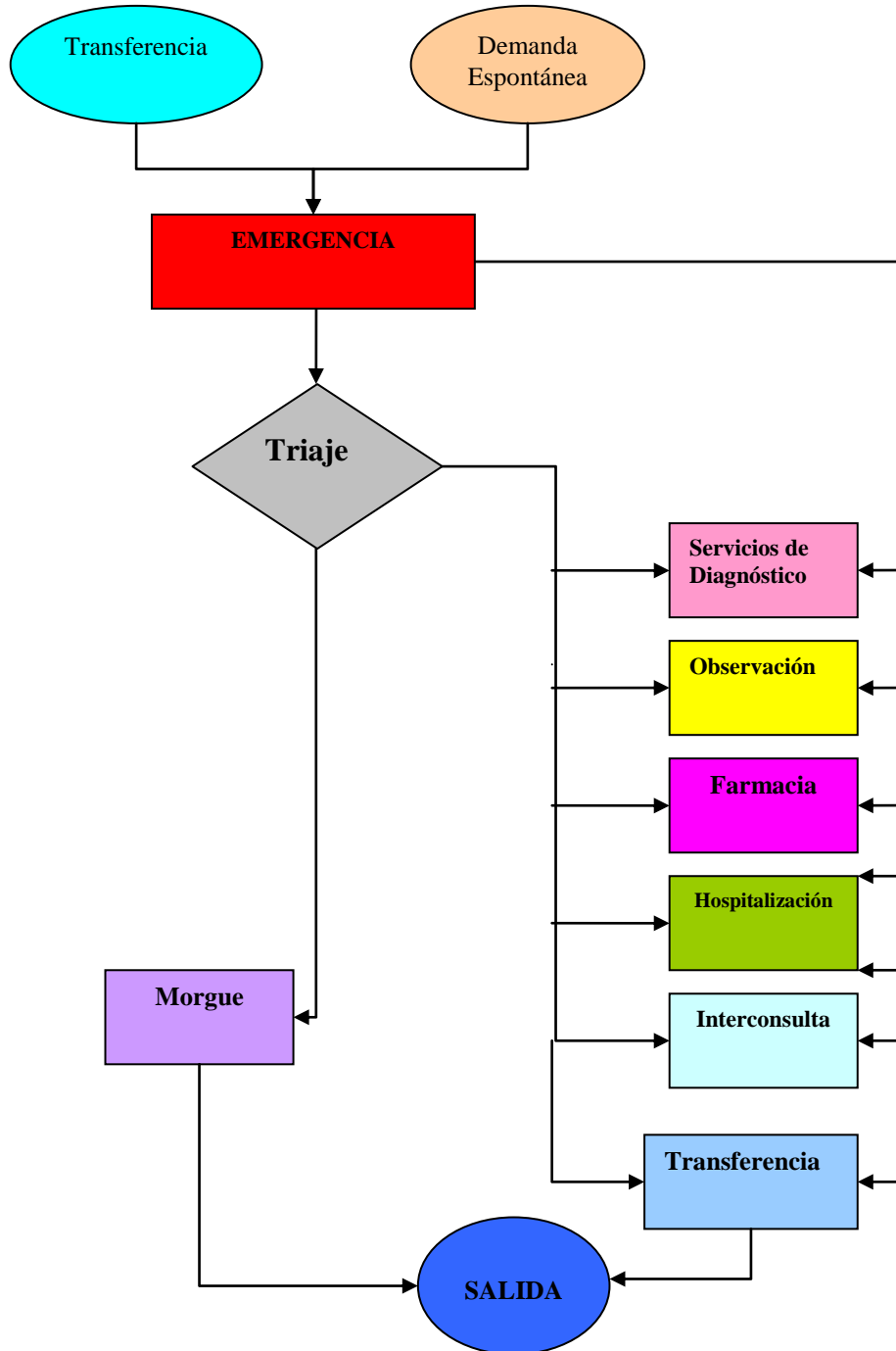


GRAFICO Nº 8  
Elaborado: M. Elena Arcos F.  
Fuente: Hospital Provincial General Latacunga

#### **2.4.4. Reingeniería de procesos**

Reingeniería significa volver a empezar arrancando de nuevo; reingeniería no es hacer más con menos, es con menos dar más al cliente. El objetivo es hacer lo que ya estamos haciendo, pero hacerlo mejor, trabajar más inteligentemente.

Es rediseñar los procesos de manera que estos no estén fragmentados. Entonces la organización podrá arreglarse sin burocracias e ineficiencias.

Propiamente hablando: "reingeniería es la revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y actuales de rendimiento, tales como costos, calidad, servicio y rapidez". Hammer y Champy, (1994).

Es un rediseño radical ya que cambia el proceso y no los pasos individuales. Para justificar este método nunca deben ser menos del 10%, porque si se quiere operar nuevos cambios no se necesita la reingeniería.

En los hospitales prevalece el estímulo para la multi dimensionalidad de las acciones con multi capacidad y multi funcionalidades del personal.

La reingeniería en salud es implementar calidad de atención a través de la revisión o reestructuración radical de los procesos institucionales, con rediseño fundamental de arriba para abajo. Es decir el método de atención orientada al paciente viene siendo una estrategia de implementación para la Reingeniería Hospitalaria.

Los beneficios que se espera conseguir con un proceso de reingeniería son los siguientes:

- Racionalización del Proceso y reducción de costos.
- Mejoramiento de la eficiencia y eficacia ,
- Delimitación adecuada de las funciones y responsabilidades
- Evaluación y racionalización de las cargas de trabajo
- Mejoramiento de la cultura de trabajo en equipo.

Detrás de la palabra reingeniería, existe un nuevo modelo de negocios y un conjunto correspondiente de técnicas que los ejecutivos y los gerentes tendrán que emplear para reinventar sus compañías.

Bajo el pensamiento tradicional de la administración muchas de las tareas que realizaban los empleados nada tenía que ver con satisfacer las necesidades de los clientes. Muchas de esas tareas se ejecutaban para satisfacer exigencias internas de la propia organización de la empresa.

En el ambiente de hoy nada es constante ni previsible, ni crecimiento del mercado, ni demanda de los clientes, ni ciclo de vida de los productos.

La reingeniería es la herramienta fundamental y la última del cambio. Ella dirige el proceso de negocios de una organización. En su estado actual, ayuda a ajustar los negocios a partir de antiguos paradigmas hacia uno nuevo de servicio e información. En el futuro continuará moviendo el negocio.

La reingeniería utiliza el cambio continuo para alcanzar la ventaja competitiva. Las oportunidades de las organizaciones continuaran creciendo si se tiene en cuenta que de uno u otro modo, la mayor parte del beneficio de estas organizaciones llegará a los negocios sin mucho esfuerzo. Sin embargo, los negocios que ganarán al máximo serán aquellos que puedan asimilar la tecnología más reciente y tomar ventaja de las oportunidades, para que así se preparen a sí mismos para cambiar.

Tres fuerzas, por separado y en combinación, están impulsando a las organizaciones a penetrar cada vez más profundamente en un territorio que para la mayoría de los ejecutivos y administradores es desconocido. Estas fuerzas son: clientes, competencia y cambio.

#### a. Clientes

Los clientes asumen el mando, ya no tiene vigencia el concepto de él cliente, ahora es este cliente, debido a que el mercado masivo hoy está dividido en segmentos, algunos tan pequeños como un solo cliente. Los clientes ya no se conforman con lo que encuentran, ya que actualmente tienen múltiples opciones para satisfacer sus necesidades.

Esto es igualmente aplicable en la relación cliente - proveedor entre las propias empresas, y los reclamos muchas veces se expresan en: "0 lo hace usted como yo quiero o lo hago yo mismo".

Los clientes se han colocado en posición ventajosa, en parte por el acceso a mayor información. Para las empresas que crecieron con la mentalidad de mercado masivo, la realidad es más difícil de aceptar acerca de los clientes, en cuanto a que cada uno cuenta. Si se pierde un cliente hoy, no se aparece otro para reemplazarlo.

#### b. Competencia

Antes era sencilla: la compañía que lograba salir al mercado con un producto o servicio aceptable y al mejor precio realizaba una venta. Ahora hay mucho mas competencia y de clases muy distintas.

La globalización trae consigo la caída de las barreras comerciales y ninguna compañía tiene su territorio protegido de la competencia extranjera. Empresas americanas, japonesas, europeas tienen experiencia en mercados fuertemente competitivos y están muy ansiosas

de ganar una porción de nuestro mercado. Ser grande ya no es ser invulnerable, y todas las compañías existentes tienen que tener la agudeza para descubrir las nuevas compañías del mercado.

Las compañías nuevas no siguen las reglas conocidas y hacen nuevas reglas para manejar sus negocios.

### c. El Cambio

El cambio se vuelve una constante, la naturaleza del cambio también es diferente. La rapidez del cambio tecnológico también promueve la innovación. Los ciclos de vida de los productos han pasado de años a meses. Ha disminuido el tiempo disponible para desarrollar nuevos productos e introducirlos. Hoy las empresas tienen que moverse más rápidamente, o pronto quedarán totalmente paralizadas.

En el campo de salud también intervienen otros factores:

C = COSTO (exigiendo nuevos modelos)

C = CAPACITACIÓN (pago por los servicios)

C = COALICIONES o ALIANZAS, para formar redes locales.

#### **2.4.4.1. Criterios con los que se reinicia el rediseño**

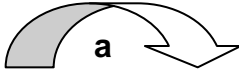
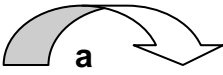
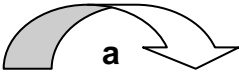
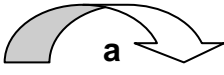
Recordemos que son los procesos y no las organizaciones los sujetos a reingeniería.

Para identificar y entender mejor los procesos, se les pueden poner nombres que indiquen su estado inicial y final:

Inventarios:

Proceso de aprovisionamiento  despacho.



Desarrollo de producto: De concepto		prototipo.
Ventas: De comprador potencial		pedido.
Despacho de pedidos: De pedido		pago.
Servicio: De indagación		resolución.

Para seleccionar un proceso a rediseñar podemos considerar las siguientes preguntas:

- Cuál proceso tiene más problemas?
- Cuál proceso tendrá mayores repercusiones?
- Cuál proceso tendrá más éxito con el nuevo desempeño?

#### 2.4.4.2. Reconstrucción de los procesos

A continuación se presentan algunas características comunes de procesos renovados mediante reingeniería.

- **Varios oficios se combinan en uno:** La característica más común y básica de los procesos rediseñados es que desaparece el trabajo en serie. Es decir, muchos oficios o tareas que antes eran distintos se integran y comprimen en uno solo.
- **Los trabajadores toman decisiones:** En lugar de separar la toma de decisiones del trabajo real, ésta se convierte en parte del trabajo. Ello implica comprimir verticalmente la organización, de manera que los

trabajadores ya no tengan que acudir al nivel jerárquico superior y tomen sus propias decisiones.

- **Los pasos del proceso se ejecutan en orden natural:** En los procesos rediseñados, el trabajo es secuenciado en función de lo que realmente es necesario hacerse antes o después.
  
- **En rediseño de los procesos los acelera en dos formas:**
  - a. Las tareas se hacen simultáneamente.
  - b. Reduciendo el tiempo que transcurre entre los primeros pasos y los últimos pasos de un proceso.
  
- **Los trabajos tienen múltiples versiones:** Esto se conoce como el fin de la estandarización. Significa terminar con los tradicionales procesos únicos para todas las situaciones, los cuales son generalmente muy complejos, pues tienen que incorporar procedimientos especiales y excepciones para tomar en cuenta una gran variedad de situaciones.
  
- **El trabajo se realiza en el sitio razonable:** Gran parte del trabajo que se hace en las empresas, consiste en integrar partes del trabajo relacionadas entre sí y realizadas por unidades independientes.

Después de la reingeniería, la correspondencia entre los procesos y organizaciones puede parecer muy distinta a lo que era antes, al reubicarse el trabajo en unidades organizacionales, para mejorar el desempeño global del proceso. Los procesos rediseñados muestran un enfoque más equilibrado. Prevalecen operaciones híbridas centralizadas - descentralizadas

Las empresas que han rediseñado sus procesos tienen la capacidad de combinar las ventajas de la centralización con las de la descentralización en un mismo proceso, apoyadas por la informática.



EL LIDER, es un alto ejecutivo que respalda, autoriza y motiva el esfuerzo total de reingeniería. Debe tener la autoridad suficiente para que persuada a la gente de aceptar los cambios radicales que implica la reingeniería. Sin este líder el proceso de reingeniería queda en buenos propósitos sin llegar a culminarse como se espera.

Designa a quienes serán los dueños de los procesos y asigna la responsabilidad de los avances en el rendimiento.

EL DUEÑO DEL PROCESO, Gerente de área responsable de un proceso específico y del esfuerzo de ingeniería correspondiente.

Los procesos deben de identificarse lo más pronto posible, asignar un líder y este a los dueños de los procesos.

Es importante que los dueños de procesos tengan aceptación de los compañeros con los que van a trabajar, aceptar los procesos de cambio que trae la reingeniería, y su función principal es vigilar y motivar la realización de la reingeniería.

EQUIPO DE REINGENIERÍA. Formado por un grupo de individuos dedicados a rediseñar un proceso específico, con capacidad de diagnosticar el proceso actual, supervisar su reingeniería y su ejecución. Es el encargado de realizar el trabajo pesado de producir ideas, para convertirlas en realidades.

COMITÉ DIRECTIVO. Cuerpo formulador de políticas, compuesto de altos administradores que desarrollan la estrategia global de la organización y supervisan su progreso, normalmente incluye a los dueños de proceso.

"ZAR" DE LA REINGENIERÍA. Es el responsable de desarrollar técnicas e instrumentos de reingeniería y de lograr sinergia entre los distintos proyectos en la empresa.

Se encarga de la administración directa coordinando todas las actividades de reingeniería que se encuentren en marcha; apoya y capacita a los dueños de proceso y equipos de reingeniería.

#### **2.4.4.5. Obstáculos para la reingeniería**

- Falta de fe en el proyecto o en el liderazgo
- Miedo a la pérdida o cambio en el trabajo
- Miedo a perder la antigüedad o la identidad en el trabajo
- Miedo al costo de cambios físicos, al costo de los consultores externos y el costo de los problemas emocionales.
- Resistencia de la gente al cambio.
- Aprendizaje difícil para un tiempo tan limitado.

#### **2.4.4.6. Recomendaciones para realizar las reingeniería**

- Los compromisos van de arriba abajo y se refleja en toda la organización
- La planificación de los recursos humanos debe ir a la par con los nuevos diseños de los procesos.
- Se debe establecer un plan inicial de compensaciones e incentivos.
- No se debe valorar solo a los consultores externos.
- No se debe dilatar el tiempo para implementar en proceso.
- Utilizar técnicas de lluvia de ideas manteniendo constantemente la comunicación.
- Flexibilidad de acciones.

## 2.4.5. Calidad

Calidad, según varios autores puede definirse como:

"La calidad es definida como la adecuación al uso" J. M. Juran (1992).

"Calidad Total es liderazgo de la marca en sus resultados al satisfacer los requisitos del cliente haciendo la primera vez bien lo que haya que hacer" V. Daniel Hunt (1992)

Según Deming (1990): " La calidad sólo puede ser decidida en términos de quién la evalúa, ¿Quién es el juez de la calidad? Es el cliente o usuario"

James Teboul (1982), dice: "Que la calidad consiste en satisfacer las necesidades del usuario en la gestión de los defectos o errores, es adoptar una actitud neutra, por lo menos pasiva y sin emoción. No basta reducir reclamaciones y las quejas para que los clientes nos sigan, es necesario conseguir que sus ojos brillen de deseo, la calidad también incluye el deseo, la seducción, el placer o encanto, la pasión por excelencia".

Philip B. Crosby (1979) manifiesta: "La función de la alta dirección no es la supervisión, sino el liderazgo. La Gestión debe trabajar en las fuentes en las que se originan las mejoras, en el propósito de lograr la mejor calidad del producto y del servicio y en la transferencia de este propósito al diseño del producto y al mismo producto específico"

Los conceptos de calidad en los servicios de salud se definen como:



GRAFICO N° 9  
ELABORADO: M. Elena Arcos F.

Uno de los problemas con la palabra calidad, es que para cada persona puede significar algo diferente:

Para un cirujano, una operación de cadera puede ser de alta calidad cuando todo sale sin mayores sobresaltos en la sala de operaciones, el paciente se recupera y es dado de alta puntualmente y sin ninguna infección grave.

Para un profesional de terapia física puede ver el mismo caso como de alta calidad si el paciente puede caminar con casi un 100% de su capacidad normal después del tratamiento.

El paciente seguramente considerará su capacidad de caminar, pero también si está totalmente libre de dolor.

El administrador de un hospital podrá considerar un procedimiento como exitoso, si este se lleva a cabo dentro de los límites económicos establecidos por el paciente y no incluye complicaciones costosas.

El usuario de los servicios considera que las características para que exista calidad son eficiencia, cuidados y eficacia.

Los programas de calidad, en realidad pretenden además mejorar el desempeño, los resultados y otros aspectos, así como reducir costos. Es más importante dar énfasis al concepto de **desempeño institucional** que únicamente a la palabra calidad.

#### **2.4.5.1 Dimensiones del desempeño**

##### **Hacer lo correcto**

**La eficacia** de procedimiento o tratamiento en relación a la condición del paciente: Es cuando la atención / intervención para el paciente ha demostrado lograr el resultado deseado / programado.

**La adecuación** de una prueba, procedimiento, o servicio específico para satisfacer las necesidades del paciente: cuando la atención / intervención proporcionada es relevante a las necesidades clínicas del paciente, dado el nivel actual de conocimientos.

##### **Hacer lo correcto correctamente**

La **disponibilidad** de una prueba, procedimiento, tratamiento o servicio para el paciente que lo necesita: cuando la atención / intervención adecuada está disponible para satisfacer las necesidades del paciente.



**La puntualidad** con que una prueba, procedimiento, tratamiento o servicio necesario es proporcionado al paciente: cuando se proporciona la atención al paciente en el momento más beneficioso o necesario.

**La efectividad** con que las pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios son proporcionados: cuando la atención / intervención para el paciente es coordinada entre los médicos, instituciones y con el tiempo.

**La seguridad** del paciente (y otros) a quienes se les proporciona los servicios: cuando el riesgo de una intervención y el riesgo del entorno son reducidos para el paciente y otros, incluyendo al médico.

**La eficiencia** con la que se proporciona los servicios: La relación entre los resultados y los recursos utilizados para prestar el servicio al paciente.

**El respeto y cuidado** con que se prestan los servicios: cuando el paciente o un apoderado participa en decisiones sobre su atención y el nivel de sensibilidad y respeto hacia las necesidades, expectativas y diferencias individuales por parte de los que prestan el servicio.

Un producto de calidad para el consumidor moderno sería como la virtud para una dama victoriana: no sólo debe ser, sino también parecer.

Las definiciones de calidad y desempeño por sí solas, no le sirven ni a la persona, ni a la institución, ni a la red de salud para mejorar la calidad en la salud.

La calidad puede mejorarse utilizando maneras diferentes de administrar, así como también adaptándole modelos al ambiente de salud solo así aumenta la probabilidad de un éxito duradero. Entre otras maneras es cambiar a:

Un nuevo director exigente, un supervisor muy amable o nuevo equipo, pero estos cambios son temporales y depende un tanto de la suerte.

Por otra parte, un programa de gestión de calidad, no puede sustituir a otros procesos y estructuras básicos necesarios para el funcionamiento de un sistema de salud.

Sahney (1999), dice que " aunque exista un programa de gestión total de calidad, esto no es un antídoto contra el exceso de decisiones o conductas equivocadas por parte de la administración central".

La premisa básica del mejoramiento de la calidad es que todo es un proceso, o una serie de pasos y el propósito es analizar y mejorar dichos procesos.

Es importante que los administradores examinen los problemas del sistema con tanto o más vigor que lo hacen con el desempeño individual. Que para el futuro las acciones de calidad deberán utilizar indicadores, mediciones, recopilaciones y análisis de datos y bases de datos comparativas.

La gestión de calidad en el futuro deberá incluir la "reingeniería" que utiliza métodos, instrumentos, principios y análisis de datos para responder a la pregunta, "si estableciéramos este negocio hoy, ¿cómo sería?"

Para el sector salud se necesita un control de calidad básico, una garantía de calidad para monitorear el desempeño, programas de mejoramiento de calidad y reingeniería para rediseñar completamente las funciones.

Las modernas corrientes de pensamiento gerencial, la calidad puede ser traducida por tres elementos que se manifiestan a través de un modo objetivamente diferente de producir las cosas:

- a. La preocupación en crear y mantener conciencia sobre las propiedades de los productos (bienes y servicios) que están siendo generados, disminuyendo su variabilidad al ser adoptados determinados patrones o especificaciones técnicas.
- b. La preocupación en satisfacer demandas explícitas y necesidades no declaradas pero previsibles de los consumidores;
- c. La presencia de este tipo de orientación en la totalidad de la organización, involucrando a la gerencia, a los técnicos y a los trabajadores.

Los dos pilares esenciales para evaluar la calidad son: el papel del consumidor y la problematización pedagógica de su significado.

Para Deming (1990) "El consumidor es el eslabón más importante de la línea de producción. La calidad debe apuntar a las necesidades del consumidor, tanto actuales como futuras".

Deming (1990), orienta su definición de calidad por un relativismo de efecto pedagógico. Lo importante no es llegar a contar con una completa teoría de la calidad, sino introducir en las empresas esa forma de discusión que abarca todos los aspectos relacionados directa o indirectamente con las características objetivas de los productos, los cuales determinan el grado de satisfacción de los clientes.

Cuando se implanta un amplio y audaz programa de calidad se libera un inédito potencial de trabajo y creatividad en las personas. Se registra mayor entusiasmo por las tareas realizadas, inclusive en las más repetitivas.

En síntesis, se verifica un gran incremento de la motivación para el trabajo, cuyo efecto colateral es un aumento de la productividad. Este conjunto de factores asegurará, transcurrido cierto tiempo, la elevación de los lucros, siempre y cuando la empresa sea capaz de mantenerse en sus propósitos dentro del programa de calidad.

#### 2.4.5.2. Fases de la evolución de la calidad

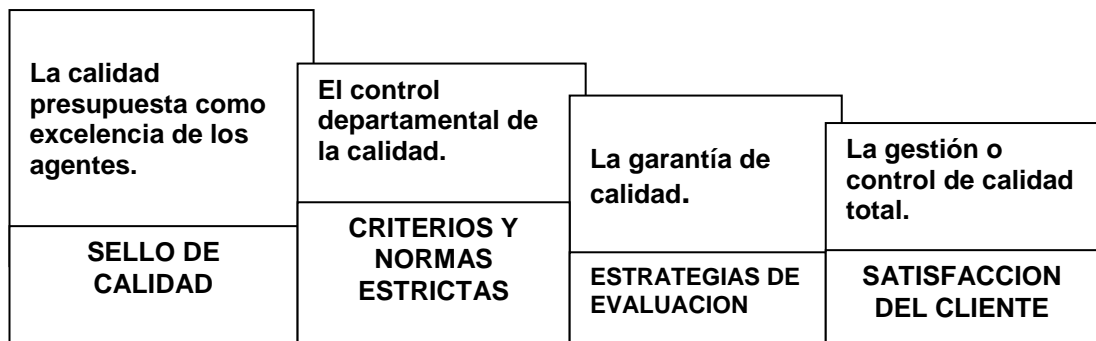


GRAFICO N° 10

ELABORADO: M. Elena Arcos F.

##### 1. La calidad presupuesta como excelencia de los agentes.

Un elevado nivel de capacitación o de reputación de los agentes confiere al sello de calidad. Esta idea es generalmente equivalente a la de excelencia y expresa tanto una presunción de calidad intrínseca, como un reconocimiento de mérito realizado por la comunidad de productores involucrados en actividades similares. Por ejemplo, en un hospital, la formación diferenciada de los médicos y de otros recursos humanos, paralelamente con el nivel de actualización de la infraestructura tecnológica, es lo que corresponde frecuentemente al juicio dominante de calidad. La calidad, en este caso, es supuesta como atributo de los agentes y de los medios con los que trabajan.

##### 2. El control departamental de la calidad.

El control de la calidad se convierte en atribución de un grupo de especialistas que actúa con posterioridad al proceso de producción, a través de la inspección y, en general, a través de mecanismos de muestreo. Esta fase requiere el establecimiento de criterios o normas estrictas de calidad, para enjuiciar las variaciones en las características de los productos. En el área de salud, la producción de insumos diversos (medicamentos, sueros, equipos) se somete, en mayor o menor grado, a ese control interno de calidad.

### 3. La garantía de calidad.

El objetivo principal en el empleo de este método de gestión de calidad, es reducir los grandes costos resultantes de la detección a posterior de la mala calidad.

En los servicios de salud, el concepto de garantía de calidad tiene connotaciones un poco diferentes de aquellas asociadas a las actividades industriales. Se refiere a la elaboración de estrategias, tanto para la evaluación de calidad como para la implementación de normas y patrones de conducta clínica a través de programas locales o nacionales. La garantía de calidad en salud constituye actualmente una especialidad médica.

### 4. La gestión o control de calidad total.



GRAFICO N° 11.

FUENTE: [www.homoqualitas.com/castella/infos/iso9000200](http://www.homoqualitas.com/castella/infos/iso9000200)

La calidad, consecuentemente, pasa a ser controlada sistemáticamente por el conjunto de la empresa y, por lo tanto, deja de ser solamente una atribución de los especialistas y las áreas departamentales. De ahí emerge, como tarea colectiva, una orientación al perfeccionamiento continuo de los productos y al aumento de la satisfacción de la clientela. Se usa el adjetivo total para expresar que el control o gestión de calidad se extiende a la totalidad de la empresa.

La garantía de calidad, según Ishikawa (1993), "es el alma de Control de Calidad Total y significa que el consumidor, al comprar un producto, puede confiar en que va a usarlo con satisfacción por un largo tiempo".

Así, un producto al que se aplica la garantía de calidad envuelve tanto la materialidad típica de un bien como la relación inmediata de uso del trabajo vivo que caracteriza un servicio.

El valor de uso final es el producto, y las diversas actividades técnicas y administrativas necesarias para dar origen a los productos son los procesos. Los procesos parciales se articulan entre clientes internos para producir algo capaz de satisfacer al cliente externo o, mejor aún, de superar sus expectativas.

## Modelo de Gestión de Calidad Total

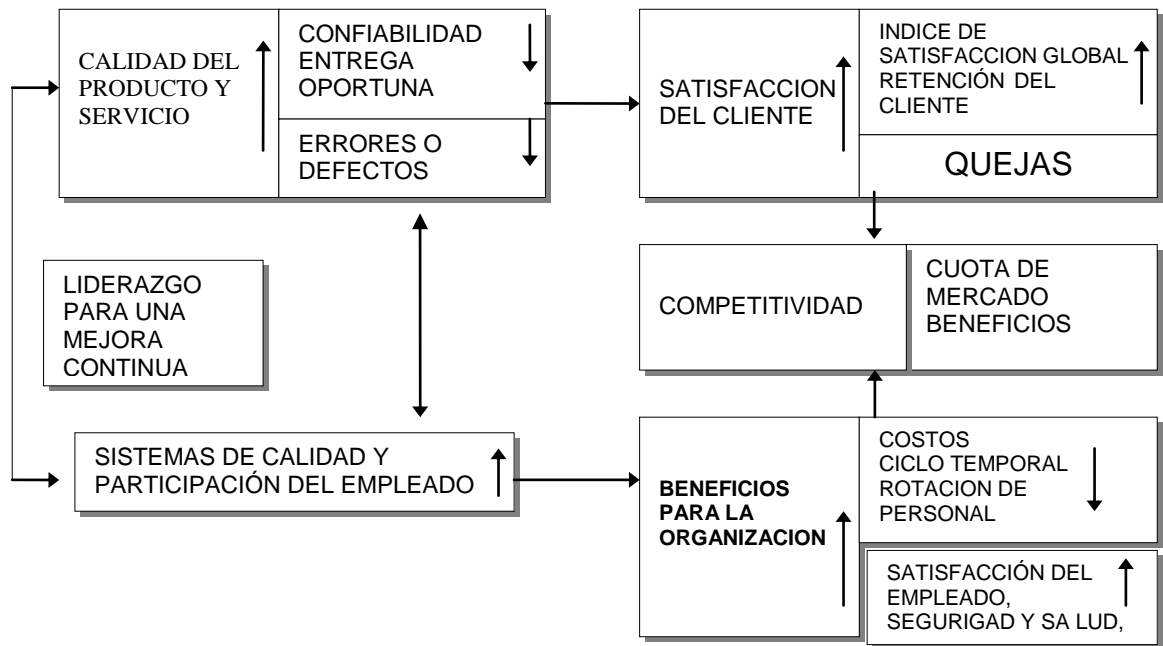


GRAFICO N° 12

ELABORADO: M. Elena Arcos F.

### 2.4.5.3. El control de Calidad en el proceso de producción

Una de las ventajas y novedades de la moderna teoría de gestión de calidad, si se compara con otros métodos gerenciales, es la de colocar en primer plano los componentes puramente subjetivos del proceso de consumo que consagran a los productos como portadores de ese atributo especial, la calidad. No se puede decir que un producto sea de calidad si, contrariando a la evaluación de los técnicos, el mismo decepciona a los consumidores.

La gerencia tradicional fija el patrón de variaciones admisibles y, enseguida, exhorta o coacciona a los trabajadores alcanzarlo por medio de la inspección sistemática. Este procedimiento es considerado contraproducente, en la Doctrina de Deming. Los datos estadísticos de la producción, en comparación con las especificaciones técnicas, no deben

ser usadas para responsabilizar al personal de línea por fallas y deficiencias. Deben funcionar, antes que nada, como un instrumento para auxiliar en el proceso educativo de todos, esto es, de los trabajadores, de los técnicos y de la gerencia.

Es necesario despertar en el equipo la conciencia acerca de lo que está sucediendo en la producción, eliminar paso a paso los obstáculos y conferir un sentido de auto-evaluación, con base en resultados visibles y comparables.

Así, una conclusión importante es que el objetivo de la gerencia no puede ser el de eliminar totalmente las variaciones y los defectos, sino el de obtener sistemas cuyo grado de variabilidad no tornen inviable el planteamiento a largo plazo que se hace necesario en la ruta de la calidad.

Los servicios de salud tienen especificaciones diferentes de los otros sectores:

- Una buena parte de las empresas de servicio de salud y hospitales no es motivada por la búsqueda de lucro, ni a corto ni a largo plazo, por otro lado, el mercado de servicios de salud funciona con un nivel relativamente reducido de competitividad; por lo tanto, uno de los principales instrumentos para poner en marcha y sustentar los programas de calidad está ausente en esa área;
- La variabilidad de los productos o servicios ofrecidos en los hospitales y clínicas resulta de una exigencia técnica de adaptación a las necesidades de cada individuo y no hay cómo estandarizar el conjunto de las actividades clínicas, en la medida en que ellas están sujetas al juicio del médico, el cual interpreta las necesidades del paciente en condiciones concretas;



- La producción de servicios de salud es ejecutada por un grupo sumamente heterogéneo de agentes en el que aparecen, de un lado, los médicos, y de otro, una amplia gama de trabajadores, con niveles de instrucción y de calificación profesional muy distintos entre sí, resultando así, intereses y motivaciones incompatibles, que impiden la construcción de un espíritu de equipo que, además, sienta orgullo por la calidad del servicio producido.
- El usuario en salud no es un consumidor común frente a las mercancías y está desprovisto de los conocimientos técnicos que le permitan evaluar la adecuación del servicio a sus necesidades; además, no tiene control o conciencia sobre la forma en que se da el consumo de esos servicios: por lo tanto, es difícil aceptar el papel de centralidad del consumidor en la definición de calidad en salud.
- Para contra - argumentar y defender la tesis de que no hay ninguna restricción al método de gestión de calidad en el área de salud, tal vez pudiéramos citar los experimentos americanos y los numerosos ejemplos y análisis de procesos hospitalarios de Deming.
- Los principios y métodos de la mejoría, son iguales para la prestación de servicios y para la fabricación de bienes. La aplicación real difiere, por supuesto, de un producto a otro, así como los problemas de la producción difieren unos de otros.

Se piensa entretanto, que cuando se instaure un programa de calidad en servicios de salud, lo que mejor que se puede hacer no es intentar una respuesta teórica, sino que se desencadenen el proceso colectivo de reflexión para análisis de los grupos, para ayudar a aclarar la estrategia a ser adoptada para alcanzar la calidad como resultado.

Calidad como resultado significa que la calidad no esta dada por los agentes, debido a su alto nivel de formación o de calificación, sino

algo que los involucrados en los actos de salud estarán constantemente preocupados por obtener y perfeccionar para dar mayor satisfacción a los que necesitan de esos servicios.

La calidad del acto en salud no debe ser vista como una sustancia o una "cosa en sí", sino como una referencia resultante de las formas en que se produce el proceso de producción de los servicios. Las respuestas a una larga lista de cuestiones tal vez sea la mejor manera de inferir si determinada unidad de salud está o no en el camino de la calidad:

- ¿Existe algún canal de expresión establecido para que los usuarios evalúen los servicios y sugieran cambios.
- ¿Los médicos y demás trabajadores están atentos a esa "voz del usuario?"
- ¿Saben los médicos cuál es la contribución específica que dan los demás agentes y categorías profesionales para restablecer la salud de "sus pacientes"
- ¿Saben los trabajadores auxiliares de su importancia en la misión colectiva de "salvar vidas"
- ¿Pueden los trabajadores describir quién sirve a quién en las miles tareas y etapas internas e intermediarias necesarias para producir el servicio que el usuario finalmente consume en la forma de medidas de terapia y diagnóstico.
- ¿Contribuyen los trabajadores a identificar causas de mal desempeño de los servicios y realizan correcciones, adoptadas por la gerencia de la unidad?
- ¿La gerencia se preocupa en proveer condiciones de perfeccionamiento continuo a su personal?

La calidad como resultado puede igualmente ser juzgada bajo el aspecto de determinadas metas de carácter cuantitativo a ser alcanzadas. Por ejemplo, una meta para una unidad puede ser la de "disminuir la mortalidad hospitalaria a "uno por mil".

#### **2.4.6. Eficacia**

Es la capacidad de lograr un efecto deseado o esperado, en cambio, eficiencia es la capacidad de lograr el efecto en cuestión con el mínimo de recursos posibles

En filosofía la eficacia es la capacidad de la causa eficiente para producir su efecto. No tenemos concepto del todo propio e inmediato de lo que es esta capacidad, de aquí que sean posibles las dudas, en algunos casos muy tenaces, de que exista y que haya por ende verdadera causalidad. El problema se ofrece en particular tratándose de causas inadecuadas que parecen tener tan sólo como de prestado un poder eficaz. Más a poco que se considere, se ven acciones de hecho eficaces debidas a causas inadecuadas.

Según Idalberto Chiavenato, (2004), la **eficacia** "es una medida del logro de resultados"

Para Koontz y Weihrich, (2004), la **eficacia** es "el cumplimiento de objetivos"

Según Robbins y Coulter, (2005), **eficacia** se define como "hacer las cosas correctas", es decir; las actividades de trabajo con las que la organización alcanza sus objetivos.

Para Reinaldo O. Da Silva, (2002), la **eficacia** "está relacionada con el logro de los objetivos/resultados propuestos, es decir con la

realización de actividades que permitan alcanzar las metas establecidas. La eficacia es la medida en que alcanzamos el objetivo o resultado".

Simón Andrade, (2005), define la **eficacia** de la siguiente manera: "actuación para cumplir los objetivos previstos. Es la manifestación administrativa de la eficiencia, por lo cual también se conoce como eficiencia directiva".

Finalmente, el Diccionario de la Real Academia Española, (2008), nos brinda el siguiente significado de **Eficacia**: (Del lat. *efficacia*). Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera.

En este punto, teniendo en cuenta y complementando las anteriores propuestas, planteo la siguiente **definición** general de **eficacia**:

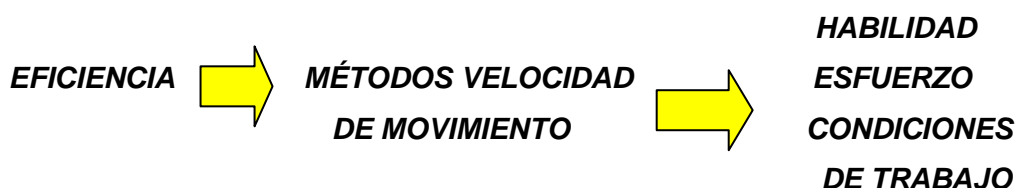
"**Eficacia** es hacer lo necesario para alcanzar o lograr los objetivos deseados o propuestos"

Por tanto, una empresa, organización, producto o persona es "eficaz" cuando es capaz de hacer lo necesario para lograr los objetivos deseados o propuestos.

#### **2.4.7. Eficiencia**

Eficiencia es el grado de rendimiento en que se realiza un trabajo, con respecto a una norma preestablecida (tiempo tipo o estándar).

Los factores de la eficiencia del trabajo se pueden sintetizar en:



**Eficiencia en la producción:** Conocida como eficiencia técnica, se refiere a la oferta. Un establecimiento de salud es eficiente si para entregar cierta cantidad de atenciones de salud, lo hace con la combinación de insumos que genera el mejor costo posible. La producción de se mide en las coberturas de atención.

En el Sector Salud se debe buscar que el aumento de los salarios de los trabajadores, vaya de la mano con una mayor productividad. La eficiencia consiste en mantener un nivel de costos sin sacrificar la calidad de las atenciones de salud.

**Eficiencia en el consumo:** Es la que surge en los mercados tradicionales a partir del la teoría del concepto de demanda. Resulta de la comparación de beneficios y costos ya que el consumidor busca la mayor satisfacción o utilidad.

El concepto de eficiencia en el consumo en el Sector Salud es polémico, porque la demanda de servicios depende de una serie de decisiones donde interviene el consumidor, así como el médico que la determina la necesidad de servicios adicionales.

**Eficiencia económica:** Que logra su mayor nivel en mercados completamente competitivos sin externalidades, ni problemas de información.

**Eficiencia social:** Es aquella que se obtiene maximizando el bienestar social, sujeto a las restricciones de recursos del país o sector que se analice.

La **eficiencia en salud**, tiene relación con la ética, es la optimización de recursos disponibles y escasos, con miras a aumentar la cobertura efectiva y el acceso equitativo a los servicios.

La eficiencia no es el único objetivo de un sistema de salud y sus distintas formas de medición, no pueden ser los únicos criterios para orientar la asignación de los recursos en salud. Los criterios de eficiencia definen las cantidades óptimas que deben producirse y consumirse a nivel agregado. La asignación de recursos y bienestar se realiza finalmente entre personas y puede haber muchas distribuciones eficientes en la medida que “no es posible mejorar la situación de una persona, sin empeorar la de otra”. Larrañaga (1997).

#### **2.4.8. Sistemas de costos**

Costo es la suma de erogaciones en las que incurre la persona natural o jurídica para adquirir un bien o servicio, con la intención de que genere ingresos en el futuro.

Para Jaime Castrillón Cifuentes, (1996) “el costo es una erogación a recuperarse a través de la producción de un bien o servicio’.

El concepto económico de los costos surge de esa noción de usos alternativos de los recursos y debe ser contrastado con el concepto estrictamente contable de costo que está relacionado con las salidas de caja por unidad de recurso.

Las estimaciones contable y económica de costos pueden coincidir, aunque no frecuentemente, pues en la perspectiva contable no se considera el concepto de costo de oportunidad y en general sólo se incluye lo referente a costo recurrente.

##### **2.4.8.1. Precios**

El valor al que se tranza un bien o servicio en el mercado se llama precio; las tarifas constituyen precios de servicios públicos fijados con

relativa arbitrariedad, como los impuestos que recauda el estado. En el caso de los aranceles por servicios asistenciales, no necesariamente, su valor coincide con el costo de producción y en la mayor parte de las veces directamente se fijan con independencia del mismo. En otras palabras, no es necesario conocer el costo de un servicio para fijar su precio al público, pues no existe venta, en su sentido comercial: el sector público no requiere auto sustentabilidad como una empresa privada, pues sus ingresos provienen de asignaciones del gobierno central y éste se financia de otra manera.

#### **2.4.8.2. Costos económicos**

Son todos los recursos utilizados o dejados de generar, por una determinada actividad, si no se hiciera esa actividad, tendríamos recursos para utilizarlos para cualquier otra actividad de salud.

Tenemos que ser claros e identificar que no todos los costos demandan pago de dinero, ejemplo: el tiempo que un paciente dedica a ir o venir, para una consulta, y el tiempo de espera para ser atendido, nadie lo asume en términos de costos.

#### **2.4.8.3. Categorías de costos**

**Costos de Insumos.-** Se da cuando los materiales que intervienen en una actividad desaparecen en la misma actividad.

**Costos de Personal.-** Son las Remuneraciones y las contribuciones.

**Costo de capital.-** Son los gastos por inversión que deben costearse, en infraestructura y equipamiento. Como la depreciación de los equipos, y los intereses pagados por la adquisición de infraestructura y equipos, producto de un financiamiento.

### **Costos No Percibidos:**

**Costos Insumos:** las medicinas pagadas por los pacientes.

**Costo de capital:** Equipos donados o de Proyectos.

#### **2.4.8.4. Clasificación de los costos**

- Costos fijos y costos variables
- Costos recurrentes y costos de capital
- Costos directos y costos indirectos
- Costos medios
- Respecto al momento en que se estiman

**Costo Fijo:** Son los que siempre permanecen, así aumente o baje la producción de servicios de salud.

#### **Costos fijos en el corto plazo**

- Infraestructura del hospital o centro
- Equipos de sala de operaciones
- Planilla del personal nombrado

**Costo Variable:** Son los costos que varían en función de la producción de servicios de salud, a más producción disminuyen. En el largo plazo, todos los costos son variables

#### **Costos variables en el corto plazo**

- Medicinas
- Materiales y suministros
- Pasajes y viáticos

**Costos recurrentes:** Aquellos asociados al uso de recursos que se agotan en la actividad o en el año.



- Planilla del personal
- Material médico
- Medicinas
- Mantenimiento de los equipos

**Costos de capital:** aquellos costos asociados al uso de recursos que tienen una esperanza de vida superior al año.

- Compra de mobiliario y equipo
- Infraestructura
- Compra de vehículos

**Costo directo:** Son los recursos utilizados directamente en el servicio prestado al usuario.

- Remuneraciones de médicos en el servicio
- Suministros del servicio
- Materiales usados en el servicio

**Costo indirecto:** Son los recursos utilizados en los servicios de administración, generales y de apoyo al diagnóstico

**Costos indirectos:** Remuneraciones del personal de administración, Limpieza y seguridad del establecimiento

**Costos Medios:** Son los costos por unidad de producción.

Si se utiliza la infraestructura, el equipamiento, y el personal, a la máxima capacidad de producción de servicios de salud, entonces los costos medios, son mínimos, por lo cual el costo unitario de producción es también mínimo, pero si no se utiliza la plena capacidad de producción de servicios de salud, se incurre en costos medios altos, lo que genera ineficiencia y eleva los costos de producción.

Respecto al momento en que se estiman:

**Costos ahora (ex-post):** Se reconstruye el proceso productivo con base en información histórica.

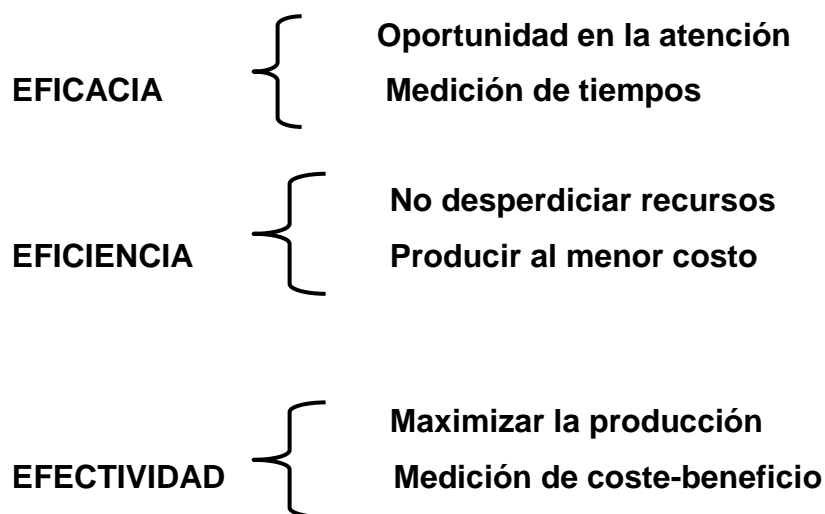
**Costos probables (ex-ante):** Se hace una previsión de los costos.

#### **2.4.8.4. Razones para estimar costos**

- Conocer el desempeño de los servicios y medir su productividad.
- Tener elementos para mejorar su gestión.
- Introducir criterios racionales en la asignación de recursos y aplicar las técnicas del cálculo económico.
- Evaluar y mejorar los sistemas de captación, registro, procesamiento, e interpretación de datos.
- Detectar problemas, anomalías y desviaciones respecto de las normas para introducir correcciones.
- Establecer patrones de referencia o de comparación entre servicios.
- Establecer relaciones de costo — eficiencia.
- Establecer relaciones de costo — eficacia.
- Establecer relaciones de costo — beneficio.
- Realizar comparaciones intrasectoriales y extrasectoriales (dentro del propio Ministerio de Salud Pública, con la Seguridad Social con el sector privado, con otros países, etc.
- Evaluar de un punto de vista económico modalidades de trabajo, métodos, estrategias de atención uso de diferentes tecnologías.
- Conocer el costo de prestaciones de salud específicas: por establecimiento, por establecimiento tipo, por extensión geográfica administrativa.
- Conocido el costo, se pueden seleccionar las acciones más eficaces, eficientes y elaborar los correspondientes presupuestos. Comparar el

- costo de servicios o de prestaciones de salud concretas con los aranceles cobrados por ellas y apreciar la existencia o no de subsidios.
- Utilizar la información generada en el mismo servicio para evaluar su desempeño posterior, hacer seguimiento, monitorear acciones, supervisar, tomar decisiones.
  - Establecer normas y controles con relación al costo, la producción y la productividad.
  - En este sentido, el costo unitario promedio por ejemplo se puede convertir en un patrón de referencia para identificar los estándares la norma establecida, lo que permite a los administradores analizar las causas y establecer correcciones, de modo que tanto la varianza como el promedio tiendan a converger hacia niveles más bajos.

En resumen: Incrementar la eficiencia, eficacia y efectividad en la producción de los servicios.



#### **2.4.9. Productividad**

Es la relación que existe entre la producción de bienes y servicios y la aportación de recursos humanos y de otra clase usados en el proceso de producción.

Es el valor que se logra con una jornada de trabajo, el valor que se logra con un dólar de capital de inversión, valor es la cantidad de dinero que se recibe, el valor depende del precio, como también de la eficiencia con la cual se hacen los productos y servicios. Se logra productividad mejorando la calidad, eficiencia, eficacia, aplicando nuevas estrategias, diferenciaciones, pero el ambiente empresarial debe mejorar ya que el entorno puede limitar las habilidades de las empresas para que estas tengan mejor productividad. Uno de los pilares de la productividad "es la Gente".

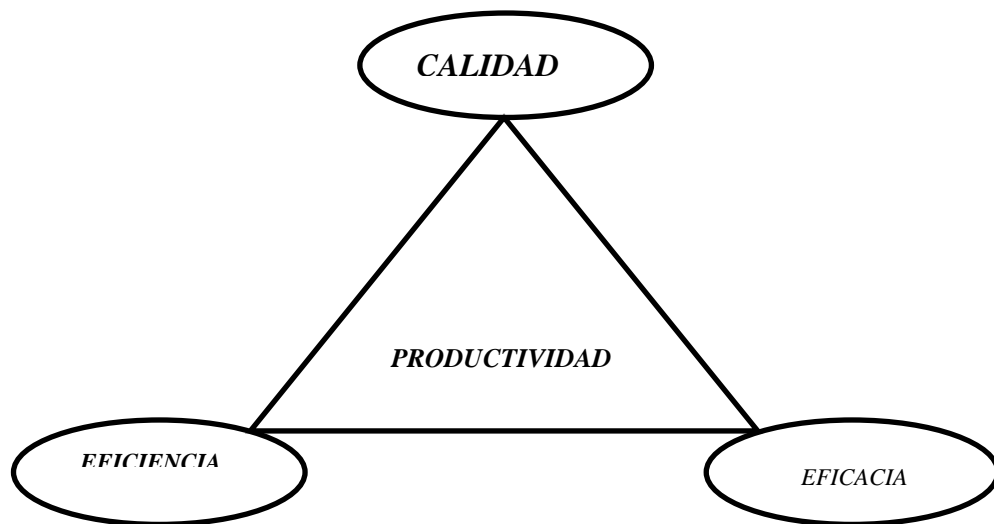
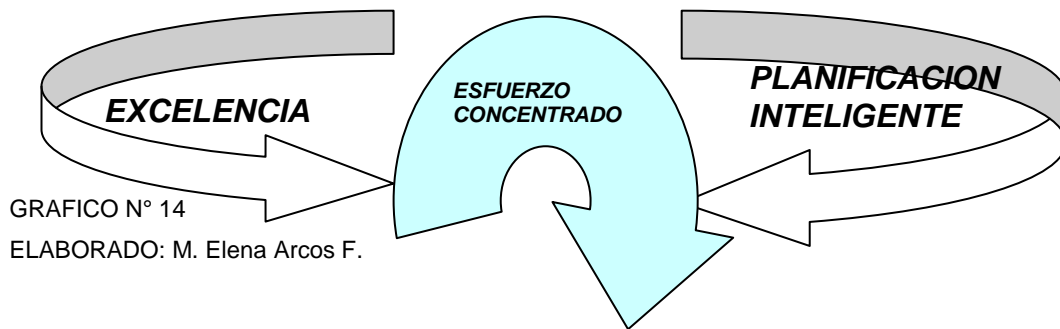


GRAFICO N° 13

ELABORADO: M. Elena Arcos F.

El tiempo disponible es limitado y es el único recurso que tenemos, sobre el que podemos ejercer un mayor control para mejorar la productividad, debemos aprender a priorizar las tareas que nos proporciona mayor rendimiento.

La productividad nunca es un accidente. Según Paúl J. Meyer "es el resultado del compromiso con la excelencia, la planificación inteligente y el esfuerzo concentrado".



## 2.5. HIPÓTESIS

La reingeniería de procesos incrementará la productividad de los servicios de apoyo del Hospital Provincial.

## 2.6. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

Variable independiente: Reingeniería de procesos

Variable dependiente: Productividad de los servicios de apoyo.

## **CAPITULO III.**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

El trabajo se sustenta en el paradigma crítico propositivo, con un enfoque predominantemente cualitativo a fin llegar a la esencia de la problemática en estudio. Tiene un soporte cuantitativo visualizado en los resultados estadísticos descriptivos e inferencial.

#### **3.2. MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

**De Campo:** Porqué la investigadora estuvo en contacto con la realidad para obtener información de acuerdo con los objetivos planteados.

**Bibliográfica Documental:** Se apoyó en fuentes bibliográficas y documentales con la finalidad de ampliar y profundizar diferentes enfoques, teorías y conceptualizaciones de diversos autores respecto al tema investigado.

**De Intervención Social o Proyecto Factible:** Porqué se elabora una propuesta viable que incremente la productividad de los servicios de apoyo del Hospital Provincial General de Latacunga.

#### **3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación llegó al nivel descriptivo, porque relaciona los procesos de actuales de los servicios de apoyo, capacidad real,

capacidad instalada, mide la subutilización de recursos y propone nuevos caminos de ejecución de las actividades de los servicios de apoyo.

### 3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA DESCRIBIR POBLACIÓN

El muestreo se va a realizar a los usuarios internos y externos:

**Usuarios Internos:** Se aplicará la encuesta a los 86 empleados y trabajadores que laboran en los servicios de apoyo del Hospital Provincial General de Latacunga, para establecer las fortalezas y debilidades de los procesos de los servicios de apoyo

**Usuarios Externos:** Se aplicará una encuesta para conocer la calidad de los servicios a los usuarios hospitalizados del Hospital Provincial General.

POBLACIÓN: 733 egresos hospitalarios del mes diciembre del 2008.

MARGEN DE ERROR: 5%

Se determina en:

- El nivel de confianza el 95%
- Pacientes hospitalizados 733, del mes de diciembre del 2008
- El error de muestreo es del 5%

$n$ = tamaño de la muestra	?
$N$ = población	733
$Z$ = nivel de confianza	95% $\rightarrow 0.95/2 = 0.04750 \rightarrow 1.96$
$P$ = probabilidad de ocurrencia	0.7
$Q$ = probabilidad de no ocurrencia	$1 - 0.7 = 0.3$
$e$ = error de muestreo	0.05

$$n = \frac{Z^2 PQN}{Z^2 PQ + Ne^2} =$$

$n = \frac{(1.96)^2 (0.7) (0.3) 733}{(1.96)^2 (0.7) (0.3) + 733 (0.05)^2}$
--

$$n = \frac{\underline{591,337}}{2,639}$$

$$n = 224$$

El universo de investigación serán los usuarios hospitalizados de 15 años en adelante, que según datos estadísticos ascienden a 733 pacientes entre hombres y mujeres, por el mes de diciembre del 2009. Aplicadas las fórmulas estadísticas da un total de 224 encuestas con un grado de error de más – menos el 5%. Las encuestas se aplicarán de forma aleatoria, en los diferentes servicios de internación del Hospital Provincial.



### 3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### 3.5.1. Variable Independiente: *Reingeniería de procesos*

CUADRO Nº 4

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BASICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>La reingeniería es la herramienta fundamental y la última del cambio. Ella dirige el proceso de negocios de una organización. En su estado actual, ayuda a ajustar los negocios a partir de antiguos paradigmas hacia uno nuevo de servicio e información. En el futuro continuará moviendo el negocio.</p> <p>La reingeniería utiliza el cambio continuo para alcanzar la ventaja competitiva. Las oportunidades de las organizaciones continuaran creciendo si se tiene en cuenta que de uno u otro modo, la mayor parte del beneficio de estas organizaciones llegará a los negocios sin mucho esfuerzo. Sin embargo, los negocios que ganarán al máximo serán aquellos que puedan asimilar la tecnología más reciente y tomar ventaja de las oportunidades, para que así se preparen a sí mismos para cambiar</p>	<p>Servicios de apoyo:                      Hotelería                      Lavandería,                      Ropería                      Mantenimiento                      Vigilancia                      Limpieza                      Estadística</p>	<p>Horario de trabajo                      Cargas de trabajo                      Capacidad instalada                      Capacidad nominal                      Eficiencia                      Eficacia                      Desempeño</p>	<p>Los horarios de trabajo son adecuados?                      El personal cumple con las actividades y tareas propias del cargo contratado?                      Existe duplicidad de actividades y tareas?                      La capacidad instalada de los servicios de apoyo cubre la demanda de los usuarios?                      Están definidos los procesos en los servicios de apoyo?                      Los procesos de los servicios de apoyo son eficientes y eficaces?                      Cómo se ejecutan los procesos en los servicios de apoyo?</p>	<p>Encuesta                      Observación directa                      Ficha de campo</p>

Elaborado por: M. Elena Arcos F.

### 3.5.2. Variable Dependiente: *Productividad de los Servicios de Apoyo.*

CUADRO N° 5

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Es la relación que existe entre la producción de bienes y servicios y la aportación de recursos humanos y de otra clase usados en el proceso de producción.</p> <p>Se logra productividad mejorando la calidad, eficiencia, eficacia, aplicando nuevas estrategias, diferenciaciones, pero el ambiente empresarial debe mejorar ya que el entorno puede limitar las habilidades de las empresas para que estas tengan mejor productividad.</p>	<p>Calidad, eficiencia, eficacia</p> <p>Productividad Parcial</p>	<p>Tiempo Cantidad calidad</p> <p>Medición de la productividad</p> <p>El departamento de estadística presenta la producción de los servicios de apoyo</p> <p>Tiempo Costo resultados</p>	<p>El tiempo de demora en la atención a los usuarios de los servicios de apoyo es mayor a 60 minutos?</p> <p>Los recursos de los servicios de apoyo satisfacen la demanda de usuarios?</p> <p>La atención reciben los usuarios de los servicios de apoyo es muy buena?</p> <p>La productividad de los servicios de apoyo es superior al 80%?</p> <p>Se ha establecido estándares de tiempo en los servicios de apoyo?</p>	<p>Observación Ficha de campo Encuesta</p> <p>Observación Ficha de campo</p> <p>Observación Ficha de campo Encuesta</p>

Elaborado por: M. Elena Arcos F.

## 3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

### 3.6.1. Técnicas e instrumentos

Observación directa: Cuyo instrumentos son: Ficha de Campo y Lista de Cotejo, aplicados a los prestadores y usuarios de servicios de apoyo.

Encuestas: El instrumento es el cuestionario elaborado con preguntas cerradas y abiertas, dirigido a los prestadores y usuarios de servicios de apoyo.

Validez y Confiabilidad: La validez vino dada por el juicio de expertos. La confiabilidad a través de la aplicación de una prueba piloto antes de su aplicación definitiva, lo que permitió detectar posibles errores y confusión en algunas preguntas.

### 3.6.2 Recolección de información

CUADRO N ° 6

PREGUNTAS BASICAS	EXPLICACION
Para Qué?	Para que se cumplan los objetivos de la investigación.
2) De que personas u objetos.	Unidades de observación: <ul style="list-style-type: none"><li>• Usuarios de los Servicios mayores de 15 años</li><li>• Prestadores del Servicio</li></ul>
3) Sobre que aspectos.	Indicadores: <ul style="list-style-type: none"><li>• Eficiencia</li><li>• efectividad</li><li>• trabajo en equipo</li><li>• Tiempo</li><li>• Costo</li><li>• Cantidad</li><li>• calidad</li><li>• Capacidad nominal</li><li>• Capacidad instalada</li><li>• producción de los servicios de apoyo</li><li>• Productividad</li></ul>
4) Quién, Quienes.	Investigadora M. Elena Arcos F.
5) Cuándo	Fecha 10 de enero/2009
6) Dónde	Lugar de Aplicación: Latacunga
7) Cuantas veces	Numero de Aplicación: 1
8) Que técnicas de recolección.	Observación, Encuestas
9) Con Qué	Diarios de campo y guías de observación. Aplicación de cuestionarios Guía de entrevista.
10) En que situación	Condiciones circunstancias: Visitas en los servicios de atención del Hospital Provincial.

Elaborado por: M. Elena Arcos F.

## **3.7. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

### **3.7.1. Procesamiento**

- Limpieza de información.
- Repetición de la recolección para corregir fallas de respuestas.
- Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis
- Manejo de la Información (reajuste de cuadros)
- Estudio Estadístico de datos para presentación de resultados

### **3.7.2. Presentación de datos**

- Representación escrita
- Representación semitabular
- Representación tabular
- Representación gráfica.

### **3.6.3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

- Análisis de los resultados estadísticos destacando las tendencias con los objetivos e hipótesis
- Interpretación de los resultados con ayuda del marco teórico.
- Comprobación de la hipótesis.
- Establecimiento de conclusiones y recomendaciones.

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1. Análisis de resultados al personal de los servicios de apoyo del Hospital Provincial General de Latacunga

##### 4.1.1. Encuesta al personal de los servicios de apoyo del Hospital Provincial General de Latacunga

**Objetivo:** Establecer las fortalezas y debilidades de los procesos de los servicios de apoyo.

#### DATOS GENERALES

Edad del personal de los servicios de apoyo

CUADRO N° 7

Años	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 a 30	3	3%
31 a 40	24	28%
41 a 50	31	36%
51 a 60	19	22%
61 a 70	9	10%
n=	86	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

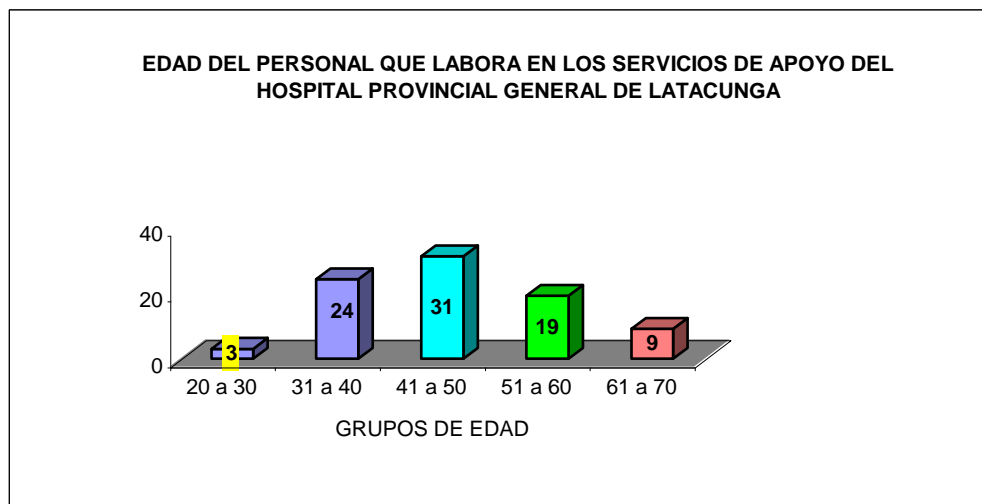


GRAFICO Nº 15

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACION:** La edad del 97% del personal de los servicios de apoyo esta comprendida entre treinta y un y setenta años. Apenas el 3% es menor de treinta años. El 36% de servidores conforman el grupo de 41 a 50 años. Un 10% está en edad para jubilarse. Lo que determina que los servidores han laborado desde muy jóvenes en los diferentes servicios, lo que debería repercutir en mayores conocimientos del funcionamiento de su unidad y compromiso institucional.

**Pregunta 1.- ¿Cuál es el cargo que actualmente ocupa?**

CUADRO Nº 8

CARGO/FUNCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTADÍSTICOS	2	2%
ASISTENTE DE ESTADÍSTICA	4	5%
NUTRICIONISTA	1	1%
ECÓNOMO	1	1%
COCINEROS	4	5%
AUXILIARES DE COCINA	6	7%
AUXILIAR DE ALIMENTACIÓN	7	8%
COSTURERAS	3	3%
LAVANDEROS	5	6%
AUXILIAR DE LIMPIEZA	31	36%
VIGILANTES	9	10%
CHÓFERES	4	5%
ELECTRICISTA	4	5%
MECÁNICOS	2	2%
CARPINTEROS	1	1%
PLOMERO	1	1%
ALBAÑIL	1	1%
	n= 86	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

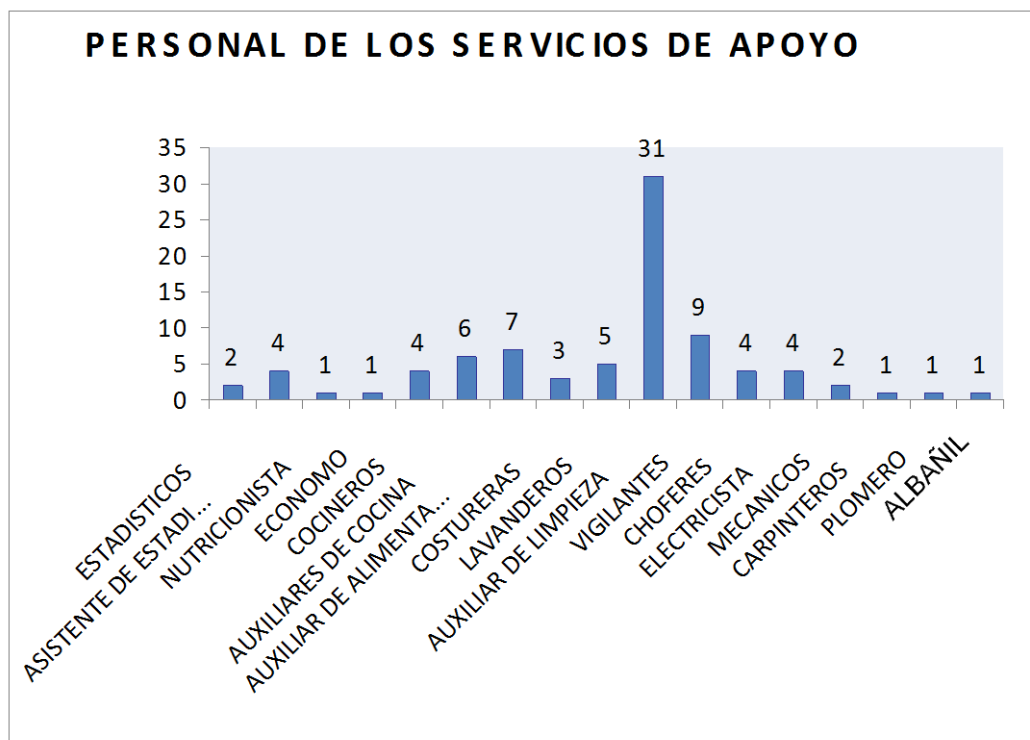


GRAFICO Nº 16

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** El personal de los servicios de apoyo esta integrado por siete funcionarios regidos por la Ley Orgánica de Servicio Civil e integran los servicios de Estadística y Dietética. Ochenta y un trabajadores, que representa el 94% están amparados por el Código de Trabajo y Contratación Colectiva. El servicio que dispone de mayor número de recursos humanos es el de Limpieza, quienes dependen administrativamente de la Gestión de Servicios Institucionales. Con diecinueve servidores le sigue el servicio de Dietética; Vigilancia con nueve, Mantenimiento con ocho trabajadores, Lavandería con cinco, Ropería con tres trabajadoras.

La residencia de la mayor parte del personal de los servicios de apoyo es en las parroquias urbanas y rurales del cantón. Lo que no dificulta su traslado ha cumplir con sus actividades diarias.

## Pregunta 2.- Anote los años de servicios en la institución

CUADRO N° 9

TIEMPO DE TRABAJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 a 10 Años	10	12%
10 a 20 Años	50	58%
20 a 30 Años	20	23%
30 y más años	6	7%
n=	86	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

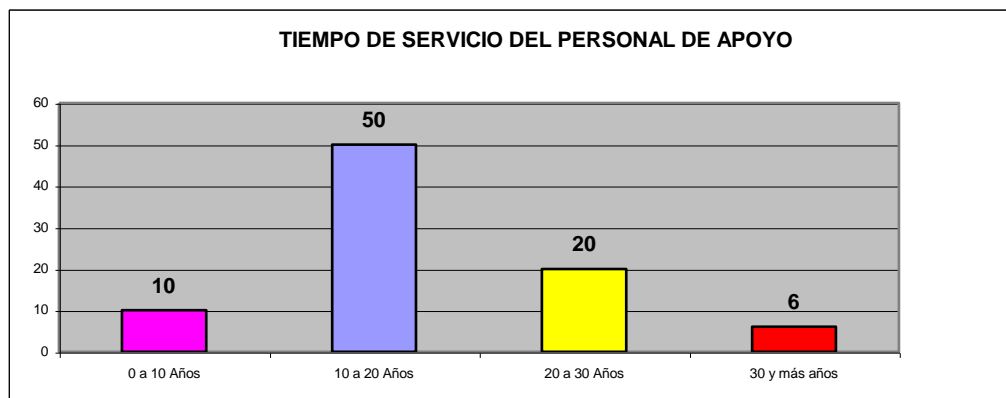


GRAFICO N° 17

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACION:** El 58% del personal de los servicios de apoyo han laborado en el rango de 10 a 20 años. El 23% se encuentra en el grupo de 20 a 30 años. Situación que ratifica lo expresado anteriormente son servidores de experiencia que han hecho del trabajo una rutina y que han manifestado su deseo de cambio. El 7% del personal está en condiciones de acogerse a la jubilación ante el IESS y jubilación patronal, este último un beneficio garantizado por la Contratación Colectiva cuando se ha laborado en el sector Salud por 25 años ininterrumpidos.

En lo que respeta a personal nuevo que estaría en el rango hasta 10 años, su porcentaje alcanza al 12%, siendo el resultado de cubierta de vacantes de trabajadores que se jubilan y han dejado su reemplazo a hijos y cónyuges, de conformidad a la contratación colectiva, beneficio que ha sido abolido por el Mandato 8, a partir de mayo del 2008



### Pregunta 3.-Cuál es su nivel de instrucción?

CUADRO Nº 10

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	46	53%
SECUNDARIA	34	40%
SUPERIOR	6	7%
N=	86	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

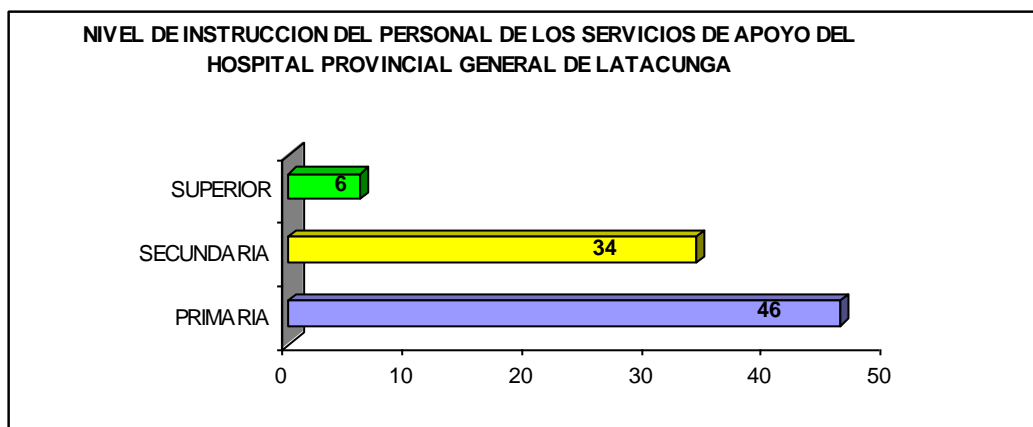


GRAFICO Nº 18

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACION:** El 53% de nivel de instrucción del personal de los servicios de apoyo, es primaria. El 40% tiene secundaria y apenas el 7% tiene instrucción superior.

El proceso de desarrollo de los recursos humanos en salud debe comprenderse como el complejo proceso educacional de personas y grupos que comienza durante el período de formación y se prolonga durante toda la vida profesional; y si se considera que estas personas o grupos aprenden en espacios que son determinados económica, social y culturalmente. Si al mismo tiempo se cree que en los servicios de salud precisamente los empleados y trabajadores de todos los niveles y categorías son real o potencialmente el factor de cambio fundamental, los que en definitiva pueden dirigir los servicios en un sentido más o menos redistributivo.

## DATOS ESPECÍFICOS

### Pregunta 4.- El Hospital Provincial dispone de un Manual Orgánico Funcional.

CUADRO Nº 11

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	20%
NO	69	80%
	n= 86	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

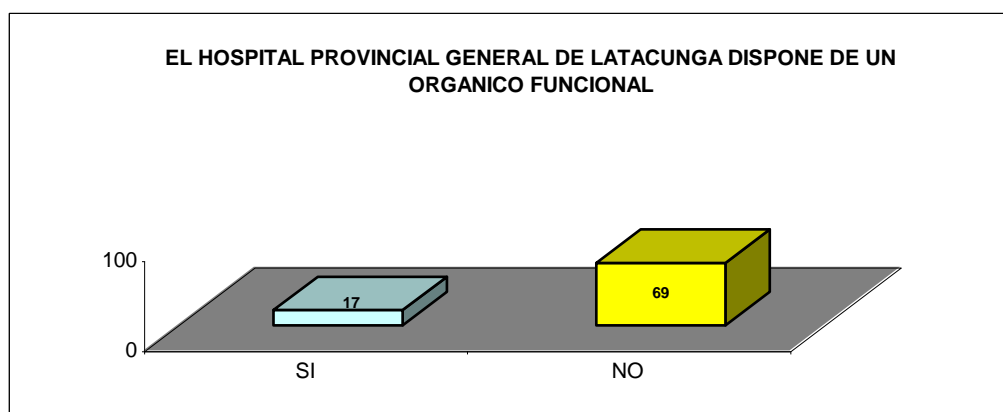


GRAFICO Nº 19

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACION:** El 80% del personal de los servicios de apoyo, manifiestan que la unidad hospitalaria no dispone de un Orgánico Funcional. El 20% expresan tener conocimiento al respecto. Sin embargo el Hospital Provincial General de Latacunga, dispone de una estructura orgánica horizontal, donde están definidos los procesos y productos de las diferentes gestiones. Lo que supone cambios organizativos profundos para reorientar el trabajo individual hacia equipos multidisciplinarios y los servicios clásicos hacia unidades funcionales interdisciplinarios.

La estructura orgánica no ha sido lo suficientemente difundida. La estructura por procesos vigente desde julio del 2003 y está integrada por los siguientes procesos:

## **1. PROCESOS GOBERNANTES**

1.1. Direccionamiento estratégico

1.2. Gestión Técnica del Sistema Hospitalario

## **2. PROCESOS HABILITANTES**

2.1. De Asesoría

2.1.1. Aseguramiento de la Calidad de Gestión

2.1.2. Asesoría Jurídica

2.1.3. Docencia e Investigación

2.2. De apoyo

2.2.1. Desarrollo Organizacional

2.2.1.1. Gestión de Recursos Humanos

2.2.1.2. Gestión de Servicios Institucionales

2.2.1.3. Gestión de Comunicación

2.2.1.4. Gestión Informática

2.2.1.5. Gestión de Farmacia

2.2.1.6. Gestión Hotelera

2.2.2. Gestión de Enfermería

2.2.3. Gestión Financiera

2.2.3.1. Gestión de Presupuesto y Contabilidad

2.2.3.2. Administración de Caja

## **3. PROCESOS DE VALOR AGREGADO**

3.1. Calificación Hospitalaria de Demanda y Oferta

3.2. Salud Pública,

3.3. Operativización Hospitalaria, Control y Mejoramiento

3.3.1. Emergencia

3.3.2. Consulta externa

3.3.3. Hospitalización

3.3.4. Servicios de diagnóstico

Pese a existir la norma técnica emitida por la SENRES, para elaboración del Manual Orgánico Funcional y disponer de una estructura por procesos este no ha sido elaborado.

**Pregunta 5.- El Hospital Provincial cuenta con un Manual de Procedimientos para los diferentes procesos?**

CUADRO N° 12

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	21%
NO	68	79%
n=	86	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

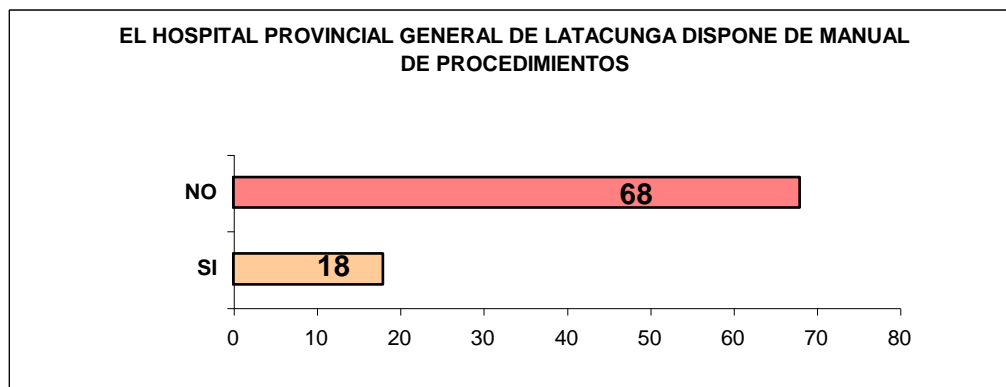


GRAFICO N° 20

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACION:** El 79% de los servidores manifiestan que el Hospital no dispone de un Manual de Procedimientos. Las respuestas de los servidores encuestados coinciden con los porcentajes de la pregunta anterior, ya que al no existir el Reglamento Orgánico Funcional, no se dispone de un Manual de Procedimientos. Las instrucciones y capacitaciones para la operatividad de los empleados y trabajadores son verticales y en su propio terreno.

**Pregunta 6.- Indique si las actividades y tareas que realiza son propias del cargo o puesto que ocupa.**

CUADRO N° 13

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	69	80%
NO	17	20%
N=	86	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

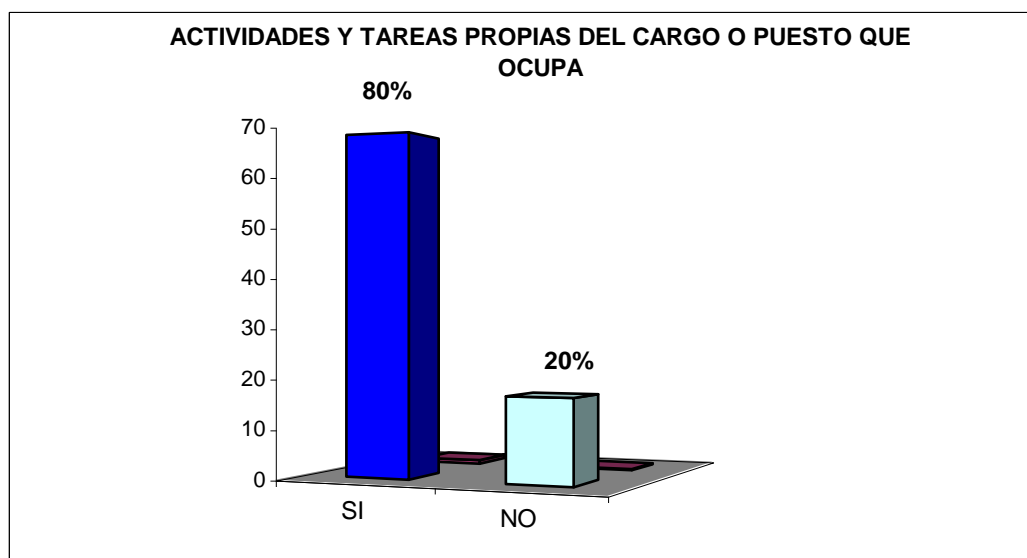


GRAFICO N° 21

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANALISIS E INTERPRETACION:** El 80% de los servidores de los servicios de apoyo manifiesta que ejecutan actividades y tareas afines al cargo que desempeñan. El 20% realiza funciones diferentes a su denominación laboral. Este resultado ratifica el escaso compromiso institucional, los objetivos institucionales no son compartidos con los objetivos de los servidores de salud. Si la cultura organizacional se sustenta en valores, se logra que todos los servidores desarrollen una identificación con los propósitos estratégicos de la organización y evidencien conductas direccionadas al logro de la misión y visión institucional en compatibilidad con sus propios objetivos. Las personas sienten que no se realizan en su trabajo, como personas y como profesionales; siente además que no existe reconocimiento de su trabajo

por parte de sus superiores, no sienten tener autonomía en el trabajo que hacen y la adecuación de las condiciones del trabajo tampoco los motiva.

**Pregunta 7.- Las actividades y tareas que usted realiza están definidas en un proceso.**

CUADRO N° 14

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTALMENTE	2	2%
PARCIALMENTE	34	40%
NO	50	58%
N=	86	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

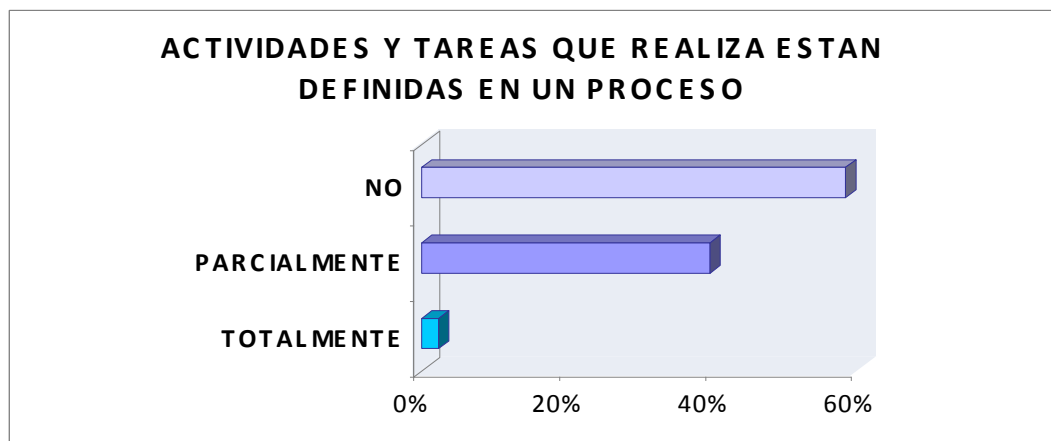


GRAFICO N° 22

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACION:** El 58% de los encuestados manifiestan que sus actividades y tareas están no definidas en un proceso. El 40% aseguran que están definidas parcialmente. Cada proceso es un sistema de funciones, actividades y tareas, que deben gestionarse integralmente, independientemente de quien las realiza. Las personas que intervienen en el proceso no deben pensar siempre en cómo hacer mejor lo que está haciendo, sino por qué y para quien lo hace, puesto que la satisfacción del usuario interno y externo viene determinada por el coherente desarrollo del proceso en su conjunto más que por el correcto desempeño de cada función individual o actividad.

**Pregunta 8.- Se coordinan las actividades y tareas con los diferentes servicios.**

CUADRO Nº 15

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	61	71%
NO	25	29%
n=	86	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

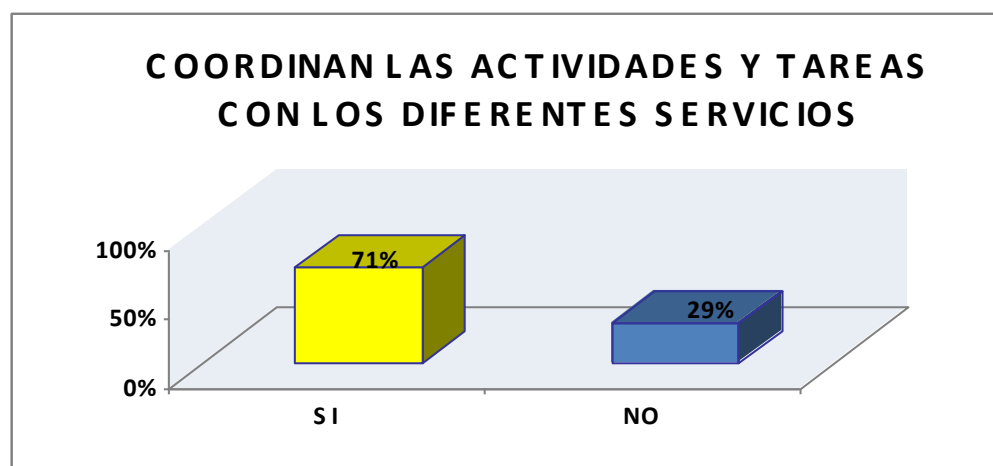


GRAFICO Nº 23

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANALISIS E INTERPRETACION:** El 71% de los encuestados manifiestan que coordinan sus actividades y tareas. El 29% responde que no, demostrando una coordinación demasiado jerarquizada, sin embargo los servicios de apoyo tienen relación directa con los servicios de Hospitalización, Consulta Externa, Enfermería, Farmacia, Laboratorio, Financiero y Servicios Institucionales. Ya que los productos finales de los servicios de apoyo, son la materia prima de aquellos.

**Pregunta 9.- Existe en su servicio duplicidad de actividades y tareas.**

CUADRO Nº 16

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	39	45%
NO	47	55%
n=	86	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

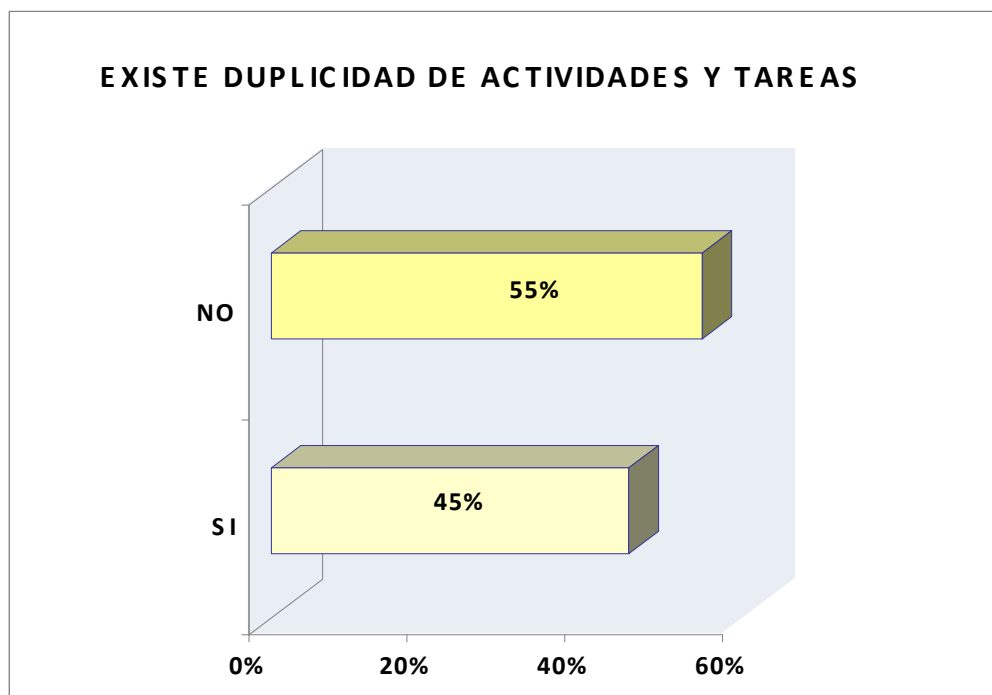


GRAFICO N° 24

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANALISIS E INTERPRETACION:** El 55% de los encuestados responden que no, el 45% ratifican que si. La duplicidad de actividades y tareas trae como consecuencia el desperdicio de recursos en tiempo, materiales y humanos; y, la desmotivación del personal que produce desorientación y disminuye la responsabilidad en el cumplimiento de metas y objetivos..

**Pregunta 10.- Los horarios con los que cumple sus actividades son:**

CUADRO N° 17

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADECUADOS	25	29%
MEDIANAMENTE ADECUADOS	33	38%
INADECUADOS	13	15%
LIMITADOS	15	17%
n=	86	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.



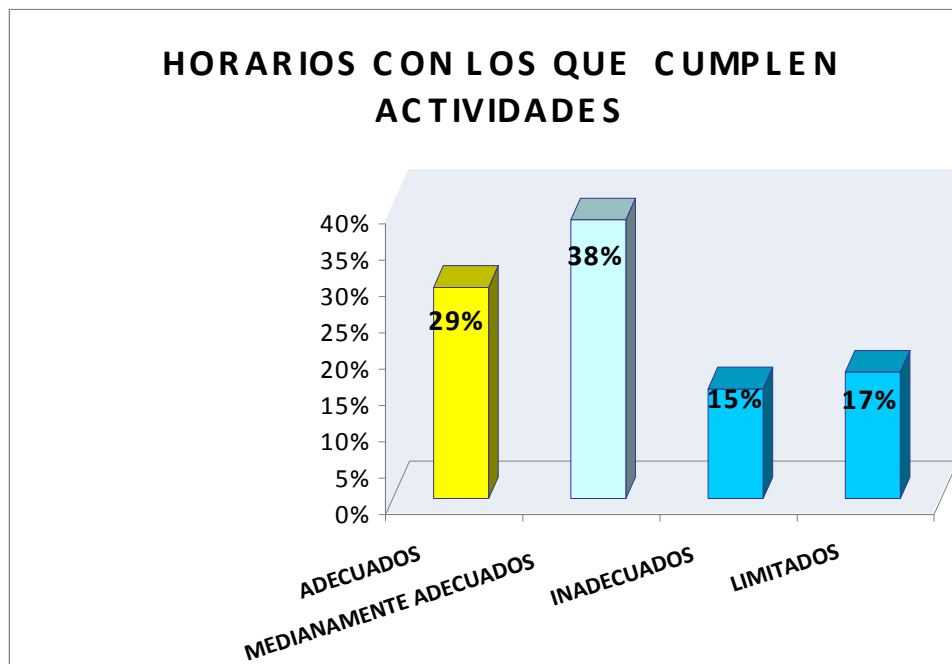


GRAFICO N° 25

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACION:** Al preguntar al personal de los servicios de apoyo sobre los horarios en los que cumplen sus actividades, el 39% manifiesta que los horarios son medianamente adecuados. El 29% manifiestan que son adecuados. El 17% dice que son limitados, dejando implícito de que se requiere tiempo adicional para laborar y lo incide en los costos y gastos institucionales por el pago de horas suplementarias y extraordinarias. El 15% manifiesta que son inadecuados debido a la rotación de turnos en especial en los servicios de mantenimiento, vigilancia, lavandería, transporte y ambulancia.

**Pregunta 11.- Para el desempeño de su actividad recibió capacitación.**

CUADRO N° 18

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PREVIA	2	2%
PERMANENTE	12	14%
LIMITADA	26	30%
NINGUNA	46	53%
n=	86	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

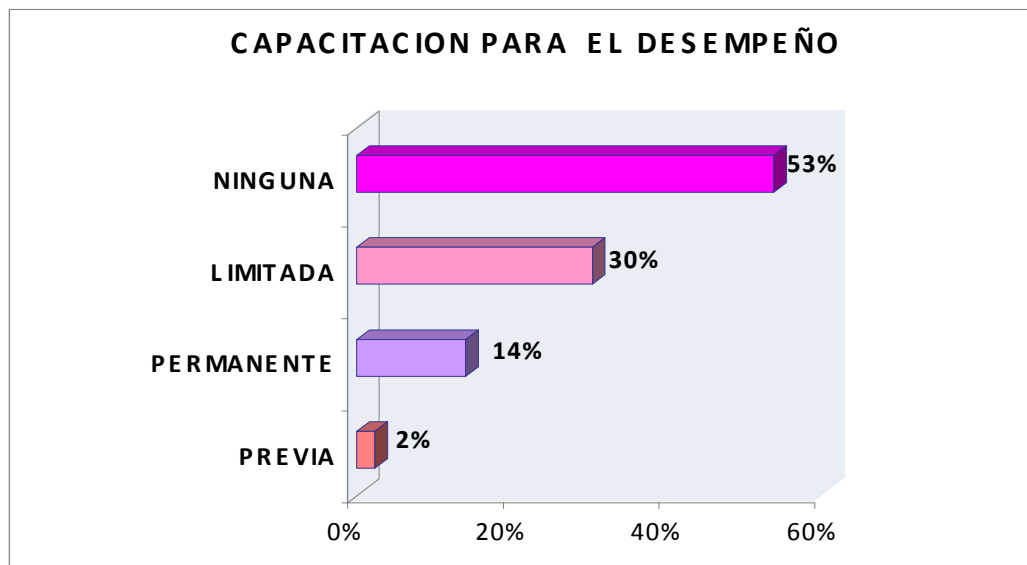


GRAFICO N° 26

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACION:** El 53% de los encuestados manifiesta no haber recibido ninguna capacitación para el desempeño de sus actividades. El 30% dice haber recibido en forma limitada. Apenas el 2% recibió capacitación previa y el 14% fue favorecido con capacitación permanente.

Los servicios de salud se han venido reorganizando en los últimos años, debido a la exigencia de la problemática de salud en el contexto socio-económico y político, que obliga a los recursos humanos a utilizar mucha creatividad y capacidad resolutoria, frente a los cambios dinámicos que se presentan. Esto obliga a que los roles y sus desempeños tengan orientaciones particulares y genéricas, a fin de dar respuesta efectiva a las demandas y respuestas a la provisión de servicios.

Los enfoques de capacitación y formación en ese contexto, debe ajustarse a esos cambios de tal forma que los modelos de enseñanza a ser utilizados, partan del conocimiento de la realidad, fortaleciendo los roles y desempeños, incluyendo a la comunidad

**Pregunta 12.- Considera usted que en el servicio de atención al paciente la función que desempeña es:**

CUADRO N° 19

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IMPORTANTE	37	43%
MEDIANAMENTE IMPORTANTE	40	47%
NO IMPORTANTE	9	10%
n=	86	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos

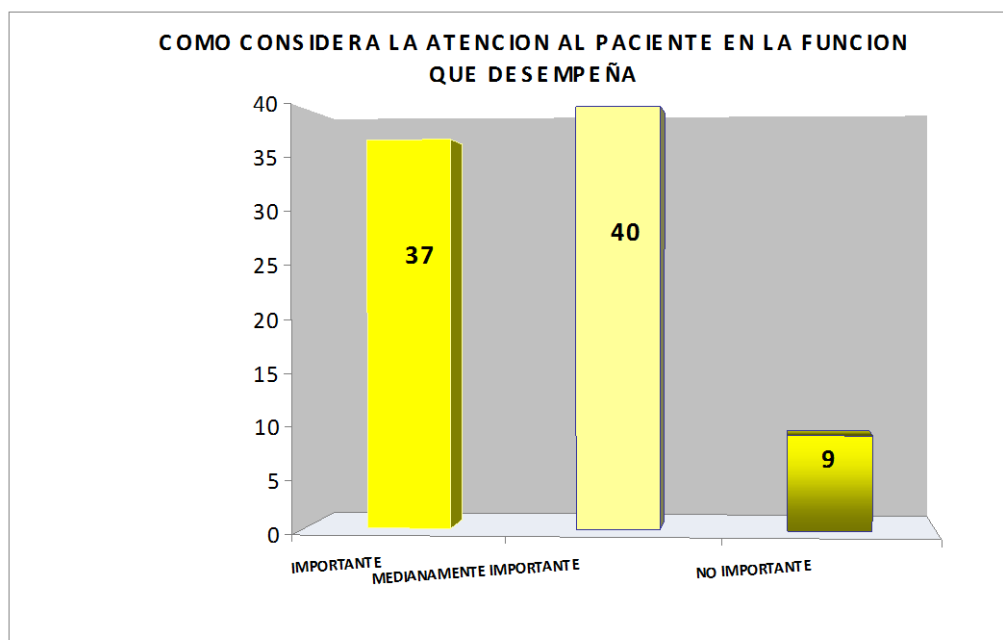


GRAFICO N° 27

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACION:** El 47% del personal de los servicios de apoyo considera que es medianamente importante la función que desempeñan en la atención al paciente. El 43% considera que es importante y el 10% juzga no importante. Estos resultados muestran a los servidores como personas que no se realizan en su trabajo. Como personas y profesionales sienten además que no existe reconocimiento de su trabajo por parte de sus superiores.

**Pregunta 13.- El desempeño de su actividad diaria es:**

CUADRO Nº 20

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRODUCTIVO	43	34%
MEDIANAMENTE PRODUCTIVO	9	7%
RUTINARIO	32	25%
NO COMPLICADO	24	19%
CAMBIANTE	3	2%
AGOTADOR	17	13%
n=	128	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

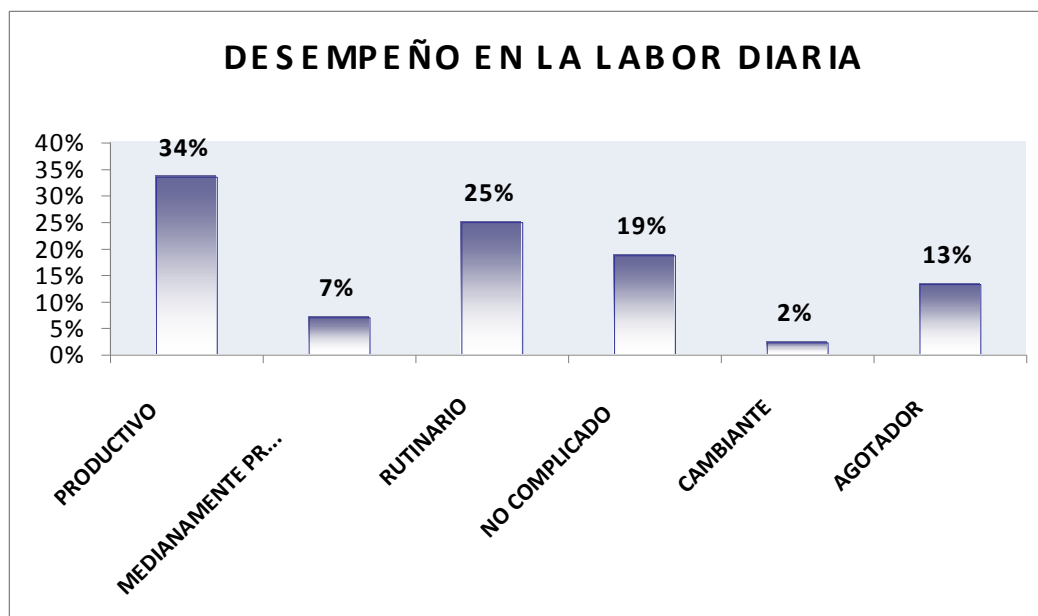


GRAFICO Nº 28

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANALISIS E INTERPRETACION:** La variable desempeño tiene las áreas críticas de productivo, medianamente productivo, rutinario, cambiante, no complicado y agotador. Los resultados que muestra la gráfica se verifica que el 34% considera que su trabajo es productivo. El 25% rutinario, el 19% tiene un desempeño no complicado, para el 13% su labor es agotadora.

**Pregunta 14.- Un cambio en la ejecución de las actividades y tareas que realiza para mejorar el servicio sería:**

CUADRO N° 21

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ACEPTABLE	21	20%
NECESARIO	35	33%
URGENTE	23	21%
RECOMENDABLE	20	19%
INOPORTUNO	1	1%
GENERARIA RECHAZO	7	7%
	n= 107	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

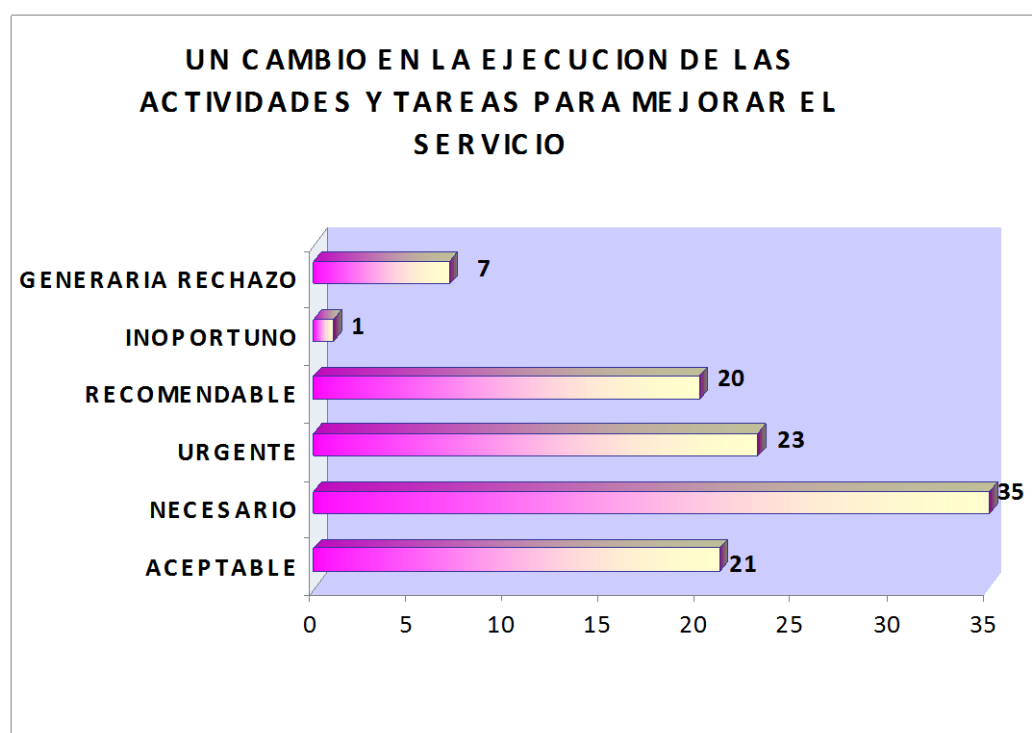


GRAFICO N° 29

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACION:** Analizada la variable de cambio en la ejecución de actividades y tareas para mejorar el servicio se obtiene los siguientes resultados: El 32% del personal de los servicios de apoyo considera que el cambio es necesario. El 21% manifiesta que es urgente, el 20% aceptable, el 19% recomendable. Es decir que el 92% de los encuestados ha orientado favorablemente sus respuestas hacia un

cambio en los procesos y desempeño con miras al mejoramiento de la atención de los servicios.

El convencimiento del personal acerca de las bondades sociales que representan los cambios y quienes se apoderan de los mismos, promoviéndolos con entusiasmo y dedicación. Este proceso se denomina “empoderamiento”. Esta aceptación puede no resultar fácil por varias razones. La primera es que muchas veces las personas piensan que con el solo planteamiento de la estructura, o con la definición de la misión y los objetivos institucionales los cambios sobrevienen inmediatamente. O bien, que con las actividades de capacitación se dan los cambios de actitudes y se ganan conocimientos que al final convencen a las personas para aceptar los cambios. También puede ser que la aceptación recaea en el hecho de que muchas veces los cambios no constituyen atractivos para el personal, especialmente si sus intereses son afectados. Se debe ser muy estratégico en estos casos. Ganar aliados constituye una acción importante para avanzar en los cambios, en especial con el apoyo de los directivos.

**Pregunta 15.- Cómo se efectúa la dotación de bienes, materiales e insumos.**

CUADRO N° 22

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OPORTUNA	34	31%
A DESTIEMPO	32	29%
COMPLETA	12	11%
INCOMPLETA	14	13%
BUENA CALIDAD	12	11%
MALA CALIDAD	7	6%
n=	111	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

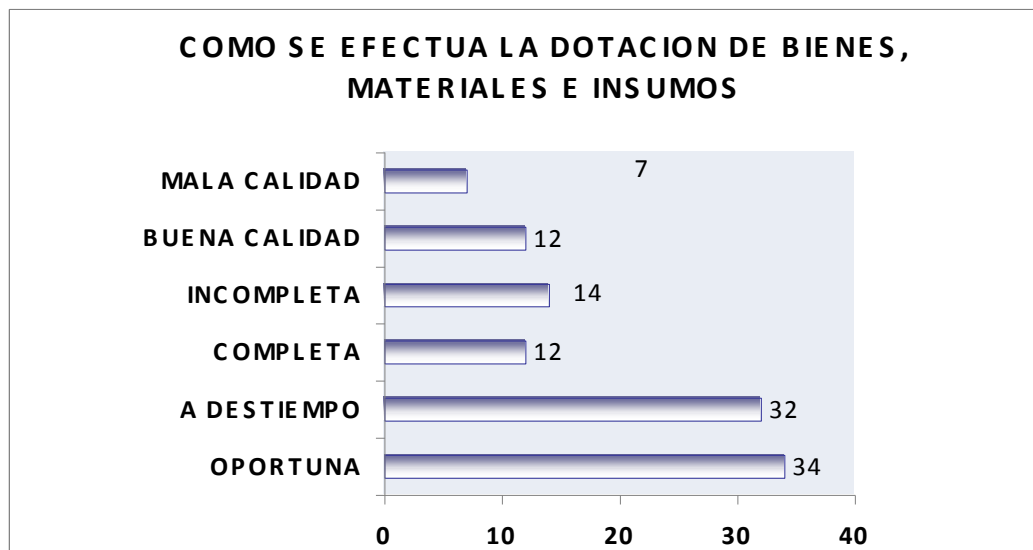


GRAFICO Nº 30

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACION:** La variable dotación de bienes, materiales e insumos para la ejecución de actividades luego de aplicada la encuesta dio como resultado, que el 30% manifiesta que es oportuna, el 29% es a destiempo, el 13% es incompleta frente al 11% que manifiesta que es completa. La dotación lenta e inoportuna retrasa el cumplimiento de funciones y metas propuestas.

**Pregunta 16.- Dispone de todos los equipos, accesorios, instrumentos y herramientas requeridas para la ejecución normal de sus actividades.**

CUADRO Nº 23

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	61	71%
NO	25	29%
n=	86	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

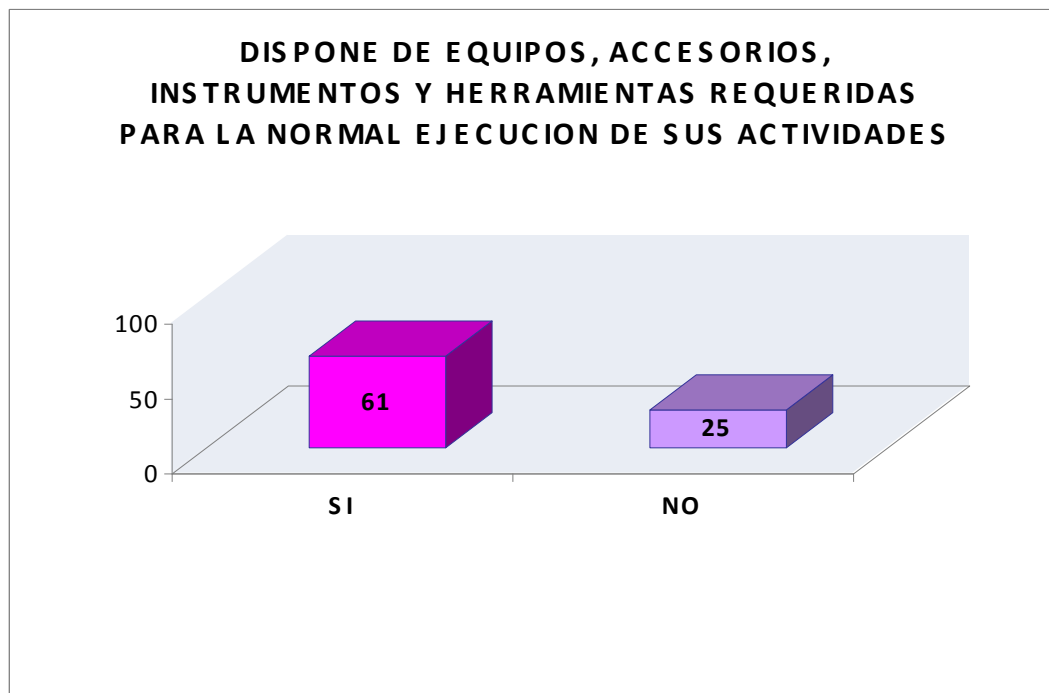


GRAFICO Nº 31

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** La gráfica muestra la variable disposición de equipos, accesorios, instrumentos y herramientas para el cumplimiento de actividades y tareas, donde el 71% manifiesta de que disponen de estos recursos indispensable para una normal operacionalización. El 29% manifiesta que no dispone, seguramente no ha tenido la oportunidad de que les sea asignados o la responsabilidad de su custodia obliga a tener responsables únicos.

**Pregunta 17.- Cómo mejoraría la productividad de los servicios de apoyo.**

CUADRO Nº 24

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UTILIZANDO EL 100% DEL TIEMPO CONTRATADO	44	51%
SISTEMATIZANDO LOS SERVICIOS	14	16%
TECNIFICANDO LOS SERVICIOS	28	33%
n=	86	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.



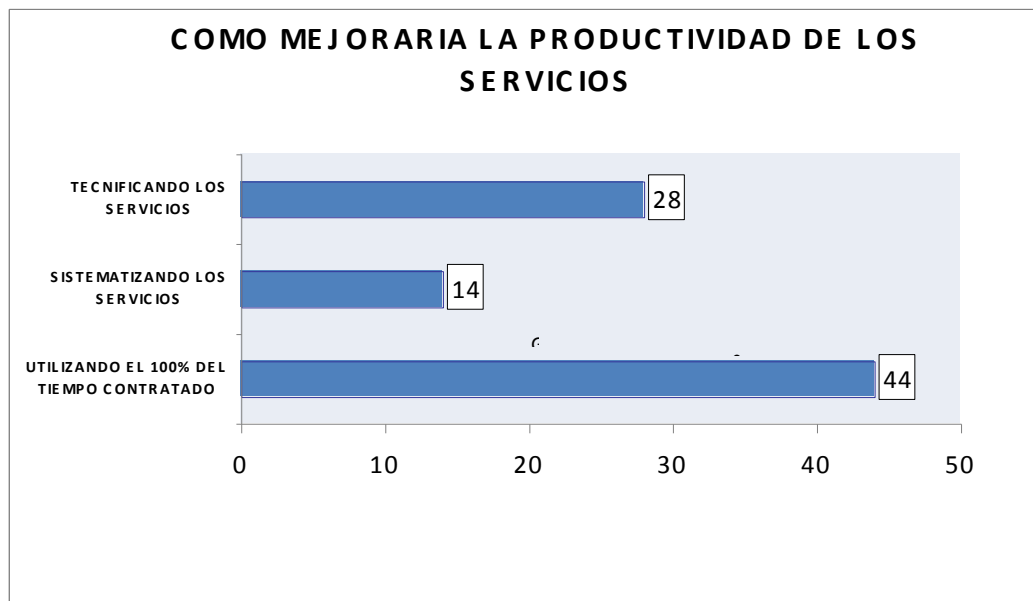


GRAFICO Nº 32

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACION:** La variable como mejoraría la productividad de los servicios está compuesta por las áreas críticas de: utilizando del 100% del tiempo contratado, tecnificando los servicios y sistematizando los servicios.

Los resultados de esta variable que se muestra en la gráfica, el 51% estima que mejorará la productividad utilizando el 100% del tiempo contratado. El 33% piensa que se logrará tecnificando los servicios y el 16% mediante su sistematización.

Las Instituciones de salud presentan limitados grados de eficiencia y capacidad gerencial y funcional, siendo necesario buscar mecanismos institucionales diversos, complementarios y de manera especializada para asumir con responsabilidad la misión que se les encomienda, buscando siempre acciones transformadoras en un contexto difícil por las influencias políticas, económicas, sociales y culturales. Considerando que el elemento humano es el actor más importante y su capacitación permanente y prioritaria para lograr una participación activa en los cambios necesarios.

**Pregunta 18.- La productividad de su servicio es:**

CUADRO N° 25

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTA	41	48%
MEDIA	39	45%
BAJA	6	7%
n=	86	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

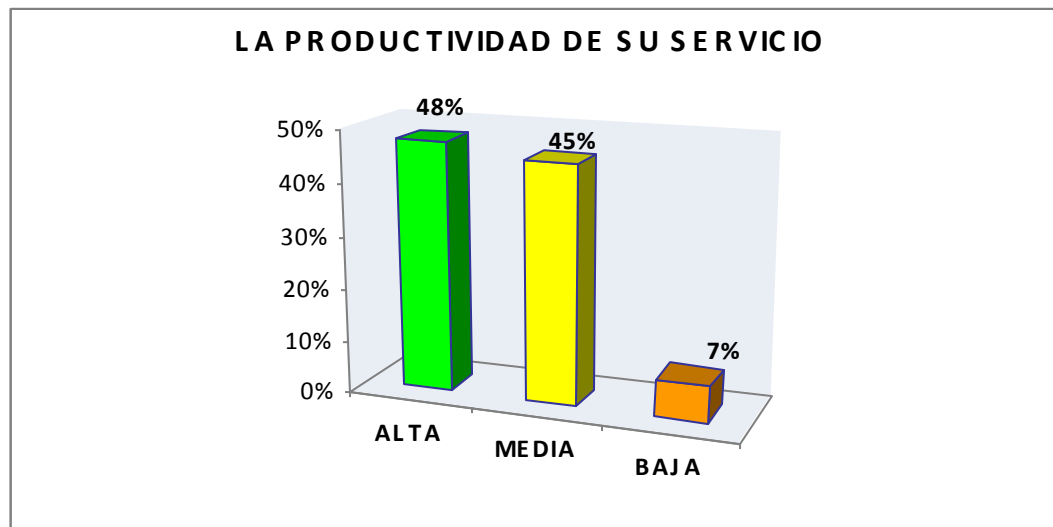


GRAFICO N° 33

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACION:** La variable Productividad, analizó las áreas críticas Alta, que dio un resultado del 48%, media con el 45% y baja con el 7%. Lo que significa que el 93% de los encuestados están conscientes de la labor que desempeñan y su incidencia en la atención de salud.

**Pregunta 19.- Se han establecido medidas de tiempo para la ejecución de actividades**

CUADRO N° 26

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	7	8%
NO	79	92%
n=	86	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

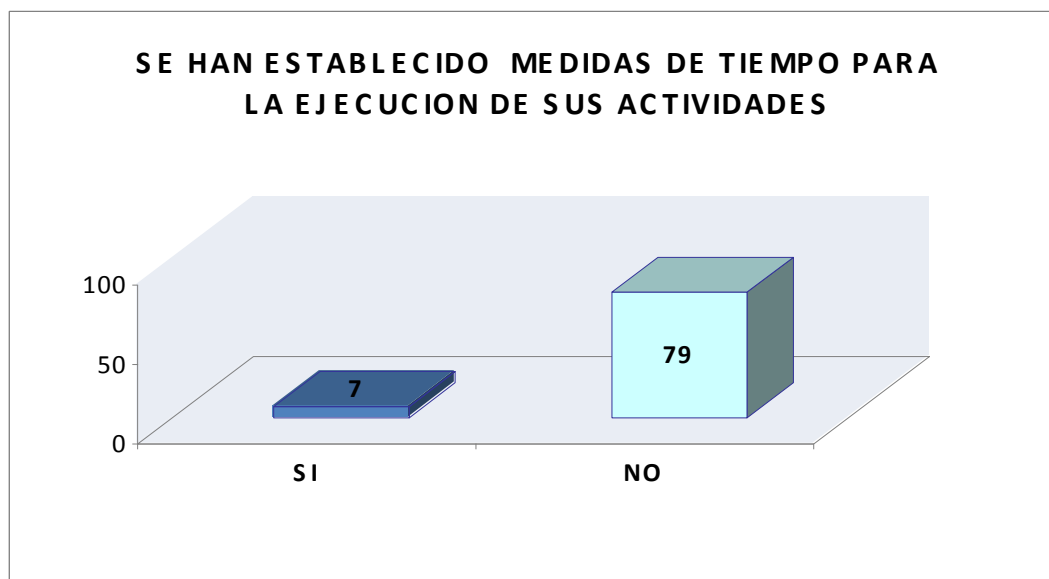


GRAFICO N° 34

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANALISIS E INTERPRETACION:** Al preguntar al personal de los servicios de apoyo si se han establecido estándares de tiempo para la ejecución de sus actividades, el 92% respondió que no, convirtiéndose en una área crítica el no disponer de medidas que permitan evaluar el desempeño de los empleados y trabajadores que laboran en los servicios de apoyo.

**Pregunta 20.- Cómo calificaría la atención interna de los servicios de apoyo**

CUADRO N° 27

CATEGORÍAS	ESTADÍSTICA	MANTENIMIENTO	GUARDIANÍA	LAVANDERÍA	ROPERÍA	DIETÉTICA	TRANSPORTE Y AMBULANCIA	LIMPIEZA
MUY BUENA	21	19	21	14	13	18	15	18
BUENA	46	43	46	54	55	40	52	45
MALA	18	24	17	15	16	23	18	15
DEFICIENTE	1	0	2	3	2	5	1	8
n=	86	86	86	86	86	86	86	86

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

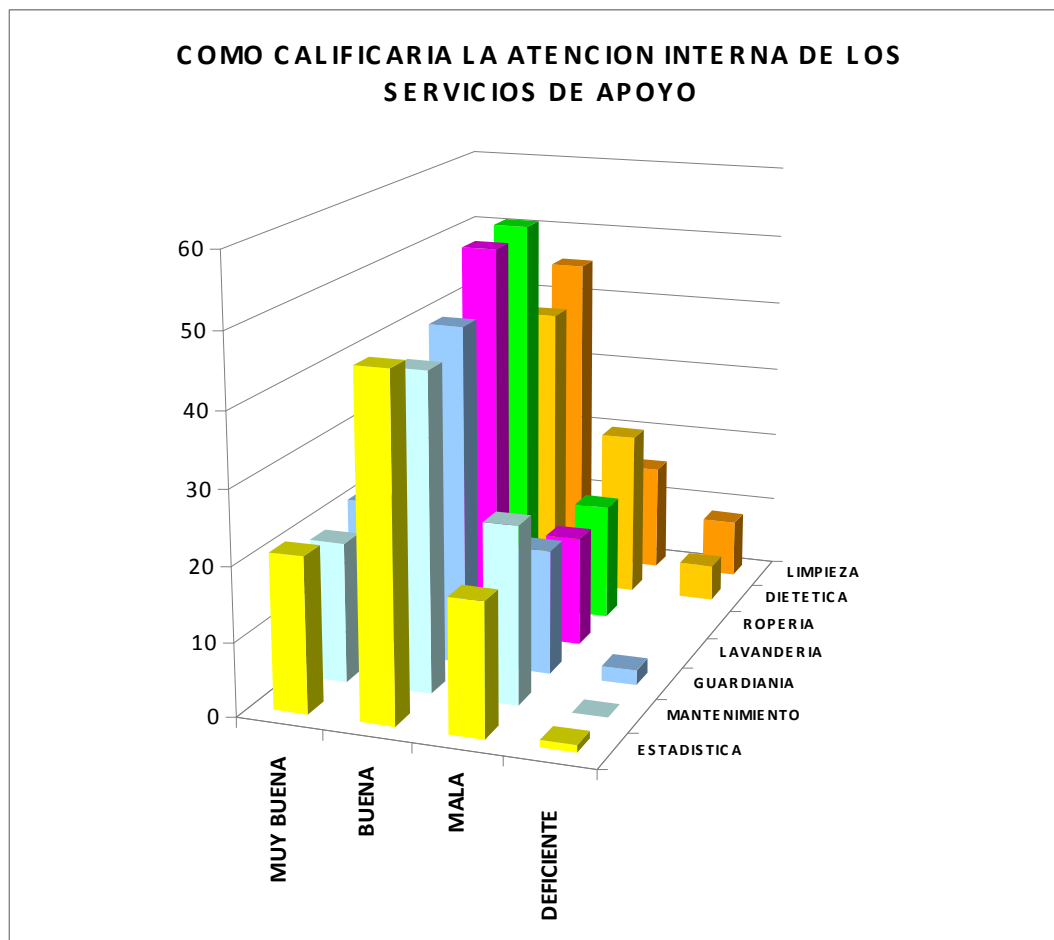


GRAFICO Nº 35

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANALISIS E INTERPRETACION:** La variable de atención interna de los servicios de apoyo fue aplicada a través de cuatro parámetros: muy buena, buena, mala y deficiente, para los servicios de Estadística, Mantenimiento, Guardianía, Lavandería, Ropería, Dietética y Limpieza, dando los siguientes resultados:

El 53% manifiestan que la atención del servicio de Estadística es buena, el 24% muy buena y el 20% dice que la atención es mala, lo que demuestra el 77% opinan que la atención brindada a los usuarios internos y externos es aceptable.

El 50% opinan que la atención que brinda Mantenimiento es muy buena, el 28% mala, el 22% muy buena. Lo que representa que el 78%

de los encuestados aceptan haber recibido una atención entre buena y muy buena.

Para el 53% de los encuestados la atención de Guardianía es buena, el 24% manifiestan que es muy buena. El 20% dice que es mala y el 3% deficiente. Manteniéndose la misma tendencia de los servicios citados anteriormente.

El 62% manifiestan que el Servicio de Lavandería ofrece un servicio bueno. El 17% indican que es mala.

Para el servicio de Ropería el 64% manifiesta que la atención es buena. El 19% manifiesta que es mala, se mantiene el mismo comportamiento que los otros servicios.

Para el 47% de los encuestados el servicio que brinda el servicio de Dietética es bueno. El 27% dice que es malo. El 21% dice que es muy bueno. Es indispensable un cambio en la calidad de atención, optimización de recursos, priorización de dietas para los pacientes hospitalizados y personal que tiene acceso a este servicio.

En lo referente al servicio de transporte y ambulancia, el 60% manifiesta que es bueno. El 20% que es malo, condición que debe ser revisada, considerando la emergencia y necesidad de los usuarios de traslado para salvaguardar la vida de los usuarios.

Finalmente en lo que corresponde a limpieza, el 53% manifiesta que es buena, el 20% muy buena, el 17% mala. Siendo uno de los servicios que habla de la institución y de la seguridad sanitaria de los pacientes, debe mejorarse la atención impostergablemente.

#### 4.1.2. Encuesta aplicada a los usuarios externos de los servicios de apoyo del Hospital Provincial General de Latacunga.

**Objetivo:** Conocer la calidad de los servicios de apoyo del Hospital Provincial General de Latacunga

#### DATOS GENERALES

- **Edad de los usuarios de los servicios**

CUADRO N° 28

RESPUESTAS	FRECUENCIA	REPRESENTACION PORCENTUAL
20 a 30	64	29%
31 a 40	96	43%
41 a 50	32	14%
51 a 60	31	14%
61 a 70	1	0%
n=	224	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

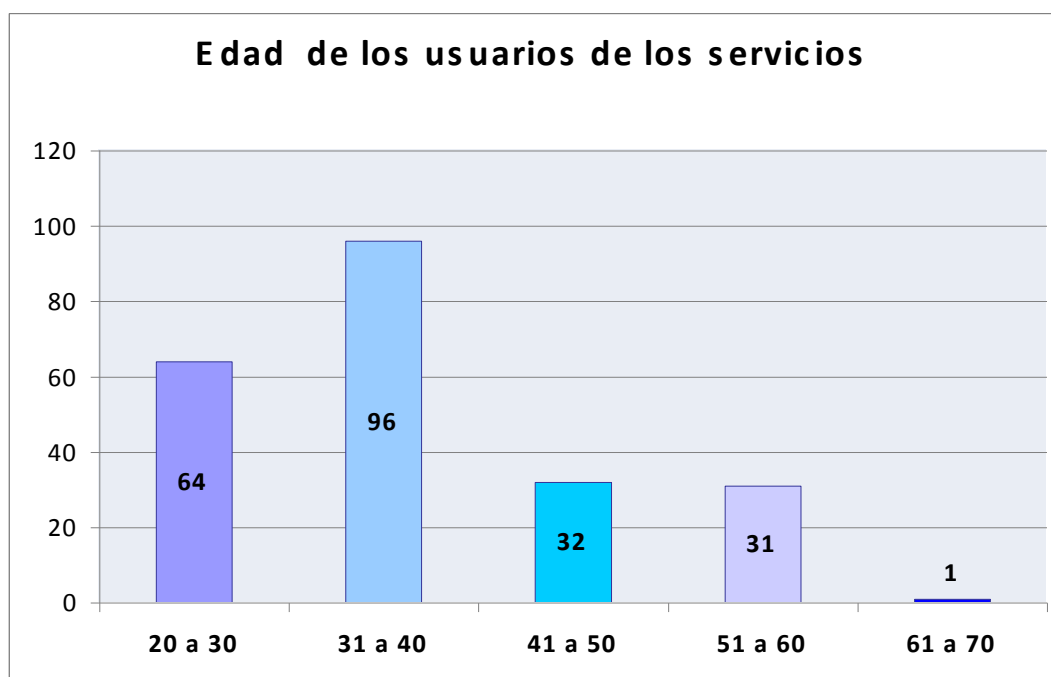


GRAFICO N° 36

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACION:** Los usuarios externos adultos más frecuentes del Hospital Provincial están comprendidos entre 31 y 40 años, con un porcentaje del 43%. El segundo grupo frecuente corresponde a la edad de 20 a 30 años. En los dos casos las visitas más frecuentes corresponden a mujeres en edad fértil que acuden a los servicios de Ginecología y Maternidad.

- **Lugar de residencia de los usuarios de los servicios de apoyo**

CUADRO N° 29

LUGAR DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	REPRESENTACIÓN PORCENTUAL
LATACUNGA	128	57%
OTROS CANTONES	96	43%
n=	224	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

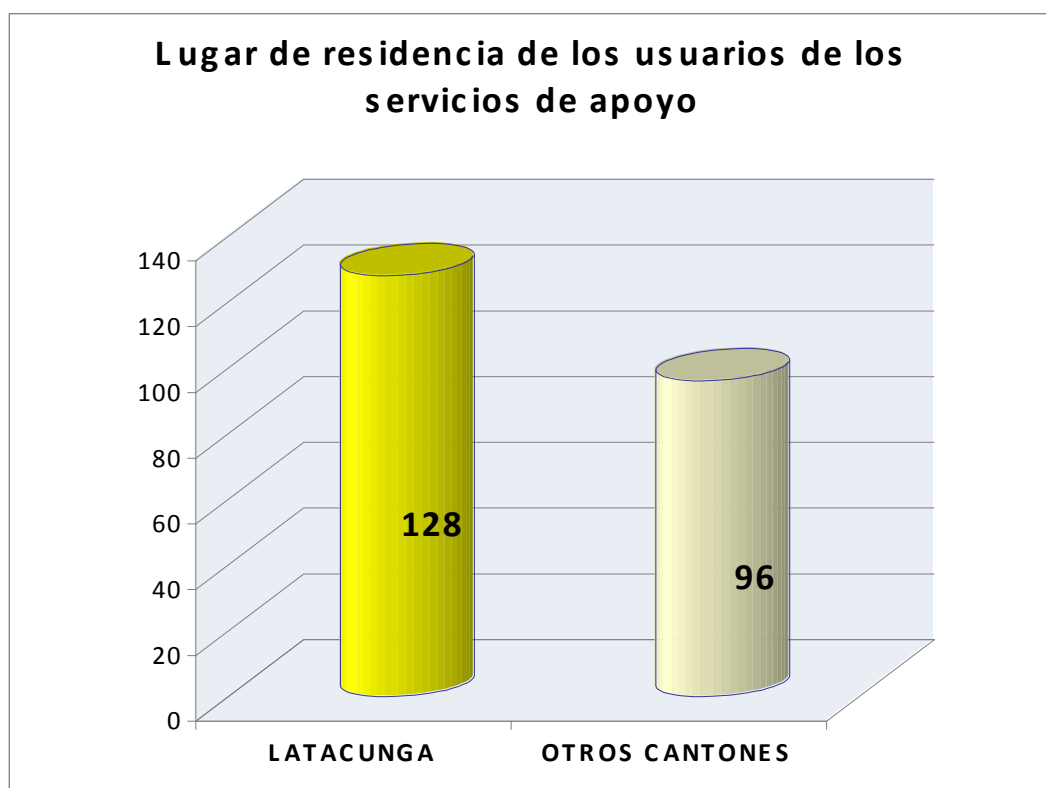


GRAFICO N° 37

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** El 57% de los usuarios encuestados tienen su residencia en la ciudad de Latacunga. El 43% son residentes de los cantones de la provincia e Cotopaxi, que por razones curativas y no preventivas solicitan la atención que amerita internación.

**DATOS ESPECIFICOS:**

**1. Sus visitas al Hospital son:**

CUADRO N° 30

VISITAS	FRECUENCIA	REPRESENTACIÓN PORCENTUAL
FRECUENTES	64	29%
EVENTUALES	160	71%
N=	224	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

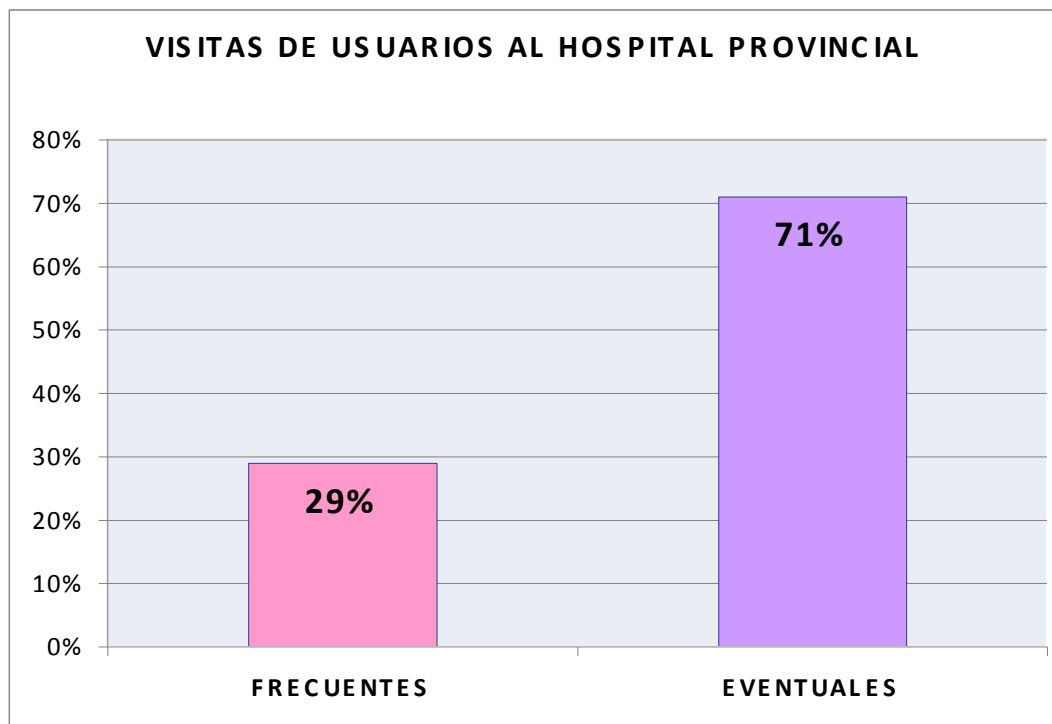


GRAFICO N° 38

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** El 71% de los usuarios del Hospital Provincial asisten eventualmente a recibir atención. El 29% de los



pacientes son usuarios frecuentes. En el primer grupo en su mayoría está integrado por mujeres en edad fértil que asisten por parto, cesáreas, ligaduras y histerectomías. En el segundo grupo se encuentran pacientes de los servicios de Traumatología y Cirugía.

## 2. El tiempo de demora en la atención es:

CUADRO N° 31

TIEMPO DE ESPERA	FRECUENCIA	REPRESENTACIÓN PORCENTUAL
HASTA 30 MINUTOS	0	0%
DE 30' A 1:00 HORA	128	57%
DE 1:00 HORA A 2: HORAS	62	28%
MAS DE 2:00 HORAS	34	15%
n=	224	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

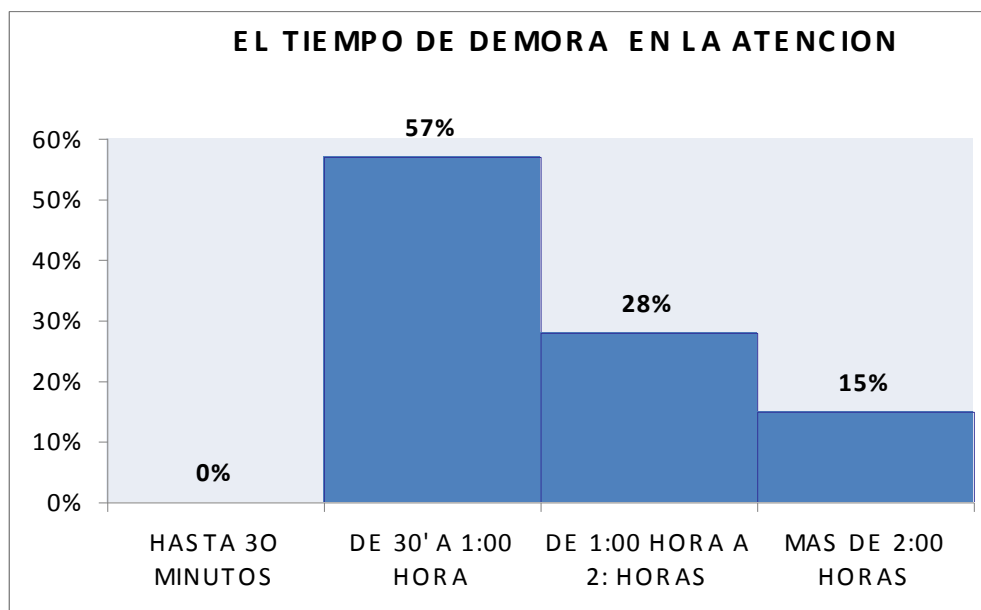


GRAFICO N° 39

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** La demora en la atención a los usuarios de los servicios de salud, es un problema latente que no se ha podido resolver, pese a que se ha implementado estrategias como citas previas o citas por teléfono. Los usuarios siguen esperando en largas colas desde horas de la madrugada para conseguir un turno de atención.

Una vez que lo han obtenido la demora para el registro de historia clínica, toma de signos vitales y atención por parte de los profesionales, que no están a tiempo en los consultorios constituye un maltrato diario al usuario. En el Hospital Provincial el tiempo de espera de mayor frecuencia es de 30 minutos a una hora con un porcentaje del 57%.

### 3. La atención de emergencia en inmediata

CUADRO N° 32

RESPUESTAS	FRECUENCIA	REPRESENTACIÓN PORCENTUAL
SI	127	57%
NO	97	43%
n=	224	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

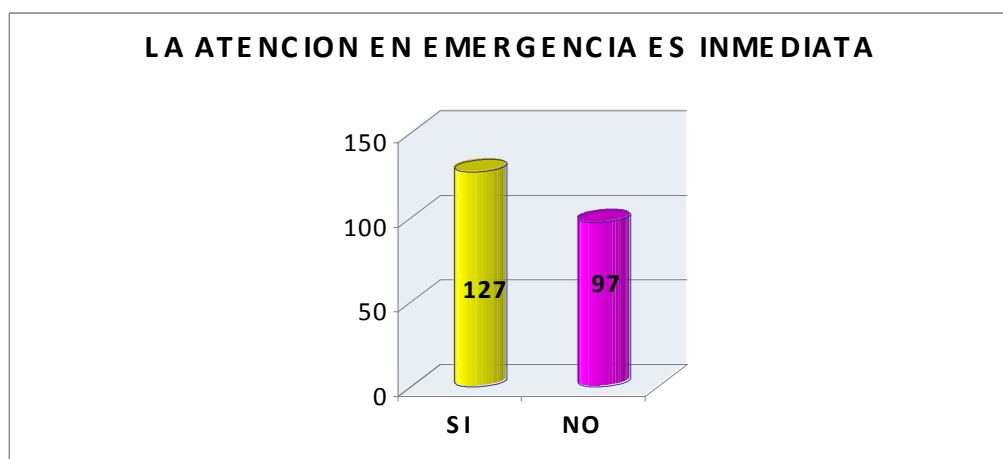


GRAFICO N° 40

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** Una emergencia médica es una enfermedad o lesión repentina que necesita tratamiento inmediato. Esto sucede cuando el problema de salud de una persona, puede causarle la muerte o la pérdida de un miembro como un dedo, un brazo, una pierna o algo más. Si no obtiene ayuda, podría tener problemas muy serios o incluso morir.

La variable emergencia esta enfocada a la medición de atención inmediata, los resultados obtenidos dan como resultado que el 57% de pacientes que necesitaban atención vital para su salud si fueron atendidos inmediatamente. El 43% pese a la urgencia de atención, no la recibió efectivamente.

#### 4. Cómo evalúa el proceso de atención y servicios del Hospital Provincial?

CUADRO N° 33

RESPUESTAS	FRECUENCIA	REPRESENTACION PORCENTUAL
TARDIO Y BUROCRATICO	50	22%
RAPIDO Y EFICIENTE	30	13%
MEDIANAMENTE RAPIDO Y EFICIENTE	112	50%
DEFICIENTE	32	14%
n=	224	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

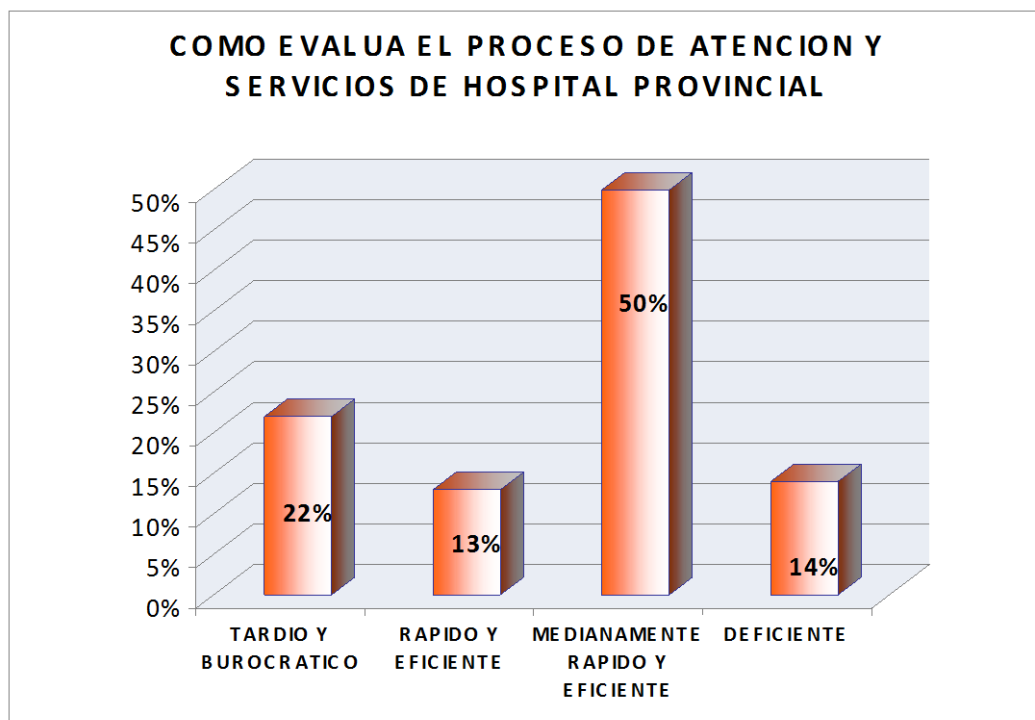


GRAFICO N° 41

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** La calidad no es un tema exclusivo de los especialistas. Ahora son más frecuentes los cuestionamientos de los

pacientes sobre la atención que se les brinda, y no sólo con referencia a los aspectos de bienestar o trato sino también sobre aspectos del desarrollo técnico de la atención.

El 50% de los pacientes encuestados manifiestan haber recibido una atención medianamente rápida y eficiente de los servicios de apoyo. El 22% dice que ha sido tardía y burocrática. Situación que exige una reflexión en los prestadores que no han logrado mejorar la atención en los servicios lo que genera insatisfacción en los usuarios y bajos índices de calidad.

### 5. Existe señalización en los diferentes servicios para facilitar el acceso y tránsito de los usuarios

CUADRO N° 34

RESPUESTAS	FRECUENCIA	REPRESENTACION PORCENTUAL
SI	28	13%
NO	196	87%
N=	224	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

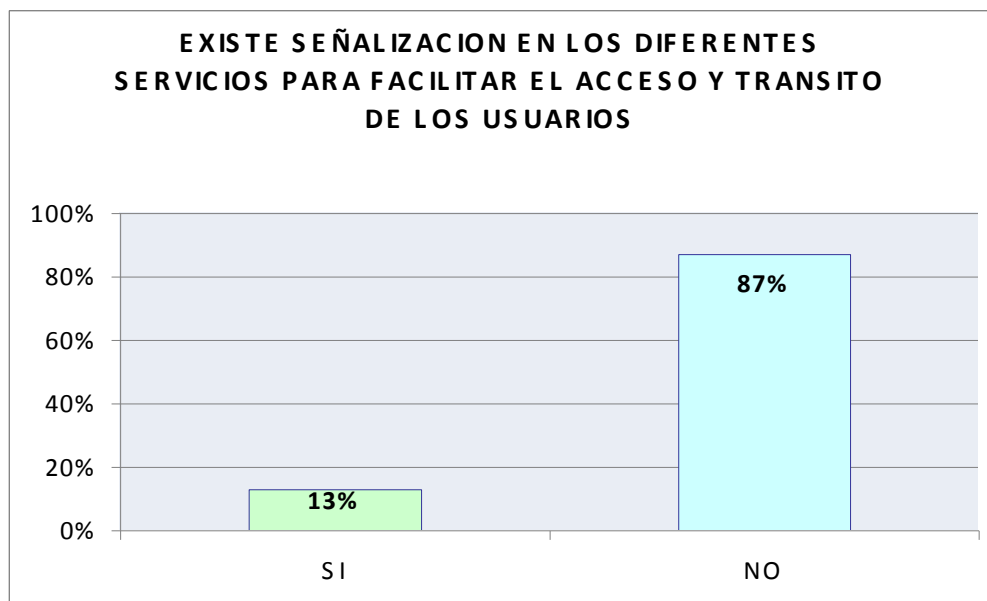


GRAFICO N° 42

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** La falta de señalización en el Hospital Provincial genera pérdida de tiempo en los usuarios, los mismos que en un 87% han ratificado esta deficiencia.

La comunicación eficaz y efectiva tanto en la señalización como en la documentación que se entrega a los pacientes es un reto de los hospitales para poder cumplir con su misión, que además de curar es promover la salud, según ha definido la Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualmente, tanto la información verbal como la escrita suele estar diseñada sin considerar el grado de competencia y las necesidades de los receptores.

### 6.- Las dietas que se sirven en hospitalización son

CUADRO N° 35

DIETAS	FRECUENCIA	REPRESENTACION PORCENTUAL
SATISFACTORIAS	32	14%
REGULARES	30	13%
MALAS	162	72%
n=	224	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

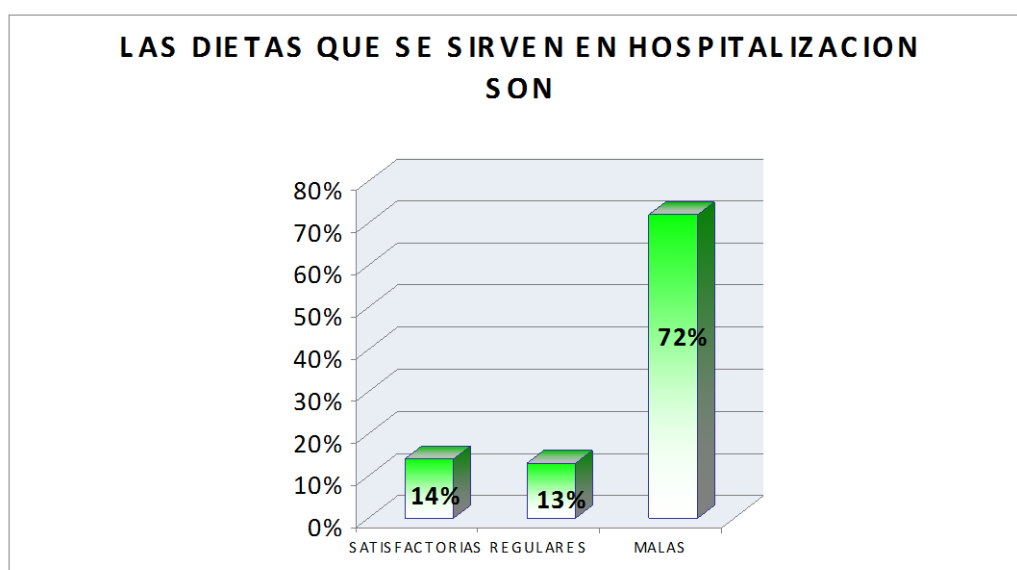


GRAFICO N° 43

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** Al ser consultados sobre las dietas que se sirven en el Hospital Provincial, el 73% de los pacientes manifiestan que son malas, el 14% regulares y el 13% satisfactorias. La baja calidad de dietas no tiene una correspondencia real frente a los gastos que se realizan para cubrir este servicio así como a los 19 servidores que integran el servicio de Dietética.

El uso eficiente de los recursos implica el cumplimiento de dos criterios: el primero es la atención y los servicios que se presten al menor costo. El segundo, que la atención sea valorada por los usuarios como muy buena.

### 7.- Qué tipo de atención reciben los usuarios de los servicios?

CUADRO N° 36

TIPO DE ATENCIÓN	FRECUENCIA	REPRESENTACIÓN PORCENTUAL
EXCELENTE	0	0%
MUY BUENA	160	71%
BUENA	60	27%
REGULAR	4	2%
SUMAN	224	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

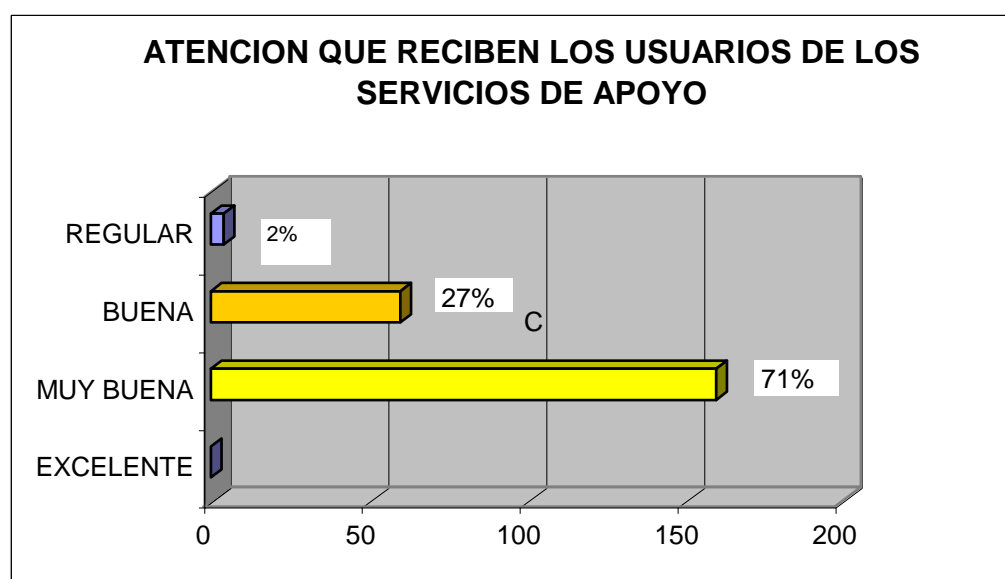


GRAFICO N° 44

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** La variable atención al ser aplicada a los usuarios de los servicios tuvo los siguientes resultados: el 71% de los pacientes manifiestan que es muy buena, el 27% que es buena, el 2% que es regular. Porcentajes que han variado debido a la implementación de la gratuidad progresiva y la crisis familiar que obliga a que pacientes de los estratos sociales medio bajo, bajo y grupos vulnerables acudan a recibir atención.

Si bien la calidad está referida a la índole de la atención médica, ésta se desenvuelve en un medio social donde funcionan normas éticas, principios morales que regulan la actividad. Por lo tanto los cambios de valores que la sociedad acepte o apruebe influyen en los atributos cualitativos que debe tener el cuidado médico. De ahí la importancia que tiene el reconocimiento de las tendencias que se observan en el contexto de la comunidad.

### 8. Su estadía en el Hospital fue:

CUADRO N° 37

ESTADIA	FRECUENCIA	REPRESENTACION PORCENTUAL
SATISFACTORIA	35	16%
MEDIANAMENTE SATISFACTORIA	160	71%
NO SATISFACTORIA	29	13%
n=	224	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

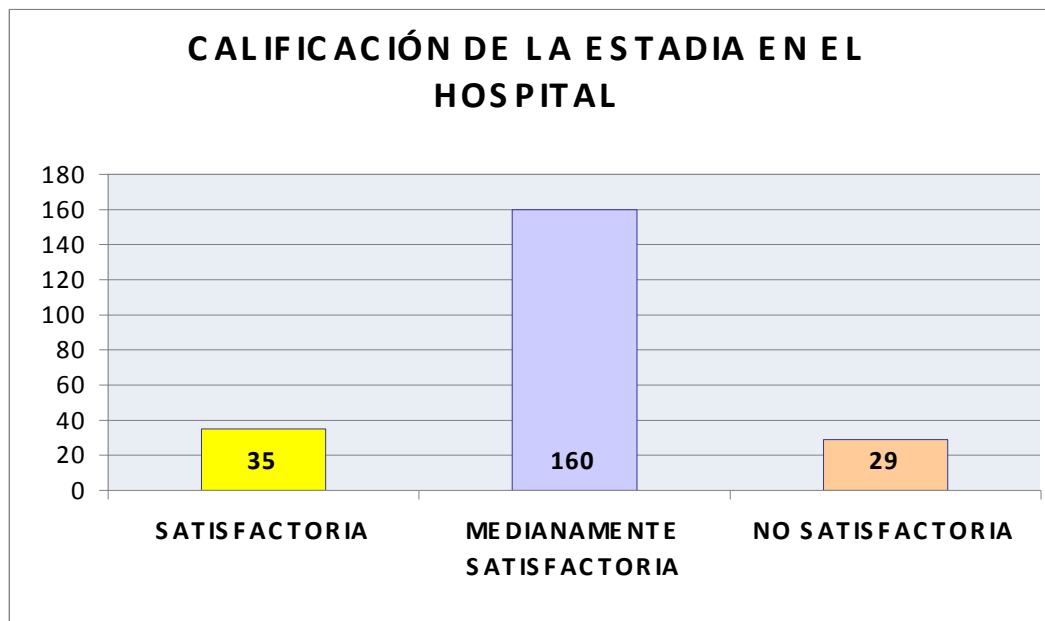


GRAFICO N° 45

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** Como una ratificación de la atención recibida el 71% manifiesta que su estancia en el Hospital fue medianamente satisfactoria.

La satisfacción de los pacientes ha sido utilizada como uno de los instrumentos de evaluación. Para evaluar la satisfacción de los pacientes con la atención de sus necesidades durante la internación, se puede adoptar como metodología la investigación cualitativa y, como técnica de recolecta de datos, la observación participante y el grupo focal.

### 9. Los espacios donde fue atendido son:

CUADRO N° 38

ESPACIOS DE ATENCIÓN	FRECUENCIA	REPRESENTACIÓN PORCENTUAL
ADECUADOS	158	71%
NO ADECUADOS	66	29%
n=	224	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.



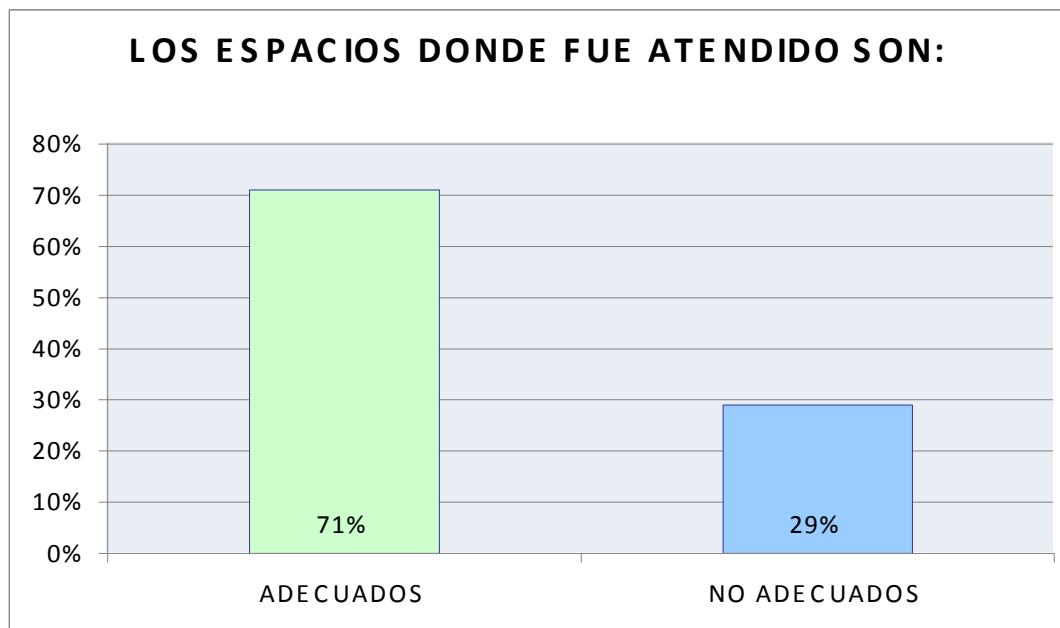


GRAFICO N° 46

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** La edificación del Hospital Provincial, data 49 años, con remodelaciones posteriores que han ido adecuando los ambientes. En esta variable aplicada el 71% de los encuestados manifiesta que son adecuados.

### 10. La atención de Estadística fue:

CUADRO N° 39

TIPO DE ATENCIÓN	FRECUENCIA	REPRESENTACIÓN PORCENTUAL
EXCELENTE	6	3%
MUY BUENA	96	43%
BUENA	94	42%
REGULAR	28	13%
SUMAN	224	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

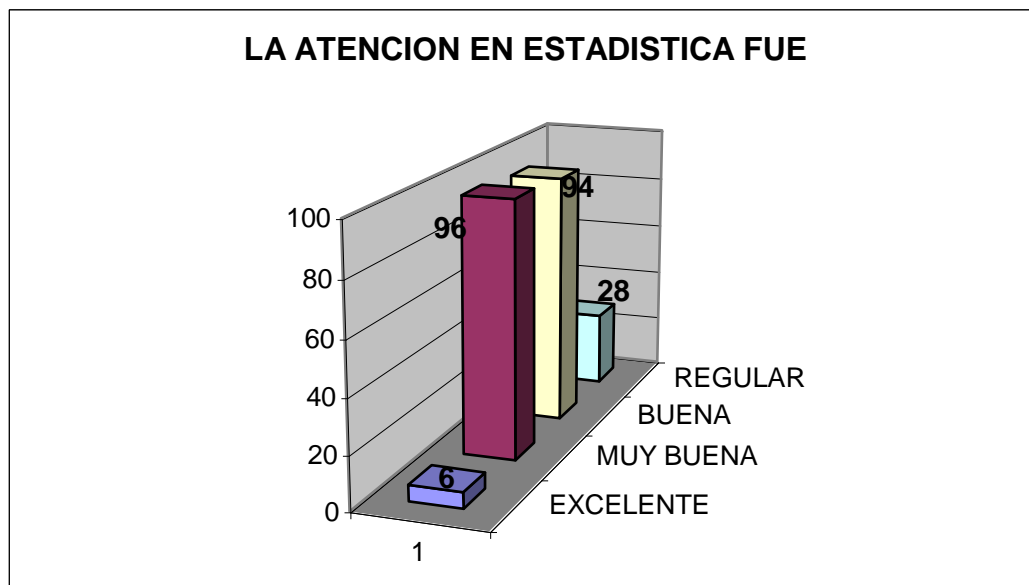


GRAFICO N° 47

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** Aplicada la variable de atención en Estadística, unidad a la que acuden los pacientes a obtener un turno de atención y su historia clínica, manifiestan que el 43% es muy buena y el 42% es buena. Es decir que en un rango del 85% los pacientes fueron atendidos aceptablemente.

La calidad de atención al usuario es un proceso encaminado a la consecución de la satisfacción total de los requerimientos y necesidades de los mismos, así como también atraer cada vez un mayor número de usuarios por medio de un posicionamiento tal, que lleve a éstos a realizar gratuitamente la publicidad persona a persona.

En tal sentido, el Servicio de Estadística constituyen el elemento vital de en la atención de salud, ya que es el primer contacto con el usuario. Sin embargo, no se ha logrado que el servicio se adapte a las necesidades de sus usuarios ya sea en cuanto a calidad, eficiencia o servicio personal. Es por ello que los directivos deben mejorar la calidad del servicio ya que representa la imagen de la organización.

## 11. El Hospital en sus instalaciones le ofrece seguridad:

CUADRO N° 40

RESPUESTAS	FRECUENCIA	REPRESENTACIÓN PORCENTUAL
SI	128	57%
NO	96	43%
	n= 224	100%

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

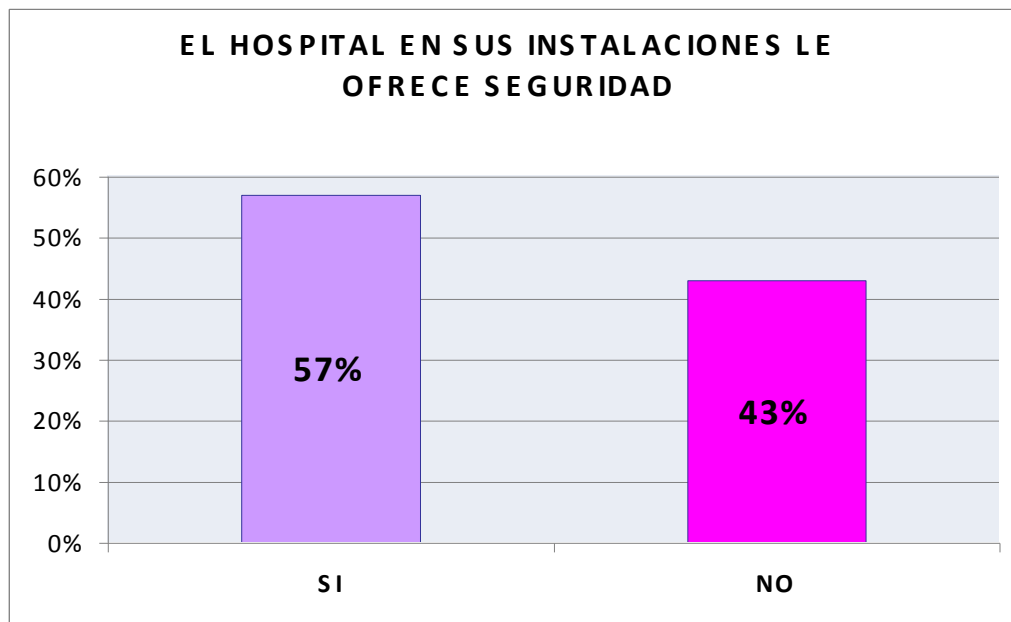


GRAFICO N° 48

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** Consultados los usuarios sobre las seguridades que brindan las instalaciones del Hospital Provincial, manifiestan el 57% que si brindan una aceptable seguridad durante su permanencia.

La determinación del Índice de Seguridad Hospitalaria es una nueva forma de manejar el riesgo en el sector salud que permite la vigilancia continua del nivel de seguridad de los establecimientos de salud. La seguridad ya no es considerada como una situación de “si-o-no” o un “todo-o-nada”, sino más bien como un estado intermedio que puede ser mejorado gradualmente

#### 4.1.3. Resultados de las fichas de campo aplicadas

LUGAR: Hospital Provincial General de Latacunga

FECHA: 14 de octubre del 2008

INVESTIGADOR - EVALUADOR: M. Elena Arcos F.

OBJETO DE LA EVALUACIÓN: Verificar el funcionamiento, espacio físico y desempeño de las actividades del personal de los servicios de apoyo.

De la observación realizada se obtuvieron los siguientes resultados:

CUADRO Nº 41

ASPECTOS	EXCELENTE	BUENA	MALA
Formas de trato y relacionamiento social entre usuarios y prestadores de los servicios de apoyo		X	

ASPECTOS	RÁPIDA	LENTA	BUROCRÁTICA
Demora en los procesos de atención		X	

ASPECTOS	COMPLETA	REGULAR	IRREGULAR
Verificar jornadas de trabajo de los servidores de los servicios de apoyo		X	

ASPECTOS	EFICIENTES	DESCOORDINADOS	REPETITIVOS	INSUFICIENTES
Verificar los procesos que se ejecutan en los servicios de apoyo		X		X
	DEFICIENTES	SIN CONTROL		
		X		

ASPECTOS	EXCELENTE	ACEPTABLE	MEDIANAMENTE ACEPTABLE	REGULAR
Verificar la productividad de los servicios de apoyo				X
	DEFICIENTE			

<b>ASPECTOS</b>	<b>EXCELENTE</b>	<b>ACEPTABLE</b>	<b>MEDIANAMENTE ACEPTABLE</b>	<b>REGULAR</b>
Verificar la calidad de los servicios de apoyo				X
	<b>DEFICIENTE</b>			

<b>ASPECTOS</b>	<b>CONFORTABLES</b>	<b>MEDIANAMENTE CONFORTABLES</b>	<b>OBSCUROS Y SIN VENTILACIÓN</b>	<b>INSEGUROS</b>
Verificar el espacio físico donde se ejecutan los procesos de los servicios de apoyo			X	X

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

La relación unidireccional entre el oferente de los servicios de apoyo y el usuario, siendo este último el sujeto pasivo que recibe la prestación, con escasa posibilidad de desarrollar una interacción bilateral, que logre formar un compromiso de calidad en la prestación.

La demora en la atención en los servicios de apoyo es consecuencia de las jornadas de trabajo del personal, donde el abandono del sitio de trabajo y subutilización del tiempo contratado, no son controlados permanentemente por los jefes inmediatos y la unidad de Recursos Humanos. Situación que repercute en la productividad y calidad de los servicios que tiene una calificación regular.

El espacio físico donde ejecutan las tareas, es inseguro, carece de ventilación y claridad, situación que ha contribuido a la existencia de accidentes de trabajo, en especial por caídas en los pisos húmedos y resbalosos de la cocina y lavandería.

### **4.3 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

#### **Planteamiento de las Hipótesis:**

**Modelo Lógico:**

**a) Hipótesis Nula: (H<sub>0</sub>).** La reingeniería de procesos no incrementará la productividad de los servicios de apoyo del Hospital Provincial.

**b) Hipótesis Alterna: (H<sub>1</sub>).** La reingeniería de procesos si incrementará la productividad de los servicios de apoyo del Hospital Provincial

**Modelo Matemático:**

a)  $H_0 = H_1$

b)  $H_0 \neq H_1$

**Nivel de Significación:**

Se escoge un nivel de significación del 5% o 0,05, para realizar la comprobación de hipótesis.

**Modelo Estadístico:**

Al existir diferentes opciones de selección, para un contraste bilateral y por la tabla de contingencia, se escoge el modelo estadístico del Xi-Cuadrado, cuya ecuación es:

$$X^2 = \frac{\sum [O - E]^2}{E}$$

$$X^2 = \quad \quad \quad \mathbf{22,69}$$

**Región de Aceptación y Rechazo:**

Se tiene 10 grados de libertad y un nivel de significación de 5%, el valor en la tabla del Xi-Cuadrado es igual a 18.31

$$g.l. = (F - 1) * (C - 1)$$

$$g.l. = (3 - 1) * (6 - 1)$$

$$g.l. = 2 * 5$$

$$g.l. = 10$$

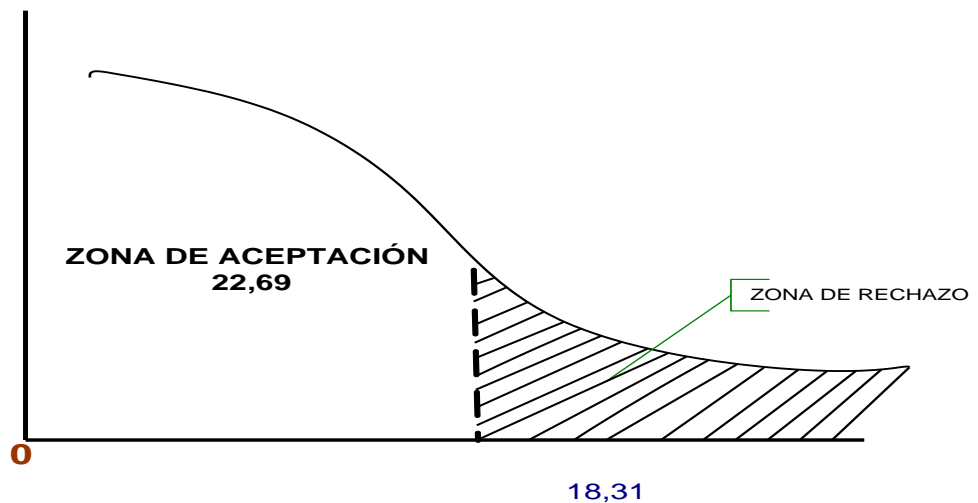


GRÁFICO N° 4  
ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

CUADRO N° 42

13. DESEMPEÑO		¿El desempeño de su labor diaria es?						TOTAL
		Productivo	Mediana mente productivo	Rutinario	No complicado	Cambiant e	Agotador	
7. DEFINICIÓN EN UN PROCESO	Totalmente	6	0	0	2	1	0	9
		2,75	0,61	2,52	1,45	0,23	1,45	
	Parcialmente	10	2	16	8	0	2	38
		11,59	2,58	10,63	6,12	0,97	6,12	
	No	20	6	17	9	2	17	71
21,66		4,81	19,86	11,43	1,81	11,43		
<b>TOTAL</b>		<b>36</b>	<b>8</b>	<b>33</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>19</b>	<b>118</b>

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

CUADRO N° 43 **Frecuencias esperadas**

<b>Fo</b>	<b>Fe</b>	<b>Fo – Fe</b>	<b>(Fo – Fe)<sup>2</sup></b>	<b>(Fo - Fe)<sup>2</sup> / Fe</b>
6	2,75	3,25	10,59	3,86
10	11,59	-1,59	2,54	0,22
20	21,66	-1,66	2,76	0,13
0	0,61	-0,61	0,37	0,61
2	2,58	-0,58	0,33	0,13
6	4,81	1,19	1,41	0,29
0	2,52	-2,52	6,34	2,52
16	10,63	5,37	28,87	2,72
17	19,86	-2,86	8,16	0,41
2	1,45	0,55	0,30	0,21
8	6,12	1,88	3,54	0,58
9	11,43	-2,43	5,90	0,52
1	0,23	0,77	0,59	2,58
0	0,97	-0,97	0,94	0,97
2	1,81	0,19	0,04	0,02
0	1,45	-1,45	2,10	1,45
2	6,12	-4,12	16,97	2,77
17	11,43	5,57	31,02	2,71

$\Sigma = 22,69$

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

$$X^2 = \text{SUMATORIA } \frac{(Fo-Fe)^2}{Fe}$$

$$X^2 = \quad \quad \quad \mathbf{22,69}$$

**Decisión:** Para un contraste bilateral y un nivel de significación del 5%, el valor del  $X^2_t = 18.31$  y el valor calculado del  $X^2 = 22,69$  por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna; es decir, que la reingeniería de procesos si incrementará la productividad de los servicios de apoyo del Hospital Provincial General de Latacunga.



## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

#### **5.1. Conclusiones**

- Al ser el 94% del personal de los servicios de apoyo amparado por la contratación colectiva, es una limitante significativa para optimizar la utilización de recurso humano, las conquistas laborales han impedido un empoderamiento de los servicios y por ende la misión institucional pese a conocerla no es compartida, frente a esta situación el escaso liderazgo, la desmotivación del personal, el escaso compromiso y la falta de coordinación influye en la atención, en la que se ha generalizado la gratuidad conforme lo dispone Constitución de la República. Pese a estos factores la comunidad siente que la prestación de los servicios del Hospital Provincial es buena.
- Reglamento Orgánico Funcional no ha sido elaborado a pesar de existir la norma técnica específica emitida por la SENRES, así como de haberse implementado la estructura por procesos, desde julio del año 2003.
- El Hospital Provincial General de Latacunga, no dispone de un Manual de Procedimientos para el desarrollo de las diferentes actividades, tareas y productos de los servicios de apoyo, su operatividad se realiza mediante órdenes directas y por procedimientos e instrucciones que no están escritos, sino que han venido cumpliendo a lo largo de la gestión hospitalaria. Muchos de los procedimientos también han sido extraídos del Manual General de Hospitales, cuya emisión fue realizada por el Ministerio de Salud Pública hace más de 20 años.

- La reingeniería en los servicios de apoyo del Hospital Provincial debe ser un proceso de cambio creativo, de reinventar y renovar las estructuras, los procesos, los sistemas y las maneras de medir los resultados y el desempeño de personal. Esta transformación implica también concienciar y saber aprovechar las oportunidades, hacer las cosas lo mejor posible, con efectividad y beneficio máximo para los usuarios
- La productividad de los servicios de apoyo del Hospital Provincial, alcanza un promedio del 72.25 %, evidenciándose desperdicios en tiempo contratado, recursos materiales y horas máquina, situación que repercute en la calidad de atención brindada a los usuarios internos y externos.

## **5.2. Recomendaciones**

- Motivar al personal a través de eventos de concientización y de renovación de valores, para que se conviertan en la base de las acciones y del comportamiento humano, definiendo el carácter fundamental y definitivo de la organización, creando un sentido de identidad del personal y el empoderamiento de la misión institucional.
- Comprometer como servidora del sector a las autoridades y funcionarios para que ha mediano plazo elabore su Reglamento Orgánico Funcional, norma básica para una efectiva gestión administrativa, que permite establecer deberes, responsabilidades, derechos y productos de las diferentes gestiones.
- Sugerir la recopilación de procedimientos, normas y prácticas sanas utilizados en la ejecución de actividades y tareas, para el diseño de un Manual de Procedimientos que permita establecer tiempos estándares de labor.

- Diseñar una propuesta metodológica de reingeniería de procesos de los servicios de apoyo ha ser implementada en el Hospital Provincial General de Latacunga, previo al compromiso de directivos, empleados y trabajadores.
- Analizar en forma conjunta con los directivos y responsables de la gestión de los servicios de apoyo, los resultados de productividad alcanzados de conformidad al los productos y resultados del año 2008.

## CAPITULO VI

### PROPUESTA

#### 6.1. DATOS INFORMATIVOS

**Nombre del Proyecto:** “DISEÑO METODOLÓGICO DE REINGENIERÍA DE PROCESOS EN LOS SERVICIOS DE APOYO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA”

**Institución ejecutora:** Hospital Provincial General de Latacunga

**Beneficiarios:** Usuarios internos y externos del Hospital Provincial General de Latacunga

**Localización Geográfica:** Cantón Latacunga - Provincia de Cotopaxi

**Duración del Proyecto:** Un año

**Fecha estimada de inicio:** Diciembre del 2009

**Fecha estimada de**

**Finalización :** Enero del 2011

**Autora del Proyecto:** María Elena Arcos Freire

**Director de Tesis:** Ing. Santiago Verdesoto V., MBA

**Costo:** \$ 1.500,00

## Resumen Ejecutivo

El presente proyecto busca incrementar la productividad, incentivar el cambio de actitud, promover el compromiso institucional, establecer estándares y redefinir los procesos de los servicios de apoyo del Hospital Provincial General de Latacunga.

Es necesario la implementación de aspectos innovadores que permitan mejorar y fortalecer el desarrollo institucional del Hospital Provincial. La gestión administrativa de los servicios de apoyo no puede continuar desarrollándose bajo esquemas tradicionales y sin procesos definidos que ocasionan desperdicio de los recursos institucionales, pérdida de tiempo al usuario y sobre todo insatisfacción.

Hoy en día por la gratuidad consagrada en la nueva constitución, los usuarios son cada vez más sofisticados y menos sumisos, se han vuelto más exigentes en reclamar sus derechos y demandar servicios de mayor calidad, rapidez en su entrega y sobre todo recibir un trato equitativo e igualitario.

Con la ejecución del proyecto se espera lograr una participación que busque convertir al **receptor** de la propuesta en el **sujeto** de la misma. Esto implica que las acciones de cambio no serán unilaterales, sino que los usuarios internos y externos establecerán una estrategia de relación igualitaria y participativa, para mejorar los procesos y desarrollar los mismos.

El costo total de proyecto asciende a \$ 1.500,00, su financiamiento estará a cargo de: Ministerio de Salud Pública y Hospital Provincial General de Latacunga, a través de Programa Aseguramiento Universal de Salud.

Las evaluaciones serán a priori, intermedias y final. Los resultados de proyecto serán socializados a los servidores, directivos y organismos que apoyan el proyecto.

## **6.2. ANTECEDENTES DEL PROYECTO**

El desarrollo de instrumentos empresariales es una herramienta útil para las innovaciones organizativas en este proceso de cambio. Una de estas herramientas es la *reingeniería*, que puede aportar una transformación radical de la organización de salud desde diversos puntos de vista, mediante la mejora de procesos para adaptarse a este cambio.

El cambio es la transformación de una situación en otra, para lo cual, es necesario revisar los justificativos y la naturaleza de los problemas. En esta última, la distinción o peso de ellos y su explicación causal, a fin de prever el enfoque de las soluciones.

La selección de los problemas tiene algunas particularidades que es necesario mencionar. Por una parte refleja un mayor o menor conocimiento de la realidad, pero por otra, su priorización, jerarquización y selección definitiva. En consecuencia, refleja la forma de ver el mundo del actor que planifica y a menudo expresa los intereses de enfocar de esa manera, haciendo más visible o más opaca la realidad.

Se propone un cambio en los procesos de los servicios de apoyo para optimizar la utilización de los recursos humanos, materiales y tecnológicos, lograr un cambio de actitud y el empoderamiento de los servicios y por ende la misión institucional que pese a conocerla no es compartida. Mejorar de coordinación entre los diferentes servicios, siendo el objetivo final una prestación de calidad.

Definir los procesos de los servicios de apoyo para que sean la base informativa para la elaboración de Manual de Procedimientos, para fijar estándares e indicadores de gestión.

La reingeniería en los servicios de apoyo del Hospital Provincial será un proceso de cambio creativo, de reinventar y renovar las estructuras, los procesos, los sistemas y las maneras de medir los resultados y el desempeño de personal. Esta transformación implica también concienciar y saber aprovechar las oportunidades, hacer las cosas lo mejor posible, con efectividad y beneficio máximo para los usuarios.

Al medir la productividad de los servicios de apoyo del Hospital Provincial, se evitará desperdicios en tiempo contratado, recursos materiales, tecnológicos y horas máquina, orientando con calidad las prestaciones a los usuarios internos y externos.

Son varias las experiencias en rediseño sanitario tanto en procesos específicos, como en procesos organizativos. En el Ecuador se destacan los de gestión de servicios, en los cuales la reingeniería realizó una transformación efectiva de sus organizaciones:

Análisis y reingeniería del Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez.

Reingeniería de Recursos Humanos en la Dirección Provincial de Sucumbíos, para capacitar, mejorar y determinar el rol hacia la institución y hacia la comunidad.

Reingeniería en el Área Nº 3 de Cotacachi, para implementar un nuevo modelo de gestión en salud, bajo las premisas de solidaridad, integralidad, equidad, universalidad y accesibilidad.

Reingeniería prestacional orientada hacia el cliente. La reingeniería en el caso del Seguro Social Ecuatoriano y de las prestaciones en particular, tendrá como objetivo la reducción drástica del plazo de instrucción de los expedientes (jubilaciones, cesantías, montepíos, etc.), la reducción de los plazos de impugnación a respuestas de la administración, la reducción o eliminación de vetos de los órganos de control de la gestión a través de la capacitación masiva de los servidores en las técnicas o herramientas de la calidad y del control de una gestión moderna, política, técnica, desburocratizada, virtual, etc.

La modalidad de reingeniería sugerida, se encamina a que todos los órganos administrativos, de control, de supervisión, de impugnación y de verificación de requisitos en el trámite, tenga plazos fijos en su presentación, en su atención y funciones definidas de sus órganos de ejecución y operativos, considerando ciertos plazos excepcionales con una duración no mayor a 15 días adicionales, para aquellos casos que requieran exámenes o estudios complementarios, como por ejemplo para los casos de prestaciones por accidentes del trabajo, o enfermedades profesionales. [www.dlh.lahora.com.ec/paginas/judicial](http://www.dlh.lahora.com.ec/paginas/judicial).

En consecuencia, refleja la forma de ver el mundo del actor que planifica y a menudo expresa los intereses de enfocar de esa manera, haciendo más visible o más opaca la realidad. A veces este "ocultamiento" por ejemplo de las verdaderas causas de los fenómenos se mezcla con un desconocimiento real o falta de información sobre la situación.

El Hospital Provincial General de Latacunga, se origina del Hospital San Vicente de Paúl, el mismo que es el resultado de un gesto filántropo de las hermanas Ana y Mercedes Páez, que mediante escritura pública del 3 de agosto de 1873 donan una hacienda en Cusubamba, recursos que servirían para financiar la fundación de un hospital de caridad.



Inaugurándose el 11 de marzo de 1876 el Hospital Civil de San Vicente Paúl.

En 1885 las Religiosas de la Caridad se hacen cargo del Hospital con disponibilidades para servir a 60 pacientes.

En 1892, comenzó a desarrollar su labor benéfica la Junta de Asistencia Social Provincial de Cotopaxi, quien asume la administración del Hospital Civil.

En 1950 se regula y norma la administración de los hospitales de nivel nacional, siendo la Junta Central de Asistencia Pública, la que administre a través de las Juntas Provinciales.

El 06 de junio de 1967, mediante Decreto N° 1084, la Asamblea Constituyente, publicado en Registro oficial No. 149 del 16 de junio del mismo año, crea el Ministerio de Salud Pública, como Institución rectora de la salud en el Ecuador.

Mediante Decreto Supremo No. 232 del 14 de abril de 1972, publicado en Registro Oficial No. 048, del mismo mes y año, se crea la Dirección General de Salud y se suprimen las Juntas de Asistencia Social, siendo asumidas por el Ministerio de Salud Pública, todas las unidades operativas de salud con sus respectivos patrimonios, derechos y obligaciones y se establecen las Jefaturas Provinciales de Salud, hoy Direcciones Provinciales de quienes pasan a depender jerárquicamente los Hospitales, y por ende el Hospital Provincial General de Latacunga.

El Hospital Provincial General de Latacunga, es una unidad operativa del sistema de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, implementada para prestar atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento a la población de su área de influencia. Es además un centro de formación de personal y de investigación.

### **6.3. JUSTIFICACIÓN**

El sistema de salud, como organización compleja de servicios, se encuentra actualmente obligado a un proceso de cambio para responder a las exigencias externas como la rápida evolución tecnológica, la diversificación y demanda de servicios, requerimiento de nuevos estándares de calidad y eficacia, así como a la mejora de rendimiento. Esto con lleva a desarrollar una nueva visión estratégica en las unidades de salud, cuyo objetivo final es la calidad y eficiencia en sus resultados.

La situación de salud en Ecuador es bastante compleja, diversa y condicionada por múltiples factores que inciden en los principales problemas de salud y en la prestación de los servicios como la mala calidad, bajas coberturas, la ineficiencia en el uso y asignación de los recursos públicos. Además se cuenta con un perfil epidemiológico caracterizado por enfermedades transmisibles y no transmisibles, con una carga de enfermedades emergentes, altas tasas de mortalidad materna e infantil y un sistema de salud con un desarrollo incipiente

En la actualidad la atención que se presta al paciente se encuentra excesivamente fragmentada, ya que tiene escasas posibilidades de participar en las decisiones que afectan a su salud, la información que recibe es heterogénea y sin condiciones adecuadas de intimidad y tranquilidad y debe esperar periodos de tiempo innecesarios para cualquier trámite, durante los cuales puede sufrir retrasos en su proceso por descoordinación.

En los últimos años se inscriben los cambios que se han venido planteando para la reforma de sector salud en nuestro país. En este sentido se han formulado varias propuestas desde varios espacios del Estado y de la sociedad civil, la mayor parte de ellas orientadas a buscar alternativas para cambiar el modelo de atención, organización, gestión y

financiamiento de las instituciones que conforman el sector salud, con el propósito de mejorar las condiciones de salud de toda la población y contribuir de este modo al desarrollo nacional.

No obstante, las múltiples iniciativas y propuestas que se han formulado y empezado a debatir en el Ecuador en los últimos cuatro años, no han logrado aún los consensos necesarios para definir políticas y estrategias trazadoras que generen una visión compartida del cambio que en el país se requiere. Mientras tanto en los últimos tiempos se ha empezado a promover aplicaciones operativas a nivel local, tendientes a validar algunos instrumentos y proposiciones generales; pero sin la cohesión necesaria con un proyecto nacional, de mayor alcance.

El establecimiento de metas de calidad, la identificación de servicios esenciales, el fomento y desarrollo de mecanismos de participación y la implementación de canales de comunicación ciudadana implican, además, cambios en el seno de las organizaciones que acompañen la voluntad de tender puentes hacia la ciudadanía.

En este marco, la reingeniería de procesos se convierte en un factor clave para impulsar un nuevo paradigma de acción en las organizaciones públicas: orientar la gestión hacia los usuarios internos y externos, adaptar su estructura a fin de mejorar sus procesos y desplegar las potencialidades de un ente moderno, más atento y cercano a las necesidades de la gente.

En los servicios de apoyo del Hospital Provincial el predominio de las inercias y los procesos de agregación en el tiempo son constituyentes de deficiencias en la generación de valor público.

La imposición de las circunstancias sobre los objetivos institucionales:

- Las urgencias sustituyen todo ejercicio de previsión y de desarrollo de iniciativas destinadas a ganar espacio para los objetivos deseables de la institución.
- La pérdida de tiempo derivada de la atención pormenorizada de temas en el menú diario de decisiones susceptibles de ser atendidos en una normativa.
- La toma de decisiones cotidianas sobre rutinas incrementa el tiempo de producción y reduce las capacidades institucionales de gestión.

La prevalecía de la improvisación a generado tendencias dominantes de las coyunturas con la sensible ausencia de un cálculo sistemático que preceda y presida las acciones administrativas, sometiendo las decisiones a la presión variable de las circunstancias, las urgencias y las sorpresas, que también reducen la eficiencia Administrativa.

La reingeniería de procesos mejorará el flujo de las actividades de conversión que dan base a la transformación de los insumos en productos institucionales adecuados. La Gestión de Servicios Institucionales debe enfrentar problemas terminales para cumplir sus metas externas expresadas en la misión y problemas intermedios para desarrollar adecuadamente las herramientas que condicionan la producción de las metas externas.

La reingeniería de procesos determinará el estado actual y propondrá las medidas para procesar los requerimientos de los productos internos y la producción de los productos finales, que justifica la existencia de los servicios de apoyo.

Las ventajas de su aplicación atienden a aspectos múltiples. Hace posible, entre otras excelencias, una clara delimitación de

responsabilidades de los procesos y procedimientos; simplifica la identificación de responsabilidades individuales y solidarias por aciertos y errores en el trabajo; permite la incorporación de indicadores para monitorear y ajustar las acciones de un determinado sistema o proceso; hace posible la previsibilidad de productos y resultados; posibilita estudiar los tiempos ociosos que incrementan los costos de producción; evita la discrecionalidad y la alteración arbitraria de la gestión de los procesos; permite un rápido acceso al conocimiento y escrutinio de la realización del trabajo; transparenta las modalidades de producción; permite el estudio, la supervisión, el control y el mejoramiento del flujo de las actividades y de los métodos de trabajo.

En este marco, requieren de personal adecuadamente capacitado en metodologías de innovación de gestión y motivado para la tarea de monitorear y evaluar el flujo de las actividades institucionales y su correspondencia con las exigencias del medio y su correlato en los objetivos institucionales.

## **6.4. OBJETIVOS**

### **General**

- Elaborar un diseño metodológico de reingeniería de procesos de los servicios de apoyo del Hospital Provincial General de Latacunga.

### **Específicos**

- Determinar el estado actual de los procesos y proponer las medidas para procesar los requerimientos de los productos internos y la producción de los productos finales, que justifica la existencia de los servicios de apoyo.

- Motivar a los prestadores de servicios de salud al trabajo en equipo, comprometidos con el éxito, generando condiciones de aprendizaje continuo para agregar valor al trabajo y adaptabilidad al cambio.

### **6.5. Análisis de factibilidad**

Los directivos, empleados y trabajadores del Hospital Provincial General de Latacunga, conscientes de una necesidad de cambio enfocado al mejoramiento de la calidad de los servicios de apoyo, han expresado su interés y decisión de implementar una reingeniería en los servicios de apoyo. Lo que garantiza la factibilidad de implementar el proyecto propuesto.

Los recursos que impliquen gastos en capacitación, reuniones y movilización serán asumidos por el Ministerio de Salud Pública a través del Programa de Aseguramiento Universal de Salud.

La Constitución Política del Ecuador en el Art. 362, manifiesta que los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez. Los servicios públicos estatales de salud serán gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderá procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación. Frente a esta política de estado la demanda de servicios crecerá en el Hospital Provincial, condición básica para que la productividad de los servicios de apoyo mejore, utilice su capacidad instalada y se vuelva competitiva frente a los requerimientos de los usuarios internos y externos

A enero del 2011 al concluir la implementación de la reingeniería de procesos los servicios de apoyo habrán incrementado su productividad en un 20%.

### **6.6. Fundamentación científico - técnica**

En un mundo globalizado, competitivo y sin fronteras, las instituciones que triunfan en el mercado son aquellas que constantemente están mejorando sus productos o servicios, que buscan nuevas formas de ser más eficientes en la operación, que reconocen que el usuario es quien decide; esas son las que se convierten en líderes de su campo.

Dentro de este contexto surge la reingeniería de los sistemas de salud, la cual hace énfasis en que el usuario es el elemento más importante y plantea la organización no desde un punto de vista funcional, como se hace actualmente, sino en torno a procesos que producen resultados favorables para el usuario.

**La reingeniería** rediseña y empieza desde cero, aunque también es capaz de contribuir sustancialmente en la reforma de la estructura en su totalidad.

Reingeniería significa, para Hammer y Champy, "Volver a empezar arrancando de nuevo; reingeniería no es hacer más con menos, es con menos dar más al cliente. El objetivo es hacer lo que ya estamos haciendo, pero hacerlo mejor, trabajar más inteligentemente. Es rediseñar los procesos de manera que éstos no estén fragmentados".

Propiamente hablando, según Juan Santamaría, "**Reingeniería**, representa una alternativa o forma de pensar que comprende, sentido común aplicado concretos y coordinados esfuerzos personales o colectivos, tendientes a motivar o producir cambios radicales en las prácticas tradicionales de efectuar las cosas, propiciando en las tareas actitudes, aptitudes y valores complementarios o facilitadores de una coherente evolución, hacia la más atinada manera de satisfacer nuestras necesidades y las de los demás".

Es de esta forma que la reingeniería la podemos entender como una metodología apropiada para revisar y rediseñar procesos, así como

para implementarlos en cualquier organización que desee agregar valor a cada uno de los pasos de un proceso y eliminar aquellos que no den o no puedan contribuir, siendo muy apropiada para las organizaciones hospitalarias, teniendo como objetivos reducir costos, tiempos de procesos, mejorar el servicio, los productos y también para mejorar la motivación y la participación del personal, puntos que también están considerados dentro de la teoría de los sistemas de Kast y Rosenzweig.

De esta forma, la teoría de los sistemas de Kast y Rosenzweig, se define por los límites que ayudan a diferenciar los sistemas cerrados y los abiertos, donde la diferencia principal es que los primeros tienen límites rígidos e impenetrables, y los segundos tienen límites permeables entre sí, siendo los límites los que acentúan el ámbito de la organización. Es por este motivo que la organización se considera como un sistema socio-técnico abierto integrado de varios subsistemas, de los cuales los importantes y los que atañen a este trabajo serán mencionados a continuación.

El **subsistema de objetivos y valores**, es uno de los más importantes y se refiere a que la organización como parte de la sociedad debe lograr los objetivos que han sido fijados por el sistema que la envuelve, es decir, si la organización quiere tener éxito en la sociedad debe responder a las necesidades de la misma.

Los componentes son los tipos de valores que se estilan dentro de la empresa: valores sociales, valores morales, valores éticos, valores estéticos, valores económicos y valores religiosos.

El **subsistema técnico**, se basa en el conocimiento requerido para el desempeño de las tareas, incluyendo las técnicas utilizadas en la transformación de entradas en productos; de esta manera la tecnología afecta a la estructura de la organización y tiene relación con su subsistema psicosocial.



Los componentes del subsistema técnico son: conocimientos de las funciones asignadas, maquinaria y equipo, procesos, manuales e instrucciones, programas de educación continua, instalaciones y equipos.

El **subsistema psicosocial** está integrado por individuos y grupos en interacción y consiste en el comportamiento individual y la motivación, relaciones de función y posición, dinámica de grupos y sistemas de influencia, siendo así afectado por sentimientos, valores, actitudes, expectativas y aspiraciones de la gente dentro de la organización; sus componentes son: el comportamiento, la percepción y el estatus.

El **subsistema de estructura** se refiere a las formas en que las tareas de la organización están divididas y son coordinadas, detalladas en descripciones de puesto y posición y por reglas y procedimientos, así como por esquemas de autoridad, comunicación y flujo de trabajo.

Finalmente, el **subsistema administrativo**, incluye a toda la organización al relacionarla con su medio ambiente, fijar los objetivos, desarrollar planes estratégicos y operativos, diseñar la estructura y establecer procesos de control. Los componentes del subsistema administrativo son las etapas del proceso administrativo aplicado en la organización: planeación, organización, dirección y control.

Resumiendo en enfoque en el sector público se puede concluir que el **rediseño o reingeniería de procesos** es un conjunto de tareas técnicas, de relevamiento, análisis y diagnóstico de los circuitos administrativos y de gestión de las organizaciones públicas, destinado a determinar el estado actual y proponer las medidas para procesar los requerimientos de los productos internos y la producción terminal: **los productos finales**, que justifica la existencia de la institución pública.

Las ventajas de su aplicación atienden a aspectos múltiples. Hace posible, entre otras excelencias, una clara delimitación de responsabilidades de los procesos y procedimientos; simplifica la identificación de responsabilidades individuales y solidarias por aciertos y errores en el trabajo; permite la incorporación de indicadores para monitorear y ajustar las acciones de un determinado sistema o proceso; hace posible la previsibilidad de productos y resultados; posibilita estudiar los “tiempos muertos” que incrementan los costos de producción; evita la discrecionalidad y la alteración arbitraria de la gestión de los procesos; permite un rápido acceso al conocimiento y escrutinio de la realización del trabajo; transparenta las modalidades de producción; permite el estudio, la supervisión, el control y el mejoramiento del flujo de las actividades y de los métodos de trabajo.

Sin embargo, alcanzar las ventajas enunciadas aún cuando estuvieran vigentes en las organizaciones públicas, requieren de revisiones y modificaciones que le permitan adecuarse a las políticas y estrategias que se adoptaren ante los cambios del contexto y las necesarias readecuaciones organizacionales. En este marco, requieren de personal adecuadamente capacitado en metodologías de innovación de gestión y motivado para la tarea de monitorear y evaluar el flujo de las actividades institucionales y su correspondencia con las exigencias del medio y su correlato en los objetivos institucionales.

## **6.7. MODELO OPERATIVO**

### **6.7.1. Diagnóstico**

El objetivo del presente trabajo, es definir la productividad y establecer un diseño metodológico de reingeniería en los servicios de apoyo y su relación con el desempeño de sus procesos.

#### **6.7.1.1. Recursos humanos**

Luego del análisis de la gestión de recursos humanos de los servicios de apoyo del Hospital Provincial General de Latacunga, se logra establecer su situación y su problemática, sintetizada en lo siguiente:

- Desequilibrios en la estructura de la fuerza de trabajo y mala distribución.
- Bajos salarios, baja competitividad de los mismos y la existencia de una notoria diferencia con otros sectores.
- Varios regímenes laborales.
- Bajo nivel de desempeño.
- Insuficiencia de criterios e instrumentos de evaluación.
- Conflictividad laboral que interfiere en el proceso de servicios.
- Fragmentación y complejidad creciente de los procesos de Autonomía y falta de control de los procesos de tecnológicos
- Aumento de los costos del trabajo sin capacidad de gestión existente.
- Creciente y persistente desmotivación del personal

Los resultados de las encuestas y entrevistas realizadas a los trabajadores, profesionales y directivos de los servicios de apoyo del Hospital Provincial General de Latacunga, demuestran: que el 18% del grupo de empleados y trabajadores no conocen la Misión y Visión Institucionales. Sin embargo el 82 % manifiesta conocer. Los directivos aseguran haberlas difundido en reuniones de trabajo, carteles y cuadros colocados en los pasillos de acceso a la unidad, la razón del desconocimiento se debe a la falta de interés e involucramiento de los empleados y trabajadores, en acciones que no les afectan directamente en el desempeño diario de sus actividades.

En lo referente a preparación académica del personal de los servicios de apoyo del Hospital Provincial, las encuestas y datos de personal dan los siguientes resultados:

Primaria	53%
Secundaria	46%
Superior	7%

El 24% del grupo integrantes de los servicios de apoyo fue seleccionado para cubrir vacantes a través de concursos, 15 % por medio de recomendaciones, 49 % por homologación de puestos de acuerdo a conquista expresa en los diferentes Contratos Colectivos y el 12% por reemplazos.

El 2% del personal encuestado informa que previo al desempeño de actividades recibió escasa capacitación. Durante el tiempo de su labor el 30% recibió capacitación limitada. El 53% manifiesta que no recibió ninguna capacitación. Adicionalmente informa que le gustaría recibir capacitación en:

- Gerencia Hospitalaria.
- Primeros auxilios.
- Electromecánica.
- Dietética.
- Relaciones Humanas.

### 6.7.1.2. Capacidad instalada y real, eficiencia y productividad de los Servicios de Apoyo

#### SERVICIO DE ALIMENTACIÓN Y DIETÉTICA

CUADRO Nº 44

CONCEPTOS	TIEMPOS Y VALORES		
	CÁLCULOS Y DATOS	TIEMPOS	VALORES
<b>CAPACIDAD NOMINAL</b>		<b>36,480</b>	
<b>TIEMPO REAL</b>		<b>30,096</b>	
TIEMPO CONTRATADO	36,480		
MENOS TIEMPO IMPRODUCTIVO	- 6,384		

AUSENTISMO	2,006		
REPARACIÓN MAQUINAS	334		
ATRASOS	1,003		
VACACIONES	3,040		
PRODUCCIÓN ANUAL EN RACIONES SERVIDAS			52,205
COSTO PRODUCCIÓN ANUAL			213,087.96
TIEMPO REAL POR RACIÓN (MINUTOS)	35		
RACIONES SERVIDAS	52,205		
MINUTOS CONTRATADOS	2,188,800		
MINUTOS TIEMPO REAL TRABAJADO	1,805,760		
TIEMPO ESTÁNDAR POR RACIÓN (MINUTOS)	31		
<b>UTILIZACIÓN</b>			
TIEMPO REAL/TIEMPO NOMINAL	<b>0.8250</b>	<b>82.50</b>	
<b>EFICIENCIA</b> <b>(TIEMPO ESTÁNDAR X U. PRODUCIDA EN T.R)/ TR))</b>	0.52	<b>89.62</b>	
TIEMPO ESTÁNDAR /UNI PROD T.R.	0.8962182		
<b>PRODUCTIVIDAD</b>		<b>73.94</b>	
COSTO TOTAL RACIONES POR UTILIZACIÓN			<b>175,797.57</b>
COSTO TOTAL RACIONES POR EFICIENCIA			<b>190,973.31</b>
COSTO TOTAL RACIONES POR PRODUCTIVIDAD			<b>157,552.98</b>
<b>CAPACIDAD REAL DE PRODUCCIÓN RACIONES</b>			<b>70,606</b>

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

En el Servicio de Alimentación y Dietética, las horas nominales contratadas de 36.480 al año, con la participación de 19 personas. La utilización de los recursos humanos en el servicio es del 82,50%. La eficiencia es del 89,62%, la productividad es del 73,94%. La capacidad instalada puede producir 70.606 raciones al año.

## SERVICIO DE LAVANDERÍA

CUADRO N° 45

CONCEPTOS	TIEMPOS Y VALORES		
	CÁLCULOS Y DATOS	TIEMPOS	VALORES
<b>CAPACIDAD NOMINAL</b>		<b>9,600</b>	
<b>TIEMPO REAL</b>		<b>7,788</b>	
TIEMPO CONTRATADO	9,600		

MENOS TIEMPO IMPRODUCTIVO	-	1,812	
AUSENTISMO		528	
ATRASOS		264	
REPARACIÓN MAQUINAS		176	
FALTA DE ENERGÍA		44	
VACACIONES		800	
PRODUCCIÓN ANUAL KILOS DE ROPA LAVADA			140,981
COSTO PRODUCCIÓN ANUAL			49,623.01
TIEMPO REAL POR KILO (MINUTOS)		3.31	
KILOS DE ROPA		140,981	
MINUTOS CONTRATADOS		576,000	
MINUTOS TIEMPO REAL TRABAJADO		467,280	
TIEMPO ESTÁNDAR POR KILO DE ROPA LAVADA		2.98	
<b>UTILIZACIÓN</b>			
TIEMPO REAL/TIEMPO NOMINAL	0.8113		<b>81.13</b>
<b>EFICIENCIA</b> <b>(TIEMPO ESTÁNDAR X U. PRODUCIDA EN T.R)/</b> <b>(TR))</b>	0.049717338		<b>90.00</b>
TIEMPO ESTÁNDAR /UNI PROD T.R.	0.9000000		
<b>PRODUCTIVIDAD</b>	0.7301250		<b>73.01</b>
UTILIZACIÓN EN HORAS MAQUINAS	0.6500000		<b>65.00</b>
CAPACIDAD MAQUINAS DIARIA (KILOS)			1,114.67
KILOS DIARIOS DE ROPA LAVADA			391.61
SUBUTILIZACION DE MAQUINA/KILOS ROPA LAVADA			723,31
SUBUTILIZACION DE HORAS MAQUINA DIARIA: 1114.67-391.61=723.06/2.68= 4.039 HORAS			<b>4 h00 03'</b>
COSTO ROPA LAVADA POR UTILIZACIÓN			<b>40,256.67</b>
COSTO ROPA CON EFICIENCIA			<b>44,660.71</b>
COSTO ROPA LAVADA CON PRODUCTIVIDAD			<b>36,231.00</b>
<b>CAPACIDAD REAL DE PRODUCCIÓN KILOS ROPA LAVADA</b>			<b>193,092</b>

La capacidad nominal contratada es de 9.600 horas. Se dispone de 5 máquinas lavadoras de capacidad de 209 kilos, con un promedio de 1 hora 30 minutos para cada carga. Se selecciona la ropa de cama, vestir y cirugía. Durante el día se efectúan 3 cargas de ropa. Mientras trabajan las máquinas lavadoras, el personal pasa la ropa a la centrífuga y secadoras con una capacidad de 142,68 kilos para secar. Pasa por el rodillo, procede a doblar y clasificar. Si se requiere planchar y coser pasa al servicio de Ropería. Caso contrario clasifica en bultos para ser entregados a la Central de Esterilización la ropa de quirófano y servicios médicos, a las salas de hospitalización la lencería.

La utilización de la mano de obra es del 81,13%, la eficiencia es del 90%. Utilización en horas máquina durante la jornada de 8 horas de labor es del 65%, alcanzando a 1.454 horas máquina anuales subutilizadas. La capacidad instalada puede llegar a 193.092 kilos de ropa lavada.

A la ineficiencia se agregan problemas como falta de medidas de protección al personal, las instalaciones son deficientes, no existe ventilación, seguridad e iluminación, hay constantes fugas de agua. El personal no dispone de una oficina donde realicen sus registros y archivo de la información que procesan. También se observó que el personal de lavandería no acude al comedor, retiran los alimentos de la cocina y se sirven en el lugar de trabajo, que como ya se manifestó no presta las condiciones de salubridad.

### SERVICIO DE ROPERÍA

La utilización de la mano de obra contratada es del 87,20 %. La capacidad real de producción es de 42.356 kilos de ropa planchada, reparada y confeccionada. Mientras que la capacidad instalada alcanzaría a 53.169 kilos. La eficiencia en la labor del personal es del 91,35%, al igual que la lavandería, el lugar de trabajo ubicado en el subsuelo, carece de iluminación y ventilación.

CUADRO N° 46

CONCEPTOS	TIEMPOS Y VALORES		
	CÁLCULOS Y DATOS	TIEMPOS	VALORES
<b>CAPACIDAD NOMINAL</b>		<b>5,760</b>	
<b>TIEMPO REAL</b>		<b>5,023</b>	
TIEMPO CONTRATADO	5,760		
MENOS TIEMPO IMPRODUCTIVO	737		
AUSENTISMO	115		
ATRASOS	57		
REPARACIÓN DE MAQUINAS	57		
FALTA DE ENERGÍA	28		
VACACIONES	480		
PRODUCCIÓN POR KILOS DE TELA CONFECCIONADA,			42,356

PLANCHADA Y LAVADA			29,114.53
COSTO PRODUCCIÓN ANUAL			
CAPACIDAD NOMINAL MINUTOS	345,600		
TIEMPO REAL DE ATENCIÓN MINUTOS	301,380		
KILOS DE ROPA	42,356		
TIEMPO REAL POR KILO DE ROPA	7.12		
ESTÁNDAR DE POR KILO DE ROPA	6.50		
<b>UTILIZACIÓN</b>			
TIEMPO REAL/TIEMPO NOMINAL		<b>87.20</b>	
<b>EFICIENCIA</b>			
<b>(TIEMPO ESTÁNDAR X U. PRODUCIDA EN T.R)/ TR))</b>	0.108333333	<b>91.35</b>	
TIEMPO ESTÁNDAR /UNI PROD T.R.	0.9135		
<b>PRODUCTIVIDAD</b>	79.6626157		
		<b>79.66</b>	
COSTO SERVICIO DE ROPERÍA POR UTILIZACIÓN			
COSTO SERVICIO ROPERÍA CON EFICIENCIA			<b>25,389.29</b>
COSTO SERVICIO ROPERÍA CON PRODUCTIVIDAD			<b>26,596.45</b>
			<b>23,193.40</b>
<b>CAPACIDAD REAL DE PRODUCCIÓN HORAS SERVICIO ROPERÍA</b>			<b>53,169</b>

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

## SERVICIO DE TRANSPORTE Y AMBULANCIA

CUADRO N° 47

CONCEPTOS	TIEMPOS Y VALORES		
	CÁLCULOS Y DATOS	TIEMPOS	VALORES
<b>CAPACIDAD NOMINAL</b>		<b>7,680</b>	
<b>TIEMPO REAL</b>		<b>6,733</b>	
TIEMPO CONTRATADO	7,680		
MENOS TIEMPO IMPRODUCTIVO	- 947		
AUSENTISMO	154		
ATRASOS	77		
REPARACIÓN MAQUINAS	77		
VACACIONES	640		
PRODUCCIÓN ANUAL KILÓMETROS			72,000
COSTO PRODUCCIÓN ANUAL			36,161.18
MINUTOS CONTRATADOS	460,800		
MINUTOS REAL DE ATENCIÓN	403,968		
PRODUCCIÓN ANUAL KILÓMETROS	72,000		



TIEMPO REAL POR KILÓMETRO (MINUTOS)	5.61		
TIEMPO MINUTOS CONTRATADOS POR KILÓMETRO	6.40		
TIEMPO ESTÁNDAR POR KILÓMETRO RECORRIDO	3.83		
<b>UTILIZACIÓN</b>			<b>87.67</b>
TIEMPO REAL/TIEMPO NOMINAL			
<b>EFICIENCIA</b>			<b>68.26</b>
(TIEMPO ESTÁNDAR X U. PRODUCIDA EN T.R)/ TR))	0.063833		
TIEMPO ESTÁNDAR /UNI PROD T.R.	0.68		
<b>PRODUCTIVIDAD</b>	0.5984000		<b>59.84</b>
UTILIZACIÓN EN HORAS VEHÍCULOS	5,902		
CAPACIDAD HORAS VEHÍCULOS	7,680		
SUBUTILIZACION DE HORAS VEHÍCULOS	<b>1,778</b>		
COSTO SERVICIO DE TRANSPORTE Y AMBULANCIA POR UTILIZACIÓN			<b>31,701.30</b>
COSTO SERVICIO DE TRANSPORTE Y AMBULANCIA POR EFICIENCIA			<b>24,684.65</b>
COSTO CON PRODUCTIVIDAD			<b>21,640.21</b>
<b>CAPACIDAD REAL DE PRODUCCIÓN TRANSPORTE Y AMBULANCIA EN KM.</b>			<b>120,313</b>

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

La capacidad nominal del servicio de transporte es de 7.680 horas, el personal esta integrado por 4 conductores profesionales, que laboran en turnos de lunes a domingo, en diferentes horarios y uno de llamada. La utilización de la capacidad contratada es del 87,67. La utilización de horas vehículo es 5.902. La eficiencia del servicio es del 68,26%. Los problemas que influyen en la eficiencia son: desorganización en la asignación de viajes de ambulancia, que repercute en el ambiente de trabajo, el personal no dispone de un lugar para descanso u oficina mientras permanecen en el Hospital. No se le ha dotado de prendas de protección, disponen de teléfonos celulares para llamadas de emergencia.

La capacidad instalada de producción es de 120.313 kilómetros y la capacidad real es de 72.000.

### SERVICIO DE VIGILANCIA

El servicio vigilancia es realizado en tres turnos, cubriendo las 24 horas los 365 días del año. Laboran 9 trabajadores dos en cada turno, uno en la garita de acceso y uno en los corredores a acceso a las salas de hospitalización. La capacidad nominal contratada es de 17.280 horas.

La utilización de esta capacidad es del 86,67%. Su productividad es del 75,11%.

La capacidad instalada de horas vigilancia puede alcanzar 23.006 horas.

Los problemas que afectan a la eficiencia y desempeño del personal de vigilancia, es la falta de prendas de protección y de seguridad.

CUADRO N° 48

CONCEPTOS	TIEMPOS Y VALORES		
	CÁLCULOS Y DATOS	TIEMPOS	VALORES
<b>CAPACIDAD NOMINAL</b>		<b>17,280</b>	
<b>TIEMPO REAL</b>		<b>14,976</b>	
TIEMPO CONTRATADO	17,280		
MENOS TIEMPO IMPRODUCTIVO	- 2,304		
AUSENTISMO	518		
ATRASOS	173		
REPARACIÓN MAQUINAS	173		
VACACIONES	1,440		
PRODUCCIÓN ANUAL HORAS VIGILANCIA			17,280
COSTO PRODUCCIÓN ANUAL			58,500.00
TIEMPO REAL VIGILANCIA	14,976		
TIEMPO ESTÁNDAR VIGILANCIA	12,979		
PRODUCCIÓN HORAS VIGILANCIA	17,280		

<b>UTILIZACIÓN</b>		<b>86.67</b>	
TIEMPO REAL/TIEMPO NOMINAL	0.866666667		
<b>EFICIENCIA</b>		<b>86.67</b>	
<b>(TIEMPO ESTÁNDAR X U. PRODUCIDA EN T.R)/ TR)</b>	0.751099537		
TIEMPO ESTÁNDAR /UNI PROD T.R.	0.86665		
<b>PRODUCTIVIDAD</b>		<b>75.11</b>	
COSTO VIGILANCIA POR UTILIZACIÓN			<b>50,700.00</b>
COSTO VIGILANCIA CON EFICIENCIA			<b>50,699.22</b>
COSTO VIGILANCIA CON PRODUCTIVIDAD			<b>43,939.32</b>
<b>CAPACIDAD REAL DE PRODUCCION HORAS VIGILANCIA</b>			<b>23,006</b>

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

## SERVICIO DE MANTENIMIENTO

CUADRO N° 49

	TIEMPOS Y VALORES CONCEPTOS		
	CÁLCULOS Y DATOS	TIEMPOS	VALORES
<b>CAPACIDAD NOMINAL</b>		<b>17,280</b>	
<b>TIEMPO REAL</b>		<b>14,018</b>	
TIEMPO CONTRATADO	17,280		
MENOS TIEMPO IMPRODUCTIVO	- 3,262		
AUSENTISMO	950		
ATRASOS	475		
REPARACIÓN MAQUINAS	317		
FALTA DE ENERGÍA	79		
VACACIONES	1,440		
PRODUCCIÓN ANUAL HORAS MANTENIMIENTO			17,280
COSTO PRODUCCIÓN ANUAL			81,972.02
TIEMPO REAL VIGILANCIA	14,018		
TIEMPO ESTÁNDAR VIGILANCIA	12,897		
PRODUCCIÓN HORAS VIGILANCIA	17,280		
<b>UTILIZACIÓN</b>		<b>81.13</b>	
TIEMPO REAL/TIEMPO NOMINAL			
<b>EFICIENCIA</b>			
<b>(TIEMPO ESTÁNDAR X U. PRODUCIDA EN T.R)* TN/TR)</b>	0.75	<b>92.00</b>	
TIEMPO ESTÁNDAR /UNI PROD/T.R.	0.9200000		
PRODUCTIVIDAD		<b>74.64</b>	
COSTO MANTENIMIENTO POR UTILIZACIÓN			<b>66,499.80</b>
COSTO MANTENIMIENTO CON EFICIENCIA			<b>75,414.26</b>
COSTO MANTENIMIENTO CON PRODUCTIVIDAD			<b>61,179.82</b>
<b>CAPACIDAD REAL DE PRODUCCIÓN HORAS MANTENIMIENTO</b>			<b>23.153</b>

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

La capacidad contratada es de 17.280 horas, laboran 9 personas en turnos que cubren las 24 horas durante todo el año. El índice de utilización de la capacidad contratada es del 81,13%, su eficiencia es del 92%. Está a su cargo el control de la cámara de oxígeno, cámara de vapor y calderos, planta auxiliar de luz y dotación de cilindros de gas. La capacidad instalada del servicio puede llegar a 23.153 horas.

## SERVICIO DE ESTADÍSTICA

CUADRO N° 50

CONCEPTOS	TIEMPOS Y VALORES		
	CÁLCULOS Y DATOS	TIEMPOS	VALORES
<b>CAPACIDAD NOMINAL</b>		<b>11,520</b>	
<b>TIEMPO REAL</b>		<b>9,345</b>	
TIEMPO CONTRATADO	11,520		
MENOS TIEMPO IMPRODUCTIVO	- 2,175		
AUSENTISMO	634		
ATRASOS	317		
REPARACIÓN MAQUINAS	211		
FALTA DE ENERGÍA	53		
VACACIONES	960		
PRODUCCIÓN ANUAL EN HISTORIAS CLÍNICAS			63,903
COSTO PRODUCCIÓN ANUAL			73,243.98
TIEMPO NOMINAL MINUTOS	691,200		
TIEMPO REAL MANTENIMIENTO	9,345		
TIEMPO REAL MINUTOS	560,760		
PRODUCCIÓN	63,903		
TIEMPO REAL POR HISTORIA CLÍNICA (MINUTOS)	8.78		
TIEMPO ESTÁNDAR POR HISTORIA CLÍNICA (MINUTOS)	7		
UTILIZACIÓN		<b>81.12</b>	
TIEMPO REAL/TIEMPO NOMINAL			
<b>EFICIENCIA</b>			
<b>(TIEMPO ESTÁNDAR X U. PRODUCIDA EN T.R)/ TR))</b>	0.11666667	<b>79.78</b>	
TIEMPO ESTÁNDAR /UNI PROD T.R.	0.7977049		
PRODUCTIVIDAD		<b>64.72</b>	
COSTO ESTADÍSTICA POR UTILIZACIÓN			<b>59,412.82</b>
COSTO ESTADÍSTICA CON EFICIENCIA			<b>58,435.84</b>
COSTO ESTADÍSTICA CON PRODUCTIVIDAD			<b>47,401.00</b>
<b>CAPACIDAD REAL DE PRODUCCIÓN HISTORIAS CLÍNICAS</b>			<b>98,743</b>

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

La capacidad nominal contratada es de 11.520 horas. Laboran 6 personas en turnos a partir de las 7 horas, de lunes a viernes. La utilización es del 81,12% y su eficiencia es del 79,98. La capacidad instalada de atención puede llegar a 98.743 historias clínicas, en un año.

## SERVICIO DE LIMPIEZA

CUADRO N° 51

CONCEPTOS	TIEMPOS Y VALORES		
	CÁLCULOS Y DATOS	TIEMPOS	VALORES
<b>CAPACIDAD NOMINAL</b>		<b>59,520</b>	
<b>TIEMPO REAL</b>		<b>52,180</b>	
TIEMPO CONTRATADO	59,520		
MENOS TIEMPO IMPRODUCTIVO	- 7,340		
AUSENTISMO	1,785		
ATRASOS	595.00		
FALTA DE ENERGÍA	-		
VACACIONES	4,960		
PRODUCCION ANUAL METROS			1,080,000
COSTO PRODUCCION ANUAL			133,084.74
TIEMPO NOMINAL MINUTOS	3,571,200		
TIEMPO REAL LIMPIEZA	52,180		
TIEMPO REAL MINUTOS	3,130,800		
PRODUCCIÓN METROS	1,080,000		
TIEMPO REAL POR METROS (MINUTOS)	2.90		
TIEMPO ESTÁNDAR POR METRO (MINUTOS)	2.55		
<b>UTILIZACIÓN</b>		<b>87.67</b>	
TIEMPO REAL/TIEMPO NOMINAL			
<b>EFICIENCIA</b>		<b>87.96</b>	
<b>(TIEMPO ESTÁNDAR X U. PRODUCIDA EN T.R)/ TR))</b>	0.0425		
TIEMPO ESTANDAR /UNI PROD T.R.	0.8796474		
<b>PRODUCTIVIDAD</b>		<b>77.12</b>	
COSTO ESTADISTICA POR UTILIZACIÓN			116,672.74
COSTO ESTADISTICA CON EFICIENCIA			117,067.64
COSTO ESTADISTICA CON PRODUCTIVIDAD			102,630.87
<b>CAPACIDAD REAL DE PRODUCCION METROS LIMPIEZA</b>			<b>1,400,471</b>

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.

La capacidad nominal contrata de este servicio es de 59.520 horas. Su utilización es del 87,67%. Su eficiencia el 87,96%. Laboran 31 personas, dependen de la Enfermera Jefe. Su capacidad instada de labor puede llegar a 1.400.471 metros de limpieza al año, lo que significaría que podrían limpiar dos veces al día el área del hospital. Sin

embargo su actividad es direccionada a traslado de pacientes, retiro de medicinas, pedidos de bodega, ropa de lavandería, entrega de muestras de laboratorio, historias clínicas, conserjería , esta variabilidad repercute en la conservación y limpieza del hospital, reduciéndose su labor únicamente a un limpieza en la mañana y de limitada calidad.

**6.7.1.3. Eficiencia y productividad en tiempo y costos de los Servicios de Apoyo del Hospital Provincial General de Latacunga**

CUADRO Nº 52

SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	TIEMPOS ESTÁNDAR EN MINUTOS	TIEMPOS ESTÁNDAR EN HORAS.	PRODUCCIÓN REAL	PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN	PORCENTAJE DE EFICIENCIA	PORCENTAJE DE PRODUCTIVIDAD	TIEMPO REAL MINUTOS	TIEMPO REAL HORAS.	COSTO PRODUCCIÓN ANUAL	COSTO PRODUCCIÓN UTILIZACIÓN	COSTO PRODUCCIÓN CON EFICIENCIA	COSTO PRODUCCIÓN CON PRODUCTIVIDAD	CAPACIDAD INSTALADA DE PRODUCCIÓN
DE ALIMENTACIÓN Y DIETÉTICA	Por ración	31.00		52,205	82.50	89.62	73.94	1,805,760	30,096	213,087.96	175,797.57	190,973.31	157,552.98	70,606
LAVANDERÍA	Por kilos	2.68		140,981	81.13	90.00	73.01	467,280	7,788	49,623.01	40,256.67	44,660.71	36,231.00	193,092
ROPERÍA	Por kilos	6.50		42,346	87.20	91.35	79.66	345,600	5,760	29,114.53	25,388.82	26,596.12	23,191.82	53,169
TRANSPORTE Y AMBULANCIA	Por kilómetros	3.83		72,000	87.67	68.26	59.84	403,968	7,680	36,161.18	31,701.42	24,683.62	21,639.39	120,313
VIGILANCIA	Por horas		12,979	17,280	86.67	86.67	75.11	898,560	14,976	58,500.00	50,700.20	50,701.95	43,941.86	23,006
MANTENIMIENTO	Por horas		15,840	17,280	81.13	92.00	74.64	841,140	14,019	81,972.02	66,503.90	75,414.26	61,183.59	23,153
ESTADÍSTICA	Por H. Clínica	7.00		63,903	81.13	79.78	64.72	560,700	9,345	73,243.98	59,421.38	66,783.81	54,172.57	98,743
LIMPIEZA	Por metros	2.55		1,080,000	87.67	87.96	77.11	3,130,800	52,180	133,084.74	116,675.39	117,061.34	102,627.67	1,400,471
SUMAN:					84.39	85.71	72.25			674,787.42	566,445.34	596,875.12	500,540.88	

ELABORADO POR: M. Elena Arcos F.



### EFICIENCIA Y PRODUCTIVIDAD EN TIEMPO Y COSTOS DE LOS SERVICIOS DE APOYO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA

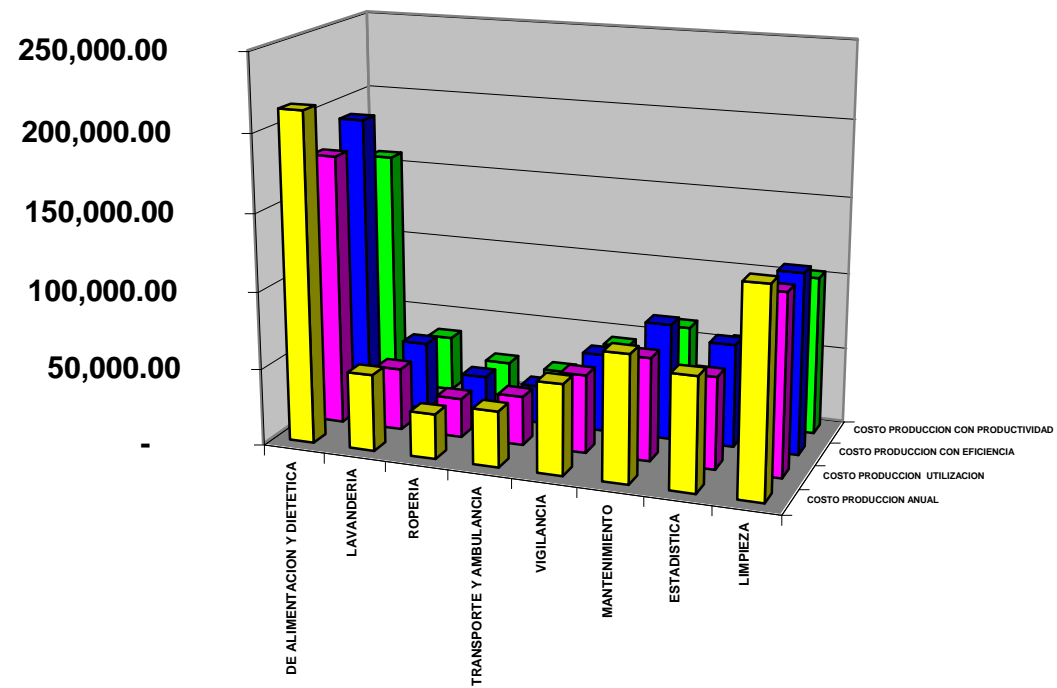


GRAFICO N° 51

ELABORADO: M. Elena Arcos F.

#### **6.7.1.4 Organización, Sistema de información, trabajo en equipo, del Hospital Provincial General de Latacunga.**

El Hospital Provincial General de Latacunga ha entrado en un proceso de cambio tanto a nivel de infraestructura física con readecuaciones que no corresponden a soluciones momentáneas, sino adecuaciones técnicamente planificadas que no contribuyan al debilitamiento de la infraestructura física que ya ha cumplido su vida útil y de esta manera dotar a los usuarios de instalaciones nuevas y remodeladas que brinden un ambiente adecuado donde se respire salud antes que enfermedad. El cambio más importante que se ha implementado es de actitud encaminado a convertir a profesionales líderes en cada uno de los servicios y gestiones para ofrecer a usuarios externos, servicios de calidad en donde estén involucrados valores como respeto, calidez, solidaridad, servicio y mística profesional esperado como recompensa la satisfacción interna de haber devuelto al ser humano el completo bienestar no solo físico, sino mental y social. El reto de convertir a esta institución pionera en brindar una atención de especialidad con calidez y de calidad las 24 horas del día, los 365 días del año, ser un verdadero modelo de atención hospitalaria de segundo nivel.

#### ***Misión***

Proveer de una atención integral de salud a la población del área de influencia, en forma ambulatoria, de hospitalización y de emergencia con acciones de diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación, capacitación e investigación.

#### ***Visión***

Pioneros en brindar una atención con calidez y de calidad las 24 horas del día, los 365 días del año, convertidos en un modelo de atención hospitalaria de segundo nivel.

### ***Objetivos del Hospital Provincial General de Latacunga***

- Brindar atención de salud universal, eficiente y eficaz a la población que demanda sus servicios, en los aspectos de tratamiento, recuperación y rehabilitación.
- Contribuir al mejoramiento del nivel de salud y vida de la población, en su área de influencia.
- Coadyuvar al desarrollo técnico administrativo, científico y de investigación en la prestación de salud.
- Contribuir a la formación de Recursos Humanos en salud.
- Racionalizar el uso adecuado de los recursos disponibles.
- Brindar libre acceso a los usuarios a los servicios de salud.
- Diseñar un programa de capacitación de acuerdo a los requerimientos del personal de la unidad hospitalaria.

### ***Estructura Orgánica***

El Hospital Provincial General de Latacunga, mantiene una estructura orgánica horizontal, donde están definidos los procesos y productos de las diferentes gestiones. Lo que supone cambios organizativos profundos para reorientar el trabajo individual hacia equipos multidisciplinarios y los servicios clásicos hacia unidades funcionales interdisciplinarias. La estructura orgánica no ha sido lo suficientemente difundida. La estructura por procesos vigente desde julio del 2003 y está integrada por los procesos que ha continuación se describen.

Los servicios de Dietética, Lavandería y Ropería integran la Gestión Hotelera. Mantenimiento, Vigilancia y Transporte integran la Gestión de Servicios Institucionales. Limpieza se lo ha integrado a la Gestión de Enfermería. Estadística es un componente de Calificación Hospitalaria de Oferta y Demanda. Para lograr mayor coordinación y flujo de trabajo y resultados se sugiere que en la Gestión Hotelera se incluya el servicio de Limpieza. Igualmente que en la Gestión de

Servicios Institucionales se establezcan tres subprocesos: Adquisiciones, Control de Inventarios y Bodegas; y, Servicios Generales, en éste último se incluirán los servicios de Mantenimiento, Guardianía, Ambulancia y Transporte.

## 1. PROCESOS GOBERNANTES

### 1.1. Direccionamiento estratégico

### 1.2. Gestión Técnica del Sistema Hospitalario

## 2. PROCESOS HABILITANTES

### 2.1. De Asesoría

#### 2.1.1. Aseguramiento de la Calidad de Gestión

#### 2.1.2. Asesoría Jurídica

#### 2.1.3. Docencia e Investigación

### 2.2. De apoyo

#### 2.2.1. Desarrollo Organizacional

##### 2.2.1.1. Gestión de Recursos Humanos

##### 2.2.1.2. Gestión de Servicios Institucionales

##### 2.2.1.3. Gestión de Comunicación

##### 2.2.1.4. Gestión Informática

##### 2.2.1.5. Gestión de Farmacia

##### 2.2.1.6. Gestión Hotelera

#### 2.2.2. Gestión de Enfermería

#### 2.2.3. Gestión Financiera

##### 2.2.3.1. Gestión de Presupuesto y Contabilidad

##### 2.2.3.2. Administración de Caja

## 3. PROCESOS DE VALOR AGREGADO

### 3.4. Calificación Hospitalaria de Demanda y Oferta

### 3.5. Salud Pública,

### 3.6. Operativización Hospitalaria, Control y Mejoramiento

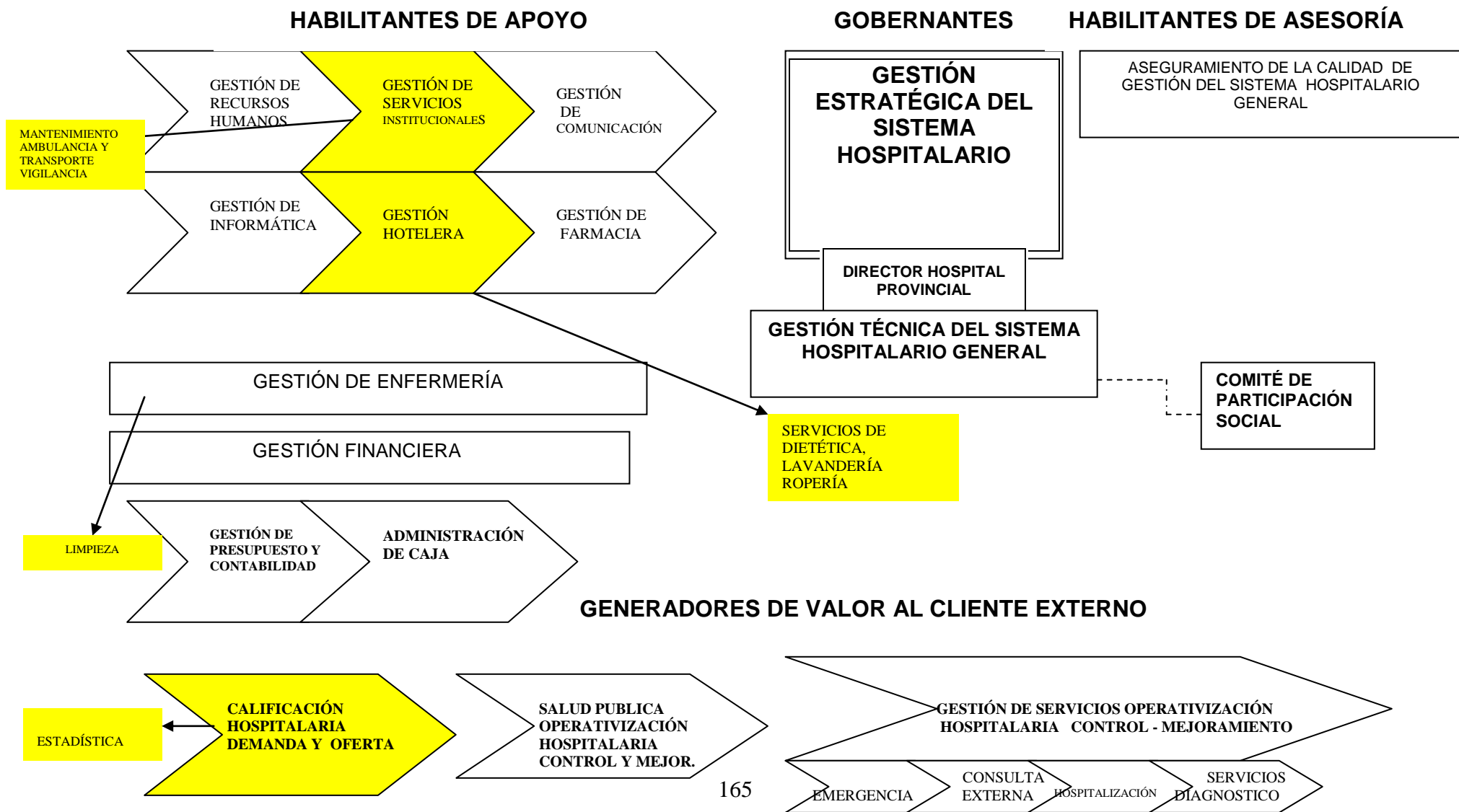
#### 3.3.1. Emergencia

#### 3.3.2. Consulta externa

#### 3.3.3. Hospitalización

#### 3.3.4. Servicios de diagnóstico

# HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA - ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS



## ***Sistema de información***

La comunicación comprende un plano cognoscitivo: el recibir y emitir mensajes a través de un determinado medio. Por ejemplo, en el caso de un servicio de traumatología, la comunicación comprende tener informaciones, y proporcionarlas, sobre avances en medicina física o cuidados intermedios. Son importantes los mensajes, modulados armoniosamente, sobre el contexto administrativo, los adelantos científicos, las relaciones con la población, la productividad global y parcial.

Existe también una comunicación afectiva constante entre los miembros del equipo, con los líderes y coordinadores, con la dirección del hospital, con los otros servicios. La relación afectiva entre la auxiliar y el enfermo puede ser básica para que a este le resulte provechosa la estadía hospitalaria.

La atmósfera afectiva en una intervención quirúrgica influye en la lucidez y oportunidad de decisiones de urgencia. Corresponde a una política de comunicaciones dentro de un equipo el desarrollo de las relaciones en torno a la reciprocidad.

En el equipo hospitalario las relaciones están influidas por la variedad de líneas de comunicación a que está sujeto cada integrante del mismo, y que incluyen desde la propia dinámica personal, la comunicación consigo mismo, la relación interpersonal, la de tipo científico-técnica, la administrativa, la gremial.

En el trabajo médico hay algunos factores universales de tensión que pueden mantenerse dentro de ciertos límites por la adecuada canalización de la comunicación. En primer lugar, la propia complejidad de la tarea médica, que exige condiciones casi imposibles de obtener en forma concurrente: vigor, imaginación, capacidad de análisis, sensibilidad,

memoria y voluntad de aprender. No es fácil concebir un equipo en que no existan problemas, porque flaquea o se hipertrofia alguna de las dimensiones del trabajo médico.

El sistema de información médica y de servicios en el Hospital Provincial está organizado en la unidad de Estadística, que es el punto inicial de nexo entre usuarios internos y externos, recopila información de las necesidades de salud y las prestaciones brindadas a la comunidad, establece las coberturas de atención y la demanda espontánea. La información es procesada en un sistema de ingreso de datos pacientes general e individualizado en forma manual en el registro de historia clínica única.

La información financiera y administrativa es manejada a través de los sistemas: eSIGEF, nómina, control de inventarios y activos fijos, punto venta de farmacia. Que pese a no estar integrados proporcionan reportes básicos y generales para disponer de información confiable en cualquier momento.

### ***El trabajo de equipo en el Hospital Provincial General de Latacunga***

Un equipo es un grupo de personas que ha adquirido un determinado nivel en su interacción. El grupo pasa por un proceso, un desarrollo, antes de ser equipo, es decir, de tener una tarea y abordarla en forma organizada.

Todo equipo presupone la existencia de varias dimensiones de la vida en grupo, intencionalidad, organización, dinámica, tarea, productividad, la comunicación de las experiencias al resto del hospital, el perfeccionamiento en esa actividad, la docencia, la investigación, el aporte a la prevención del problema.

Esa intencionalidad se diferencia en bases teóricas, cuerpos doctrinarios, propósitos, objetivos generales y específicos. En la unidad existirá una organización humana y material para hacer frente a la tarea. Los pacientes y sus familiares serán recibidos al ingreso de una cierta manera; intervendrán en el asunto miembros de la población, personal auxiliar, recuperados, personal administrativo, Trabajadoras Sociales, internistas, Psicólogos. Todas las tareas se harán de acuerdo con determinadas pautas, en la estructura física definida. La organización se hará presente, encauzando la intencionalidad en todas las labores de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, comunicación, apoyo administrativo.

La vida del grupo hospitalario comprende su dinámica externa e interna. La base de la dinámica externa está constituida por la relación real, concreta con las diversas dependencias del hospital, el público, las unidades hospitalarias que refieren o transfieren pacientes, los contactos personales con proveedores y familiares. La interna esta presente en la coordinación de acciones entre los diferentes procesos y subprocesos, servidores públicos, comités de control y desarrollo de los diferentes programas de salud. Si bien no se mantienen integrados y en constante comunicación para difundir el avance de sus resultados, en las reuniones mensuales se presenta los avances administrativos, técnicos, de cobertura de atención y ejecución presupuestaria.

#### **6.7.1.5 Procesos actuales que se desarrollan en los servicios de apoyo del hospital provincial.**

##### ***Alimentación y Dietética***

Los horarios de Trabajo de Alimentación y dietética son preparados por la Profesional Nutricionista, presentados antes del cierre del mes inmediato anterior al Coordinador del Servicios Institucionales para su



visto bueno, pasando al Director para su aprobación remitiéndose finalmente a la Unidad de Recursos Humanos para su registro y control.

La unidad de Alimentación y Dietética, labora en dos turnos diarios, cada turno está integrado por:

- 1 Cocinero general
- 1 ayudante
- 1 ayudante encargado de madrugada y dietas
- 1 vajillero
- 1 salonero, que adicionalmente cumple con las tareas de realizar el jugo y postres.
- 1 limpieza
- 5 auxiliares de alimentación a salas

Los menús son preparados por la Nutricionista, Líder de la Unidad con una semana de anticipación, son remitidos al Economato, cocinera general y cartelera. El Ecónomo en base a los menús realiza el pedido de víveres frescos, carnes, embutidos, fruta y distribuye las raciones de víveres secos. La recepción de víveres frescos y carnes se realizan los martes, jueves y sábado, bajo la responsabilidad del Ecónomo, quien es el responsable de la petición, control y administración de los víveres secos.

Los desayunos para el personal y pacientes generales adultos y niños, son servidos a partir de las 7:30 horas, están compuestos por una taza de leche, pan, huevo. Los desayunos para diabéticos reemplaza el pan por fruta. Los que corresponden a pacientes críticos varían de conformidad a la prescripción médica.

Los almuerzos tienen igual contenido de sopa, plato fuerte y jugo para pacientes generales y personal. Para pacientes diabéticos y críticos de acuerdo al menú especial, son servidos a partir de las 11:30 horas.

Inician su preparación a partir de las 8:00 horas en la siguiente secuencia y responsabilidad:

La cocinera general prepara la sopa y el arroz. La ayudante de cocina prepara el acompañado del plato fuerte, más la carne ó pescado ó pollo, ó embutido o cualquier otro tipo de carne que contenga el menú.

La ayudante de madrugada que preparó el desayuno, se encarga de las dietas. El salonero prepara el jugo y postre (cuando está contenido en el menú) y preparara el equipo baño maría para el autoservicio del personal. Las auxiliares de alimentación, tan pronto regresan apoyan al personal de cocina en la preparación de los alimentos.

A las 11:30 se distribuye los alimentos a las salas, concluyendo a las 13:00 Horas. El personal de la unidad almuerza antes de las 11:30 de la mañana, a fin de no interrumpir su trabajo en la distribución y reparto tanto a pacientes como personal.

Las auxiliares de alimentación son encargadas del servicio en las diferentes salas, incluyendo la atención personalizada a los pacientes que no pueden ingerir los alimentos por sus propios medios.

La cocinera general y ayudantes de cocina tiene un receso de 12:30 horas a 14:30 horas, hora que inician baja la misma modalidad la merienda. Las auxiliares de alimentación y salonero tienen un receso de 1:30 horas a 16:30 hora y laboran hasta las 18:30 hora que concluye el servicio de merienda.

El vajillero labora en un horario de 9 a 14: horas y de 20 a 23: horas, es el encargado de preparar la cena para el personal que labora en jornada nocturna, la misma que es servida a las 22 horas.

## ***Lavandería***

Los horarios de Trabajo de Lavandería son preparados por el trabajador que esta frente a la unidad, presentados antes del cierre del mes inmediato anterior al Coordinador del Servicios Institucionales para su visto bueno, pasando al Director para su aprobación remitiéndose finalmente a la Unidad de Recursos Humanos para su registro y control.

El personal de lavandería labora en turnos rotativos de 8 horas diarias durante los siete días de la semana. Los días sábados y domingos laboran dos personas.

A partir de las 7:00, 2 trabajadores realizan la recolección de ropa de todos los servicios tanto de atención paciente, hospitalización, consultorios, oficinas, recibiendo las prendas mediante listado por parte de los responsables de cada servicio.

Al llegar al servicio dos personas seleccionan la ropa de cama, vestir y cirugía.

La ropa muy manchada especialmente la de cirugía, es colocada en tinas con cloro. Proceden a cargar la ropa en las lavadoras, se realizan 3 cargas por día. Cuando concluye el lavado, el personal que realizó el recorrido de recolección pasa la ropa a la centrífuga y secadoras con una capacidad de 142,68 kilos.

El personal que estaba a cargo de las lavadoras, pasa la ropa seca por el rodillo, procede a doblar, clasificar y preparar los paquetes de ropa limpia para ser entregados: a la Central de Esterilización la ropa de quirófano y servicios médicos, a las salas hospitalización la lencería y pijamas, las prendas de protección y lencería a los consultorios.

De la observación realizada se puede indicar que solo 2 trabajadores permanecen en el servicio, mientras la ropa esta en las máquinas lavadores y secadoras. Determinándose que existe abandono y tiempo subutilizado.

### ***Ropería***

Los horarios de Trabajo de ropería son preparados por la trabajadora que esta frente a la unidad, presentados antes del cierre del mes inmediato anterior al Coordinador del Servicios Institucionales para su visto bueno, pasando al Director para su aprobación remitiéndose finalmente a la Unidad de Recursos Humanos para su registro y control.

En esta unidad laboran 3 personas, en un horario de lunes a viernes de 8 horas diarias. Su principal función es preparar la ropa de cama: sábanas, medias sábanas, fundas de almohadas, pijamas de adultos y niños, manteles, cortinas, ternos de cirugía, campos, botas y mascarillas. Adicionalmente deben reparar las prendas que se encuentran averiadas o que necesitan ser planchados y que son remitidas por la lavandería. Cada 3 meses se realiza la entrega de telas para la confección de nuevas prendas hospitalarias. Por la demanda del servicio y la capacidad de producción las prendas de protección y uniformes de empleados y trabajadores son confeccionados por terceros.

### ***Transporte y Ambulancia***

Los horarios de Trabajo de Transporte y Ambulancia, son preparados por el Conductor Jefe y presentados antes del cierre del mes inmediato anterior al Coordinador del Servicios Institucionales para su visto bueno, pasando al Director para su aprobación remitiéndose finalmente a la Unidad de Recursos Humanos para su registro y control. La designación de conductor jefe es rotativa y entre sus funciones tiene el

control y coordinación de mantenimiento del parque automotor. La unidad de transporte y Ambulancia esta bajo la dependencia de Servicios Institucionales. La movilización de ambulancias es responsabilidad de los Líderes de Emergencia y Trabajo Social.

El parque automotor está compuesto de:

3 ambulancias,

1 jeep 5 puertas

1 camioneta doble cabina, 4 x 4

1 camioneta 2 puertas, con más de 30 años de vida útil, utilizada para recorridos en la ciudad.

Cuatro automotores se encuentran protegidos contra todo riesgos, no así sus conductores.

Los 4 chóferes que integran la unidad, laboran en los siguientes turnos:

De lunes a viernes de 7 a 15:30 horas, 1 chofer

De lunes a viernes de 12 a 20:00 horas, 1 chofer

De martes a Sábado de 8 a 12:00 horas, y de 14 a 18:00 horas, 1 chofer

De domingo a jueves de 8 a 16:30 Horas

Un conductor esta de llamada por mes, para la atención de emergencias. Situación que no permite el traslado inmediato de pacientes hacia otros centros de transferencias.

### ***Vigilancia***

Los horarios de Trabajo de Vigilancia, son preparados por el Jefe de Guardias y presentados antes del cierre del mes inmediato anterior al Coordinador del Servicios Institucionales para su visto bueno, pasando al

Director para su aprobación remitiéndose finalmente a la Unidad de Recursos Humanos para su registro y control.

Este servicio esta integrado por 9 personas, que laboran las 24 horas durante todos los días del año en los siguientes horarios:

De 8 a 16:00 horas, dos vigilantes

De 16 a 24:00 horas, 2 vigilantes

De 24 horas a 8:00 horas, 2 vigilantes

Tres Vigilantes rotan para cubrir vacaciones, permisos por enfermedad o calamidad doméstica.

Un vigilante pasa en la garita de acceso al Hospital Provincial. Un vigilante vigila las áreas internas y externas del edificio. Sin embargo no se ha podido garantizar la seguridad de bienes e instalaciones, que por más de una ocasión han sido sujetas de robos. El personal de vigilancia no dispone de armas, gas o cualquier otro instrumento de defensa personal, así como de prendas de protección térmicas para la jornada nocturna.

Los vigilantes del Hospital Provincial, no se encuentran protegidos con un seguro de vida.

### ***Mantenimiento***

Los horarios de trabajo de Manteamiento, son preparados por el Jefe Mantenimiento y presentados antes del cierre del mes inmediato anterior al Coordinador del Servicios Institucionales para su visto bueno, pasando al Director para su aprobación remitiéndose finalmente a la Unidad de Recursos Humanos para su registro y control.

El servicio de mantenimiento esta integrado por 9 personas, que laboran en turnos rotativos, durante las 24 horas de los 365 días del año.

La labor del departamento de mantenimiento, está relacionada muy estrechamente en la prevención de accidentes laborales y técnicos ya que tiene la responsabilidad mantener en buenas condiciones la maquinaria y herramienta, equipo de trabajo, lo cual permite un mejor desenvolvimiento y seguridad evitando en parte riesgos en el área laboral.

La forma de trabajo del servicio de mantenimiento esta condicionada a órdenes directas y escritas de reparación de daños, tanto en la infraestructura física, instalaciones sanitarias, eléctricas y muy limitada reparación de maquinaria y equipo y totalmente nula en lo que se refiere a los vehículos. Las soluciones que ofrecen a los demandantes del servicio son tardías, e incompletas No se efectúa mantenimiento preventivo. Esta unidad tiene a su cargo el control del caldero, planta generadora de energía de emergencia, aprovisionamiento de gas doméstico y oxígeno, este último es controlado desde la planta proveedora y en forma oportuna realiza la recarga, de la bombona principal de abastecimiento.

### ***Estadística***

En esta unidad laboran 6 personas, de las cuales se distribuyen en 1 Coordinador de Servicio, 1, Estadístico que procesa información epidemiológica, 2 personas de atención en ventanillas a los usuarios, 1 persona en salas, 1 persona en los archivos.

Inician sus actividades a las 7:30 hasta las 16:30 horas, sin embargo los pacientes acuden al servicio a obtener un turno de atención a partir de las 4: horas de la madrugada, en grandes filas.

El proceso de atención actual es:

A las 7:00 por parte del Coordinador de Estadística, se entrega los turnos de Consulta Externa en las filas existentes, para las diferentes especialidades, se realiza un triaje rudimentario de la necesidad el usuario.

Una vez obtenido en turno, se acerca a las ventanillas, para registrar sus datos y aperturar su historia clínica en caso de ser la primera visita, caso contrario ingresar su historia clínica en el registro de atención.

La funcionaria de ventanilla, apertura la Historia Clínica y registra en el control de atenciones manual e ingresa en el sistema la información.

El registro de atenciones es entregado al funcionario de archivos para que localice la carpeta de Historia Clínica, clasifica por servicios y envía a partir de las 8:00 horas a la unidad de control de signos vitales.

A partir del mes de octubre del 2009, se implementa el servicio de turnos por teléfono a través del 147, como mecanismo para evitar las filas de la madrugada de pacientes que requieren atención. Es una estrategia que todavía no ha logrado cubrir las expectativas de los usuarios por la congestión y adicionalmente para tener opción a este servicio se requiere que el solicitante disponga de una historia clínica ya registrada.

Concluida la atención a los usuarios las Historias Clínicas son devueltas a Estadística para registro de atención y archivo.

Cuando los pacientes han ingresado por emergencia, esta unidad solicita a Estadística la remisión de Historias Clínicas a partir de las 8:00 horas y anexa el formulario de atención 008.



El funcionario de Estadística encargado de Salas, realiza el censo diario y recupera las Historias Clínicas de pacientes que han sido dados de alta.

El Coordinador de Estadística, solicita diariamente la información de consultas efectuadas, recetas despachadas, dietas y kilos de ropa lavada, curaciones realizadas e inyecciones, para concentrar la información y preparar el informe mensual y los indicadores hospitalarios mensuales.

### ***Limpieza***

Los horarios de Trabajo de Limpieza, son preparados por la Jefe Enfermeras y presentados antes del cierre del mes inmediato anterior al Coordinador del Servicios Institucionales para su visto bueno, pasando al Director para su aprobación remitiéndose finalmente a la Unidad de Recursos Humanos para su registro y control.

El servicio de limpieza esta integrado por 31 personas, que laboran en turnos rotativos, durante las 8 horas de los 365 días del año. Su labor esta asignada por áreas de atención. Inician su labor a las 7:00 horas, con una limpieza de las Áreas asignadas consultorios, salas y baños, que se limpian una sola vez al día. Los pasillos de acceso se limpian dos veces al día. Las áreas verdes y espacios externos una vez por día. El tiempo en ejecución de sus actividades diarias es de aproximadamente de 3 horas, el tiempo excedente lo utilizan con conserjes, en traslado de pacientes, camilleros, retiro de medicamentos e insumos.

### **6.7.2 Propuesta de diseño procesos de los Servicios de Apoyo del Hospital Provincial**

Los servicios de apoyo corresponden a la directa atención y cuidados brindados al enfermo en cuanto al confort y satisfacción de sus

necesidades y expectativas, que se traducen en las condiciones físico-ambientales, psicológicas, sociales, culturales y biológicas necesarias, que reflejen la “calidad” de los servicios que deben prestarse.

Hablar entonces de calidad de servicios de apoyo, está en entregar al paciente, estándares de excelencia y de satisfacción, mediante el mejor aprovechamiento de los recursos, ofertándole los servicios de naturaleza asistencial a través de actividades que se reflejen en “actitudes afectivas” para cubrir sus expectativas de salud, que él como paciente, exige a los prestadores de servicios. De allí la importancia de lograr cambios de comportamiento, tanto de los usuarios como de los responsables de su atención, estos cambios se identifican a través de los valores, percepciones, actitudes afectivas y de identificación humana con las necesidades reflejadas en el proceso salud/enfermedad.

Por tanto, siendo el cuidado médico-asistencial la actividad principal que se desarrolla en un hospital, las mismas se han de complementar con las actividades que realizan los servicios de apoyo, sencillas aparentemente, pero igualmente necesarias, para que el hospital pueda alcanzar no obstante su naturaleza científica, la otra: “la doméstica”, “la humana” por ese componente cualitativo representado por actividades positivas de comprensión y afecto, cuando se proporciona a los enfermos: tranquilidad, confort y seguridad, como expresión agregada de asistencia y atenciones recibidas y percibidas mientras permanece hospitalizado, para que de esta forma, abandonar la antigua expresión: “los hospitales curan, mas no cuidan”.

No es posible imaginar un hospital, donde existiendo los mejores profesionales en salud y los más altos adelantos técnicos, a los enfermos no se les cambie la ropa de cama, sus habitaciones no se limpian, no brinden seguridad y los alimentos que se les proporcionan les desagradan y rechazan, agravándose así su cuadro clínico. Es decir, que tanto las atenciones de enfermería, como las médicas, deben prestarse

conjuntamente con las de alimentación, de información, limpieza, lencería y seguridad personal.

Así pues, los servicios de apoyo deben destacarse como actividad fundamental del hospital y como tal brinda un alto nivel de buen funcionamiento hospitalario, que beneficia las relaciones institución-paciente y refleja una parte importante de las relaciones interpersonales que las autoridades del hospital deben apoyar, por tratarse de actividades que son reclamadas y exigidas por el paciente y que todo establecimiento de salud está obligado a prestar.

### ***Alimentación y Dietética***

Lo habitual en los hospitales, sobre todo los públicos, es considerar al enfermo como un usuario que debía asistirse en lo médico y que lógicamente tiene que comer, en ningún momento se le brinda la oportunidad de elegir lo que desea y apetece comer, dentro de las posibilidades económicas y dietético- asistenciales del establecimiento. Siempre se le establece y se le ofrece un menú único, decidido normalmente por la Nutricionista. Esto da como resultado, de que en los hospitales no existan menús optativos para el enfermo, sino una dieta básica, muchas veces no balanceada, ni científicamente elaborada, con el consiguiente empeoramiento de su estado nutricional, a lo cual se añade la inapetencia psicológica que produce el sentirse enfermo y estar internado, afectándose por tanto su sistema inmunitario, facilitando así cualquier tipo de infecciones, retraso en la cicatrización de sus heridas, prolongando y agravando su evolución, con el consiguiente aumento de las estancias y costos para las instituciones de salud.

Los objetivos y eficacia de este servicio son satisfacer al paciente con una comida de calidad, que contribuya a curarle y que la misma sin perder sus exigencias médico nutricionales, sea lo más **casera** posible, para que semeje sus comidas tradicionales y romper así esa sensación

de alejamiento que normalmente se tiene cuando se está hospitalizado. Sin olvidar que las exigencias médicas de dietas terapéuticas, deben ceñirse a la condición del paciente y no a sus **gustos** habituales.

Las técnicas para cumplir con estos objetivos está en el uso de posibles menús optativos, ofreciéndosele la oportunidad de seleccionar de una “carta” las comidas que se le ofrecen y que él prefiere y le es agradable comer; lo cual, sin embargo puede resultar muy costoso, por la variedad de “platos a preparar” y la heterogeneidad de gustos de los pacientes.

La elaboración de estos menús resultaría por tanto una tarea difícil, debido a la conjugación de criterios técnicos, económicos y gastronómicos; pero pudiese intentarse, teniendo como punto de partida una dieta base, para luego ir confeccionando el resto de las mismas con las materias primas en existencia. Recordando que la dieta es un plan alimentario, tanto para un individuo sano como para uno enfermo.

En cuanto a los horarios, es común preguntarse por qué es tan diferente el horario de las comidas en los hospitales de lo que se hace habitualmente en el hogar. Las tres comidas, desayuno (entre las 7 y las 8 de la mañana), el almuerzo (entre las 11:30 y las 13:00 p.m.), y la merienda (entre las 5 y 6 de la tarde) resultan adecuadas y satisfacen sus necesidades alimentarias, pero habitualmente el horario obedece a los turnos de trabajo del personal y no a las necesidades del enfermo. Por ello se deben ajustar los horarios a las necesidades del paciente y establecer en lo posible horarios en forma similar a como se hace usualmente en la vida cotidiana.

Materias primas: una dificultad importante en este terreno, está en que las adquisiciones de alimentos que se lleva a cabo, sobre todo en los hospitales públicos, quienes deben regirse por procedimientos precontractuales, selección de proveedores y compras al mayor, lo que

retarda el proceso y da lugar a la descomposición de los alimentos, en especial de los perecederos; extravíos, despilfarro por abundancia o inexistencias por fallas administrativas, de alimentos de primer orden o la adquisición de insumos de mala calidad, por corresponderse con precios bajos y no por la calidad de sus nutrientes.

Cocción: una vez que se ha obtenido la materia prima adecuada, es necesario cocinarla de la mejor manera, con pulcritud y destreza. Una comida bien “cocinada” no pierde calidad, sobre todo cuando pasa el menor tiempo posible entre su elaboración, la ingesta y degustación de los alimentos.

La presentación: una buena comida estimula visualmente el apetito del paciente, por lo cual se debe presentar la bandeja de forma más apetecible. Procedimiento que se lleva a cabo de forma centralizada en las cocinas, pero que exige un control dietético por personal calificado. Así mismo se debe considerar la conservación de la temperatura de los alimentos, la que no debe bajar de 65°, esto evita la posibilidad de que se dañen por proliferación de microorganismos patógenos. La mayoría de las veces las comidas que se sirven llegan al paciente “frías” y por lo tanto son rechazadas por el paciente.

Si se llevará control de la cantidad de comida rechazada, esto podría ser un buen indicador de gastos y costos por cubierto servido, ya que reflejaría dispendio de recursos y calidad del alimento ofrecido.

En el proceso de alimentación del enfermo deben participar todos los responsables en la atención al mismo, así se puede observar como el personal médico, de enfermería, dietética, cocina, medicina preventiva y Servicios Institucionales, actúan y colaboran en la alimentación del enfermo, lo que conlleva y que como tal se aspira, un servicio integral de alimentación. Donde el médico sea quien prescribe la dieta correcta y el servicio de dietética la define y se responsabiliza de que cada enfermo

reciba lo prescrito. El personal de enfermería debería encargarse de evaluar las dietas comunes y así velar para que los enfermos estén debidamente atendidos. Los servicios de medicina preventiva e higiene ambiental garantizarían las condiciones de higiene en las cocinas y Ecónomo se encarga de que los alimentos que se adquieren satisfagan las características nutricionales y técnicas exigidas. El personal de cocina tendría así mismo una gran importancia, ya que sin su experiencia, destreza y actitudes, la elaboración de las comidas resulta inútil. El servicio de mantenimiento sería el responsable del buen estado de instalaciones y equipos y el personal administrativo, como organismo de gestión, realizaría entonces todas las funciones inherentes a sus responsabilidades.

En el Hospital Provincial General de Latacunga el Servicio de Alimentación y Dietética es el responsable de la atención del paciente en el aspecto de nutrición, dentro de un régimen de internación y ambulatorio. Igualmente de la alimentación del personal de turno.

El Servicio de Alimentación y Dietética está subordinado a la Gestión de Hotelería y debe ser estructurado para establecer la coordinación de las siguientes áreas.

- Recibo, almacenamiento de alimentos
- Preparación de alimentos
- Distribución de alimentos
- Dieta terapia
- Comedor

Las actividades y tareas que debe ejecutar se resumen a continuación:

### **Atribuciones generales**

- Suministrar la alimentación, planeada y confeccionada según los principios de la técnica dietética y de la dieta terapia, a los pacientes internados y al personal que se halla de guardia y de turno.
- Programar el menú de dietas normales y especiales, atendiendo a los principios de nutrición y de las prescripciones médicas.
- Uniformar y mantener actualizadas las dietas en uso en el Hospital.
- Desarrollar programas de orientación dietética y educación en el Servicio.
- Definir y prever los recursos humanos y materiales necesarios para los programas de trabajo.
- Desarrollar un sistema de evaluación referente al personal y a los programas de trabajo.
- Asegurar la supervisión técnica durante el período de funcionamiento del Servicio.

A través del recibo y almacenamiento de alimentos

- Programar y realizar la previsión, requerimiento, recibo y almacenamiento de los productos alimenticios y los materiales necesarios para el servicio.
- Mantener y controlar el stock de productos alimenticios y materiales que permita sostener la continuidad del Servicio.
- Solicitar los productos alimenticios necesarios para el cumplimiento de la programación diaria del menú de dietas normales y especiales.
- Realizar el control e higiene del material, equipamiento y área de trabajo,
- Mantener registros de consumo de productos alimenticios y los materiales.

A través de la preparación y distribución

- Ejecutar la preparación previa, la cocción y cálculo de raciones de alimentos destinados a las dietas.
- Establecer un sistema de distribución de comidas al personal y pacientes.
- Mantener un registro del número de comidas distribuidas.

A través de la Dieto terapia

- Asegurar la atención de las prescripciones médicas, proporcionando dietas normales, especiales y alimentación infantil a pacientes internados.
- Realizar el pedido, distribución y verificación de la aceptación de comidas a pacientes internados.
- Prestar orientación dieto terapia y educación alimentaria a pacientes internados y de ambulatorio.
- Mantener registros con fines estadísticos
- Realizar el control e higiene del material, equipamiento y área de trabajo,
- Mantener un sistema de evaluación de la asistencia dietética prestada a los pacientes.

A través de los registros y expedientes

- Recibir, registrar, distribuir y despachar los documentos, formularios e informes
- Mantener actualizados los archivos del Servicio
- Abastecer de material de oficina
- Controlar los materiales, herramientas, equipos y maquinarias.

### **Área física**

La cocina incluye:

Recepción y control de productos alimenticios y materiales.



Almacenamiento a temperatura ambiente y almacenamiento en frío, con cámara frigorífica.

Bodega de víveres secos

Área de preparación de alimentos.

Área de cocción de las dietas generales y de dietas especiales.

Área de distribución de la alimentación.

Área de lavado de utensilios y vajilla.

Área de lavado de carritos de transporte.

Depósito de material de limpieza.

Oficina de responsable del Servicio

Oficina de Ecónomo

Comedor

## ALIMENTACION Y DIETETICA

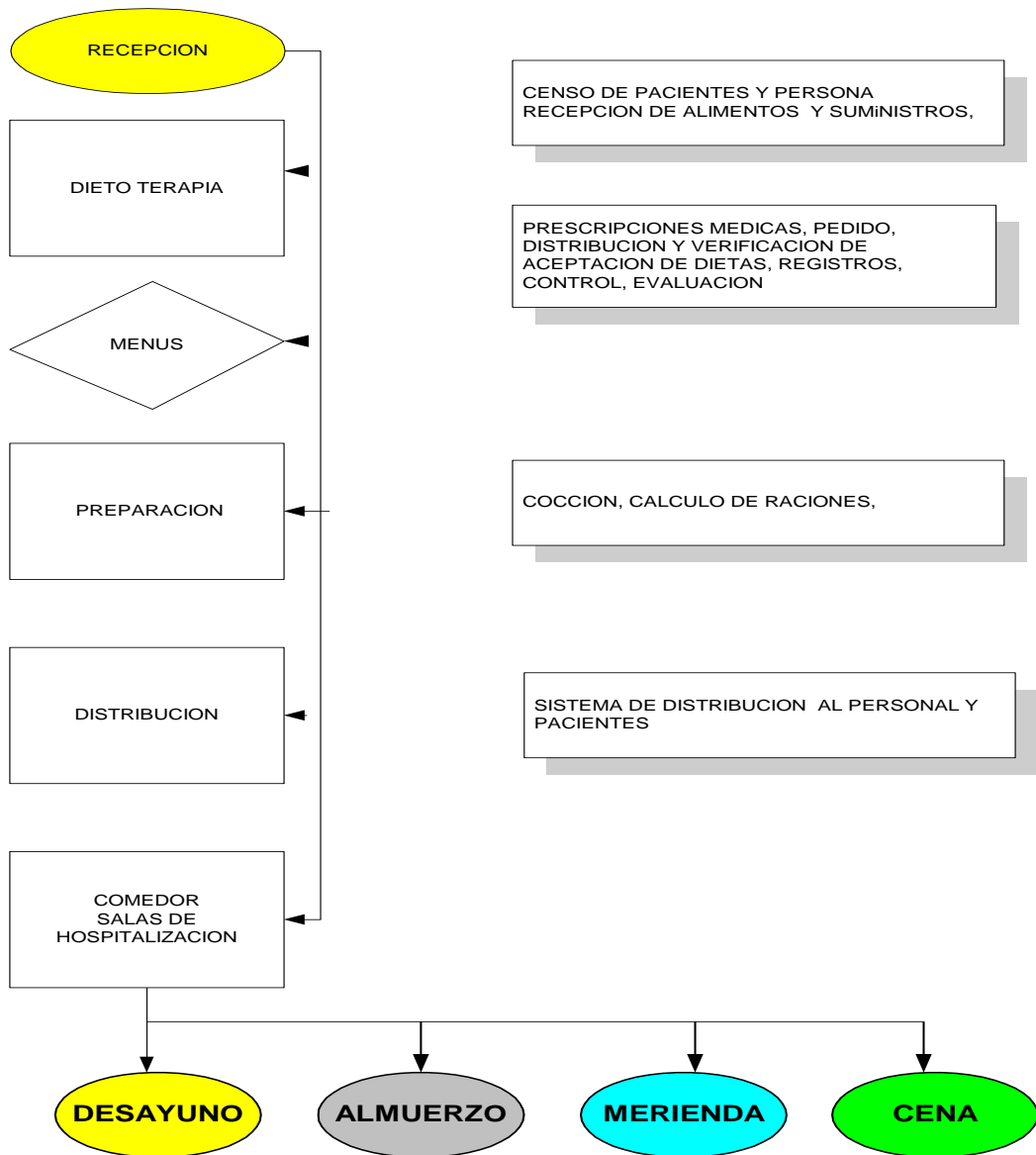


GRAFICO Nº 52

ELABORADO: M. Elena Arcos F.

### ***Lavandería***

Es el servicio que mediante una serie de tareas transforma la ropa sucia en ropa en condiciones de ser utilizada por las unidades de hospitalización y de servicios del Hospital Provincial.

Tiene como propósito el adecuado abastecimiento de ropa limpia y sanitaria, tanto para el paciente, como para el personal al servicio del hospital. El procedimiento de lavandería comprende: recolección, clasificación, lavado, planchado y entrega. Debería utilizar una gran instalación porque deben funcionar constantemente y su efectividad se mide por la cantidad en kilos de ropa procesada. Toda la lencería en uso debe estar limpia, conservada y sanitariamente estéril para que pueda ser usada, por lo cual también debe funcionar en sus instalaciones el servicio de costura para la reparación y confección de piezas. El trabajador encargado de la recolección, sobre todo de la ropa sucia, debe ser adiestrado en su manejo para evitar contaminación y daños a la salud del personal. .. Es de mucha importancia separar la lencería de los niños, de las del adulto. Así como la lencería quirúrgica, de las de otras áreas. Las vestimentas y ropas de cama usadas resultan altamente contaminantes con microorganismos patógenos, dado a que la piel húmeda es un excelente medio de desarrollo bacteriano y la temperatura corporal facilita la multiplicación bacteriana.

Las ropas que no se manipulan con cuidado o que se sacuden (agitan, batirse), generan muchísimas partículas de fibras contaminantes que quedan suspendidas en el aire y afectan tanto al personal como al paciente, hay que recordar que el riesgo de infección depende, en mucho, de la cantidad de microorganismos y del tipo de gérmenes presentes.

Los procesos técnicos actualmente usados en el hospital, donde predominan los procedimientos y equipos domésticos, sólo permiten eliminar hasta un 65% de estos agentes contaminantes, de allí las

recomendaciones de cuidar la calidad de los detergentes y blanqueadores, agua, temperatura, así como la experiencia y adiestramiento del personal. Se debe mantener limpio, incluso, el aire del ambiente de trabajo, para ello se recomienda lavar, según las técnicas en uso, la ropa sucia antes de clasificarla, colocarla en ambientes adecuados y separarla siempre de la ropa limpia. Las actividades que integran el proceso de ejecución de este servicio se pueden representar así:

Por lo general la organización de este servicio se hace en cinco (5) secciones lavado, planchado, reparación, suministro y almacenamiento; que físicamente deben estar separadas en áreas: de ropa sucia, de lavado y de reparación. Iguales consideraciones merece el transporte de la ropa sucia, para lo cual no debe usarse la misma unidad que transporta y distribuye la ropa limpia.

Debe tenerse sumo cuidado en la provisión de ropa (stock) para los fines de semana y feriados, la cual debe ser en cantidad suficiente y añadirse un +10%, porcentaje obtenido de la experiencia práctica, para cubrir imprevistos. La producción de ropa sucia será siempre mayor a la cantidad de ropa limpia en uso, es por eso la necesaria precaución sobre la base de un +10 a +20% en la existencia total, para contar con una adecuada dotación diaria.

La incorporación de la ropa descartable especialmente para quirófano no ofrece dudas en sus ventajas, en lo que a higiene y uso se refiere, pero la misma, además de ser costosa, también genera problemas: producción de basura, es decir, se incrementa la recolección y disposición de basuras, que por estar en muchos casos al aire libre, resultan focos de contaminación importantes y permanentes en las áreas asistenciales.

Se considera que los servicios quirúrgicos, infectocontagiosas, y partos, deben usar ropa descartable, pero a su vez, debe estar previsto y

como tal planificado, lo relativo a su disposición final dentro del ámbito hospitalario, para evitar un “apilonamiento” en patios o pasillos que provocan además un desagradable aspecto a la vista de usuarios y visitantes.

No hay que olvidar el tratamiento técnico que se debe dar a la ropa sucia es de vital importancia, por ello se establecen los mecanismos adecuados para que esa ropa, a menudo contaminada, llegue al paciente en perfectas condiciones de manipulación, en especial la ropa quirúrgica, la que proviene de los servicios de infectología y la ropa destinada a los niños.

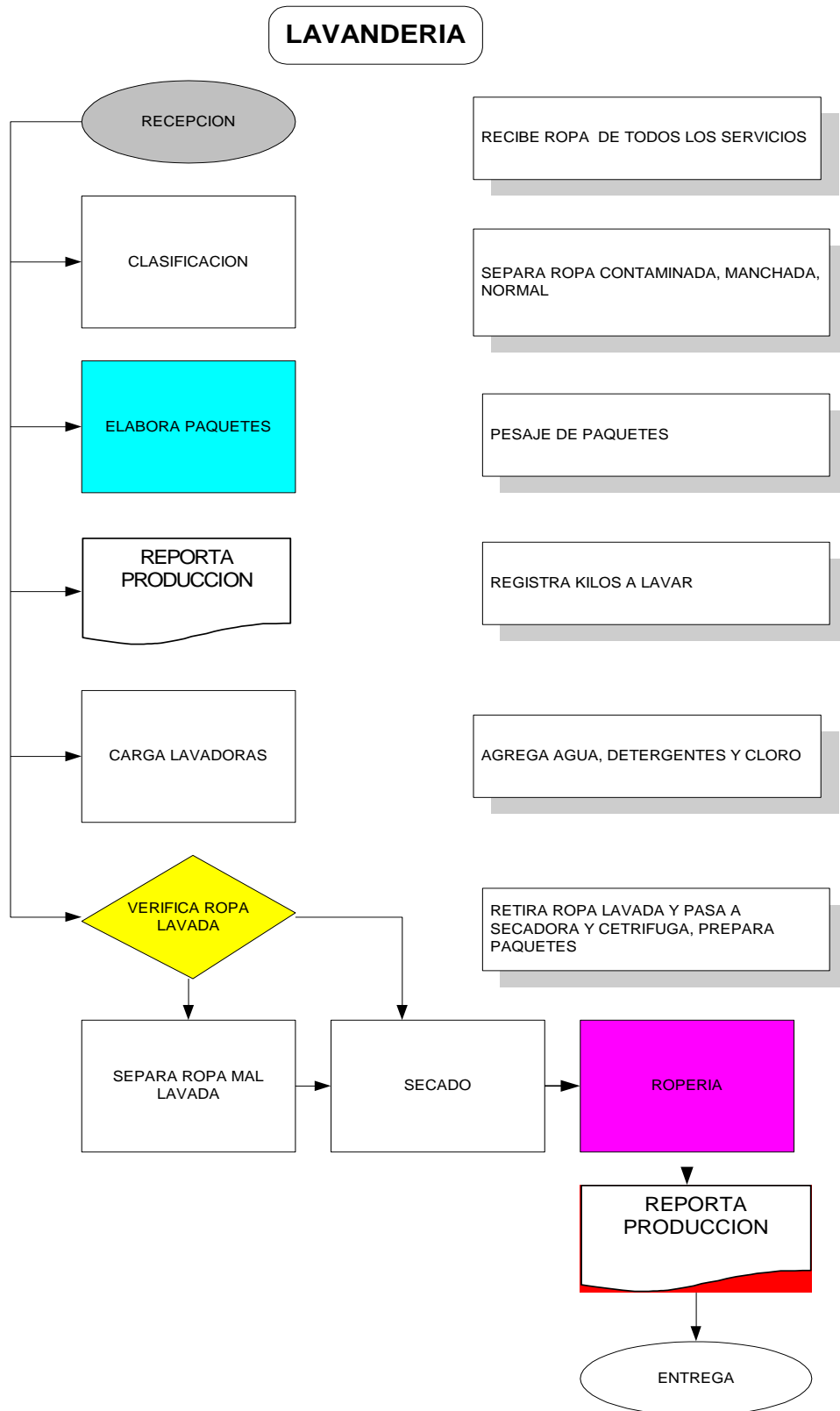


GRAFICO N° 53

ELABORADO: M. Elena Arcos F.

## Ropería

CUADRO N° 53

PERSONAL	OPERACIÓN
Auxiliar de Servicios: Responsable del Servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibe desde lavandería la ropa que necesita reparar y planchado especial.</li> <li>• Registra el número de prendas</li> <li>• Distribuye al personal las prendas que requieren plancharse o renovarse</li> <li>• Recibe los pedidos conteniendo el tipo de ropa que debe ser confeccionada.</li> <li>• Solicita los materiales requeridos</li> <li>• Recibe de bodega los materiales necesarios</li> <li>• Elabora patrones de confección, instruye y distribuye el trabajo a los 2 costureras de la unidad.</li> <li>• Registra diariamente las prendas confeccionadas</li> <li>• Entrega la ropa confeccionada a la bodega institucional para su ingreso</li> <li>• Reporta a Estadística la producción mensual de prendas.</li> </ul>
Auxiliar de Servicios: Costurera 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicia la confección de prendas</li> <li>• Corta la tela de conformidad al patrón recibido</li> <li>• Une las piezas en las máquinas</li> <li>• Retira los residuos de hilos y materiales</li> <li>• Plancha la nuevas prendas</li> <li>• Clasifica por tipo de prenda y almacena en los canceles</li> <li>• Reporta diariamente el numero de prendas a la Jefa del servicio.</li> <li>• Recibe de lavandería las prendas que requieren reparación</li> </ul>
Auxiliar de Servicios: Costurera 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica si dispone de materiales, caso contrario solicita a la Jefa del servicio.</li> <li>• Procede a la reparación de prendas</li> <li>• Concluye la reparación y plancha las prendas.</li> <li>• Plancha las prendas especiales</li> <li>• Prepara los paquetes y entrega a Lavandería.</li> </ul>

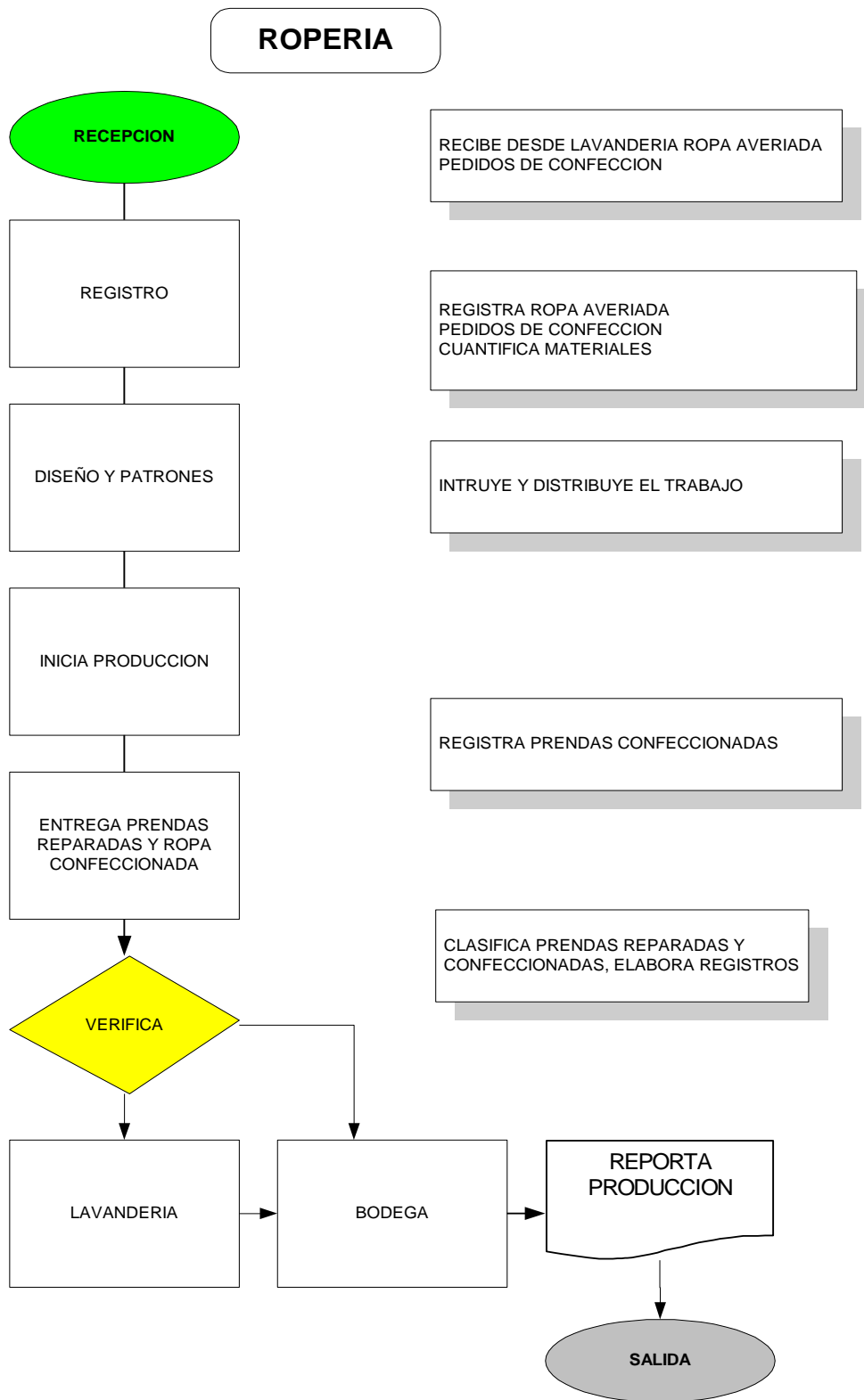


GRAFICO Nº 54

ELABORADO: M. Elena Arcos F.



## Transporte y ambulancias

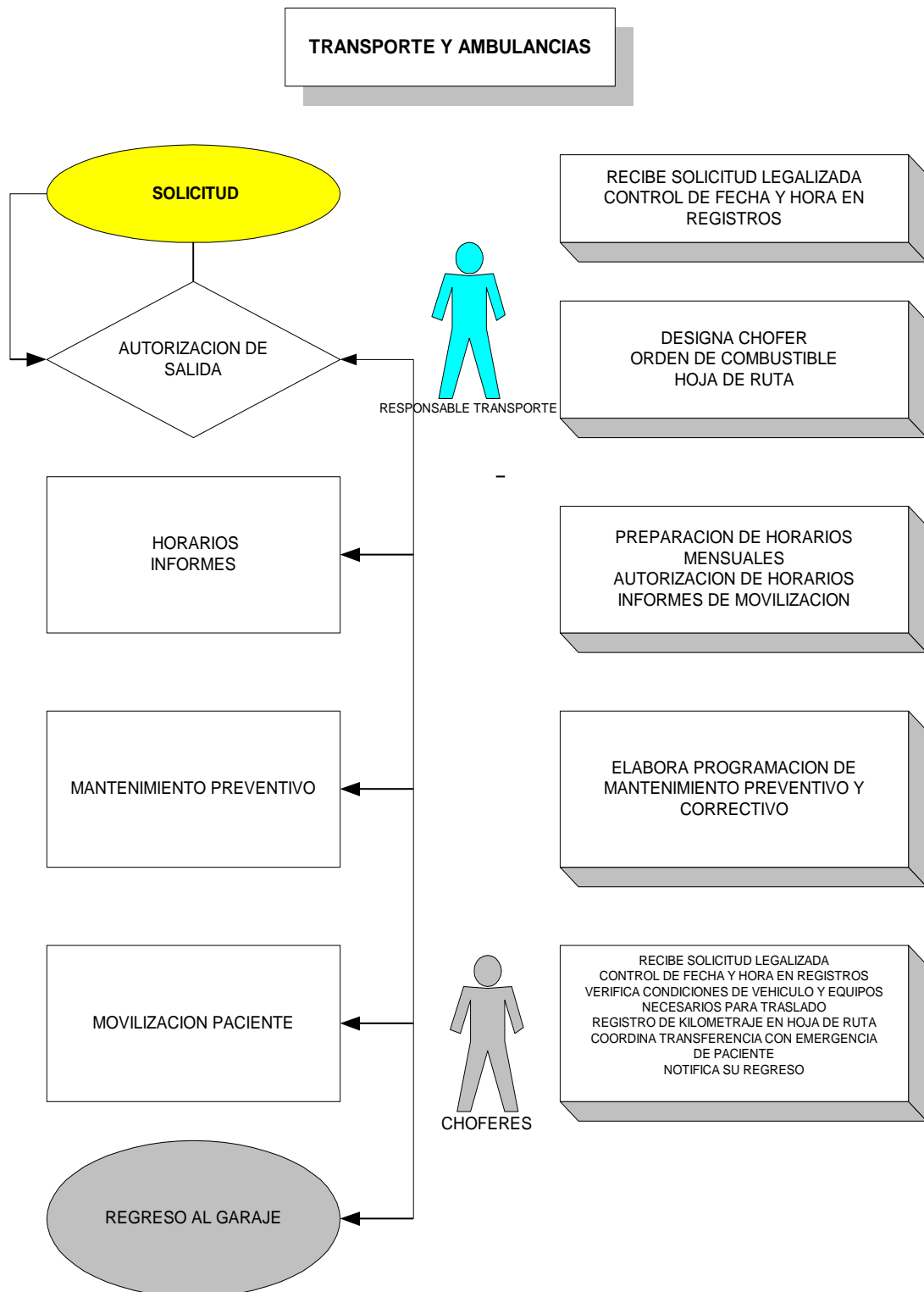


GRAFICO N° 55

ELABORADO: M. Elena Arcos F.

El Servicio de Transportes y Ambulancia es el responsable del traslado de pacientes y personal, transportar productos alimenticios y materiales, mudanzas de equipos y mobiliario, adquirir repuestos, realizar la entrega de retenciones en la fuente a proveedores, apoyar a la Gestión de Servicios Institucionales en trámites de compras.

### Vigilancia

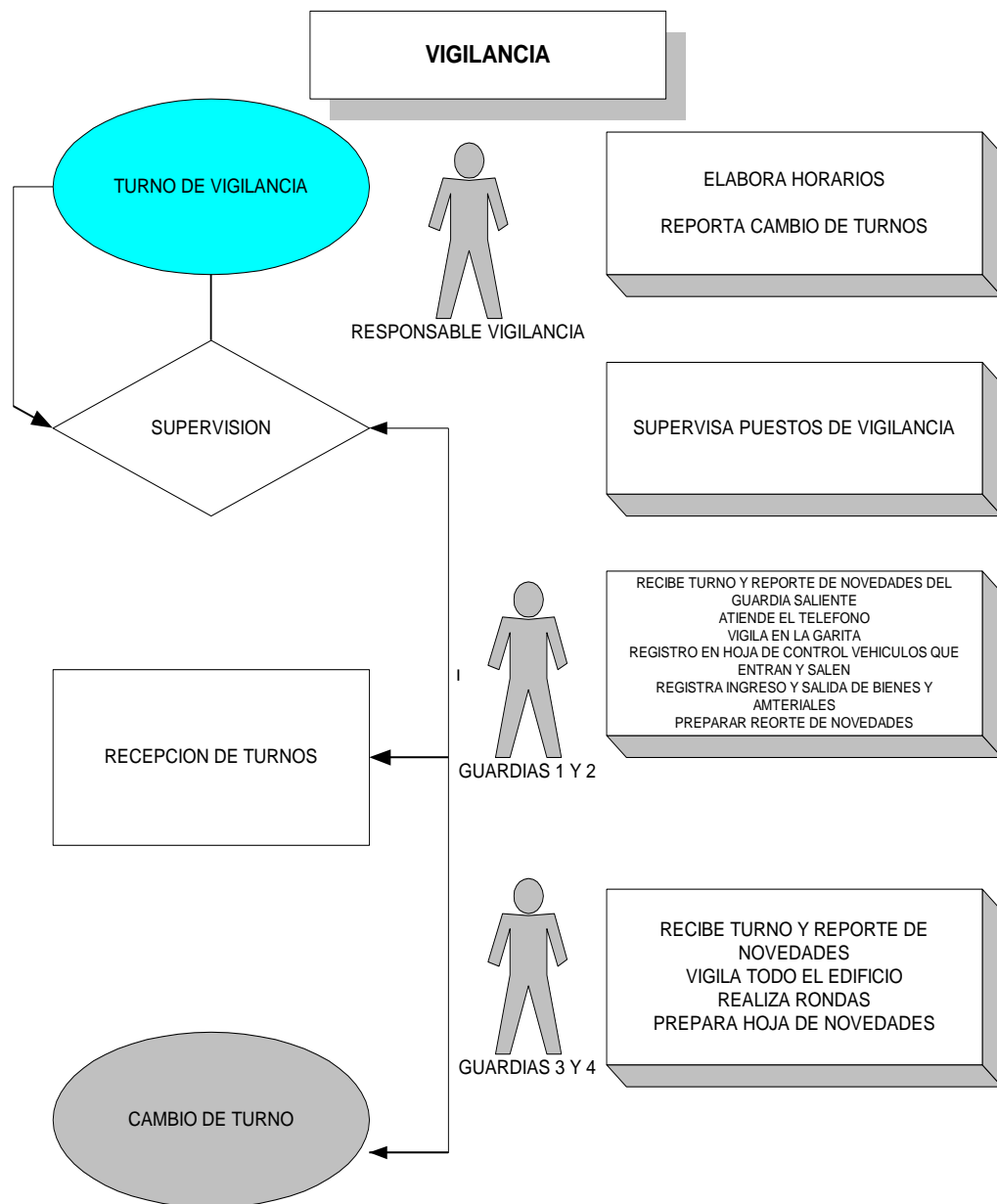


GRAFICO N° 56

ELABORADO: M. Elena Arcos F.

La Unidad de vigilancia hospitalaria es el sector responsable de la ejecución de todas las tareas y actividades relacionadas con la preservación del patrimonio, de los bienes, instalaciones y tráfico de usuarios internos. El servicio de Vigilancia estructuralmente es parte de la Gestión de Servicios Institucionales.

### ***Mantenimiento***

El personal interno es responsable del mantenimiento correctivo de la planta física, equipos médicos y equipos industriales (no médicos), en un grado de complejidad de bajo a intermedio. También a este grupo se le encarga la operación y el mantenimiento de los sistemas de agua potable, vapor, electricidad, gases médicos, etc.

Cuando la capacidad de resolución del mantenimiento local es rebasada por el alcance tecnológico o por asuntos de cualquier otra índole, se recurre al apoyo de empresas de servicio privado.

El sistema actual tiene problemas de competencia al no estar definido el alcance de los servicios que pueden ser provistos internamente, ni cuales pueden ser solicitados o contratados a terceros. Entonces si internamente se le exige trabajos que están por encima de su capacidad resolutoria se tiene como resultado una considerable demanda insatisfecha, causando el consiguiente malestar en los usuarios y repercusiones negativas en el funcionamiento de la unidad de salud.

La unidad de mantenimiento depende de la Gestión de Servicios Institucionales y debería coordinar las siguientes actividades y tareas.

- A través de Electricidad y electrónica
  - Cumplir con los programas de mantenimiento y reparaciones en lo que respecta a la parte eléctrica y de equipos electrónicos

- Prestar asistencia técnica: reparaciones, sustituciones, adaptaciones o ampliación respecto de las instalaciones eléctricas, de iluminación, sistemas de comunicación, motores eléctricos, generadores de energía eléctrica.
  - Dar atención de emergencia en la parte eléctrica del Hospital cada vez que sea requerido.
  - Realizar inspecciones periódicas en los equipos, aparatos e instalaciones eléctricas
  - Mantener un archivo de las direcciones de los fabricantes y de los servicios de mantenimiento contratados ante eventualidades.
  - Mantener un archivo de manuales y especificaciones de todos los equipos y plantas del sistema de alimentación de energía, tanto por externo como por generadores.
- A través de Mecánica
    - Cumplir con los programas de mantenimiento y reparación de máquinas, equipos y vehículos del Hospital.
    - Prestar asistencia mecánica técnica (reparaciones, sustituciones, adaptaciones o ampliaciones) respecto de las partes mecánicas o los componentes mecánicos de los equipos y vehículos del Hospital, tales como:
      - Motores generadores, compresores, bombas de agua, calderos, equipos de esterilización, frigoríficos, mesas de cirugía, sillas de ruedas, carritos, carritos térmicos, equipo de cocina, montacargas, máquinas y equipo de oficina, etc.
    - Prestar atención de emergencia, en el área, siempre que sea necesario.
    - Realizar el seguimiento de las inspecciones de rutina y emergencia de los servicios de mantenimiento contratado.
    - Mantener archivo de manuales y especificaciones de todos los equipos

- Mantener un stock de repuestos para situaciones de emergencia
  - Disponer de las herramientas adecuadas para ejecutar tareas de rutina o de emergencia.
- A través de Calderos e hidráulica
    - Cumplir con los programas de mantenimiento y reparación establecidos previamente en calderos, cañerías e instalaciones hidráulicas del Hospital.
    - Prestar asistencia técnica en reparaciones, sustituciones, adaptaciones y ampliaciones respecto a las instalaciones hidráulicas y calderos.
    - Producir vapor para calentar el agua que será usada en la lavandería, cocina, central de esterilización, Laboratorio y otros servicios.
    - Dar atención de emergencia en la parte hidráulica, incluyendo cañerías de agua, vapor, gases, aire comprimido y asistencia cloacal.
    - Efectuar inspecciones periódicas de las cañerías
    - Mantener existencias de repuestos tales como cañerías de diversas pulgadas, tubos, codos, válvulas, etc.
    - Disponer de las herramientas adecuadas y en buen estado de conservación para la ejecución de rutina y de emergencia.
  - A través de Carpintería
    - Cumplir con los programas de mantenimiento, reparación y confección de muebles, armarios, puertas e instalaciones de madera establecidos previamente.

- Prestar asistencia técnica, reparaciones, sustituciones, adaptaciones o ampliaciones de los muebles e instalaciones de madera del Hospital.
  - Mantener bajo custodia los planos y diseños de los muebles e instalaciones confeccionados.
- A través de Albañilería, obras y pintura
    - Cumplir con los programas de mantenimiento, reparación, adaptaciones y ampliaciones de la estructura del Hospital, mediante orientación técnica y aprobación de planos de los organismos de infraestructura sanitaria del Ministerio de Salud Pública.
    - Ejecutar trabajos en paredes, muros de pintura y terminación de superficies en el edificio y equipos del Hospital.
- A través de mantenimiento preventivo:
    - Realizar una revisión periódica del edificio, instalaciones, equipos y máquinas, evitando desperfectos y consiguientes salidas de servicio imprevistas.
    - Realizar seguimiento de las tareas ejecutadas por servicios de terceros cuando por contrato el mantenimiento periódico es efectuado por empresas externas.
    - Asesorar en procesos de contratación para la adjudicación de máquinas, equipos y prestación de servicios de mantenimiento.

### **Área física del servicio de Mantenimiento**

La unidad de Mantenimiento deberá estar ubicada en un ambiente con buena aireación y sus elementos son:

Sala para jefatura

Zona para guardar repuestos

Zona para mecánica, carpintería y pintura

**Personal del servicio de mantenimiento:**

El personal que se requiere para una eficiente gestión en el Servicio de Mantenimiento del Hospital Provincial General de Latacunga se detalla a continuación, cuyos perfiles y requisitos deberán ser definidos de conformidad a la complejidad de sus actividades y tareas.

- Un responsable del Servicio de Mantenimiento
- Técnicos de mantenimiento:
  - Un electricista
  - Un Carpintero
  - Un técnico en aparatos de precisión
  - Un técnico en electrónica y electrotecnia
  - Mecánico de mantenimiento
  - Mecánico de refrigeración
  - Operador de calderos
  - Plomero
  - Pintor
  - Albañil
- Secretario de Mantenimiento.

**MANTENIMIENTO**

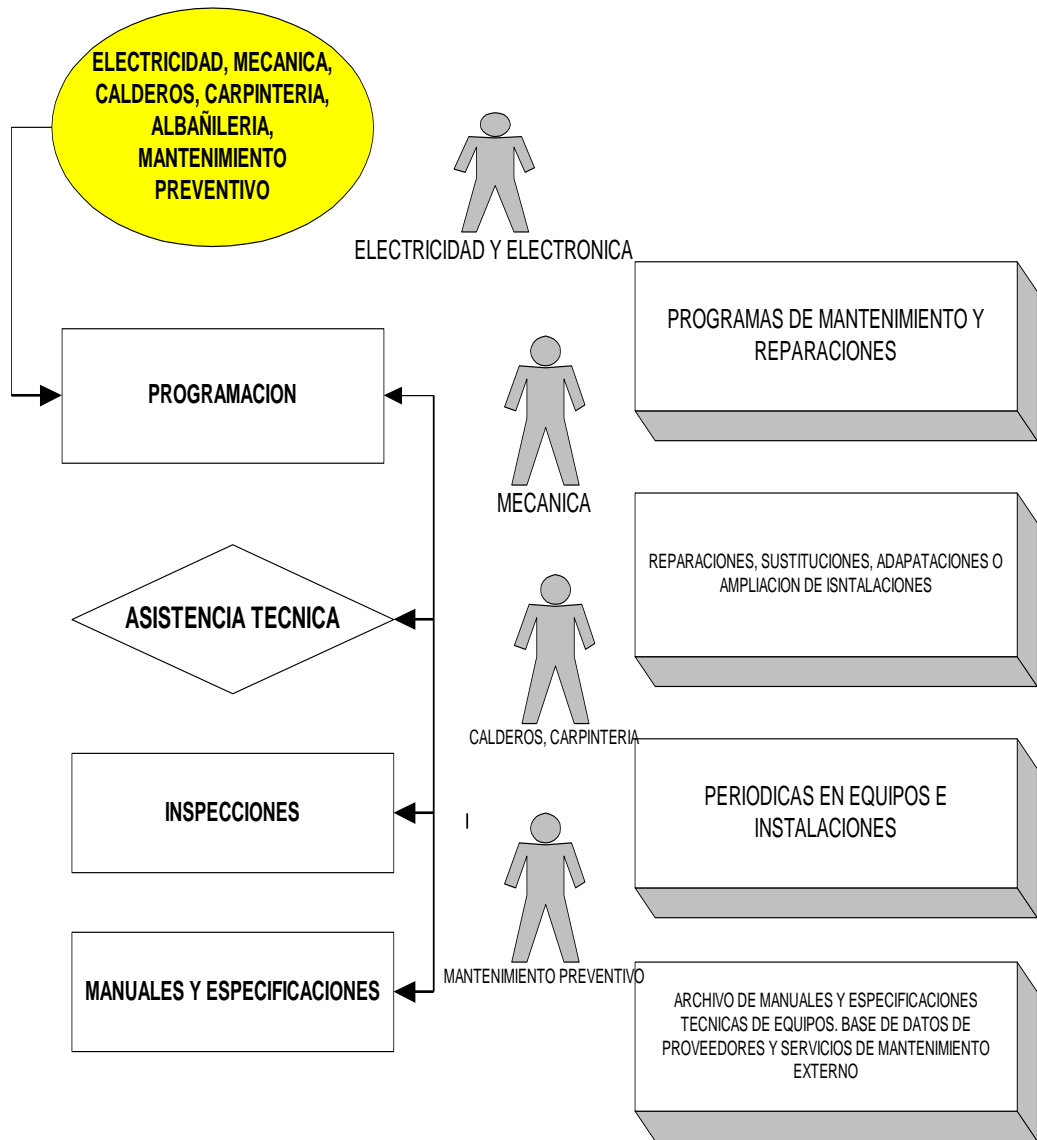


GRAFICO N° 57

ELABORADO: M. Elena Arcos F.



**MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

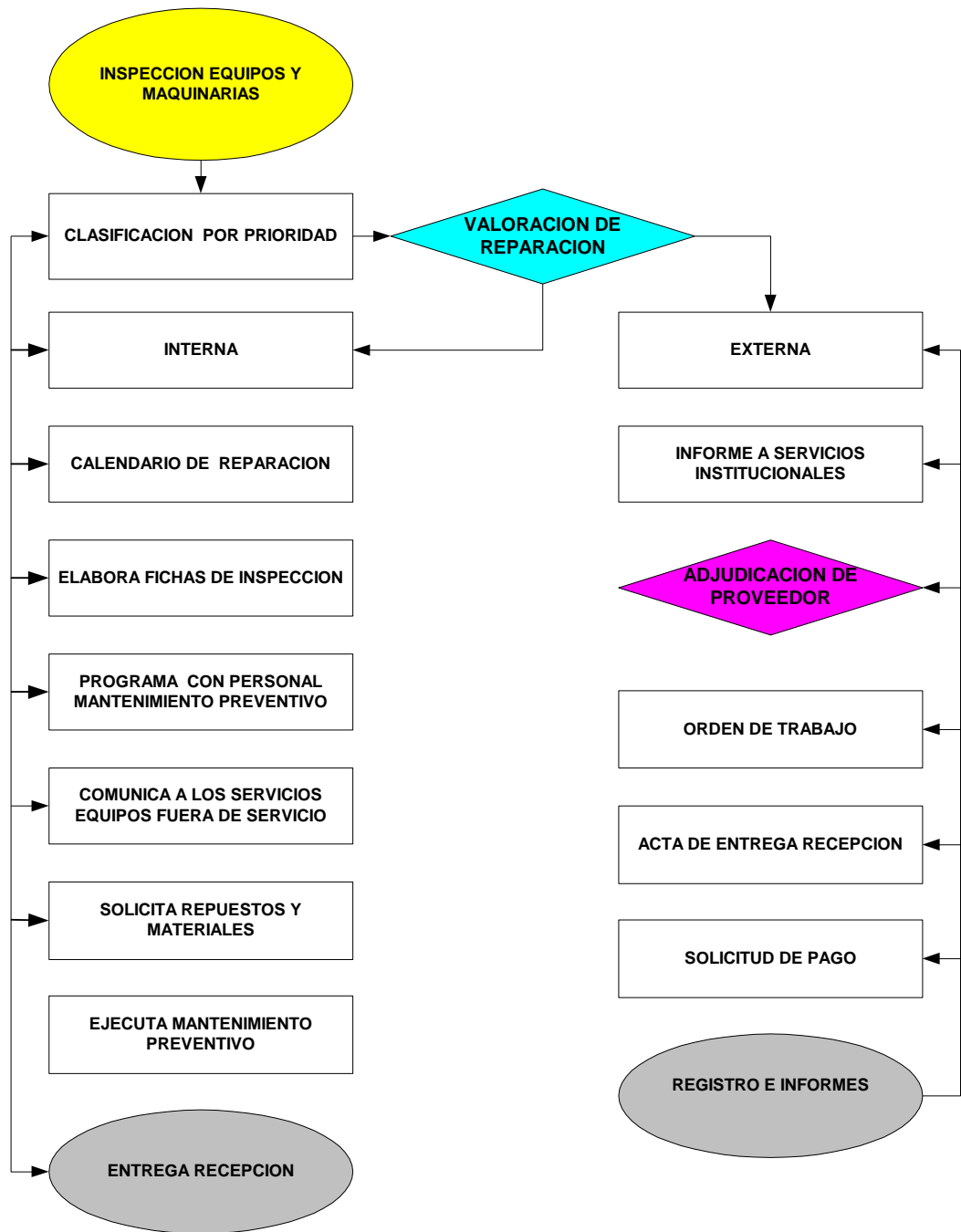


GRAFICO N° 58

ELABORADO: M. Elena Arcos F.

**MANTENIMIENTO CORRECTIVO**

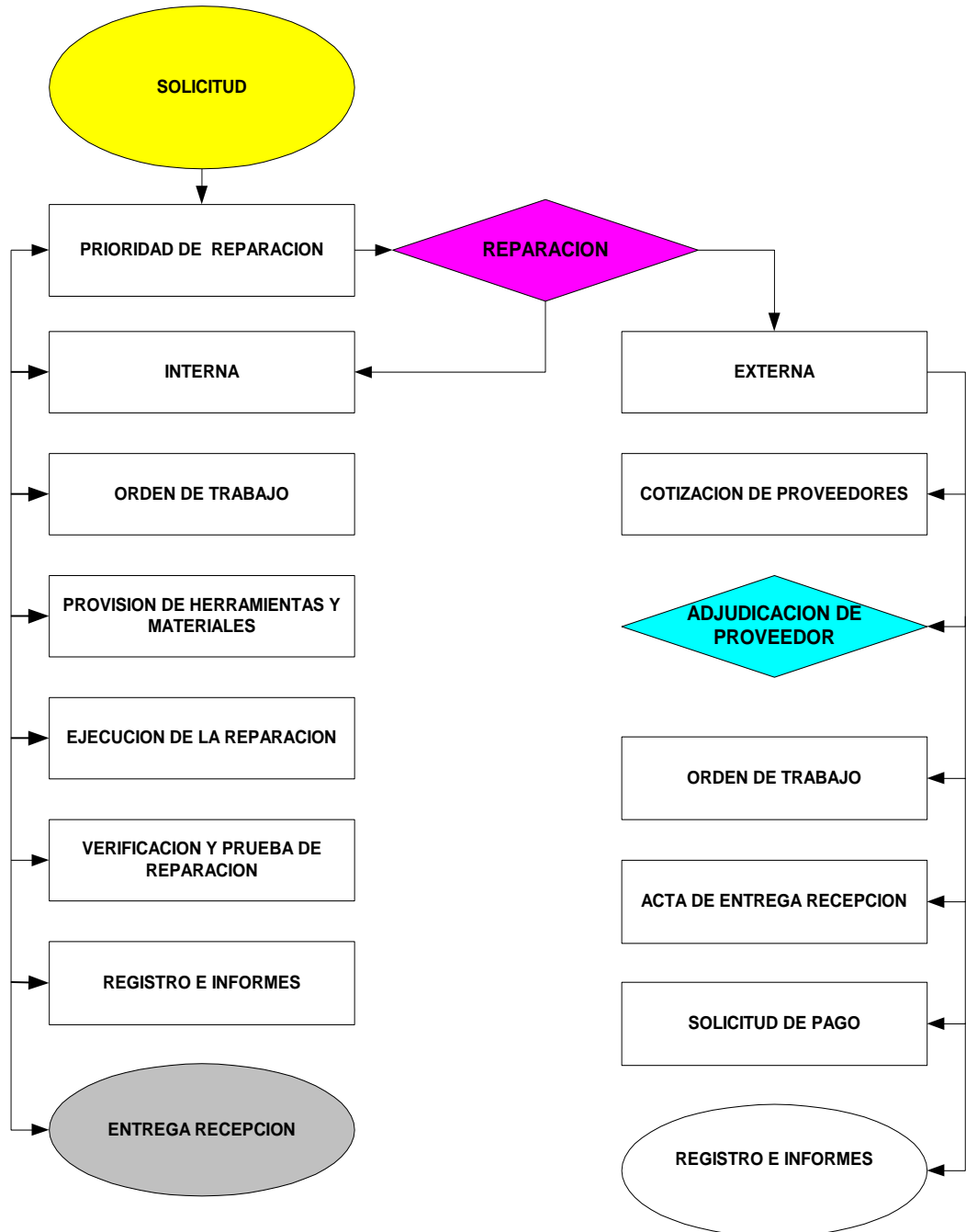


GRAFICO Nº 59

ELABORADO: M. Elena Arcos F.

### ***Estadística***

Servicio de Estadística tiene como finalidad mantener la integralidad del conjunto de historias clínicas pertenecientes al hospital, mediante actividades desarrolladas según criterios especiales de conservación, clasificación y control de la circulación de las historias clínicas y del necesario sigilo profesional en lo que respecta a sus contenidos.

Estructuralmente el Servicio de Estadística es parte integrante del Proceso de Aseguramiento de la Calidad de Gestión del Sistema de Salud. Las actividades y tareas que debe ejecutar son las siguientes.

- Mantener un sistema de registro que controle todo el movimiento de los pacientes en el hospital.
- Velar por la claridad y exactitud de las historias clínicas y por la precisión de los datos en todos los formularios que las integran, específicamente en lo que se refiere a información imprescindible.
- Mantener estrecha contacto con el cuerpo médico y diferentes servicios del hospital, colaborando por el perfeccionamiento de la asistencia hospitalaria
- Suministrar certificados o declaraciones de carácter legal basados en documentación de la historia clínica con ética profesional, a las autoridades legales y sanitarias, o los pacientes.
- Cooperar en el estudio y diseño de formularios relacionados con la prestación de servicios hospitalarios.
- Colaborar en programas de asistencia e investigación.

A través del Registro General

- Adoptar un sistema unitario de registro de pacientes.
- Registrar y controlar a los pacientes atendidos

A través del archivo médico

- Realizar, ordenar, cotejar, archivar y controlar las historias clínicas.
- Adoptar un sistema único y numeral para el archivo de Historia y el sistema serial anual para los registros de emergencia.
- Revisar las historias clínicas, procurando la exactitud de los datos consignados en los formularios.
- Suministrar historias clínicas a los diferentes consultorios y servicios.
- Controlar la devolución de historias clínicas.
- Elaborar certificaciones, declaraciones, certificados e informes médicos basados en las informaciones dadas por los médicos y en las contenidas en las historias clínicas, respetando el secreto profesional, con el objeto de atender a las solicitudes legalmente autorizadas.

A través del sistema común de información

- Elaborar estadísticas de naturaleza administrativa y estadísticas médicas, directamente relacionadas al diagnóstico y a la terapéutica.
- Suministrar al cuerpo clínico y demás unidades los datos estadísticos de movimiento de pacientes.
- Elaborar el parte de casos de notificación a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica provincial.
- Proporcionar los medios estadísticos para la evaluación de la capacidad operativa del Hospital.
- Codificar diagnósticos, cirugías, nacimientos, causas de muerte.
- Elaborar los gráficos aclaratorios del movimiento estadístico.

### ***Área Física***

El Área del Servicio Estadístico debe funcionar como una unidad integrada, debe disponer de varias ventanillas de atención a los usuarios, oficinas para registro del sistema de información y un espacio para el archivo de historias clínicas, con iluminación y ventilación apropiada.

## ***Personal***

Coordinador de Estadística

Asistente de Estadística 1

Asistente de Estadística 2

Asistente de Estadística 3

Asistente de Archivo

## ESTADISTICA

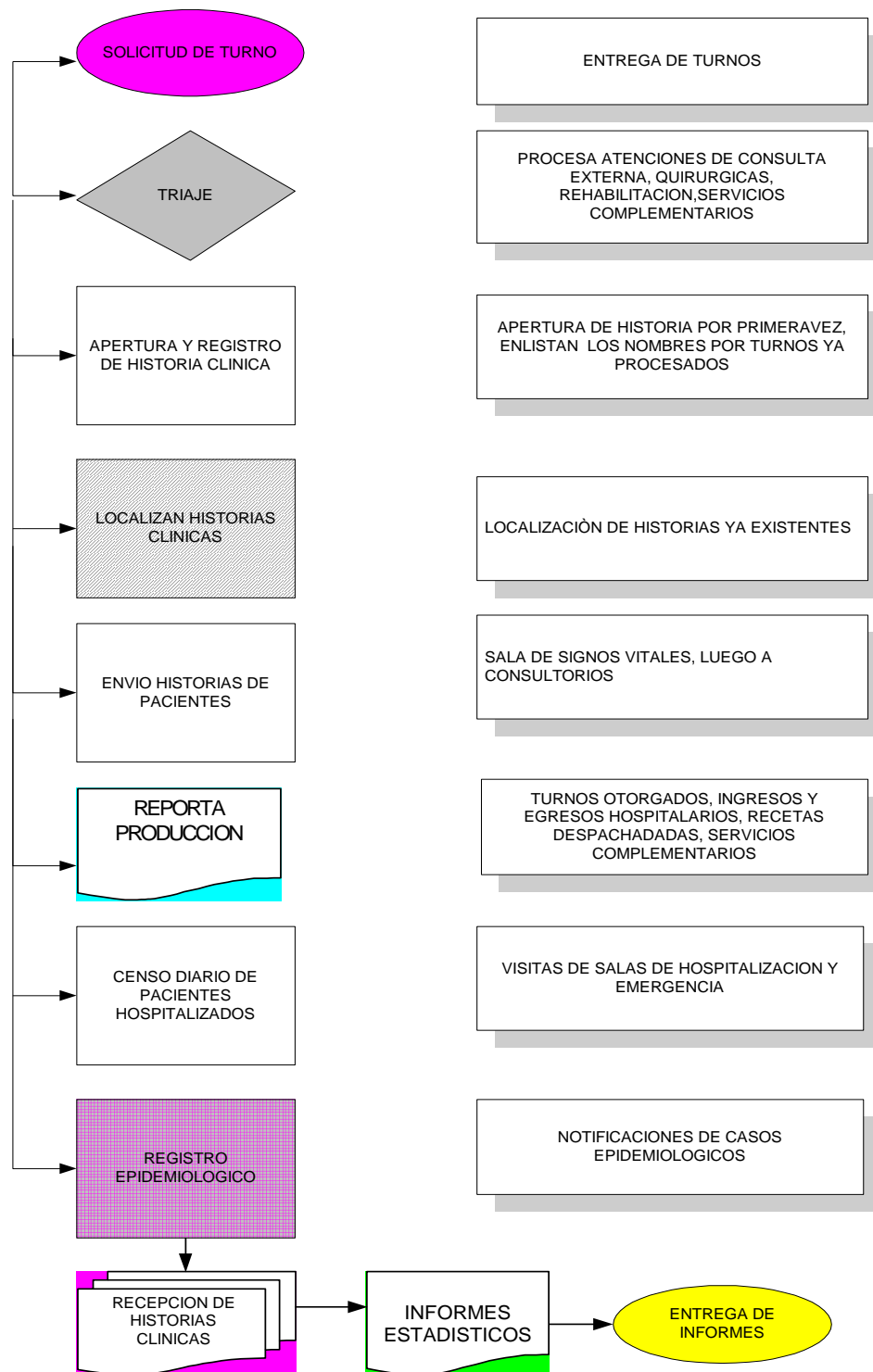


GRAFICO Nº 60

ELABORADO: M. Elena Arcos F.

## ***Limpieza***

Las condiciones de limpieza e higiene en un hospital deben ser inmejorables. La limpieza es la que hace que los enfermos se sientan “cómodamente” instalados; mantener limpio un hospital no es una tarea difícil.

Cada espacio presenta sus particulares peculiaridades que lo hacen más o menos sucio. El control sobre la limpieza y el aseo tienen que ser constante, las evaluaciones periódicas en el mantenimiento operativo son imprescindibles. De allí que las autoridades del hospital conscientes de esta prioridad deben delegar esta responsabilidad a la Gestión de Enfermería para que sea la directamente encargada de establecer las normas de limpieza que deben regir en el establecimiento, debiéndose diferenciar por consiguiente las distintas áreas: de hospitalización, quirófanos, zona de riesgo infeccioso, consultas, oficinas, corredores, capilla, vestíbulos, montacargas, espacios verdes zona de parqueo, morgue y canchas.

Las normas de limpieza y de mantenimiento preventivo deben ir forzosamente unidas a las exigencias tanto de los usuarios como las del personal, para mantener limpias y aseadas las áreas físicas de trabajo.

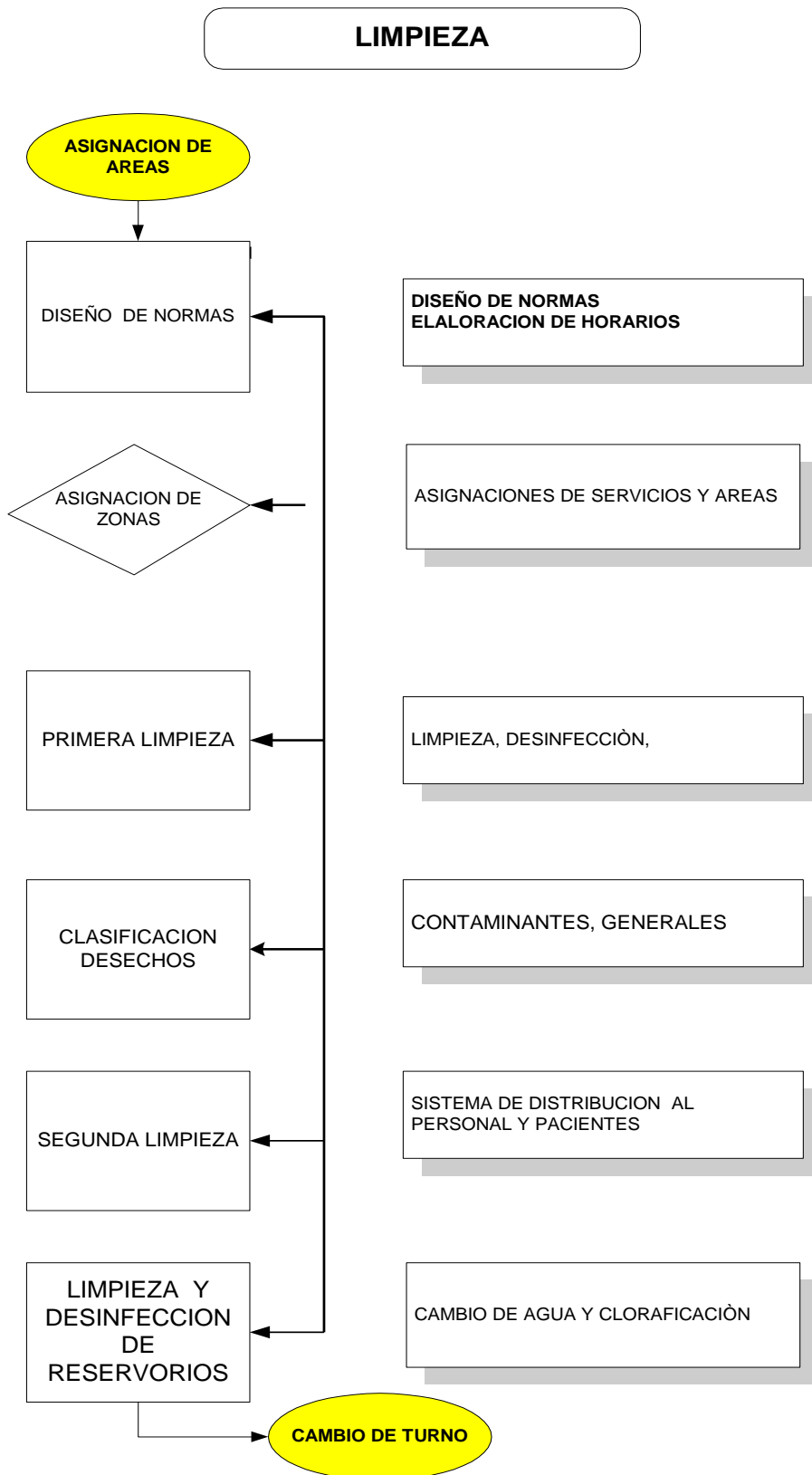


GRAFICO Nº 61

ELABORADO: M. Elena Arcos F.



### **6.7.2.1 Fases de la propuesta metodológica de reingeniería en los Servicios de Apoyo del Hospital Provincial**

Para llevar a cabo el proceso de reingeniería en los Servicios de Apoyo del Hospital Provincial General de Latacunga, se propone cuatro grandes etapas:

Primera Etapa: Posicionamiento de las autoridades y del equipo de cambio

Segunda Etapa: Diagnóstico

Tercera Etapa: Generación y selección de alternativas

Cuarta Etapa: Implementación

#### **Primera etapa: posicionamiento de las autoridades y del equipo de cambio**

En esta etapa los directivos y Coordinadores que desean implementar el proyecto de reingeniería deberán dejar en claro su postura frente al cambio, manifestar su ferviente deseo de llevar a cabo el proyecto. Designar un Líder del cambio y el equipo de apoyo que conducirán el proceso.

#### **Actividad 1: Definir la estrategia organizacional respecto al personal, tareas, actividades y productos de los Servicios de Apoyo**

Tareas:

- Relevar Plan de Gestión
- Relevar Visión, misión, valores del Hospital
- Analizar la posición de la máxima autoridad respecto a los Servicios de Apoyo, los usuarios a los que atienden y de la tecnología que utilizará para proveer y mejorar dichos servicios
- Realizar un análisis de FODA de los servicios de apoyo
- Definir el objetivo del cambio:

- a) Racionalización de las operaciones;
- b) Reducción de costos;
- c) Mejoras de la calidad
- d) Mejoras en la atención al usuario interno y externo
- e) Fusiones de los Servicios de Apoyo.
- f) Incrementar la productividad de los Servicios de apoyo

**Resultado esperado:** Informe conteniendo Plan de Gestión, visión, misión, valores de la organización y estrategia del Hospital en relación a los Servicios de Apoyo

Tiempo previsto: 10 días

## **Actividad 2: Preparar el ambiente para el cambio**

Tareas:

- Seleccionar el Líder de Cambio (LC). Que será elegido por la máxima autoridad entre sus funcionarios o mandos medios. El Líder será la persona que desde adentro del Hospital debe ser visto por sus compañeros y por el resto de los empleados y trabajadores como el líder del proyecto. Deberá tener todo el respaldo de la máxima autoridad.
- Formar y designar el equipo de apoyo (EA) con los mandos medios de la Unidad, preferentemente, un delegado de cada servicio.
- Definir la logística de archivo y traslado de información
- Definir el procedimiento de aprobación de los informes presentados por el Líder de Cambio

**Resultado esperado:** Informe de designación de Líder, Equipo de Apoyo, logística de archivo y traslado de la información, aprobación de informes.

**Tiempo Previsto:** 12 días.

## **Segunda etapa: Diagnóstico**

### **Actividad 3: Identificar los procesos posibles**

Tareas:

- Tipificar los procesos actuales
- Entrevistas con los responsables de los Servicios de Apoyo
- Analizar muestras de expedientes para identificar procesos, diseñar plantilla. (Ver anexo Plantilla de análisis de expedientes P1).
- Cuantificar el volumen de expedientes correspondientes a cada proceso
- Determinar los tiempos de duración de cada proceso
- Definir los usuarios de cada proceso
- Determinar la presencia de problemas como:
  - Pases inoficiosos, que no agregan valor, documentación incompleta, productos incompletos
  - Uso ineficiente de los espacios físicos tanto para atención a los usuarios como para el desarrollo de las actividades y tareas
  - Formularios con información insuficiente
  - Falta de formularios
  - Falta de informes
  - Insuficiente equipo y maquinarias
  - Insuficientes materiales e insumos
  - Insuficiente o inexistente equipo informático.
  - Insuficiente cantidad de recursos humanos, inadecuada capacitación.
- Seleccionar los procesos de los Servicios de Apoyo sobre los cuales se trabajará en la reingeniería. (Ver anexo: Criterios de Selección C1).

**Resultado esperado:** Listado de procesos con flujo gramas e informe de observaciones por procesos y listado de procesos seleccionados.

**Tiempo Previsto:** 18 días.

#### **Actividad 4: Analizar los procesos en detalle**

Tareas:

- Analizar la estructura, políticas y reglas dentro de cada Servicio de Apoyo. Analizar la incidencia de estos elementos sobre el proceso a analizar.
- Descripción de los recursos humanos de cada Servicio de Apoyo: apellidos, nombres, fecha de nacimiento, instrucción, remuneración unificada mensual, cargo, fecha de ingreso a la institución, función que desempeña. Analizar su incidencia sobre el proceso a analizar.
- Ejecución presupuestaria mensual y anual, por objeto del gasto: de personal, bienes y servicios de consumo, bienes y servicios de inversión, bienes de larga duración.
- Análisis sistémico: Matriz de problemas por servicio de apoyo y niveles de decisión.
- Entrevista a los Coordinadores y Líderes de los Servicios de Apoyo
- Entrevista sobre las tareas con los empleados y trabajadores de los Servicios de Apoyo.
- Describir procesos actuales con detalle a través de diagrama de flujo.
- Analizar los formularios de registro utilizados actualmente
- Analizar los mecanismos de archivo de la información actual
- Describir y analizar las actividades de los Servicios de Apoyo de apoyo, sus interfases. Medición de tiempos.
- Analizar los puntos de control
- Analizar el mecanismo de autorización
- Definir los puestos de trabajo
- Definir tareas

- Planos de ubicación

**Resultado esperado:** Manuales de procesos actuales, definición de puestos de trabajo, definición de tareas, Organigrama, políticas y normas por Servicio de Apoyo. Descripción de los recursos humanos por Servicio. Ejecución presupuestaria.

**Tiempo Previsto:** 22 días.

### **Tercera etapa: Generación y selección de alternativas**

#### **Actividad 5: Definir alternativas**

Tareas:

- Revisar el flujo de trabajo actual
- Modificar el flujo de trabajo entre Servicios de Apoyo y dentro de cada uno de ellos en atención a los objetivos del proyecto.
- Diseñar nuevamente el flujo de proceso
- Considerar los cambios sobre las aptitudes y actitudes que exige en nuevo flujo de trabajo. Incluir en las tareas el apoyo informático necesario, equipos y maquinarias, nuevas tecnologías, nuevos espacios físicos.
- Construir varias alternativas de flujos de trabajo. Considerar la participación de empleados y trabajadores involucrados en los cambios.
- Validar los resultados, haciendo las siguientes preguntas:
  - ¿Con estos cambios se cumplirán las metas del proyecto?
  - ¿Se eliminan actividades o tareas redundantes?
  - ¿Eliminamos cuellos de botella en la tarea o flujo de trabajo?
  - ¿Se eliminan actividades o tareas ineficientes?
  - ¿Se solucionan los problemas de los Servicios de Apoyo?
  - ¿Las salidas de una actividad están coordinadas con las entradas de la siguiente?
  - ¿Se utiliza totalmente la capacidad tecnológica?

- ¿Los formularios contienen solo la información necesaria?
  - ¿Los archivos permiten tener respaldo de lo estrictamente necesario?
  - ¿Los espacios físicos son funcionales?
- Producción del informe consensuado entre el Líder de Cambio y el Equipo de Apoyo.

**Resultado esperado:** Diagrama de flujos de las distintas alternativas, descripción de actividades y tareas. Diseño de modificaciones en apoyo informático y comunicaciones. Nuevas reglas y políticas

**Tiempo previsto:** 40 días

#### **Actividad 6: Evaluar costos y beneficios para cada alternativa**

Tareas:

- Determinar los costos del nuevo diseño para cada alternativa. Comparativo entre la inversión inicial y costos de funcionamiento.
- Determinar los beneficios: ahorro de tiempo, disminución de desperdicios, disminución de personal, **mejora de productividad**.
- Análisis del costo beneficio
- Acompañar cada alternativa de una exposición de factores críticos o supuestos claves de éxito.

**Resultado esperado:** Análisis del costo beneficio de cada alternativa. Recomendación de cual alternativa deberá implementarse a criterio del Líder y Equipo de Apoyo.

**Tiempo previsto:** 24 días

## **Actividad 7: Seleccionar la mejor alternativa**

Tareas:

- El Director del Hospital tomará la decisión sobre cual alternativa implementar, revirá las alternativas y aprobará sin modificaciones o aprobará con modificaciones o bien rechazará. Para seleccionar la alternativa se considerará los siguientes parámetros: participación del personal, costo beneficio, capacidad de diseño para hacer más fáciles las tareas.

**Resultado esperado:** Oficio comunicando la decisión. En caso de aprobación, el mismo de incluir la fecha de inicio de la implementación.

**Tiempo previsto:** 5 días

## **Cuarta etapa: Implementación**

### **Actividad 8: Elaborar el plan de implementación**

El plan debe integrar tres etapas:

- a. La construcción del nuevo entorno operacional
- b. Preparar el ambiente organizacional
- c. El cambio de la forma operativa vieja por la nueva

Cronológicamente corresponde ejecutar primero aquellas actividades que más demoran, generalmente, las compras de equipos, maquinarias, efectuar las tareas de compra o remodelación de edificio y el cambio de estructura organizacional. En segundo lugar, todas aquellas actividades que sirvan de apoyo a la realización de cada tarea como capacitación, ubicación de mobiliario. En tercer lugar, habrá que realizar pruebas de simulación con el propósito de identificar y resolver problemas.

Los componentes del plan de implementación son:

- I Parte:
  - Cambio en el equipamiento informático y de comunicación
  - Cambio de equipamiento de producción
  - Cambios en la planta física
  - Implementación de una nueva estructura organizacional
  
- II Parte:
  - El cambio de apoyo de computación
  - Movimiento dentro de nuevos espacios físicos
  - Cambio de políticas y normas
  - El cambio y creación de descripciones de los puestos de trabajo y tareas
    - Entrenamiento del personal
    - Establecimiento de planes contingentes de operación
    - La comprobación del nuevo proceso
  
- III Parte
  - Implementación del nuevo flujo de trabajo

**Resultado esperado:** Plan de implementación.

**Tiempo previsto:** 20 días

### **Actividad 9: Implementación y documentación**

Tareas:

- Ejecutar el plan de implementación. En caso de surgir problemas aplicar planes de contingencia.
- Documentar toda la información de detalle que se relevó en la actividad 4, en el nuevo proceso.



- Comparar, cada tres meses, los resultados con los del proceso anterior y con los estándares planificados

**Resultado esperado: Implementación en marcha**

**Tiempo previsto: 90 días**

## 6.8. ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO



GRAFICO N° 62  
Elaborado por: M. Elena Arcos F.

El Líder de cambio tendrá el respaldo de la máxima autoridad y es la persona que actuará como corresponsable con el equipo de apoyo y los Coordinadores de los Servicios de Apoyo durante todo el Proceso.

La Secretaria será asignada por el Director del Hospital y pertenece al nivel operativo de la Unidad de salud, será la responsable del manejo de la correspondencia, archivo y comunicación durante todo el proceso de reingeniería.

El Equipo de apoyo conformado por profesionales de los mandos medios o gestiones administrativas del Hospital. Serán designados por la máxima autoridad. Bajo la conducción del Líder serán los encargados de analizar, evaluar y realizar los cambios propuestos.

**Recursos:**

Técnicos:		\$	850,00
Reuniones, talleres			
Refrigerios	\$ 850,00		
Materiales:		\$	650,00
Suministros:	\$ 350,00		
Logística	<u>300,00</u>		
:			

**RESUMEN DE COSTOS DEL PROYECTO**

CUADRO N° 54

RECURSOS	COSTOS
Materiales	\$ 650,00
Técnicos	850,00
<b>COSTO TOTAL:</b>	<b>\$1.500,00</b>

Elaborado por: M. Elena Arcos F.

## 6.9. EVALUACIÓN Y MONITOREO

El proceso de seguimiento y evaluación será responsabilidad de quien dirige el proyecto; se preparará un plan de evaluación que permita tener un referente común de las actividades ejecutadas en los Servicios de Apoyo, en base a los indicadores. Las evaluaciones serán a priori, intermedias y final.

Los resultados de proyecto serán socializados a las autoridades, Coordinadores y Líderes de las Gestiones Hospitalarias, a los responsables de la conducción de los Servicios de Apoyo y a los miembros del Comité de Usuarios.

### ***Cobertura potencial:***

Los egresos 8.900 hospitalarios anuales, 41.438 consultas externas, 22.465 atenciones en emergencia, 44.432 días paciente y 415 empleados. Profesionales y trabajadores que laboran en el Hospital Provincial General de Latacunga.

### ***Cobertura eficiente:***

Incrementar en un 10% la cobertura de atención para el año 2010. Incrementar la productividad de los Servicios de Apoyo en un 20%.

### ***Pertinencia:***

El presente proyecto busca demostrar la incidencia de la reingeniería de procesos, en la productividad de los servicios de apoyo, a través de una alternativa cambio en los procesos

### ***Estrategias:***

- Diseño metodológico de reingeniería de procesos en los servicios de apoyo
- Análisis de los procesos actuales
- Análisis de alternativas de cambio
- Participación de los integrantes de los Servicios de Apoyo
- Racionalización de las operaciones;
- Reducción de costos;
- Mejoras de la calidad
- Mejoras en la atención al usuario interno y externo
- Fusiones de los Servicios de Apoyo.
- Incrementar la productividad de los Servicios de apoyo

### ***Evaluación de la efectividad:***

#### ***Monitoreo:***

- Análisis comparativo de los procesos actuales frente a los procesos propuestos
- Determinar los costos del nuevo diseño para cada alternativa. Comparativo entre la inversión inicial y costos de funcionamiento.
- Comparar, cada tres meses, los resultados con los del proceso anterior y con los estándares planificados
- Verificar mensualmente la producción de los Servicios de Apoyo
- Los beneficios esperados con la ejecución del proyecto los podemos definir:
  - El Empoderamiento de los Servicios de Apoyo por parte de los usuarios internos y externos.
  - El desarrollo de proyecto contribuirá al mejoramiento de la calidad e incremento de la productividad de los Servicios de Apoyo.

- El análisis de costo beneficio de los resultados de los procesos de los Servicios de Apoyo.
- Establecimiento de tiempos estándar en la ejecución de tareas y actividades de los Servicios de Apoyo.

## BIBLIOGRAFÍA

ALMA-ATA, (1978). OMS –UNICEF

ANDERSEN, Arthur.(2000). Diccionario Económico y Negocios. Espasa, Madrid.

BRIELH, Jaime, Edmundo Granda.(1985). Investigación de la Salud en la Sociedad, Ed. Fundación Salud y Sociedad- Min. Previsión Social y Salud Pública, La Paz, Bolivia.

CEPAR. (2000). El proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador. CEPAR, Ecuador.

CEPAR. (2000). Análisis y Promoción de las Políticas de Salud. CEPAR, Ecuador.

COLLINS, David, Joaquín Paguay y Mercy Balarezo. (1996). Acceso de los Pobres a la atención de Salud en el Ecuador: Experiencias con Planes de Tarifas al Usuario, MSH, Boston MA.

CURLEY JE, (1999). Justicia Distributiva, Labor Hospitalaria OPS.

CHIAVIANETO, Adalberto, (2004). Introducción a la Teoría General de la Administración, Séptima Edición. McGraw-Hill Interamericana,

ENDEMIAN. (2005). Encuesta Demográfica y de la Salud Materno e Infantil, Informe de la Provincia de Cotopaxi. CEPAR/USAID, Quito.

ESTADISTICAS HOSPITALARIAS. (2007). Hospital Provincial General de Latacunga.

DIEZ DE CASTRO Emilio Pablo, Garcia Del Junco Julio, Martín Jimènez Francisca y Periañez Cristóbal Rafael, 2001. Administración y Dirección, McGraw-Hill Interamericana,

ECHEVERRIA Ramiro, (2000). Reforma del Sector Salud y la Salud Pública MSP/OPS.

FRENK J. (1992). La Nueva Salud Pública. Teoría y práctica de la salud pública. Resumen en Escuela de Salud Pública, La Habana.

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA. Archivo Histórico. Latacunga.

IESS. Los Problemas de Salud en el Ecuador. (1987). S.S.C., Quito.

KOONTZ, Harold y Wehrich Heinz, (2004) McGraw-Hill Interamericana.  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (1996). Modelo de Desarrollo de Salud en el Ecuador, MSP, Quito.

NORMAN Bowem, (1972). Justicia Distributiva. Prolam S.R.I. Buenos Aires, Argentina.

OLIVEIRA, Da silva, (2002). Teorías de la Administración. Internacional Thomson Editores, S.A. de C.V.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2001). Logística y Gestión de Suministros humanitarios en el Sector Salud. OPS. Publicaciones PAHO.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1999). Estadísticas de Salud de las Américas. OPS. Publicaciones PAHO.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2000). Desafíos para la Educación en Salud Pública OPS. Publicaciones PAHO.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2001). Invertir en Salud Beneficios Sociales y Económicos. OPS. Publicaciones PAHO.

ROBBINS Stephen, (1992). Comportamiento Organizacional. Méjico, Editorial Prentice Hall.

ROBBINS Stephen y Coulter Mary, (2005). Administración, Octava Edición. Peason Educación.

REVISTA DE LA FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN. (2001). Monterrey, México.

TERRY M. (1988). Diferenciación entre Salud Pública y la Medicina Comunitaria-Social- Preventiva Temas de Epidemiología y Salud Pública. La Habana. Edit. Ciencias Médicas.

CONFERENCIA DE ALTA GERENCIA EN SALUD. (1997). Calidad de los Servicios y Reforma de la Atención de Salud en el Ecuador. Quito.  
[www.calidadensalud.org.ar/ Biblioteca/BibliotecaAutorMarracino](http://www.calidadensalud.org.ar/Biblioteca/BibliotecaAutorMarracino)

<mailto:investig@lamolina.ed.pe>

[www.felacecs.org/libros-revistas.com](http://www.felacecs.org/libros-revistas.com).

[www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-4662000000200001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-4662000000200001&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-3466.

[www.sns.gov.bo/crisis](http://www.sns.gov.bo/crisis)

[www.el-hispano.com](http://www.el-hispano.com)

[www.organizaciónpoleas.net](http://www.organizaciónpoleas.net)

[www.ecos.net](http://www.ecos.net)  
[www.id.debler.tripod.com](http://www.id.debler.tripod.com)  
[www.bus.sld.cu](http://www.bus.sld.cu)  
[www.paho.org/spnish](http://www.paho.org/spnish)  
[www.dlh.lahora.com.ec/paginas/judicial/PAGINAS/D.Social.61.htm](http://www.dlh.lahora.com.ec/paginas/judicial/PAGINAS/D.Social.61.htm)



# Anexos

- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
  - ENCUESTAS
  - FICHAS DE CAMPO
  
- FORMULARIOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DURANTE EL DESARROLLO METODOLÓGICO DE LA PROPUESTA DE REINGENIERÍA EN LOS SERVICIOS DE APOYO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA.

## ANEXO A1

<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO</b> <b>MAESTRÍA EN GESTIÓN ESTRATÉGICA EMPRESARIAL</b>		
<b>ENCUESTA PARA USUARIOS INTERNOS</b> <b>HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA</b>		
<b>OBJETIVO:</b> Establecer las fortalezas y debilidades de los procesos de los servicios de apoyo.		
Agradeceré se digne contestar el siguiente cuestionario, siendo lo más objetivo y veraz.		
<b>DATOS GENERALES</b>		
<i>Edad</i> ..... <i>Sexo</i> .....		
<i>Unidad administrativa:</i> .....		
<i>Fecha:</i> .....		
<b>1. Cuál es el cargo que actualmente ocupa.</b>		
.....		
<b>2. Anote los años de servicio en la Institución.</b>		
Cargo actual	.....	años cumplidos
Otros cargos	.....	años cumplidos
<b>3. Cuál es su nivel de instrucción:</b>		

<b>Primaria</b>	( )	<b>Secundaria</b>	( )
<b>Superior</b>	( )	<b>Otros</b>	( )

**DATOS ESPECÍFICOS:**

4. **El Hospital Provincial dispone de un Manual de Orgánico Funcional**  

SI	( )	NO	( )
----	-----	----	-----
  
5. **El Hospital Provincial cuenta con un Manual de procedimientos para los diferentes servicios**  

SI	( )	NO	( )
----	-----	----	-----
  
6. **Indique si las actividades y tareas que realiza son propias del cargo o puesto que ocupa.**  

SI	( )	NO	( )
----	-----	----	-----
  
7. **Las actividades y tareas que usted realiza están definidas en un proceso**  

Totalmente	( )	parcialmente	( )	NO	( )
------------	-----	--------------	-----	----	-----
  
8. **Se coordinan las actividades y tareas con los diferentes servicios**  

SI	( )	NO	( )
----	-----	----	-----
  
9. **Existe en su servicios duplicidad de actividades y tareas**  

SI	( )	NO	( )
----	-----	----	-----
  
10. **Los horarios con los que cumple sus actividades son**  

Adecuados	( )	medianamente adecuados	( )
Inadecuados	( )	limitados	( )
  
11. **Para el desempeño de su actividad recibió capacitación**  

Previa	( )	permanente	( )
Limitada	( )	Ninguna	( )
  
12. **Considera usted en el servicio de atención al paciente la función que usted desempeña es:**  

Importante	( )	Medianamente importante	( )	no importante	( )
------------	-----	-------------------------	-----	---------------	-----
  
13. **El desempeño en su labor diaria es**  

Productivo	( )	Medianamente productivo	( )
Rutinario	( )	No complicado	( )
Cambiante	( )	Agotador	( )
  
14. **Un cambio en la ejecución de las actividades y tareas que realiza para mejorar el servicio sería**  

Aceptable	( )	necesario	( )	urgente	( )
Recomendable	( )	inoportuno	( )	generaría rechazo	( )
  
15. **Cómo se efectúa la dotación de bienes, materiales e insumos**  

Oportuna	( )	a destiempo	( )	completa	( )
Incompleta	( )	buena calidad	( )	mala calidad	( )
  
16. **Dispone de todos los equipos, accesorios, instrumentos y herramientas requeridas para la ejecución normal de sus actividades**

SI ( )

NO ( )

**17. Cómo se mejoraría la productividad de los servicios**

Utilizando el 100% del tiempo contratado ( )

Sistematizando los servicios ( )

Tecnificando los servicios ( )

**18. La productividad de su servicio es**

Alta ( )

media ( )

baja ( )

**19. Se han establecido medidas de tiempo para la ejecución de sus actividades**

SI ( )

NO ( )

**20. Cómo calificaría la atención interna de los servicios de apoyo**

Estadística Muy buena ( ) Buena ( ) Mala ( ) Deficiente ( )

Mantenimiento Muy buena ( ) Buena ( ) Mala ( ) Deficiente ( )

Guardianía Muy buena ( ) Buena ( ) Mala ( ) Deficiente ( )

Lavandería Muy buena ( ) Buena ( ) Mala ( ) Deficiente ( )

Ropería Muy buena ( ) Buena ( ) Mala ( ) Deficiente ( )

Hotelería (dietética) Muy buena ( ) Buena ( ) Mala ( ) Deficiente ( )

Transp. y ambulancia Muy buena ( ) Buena ( ) Mala ( ) Deficiente ( )

Limpieza Muy buena ( ) Buena ( ) Mala ( ) Deficiente ( )

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**ANEXO A 2**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
MAESTRÍA EN GESTIÓN ESTRATÉGICA EMPRESARIAL**

**ENCUESTA PARA USUARIOS EXTERNOS  
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA**

**OBJETIVO:** Conocer la calidad de los servicios de apoyo en el Hospital Provincial General de Latacunga

**CUESTIONARIO PARA USUARIOS EXTERNOS**

Agradeceré se digne contestar el siguiente cuestionario, siendo lo más objetivo y veraz.

**DATOS GENERALES**

Edad: .....Sexo: F).....M).....Residencia:.....

Historia Clínica N°: .....

**DATOS ESPECIFICOS:**

1. Sus visitas al Hospital son:  
Frecuentes ( )      Eventuales ( )
  
2. El tiempo de demora en obtención de turnos es de:  
Hasta 30 minutos ( )      De 30' hasta 1 hora ( )  
De 1:00 hasta 2 horas ( )      más de 2 horas ( )
  
3. La atención en emergencia es inmediata  
SI ( )      NO ( )  
  
Si la respuesta es negativa explique porque  
.....  
.....
  
4. Cómo evalúa el proceso de atención y servicios del Hospital Provincial  
Tardío y Burocrático ( )      Rápido y eficiente ( )  
Medianamente rápido y eficiente ( )      Deficiente ( )
  
5. Existe señalización de los diferentes servicios para facilitar el acceso y tránsito de los usuarios.  
SI ( )      NO ( )
  
6. Las dietas que se sirven en hospitalización son:  
Satisfactorias ( )      Regulares ( )      Malas ( )
  
7. Qué tipo de atención reciben los usuarios de los servicios  
Excelente ( )

**Muy buena** ( )  
**Buena** ( )  
**Regular** ( )  
**Deficiente** ( )

**8.- Su estadía en el hospital fue**  
**Satisfactoria** ( )  
**Medianamente satisfactoria** ( )  
**No satisfactoria** ( )

**9. Los espacios donde fue atendido son:**  
**Adecuados** ( ) **No adecuados** ( )

**10. La atención en Estadística fue:**  
**Excelente** ( ) **Buena** ( ) **regular** ( ) **deficiente** ( )

**11. El Hospital en sus instalaciones le ofrece seguridad**  
**SI** ( ) **NO** ( )

**12. El servicio de ambulancia es eficiente**  
**SI** ( ) **NO** ( )

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**ANEXO A 3**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
MAESTRÍA EN GESTIÓN ESTRATÉGICA EMPRESARIAL**

**FICHAS DE CAMPO**

Lugar: Hospital Provincial General de Latacunga Fecha: Investigador – Evaluador
OBJETO DE LA EVALUACIÓN: Formas de trato y relacionamiento social entre usuarios y prestadores de los Servicios de apoyo
INTERPRETACIÓN/ VALORACIÓN: Excelente ..... Buena ..... Mala.....

Lugar: Hospital Provincial General de Latacunga Fecha: Investigador – Evaluador
OBJETO DE LA EVALUACIÓN: Demora en procesos de atención
INTERPRETACIÓN/VALORACIÓN: Rápida.....lenta.....burocrática.....

Lugar: Hospital Provincial General de Latacunga Fecha: Investigador – Evaluador
OBJETO DE LA EVALUACIÓN: Verificar jornadas de trabajo de los servidores de los servicios de apoyo
INTERPRETACIÓN/ VALORACIÓN: Completa ..... Regular .....

Irregular.....
Lugar: Hospital Provincial General de Latacunga Fecha: Investigador – Evaluador
OBJETO DE LA EVALUACIÓN: Verificar los procesos que se ejecutan en los servicios de apoyo
INTERPRETACIÓN/ VALORACIÓN: Eficientes..... descoordinados ..... ...repetitivos.....insuficientes..... deficientes..... Sin control.....

Lugar: Hospital Provincial General de Latacunga Fecha: Investigador – Evaluador
OBJETO DE LA EVALUACIÓN: Verificar la productividad de los servicios de apoyo
INTERPRETACIÓN/ VALORACIÓN: excelente..... aceptable.....medianamente aceptable.....regular.....deficiente

Lugar: Hospital Provincial General de Latacunga Fecha: Investigador – Evaluador
OBJETO DE LA EVALUACIÓN: Verificar la calidad de los servicios de apoyo
INTERPRETACIÓN/ VALORACIÓN: Excelente..... aceptable.....medianamente aceptable.....regular.....deficiente

Lugar: Hospital Provincial General de Latacunga
Fecha:
Investigador – Evaluador
OBJETO DE LA EVALUACIÓN: Verificar el espacio físico donde se ejecutan los procesos de los servicios de apoyo
INTERPRETACIÓN/ VALORACIÓN: Confortables.....medianamente confortables.....oscuros y sin ventilación.....inseguros.....

Lugar: Hospital Provincial General de Latacunga
Fecha:
Investigador – Evaluador
OBJETO DE LA EVALUACIÓN: Verificar la dotación de bienes, equipos y materiales a los servicios de apoyo
INTERPRETACIÓN/ VALORACIÓN: Eficiente..... limitada .....insuficiente.... Tardía:.....





