



**ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y VINCULACIÓN CON LA  
COLECTIVIDAD**

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS Y DE  
COMERCIO**

**UNIDAD DE GESTIÓN DE POSGRADOS**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL HOSPITALARIA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER EN GERENCIA HOSPITALARIA**

**TEMA: EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN, DISEÑO, DOCUMENTACIÓN Y  
MEDICIÓN DE PROCESOS DEL ÁREA DE ESTADÍSTICA DEL HOSPITAL  
GENERAL ENRIQUE GARCÉS**

**ELABORADO POR: SR. DR. CARLOS NAVAS**

**OCTUBRE, 2012**

**ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO**  
**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS**  
**ADMINISTRATIVAS Y DE COMERCIO**

**CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR**

Que el trabajo titulado: “Evaluación de la gestión, diseño, documentación y medición de procesos del área de estadística del Hospital General Enrique Garcés”, elaborado por Navas García Carlos Fabricio ha sido guiado y revisado periódicamente y cumple normas estatutarias establecidas por la ESPE, en el Reglamento de Estudiantes de la Escuela Politécnica del Ejército. Debido a la alta afluencia de pacientes al área de estadística del Hospital General Enrique Garcés y a la ausencia de procesos, se ha visto la necesidad de evaluar, diseñar, documentar y medir los procesos que permitan a la institución mejorar sus niveles de eficiencia y eficacia encaminados a una administración pública en salud moderna, por lo cual recomendamos su publicación. El mencionado trabajo consta de dos documentos empastados y un CD con la información en formato portátil de acrobat (tipo pdf).

Sangolquí, Octubre del 2012

Dr. Pablo Votruba – DIRECTOR

**ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO**  
**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS**  
**ADMINISTRATIVAS Y DE COMERCIO**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Carlos Fabricio Navas García**

Declaro: Que el proyecto de grado denominado:” Evaluación de la gestión, diseño, documentación y medición de procesos del área de estadística del Hospital General Enrique Garcés”, ha sido desarrollado con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía; consecuentemente este trabajo es de nuestra autoría. En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de grado en mención.

Sangolquí, Octubre del 2012

Dr. Navas García Carlos Fabricio

**ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO**  
**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS**  
**ADMINISTRATIVAS Y DE COMERCIO**

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN**

Carlos Fabricio Navas García con No. de cedula 1002058574 autorizo a la Escuela Politécnica del Ejército la publicación, en la biblioteca virtual de la Institución, del trabajo “Evaluación de la gestión, diseño, documentación y medición de procesos del área de estadística del Hospital General Enrique Garcés”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

Sangolquí, Octubre del 2012

Navas García Carlos Fabricio

**ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO**  
**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONOMICAS**  
**ADMINISTRATIVAS Y DE COMERCIO**

**DEDICATORIA**

Dedico este pequeño y humilde esfuerzo a Dios como muestra de sacrificio y entrega; a mi padre, madre y hermanos, que con su apoyo ha sido posible dedicar tiempo y esfuerzo para concluir con esta etapa de mi vida. A mis compañeros de maestría, quienes han sido un soporte invaluable durante todo este tiempo, compartiendo experiencias y conocimientos que me han ayudado a crecer profesionalmente y como persona.

*NAVAS GARCÍA CARLOS FABRICIO*

**ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO**  
**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS**  
**ADMINISTRATIVAS Y DE COMERCIO**

**AGRADECIMIENTO**

Quiero llegar con un sincero agradecimiento al Hospital General Enrique Garcés y en particular a sus autoridades y personal que labora en esta casa de salud por la apertura que tuvieron para poder realizar este trabajo, además de su predisposición para brindarme toda la información necesaria lo que llevo al éxito del presente proyecto.

Quiero además reconocer la ayuda brindada por el Dr. Pablo Votruba, quien con su tiempo y trabajo supo canalizar mis ideas, que me condujeron a finalizar con éxito el presente proyecto.

**NAVAS GARCIA CARLOS FABRICIO**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR	II
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	III
AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
ÍNDICE DE CONTENIDOS	VII
ÍNDICE DE CUADROS	XI
ÍNDICE DE FIGURAS	XII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XIII
INTRODUCCIÓN	XIV
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
CAPÍTULO I	3
CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1 Título del proyecto de grado	3
1.2 Antecedentes del Hospital General Enrique Garcés	3
1.3 Planteamiento del problema	7
1.3.1 Antecedentes	7
1.3.2 Formulación del problema	9
1.4 Objetivo General	12
1.5 Objetivos específicos	13
1.6 Justificación e Importancia	13
1.6.1 Justificación	13
1.6.2 Importancia	14
CAPÍTULO II	16
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA - MARCO TEÓRICO	16
2.1 Fundamentación Legal	16
2.2 Fundamentación teórica	18
2.2.1 Administración por procesos	18
2.2.1.1 Ventajas de la gestión por procesos	24

2.2.1.2	Desventajas de la gestión por procesos	25
2.2.2	Generalidades de procesos	25
2.2.2.1	Definición de procesos	25
2.2.2.2	Elementos de un proceso	26
2.2.2.3	Clasificación de los procesos	27
2.2.2.4	Jerarquía de procesos	28
2.2.2.4.1	Jerarquía nivel macro-proceso	28
2.2.2.4.2	Jerarquía nivel procesos	29
2.2.2.4.3	Jerarquía nivel subprocesos	29
2.2.2.4.4	Jerarquía nivel actividad	31
2.2.2.5	Diseño de procesos	31
2.2.2.5.1	Levantamiento de Información	31
2.2.2.5.2	Diagrama de Flujo	34
2.2.2.5.3	Manual de procesos	38
2.2.2.6	Medición de procesos	48
2.2.2.6.1	Indicadores	48
2.2.2.6.2	Clasificación de los Indicadores	49
2.2.2.6.3	Elementos de un Indicador	50
2.2.2.6.4	Metodología para generar los indicadores	50
2.2.2.6.5	Utilidad de generar indicadores de procesos	52
2.2.2.6.6	Seguimiento y medición de procesos	53
2.2.2.7	Mejoramiento de procesos	55
2.2.2.8	Ventajas en la mejora de los procesos	56
2.2.2.9	Modernización de los procesos	56
2.2.2.10	Análisis del valor agregado	58
CAPÍTULO III		60
CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN		60
3.1	Metodología e instrumentos de investigación	60
3.1.1	Método de Investigación	60
3.1.2	Instrumentos de la investigación	61
3.2	Población y muestra	65
3.2.1	Población	65



3.2.2 Muestra	66
3.3 Encuesta	68
3.3.1 Encuesta al personal que solicita los turnos al H.G.E.G	68
3.3.2 Encuesta a los pacientes que han sido atendidos por atención médica subsecuente.	68
3.4 Resultados de la investigación	68
3.5 Análisis de la situación actual del área de estadística del Hospital General Enrique Garcés	80
3.6 Conclusiones de resultados Obtenidos	83
CAPÍTULO IV	85
SITUACIÓN ACTUAL DE PROCESOS	85
4.1 Definición del Mapa de procesos	85
4.2 Levantamiento de la información	86
4.3 Inventario de procesos propuesto para el área de estadística	90
4.4 Mejora de los procesos del área de estadística	91
4.5 Formulación de indicadores	92
CAPÍTULO V	94
PROPUESTA	94
5.1 Manual de procesos	96
El manual de procesos así como todos sus elementos, formatos y tablas se encuentran en el Anexo No. 17	96
5.2 Cuadro de indicadores	96
5.3 Monitoreo de indicadores	98
5.4 Plan de implementación	98
5.5 Capacitación al personal de la documentación e indicadores por procesos del área de estadística	99
CAPÍTULO VI	101
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	101
6.1 Conclusiones	101
6.2 Recomendaciones	103
6.3 GLOSARIO DE TÉRMINOS	105
BIBLIOGRAFÍA	107



## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1 Símbolos utilizados para el diagrama de flujo _____	37
Cuadro No. 2: Áreas de Salud con influencia en el H.G.E.G _____	63
Cuadro No. 3 Procesos actuales del H.G.E.G _____	87
Cuadro No. 4 Inventario de procesos _____	91
Cuadro No. 6 Indicadores de Calidad de servicio _____	97

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura No. 1 Ubicación del Hospital General Enrique Garcés _____	6
Figura No 2 Hospital General Enrique Garcés _____	7
Figura No. 3 Área de Estadística Hospital General Enrique Garcés _____	9
Figura No. 4 Configuración del árbol de problemas _____	10

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1: Áreas de salud de influencia del H.G.E.G _____	69
Gráfico No. 2 Personal encargado de solicitar los turnos al H.G.E.G _____	70
Gráfico No.3 facilidad de comunicación con el call center _____	71
Gráfico No.4 adecuada y cordial atención del call center _____	72
Gráfico No.5 Retraso en el tiempo de entrega de los turnos _____	73
Gráfico No.6 Claridad al momento de dar las indicaciones _____	74
Gráfico No. 7 Se debe mantener el sistema de referencia _____	75
Gráfico No. 8 Pacientes atendidos por primera vez y subsecuentes _____	76
Gráfico No.9 Proveniencia de pacientes subsecuentes _____	77
Gráfico No. 10 Indicaciones claras de hora y fecha _____	78
Gráfico No.11 Conformidad con el sistema de entrega de turnos _____	79

## INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública es el ente rector de la salud en nuestro país, como refiere su misión es el encargado de garantizar el derecho a la salud del pueblo ecuatoriano por medio de la promoción y protección de la salud, de la seguridad alimentaria, de la salud ambiental y del acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. Partiendo de esta premisa tenemos que en el sur de la ciudad se cuenta con el Hospital General Enrique Garcés el mismo que desde la década de los 80 ha venido prestando su contingente de profesionales de la salud a favor de toda la población de influencia de esta casa hospitalaria.

Desde su creación esta casa de salud ha venido teniendo una serie de cambios fundamentales en la atención médica y prestación de sus servicios de salud los mismos que siempre han ido en beneficio de los pacientes así como los clientes internos y externos. En el transcurso de los últimos años se ha observado un mejoramiento de las condiciones de salud de la población del sur de la ciudad, sin embargo se registran todavía problemas a nivel administrativo y técnico que contradice de su visión de ser un modelo referencial a nivel ecuatoriano que garantice la salud integral de la población así como el acceso universal a esta red. Se realiza el presente trabajo con el único objetivo de ayudar a mejorar la atención médica en esta casa de salud y que esto sirva de modelo para el resto de Hospitales del país.

## RESUMEN

El presente trabajo “Evaluación de la gestión, diseño, documentación y medición de procesos en el área de estadística del Hospital General Enrique Garcés” describe la situación en la que se encuentra en este momento el área de estadística. Cabe mencionar que se ha realizado el levantamiento de información del área que compete el estudio y esto ha permitido identificar, diseñar y analizar las actividades en las que se desarrolla el área actualmente. Además que ha permitido conocer más a fondo la historia y como ha ido evolucionando esta casa de salud. Luego de realizar todas estas actividades se procedió a realizar el respectivo inventario de procesos, cadena de valor y el mapa de procesos, esto con toda la información que se obtuvo por medio de las encuestas, observación y entrevistas, esto lo he representado gráficamente y luego del análisis procedí a eliminar algunas actividades que no agregaban valor así como se designo personal que deberá cumplir otras actividades y que asegurarían el cumplimiento del proceso. Como se pudo determinar por medio del trabajo realizado el área de estadística pese a que cuenta con actividades que llevan a cumplir un objeto estas actividades no están agrupadas en procesos, peor aún tienen responsables directos, por tal motivo he considerado el trabajar en el área implementando la gestión por procesos y por medio de esta sugiero el manual de procesos, el mismo que incluirá los procesos y subprocesos establecidos en este estudio.

## **ABSTRACT**

The situation in which it is at this time the area of statistics General Hospital Enrique Garcés is described in this article. It is noteworthy that the survey has been conducted in the area of information that falls the study and this has allowed me to identify, design and analyze the processes taking place in the area currently. Furthermore it has allowed me to learn more about the history and how it has evolved this nursing home.

After all these activities proceeded to perform the respective process inventory, supply chain and process map, with all the information that I obtained through surveys, observation and interviews, that I plotted and then the analysis I proceeded to eliminate some activities that did not add value and is designated personnel shall perform other activities that would ensure compliance with the process.

As could be determined by work performed statistical area although with activities they meet an object such activities are not grouped in processes worse are directly responsible for that reason I have considered working in the area implementing process management and through this manual suggest management processes, including the same processes that have been established and improved, allowing socializing among staff working in the area and the staff of General Hospital Enrique Garcés.



# **CAPÍTULO I**

## **CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Título del proyecto de grado**

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN, DISEÑO, DOCUMENTACIÓN Y MEDICIÓN DE PROCESOS EN EL ÁREA DE ESTADÍSTICA DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS.

### **1.2 Antecedentes del Hospital General Enrique Garcés**

El Hospital General Enrique Garcés comúnmente llamado Hospital del Sur es una entidad relativamente joven del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. La creación de esta prestigiosa institución, nació como una necesidad imperante para satisfacer los anhelos de salud de la populosa población del sur de la ciudad de Quito.

Este hospital fue creado para resolver los muchísimos y enormes problemas de salud de este importante sector de la ciudad. La idea de la construcción de esta casa de Salud se la materializa en el año de 1972 en el gobierno del General Guillermo Rodríguez Lara por pedido de los comités de los diferentes barrios del Sur.

Respecto a su ubicación existieron muchas alternativas en primera instancia se lo pensó construir en un sector del Recreo, luego en la alcaldía del arquitecto Sixto Durán Ballén se donó un terreno para este fin en el sector del Pintado, se realizaron muchos estudios y debido a problemas de tipo geológico no se llegó a ejecutar la obra allí, posteriormente se designó el sitio para la construcción en el sector de Chilibulo donde actualmente está situado.

Los comités de los barrios del Sur, conjuntamente con personeros de la Iglesia insistieron y presionaron mucho a las autoridades para que se iniciara su construcción y así el 26 de diciembre de 1975 se coloca la primera piedra para su construcción y se le denomina al Hospital con el nombre de Hospital Enrique Garcés en honor al Dr. Enrique Garcés Cabrera médico quiteño periodista de renombre y sobre todo hombre extraordinario de gran calidad humana.

En el año de 1976 las autoridades del gobierno y de salud decretan la contratación de la construcción y equipamiento del Hospital; esto se hizo realidad en el año de 1979 firmándose en este año la mayoría de contratos para la ejecución de esta obra. Para que esta construcción e implementación se haga realidad el Ministerio de Salud nombra como director del hospital al Dr. Nelson Oquendo quien conjuntamente con un comité de los barrios del Sur formado para el efecto, trabajaron arduamente para que esta obra se hiciera realidad.

En el año de 1981 al terminar la obra física, queda pendiente su equipamiento; en los meses de octubre y noviembre de 1981 siendo ministro de salud el Dr. Francisco Huerta convoca a través del diario El Comercio a concurso de merecimientos para llenar los cargos de profesionales, empleados y trabajadores para laborar en este Hospital, los ganadores de estos concursos en el mes diciembre concurren a esta casa de salud para laborar.

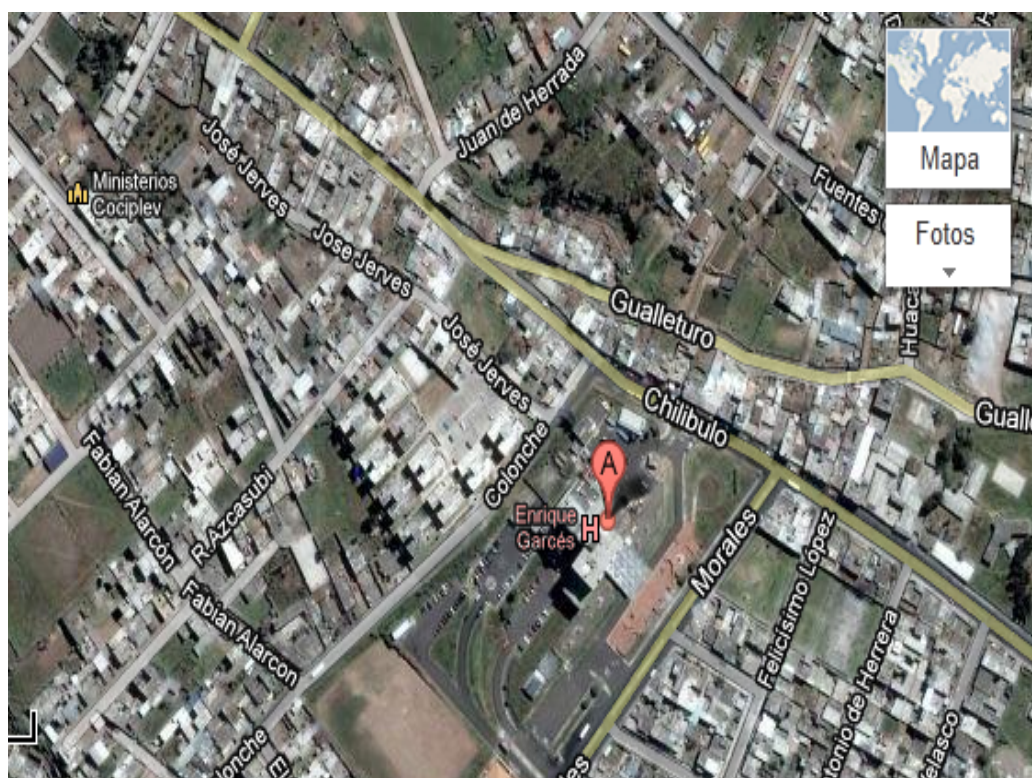
En los primeros meses del año 1982 el ministerio de salud nombra Director titular del hospital al Dr. Jorge Galiano quien comienza su gestión administrativa para hacer una realidad el funcionamiento del Hospital, además son nombrados muchos profesionales, empleados y trabajadores quienes sin terminar la construcción concurren al mismo.

En el mes de marzo de 1982 terminadas completamente la planta baja, primero, segundo, tercero y cuarto piso, el Dr. Francisco Huerta ministro de salud dispone que se realice las gestiones pertinentes a fin de que el Hospital comience a funcionar lo más pronto, debido a que existía mucha presión de los dirigentes barriales y eclesiásticos de los barrios del sur.

En este mes todo el personal nombrado que se encontraba laborando en otras unidades operativas de salud son llamadas a integrarse al hospital y conjuntamente con el Sr. Director comienzan a colaborar para que la apertura se realice. El 22 de mayo de 1982 se realiza la inauguración de la consulta externa del Hospital con una ceremonia sencilla únicamente con la presencia de la Subsecretaria de Salud Dra. Guadalupe Pérez de Sierra. En un inicio se

planifico la inauguración con una ceremonia trascendental con la presencia del Ministro de salud pero por la inconformidad de la población del sur por el retraso de la obra no se pudo realizar de esta forma.

Figura No. 1 Ubicación del Hospital General Enrique Garcés



Fuente: Ministerio de Salud Pública  
Elabora: Autor

Desde el 22 de mayo de 1982 se da inicio a la atención de consulta externa de algunas especialidades básicas hasta llegar en los actuales momentos a una atención integral en medicina interna, gineco-obstetricia, cirugía, pediatría, traumatología, oftalmología, otorrinolaringología, rehabilitación, odontología, enfermería, laboratorio clínico, rayos X, estos a su vez complementados con los servicios de farmacia, trabajo social, estadística,

contabilidad, almacén, recursos humanos, secretaria, y mantenimiento, todo esto distribuido en los 9 pisos que posee el Hospital General Enrique Garcés como se observa en la figura No.2

Figura No 2 Hospital General Enrique Garcés



Fuente: Ministerio de Salud Pública  
Realiza: Autor

### **1.3 Planteamiento del problema**

#### **1.3.1 Antecedentes**

El constante desarrollo de las instituciones de salud nos obliga principalmente a nivel administrativo a analizar y determinar nuevas estrategias

y metodologías con el fin de mejorar la calidad de atención al paciente sea esta a nivel administrativo o a nivel técnico, ya que tanto el cliente externo como el cliente interno lo que busca es eficiencia el momento de ser atendido, lo que se ve reflejado tanto en el correcto diagnóstico de sus patologías así como en la disminución y optimización del tiempo en el cual el paciente permanece en la casa de salud.

Actualmente la asignación de turnos para la atención médica en consulta externa en el Hospital General Enrique Garcés solamente se la hace por medio del sistema de referencia y contra-referencia, es decir el paciente será atendido en esta casa de salud si antes fue referido de una unidad de salud de menor complejidad o nivel I, lo que significa que ya no se entrega turnos por teléfono o directamente al paciente, para lo cual ha existido una campaña de educación a la población dando a conocer el nuevo procedimiento para atención médica por consulta externa.

La normativa legal que rige este sistema es el manual de referencia y contra-referencia de pacientes del M.S.P., en base al cual a partir de septiembre del año anterior se han tomado decisiones radicales para su implementación en la red de salud Sur del DMQ, con lo cual el Hospital General Enrique Garcés fue disminuyendo de manera progresiva la entrega de turnos directamente al paciente y se inicio a trabajar por medio del call center y los agendadores de las aéreas de salud. Como se observa en la figura No. 3 la

congestión en el área de estadística es preocupante por lo que se pretende con el nuevo sistema el mejorar la calidad de atención a los pacientes.

Figura No. 3 Área de Estadística Hospital General Enrique Garcés



Fuente: Hospital General Enrique Garcés  
Realiza: Diario La Hora

### 1.3.2 Formulación del problema

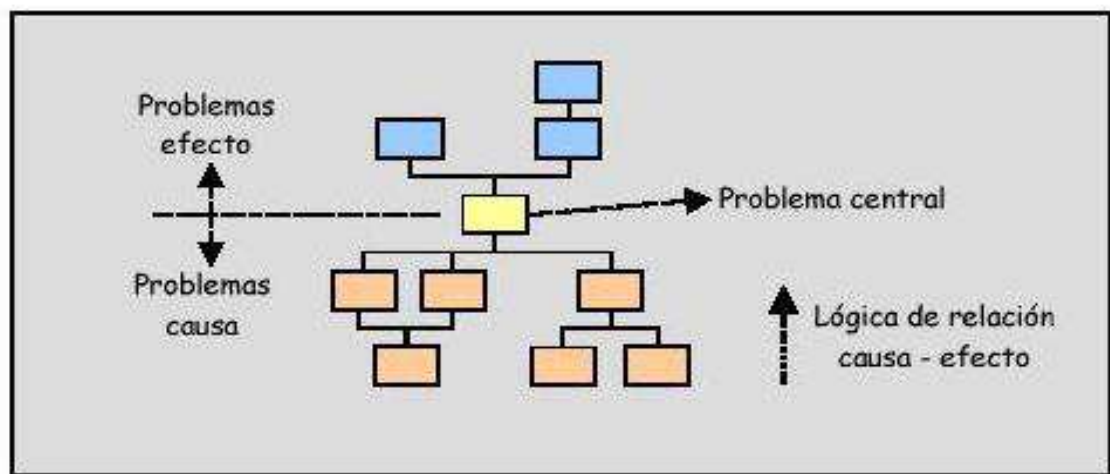
RAMOS, Sandra en la metodología de la investigación (2010) refiere los siguientes pasos a seguir dentro de la metodología científica para la formulación del problema.

- Formular correctamente el problema
- Proponer una tentativa de explicación

- Elegir los instrumentos metodológicos
- Someter a prueba dichos instrumentos
- Obtener los datos
- Analizar e interpretar los datos recopilados
- Estimar la validez

Una de las posibilidades efectivas en la estructuración de los problemas dentro de la metodología científica esta el árbol de problemas como se observa en la figura No. 4, a partir de aquí podremos determinar las posibles causas, el efecto, sus relaciones y determinar el problema central.

Figura No. 4 Configuración del árbol de problemas



**Configuración del árbol de problemas**

Fuente: Metodología de la Investigación  
Realiza: Ramos, Sandra

De acuerdo a lo expuesto la formulación del problema de Investigación el primer paso a seguir, siempre que se desea realizar una investigación, es la elección del tema, definiéndolo con claridad y precisión. La formulación del



problema de investigación es la etapa donde se estructura formalmente la idea de investigación, es este el primer paso, donde se define qué hacer.

El investigador debe plantearse algunas interrogantes como, ¿Es este un problema realmente importante?, ¿Supondrá esta investigación algo importante?, ¿Será interesante y tendrá alguna utilidad inmediata el resultado de la investigación?

En principio la palabra problema se entenderá como cualquier situación actual de índole social, que difiera en alguna medida de la situación ideal, es decir que presente elementos factibles a ser mejorados. El problema deberá cumplir una serie de condiciones que de alguna forma justifiquen el esfuerzo necesario para resolver, entre ellas originalidad, trascendencia, actualidad, relevancia y la probabilidad de permitir el uso de las herramientas intelectuales adquiridas a lo largo de la carrera.

Se debe tomar en cuenta que el problema a investigar es lo que desencadena el proceso de generación de conocimientos, es la guía y el referente permanente durante la producción científica, concluye con la formulación del problema de investigación. No es lo mismo definir un problema y problematizar, aún sabiendo lo que es definir un problema de investigación, se dificulta mucho plantear problemas de investigación. Se pone el énfasis en el proceso (problematización), y no en el producto (problema) que pone en juego un modelo práctico de aprendizaje.

Partiendo de esta premisa y luego de la revisión, análisis e investigación del área de estadística se llegó a la conclusión que una de las principales problemáticas del área es no poseer un manual de procesos ya que se atiende de una forma desorganizada y descoordinada lo que provoca pérdida de tiempo y confusión en el cliente tanto interno como externo lo que produce una disminución en la calidad de atención.

El sistema de la entrega de turnos es otro punto débil del área ya que solamente en la actualidad esta se la hace por medio de la referencia de una unidad de menor nivel de complejidad, fundamentalmente del sector de influencia del Hospital General Enrique Garcés. Además que las actividades que realizan los pacientes que acuden a consulta externa y reciben atención subsecuente, aumentan los tiempos de estancia del paciente en estadística, por lo que se deberá revisar minuciosamente las actividades que desarrolla el paciente previo, durante y luego de ser atendido.

#### **1.4 Objetivo General**

Evaluar la gestión administrativa del área de estadística del Hospital General Enrique Garcés y realizar el levantamiento, elaboración y diseño de los respectivos procesos para mejorar la atención y brindarla oportunamente al paciente.

## **1.5 Objetivos específicos**

**1.5.1** Realizar la evaluación de la gestión administrativa del área de estadística para mejorar la calidad de atención y aumentar la satisfacción de los pacientes que acuden al Hospital General Enrique Garcés.

**1.5.2** Realizar el levantamiento y diseño de los procesos del área de estadística del Hospital General Enrique Garcés para mejorar su gestión administrativa.

**1.5.3** Contribuir para la realización de un manual de procesos de la gestión administrativa del área de estadística en el Hospital General Enrique Garcés.

**1.5.4** Establecer indicadores de gestión para los procesos estandarizados de la gestión administrativa del área de estadística en el Hospital General Enrique Garcés.

## **1.6 Justificación e Importancia**

### **1.6.1 Justificación**

El área de estadística del Hospital General Enrique Garcés tiene una importancia marcada dentro de la casa de salud ya que es la puerta de entrada

para que los pacientes que acuden o requieren atención médica lo puedan hacer de una manera rápida y eficiente. Como se menciona en los antecedentes, la base fundamental del trabajo en salud se basa en el Plan Nacional del Buen Vivir y en especial a lo referente a la salud, todos los profesionales de esta área estamos obligados sea legalmente o moralmente a contribuir con el desarrollo de nuestro país con nuestros conocimientos y experiencias obtenidas durante nuestro estudio del posgrado.

Actualmente en el sistema de salud nacional se ha tenido cambios fundamentales en la atención al paciente principalmente en la admisión a las casas de salud así como la distribución de turnos para la consulta externa de las diferentes especialidades.

Hay que tomar en cuenta que lo que más exige el paciente al momento de ser atendido principalmente en el área de estadística que es la que recibe al paciente es rapidez de atención y tramitación, buen trato, sensibilidad, confidencialidad y buenas explicaciones, lastimosamente todos estos puntos mencionados son ausentes dentro de nuestro sistema de salud.

### **1.6.2 Importancia**

El área de estadística del Hospital General Enrique Garcés cumple varias actividades las cuales deberían ser agrupadas en procesos, por medio de los cuales se ayudara a mantener un correcto orden en el área lo que

permitirá mejorar la atención al cliente interno y externo. Hay que tener en cuenta que mediante la realización, diseño y estandarización de los procesos se podrán detectar problemas y se buscarán oportunidades de mejoramiento lo que llevará a un mejor servicio y a la satisfacción del cliente.

Hay que considerar que el sistema de referencia y contra referencia vigente en la actualidad no solamente en el Hospital General Enrique Garcés posee una serie de inconvenientes ya que mediante este se asignan los turnos para la atención en consulta externa y lo que se pretende es determinar las falencias y mejorarlo con lo que aumentará el nivel de calidad y eficiencia del área

## **CAPÍTULO II**

### **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA - MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Fundamentación Legal**

Conforme han ido llegando los diversos gobiernos en nuestro país se han producido varias reformas principalmente a las leyes y reglamentos incluso constitucionales que han mencionado aspectos críticos de nuestra nación como es la salud. Hay que tomar en cuenta que el presente plan de gobierno se basa fundamentalmente con el Plan Nacional del Buen Vivir en cuyo texto menciona en lo referente a salud los deberes, obligaciones y derechos de los pacientes que son la preocupación primordial de las casas de salud y su ente rector como lo es el Ministerio de Salud Pública.

En la ley promulgada en 1993 en su artículo 73 numeral 2 se faculta al Ministerio de Salud Pública para dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios de cumplimiento obligatorio por parte de todas las entidades de salud. Se describe que la historia clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector.

Adicionalmente el artículo 78 de acuerdo a la ley del ministerio de salud publica en vigencia nos indica que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a la reserva en el cual se registran cronológicamente las

condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en su atención.

Hay que considerar que dentro de la ley 77 de febrero de 1995 se describe claramente la ley de derechos y amparo del paciente beneficia a todos los pacientes sin excepción alguna y nos indica claramente que el paciente tiene derecho a no ser discriminado, el derecho a su confidencialidad, a una atención digna, derecho a ser informado sobre su diagnóstico y evolución, derecho a elegir si recibir o no el tratamiento, y considerando todos estos aspectos fundamentales nos basamos para realizar el siguiente trabajo.

Dentro de la nueva Constitución Política de la República del Ecuador menciona el numeral 20 del artículo 23 consagra a la salud como un derecho humano fundamental y el estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que se asegure la salud, alimentación y nutrición.

Que el artículo 42 de la Constitución Política de la República, dispone que "El estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes. En el artículo 7 literal f menciona el tener una historia clínica única y redactada en términos precisos,

comprensibles y completos, así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a la cual se le deberá agregar su epicrisis.

En el Plan Nacional del Buen Vivir que se encuentra desarrollando el Gobierno Ecuatoriano en lo referente al área de salud han existido avances notables fundamentalmente en el derecho a garantizar la salud, su promoción y protección incorporando practicas de medicina tradicional y alternativas, involucrando a todos los sectores y actores responsables en los ámbitos nacional, provincial y local, mediante la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, de manera desconcentrada, descentralizada y participativa, cumpliendo con los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia.

## **2.2 Fundamentación teórica**

### **2.2.1 Administración por procesos**

Ramírez L. (2004) en Investigación Científica. Metodología y diseño de proyectos refiere que “la gestión por procesos alinea los objetivos de la organización con las expectativas y necesidades de los clientes, muestra como se crea valor en la organización, señala como están estructurados los flujos de información y materiales, indica como realmente se realiza el trabajo y como se articulan las relaciones proveedor cliente entre funciones”.



La administración por procesos supone reordenar flujos de trabajo de toda la organización, con el fin de dar una atención y respuesta única que va dirigida tanto a aumentar la satisfacción de los usuarios como a facilitar las tareas a los recursos humanos y que requiere la implicación de todo el personal. Sin duda la administración por procesos supone un cambio, pero un cambio que trata de construir una nueva calidad y no de eliminar la anterior.

Según Calle, Alberto (2008) La gestión por procesos se enmarca en la gestión de la calidad, y constituye una herramienta útil para el desarrollo de una de las estrategias centrales del plan de calidad, se describe dentro de los procesos el enfoque centrado en el usuario, esto supone un cambio cultural en la organización, puesto que se toma en cuenta desde el principio las necesidades y expectativas de los usuarios, y se mide su grado de satisfacción.

Para llegar al éxito en la administración por procesos se requiere compromiso del personal, ello obliga a trabajar en equipo, aunando los esfuerzos de profesionales de diferentes disciplinas, además de homogeneidad. Se necesita además sistema de información integrado que permita evaluar las actividades que se realizan, además de continuidad, es una de las características más importantes y permite eliminar actuaciones inútiles, romper interfases y rellenar momentos o espacios en blanco en la gestión de los servicios que se ofrecen a los usuarios. A su vez, uno de los factores clave para lograr la continuidad es la coordinación horizontal y vertical en la organización.

Cuando se trata de calidad total, los métodos tradicionales de homologación no son suficientes. Es necesario asegurarse no solo de unas determinadas características del producto o servicio. Se trata de certificar que la organización o institución está en posición de ofrecer realmente, y seguir ofreciendo en el futuro, los productos/servicios en cuestión con las características que se especifican, con los cumplimientos de entrega que se prometen, con la atención que el usuario espera, etc., es decir, calidad Total .

Según Mora, Martínez (2002) La gestión tradicional ha estado orientada al efecto, el beneficio, olvidando su principal causa inmediata, contar con usuarios satisfechos y fieles. Cada persona concentra su esfuerzo en la tarea que tiene asignada, tratando de hacerla conforme a las instrucciones y especificaciones recibidas, pero con poca información con relación al resultado final de su trabajo. Esta estructura piramidal, muy válida en organizaciones donde las decisiones siempre las toma el gran jefe, empieza a tener dificultades cuando se exige calidad total en cada operación, en cada transacción, en cada proceso; pues obliga a ese gran jefe a multiplicarse, sobre todo en la supervisión. Así mismo, el tecnicismo y un falso sentido de la especialización individual, junto con la competencia interna y la jerarquización feudal de muchas organizaciones, han llevado a sus integrantes a estar orientados a su tarea personal.

El origen de las estructuras tradicionales se basa en la fragmentación de procesos naturales, producto de la división del trabajo (Taylor), y posterior agrupación de las tareas especializadas resultantes en áreas funcionales o

departamentos. En estas estructuras tradicionales; ningún director de área es el único responsable del buen fin de un proceso, ya que la responsabilidad está repartida por áreas y en una misma transacción intervienen varias áreas. Así le tocaría a la dirección general responsabilizarse de ello.

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

Según Beltrán Carmona, (2003) La organización es un sistema de sistemas, cada proceso es un sistema de funciones y las funciones o actividades se han agrupado por departamento o áreas funcionales. La gestión por procesos consiste, pues, en gestionar integralmente cada una de las transacciones o procesos que la organización realiza. Los sistemas coordinan las funciones, independientemente de quien las realiza. Toda la responsabilidad de la transacción es de un directivo que delega, pero conservando la responsabilidad final del buen fin de cada transacción. La dirección general participa en la coordinación y conflictos entre procesos pero no en una transacción o proceso concreto, salvo por excepción.

Cada persona que interviene en el proceso no debe pensar siempre en cómo hacer mejor lo que está haciendo (división del trabajo), sino por qué y para quién lo hace; puesto que la satisfacción del usuario interno o externo viene determinada por el coherente desarrollo del proceso en su conjunto más que por el correcto desempeño de cada función individual o actividad.

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

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

Dentro de la administración por procesos se determinan algunas características como las de analizar las limitaciones de la organización funcional vertical para mejorar la competitividad de la organización.

Además que reconoce la existencia de los procesos internos (relevante), identifica los procesos relacionados con los factores críticos para el éxito de la

organización o que proporcionan ventaja competitiva. Nos ayuda a medir su actuación (calidad, costo y plazo) y ponerla en relación con el valor añadido percibido por el usuario e identifica las necesidades de usuario externo y orientar a la organización hacia su satisfacción.

Otra de las características es entender las diferencias de alcance entre la mejora orientada a los procesos (qué y para quien se hacen las cosas) y aquella enfocada a los departamentos o a las funciones (cómo se hace): Productividad del conjunto frente al individual (eficacia global frente a efectividad parcial).

Según Harrington, James (2004) Para alcanzar el éxito dentro de esta organización por procesos se deberá tener en cuenta que la organización en torno a resultados no a tareas. Que se deberá asignar responsabilidades personales a cada proceso. No se debe olvidar el establecer en cada proceso un indicador de funcionamiento y objetivo de mejora. Hay que mantenerlos bajo control, reduciendo su variabilidad y dependencia de causas no aleatorias (utilizar los gráficos de control estadístico de procesos para hacer predecibles calidad y costo). Se deberá medir el grado de satisfacción del usuario interno o externo, y ponerlo en relación con la evaluación del desempeño personal.

La dificultad, grande por cierto, no estaba en la componente técnica de esta forma de gestionar una organización, sino en el cambio de actitud de las personas. Algunos de los paradigmas bajo los que nos hemos educado, como la lógica Tayloriana, el organigrama y la Jerarquía, han de ser puestos en

entredicho, al igual que determinados valores culturales vistos ahora como un freno a la creatividad.

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

#### **2.2.1.1 Ventajas de la gestión por procesos**

Mora Martínez (2002) refiere que las instituciones sanitarias convergen numerosos tipos de actividades como pueden ser la actividad asistencial de primer nivel o especializada, la hostelería, la actividad económico administrativa, la ingeniería, el mantenimiento y toda una serie de actividades de apoyo y servicio que son imprescindibles y de muy diversas características. Debido a esta gran diversidad y a la complejidad inherente a todos los procesos que se ejecutan en las instituciones sanitarias, existen altas probabilidades de incurrir en errores y desaprovechar recursos tanto humanos como materiales. Una gestión por procesos estructurada con los recursos y coordinación adecuada permite optimizar de forma significativa la utilización de los recursos y mejorar la calidad asistencial.

### **2.2.1.2 Desventajas de la gestión por procesos**

Mora Martínez (2002) menciona que las dificultades sanitarias son complejas, están sometidas frecuentemente a una gran variabilidad y regidas por personas con formaciones y criterios dispares, que condicionan el transcurrir de cada proceso con sus decisiones. La organización de los centros sanitarios en comportamientos funcionales estancados entorpecen la fluidez de las actividades que conforman el proceso. La gestión por procesos supone un cambio radical de la organización, y por lo tanto su implantación es compleja.

## **2.2.2 Generalidades de procesos**

### **2.2.2.1 Definición de procesos**

De acuerdo a la Real Academia Española se define a los procesos como “la acción de avanzar o ir para adelante al paso del tiempo y al conjunto de etapas sucesivas advertidas en un fenómeno natural necesarias para concretar una operación superficial”.

En el marco económico se habla de proceso productivo para hacer mención a la transformación de entradas (insumos) en salidas (bienes y servicios), gracias al aprovechamiento de recursos físicos, tecnológicos y humanos, entre otros.

Según refiere JARAMILLO Oscar (2007) proceso se refiere al cambio de estado, desde un estado inicial, hasta un estado final.

De todo lo expuesto podría definir a la palabra proceso como un conjunto de actividades inter relacionadas que se caracterizan por requerir ciertos insumos y tareas particulares que implican valor añadido con miras a obtener ciertos resultados.

#### **2.2.2.2 Elementos de un proceso**

ROJAS Luis (2003 Bolivia) refiere que un proceso se compone fundamentalmente de algunos elementos como son una entrada, una salida, los controles, los recursos y los límites. La **entrada** son todos los requisitos que se deben tener antes que una función sea aplicada, es el insumo que responde al estándar o criterio de aceptación definido. Se tiene los **recursos y estructuras** que son los encargados de transformar el insumo de la entrada, tal vez es el elemento más importante del proceso por su función ya que es el encargado de sumarle el valor agregado y entre los que tenemos a maquinas, personas, especificaciones, procedimientos, controles.

Siguiendo los elementos del proceso tenemos la **salida**, luego de haber sido transformado se convierte en un bien o servicio y representa algo de valor para el cliente interno o externo.



El **sistema de medidas y control** los cuales serán los encargados de determinar si esta el producto está listo para salir, y los **limites y conexiones** con otros procesos es decir delimitan su grado de acción.

### 2.2.2.3 Clasificación de los procesos

Existen un sin número de clasificaciones de los procesos, adaptados generalmente a su aplicabilidad dentro de una organización. Dentro de nuestro estudio y de acuerdo a Rojas Luis (2003) Los procesos se clasifican en Gobernantes los cuales son los que se relacionan con la organización y su entorno, obedecen a las políticas y estrategias corporativas, que a su vez están alineadas a la misión, visión, valores, marcando las directrices y campo de acción para el resto de los procesos. Son de carácter global y se establecen en función de la planificación estratégica definida en excelencia por la gerencia estratégica generalmente en el mediano plazo.

Además tenemos los procesos **operativos** son aquellos que permiten implantar o desarrollar la estrategia de la institución sanitaria, algunos ejemplos tenemos en el sistema de dirección, planificación estratégica, marketing, desarrollo de alianzas estratégicas, evaluación.

Por último los procesos de soporte o **Apoyo** que son los que permiten la operación de la institución sanitaria y sin embargo no son considerados claves

por la misma, por ejemplo los procesos de auditoría interna, procesos de mantenimiento, etc.

#### **2.2.2.4 Jerarquía de procesos**

MORA Martínez (2002) refiere desde el punto de vista macro, los procesos son las actividades claves que se requieren para manejar y, o dirigir una organización. Esta jerarquía muestra cinco niveles: nivel macro-proceso, nivel proceso, nivel subproceso, nivel actividades y nivel de tareas específicas a realizar en un proceso concreto.

##### **2.2.2.4.1 Jerarquía nivel macro-proceso**

A nivel del macro-proceso se trata de una representación global, ya definida, de los procesos que desarrolla la organización en su conjunto. Sería, por tanto, una representación única para todos los procesos integrados dentro del Sistema Nacional de Salud, un esquema global del proceso de atención sanitaria a través de los diferentes proveedores de servicios que la integran. Por consiguiente, para la representación gráfica de procesos asistenciales partimos de la jerarquía de proceso.

A nivel de proceso corresponde a la representación gráfica de un proceso de atención concreta en un Establecimiento de Saludo. Al tratarse de procesos integrados, se representa globalmente el proceso en su flujo por los diferentes proveedores de la organización y, por tanto, figurarán los distintos niveles asistenciales implicados en la atención.

#### **2.2.2.4.2 Jerarquía nivel procesos**

MORA Martínez, (2002) refiere que para la representación gráfica de un proceso, este nivel muestra una visión global de las diferentes actividades que desarrolla el mismo en los distintos escenarios donde se propone su realización. Tiene especial importancia ya que consigue visualizar la amplitud real del proceso desde la entrada del paciente, los diferentes proveedores que intervienen (consultas, hospitalizaciones, cirugía...) y las diferentes salidas en función de la resolución de las necesidades de los usuarios (alta, seguimiento...). Esta posibilidad de representación gráfica del proceso de forma global hace recomendable que este jerarquía nivel proceso se dibuje de manera provisional en las primeras sesiones de trabajo de grupo, para que la descripción de entradas y salidas del proceso, así como su definición funcional, se visualicen claramente y estén, a su vez, en consonancia con la representación gráfica de las actividades del proceso.

#### **2.2.2.4.3 Jerarquía nivel subprocessos**

Parafraseando a MORA Martínez, podemos decir que una vez diseñado el esquema gráfico del conjunto de actividades que componen el nivel proceso, el segundo paso consiste en profundizar un poco más en estos grupos de actividades. Se trata de responder a la pregunta ¿qué hacemos? pero más detalladamente que en el nivel de proceso.

Este nivel necesita generalmente de varios esquemas gráficos que representan los diferentes subprocesos en los que se puede descomponer el proceso integrado que se está representando, su amplitud y características dependen de las particularidades de cada proceso. La representación de las actividades es con más detalle y de forma sencilla para facilitar la comprensión del proceso.

Por tanto, en su interior, contiene de forma ligada las actividades directamente relacionadas con los servicios facilitados a los usuarios, es decir, las entradas de los usuarios al subproceso (paciente desde atención primaria, reingresos.): dependiendo del subproceso de que se trate las entradas serán diferentes y más de una. Las salidas del subproceso. Pueden ser igualmente una o varias salidas (ingreso en hospitalización, derivación a Consultas Externas, finalización del proceso,...).

Son recomendaciones específicas, aspectos concretos contenidos en guías de práctica, normativa legal, etc. Los recursos también denominados mecanismos son los medios necesarios para poder realizar las actividades del subproceso. Expresan los procesos de soporte mencionados en el nivel de proceso, pero de una forma concreta y dirigida exclusivamente a las necesidades del subproceso que se está representando.

#### **2.2.2.4.4 Jerarquía nivel actividad**

Es la representación gráfica a través del diagrama de flujos, en el que se desglosan las actividades de un proceso, a la vez que se muestra la persona que desarrolla la actividad, los tiempos de ejecución o el lugar en el que se realiza la actividad o se entrega el servicio.

Cada una de las casillas de este diagrama puede contener, a su vez, otro esquema de flujo gramal lineal, y así sucesivamente hasta la última jerarquía de nivel de tarea –detalle- al que se quiera llegar.

#### **2.2.2.5 Diseño de procesos**

##### **2.2.2.5.1 Levantamiento de Información**

Tenemos que tener en cuenta que para poder realizar el levantamiento de la información utilizaremos un conjunto de elementos organizados que se encuentran en interacción, que busca alguna meta en común, operando para ello sobre datos para producir como salida información. Es importante tener en cuenta que antes de elaborar un instrumento de levantamiento de información es necesario tener una idea clara o un esquema de lo que se pretende buscar.

Ramírez L (2004) refiere algunas de las técnicas para el levantamiento de la información como la entrevista, las técnicas audiovisuales, observación

de actividades, cuestionarios, inspección bibliográfica o documental, simulación, Técnica Delphi, técnicas del Grupo Nominal (TGN).

#### **2.2.2.5.1.1 Entrevista**

La entrevista estructurada constituye un interrogatorio, para el cual se han preparado previamente un conjunto de preguntas. Las preguntas se formulan siempre en el mismo orden y en los mismos términos; el interrogador anota las respuestas en forma textual o atendiendo a un código. La entrevista no estructurada: Deja al entrevistado mayor margen de libertad e iniciativa, se utilizan preguntas abiertas, no hay formas estándar.

Se debe considerar para la entrevista el determinar la posición que ocupa el entrevistado en la organización, el preparar el cuestionario de la entrevista. Se debe fijar límite de tiempo para la entrevista y hacerlo conocer al entrevistado, además de ser cortés y comedido, no emitir juicios de valor (objetividad) y hay que conservar el control de la entrevista, evitar las divagaciones y los comentarios.

Dentro de las ventajas de la entrevista se podría indicar que es una técnica eficaz para averiguar qué dice, qué hacen los clientes internos o externos, cual es la tendencia, además que las respuestas se pueden tratar estadísticamente y se puede lograr mayor porcentaje de respuestas, hay que tener en cuenta que se puede repreguntar para aclarar respuestas ambiguas y se complementan las respuestas verbales con los gestos y otras manifestaciones de la comunicación no verbal.

Pero en la entrevista también existen ciertas limitaciones como el cierto subjetivismo al no otorgar la misma validez a la respuesta de acuerdo a la persona que responda. Si la persona que entrevista o la que responde tiene limitaciones en expresión verbal, no se aprovechó la entrevista. La información que se obtiene es estática (lo que la persona dice que hace), hay que considerar que el entrevistado puede no estar dispuesto a contestar, lo que puede ocasionar que pueda bloquearse, y responder de forma no sincera, o tal vez puede ser sincero y sin embargo no expresar la respuesta en la forma adecuada.

#### **2.2.2.5.1.2 Técnicas Audiovisuales**

En casos muy especiales (sobre todo en procesos productivos en los cuales el proceso o procedimiento está constituido por un gran número de movimientos, se pueden utilizar películas, vídeos o cualquier método que permita grabar el proceso y luego someterlo a un análisis detallado. En la observación general se pretende obtener una visión global del medio ambiente del sistema.

Aunque fundamentalmente la observación se la debe hacer sobre personal seleccionado, por ejemplo, sobre los vendedores, los oficinistas, el personal de almacén, profesores, o sobre aquel que labora en cualquier otra actividad específica. También se puede hacer la observación de la ruta o camino: esta observación sigue un documento o forma.; en esta observación se encuentra un valioso auxiliar en los gráficos o diagramas.

### **2.2.2.5.1.3 Encuesta o Cuestionario**

Dentro de una encuesta el cuestionario puede ser de respuestas directas que se utiliza en las entrevistas estructuradas o también pueden ser cuestionario de respuestas indirectas también llamados de encuesta por correo.

De acuerdo a que la respuestas estén preestablecidas (codificadas) o no, se podrían tener cuestionarios pre-codificados, en los cuales el encuestado solo debe señalar la respuesta con una cruz o una palabra. O también cuestionarios post codificados, son aquellos cuyas respuestas son libres, preguntas abiertas.

La ventaja de esta técnica es el menor costo que la entrevista y otras técnicas, menores gastos y uso del personal y mayor cobertura respecto al número de personas y área físicas. Además del menor peligro de distorsión en las respuestas, así con mayor tiempo para reflexionar sobre las mismas.

Pero hay que considerar las limitaciones de esta técnica principalmente que no se puede solicitar aclaratorias a ciertas respuestas. Se debe tomar en cuenta la dificultad para verificar la información o puede haber un gran número de cuestionarios no respondidos.

### **2.2.2.5.2 Diagrama de Flujo**

La paternidad del diagrama de flujo es en principio algo difusa. El método estructurado para documentar gráficamente un proceso como un flujo



de pasos sucesivo y alternativo, el "proceso de diagrama de flujo", fue expuesto por Frank Gilbreth, en la Sociedad Americana de Ingenieros Mecánicos (ASME), en 1921, bajo el enunciado de "Proceso de Gráficas-Primeros pasos para encontrar el mejor modo". Estas herramientas de Gilbreth rápidamente encontraron sitio en los programas de ingeniería industrial

Sin embargo, según explica Douglas Hartree fueron originalmente Herman Goldstine y John von Neumann quienes desarrollaron el diagrama de flujo (inicialmente llamado "diagrama") para planificar los programas de ordenador. Las tablas de programación original de flujo de Goldstine y von Neumann, aparecen en un informe no publicado, "Planificación y codificación de los problemas de un instrumento de computación electrónica, la Parte II, Volumen 1 "(1947), reproducido en las obras completas de von Neumann. Inicialmente los diagramas de flujo resultaron un medio popular para describir algoritmos de computadora, y aún se utilizan con este fin. Herramientas como los diagramas de actividad UML, pueden ser considerados como evoluciones del diagrama de flujo.

El diagrama de flujo es la representación grafica del algoritmo o proceso. Se utiliza en disciplinas como programación, economía, procesos industriales y psicología cognitiva. Estos diagramas utilizan símbolos con significados definidos que representan los pasos del algoritmo, y representan el flujo de ejecución mediante flechas que conectan los puntos de inicio y de fin de proceso.

Según Harrington James (1994) Un diagrama de flujo siempre tiene un único punto de inicio y un único punto de término. Las siguientes son acciones previas a la realización del diagrama de flujo:

- Identificar las ideas principales a ser incluidas en el diagrama de flujo, deben estar presentes el autor o responsable del proceso, los autores o responsables del proceso anterior y posterior y de otros procesos interrelacionados.
- Definir qué se espera obtener del diagrama de flujo.
- Identificar quién lo empleará y cómo.
- Establecer el nivel de detalle requerido.
- Determinar los límites del proceso a describir.

Se describe a continuación los pasos a seguir para construir el diagrama de flujo:

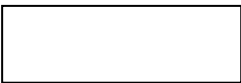
- Establecer el alcance del proceso a describir. De esta manera quedará fijado el comienzo y el final del diagrama.
- Identificar y listar las principales actividades/subprocesos que están incluidos en el proceso a describir y su orden cronológico.
- Si el nivel de detalle definido incluye actividades menores, listarlas también.
- Identificar y listar los puntos de decisión.
- Construir el diagrama respetando la secuencia cronológica y asignando los correspondientes símbolos.

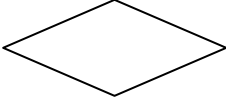


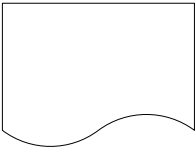
- Asignar un título al diagrama y verificar que esté completo y describa con exactitud el proceso elegido.

De lo que se ha analizado sobre los diagramas de flujo principalmente nos favorece la comprensión del proceso al mostrarlo como un dibujo. El cerebro humano reconoce muy fácilmente los dibujos. Un buen diagrama de flujo reemplaza varias páginas de texto. Además permiten identificar los problemas y las oportunidades de mejora del proceso. Se identifican los pasos, los flujos de los re-procesos, los conflictos de autoridad, las responsabilidades, los cuellos de botella, y los puntos de decisión. Hay que tomar en cuenta que muestran las interfaces cliente-proveedor y las transacciones que en ellas se realizan, facilitando a los empleados el análisis de las mismas.

Los diagramas de flujo son una excelente herramienta para capacitar a los nuevos empleados y también a los que desarrollan la tarea, cuando se realizan mejoras en el proceso. La simbología principal utilizada es la que se observa en el Cuadro No. 1

Cuadro No. 1 Símbolos utilizados para el diagrama de flujo

<p>RECTANGULO</p> 	<p>FUNCION : Se utiliza para hacer referencia una actividad. Se debe incluir en el rectángulo la descripción de la actividad.</p>
---	---

<p>DIAMANTE</p> 	<p>FUNCION: Se utiliza en los momentos del proceso donde se tomar una decisión. Los flujos en la decisión se manejan con las palabras verdadero o falso, Si o No.</p>
<p>DIRECCION DEL FLUJO</p> 	<p>FUNCION: Se utiliza para indicar la dirección y el orden en los pasos del proceso. Indica el movimiento de un símbolo a otro.</p>
<p>INICIO O FIN</p>  <p>DOCUMENTO</p> 	<p>FUNCION: Este círculo alargado se utiliza para indicar el inicio o fin del proceso.</p> <p>Documento: Indica que dentro del proceso existe o se realizara un documento</p>

Fuente: Notas de diagrama de Flujo Ing. Cadena Jaime

Realizado: Autor

### 2.2.2.5.3 Manual de procesos

Un manual es una recopilación en forma de texto, que recoge minuciosa y detalladamente las instrucciones que se deben seguir para realizar determinada actividad de una manera más sencilla, para que sea fácil entender y permita al lector desarrollar correctamente la actividad propuesta.

El manual de procesos y procedimientos documenta la experiencia, el conocimiento y las técnicas que se generan en un organismo; se considera que esta suma de experiencias y técnicas conforman la tecnología de la organización, misma que sirve de base para que siga creciendo y se desarrolle.

Cuando se documenta la tecnología, se contribuye a enfocar los esfuerzos y la atención de los integrantes de una organización hacia la mejora de los sistemas de trabajo y su nivel de competitividad.

CALLE, Alberto (2008) refiere que el Manual de Procesos de una organización es un documento que permite facilitar la adaptación de cada factor de la empresa (tanto de planeación como de gestión) a los intereses primarios de la organización. Permite conocer el funcionamiento interno por lo que respecta a descripción de tareas, ubicación, requerimientos y a los puestos responsables de su ejecución.

Además que auxilian en la inducción del puesto, al adiestramiento y capacitación del personal ya que describen en forma detallada las actividades de cada puesto. Sirve para el análisis o revisión de los procedimientos de un sistema. Interviene en la consulta de todo el personal que se desee emprender tareas de simplificación de trabajo como análisis de tiempos, delegación de autoridad, etc.

Nos ayuda también para uniformar y controlar el cumplimiento de las rutinas de trabajo y evitar su alteración arbitraria. Determina en forma más sencilla las responsabilidades por fallas o errores, además que facilita las labores de auditoría, evaluación del control interno y su evaluación.

Es necesario para aumenta la eficiencia de los empleados, indicándoles lo que deben hacer y cómo deben hacerlo. Ayuda a la coordinación de actividades y evitar duplicidades. Construye una base para el análisis posterior del trabajo y el mejoramiento de los sistemas, procedimientos y métodos.

El objetivo fundamental del manual de procesos es el tener un documento que permita uniformar y controlar el cumplimiento de las rutinas de trabajo y evitar su alteración arbitraria; simplificar la responsabilidad por fallas o errores; facilitar las labores de auditoría, la evaluación del control interno y su vigilancia, que tanto los empleados como sus jefes conozcan si el trabajo se está realizando adecuadamente; reducir los costos al aumentar la eficiencia general, además de otras ventajas adicionales.

ROJAS Luis, (2003) refiere que los responsables dentro de los procesos que conforman el manual son las unidades administrativas y/o puestos que intervienen en cualquiera de sus fases. Dentro de las políticas se incluyen los criterios o lineamientos generales de acción que se determinan en forma explícita para facilitar la cobertura de responsabilidad de las distintas instancias que participan en los procesos. Además deberán contemplarse todas las normas de operación que precisan las situaciones alterativas que pudiesen

presentarse en la operación de los procedimientos. Se debe definir perfectamente las políticas y/o normas que circunscriben el marco general de actuación del personal, a efecto de que esté no incurra en fallas.

Los lineamientos se elaboran clara y concisamente, a fin de que sean comprendidos incluso por personas no familiarizadas con los aspectos administrativos o con el procedimiento mismo. Deberán ser lo suficientemente explícitas para evitar la continua consulta a los niveles jerárquicos superiores.

Una vez que se ha cumplido con levantamiento de información como se ha explicado anteriormente y con la realización de los respectivos procesos tomando en cuenta todos sus elementos se procederá a integrar el manual, para tal actividad se requiere convocar a todos los partícipes de la presentación del manual, para revisión del contenido y presentación de cada apartado. Iniciamos con la validación, la información verificada de cada área o unidad administrativa deberá presentarse a la persona entrevistada para que firme de conformidad en un espacio específico para este objetivo; debe verificar que la información esté completa y comprensible, y que se encuentre firmada por cada área, los involucrados en la presentación del manual deben reunirse para compaginar e integrar el proyecto final del manual.

Según Castillo Manuel, (2003) Para seleccionar las recomendaciones más viables, se toma en cuenta su costo, recursos necesarios para aplicarlas y sus ventajas y limitaciones. Las recomendaciones pueden ser de mantenimiento, las cuales son las encargadas de la preservación general de la

misma estructura orgánica, funciones, sistemas, procedimientos, personal y formas.

De eliminación, las mismas que refieren la supresión de sistemas, reemplazo de formas, registros e informes, eliminación total o parcial de procedimientos, bajas de personal, desaparición de áreas o unidades administrativas, etc.

De adición, que siguen la introducción de un nuevo sistema, incremento del número de operaciones en determinado proceso, aumento de personal o programas, etc.

De combinación, que se basa en intercalar el orden de aplicación de programas de trabajo, combinar el orden de las operaciones de un proceso, compaginar la utilización de formas de uso generalizado con nuevas formas, etc.

De fusión, que tienden a la agrupación de áreas, unidades administrativas o personas bajo un mismo mando, unificación de formas, registros e informes, etc. De modificación, que recomiendan hacer cambios en los procesos o las operaciones, reubicación física de personal, equipo o instalaciones, redistribución de cargas de trabajo, modificación de formas, registros, informes y programas, etc.

De simplificación: reducción de pasos de un procedimiento, introducción de mejoras en los métodos de trabajo, simplificación de formas, reportes,



registros, programas, etc. De intercambio, que promueven el re direccionamiento de funciones, procedimientos, recursos, personal o flujo del trabajo entre áreas u organizaciones del mismo grupo o sector.

Para entregar los resultados del estudio es necesario redactar un informe, en el que además de exponer las razones que llevaron a obtenerlos, incorpore la información estratégica del proyecto que le permita a la alta dirección la toma de decisiones oportuna y correcta.

El informe consta de los siguientes elementos, generalmente:  
Introducción: es el resumen del propósito, enfoque, limitaciones y el plan de trabajo. La parte principal o cuerpo es la sección donde se anotan los hechos, argumentos y justificaciones, conclusiones y recomendaciones, apéndices o anexos, inclusión de gráficas, cuadros y demás instrumentos de análisis administrativo que se consideren elementos auxiliares para apoyar la propuesta y recomendaciones.

Una vez que el manual ha quedado debidamente estructurado, el encargado del proyecto debe someterlo a las instancias procedentes para su aprobación; convocará a su grupo de trabajo para la última revisión de la documentación que se presentará.

Es recomendable que a nivel directivo esta presentación parta en un documento síntesis derivado del informe, cuya extensión no sea mayor a treinta cuartillas, para que en caso de ser analizado, requiera de un mínimo de tiempo

que deje un lapso adicional para explicaciones, así como para intercambio de opiniones.

Si el tiempo de que se dispone es muy breve, el documento síntesis puede ser entregado a las autoridades correspondientes y hacer la presentación del manual exclusivamente con el apoyo de equipos de cómputo, láminas o audiovisuales, donde se destaquen los elementos más relevantes para el proceso de toma de decisiones. El documento síntesis puede subdividirse en el siguiente capitulado.

Introducción, con una breve descripción de las causas que generaron la necesidad de preparar el manual, los mecanismos de coordinación y participación de empleados para su desarrollo, así como los propósitos y explicación general acerca de su contenido.

El análisis de la estructura organizacional donde se hará una exposición de la génesis y desarrollo de la organización, es decir los cambios, sucesos y vicisitudes de mayor relevancia que ha afrontado en forma total o parcial y que influyeron en la decisión de preparar el manual. El diagnóstico de la situación actual, tomando en cuenta la definición de las causas y/o problemas que originaron el estudio y que justifican los cambios o modificaciones que se proponen en el manual.

Las propuestas de mejoramiento se las debe hacer por medio de la presentación de alternativas de acción para la organización, ventajas y

desventajas que pueden derivarse, implicaciones de los cambios, así como los resultados que se espera obtener con el manual.

Además hay que considerar la estrategia de implantación, la explicación de los pasos sucesivos o etapas previstas para poner en práctica el manual y las medidas de mejoramiento administrativo derivadas de él. Asimismo, la forma en que se efectuarían los cambios previendo los factores sobresalientes de actuación de las áreas, unidades, mecanismos y funcionarios involucrados en el esfuerzo.

No hay que olvidar el seguimiento, control y evaluación: precisión de los mecanismos de información, proceso de control y evaluación, así como los criterios y medidas que podrían tomarse en cada caso.

Hay que realizar la exposición a los niveles departamentales, de oficina o de área también puede basarse en el documento síntesis, pero tratando siempre de hacerlo en la forma más accesible posible para facilitar su comprensión. Asimismo, servirá para fortalecer el compromiso entre todas las partes involucradas, elemento fundamental para el posterior seguimiento y evaluación de las actividades.

Una vez que el grupo responsable de la elaboración del manual haya recabado e integrado las observaciones surgidas en los diferentes niveles de decisión, debe coordinarse con la unidad o área que maneja los recursos económicos para que éste sea reproducido para su distribución e implantación.

Para este efecto, el líder del proyecto debe suministrar los parámetros técnicos para el diseño de la impresión.

Por último habrá que determinar la implantación del manual que representa el momento crucial para traducir en forma tangible las propuestas y recomendaciones en acciones específicas para elevar la productividad, mejorar la coordinación, agilizar el trabajo y homogeneizar el conocimiento de la dinámica y componentes organizacionales.

Para la implantación del manual de procesos se deberá hacer la selección del método administrativo que debe estar estrechamente relacionado con los elementos de la estructura tales como el tipo de manual, cobertura, recursos asignados, nivel técnico del personal, clima organizacional y el entorno, en función de estas variables, las alternativas para implantarlos son:

El método instantáneo, que generalmente es el más utilizado, ya que la decisión de preparar manuales administrativos en la mayoría de los casos proviene de los más altos niveles de la estructura de una organización, lo cual les confiere una naturaleza o validez casi obligatoria. También se adopta cuando la organización es nueva, si no se involucra a un número amplio de unidades administrativas, si es relativamente sencillo, si no implica un gran volumen de funciones, sistemas u operaciones, o si en la organización existe una sólida infraestructura administrativa.

El método del proyecto piloto, esta forma de implantación implica aplicar el contenido del manual en sólo una parte de la organización, con la finalidad

de medir los resultados que ello genera, el beneficio que pueda aportar radica en que permite realizar cambios en una escala reducida, llevando a cabo cuantas pruebas sean necesarias para determinar la viabilidad de la propuesta. Una probable desventaja de este método es que no siempre es posible asegurar que lo que es válido para los proyectos piloto se destinan recursos y una atención especial que no puede a toda la organización.

El método de implantación en paralelo, que se lo pone en práctica cuando se trata de manuales de amplia cobertura, que implican el manejo de mucha información o de carácter estratégico, un volumen considerable de recursos o para garantizar la seguridad de todo un sistema de trabajo, se emplea este método que implica la operación simultánea, por un periodo determinado, tanto del ambiente de trabajo o condiciones tradicionales como las que se van a implantar. Esto permite efectuar cambios sin crear problemas, ya que las nuevas condiciones accionan libremente antes de que se suspendan las anteriores.

El método de implantación parcial o por aproximaciones sucesivas. Este método, de gran utilidad para implantar manuales que implican modificaciones sustanciales a la operativa normal, consiste en seleccionar parte de su contenido o de áreas específicas para introducir los cambios sin causar grandes alteraciones, y dar el siguiente paso sólo cuando se haya consolidado el anterior, lo que permite un cambio gradual y controlado.

La utilidad de los manuales administrativos radica en la veracidad de la información que contienen, por lo que se hace necesario mantenerlos permanentemente actualizados por medio de revisiones periódicas. Para ello es conveniente evaluar en forma sistemática las medidas de mejoramiento administrativo derivadas de la implantación del manual, así como los cambios operativos que se realicen en la organización.

Dentro del contenido y siguiendo la estructura del manual de procesos tenemos que nuestro manual poseerá una caracterización del área de estadística, así como una breve reseña histórica, la estructura organizacional, se dará a conocer los productos y servicios así como la cadena de valor del H.G.E.G., su mapa de procesos, así como el objetivo, el alcance y el glosario de términos. El mapa de procesos del área de estadística contara con sus respectivos subprocesos y su inventario así como los anexos que constaran de la descripción de los procesos, los diagramas de flujo y la tabla de indicadores.

## **2.2.2.6 Medición de procesos**

### **2.2.2.6.1 Indicadores**

Los indicadores de gestión son medidas utilizadas para determinar el éxito de un proyecto o una organización. Estos son una expresión matemática de lo que se quiere medir, con base en factores o variables claves y tienen un objeto y cliente predefinido.

Ramírez L (2004) refiere que los indicadores de suelen establecerse por los líderes del proyecto u organización, y son posteriormente utilizados continuamente a lo largo del ciclo de vida, para evaluar el desempeño y los resultados.

Los indicadores de gestión suelen estar ligados con resultados cuantificables, como ventas anuales o reducción de costos en manufactura.

#### **2.2.2.6.2 Clasificación de los Indicadores**

Existen diversas clasificaciones de los indicadores de gestión, de entre las cuales tenemos según los expertos en contabilidad gerencial se clasificarían en 6 tipos; de ventaja competitiva, de desempeño financiero, de flexibilidad, de utilización de recursos, de calidad de servicio y de innovación. Los dos primeros son de "resultados", y los otros cuatro tienen que ver con los "medios" para lograr esos resultados.

Otros los clasifican en tres dimensiones: económicos (obtención de recursos), eficiencia (producir los mejores resultados posibles con los recursos disponibles) y efectividad (el nivel de logro de los requerimientos u objetivos).

Otro acercamiento al tema de los indicadores de gestión es el Balanced Score card, que plantea la necesidad de hacer seguimiento, además de los tradicionales indicadores financieros, de otros tres tipos: perspectiva del cliente, perspectiva de los procesos y perspectiva de mejora continua.

Tradicionalmente, las empresas han medido su desempeño basándose exclusivamente en indicadores financieros clásicos (aumento de ventas, disminución de costos, etc.). La gerencia moderna, sin embargo, exige al gerente realizar un seguimiento mucho más amplio, que incluya otras variables de interés para la organización.

#### **2.2.2.6.3 Elementos de un Indicador**

Para que un indicador de gestión sea útil y efectivo, tiene que cumplir con una serie de características, entre las que destacan: Relevante (que tenga que ver con los objetivos estratégicos de la organización), Claramente Definido (que asegure su correcta recopilación y justa comparación), Fácil de Comprender y Usar, Comparable (se pueda comparar sus valores entre organizaciones, y en la misma organización a lo largo del tiempo), Verificable y Costo-Efectivo (que no haya que incurrir en costos excesivos para obtenerlo).

#### **2.2.2.6.4 Metodología para generar los indicadores**

Toda propuesta de trabajo requiere del establecimiento de una metodología que ayude a sistematizar el trabajo y que aporte los puntos clave para desarrollar con éxito los objetivos que se persiguen. Por este motivo, en este apartado analizamos la metodología necesaria para la construcción eficaz de una batería de indicadores. Asimismo, el procedimiento debe alcanzar el máximo consenso entre todos los miembros de la organización y la terminología utilizada debe ser comprensible y aceptada por dicho conjunto. Es



otras palabras, la información que del sistema se derive no puede presentar ninguna confusión que lleve a interpretaciones equívocas entre los distintos niveles organizativos.

Para la creación de los indicadores se debe realizar la selección de aquellas actividades que se consideren prioritarias. Para ello se trata de establecer una relación valorada (por ejemplo, de 0 a 10) según el criterio que se establezca, que permita priorizar todas las actividades. En esta reflexión puede incluirse una columna en la que conste el porcentaje de tiempo dedicado por el personal de la organización en cada actividad, dado que resulta recomendable centrarse en las tareas que consuman la mayor parte del esfuerzo de la plantilla.

Para poder establecer los indicadores inicialmente hay que determinar que se desea medir, Una vez descritas y valoradas las actividades se deben seleccionar los destinatarios de la información, ya que los indicadores diferirán sustancialmente en función de quién los ha de utilizar. En esta fase de la reflexión debe precisarse la periodicidad con la que se desea obtener la información. Dependiendo del tipo de actividad y del destinatario de la información, los indicadores habrán de tener una u otra frecuencia temporal en cuanto a su presentación.

Finalmente, deben establecerse referentes respecto a su estructura, proceso o resultado, que pueden ser tanto internos a la organización, como

externos a la misma y que servirán para efectuar comparaciones. En el proceso de formulación de los indicadores se identifican asimismo los factores-clave del éxito, que son las capacidades controlables por la organización en las que ésta debe sobresalir para alcanzar los objetivos: capacidad de conseguir satisfacción de los usuarios, la capacidad para producir servicios de calidad, la capacidad para realizar entregas rápidas y fiables, y la capacidad para aprender.

A su vez, cabe remarcar que los indicadores se estructuran, en general, en torno a las cuatro perspectivas clave de una organización pública: perspectiva de los usuarios, perspectiva de los resultados económico-financieros, perspectiva de los procesos internos y perspectiva de los empleados.

#### **2.2.2.6.5 Utilidad de generar indicadores de procesos**

Se debe generar indicadores por que la empresa u organización tome decisiones, además que necesita saber su grado de eficiencia por qué no se puede tomar decisiones a ciegas o por suposiciones. Además es necesario conocer si se está por el camino correcto dentro del funcionamiento de cada área y si es necesario mejorar sobre la marcha. Se necesita conocer en la actualidad el estado de la empresa.

Por medio de los indicadores podremos interpretar lo que está ocurriendo y por medio de esto introducir cambios y/o mejoras y así evaluar sus

consecuencias en el menor tiempo posible, además hay que analizar la tendencia histórica y apreciar la productividad a través del tiempo. Nos ayudara a establecer la relación entre productividad y rentabilidad para poder direccionar o re direccionar los planes financieros, y así poder medir la situación de riesgo de la empresa.

#### **2.2.2.6.6 Seguimiento y medición de procesos**

La razón de ser de un sistema de medición es comunicar, entender, orientar y compensar la ejecución de las estrategias, acciones y resultados de la organización o empresa. Los procesos que comúnmente integran un sistema de medición son la planificación, el presupuesto, la información, el seguimiento, la evaluación y la compensación.

Uno de los problemas más habituales es su alineación; cada uno de estos procesos es "gerenciado" por organizaciones distintas, por responsables distintos, en muchos casos ninguno de ellos se "hablan"; mientras que el proceso de planificación lo ejecuta de forma separada la organización de planificación, los procesos de asignación de recursos, información y seguimiento los ejecuta la organización de finanzas, los procesos de Evaluación y Compensación son administrados por la organización de Recursos Humanos.

Esta falta de alineación genera inconsistencia al momento de clarificar, jerarquizar, comunicar, ejecutar y medir la estrategia. Lo que para una

organización es importante para otra no lo es, lo que para una organización es urgente para otra no lo es, en fin no hay una integración de todos y cada uno de los componentes de la empresa en pos de un objetivo único o consistente para la empresa.

Implementar una estrategia para lograr el futuro elegido implica una combinación apropiada de estructura y control. La estructura asigna las tareas y precisa como se coordinan, sin embargo no da el suministro de motivación suficiente para que funcione la estructura y surge la necesidad del control.

Un tipo importante de problemas que abordan los sistemas de medición pueden llamarse limitaciones personales: Las personas no siempre entienden lo que se espera de ellas, pueden carecer de algunas habilidades requeridas, de capacitación o de información.

Por otro lado algunos individuos deciden no desempeñar bien lo que se les encarga porque sus objetivos individuales y los de la organización pueden no coincidir perfectamente. Hay una incongruencia de objetivos.

El seguimiento de la gestión debe estar orientado al futuro. Un buen sistema de medición debe considerar las dimensiones significativas de una actividad con objetivos múltiples. Un mayor control y seguimiento de la gestión no siempre es económicamente deseable.

### **2.2.2.7 Mejoramiento de procesos**

La mejora en los procesos a levantarse y diseñarse se centra en la propuesta de solución, en el análisis de la eliminación de las actividades que no aportan valor añadido o en la estandarización y el control del proceso; pero otros muchos pueden ser los puntos de mejora, entre ellos: la formación y desarrollo de los individuos y, en especial, de las competencias.

Chiavenato A. en Administración de procesos administrativos afirma que “hoy el enfoque al cliente interno y externo es imposible sin la gestión y mejora de los procesos; pero deberá hacerse con enfoque holístico, su éxito está en el carácter integral de la solución, en dedicarle prioridad a aquellos procesos que más aporten a la empresa, por su repercusión en el cumplimiento de los objetivos y de la estrategia, su impacto en el cliente y la factibilidad de obtener los resultados en el menor plazo posible”.

Beltran, Carmona, Carrasco, Rivas y Tejedor (2003) refieren que entre las herramientas más utilizadas para el mejoramiento de los procesos están el diagrama pareto, el diagrama causa efecto, el histograma, la hoja de datos, la hoja de control, Gráfico de control, diagrama de dispersión y la estratificación, aunque existen herramientas alternativas como son el diagrama de flujo, la lluvia de ideas, etc.

No importa como se le llame, con seguridad esta selección recaerá en aquellos procesos asociados al corazón de la empresa; pero hacerlo sustentado en principios metodológicos y organizados, siempre será una garantía de éxito para la empresa que redundará en los clientes.

#### **2.2.2.8 Ventajas en la mejora de los procesos**

Torres A. (2008) refiere que para poder ejecutar un proceso hay que inicialmente ponerlo en ejecución, además de definir un conjunto de pautas o instrucciones sobre cómo debe ser ejecutado el proceso. Hay que comprobar que el proceso haya sido ejecutado mediante las instrucciones que estaban previstas. Una vez que se han dado todas estas acciones se procede a ver los aspectos positivos y negativos para proceder a mejorarlos.

Hay que tomar en cuenta que la ventaja de la mejora es tener una mejora continua de los procesos principalmente de la calidad por medio de la eficiencia y eficacia, hay que mencionar que por medio de esta técnica se podrá dar el mejor servicio tanto al cliente interno como externo, además que se podrán ir corrigiendo errores sobre la marcha, sea a nivel de recursos físicos, económicos o humanos.

#### **2.2.2.9 Modernización de los procesos**

Torres A (2008) describe que esta actividad se realiza a través de algunas herramientas como la identificación de opciones de mejoramiento y la implementación de las mismas hasta lograr un proceso mejorado que satisfaga

las expectativas del usuario, minimizando los recursos empleados y haciéndolos flexibles a las nuevas necesidades del usuario y la Empresa. Otra herramienta importante de la modernización es la que se hace a través de la eliminación de la burocracia suprimiendo tareas administrativas, aprobaciones y papeleos innecesarios. También se puede eliminar la duplicación mediante la supresión de actividades idénticas que se realizan en partes diferentes del proceso.

Hay que tomar en cuenta que para la modernización de los procesos hay que realizar la evaluación del valor agregado, estimando cada actividad del proceso de la empresa, para determinar su contribución a la satisfacción de las necesidades del usuario además de reducir la complejidad del proceso.

Se debe también reducir el tiempo del ciclo del proceso, determinando las formas de aminorar el tiempo del ciclo para satisfacer o exceder las expectativas del usuario. Hay que considerar el garantizar la realización correcta de la actividad, mediante la eficiencia en la utilización de los recursos, hacer uso efectivo de los recursos humanos, tecnológicos, físicos, financieros y de información y del ambiente de trabajo para mejorar el desempeño general.

Hay que utilizar un lenguaje simple, reduciendo la complejidad en los documentos escritos o en las formas verbales de comunicación; hacer que las personas que utilizan los documentos, puedan comprenderlos fácilmente. Elegir una forma sencilla de realizar una actividad, y hacer que todos los colaboradores lleven a cabo esa actividad del mismo modo todas las veces.

Se debe realizar alianzas con proveedores, el resultado del proceso depende, en gran parte, de la calidad de las entradas que recibe el proceso. El desempeño general de cualquier proceso aumenta cuando mejora la calidad en las entradas de sus proveedores internos y externos.

Y por último se deberá automatizar y/o mecanizar el proceso, aplicando herramientas, equipos y computadores a las actividades rutinarias y que demandan mucho tiempo, para liberar a los empleados a fin de que puedan dedicarse a actividades más creativas.

#### **2.2.2.10 Análisis del valor agregado**

El valor agregado es el resultado de aquellas operaciones que la organización debe realizar para satisfacer solo los requerimientos del cliente. El modelo del valor agregado trata de explicar lo que los clientes quieren, por que los quieren y como los quieren, y como los procesos son capaces de suplir esas necesidades.

TORRES A. (2008) menciona que el valor agregado o añadido es un concepto de uso en la economía, finanzas, contabilidad. Desde el punto de vista contable es la diferencia entre el importe de las ventas y el de las compras. Es decir entre precios del mercado y costos de producción. A nivel empresarial el costo beneficio, esto es la diferencia entre el ingreso de una empresa y los costos de materia prima y el capital fijo y variable.



En términos económicos, el valor agregado es el valor adicional que adquieren los bienes y servicios al ser transformados durante el proceso productivo. En otras palabras el valor económico que un determinado proceso productivo adiciona al ya plasmado en las materias primas utilizadas en la producción.

Para hacer el análisis del valor agregado de las actividades partimos con el flujo grama de procesos para obtener la secuencia de actividades. Luego mediante el uso de la hoja de medición de tiempos de proceso obtenemos los tiempos correspondientes de cada una de las actividades.

Se ingresa las actividades en el cuadro de Análisis de Actividades siguiendo la secuencia de las mismas, luego clasificar por tipo de actividad y más tarde colocar los tiempos de cada actividad. Una vez completado el cuadro se contabiliza los datos por tipo de actividad obteniendo así el número y el tiempo total por tipo de actividad. El valor agregado puede estimarse para una empresa, un sector de la economía o para una región o país, o incluso para la economía internacional. La técnica de la matriz insumo-producto determina la corriente anual de bienes y servicios, obtenidos en función de los insumos o recursos utilizados procedentes de otros núcleos productivos.

## **CAPÍTULO III**

### **CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 Metodología e instrumentos de investigación**

##### **3.1.1 Método de Investigación**

Tras la continua disputa de la metodología cuantitativa y cualitativa surge un nuevo elemento de controversia en la investigación científica que es el método mixto. Hay que tomar en cuenta que en este método se pueden llevar a cabo una investigación mixta en cuanto a conocimiento y habilidades, recursos y tiempo aunque si los problemas se puede afrontarlos solamente con un método se reducirían costos.

En la investigación se ha tomado en cuenta el método mixto ya que la información a recolectarse será cualitativa y cuantitativa, además se deberá tener la capacidad de transformar, asociar, y/o combinar distintos tipos de datos. En otro aspecto se considero que esta investigación requiere el método mixto ya que dentro de la información requerida y que consta como parte del proceso cuantitativo tenemos documentos, indicadores y estadísticas secundarias, los cuales luego del análisis produciremos puntuaciones y valores numéricos.

En lo que concierne al método cualitativo se tendrá que realizar entrevistas, observaciones, anotaciones, biografías, lo que producirá principalmente para el análisis, texto transcrito, anotaciones, datos visuales y auditivos. Todo este material principalmente lo obtendremos de los pacientes que acuden a la consulta externa subsecuente así como el personal de agendadores de las 11 áreas de salud de influencia del Hospital General Enrique Garcés.

Además hay que tomar en cuenta que nuestro estudio será descriptivo ya que describiremos situaciones, contextos y eventos fundamentalmente mediante las acciones y actividades que se realizan en el área de estadística, por tal motivo se especificara las propiedades y características de los pacientes, usuarios y personal que labora en el área.

### **3.1.2 Instrumentos de la investigación**

Una fuente de información es una persona u objeto que provee datos o información, esta se la puede obtener mediante varias fuentes entre las cuales tenemos según Bernal (2006) “las fuentes primarias, las fuentes secundarias y las terciarias”, dentro de nuestro trabajo de investigación utilizaremos las primarias las cuales nos ayudaran a obtener información real del servicio y poder realizar un diagnostico situacional adecuado. Describiremos la técnica a utilizar y su importancia en nuestro estudio.

El método de la encuesta es el más adecuado para procurar información descriptiva. Preguntando directamente a los consumidores se pueden hallar datos relativos a sus creencias, preferencias, opiniones, satisfacción, comportamientos, etc. La encuesta la cual será aplicada al personal que labora como asistente administrativo de estadística "Agendadores" servirá para determinar el nivel de confianza, utilidad y eficiencia que tiene el actual mecanismo de entrega de turnos por medio de estadística y su call center, además se harán encuestas a los pacientes que se han atendido por consulta externa médica subsecuente para determinar la calidad de atención al paciente que acude al área de estadística.

La encuesta es típicamente el enfoque de investigación más usado y casi siempre el único que nos ayuda a determinar la información primaria y aunque presenta buenos resultados para tomar decisiones, también tiene algunos defectos que pueden deteriorar la calidad de la información obtenida, cuando las preguntas indagan sobre cosas privadas es muy posible que el encuestado no quiera responderlas o cuando se les pregunta sobre algo que no conocen pero por no parecer ignorantes responden cualquier cosa, no se obtienen respuestas fiables sobre preguntas que se refieren a actos inconscientes de los consumidores, las encuestas quitan tiempo, así sea poco, y muchas personas no están dispuestas a "perder" el suyo. Lo que se pretende obtener con las encuestas son información, del personal que solicita los turnos en las casas de salud de menor nivel que están comprendidas en 11 áreas de salud, tomando como referencia fundamentalmente el grado de satisfacción de

los usuarios con lo referente a la entrega de turnos para atención médica en consulta externa, en el cuadro No. 2 se describe las áreas con sus nombres respectivos que son las encargadas de solicitar los turnos por medio de sus agendadores.

Cuadro No. 2: Áreas de Salud con influencia en el H.G.E.G

<b>Área de salud</b>	<b>Nombre</b>
No. 1	Área de Salud Centro Histórico
No. 3	Área de Salud La Tola-Vicentina
No. 4	Área de Salud Chimbacalle
No. 5	Área de Salud La Magdalena
No. 6	Área de Salud la Libertad
No. 7	Área de Salud Eplicachima
No. 15	Área de Salud de Sangolquí
No. 16	Área de Salud de Machachi
No. 19	Área de Salud de Guamaní
No. 20	Área de Salud de Chillogallo
No. 24	Área de Salud de Conocoto

Fuente: Dirección Provincial de Salud

Realiza: Autor

Las preguntas que constaran en las encuestas son de tipo cerrado, donde se podrá escoger la respuesta de múltiples opciones, y lo que se pretende es medir el grado de aceptación de los pacientes frente al nuevo sistema implementado por el Sistema Nacional de Salud por medio del cual se entrega los turnos para la atención médica para consulta externa subsecuente

de especialidad desde el consultorio médico del especialista que atendió al paciente por primera vez.

Al igual que en la investigación observacional puede ser estructurada, cuando se usan listas formales de preguntas que se plantean a los encuestados de igual manera, o no estructurada cuando permite al entrevistador utilizar un formato abierto y dirigir la encuesta de acuerdo con las respuestas recibidas.

En el trabajo que realizaremos el hacer preguntas y la conversación por medio de la entrevista tiene por propósito el obtener información de una persona o grupo de personas que se presume posee conocimientos de interés e importantes aportes para nuestra investigación. En el Hospital General Enrique Garcés tendremos que entrevistarnos principalmente con todo el personal que labora en el área de estadística ya que ellos podrán darnos información real de cómo funciona y cuales son todas las actividades que se desarrollan en esa área.

La entrevista principalmente se la hará a las personas que conforman el área de estadística tomando en cuenta al jefe de servicio, personal que trabaja en las ventanillas, tanto del call center así como el personal que labora maneja las historias clínicas. Esta se enfoca de manera vinculante con el entorno circundante del Hospital General Enrique Garcés y su aplicación debe situarse en una relación con la comunicación y su simbolismo que establecen rangos específicos de una lectura detallada del mundo que nos rodea para llegar a una

decodificación ajustada a la realidad. Por tal motivo la observación sistémica la hemos tomado fundamentalmente para este trabajo dado que el análisis primario a realizar es las actividades ejecutadas en el área de estadística y por medio de esto ir diseñando los procesos que es el objetivo primordial.

## **3.2 Población y muestra**

### **3.2.1 Población**

En el presente estudio se tomo como universo para la encuesta sobre el nivel de satisfacción de la entrega de turnos por medio del call center en el caso de ser la primera vez que acudía el paciente al H.G.E.G, al personal de agendadores que laboran en las áreas de salud que son de influencia para mencionada casa de salud, y para determinar el grado de satisfacción de paciente que acude por consulta subsecuente se tomo en cuenta a todos los pacientes atendidos en el mes de junio ya que no se pudo tomar información de meses anteriores ya que este sistema para el agendamiento de pacientes desde el propio consultorio recién inicio la última semana del mes de mayo.

A los pacientes o usuarios encuestados se les informara sobre el objetivo de la encuesta y se guardara completa confidencialidad de la información proporcionada y la identidad de los encuestados.

### **3.2.2 Muestra**

Para poder efectuar la encuesta al personal de agendadores (asistentes de estadística) y constatar el nivel de atención del área de estadística y su call center no se ha considerado una población ni una muestra en vista que los pacientes son remitidos de las 11 áreas de salud que están en el sector de influencia o asignado al Hospital General Enrique Garcés, por lo que se ha procedido a encuestar a todos los involucrados.

Para poder efectuar la encuesta a los pacientes que han sido atendidos por consulta externa especializada subsecuente y así poder medir el nivel de satisfacción del cliente externo del área de estadística del Hospital General Enrique Garcés he considerado un margen de error del 5% con un nivel de confianza del 95% y con un nivel de heterogeneidad de la población del 50%, con estos datos pude sacar la muestra de 369 para la realización de las encuestas las cuales se realizaron en el mes de junio, hay que tomar en cuenta que se tiene como población 6930 pacientes que son los atendidos en el mes de mayo, esta población se la considero solamente de 1 mes debido a que el sistema de referencia y contra referencia vine siendo utilizado en esta casa de salud normalmente desde hace 6 meses.



La fórmula a utilizar será la siguiente:

$$n = (k^2 p q N) / ((e^2(N-1)) + k^2 p q)$$

N = Tamaño de la población o universo

k = 1,96 para un intervalo de confianza del 95 %

e = precisión o error admitido para nuestro caso el 5 % de error muestral

p = frecuencia esperada del factor a estudiar

$$q = 1 - p$$

n = tamaño de la muestra

$$n = \frac{(1,96^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 6930)}{((0,05^2 \times (6929)) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5)}$$

$$n = 369 //$$

Dentro de los criterios de inclusión se tomo en cuenta lo siguiente:

- Ser el encargado de solicitar los turnos desde el área de salud de influencia hacia el H.G.E.G.
- Haber sido atendido en el área de estadística en el H.G.E.G por consulta médica subsecuente.

Dentro de los criterios de exclusión están:

- No ser parte del personal que labora o tiene relación con el H.G.E.G
- Haber sido atendido en el hospital sin haber seguido los procedimientos establecidos.

### **3.3 Encuesta**

#### **3.3.1 Encuesta al personal que solicita los turnos al H.G.E.G**

La encuesta de satisfacción del proceso de obtención de turnos para pacientes a ser referidos desde una unidad de menor nivel hacia el Hospital General Enrique Garcés se encuentra en el Anexo No. 1

#### **3.3.2 Encuesta a los pacientes que han sido atendidos por atención médica subsecuente.**

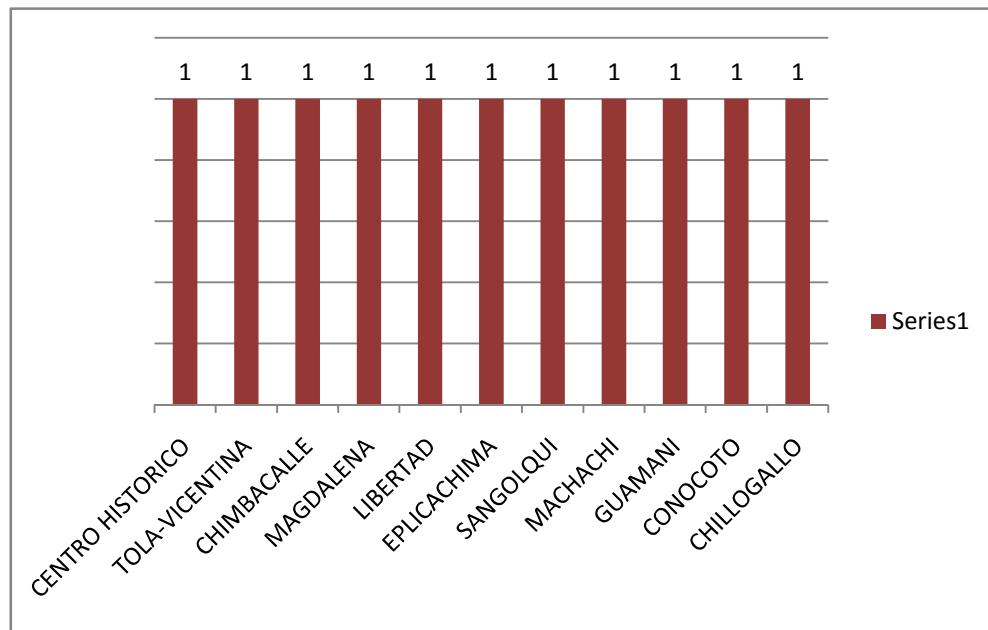
La encuesta de conformidad de los pacientes que requieren atención medica subsecuente y que acuden al área de estadística del Hospital General Enrique Garcés se encuentra en el Anexo No. 2.

### **3.4 Resultados de la investigación**

Luego de recopilar la información de las 11 áreas de salud a través de las 11 encuestas se obtuvieron los siguientes resultados.

1.- ¿A qué unidad o área de salud pertenece?

Gráfico No. 1: Áreas de salud de influencia del H.G.E.G

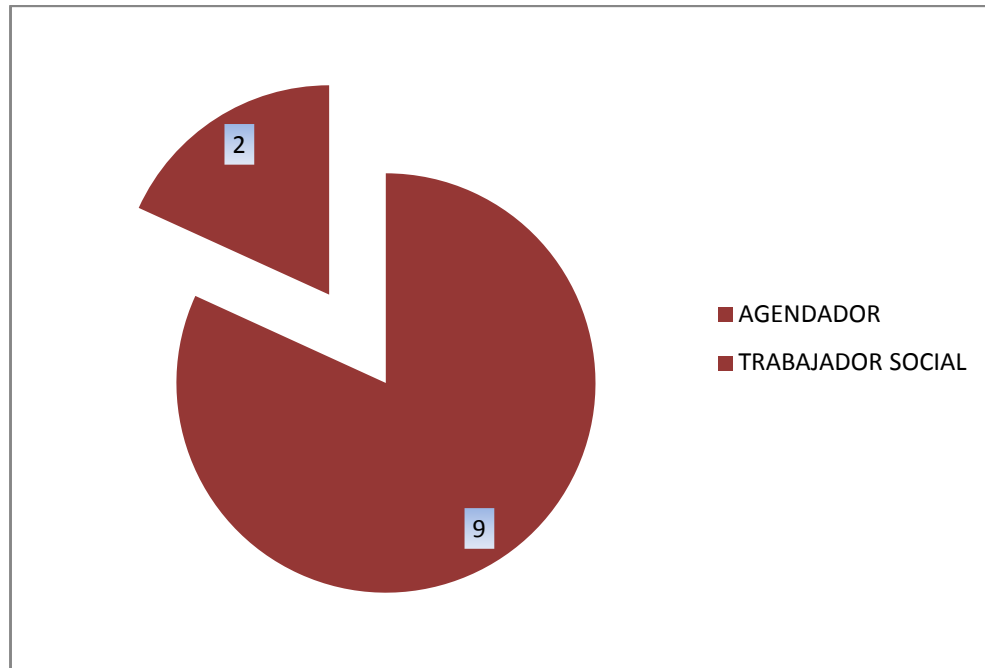


Fuente: Dirección Provincial de Salud  
Realizado: Autor

En la primera pregunta hice referencia al área a la que pertenecía cada uno de los agendadores. dentro del área de influencia del Hospital General Enrique Garcés se encuentran 11 áreas de salud establecidas de acuerdo a la distribución geográfica del Distrito Metropolitano de Quito por parte de la Dirección Provincial de salud, estas áreas de salud son las encargadas con sus centros de salud de atender a los pacientes en el primer nivel de atención, y desde aquí referir en caso de ser necesario los pacientes hacia el Hospital General Enrique Garcés el cual es el Hospital de referencia del sur de la ciudad.

## 2.- ¿Qué función desempeña dentro del área de salud?

Gráfico No. 2 Personal encargado de solicitar los turnos al H.G.E.G

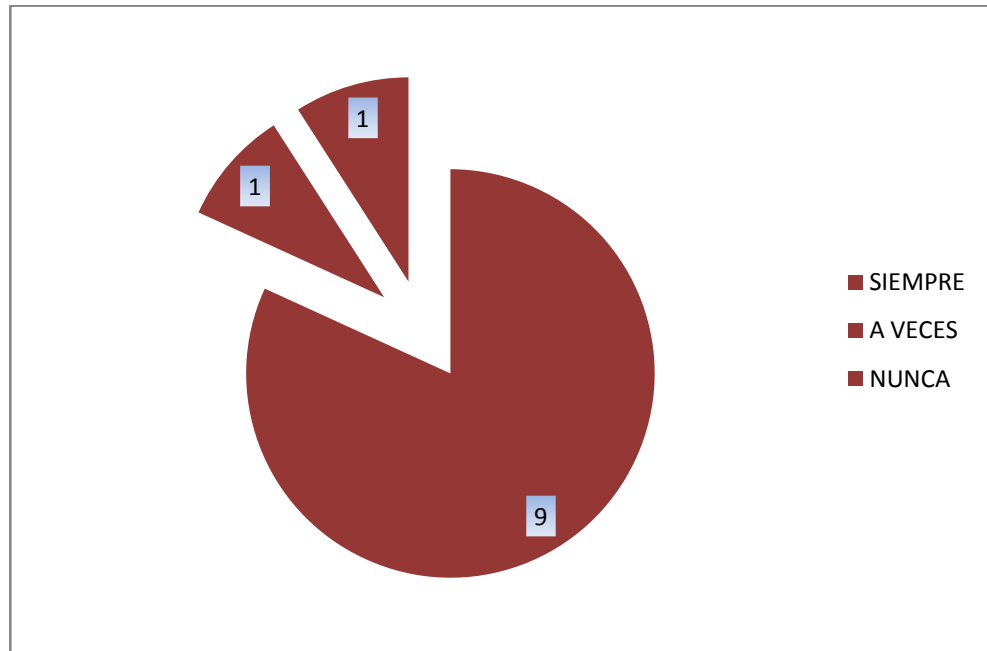


Fuente: Dirección Provincial de Salud  
Realizado: Autor

En la segunda pregunta, refiere la función de la persona que tramita los turnos en la unidad de I nivel. De acuerdo a la información recibida antes de poner en funcionamiento el sistema de referencia desde las unidades de salud de I nivel hacia el H.G.E.G., la Dirección Provincial de Salud de Pichincha contrato personal de agendadores que son los encargados de solicitar los turnos desde el primer nivel, estos trabajadores tienen el nombramiento como auxiliares de estadística, en algunas unidades de salud que por alguna circunstancia no poseen los agendadores son encargados de solicitar los turnos al hospital las trabajadoras sociales aunque en menor número.

3.- ¿Tiene facilidad para comunicarse con el call center del H.G.E.G.?

Gráfico No.3 facilidad de comunicación con el call center

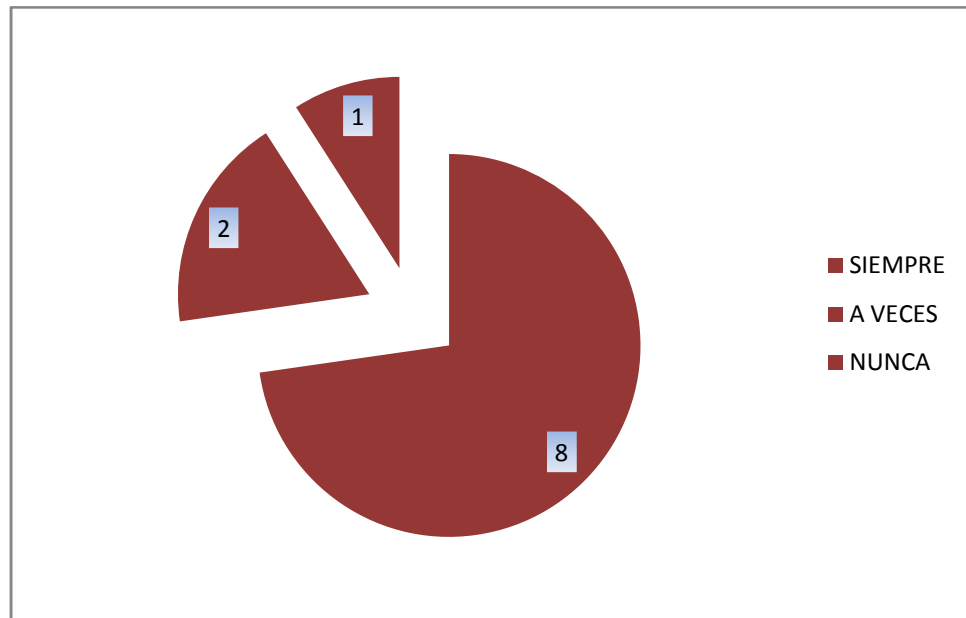


Fuente: Hospital General Enrique Garcés  
Realiza: El autor

En la tercera pregunta se hace mención a la facilidad de comunicarse con el call center del H.G.E.G. El sistema de referencia utiliza fundamentalmente la comunicación por vía telefónica desde la unidad de salud de primer nivel hacia el Hospital, es de primordial importancia para la consecución del objetivo que la comunicación sea buena, de acuerdo a la información de las 11 áreas de salud las 9 no tienen ningún problema.

4.- ¿Recibe usted atención adecuada y cordial del call center?

Gráfico No.4 adecuada y cordial atención del call center

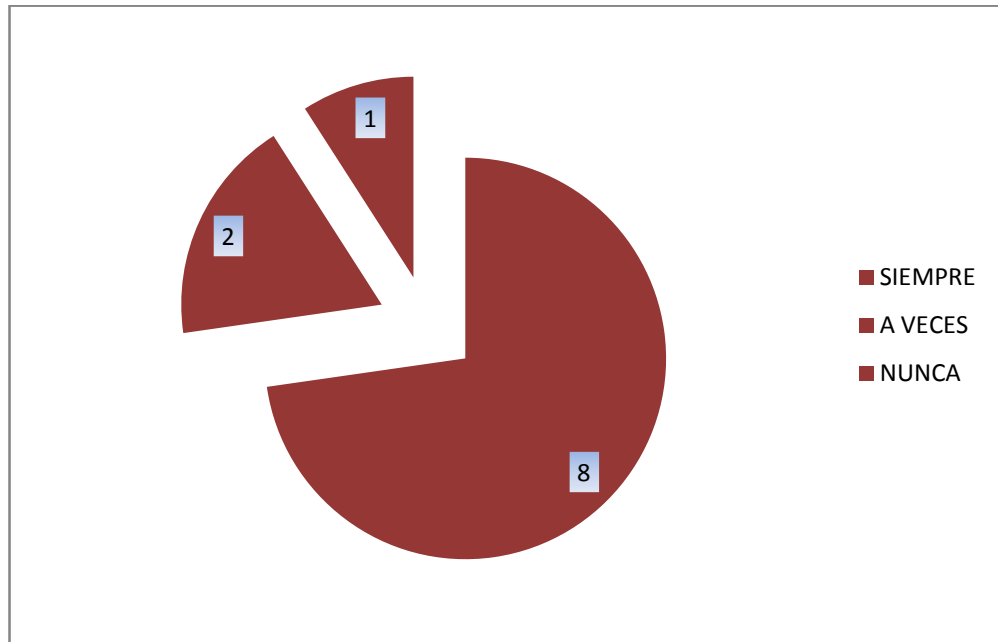


Fuente: Hospital General Enrique Garcés  
Realiza: Autor

En la cuarta pregunta se hace mención a la cordialidad con la que fueron atendidos por el personal del call center. Es de importancia en la atención del call center que el personal atienda a los requerimientos de los turnos de la mejor manera y con correctas normas de educación, ya que esto podría alterar o perjudicar la entrega de turnos, lo que perjudicaría al paciente y nuestro objetivo de mejorar la atención del área. De lo que se observa en el cuadro, la atención en la mayoría de los casos es cordial y de una forma adecuada.

5.- ¿Existió retraso en el tiempo de entrega de los turnos?

Gráfico No.5 Retraso en el tiempo de entrega de los turnos

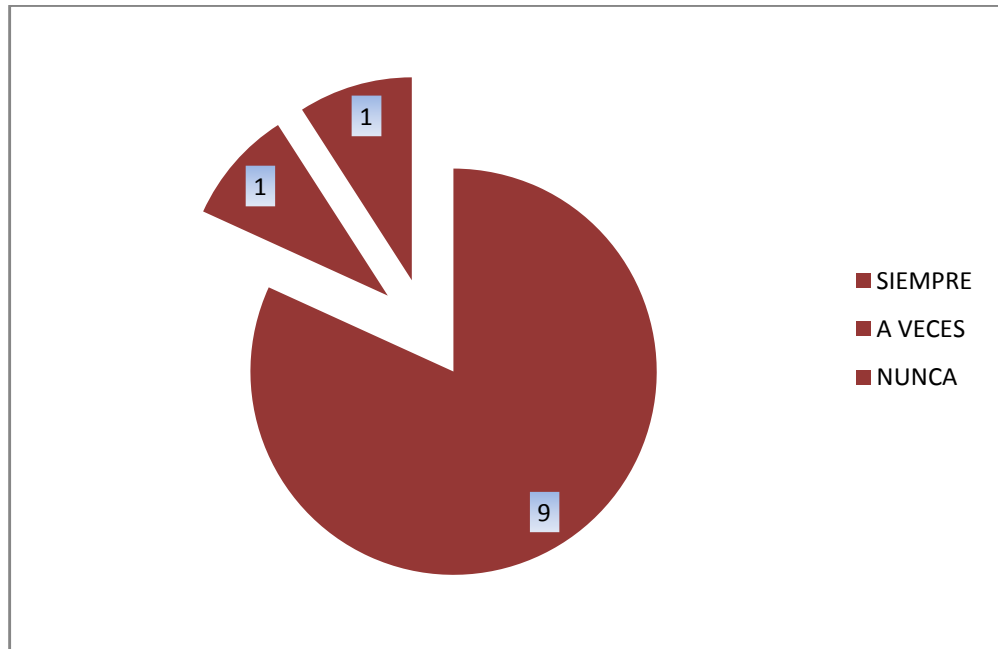


Fuente: Hospital General Enrique Garcés  
Realiza: Autor

En la quinta pregunta se menciona el tiempo el cual tardaron los encargados del call center en entregar el turno. Los tiempos utilizados por el personal del call center para entregar los turnos son mínimos de acuerdo a la información analizada, esto nos permitirá medir la eficiencia y eficacia ya que podremos medir la cantidad de turnos entregados en el día y la resolución de las solicitudes enviadas.

6.- ¿Fue clara la manera como le dieron las indicaciones?

Gráfico No.6 Claridad al momento de dar las indicaciones



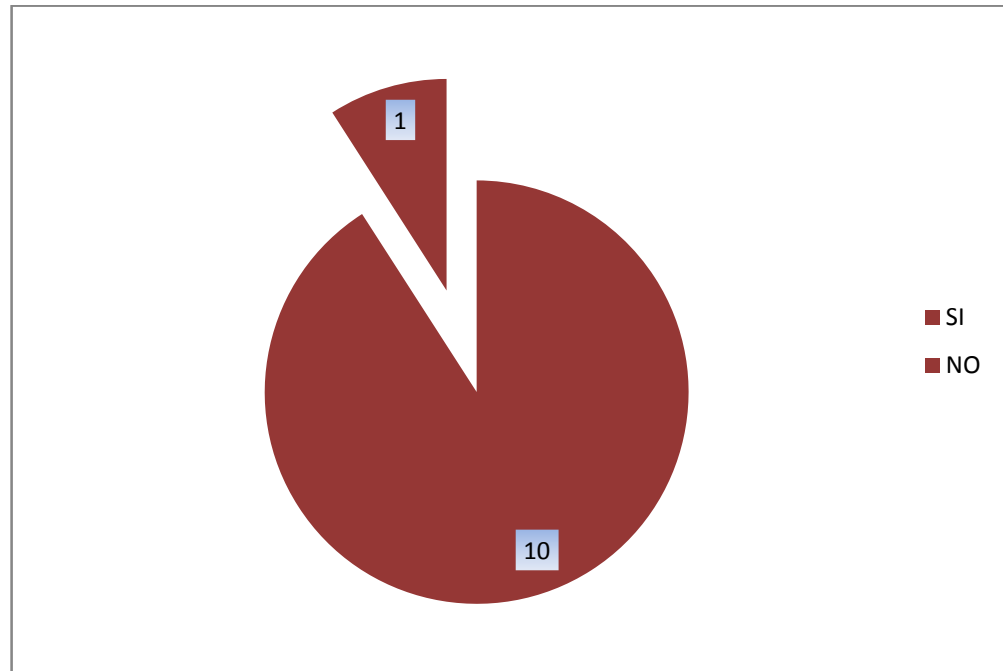
Fuente: Hospital General Enrique Garcés  
Realizado: Autor

En la sexta pregunta hace mención si las indicaciones del turno entregado fueron claras y concisas. De acuerdo a la información mostrada en el Gráfico No 6, 9 de los 11 agendadores reciben la información clara de los turnos a entregarse a los pacientes, el restante tiene que re preguntar para obtener la información, al no tener muchos de estos casos se optimiza la atención y su tiempo.



7.- ¿Se debería mantener el sistema de referencia?

Gráfico No. 7 Se debe mantener el sistema de referencia



Fuente: Hospital General Enrique Garcés  
Realiza: Autor

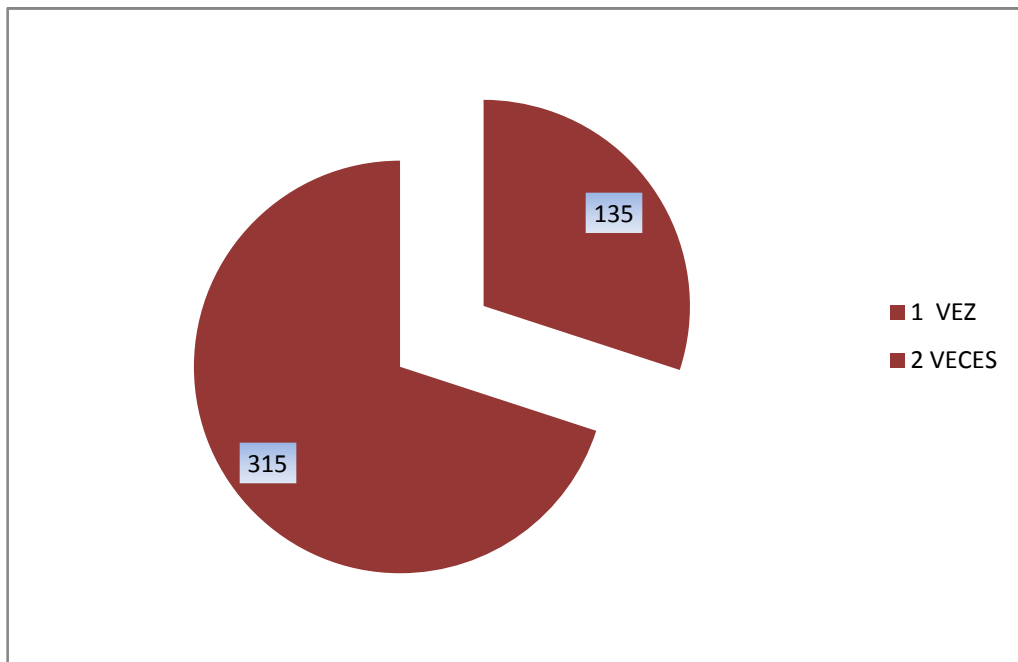
La séptima pregunta hace referencia a la continuidad del sistema de referencia desde el I nivel de salud para la obtención de turnos para la consulta externa especializada en pacientes que serán atendidos por primera vez en el Hospital General Enrique Garcés. En consideración al cuadro anterior y a la información obtenida en esta, 10 de las 11 áreas de salud consideran que el sistema de referencia es bueno y que se debe mantener.

Considerando que dentro del mismo proceso se encuentran las actividades para obtener un turno para la consulta externa subsecuente, se

realizo la encuesta a todos los pacientes que fueron atendidos durante 1 mes por 2 ocasiones por la misma enfermedad.

1.- ¿Cuántas veces ha sido atendido por consulta externa por la misma patología?

Gráfico No. 8 Pacientes atendidos por primera vez y subsecuentes

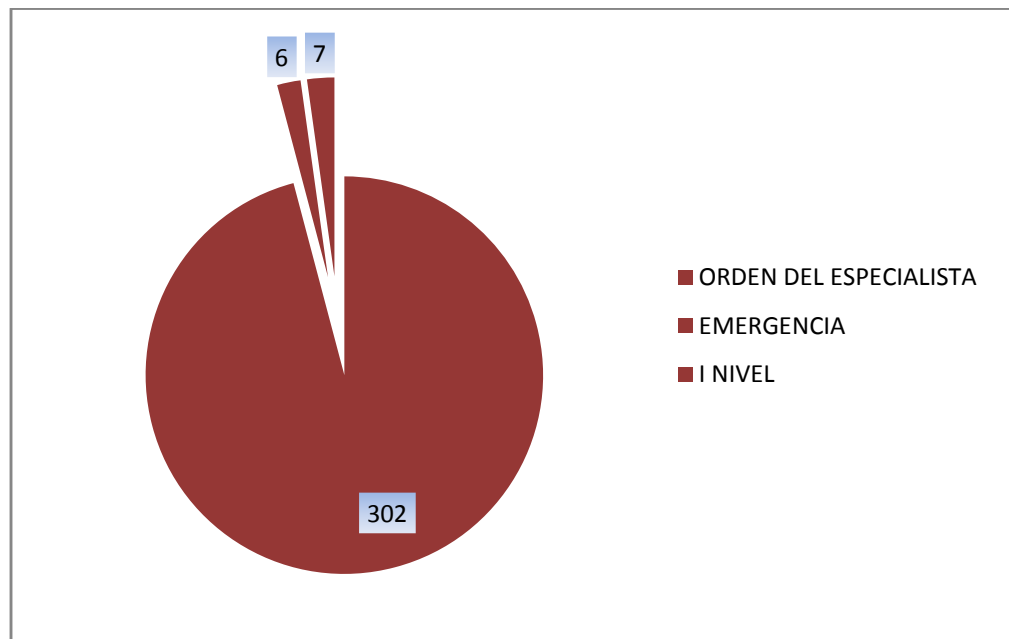


Fuente: Hospital General Enrique Garcés  
Realiza: Autor

En la primera pregunta se hace referencia a la frecuencia con que los pacientes han sido atendidos 2 veces por la misma patología. Mediante esta encuesta y en su primera pregunta se pretendió conocer el número de pacientes que reciben atención médica subsecuente por especialidad en el Hospital General Enrique Garcés. De acuerdo a esta información la consulta subsecuente es en mayor número que la consulta por primera vez.

2.- ¿Quién le dio el turno para la atención médica subsecuente?

Gráfico No.9 Proveniencia de pacientes subsecuentes

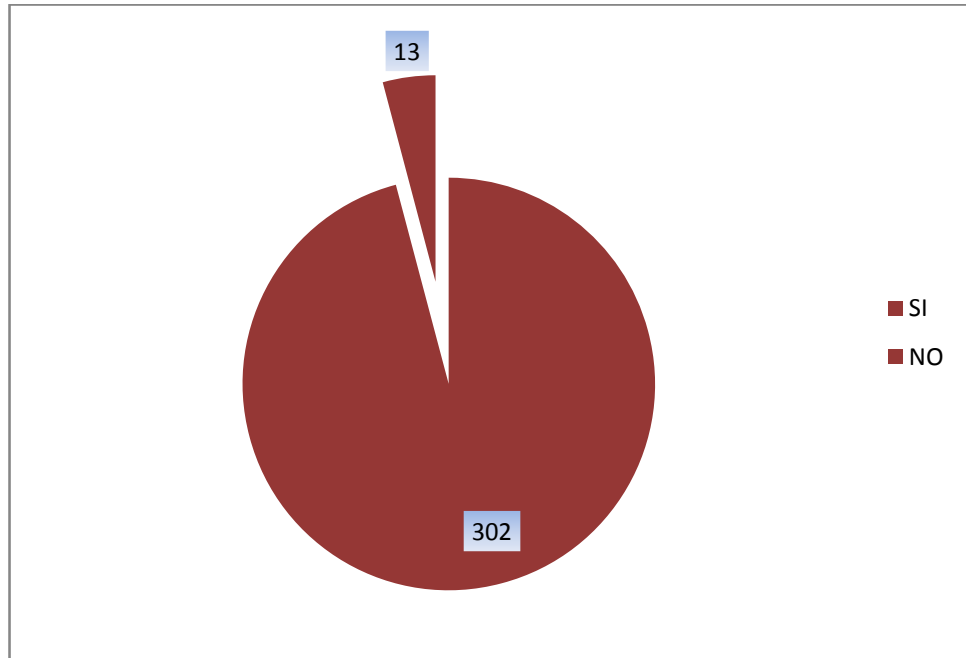


Fuente: Hospital General Enrique Garcés  
Realiza: Autor

En la segunda pregunta se hace referencia la proveniencia del paciente la segunda vez que acudió al hospital a tratarse por la misma patología. Hay que mencionar que la mayor parte de pacientes son agendados por el médico especialista desde el consultorio el mismo día de la primera consulta lo que facilita y descongestiona el área de estadística. Un mínimo porcentaje viene por segunda vez de una misma patología desde Emergencia por agravamiento y otro porcentaje de igual manera mínimo proviene desde el I nivel los cuales presumiblemente no tuvieron buenos resultados con el tratamiento brindado inicialmente.

3.- ¿En el área de estadística fue atendido de una forma cordial y rápida?

Gráfico No. 10 Indicaciones claras de hora y fecha

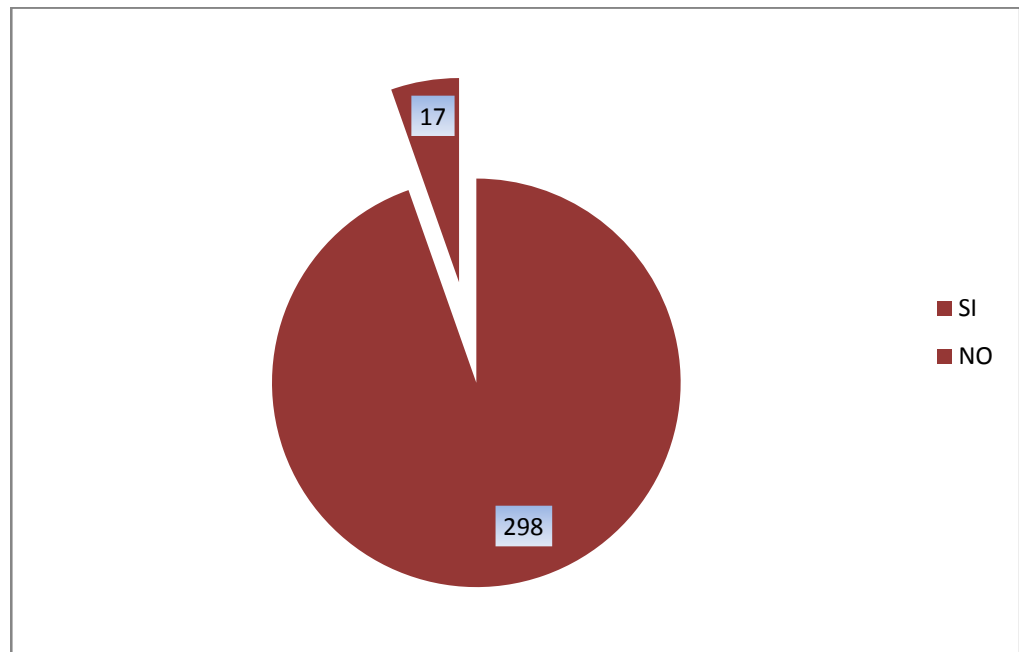


Fuente: Hospital General Enrique Garcés  
Realiza: Autor

En la tercera pregunta se hace mención a si el médico el momento de darle la próxima cita por consulta subsecuente le explica claramente la hora y la fecha. Una buena calidad de atención al paciente contempla la correcta comunicación de ida y regreso, esto ayudara a mejorar el nivel y asegurara el éxito del proceso, de acuerdo a la información recibida las indicaciones son captadas correctamente por el paciente.

4.- ¿Se debería mantener el sistema de entrega de turnos para consulta subsecuente desde el consultorio médico?

Gráfico No.11 Conformidad con el sistema de entrega de turnos



Fuente: Hospital General Enrique Garcés  
Realiza: Autor

En la cuarta pregunta se hace mención si los pacientes están de acuerdo de que para la entrega de turnos para la atención médica por consulta externa especializada para pacientes subsecuentes se mantenga el mismo sistema. Este mecanismo se implementó en el último mes y hasta el momento ha tenido magníficos resultados ya que ha disminuido los tiempos que el paciente permanece en el hospital así como ha descongestionado el área de estadística, de acuerdo a la información obtenida los pacientes aprueban este sistema.

### **3.5 Análisis de la situación actual del área de estadística del Hospital**

#### **General Enrique Garcés**

Mediante el análisis de la información recolectada por medio de las encuestas y la observación del área se pudo llegar a determinar cómo se encuentra constituida el área de estadística del Hospital General Enrique Garcés y así se procedió a detallarlo a continuación.

El área de estadística del Hospital General Enrique Garcés está ubicado en la planta baja de la casa de salud, en la entrada oriental, su área física es de aproximadamente 300mts cuadrados, distribuidos entre las oficinas administrativas, el call center, las ventanillas de atención al público y el espacio destinado al archivo.

Este servicio atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año, ya que a parte de las oficinas principales que mantienen los horarios de oficina se tiene una pequeña área en el servicio de emergencia con el fin de tramitar los ingresos que utilizan este servicio, además de los fines de semana y feriado.

El área de estadística está conformada de acuerdo a su orgánico funcional entre personal operativo y administrativo por 27 personas, las cuales están coordinadamente divididos para los turnos en el día y nocturnos en jornadas de 8 horas, así como el call center, el archivo, ingresos y admisiones

de la mañana y la tarde, emergencia y atención al cliente, con lo que se garantiza la atención en los horarios antes mencionados.

Existen 7 ventanillas en el área de estadística de las cuales 6 se encuentran habilitadas y organizadas para atención a los pacientes de las cuales la ventanilla 1 se encarga de realizar los ingresos de los pacientes que serán hospitalizados, la ventanilla 2 es destinada a solucionar los problemas que hubieren en la consulta externa, en la ventanilla 3 se encargan de verificar el documento 008 con el que el paciente es ingresado desde emergencia y en caso de existir alguna novedad realizar el correctivo correspondientes, en la ventanilla 4 se entrega y se procede a la realización y apertura de la historia clínica y en la ventanilla 5 y 6 están destinadas a la entrega de los turnos que tienen cita los mismos que han sido registrados previa cita médica con el especialista, este sistema fue implementado desde hace 2 meses y de lo analizado está dando buenos resultados.

Existen 4 líneas telefónicas las cuales pertenecen al call center las mismas que están destinadas a la recepción únicamente de las llamadas provenientes desde las unidades de salud de menor nivel con el fin de solicitar los turnos para consulta externa de las diferentes especialidades médicas que posee el Hospital General Enrique Garcés. El call center se encuentra ubicado en una habitación adjunta a las ventanillas y están en coordinación del resto del área de estadística.

A nivel del archivo trabajan 4 personas en el manejo y manipulación de las historias clínicas, hay que mencionar que el procedimiento se inicia desde que en estadística envían a archivo el listado de pacientes a ser atendido al día siguiente, en ese momento el personal procede a retirarlas las historias clínicas de las estanterías, del área de preparación de pacientes envían una persona encargada de retirar las historias clínicas, esta persona será la encargada igualmente de devolver las Historias Clínicas.

Existen 3 personas que trabajan en el procesamiento de datos y llevar la estadística de todo el Hospital así como elaboran los informes y toda la información requerida del área.

En el área de emergencia existe 1 ventanilla la cual inicia su atención a las 17:00 hrs, y permanece abierta hasta las 7:00 am del siguiente día, así como los fines de semana y feriados, en esta dependencia se tramitan los ingresos a hospitalización desde emergencia en los horarios expuestos.

Hay que indicar que por medio de la observación se determino que de las primeras personas en tener contacto en el H.G.E.G con el paciente son las personas de seguridad los cuales indican a donde ir en caso del paciente asistir por primera vez a esta casa de salud.

En lo referente al call center se encuentra en normal funcionamiento y prestando el servicio para el que fue creado desde el mes de febrero del



presente año, trata de cubrir y entregar todos los turnos disponibles de la consulta externa aunque la disponibilidad de estos no depende del área de estadística y más bien depende de los médicos especialistas.

El índice de ausentismo de los pacientes agendados es casi nulo de acuerdo a la información recibida por los encargados de las áreas lo que indica que el procedimiento es bien llevado.

En el archivo no se dispone de una persona encargada exclusivamente de llevar y traer las historias clínicas hacia y desde el área destinada a la preparación de pacientes y más bien se utiliza a un guardia o cualquier persona ocasional, esto puede causar molestias y llegar incluso hasta la pérdida de las historias clínicas al no haber un encargado y responsable directo de esta función.

### **3.6 Conclusiones de resultados Obtenidos**

- Los pacientes atendidos en el Hospital General Enrique Garcés en el área de consulta externa previa cita por el call center provienen de las 11 áreas de salud distribuidas geográficamente en el sur del Distrito Metropolitano de Quito. Los encargados de solicitar los turnos son en la mayoría de casos los auxiliares de estadística “agendadores” y estos a su vez explican a los pacientes como acceder al hospital

- La entrega de turnos del call center al personal de asistentes de estadística (agendadores) y estos a su vez a los pacientes se lo hace de una forma clara y concisa manteniendo normas de educación, es fácil comunicarse por este medio y en casi la totalidad de los casos se atiende la necesidad.
- Tanto el personal de pacientes como los agendadores así como los médicos especialistas que registran a los pacientes para las consultas subsecuentes están conformes y de acuerdo con el sistema implementado de entrega de turnos ya que se han disminuido una serie de actividades que aumentaban los tiempos de permanencia del paciente en el hospital y han mejorado la calidad de atención para el mismo.

## **CAPÍTULO IV**

### **SITUACIÓN ACTUAL DE PROCESOS**

#### **4.1 Definición del Mapa de procesos**

El mapa de procesos en el Hospital General Enrique Garcés contribuirá a hacer visible el trabajo que se lleva a cabo en una unidad de una forma distinta a la que ordinariamente lo conocemos, A través de este tipo de gráfica podemos percatarnos de las tareas o pasos que a menudo pasan desapercibidos en el día a día, y que sin embargo, afectan positiva o negativamente el resultado final del trabajo. El mapa de procesos nos permite identificar claramente los individuos que intervienen en el proceso, la tarea que realizan, a quién afectan cuando su trabajo no se realiza correctamente y el valor de cada tarea o su contribución al proceso.

También nos permite evaluar cómo se entrelazan las distintas tareas que se requieren para completar el trabajo, si son paralelas o secuenciales. Los mapas de procesos se representan uno y cada uno de los procesos que componen el sistema así como sus relaciones principales. Dichas relaciones se indican mediante gráficos en forma de mapas conceptuales los cuales representan los flujos de información.

Como se había mencionado este mapa de procesos realizado en el área de estadística del Hospital General Enrique Garcés nos dará la oportunidad de

observar su funcionamiento desde cada una de sus actividades lo que permitirá ver la secuencia de dicho proceso desde otras perspectivas lo que permitirá el trabajo de mejoramiento continuo.

Como conocemos el Hospital General Enrique Garcés y específicamente su área de estadística no posee procesos claramente establecidos y peor aun un manual de procesos que puedan guiarnos, lo que existe es una serie de actividades coordinadas y que se siguen de acuerdo a un orden con el fin de cumplir un objetivo.

#### **4.2 Levantamiento de la información**

En el área de estadística del Hospital General Enrique Garcés se ha determinado 1 proceso denominado admisión, el cual a su vez posee 3 subprocesos, los cuales son fundamentales dentro de la organización del hospital y que permiten el correcto funcionamiento del mismo y que son la entrega de turnos por medio del call center, entrega de turnos para consulta médica subsecuente y el traslado de la historia clínica como se puede observar en el cuadro No. 3

Cuadro No. 3 Procesos actuales del H.G.E.G

NOMBRE	
ADMISION	
ENTREGA DE TURNOS CALL CENTER	
ENTREGA DE TURNOS CONSULTA SUBSECUENTE	
TRASLADO DE LA HISTORIA CLINICA	

Fuente: Hospital General Enrique Garcés

Realizado: Autor

Iniciando con el levantamiento de la información se determino un macro proceso de admisión (A) en el cual tenemos el proceso de gestión de estadística (A.1) el cual a su vez consta de 2 subprocesos, el primero que es la entrega de turnos para la consulta externa (A.1.1) que mediante el nuevo sistema de referencia y contra referencia, el proceso se inicia en las áreas de I nivel de atención médica localizada en toda la zona de influencia del H.G.E.E.

El primer sub-proceso de **entrega de turnos para la consulta externa** inicia cuando el paciente acude a una unidad de primer nivel del área de influencia del H.G.E.E. para recibir atención médica. Es decir el paciente acude a cualquiera de las 11 áreas de salud, aquí son atendidos por un médico general el cual brinda la atención primaria de salud, al final de esta actividad el facultativo decide si dar el tratamiento final luego de haber diagnosticado o transferir al H.G.E.E. para que el paciente sea atendido por el médico especialista correspondiente, por lo que por medio del Agendador (personal contratado por cada unidad de salud que se encarga únicamente de llamar a

las casas de salud de mayor complejidad y solicitar los turnos para consulta externa) se llama a la unidad de salud de mayor nivel en este caso al HGEE y se solicita un turno al personal que atiende este servicio.

La persona que atiende el call center cumple la función de revisar en el sistema la disponibilidad de turnos en la especialidad requerida así como horarios en los que puede ser atendido el paciente. Una vez determinado esta información el encargado del call center indica al agendador la disponibilidad del turno, hora y fecha a la que el paciente debe acudir al hospital con 1 hora de anticipación.

Esta información transmite el agendador al paciente para que pueda acudir en hora y fecha establecida al HGEE al área de estadística a la ventanilla 4 para dar toda la información requerida y así poder abrir la Historia clínica.

El paciente es dirigido a preparación de pacientes donde llega su historia clínica para el registro de sus datos principalmente los signos vitales, luego de lo cual el paciente pasa al consultorio médico para su atención especializada. Al recibir la atención médica por primera vez, si el médico especialista no diagnostica al paciente en la primera consulta o necesita exámenes de laboratorio desde el consultorio mismo se agenda al paciente y se le entrega un documento con el cual se registra en estadística. El paciente acude a realizarse los exámenes y una vez que le entreguen los resultados acude 1 hora antes de

la fecha y hora en la que el médico le agendo directamente a preparación de pacientes para la toma de signos vitales y su registro en la historia clínica la cual ha sido llevada previamente a esta dependencia, el paciente acude al consultorio médico de especialidad donde es atendido poniendo fin al subproceso.

El segundo subproceso determinado en el proceso de admisión es el **traslado de la historia clínica**, este es uno de los pasos más importantes dentro del área ya que depende de este subproceso que las Historias clínicas puedan tener un adecuado registro para evitar perdida de documentos u otras situaciones que conlleven a perder la información que en esta posee.

El subproceso inicia en el área de estadística, aquí están registrados diariamente todos los pacientes en una hoja con su número de Historia clínica, aproximadamente en un número promedio de 450 pacientes diarios entre los que reciben atención médica por primera vez y los pacientes subsecuentes, este listado es enviado con 24 horas de anticipación de estadística al archivo, en esta dependencia el encargado retira las HCL de los anaqueles y verifica las HCL con los listados enviados de estadística así como su documentación, un encargado de la estación de enfermería retira las HCL y las lleva a preparación de pacientes para que estén listas el día de inicio de la atención.

El día de la atención se verifica los números de historia clínica con los pacientes registrados y se procede anotar y registrar los signos vitales e

información básica del paciente para ser luego llevadas a los consultorios médicos para la atención médica correspondiente.

Luego de la atención médica las historias clínicas son retiradas de los consultorios correspondientes y llevadas a la estación de enfermería para su registro y verificación de número, luego de lo cual son enviadas al archivo para su verificación y su colocación nuevamente en los cancelas.

#### **4.3 Inventario de procesos propuesto para el área de estadística**

En el Hospital General Enrique Garcés y específicamente en su área de estadística se han determinado con toda la información recabada 1 macro-proceso que se denomina admisión, 1 proceso denominado gestión de estadística y 2 subprocesos denominados entrega de turnos para consulta externa sea primera vez o subsecuente y el traslado de la historia clínica, el inventario de procesos que irá en el manual y en el que se trabajara se observa en la cuadro No. 4



Cuadro No. 4 Inventario de procesos

CLASIFICACION	NOMBRE	CODIGO
MACROPROCESO	ADMISION	A
PROCESO	GESTION DE ESTADISTICA	A.2
SUBPROCESOS	ENTREGA DE TURNOS CONSULTA EXTERNA	A.2.1
	TRASLADO HISTORIA CLINICA	A.2.2

Fuente: Hospital General Enrique Garcés

Realizado: Autor

#### 4.4 Mejora de los procesos del área de estadística

Luego de haber determinado y analizado los procesos actuales, creo que hay actividades que deberían ser mejoradas o eliminadas para aumentar la calidad de atención a los pacientes y brindar un mejor servicio.

En el proceso A.2.1 que se refiere a la obtención de turnos para consulta externa especializada en el Hospital General Enrique Garcés hay una actividad donde el paciente acude a registrarse el momento de ingresar a esa casa de salud, mencionada actividad se debería obviar en vista que nuevamente le piden los datos el momento de abrir la historia clínica, con eso se podría optimizar el recurso del tiempo y brindar una mejor calidad en la atención médica.

En el proceso A.2.2 el momento de trasladar las historias clínicas desde archivo hasta el área de preparación de pacientes no existe una persona asignada fija para cumplir esta función y más bien se improvisa diariamente, lo que provoca que no haya responsables en el traslado de las historias clínicas pudiéndose vulnerar la confidencialidad de las mismas y llegar incluso hasta la pérdida de estas, por lo que se necesita designar una persona que sea la encargada de trasladar las historias clínicas desde archivo al área de preparación de pacientes y viceversa.

La propuesta mencionada de procesos, se encuentra detallada en el manual de procesos, descrito en el capítulo 5.

#### **4.5 Formulación de indicadores**

La definición de buena calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. Desde el punto de vista de los gestores o administradores de la atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia puesto que si no se tienen en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el supuestamente posible.

La medición de la calidad y la eficiencia así como la satisfacción del usuario de un servicio de salud es una tarea de complejidad intrínseca ya que a la medición de conceptos abstractos se añade la variedad de intereses que

pueden influir en las evaluaciones subsecuentes. Calidad y eficiencia son nociones abstractas, la necesidad de medirlas es obvia pero es siempre un desafío debido en parte a que los indicadores deben separar la parte de ellos que se debe a las características de los pacientes, de la que se relaciona con la atención prestada.

La evaluación continua de la calidad y la eficiencia de la atención hospitalaria con sus implicaciones sociales y económicas es un imperativo para el sector de la salud las características de los pacientes de la que realmente se debe a la calidad y eficiencia de la gestión hospitalaria.

Los Indicadores que se utilizara para medir la gestión del área de estadística con sus subprocesos de entrega de turnos para el servicio de consulta por primera vez, la entrega de turnos para el servicio de consulta externa para consulta subsecuentes, y el manejo de la historia clínica desde el archivo hasta los respectivos consultorios médicos y su retorno están basados en la atención del área, así como sus resultados para con el cliente interno y externo, la disminución de los tiempos y la calidad con la que se atiende.

El cuadro de indicadores está en el capítulo V.

## **CAPÍTULO V**

### **PROPUESTA**

Para poder emitir una propuesta nos hemos sustentado en lo expuesto en los capítulos anteriores, y siguiendo la bibliografía referente a la gestión por procesos, conforme se avanzo en el presente estudio pudimos observar la posibilidad de mejorar en la administración de esta área tan delicada e importante para el Hospital General Enrique Garcés y de acuerdo a esta mención se propone un manual de procesos del área de estadística del Hospital General Enrique Garcés que conste de las siguientes partes:

- Descripción de las Actividades: En este cuadro se describen todas las actividades propuestas, es decir lo que conformara el proceso específico, además el responsable de la actividad el cual será determinado luego del análisis de sus características y su función.
- Descripción del proceso: Por medio de este cuadro podremos describir el proceso propuesto por completo, así como el alcance, el objetivo, y los recursos en general que necesitaremos para cumplir con el proceso descrito, además indicare la entrada y salida, los proveedores, clientes, indicadores, controles y los registros anexos a usarse, así como los respaldos legales que mediaran en el proceso.
- Determinación de indicadores por medio de los cuales podremos evaluar continuamente la gestión realizada y por medio de la mejora entraremos

en un proceso continuo siempre buscando el aumento de la calidad del área y el beneficio para el cliente interno y externo.

- Análisis de valor de los Procesos Actuales: Por medio de lo cual se ha determinado los aspectos a mejorar en los procesos dentro del área de estadística del Hospital General Enrique Garcés, se podrá observar el valor agregado del proceso, observando la satisfacción del cliente o paciente, además que nos permitirá visualizar las actividades que están demás o que faltan dentro del proceso y que producen disminución en la calidad de atención. Como es el caso del subproceso entrega de turnos consulta externa se analizó que esta demás la actividad en la que los pacientes llegaban a la ventanilla 5 por lo que se la suprimió disminuyendo los tiempos de estancia del paciente en el área de estadística, y en el segundo sub-proceso se designó responsables dentro de las actividades lo que asegurara el éxito del proceso.

Fundamentalmente lo que se ha considerado es la mejora en la atención de los pacientes y/o clientes internos o externos, principalmente en la disminución de tiempos y actividades que el paciente desarrolla en el área y que no representan valor.

Lo que se ha realizado es la búsqueda, revisión y análisis de las actividades que se desarrollan en esta área y por medio de esto validar y estandarizar los procesos y evitar el desorden y el caos el momento de

atender, para esto ha sido necesario los criterios técnicos y experiencia tanto del personal que labora en esta casa de salud así como del autor de este trabajo.

La propuesta de mejora en el área deberá estar en función de elevar la calidad de atención al paciente, el cual es la prioridad y la razón de ser no solamente del área sino del Hospital General Enrique Garcés. Además deberemos reforzar el sistema actual de salud y por medio de nuestra área la referencia y contra referencia que es el punto a favor del nuevo sistema, y que está enfocado en facilitar el acceso a salud de primer nivel y atención médica especializada.

## **5.1 Manual de procesos**

El manual de procesos así como todos sus elementos, formatos y tablas se encuentran en el Anexo No. 17

## **5.2 Cuadro de indicadores**

Los indicadores mencionados en el cuadro 6 nos ayudaran a determinar la tasa de ausentismo tanto a las consultas medicas por primera vez así como a las consultas subsecuentes y en el caso del segundo subproceso podremos determinar la tasa de pérdida de las Hcl desde y hacia el archivo.

Cuadro No. 6 Indicadores de Calidad de servicio

Tipo de indicador	Calidad del Servicio						
Proceso/sub proceso	Nombre	Definición	Unidad de medida	Unidad operativa	Meta	Límite Superior	Límite Inferior
Entrega de turnos consulta externa	Tasa de ausentismo a la consulta médica	Mide el número de turnos entregados por medio del call center sobre el número de pacientes que asisten a la consulta médica.	%	Número de turnos entregados por call center en 1 mes/número de pacientes q asisten a la consulta x 100	1	1,5	0,5
Entrega de turnos consulta externa	Tasa de ausentismo a la consulta médica subsecuente	Mide el número de turnos entregados por el médico especialista sobre número de pacientes que acuden a la consulta subsecuente.	%	Número de turnos agendados en 1 mes /número de consultas atendidas x100	1	<b>1,5</b>	<b>0.5</b>
Traslado de la historia clínica	Taza de pérdida de las HCL	Mide el número de historias clínicas retiradas del archivo hacia la estación de enfermería así como el número de historias clínicas que retornan al archivo	%	Número de HCL retiradas del archivo en 1 meses / número de HCL que retornan al archivo x 100	1	1,5	0,5

Fuente: Autor

Realiza: Autor

### **5.3 Monitoreo de indicadores**

Una de las herramientas más utilizadas dentro de las casas de salud para poder evaluar eficientemente su gestión es el monitoreo principalmente de sus indicadores, lo que nos demostrara la calidad con la que estamos trabajando.

Estos indicadores deben ser monitorizados cada determinado periodo de tiempo lo que permitirá paulatinamente realizar cambios de mejoramiento en caso de ser necesarios o mantener la gestión que se ha venido realizando.

El tiempo previsto en nuestro caso para el monitoreo de los indicadores establecidos será cada 3 meses. Esto nos permitirá determinar el nivel de aceptación de los pacientes y/o usuarios del área de estadística del Hospital General Enrique Garcés, además de determinar el nivel de eficiencia y efectividad del personal determinado para el traslado de las historias clínicas desde y hacia el archivo.

### **5.4 Plan de implementación**

El plan de implementación de los diferentes procesos que se han presentado incluye el comprometimiento de todo el personal que labora en el



área de estadística del Hospital General Enrique Garcés para poder aumentar el nivel de efectividad, eficiencia y eficacia de los procesos a implementarse.

Se pide el comprometimiento e involucramiento de todos para evitar que exista personal que no colabore con la implementación ya sea por falta de profesionalismo, creencias, barreras ideológicas, lo que produciría malos resultados y fundamentalmente no se conseguirían los objetivos previstos.

La implementación deberá iniciar a partir del mes de septiembre del 2012 mes en el que se entregara el presente trabajo, momento desde el cual se deberá iniciar con la preparación del personal así como la socialización de los cambios y temas tratados en el presente estudio. Se deberá además nombrar los responsables de las actividades y en el caso del segundo subproceso se deberá tomar en cuenta la persona que será la encargada de trasladar las historias clínicas del archivo hacia la estación de enfermería y viceversa.

#### **5.5 Capacitación al personal de la documentación e indicadores por procesos del área de estadística**

Se considero de vital importancia para el Hospital General Enrique Garcés así como sus servidores y trabajadores públicos fundamentalmente los que laboran en el área de estadística, considerando call center, ventanillas y

archivo la socialización y capacitación de los diferentes procesos establecidos, así como sus respectivos indicadores, estos serán los multiplicadores para que los pacientes puedan adaptarse a los distintos cambios que llevan el adoptar estos nuevos sistemas.

El personal del call center deberá recibir capacitación de la información que deberá entregar al personal de las unidades de I nivel que llamen a solicitar los turnos de atención médica especializada, así como se los deberá capacitar en normas de urbanidad y trato al cliente.

Respecto a la documentación no se han implementado nuevos documentos y más bien son los procedimientos los que se han modificado.

Los indicadores que no son más que los encargados de evaluar la gestión que se está realizando en el área de estadística serán responsabilidad del líder de área el cual deberá permanecer en una mejora continua con el fin de mejorar la calidad de la atención de los pacientes y clientes internos y/o externos.

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1 Conclusiones

Luego del análisis exhaustivo y completo de la información obtenida dentro y fuera del Hospital General Enrique Garcés, y poniendo en práctica todos los conocimientos adquiridos durante la maestría en gerencia y administración hospitalaria estudiada previamente así como la experiencia del caso, las conclusiones son del trabajo que se viene desarrollando en el área de estadística así como de las mejoras en los procesos que se propone en el capítulo correspondiente, tendiendo siempre a relevar los aspectos positivos y negativos del sistema que nos ayudaran por medio de las recomendaciones a mejorar la calidad de atención al paciente y/o cliente interno o externo que es nuestra razón de ser dentro del sistema nacional de salud que se viene implementando en estos últimos años, por lo cual concluyo lo siguiente:

Se realizo la evaluación de la gestión administrativa del área de estadística del Hospital General Enrique Garcés la cual ha sido manejada como líder por el Sr. Lcdo. Luis Flores el cual con su vasta experiencia al trabajar en esta área por más de 16 años ha podido organizar las diferentes actividades de una forma coherente y de calidad en la atención para el paciente tratando siempre de estar en una mejora continua.

En lo referente a la entrega de turnos para la consulta externa de especialidad en el Hospital General Enrique Garcés, por medio de las áreas de primer nivel de atención en salud y su personal especializado “agendadores” los que solicitan los turnos por medio del call center, siendo este el único medio para la obtención de mencionados turnos. En el análisis de actividades de este proceso y para presentar en las mejoras expuestas, se eliminó una actividad la cual no agregaba valor al proceso, esto con el fin de optimizar el recurso más valioso que es el tiempo ya que la disponibilidad o no de turnos no depende del área sino más bien de la oferta de turnos disponibles de los médicos especialistas.

Los turnos entregados para la atención médica especializada por consulta subsecuente se realiza por medio de un proceso implementado en los últimos 2 meses, el cual ha dado buen resultado ya que los pacientes no necesitan acudir al área de estadística a sacar el turno, sino por el contrario el profesional médico luego de la primera consulta y de ser necesario una segunda atención, agenda directamente al paciente para la fecha y hora en la que debe acudir, disminuyendo el tiempo en el cual los pacientes permanecían en la casa de salud.

El segundo proceso del área de estadística es el manejo de la historia clínica, principalmente el traslado desde el archivo hasta la estación de enfermería y su distribución a los consultorios y viceversa, este proceso se lo

está llevando adecuadamente con sus respectivos registros, sin embargo no existe un responsable de trasladar las historias clínicas desde el archivo hasta el área destinada a la preparación de pacientes con lo que disminuye la seguridad y aumenta la posibilidad de que puedan perderse.

Se debería maximizar e imprimir los respectivos procesos del área de estadística con la finalidad de que los pacientes y clientes internos y/o externos puedan visualizar, conocer y aplicar las diferentes actividades a seguir con el fin de optimar el tiempo de permanencia de ellos en el Hospital.

El 85 % de los usuarios del Hospital General Enrique Garcés están de acuerdo con el nuevo sistema de entrega de turnos para consulta médica especializada por medio de las unidades de salud de I nivel, así mismo del sistema de entrega de turnos para consulta médica especializada subsecuente.

## **6.2 Recomendaciones**

Tomando en cuenta los conocimientos recibidos durante la Maestría en Gerencia y Administración Hospitalaria y principalmente en la experiencia adquirida durante la elaboración y diseño de los procesos en el área de estadística del Hospital General Enrique Garcés me permito recomendar lo siguiente:

Se mantenga el mismo proceso de entrega de turnos para pacientes que acuden a recibir atención médica especializada en el Hospital General Enrique Garcés, es decir por medio de la referencia desde una unidad de salud de I nivel con esto evitaremos que se congestione la consulta externa y más que todo lleguen al hospital las patologías que verdaderamente ameriten ser tratadas en esta casa de salud, evitando así la mala utilización de recursos principalmente el humano, hay que mencionar que se reducirá una actividad en este mencionado proceso que no agrega valor con lo que se podría optimizar el tiempo de permanencia del paciente.

Mantener las actividades de entrega de turnos para pacientes que requieren recibir atención médica especializada subsecuente en el Hospital General Enrique Garcés, ya que se ha demostrado la eficiencia y eficacia así como la efectividad, lo que trae como consecuencia la optimización del recurso tiempo.

En el segundo proceso se deberá determinar una persona responsable de trasladar las historias clínicas desde el archivo hacia la estación de enfermería y de regreso, en vista que al momento se improvisa esta actividad ya sea con alguna auxiliar o el guardia de seguridad, con esto aumentaríamos el nivel de seguridad al momento de trasladar las historias.

Dar a conocer a todo el personal que labora en el Hospital General Enrique Garcés los procesos del área de estadística al fin que se vayan

familiarizando con estos y se socialice con los pacientes, es importante ubicar estratégicamente estos procesos impresos para su promulgación.

### **6.3 GLOSARIO DE TÉRMINOS**

**Calidad.-** Conjunto de características de una entidad que le confiere la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas.

**Call center.-** Sistema de llamadas telefónicas mediante el cual se solicitan los turnos para la atención médica por consulta externa especializada, de una unidad de primer nivel a otra de mayor complejidad.

**Evaluación.-** Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia y eficiencia con lo que han sido empleados los recursos destinados a alcanzar los objetivos previstos.

**Gestión.-** Disciplina que se encarga de organizar y administrar los recursos de manera tal que se pueda concretar todo el trabajo requerido por el proyecto dentro del tiempo y del presupuesto disponible.

**Indicador.-** Es aquel dato que refleja cuales fueron las consecuencias de las acciones tomadas en el pasado y nos ayudan para medir los resultados.

**Proceso.-** Es un conjunto de pasos o etapas necesarias para llevar a cabo una actividad con el fin de optimizar los recursos y obtener un resultado.

**Referencia.-** Es la organización dentro de un proceso que permite remitir a un paciente de una unidad de menor nivel a otra de mayor nivel de complejidad a nivel técnico y de competencias.



## BIBLIOGRAFÍA

Asamblea Nacional Constituyente (2008). Constitución de la Republica.

Bernal, C. (2006). *Metodología de la investigación para administración y economía*. Santa Fe, Colombia: Pearson Educación de Colombia.

Chiavenato A.; *Administración de procesos administrativos*; México; Ed. Mcgraw-Hill

Espinoza M. (2008) *Levantamiento, mejoramiento de procesos y diseño de un cuadro de mando integral para la clínica Jerusalén*, P.U.C.E.-Quito.

Ramírez L. (2004). *Investigación Científica. Metodología y diseño de proyectos*  
Roure J, Rodríguez M, Monimo M.; *La Gestión por Procesos*; 1997; España.; Ed. IESE.

SEMPLADES. (2009). *Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013* recuperado el 8 de febrero del 2012, disponible en <http://es.scribd.com/doc/36953479/Plan-Nacional-para-el-Buen-Vivir-2009-2013- versión-completa>

Torres A. (2008) *Levantamiento, mejora de procesos y diseño de un cuadro de indicadores de la unidad municipal salud-centro*, P.U.C.E.-Quito.

## ANEXOS

ANEXO 1: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PROCESO DE OBTENCIÓN DE TURNOS PARA PACIENTES A SER REFERIDOS AL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS _____	110
ANEXO 2: ENCUESTA DE CONFORMIDAD DE LOS PACIENTES QUE REQUIEREN ATENCIÓN SUBSECUENTE Y QUE ACUDEN AL ÁREA DE ESTADÍSTICA DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GRACÉS _____	112
ANEXO 3: DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL SUBPROCESO ENTREGA DE TURNOS CONSULTA EXTERNA _____	114
ANEXO 4: DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL SUBPROCESO TRASLADO DE LA HISTORIA CLÍNICA. _____	116
ANEXO 5: FLUJO GRAMA DEL SUBPROCESO ENTREGA DE TURNOS PARA CONSULTA EXTERNA _____	118
ANEXO 6: FLUJO GRAMA DEL SUBPROCESO TRASLADO DE LA HISTORIA CLÍNICA _____	120
ANEXO 7: DESCRIPCIÓN DEL PROCESO ENTREGA DE TURNOS EN CONSULTA EXTERNA _____	122
ANEXO 8: DESCRIPCIÓN DEL PROCESO TRASLADO DE HISTORIA CLÍNICA _____	124
ANEXO 9: MAPA DE PROCESOS ENTREGA DE TURNOS CONSULTA EXTERNA _____	126
ANEXO 10: MAPA DE PROCESOS TRASLADO DE HISTORIA CLÍNICA	128
ANEXO 11: CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PROPUESTOS _____	130
ANEXO 12: CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PROPUESTOS _____	133
ANEXO 13: MATRICES DE ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO DE LOS PROCESOS ACTUALES _____	136
ANEXO 14: MATRICES DE ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO DE LOS PROCESOS ACTUALES _____	139
ANEXO 15: LEY DE AMPARO AL PACIENTE _____	142

ANEXO 16: REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	145
ANEXO 17: MANUAL DE PROCESOS	168

**ANEXO 1**

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PROCESO DE  
OBTENCIÓN DE TURNOS PARA PACIENTES A SER  
REFERIDOS AL HOSPITAL  
GENERAL ENRIQUE GARCÉS**

1.- Unidad o área de salud a la que pertenece? .....

2.- Cargo que desempeña en el área de Salud? .....

3.- Tiene facilidad para comunicarse con el call center?  
Siempre  
Nunca  
A veces

Recibe usted atención adecuada y cordial del personal  
4.- que labora en el call center?  
Siempre  
Nunca  
A veces

5.- Existió retraso en el tiempo de entrega de los turnos?  
Siempre  
Nunca  
A veces

6.- Fue clara la manera como le dieron las indicaciones  
Siempre  
Nunca  
A veces

7.- Se debería mantener el sistema de referencia?  
SI  
NO

## **ANEXO 2**

**ENCUESTA DE CONFORMIDAD DE LOS PACIENTES QUE  
REQUIEREN ATENCIÓN SUBSECUENTE Y QUE ACUDEN AL  
ÁREA DE ESTADÍSTICA DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE  
GRACÉS**

1.- Cuantas veces ha sido atendido por consulta externa por la misma patología?

1 vez

2 veces


2.- Quien le dio el turno para la atención medica por segunda vez?

Área de salud

Emergencia

Especialista


3.- En el área de estadística fue atendido de una forma cordial y rápida

Si

No


4.- Se debería mantener el sistema de entrega de turnos desde el consultorio médico?

SI

NO


**ANEXO 3**

**DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL SUBPROCESO**

**ENTREGA DE TURNOS CONSULTA EXTERNA**



**LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN****DEPARTAMENTO Estadística****SUBPROCESO Entrega de turnos consulta externa (A.2.2)****FUNCIONARIO LUIS FLORES****CARGO/FUNCIÓN JEFE DE ESTADISTICA****FECHA : 15/07/2012****HOJA****1****DE**

#	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Atender llamada telefónica del I nivel	Estadística	Diario	135	1 minutos	
2	Verificar en sistema disponibilidad de turnos	Estadística	Diario	135	2 minutos	
3	Dar indicaciones a agendador de hora y fecha	Estadística	Diario	135	3 minutos	
4	Enviar paciente a ventanilla 5	Estadística	Diario	135	5 minutos	
5	Registrar llegada de paciente	Estadística	Diario	135	3 minutos	
6	Recibir paciente en ventanilla 4 y registrar infor.	Estadística	Diario	135	10 minutos	
7	Abrir historia clínica	Estadística	Diario	135	10 minutos	
8	Enviar paciente a preparación	Enfermería	Diario	135	30 minutos	
9	Dirigir paciente a consultorio medico	Enfermería	Diario	135	2 minutos	
10	Brindar atención medica a paciente	Consultorio	Diario	135	15 minutos	
11	Solicitar exámenes clínicos	Consultorio	Diario	315	3 minutos	
12	Agendar a paciente	Consultorio	Diario	315	1 minutos	
13	Registrar paciente en estadística	Estadística	Diario	315	5 minutos	
14						
15						
16						

**ANEXO 4**

**DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL SUBPROCESO**

**TRASLADO DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

**LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN**

**DEPARTAMENTO** Estadística

**SUBPROCESO** Entrega de turnos consulta externa (A.2.2)

**FUNCIONARIO** LUIS FLORES

**CARGO/FUNCIÓN** JEFE DE ESTADISTICA

**FECHA** : 15/07/2012

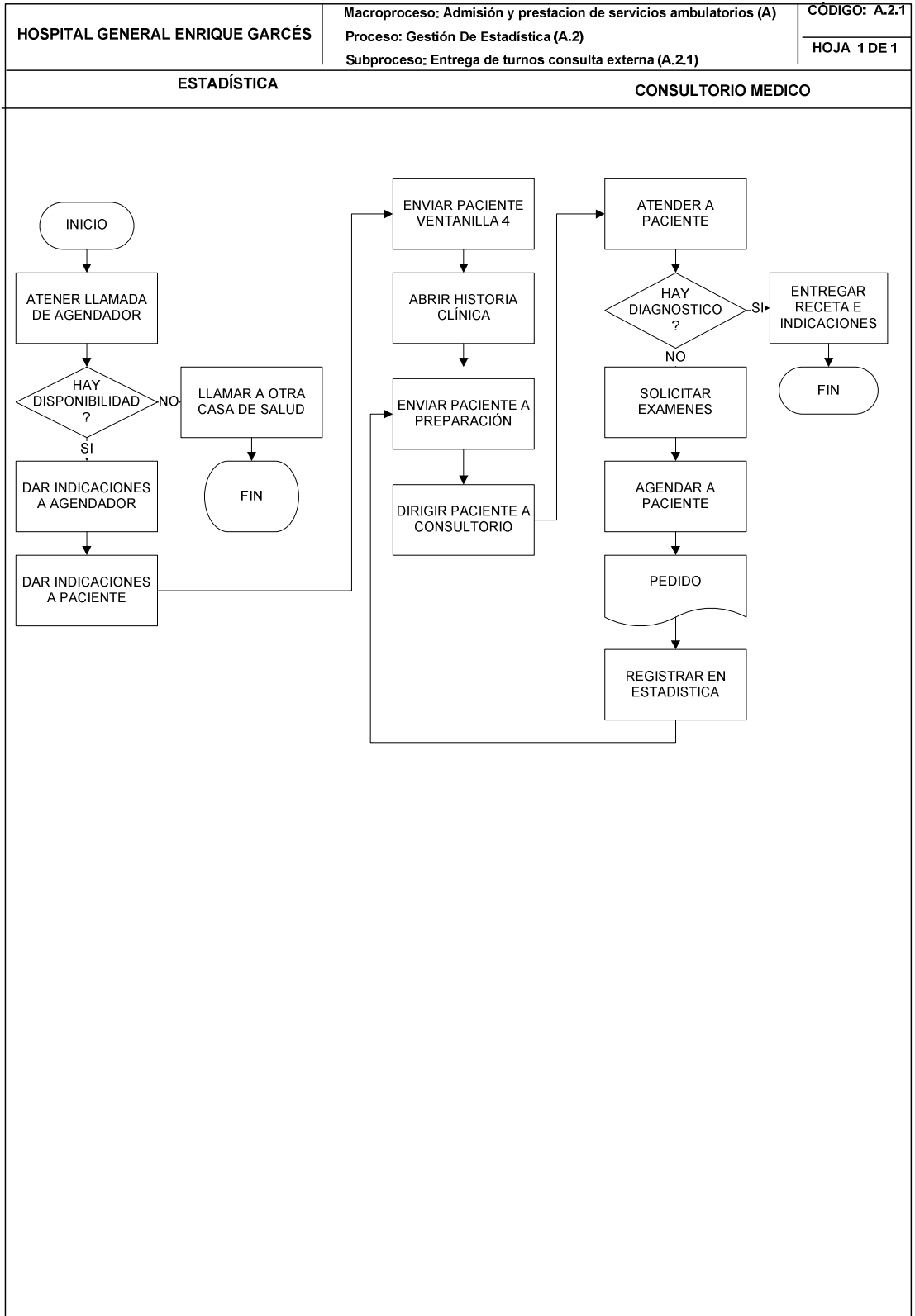
**HOJA** 1 **DE**

#	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Registrar en listado historia clínica de pacientes	Estadística	Diario	450	45 minutos	
2	Enviar listado de historias clínicas a archivo	Estadística	Diario	450	3 minutos	
3	Retirar historias clínicas de estanterías	Archivo	Diario	450	45 minutos	
4	Controlar nombre y número de historias clínicas	Archivo	Diario	450	30 minutos	
5	Enviar historias clínicas a preparación de pacientes	Archivo	Diario	450	10 minutos	
6	Controlar nombre y número de historias clínicas	Enfermería	Diario	450	30 minutos	
7	Registrar signos vitales en historias clínicas	Enfermería	Diario	450	55 minutos	
8	Enviar historias clínicas a consultorios médicos	Enfermería	Diario	450	3 minutos	
9	Registrar atención medica en historia clínica	Consultorio	Diario	450	15 minutos	
0	Enviar historias clínicas a preparación de pacientes	Consultorio	Diario	450	3 minutos	
1	Controlar nombre y número de historias clínicas	Enfermería	Diario	450	30 minutos	
1	Enviar historias clínicas a archivo	Enfermería	Diario	450	10 minutos	
1	Controlar nombre y número de historias clínicas	Archivo	Diario	450	30 minutos	
1	Ingresar historias clínicas a estanterías	Archivo	Diario	450	45 minutos	

**ANEXO 5**

**FLUJO GRAMA DEL SUBPROCESO ENTREGA DE TURNOS**

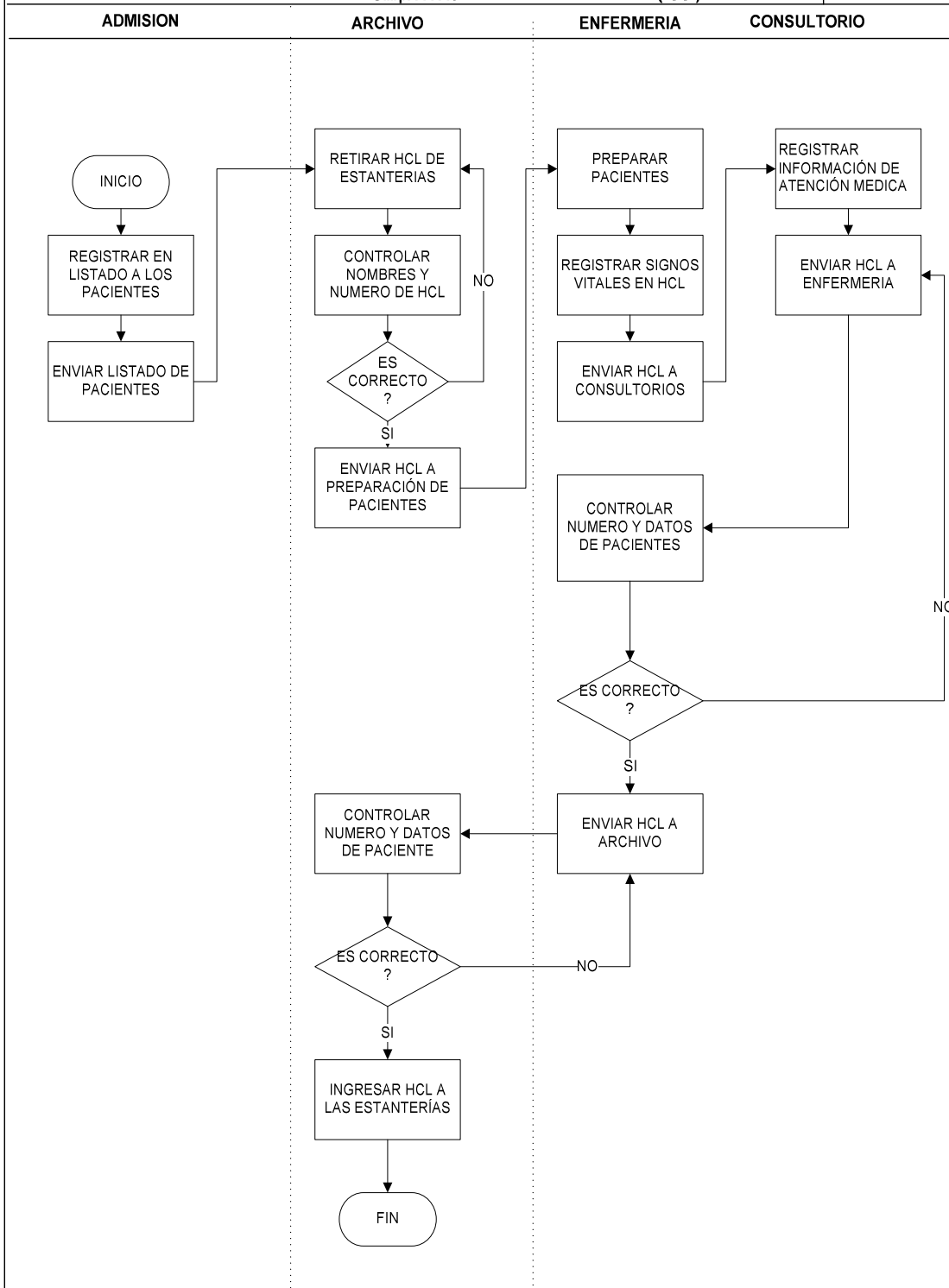
**PARA CONSULTA EXTERNA**



**ANEXO 6**

**FLUJO GRAMA DEL SUBPROCESO TRASLADO DE LA**

**HISTORIA CLÍNICA**



**ANEXO 7**

**DESCRIPCIÓN DEL PROCESO**

**ENTREGA DE TURNOS EN CONSULTA EXTERNA**



	<b>MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS</b>	
	<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>	Fecha: 20/08/2012
		1 Pág. de 1

**MACROPROCESO:** Admisión y Prestación de Servicios Ambulatorios (A)

**PROCESO:** Gestión de estadística (A.1)

**SUBPROCESO:** Entrega de turnos consulta externa (A.1.1)

No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Atender la llamada del I nivel	Estadística	Se atiende la llamada del agendador del área de salud.	Auxiliar Call center
2	Verificar en sistema disponibilidad de turnos	Estadística	Se verifica en el sistema si existe turnos para la consulta externa especializada requerida	Auxiliar Call center
3	Dar indicaciones agendador de hora y fecha	Estadística	De existir disponibilidad de turnos se da las indicaciones al agendador de fecha y hora de turno.	Auxiliar Call center
4	Recibir Paciente ventanilla 5	Estadística	Se recibe al paciente en el área de estadística del Hospital General Enrique Garcés	Auxiliar estadística
5	Enviar paciente a ventanilla 4	Estadística	Se registra la llegada del paciente y se factura el turno	Auxiliar estadística
6	Recibir paciente en ventanilla 4 y registrar información	Estadística	1 hora antes de la atención médica se recibe al paciente en la ventanilla 4 para el registro de sus datos personales.	Auxiliar estadística
7	Abrir historia clínica	Estadística	Con la información entregada se procede a abrir la historia clínica correspondiente al paciente.	Auxiliar estadística
8	Enviar paciente a preparación	Estadística	Una vez que esta la historia clínica completa se procede a indicar a paciente que acuda a preparación de pacientes.	Auxiliar estadística
9	Dirigir paciente a consultorio medico	Preparación del paciente	Con los signos vitales registrados en la Hcl se envía a paciente al consultorio de la especialidad respectiva	Enfermera
10	Brindar atención medica a paciente	Consultorio	Médico especialista procede a atender a paciente	Medico
11	Solicitar exámenes clínicos	Consultorio	De no diagnosticar inicialmente el médico procede a solicitar exámenes clínicos complementarios	Medico
12	Agendar a paciente	Consultorio	Medico procede a agendar en un listado para la atención medica subsecuente.	Medico
13	Registrar paciente en estadística	Estadística	Paciente acude a estadística y registra su atención médica subsecuente.	Auxiliar estadística

**ANEXO 8**

**DESCRIPCIÓN DEL PROCESO**

**TRASLADO DE HISTORIA CLÍNICA**

	<b>MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCES</b>	
	<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>	Fecha: 20/08/2012
		1 Pág. de 1

**MACROPROCESO:** Admisión y Prestación de Servicios Ambulatorios (A)

**PROCESO:** Gestión de estadística (A.1)

**SUBPROCESO:** Traslado de Historia clínica (A.1.2)

No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Registrar en listado HCL de pacientes a ser atendidos	Estadística	Se procede a realizar un listado con el numero de HCL de los pacientes a ser atendidos al día siguiente	Auxiliar estadística
2	Enviar listado de HCL a archivo	Estadística	Se envía diariamente en la tarde ese listado al archivo para preparar las HCL	Auxiliar estadística
3	Retirar HCL de estanterías	Archivo	Con el listado se procede a retirar las HCL de las estanterías	auxiliar archivo
4	Controlar nombre y número de HCL	Archivo	Se controla la información y que las hojas estén completas dentro de la HCL	auxiliar archivo
5	Enviar HCL a preparación de pacientes	Archivo	Se procede a enviar las HCL completas en número hacia preparación de pacientes.	auxiliar archivo
6	Controlar nombre y numero de HCL	Preparación del paciente	Se controla la información y que las hojas estén completas dentro de la HCL	Enfermera
7	Registrar signos vitales de paciente en HCL	Preparación del paciente	Se toma los signos vitales a los pacientes y se los registra en la HCL	Enfermera
8	Enviar HCL a consultorios médicos	Preparación del paciente	Se envía las HCL a los respectivos consultorios médicos	Enfermera
9	Registrar consulta médica de los pacientes en HCL	Consultorio medico	Medico registra la atención medica del paciente en la HCL	Medico
10	Enviar HCL a preparación de pacientes	Consultorio medico	Se envía las HCL a preparación de pacientes	Medico
11	Controlar nombre y número de HCL	Preparación del paciente	Se controla la información y que las hojas estén completas dentro de la HCL	Enfermera
12	Enviar HCL a archivo	Preparación del paciente	Una vez completas las HCL se envían al archivo	Enfermera
13	Controlar nombre y número de HCL	Archivo	Se controla la información y que las hojas estén completas dentro de la HCL	auxiliar archivo
14	Ingresar HCL a estanterías	Archivo	Se ingresan las HCL a las estanterías	auxiliar archivo

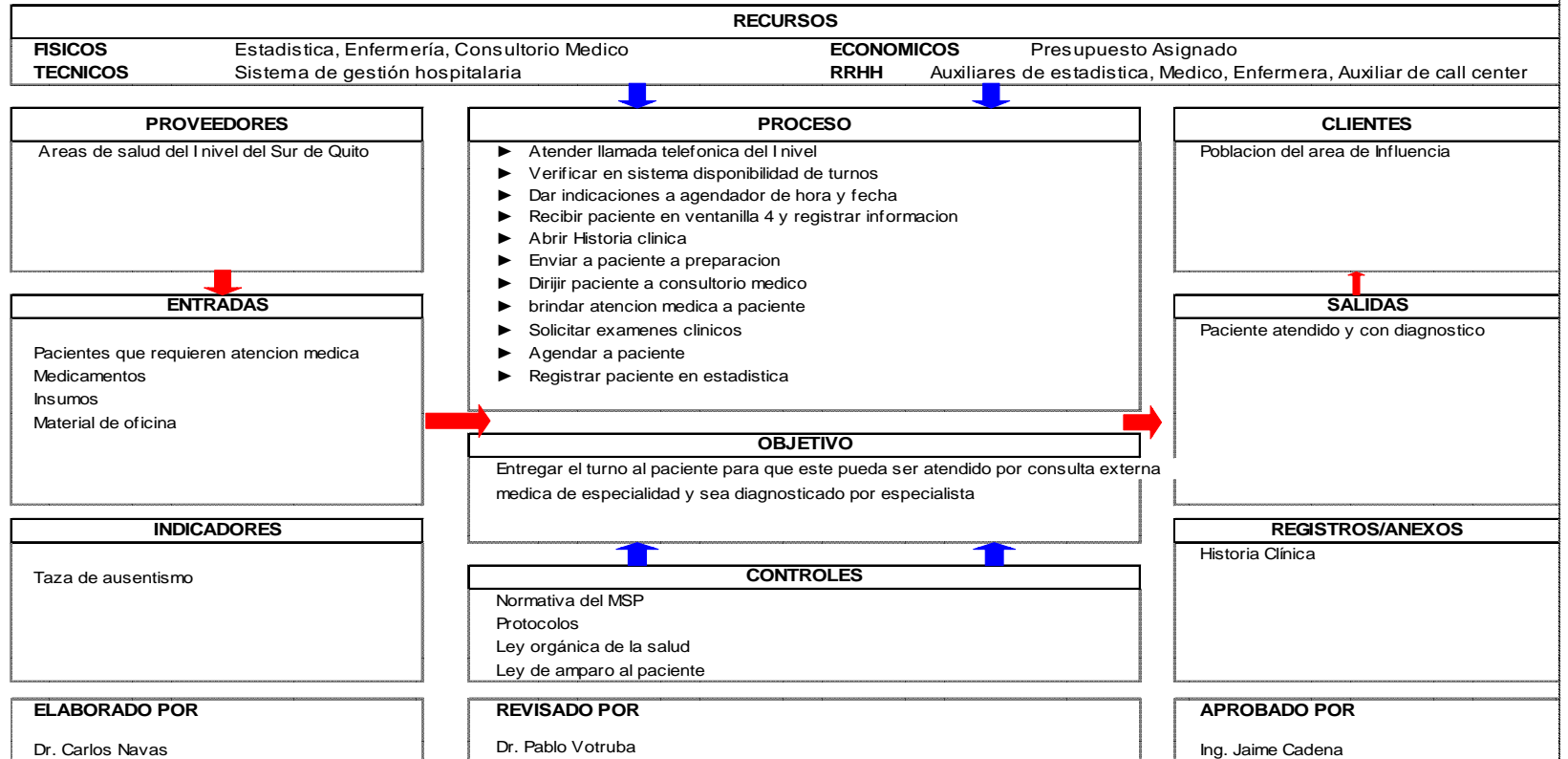
**ANEXO 9**

**MAPA DE PROCESOS**

**ENTREGA DE TURNOS CONSULTA EXTERNA**

## DESCRIPCION DEL PROCESO

<b>NOMBRE DEL SUBPROCESO</b> Entrega de turnos Consulta Externa	<b>CODIFICACION</b> (A.2.1)	<b>EDICION No.</b> 0.0
<b>PROPIETARIO DEL SUBPROCESO</b> Auxiliar de Estadística, "Call Center"	<b>REQUISITO DE LA NORMA</b>	<b>FECHA</b> 20/08/2012
<b>ALCANCE</b> Este proceso inicia desde que el call center recibe la llamada del agendador hasta que el paciente egresa con diagnostico		

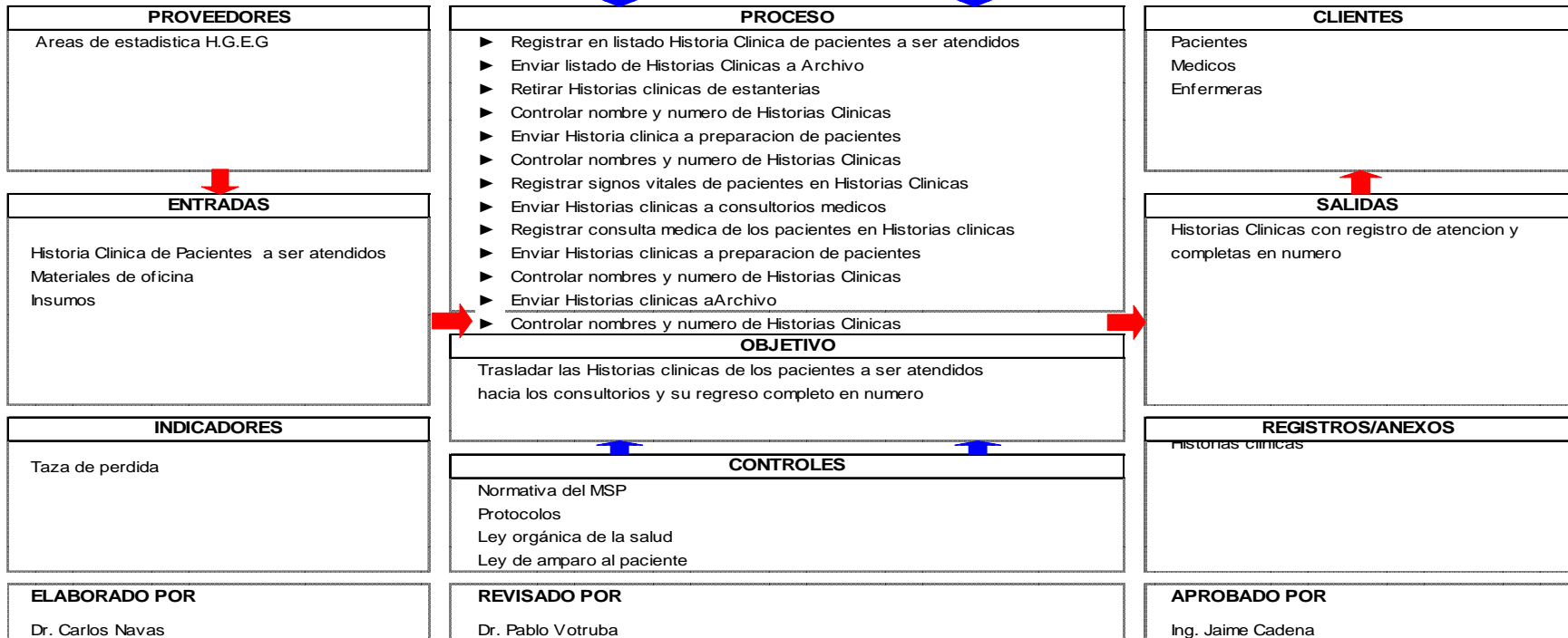


**ANEXO 10**  
**MAPA DE PROCESOS**  
**TRASLADO DE HISTORIA CLÍNICA**

## DESCRIPCION DEL PROCESO

<b>NOMBRE DEL SUBPROCESO</b> Traslado de la Historia Clínica	<b>CODIFICACION</b> (A.2.2)	<b>EDICION No.</b> 0.0
<b>PROPIETARIO DEL SUBPROCESO</b> Auxiliar de Estadística,"Archivo"	<b>REQUISITO DE LA NORMA</b>	<b>FECHA</b> 20/08/2012
<b>ALCANCE</b> Este proceso inicia desde que estadística entrega el listado de Historias Clínicas a ser llevadas a consultorios hasta su retorno a archivo		

RECURSOS			
<b>FSICOS</b>	Estadística, Enfermería, Consultorio Médico	<b>ECONOMICOS</b>	Presupuesto Asignado
<b>TECNICOS</b>	Sistema de gestión hospitalaria	<b>RRHH</b>	Auxiliares de estadística, Médico, Enfermera, Auxiliar de Call Center



## **ANEXO 11**

### **CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PROPUESTOS**



<b>MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS</b>		
<b>CARACTERIZACIÓN</b>	Revisión:	Aprobación:
	Versión: 1	Pág. 1 de 1

Proceso: Gestión de estadística (A.2)

Subproceso: Entrega de turnos consulta externa (A.2.1)

Objetivo: Entregar los turnos para el servicio de consulta externa por medio del call center para disminuir los tiempos principalmente de permanencia del paciente en el hospital.

Proveedor		Insumo	Transformación	Producto(s)	Cliente	
Interno	Externo				Interno	Externo
Población que requiere un turno para atención medica de especialidad y que son dirigidos desde las Áreas de Salud de Primer Nivel	Hospital General Enrique Garcés	Teléfono Computadora	1. Solicitar turno al Agendador	Pacientes con cita para atención medica por especialidad en el Hospital General Enrique Garcés	Paciente Agendador medico	Familiares
			2. Dar indicaciones a Agendador			
			3. Dar indicaciones a paciente			
			4. Registrar paciente en ventanilla 5-6			
			5. Enviar paciente a ventanilla 4			
			6. Abrir HCL			
			7. Enviar paciente a preparación			
			8. Dirigir paciente a consultorio medico			
			9. Dar atención			

		medica a paciente		
		10. solicitar exámenes clínicos		
		11. Agendar a Paciente		
		12. Registrar Paciente en estadística		
		13. Enviar Paciente a preparación		

## **ANEXO 12**

### **CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PROPUESTOS**

<b>MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS</b>			
<b>CARACTERIZACIÓN</b>		Revisión:	Aprobación:
		Versión: 1	Pág. 1 de 1

Proceso: Gestión de estadística (A.2)

Subproceso: Traslado de la Historia clínica (A.2.2)

Objetivo: Trasladar las historias clínicas de los pacientes a ser atendidos de una forma organizada y secuencial para optimizar el tiempo y garantizar la seguridad de la misma.

Proveedor		Insumo	Transformación	Producto(s)	Cliente	
Interno	Externo				Interno	Externo
Población que requiere atención médica especializada	Hospital General Enrique Garcés	Hoja de registro	1. Registrar pacientes	Historias clínicas correctamente en número e información personal de pacientes de regreso a archivo	Paciente Estadístico Archivador Enfermera	Familiars
		Historias clínicas	2. Realizar listado de Pacientes			
		Bolígrafos	3. Enviar Listado de pacientes a archivo			
		Balanzas	4. Retirar HCL de estanterías			
		Estetoscopio	5. Controlar nombre y número de HCL			
		Tensiómetro Termómetro	6. Enviar HCL a preparación de			

		pacientes		
		7. Controlar numero y datos personales		
		8. Preparar pacientes		
		9. Registrar signos vitales en HCL		
		10. Enviar HCL a consultorios		
		11. Registrar atención medica en HCL		
		12. Enviar HCL a Enfermería		
		13. Controlar numero y datos personales		
		14. Enviar HCL a archivo		
		15. Controlar numero y datos personales.		
		16. Ingresar HCL a estanterías.		

## **ANEXO 13**

### **MATRICES DE ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO DE LOS PROCESOS ACTUALES**

## ANALISIS DE VALOR

SUB PROCESO Entrega de turnos Consulta Externa (A.2.1)

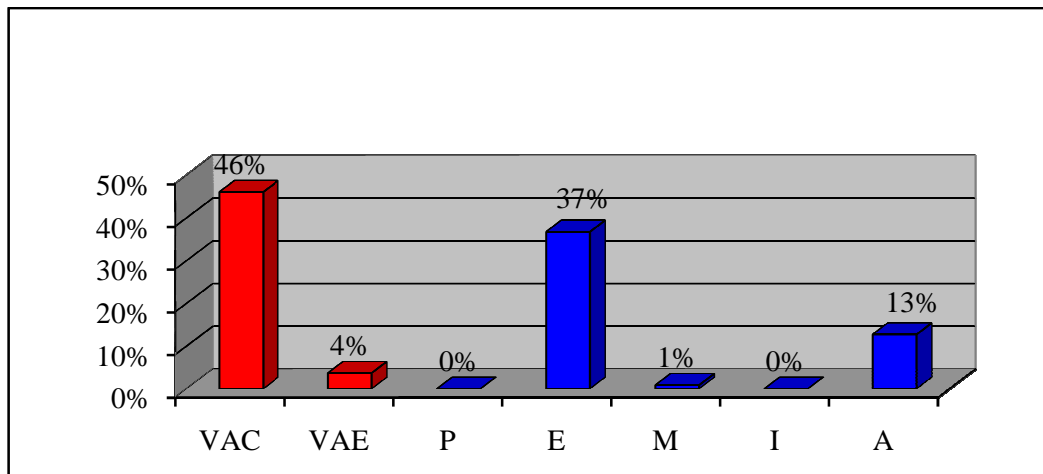
PRODUCTO: Paciente con turno para atencion medica

FECHA: #####

No.	VAC	VAE	P	E	M	I	A	ACTIVIDAD	Tiempos Efectivos (Min)
1	1							Atender llamada telefonica del primer nivel	1
2		1						Verificar en sistema disponibilidad de turno	2
3				1				Dar indicaciones a agendador de hora y lugar	3
4				1				Recibir paciente en ventanilla 4 y registrar	10
5				1				Abrir historia clinica	10
6					1			Enviar paciente a preparacion	30
7					1			Dirijir paciente a consultorio medico	2
8	1							Brindar atencion medica a paciente	15
9		1						Solicitar exámenes clínicos	3
10	1							Agendar a paciente	1
11	1							Registrar paciente en estadística	5
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
	4	2	0	3	2	0	0		
<b>TIEMPOS TOTALES</b>									82

	COMPOSICION DE ACTIVIDADES	Método Actual			TIEMPO TOTAL
		No.	Tiempo	%	
VAC	VALOR AGREGADO CLIENTE (dispuesto a pagar)	4	22	26%	* TIEMPOS ESTIMADOS
VAE	VALOR AGREGADO EMPRESA	2	5	6%	
P	PREPARACION	0	0	0%	
E	ESPERA	3	23	27%	
M	MOVIMIENTO	2	2	2%	
I	INSPECCION	0	0	0%	
A	ARCHIVO	0	32	38%	
TT	TOTAL	11	84	100,00%	
TVA	TIEMPO DE VALOR AGREGADO	27			
IVA	INDICE DE VALOR AGREGADO	32,14%			

### Sub proceso, entrega de turnos consulta externa (A.1.1)



**Fuente: Hospital General Enrique Garcés**

**Realizado: Autor**

Como se puede observar un 46 % de valor agregado es para el cliente y un 4% de valor agregado es para la empresa. Nos refleja un estado crítico, el proceso durante el cual se obtiene el turno es muy prolongado principalmente en los tiempos de espera (37%) de actividad a actividad. La saturación del área de preparación de pacientes (tanto de hombres como mujeres) está marcado por la poca disponibilidad de personal para esta actividad, además que los pacientes se acumulan desde las primeras horas de la mañana sin respetar los horarios de atención en la consulta externa. Hay que mencionar que pese a estos tiempos de espera elevados el valor agregado para el paciente es alto, esto refleja que si esta dentro de los límites de aceptación el proceso.



**ANEXO 14**

**MATRICES DE ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO DE LOS**

**PROCESOS ACTUALES**

## ANALISIS DE VALOR

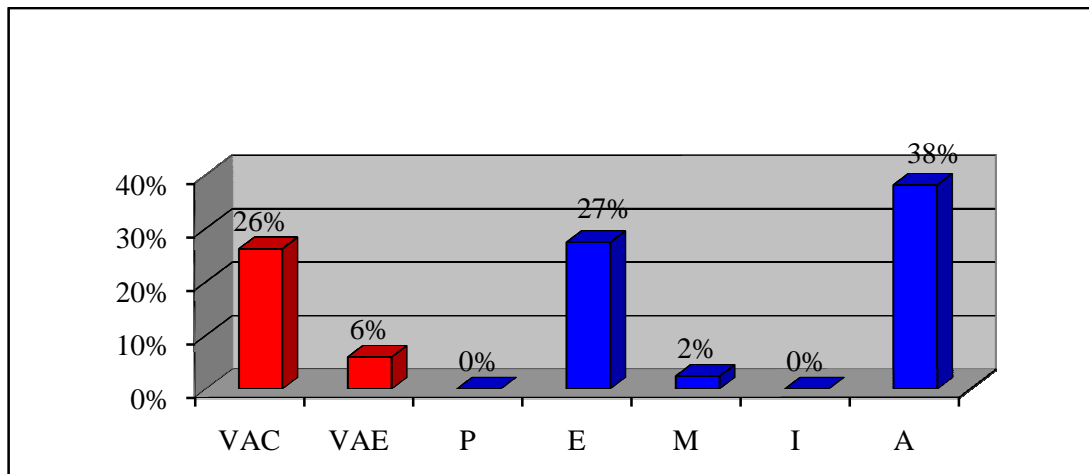
SUB PROCESO Traslado de historia clinica (A.2.2)

PRODUCTO: Historias clinicas completas en numero

FECHA: 20/08/2012

No.	VAC	VAE	P	E	M	I	A	ACTIVIDAD	Tiempos Efectivos (Mn.)	
1	1							Registrar en listado historia clinica de paciente a ser atendido	45	
2		1						Enviar listado de historia clinica a archivo	3	
3	1							Retirar historias clinicas de estanterias	45	
4				1				Controlar nombre y numero de historias clinicas	30	
5		1						Enviar historias clinicas a preparacion de pacientes	10	
6				1				Controlar nombre y numero de historias clinicas	30	
7	1							Registrar signos vitales de pacientes en historias clinicas	55	
8					1			Enviar historias clinicas a consultorios medicos	3	
9	1							Registrar consulta medica de los pacientes en historias clinicas	15	
10	1							Enviar historias clinicas a preparacion de pacientes	3	
11				1				Controlar nombre y numero de historias clinicas	30	
12				1				Enviar historias clinicas a archivo	10	
13				1				Controlar nombre y numero de historias clinicas	30	
14							1	Ingresar historias clinicas a estanterias	45	
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
	5	2	0	5	1	0	1			
<b>TIEMPOS TOTALES</b>									354	
COMPOSICION DE ACTIVIDADES										
									TIEMPO TOTAL EN DIAS 0,74	
									* TIEMPOS ESTIMADOS	
								Método Actual		
								No.	Tiempo	%
VAC	VALOR AGREGADO CLIENTE (dispuesto a pagar)							5	163	46%
VAE	VALOR AGREGADO EMPRESA							2	13	4%
P	PREPARACION							0	0	0%
E	ESPERA							5	130	37%
M	MOVIMIENTO							1	3	1%
I	INSPECCION							0	0	0%
A	ARCHIVO							1	45	13%
TT	TOTAL							14	354	100,00%
TVA	TIEMPO DE VALOR AGREGADO							176		
IVA	INDICE DE VALOR AGREGADO							49,72%		

### Sub proceso traslado de las Historias Clínicas (A.1.2)



**Fuente:** Hospital general Enrique Garcés

**Realizado:** Autor

Como se puede observar un 38% de valor agregado para archivo y para el cliente es del 26%, al igual que los tiempos de espera son del 27%. Lo que nos refleja un estado donde los tiempos de espera son muy altos es decir no las historias clínicas para su movilización pasan una serie de filtros lo cual aumenta los tiempos, hay que considerar que el valor agregado para el cliente como para la empresa es elevado con lo que se guarda un equilibrio en la atención.

**ANEXO 15**  
**LEY DE AMPARO AL PACIENTE**

## **CAPITULO I DEFINICION**

Art. 1.- DEFINICION DE CENTRO DE SALUD.- Centro de Salud es una entidad del sistema de servicios de salud pública o privada, establecida conforme a la Ley para prestar a las personas atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento. Es, además, un centro de formación de personal de salud y de investigación científica.

Se consideran centros de salud a:

- a) Hospitales;
- b) Clínicas;
- c) Institutos Médicos;
- d) Centros Médicos;
- e) Policlínicos; y,
- f) Dispensarios Médicos.

## **CAPITULO II DERECHOS DEL PACIENTE**

Art. 2.- DERECHO A UNA ATENCION DIGNA.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- DERECHO A NO SER DISCRIMINADO.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- DERECHO A LA INFORMACION.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que medicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia.

El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 6.- DERECHO A DECIDIR.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

## **CAPITULO III AMPARO AL PACIENTE EN SITUACIONES DE EMERGENCIA**

Art. 7.- SITUACION DE EMERGENCIA.- Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que

sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas corto punzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.

Art. 8.- Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.

Art. 9.- Se prohíbe a los centros de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con el, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido, atendido y estabilizado en su salud.

Tan pronto como el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas, el centro de salud tendrá derecho para exigir al paciente o a terceras personas relacionadas con el, el pago de los servicios de salud que recibió.

Art. 10.- El estado de emergencia del paciente será calificado por el centro de salud al momento de su arribo.

Art. 11.- Los valores no recuperados por el centro de salud por la atención a (sic) un paciente en estado de emergencia, podrán deducirse del impuesto a la renta de (sic) conformidad con las disposiciones de la Ley de Régimen Tributario Interno.

#### **CAPITULO IV**

##### **SANCIONES POR FALTA DE ATENCION EN SITUACIONES DE EMERGENCIA**

Art. 12.- Bajo ningún motivo un centro de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia.

El centro de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su deber, la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause.

Art. 13.-

Los responsables de un centro de salud que se negaren a prestar atención a pacientes en estado de emergencia, serán sancionados con prisión de 12 a 18 meses y, en caso de fallecimiento del paciente desatendido (sic), con prisión de 4 a 6 años.

#### **CAPITULO V**

##### **APLICACION DE LA LEY**

Art. 14.- La presente Ley obliga a todos los centros de salud del país, sean éstos públicos, privados o a cargo de instituciones militares, policiales, religiosas o de beneficencia.

Art. 15.- Es obligación de todos los centros de salud mantener a disposición de los usuarios ejemplares de esta Ley y exhibir el texto de los derechos del paciente en lugares visibles para el público.

Art. 16.- Todos los centros de salud están obligados a mantener expuestas en lugares visibles para el público, las tarifas que se cobran por sus servicios.

Art. 17.- El Presidente de la República dictará el Reglamento de aplicación de esta Ley, dentro del plazo de noventa días.

**ANEXO 16**

**REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA DEL**

**SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

## **REGLAMENTO A LA LEY ORGANICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

### **CAPITULO I DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD**

Art. 1.- De la ejecución del Plan Integral de Salud.- El Plan Integral de Salud, definido en el Art. 5 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, es el conjunto de acciones y prestaciones de salud en el país y se ejecuta a través de la red de proveedores, mediante la coordinación concertada de acciones de las entidades integrantes del sistema. Al efecto, se respetará la personalidad, autonomía y naturaleza jurídica de cada institución, sus respectivos órganos de gobierno y administración y sus recursos propios.

Art. 2.- De la determinación de prestaciones del Plan Integral de Salud.- Una vez definidos los contenidos del Plan Integral, el Pleno del Consejo Nacional revisará cada dos años, las acciones y prestaciones personales y colectivas de salud que el sistema procura ofrecer a la población.

La definición de acciones y prestaciones buscará lograr la equidad y la universalidad, para lo cual el Pleno del Consejo analizará las necesidades epidemiológicas de la población y las determinantes sociales de salud y calidad de vida, considerando la realidad nacional, provincial y cantonal de salud. Así mismo, establecerá metas cuantitativas y cualitativas para la superación de la exclusión social en salud, manteniendo un criterio de lo máximo posible, buscando mejorar el costo - efectividad de las acciones de salud y definiendo taxativamente los recursos existentes.

Art. 3.- Ampliación de prestaciones de salud.- Los consejos de salud podrán ampliar las acciones y prestaciones contempladas en el Plan Integral de Salud en la medida en que dispongan de financiamiento adicional.

### **CAPITULO II DE LAS NORMAS APLICABLES A LAS FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Art. 4.- De la función de coordinación.- La función de coordinación es competencia del Ministerio de Salud Pública en su calidad de autoridad sanitaria nacional, con el apoyo de los consejos: Nacional, provinciales y cantonales de salud.

Art. 5.- De la política y los planes nacionales de salud.- La política será revisada cada cuatro años y el Plan Estratégico Nacional de Salud cada dos, para ello se contará con la participación activa de todos los actores de salud y otros sectores relacionados, partiendo de: los planes elaborados en los consejos provinciales y cantonales de salud, el análisis estratégico de la realidad sanitaria nacional, el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, los planes del Ministerio de Salud Pública referidos al control de enfermedades, desastres y promoción de la salud de interés nacional y los planes estratégicos de salud de cada una de las entidades que conforman el sistema.

El Ministerio de Salud Pública es la autoridad responsable de la definición del Plan Estratégico Nacional de Salud, el mismo que contará con su respectivo presupuesto y financiamiento que será el resultado de los compromisos asumidos voluntariamente



por los miembros del sistema del Consejo Nacional de Salud. El Ministerio a través de las instancias respectivas del nivel nacional, brindará además el soporte técnico y metodológico indispensable.

Art. 6.- De los planes provinciales.- La formulación del Plan Estratégico Provincial de Salud será bienal, para ello se contará con la participación activa de todos los actores de salud y otros sectores relacionados. Su elaboración es de responsabilidad de los consejos provinciales de salud, para lo cual tendrán en cuenta el análisis estratégico de la realidad de salud de la provincia y los planes de los consejos cantonales de salud. Las direcciones provinciales de salud brindarán el apoyo técnico necesario.

Los planes serán parte del Plan de Desarrollo Provincial, contarán con su respectivo presupuesto y financiamiento y serán el resultado de los compromisos asumidos voluntariamente por todos o algunos de los integrantes representados en el Consejo Provincial de Salud.

Art. 7.- De los planes cantonales.- La formulación del Plan Estratégico Cantonal de Salud será bienal, para ello se contará con la participación activa de todos los actores de salud y otros sectores relacionados. Su elaboración es responsabilidad de los consejos cantonales de salud y se enfocará en la salud familiar y comunitaria, garantizando una atención integral, sustentada en la atención primaria de salud y la promoción de la salud y será parte del Plan de Desarrollo Cantonal aprobado por el respectivo Concejo Municipal. Las direcciones provinciales de salud brindarán el apoyo técnico necesario.

Los planes estratégicos cantonales de salud contarán con su respectivo presupuesto y financiamiento y serán el resultado de los compromisos asumidos voluntariamente por todos o algunos de los integrantes representados en el Concejo Cantonal de Salud.

Art. 8.- De la autonomía para el cumplimiento de los planes de salud.- Los consejos cantonales y provinciales de salud, las entidades autónomas y las personas naturales y jurídicas de derecho privado son autónomos en relación al Consejo Nacional de Salud para promover el cumplimiento de los planes de salud.

Art. 9.- Del procedimiento de regulación sectorial.- Para la ejecución de la atribución prevista en el numeral dos del artículo 10 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Salud Pública como autoridad sanitaria tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

1. Para la aplicación de la legislación sanitaria actualizará los instrumentos legales y técnicos necesarios; en caso de requerirse nuevos marcos jurídicos, formulará los proyectos correspondientes.

2. Para la normatización técnica de bienes, servicios, prácticas que inciden en la salud, ejercicio de las profesiones, comunicación social y mercados como: seguros públicos y privados de salud, insumos, medicamentos, tecnología, bienes de consumo y establecimientos públicos, elaborará y difundirá normativas generales y establecerá las reglas para su funcionamiento y control.

Los instructivos respecto de los ámbitos mencionados en este artículo, serán formulados con la participación activa de los distintos actores del sector salud teniendo en cuenta lo dispuesto en los numerales 8 y 9 del Art. 4 de la Ley Orgánica del

Sistema Nacional de Salud y coordinados por el nivel nacional del Ministerio de Salud Pública.

Art. 10.- De la protección de la salud como bien público.- El Ministerio de Salud Pública es el responsable de: realizar la vigilancia en salud, definir los programas nacionales de control de enfermedades de vigilancia obligatoria, de prevención de desastres y de promoción de la salud de interés nacional, garantizar su financiamiento y organizar su ejecución en el país, en coordinación con los actores del sector, otros sectores y la población organizada.

A fin de garantizar el modelo de atención integral establecido en el Art. 6 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, los programas mencionados deben ejecutarse integrados desde el primer nivel de los servicios de salud. Esta integración debe hacerse en el marco de la red plural de prestadores de salud que contemplan las referencias requeridas a los niveles pertinentes. Solamente en casos excepcionales y justificados estos programas se ejecutarán a través de estructuras verticales. En ningún caso la aplicación de esta norma y de todas las demás de este reglamento restringirá las garantías previstas en el Art. 8 de la Ley Orgánica de Sistema Nacional de Salud.

Será responsabilidad del Ministerio de Salud Pública en sus diferentes niveles: el diseño técnico, el monitoreo, evaluación, investigación, asesoría y capacitación de los programas de salud pública.

El Ministro de Salud Pública solicitará al Presidente de la República la declaratoria de emergencia sanitaria en los territorios que así lo ameriten. Los consejos: Nacional, provinciales y cantonales de salud implicados, deberán reunirse inmediatamente a fin de coordinar acciones entre las entidades del sector y cumplir los planes de contingencia y emergencia definidos por la autoridad sanitaria.

Las disposiciones emanadas del Ministerio en materia de control de enfermedades de vigilancia obligatoria, emergencias, desastres y promoción de la salud de interés nacional, serán cumplidas por las entidades del sector, otros sectores y la población.

Art. 11.- Del control y evaluación.- El Ministerio de Salud Pública, efectuará el control y evaluación de los planes de salud y el funcionamiento del sistema con la participación de las entidades que integran los consejos de salud.

La Política Nacional será objeto de evaluación integral cada cuatro años y el Plan Estratégico Nacional de Salud cada dos años.

Art. 12.- De la función de provisión de servicios de salud.- La provisión de servicios de salud se sustenta en el cantón o mancomunidad de cantones como espacios territoriales y poblacionales definidos, sobre los cuales se ejercerá la responsabilidad local del sistema de la atención a la salud.

Art. 13.- De la conformación y organización de la red.- La conformación y organización de la red plural de prestadores, de la cual forman parte los proveedores públicos, privados y los de medicina tradicional y alternativa, responderán al modelo de atención consagrado en la ley y a los protocolos de las acciones y prestaciones definidas en el Plan Integral de Salud. Las áreas de salud constituyen la base a la que se articularán las instituciones y las unidades locales de acuerdo a sus

responsabilidades y capacidad resolutive.

Art. 14.- De los protocolos de atención.- La Comisión de Planificación, Seguimiento y Evaluación del Consejo Nacional de Salud, desarrollará los proyectos de cada una de las prestaciones definidas en el Plan Integral de Salud.

Art. 15.- Complementariedad de la capacidad resolutive.- La red plural de prestadores complementará su capacidad resolutive con establecimientos de mayor complejidad tecnológica, que cuenten con especialidades y subespecialidades, a fin de garantizar atención integral y de calidad al individuo, la familia y la comunidad.

Art. 16.- Rol de los concejos cantonales de salud.- Los concejos cantonales de salud, conformados paritariamente por las instituciones del sistema y los delegados de las organizaciones de la sociedad civil, deben realizar el monitoreo de la red plural y establecer los compromisos para su funcionamiento y el cumplimiento del Plan Integral de Salud, para lo cual gestionarán entre los prestadores, mecanismos que garanticen su complementación.

Art. 17.- Definición de las metas de cobertura.- Los integrantes del Concejo Cantonal de Salud definirán concertadamente las metas de cobertura teniendo en cuenta: prioridades de riesgo, edad, género, etnia, situación de exclusión en salud, misión institucional y disponibilidad financiera, entre otros.

Art. 18.- Ingreso a la red plural.- Los usuarios ingresarán a la red plural de prestadores a través de las unidades de menor complejidad, excepto en los casos de emergencias o urgencias en los cuales accederán a la unidad de salud de la complejidad que se requiera.

Art. 19.- De los niveles de la provisión.- Para la provisión de los servicios de salud se establece tres niveles de complejidad en la atención:

Primer nivel: Constituido por los servicios de atención ambulatoria.

Segundo nivel: Conformado por los servicios que cuentan con atención ambulatoria de mayor complejidad e intrahospitalaria complementaria al primer nivel.

Tercer nivel: Integrado por los servicios ambulatorios e intrahospitalarios de la más alta complejidad y especialización.

El Ministerio de Salud Pública liderará el proceso de definición concertada para una tipología homologable de las unidades y establecimientos prestadores de servicios de salud del sistema.

Art. 20.- Definición y aplicación de las normas y procedimientos de referencia y contra referencia.- El Ministerio de Salud Pública elaborará participativamente y mediante equipos multidisciplinarios, las normas y procedimientos de referencia y contrarreferencia para asegurar la complementariedad y continuidad en la atención, los que se remitirán al Consejo Nacional de Salud para la aprobación concertada de su utilización común. Los consejos provinciales y cantonales, buscarán mecanismos que faciliten la referencia y contrarreferencia de usuarios en los distintos niveles de atención.

Art. 21.- Requisitos de licenciamiento de los prestadores.- Para la actividad de los proveedores públicos y privados en el sistema, los servicios deberán cumplir las

normas de licenciamiento y los estándares mínimos definidos por el Ministerio de Salud Pública.

Art. 22.- Requisitos para el desempeño de la actividad en servicios de salud.- La provisión en la red plural se realizará de acuerdo a la realidad nacional y local con personal certificado o re-certificado. En las unidades docente asistenciales, la práctica formativa requerirá supervisión calificada.

Art. 23.- De la acreditación y de la evaluación del desempeño.- Para avalar la calidad de los establecimientos de salud y la evaluación del desempeño de las instituciones del sistema, el Consejo Nacional de Salud promoverá un proceso concertado de definición de normas y procedimientos.

### **CAPITULO III DE LOS ORGANISMOS Y NIVELES QUE INTEGRAN EL SISTEMA**

Art. 24.- Del Consejo Nacional de Salud.- Es el organismo de máxima concertación nacional, creado mediante ley como entidad pública, dotado de personería jurídica y autonomía administrativa y financiera, en virtud de lo cual se estructura como unidad ejecutora, con la finalidad de que el Ministerio de Economía y Finanzas transfiera automáticamente a la cuenta corriente del Consejo Nacional de Salud los recursos financieros previstos en el Presupuesto General del Estado.

Las asignaciones del Consejo Nacional de Salud no serán afectadas por transferencias, aportes ni deducción alguna.

Art. 25.- De la estructura del Consejo Nacional de Salud.- El Consejo Nacional de Salud para su funcionamiento cuenta con las siguientes instancias:

- a) El Pleno;
- b) El Directorio; y,
- c) La Dirección Ejecutiva.

Art. 26.- Del Pleno del Consejo.- Además del Ministro de Salud Pública, que lo preside, está integrado por los titulares, los representantes de máxima jerarquía o los representantes designados de las 17 entidades enunciadas en el Art. 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y son los siguientes:

1. Por el Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas: el Director General de Salud.
2. Por los ministerios que participan en el campo de la salud: el Ministro de Economía y Finanzas, el Ministro de Bienestar Social, el Ministro de Educación y Cultura, el Ministro de Agricultura y Ganadería, el Ministro de Trabajo y Recursos Humanos, el Ministro del Ambiente y el Ministro de Desarrollo Urbano y Vivienda.
3. Por las entidades previstas en el numeral 3: el Director General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Director General del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y el Director General del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.
4. Por las organizaciones de salud de la fuerza pública, un representante por las Fuerzas Armadas y uno por la Policía Nacional.
5. Por las facultades y escuelas de ciencias médicas y de la salud de las universidades y escuelas politécnicas, un representante nombrado entre los decanos.

6. Por la Junta de Beneficencia de Guayaquil, su Director o un representante de su máximo organismo de gobierno.

7. Por la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, el Presidente del Consejo Directivo Nacional o su representante.

8. Por la Cruz Roja Ecuatoriana, su Presidente (consulta).

9. Por los organismos seccionales: un Prefecto en representación del Consorcio de Consejos Provinciales del Ecuador, un Alcalde en representación de la Asociación de Municipalidades del Ecuador; un Presidente de Junta elegido por las juntas parroquiales.

10. Por las entidades señaladas en el numeral 10: un representante elegido por las prestadoras privadas de servicios de salud, con fines de lucro; un representante elegido por las entidades de salud privadas de medicina prepagada y un representante elegido por las aseguradoras de salud.

11. Por las entidades de salud señaladas en el numeral 11: un representante elegido por las organizaciones no gubernamentales y un representante elegido por los servicios pastorales y fisco misionales.

12. Por las entidades referidas en el numeral 12: un representante elegido por los servicios comunitarios de salud; un representante elegido por los agentes de la medicina tradicional y un representante elegido por los profesionales de la medicina alternativa.

13. Por las organizaciones que trabajan en salud ambiental, un representante elegido.

14. Por los centros de desarrollo de ciencia y tecnología en salud, un representante elegido.

15. Por las organizaciones comunitarias que actúan en promoción y defensa de la salud, un representante elegido.

16. Por las entidades señaladas en el numeral 16: el/la Presidente de la Federación Médica Ecuatoriana; el/la Presidente de la Federación Odontológica Ecuatoriana; el/la Presidente de la Federación Nacional de Enfermeras; un representante elegido rotativamente entre los presidentes de las demás organizaciones gremiales de profesionales de la salud y un representante elegido por las organizaciones gremiales de trabajadores de la salud.

17. Por los otros organismos de carácter público del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el ámbito de la salud: un representante por los consejos provinciales de salud y un representante por los concejos cantonales de salud.

Art. 27.- De la integración de miembros al Pleno del Consejo Nacional de Salud.- El Consejo Nacional de Salud se integrará obligatoriamente en la primera reunión del Pleno, la tercera semana del mes de enero del año de su conformación. Su integración se efectuará de conformidad con las siguientes reglas:

a) El Ministro de Salud Pública asistirá y presidirá las reuniones del Pleno y del Directorio en forma indelegable y obligatoria y sólo en condiciones de caso fortuito o de fuerza mayor, calificados por la mayoría simple del Pleno del Consejo o del Directorio, podrá aceptarse la delegación temporal y transitoria al Subsecretario General de Salud;

b) El representante del Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas, es el Director General de Salud, quien asistirá en forma obligatoria e indelegable, salvo caso fortuito o fuerza mayor calificados;

c) Los ministros titulares de las carteras de Estado de: Economía y Finanzas, Bienestar Social, Educación y Cultura, Agricultura y Ganadería, Trabajo y Recursos

Humanos, Ambiente y Desarrollo Urbano y Vivienda, son integrantes que de manera obligatoria asistirán a las sesiones. Únicamente en casos de fuerza mayor o caso fortuito debidamente calificados, podrán delegar al Subsecretario de su respectiva Cartera de Estado;

d) Para los casos en que no se trate de entidades autónomas, para la elección de representantes se observará el siguiente procedimiento: realizada la convocatoria a la integración del Consejo, suscrita por el Ministro de Salud Pública, las entidades nombrarán el respectivo Colegio Electoral, el cual convocará, dirigirá y ejecutará el proceso de elección de representantes, de los cuales uno será principal y el segundo suplente, durarán dos años en sus funciones, pudiendo ser reelegidos por un período adicional. En lo que fuere aplicable se remitirá a las normas contenidas en la Ley de Elecciones en vigencia; y,

e) El proceso de elección o designación de representantes al Consejo deberá efectuarse dentro de los últimos 90 días laborables cada dos años, para cuyo efecto, el Ministro de Salud Pública, Presidente nato del Consejo, conminará oficialmente a las organizaciones, entidades e instituciones, a realizar dicho proceso.

Art. 28.- De las reuniones ordinarias y extraordinarias del Pleno del Consejo Nacional de Salud.- El Pleno del Consejo será convocado en forma ordinaria dos veces al año. El primer período de sesiones tendrá lugar en la tercera semana del mes de enero y el segundo en la primera semana del mes de julio. En forma extraordinaria se reunirá a iniciativa del Presidente del Consejo o por solicitud escrita de no menos de ocho de sus integrantes. Para que se instale válidamente la reunión ordinaria o extraordinaria, el Presidente dispondrá que se constate el quórum, el cual deberá ser de al menos la mitad más uno de los integrantes del Pleno.

Art. 29.- De las atribuciones, responsabilidades y funciones del Pleno del Consejo.- Son atribuciones, responsabilidades y funciones del Pleno del Consejo:

a) Concertar la aplicación de la política y del Plan Estratégico Nacional de Salud y evaluarlos con la periodicidad prevista en el Art. 12 del presente reglamento;

b) Aprobar cada dos años las acciones y prestaciones que conforman el Plan Integral de Salud y coordinar su aplicación concertadamente con los integrantes del sistema;

c) Aprobar la programación presupuestaria anual del Consejo Nacional de Salud, la misma que no podrá destinar más del 10% para gastos administrativos;

d) Presentar informes públicos a la sociedad durante el mes de diciembre de cada año, sobre los avances y dificultades en la organización del sistema y los beneficios para la salud;

e) Conocer y contestar, las peticiones, denuncias u otros que fueren presentados y debidamente sustentados por las entidades y organismos integrantes del sistema, los comités de usuarios, los consejos provinciales y cantonales de salud; y,

f) Las demás funciones que el Consejo Nacional apruebe y que sean necesarias para garantizar el cumplimiento de sus objetivos, atribuciones, obligaciones legales y reglamentarias.

Art. 30.- Del Directorio del CONASA.- El Directorio del Consejo estará integrado de la siguiente forma:

El Ministro de Salud Pública, quien lo preside y tiene voto resolutivo y dirimente.

El representante de los ministerios que participan en el campo de la salud.

El Director General de Salud.

El Director General del IESS.

El representante de las facultades y escuelas de ciencias médicas y de la salud de las universidades y escuelas politécnicas, nombrado entre los decanos.

El representante elegido rotativamente entre los presidentes de las organizaciones gremiales de profesionales de la salud.

El representante de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

El representante de SOLCA.

El representante elegido por las organizaciones de salud de la fuerza pública.

. El Prefecto Presidente del Consejo Provincial de Salud, en representación del Consorcio de Consejos Provinciales del Ecuador.

. El Alcalde Presidente del Concejo Cantonal de Salud, en representación de la Asociación de Municipalidades del Ecuador.

. El representante por las entidades señaladas en el numeral 10 del Art. 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

. El representante por las entidades indicadas en el numeral 11 del Art. 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

. El representante por las entidades señaladas en el numeral 12 del Art. 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

. El representante elegido por las organizaciones gremiales de trabajadores de la salud.

. El Director Ejecutivo, que será el Secretario con voz informativa y sin voto.

Art. 31.- De las reuniones del Directorio.- El Directorio se reunirá en forma ordinaria cada dos meses y en forma extraordinaria cuando fuere necesario, previa convocatoria del Presidente o por solicitud escrita de 6 de sus integrantes. Para que se instale válidamente la reunión ordinaria o extraordinaria, el Presidente dispondrá la constatación del quórum, el cual será de al menos la mitad más uno de sus integrantes.

Art. 32.- De las funciones del Directorio.- Son funciones del Directorio las siguientes:

Realizar el seguimiento de los planes de salud;

Aprobar el informe del contenido del Plan Integral de Salud para resolución del Pleno;

Elegir al Director Ejecutivo de la terna propuesta por el Presidente del Consejo;

Aprobar el informe preparado por la Comisión de Planificación, Seguimiento y Evaluación sobre la aplicación de medidas que consideren la disponibilidad financiera y aseguren el financiamiento suficiente y oportuno del Plan Estratégico Nacional e Integral de Salud, para este efecto, se tendrá en cuenta la autonomía financiera de las entidades que conforman el Sistema Nacional de Salud;

Conformar las comisiones permanentes y especiales y orientar su trabajo;

Decidir sobre los procesos y estrategias necesarios para la implementación de líneas de acción del Plan Estratégico Nacional de Salud;

Desarrollar procesos de concertación para la utilización común de las normas técnicas, los protocolos y procedimientos de las estaciones de salud, estándares e indicadores de calidad de los servicios de salud definidos por el Ministerio de Salud Pública;

Disponer la preparación de la documentación, justificaciones de orden técnico, estudios o investigaciones que se requieran para las reuniones del Pleno;

Conocer y contestar las peticiones, denuncias u otros que fueren presentadas y debidamente sustentadas, por las entidades del sistema, por los comités de usuarios, los consejos provinciales y cantonales de salud, las cuales serán apelables ante el Pleno del Consejo;

Aprobar o desaprobado los proyectos de instrumentos normativos y técnicos que se

requieran para el adecuado funcionamiento del Consejo Nacional de Salud y disponer su revisión y actualización permanentes;

Conocer, analizar y resolver los aspectos relacionados con las fuentes de financiamiento de los planes Estratégico Nacional, Integral de Salud y Operativo para el funcionamiento del Consejo respetando los recursos propios de las entidades integrantes del sistema;

Avalar, cuando fuere necesario, los convenios interinstitucionales que se celebren para cumplir los planes: Estratégico Nacional e Integral de Salud;

Aprobar la suscripción de los contratos y adquisiciones con los límites y hasta los montos previstos en las leyes vigentes; y,

Las demás que le asignen la ley, el reglamento, el Pleno del Consejo o las que sean resueltas, a fin de garantizar el cumplimiento de sus objetivos, atribuciones, obligaciones legales y reglamentarias.

Art. 33.- De las funciones del Presidente.- Son funciones del Presidente:

- a) Convocar y presidir las sesiones del Pleno del Consejo y del Directorio;
- b) Participar con derecho a voz y voto en el Pleno y en el Directorio;
- c) Presentar al Directorio la terna para la elección del Director Ejecutivo;
- d) Dirimir con su voto, las decisiones que en caso de empate se presenten en las sesiones del Pleno del Consejo y del Directorio;
- e) Dirigir las acciones interinstitucionales e intersectoriales para la aplicación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, su reglamento y demás normas vigentes;
- f) Cumplir y hacer cumplir los acuerdos, las resoluciones y decisiones adoptadas en las sesiones ordinarias y extraordinarias del Pleno del Consejo y su Directorio;
- g) Promover, impulsar y apoyar activamente la consecución de recursos y apoyos internos y externos que posibiliten la ejecución de los planes, programas y proyectos aprobados por el Pleno del Consejo y del Directorio;
- h) Suscribir conjuntamente con el Secretario las actas de las sesiones del Pleno y del Directorio; e,
- i) Las demás que le asignen la ley, el reglamento y el estatuto.

Art. 34.- De la Dirección Ejecutiva.- La Dirección Ejecutiva, órgano técnico administrativo del Consejo, está conformada por el Director Ejecutivo, las comisiones y las instancias de apoyo administrativo.

Art. 35.- De las funciones del Director Ejecutivo.- Además de las descritas en el Art. 20 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, cumplirá las siguientes funciones:

- a) Dirigir y coordinar el Plan Operativo para el funcionamiento interno del Consejo Nacional de Salud, presentar informes para la aprobación del Directorio y rendir cuentas de su ejecución a esta instancia y al Pleno del Consejo;
- b) Organizar las comisiones del Consejo, cumpliendo con las disposiciones señaladas en este reglamento, el estatuto y reglamento internos del Consejo Nacional de Salud;
- c) Coordinar el trabajo de las comisiones, realizando el seguimiento sobre el avance de los planes y programas, los resultados logrados y las acciones ejecutadas;
- d) Coordinar acciones interinstitucionales e intersectoriales para la organización del Sistema Nacional de Salud;
- e) Presentar a consideración del Directorio y aprobación del Pleno, los proyectos



de reformas legales a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, su reglamento y los proyectos de reglamentos que se requieran tanto para la institucionalización como para el funcionamiento del sistema;

f) Preparar la documentación, justificaciones de orden técnico, estudios o investigaciones que se requieran para las reuniones del Pleno y del Directorio;

g) Intervenir con derecho a voz en las reuniones del Pleno y del Directorio;

h) Previa autorización del Directorio, suscribir los convenios requeridos para la aplicación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y la ejecución de los planes de salud;

i) Nombrar al personal técnico y administrativo del Consejo Nacional;

j) Elaborar las agendas de las reuniones ordinarias y extraordinarias del Pleno y del Directorio y ponerlas a consideración del Presidente de acuerdo al presupuesto;

k) Aprobar y suscribir los contratos y adquisiciones hasta por un monto el cual será determinado por el Consejo Nacional de Salud;

l) Asegurar la correcta y oportuna utilización de los recursos financieros;

m) Elaborar los informes sobre el estado de la ejecución presupuestaria y demás informes y presentarlos para aprobación por parte del Directorio o del Pleno del Consejo, según corresponda;

n) Suscribir con el Presidente las actas de las sesiones ordinarias y extraordinarias del Pleno y del Directorio; y,

o) Las demás funciones que el Pleno del Consejo, el Directorio o su Presidente le asignen.

Art. 36.- De las comisiones.- Son comisiones del Consejo Nacional de Salud las siguientes:

- Planificación, Seguimiento y Evaluación.
- Financiamiento.
- Medicamentos e Insumos.
- Recursos Humanos.
- Organización y Participación Social.
- Promoción de la Salud.
- Bioética.
- Ciencia y Tecnología.
- Las demás que el Directorio decida a futuro.

Art. 37.- De la Comisión de Planificación, Seguimiento y Evaluación.- La comisión está conformada por delegados técnicos de las entidades del sistema, con poder de decisión y con formación o experiencia en planificación. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

Art. 38.- De las funciones de la comisión de Planificación, Seguimiento y Evaluación.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

Formular la propuesta de Política Nacional y de los planes de salud, los cuales necesariamente serán el resultado de la participación activa y concertada de las instituciones que integran el sistema;

a) Elaborar la propuesta del Plan Integral de Salud conjuntamente con las direcciones correspondientes del Ministerio de Salud Pública, el listado de

prestaciones de salud que incluya los protocolos, los insumos, materiales, medicamentos y la propuesta del "Tarifario Referencial Anual de las Prestaciones de Salud" financiadas en dicho plan; presentarlos a consideración del Directorio, el cual, una vez analizado lo someterá a aprobación del Pleno del Consejo;

b) Preparar los informes de seguimiento y evaluación de los planes Estratégico Nacional e Integral de Salud, su eficiencia, calidad, eficacia y el grado de satisfacción de las usuarias/os y elevados a conocimiento del Directorio;

c) Participar en el diseño, desarrollo y ejecución del Sistema Común de Información Sectorial;

d) Realizar el seguimiento de la aplicación interinstitucional del Sistema Común de Información Sectorial, como base para la planificación, la toma de decisiones, el diagnóstico y la evaluación del proceso de organización del Sistema Nacional de Salud, los planes, programas y proyectos, en coordinación con las dependencias competentes del Ministerio de Salud Pública, del Instituto Nacional de Estadística y Censos y demás organizaciones e instituciones vinculadas al tema;

e) Preparar para conocimiento del Directorio informes de avance de la organización del sistema;

f) Planificar e impulsar las acciones y procesos de mejoramiento de la calidad en los servicios de salud del sector; y,

g) Las demás que el Pleno del CONASA, el Directorio o el Presidente le asignen.

Art. 39.- De la Comisión de Financiamiento.- La comisión está conformada por delegados técnicos de las entidades del sistema con poder de decisión, con formación o experiencia en salud pública o economía de la salud. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

Art. 40.- De las funciones de la Comisión de Financiamiento.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

a) Formular las propuestas de asignación de recursos provenientes del sector público o privado, nacional o internacional tomando en consideración su disponibilidad financiera, a fin de cumplir los planes de salud aprobados por el Pleno del Consejo;

b) Realizar los estudios y análisis financieros necesarios a fin de identificar asignaciones y fuentes de financiamiento adicionales para cumplir los requerimientos de los planes de salud;

c) Diseñar mecanismos tendientes a facilitar que se operativice la asignación equitativa de los recursos para garantizar la efectividad social de las intervenciones;

d) Apoyar al Ministerio de Salud Pública en el monitoreo y análisis de la información financiera del sistema, que permita el conocimiento sobre las diferentes operaciones y relacionadas con los datos estadísticos de producción y coberturas previstas en el Plan Integral de Salud;

e) Elaborar los documentos técnicos y normativos de soporte para la ejecución de la función de financiamiento del sistema y presentarlos al Director Ejecutivo quien lo someterá a la aprobación del Directorio; y,

f) Las demás que le asignen el Pleno del Consejo, el Directorio o el Presidente.

Art. 41.- De la Comisión de Medicamentos e Insumos.- La comisión está conformada por delegados técnicos de las entidades del sistema con poder de decisión, sin vinculación con las empresas farmacéuticas nacionales o internacionales y con formación o experiencia en: farmacología, salud pública, clínica, química, farmacia o administración de programas de medicamentos e insumos. En el estatuto

interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

Art. 42.- De las funciones de la Comisión de Medicamentos e Insumos.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

a) Elaborar y actualizar el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos y su registro terapéutico, de conformidad con las normas vigentes;

b) Convocar, calificar y mantener actualizada la lista de las empresas proveedoras nacionales e internacionales que suministrarán medicamentos genéricos a las instituciones del sector salud y presentar los informes correspondientes para la aprobación del Pleno;

c) Proponer los lineamientos de las políticas nacionales de medicamentos básicos y de insumos al Pleno;

d) Brindar a las instituciones del sector, apoyo técnico sobre aspectos específicos relacionados con su especialidad; y,

e) Las demás que el Pleno del Consejo, el Directorio o el Presidente le asignen.

Art. 43.- De la Comisión de Recursos Humanos.- La comisión está conformada por delegados técnicos de las entidades del sistema, con poder de decisión, con formación o experiencia en administración de recursos humanos en salud, docencia, organización y las demás que se requieran. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

Art. 44.- De las funciones de la Comisión de Recursos Humanos.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

a) Elaborar, proponer y someter a consideración y aprobación del Directorio del Consejo lo siguiente:

a.1) La política y el Plan Nacional para el desarrollo de los recursos humanos del sector salud;

a.2) El Sistema Nacional de Carrera Sanitaria, a fin de lograr un marco laboral que posibilite el desarrollo, la administración y la gestión desconcentrada, descentralizada y participativa de los recursos humanos. En dicho sistema también se determinarán los mecanismos para la valorización social, técnica y humana del personal, incluyendo criterios de equidad y de justicia en la remuneración del trabajo, según el desempeño y el reconocimiento al aporte individual y colectivo. Para este propósito trabajará con los organismos e instituciones especializadas del Estado;

a.3) Estándares de desempeño de los recursos humanos, que permitan elevar la calidad, eficiencia y calidez de los servicios de salud;

a.4) Las estrategias e instrumentos que garanticen la suficiencia, calidad y el desarrollo del talento humano en salud; y,

a.5) Los sistemas de cualificación, certificación y recertificación de los recursos humanos del Sector Salud;

b) Elaborar conjuntamente con las instituciones de formación de recursos humanos, los criterios de producción y acreditación que permitan satisfacer las necesidades de tipo, calidad y número, de conformidad con el modelo de atención vigente y las necesidades cantonales, provinciales y nacionales;

c) Promover la formación multidisciplinaria del talento humano para el desarrollo de la salud con carácter intercultural, que articule las medicinas tradicional y alternativa, con énfasis en la investigación y promoción de la salud;

d) Apoyar la conformación del observatorio de los recursos humanos del sector salud como espacio indispensable para el desarrollo racional, integral y descentralizado de este recurso;

e) Efectuar el seguimiento del cumplimiento de los criterios de certificación y re-certificación de los recursos humanos del sector;

f) Presentar al Consejo las propuestas de leyes, reglamentos, acuerdos u otros instrumentos legales que la comisión considere necesarios a fin de asegurar la salud integral de los recursos humanos del sector; y,

g) Las demás que en el área de su competencia, le asigne el Pleno del Consejo, su Directorio o el Presidente.

Art. 45.- De la Comisión de Organización y Participación Social.- La comisión está conformada por delegados técnicos, con poder de decisión, de las entidades del sistema, con formación o experiencia en desarrollo local, organización social y las demás que se requiera. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

Art. 46.- De las funciones de la Comisión de Organización y Participación Social.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

a) Apoyar a los ámbitos provincial y cantonal y coordinar con las autoridades locales pertinentes, en la conformación y puesta en funcionamiento de los consejos provinciales y cantonales de salud, como estructuras idóneas para lograr la ejecución de las políticas de salud, en el contexto de la descentralización y participación comunitaria, a fin de que se fortalezcan y se constituyan en el eje vertebral del Sistema Nacional de Salud;

b) Definir conjuntamente con las autoridades respectivas los requisitos, procedimientos y mecanismos de acreditación de los consejos provinciales y cantonales de salud, realizar las recomendaciones necesarias para su cumplimiento y llevar el registro de los documentos de soporte y existencia legal de dichos consejos provinciales y cantonales de salud;

c) Impulsar y apoyar la participación paritaria de las organizaciones de la sociedad civil en la integración de los consejos de salud; y,

d) Las demás que en el área de su competencia, le asignen el Pleno del Consejo, su Directorio o el Presidente.

Art. 47.- De la Comisión de Promoción de la Salud.- La comisión está conformada por delegados técnicos de las entidades del sistema y de otros sectores relacionados con la promoción de la salud con poder de decisión, con formación o experiencia en: salud pública, educación para la salud, comunicación en salud, desarrollo local, organización comunitaria y las demás que se requiera. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

Art. 48.- De las funciones de la Comisión de Promoción de la Salud.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

- a) Impulsar en los distintos niveles del sistema procesos de promoción de la salud, a fin de lograr: el auto cuidado, la reorientación de los servicios con enfoque de promoción, movilización social y participación comunitaria;
- b) Diseñar e impulsar los programas de comunicación social y capacitación continua, en los temas relacionados con la aplicación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, su reglamento, la política y los planes de salud;
- c) Impulsar y coordinar con los distintos niveles del sistema, la puesta en marcha de procesos de información, educación y comunicación;
- d) Promover el desarrollo y la incorporación de políticas saludables en el sistema;
- e) Impulsar el desarrollo de la promoción de la salud en el país y la inclusión de la perspectiva intersectorial en los planes de salud; y,
- f) Las demás que en el área de su competencia, le asignen el Pleno del Consejo, su Directorio o el Presidente.

Art. 49.- De la Comisión de Bioética.- La comisión está conformada con delegados técnicos de las entidades del sistema, con poder de decisión, con formación o experiencia en bioética. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

Art. 50.- De las funciones de la Comisión de Bioética.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

- a) Orientar y promover los fundamentos de la bioética en el país, con énfasis en la defensa y el respeto a la vida;
- b) Proponer proyectos de normas que incorporen aspectos éticos en la investigación, formación académica y la práctica de salud y establecer los mecanismos de reglamentación;
- c) Proponer la incorporación de los principios de bioética en las políticas nacionales de salud pública;
- d) Diseñar estrategias y establecer mecanismos y procedimientos para la inserción de los principios bioéticos en los planes y programas del sector salud;
- e) Asesorar y emitir criterios técnicos solicitados por el Consejo Nacional de Salud o las entidades que integran el sistema respecto del cumplimiento de los principios de bioética o aspectos relacionados con ellos;
- f) Promover la deliberación sobre dilemas éticos actuales en la práctica e investigación en salud;
- g) Propiciar la creación de espacios para la discusión y solución de los problemas y dilemas éticos en salud a través de: publicaciones, eventos, y conformación de grupos, centros u organismos específicos para este efecto; y,
- h) Las demás que en el área de su competencia, le asignen el Pleno del Consejo, su Directorio o el Presidente.

Art. 51.- De la Comisión de Ciencia y Tecnología.- La comisión está conformada con delegados técnicos, con poder de decisión, de las entidades del sistema, con formación o experiencia en investigación en salud, salud pública y las demás que se requiera. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

Art. 52.- De las funciones de la Comisión de Ciencia y Tecnología.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

- a) Participar con el Ministerio de Salud Pública en el diseño y evaluación de la política de investigación definida en el Art. 29 de la Ley del Sistema Nacional de Salud;
- b) Promover la elaboración de políticas sectoriales en los campos de sistema de información, conectividad y epidemiológica;
- c) Levantar el inventario de los recursos tecnológicos del sector salud como base para la estructuración de un sistema permanente de información en esta área;
- d) Promover el intercambio científico y tecnológico en el sector, a través de: publicaciones, eventos y conformación de grupos, centros u organismos específicos para este efecto;
- e) Apoyar el desarrollo de la investigación en salud en los temas y materias definidos en la política nacional de salud;
- f) Facilitar la coordinación interinstitucional de recursos para garantizar el funcionamiento del Sistema Común de Información Sectorial; y,
- g) Las demás que en el área de su competencia, le asignen el Pleno del Consejo, su Directorio o el Presidente.

Art. 53.- Del Consejo Provincial de Salud.- El Consejo Provincial de Salud, creado en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, es un organismo público, de carácter funcional, dotado de autonomía administrativa, que coordina la ejecución y gestión de las políticas y planes de salud en el ámbito provincial.

Art. 54.- De la estructura del Consejo Provincial de Salud.- El Consejo Provincial de Salud, para su funcionamiento contará con los siguientes organismos internos:

- a) El Pleno;
- b) El Directorio; y,
- c) La Dirección Ejecutiva.

Art. 55.- Integración de miembros al Pleno del Consejo.- El Consejo Provincial de Salud se conformará obligatoriamente en la primera asamblea general ordinaria. Su integración a más de los representantes con poder de decisión previstos en el inciso segundo del Art. 21 de la ley, se hará de conformidad con las siguientes normas:

- a) El Prefecto Provincial o su representante único y permanente, que es su presidente nato;
- b) El Director Provincial de Salud que ejerce la Secretaría Técnica y su participación será obligatoria, personal e indelegable salvo fuerza mayor o caso fortuito;
- c) Los representantes con poder de decisión del IESS y del Seguro Social Campesino si lo hubiere en el ámbito provincial;
- d) Para los representantes enunciados en los numerales 10 al 16 del Art. 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, se observará el siguiente procedimiento: recibida la convocatoria a la integración del Consejo, suscrita por el Prefecto Provincial, las entidades nombrarán el respectivo Colegio Electoral, el cual convocará, ejecutará y dirigirá el proceso de elección de representantes, de los cuales uno será principal y el segundo suplente. En lo que se aplicare se estará a las normas contenidas en la Ley de Elecciones en vigencia;
- e) Únicamente participarán en este proceso los organismos públicos y privados, con y sin fines de lucro que desarrollen acciones concretas de salud en el ámbito provincial y que a la fecha de convocatoria a elecciones hayan obtenido su personería

jurídica; y,

f) El proceso de elección o designación de representantes al Consejo Provincial de Salud deberá efectuarse dentro de los últimos 60 días laborables cada dos años, para lo cual el Prefecto conminará oficialmente a las organizaciones, entidades e instituciones, a iniciar dicho proceso.

Art. 56.- Reuniones ordinarias y extraordinarias.- El Pleno del Consejo se reunirá en forma ordinaria dos veces al año, la primera que tendrá lugar en la cuarta semana del mes de febrero y la segunda en la tercera semana del mes de julio de cada año. En forma extraordinaria se reunirá a iniciativa del Presidente del Consejo o a petición escrita de la tercera parte de sus miembros.

Art. 57.- Funciones del Pleno del Consejo.- Para el cumplimiento de las funciones previstas en el Art. 22 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, cumplirá las siguientes acciones:

- a) Aprobación del Plan Estratégico Provincial de Salud, en el marco de las políticas nacionales y del Plan de Desarrollo Provincial;
- b) Conocer y contestar las peticiones, denuncias u otros que fueren presentadas y debidamente sustentadas en el ámbito provincial, por las entidades y organismos integrantes del sistema, las organizaciones de la sociedad civil y los concejos cantonales de salud;
- c) Elección de entre sus miembros a los integrantes del Directorio;
- d) Participación activa en la organización y capacitación de las organizaciones de la sociedad civil;
- e) Ampliación de prestaciones del Plan Integral de Salud, en la medida en que cuente con financiamiento provincial y que propenda a la equidad;
- f) Otorgamiento del certificado de cumplimiento de los compromisos asumidos en el seno del Consejo a las entidades del sistema; y,
- g) Las demás acciones que el Pleno aprueben y que sean necesarias para garantizar el cumplimiento de sus funciones y objetivos.

Art. 58.- Del Directorio del Consejo Provincial de Salud.- El Directorio del Consejo está integrado con los miembros elegidos por el Pleno. Lo preside el Prefecto o su representante único y permanente y la Secretaría Técnica la ejerce el Director Provincial de Salud.

Art. 59.- De las funciones del Directorio:

- a) Presentar para aprobación del Pleno, la propuesta del Plan Estratégico Provincial de Salud, diseñado en el marco de las políticas nacionales y del Plan de Desarrollo Provincial;
- b) Monitorear el cumplimiento de los compromisos para la ejecución del Plan Integral de Salud;
- c) Coordinar el cumplimiento de la referencia y contrarreferencia y los demás mecanismos necesarios para la provisión de servicios públicos y privados;
- d) En ausencia del Pleno, conocer y contestar las peticiones, denuncias u otras que fueren presentadas por las entidades y organismos integrantes del sistema, las organizaciones de la sociedad civil y los concejos cantonales de salud;
- e) Durante el mes de diciembre de cada año presentar informes de rendición de cuentas a la ciudadanía;
- f) Definir lineamientos para promover la participación activa de las organizaciones

de la sociedad civil;

g) Definir las comisiones que fueren necesarias;

h) Elaborar y presentar los documentos sustentatorios para la ampliación de prestaciones del Plan Integral de Salud, en la medida en que cuente con financiamiento provincial y que propenda a la equidad;

i) Recomendar al Pleno sobre la pertinencia del otorgamiento del certificado de cumplimiento de los compromisos asumidos en el seno del Consejo a las entidades del sistema;

j) Reunirse y colaborar con la puesta en marcha de los planes de contingencia diseñados por el Ministerio de Salud Pública, en casos de emergencia sanitaria; y,

k) Las demás funciones que el Pleno apruebe y sean necesarias para garantizar el cumplimiento de sus funciones y objetivos.

Art. 60.- De la Dirección Ejecutiva.- Está integrada por el Prefecto o su representante único y permanente y el Director Provincial de Salud.

Art. 61.- De las funciones de la Dirección Ejecutiva.- Son funciones de la Dirección Ejecutiva:

a) Elaborar participativamente para conocimiento del Directorio los planes de salud provinciales, para lo cual seguirá los lineamientos detallados en los Arts. 6 y 7 del presente reglamento;

b) Informar al Directorio sobre el grado de cumplimiento de los compromisos en la ejecución del Plan Integral de Salud y formular las recomendaciones pertinentes;

c) Informar al Directorio sobre el cumplimiento de la referencia y contrarreferencia y los demás mecanismos necesarios para la provisión de servicios públicos y privados y formular las recomendaciones pertinentes;

d) Receptar las peticiones, denuncias u otras que fueren presentadas por las entidades y organismos integrantes del sistema, las organizaciones de la sociedad civil y los concejos cantonales de salud, proceder a las investigaciones pertinentes y entregar al Directorio los informes respectivos;

e) Promover la participación activa de las organizaciones de la sociedad civil,

f) Las demás funciones que el Pleno y el Directorio le asignen y sean necesarias para garantizar el cumplimiento de sus funciones y objetivos.

Art. 62.- Del Concejo Cantonal de Salud.- El Concejo Cantonal de Salud, creado por la Ley Orgánica de: Sistema Nacional de Salud, es un organismo público, de carácter funcional, dotado de autonomía administrativa, que coordina la ejecución y gestión de las políticas y planes de salud en el ámbito cantonal.

En los casos en que la organización del sistema requiera de la mancomunidad de cantones, se organizará un solo Consejo de Salud para dicha mancomunidad.

Art. 63.- Estructura del Concejo Cantonal de Salud.- El Concejo Cantonal de Salud, para su funcionamiento contará con los siguientes órganos de decisión:

a) El Pleno; y,

b) La Presidencia.

Art. 64.- Integración de miembros al Pleno.- El Concejo Cantonal de Salud se integrará obligatoriamente en la primera asamblea general ordinaria del año de su conformación, cumpliendo las siguientes normas:



- a) El Alcalde del cantón, o su representante único y permanente que es su Presidente nato;
- b) El Jefe del área de salud quien ejerce la Secretaría Técnica. En caso de existir más de uno en un mismo cantón o mancomunidad de cantones, el Director Provincial de Salud nombrará a dicho representante;
- c) Los representantes con poder de decisión del IESS y del Seguro Social Campesino, si existieren en el ámbito cantonal;
- d) Únicamente participarán los organismos públicos y privados, con y sin fines de lucro que a la fecha de convocatoria, hayan obtenido su personería jurídica y realicen acciones de salud específicamente en el cantón de que se trate;
- e) El proceso de elección o designación de representantes al Concejo Cantonal de Salud deberá efectuarse dentro de los últimos 60 días laborables del año anterior a su integración, para cuyo efecto, el Alcalde, conminará a las organizaciones, entidades e instituciones, a realizar dicho proceso;
- f) Los demás integrantes que representen a las entidades determinadas en el Art. 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, se integrarán al Concejo Cantonal, única y exclusivamente en los casos en que la entidad a la que representen tenga programas y actividades específicas de salud en el cantón; y,
- g) La participación de la sociedad civil y de base comunitaria será prioritaria en relación con el número de delegados de las instituciones, salvaguardando la equidad social, de género, generacional y étnico - cultural.

Art. 65.- Reuniones ordinarias y extraordinarias.- El Pleno del Concejo Cantonal será convocado por el Alcalde o por iniciativa de un número de miembros que represente la tercera parte de sus integrantes.

El Pleno se reunirá ordinariamente al menos cada dos meses y de forma extraordinaria las veces que considere necesarias.

Art. 66.- De las funciones del Concejo Cantonal de Salud.- Además de las previstas en el Art. 24 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, cumplirá las siguientes funciones:

- a) Elaborar, aprobar y evaluar, la política y el Plan Estratégico Cantonal de Salud, los cuales serán formulados participativamente, en el marco del Plan de Desarrollo Cantonal y presentarlos al Concejo Municipal;
- b) Remitir los planes cantonales al Consejo Provincial de Salud correspondiente, para su incorporación en el Plan Provincial;
- c) Celebrar los compromisos interinstitucionales requeridos para el funcionamiento de la red plural de prestadores y hacer la vigilancia de su cumplimiento;
- d) Evaluar el grado de cumplimiento de compromisos de los integrantes en la ejecución del Plan Integral de Salud, para lo cual la Secretaría Técnica establecerá mecanismos de seguimiento;
- e) Aprobar la inclusión de prestaciones adicionales al Plan Integral de Salud, en la medida en que cuente con financiamiento local;
- f) Participar activamente en la organización y capacitación de: las organizaciones comunitarias, comités de usuarios y demás organizaciones en el nivel cantonal;
- g) Apoyar al Concejo Municipal en la formulación e implementación de políticas saludables;
- h) Durante el mes de diciembre de cada año presentar informes de rendición de cuentas a la ciudadanía;
- i) Conformar las comisiones que fueren necesarias para desarrollar los planes

aprobados;

j) Gestionar proyectos enmarcados en el cumplimiento de sus obligaciones y buscar alternativas de financiamiento, provenientes de organismos públicos y privados de carácter nacional e internacional;

k) Otorgar del certificado de cumplimiento de los compromisos asumidos en el seno del Consejo a las entidades del sistema;

l) Reunirse y colaborar con la puesta en marcha de los planes de contingencia diseñados por el Ministerio de Salud Pública, en casos de emergencia sanitaria; y,

m) Las demás funciones que el Pleno del Concejo Cantonal o el Presidente le asignen y que sean necesarias para garantizar el cumplimiento de sus objetivos, atribuciones y obligaciones legales y reglamentarias.

Art. 67.- De la Presidencia del Concejo Cantonal de Salud.- La Presidencia del Concejo Cantonal es ejercida por el Alcalde del cantón o su representante único y permanente. Para su funcionamiento contará con una estructura técnico administrativa mínima de conformidad con la ordenanza municipal que se dictare para el efecto.

El Jefe del Área de Salud del territorio específico ejercerá la Secretaría Técnica. En caso de existir más de uno en un mismo cantón o mancomunidad de cantones, el Director Provincial de Salud nombrará a dicho representante.

#### **CAPITULO IV DEL SISTEMA COMUN DE INFORMACION SECTORIAL**

Art. 68.- Del Sistema Común de Información Sectorial.- Este sistema contiene la información cuantitativa y cualitativa en el orden estrictamente técnico de todas las instituciones del sector salud en el ámbito nacional y provee los datos de la situación de la salud en el Ecuador.

Art. 69.- Subsistemas y componentes del sistema.- El Sistema Común de Información Sectorial en Salud, está conformado por los siguientes subsistemas:

a) Vigilancia Epidemiológica, con los siguientes componentes:

- Alerta acción.
- Vigilancia a problemas específicos.
- Vigilancia alimentaria y nutricional.
- Vigilancia ambiental y ocupacional.
- Vigilancia laboratorial.
- Vigilancia fármaco - terapéutica.

b) Servicios de salud, con los siguientes componentes:

- Sistema de producción de servicios ambulatorios.
- Sistema de producción de servicios en internación y registros médicos.
- Sistema de recursos humanos.
- Sistema de infraestructura y recursos tecnológicos.
- Sistema de recursos financieros;

c) Vigilancia demográfica, de riesgos a la salud y condiciones de vida de la población;

d) Vigilancia de la opinión de la población y grado de satisfacción del uso racional de recursos;

e) Vigilancia a la calidad, pertinencia y uso de resultados de las investigaciones en el campo de la salud pública; y,

f) Los demás que el Ministerio de Salud con el apoyo del Consejo Nacional de Salud considere necesarios y que cumplan los requisitos establecidos en el presente reglamento.

Art. 70.- Elaboración y aprobación de normas de vigilancia epidemiológica.- El Ministerio de Salud Pública en su calidad de autoridad sanitaria elaborará las normas, procedimientos y estándares del subsistema de vigilancia epidemiológica y sus componentes, las que serán de cumplimiento obligatorio para todas las entidades del sistema.

Para los demás subsistemas enunciados en el artículo precedente, el Ministerio de Salud Pública elaborará los proyectos respectivos y los presentará para su concertación y aprobación al Pleno del Consejo Nacional de Salud.

Art. 71.- Instrumentos y documentos de soporte.- Los instrumentos, procedimientos y estándares para el levantamiento y clasificación de la información, que constituyen el soporte documental de los subsistemas y sus componentes, serán diseñados por el Ministerio de Salud Pública y posteriormente acordados con todos los actores del sector se exceptúan aquellos subsistemas, componentes e instrumentos que ya han sido probados e implementados por el Ministerio, los cuales continuarán siendo cumplidos por todas las instituciones del sector y a los que se añadirán las aplicaciones informáticas que se requieran para satisfacer las necesidades específicas de las entidades usuarias.

Art. 72.- Requerimientos tecnológicos mínimos del sistema.- El Ministerio de Salud Pública establecerá los requerimientos tecnológicos mínimos de conectividad, comunicaciones y enlaces que aseguren el adecuado flujo de la información, así como su ingreso y uso en el marco del Sistema Común de Información Sectorial.

Art. 73.- Obligaciones de los usuarios del sistema.- Las entidades usuarias del Sistema Común de Información Sectorial cumplirán las siguientes obligaciones:

- a) Ingresar y facilitar la información definida para el sistema;
- b) Adoptar la automatización para las aplicaciones de los subsistemas y sus componentes definidos;
- c) Ingresar la información en forma veraz, oportuna y pertinente; y,
- d) Aplicar la historia clínica única.

Art. 74.- De la información confidencial.- El sistema a través de sus instituciones garantiza la confidencialidad de los datos fundamentado en el derecho constitucional a la intimidad personal y familiar. El Ministerio de Salud Pública implantará los mecanismos necesarios para guardar confidencialidad respecto a: diagnósticos presuntivos, problemas de alerta sanitaria y desastres naturales, en estos casos, definirá los procedimientos para difundir información a los medios de comunicación, al público en general, a la comunidad científica, a los organismos internacionales y demás instituciones, privilegiando siempre el anonimato.

Art. 75.- De la Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.- Créase la Subcomisión de Monitoreo y Evaluación del Sistema Común de Información como parte integrante de la Comisión de Planificación, Seguimiento y Evaluación del Consejo Nacional de

Salud, cuyas funciones primordiales son: efectuar el monitoreo y evaluación sistemática de la calidad de la información y las demás que se definan en el Estatuto Interno del Consejo, aprobado por el Directorio.

Art. 76.- De la clasificación internacional de enfermedades.- La aplicación y uso de la clasificación internacional de enfermedades será obligatoria en todos los niveles y entidades del Sistema Nacional de Salud.

Art. 77.- De la historia clínica única.- El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de autoridad sanitaria, revisará y actualizará los formularios básicos y de especialidades de la historia clínica única para la atención de los usuarios, los mismos que serán posteriormente concertados y difundidos por el Consejo Nacional de Salud en todas las instituciones prestadoras de salud del sector público, semipúblico y privado.

Art. 78.- Obligatoriedad de uso de la historia clínica única.- El uso y aplicación de la historia clínica única serán obligatorios en las instituciones de salud que integran el sistema.

Art. 79.- Responsabilidad y custodia de la historia clínica.- La historia clínica, en tanto prueba documental, estará bajo la responsabilidad y custodia de la unidad o establecimiento operativo del lugar de residencia del ciudadano; se propenderá que exista una sola historia clínica por persona que será la base para el sistema de referencia y contra referencia.

## **CAPITULO V DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS**

Art. 80.- Del cuadro nacional de medicamentos básicos.- El Consejo Nacional de Salud, a través de la Comisión de Medicamentos e Insumos, mantendrá actualizado y difundirá oportunamente el cuadro nacional de medicamentos básicos, y su registro terapéutico.

Art. 81.- De la concesión de registro sanitario.- El Ministerio de Salud Pública a través de: la Dirección General de Salud, la Dirección Nacional de Control Sanitario y el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez, dispondrá las medidas para la concesión del registro sanitario bajo parámetros de inocuidad, eficacia, calidad, bio - disponibilidad y bio - equivalencia.

Art. 82.- Del control de calidad post - registro.- El Ministerio de Salud Pública a través del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez, y de los laboratorios legalmente acreditados, efectuará el control de calidad post - registro de todos los medicamentos que se comercializan en el país como una medida para garantizar la calidad de los mismos y precautelar la salud de la población.

Art. 83.- De la fijación y difusión de precios de medicamentos de uso humano.- El Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección General de Salud mantendrá y difundirá el registro de los medicamentos de uso humano disponibles en el país y sus precios actualizados, aprobados por la Comisión Bi - Ministerial de Fijación de Precios.

DEROGATORIAS.- Derógase el Decreto Supremo No. 200, publicado en el Registro Oficial No. 42 del 17 de abril de 1972.

## **DISPOSICIONES GENERALES**

Primera.- Las resoluciones que se adopten en los consejos se tomarán por mayoría absoluta de más de la mitad de los votos de los asistentes. Previamente, se convocará a una concertación o consenso, mediante procedimiento formal que constará en acta. Sólo cuando no se obtenga el consenso, se procederá a las deliberaciones finales para recoger la votación que ha de definirse por mayoría absoluta.

Segunda.- Todas las administraciones tanto del Ministerio de Salud Pública como de las diferentes entidades que conforman el sistema, están obligadas a cumplir y hacer cumplir la política nacional de salud y los planes estratégicos de salud aprobados. En caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones de ley.

Tercera.- Cuando medien circunstancias de caso fortuito o fuerzas mayores debidamente probadas, las entidades integrantes del sistema, podrán nombrar un representante suplente, el cual asistirá a la sesión investido del suficiente poder de decisión.

Cuarta.- Todas las decisiones que se adopten de conformidad con lo establecido en este decreto deberán cumplir con lo dispuesto en el Reglamento para el Control de la Discrecionalidad de los Actos de la Administración Pública, publicado en el Registro Oficial No. 686 del 18 de octubre de 2002.

## **DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

Primera.- El Consejo Nacional de Salud, se conformará sesenta días después de la fecha de publicación en el Registro Oficial del presente reglamento, para lo cual el Ministro de Salud Pública, Presidente nato convocará a las entidades integrantes del sistema, en los términos señalados en este reglamento.

Segunda.- A partir de la promulgación del presente reglamento, los presidentes de los consejos provinciales y cantonales de salud, convocarán a las entidades integrantes a la primera asamblea de conformación.

Tercera.- Una vez conformados los consejos de salud tienen plazo de ciento ochenta días para elaborar y aprobar sus correspondientes estatutos y reglamentos.

Cuarta.- El plazo para el diseño de los formularios básicos que forman parte de la historia clínica única, será de un año calendario, a partir de la publicación en el Registro Oficial del presente reglamento.

Quinta.- Las normas de licenciamiento de los servicios de salud y los estándares mínimos indispensables serán establecidas por el Ministerio de Salud Pública en el plazo de un año a partir de la publicación del presente reglamento en el Registro Oficial y tendrán el carácter de obligatorios y de inmediato cumplimiento.

**ANEXO 17**  
**MANUAL DE PROCESOS**

## **1.- Caracterización del área de estadística**

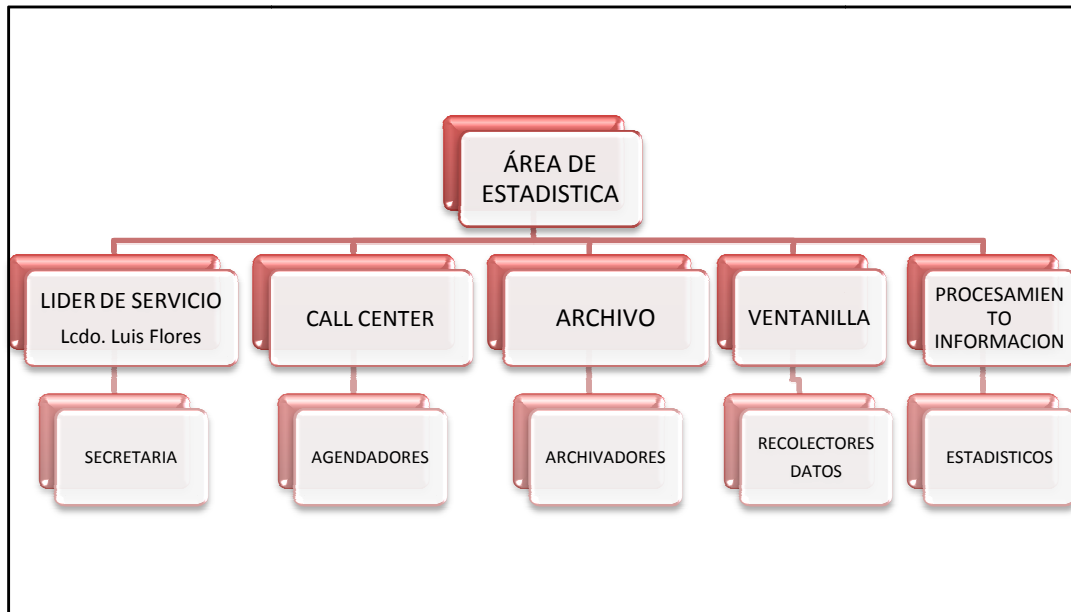
El Hospital General Enrique Garcés es una unidad de salud que se encuentra ubicada en la zona sur de Quito, es el único Hospital General en esta zona del Distrito Metropolitano perteneciente al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por los servicios que presta se encuentra categorizado dentro del II nivel de atención médica.

El área de estadística del Hospital General Enrique Garcés ha venido cumpliendo un papel fundamental dentro de la estructura organizacional de esta casa de salud, ya que es la puerta de entrada del hospital y es donde se da inicio al proceso de atención al paciente.

Existen 7 ventanillas en el área de estadística de las cuales 6 se encuentran habilitadas y organizadas para atención a los pacientes. Existen 4 líneas telefónicas las cuales pertenecen al call center las mismas que están destinadas a la recepción de las llamadas provenientes desde las unidades de salud de menor nivel con el fin de solicitar los turnos para consulta externa de las especialidades médicas que posee el Hospital General Enrique Garcés.

A nivel del archivo existe personal en el manejo y manipulación de las historias clínicas. En el manejo de la información existe personal estrictamente dedicado al procesamiento de datos, el personal de estadística rota dentro del área asegurando así la prestación del servicio las 24 horas del día, los 7 días a la semana y los 365 días del año.

## 2.- Organigrama del área de estadística

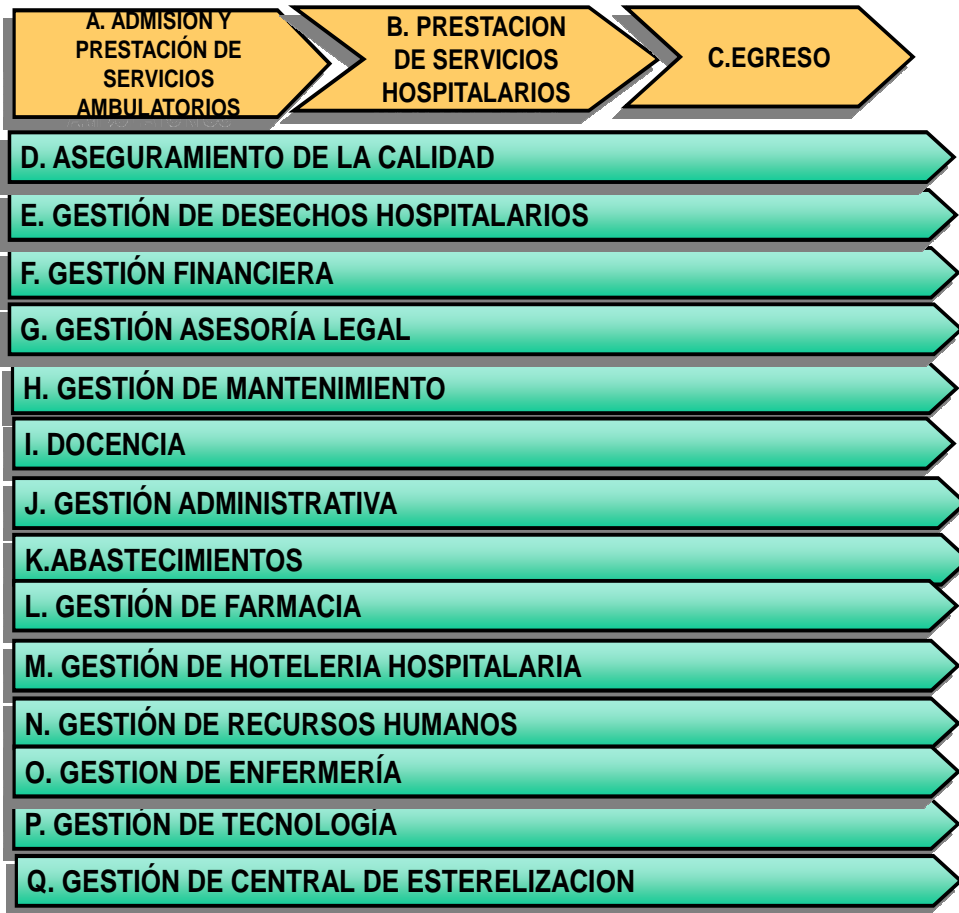


Fuente: Hospital General Enrique Garcés  
Realiza: Autor

## 3.- Cadena de valor del Hospital General Enrique Garcés

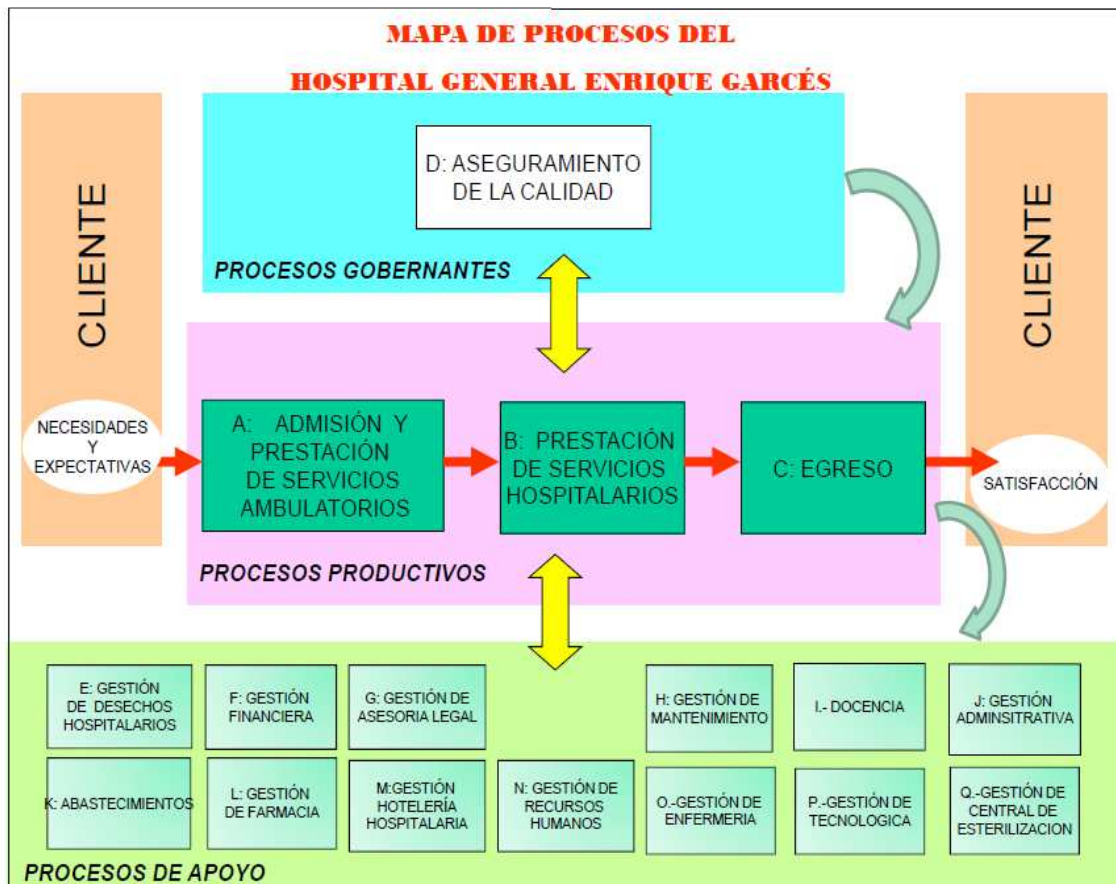
La cadena de valor nos ayudara a distinguir formas de proveer más beneficios en nuestro caso para los pacientes y con eso captar la atención de la sociedad acarreando como nos consecuencia mayor demanda en el mercado para nuestro servicio de salud. La cadena de valor nos ayudara a administrar una empresa por medio de clasificación y mejoramiento de los procesos.





Fuente: Hospital General Enrique Garcés  
Realiza: Ing. Jaime Cadena

#### 4.- Mapa de procesos del Hospital General Enrique Garcés



Fuente: Hospital General Enrique Garcés  
Realiza: Ing. Jaime Cadena

#### 5.- Objetivo del Manual del área de estadística

Estandarizar los procesos del área de estadística del Hospital General Enrique Garcés para satisfacer las necesidades de salud de los pacientes.

#### 6.- Alcance del Manual de procesos del área de estadística

El alcance del manual que se ha desarrollado contiene la admisión y la prestación de servicios ambulatorios a pacientes que requieren la atención en el área de estadística.

## **7.- Glosario de términos**

**Calidad.-** Conjunto de características de una entidad que le confiere la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas.

**Call center.-** Sistema de llamadas telefónicas mediante el cual se solicitan los turnos para la atención médica por consulta externa especializada, de una unidad de primer nivel a otra de mayor complejidad.

**Evaluación.-** Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia y eficiencia con lo que han sido empleados los recursos destinados a alcanzar los objetivos previstos.

**Gestión.-** Disciplina que se encarga de organizar y administrar los recursos de manera tal que se pueda concretar todo el trabajo requerido por el proyecto dentro del tiempo y del presupuesto disponible.

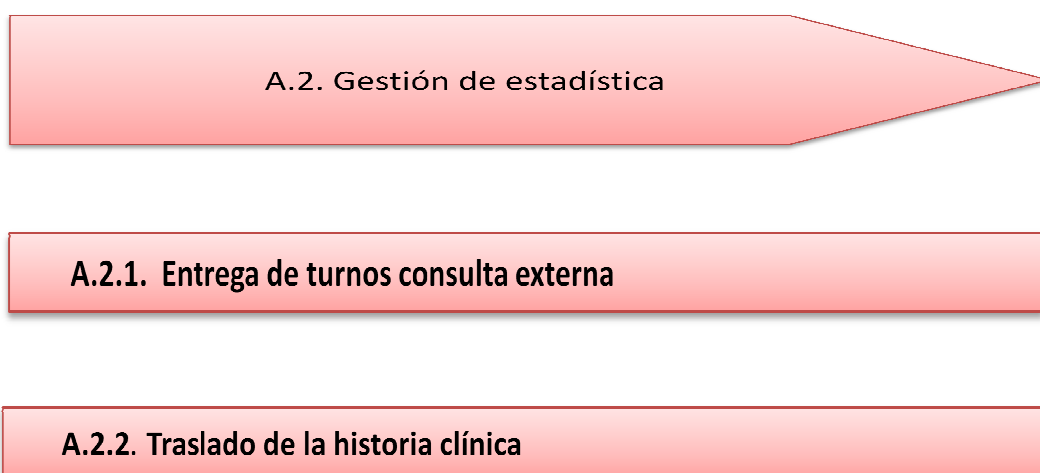
**Historia Clínica.-** Documentos agrupados que contienen toda la información médica personal de una paciente determinado.

**Indicador.-** Es aquel dato que refleja cuales fueron las consecuencias de las acciones tomadas en el pasado y nos ayudan para medir los resultados.

**Proceso.-** Es un conjunto de pasos o etapas necesarias para llevar a cabo una actividad con el fin de optimizar los recursos y obtener un resultado.

**Referencia.-** Es la organización dentro de un proceso que permite remitir a un paciente de una unidad de menor nivel a otra de mayor nivel de complejidad a nivel técnico y de competencias.

## 8.- Mapa de procesos del área de estadística del H.G.E.G.



Fuente: Autor  
Realizan: Autor

## 9.- Inventario de procesos

Código	Nombre del proceso
A.2	GESTION DE ESTADISTICA
A.2.1	ENTREGA DE TURNOS CONSULTA EXTERNA
A.2.2	TRASLADO DE LA HISTORIA CLINICA

Fuente: Hospital General Enrique Garcés  
Realiza: Autor

Macro proceso: Admisión y prestación de servicios

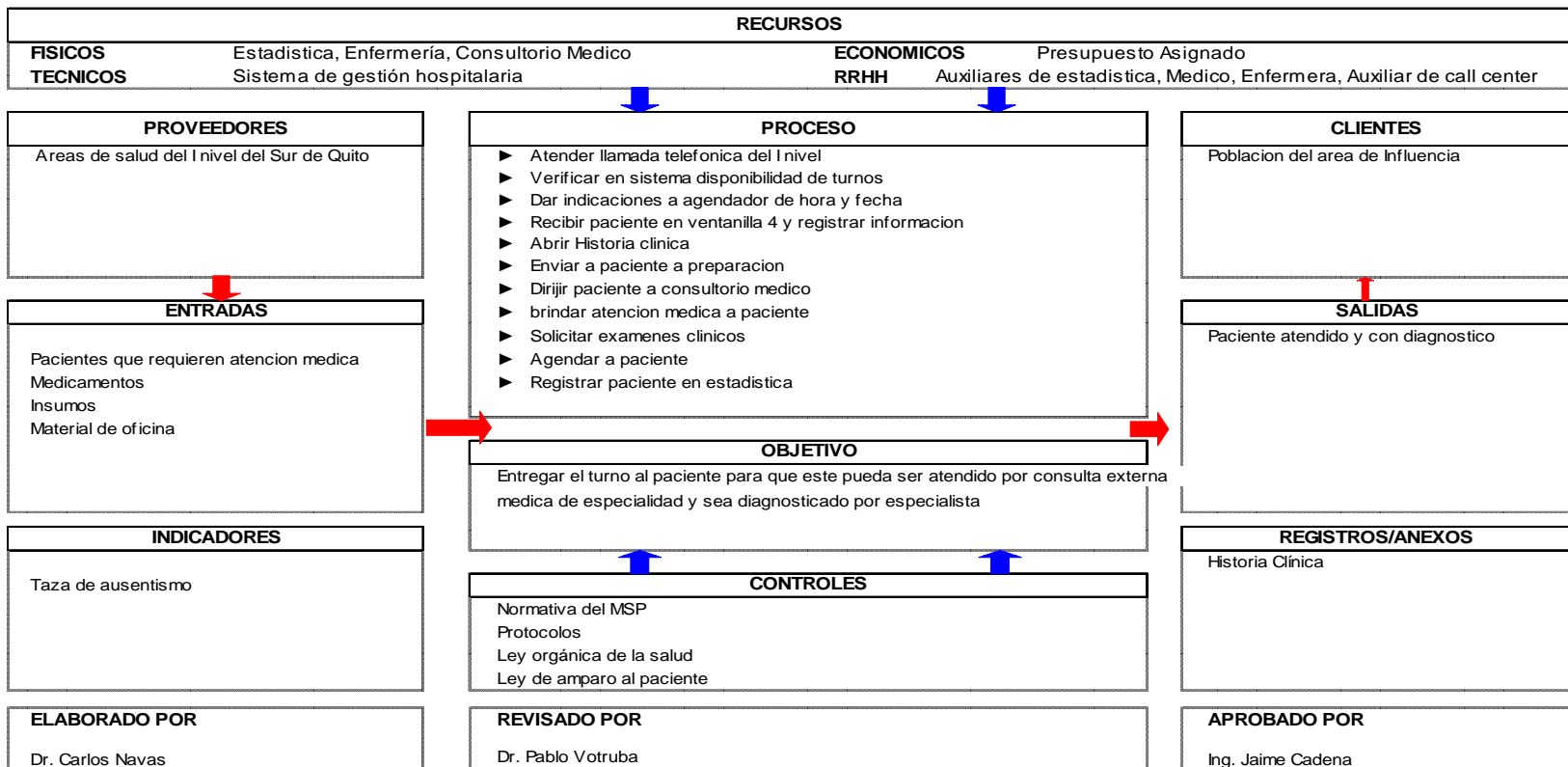
Ambulatorios (A)

Proceso: Gestión de estadística (A.2)

Subproceso: Entrega de turnos consulta externa (A.2.1)

## DESCRIPCION DEL PROCESO

<b>NOMBRE DEL SUBPROCESO</b> Entrega de turnos Consulta Externa	<b>CODIFICACION</b> (A.2.1)	<b>EDICION No.</b> 0.0	
<b>PROPIETARIO DEL SUBPROCESO</b> Auxiliar de Estadística, "Call Center"	<b>REQUISITO DE LA NORMA</b>	<b>FECHA</b> 20/08/2012	
<b>ALCANCE</b> Este proceso inicia desde que el call center recibe la llamada del agendador hasta que el paciente egresa con diagnóstico			

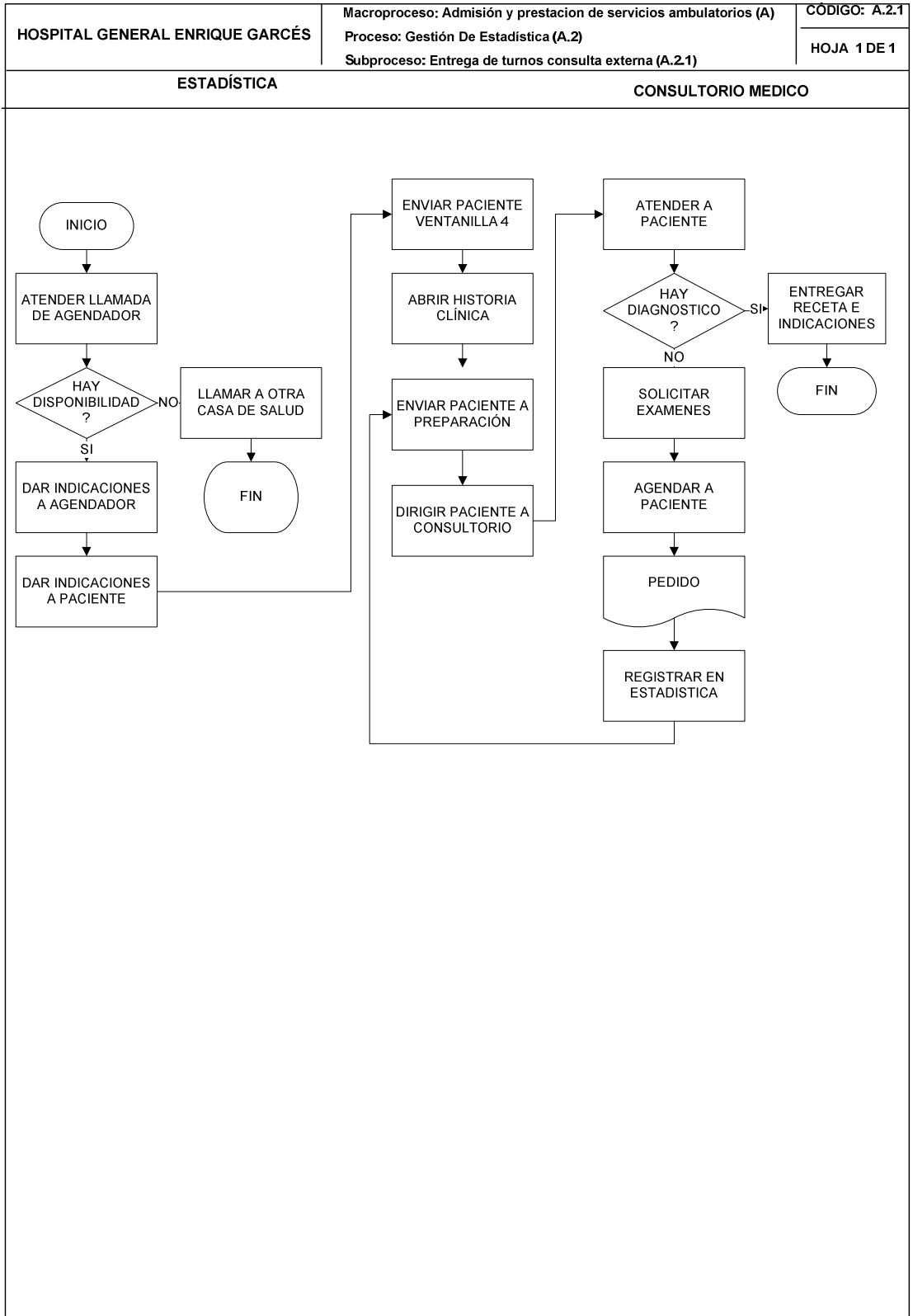


	<b>MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCES</b>	
	<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>	Fecha: 20/08/2012
		1 Pág. de 1

**MACROPROCESO: Admisión y Prestación de Servicios Ambulatorios (A)**  
**PROCESO: Gestión de estadística (A.1)**  
**SUBPROCESO: Entrega de turnos consulta externa (A.1.1)**

No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Atender la llamada del I nivel	Estadística	Se atiende la llamada del agendador del área de salud.	Auxiliar Call center
2	Verificar en sistema disponibilidad de turnos	Estadística	Se verifica en el sistema si existe turnos para la consulta externa especializada requerida	Auxiliar Call center
3	Dar indicaciones agendador de hora y fecha	Estadística	De existir disponibilidad de turnos se da las indicaciones al agendador de fecha y hora de turno.	Auxiliar Call center
4	Recibir paciente en ventanilla 4 y registrar información	Estadística	1 hora antes de la atención médica se recibe al paciente en la ventanilla 4 para el registro de sus datos personales.	Auxiliar estadística
5	Abrir historia clínica	Estadística	Con la información entregada se procede a abrir la historia clínica correspondiente al paciente.	Auxiliar estadística
6	Enviar paciente a preparación	Estadística	Una vez que esta la historia clínica completa se procede a indicar a paciente que acuda a preparación de pacientes.	Auxiliar estadística
7	Dirigir paciente a consultorio médico	Estadística	Con los signos vitales registrados en la Hcl se envía a paciente al consultorio de la especialidad respectiva	Enfermera
8	Brindar atención médica a paciente	Consultorio	Médico especialista procede a atender a paciente	Médico
9	Solicitar exámenes clínicos	Consultorio	De no diagnosticar inicialmente el médico procede a solicitar exámenes clínicos complementarios	Médico
10	Agendar a paciente	Consultorio	Médico procede a agendar en un listado para la atención médica subsecuente.	Médico
11	Registrar paciente en estadística	Estadística	Paciente acude a estadística y registra su atención médica subsecuente.	Auxiliar estadística





HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS																																			
FICHA TÉCNICA DE INDICADORES																																			
PROCESO	GESTION DE ESTADÍSTICA		Cód. Ficha:	A-2.1																															
SUBPROCESO	ENTREGA DE TURNOS CONSULTA EXTERNA																																		
RESPONSABLE	LCDO. LUIS FLORES																																		
INDICADOR	TAZA DE AUSENTISMO																																		
FORMA DE CÁLCULO																																			
(número de turnos entregados / número de consultas atendidas) X 100																																			
DEFINICIÓN	Mide el número de turnos entregados por medio del call center sobre el número de pacientes que acuden a la consulta médica																																		
FUENTE DE INFORMACIÓN	Información procesada en el área de estadística																																		
METAS			RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN																														
L.I	Aceptable	L.S	No superar las quejas de los clientes en un 5%	Mensual	Porcentaje																														
0%	5%	10%																																	
GRÁFICO DE MEDICIÓN																																			
<table border="1" style="margin: 10px auto;"> <caption>TASA DE ASISTENCIA</caption> <thead> <tr> <th>Mes</th> <th>L.S.</th> <th>ACEPTABLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ENERO</td><td>10%</td><td>5%</td></tr> <tr><td>FEBRERO</td><td>10%</td><td>5%</td></tr> <tr><td>ABR</td><td>10%</td><td>5%</td></tr> <tr><td>MAY</td><td>10%</td><td>5%</td></tr> <tr><td>MARZO</td><td>10%</td><td>5%</td></tr> <tr><td>JUN</td><td>10%</td><td>5%</td></tr> <tr><td>JUL</td><td>10%</td><td>5%</td></tr> <tr><td>ABRIL</td><td>10%</td><td>5%</td></tr> <tr><td>AGO</td><td>10%</td><td>5%</td></tr> </tbody> </table>						Mes	L.S.	ACEPTABLE	ENERO	10%	5%	FEBRERO	10%	5%	ABR	10%	5%	MAY	10%	5%	MARZO	10%	5%	JUN	10%	5%	JUL	10%	5%	ABRIL	10%	5%	AGO	10%	5%
Mes	L.S.	ACEPTABLE																																	
ENERO	10%	5%																																	
FEBRERO	10%	5%																																	
ABR	10%	5%																																	
MAY	10%	5%																																	
MARZO	10%	5%																																	
JUN	10%	5%																																	
JUL	10%	5%																																	
ABRIL	10%	5%																																	
AGO	10%	5%																																	
OBSERVACIONES																																			

<b>HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCES</b>																																	
<b>FICHA TÉCNICA DE INDICADORES</b>																																	
PROCESO	GESTION DE ESTADISTICA	Cód. Ficha:	A-2.1																														
SUBPROCESO	ENTREGA DE TURNOS CONSULTA EXTERNA																																
RESPONSABLE	LCDO. LUIS FLORES																																
INDICADOR	TAZA DE AUSENTISMO																																
<b>FORMA DE CÁLCULO</b>																																	
(número de turnos entregados / número de consultas atendidas) X 100																																	
DEFINICIÓN	Mide el número de turnos entregados por medio del médico especialista desde el consultorio sobre el número de pacientes que acuden a la consulta médica																																
FUENTE DE INFORMACIÓN	Información procesada en el área de estadística																																
<b>METAS</b>		<b>RESULTADO PLANIFICADO</b>	<b>FRECUENCIA</b>																														
L.I	Acceptable	L.S	No superar las quejas de los clientes en un 5%																														
0%	5%	10%																															
			Mensual																														
			Porcentaje																														
<b>GRÁFICO DE MEDICIÓN</b>																																	
<p style="text-align: center;"><b>TASA DE ASISTENCIA</b></p> <table border="1"> <caption>Data for TASA DE ASISTENCIA</caption> <thead> <tr> <th>Mes</th> <th>L.S. (%)</th> <th>ACEPTABLE (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ENERO</td><td>10</td><td>5</td></tr> <tr><td>FEBRERO</td><td>10</td><td>5</td></tr> <tr><td>ABR</td><td>10</td><td>5</td></tr> <tr><td>MAY</td><td>10</td><td>5</td></tr> <tr><td>MARZO</td><td>10</td><td>5</td></tr> <tr><td>JUN</td><td>10</td><td>5</td></tr> <tr><td>JUL</td><td>10</td><td>5</td></tr> <tr><td>ABRIL</td><td>10</td><td>5</td></tr> <tr><td>AGO</td><td>10</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>				Mes	L.S. (%)	ACEPTABLE (%)	ENERO	10	5	FEBRERO	10	5	ABR	10	5	MAY	10	5	MARZO	10	5	JUN	10	5	JUL	10	5	ABRIL	10	5	AGO	10	5
Mes	L.S. (%)	ACEPTABLE (%)																															
ENERO	10	5																															
FEBRERO	10	5																															
ABR	10	5																															
MAY	10	5																															
MARZO	10	5																															
JUN	10	5																															
JUL	10	5																															
ABRIL	10	5																															
AGO	10	5																															
<b>OBSERVACIONES</b>																																	

Macro proceso: Admisión y prestación de servicios

Ambulatorios (A)

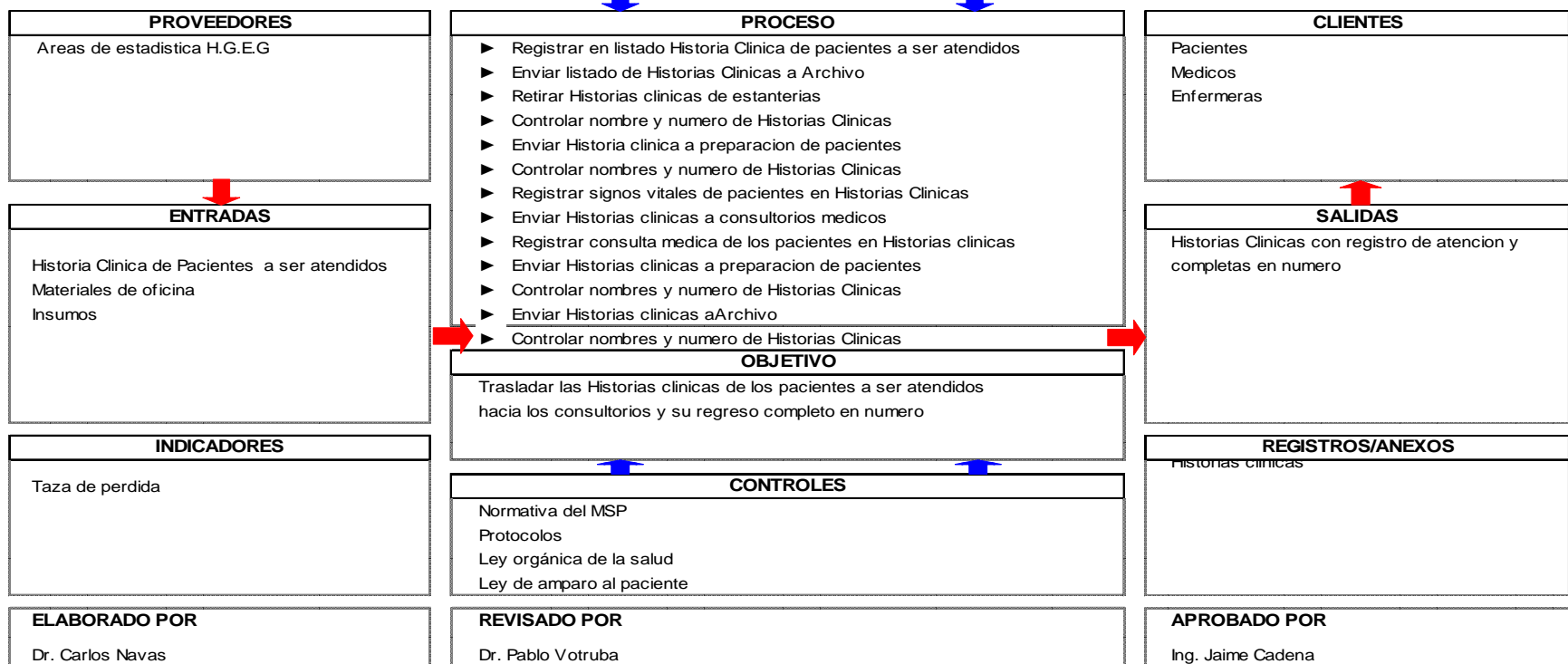
Proceso: Gestión de estadística (A.2)

Subproceso: Traslado de la Historia Clínica (A.2.2)

## DESCRIPCION DEL PROCESO

<b>NOMBRE DEL SUBPROCESO</b> Traslado de la Historia Clinica	<b>CODIFICACION</b> (A.2.2)	<b>EDICION No.</b> 0.0
<b>PROPIETARIO DEL SUBPROCESO</b> Auxiliar de Estadística,"Archivo"	<b>REQUISITO DE LA NORMA</b>	<b>FECHA</b> 20/08/2012
<b>ALCANCE</b> Este proceso inicia desde que estadística entrega el listado de Historias Clinicas a ser llevadas a consultorios hasta su retorno a archivo		

RECURSOS		
<b>FISICOS</b> Estadística, Enfermería, Consultorio Médico	<b>ECONOMICOS</b> Presupuesto Asignado	
<b>TECNICOS</b> Sistema de gestión hospitalaria	<b>RRHH</b> Auxiliares de estadística, Médico, Enfermera, Auxiliar de Call Center	



	<b>MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCES</b>	
	<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>	Fecha: 20/08/2012
		1 Pág. de 1

**MACROPROCESO:** Admisión y Prestación de Servicios Ambulatorios (A)

**PROCESO:** Gestión de estadística (A.1)

**SUBPROCESO:** Traslado de Historia clínica (A.1.2)

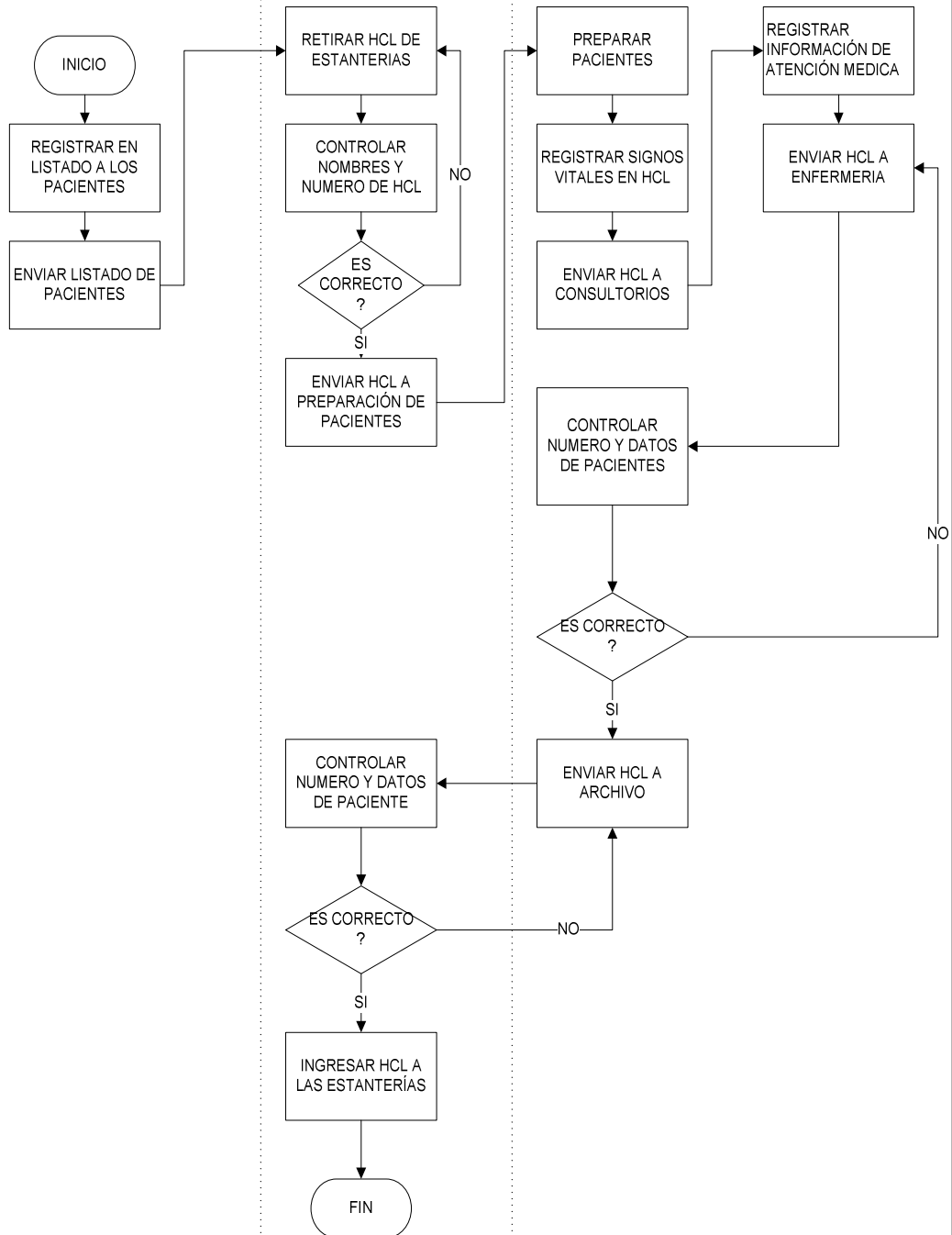
No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Registrar en listado HCL de pacientes a ser atendidos	Admisión	Se procede a realizar un listado con el número de HCL de los pacientes a ser atendidos al día siguiente	Auxiliar estadística
2	Enviar listado de HCL a archivo	Admisión	Se envía diariamente en la tarde ese listado al archivo para preparar las HCL	Auxiliar estadística
3	Retirar HCL de estanterías	Archivo	Con el listado se procede a retirar las HCL de las estanterías	auxiliar archivo
4	Controlar nombre y número de HCL	Archivo	Se controla la información y que las hojas estén completas dentro de la HCL	auxiliar archivo
5	Enviar HCL a preparación de pacientes	Archivo	Se procede a enviar las HCL completas en número hacia preparación de pacientes.	auxiliar archivo
6	Controlar nombre y número de HCL	Preparación del paciente	Se controla la información y que las hojas estén completas dentro de la HCL	Enfermera
7	Registrar signos vitales de paciente en HCL	Preparación del paciente	Se toma los signos vitales a los pacientes y se los registra en la HCL	Enfermera
8	Enviar HCL a consultorios médicos	Preparación del paciente	Se envía las HCL a los respectivos consultorios médicos	Enfermera
9	Registrar consulta médica de los pacientes en HCL	Consultorio médico	Médico registra la atención médica del paciente en la HCL	Médico
10	Enviar HCL a preparación de pacientes	Consultorio médico	Se envía las HCL a preparación de pacientes	Médico
11	Controlar nombre y número de HCL	Preparación del paciente	Se controla la información y que las hojas estén completas dentro de la HCL	Enfermera
12	Enviar HCL a archivo	Preparación del paciente	Una vez completas las HCL se envían al archivo	Enfermera
13	Controlar nombre y número de HCL	Archivo	Se controla la información y que las hojas estén completas dentro de la HCL	auxiliar archivo
14	Ingresar HCL a estanterías	Archivo	Se ingresan las HCL a las estanterías	auxiliar archivo

ADMISION

ARCHIVO

ENFERMERIA

CONSULTORIO



				<b>HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCES</b>																															
<b>FICHA TÉCNICA DE INDICADORES</b>																																			
<b>PROCESO</b>	GESTION DE ESTADÍSTICA		<b>Cód. Ficha:</b>	A.2.2																															
<b>SUBPROCESO</b>	TRASLADO HISTORIA CLINICA																																		
<b>RESPONSABLE</b>	LCDO.LUIS FLORES																																		
<b>INDICADOR</b>	TAZA DE PERDIDA DE HCL																																		
<b>FORMA DE CÁLCULO</b>																																			
(número de Hcl enviadas / número de Hcl recibidas) X 100																																			
<b>DEFINICIÓN</b>	Mide el número de HCL retiradas desde el archivo hacia la estación de enfermería sobre el número de HCL que retornan al archivo																																		
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>	información procesada en el área de estadística																																		
<b>METAS</b>			<b>RESULTADO PLANIFICADO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>UNIDAD DE MEDICIÓN</b>																														
<b>L.I</b>	<b>Acceptable</b>	<b>L.S</b>	No superar las quejas de los clientes en un 5%	Mensual	Porcentaje																														
0%	5%	10%																																	
<b>GRÁFICO DE MEDICIÓN</b>																																			
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;"><b>PORCENTAJE DE HISTORIAS CLINICAS PERDIDAS</b></p> <table border="1" style="display: none;"> <caption>Data for Percentage of Lost Clinical Histories</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>L.S. (%)</th> <th>ACCEPTABLE (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>E...</td><td>1%</td><td>0%</td></tr> <tr><td>FE...</td><td>1%</td><td>0%</td></tr> <tr><td>ABR</td><td>1%</td><td>0%</td></tr> <tr><td>M...</td><td>1%</td><td>0%</td></tr> <tr><td>M...</td><td>1%</td><td>0%</td></tr> <tr><td>JUN</td><td>1%</td><td>0%</td></tr> <tr><td>JUL</td><td>1%</td><td>0%</td></tr> <tr><td>A...</td><td>1%</td><td>0%</td></tr> <tr><td>A...</td><td>1%</td><td>0%</td></tr> </tbody> </table> </div>						Month	L.S. (%)	ACCEPTABLE (%)	E...	1%	0%	FE...	1%	0%	ABR	1%	0%	M...	1%	0%	M...	1%	0%	JUN	1%	0%	JUL	1%	0%	A...	1%	0%	A...	1%	0%
Month	L.S. (%)	ACCEPTABLE (%)																																	
E...	1%	0%																																	
FE...	1%	0%																																	
ABR	1%	0%																																	
M...	1%	0%																																	
M...	1%	0%																																	
JUN	1%	0%																																	
JUL	1%	0%																																	
A...	1%	0%																																	
A...	1%	0%																																	
<b>OBSERVACIONES</b>																																			