

MILTON ANDRES SEMANATE HERRERA

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS EN EL
ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO
BACA ORTIZ.**

Plan del Trabajo de Conclusión de Curso (TCC) presentado como requisito parcial para la obtención del grado en Ingeniería Comercial de la Facultad de Negocios especialización mayor Finanzas y especialización menor Negocios Internacionales.

UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO

Quito, 2016

SEMANATE, Milton Andrés, Implementación De Mejores Prácticas En El Área De Emergencia Del Hospital Pediátrico Baca Ortiz Quito: UPACIFICO, 2016, 89p. Pablo Villamar Director (Trabajo de Conclusión de Curso-TCC presentado a La Facultad de Negocios de La Universidad Del Pacífico).

Resumen: El presente trabajo busca el adecuado uso de procesos de calidad en base a un mejoramiento continuo en el área de Emergencia, ofrece a los pacientes, padres, personal médico y administrativo mayor confianza en cada una de sus actividades al nivel profesional, basada en una esquematización de cada uno de los procesos . El modelo a seguir en base a una mejora continua y justo a tiempo explica la relación entre eficacia de tiempos, eficiencia de servicio y el bienestar del bien común, el objetivo es asegurar la vida del paciente con la mejor atención posible. La gestión de un buen servicio se basa en la colaboración de todos los actores es indispensable, así mismo, el factor tecnológico, y una correcta infraestructura con miras a un objetivo que es la calidad en la salud de los niños y niñas. Herramientas como las normas de calidad ISO, OSHAS y el respeto a las leyes nacionales e internacionales de salud, pueden transformar significativamente la calidad e imagen de un casa de salud como en el caso del presente estudio.

Palabras claves: Hospital, Gestión, Benchmarking, Prácticas de Salud.

	ENTREGA DE TRABAJO	Fecha: 09/07/2015
	(CONCLUSIÓN DE CARRERA DE GRADO)	Versión: 001
	PA-FR-67	Página: VIII de 1

DECLARACIÓN

Al presentar este Trabajo de Conclusión de Carrera como uno de los requisitos previos para la obtención del grado de Ingeniería Comercial de la Universidad Del Pacífico, hago entrega del documento digital, a la Biblioteca de la Universidad.

El estudiante certifica estar de acuerdo en que se realice cualquier consulta de este Trabajo de Conclusión de Carrera dentro de las Regulaciones de la Universidad, acorde con lo que dictamina la L.O.E.S. 2010 en su Art. 144.

Conforme a lo expresado, adjunto a la presente, se servirá encontrar cuatro copias digitales de este Trabajo de Conclusión de Carrera para que sean reportados en el Repositorio Nacional conforme lo dispuesto por el SENESCYT.

Para constancia de esta declaración, suscribe



Milton Andrés Semanate Herrera
Estudiante de la Facultad de Negocios
Universidad Del Pacífico

Fecha:	Quito, mayo del 2016
Título de T.C.C.:	Implementación de mejores prácticas en el área de emergencia del Hospital Pediátrico Baca Ortiz
Autor:	Milton Andrés Semanate Herrera
Tutor:	Máster Pablo Villamar
Miembros del Tribunal:	Máster Néicar Camacho Máster Teresa Erice
Fecha de calificación:	Mayo del 2016

AGRADECIMIENTO

El presente estudio es símbolo de esfuerzo conjunto de mi familia, profesores, compañeros, y personal que forma la Universidad del Pacífico, a quienes se les agradece por cada una de las enseñanzas y alegrías recibidas durante este periodo universitario.

DEDICATORIA

Siendo la educación el regalo máspreciado y valorado, sin duda alguna este proyecto que sintetiza años de estudio y de conocimiento se lo dedico a mi familia, sin dejar de lado mi motor diario para seguir avanzando que son mis niñas de cuatro patitas.

INDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA	3
1.1 ANTECEDENTES.....	3
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.3 OBJETIVOS	5
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	5
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	5
1.5 ALCANCE Y LIMITACIONES.....	6
1.6 OPORTUNIDAD	7
1.7 VIABILIDAD	8
1.8 HIPÓTESIS.....	9
1.9 METODOLOGÍA	9
CAPÍTULO II	11
MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	11
2.2 EL MEJORAMIENTO CONTINUO O KAIZEN	13
2.2.1 CICLO PHRA	13
2.2.2 CALIDAD.....	14
2.3 BENCHMARKING	15
2.4 NORMAS ISO 9000	16
2.4.1 ESTRUCTURA DE LA NORMA ISO 9001:20008.....	19
2.4.2 BENEFICIOS DE LA NORMA ISO	21
2.5 MARCO LEGAL	22
2.6 ADMINISTRACIÓN POR PROCESOS	24
2.6.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS.....	25
2.6.2 PRIORIZACIÓN DE LOS PROCESOS.....	26
2.6.3 OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO	27

2.7	NORMAS OHSAS 18001:2007 SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL.....	28
2.7.1	ELEMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL	29
2.8	MANCHESTER PROTOCOLO TRIAGE	31
2.9	FUNDACIÓN HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES	34
2.9.1	INFORMACIÓN GENERAL	34
2.9.2	POLÍTICAS DE CALIDAD	35
2.9.3	MODELO DE ATENCIÓN	36
	CAPÍTULO III.....	39
	MARCO METODOLOGICO	39
3.1	NATURALEZA DE LA INVESTIGACION	39
3.2	TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	39
3.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	41
3.4	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA ENCUESTA Y ENTREVISTA	42
3.5	INFORMACIÓN ESTADÍSTICA	43
	CAPITULO IV.....	46
	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	46
4.1	ANTECEDENTES.....	46
4.1.1	MISIÓN.....	47
4.1.2	VISIÓN	47
4.1.3	VALORES INSTITUCIONALES	48
4.2	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL ACTUAL.....	48
4.3	CLIENTES (PACIENTES).....	49
4.4	SERVICIO DE EMERGENCIA	49
4.5	ANÁLISIS FODA.....	50
4.6	ESTRATEGIAS	51
4.7	PROCESOS GENERALES	52
4.7.1	PROCESO DE INGRESO PACIENTE	52
4.7.2	TRIAGE	52
4.7.3	CONSULTORIO DE EMERGENCIA	52
4.7.4	UCI-EMERGENCIA	53
4.7.5	SISTEMA HOSVITAL Y SEGUROS.....	53
	CAPÍTULO V	54

DESARROLLO DE MEJORES PRÁCTICAS	54
5.1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA, FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES	54
5.1.1 GESTIÓN DE RECURSOS	55
5.1.2 PROVISIÓN DE RECURSOS	55
5.1.3 PROVISIÓN DE RECURSOS	55
5.1.4 COMUNICACIÓN	56
5.1.5 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	56
5.1.6 AUDITORÍA INTERNA	57
5.1.7 MEJORA	57
5.2 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS	58
5.2.1 DEFINICIÓN DEL RESPONSABLE	58
5.3 PRIORIZACIÓN DE LOS PROCESOS	59
5.3.1 ATENCIÓN AL PACIENTE	59
5.3.2 DIAGNÓSTICO INICIAL TRIAGE	60
5.3.3 DIAGNÓSTICO INICIAL CONSULTORIO DE EMERGENCIA	61
5.4 IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS	62
5.5 RACIONALIZACIÓN DEL PROCESO	66
5.5.1 ELABORACIÓN DEL NUEVO PROCEDIMIENTO	66
5.6 DIAGRAMA DEL FLUJO DE PROCESO MEJORADO	69
5.6.1 ATENCIÓN AL PACIENTE TRIAGE	69
5.6.2 CONTROL INTERNO	70
5.7 MEJORA DE INFRAESTRUCTURA	71
5.8 ANÁLISIS DE RESULTADOS	72
CAPÍTULO VI	73
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
CONCLUSIONES:	73
RECOMENDACIONES:	74
BIBLIOGRAFÍA	77

INDICE DE TABLAS

TABLA 1.MATRIZ INVENTARIOS PROCESOS	27
TABLA 2.MATRIZ DE INVENTARIO DE PROCESOS	58
TABLA 3.RESPONSABLES DE LOS PROCESOS	59

INDICE DE GRÁFICO

GRÁFICO 1.NÚMERO DE ATENCIONES EN EL ÁREA DE EMERGENCIA.	43
GRÁFICO 2.INGRESOS DIARIOS	43
GRÁFICO 3.CAUSAS PARA INGRESO POR EMERGENCIA	45

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN PROCESOS	18
FIGURA 2. ESQUEMATIZACIÓN DE LOS PROCESOS	25
FIGURA 3.CLASIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PACIENTES	33
FIGURA 4.MODELO DE ATENCIÓN HOSPITAL LOS ÁNGELES	38
FIGURA 5.ESQUEMA PESCADO ATENCIÓN AL USUARIO	62
FIGURA 6. PESCADO EMERGENCIA	64
FIGURA 7.PESCADO PROCESO INTERNO	65
FIGURA 8. ATENCIÓN AL USUARIO	66
FIGURA 9.CONTROL INTERNO	68

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1	75
ANEXO 2	76

INTRODUCCIÓN

El hospital pediátrico Baca Ortiz es una Institución gubernamental, que pertenece a la red de hospitales del Ministerio de Salud (MSP), especializada en la atención de niños y niñas hasta los 14 años de edad. Dado que este Hospital es el único categorizado como tercer nivel de atención requiere mejorar notablemente sus procesos en el servicio de Emergencia.

Este estudio comprende el análisis de los procesos administrativos, médicos y sanitarios que el área de emergencia realiza los 365 días y las 24 horas al día. El propósito de realizar una implementación de mejores prácticas en una área de atención primaria, de cuyo tratamiento inicial depende la vida del paciente, es garantizar un servicio con parámetros internacionales. Es así, que se exponen algunos criterios y metodologías basadas en la escuela filosófica del positivismo acoplada a un Benchmarking, basado en hospitales experimentados extranjeros.

En la investigación se revisará información del hospital, como fuente para el enfoque cuantitativo, y adicionalmente, se ponen de manifiesto diferentes criterios cualitativos en el manejo de los procesos y se analizará de manera objetiva el servicio prestado en esta casa de salud pública.

El estudio comprende un diagnóstico inicial de la entidad que permitió determinar los problemas operativos que ocasionan la falta de cobertura y de un adecuado servicio a sus clientes, motivo principal para que su eficiencia y eficacia institucional se encuentre afectada; situación que originó el presente tema de estudio. Con la debida autorización de las autoridades correspondientes, se puede obtener una

visión objetiva desde otro punto de vista, para la satisfacción de los clientes internos y externos.

Para el desarrollo de este trabajo se aplicaron las metodologías filosóficas, técnicas y pragmáticas con la finalidad de comprobar los objetivos e hipótesis planteadas. En el trabajo de investigación, se desarrolló los siguientes capítulos:

En el Capítulo I, se establecen los antecedentes, el problema y su planteamiento, la justificación del estudio y el alcance de la investigación y se determinan los objetivos de la investigación. Además, se presenta la metodología que se va a utilizar.

El Capítulo II, presenta los fundamentos teóricos de la investigación de los sistemas de gestión bajo las normas ISO 9001:2008, Kaizen, y parámetros de Canadá Acreditación, que permiten presentar la propuesta de mejoramiento de los procesos; además, se identifica la interrelación de variables y planteamiento de hipótesis del problema identificado

El Capítulo III, comenta del marco metodológico el tipo de investigación, las técnicas e instrumentos para la recolección de datos; así mismo, la evaluación de resultados de la información captada.

El Capítulo IV presenta el estudio realizado en cada uno de los procesos del servicio; se mencionan los errores más comunes y afecciones, las posibles soluciones en base al ejemplo de dos hospitales pediátricos ubicados en el exterior. Además, se muestra el análisis de resultados que se llevó a cabo con el apoyo de encuestas aplicadas al personal y clientes; así mismo, se realizó un análisis FODA, para identificar la situación actual de la institución.

En el Capítulo V, se presenta una propuesta documental de los procedimientos que la organización debe implementar para garantizar la mejora continua de procesos y subprocesos, que permitirán optimizar la gestión en el servicio ya mencionado.

En el Capítulo VI, se presenta las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación realizado.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES

El Hospital Pediátrico Baca Ortiz, dentro de su estructura organizacional, tiene el departamento de Emergencias, cuyas actividades, procedimientos y procesos administrativos relacionados con el servicio de salud serán objeto de la presente investigación, comparado con Hospitales de niños a nivel internacional, los cuales tienen una gestión de salud de primer nivel.

Parte de la evaluación del área, corresponde a revisar lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, International Accreditación Canadá. Es una acreditación a nivel internacional que básicamente sirve para asegurar la calidad y seguridad en los procesos de atención a los pacientes, los cuales conjuntamente con las mejores prácticas a nivel pediátrico podrán ayudar llegar al propósito de una mejora continua en el área más crítica de uno de los mejores hospitales del país.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las actividades y procesos relacionados con el departamento de emergencia presenta debilidades e inconsistencias que fueron detectadas en la evaluación de la situación actual por la Acreditación Canadá, ante lo cual existe la necesidad realizar procesos de revisión y actualización, con la finalidad de adaptarlos a las estrategias y políticas del MSP, OMS & IAC.

De los resultados preliminares obtenidos como parte de la evaluación interna, han sido identificadas algunas deficiencias, que se deben a causas administrativas, infraestructura, clima laboral y de una incorrecta gestión de procesos de atención al cliente interno y externo, lo que podría afectar a la eficiencia y eficacia de la gestión hospitalaria necesaria para los pacientes. Los principales problemas identificados originalmente se revelan a continuación:

- Falta de una infraestructura capaz de cubrir las necesidades del mercado.
- Estándares confusos, no están bien definidos
- Incumplimiento de formalidades y requisitos que se requieren como parte del proceso de atención prioritaria.
- El trabajo con el ECU no es sincronizado.
- El 60% de los pacientes no requieren atención de emergencia.
- Desperdicio de tiempo y de recursos materiales y financieros, en la ejecución de los registros de datos personales.
- Falta innovación de herramientas administrativas informáticas para un trabajo de Justo a tiempo. .
- Falta conocimiento objetivo de la misión y visión institucional, por parte del personal relacionado con el proceso.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Es posible la Implementación de mejores prácticas en el área de emergencia del Hospital Pediátrico Baca Ortiz, de acuerdo a un benchmarking realizado con Hospitales de niños a nivel de otros países?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar y proponer correcciones y mejoras de los procesos administrativos de hospitalización en el área de emergencia sobre la base de unidades de salud internacionales.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Diagnosticar la situación actual del departamento de Emergencia con la finalidad de identificar las causas reales que afecten, de forma directa e indirecta, a la gestión de calidad del servicio proporcionado.

Analizar los tiempos de espera, desperdicios de insumos, reducir conflictos de seguridad ocupacional y ambiente laboral, optimizar la atención oportuna de la necesidad.

Diseñar la propuesta de las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento de los procesos, a fin de conseguir la satisfacción de sus clientes internos y externos.

1.4 JUSTIFICACIÓN

H.P.B.O es un hospital de la red del ministerio de Salud, especializado en la atención médica de niños. El cliente “niño o niña”, proviene de diversos lugares de la Serranía y del Oriente; de aquí parte la necesidad de tener una infraestructura y personal

que pueda cubrir toda la demanda de esta unidad. Teniendo en cuenta la complejidad del área de Emergencia, de sus procesos, de las limitaciones de tiempo de reacción, de infraestructura, de la capacidad del personal profesional para brindar una asistencia oportuna de calidad, se crea la necesidad de plantear unas prácticas las cuales mejoren el funcionamiento del servicio basado en ejemplos internacionales que al día de hoy son los mejores en el sector.

En consecuencia, se justifica el desarrollo del presente tema de investigación, en razón de que, los procesos presentan debilidades e inconsistencias; por lo tanto, requieren ser evaluados y mejorados. Sobre la base de los resultados objetivos que se obtengan en la investigación, se propondrán las medidas pertinentes para optimizar el uso de sus recursos humanos, materiales y tecnológicos, a fin de que permita a la institución brindar una mayor satisfacción a sus clientes internos y externos.

1.5 ALCANCE Y LIMITACIONES

El presente tema de investigación ofrece un alternativa fresca y de mucha importancia para que sirva de guía para toda la organización y fomentar en su visión un mejoramiento continuo de sus actividades, procedimientos y procesos que se administran; puesto que, con el transcurso del tiempo y de factores endógenos y exógenos como son: la falta de innovación y de presupuesto el servicio llega a una decadencia y a la carencia de calidad; lo cual con el presente estudio se trata de evitar.

El éxito del proceso de mejoramiento es el establecimiento de una buena política de calidad, que defina con precisión lo esperado por los clientes internos, así como también de los servicios brindados a los clientes externos. La política depende del compromiso de todos los componentes de la organización, por tal motivo es sumamente importante que la misma sea redactada con la finalidad de ser aplicada. Es menester

mencionar e insistir que todos los involucrados en el departamento deben tener los conocimientos requeridos para determinar y conocer las exigencias de un servicio tan delicado e importante.

Por otro lado, la información de los empleados médicos y administrativos es limitada a lo que la Gerencia y el departamento de Emergencia lo permitan. Los datos de procesos y valoraciones médicas se consideran una limitación al momento de valorar las verdades necesidades y cambios en los procedimientos ya que debido a que la Administración Pública en la entidad antes mencionada no tiene un historial de procesos administrativos.

El ámbito económico es una limitante debido a que el Hospital Baca Ortiz es parte de la red del Ministerio de Salud, sus ingresos se ven confinados a lo que la salud pública lo admite. Al momento de una comparación con hospitales de la región en el ámbito económico se abre una brecha la cual es incomparable para nuestro estudio debido a la diferencia de Gerencia Pública y Privada; por lo que este aspecto no será profundizado.

1.6 OPORTUNIDAD

De acuerdo con el problema identificado en el área de emergencia, se requiere de un acoplamiento a los objetivos, estrategias, lo cual significa la identificación de una oportunidad de crecimiento organizacional y operacional en la prestación del servicio de salud garantizando calidad, tiempos de ejecución y sobre todo el cuidado integral del paciente durante toda la permanencia en el Hospital. La asistencia al cliente deberá ser comparada a nivel internacional, cumpliendo estándares y objetivos claros.

Por lo tanto, con la implementación y mejoramiento de los procesos en el departamento, que será motivo de estudio, se conseguirá una mejor atención a sus clientes internos y externos, lo cual logrará la obtención de mejores resultados en beneficio de la colectividad.

De este modo, en base de los resultados obtenidos en el estudio, se proveerá al hospital la oportunidad de mejorar su sistema de calidad.

1.7 VIABILIDAD

Para llevar a cabo el proceso de Mejoramiento Continuo, se debe tomar en consideración que dicho proceso debe ser: económico, es decir, que el implemento de las nuevas prácticas no deben influir en el presupuesto del área. Sirviendo de ejemplo para otros servicios de mejora, podría ocasionar una implementación en cadena de mejores prácticas logrando un nuevo nivel de desempeño a nivel global.

Para el efecto, es menester señalar algunas teorías de administración de procesos y de la calidad total; así: Masaaki Imai define a Kaizen, palabra japonesa como: "Mejoramiento y aún más significa mejoramiento continuo que involucra a todos, gerente y trabajadores por igual".¹

Fadi Kabboul por su parte conceptualiza al Mejoramiento Continuo como una conversión en el mecanismo viable y accesible al que las instituciones de los países en vías de desarrollo cierran la brecha tecnológica que mantienen con respecto al mundo desarrollado.²

¹ (Suarez, Manuel F., 2009, pág. 90)

² (Ferreira, Diolinda, 2008)

Con lo expresado en los párrafos que anteceden, se deduce que un mejoramiento continuo es una herramienta fundamental porque les permite a las instituciones renovar los procesos administrativos, además permite que las organizaciones sean más eficientes y competitivas, el trabajo es de todos generando así fortalezas que ayudarán a proporcionar un servicio de calidad. En consecuencia, se concluye, que al haberse identificado el problema y algunas debilidades que afectan a la gestión de calidad de la institución, se determina la importancia y viabilidad del tema propuesto para la investigación y desarrollo del presente trabajo final de culminación de carrera.

1.8 HIPÓTESIS

La aplicación de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento de los procesos administrativos en el área de Emergencia del H.P.B.O, permitirán optimizar los recursos consiguiendo un mayor grado de satisfacción y bienestar de sus clientes internos y externos.

1.9 METODOLOGÍA

En el desarrollo del presente proyecto de investigación, se aplican mecanismos científicos y metodológicos fundamentales, como son el análisis inductivo y deductivo, los cuales se fundamentan en la metodología filosófica positivista, que sostiene lo siguiente: El Positivismo significa lo que tiene su origen en un acto institucional, divino o humano, que ha sido establecido; se opone, por tanto, a natural, estable o eterno y, en este sentido, se habla, por ejemplo, de derecho positivo, o de religión positiva. Según otra acepción, que sigue más de cerca la etimología (positum = “lo dado”, “el dato”), significa lo dado en la experiencia y, en consecuencia, lo directamente accesible a todos. Como asume este segundo significado: para él, positivo indica, sobre todo, lo que es

“real” (opuesto a ficticio o abstracto, o quimérico), lo observable, lo que puede controlarse experimentalmente, de manera que se sustrae a toda duda, es decir, lo “cierto.”³

Bajo esta escuela filosófica se desarrolló el estudio que permitirá verificar los problemas y determinar las causas de los mismos. El presente dogma servirá de punto de partida para proponer los cambios e innovación que se requieren, para el mejoramiento de los procesos del departamento de emergencia del hospital ya mencionado.

Para el efecto, se realizó un estudio de la situación actual en la ejecución de los procesos; también se realizaron encuestas a trabajadores, pacientes y parientes. Las técnicas aplicadas permitieron verificar el ambiente interno e identificar los problemas y las causas que las ocasionan, cuyas respuestas sirvió de fundamento para la propuesta de mejoramiento de sus procesos.

Además, se revisará la literatura e información de la normativa relacionada con la administración de los sistemas de salud; así mismo, se tomará en cuenta el internet como herramienta de acceso rápido y sin barreras de tiempo y fronteras, lo que servirá de refuerzo para recopilar información actualizada, que posibilite la preparación y desarrollo del presente tema de investigación.

³ (Acerbi, Ariberto, 2006).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio contempla una investigación documental, donde se analiza ejemplos de proyectos a nivel nacional e internacional que han aplicado mejores prácticas con el fin de mejorar sus procesos y actividades. La recopilación de información tiene como objetivo ofrecer un acercamiento al tema de Administración de Procesos y detectar la existencia de algunas líneas de asesoría comunes.

La ejecución de mejores prácticas en general es una necesidad que tiene todas las empresas en diversas áreas, vamos a citar un caso tecnológico, Marco Burbano en su investigación en el año 2010 que tiene como título: Guía de mejores prácticas para garantizar seguridad, integridad y disponibilidad en bases de datos caso práctico Oracle 11G y MYSQL 5.1, analiza y concluye que la implementación de mejores proceso permiten que la organización pueda protegerse de amenazas las cuales pueden provenir del interior como del exterior de la institución.⁴ En este punto se puede decir que el análisis debe ser tanto de factores endógenos como exógenos, con el fin de tener un mayor alcance de veracidad.

Otro ejemplo a nivel tecnológico y de actualidad es el que plantea Jonathan Narváez, en el año 2014 con el tema de Guía de las mejores prácticas administrativas, seguridad y alta disponibilidad. Esta asesoría de buenas prácticas brinda al lector una visión general de las principales características al administrar, manejar la seguridad y trabajar con un sistema amigable, el autor fomenta una investigación imparcial al tener

⁴ (Burbano, 2010)

en cuenta varios actores lo que le permitió una visión total del problema y una resolución adecuada al mismo. El presente ejemplo permitió correcto manejo de recursos y memoria del sistema al usar una aplicación amigable y fácil de usar la cual fue aprobada por los usuarios.⁵

Como hemos visto las mejores prácticas tienen una aplicación en diversas áreas, por lo que vamos a mencionar un ejemplo a nivel de una multinacional. El caso de AVON, Gabriela Pereira autora de “Diseño e implementación de un programa de buenas prácticas de almacenamiento en una industria multinacional cosmética. Caso aplicado a productos AVON Ecuador S.A.”, tiene un amplio enfoque acerca de cómo se debe establecer un benchmarking basada en la experiencia y normativa de empresas de la misma industria a nivel internacional. Sin duda Pereira establece que la ejecución de un mejor proceso en el centro de distribución no sólo que eliminará errores y tiempo desperdiciado, sino que plasmaría la experiencia, normativa en una guía que asegura la calidad como forma de administración en este caso de bodegas. En este caso se pudo apreciar que no sólo la empresa es la beneficiada en la reducción de dinero no productivo y en la mejora de su imagen, sino también el consumidor final al obtener un producto garantizado el cual estuvo correctamente manipulado en toda la cadena de valor.⁶

⁵ (Narváez, 2014)

⁶ (Pereira, 2014)

2.2 EL MEJORAMIENTO CONTINUO O KAIZEN

Es un modelo de administración que las instituciones adoptan con el fin de estandarizar los resultados de cada uno de los procesos mejorados; esta teoría está basada en el concepto japonés Kaizen, Lee. Krajewski lo define como: “Una filosofía que consiste en buscar continuamente la forma de mejorar las operaciones. A este respecto, no se refiere únicamente a la calidad, sino también se aplica al mejoramiento de los procesos.”⁷ En una verdadera mejora como requiere la teoría Kaizen, interactúan todos los actores internos y externos de la institución involucrada, cabe mencionar palabras del autor del libro Administración de Operaciones: Estrategia y Análisis “El mejoramiento continuo implica la identificación de modelos (Benchmarks) que hayan exhibido excelencia en la práctica, e inculcar en el empleado el sentimiento de que el proceso es su totalidad le pertenece”⁸.

Kaizen promueve un empoderamiento del cliente interno para sentirse parte importante de la institución, no ente realizador de una actividad. La mejora continua como metodología destinada a una sistemática mejora de calidad, costos, velocidad, seguridad y satisfacción del cliente es algo que no puede dejar de lado ninguna organización, ni individuo.

2.2.1 CICLO PHRA

El punto de partida de cualquier mejoramiento es saber con exactitud la situación actual de la institución. La estrategia de Kaizen es un reto continuo a los estándares existentes para lo cual Deming introdujo el Ciclo Deming, una de las herramientas vitales para asegurar el mejoramiento continuo. Él destacó la importancia

⁷ (Lee J. Krajewski, 1999, pág. 218)

⁸ Id.

de la constante interacción entre investigación, diseño, producción y ventas en la conducción de los negocios de la compañía.

Para llegar a una mejor calidad que satisfaga a los clientes, deben recorrerse constantemente las cuatro etapas, con la calidad como criterio máximo.

El ciclo PHRA (PDCA) son una serie de actividades para el mejoramiento. “Planificar” significa estudiar la situación actual, definir el problema, analizarlo, determinar sus causas y formular el plan para el mejoramiento. “Hacer” significa ejecutar el plan; “Revisar” significa ver o confirmar si se ha producido la mejoría deseada y “Actuar” significa institucionalizar el mejoramiento como una nueva práctica para mejorarse, o sea, estandarizar. No puede haber mejoramientos en donde no hay estándares. Tan pronto como se hace un mejoramiento se convierte en un estándar que será refutado con nuevos planes para más mejoramientos.⁹

2.2.2 CALIDAD

Conceptualmente es difícil definir a la Calidad por el sin número de puntos de vista que tiene el cliente, la institución y el entorno en relación al servicio o producto que recibe o realiza. Sin embargo, para un mayor entendimiento del presente trabajo se escogió las definiciones relacionadas con el tema. En primer lugar se debe diferenciar la calidad percibida, la realizada y la programada. La primera es la que corresponde con la que el cliente espera obtener; la segunda es la que recibe el cliente y la última es la calidad referida a los responsables de la producción o prestación.

⁹ (Beas, 2004)

Para W. E. Demming: “La calidad se considera relacionada con el hecho de que los productos o servicios reúnan las características que el público desea, que de algún modo el cliente ha expresado.”¹⁰

El cliente busca que el bien o servicio recibido satisfaga o rebase las expectativas generadas antes de obtenerlo; en base a impresiones psicológicas la atmósfera, imagen o estética, el cliente define el valor que está dispuesto a pagar por la calidad de un producto o servicio que ha cumplido con su propósito.

V. Feigenbaum menciona que “La calidad es en esencia, un modo de dirigir la organización.”¹¹ Andrés Muñoz dice “Si toda la organización dedica sus esfuerzos a realizar su tarea del mejor modo posible y de acuerdo con lo que el cliente desea, el producto o servicio que resulta tendrá un grado de calidad más alto que si no ocurre así.”¹²

Como se había manifestado en párrafos anteriores, la calidad no es la única base para una buena administración y manejo de procesos; Kaizen es una teoría humanista requiere que todos participen, ya que todo ser humano puede contribuir a mejorar su lugar de trabajo en donde permanece un tercio del día.

2.3 BENCHMARKING

Según Lee J. Krajewsk el bechmarking “Es un proceso continuo y sistemático para medir la calidad de los productos, servicios de una institución, comparándola con la de los líderes de la industria. Las compañías usan este método para entender mejor como hacen las cosas las instituciones más destacadas, con miras a mejorar sus propias

¹⁰ (Machado, 1999)

¹¹ Id.

¹² Ibíd.

operaciones”.¹³ Los pasos básicos para la implementación son la planificación, análisis, integración y acción.

Por otra parte “Benchmarking es el proceso de obtener información útil que ayude a una organización a mejorar sus procesos. Esta información se obtiene de la observación de otras instituciones que se identifiquen como las mejores (o suficientemente buenas) en el desarrollo de aquellas actuaciones o procesos objetos de interés.”¹⁴ El presente tema de estudio hará uso del benchmarking funcional. “Se refiere a la identificación de las mejores prácticas de cualquier tipo de organización que se haya ganado una reputación de excelencia en el área específica”¹⁵, herramienta base para la formulación de soluciones y recomendaciones al problema planteado.

2.4 NORMAS ISO 9000

La norma ISO 9001:2008 tiene mucha semejanza con el ya mencionado Círculo de Deming. Con esto y el sistema de mejora continua, se puede desarrollar cualquier actividad de calidad. En los últimos años se ha hecho más relevante la implantación de sistemas de calidad en el sector de la Salud por las razones siguientes:

- Eficiencia el uso de los recursos (restricciones presupuestales).
- Mayor exigencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico
- Incrementar el desempeño financiero (aumentar cobertura).
- Recuperar los altos costos de la tecnología
- Complejidad de las nuevas enfermedades (cáncer, sida, etc.).
- Reducir errores

¹³ (Lee J. Krajewski, 1999)

¹⁴ (Ledesma, 2015)

¹⁵ (Brenes, 2002)

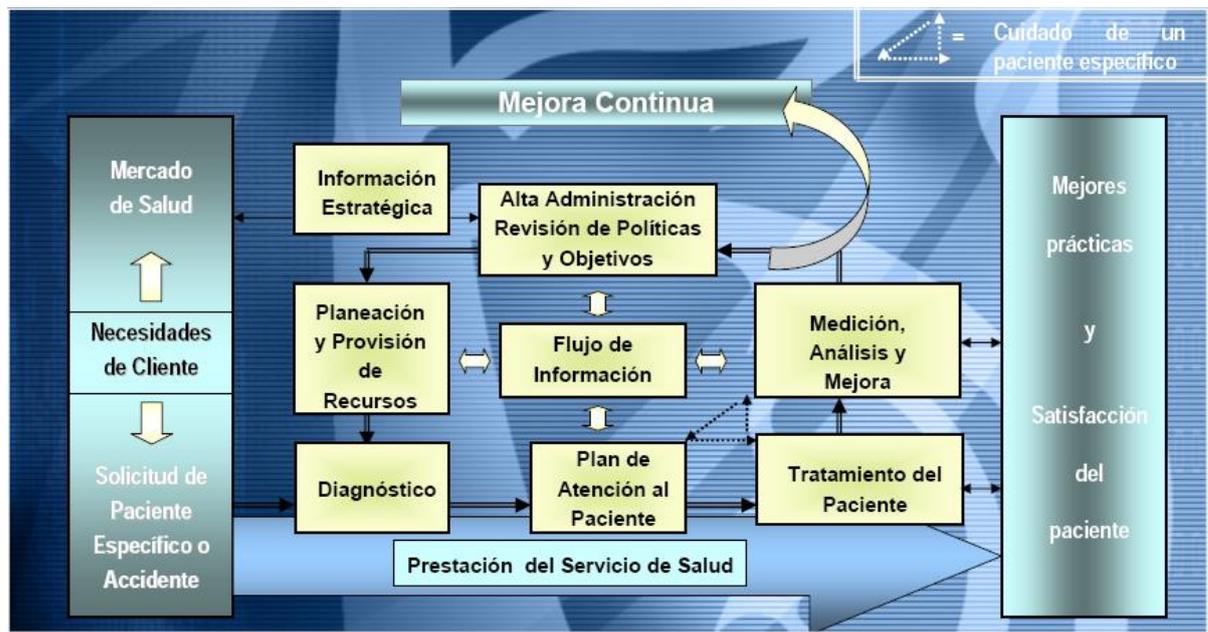
“Los errores médicos no son la excepción en la calidad deficiente de los servicios, el IOM (Institute of Medicine) estimó que los errores médicos causan de 44,000 a 98,000 muertes anuales en los hospitales de los E. U. En el Reino Unido se producen eventos adversos en aproximadamente 10% de las hospitalizaciones (850,000 eventos). En Australia se encontró una tasa de eventos adversos del 16.6% en hospitales”.¹⁶

La Organización Internacional para la Estandarización, ISO, por sus siglas en inglés (International Organization for Standardization) tiene como propósito desarrollar y establecer normas que sean equivalentes en todo el mundo. La sede de esta organización está en Ginebra desde su creación en 1946. Las normas se cumplen de forma voluntaria ya que la ISO como entidad no gubernamental no tiene autoridad para hacerlas cumplir. ISO tiene más de 17000 normas internacionales y otros tipos de normativas. Estas normas abarcan todo tipo de industrias y actividades. Además, contienen las guías para utilizarlas como aseguramiento de la calidad, por lo tanto las instituciones que buscan la certificación ISO 9000 primero deben seleccionar la norma.

El modelo de un sistema de gestión de calidad que se muestra en el Figura 1 ilustra cada uno de los vínculos entre los procesos de la norma ISO 9001:2008. Se puede ver que la necesidad de los clientes tiene una función muy importante al momento de definir los requisitos como elementos de entrada. Además, para la satisfacción del cliente se requiere la evaluación de la información referente a la percepción del mismo con respecto al producto y/o servicio, para poder determinar si la organización ha cumplido o no con los requisitos planteados.

¹⁶ (55AVA Asamblea Mundial de Salud, 2015)

Figura 1. Modelo De Un Sistema De Gestión De Calidad Basado En Procesos.



Fuente: (The Process Practice LTD UK 2001, 2001)

La puesta en práctica de la ISO 9001:2008 permite la mejora continua de los sistemas de gestión de calidad y los procesos de su institución. A su vez, al mejorar los sistemas de gestión de calidad de su organización, podrá transformar su cultura institucional, ya que, como resultado, los empleados entenderán la necesidad de mejorar continuamente.

La norma ISO 9001:2008 se basa en ocho principios de gestión de calidad:

- Enfoque al cliente
- Liderazgo
- Participación del personal
- Enfoque basado en procesos
- Enfoque de sistema para la gestión

- Mejora continua
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisión
- Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor

2.4.1 ESTRUCTURA DE LA NORMA ISO 9001:20008

La norma ISO 9001 tiene como objetivo asegurar la satisfacción del cliente. Para lo cual, tiene veinte elementos que cubren las diferentes áreas de la institución y corresponden a:

1. Responsabilidad gerencial: la gerencia de la empresa debe definir la política y objetivos de calidad, así como también, establecer responsables entro todo el personal para asegurar el sistema de calidad.
2. Sistema de calidad: la empresa debe documentar los requerimientos de los productos y servicios que provee a sus clientes, a través del manual de calidad.
3. Revisión del contrato: los pedidos de los clientes y los contratos deben ser revisados para asegurar el cumplimiento de los requerimientos.
4. Control de diseño: se debe planificar, organizar y controlar el diseño de productos y servicios, de tal forma que se cumpla con los requerimientos acordados con el cliente.
5. Control de los documentos y datos: se debe asegurar el uso de documentos válidos que sirvan para cumplir con los requerimientos del cliente.
6. Compras: la empresa debe establecer controles para asegurar que los productos y servicios comprados a sus proveedores no afecten la calidad de los productos o servicios entregados al cliente.

7. Control del producto suministrado por el cliente: la empresa debe siempre controlar las condiciones de los productos que provee al cliente.
8. Identificación y trazabilidad del producto: la empresa debe identificar por los medios más adecuados sus productos y servicios.
9. Control de procesos: se debe planear, efectuar y controlar los procesos claves, de tal forma que se cumplan con las necesidades del cliente.
10. Inspección y ensayo: se deben verificar siempre los productos y servicios recibidos y producidos por la empresa.
11. Control de equipo de inspección y ensayo: se debe mantener los equipos técnicos en buenas condiciones.
12. Estado de inspección y ensayo: se debe manejar un sistema de inspección que permita distinguir aquellos productos inspeccionados de aquellos que no lo están.
13. Control de producto no conforme: se debe prevenir el uso inadvertido de los productos que no cumplan con las especificaciones establecidas.
14. Acción correctiva y preventiva: se debe tomar acciones preventivas para evitar la recurrencia de no conformidades.
15. Manejo, almacenamiento, embalaje y entrega: se deben tomar medidas preventivas para detectar y prevenir el maltrato del producto.
16. Control de los registros de calidad: se deben mantener registros de calidad que muestren la efectividad del sistema.
17. Auditorías internas de calidad: se deben planificar auditorías para verificar la situación de las actividades de la empresa, y así asegurar la calidad brindada al cliente.
18. Entrenamiento: la empresa debe entrenar a su personal.

19. Servicio posventa: se debe controlar los servicios para asegurar que se cumplan con las necesidades y requerimientos del cliente.

20. Técnicas estadísticas: la empresa debe asegurar la aplicación de técnicas estadísticas.¹⁷

2.4.2 BENEFICIOS DE LA NORMA ISO

Es ampliamente reconocido que con una gestión de la calidad adecuada mejoran los negocios. A menudo hay un efecto positivo en la inversión, participación de mercado, crecimiento de las ventas, ventaja competitiva y la disminución en problemas legales.

Con todos estos elementos, un sistema de calidad basado en las normas ISO 9000 permite:

- Mejora la eficacia y eficiencia de los procesos de la organización
- Permite hacer más eficiente el uso del presupuesto
- Incrementa la satisfacción de los pacientes y clientes
- Mejora el clima laboral interno
- Fomenta la mejora continua
- Sirve de apoyo para cumplir los requisitos del Consejo de Salubridad General (Certificación de Establecimientos de Salud)
- Sirve de base para establecer Modelos de Calidad Total

¹⁷ (Ayal, 1998)

2.5 MARCO LEGAL

La aplicación de normativas legales es considerada de manera esencial en la presente investigación, por lo que es menester mencionar a la Constitución, la cual nos plantea en el artículo 32 lo siguiente:

“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 generación.”¹⁸

Partiendo que la salud es un derecho adquirido desde el momento que nacemos y que debe ser un servicio basado en calidad, eficiencia y eficacia se podría decir que los procesos de cada uno de los hospitales del país deben mantener un estándar de calidad basada en procesos, personal humano, infraestructura y tecnología de excelente calidad y de manera oportuna.

El Ministerio de Salud ente regulador de todo concerniente a la calidad, acceso, promoción y atención de la salud pública a nivel nacional, reconoce en base a la Dirección Nacional de Calidad de la Salud que el mejoramiento continuo de Calidad y la Auditoría de los Servicios de Salud son de suma importancia para cumplir con su misión de: “ Garantizar la calidad, eficiencia y efectividad en la prestación de los

¹⁸ (Asamblea Constituyente, 2008)

servicios de salud que brinda el Ministerio de Salud Pública, en el marco de los derechos de las personas.”¹⁹

Así mismo, es necesario mencionar que dicha Dirección está encargada de Monitorear y evaluar la calidad de los de la calidad de la atención en salud, en los servicios de los establecimientos de salud en cada uno de sus procesos. Además, tiene como finalidad asegurar la implementación de herramientas técnicas de medición de la satisfacción de los usuarios, en coordinación con las instancias respectivas, para aplicación y análisis por parte de los establecimientos de salud del país, por lo tanto se demuestra una vez más que el servicio que se brinda en la red MSP debe ser garantizado, en base a normativas y procesos debidamente regulados para el bienestar del bien común.²⁰

A nivel internacional podemos citar lo que la constitución de la Organización Mundial de la Salud afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.” Así mismo se puede mencionar que “El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente” , lo que se refiere a calidad, la OMS menciona que se dirige tanto a la atención del personal médico, administrativo como a la infraestructura y el abastecimiento de equipos e insumos; con el fin de proporcionar un servicio eficaz y eficiente.

¹⁹ (Dra. Ivonne Martinez, Directora Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, 2015)

²⁰ Id.

2.6 ADMINISTRACIÓN POR PROCESOS

El mejoramiento continuo es un pensamiento dirigido al manejo correcto de los procesos, junto a la calidad. Los procesos deben ser la prioridad de las organizaciones, sin dejar de lado el resultado enfocado. Partiendo de que ningún servicio puede suministrarse sin un proceso y ningún proceso puede existir sin un servicio, se puede afirmar como Lee. Krajewski al decir “Los procesos sostienen toda actividad de trabajo y se presentan en todas las organizaciones y en todas las funciones de una organización.... Los procesos se encuentran anidados dentro de otros procesos a lo largo de la cadena de suministro de una organización”.²¹

Para la aplicación de un sistema de procesos, se debe definir al proceso de una forma más objetiva para lo cual tomamos la definición de José Antonio Pérez Fernández de Velasco: “Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados”;²² por actividad entendemos al conjunto de tareas para la obtención de un resultado. Consolidando se puede esquematizar al sistema de procesos como se observa en la figura 1 a continuación

²¹ (Lee J. Krajewski, 1999)

²² (Velasco, 2010)

Figura 2. Esquematización de los procesos.



Fuente: (Velasco, 2010, pág. 51)

Una de las ventajas de una administración basada en procesos de calidad, es el control permanente de todas las actividades; es así que se enfoca y prioriza lo siguiente:

- Los procesos deben aportar valor a la organización, caso contrario deben ser eliminados.
- La obtención del resultado del desempeño.
- La mejora continua de los procesos con mediciones.
- Todos los procesos bien definidos y administrados deben interactuar y gestionarse.²³

2.6.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS

Para identificar los procesos que se manejan en una institución es necesario estar en constante comunicación con los responsables por lo que se debe planificar:

- Reuniones con el personal para determinar en qué procesos están involucrados

²³ (Velasco, 2010)

- Clasificación de los procesos
- Revisión y análisis de manuales y políticas de la institución.²⁴

2.6.2 PRIORIZACIÓN DE LOS PROCESOS

El equipo encargado del mejoramiento de los procesos dentro de la institución será quien determine los procesos en que se van a trabajar, tomando en consideración estos puntos:

1. IMPACTO EN EL CLIENTE

Es importante analizar si los procesos tienen impacto sobre el cliente y en qué grado se ve afectado el cliente.

2. ÍNDICE DE CAMBIO

Se refiere al mejoramiento del proceso actual, utilizando tecnologías o cambiando actividades que permitan optimizar recursos.

3. CONDICIÓN DE RENDIMIENTO

Se considera si el rendimiento del proceso actual satisface los requerimientos y necesidades

4. IMPACTO SOBRE LA INSTITUCION

Se debe analizar cuan importante es el proceso para la institucion y si afecta o no a la calidad de los productos o servicios que ofrece la institucion.

²⁴ (Harrington, Mejorameintos de Procesos De La Empresa, 1998)

Para cada proceso se realiza un análisis y se deberá puntuar en los casilleros del Tabla N°1. El total se divide para cinco, que es el número de las variables presentadas y es este valor el que se pone en la columna del puntaje. Con esta puntuación, se establece la prioridad de los procesos y aquellos que tengan un valor sobre dos, serán en los que más se dará seguimiento.²⁵

Tabla 1. Matriz Inventarios Procesos

MATRIZ DE INVENTARIO DE PROCESOS								
No.	PROCESOS	IMPACTO EN EL CLIENTE	ÍNDICE DE CAMBIO	CONDICIÓN DE RENDIMIENTO	IMPACTO SOBRE LA EMPRESA	IMPACTO SOBRE EL TRABAJO	TOTAL	PUNTAJE

Fuente: (Harrington, 2005, p. 54)

2.6.3 OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO

En esta fase se realiza el análisis del flujo de valor agregado, cuyos resultados se verán esquematizados en una matriz, la cual indicará los detalles de cada proceso. Para Arturo Tovar la optimización es: “Un análisis detallado de las actividades que integran el proceso, con el fin de buscar las condiciones los medios y la mejor ruta para lograr el máximo rendimiento, y la mejor utilización de los recursos, y así de cumplir con los objetivos establecidos”²⁶.

Para la optimización se debe tomar en cuenta el AVA (Análisis de Valor Agregado), herramienta base en el mejoramiento continuo de los procesos que generan

²⁵ (Harrington, 2005)

²⁶ (Mota, 2007)

valor a la operación o al cliente. Para la realización del estudio se recomienda conocer todas las actividades del proceso, los responsables, fomentar rutas alternativas para llevar a cabo un mismo proceso, y puntos de control para detectar problemas o fallas antes que el paciente; así, descartar las actividades que no generan valor tanto para la operación o para el cliente. Como resultado se obtendrá la reducción de actividades y sus costos, además de priorizar el tiempo en las que generan un plus a la cadena de valor.

2.7 NORMAS OHSAS 18001:2007 SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

La norma OHSAS “Nace de la necesidad de controlar los riesgos a que se exponen los trabajadores como consecuencia de su actividad laboral.”²⁷ Para el desarrollo de la norma se hizo indispensable la participación de varias organizaciones certificadoras del mundo quienes publicaron la misma por primera vez en 2002. Sin embargo, en 2007 se divulgó la nueva OHSAS 18001:2007 mejorando su alineamiento con las normas ISO; para facilitar a las organizaciones la integración de estos dos sistemas de gestión.

En términos generales, la Norma OHSAS 18001 se basa en conceptos, los cuales tienen que ser aplicados de uno u otro modo en los requisitos que se exigen para obtener la certificación. Con la aplicación de la norma OHSAS 18001 la organización puede:

²⁷ (Palomino, Antonio Enriquez, 2008)

- Precisar más el proceso el proceso de mejora continua, incluyendo el concepto de “recurrente”, por la que se indica que va ser algo que se va a repetir periódicamente.²⁸.
- Buscar la mejor manera de hacer las cosas, no basta con querer perfeccionar.
- Confirmación de una gestión responsable por medio de la certificación que asegura calidad a partes externas como pacientes y comunidad en general.

2.7.1 ELEMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

La norma OHSAS 18001 hace énfasis en las prácticas proactivas preventivas de la gestión en seguridad y salud ocupacional y la evaluación de control de los riesgos laborales. La norma OHSAS 18001 debe contar con:

Liderazgo y Compromiso Personal

Barrick reconoce que los líderes deben tomar acción en la creación y promoción de un ambiente de trabajo seguro. Esto se puede conseguir a través del liderazgo visible, estar activo y visible en el campo, interactuando de manera positiva con los empleados para brindarles coaching y alentarlos hacia un buen comportamiento en seguridad. El sistema de Barrick reconoce que todos los empleados juegan un rol de liderazgo en la seguridad y la salud. El tomar una responsabilidad personal por la seguridad en el trabajo es una parte integral de la creación de 20.000 líderes con coraje en seguridad en Barrick.²⁹

²⁸ *Ibíd.*

²⁹ (Barrick, 2015)

Capacitación y Competencia

La Institución tiene la responsabilidad de asegurar que los trabajadores cuenten con las habilidades y conocimientos necesarios para desempeñarse de una manera segura y confiable, incluyendo el conocimiento de la legislación aplicable.

Gestión De Riesgos

Las instalaciones, los diseños y los planes de la Institución, desde la exploración hasta el cierre, están sujetos a cambios y mejoras continuas. Una mayor conciencia y conocimiento del riesgo resulta esencial para poder tomar decisiones más efectivas en el negocio y tener menos incidentes, y además constituye un componente clave de la diligencia propia (due diligence).

Salud y Bienestar

Un ambiente de trabajo saludable es importante para conseguir la visión de Barrick "Cada persona de regreso a casa sana y salva todos los días³⁰."

El control de la salud es un enfoque sistemático hacia la prevención, identificación, evaluación, control y seguimiento de los peligros de salud y exposiciones del lugar de trabajo. Esto se logra a través de:

- Selección cuidadosa del empleado;
- Mejora/monitoreo de la salud del empleado;
- Minimización de la rotación de personal a causa de problemas de salud y de seguridad;

³⁰ (Barrick, 2015)

- Consideración de los problemas de salud en la comunidad en general si estos problemas producen un impacto en los objetivos del negocio.

Evaluación y Medición Del Desempeño

“La evaluación y medición del desempeño es esencial para estimar el avance en relación a los requerimientos, las metas y los objetivos, y para establecer planes para el mejoramiento continuo.”³¹

Por lo tanto, la descripción resumida de la normativa de gestión de calidad, dentro del proceso de investigación del presente trabajo final de culminación de Carrera, comprende un sustancial aporte para el cumplimiento de la misión y visión, sin dejar de lado el enfoque humanista que se obtiene del Kaizen. Parte del mejoramiento continuo la población en general, lo cual redundará en el mejoramiento diario de sus actividades y de sus procesos; inculcando una mejora a nivel total de la entidad de salud.

2.8 MANCHESTER PROTOCOLO TRIAGE

Para empezar vamos a definir la palabra para lo cual citamos la definición de Nicolás González Casares: “Proviene del término francés trier que significa “seleccionar o escoger”, “elegir o clasificar” y a la hora de utilizarse en un SUH se refiere al proceso de recepción y acogida por parte del personal sanitario para su posterior clasificación en niveles de gravedad que determinarán la prioridad en la atención, así como adaptar las necesidades del paciente al medio hospitalario derivándolo a donde mejor convenga, atendiendo a diversas variables como: disponibilidad de recursos, medio físico, demanda de atención en el Servicio ,etc.”³² En este contexto, se puede afirmar que habiendo estudiado la situación actual del área es necesario implementar un protocolo

³¹ *Ibíd.*

³² (Nicolas Gonzalez, 2015)

para que facilite, mejore y quede establecido por escrito el proceso de entrada de un paciente en el triage.

Mediante el estudio realizado se escogió como protocolo el utilizado por la mayoría de países de Europa y el cual también es puesto en práctica en América Latina en países como Brasil y México. Estamos hablando del Protocolo Manchester de Triage, el mismo que presenta varios beneficios por su forma de trabajo junto con el equipo Tolife. La presente metodología está basada en El Sistema de Triage Manchester, para lo cual cabe mencionar su funcionalidad así citamos: “MTS, clasifica al paciente que llega a un área de urgencias en 52 discriminadores diferentes, dentro de cada motivo se despliega un algoritmo que contiene preguntas cuya respuesta es siempre Sí/No. Después de un grupo de tres o cuatro preguntas el sistema clasifica al paciente en cinco categorías en menos de 3 minutos, lo que permite priorizar al paciente en función de la gravedad y sobre todo a hacer objetiva la decisión de priorización del paciente.”³³

El MTS determina de una manera objetiva la prioridad y jerarquización médica dependiendo de la gravedad. Se basa en una nomenclatura estándar, y de fácil uso el mismo que podrá ser usado también por las enfermeras. En la siguiente Figura 3 se puede apreciar el modo de clasificación del MTS:

³³ (Triage, 2015)

Figura 3. Clasificación y priorización de pacientes

Clasificación MTS

	Estado	Tiempo Máximo	Color
1	Crítico	0 minutos	Rojo
2	Emergencia	10 minutos	Naranja
3	Urgencia	60 minutos	Amarillo
4	Standar	120 minutos	Verde
5	No urgente	240 minutos	Azul

Fuente: (Triage, 2015)

SOCIEDAD

- Aumento de eficacia en la atención. Proporciona información clara sobre su estado y el tiempo aproximado de espera.
- Detección de casos que probablemente se agravaran si la atención se retrasa.
- Disminuye la ansiedad y nerviosismo del paciente y sus familiares
- Se genera confianza en el sistema.

MÉDICOS

- Disminución de muertes prevenibles, priorizando la atención por un protocolo clínico y no por el orden de llegada
- Crea una red de atención con un “lenguaje único” explotando al máximo la capacidad hospitalaria.
- Disminución en el margen de error de la clasificación.
- Se rompe el círculo de agresión entre paciente, familiares y enfermeras/os.

- Disminución de nivel de estrés del “triador”.
- Mejoras de las relaciones interpersonales
- Respaldo objetivo e institucionalizado para la clasificación del riesgo, por medio de un protocolo reconocido mundialmente.
- Innovación en el área con mayores crisis³⁴

2.9 FUNDACIÓN HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES

2.9.1 INFORMACIÓN GENERAL

La Fundación Hospital Infantil Los Ángeles es una institución prestadora de servicios de salud, privada, sin ánimo de lucro, con servicios de alta complejidad. Atiende a la población pediátrica del suroccidente colombiano, especialmente la perteneciente a los Departamentos de Nariño, Cauca, Putumayo y Caquetá, con alta responsabilidad social, convirtiéndose en hospital de referencia por ser el único hospital especializado pediátrico de la región.³⁵

La Fundación Hospital Infantil Los Ángeles como Institución que presta servicios de salud, participa en la ejecución de las políticas fijadas por el Gobierno colombiano para el país y el sector, a través del cumplimiento de la Constitución, Leyes, Decretos, Resoluciones y Normas generales. Su misión es brindar sus servicios a la población, privilegiando los Derechos de los niños, niñas y adolescentes y satisfaciendo las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias; generando un ambiente seguro, agradable y ameno.³⁶

³⁴ (Triage, 2015)

³⁵ (Hospital los Angeles, 2015)

³⁶ Id.

Actualmente la Fundación Hospital Infantil los Ángeles, cuenta con 113 camas, cuyos servicios se clasifican por rango de edades (recién nacidos, lactantes, niños mayores) o por patologías (UCIN, UCIP, Oncohematología). Asimismo, se destaca el servicio de laboratorio clínico (premiado por calidad en el servicio, por el instituto nacional de salud), el cual cuenta con equipos de alta tecnología y los servicios complementarios, como los religiosos, con capilla para culto católico y el albergue de paso, para el niño y su familia proveniente de otros municipios y regiones diferentes a Pasto, con funciones de apoyo social a través del área de gestión cliente.³⁷

2.9.2 POLÍTICAS DE CALIDAD

El Hospital se compromete con la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios y su familia, a través de la potencialización del talento humano, la modernización de nuestra estructura física y tecnológica, garantizando el mejoramiento continuo de nuestros procesos con crecimiento y desarrollo del sistema de información.

Las áreas específicas de trabajo rutinario de cada trabajador son:

- Atención centrada en el cliente.
- Crecimiento personal y potencialización del conocimiento.
- La calidad e innovación en todas nuestras actividades y procesos.
- Modernización en consonancia con el proyecto de futuro.
- Cultura de calidad basada en el liderazgo.

El trabajo de calidad le ha hecho acreedor de reconocimientos a lo largo de la historia el Hospital Infantil Los Ángeles entre los cuales:

³⁷ Id.

- Certificación en Buenas Prácticas de Elaboración en su Servicio Farmacéutico por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). – Febrero de 2013.
- Certificación en Buenas Prácticas De Manufactura para la producción de aire medicinal comprimido otorgada por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). El direccionamiento estratégico del hospital, su estructura, sus procesos asistenciales y administrativos, Sistema de Gestión de Calidad y proceso específico de producción de aire medicinal arrojaron resultados de excelencia para el prestigioso centro hospitalario y una vez más se destaca la calidad con que presta sus servicios a la población pediátrica de Nariño y del suroccidente colombiano. Año 2011.
- Reconocimiento por la “Implementación Del Programa Paciente Seguro (PPS) En El Hospital Infantil Los Ángeles otorgado por la Organización Latinoamericana para la Seguridad del Paciente (OLSEP). – Año 2011.
- Reconocimiento al “Desarrollo Empresarial En Innovación, Desarrollo Y Tecnología”, de la Red de Universidades Regionales Latinoamericanas (UREL), capítulo Nariño, y del Comité Universidad Empresa Estado de Nariño, (C U E N).

2.9.3 MODELO DE ATENCIÓN

El modelo “se centra en el usuario a quien se presta los servicios basados en cuatro ejes como son la mejora continua de la calidad, la humanización, el enfoque de riesgo y la seguridad. Este Modelo sintetiza la interacción de los procesos asistenciales y administrativos, que tienen como objetivo principal la satisfacción de las necesidades

y expectativas de los usuarios y sus familias comprometiéndose con una atención integral.”³⁸

Para lograr un servicio de calidad se prioriza el talento humano, el mismo que debe ser competente y comprometido (empoderamiento), para que la prestación del servicio sea reconocida como el “Hospital que Abraza, Protege y Cuida a los Niños”.³⁹

Cabe citar frases que aseguran un compromiso más allá del trabajo, la cual dice: “Abrazar, proteger y cuidar a los niños como marco de referencia explícito en el modelo de atención significa que el Infantil ABRAZA porque es un Hospital cálido y humano en el momento de prestar el servicio, PROTEJE porque es una institución abanderada en la defensa de los derechos del niño y CUIDA porque la calidad y seguridad son parte importante de este Modelo de Atención.”⁴⁰

El trabajo comprometido en cada uno de sus servidores permite alinear recursos, buscar permanentemente la mejora del servicio y agregarle valor, transformando así la cultura corporativa y poder lograr el mejoramiento continuo de los procesos a través del cierre eficaz de sus ciclos de atención (PHVA).

El proceso de atención y cuidado se realiza centrado en el usuario y su familia a partir de la identificación inicial de sus necesidades y expectativas con base a las cuales se planifica, se ejecuta y se realiza seguimiento a los procesos diseñados teniendo en cuenta guías, protocolos y procedimientos estandarizados logrando una atención integral, pertinente, oportuna, segura y continua.⁴¹

³⁸ (Hospital los Angeles, 2015)

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Ibid

Figura 4. Modelo de atención Hospital Los Ángeles



Fuente: (Hospital los Angeles, 2015)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 NATURALEZA DE LA INVESTIGACION

Al momento de realizar el presente trabajo de culminación de carrera hemos planteado que sea una investigación enfocada a una asesoría, por lo que hemos de denominar que es un Proyecto Factible, para lo cual citamos la definición de Ana Hernández quien lo define como “La investigación, elaboración, y desarrollo de una modelo operativo viable, cuyo propósito es la búsqueda de solución de problemas y satisfacción de necesidades”.⁴² Como lo plantea Hernández el proyecto presenta un punto de vista técnico, político, social e institucional que ofrece una alternativa única para ser desarrollada.⁴³

El fin de la presente investigación es emplear una descripción detallada de los procesos más engorrosos del servicio de Emergencia con el fin de plasmar una solución de carácter práctico, la cual pueda brindar beneficios en las diferentes áreas del Hospital y en el acontecer diario de cada una de las actividades.

3.2 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

En la actualidad existen varios métodos de recolección de información la cual va ayudar a la planificación y estructuración del proyecto de asesoría planteado. Nuestra investigación ha recogido datos a través de las siguientes técnicas.

- Observación Directa

⁴² (Hernández, 2000)

⁴³ Id.

- Encuesta
- Entrevista
- Internet

Para un mejor detalle vamos a definir los instrumentos usados en cada uno de las técnicas y a mencionar el porqué de la elección.

Observación Directa

La técnica más importante para este tipo de investigación es la observación de cada uno de los procesos. Como Bernal menciona” La observación directa cobra mayor credibilidad, debido a obtener información directa y confiable, siempre y cuando se haga mediante un procedimiento sistematizado y muy controlado, especialmente en estudios del comportamiento de la persona en su sitio de trabajo”.⁴⁴ Para la técnica planteada se tomará en cuenta como instrumentos la libreta de campo, fotos y entrevista a profundidad con informantes claves.⁴⁵

Encuesta

Para empezar vamos a definir el instrumento utilizado para lo cual vamos a citar la definición de Martínez, “Cuestionario es el conjunto de preguntas previamente diseñadas para ser contestadas por la misma persona o por el aplicados pero a partir de las respuestas otorgadas por la persona que responde”⁴⁶. Partiendo del concepto se usará preguntas cerradas de opciones prefijadas mediante el acuerdo a las preguntas. La única desventaja es la limitación de los sentimientos de las respuestas para lo cual se procuró tomar una tercera técnica como es la entrevista. Se siguió un esquema fácil de cuantificar para su interpretación y evaluación.⁴⁷

⁴⁴ (Bernal, C., 2006)

⁴⁵ (Martínez, 2013)

⁴⁶ Id.

⁴⁷ (Bernal, C., 2006)

Entrevista

Bernal dice “La entrevista es una técnica orientada a establecer contacto directo con las personas que se consideren fuente de información. A diferencia de la encuesta, que se ciñe a un cuestionario, la entrevista, si bien puede soportarse en un cuestionario flexible y tiene como propósito de tener información espontánea”⁴⁸; dicha técnica será realizada a personas involucradas e interesadas en cada uno de los procesos como es el médico y enfermera líder.

El objetivo es encontrar lo que verdaderamente es importante para los informantes, dichos entrevistados nos podrán aportar con pensamientos, valores y creencias. El instrumento usado es entrevista y manipulación de datos por escrito.⁴⁹ Para entablar la entrevista se deberá establecer el verdadero problema del área y establecer preguntas directas para un análisis correcto del enfoque ya establecido.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

El presente trabajo tiene como finalidad mejorar el servicio de Emergencia del hospital mencionado, por lo que es menester tomar en cuenta todos los involucrados al momento de impartir dicho servicio. Por lo tanto nuestra población será todo el personal de emergencia alrededor de 80 personas que trabajan durante un día completo (24 horas); dicho personal está comprendido entre médicos tratantes, médicos residentes, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal administrativo y líderes.

La muestra se tomó el total de 20 participantes, quienes fueron entrevistados y encuestados durante una semana en diferentes lapsos del día. El personal que colaboró pertenece a las diversas profesiones que se ejercen en el área.

⁴⁸ (Bernal, C., 2006)

⁴⁹ (Martínez, 2013)

3.4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA ENCUESTA Y ENTREVISTA

Del análisis e interpretación de los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas y entrevista al personal médico, enfermera, pacientes y familiares involucrados, se seleccionó personas al azar en días diferentes; esto permitió evidenciar, la tendencia del problema identificado, que se describe a continuación; y que se encuentran esquematizados **ANEXO 1**; así tenemos que:

- Sobre la pregunta: Si la institución dispone de un sistema de gestión de calidad el 78% de los encuestados dijo desconocer de algún tipo de sistema de gestión. Así mismo, no saben acerca de la satisfacción del cliente en el servicio.
- Sobre la pregunta: Si se ha diseñado y difundido un manual de procedimientos el 74% del personal no conoce de algún manual.
- La pregunta si conoce la misión, visión y valores institucionales el 57% de los entrevistados desconoce y el personal que conoce no sabe a ciencia cierta el contenido de las mismas.
- En cuanto a las preguntas sobre el conocimiento de los procesos tanto en el triage como en emergencia, el 100% del personal médico conoce mientras que existe un desconocimiento por el mismo valor por parte del paciente y familiares.
- En cuanto a la pregunta: Si se mantiene un correcta seguridad laboral y acerca del clima laboral, el staff entrevistado dijo conocer pero por trabajar en un área delicada siempre existe ciertas diferencias entre personal médico, enfermería y administrativo.

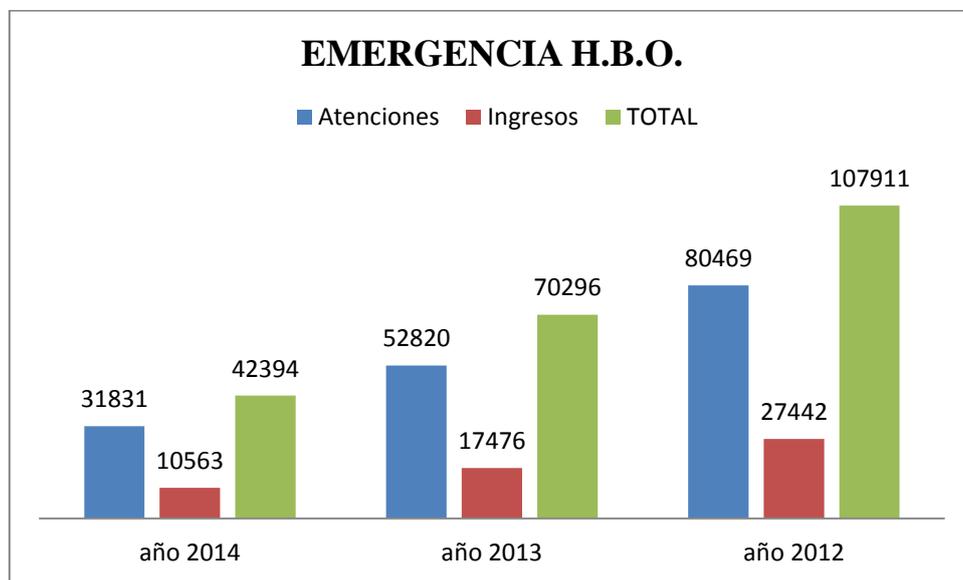
En consecuencia, como resultado de la aplicación se puede afirmar que existe ignorancia al momento de asistir al área de emergencia en lo que se trata al paciente y familiares. El personal médico sabe y cuenta con el conocimiento acerca de atención

emergencia sin embargo no cuenta con un protocolo o proceso que le facilite el trabajo cotidiano.

3.5 INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

El número de pacientes ingresados por emergencia se puede apreciar en el gráfico N°2 en el cual podemos notar la cantidad de niños quienes han sido atendidos en emergencia y los cuales necesitaron ser internados.

Gráfico 1. Número de atenciones en el área de Emergencia.

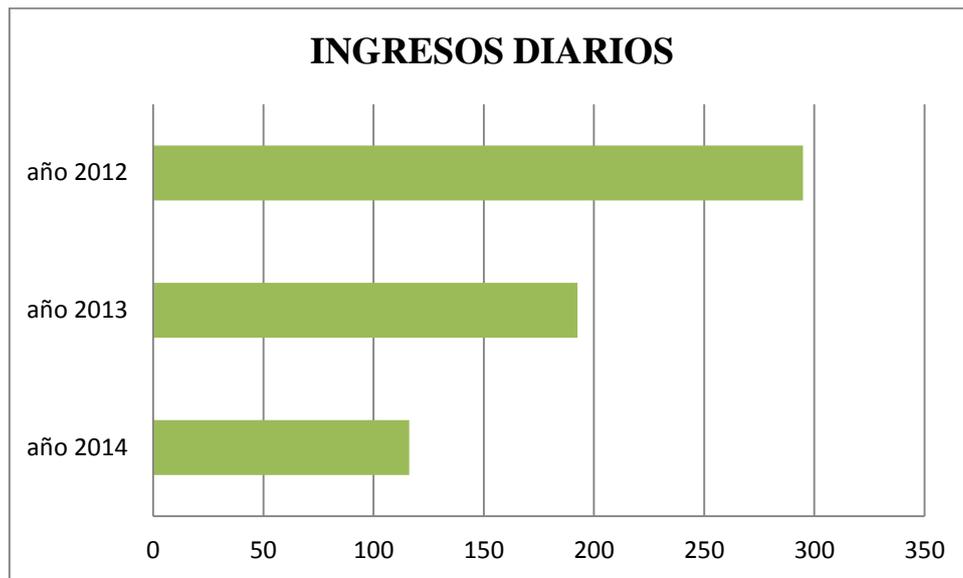


Elaborado por: Andrés Semanate

Fuente: Departamento. Estadística Hospital Baca Ortiz

De estos datos podemos saber la cantidad promedio de niños que ingresan a diario a dicha unidad de salud, teniendo como datos los siguientes:

Gráfico 2. Ingresos Diarios

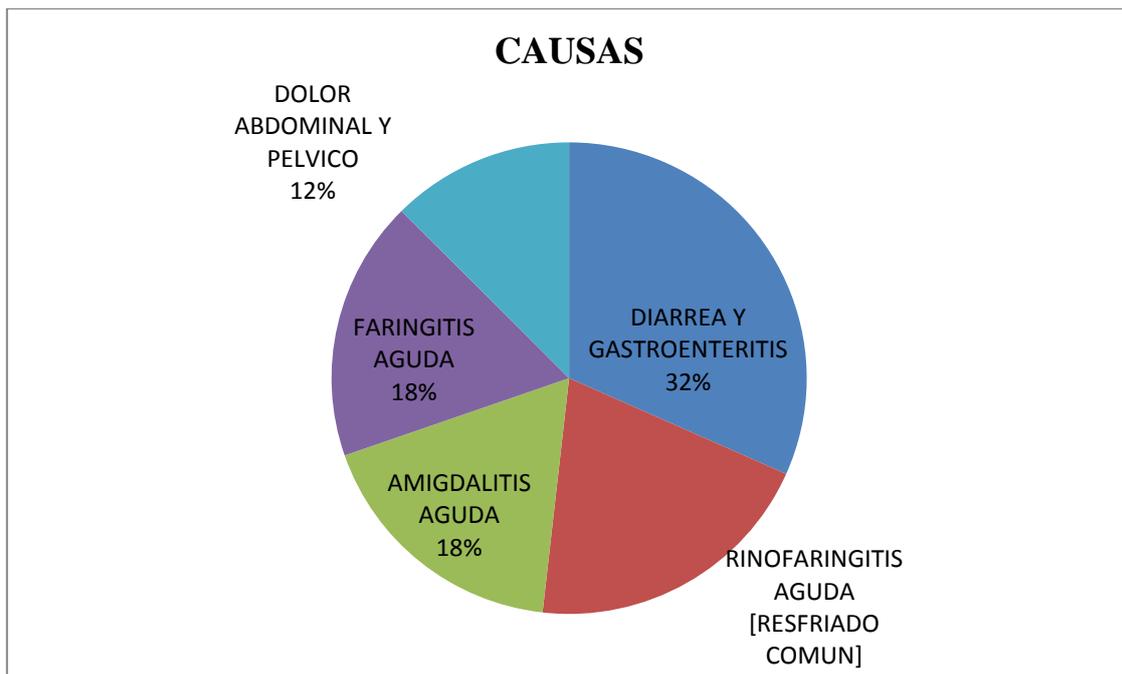


Elaborado por: Andrés Semanate

Fuente: Departamento. Estadística Hospital Baca Ortiz

Si bien el número de ingresos ha reducido en los últimos años, por razones de cobertura de dispensarios a nivel nacional, el número de pacientes que ingresan por emergencia con un nivel de 4-5; es decir, con una sintomatología que no necesita ser atendida en un hospital de tercer nivel como el estudiado cada vez es mayor. A continuación vamos a corroborar lo anteriormente dicho con datos de las enfermedades más usuales.

Gráfico 3.Causas para ingreso por Emergencia



Elaborado por: Andrés Semanate

Fuente: Departamento. Estadística Hospital Baca Ortiz

Se puede verificar que las enfermedades o causas de ingreso al triage y/o emergencia son enfermedades que deben ser atendidas a nivel primario en un dispensario de salud y si el caso lo amerita se procede con el traspaso de la casa de salud.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

4.1 ANTECEDENTES

El Hospital Pediátrico Baca Ortiz se inauguró el 14 de julio de 1948. Esta apertura se realizó en una de las propiedades de los quiteños Héctor Baca Miranda y Dolores Ortiz Baca, quienes donaron esta posesión para el establecimiento de una casa de salud en la ciudad capital.

En el año 1964, se creó el segundo edificio de 5 pisos, con el fin de brindar un servicio de mejor calidad y cubrir la gran demanda de atención médica. Por más de 50 años, el personal médico y administrativo se han convertido en un símbolo de protección de la infancia. Actualmente se considera como el mejor Hospital Pediátrico del país y centro de referencia nacional e internacional tanto por su capacidad como por su eficiencia. El doctor Bracho Oña, Ministro de Salud Pública en el año 1988, fue el motor decisivo para que en julio de ese año Hospital sea entregado con nueva infraestructura para servir a la población infantil a nivel nacional.⁵⁰

El hospital cuenta con los siguientes servicios:

- Consulta externa
- Hospitalización
- Nefrología y diálisis
- Laboratorio

⁵⁰ (Ministerio de Salud Pública MSP, 2015)

- Imagenología
- Rehabilitación
- Anatomía Patológica
- Central de esterilización
- Emergencia

4.1.1 MISIÓN

“Prestar servicios de salud con calidad calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.”⁵¹

4.1.2 VISIÓN

“Ser reconocidos por la ciudadanía como hospital accesible, que prestan atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.”⁵²

⁵¹ (Ministerio de Salud Pública MSP, 2015)

⁵² Ibid.

4.1.3 VALORES INSTITUCIONALES

“**Respeto.**- Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.

Inclusión.- Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.

Vocación de servicio.- Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.

Compromiso.- Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado

Integridad.- Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento.

Justicia.- Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello.

Lealtad.- Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.”⁵³

4.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL ACTUAL

Actualmente el hospital cuenta con un gerente y un director médico quienes encabezan la institución. Además existe un administrador que garantiza la labor de todos los procesos como son: Mantenimiento, Financiero, Laboratorio, Servicios de Hospitalización, Compras Públicas entre otros procesos administrativos y médicos. El hospital cuenta con un total de 1100 trabajadores.

⁵³ (Ministerio de Salud Pública MSP, 2015)

4.3 CLIENTES (PACIENTES)

Los clientes son niños menores de 14 años, 11 meses y 29 días, provienen de la región de la sierra y de la Amazonía, por ser el único hospital de pediátrico de tercer nivel; es decir, esta casa de salud brinda un servicio de especialidades médicas.

4.4 SERVICIO DE EMERGENCIA

El Servicio de Emergencia es la unidad técnica seleccionada para nuestro estudio. La unidad médica brinda atención las 24 horas y 365 días a la población pediátrica menor de 14 años, 11 meses y 29 días. Su función primordial es estabilizar y recuperar pacientes pediátricos gravemente enfermos, mediante la provisión de asistencia integral para diagnóstico y tratamiento inicial.

Actualmente, este servicio dispone de 1 200 m² donde se ubican las siguientes áreas:

- Triage
- Sala de curaciones y yesos
- Admisión
- Consultorios para pacientes con categoría 2,3,4 y 5
- Observación Clínico Quirúrgico
- Observación y atención al paciente crítico
- Sala de espera para familiares
- Sala de entrenamiento para médicos
- Sala para médicos residentes

4.5 ANÁLISIS FODA

El análisis FODA permite analizar la situación competitiva del hospital. En un marco conceptual que facilita la apreciación de las amenazas y oportunidades externas y las fortalezas, debilidades internas del servicio en estudio.

FORTALEZAS

El servicio de emergencia posee cualidades, operativas que le permiten diferenciarse entre otras. Entre las cuales tenemos las siguientes:

- Experticia del personal involucrado en cada uno de sus actividades, permitiendo resolver problemas en tiempos cortos.
- Tener equipamiento de última generación para brinda servicio correcto a un número de 70 a 80 pacientes diarios.

OPORTUNIDADES

Las oportunidades que se presentan son:

- Mejorar la atención brindada al paciente que necesita en grado 2 y 3.
- Ser ejemplo de servicio de calidad a nivel de la red Pública de Salud
- Implementar políticas claras que sirven de guía para poder emprender el cambio a nivel total en la unidad de salud.
- Fomentar una Cultura de calidad, teniendo en claro los objetivos institucionales sin dejar de lado la realización profesional y humana de cada uno de los empleados.
- Contar con certificaciones de calidad internacionales como la ISO 9001, y OHSAS 18001.

DEBILIDADES

Las debilidades encontradas son:

- Ausencia de procesos establecidos o documentados de manera que si el personal es nuevo pierde tiempo en cada actividad y en su ejecución.
- No existe un clima laboral que facilite el trabajo, por lo que es necesario trabajar en Seguridad laboral para motivar al personal.
- Falta de un guía al familiar del paciente para saber cuál es el proceso a seguir.
- No existe una infraestructura para una demanda superior a 80 personas teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la ciudad que nos encontramos.
- No actúan según el protocolo establecido

AMENAZAS

Entre las amenazas tenemos:

- No cubrir demanda en caso de un evento anormal.
- Pérdida de fiabilidad por parte de los clientes.

4.6 ESTRATEGIAS

Estrategias FO: Usar las fortalezas para aprovechar las oportunidades

Estrategias DO: Minimizar debilidades aprovechando oportunidades

Estrategias FA: Usar fortalezas para evitar o reducir el impacto de las amenazas

Estrategias DA: Minimizar las debilidades y evitar amenazas.

- Diferenciación basada en la calidad de los servicios
- Implementar normativa y protocolos fáciles de poner en práctica.

- Mejorar la imagen corporativa a través de las certificaciones internacionales ISO 9001 y OHSAS 18001.
- Implementar sistemas de gestión de calidad para brindar un mejor servicio y evitar la reducción de los volúmenes de venta.
- Desarrollar planes de capacitación del personal para que estén más motivados con su trabajo.

Para un mayor entendimiento y una mejor proyección se ha esquematizado la atención al paciente en el modelo Canvas, estableciendo sus actividades y recursos claves en relación al servicio al paciente; este esquema se le puede apreciar en el Anexo 2.

4.7 PROCESOS GENERALES

4.7.1 PROCESO DE INGRESO PACIENTE

4.7.2 TRIAGE

- El Hospital Baca Ortiz se encuentra enlazado con la red pública de hospitales y el ECU 911, a través del cual se recurre a emergencias en los diferentes puntos de la capital. Otra forma es la asistencia voluntaria con un padre o apoderado.
- El paciente es registrado por un médico residente en la parte de triage de acuerdo o a la sintomatología el paciente es categorizado.
- Si el paciente se encuentra en la escala de 1 a 3 es dirigido a los consultorios de emergencia para el diagnóstico del doctor de turno.

4.7.3 CONSULTORIO DE EMERGENCIA

Si el paciente se encuentra en estado 2 o 3 pasa a los consultorios para un diagnóstico más detallado.

- Si el paciente se determina que se encuentra en estado que compromete su vida, es dirigido a la UCI de Emergencia o en queda hospitalizado para su seguimiento y control.
- Si el paciente necesita una cirugía o atención clínica depende del diagnóstico por lo que puede permanecer hospitalizado y dependiendo de la gravedad puede ser dado de alta el mismo día, terminando así el proceso o puede ser hospitalizado en las diferentes servicios como Neonatología, UCI, lactantes etc.

En este proceso se genera una base datos en el sistema hospitalario Hosvital.

4.7.4 UCI-EMERGENCIA

- En el caso que el paciente sea trasladado de una casa de salud provincial, el niño ingresa directamente a ser hospitalizado al área de Emergencia o UCI de Emergencia, dependiendo de la gravedad de la enfermedad. Los datos son ingresados al sistema y el proceso de atención es el mismo que el paciente ingresado por triage.
- En cualquier de los casos, en caso de un error no previsto por el personal se debe mencionar en un formato para eventos adversos lo cual se debería reducir en base a una correcta atención.

4.7.5 SISTEMA HOSVITAL Y SEGUROS

Para el registro de los datos del paciente tales como, edad, genero, procedencia, diagnostico, datos de los padres se ingresa en el sistema Hosvital, en el caso de hacer uso de algún seguro (como el anterior llamado SOAT), los datos deben ser ingresados otra vez pero en el sistema de seguros generando así una pérdida de tiempo para la atención del paciente.

CAPÍTULO V

DESARROLLO DE MEJORES PRÁCTICAS

La presente propuesta de mejores prácticas tiene como finalidad describir el sistema de gestión que la institución Hospital Baca Ortiz debería implementar para el aseguramiento de la calidad de sus servicios además de garantizar su compromiso con la sus trabajadores a través de una correcta Seguridad y Salud Ocupacional, de acuerdo con los estándares de calidad de la norma ISO 9001:2008 y los requerimientos de la norma OHSAS 18001:2007. En esta propuesta se muestra el alcance y los procesos involucrados así como también las funciones, actividades y responsabilidades del personal.

5.1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA, FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

De acuerdo con la norma ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007 la gerencia del Hospital Baca Ortiz tiene un claro interés por la mejora del servicio de Emergencia en sus distintas actividades, para la implementación de éstos sistemas de gestión es necesario planificar las siguientes actividades:

- Establecer y mantener políticas de gestión y de mejora continua.
- Comunicar al personal la importancia de satisfacer los requerimientos del cliente y la prevención de riesgos laborales, a través de la difusión de las políticas, objetivos e indicadores de la institución.
- Asegurar la disponibilidad de recursos a través de la planeación y aprobación de un presupuesto determinado.

5.1.1 GESTIÓN DE RECURSOS

Hospital Baca Ortiz está convencido que el motor para el desarrollo de una mejora es el personal, para lo cual se establecerá que la ley del servicio público (LOSEP); debe ser cumplida como lo dictamina la capacitación al personal debe por lo menos 2 veces al año, con la ayuda de un responsable de Talento Humano cuya gestión se centrará en la selección de una capacitación, presencial, concreta y servicial de acuerdo a la función de cada funcionario; con el fin de mantener al día los conocimientos de nuevas prácticas. Con este procedimiento se podrá determinar las competencias e identificar las debilidades del personal con el propósito de asegurar un servicio de calidad

5.1.2 PROVISIÓN DE RECURSOS

La gerencia del HOSPITAL BACA ORTIZ determinará y proporcionará los recursos necesarios para mantener los sistemas de gestión, para lo cual se dispondrá un presupuesto. Además, se proporcionará la infraestructura y equipos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.

5.1.3 PROVISIÓN DE RECURSOS

La documentación para establecer un sistema de gestión de calidad incluirá:

- La declaración de la política y los objetivos
- Procedimientos documentados requeridos por las normas ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007.

- Todos los documentos que la institución requiera para asegurar la planeación, operación y control de los procesos, que deben tener soporte de papel y medios electrónicos.

5.1.4 COMUNICACIÓN

La alta gerencia establecerá los canales de comunicación que permitan que la información pertinente sea conocida por todos los niveles de la organización, desde la alta gerencia hasta los empleados y viceversa.

Por otro lado, la institución prevé mantener una buena comunicación interna a través de los siguientes mecanismos:

- Correo electrónico habilitado
- Reuniones formales e informales
- Comunicaciones escritas de forma general para la información de todo el personal
- Carteleras ubicadas en sitios de alta concurrencia

5.1.5 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

La institución realizará el seguimiento de la información referente a la satisfacción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requerimientos y expectativas, mediante la aplicación de encuestas de satisfacción al cliente, que medirá la percepción de satisfacción del cliente con respecto al servicio recibido. Además, se tomarán en cuenta los indicadores a través de los cuales se podrá medir y hacer seguimiento periódico.

5.1.6 AUDITORÍA INTERNA

Las auditorías internas permitirán determinar si los sistemas de gestión están en conformidad con las medidas planificadas y los requisitos de las normas ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007.

A fin de cumplir con dichos requisitos HOSPITAL BACA ORTIZ establecerá anualmente un programa de auditoría interna, el cual se basará en la importancia de los aspectos de los sistemas de gestión. La auditoría interna no solo tendría un enfoque en orden a conseguir una certificación ISO, sino además mejorar para conseguir acreditación Canadá galardón platino una vez conseguida el de oro.

5.1.7 MEJORA

Se diseñará un procedimiento que ayude a la mejora continua de los procesos que incluirá las siguientes actividades:

- Seguimiento de resultados de auditorías internas y externas.
- Análisis de datos
- Revisión por los indicadores
- Proyecto de mejora
- Revisar no conformidades
- Determinar las causas de las no conformidades y corregirlas
- Fomentar una estandarización en el proceso
- Monitorear el proceso y mejorarlo cada día

5.2 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS

Para conocer e identificar los procesos que se llevan a cabo en el área fue necesario conversar con diferentes involucrados como doctores, enfermeras y bioquímicos, en dichas charlas se determinaron los procesos que se ejecutan actualmente y su interrelación con los demás procesos y quienes son los responsables.

Con la información obtenida en esta primera fase se hizo un análisis y depuración de la misma, para lo cual fue necesario llenar una matriz de inventario de procesos, donde se identifica cada proceso.

Tabla 2. Matriz De Inventario De Procesos

MATRIZ DE INVENTARIO DE PROCESOS		
CÓDIGO	NOMBRE	TIPO DE PROCESO
MED-01	Diagnostico	MEDICO
MEDT-01	Diagnostico	MEDICO
ENF-01	Signos vitales y otros	MEDICO

Elaborado: Andrés Semanate

5.2.1 DEFINICIÓN DEL RESPONSABLE

Después de identificar los procesos es importante definir sus responsables, como se ve a continuación:

Tabla 3.Responsables de los Procesos

RESPONSABLES DE LOS PROCESOS			
CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	TIPO DE PROCESO
MED-01	Diagnostico	M EDICO TRATANTE	MEDICO
MEDT-01	Diagnostico	MEDICO	MEDICO
ENF-01	Signos vitales y otros	ENFERMERA	MEDICO

Elaborado: Andrés Semanate

5.3 PRIORIZACIÓN DE LOS PROCESOS

Para cada uno de los procesos identificados se hará el análisis de los cinco aspectos explicados previamente, a fin de determinar aquellos donde es viable su racionalización:

5.3.1 ATENCIÓN AL PACIENTE

Impacto en el cliente: tiene directa relación e impacto con el cliente.

- Grado alto, valor 3

Índice de cambio: se puede mejorar este proceso, con lo que respecta a la infraestructura y al tiempo de espera con el uso de una tecnología adecuada que permita atender mejor a los clientes de acuerdo a sus necesidades.

- Grado alto, valor 3

Condición de rendimiento: se puede mejorar el proceso si se utilizan mejores métodos para atender al paciente.

- Grado medio, valor 2

Impacto sobre la institución: el proceso aporta significativamente a los objetivos de la institución.

- Grado medio, valor 2

Impacto sobre el trabajo: hay recursos designados para la mejora en la atención al cliente y así manejar de una manera adecuada la base de datos.

- Grado alto, valor 3

5.3.2 DIAGNÓSTICO INICIAL TRIAGE

Impacto en el cliente: tiene un gran impacto porque depende de la categorización para su atención oportuna.

- Grado alto, valor 3

Índice de cambio: se debe mejorar el proceso teniendo un protocolo de atención oportuna como el planteado protocolo Manchester, Además de la infraestructura y equipamiento.

- Grado alto, valor 3

Condición de rendimiento: los registros no sirven ya que el paciente pasa al consultorio de emergencia para un nuevo diagnóstico.

- Grado bajo, valor 1

Impacto sobre la institución: el proceso aporta significativamente a los objetivos de la institución.

Grado alto, valor 3

Impacto sobre el trabajo: existe presupuesto para un mejoramiento pero no es realizado.

- Grado alto, valor 3

5.3.3 DIAGNÓSTICO INICIAL CONSULTORIO DE EMERGENCIA

Impacto en el cliente: tiene un gran impacto porque depende de la categorización para su atención oportuna.

- Grado alto, valor 3

Índice de cambio: se debe mejorar el proceso teniendo un protocolo de atención oportuna como el planteado protocolo Manchester, Además de la infraestructura y equipamiento.

- Grado alto, valor 3

Condición de rendimiento: los registros no sirven ya que el paciente pasa al consultorio de emergencia para un nuevo diagnóstico.

- Grado bajo, valor 1

Impacto sobre la institución: el proceso aporta significativamente a los objetivos de la institución.

Grado alto, valor 3

Impacto sobre el trabajo: existe presupuesto para un mejoramiento pero no es realizado.

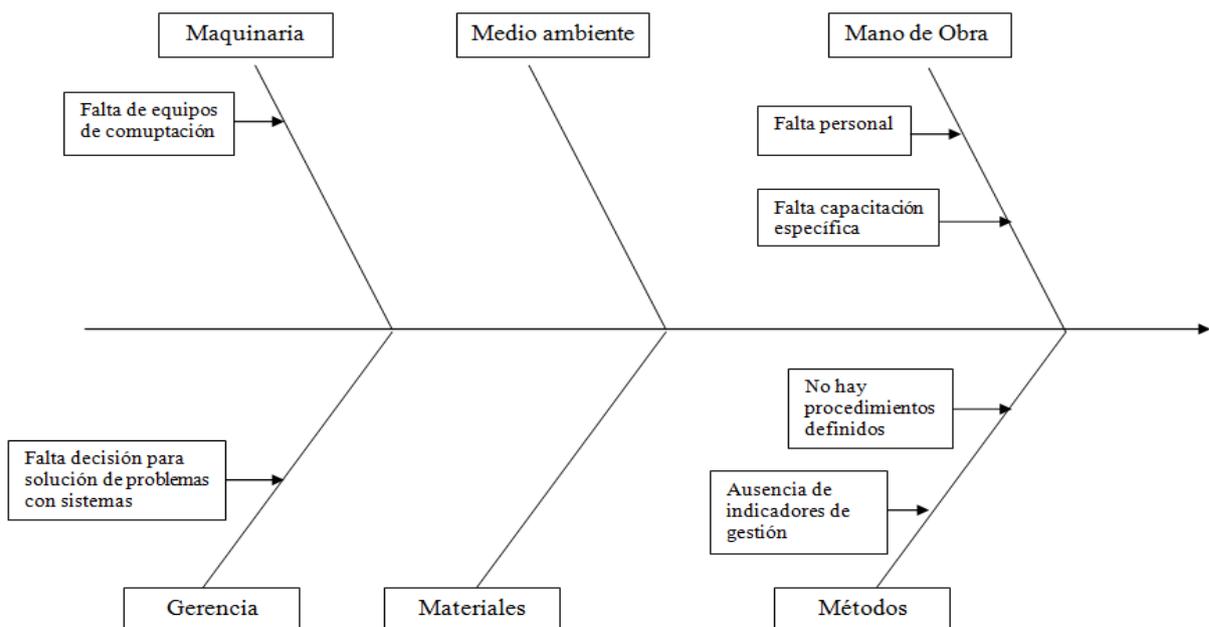
5.4 IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS

1. PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN TRIAGE

PROBLEMA:

No existen una política clara para atender al paciente, el desconocimiento de los familiares hace que el 60% de los niños no tengan una patología emergente, no hay empoderamiento que permita tomar decisiones rápidas, lo que demora el proceso y además la infraestructura es limitante y precaria.

Figura 5. Esquema Pescado Atención Al Usuario



en el cual existen varios errores en las actividades y muchas veces se repiten las acciones, perdiendo tiempo además.

POSIBLES SOLUCIONES:

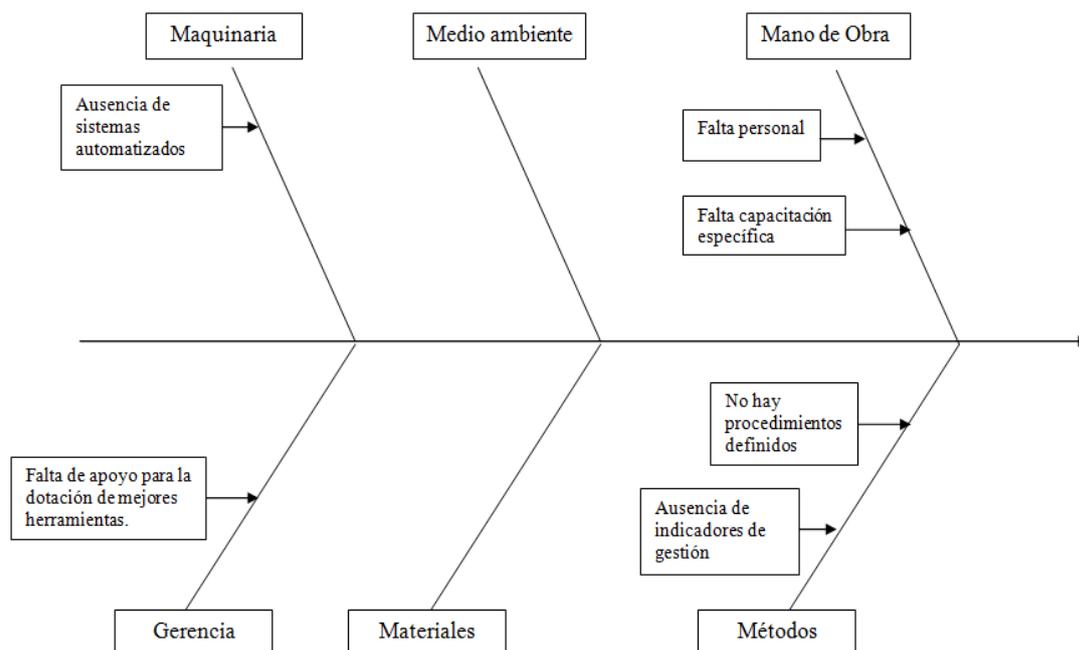
- Establecer un protocolo de atención para el hospital en mención se ha escogido el Manchester Triage Protocolo, por las siguientes beneficios:
 - Refiere a más del 55% de los pacientes clasificados como urgencias sentidas
 - Utilizando este protocolo se reduce el índice de mortalidad de un 30 a 40% en casos de trauma.
 - Faculta a enfermeras a hacer triage.
 - Promedio de atención por paciente: 1 min. 27 Sec. (Portugal)
 - Cero casos incompletos, 1 Crítico 0 minutos Rojo 95% de precisión
- Es necesario cambiar la infraestructura como podemos ver en las imágenes tanto como para seguridad laboral del cliente interno y externo no cumple con las características necesarias para fomentar un trabajo de calidad.
- El sistema debe ser amigable y estar en funcionamiento 7/7 los 365 días del año. Es necesario un cambio del mismo o una mejora conjunta con el departamento de informática.

2. PROCESO DE ATENCIÓN CONSULTORIO DE EMERGENCIA:

PROBLEMA:

No existen mecanismos ni políticas establecidas para el ingreso y atención al usuario.

Figura 6. Pescado Emergencia



Fuente: Hospital Pediátrico Baca Ortiz

CAUSA:

Falta de desconocimiento en procesos.

POSIBLES SOLUCIONES:

Establecer directrices claras que deban seguir las personas del área puede ser en base a un manual de procesos o un protocolo como ya el mencionado.

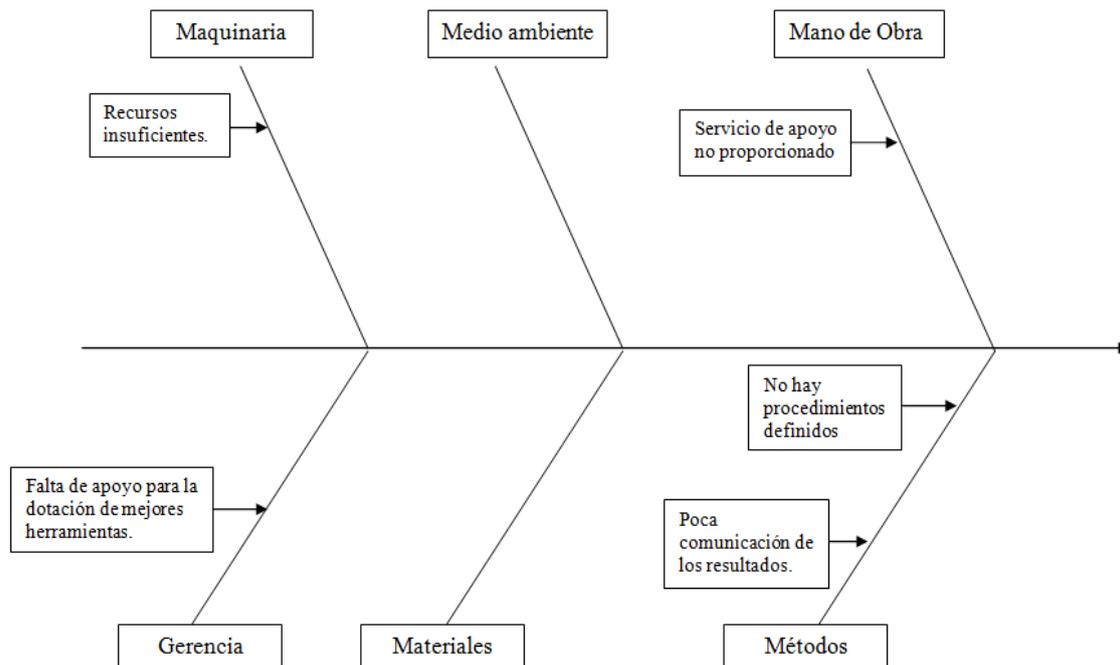
Fusionar la atención de triage y la de consultorios debido a que en las dos sub-áreas se realiza las mismas actividades, teniendo un doble diagnóstico y pérdida de tiempo.

3. PROCESO DE CONTROL INTERNO

PROBLEMA:

No existe un plan de organización que proporcione una apropiada distribución funcional a los trabajadores. Existen días que la carga laboral es no apropiada para una buena atención de calidad.

Figura 7. Pesca Proceso Interno



Fuente: Hospital Pediátrico Baca Ortiz

CAUSA:

Falta de mecanismos paralelos e independientes al sistema para el control interno.

POSIBLES SOLUCIONES:

Establecer sistemas para verificar la calidad de los trabajos e informes de auditoría, así como también medir los niveles de satisfacción de los usuarios del servicio brindado.

5.5 RACIONALIZACIÓN DEL PROCESO

En base a los procesos priorizados se realizó un análisis de cada uno de ellos, con el fin de optimizar de los recursos que cada proceso involucra, utilizando las herramientas previamente descritas para lograr su mejoramiento.

5.5.1 ELABORACIÓN DEL NUEVO PROCEDIMIENTO

Figura 8. Atención al Usuario

DEFINICIÓN DEL PROCESO			
NOMBRE:	ATENCION EN TRIAGE	CÓDIGO:	MED-01
PROCESO:	OPERATIVO	SUBPROCESO:	NO
FINALIDAD:			
Proporcionar un diagnóstico apropiado del paciente.			
LÍMITES DEL PROCESO		FIN DEL PROCESO	
El médico tratante proporciona un diagnóstico certero el cual se registra en el sistema.		El paciente es atendido en el área de emergencia.	
POLÍTICAS, NORMAS Y LEYES			

Se procede a seguir el Protocolo Manchester de triage, además del manual de procesos establecido.

INDICADORES

NUMERO DE PACIENTES INTERNADOS EN EMERGENCIA
TIEMPO DE ESPERA ENTRE PACIENTES

FECHA DE EMISIÓN: 20/06/2014

ELABORADO POR: Andrés
Semanate

**NO.
REVISIÓN:
APROBADO
POR:**

DEFINICIÓN DEL PROCESO

NOMBRE
:

ATENCION CONSULTORIO

CÓDIGO:

MEDT-
01

PROCESO: ATENCION

**SUBPROCE
SO**

NO

**FINALIDA
D:**

TIENE LA MISMA FINALIDAD DEL PROCESO ANTERIOR POR LO QUE SE
ELIMINA

**LÍMITES DEL
PROCESO**

**FIN DEL
PROCESO**

POLÍTICAS, NORMAS Y LEYES	
INDICADORES	
FECHA DE EMISIÓN: 20/06/2015	NO. REVISIÓN:
ELABORADO POR: Andrés Semanate	APROBADO POR:

Fuente: Hospital Pediátrico Baca Ortiz

Figura 9. Control Interno

DEFINICIÓN DEL PROCESO	
NOMBRE : CONTROL INTERNO	CÓDIGO: ENF-01
PROCESO: ENFERMERIA	SUBPROCESO: NO
FINALIDAD:	
Auditoria enfocada al control de los riesgos, a fin de disminuir el riesgo del paciente.	
LÍMITES DEL PROCESO	FIN DEL PROCESO

El auditor interno realiza la evaluación integral de los sistemas de control interno

Coordinar y optimizar los procesos de auditoría. Definir indicadores de desempeño.

POLÍTICAS, NORMAS Y LEYES

Normas de Acreditación Canadá, reglamento interno.

INDICADORES

Número de capacitaciones al año

- Número de nuevas alternativas de mejora en cada proceso
- Valor de ahorros conseguidos
- Número de procesos corregidos

FECHA DE EMISIÓN: 20/06/2014

**NO.
REVISIÓN:
APROBADO
POR:**

ELABORADO POR: Andrés
Semanate

Fuente: Hospital Pediátrico Baca Ortiz

5.6 DIAGRAMA DEL FLUJO DE PROCESO MEJORADO

5.6.1 ATENCIÓN AL PACIENTE TRIAGE

Narrativa Del Proceso Mejorado

HOSPITAL BACA ORTIZ para realizar un servicio de calidad ha diseñado una mejora en la atención de los pacientes prioritarios por lo que se recomendó eliminar el diagnóstico en los consultorios de emergencia y proporcionando un diagnóstico real siguiendo los parámetros del protocolo Manchester en el lapso de 3 minutos.

- Coger un turno para ser atendido

- Tomar los Signos vitales por parte de la enfermera.
- Decir datos personales a fin de ingresar en el sistema.
- Proporcionar información de la sintomatología al doctor de turno.
- El doctor en un lapso de minuto y medio a tres determinará el diagnóstico del paciente a fin de salvaguardar su integridad.
- Si el paciente es categorizado entre prioridad 2 y 3 pasará a ser atendido en las instalaciones de la emergencia, eliminando la vista al consultorio de emergencia.
- El paciente se realizara los exámenes necesarios a fin de tener un respaldo veraz del diagnóstico realizado.
- De acuerdo a la enfermedad y la gravedad el paciente es hospitalizado o atendido por el lapso necesario para reintegrarse a sus actividades normales.
- Se dará el alta del paciente siempre y cuando su salud esté garantizada.

5.6.2 CONTROL INTERNO

A continuación se describen los principales procedimientos de control que se aplican en la institución:

- El líder del servicio solicita al auditor interno elaborar una propuesta del programa anual de auditoría.
- Auditor interno envía propuesta del programa.
- El líder de emergencia autoriza la propuesta si reúne los elementos necesarios.
- El auditor interno recibe la autorización para el programa anual de auditoría y elabora la calendarización de actividades.
- El auditor interno envía al líder de emergencia el calendario de actividades.

- El líder de emergencia aprueba el calendario de actividades si cumple con los requerimientos y expectativas de la institución.
- Una vez aprobado el calendario de actividades el líder de emergencia establece contacto con el procedimiento auditado
- Una de las actividades a agregarse, el auditor interno deberá disponer de información real de la disponibilidad de camas en servicios de hospitalización con el fin de no acumular pacientes en el área de Emergencia.

5.7 MEJORA DE INFRAESTRUCTURA

El propósito de una mejora de infraestructura es el traslado de pacientes, quienes requieren de atención médica inmediata y una rápida respuesta del equipo de salud en el momento oportuno. Por lo que se recomienda que la ubicación de la Unidad de Emergencia deba ser en zonas no vulnerables, ya que no debe estar expuesto a inundaciones, deslizamientos de terreno u otros desastres naturales en una zona de fácil accesos y que esté próxima a la Unidad de Ayuda al Diagnóstico, Centro Quirúrgico y Hospitalización.

La ubicación actual ha permitido la ocurrencia de accidentes con vehículos ubicados en el parqueadero así mismo no existe una viabilidad, facilidad y comodidad para el traslado del paciente entre el triage y el área de hospitalización de emergencia por lo que se debe cumplir con las siguientes consideraciones:

- Facilidad de acceso desde el exterior.
- Edificación de un solo nivel.
- Vulnerabilidad estructural mínima.

- Fácil comunicación con las Unidades de Ayuda al diagnóstico, centro quirúrgico y áreas de hospitalización.
- Área suficiente para abarcar el Programa Médico establecido.

5.8 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Al implementar un plan de mejora para el servicio de Emergencia, con la existencia de un protocolo de triage y con una administración basada en los parámetros de las normas ISO de calidad, se podrá promover que el servicio brindado sea de calidad, eficaz y eficiente lo cual no sólo reducirá la tasa de mortalidad sino proyectará una imagen positiva y real de un servicio de calidad de un Hospital Público.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

Como resultado del análisis e interpretación de los resultados; y, de la propuesta de mejora, se llegó a las siguientes conclusiones:

- No existían procesos formales, por lo que utilizaban diferentes métodos para realizar actividades similares. No se realizaba un seguimiento de actividades, lo que ocasionaba duplicación de trabajos, pérdida de tiempo en el proceso. Además, al no contar con un control, se dificulta la toma de medidas correctivas cuando hay fallas.

Con la utilización de un sistema de gestión por procesos basados en la norma ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007 se ha logrado los siguientes resultados:

- La visión integral de los sistemas de gestión mediante el establecimiento de indicadores para cada uno de los procesos clave facilitará la toma de decisiones y se podrá ofrecer un mejor nivel de servicio de acuerdo con los requerimientos de la norma ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007.

- La institución cuenta con personal profesional capaz de cumplir las funciones encomendadas, así mismo, posee un equipamiento de una gama alta. Sin embargo la infraestructura es un punto a corregir con el afán de cumplir las normas internacionales

RECOMENDACIONES:

- Para cumplir con la propuesta de mejora, se requiere el compromiso de las autoridades y del personal ejecutor, para desarrollar e implementar en la organización la administración por procesos con mejora continua y el uso de un protocolo internacional a fin de optimizar los tiempos y recursos programados en los planes operativos anuales.
- Además, deberán diseñar un módulo de servicio al cliente, que permita realizar evaluaciones periódicas, a fin de adoptar acciones correctivas oportunas, para conseguir óptimos niveles de eficacia y eficiencia institucional y la satisfacción de sus clientes internos y externos.
- Dotar al personal involucrado, de capacitación sobre gestión por procesos; y, seguridad y salud ocupacional; con la finalidad de reducir la presencia de errores de forma y de fondo el servicio, lo que ocasiona reiteradas revisiones y pérdidas de tiempo, con lo cual se logrará atender más pacientes en menos tiempo.

Anexo 1

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL QUE PRESENTA LA INSTITUCION

OBJETIVOS: Realizar un diagnóstico que permita conocer la situación actual de la institución.

Personas encuestadas: 40 entre pacientes, familiares, personal médico y enfermeras.

CUESTIONARIO		SI / DE ACUERDO	MEDIANAMENTE	NO / NO CONOCE
1	¿La Institución dispone de un sistema de gestión de calidad?	1	9	20
2	¿Se ha diseñado y difundido un manual de procedimientos?	3	2	25
3	¿Conoce la Misión, Visión y valores?	6	8	15
4	¿Sabe el procedimiento de ingreso al paciente por emergencia?	18	5	12
5	¿Dispone de información acertada del paciente?	18	4	6
6	¿Cree que la emergencia del Hospital cuenta con una infraestructura adecuada?	6	3	18
7	¿La gestión administrativa y operativa se basa en la administración por procesos?	1	5	20
8	¿Se aplican encuestas o algún mecanismo para medir la satisfacción de sus clientes?	0	0	25
9	¿Sabe qué es y el debido procedimiento en Triage?	10	2	9
10	¿tiene conocimiento de si existe procedimientos de Seguridad Laboral	5	3	20
11	¿Está contento y satisfecho con el servicio que le brindaron? (paciente) y clima laboral (trabajador)	2	2	12

Elaborado: Andrés Semanate

Anexo 2

MISSION: Prestar servicios de salud con calidad calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del

VISION: Ser reconocidos por la ciudadanía como hospital accesible, que prestan atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparent

MODELO CANVAS

AREA DE EMERGENCIA HOSPITAL BACA ORTIZ

<p>8. Socios clave</p>  <p>MSP Fundaciones</p>	<p>7. Actividades críticas</p>  <p>Capacitación Atención al usuario Equipos y suministros Infraestructura</p>	<p>2. Propuesta de Valor</p> <p>Bienestar al Cliente Accesibilidad</p>	<p>4. Relación con clientes</p>  <p>Prioridad de atención Servicios Automatizado</p>	<p>1. Segmento de clientes</p>  <p>Público en general</p>
<p>9. Estructura de Costos</p>	<p>6. Recursos Clave</p>  <p>Tecnológicos - Bases de Datos Recurso Humano Infraestructura Económicos</p>		<p>3. Canales</p>  <p>Atención oportuna Servicio de Calidad Aplicaciones Tecnológicas</p>	
<p>Areas</p>	<p>Estratégias</p>			
<p>Emergencia Triage</p>	<p>Análisis de Atención oportuna en base a nueva tecnologia Manejo Adecuado de Bodegas e Inventarios/ Abastecimiento oportuno y adecuado Capacitación / Beneficios al Presonal / Seleccionar empleados con Orientación al Servicio Mejoramiento Continuo / Auditorías / Estándares de Servicio Excelencia en el Servicio / Anticipación / Servicios Complementarios de Salud / Programas Espec</p>			<p>Innovación</p>

BIBLIOGRAFÍA

55AVA Asamblea Mundial de Salud. (2015). ISO 9001 En el Sector de La Salud.

Recuperado el 04 de 2015, de wWw.icicm.com/files/ISO9000SectorSalud.doc:

wWw.icicm.com/files/ISO9000SectorSalud.doc

Acerbi, Ariberto. (2006). Philosophica. Recuperado el 03 de 2015, de Enciclopedia

Filosofica:

<http://www.philosophica.info/voces/positivismo/Positivismo.html#toc0>, acceso,

martes 3 de febrero 2015.

Avery, Cristine. (2003). The Quality Manegment Source. En C. A. Zabel. London:

Taylor & Francis Library.

Ayal, V. (1998). ¿Qué es la ISO? Calidad y Garantía, 2.

Barrick. (2015). Elementos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud Ocupacional.

Recuperado el 02 de 04 de 2015, de Barrick: [http://barricklatam.com/elementos-](http://barricklatam.com/elementos-del-sistema-de-gestion-de-seguridad-y-salud-ocupacional/barrick/2012-06-27/110327.html)

[del-sistema-de-gestion-de-seguridad-y-salud-ocupacional/barrick/2012-06-](http://barricklatam.com/elementos-del-sistema-de-gestion-de-seguridad-y-salud-ocupacional/barrick/2012-06-27/110327.html)

[27/110327.html](http://barricklatam.com/elementos-del-sistema-de-gestion-de-seguridad-y-salud-ocupacional/barrick/2012-06-27/110327.html)

Beas, E. O. (30 de 01 de 2004). Kaizen como Clave del Cambio Empresarial.

Recuperado el 09 de 01 de 2015, de [http://www.gestiopolis.com/kaizen-como-](http://www.gestiopolis.com/kaizen-como-clave-del-cambio-empresarial/)

[clave-del-cambio-empresarial/](http://www.gestiopolis.com/kaizen-como-clave-del-cambio-empresarial/)

Brenes, L. (2002). Gestion de Comercializacion. San Jose, Costa Rica.: Universidad

Estatat a Distancia.

Ferreira, Diolinda. (17 de 07 de 2008). Mejoramiento Continuo. Recuperado el 2015, de Gestipolis:

<http://www.gestipolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/mejorcont.htm>,

Mejoramiento continuo. Primera Parte

Harrington, J. (1998). Mejorameintos de Procesos De La Empresa. En J. Harrington, Mejorameintos de Procesos de la Empresa. Mc Graw Hill.

Harrington, J. (2005). Admisnitracion por Procesos y Creacion de Valor Publico. Santo Domingo: Editorial Buho.

Hospital los Angeles. (02 de 05 de 2015). Hospital Infantil los Angeles. Recuperado el 05 de 2015, de Hospital Infantil los Angeles: Hospital Infantil los Angeles<http://hinfantil.org/>

Ledesma, R. (2015). Confederacion Granadina De Empresarios. Recuperado el 26 de 02 de 2015, de Calidad y Medioambiente.

Lee J. Krajewski, L. P. (1999). Administracion de Operaciones: Estrategias y Analisis. Massachusetts, Usa.: Addison Wesley.

Legrum-Khaled, N. (2010). A FRAMEWORK FOR QUALITY ADDURANCE AT BUSINESS AT THE BUSINESS UNITOF PFFORZHEIM UNIVERSITY.

Machado, A. M. (1999). La Gestion de la Calidad Total en la Administracion Publica. Madrid: Diaz Santos.

Martinez, J. R. (2003). Guia Metodologica Para La Gestion Clinica Por Proceso. Edicones Diaz De Santos.

Ministerio de Salud Publica MSP. (03 de 01 de 2015). Hospital Pediatrico Baca Ortiz.

Recuperado el 03 de 01 de 2015, de Hospital Pediatrico Baca Ortiz MSP:

<http://www.hbo.gob.ec/>

Mota, T. A. (2007). CPIMC un modelo de administracion por proceso. Mexico:

Panorama Editorial.

Moya, J. L. (2012). Gestion por Procesos y Atencion al Usuario en los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud. Bolivia.

Nicolas Gonzalez, F. M. (2015). www.enferurg.com. Recuperado el 5 de abril de 2015,

de www.enferurg.com: www.enferurg.com/articulos/protocolorac.htm

Palomino, Antonio Enriquez. (2008). OSHAS 8001:2007. Madrid: FC.

Suarez, Manuel F. (Mayo de 2009). Unileon. Es. Recuperado el 2015, de

http://gide.unileon.es/admin/UploadFolder/07_285_311.pd

The Process Practice LTD UK 2001. (2001). Modelo de un Sistema De Gestion de Calidad Basado en Procesos. A Guide for the Adoption of ISO 9001:2000 In Healthcare, (pág. 25). Quito.

Tovar, A. (2007). CPIMC Un Modelo de Administracion por Procesos. En A. Tovar,

CPIMC Un Modelo de Administracion por Procesos (pág. 83). Panorama.

Triage, C. M. (2015). CMT. Recuperado el 25 de 03 de 2015, de Manchester Triage

System: [http://www.ai-paralavida.com/noticias/wp-](http://www.ai-paralavida.com/noticias/wp-content/uploads/2012/04/MTS-web.pdf)

[content/uploads/2012/04/MTS-web.pdf](http://www.ai-paralavida.com/noticias/wp-content/uploads/2012/04/MTS-web.pdf)

Velasco, J. A. (2010). Gestion por Procesos. Madrid: ESIC.

Villacres, D. R. (03 de 01 de 2015). Medico. (A. Semanate, Entrevistador)