



ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO

VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y VINCULACIÓN CON LA
COLECTIVIDAD

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ADMINISTRATIVAS Y DE COMERCIO

UNIDAD DE GESTIÓN DE POSGRADOS

MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL HOSPITALARIA

TESIS DE INVESTIGACIÓN PRESENTADA PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL

TITULO DE MAGISTER EN GERENCIA HOSPITALARIA

TEMA:“EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN, DISEÑO Y
DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DEL DEPARTAMENTO
DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE
GARCÉS”.

ELABORAN: Lic. Silvana Elizabeth Albán Lemos
Lic. María Ercilia Pilicita Pilaguano

SEPTIEMBRE, 2012

CERTIFICACIÓN

Sangolquí, 12 Septiembre de 2012

DE: Lic. REBECA DROIRA
DIRECTOR DE TESIS

PARA: ECON. ROSA LOPEZ MAYORGA
COORDINADORA MAGH

ASUNTO: Informe de Revisión de Tesis de Grado titulada "EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN, DISEÑO Y DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS"

Adjunto, remito a usted señora Coordinadora de la Maestría en Gerencia Hospitalaria, la tesis de grado titulada: "Evaluación de la Gestión, Diseño y Documentación de los Procesos del Departamento de Enfermería del Hospital General Enrique Garcés" realizada por las señoritas egresadas de la Maestría en Gerencia Hospitalaria Lcda. Silvana Elizabeth Albán Lemos y Lcda. María Ercilia Pilicita Pilaguano.

El trabajo en mención ha sido realizado bajo mi dirección, se han acatado todas las recomendaciones y realizado las rectificaciones correspondientes, en tal virtud una vez que se ha cumplido con todas las exigencias teóricas y de comprobación de datos e información, concedo mi Aprobación a la conclusión de la tesis de grado, pudiendo las señoritas estudiantes continuar con el tramite reglamentario pertinente.

A continuación detallo características de la tesis de grado realizada:

- El tema es relacionado con el perfil profesional de los maestrantes.
- Justificados los motivos, causas y consecuencias del tema de investigación. (aval concedido por el señor Director del Hospital General Enrique Garcés para la realización de la Evaluación de la Gestión, diseño, y documentación de los procesos del departamento de enfermería del Hospital General Enrique Garcés.
- Objetivo, tanto general como específico, están adecuadamente estructurados y cubren el desarrollo de la investigación.
- El marco referencial teórico y conceptual, es el que se utilizará para el desarrollo del proyecto de grado.
- La metodología y las técnicas de investigación que se utilizarán en este trabajo, están adecuadamente descritas.
- El contenido del Plan Analítico está relacionado con los objetivos del Perfil.(cabe señalar que todo plan analítico es perfectible hasta el momento de concluir la investigación)
- La bibliografía que se pretende utilizar es actual y apropiada.

Atentamente,

Lic. Rebeca Droira.
DIRECTOR DE TESIS.

DECLARACIÓN

Nosotros, Silvana Elizabeth Albán Lemos y María Ercilia Pilicita Pilaguano, declaramos bajo juramento que el trabajo aquí escrito es de autoría nuestra; no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional ya que hemos consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

A través de la presente declaración cedemos nuestros derechos de propiedad intelectual correspondiente a este trabajo, a la Escuela Superior Politécnica del Ejército, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual por su Reglamento y por su Normatividad Vigente.

Atentamente.

Silvana Elizabeth Albán Lemos

María Ercilia Pilicita Pilaguano

AUTORIZACIÓN

Nosotros, María Ercilia Pilicita Pilaguano y Silvana Elizabeth Albán Lemos, autorizamos a la Escuela Superior Politécnica del Ejército la publicación en la Biblioteca Virtual, la Tesis de Grado titulada “EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS”.

Atentamente.

Lic. Silvana E. Albán Lemos.

Lic. María E. Pilicita Pilaguano.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a **Dios** por haberme dado muchas bendiciones a mi vida.

En segundo lugar a **Luis**, mi esposo, por haberme acompañado en esta nueva etapa de mi vida y darme su apoyo incondicional.

A mi hermana **Paola** quien ha sido mi apoyo y fortaleza.

A mis **padres, hermanos y sobrina** quienes me han sabido comprender y entender por mis ausencias durante el desarrollo de esta tesis.

A mis **maestros, compañeros y amigos** que hice en la ESPE y de manera especial a la **Licenciada Rebeca Droiraya** que con su apoyo, guía y ayuda pudimos culminar el desarrollo de esta tesis.

Silvana Elizabeth

Agradezco a Dios por iluminar mi camino, a mi Esposo y mis hijos que son una bendición de Dios y la razón de ser de mi vida quienes con mucho amor, sabiduría y esfuerzo han sido un pilar fundamental en la culminación de la Tesis.

Un sincero agradecimiento a la Economista Rosita López quien supo apoyarme en los momentos más difíciles durante el desarrollo de la maestría y el Proyecto de Tesis.

A todas las personas que de alguna forma, son parte de la culminación de este proyecto.

María E. Pilicita Pilaguano.

DEDICATORIAS

A Dios quien ha guiado mi camino.

A Luis mi esposo, compañero de mi vida.

A Paola, mi pequeña hermana.

A Carlita, mi sobrina.

A mis padres y hermanos apoyo fundamental en mi vida.

Silvana Elizabeth

Este proyecto de Tesis dedico a Dios, porque siempre está presente en cada momento de mi vida, a mis padres, y sobre todo la dedico a la razón de ser: mi Esposo Iván y mis hijos Crísthian Iván, Santiago, Mateo y Dianita, quienes me han apoyado incondicionalmente con su paciencia, conocimientos que a su corta edad han aprendido, por su amor que nunca me faltó..... Y porque sin ellos este proyecto no hubiese podido ser. Los amo con todo mi corazón.

Gracias por ayudarme a cumplir con un sueño.

María E. Pilicita Pilaguano

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS.....	v
DEDICATORIAS.....	vi
PRÓLOGO.....	2
RESUMEN.....	3
<i>CAPÍTULO I</i>	5
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.1. Título de la tesis o proyecto de grado:.....	5
1.2. Antecedentes del Hospital Enrique Garcés	5
1.2.1. Orgánico Estructural del Hospital.	12
1.3. Planteamiento del problema	13
1.3.1. Antecedentes.....	13
1.3.2. Formulación del problema	14
1.4. Objetivo General.....	15
1.5. Objetivos Específicos.....	15
1.6. Justificación e Importancia.....	15
1.6.1. Justificación	16
1.6.2. Importancia.....	16
<i>CAPÍTULO II</i>	17
2. MARCO TEÓRICO	18
2.1. Introducción.	18
2.2. Direccionamiento Estratégico.	18
2.2.1. Desarrollo de una visión y una misión.	18
2.2.1.1. Visión.....	19
2.2.1.2. Misión.	20
2.2.2. Valores.....	21
2.2.3. Políticas.	21
2.3. La Administración por Procesos	21
2.4. Gestión por Procesos y Calidad Asistencial	22
2.5. ¿Qué son los procesos?	26
2.5.1. Concepto	26
2.5.2. Generalidades de los procesos en la atención médica.....	27
2.5.3. Factores determinantes de un proceso.....	30
2.5.4. Elementos de un proceso	31
2.5.5. Jerarquía de los procesos.....	34
2.5.6. Clasificación de los procesos.....	35
2.5.7. Factores clave de los procesos	36
2.5.8. Diseño de Procesos.....	37
2.5.9. En la Fase Estratégica.....	38
2.5.10. Mapa de procesos.....	40
2.5.11. Criterios de priorización.....	41
2.5.12. La Fase de Desarrollo	43
2.5.13. Fase de Implantación.	44
2.5.14. Adaptación del proceso.....	44
2.5.15. Comunicación.....	45

2.5.16.	Capacitación.....	45
2.5.17.	Representación Gráfica de los Procesos	46
2.5.18.	Flujograma.....	46
2.5.19.	Ventajas del Flujograma.....	46
2.5.20.	Símbolos Estandarizados.....	47
2.6.	Manual de Procesos.....	48
2.6.1.	Definición.....	49
2.6.2.	Objetivos del Manual de Procesos.....	49
2.6.3.	Características del Manual.....	50
2.6.4.	Elaboración del Manual.....	52
2.6.5.	Aplicación del Manual.....	53
2.6.6.	Estructura del manual de procesos.....	54
2.6.7.	Secuencia Gráfica de la Elaboración de Manuales deProcesos.....	58
2.6.8.	El Cambio de los Procesos.....	59
2.6.9.	La Resistencia al Cambio.....	60
2.6.10.	Porqué la gente se opone al cambio.....	60
2.6.11.	Estrategias para el Cambio.....	61
2.6.12.	Medición de los procesos.....	61
2.6.13.	Definición de la Medición de los procesos.....	62
2.6.14.	Importancia de la medición.....	62
2.7.	Indicadores.....	63
2.7.1.	Indicadores de evaluación de procesos.....	64
2.7.2.	Procedimiento de elaboración de indicadores.....	64
2.7.3.	Mejoramamiento de los procesos.....	66
2.7.4.	La mejora continua y la estabilización delos procesos.....	69
2.7.4.1.	Ventajas y desventajas del mejoramientocontinuo.....	71
	Ventajas.....	71
2.7.5.	Fundamentación legal.....	72
2.7.6.	Fundamentación teórica.....	74
2.7.6.1.	Gestión Administrativa de Enfermería.....	74
2.7.6.2.	Procesos de Gestión de Enfermería.....	76
2.7.6.2.1.	Concepto.....	77
<i>CAPITULO III.....</i>		79
3.	Descripción Metodológica.....	79
3.1.	Metodología e instrumentos de investigación.....	79
3.1.1.	Metodología de la investigación.....	79
3.1.2.	Instrumentos de la investigación.....	79
3.2.	Población y muestra	80
3.3.	Resultados de la Investigación	85
3.4.	Análisis de la Situación Actual.....	96
3.4.1.	Departamento de Enfermería.....	96
3.4.2.	Organización del Departamento de Enfermería	97
3.4.3.	Funciones y Actividades	100
3.4.4.	Planificación Estratégica.....	101
3.4.5.	Plan Operativo Annual.....	101

3.4.6.	Manual de Normas y Procedimientos.....	102
3.4.7.	Protocolos.....	102
3.4.8.	Planificación de Orientación e Inducción.....	102
3.4.9.	Planificación de rotación del personal.....	103
3.4.10.	Planificación de Educación Continua.....	104
3.4.11.	Planificación de la Evaluación del Desempeño.....	105
3.4.12.	Planificación de las reuniones con las líderes de losservicios.....	107
3.4.13.	Informe de actividades.....	108
3.4.14.	Cálculos de la dotación el personal deenfermería.....	109
3.4.15.	Perfil de Competencias para las líderesde los servicios.....	110
3.4.16.	Supervisión.....	110
3.4.17.	Indicadores.....	112
3.5.	Conclusión de Resultados Obtenidos.....	112
<i>CAPITULO IV.....</i>		114
4.	SITUACIÓN ACTUAL DE PROCESOS.....	114
4.1.	Introducción.....	114
4.1.1.	Principios Constitucionales para la Atenciónde la Salud.....	114
4.1.2.	Direccionamiento estratégico.....	116
4.1.3.	Visión.....	117
4.1.4.	Misión Institucional.....	117
4.1.5.	Valores Institucionales.....	117
4.1.6.	Misión del Departamento de Enfermería.....	119
4.1.7.	Visión del Departamento de Enfermería.....	119
4.1.8.	Objetivos del Departamento de enfermería.....	119
4.1.9.	Políticas del Departamento de Enfermeríason:.....	120
4.1.10.	Mapa estratégico.....	120
4.2.	Definición del Mapa de procesos.....	123
4.3.	Levantamiento de información de procesos actuales.....	124
4.3.1.	Mapa de procesos del Departamento deEnfermería.....	125
4.4.	Diseño de procesos.....	125
4.4.1.	Inventario de Procesos.....	125
4.4.2.	Selección de Procesos.....	126
4.4.2.1.	Instructivo de la Encuesta.....	128
4.4.3.	Descripción de los procesos.....	129
4.4.3.1.	Subproceso:.....	130
4.4.3.2.	Subproceso:.....	134
4.4.3.3.	Subproceso:.....	137
4.4.3.4.	Subproceso:.....	140
4.5.	Mejora de los Procesos.....	144
4.5.1.	Generalidades.....	144
4.5.2.	Herramientas de mejoramiento.....	145
4.5.3.	Descripción de los procesos mejorados.....	148
4.5.4.	Subproceso:.....	149
4.5.5.	Subproceso:.....	152

4.5.6. Subproceso:.....	155
<i>CAPITULO V.....</i>	159
5. MANUAL DE PROCESOS.....	159
5.1. INTRODUCCIÓN.....	159
5.2. Caracterización de la Unidad.....	159
5.2.1. Reseña histórica del Departamento de Enfermería.	159
5.3. Estructura organizacional del Departamento de Enfermería.	161
5.4. Productos y/o servicios del Departamento de Enfermería.	162
5.5. Objetivo del Manual.	164
5.6. Alcance del Manual.	165
5.7. Glosario de términos.....	165
5.8. Mapa de procesos.	166
5.9. Cuadro de Indicadores.....	187
5.10. Propuesta de mejoramiento.....	188
<i>CAPITULO VI.....</i>	192
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	192
6.1. Conclusiones.....	192
6.2. Recomendaciones.....	193
6.3. Glosario de Términos.....	194
6.4. Bibliografía.....	197
6.5. Anexos.....	200
<i>ANEXO A.....</i>	201
<i>FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....</i>	201
<i>ANEXO B.....</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>FORMATOS DE LAS ENCUESTAS.....</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>ANEXO C.....</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>FUNCIONES DE LA COORDINADORA.....</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>ANEXO D.....</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS.....</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>ANEXO E.....</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>PROTOCOLOS DE ATENCIÓN.....</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>ANEXO F.....</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>FORMATOS DE EVALUACIÓN.....</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>ANEXO G.....</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>FORMATOS DE LA SUPERVISIÓN.....</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>ANEXO H.....</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>SELECCIÓN DE SUBPROCESOS.....</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>ANEXO I.....</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>ANÁLISIS DE VALOR.....</i>	¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1.1. Infraestructura anterior del Hospital General Dr. Enrique Garcés en el año 2009.....	9
Cuadro No. 1. 2. Infraestructura actual del Hospital General Dr. Enrique Garcés, Julio 2012.	10
Cuadro No.2.1. Proceso de la Atención Médica en el Sistema de Salud.....	33

Cuadro No. 2.2. Algunos de los símbolos estandarizados más comunes.	47
Cuadro No.3.1. Porcentajes de los Subgrupos del personal profesional y no profesional de enfermería, Hospital Dr. Enrique Garcés, Julio 2012.	84
Cuadro No.3.2. Número de encuestas a ser aplicadas por cada subgrupo, del personal profesional y no profesional de enfermería, Hospital Dr. Enrique Garcés, Julio 2012.	84
Cuadro No 3.3 Personal de enfermería que depende administrativamente del Departamento de Enfermería Hospital General Dr. Enrique Garcés, Julio 2012.	98
Cuadro No 4.1 Aplicación de la preguntas.	128
Cuadro No. 4.2 Proceso y subprocesos seleccionados.	129
Cuadro No. 4.5.7. Formulación de indicadores.	157
Cuadro No. 5.1. Personal profesional y no profesional de Enfermería.	163

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 2.1. Principales diferencias entre el modelo de Gestión Funcional y el modelo de Gestión por Procesos.	23
Tabla No. 2.4. Herramientas de Calidad.	69
Tabla No. 4.1. Inventario de procesos del Departamento de Enfermería.	126
Tabla No 5.1. Inventario de procesos del Departamento de Enfermería.	167

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°.1. HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUEGÁRCES	6
Gráfico No. 1 Estructura Organizacional por ProcesosdelHospital General “Enrique Garcés”	13
Gráfico No. 2.1. Gestión por procesos.....	25
Gráfico No.2.2. Representación esquemática de unproceso.....	26
Gráfico No. 2.3. Ciclo del proceso	27
Gráfico No. 2.4. Mapa de Procesos.....	40
Gráfico 2.5. Secuencia Gráfica de la elaboración delos Manuales de procesos.	59
Gráfico No.2.5. Ciclo de mejora continúa P.D.C.A.....	67

Gráfico No. 2.6. Forma estabilizada de ejecutar el proceso.	70
Gráfico No. 2.7. Ciclo SDCA.	71
Gráfico No. 2.8. Funciones Administrativas.	75
Gráfico No.3.1. Cálculo de la muestra.	83
Gráfico No.3.2. Distribución de la muestra según edades del personal profesional y no profesional de enfermería, del Hospital General Dr. Enrique Garcés, julio 2012.	85
Gráfico No.3.3. Distribución de los datos de acuerdo al tiempo laboral del personal profesional y no profesional de enfermería, Hospital General Dr. Enrique Garcés, julio del 2012.	87
GRÁFICO No.3.4. Distribución de los datos según Instrucción del Personal Profesional y no Profesional de Enfermería, Hospital General Dr. Enrique Garcés, Julio del 2012.	89
Gráfico No 3.5. Relación de Dependencia Laboral del Personal Profesional y No Profesional de Enfermería, Hospital General Dr. Enrique Garcés, Julio del 2012.	91
Gráfico No.3.6. Distribución de los planes que el personal profesional y no profesional, desean que se tome más en cuenta para ser aplicado y reforzado por parte del Departamento de Enfermería, del Hospital General Dr. Enrique Garcés, Julio del 2012.	93
Gráfico No.3.7 Distribución de la muestra de acuerdo al Plan de Atención de Enfermería (PAE), Hospital General Dr. Enrique Garcés, Julio del 2012.	94
Gráfico No 3.8 Incremento de Recursos Humanos entre los años 2006 - 2009.	99
Gráfico No. 4.1 Mapa Estratégico del Departamento de Enfermería Hospital G. Dr. Enrique Garcés	122
Gráfico No. 4.2 Mapa de procesos del Hospital General Enrique Garcés. ...	123
Gráfico No. 4.3 Mapa de procesos del Departamento de Enfermería	125
Gráfico No. 4.4 Análisis del valor agregado de la Planificación de personal profesional y no profesional de enfermería O1.	133
Gráfico No. 4.5 Análisis del valor agregado del Plan del Control y Supervisión para el personal profesional y no profesional de enfermería O.4.	136
Gráfico No. 4.6. Protocolos de atención de enfermería O.6.	139
Gráfico No. 4.7 Evaluación de Desempeño del personal profesional de Enfermería. O.7.	142
Gráfico No.5.1. Organigrama funcional del Departamento de Enfermería, Hospital General Dr. Enrique Garcés. Agosto 2012.	162
Gráfico No. 5.2. CADENA DE VALOR "HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS".	163
Gráfico No 5.3. MAPA DE PROCESOS DEL H.G.E.G.	163
Gráfico. No 5.4. Mapa de procesos del Departamento de Enfermería.	166

PRÓLOGO

El Hospital General Enrique Garcés de la ciudad de Quito, uno de los sanatorios públicos más importantes de la ciudad; no es la excepción en este tema, ya que dicha institución no cuenta con un Manual de Procedimientos en el Área de Talento Humano, que permita aumentar el nivel de calidad en dicha área, hacer más flexible el uso de recursos, responder más rápido a nuevas oportunidades y mejorar la satisfacción del servicio, así como optimizar las disponibilidades del equipo. La administración o dirección de recursos humanos en hospitales, es un tema verdaderamente difícil, considerando que para esto debe seguirse diferentes procedimientos, ya sean para la capacitación, selección, reclutamiento, evaluación del personal entre otros. Para esto los directores, jefes o coordinadores de Recursos Humanos, deberán valer

un Manual de Procedimientos, que les permita manejar adecuadamente al personal y a la vez proporcionar un favorable clima organizacional en la institución. Hoy en día muchas de las instituciones que brindan servicios de salud en nuestro país, especialmente las del sector público, no cuentan con procedimientos para brindar un servicio de calidad al usuario, es por esto el interés por desarrollar este tema, debido a la necesidad de establecer una mejora en el desarrollo de procedimientos, del Área de Talento Humano del Hospital General Enrique Garcés; con esta idea se pretende alcanzar perfeccionamiento, a la hora de orientar al recurso más importante con el que cuenta la institución, como es el humano.

RESUMEN

Para el desarrollo de este tema se realizó una evaluación de la Gestión, Diseño y Documentación de los Procesos del Departamento de Enfermería del Hospital General Enrique Garcés, además se hizo una propuesta de mejoramiento aplicando la Gestión por Procesos. Como primer paso se realizó una entrevista estructurada a la Licenciada Avelina Narvárez, Coordinadora del Departamento de Enfermería, con el objetivo de conocer su situación actual. Se realizó una revisión de las fuentes secundarias especialmente del material impreso existente en el departamento, luego de esto se aplicó la técnica de la encuesta utilizando como instrumento un cuestionario, el mismo que fue aplicado al personal que tiene dependencia técnica administrativa con el Departamento de Enfermería.

Se continuo con el procesamiento de la información como parte del proceso de investigación, esto consiste en procesar los datos obtenidos de la población objeto de estudio durante el trabajo de campo y tuvo como finalidad generar resultados a partir de los cuales se realizó el análisis, el procesamiento de datos se efectuó con el uso de las herramientas estadísticas y con el apoyo del computador, utilizando el programa estadístico como es el Excel, SPS.

El estudio realizado tiene como finalidad el elaborar los procesos del Departamento de Enfermería, para mejorar la calidad de la atención a los clientes tanto internos como externos.

Palabras claves: Evaluación, Gestión, Procesos, Enfermería.

SUMMARY

We did an evaluation of the management, design and documentation of the processes of the Nursing Department of the Hospital General Enrique Garcés, and we did a proposal to improve applying Management by Processes. As a first step, we did a structured interview with Ms. Avelina Narvaez, Coordinator, Department of Nursing, this was done with the objective to know your actual situation. We did a review of secondary sources of printed material especially there is in the Department, so we applied the technique of the poll using a questions as a tool, the same it applied to the technical people that they have management dependency with the Department of Nursing.

We continued with the processing of information as part the investigation process, that consists of processing the data obtained from the population object of study during the field job our purpose was to generate results from which the analysis was performed, the processing data was performed with the use of statistical tools and the support of the computer, so we used the statistical software such as SPS.

The study has the purpose elaborate the processes of the Department of Nursing, so they improve the quality of care to both internal and external customers.

Keywords: Evaluation, Management, Processes, Nursing.

CAPÍTULO I

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Título de la tesis o proyecto de grado:

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS.

1.2. Antecedentes del Hospital Enrique Garcés

Gráfico N° 1.HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE GÁRCES



“El Hospital Enrique Garcés comúnmente llamado Hospital del Sur es una Entidad muy joven del Ministerio de Salud. 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 mentaliza en el año de 1972 en el gobierno del General Guillermo Rodríguez Lara por pedido de los Comités de los diferentes barrios del Sur”¹.

En un principio existieron muchas alternativas para su ubicación, en primer lugar se lo pensó construir en el sector de El Recreo pero se desistió ya

¹VITERI, D. S. (03 de Octubre de 2011). *Reseña Histórica*. Obtenido de http://www.heg.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=10

que durante la Alcaldía del Arq. Sixto Durán Ballén se recibió en donación un terreno en el sector del Pintado, que por no ser apto para una magna construcción como la que se pensaba hacer se cambió de idea y se designó para la construcción un terreno en el sector de Chilibulo, ubicado en la Avda. Enrique Garcés N° 593 y calle Chilibulo, Ciudadela 4 de Diciembre.

Al existir gran presión por parte de la comunidad y la iglesia se inicia la construcción el 26 de diciembre de 1975 con la colocación de la primera piedra y se decidió nombrar al hospital como Hospital Enrique Garcés en honor al Dr. Enrique Garcés por ser un reconocido médico y periodista quiteño y sobre todo por su calidad humana. La construcción se demora algunos años por lo que el Ministerio de Salud decide nombrar como primer director al Dr. Nelson Oquendo quien trabajo conjuntamente con el comité de los barrios del Sur.

Seis años después con autorización del Ministro de Salud Dr. Francisco Huerta se realiza la convocatoria a través del Diario El Comercio para el primer concurso de merecimientos y llenar las vacantes de profesionales, empleados y trabajadores, quienes al mando del Dr. Jorge Galiano, Director Titular y con la planta baja, primero, segundo, tercero y cuarto piso totalmente terminados concurren al hospital para colaborar con la apertura.

El 22 de mayo de 1982 con la presencia de la Subsecretaria de Salud Dra. Guadalupe Pérez de Sierra; se inicia la atención en consulta externa de Medicina Interna, Gineco - Obstetricia, Cirugía, Pediatría, Traumatología,

Oftalmología, Otorrinolaringología, Rehabilitación, Odontología, Enfermería, Laboratorio Clínico, Rayos X, con el apoyo de Farmacia, Trabajo Social, Estadística, Contabilidad, Almacén, Recursos Humanos, Secretaria, y Mantenimiento.

El 27 de diciembre de 1983 el Dr. Oswaldo Hurtado, Presidente del Ecuador inaugura las áreas de hospitalización con trescientas cuarenta camas, con proyección de trabajo para ochocientas cincuenta personas. De acuerdo a las necesidades que se fueron presentando se creó los servicios de Nutrición, Lavandería, Cuidados Intensivos.

Actualmente el Hospital General Enrique Garcés es una Unidad Operativa del Ministerio de Salud Pública del Ecuador que provee atención de salud de tipo ambulatorio en consulta externa y emergencia, además de hospitalización, apoyadas todas ellas en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que funcionan las 24 horas del día, los 365 días del año.

Su área de influencia comprende el sur de Quito, desde la Av. 24 de Mayo hasta Guamaní, incorporando 8 parroquias urbanas de la ciudad como son: Guamaní, Chillogallo, Las Cuadras, El Beaterio, Villa Flora, Eloy Alfaro, La Magdalena y Chimbacalle. Así como parroquias rurales como El Cinto, Lloa, Uyumbicho, Tambillo, Cotogchoa y Rumipamba. Además se ha asignado como referencia a los Hospitales Cantonales de Sangolquí y Machachi.

La superficie total donde se encuentra el hospital es de 36.000 mtrs.² con un área hospitalaria de 3.000 mtrs.² edificada en 9 pisos en los que están distribuidas las áreas de atención especializada, emergencia, hospitalización y administración. A continuación podemos observar dos cuadros donde se demuestra como el hospital ha ido evolucionando.

Cuadro No. 1.1.Infraestructura anterior del Hospital General Dr. Enrique Garcés en el año 2009

INFRAESTRUCTURA ANTERIOR DEL HOSPITAL GENERAL Dr. ENRIQUE GARCÉS.		
PLANTA BAJA	PRIMER PISO	SEGUNDO PISO
Estacionamiento	Recursos Humanos	Consulta Externa
Capilla	Servicios Generales	Fisiatría
Información	Area Administrativa	Laboratorios
Recaudación	Enfermería	Rayos X
Estadística	Dietética	Oftalmología
Registro Civil	Comedor	Rehabilitación
Cafetería	Emergencia	Otorrinolaringología
Venta de Abastos		Trabajo Social
Patología		Ecografía
Morgue		
Farmacia		
TERCER PISO	CUARTO PISO	QUINTO PISO
Hospitalización	Cirugía	Traumatología
Quirófano	Unidad de Cuidados Intensivos	Cirugía Plástica
Médicos Residentes		Oftalmología
Gineco Obstetricia		Endoscopia
SEXTO PISO	SÉPTIMO PISO	OCTAVO PISO
Medicina Interna	Pediatría	Ludoteca
Electro Encefalograma	Biblioteca	Niños de alto Riesgo
Infectología		Area de Lactancia y
NOVENO PISO	Actualmente se encuentra en remodelación	

Fuente: Base de datos del Hospital General Dr. Enrique Garcés.
Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

Cuadro No. 1. 2. Infraestructura actual del Hospital General Dr. Enrique Garcés, Julio 2012

INFRAESTRUCTURA ACTUAL DEL HOSPITAL		
PLANTA BAJA	PRIMER PISO	SEGUNDO PISO
Información	Dirección	Consulta Externa
SOAT	Emergencia	Imagenología
Recaudación	Subdirección Médica	Ecosonografía
Cancelas del personal	Tesorería	Oftalmología
Almacén central	Proveeduría	Odontología
Local Sindical	Departamento Financiero	Máxilo Facial
Farmacia	Servicios Generales	Fisiatría
Venta de Abastos	Recursos Humanos	Trabajo Social
Estadística	Informática	Laboratorio Clínico
Registro Civil	Emergencia	Otorrinolaringología
Mantenimiento	Comunicación Social	
Patología	Servicio de Emergencia	
Central de Oxígeno		
Morgue		
TERCER PISO	CUARTO PISO	QUINTO PISO
Centro Obstétrico	Centro Quirúrgico	Unidad de Cuidados Intensivos
Gineco Obstetricia	Central de Esterilización	Cirugía general
Neonatología	Gineco Obstetricia	
SEXTO PISO	SEPTIMO PISO	OCTAVO PISO
Traumatología	Clínica de VIH	Pediatría
Cirugía Plástica	Medicina Interna	Docencia e Investigación
Cirugía Vasculat		Sala Situacional
Oftalmología		
Urología		
Endoscopia		
Espirometría		
Electrocardiografía		
Otorrinolaringología		
NOVENO PISO	EDIFICIO DE DOCENCIA	
Colposcopia	Centro Medico de Trabajadores	
Salud Mental	Salón Auditorio	
Clínica De Adolescentes		
Neuropediatría		
Sala de Acogida		

Fuente: Base de Datos del Hospital General Dr. Enrique Garcés.

Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

Es un hospital que permite las actividades docentes y de investigación en ciencias de la salud, apoyando a la formación de profesionales, que en el futuro estarán atendiendo en las unidades públicas y privadas de salud del país.

La reforma nacional en materia de Salud Pública es un tema que crea incertidumbre y cambio en todo el sistema de prestación de servicios de salud y sobre todo produce un impacto en sus organizaciones. “Estas y otras razones hacen que en este hospital se escriba una nueva historia para lo cual debemos fortalecernos en los conocimientos técnicos, administrativos y financieros, aplicando los lineamientos del Plan Nacional Para el Buen Vivir 2009 – 2013 que se encuentra vigente para entregar una atención de calidad y calidez a nuestros usuarios que son el objeto fundamental de nuestra acción”².

1.2.1. Orgánico Estructural del Hospital.

En el SUPLEMENTO DE LA CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, ACUERDO N0 039-CG “NORMAS DE CONTROL INTERNO PARA LAS ENTIDADES, ORGANISMOS DEL SECTOR PÚBLICO Y PERSONAS JURÍDICAS DE DERECHO PRIVADO QUE DISPONGAN DE RECURSOS PÚBLICOS”, publicado en el Registro Oficial N0 87. La Norma No 200 – 04Estructura Organizativa dice: “La máxima autoridad debe crear una estructura organizativa que atienda el cumplimiento de su misión y apoye efectivamente el logro de los objetivos organizacionales, la realización de los procesos, las labores y la aplicación de los controles pertinentes”. (p. 11).

²Revista Hospital Enrique Garcés, (2010). p, 4

Por lo que en base a esta norma se describe el Orgánico Estructural del Hospital General Dr. Enrique Garcés.

Gráfico No.1 Estructura Organizacional por Procesos del Hospital General “Enrique Garcés”



Fuente: Base de datos del Hospital General “Enrique Garcés”.

Elaborado por: Lic. S. Albán, Lic. M. Pilicita.

1.3. Planteamiento del problema

1.3.1. Antecedentes.

“El departamento de Enfermería es el pilar fundamental en la atención que ofrece el hospital a la comunidad, como parte del equipo de salud, brindamos atención de enfermería las 24 horas del día, los 365 días del año”³.

La falta de procesos en el Departamento de Enfermería del hospital ha marcado un desarrollo poco dinámico para ofertar los servicios óptimos con calidad y calidez. En tal razón en la modernidad de operatividad de la salud es fundamental establecer y mantener una gestión por procesos, como un pilar primordial para alcanzar el objetivo de “Ofertar servicios de enfermería eficaz con calidez y calidad”.

El departamento de Enfermería “Está integrada por enfermeras y enfermeros, auxiliares de enfermería y auxiliares administrativos, distribuidas en los diferentes servicios de hospitalización, emergencia, consulta externa, cuidados intensivos, quirófano, central de esterilización y servicios de diagnóstico: endoscopia, electrocardiograma, electroencefalograma y dispensario anexo al IESS. Son 164 enfermeras/os, 226 auxiliares de enfermería, 22 auxiliares administrativos/as de salud y 18 camilleros externos”⁴.

1.3.2. Formulación del problema

³ Revista Hospital Enrique Garcés, (2010). p, 18

⁴ Revista Hospital Enrique Garcés, (2010). p, 18

La implementación de una Gestión por procesos en el Departamento de Enfermería del Hospital General Enrique Garcés, podría ser una alternativa de cambio para mejorar el servicio.

1.4. Objetivo General

Evaluar la Gestión actual y elaborar los procesos del Departamento de Enfermería del Hospital General Enrique Garcés estimulando la mejora continua de la Unidad.

1.5. Objetivos Específicos

- ✚ Determinar la situación actual del Proceso Administrativo del Departamento de Enfermería.
- ✚ Efectuar el levantamiento de los procesos administrativos y técnicos con los que cuenta el Departamento.
- ✚ Realizar el Manual de Procesos del Departamento de Enfermería.

1.6. Justificación e Importancia

1.6.1. Justificación

Los problemas periódicos que ocurren en los hospitales públicos del país tienen una serie de causas de tipo estructural y técnico he aquí la importancia de implementar el desarrollo de las actividades por procesos en enfermería para mejorar la calidad de atención al usuario interno como al externo. Es importante insistir en la aplicación de una gestión por procesos como una alternativa de solución de los inconvenientes presentes en la mayoría de los hospitales, que a la larga concluye en un desgaste de recursos y desmotivación continua en el personal de salud que tiene la responsabilidad de conllevar a una buena gestión propositiva, técnica y operativa en el Departamento de Enfermería.

La gestión por procesos viene a constituir la piedra angular del criterio convincente para alcanzar la satisfacción de los usuarios, sumado a esto la comparación de indicadores de evaluación que permitirá una observación y análisis cercano sobre el esfuerzo institucional y técnico para alcanzar el bienestar de los usuarios, primer interés en los servicios públicos de salud.

1.6.2. Importancia

El Sistema de Salud en el país ha ido avanzado de una forma sustancial en los últimos años en todos los campos, en la actualidad existe la posibilidad de centrar la gestión de las instituciones públicas de salud en la atención por procesos asistenciales continuosya que puede dar respuesta a muchas de las expectativas de los ciudadanos, mejorar los puntos críticos del actual sistema de gestión y contribuir a globalizar la asistencia.

La Gestión por procesos es un sistema de gestión guiado por el principio de la calidad total que pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de aquellos aspectos que se han de mejorar y las herramientas para la mejora. Para ello, la gestión por procesos intenta sustituir el paradigma tradicional, como mejorar las cosas que venimos haciendo, con el que solemos trabajar, por este otro (procesos), para quien lo hacemos y como hacer correctamente las cosas.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Introducción

En este capítulo se describen términos importantes para facilitar al lector la comprensión de la terminología y conceptos relacionados con la administración por procesos.

2.2. DireccionamientoEstratégico.

En la actualidad tiene una mirada integradora, basada en un enfoque de derechos que va más allá de la entrada sectorialista tradicional, y tiene como eje la sustentabilidad ambiental y las equidades de género, generacional, intercultural y territorial. La armonización de lo sectorial con los objetivos nacionales supuso un gran esfuerzo de coordinación y articulación interestatal para conjugar la problemática, las políticas y las visiones sectoriales con los grandes intereses nacionales⁵.

2.2.1. Desarrollo de una visión y una misión.

⁵ Plan Nacional para el Buen Vivir. (2009-2013).p.12.

2.2.1.1. Visión.

“Si no sabes a dónde vas cualquier camino te conduce allí”.

Proverbio del Corán.

La primera pregunta que debe hacerse la alta dirección de cualquier empresa para determinar la orientación de ésta es: “¿Cuál es nuestro negocio y que llegará a ser?”. El desarrollo de una respuesta cuidadosamente razonada impulsa a los directivos a considerar cuál debería ser el negocio de la organización y a desarrollar una visión más clara de la dirección por la cual se la debe conducir en los próximos cinco a diez años. La respuesta de la dirección a: “¿Cuál es nuestro negocio y que llegará a ser?” empieza con el proceso de establecer una dirección significativa que la organización debe seguir y de establecer una fuerte identidad organizativa⁶.

La Visión es una declaración formal de lo que la empresa trata de lograr a futuro. Imagine la organización ideal con la que sueña dentro del horizonte de tiempo.

Generalmente tiene los siguientes elementos:

- 🚧 Horizonte de tiempo.
- 🚧 Posicionamiento que queremos alcanzar en el mercado.
- 🚧 Ámbito de acción (población).

⁶ Fernández.(2010).p.153

- ✚ Actividad o servicio.
- ✚ Valores.
- ✚ Principios Organizacionales⁷.

2.2.1.2. Misión.

La declaración de la misión debe:

- ✚ Definir como es la organización: debe ser lo bastante limitado como para excluir algunos negocios y lo bastante amplio como para dar cabida al crecimiento creativo.
- ✚ Diferenciar una organización de las demás.
- ✚ Servir de marco para evaluar las actividades presentes y futuras.
- ✚ Hacer su declaración en términos lo bastante claros para que los pueda entender bien toda el personal de la organización.

Elementos de la misión.

- ✚ Tipo de organización.
- ✚ Motivo de la creación.
- ✚ Productos/ Servicios.
- ✚ Factor Diferenciador.
- ✚ Principios y valores.

⁷Ibid. p.153.

2.2.2. Valores.

Los valores de una empresa son aquellos por los cuales se rigen sus normas de conducta en todos los niveles y la encaminan en la dirección al logro de su visión, con el constante cumplimiento de su misión.

Los valores son creencias bastante permanentes sobre lo que es apropiado y lo que no es apropiado. Guían las acciones y el comportamiento de los empleados para cumplir los objetivos de la organización⁸.

2.2.3. Políticas.

Las políticas son las líneas generales de conducta que deben establecer con el fin de alcanzar sus objetivos; estas permiten al personal directivo de una organización tomar decisiones en cualquier momento ante determinada situación, compensando así la imposibilidad en que se halla la dirección para tratar con cada empleado. La política es, entonces, una guía que indica el camino para facilitar las decisiones, constituyen un orden directo por medio de la organización tratan de determinar la conducta de los niveles inferiores.

2.3. La Administración por Procesos

No podemos decir que la administración por procesos es algo nuevo para las organizaciones, puesto que siempre ha sido necesario “Coordinar” de

⁸Plan Nacional para el Buen Vivir. (2009-2013).p.15.

una manera u otra lo que hacemos bien ya sea con decisiones clínicas o bien con decisiones en la administración de recursos⁹.

La estructura organizacional del Ministerio de Salud Pública “Se encuentra alineada con su misión y las políticas determinadas en la Constitución de la República del Ecuador, las Políticas del Estado, leyes y otras normas vigentes. Se sustenta en la filosofía y enfoque de gestión por procesos determinando claramente su ordenamiento orgánico a través de la identificación de procesos, clientes, productos y / o servicios”¹⁰.

2.4. Gestión por Procesos y Calidad Asistencial

Balderas (2009), afirma: “La Gestión por Procesos es una estrategia de mejora continua de la calidad, guiado por el principio de calidad asistencial total que pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de aquellos aspectos que se han de mejorar y las herramientas para la mejora. Para ello la gestión por procesos intenta sustituir el paradigma tradicional por el paradigma de calidad que es el conjunto de actividades que se realizan con insumos a los cuales se añade valor y se entregan productos o servicios que se constituyen en salidas”. (p.197)

La Gestión por Procesos se constituye en una herramienta dirigida a conseguir, de una forma dinámica, la permanente mejora en la prestación de los

⁹ Revista de Administración Sanitaria Volumen VI. Número 21. Enero/Marzo 2002

¹⁰ Estatuto Orgánico de Gestión organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública, Título II de la Estructura Organizacional de Gestión por Procesos p.4.

servicios de salud y favorece a un nuevo enfoque en el modelo de gestión de la organización. Su enfoque se diferencia del modelo de Gestión Funcional, en la que se basan las organizaciones sanitarias de forma clásica, si bien es cierto que la estructura del modelo de gestión sanitaria no se corresponde en la actualidad con el modelo clásico de gestión funcional. La gestión por procesos tampoco se tiende a implantar en las organizaciones sanitarias de una forma mimética a su desarrollo en la empresa. Ambos modelos coexisten¹¹.

Progresivamente las organizaciones sanitarias se han transformados pasando de una organización vertical a un modelo en el que se fomenta, cada vez más, la implicación de los profesionales mediante modelos de gestión basados en la dirección por objetivos. Ante esta realidad, el modelo de gestión por procesos propone un paso más en esa implicación de los profesionales y un enfoque muy centrado en conseguir una visión dinámica y horizontal en la prestación de servicios donde el principal punto de referencia son las necesidades de los usuarios y la respuesta adecuada en cada paso del proceso¹².

Tabla No.2.1. Principales diferencias entre el modelo de Gestión Funcional y el modelo de Gestión por Procesos.

¹¹ Temes, J.L. Perol, C.C.& Torres ,A. (2005). Gestión de procesos asistenciales (p.15)

¹² Ibíd. (p.16).

GESTIÓN FUNCIONAL	versus	GESTIÓN POR PROCESOS
Organización con estructura vertical	versus	Organización natural orientada a los procesos
Principios de Jerarquía y control	Versus	Principios de autonomía y autocontrol (empowerment)
Orientación interna de las actividades hacia la organización	Versus	Orientación de las actividades hacia el cliente externo e interno
Principios de burocracia y centralización hacia la organización	Versus	Principios de eficiencia, flexibilidad y descentralización de la toma de decisiones
Principios de eficiencia: ser más productivos	Versus	Principio de eficacia: ser más competitivos

Fuente: Temes M. 2005 p. 16.

Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

En las organizaciones sanitarias el modelo de gestión por procesos puede aportar importantes ventajas que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios que prestan. Su enfoque es siempre dinámico, permitiendo la permanente adaptación a las necesidades de la población y a los cambios organizativos y tecnológicos. Esta ventaja no obstante, es también un reto. La definición de un proceso y su implantación exige un método de seguimiento permanente y una adecuación a necesidades que implican a todos los elementos de la organización. Temes. M. et al. 2005, (p.16)

La gestión por procesos en el sistema sanitario significa coordinar los recursos globales del sistema y ponerlos al servicio del cliente en el momento adecuado para garantizarle una atención sanitaria integral, continua y personalizada a través de servicios eficientes y de calidad que satisfagan sus necesidades y expectativas en materia de salud, como se grafica a continuación.

Gráfico No. 2.1.Gestión por procesos



Fuente: Temes M.et al. (2005) p.3
Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

En él se definen los distintos procesos que forman el mapa y manteniendo criterios de gestión clínica, orientación clínica y mejora continua se pretende ofrecer un producto que se nutra de protocolos y guías clínicas basadas en evidencia. Así mismo establece un sistema de monitorización que alimenta el ciclo evolutivo y la mejora.

La identificación de los elementos del proceso y por tanto la posibilidad de monitorización nos ofrecen la infraestructura necesaria para fomentar proceso de acreditación y certificación basado en estándares que nos ayuden al mantenimiento y superación de las metas conseguidas. Temes M. et al. (2005), p.3.

2.5. ¿Qué son los procesos?

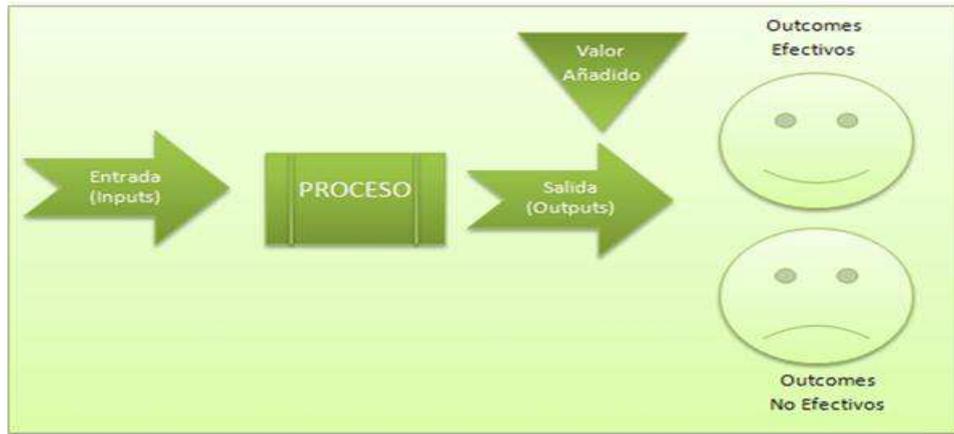
2.5.1. Concepto

Se han utilizado diferentes definiciones para referirse al concepto de un proceso tal como:

Es el conjunto de actividades mutuamente relacionadas que interactúan para transformar entradas en salidas.

Proceso no es lo mismo que procedimiento, un procedimiento es el conjunto de instrucciones y reglas que determinan la manera de proceder para conseguir un producto. Un **proceso** define **qué es lo que se hace** y un **procedimiento** como **se va a hacer**.

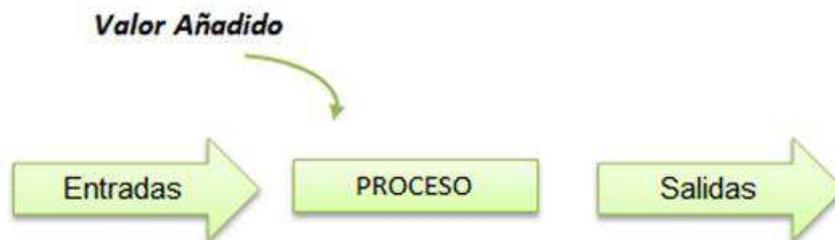
Gráfico No.2.2.Representación esquemática de un proceso.



Fuente. Revista de Administración Sanitaria, Volumen VI. Número 21. 2002 p, 140.
Elaborado por: Lic. S. Albán y M. Pilicita.

El proceso se define como una secuencia de actuaciones orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada como se demuestra en el siguiente gráfico.

Gráfico No. 2.3. Ciclo del proceso



Fuente: Temes M.et al. (2005) p.16.
Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita

2.5.2. Generalidades de los procesos en la atención médica

En la atención de enfermería institucional, “los clientes externos son todos aquellos que requieren de atención de enfermería y que son captados por el sistema de salud, los clientes internos son todos aquellos que se ven

afectados por las actividades de la enfermera”. (Balderas, 2009, p190)

El departamento de enfermería que se administra con un paradigma de calidad, adopta el enfoque al cliente como inicio de todo proceso. Como valores del servicio: el bienestar del cliente, el compromiso y la honestidad.

El **cliente interno** es más complejo para definir, porque el servicio de enfermería integra las acciones del equipo de salud. Se hace necesario reflexionar sobre la naturaleza del trabajo de enfermería, al revisar las actividades puede advertir que el equipo de salud se convierte en proveedor, procesador y cliente. Cuando las necesidades de los clientes internos no están satisfechas, es difícil satisfacer las necesidades de los **clientes externos**¹³.

Como parte del proceso de atención médica tenemos:

Los Proveedores

- 🚦 Los proveedores son parte intrínseca del proceso pueden ser externos e internos.
- 🚦 Los **proveedores externos**: son todos aquellos que entregan suministros, materia prima, insumos, recurso, etcétera.
- 🚦 Los **proveedores internos**: son aquellos que entregan igualmente suministros, pero se diferencian de los proveedores externos en que éstos

¹³ Balderas, 2009, p190

no pertenecen a la organización y los internos forman parte de la organización¹⁴.

Cómo se puede ser un proveedor interno?

En enfermería, el médico es proveedor de la atención de enfermería porque determina cuál es el tratamiento terapéutico a seguir; pero al mismo tiempo, la enfermera es proveedor del médico, porque suministra la atención que el médico demanda. En forma general:

- 🚦 Los **proveedores externos** son las entradas al proceso en la institución
- 🚦 Los **proveedores internos** son las entradas al proceso de transformación.

En el caso de la atención médica, los proveedores pertenecen al sistema de salud. Los proveedores en el sistema de salud en Ecuador se integran por: “Ministerio de Salud Pública y entidades adscritas (MSP), Instituto de Seguridad Social, IESS; Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, ISSFA; e, Instituto de la Seguridad Social de la Policía Nacional, ISSPOL; Organizaciones de Salud de la Fuerza Pública: Fuerzas Armadas y Policía Nacional; Las Facultades y Escuelas de ciencias Médicas y de la Salud de las Universidades y Escuelas Politécnicas; Junta de Beneficencia de Guayaquil; Sociedad de lucha Contra el Cáncer, SOLCA; Cruz Roja Ecuatoriana; Organismos seccionales: Consejos Provinciales, Concejos Municipales y Juntas

¹⁴ Ibíd.

Parroquiales; Entidades de salud privadas con fines de lucro; prestadoras de servicios, de medicina pre pagada y aseguradoras; Entidades de salud privadas sin fines de lucro: organizaciones no gubernamentales (ONG'S), servicios pastorales y fisco misionales; Servicios comunitarios de salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa; Organizaciones que trabajan en salud ambiental; Centros de desarrollo de ciencia y tecnología en salud; Organizaciones comunitarias que actúen en promoción y defensa de la salud; Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud; y, Otros organismos de carácter público, del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el campo de la salud". (Régimen de la Salud, Tomo I, 2012, Doc. 3)

2.5.3. Factores determinantes de un proceso.

En un proceso las entradas se transforman en salidas, interactuando como conjunto sistémico los siguientes factores:

-  El tipo de gerencia: democrática, autocrática o situacional.
-  El nivel de exigencia de los usuarios que se incrementa y renuevan sus, expectativas, exigiendo mejores resultados y mayor calidad de servicios.
-  Las características de las personas que operan el proceso, aquí cuenta mucho la formación y la experiencia, la mentalidad abierta a los cambios, los niveles de competencia y conocimiento profesional y personal.

- ✚ Los métodos de trabajos aplicados. El cómo se hace, que tiene que ver con las políticas, los procedimientos establecidos, las normas, los valores, los principios establecidos para el desempeño.
- ✚ La tecnología que es de gran importancia para mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los procesos.
- ✚ El ambiente laboral, el clima organizacional, las condiciones de salud ocupacional, las medidas de bioseguridad que se hayan implementado van a incidir en el bienestar de las personas que realizan los procesos.
- ✚ El factor económico traducido en los recursos con que cuentan las organizaciones para la ejecución de los procesos.
- ✚ El desarrollo de los sistemas de información utilizados para medir los procesos, la satisfacción del cliente, la eficiencia de las actividades, la disposición de insumos y medicamentos y los proveedores.
- ✚ La gestión integral de procesos se basa en la visión del proceso definida como el devenir del usuario a través de un sistema, su deseo de conseguir atención y una respuesta adecuada a sus necesidades y problemas. Fernández 2010. (p12).

2.5.4. Elementos de un proceso

Las entradas al proceso

Las entradas al proceso de la atención médica son las organizaciones que proporcionan insumos necesarios para la atención médica, ya sea de tipo asistencial como sanitaria. Se incluyen como entradas al proceso tanto los proveedores del sistema como aquellos con los cuales se relaciona la organización para obtener insumos como por ejemplo: los laboratorios, las industrias farmacéuticas, otros centros de trabajo.

Recursos y estructuras: para transformar el insumo de la entrada

Para los recursos humanos están las universidades, las escuelas de educación técnica, educación media superior, superior y otros.

El producto

El producto es al mismo tiempo la salida del proceso. La salida o producto en la atención médica puede ser objetiva, como el alta del paciente por curación de una enfermedad, o puede ser un producto o salida subjetiva, como el aprendizaje que obtiene el paciente para el auto – cuidado de la salud.

El producto, en la práctica de enfermería, es la de satisfacción de las necesidades del cliente, en relación con la atención de enfermería que

demanda. En el siguiente cuadro se puede observar el proceso de la atención médica^{15.16}.

Cuadro No.2.1. Proceso de la Atención Médica en el Sistema de Salud.

SISTEMA DE SALUD		
Entrada	Proceso	Producto
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Proveedores ✚ Insumos 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Atención Médica 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Prevención, Curación, Rehabilitación. ✚ Docencia ✚ Investigación

Fuente: Balderas .2005 (p.4).

Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

Los procesos tienen como objetivos:

- ✚ Prevenir posibles errores,
- ✚ Minimizar demoras en el desarrollo de las tareas,
- ✚ Mejorar la relación con los pacientes,
- ✚ Facilitar la ejecución de cada tarea,
- ✚ Ser dinámicos y adaptables a las necesidades de la empresa y el paciente,
- ✚ Ajustar las necesidades del personal¹⁷.

Para lograr dichos objetivos el proceso posee un ciclo de vida, es recurrente (repetitivo en el tiempo), es estandarizado (su ejecución es siempre de la misma forma), agrupa recursos y disminuye costos¹⁸.

¹⁵Fernández 2010 Gestión por procesos p.54.

¹⁶ Balderas 2009 Administración en los servicios de enfermería p.160.

¹⁷ Betancur 2011 Gerencia del cuidado hospitalario p. 65.

¹⁸Betancur 2011 Gerencia del cuidado hospitalario p. 65.

2.5.5. Jerarquía de los procesos

Los procesos por su complejidad se clasifican en:

Macro procesos, procesos, subprocesos, procedimientos, actividades y tareas.

📌 **Procesos Macro:** son generados por el objetivo general estratégico. El ser organizacional, ¿qué queremos?, ¿Por qué existe la organización?

📌 **Procesos:** Son los generados por los objetivos específicos estratégicos de la organización. Es el qué hacer en relación al ser organizacional.

📌 **Subprocesos:** Para facilitar la descripción de un proceso es conveniente dividir el mismo en diferentes subprocesos, que faciliten un paso más en la concreción necesaria para la pormenorización de las actividades del proceso. Es interesante que la división del proceso en subprocesos se realice en lo posible respetando la secuencia lógica de desarrollo del proceso, de forma que su integración aporte una visión global del mismo.

📌 **Procedimiento:** Consiste en seguir ciertas actividades predefinidos para desarrollar una labor de manera eficaz.

✚ **Actividad:** Está determinada sobre la base de las tareas del proceso para lograr su objetivo. Implica esencialmente el gasto de energía del ser humano el consume tiempo, dinero, instalaciones, equipos entre otros.

✚ **Tareas:** “Labor del día a día”, establecida por el proceso para lograr el objetivo, la tarea siempre está identificada y determinada por la institución. Para su ejecución siempre debe existir la actividad. Fernández 2010 Gestión por procesos p.254.

2.5.6. Clasificación de los procesos.

Los procesos al interior de cada institución se agrupan en función del grado de contribución o valor agregado al cumplimiento de la misión institucional. Estos son:

✚ **Los Procesos Gobernantes** orientan la gestión institucional a través de la formulación de políticas, directrices, normas, procedimientos, planes, acuerdos y resoluciones para la adecuada administración y ejercicio de la representación legal de la institución.

✚ **Los Procesos Agregadores de Valor** son los encargados de generar y administrar los productos y servicios destinados a usuarios internos y externos y permiten cumplir con la misión institucional y los objetivos estratégicos.

- 🚧 **Los Procesos Habilitantes de Asesoría y de Apoyo** generan productos y servicios para los procesos gobernantes, agregadores de valor y para sí mismos, apoyando y viabilizando la Gestión Institucional.
- 🚧 **Los procesos desconcentrados** generan productos y servicios destinados a los usuarios finales acercándolos al territorio¹⁹.

2.5.7. Factores clave de los procesos

- a. **Una visión integrada y coordinada del proceso.** Esto significa que hay que tener en cuenta las actuaciones de toda la cadena asistencial independientemente de que se produzcan en otra institución, en otro departamento o que constituyan eslabones asistenciales dentro de un mismo servicio. Un abordaje integral de los procesos permite garantizar una asistencia continua sin interrupciones, adaptar las estructuras a las necesidades de los ciudadanos, vincular el esfuerzo profesional al objetivo final y ubicar el recurso en el lugar idóneo.
- b. **Una actuación centrada en el ciudadano.** Para ello se han de tener en cuenta desde el principio sus necesidades y expectativas, midiendo su grado de satisfacción. Es por tanto fundamental que desde el comienzo del diseño de un proceso se consideren las expectativas de aquellos que van a

¹⁹ Estatuto orgánico de Gestión organizacional por procesos del MSP (2012). p.6

recibir el servicio; esto nos va a ayudar a planificar una atención que satisfaga sus necesidades.

c. Implicación de los profesionales. Ellos son los motores del cambio, los que van a conseguir la puesta en marcha del proyecto. Su alto grado de implicación será el que lleve a buen fin el trabajo realizado. Para ello deben participar en la organización de las actividades que integren el proceso y en la descripción de los procedimientos adecuados en cada momento, organizando los recursos. Esto implica la incorporación de la gestión clínica buscando una contribución dinámica de los profesionales en la gestión.

d. Interdisciplinarietàad. Son muchas las profesiones que integran un servicio total. La participación de todas ellas en el diseño y gestión del proceso es fundamental para conseguir la implantación del mismo. Cada profesión debe aportar las mejoras que su cuerpo de conocimientos ofrece, elaborando procedimientos ricos en servicios y que favorecen la integración de todos los profesionales. El objetivo del proceso es único y todos deben participar en la cobertura satisfactoria del servicio poniendo en juego de forma coordinada, las competencias que les son propias. Temes. M. et al.2005 (p.4).

2.5.8. Diseño de Procesos.

En el diseño de procesos se plantean tres fases:

 Fase estratégica.

🚧 Fase de desarrollo.

🚧 Fase de implantación.

2.5.9. En la Fase Estratégica.

Se plantean los criterios que van a definir la política de gestión por procesos, identificando los objetivos globales del proyecto y contando con la participación de líderes asistenciales y de la política sanitaria, que establecerán desde esta fase las premisas que van a fundamentar todo proyecto de gestión por procesos.

En ella se definen los valores, misiones y objetivos estratégicos que dirigirán la implantación de este modelo de gestión. Se describe en base a estos objetivos estratégicos y siguiendo herramientas de priorización el mapa de procesos.

Otro aspecto importante, durante esta fase será la elaboración de la guía de diseño de procesos que marque el camino metodológico para la descripción y puesta en marcha de los procesos priorizados en el mapa. Para este punto se deberá contar con un grupo técnico de profesionales que incorporen a la descripción de los objetivos estratégicos de la institución a fin de que se vean reflejados en cada uno de los procesos descritos posteriormente.

El modelo de gestión por procesos debe estar inmerso en la planificación estratégica de la organización. Es necesario enmarcar su desarrollo dentro de

los planes de la organización. En los servicios sanitarios, son los planes de salud, los planes estratégicos y de calidad los que señalan hacia donde se dirige el desarrollo de los procesos de una organización sanitaria. Los planes de salud parten de un análisis epidemiológico y de prestación de servicios. Este análisis permite identificar cuáles son los principales problemas de salud en un territorio geográfico determinado, así como las desigualdades entre zonas, la prestación de servicios y los resultados en la población de los principales indicadores de salud.

De esta forma se proponen objetivos y se establecen las estrategias y los plazos previstos para su cumplimiento.

De igual forma las organizaciones sanitarias proponen planes estratégicos y de calidad que pretenden afrontar los objetivos de los planes de salud desde la perspectiva de la mejora en los servicios de salud. Estos planes se diseñan contando con la voz de los ciudadanos, con la implicación y el desarrollo de las personas que forman parte de la organización sanitaria y con los recursos disponibles.

En este contexto, la gestión por procesos se define como una estrategia más dirigida a conseguir los objetivos de la organización sanitaria. Esta gestión está centrada en el usuario e implica directamente, en su desarrollo y ejecución, a los profesionales sanitarios de todos los estamentos y niveles.

Como primer paso en el inicio de un modelo de gestión por procesos en la organización es necesario definir cuáles son los principales procesos en los que los servicios sanitarios centran su actividad en respuesta a las necesidades de los servicios sanitarios centran su actividad en respuesta a las necesidades de los pacientes. Para definirlos contamos con los elementos estratégicos mencionados anteriormente que nos facilitarán dicho abordaje. Temes M et al. 2005, p.7.

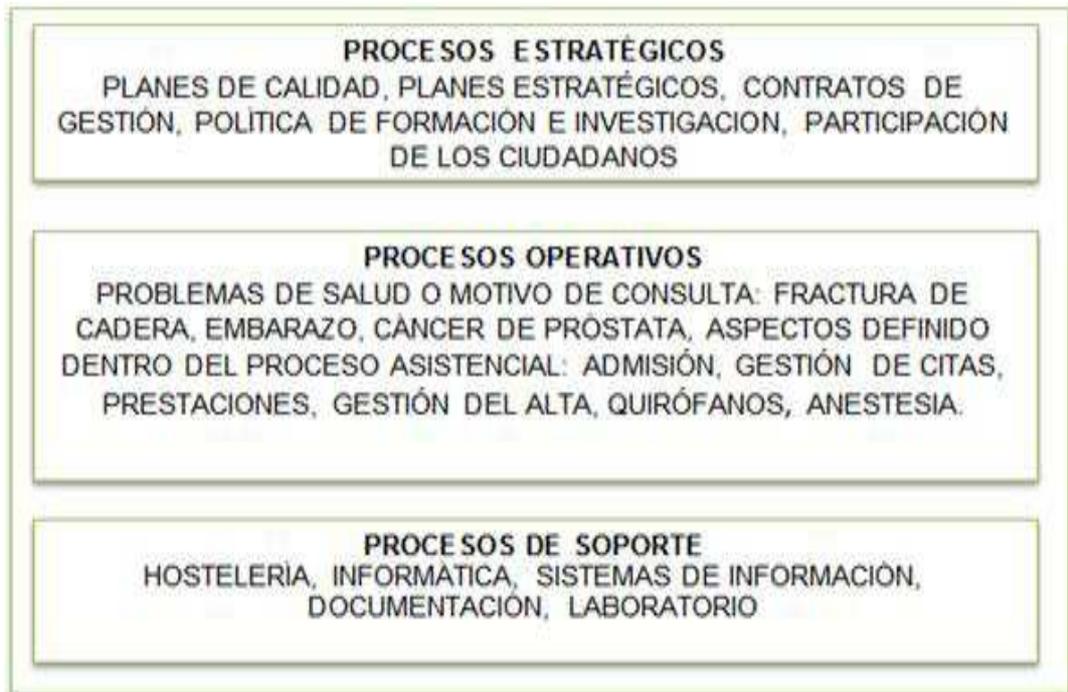
2.5.10. Mapa de procesos.

Con este marco de referencia es necesario definir cuáles son los **PROCESOS OPERATIVOS, ES DECIR AQUELLOS QUE AFECTAN A LOS PACIENTES** y sobre los que la organización sanitaria va a centrar el desarrollo del modelo de gestión por procesos. Es por tanto, en los procesos, donde se centra una parte importante de la actividad y donde se consume un volumen considerable de recursos, que afectan de forma notable a los usuarios por su frecuencia o gravedad.

Estos procesos operativos estarán enmarcados dentro de los **PROCESOS ESTRATÉGICOS**, que son guía de referencia: planes de calidad, plan de salud, marco legislativo, presupuestos.

Los procesos operativos necesitarán, para su desarrollo, **PROCESOS DE SOPORTE**, como son los sistemas de información sanitaria, los servicios de apoyo al diagnóstico, hotelería, mantenimiento, gestión del medio ambiente.....

Gráfico No. 2.4.Mapa de Procesos.



Fuente: Temes. M. et al .2005 (p.4).

Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

Para seleccionar estos **PROCESOS OPERATIVOS** es necesario tener en cuenta diferentes criterios, de forma que la selección nos permita no solo recoger los realmente importantes, sino también ordenar los procesos con arreglo a su importancia: es decir, realizar un proceso de priorización. El objetivo es definir el MAPA DE PROCESOS sobre el que se centra el modelo de desarrollo de gestión por procesos en la organización. Temes M et al (2005) p.8.

2.5.11. Criterios de priorización.

Esta definición del mapa de procesos debe partir de los líderes de la organización teniendo en cuenta las premisas del marco estratégico mencionado. El método de diseño del mapa exige contar con una serie de

factores que proporcionen la información necesaria para determinar cuáles son estos procesos clave.

✚ **Necesidades de la población:** El plan de salud es una referencia obligada para la determinación de necesidades con arreglo al análisis de la situación de salud de la población en el marco geográfico y temporal definido.

✚ **Expectativas de los ciudadanos:** Se trata de identificar las expectativas de los ciudadanos respecto a la respuesta a sus necesidades de salud que los servicios sanitarios y sociales ofrecen. Las técnicas cualitativas de investigación pueden ofrecer información sobre cómo identifican los usuarios los servicios sanitarios y qué esperan de la respuesta en la prestación de los servicios que reciben. Aspectos como la respuesta a tiempo, la información oportuna sobre su proceso, la confidencialidad, el trato o la seguridad de nuestras actuaciones, son, entre otros parámetros identificados frecuentemente por la población como expectativas no cubiertas.

✚ **Objetivos de la organización:** Los objetivos de la organización en el desarrollo de planes estratégicos en marcan las prioridades en el abordaje de procesos operativos, centrados los recursos disponibles y, en el marco temporal establecido para la respuesta, los diferentes problemas de salud identificados.

✚ **Población afectada:** Uno de los aspectos a considerar a la hora de definir los procesos operativos es el volumen de la población afectada. Es importante abordar de entrada, procesos operativos que afecten a un volumen importante de pacientes, en los que se repiten prácticas comunes y en los que implica un número importante de profesionales, como consecuencia de lo cual consumen un volumen significativo de recursos.

✚ **Factibilidad de abordaje:** La capacidad de respuesta a los procesos planteados es un elemento básico en la selección del mapa de procesos operativos. La factibilidad viene determinada por la definición del marco estratégico y por el alcance de las actuaciones. La definición de un proceso asistencial tiene que contar con un marco de referencia que identifique su alcance. Temes Monte, 2005. (p.9).

2.5.12. La Fase de Desarrollo

En esta fase, el aspecto más importante es la selección de líderes que coordinen la descripción de los distintos procesos priorizados, estos deberán contar con un equipo seleccionado por competencias profesionales y en el que desde una perspectiva integral y multidisciplinar, se aborden las líneas a seguir para gestión asistencial del proceso. Cada uno de estos grupos describirá, en el plazo establecido, un proceso y se apoyará, para ello en fuentes de información que aseguren la incorporación de medidas efectivas basadas en la evidencia. Además cada grupo asegurará la cobertura de las expectativas de los destinatarios de los procesos. Un elemento importante a tener en cuenta es la

orientación a los resultados. Existen grandes bloques de procesos que tienen elementos comunes, por lo que para dar coherencia al sistema, se debe procurar que estos se describan en los distintos procesos en forma similar. Temes Montes, 2005. (p.6).

2.5.13. Fase de Implantación.

Es la fase operativa por excelencia, y en ella se van a preparar profesionales y organizaciones para la puesta en marcha del proceso según el diseño realizado por el grupo de desarrollo. Para ello se debe emprender un programa formativo que prepare a los profesionales que van a liderar la implantación de los procesos a nivel local, estos grupos si se desea un abordaje integral, deberán ser interniveles y multidisciplinarios. La implantación local se puede establecer por grupos que actúen en cada uno de los niveles gestionando específicamente, los espacios en blanco que suelen presentarse en la coordinación primaria / especializada. Es conveniente la creación de comisiones inter niveles de las que formen parte los directivos que han de tomar las decisiones en cuanto a estrategia y gestión de recursos. Para la implantación local deben contemplarse tres grandes áreas de trabajo.

2.5.14. Adaptación del proceso.

En esta fase se lleva a cabo el análisis de la situación previa, así como la identificación de obstáculos para la implantación. Una vez identificados los puntos de intervención, se describen de forma secuenciada las actividades e

intervenciones que se van a poner en marcha de los distintos elementos que intervienen en el proceso. Reorientan planes, guías y procedimientos para su implantación y se definen los indicadores de seguimiento y los estándares de calidad de los mismos.

2.5.15. Comunicación.

La implantación de un proceso implica la incorporación a la práctica de nuevas técnicas o procedimientos que no se llevaban a cabo con anterioridad, lo que debe dar lugar al establecimiento de un plan de comunicación que difunda, entre los profesionales, las medidas adoptadas. La comunicación no solo atañe a estas medidas, sino también ha de difundir los valores y objetivos que se plantean con la gestión de los procesos asistenciales, al fin de implicar al mayor número posible de profesionales.

2.5.16. Capacitación.

Esta incorporación de nuevos modelos de gestión y de nuevas actividades a desarrollar lleva consigo la formación de los profesionales en las competencias necesarias para llevarlas a cabo, por lo que cada área deberá abordar un plan de formación que prepare a los profesionales para realizar las actividades que describe el proceso y conseguir los objetivos que en él se reseñan. Temes M.et al. (2005), p.6. Es necesario también indicar que según las **Normas del Control Interno, De la Contraloría General del Estado,**

Publicado en Registro Oficial N° 87, Norma 407-06 Capacitación y entrenamiento continuo. Describe: “Los directivos de la entidad promoverán en forma constante y progresiva la capacitación, entrenamiento y desarrollo profesional de las servidoras y servidores en todos los niveles de la entidad, a fin de actualizar sus conocimientos, obtener un mayor rendimiento y elevar la calidad de su trabajo”. (p.30)

2.5.17. Representación Gráfica de los Procesos

La mejor forma de entender un proceso es mediante su representación gráfica, flujo grama o diagramas de flujo: son la secuencia de procedimientos o acciones a realizar en el desarrollo de un proceso que se convierte en los resultados deseados, comprensión de su verdadera dimensión y hacerlos más eficientes.

2.5.18. Flujograma

Es una herramienta que nos permite describir en forma gráfica un proceso, mediante la utilización de símbolos, líneas y palabras similares.

2.5.19. Ventajas del Flujograma.

-  Facilita ejecutar los trabajos.
-  Describe los diferentes pasos del proceso.
-  Impide las improvisaciones.

- ✚ Permite visualizar todos los procesos.
- ✚ Identifica las debilidades y fortalezas de los procesos.
- ✚ Permite un equilibrio de las cargas laborables.
- ✚ Genera un sentido de responsabilidad.
- ✚ Establece los límites del proceso.
- ✚ Plantea la diferencia del que se hace con lo que debería hacerse.
- ✚ Genera calidad y productividad. Mejía. (2004), p.45.

2.5.20. Símbolos Estandarizados.

Existen diversas y variadas simbologías que han sido ideados por las grandes compañías como ANSI, IBM, entre otras. Las principales y más usadas son los que se encuentran representados en el siguiente cuadro:

Cuadro No.2.2.Algunos de los símbolos estandarizados más comunes.

Símbolo	Significado
	<i>Límites:</i> Indica el principio y el fin del proceso.
	<i>Acción:</i> Se utiliza para representar una actividad. Se incluye en el rectángulo una descripción de la actividad.
	<i>Decisión:</i> Plantea la posibilidad de elegir una alternativa, para continuar en una u otra vía, incluye una pregunta clave.
	<i>Documentación:</i> Esta figura significa que se requiere un documento para desarrollar el proceso.
	<i>Espera:</i> Este símbolo llamado bala se utiliza para indicar espera antes de realizar una actividad.
	<i>Sentido del flujo:</i> La flecha indica la dirección del flujo, puede ser horizontal, ascendente o descendente.
	<i>Control:</i> Se utiliza para indicar que el flujo del proceso se ha detenido. De manera que pueda evaluarse la calidad del output.
	<i>La flecha ancha indica movimiento del output.</i>
	<i>Proceso predefinido:</i> Indica que el output de esa parte del diagrama de flujo servirá como el input para otro diagrama de flujo.

Fuente: Mejía (2007).p.52.

Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

2.6. Manual de Procesos.

En la actualidad es importante para una organización, disponer de un instrumento que contenga los procesos, las normas, procedimientos y formularios necesarios para el adecuado manejo de la institución. Se justifica la elaboración de manuales de procesos cuando el conjunto de actividades y

tareas se tornan complejas y se dificulta para los niveles directivos su adecuado registro, seguimiento y control.

Los manuales de procesos describen paso a paso, actividad a actividad el que hacer de los funcionarios en su medio laboral. Estos manuales también requieren de evaluación y actualización periódica para lograr un mejoramiento continuo o la innovación necesaria para satisfacer las necesidades de los pacientes. Mejía. (2007), p.61.

2.6.1. Definición.

Documento que tiene por objeto definir y unificar los procesos, actividades y procedimientos generales que se llevan a cabo en la entidad para su aplicación.

📄 Los manuales administrativos son documentos que sirven como medios de comunicación y coordinación que permiten registrar y transmitir en forma ordenada y sistemática la información de una organización.

2.6.2. Objetivos del Manual de Procesos.

Tiene como objetivos fortalecer la gestión de las instituciones, organismos, entidades y empresas del estado, sobre la base del estatuto y estructura orgánica, fundamentando la gestión institucional en hechos

documentados, con las derivaciones que se generan y que facilita la operatividad y establecimiento de estándares de medición y control de la gestión organizacional y la satisfacción de los clientes usuarios. Registro oficial N° 251(p.15).

Se consideran como objetivos los siguientes:

- ✚ Servir de guía para la correcta ejecución de actividades y tareas para los funcionarios de una institución.
- ✚ Ayudar a brindar servicios eficientes.
- ✚ Mejorar el aprovechamiento de los recursos humanos, físicos y financieros.
- ✚ Generar uniformidad en el trabajo por parte de los diferentes funcionarios.
- ✚ Evitar la imprevisión en las labores.
- ✚ Ayudar a orientar al personal nuevo.
- ✚ Facilitar la supervisión y evaluación de las labores.
- ✚ Proporcionar información sobre la marcha de los procesos.
- ✚ Evitar discusiones sobre normas, procedimientos y actividades.
- ✚ Facilitar la orientación y atención al cliente externo.
- ✚ Establecer elementos de consulta, orientación y entrenamiento al personal.
- ✚ Ser la memoria de la institución. Mejía. (2007). p.61.

2.6.3. Características del Manual.

Los Manuales deben reunir ciertas características como son:

- ✚ Satisfacer las necesidades reales de la institución.
- ✚ Facilitar los trámites mediante una adecuada diagramación.
- ✚ Redacción breve, simplificada y comprensible.
- ✚ Facilitar su uso al cliente interno y externo.
- ✚ Ser flexible, para cumplir diversas situaciones.
- ✚ Tener una revisión y actualización continuas.

Estos manuales deben estar escritos en lenguaje sencillo, preciso y lógico que permita garantizar su aplicabilidad en las tareas y funciones del trabajador. Deben estar elaborados mediante una metodología conocida que permita flexibilidad para su modificación y/o actualización mediante hojas intercambiables, de acuerdo con las políticas que emita la organización.

Los manuales de funciones, procesos y procedimientos deben contar con una metodología para su fácil actualización y aplicación. El esquema de hojas intercambiables permite acondicionar las modificaciones sin alterar la totalidad del documento. Cuando el proceso de actualización se hace en forma automatizada, se debe dejar registrada la fecha, tipo de novedad, contenido y descripción del cambio, versión, el funcionario que lo aprobó, y del que lo administra entre otros aspectos.

Los manuales deben ser dados a conocer a todos los funcionarios relacionados con el proceso, para su apropiación, uso y operación. Las

dependencias de la organización deben contar con mecanismos que garanticen su adecuada difusión.

Los manuales deben cumplir con la función para la cual fueron creados; y se debe evaluar su aplicación, permitiendo así posibles cambios o ajustes. Cuando se evalúe su aplicabilidad se debe establecer el grado de efectividad de los manuales en las dependencias de la organización. Betancur, (2011).p 67.

2.6.4. Elaboración del Manual.

En la elaboración del manual se debe tomar en cuenta los siguientes elementos:

- ✚ Estructura orgánica
- ✚ A cada empleado se le pide que describa lo que hace.
- ✚ Se evalúan las funciones y se clasifican las labores propias del cargo.
- ✚ Una vez determinadas las funciones, se solicita al empleado que describa el proceso paso a paso.
- ✚ Se evalúa el proceso buscando claridad, simplificación y secuencia lógica.
- ✚ Esta información debe ser diligenciada por el responsable de cada proceso, analizada por el equipo responsable del servicio correspondiente. Mejía. (2007). p.62.

2.6.5. Aplicación del Manual.

La existencia del manual de procesos permite identificar las siguientes funciones básicas:

- 📌 Establecimientos de objetivos.
- 📌 La definición de políticas, guías, procedimientos y normas.
- 📌 La evaluación del sistema de organización.
- 📌 Las limitaciones de autoridad y responsabilidad.
- 📌 Las normas de protección y utilización de los recursos.
- 📌 La aplicación de un sistema de méritos y sanciones para la administración del personal, se sustenta en las Normas de Control Interno (NCI) de la CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, específicamente en las siguientes normas:

NCI 200- 05,La designación de funciones.

NCI 407-04 Evaluación de desempeño.

NCI 100-04, Rendición de cuentas.

- 📌 Las mismas que se describen en el Anexo A
- 📌 La generación de recomendaciones.
- 📌 La creación de sistemas de información eficaces.
- 📌 El establecimiento de procedimientos y normas.
- 📌 La institución de métodos de control y evaluación de la gestión.
- 📌 El establecimiento de programas de inducción y capacitación de personal.
- 📌 La elaboración de sistemas de normas y trámites de procedimientos.

Como se observa, la influencia del manual es de máxima importancia en una organización, son fundamentales para la correcta gestión de la empresa. Fernández. (2010) p.252.

2.6.6. Estructura del manual de procesos.

A continuación se describe los acápite y conceptos del manual de procesos del Departamento de Enfermería del Hospital General Enrique Garcés, con el fin de contar con una guía práctica que permita elaborar este documento en una forma unificada. Estos son:

1. Portada.

Se refiere a la página donde figuran el nombre de la institución, título, autor, tutor, lugar y fecha.

2. Caracterización de la Unidad.

Hace referencia formalmente al funcionamiento y organización del que hacer de enfermería en la institución.

3. Cadena de Valor.

Se conoce como cadena de valor a un concepto teórico que describe el modo en que se desarrollan las acciones y actividades de una empresa. En base a la definición de cadena, es posible hallar en ella diferentes eslabones que intervienen en un proceso económico: se inicia con la materia prima y llega hasta la distribución del producto terminado. En cada eslabón, se añade valor, que, en términos competitivos, está entendido como la cantidad que los consumidores están dispuestos a abonar por un determinado producto o servicio.

4. Mapa de procesos de la Institución.

Ofrece una visión general del sistema de gestión. En él se representa los procesos que componen el sistema así como sus relaciones principales. Dichas relaciones se indican mediante flechas y registros que representan los flujos de información.www.slideshare.net/samespinosa/mapa-de-procesos-1053479.

5. Objetivos del Manual.

Los objetivos deben ser planteados o fundamentados en los principios de calidad, eficiencia, eficacia y productividad²⁰.

²⁰ Betancur. (2011).p 64.

6. Alcance del Manual de la unidad y/o área.

Área de aplicación que cubre el estudio en términos de ubicación en la estructura orgánica y / o territorial. Esfera de acción que cubren los procesos, es decir, a quienes y a que áreas se aplica.

7. Glosario de términos.

Lista de conceptos de carácter técnico relacionados con el contenido y técnicas de elaboración de los manuales de procesos, que sirven de apoyo para su uso y consulta.

8. Mapa de procesos específico del Departamento de Enfermería.

Beltrán, Carmona, Carrasco, Rivas & Tejedor. (2003) expresan que. El mapa de procesos específico es la representación gráfica de la estructura de procesos que conforman el Sistema de Gestión.

9. Inventario de procesos del Departamento.

Mejía. (2007). Hace referencia sobre el inventario de procesos a la priorización, donde se trata de definir los principales procesos de la organización se debe tomar en cuenta algunos criterios de selección:

- ✚ Que sean importantes para el cliente.
- ✚ Que puedan ser modificados.
- ✚ Que sean importantes para la empresa.
- ✚ Que permitan mejorar la eficiencia de los recursos disponibles.p23.

10.Descripción del proceso.

Según Córdoba. (2008), es una excelente manera de planificar los procesos y de ahí en adelante su gerenciamiento, es mediante la caracterización o descripción donde se realiza la identificación de todos los factores que intervienen en un proceso el líder, clientes, proveedores y el personal que participa en la realización de las actividades, adquieren una visión integral, entienden para qué sirve lo que individualmente hace cada uno, por lo tanto fortalece el trabajo en equipo y la comunicación. Esto favorece de manera contundente la calidad de los productos y servicios por lo tanto el control es la base misma para Gerenciar. p.1.

11.Descripción de las actividades.

Es la presentación por escrito, en forma narrativa y secuencial, de cada una de las actividades que se realizan en un proceso, explicando en qué consisten, cuándo, cómo, dónde, con qué y cuanto tiempo se hacen, señalando los responsables de llevarlas a cabo. Cuando la descripción del proceso es

general, y por lo mismo comprende varias áreas, debe anotarse la unidad administrativa.

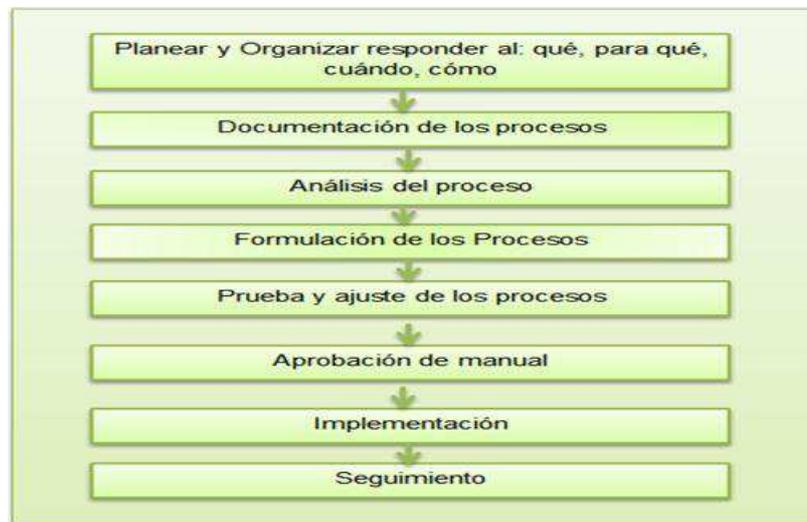
12. Representación gráfica de los procesos.

Representación gráfica de la sucesión de actividades en que se realizan las actividades de un proceso y/o el recorrido de formas o materiales, en dónde se muestran las unidades administrativas (proceso general), o los puestos que intervienen (proceso detallado), en cada operación descrita. Además, suelen hacer mención del equipo o recursos utilizados en cada caso. Los diagramas representados en forma sencilla y accesible en el manual, brinda una descripción clara de las actividades, lo que facilita su comprensión. Para este efecto, es aconsejable el empleo de símbolos y/o gráficos simplificados.

2.6.7. Secuencia Gráfica de la Elaboración de Manuales de Procesos.

Para facilitar el trabajo de elaboración de los manuales, nos permitimos mostrar una guía de las diferentes tareas y actividades que se deben tener en cuenta:

Gráfico 2.5. Secuencia Gráfica de la elaboración de los Manuales de procesos.



Fuente: Mejía. (2007) p.67.

Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

2.6.8. El Cambio de los Procesos.

El cambio despierta elementos conscientes e inconscientes de la inseguridad de los individuos. Arranca a las personas de sus raíces, llevándolas a estados de conmoción. Esta circunstancia a su vez provoca actividades defensivas, de oposición, por parte de las personas comprometidas, que buscan echar abajo nuevas normas y procesos, con el fin de estabilizarse emocionalmente, en la seguridad de lo conocido buscando refugio en el pasado. Mejía. (2007).p68.

2.6.9. La Resistencia al Cambio.

En muchas personas, el cambio genera toda una serie de comportamientos de oposiciones, casi instintivos, buscando preestablecer una homeostasis. Es un repertorio de respuestas negativas al cambio, producto de las rutinas que se han convertido en principios y valores institucionales. Mejía. (2007).p68.

2.6.10. Porqué la gente se opone al cambio.

Son múltiples las razones por las cuales la gente se opone al cambio, las más comunes son:

-  Obsolescencia de conocimientos y destrezas.
-  Perdida de status.
-  Falta de seguridad frente a nuevos conocimientos.
-  Temor a correr riesgos.
-  Presión de los compañeros.
-  Incapacidad para reconocer la necesidad del cambio.
-  Falta de información.
-  Disminución de poder.
-  Desconfianza en quien propone el cambio.
-  Por falta de tiempo de adaptación.
-  Falta de participación en la nueva propuesta.
-  Cambio en sus relaciones humanas.

2.6.11. Estrategias para el Cambio.

Con el fin de poner en marcha innovaciones en los procesos institucionales, es necesario utilizar diversas estrategias, como:

- ✚ Explicación acerca de la necesidad y razones del cambio.
- ✚ Entrenamiento al personal frente a los nuevos procesos.
- ✚ Capacidad para analizar las circunstancias del personal involucrado.
- ✚ Participación y compromiso de toda la organización.
- ✚ Facilitar la implantación y dar apoyo permanente.

Lo anterior posibilitaría contar con herramientas gerenciales que no sólo faciliten el cambio, sino que permitan el crecimiento institucional, y el de las personas que lo harán posible.

2.6.12. Medición de los procesos.

La medición en salud es una constante, se encuentra en todas partes: requerimos cuantificar un gran conjunto de información.

Medimos porque es importante saber lo que está ocurriendo objetivamente.

“Si no puede medirlo no puede administrarlo” (Crosby).

2.6.13. Definición de la Medición de los procesos.

Según la O.M.S. “Es el acto o proceso de comparar cuantitativamente los resultados con las exigencias para llegar a un cálculo cuantitativo del desempeño”²¹.

2.6.14. Importancia de la medición.

- ✚ La medición permite cuantificar con certeza.
- ✚ La medición permite conocer las oportunidades de mejora de un proceso.
- ✚ La medición permite analizar y explicar un hecho.
- ✚ La medición hace tangible los procesos de la calidad.
- ✚ La medición no solo es conocer datos, puesto que si no se clasifica, analizan y establecen sus necesidades, de muy poco servirán para tomar decisiones de tipo gerencial.
- ✚ Esta centra su atención en factores que contribuyen a lograr la misión de la organización.
- ✚ Nos ayuda a fijar metas y a monitorear las tendencias.
- ✚ Nos proporciona el input para analizar las causas de raíz y las fuentes de los errores.
- ✚ Nos ayuda a identificar oportunidades de mejoramiento progresivo.
- ✚ Da a los empleados un sentimiento de logro.
- ✚ Nos proporciona los medios para saber si estamos perdiendo o ganando.
- ✚ Nos ayuda a monitorear el progreso²².

²¹ Mejía.(2007).p.80.

2.7. Indicadores.

Los criterios de calidad nos deben permitir elaborar indicadores para evaluar el nivel de consecución de los mismos. Los indicadores pueden estar enfocados hacia los resultados (servicios prestados), hacia el proceso en sí mismo y hacia los aspectos relacionados con la estructura necesaria para posibilitar la implantación del proceso y en que sistema de información se sustenta.

El modelo de gestión por procesos es ante todo un sistema de mejora continua de calidad. Sin la posibilidad de medir carecemos de capacidad de mejora, ya que desconocer la realidad nos impide proponer cambios beneficiosos para el proceso.

 **Indicadores de resultados.** Los criterios de evaluación por resultados generan indicadores globales respetando el concepto de integridad y continuidad de los procesos.

 **Indicadores de efectividad.** Miden la manera en que un proceso impacta en los clientes. Analizan la calidad científico técnica (que tan efectiva es mi planificación del personal de enfermería, entre otros).

 **Indicadores de satisfacción.** Valoran la percepción de los usuarios respecto a la calidad de los servicios recibidos.

²² Mejía.2007.(p.80).

✚ **Indicadores de eficiencia.** Miden la cuantía de los recursos que necesita un proceso para un nivel determinado de eficacia.

2.7.1. Indicadores de evaluación de procesos.

Los criterios de evaluación de procesos quedan acotados a las propias fases y actividades del proceso. Hacen referencia a los puntos críticos del proceso, como son los puntos de buena práctica y las interrelaciones con otros departamentos (cuellos de botella).

- 1. Indicadores cuantitativos.** Refleja actividades que se repiten constantemente, como son los indicadores temporales (tiempos de respuesta, demora, días de ingreso, estancias preoperatorias, entre otros).
- 2. Indicadores cualitativos.** Evalúan aspectos cualitativos, como cumplimiento de procedimientos o protocolos, control de equipamientos, etc. Las verificaciones de indicadores cualitativos se pueden realizar con listas de chequeo predefinidas para cada actividad.

2.7.2. Procedimiento de elaboración de indicadores.

La elaboración del indicador requiere la definición precisa de todos sus términos:

1. **Denominación del indicador.** Nombre que recibirá el indicador. Debe describir de forma resumida la actividad asistencial o suceso que valora.
2. **Definición de términos.** Explicación detallada de los componentes de la definición y su proceso de cálculo. Debe permitir que cualquier persona que aplique el indicador recoja y valore los mismos conceptos.
3. **Tipo de indicador.** Asignación del indicador según sea de estructura, de procesos de resultado, basado en sucesos centinela o índices.
4. **Fundamento Explicación.** De por qué es útil el indicador para valorar el proceso o resultado.
5. **Descripción de la población.** Descripción detallada de los criterios de inclusión y exclusión en el numerador y denominador.
6. **Datos a recoger y fuentes.** Traducción de los términos utilizados en el indicador a los elementos específicos de datos, e identificación de las fuentes de los datos.
7. **Referencia a estándares** disponibles, que permitan establecer valores de referencia del indicador.
8. **Periodicidad y demoras.** Definición del grado de agrupación temporal (mensual, trimestral....) y con que demora respecto al cierre del período se debe disponer de los resultados.

2.7.3. Mejoramiento de los procesos.

Beltrán, Carmona, Carrasco, Rivas & Tejedor, 2003. Describen en su guía que los datos recopilados del seguimiento y la medición de los procesos deben ser analizados con el fin de conocer las características y la evolución de los procesos.

De este análisis de datos se debe obtener la información relevante para conocer:

1. Qué procesos no alcanzan los resultados planificados.
2. Dónde existen oportunidades de mejora.

Cuando un proceso no alcanza sus objetivos, la organización deberá establecer las correcciones y acciones correctivas para asegurar que las salidas del proceso sean conformes, lo que implica actuar sobre las variables de control para que el proceso alcance los resultados planificados.

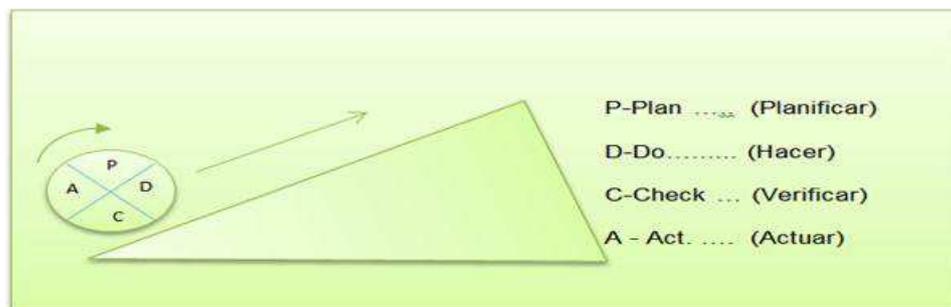
También puede ocurrir que, aun cuando un proceso esté alcanzando los resultados planificados, la organización identifique una oportunidad de mejora en dicho proceso por su importancia, la relevancia o impacto en la mejora global de la organización.

En cualquiera de estos casos, la necesidad de mejora de un proceso se traduce por un aumento de la capacidad del proceso para cumplir con los

requisitos establecidos, es decir, para aumentar la eficacia y/o eficiencia del mismo (esto es aplicado igualmente a un conjunto de procesos).

En cualquiera de estos casos, es necesario seguir una serie de pasos que permitan llevar a cabo la mejora buscada. Estos pasos se pueden encontrar en el clásico ciclo de la mejora continua de Deming, o ciclo PDCA (Plan – Do- Check – Act.).

Gráfico No.2.5.Ciclo de mejora continua P.D.C.A.



Fuente. Guía para una Gestión Basada en Procesos. Instituto Andaluz de Tecnología, España 2003. (p.46).

Elaborado. Lic. S. Albán. Lic. M. Pilicita.

P. Planificar: La etapa de planificación implica establecer qué se quiere alcanzar (objetivos) y como se pretende alcanzar (planificación de las acciones). Esta etapa se puede descomponer, a su vez, en las siguientes sub etapas:

- ✚ Identificación y análisis de la situación.
- ✚ Establecimiento de las mejoras a alcanzar (objetivos).
- ✚ Identificación, selección y programación de las acciones.

D. Hacer: En esta etapa se lleva a cabo la implantación de las acciones planificadas según la etapa anterior.

C. Verificar: En esta etapa se comprueba la implantación de las acciones y la efectividad de las mismas para alcanzar las mejoras planificadas (objetivos).

A. Actuar: En función de los resultados de la comprobación anterior, en esta etapa se realizan las correcciones necesarias (ajuste) o se convierten las mejoras alcanzadas en una “forma Estabilizada” de ejecutar el proceso (actualización).

Para poder aplicar los pasos o etapas en la mejora continua, una organización puede disponer de diversas herramientas, conocidas como herramientas de la calidad, que permiten poner en funcionamiento este ciclo de mejora continua. Sin embargo, no se va a llevar a cabo una descripción detallada de las mismas por no ser objeto de esta guía, aunque si se harán referencia a algunas de ellas.

En la siguiente tabla se muestran una relación de algunas de las herramientas de la calidad más frecuentemente utilizadas, asociando dichas herramientas con la fase del ciclo.

TablaNo. 2.4. Herramientas de Calidad.

	Estratificación	Hoja de control (o de incidencias)	Gráficos de control estadístico (CEP)	Histograma	Diagrama de Pareto	Diagrama causa - efecto (Ishikawa)	Diagrama de correlación	Diagrama de árbol	Diagrama de relaciones	Diagrama de afinidades	Diagrama de Gantt	Diagrama PERT	Diagrama de decisiones de acción	Brainstorming	AMFEC	QFD	Diseño de experimentos (DDE)	Simplificación de diagramas de flujo	Análisis del valor	Benchmarking
P. Planificar																				
D. Hacer																				
C. Verificar																				
A. Actuar																				
	Las 7 herramientas clásicas																			

Fuente. Guía para una Gestión Basada en Procesos. Instituto Andaluz de Tecnología, España 2003. (p.47).

Elaborado. Lic. S. Albán. Lic. M. Pilicita.

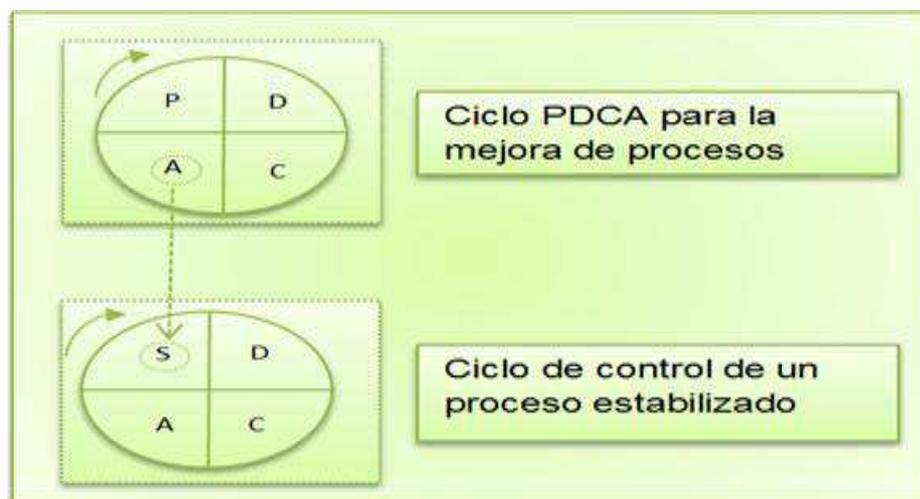
Como se puede observar en la tabla anterior, muchas de las herramientas de la calidad se emplean preferentemente en la fase de planificación (P). Esto se debe a que en dicha fase es necesario tener mucha información para poder identificar el problema que se quiere resolver o mejorar, analizar las causas, proponer las acciones y planificar las mismas.

2.7.4. La mejora continua y la estabilización de los procesos.

Cuando un proceso se aplica el ciclo de mejora continua (PDCA), se adoptan unidas estas acciones que permiten ejecutar el proceso de forma que la capacidad del mismo (y por tanto su eficacia) aumente.

A través de la verificación de las acciones adoptadas (etapas C del ciclo PDCA), se puede conocer si las mismas han servido para mejorar el proceso o no. En el caso de que las acciones sean eficaces, la última fase del ciclo de mejora debe materializarse en una nueva “forma estabilizada” de ejecutar el proceso, actualizándolo mediante la incorporación de dichas acciones al propio proceso.

Gráfico No. 2.6. Forma estabilizada de ejecutar el proceso.



Fuente. Guía para una Gestión Basada en Procesos. Instituto Andaluz de Tecnología, España 2003. (p.47).

Elaborado. Lic. S. Albán. Lic. M. Pilicita.

La actualización de un proceso como consecuencia de una mejora conlleva a una nueva forma de ejecutarlo. A esta forma con la que se ejecuta el proceso se le puede denominar como el “estándar” del proceso.

Con el proceso actualizado, su ejecución debe seguir un ciclo SDCA que permita la ejecución, el control y en general, la gestión del proceso. Este ciclo implica:

Gráfico No. 2.7. Ciclo SDCA.



Fuente. Guía para una Gestión Basada en Procesos. Instituto Andaluz de Tecnología, España 2003. (p.47).

Elaborado. Lic. S. Albán. Lic. M. Pilicita.

En definitiva, se trata de formalizar los cambios en el proceso como consecuencia de una mejora producida, de tal forma que el ciclo SDCA no es más que una forma de estructurar el control del proceso y de entender el bucle (conjunto de instrucciones que son ejecutadas de manera repetitiva, hasta que se cumpla una condición dada o se detenga manualmente el proceso) de control.

2.7.4.1. Ventajas y desventajas del mejoramiento continuo.

Ventajas.

- 🚧 Se concentra el esfuerzo en ámbitos organizados y de procedimientos puntuales.
- 🚧 Consiguen mejoras en un corto plazo y resultados visibles.

- ✚ Si existe reducción de productos defectuosos, trae como consecuencia una reducción en los costos, como resultado de un consumo menor de materias primas.
- ✚ Incrementa la productividad y dirige a la organización hacia la competitividad, lo cual es de vital importancia para las actuales organizaciones.
- ✚ Contribuye a la adaptación de los procesos a los avances tecnológicos.
- ✚ Permite eliminar procesos repetitivos.

Desventajas.

- ✚ Requiere de un cambio en toda la organización, ya que para obtener el éxito es necesaria la participación de todos los integrantes de la organización.
- ✚ Cuando el mejoramiento se concentra en un área específica de la organización, se pierda la perspectiva de la interdependencia que existe entre todos los miembros de la empresa.
- ✚ En vista de que los gerentes en la pequeña y mediana empresa son muy conservadores, el Mejoramiento Continuo se hace un proceso muy largo.
- ✚ Hay que hacer inversiones importantes.

2.7.5. Fundamentación legal

Como enfermeras estamos conscientes que la organización de las instituciones públicas debe estar regulada por las siguientes: normas, leyes y

reglamentos de aplicación general, para que en virtud del cumplimiento respondan a las exigencias de la sociedad, brindando un servicio público eficaz, eficiente y de calidad.

- ✚ Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, CAPÍTULO I, DEFINICIÓN ÁMBITO DE APLICACIÓN, FINALIDAD, PRINCIPIOS Y OBJETIVOS actualizada a abril de 2012 Art 1, Art 2 en adelante, Art 6.
- ✚ REGLAMENTO GENERAL A LA LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, Decreto Ejecutivo 3611, Gustavo Noboa Bejarano, PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA Reglamento General a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
- ✚ CAPÍTULO I, DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD actualizada a abril 2012. Art 1. Ley Orgánica de la Salud, Capítulo I, Del Derecho a la Salud y su Protección actualizada a abril 2012. Art 1, Art 2, Art 3.
- ✚ LIBRO I DE LAS ACCIONES DE SALUD, TÍTULO I, CAPÍTULO I DISPOSICIONES COMUNES Art 10.
- ✚ LIBRO IV DE LOS SERVICIOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD, TÍTULO ÚNICO, CAPÍTULO I DE LOS SERVICIOS DE SALUD actualizada a abril 2012. Art 181, Art 201, Art 202.
- ✚ CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, CAPÍTULO II, DERECHOS DEL BUEN VIVIR, Sección 7a. Salud actualizada a abril 2012. Art 32.
- ✚ TÍTULO VII RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR, CAPÍTULO I INCLUSIÓN Y EQUIDAD **Sección 2ª, Salud** actualizada a abril 2012. Art 340, Art 358, Art

359, Art 360.Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y su reforma de Normas de Control Interno del 14 de Diciembre 2009.

- ✚ La designación de funciones Normas de Control Interno 200-05.
- ✚ Evaluación de desempeño Normas de Control Interno 407-04.
- ✚ Rendición de Cuentas Normas de Control Interno 100-04.
- ✚ Ley de Amparo al paciente. Ver Anexo A.

2.7.6. Fundamentación teórica.

2.7.6.1. Gestión Administrativa de Enfermería.

El Departamento de Enfermería es el lugar dónde se cohesionan (unen) los equipos, los que direccionen estratégicamente y sobre todo son los encargados de buscar el mejoramiento de la calidad, enmarcados en sus lineamientos disciplinares y logren la sinergia en torno a los objetivos institucionales. La organización de algunos departamentos o Unidades de enfermería son jerarquizadas, con líneas verticales de comunicación y toma de decisiones que limitan las oportunidades para lograr el desarrollo y obtener el beneficio de las capacidades de liderazgo de los profesionales, y de los auxiliares que integren el equipo de trabajo.

La gerencia del cuidado de enfermería en el ámbito hospitalario, exige un conocimiento amplio y claro sobre el proceso administrativo, que se basa en cinco etapas fundamentales las mismas que se encuentran representadas en

el siguiente gráfico, a su vez pueden cambiar según algunos autores o tendencias administrativas.

Gráfico No. 2.8. Funciones Administrativas.



Fuente: Balderas.(2009),p.38.

Elaborado por:Lic. S. Albán. Lic. M Pilicita.

Planeación o Planificación.

Es la primera función administrativa que debe cumplir el gerente o gestor de cambios en un Departamento de Enfermería. El resto de las funciones: organización, integración, dirección, control dependen de la PLANIFICACIÓN.

La prestación de los servicios de enfermería está avalada legalmente por titulaciones universitarias y reguladas por el estado. Balderas. (2009), p.38

Funciones administrativas: son específicas para el manejo adecuado de los recursos disponibles, organizar el trabajo en forma sistemática para conseguir buenos resultados. Tome y A. 2005 p3.

2.7.6.2. Procesos de Gestión de Enfermería

Introducción.

No podemos decir que la gestión por procesos es algo nuevo para las organizaciones, puesto que siempre ha sido necesario “gobernar” de una manera u otra lo que hacemos, bien sea con decisiones clínicas o bien con decisiones en la administración de los recursos.

La novedad estriba, por tanto, en identificar y definir los procesos de enfermería críticos, de manera que podamos conocer las consecuencias que dicha sistematización está teniendo en la estructura que les soporta; si existen y son adecuados las normas que lo regulan, si se atienden a las expectativas de sus clientes y por último, obtener una mejor evaluación de sus impactos.

La gestión por procesos plantea una visión de cambio hacia una organización de alto rendimiento, más horizontal en el ámbito del trabajo corporativo, (funcional e interfuncional) en el ejercicio del desempeño. Todo ello, coordinado en torno a los procesos clínicos, cuya orientación de referencia es la cadena cliente proveedor²³.

²³ Mora, Ferrer y Ramos. (2002). P.139.

2.7.6.2.1. Concepto.

Por su actividad, los procesos de enfermería se dividen en dos grupos:

PROCESOS DE GESTIÓN y PROCESOS OPERATIVOS.

Procesos de Gestión. Son aquellos orientados principalmente hacia los clientes internos que van a repercutir en los servicios ofertados. Son necesarios para el mantenimiento y progreso de la organización de enfermería. De estos procesos, bien mediante la mejora continua o bien mediante el rediseño, deben asegurarse el liderazgo, las estrategias facilitadoras y las guías administrativas para la gestión orientada al cliente²⁴.

Los PROCESOS DE GESTIÓN se subdividen a su vez en dos subgrupos de procesos:

Procesos de soporte.

Procesos logísticos.

Su propósito principal es facilitar las necesidades de los procesos operativos.

Procesos de soporte. Incluyen las actividades relacionadas con la planificación, mejoras y control de las operaciones enfermeras. Por ejemplo:

 Docencia, investigación.

 Encuestas de expectativas/percepciones.

²⁴ IDEM. p.140.

- ✚ Control de gestión, negociación.
- ✚ Evaluación de la calidad, Benchmarking, entre otros.

Procesos logísticos. Son los que tienen como función fundamental apoyar estructuralmente a los procesos operativos, para que éstos cumplan adecuadamente sus objetivos. Por ejemplo:

- ✚ Gestión, cita previa enfermera.
- ✚ Gestión de suministros.
- ✚ Gestión de la higiene y el confort
- ✚ Seguridad²⁵.

PROCESOS OPERATIVOS.- Son los procesos claves de enfermería y guardan relación con la prestación directa del servicio de atención de enfermería que se provee al cliente externo, por lo que se tiene un gran impacto sobre la satisfacción de éstos. Surgen como consecuencia del despliegue de los procesos clínicos. Para el Departamento de Enfermería los procesos operativos son los Planes de cuidado que se definen tomando como referencia los procesos relevantes departamentales. Los procesos operativos de cuidados de enfermería pueden ser de dos tipos:

Procesos de cuidados programables y Procesos de cuidados no programables.

²⁵ Mora, Ferrer y Ramos. 2002. (Pp.140, 143).

CAPITULO III

3. Descripción Metodológica

3.1. Metodología e instrumentos de investigación.

3.1.1. Metodología de la investigación.

Esta investigación es de tipo descriptivo ya que reseña las características o rasgos de la situación administrativa del Departamento de Enfermería como también busca identificar la percepción de los profesionales y no profesionales que dependen de este departamento, a la vez nos permite diseñar productos, modelos, prototipos o guías que servirán de referencia para las demás unidades de salud de igual complejidad. Esta investigación se soporta principalmente en técnicas como la entrevista, encuesta, la observación y la revisión documental con sus instrumentos.

3.1.2. Instrumentos de la investigación

La recopilación de información es un proceso que implica una serie de pasos para responder a los objetivos y así poder cumplirlo, utilizaremos fuentes primarias y secundarias.

Para realizar una evaluación de la situación actual administrativa del Departamento de Enfermería, como primer paso se realizó una entrevista

estructurada a la Licenciada Avelina Narváez, Coordinadora del Departamento de Enfermería, con el objetivo de conocer la situación actual de la misma. Se realizará una revisión de las fuentes secundarias especialmente del material impreso existente en el departamento, luego de esto se aplicará la técnica de la encuesta utilizando como instrumento un cuestionario el mismo que será aplicado al personal que tiene dependencia técnica administrativa con el Departamento de Enfermería.

Continuaremos con el procesamiento de la información como parte del proceso de investigación esto consiste en procesar los datos (dispersos, desordenados, individuales) obtenidos de la población objeto de estudio durante el trabajo de campo y tiene como finalidad generar resultados (datos agrupados y ordenados) a partir de los cuales realizaremos el análisis, el procesamiento de datos lo efectuaremos con el uso de herramientas estadísticas con el apoyo del computador utilizando un programa estadístico como es el SPS.

3.2. Población y muestra

Para estimar el tamaño de la muestra estadísticamente representativa del personal profesional y no profesional que dependen directamente del Departamento de Enfermería se aplicará el muestreo proporcional el cual se utiliza cuando la variable objeto de la medición se mide en proporciones y utilizaremos la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Al analizar la fórmula establecemos que hay datos que desconocemos, para poder determinar esto fue necesario realizar una encuesta piloto que se aplicó a diez profesionales y no profesionales de enfermería tomados al azar en los diferentes servicios, esto ayudaría a determinar **p** (probabilidad de éxito) y **q** (probabilidad de fracaso), una vez encontrado el valor de **p** y **q**, determinamos el valor de **n** en la fórmula anterior, cuyo resultado es 109, **n** representa el tamaño de la muestra a la que debemos aplicar la encuesta de un total de 502 personas profesionales y no profesionales de enfermería que depende Técnica – Administrativa del Departamento de Enfermería.

La pregunta que analizaremos es la siguiente:

4. ¿Al ingresar al hospital tuvo usted un proceso de orientación e inducción?

SI.....

No.....

Los resultados que obtuvimos fueron:

🚩 Nueve personas indica que **SI** tuvieron orientación e inducción, esto determina el valor de **p**.

✚ Solamente una persona indicó que **NO** tuvo orientación al ingresar al hospital, obtenemos el valor de **q**

✚ Por lo tanto los valores son:

$$p = 0,9q = 0,1.$$

Sabiendo que la población es finita, 502 empleados y a su vez está constituida por tres subgrupos que son enfermeras 187, auxiliares de enfermería 293 y 22 camilleros, tanto de planta como de contrato con fondos fiscales que permiten cubrir las necesidades de personal que trabajan en los servicios que funcionan en el hospital.

Gráfico No.3.1.Cálculo de la muestra.

UNIVERSO TOTAL		
UNIDAD DE GESTIÓN DE ENFERMERÍA		
HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS		
$n=$	Tamaño de la muestra	?
$N=$	Tamaño del universo	502
$Z=$	Corresponde a un nivel de confianza	3,8418
$p=$	Probabilidad de éxito de un evento	0,9
$q=$	Probabilidad de fracaso de un evento	0,1
$e=$	Grado de error permitido	0,0025
$n=$	$\frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$	
$n=$	$\frac{502 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,9 \cdot 0,1}{(0,05)^2 (502-1) + (1,96)^2 \cdot 0,9 \cdot 0,1}$	
$n=$	$\frac{173,583488}{1,598244}$	
$n=$	$\frac{173,58}{1,60}$	
$n=$	108,60	109

Fuente: Observación de campo
Realizado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

Aquí podemos observar que el tamaño de la muestra para aplicar la encuesta es de 109 personas, tomando en cuenta que no podemos aplicar la misma encuesta a los tres subgrupos, se determinó el porcentaje de cada uno de esto dentro del universo y por ende el tamaño de la muestra de cada uno de estos y así aplicar la encuesta adecuada al personal encuestado.

En el siguiente cuadro determinaremos los porcentajes de cada subgrupo dentro de la población total por medio de una regla de tres.

Cuadro No.3.1. Porcentajes de los Subgrupos del personal profesional y no profesional de enfermería, Hospital Dr. Enrique Garcés, Julio 2012.

SUBGRUPO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Enfermeras	187	37 %
Auxiliares de Enfermería	293	58 %
Camilleros	22	4 %
Universo Total de la Unidad	502	100 %

Fuente: Gestión de Talento Humano
Realizado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita

Luego de determinar el porcentaje de cada subgrupo, utilizaremos el porcentaje para determinar el número de encuestas que debemos realizar en cada subgrupo, lo haremos mediante la utilización de la regla de tres.

Cuadro No.3.2. Número de encuestas a ser aplicadas por cada subgrupo, del personal profesional y no profesional de enfermería, Hospital Dr. Enrique Garcés, Julio 2012.

SUBGRUPO	No. ENCUESTAS
Enfermeras	40
Auxiliares de enfermería	63
Camilleros	6
Total de Encuestas	109

Fuente: Gestión de Talento Humano
Realizado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita

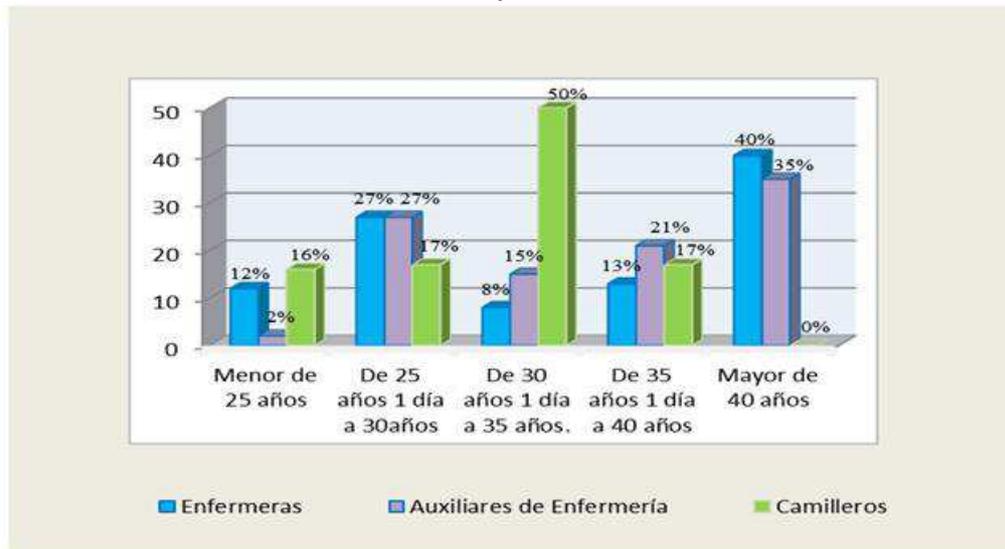
Luego de aplicar la respectiva fórmula en cada uno de los subgrupos hemos determinado que son cuarenta enfermeras, sesenta y tres auxiliares de enfermería y seis camilleros a los que debemos aplicar la encuesta establecida para cada uno de estos subgrupos.

La información como: formatos de las encuestas aplicadas a los diferentes subgrupos y resumen de la Tabulación de los resultados se encuentran en el Anexo B.

3.3. Resultados de la Investigación

A continuación analizaremos los resultados de la encuesta aplicada al personal profesional y no profesional de enfermería, de cada uno de los subgrupos, estas encuestas fueron aplicadas en el lugar de trabajo en los tres turnos rotativos, de forma aleatoria e indistintamente mientras cada uno de los encuestados realizaba su trabajo en el hospital.

Gráfico No.3.2. Distribución de la muestra según edades del personal profesional y no profesional de enfermería, del Hospital General Dr. Enrique Garcés, julio 2012.



Fuente: Encuestas realizadas al personal.

Elaborado por: Elaborado por Lic. S. Albán y Lic. M Pilicita.

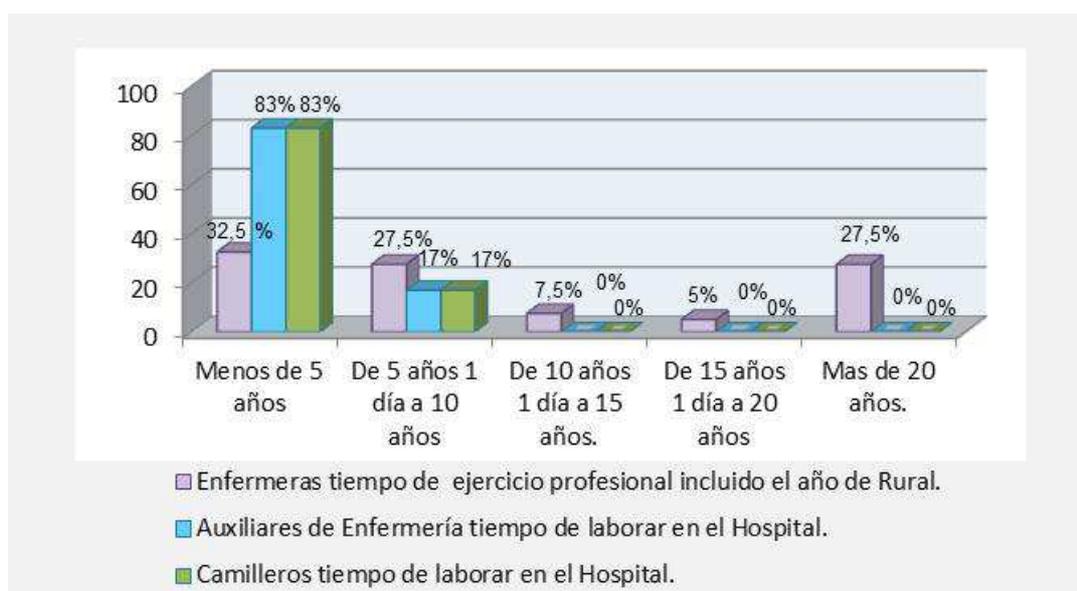
ANÁLISIS.

Analizando la variable edad del total de la muestra, el 50% de población que depende del Departamento de Enfermería corresponde al personal no profesional que son los camilleros, que se encuentran en el grupo de 30 años 1 día hasta 35 años, este personal se halla en plena etapa de asumir responsabilidades sin tener mayores inconvenientes en su salud, por lo que puede desempeñar su trabajo con eficiencia (adulto que puede realizar sin mayor problemas sus funciones), seguido del 40% que corresponde a las enfermeras que se encuentran en el grupo de mayor edad, sobre los cuarenta años, razón por la cual la institución cuenta con un personal con experiencia lo que garantiza la calidad de atención de enfermería, se ve además garantizado que al implementarse la Gestión por Procesos este personal responderá con una actitud positiva a este cambio.

Bernardo Jiménez, Gutiérrez, Hernández, en la Revista ROL de Enfermería. 2002 demuestran que un buen número de estudios ha mostrado la relevancia de la edad en el estudio del desgaste profesional. Sin embargo, parecen ser preferentemente los años de experiencia en la profesión lo que se encuentra asociado al síndrome. Se ha indicado que este patrón estaría relacionado con el aprendizaje a lo largo de la vida de estrategias de afrontamiento eficaces y con la adquisición de expectativas más realistas acerca de la profesión. En este sentido, Cherniss ha utilizado el término "Burnout (desgaste) de inicio de carrera" para referirse al desgaste profesional

surgido a raíz de la discrepancia que se produce en los trabajadores más jóvenes y menos experimentados al comprobar la inadecuación entre sus expectativas idealistas iniciales y la realidad. Como se puede comprobar, estos mismos argumentos tienen tanto en común con la edad, como con la experiencia adquirida a través de la vida laboral. (p 5).

Gráfico No.3.3.Distribución de los datos de acuerdo al tiempo laboral del personal profesional y no profesional de enfermería, Hospital General Dr. Enrique Garcés, julio del 2012.



Fuente: Encuestas realizadas al personal
Elaborado por: Elaborado por Lic. S. Albán y Lic. M Pilicita.

ANÁLISIS:

En cuanto al tiempo que lleva laborando el personal profesional y no profesional, se obtuvo el 83% del total, corresponde al personal no profesional de camilleros y personal auxiliar de enfermería, seguidos por un porcentaje del 32,5% que corresponde al personal profesional como es el subgrupo de

enfermeras. Estos porcentajes del personal profesional y no profesional se encuentra establecidos en el grupo **menor de 5 años** lo que indica que el personal que corresponde a este grupo no tiene mucho tiempo de haber ingresado a la institución y quien a su vez cuenta con un personal relativamente nuevo, al ser un personal nuevo el trabajo de implementar la Gestión por procesos se vuelve más fácil de llevar a cabo.

Bernardo Jiménez, Hernández, Gutiérrez, en su Revista Rol de enfermería 2000. Hacen referencia que la profesión de enfermería, ha sido considerada frecuentemente en la literatura como una ocupación particularmente estresante, caracterizada por las continuas demandas físicas y emocionales que los profesionales reciben de sus pacientes. Los enfermeros/as se enfrentan habitualmente a la muerte y al dolor, a múltiples problemas relativos a su tarea, a desajustes organizacionales y no es extraño que se vean envueltos en situaciones difíciles, obligados a tomar decisiones de responsabilidad en situaciones críticas para las que en algunos casos sólo cuentan con información ambigua e incompleta.

Se ha propuesto que las fuentes de estrés y del desgaste profesional o Burnout dentro de esta profesión pueden englobarse en dos grandes categorías: la relación y el contacto directo con los pacientes y los factores administrativos y organizacionales. Mientras algunos autores han propuesto la relación directa con los pacientes como la fuente más decisiva del desgaste profesional en esta profesión otros destacan principalmente la importancia de

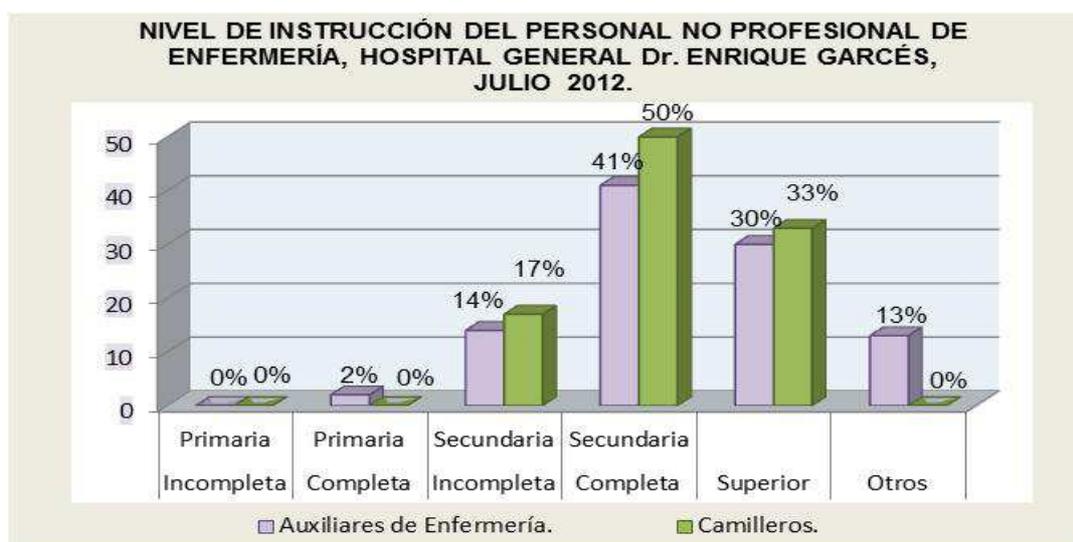
las variables laborales y organizacionales en la etiología de este síndrome caracterizado por el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal.(p.4).

GRÁFICO No.3.4.Distribución de los datos según Instrucción del Personal Profesional y no Profesional de Enfermería, Hospital General Dr. Enrique Garcés, Julio del 2012.



Fuente: Encuestas realizadas al personal

Elaborado por: Elaborado por Lic. S. Albán y Lic. M Pilicita.



Fuente: Encuestas realizadas al personal

Elaborado por: Elaborado por Lic. S. Albán y Lic. M Pilicita.

ANÁLISIS.

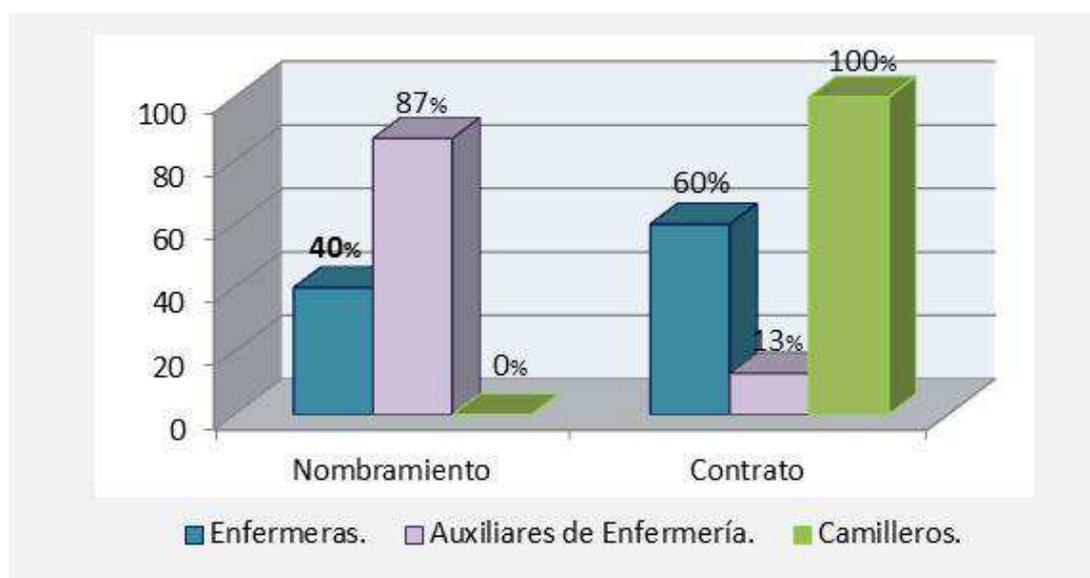
Analizando el nivel de instrucción del personal profesional y no profesional, tenemos que el 65% corresponde al personal profesional con título de Licenciada/o en Enfermería, seguido del 17,5% que pertenece al personal profesional de enfermería con título de maestría en diversas especialidades de la salud, esto nos indica que el hospital cuenta con un personal preparado, pues entre los dos porcentajes suman el 82,5%, esto constituye una fortaleza para la atención del cliente, mientras que el 7,5% representa a las profesionales que se encuentran con título de enfermeras, este índice es relativamente bajo.

Con lo que respecta al personal no profesional el 50% corresponde a los camilleros, este porcentaje se encuentran con un nivel de instrucción de secundaria completa que es el adecuado para el desempeño de sus funciones ya que este perfil cumple con la Gestión del Talento Humano, el 41% pertenece al personal de auxiliares de enfermería, que se encuentra en el nivel de instrucción de secundaria completa, pero es necesario complementar con un curso abalizado por el Ministerio de Salud Pública como auxiliares de enfermería para el desempeño de sus funciones ya que este perfil es el requerido por la Gestión del Talento Humano.

Cuadernos de Educación y Desarrollo de la Universidad de Málaga 2010.
Describe que todas las profesiones tienen muchas cosas en común, sirven para “algo”, pero no todas sirven a “alguien”, entendiendo siempre que ese alguien

se refiere al **ser** como personalidad, con sus componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. La enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio, para ello debe desarrollar y fortalecer actitudes, aptitudes y valores que involucran el ser y que deben acompañar su hacer; esperándose así un enfermero(a) reflexivo, crítico, comprometido, humanista, solidario, respetuoso, honesto, creativo, participativo y responsable para cuidar a las personas en un sistema de salud que trata de atender las necesidades de los pacientes. Vol. 2, N° 19 (Septiembre 2010)

Gráfico No 3.5. Relación de Dependencia Laboral del Personal Profesional y No Profesional de Enfermería, Hospital General Dr. Enrique Garcés, Julio del 2012.



Fuente: Encuestas realizadas al personal.

Elaborado por: Elaborado por Lic. S. Albán y Lic. M Pilicita.

ANÁLISIS.

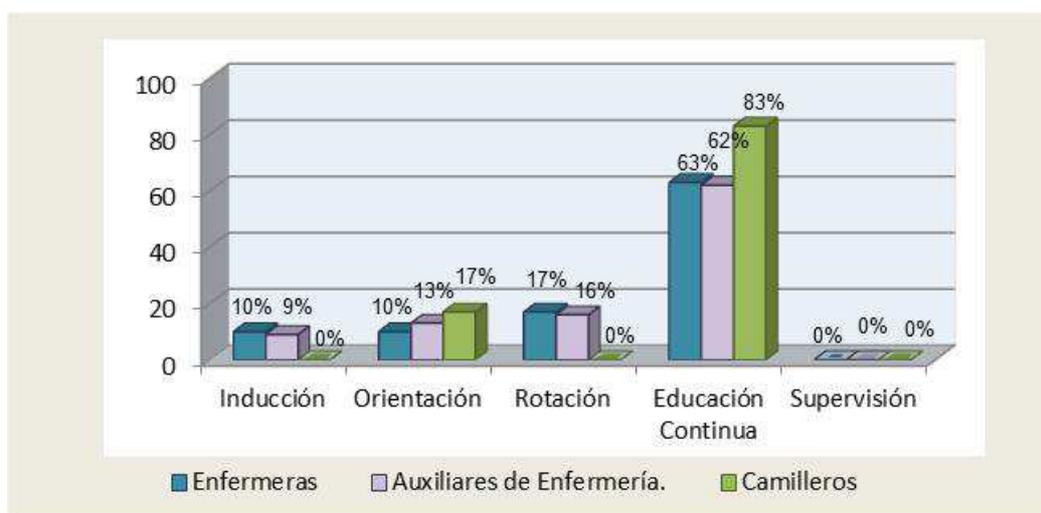
Analizando la relación de dependencia laboral con la institución se encontró que el 100% corresponde a los camilleros, personal que se encuentra bajo contrato, es decir un contrato ocasional lo que indica que no cuenta con una estabilidad laboral. En lo que respecta a los auxiliares de enfermería se encuentran con el 87% del total, que corresponde al grupo de nombramiento, lo que indica que existe mayor estabilidad laboral. En lo que se refiere al personal profesional el 60% se encuentra bajo la dependencia de contrato esto puede deberse a la falta de creación de partidas presupuestarias lo que conlleva a su vez a la falta de concursos para llenar las vacantes existentes. Este es un punto que aparentemente se ve como desfavorable, pero no es así ya que la implementación de la Gestión por Procesos es por el cargo con descripción de funciones que realiza y no por personas.

Ley Orgánica de Servicio Público. 2012 Según la LOSEP para el personal profesional que se encuentra amparado por la Ley Orgánica del Servicio Público dispone en el artículo 58 para los contratos ocasionales. “La suscripción de contratos ocasionales deberá ser autorizada por la autoridad nominadora, para satisfacer necesidades institucionales, previo el informe de la unidad de administración del talento humano, siempre que exista la partida presupuestaria y disponibilidad de los recursos económicos para este fin”.

La Séptima Disposición Transitoria establece como excepción que las personas que a la presente fecha (fecha de la publicación de la Ley)

mantengan vigentes contratos de servicios ocasionales por más de cuatro años en la misma institución, a través de renovaciones o firma de nuevos contratos, previo el concurso de méritos y oposición, en el que se les otorgará una calificación adicional que será regulada en el mismo nivel remunerativo que venían manteniendo, mediante la expedición del respectivo nombramiento permanente, siempre que no se trate de aquellos puestos excluidos de la carrera. Ley Orgánica de Servicio Público. 2012.

Gráfico No.3.6. Distribución de los planes que el personal profesional y no profesional, desean que se tome más en cuenta para ser aplicado y reforzado por parte del Departamento de Enfermería, del Hospital General Dr. Enrique Garcés, Julio del 2012.



Fuente: Encuestas realizadas al personal

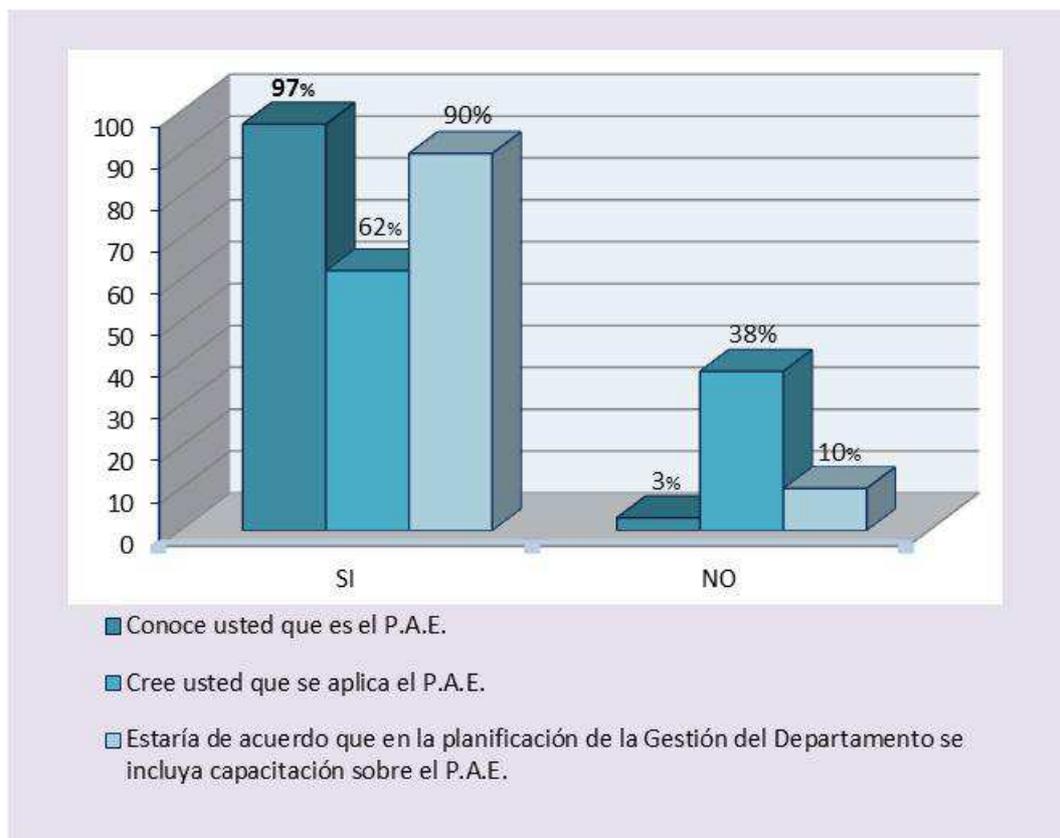
Elaborado por: Elaborado por Lic. S. Albán y Lic. M Pilicita.

ANÁLISIS.

Revisando el gráfico de los planes, el Plan de Educación Continua alcanza un mayor porcentaje que corresponde al 63% para el personal profesional y el 83% para el personal no profesional, estos porcentajes evidencian la necesidad de coordinar entre el Departamento de Enfermería, las líderes de los servicios y el Departamento de Docencia para llevar a efecto un programa de educación continua con temas generales y específicos en los servicios.

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2008 Cita en su artículo estudios realizados que han demostrado la importancia de la educación continua y la capacitación en el personal de enfermería, estos se ve reflejado en un aumento en la productividad, menor número de accidentes y errores en el trabajo, mejor clima organizacional y mejores resultados en el paciente. (p117)

Gráfico No.3.7Distribución de la muestra de acuerdo al Plan de Atención de Enfermería (PAE), Hospital General Dr. Enrique Garcés, Julio del 2012.



Fuente: Encuestas realizadas al personal.

Elaborado por: Elaborado por Lic. S. Albán y Lic. M Pilicita.

ANÁLISIS.

El 37% del total de la muestra en estudio pertenece al subgrupo del personal profesional (enfermeras), dentro del cual el 97% de enfermeras si conoce sobre el Plan de Atención de Enfermería (P.A.E.), únicamente el 3% lo desconoce. El 90% del total de la muestra del personal profesional está de acuerdo en la planificación del Departamento de Enfermería se incluya como tema de capacitación, para reforzar y actualizar los conocimientos sobre el Plan de Atención de Enfermería (P.A.E.).

Con respecto a la aplicación del P.A.E se obtuvo el 62%, con una respuesta que si se realiza la aplicación del P.A.E.

Norma Ortiz. En la Revista de Enfermería 2008. Describe que la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el PAE define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional de enfermería se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad. (p.5).

3.4. Análisis de la Situación Actual.

El Sistema de Salud Ecuatoriano es de carácter mixto, ya que se encuentra conformado por entidades públicas y privadas. Actualmente el Sistema de salud se encuentra consolidado, debido a que la visión institucional pública es orientada al cumplimiento de los objetivos y políticas establecidas por el Ministerio de Salud Pública.

3.4.1. Departamento de Enfermería.

Se encuentra ubicada en el primer piso del edificio principal en el ala derecha entre el Departamento de Planificación y la Subdirección Técnica del hospital, teniendo como accesos el ascensor y las gradas.

Además del personal operativo con el que dispone el departamento para laborar en cada uno de los servicios del hospital en turnos rotativos de 8 horas, cuenta con una señora secretaria y una señora auxiliar de enfermería que por motivos de salud trabaja en la unidad realizando funciones de mensajería y elaboración de material blanco (gasa doblada y empaquetada) para utilizar en los diferentes servicios del hospital. Cabe señalar que la señora auxiliar tiene aceptación por escrito de esta función.

La información que se detalla a continuación es obtenida por medio de una entrevista estructurada que se realizó a la Coordinadora del Departamento de Enfermería Lic. Avelina Narváez Msc.

3.4.2. Organización del Departamento de Enfermería

El Departamento de Enfermería jerárquicamente depende de la Subdirección Técnica Hospitalaria, la misma que le da los lineamientos a seguir, esta estructura organizacional se encuentra establecido en el Orgánico Funcional, además es la encargada de realizar la Evaluación de Desempeño a la Lic. Avelina Narváez Coordinadora del Departamento.

El Departamento de Enfermería cuenta con el siguiente personal que se describe en el siguiente cuadro.

Cuadro No 3.3 Personal de Enfermería que depende administrativamente del Departamento de Enfermería Hospital General Dr. Enrique Garcés, Julio 2012.

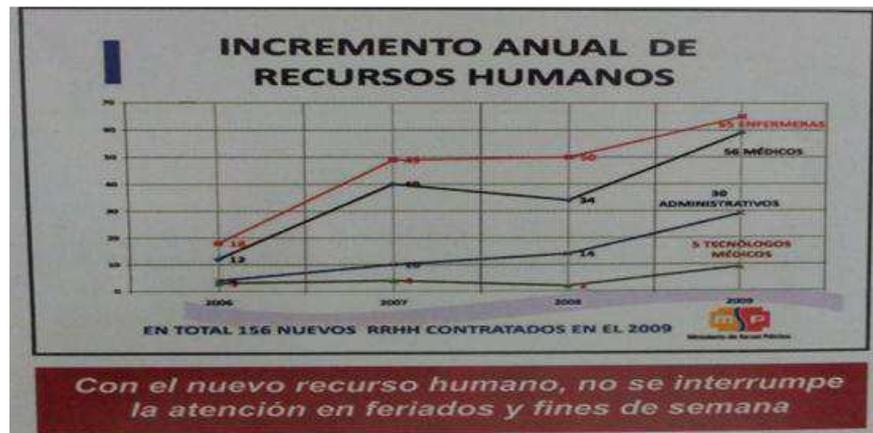
Nº	DENOMINACIÓN	OBSERVACIÓN
102	Enfermeras	De Planta
85	Enfermeras	Contratados fondos fiscales
281	Auxiliar de enfermería	De planta
12	Auxiliar de enfermería	Contratados fondos fiscales
18	Camilleros	De Planta
4	Camilleros	Contratados fondos fiscales

Fuente: Lic. Nelly Aguas, Coordinadora de RRHH.

Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

Como podemos ver en el cuadro anterior en la actualidad este departamento cuenta con personal tanto de planta con nombramiento y personal contratado con fondos fiscales, los dos tipos de dependencia son remunerados con fondos del ministerio de salud ya que anualmente se pasa la necesidad para el pago de los haberes.

Gráfico No 3.8 Incremento de Recursos Humanos entre los años 2006 - 2009.



Fuente: Lic. Nelly Aguas, Coordinadora de RRHH.
Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

En el Gráfico No 3.8 Podemos observar el incremento de personal que se ha dado en el Departamento de Enfermería de acuerdo a las necesidades que se han planteado por las líderes de cada servicio a la coordinadora de la misma, esto es el período comprendido desde el año 2006 hasta el año 2009.

En el Departamento de Enfermería se mantiene el Organigrama que a continuación se detalla.

**ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL
ENRIQUE GARCÉS**



Fuente: Lic. Avelina Narváez.
Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M Pilicita.

3.4.3. Funciones y Actividades

Las funciones y actividades técnicas - administrativas de la Coordinadora del Departamento de Enfermería se encuentran establecidas en el Reglamento Orgánico Funcional del Hospital General “Dr. Enrique Garcés Anexo C.

Cabe señalar que actualmente, además de las funciones del Departamento de Enfermería, desempeña funciones en la Coordinación del Servicio de Lavandería.

3.4.4. PlanificaciónEstratégica

Actualmente no se dispone de ninguna planificación estratégica en el hospital a nivel del Departamento de Enfermería, debido a que toda la planificación institucional debe estar direccionada con el Plan Nacional de Desarrollo denominado Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013, este es el instrumento del Gobierno Ecuatoriano para articular las políticas públicas con la gestión y la inversión pública.

El plan cuenta con 12 estrategias nacionales y 12 objetivos nacionales, cuyo cumplimiento permitirá consolidar el cambio que los ciudadanos y ciudadanas ecuatorianos anhelamos para el Buen Vivir.

3.4.5. Plan OperativoAnnual

En la actualidad si se dispone del POA (Plan Operativo Anual) que se lo hace en base a una matriz que está relacionada con los requerimientos y grupo de gastos de cada servicio, esto se lo realiza cuatrimestral.

3.4.6. Manual de Normas y Procedimientos.

Actualmente si dispone de un Manual de Normas y Procedimientos que fue realizado en Diciembre 1997, el mismo que se encuentra en vigencia. Anexo D.

3.4.7. Protocolos.

Si existen protocolos de atención de enfermería por especialidad y están relacionados con las 10 principales patologías de cada servicio del hospital, cuya característica es la de encontrarse estandarizados. Anexo E.

3.4.8. Planificación de Orientación e Inducción.

Se dispone de un plan de inducción general y específico:

Plan de inducción general: Se realiza en el Departamento de Enfermería, tomando en cuenta algunos aspectos como son Reseña Histórica, Misión, Visión, Valores y Principios de la institución, Normas de Bioseguridad, orientación de la planta física. Se lo realiza de 8h00 a 14h00. Este tiene una duración de por lo menos 3 días.

Plan de inducción específico: Se lo realiza en el servicio asignado a cada uno de los trabajadores, el tiempo puede durar hasta 1 mes dependiendo

de la complejidad del servicio al que fue asignado y se lo hace en primer lugar en el turno de la mañana y luego se lo hace en los tres turnos rotativos, siempre supervisado por el trabajador de mayor antigüedad. Existe un plan de esta orientación en cada uno de los servicios.

3.4.9. Planificación de rotación del personal

La rotación está planificada cada 4 años, tomando en cuenta algunos criterios de rotación como son:

- ✚ Rutas de mayor a menor complejidad y viceversa.
- ✚ Enfermeras con problemas de salud y que tienen certificado médico.
- ✚ Línea de base de rotaciones en relación a tiempo y servicios.
- ✚ Solicitud de continuidad en áreas críticas.
- ✚ Enfermeras que tienen especialidad o posgrado.
- ✚ Número de enfermeras de planta y la necesidad de una enfermera de apoyo mientras se da la orientación del personal nuevo.

Es importante realizar la planificación de la rotación del personal para evitar servidores indispensables, tomando en cuenta las siguientes Normas de Control Interno:

La norma 407- 07, Rotación de personal, establece: **“Las unidades de administración de talento humano y los directivos de la entidad,**

establecerán acciones orientadas a la rotación de las servidoras y servidores, para ampliar sus conocimientos y experiencias, fortalecer la gestión institucional, disminuir errores y evitar la existencia de personal indispensable”(p.30).

La Norma 401-01, Separación de funciones y rotación de labores, describe:“**La máxima autoridad y los directivos de cada entidad tendrán cuidado al definir las funciones de sus servidoras y servidores y de procurar la rotación de las tareas, de manera que exista independencia, separación de funciones incompatibles y reducción del riesgo de errores o acciones irregulares”(p.15).**

La Norma 401-02, Autorización y aprobación de transacciones y operaciones, señala:“Las servidoras y servidores que reciban las autorizaciones, serán conscientes de la responsabilidad que asumen en su tarea y no efectuarán actividades que no les corresponda” (p.15).

3.4.10. Planificación de Educación Continua

La planificación de la educación continua se realiza de acuerdo a las necesidades de cada servicio, las mismas que son establecidas y planificadas por las líderes de cada uno de los servicios, pues son las que conocen la realidad del mismo, las necesidades y debilidades del personal que se encuentra a su cargo tomando como línea base el mejoramiento de la calidad

de la atención de enfermería se realiza en las reuniones de todo el personal cada tres meses.

Esta planificación debe ser coordinada con la Gestión de Talento Humano y aplicando la siguiente Normade Control Interno de la CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, publicado en el Registro Oficial N0 87.

La Norma 407-06, Capacitación y entrenamiento continuo, establece: **“Los directivos de la entidad promoverán en forma constante y progresiva la capacitación, entrenamiento y desarrollo profesional de las servidoras y servidores en todos los niveles de la entidad, a fin de actualizar sus conocimientos, obtener un mayor rendimiento y elevar la calidad de su trabajo”**(p.30).

3.4.11. Planificación de la Evaluación del Desempeño

Este proceso de evaluación es considerado como una oportunidad para la mejora continua, razón por la cual se elaboró instrumentos de evaluación los mismos que son supervisados personalmente por la enfermera líder como también por la coordinadora del Departamento de Enfermería.

Se realiza en base a una matriz de nivel óptimo de desempeño individual emitida por el Ministerio de Relaciones Laborales en donde se evalúa las

actividades, proyectos, programas que se realicen en los diferentes servicios tomando en cuenta las competencias, metas, indicadores, conocimientos, competencias técnicas del puesto, trabajo en equipo, iniciativa y liderazgo, esto está establecido en el Anexo F; esta evaluación se complementa con un formulario de actividades y productos con su respectiva guía de verificación y por último se realiza una evaluación de conocimientos por escrito la misma que fue planteada y establecida por la actual coordinadora del Departamento. Anexo F.

Para realizar la evaluación del desempeño se debe considerar las siguientes Normas de Control Interno de la CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, publicado en el Registro Oficial N0 87.

La Norma 407-04, Evaluación del Desempeño, describe “La máxima autoridad de la entidad en coordinación con la unidad de administración de talento humano, emitirán y difundirán las políticas y procedimientos para la evaluación del desempeño, en función de los cuales se evaluará periódicamente al personal de la Institución”.

“Las políticas, procedimientos, así como la periodicidad del proceso de evaluación de desempeño, se formularán tomando en consideración la normativa emitida por el órgano rector del sistema”.

“El trabajo de las servidoras y servidores será evaluado permanentemente, su rendimiento y productividad serán iguales o mayores a

los niveles de eficiencia previamente establecidos para cada función, actividad o tarea”.

“La evaluación de desempeño se efectuará bajo criterios técnicos (cantidad, calidad, complejidad y herramientas de trabajo) en función de las actividades establecidas para cada puesto de trabajo y de las asignadas en los planes operativos de la entidad”.

“Los resultados de la evaluación de desempeño servirán de base para la identificación de las necesidades de capacitación o entrenamiento del personal o de promoción y reubicación, para mejorar su rendimiento y productividad”.(p.43).

3.4.12. Planificación de las reuniones con las líderes de los servicio

Las reuniones planificadas u ordinarias se realizan una vez por mes mediante una programación anual pre establecida que se exhibe en la cartelera del Departamento durante todo el año, estas reuniones se desarrollan de acuerdo al cronograma establecido, si no se lo puede realizar se la planifica para otra ocasión y se comunica ya sea por escrito o por vía telefónica con anticipación a las líderes.Las reuniones extraordinarias, se realiza mediante comunicación escrita o vía telefónica.

Las comunicaciones escritas de las reuniones al igual que el control de asistencia y el levantamiento del acta respectiva en base a los puntos a tratarse son archivadas de acuerdo a lo establecido en el Departamento, esto se lo hace en cada reunión y es realizada por la coordinadora del Departamento de Enfermería.

3.4.13. Informe de actividades

La presentación de informes de actividades se realiza una vez por año, las líderes de cada servicio entregan al departamento su informe para luego elaborar el condensado, que a su vez es presentado a la Subdirección Técnica Hospitalaria y a la dirección del hospital por la Coordinadora del Departamento de Enfermería. Es importante tomar en cuenta la obligación de rendición de cuentas, ya que se establecen en las Normas de Control Interno de la CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, publicado en el Registro Oficial N0 87.

La Norma 100-04, Rendición de cuentas, establece **“La máxima autoridad, los directivos y demás servidoras y servidores, según sus competencias, dispondrán y ejecutarán un proceso periódico, formal y oportuno de rendición de cuentas sobre el cumplimiento de la misión y de los objetivos institucionales y de los resultados esperados”**.

“La rendición de cuentas es la obligación que tienen todas las servidoras y servidores de responder, reportar, explicar o justificar ante la autoridad, los directivos y la ciudadanía, por los recursos recibidos y administrados y por el cumplimiento de las funciones asignadas. Es un proceso continuo que incluye la planificación, la asignación de recursos, el establecimiento de responsabilidades y un sistema de información y comunicación adecuado”.

“Las servidoras y servidores, presentarán informes periódicos de su gestión ante la alta dirección para la toma de decisiones, en los que se harán constar la relación entre lo planificado y lo ejecutado, la explicación de las variaciones significativas, sus causas y las responsabilidades por errores, irregularidades y omisiones”.

“La rendición de cuentas, se realizará en cumplimiento al ordenamiento jurídico vigente”(p.2).

3.4.14. Cálculos de la dotación el personal de enfermería

El cálculo del personal que se necesita en el Departamento se lo realiza en base a lo calculado por la líder de cada servicio el mismo que se lo realiza en un formato pre establecido, esto se lo calcula de acuerdo al índice de atención pre establecido por el ministerio rector del hospital.

Al momento en lo que se refiere al personal profesional y no profesional no se cumple el estándar se mantiene en lo mínimo tiene un sistema funcional especialmente en los servicios de hospitalización, no así en Emergencia, Neonatología, Terapia Intensiva que son los servicios donde se trata de mantener el personal necesario por ser pacientes críticos y para dar una atención de calidad a nuestros clientes.

3.4.15. Perfil de Competencias para las líderes de los servicios

El Ministerio de Salud Pública trabaja y establece los perfiles para cada uno de los puestos. La LOSSEP en el subproceso de selección del personal, establece las competencias para enfermeras como para la enfermera líder.

Para las auxiliares de enfermería los reglamentos son establecidos por el Código de Trabajo.

3.4.16. Supervisión

En el turno de la mañana y de lunes a viernes la supervisión es realizada en cada servicio por la líder del mismo. Para los turnos de la tarde, noche, festivos y feriados es planificada anualmente, para que sea cumplido en forma mensual y rotativa, los servicios que realizan la supervisión son los de menos complejidad, en esta rotación no entran los servicios de Terapia Intensiva, Neonatología, Emergencia, Medicina Interna, esta función de

supervisión es realizada por el personal de enfermería que labora y se encuentra de turno, la supervisión se lo cumple antes de empezar con las labores propias de su trabajo, luego se emitirá un informe el mismo que será firmado por la persona que realiza la supervisión, luego es revisado y firmado por la coordinadora y archivado de acuerdo a lo establecido en la unidad .
Anexo G.

En la realización de este proceso se debe tomar en cuenta las Normas de Control Interno de la CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, publicado en el Registro Oficial N0 87.

La Norma 401-03, Supervisión, establece **“Los directivos de la entidad, establecerán procedimientos de supervisión de los procesos y operaciones, para asegurar que cumplan con las normas y regulaciones y medir la eficacia y eficiencia de los objetivos institucionales, sin perjuicio del seguimiento posterior del control interno”**.

“La supervisión de los procesos y operaciones se los realizará constantemente para asegurar que se desarrollen de acuerdo con lo establecido en las políticas, regulaciones y procedimientos en concordancia con el ordenamiento jurídico; comprobar la calidad de sus productos y servicios y el cumplimiento de los objetivos de la institución”.

“Permitirá además, determinar oportuna mente si las acciones existentes son apropiadas o no y proponer cambios con la finalidad de obtener mayor eficiencia y eficacia en las operaciones y contribuir a la mejora continua de los procesos de la entidad”(p.p. 10-11)

3.4.17. Indicadores.

Los indicadores que son utilizados para el desempeño de las actividades de trabajo en el Departamento de Enfermería son:

-  Dotación de Camas.
-  Camas censables y no censables.
-  Porcentaje de ocupación.
-  Días de estada.
-  Días pacientes.
-  Giro de cama.

Estos indicadores Hospitalarios son de conocimiento de las autoridades que a su vez sirve como herramienta de gestión para la toma de decisiones.

3.5. Conclusiones de ResultadosObtenidos

-  Según las encuestas realizadas se evidencio que en la administración de la Coordinadora de Enfermería si existe planificación.

- ✚ Se evidencia que existe personal profesional con un perfil de competencias alto, esto representa una fortaleza para la Gestión de Enfermería y para la implementación de la Gestión por Procesos.
- ✚ Según la entrevista realizada y por la información solicitada respecto a los indicadores se evidencia una confusión pues la respuesta es incoherente.
- ✚ Existe un “Manual de normas y procedimientos” según lo revisado contiene información básica del personal, que prácticamente está desactualizado pues el levantamiento fue en el año 1997 y en la actualidad se encuentra vigente.

CAPITULO IV

4. SITUACIÓN ACTUAL DE PROCESOS

4.1. Introducción.

El presente capítulo inicia con el direccionamiento estratégico del Hospital General Dr. Enrique Garcés para luego elaborar el mapa estratégico del Departamento de Enfermería y la cadena de valor. Posteriormente se realiza un levantamiento de la información necesaria para describir y elaborar el mapa de procesos al igual que el inventario y selección de procesos, una vez desarrollado los temas anteriores se procederá a realizar una diagramación, medición y análisis del valor agregado de cada proceso.

4.1.1. Principios Constitucionales para la Atención de la Salud.

Son los que forjan el espíritu del Talento Humano, de Hospital General Enrique Garcés, representan las convicciones éticas y morales, que todo su personal requiere para cumplir sus deberes con integridad y trabajar por el mejoramiento de la calidad de vida de todos y cada uno de sus usuarios, fomentando la salud y la prevención de las enfermedades.

Principios.

Los principios adoptados por el Hospital General Enrique Garcés son:

- ✚ **Equidad:** Tanto usuarios internos como usuarios externos, serán tratados del mismo modo, además de actuar con imparcialidad y brindar oportunidades de desarrollo a todos quienes integren la institución.

- ✚ **Universalidad:** Es considerar a todas las personas como seres con sus derechos. Establecer relaciones basadas en el respeto mutuo y la confianza sin distinción de etnia, creencias, costumbres, etc.

- ✚ **Solidaridad:** Se muestra en ocasiones como el necesario cumplimiento de deberes que se desarrolla con miras a favorecer a otras personas, o que tienden al interés general.

- ✚ **Interculturalidad:** Implica la incorporación de nacionalidades y pueblos, en el marco de un Estado unitario y descentralizado, en donde la sociedad diversa tenga la posibilidad de coexistir pacíficamente garantizando los derechos de toda la población: indígena, afro ecuatoriano y blanco – mestiza.

- ✚ **Calidad:** El futuro de esta institución, está ligado necesariamente a la prestación de servicios con calidad y calidez humana, por lo que la misma proporcionará un servicio efectivo a todos y cada uno de los usuarios.

- ✚ **Eficiencia:** El Hospital optimizará el uso de cada recurso que posea como: tiempo, talento humano, información, infraestructura, tecnología, entre otros, para alcanzar un correcto desarrollo organizacional.

- ✚ **Eficacia:** El personal del hospital tendrá la fuerza para satisfacer las necesidades de cada usuario, con la correcta utilización de sus recursos.

- ✚ **Precaución Bioética:** No se limita al ámbito médico, sino que incluye todos los problemas éticos que tiene que ver con la vida en general, extendiendo de esta manera su campo a cuestiones relacionadas con el medio ambiente²⁶.

- ✚ **Con Enfoque de Género y Generacional:** Tiene una mirada integradora, basada en un enfoque de derechos que va más allá de la entrada sectorialista tradicional, y tiene como ejes la sustentabilidad ambiental y las equidades de género, generacional, intercultural y territorial.

4.1.2. Direccionamiento estratégico.

Es una herramienta que se utiliza para saber hacia dónde se dirige la empresa, en este direccionamiento se expone la misión, visión, objetivos, políticas y valores línea base de la administración de la institución.

²⁶ Base de Datos del Hospital Enrique Garcés.
http://www.heg.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=78&Itemid=2

4.1.3. Visión

Al 2013 será un hospital que proporcione atención en salud integral, que sustente su gestión en la capacidad resolutoria de segundo nivel, en la gestión administrativa por procesos, en la administración efectiva de los sistemas de información y el mejoramiento continuo

4.1.4. Misión Institucional.

Prestar servicios de salud de tipo ambulatorio, de internamiento y de emergencia en actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, y rehabilitación; de manera permanente y oportuna a la población que demande sus servicios; enmarcados en los Principios Constitucionales, para lograr el mayor grado de satisfacción de las necesidades y expectativas de salud de los (as) usuarios (as). Es además un hospital docente y de investigación²⁷.

4.1.5. Valores Institucionales.

Los valores de una empresa son las normas o ideas fundamentales que rigen o guían el pensamiento y la conducta de las personas todo lo favorable que tiene el ser humano que permite su evolución y realización; el personal del Hospital General Dr. Enrique Garcés, tomará conciencia de la importancia de

²⁷ Publicación Internet, escrito por el administrador 2012.
http://www.heg.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=78&Itemid=2

estos valores para propiciar un correcto desarrollo institucional, para esto aplica y practica los siguientes valores:

🚦 **Ética:** El personal actuará de manera estable y honrada al servicio de los demás y en beneficio propio, actitudes o estilos de responsabilidad que se requieren en la gestión pública.

🚦 **Moral:** El personal del Hospital actuará de manera íntegra, calificando como buenos o malos los actos de las personas que pertenecen a la institución, para fomentar una cultura institucional honesta y decorosa.

🚦 **Solidaridad:** El personal que conforma la institución estará comprometido a apoyar, respaldar y proteger a todos y cada uno de sus usuarios; además de integrar como base de todos los equipos de trabajo.

🚦 **Responsabilidad:** Todos quienes conformen la institución asumirán el cumplimiento normativo de la misma; así como el cumplimiento de los objetivos institucionales y las consecuencias de las actuaciones²⁸

Actualmente los principios, misión, visión y valores institucionales se encuentran en vigencia, direccionados al cumplimiento de objetivos

²⁸ Base de Datos del Hospital General Dr. Enrique Garcés 2012.
http://www.heg.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=78&Itemid=2

establecidos por el Órgano Rector de la Salud como es el Ministerio Salud Pública.

4.1.6. Misión del Departamento de Enfermería.

Brindar atención de enfermería integral oportuna y solidaria fundamentadas en conocimientos científicos, técnicos, administrativos, derechos humanos y género, aplicando **VALORES** de responsabilidad, disciplina, compromiso, solidaridad, respeto y honradez con el objetivo de satisfacer las necesidades y expectativas del cliente interno y externo.

4.1.7. Visión del Departamento de Enfermería.

Para el 2013 seremos una Unidad de Gestión de Enfermería de prestigio con personal altamente calificado, con liderazgo democrático creativo innovador, con procesos de mejoramiento continuo, equipo de enfermería comprometido, aplicando los valores del Departamento de Enfermería e Institucionales.

4.1.8. Objetivos del Departamento de enfermería.

1. Planificar la atención de enfermería en base a las necesidades del usuario y factores de riesgo para contribuir a la recuperación de su salud y/o a la aceptación de sus limitaciones.

2. Facilitar al personal de enfermería condiciones de trabajo, que le den satisfacciones en el cumplimiento de sus actividades, protección de su salud y un nivel positivo de integración humana, mediante programas específicos de desarrollo personal.
3. Fomentar la participación activa del personal de enfermería en el trabajo en equipo, para alcanzar los objetivos institucionales²⁹.

4.1.9. Políticas del Departamento de Enfermería son:

- 🚩 El desarrollo del talento humano, la cultura de planificación.
- 🚩 Manejo de la comunicación oportuna y veraz.
- 🚩 Utilización de la ética bioética.
- 🚩 Protocolización de la atención de enfermería.
- 🚩 Desarrollo de la cultura de evaluación”.

4.1.10. Mapa estratégico.

Mapa estratégico ayudan a los gerentes a delimitar sus objetivos es una ilustración visual de la estrategia de negocio de convertir sus recursos en sus logros. Los recursos no incluyen evaluaciones concretas, sino que también se refieren a conocimiento y personalizaciones. Estas evaluaciones se aplican de una forma que ayudará a que la Institución alcance sus objetivos. Los mapas

²⁹ Revista Hospital Enrique Garcés. Mayo 2010.

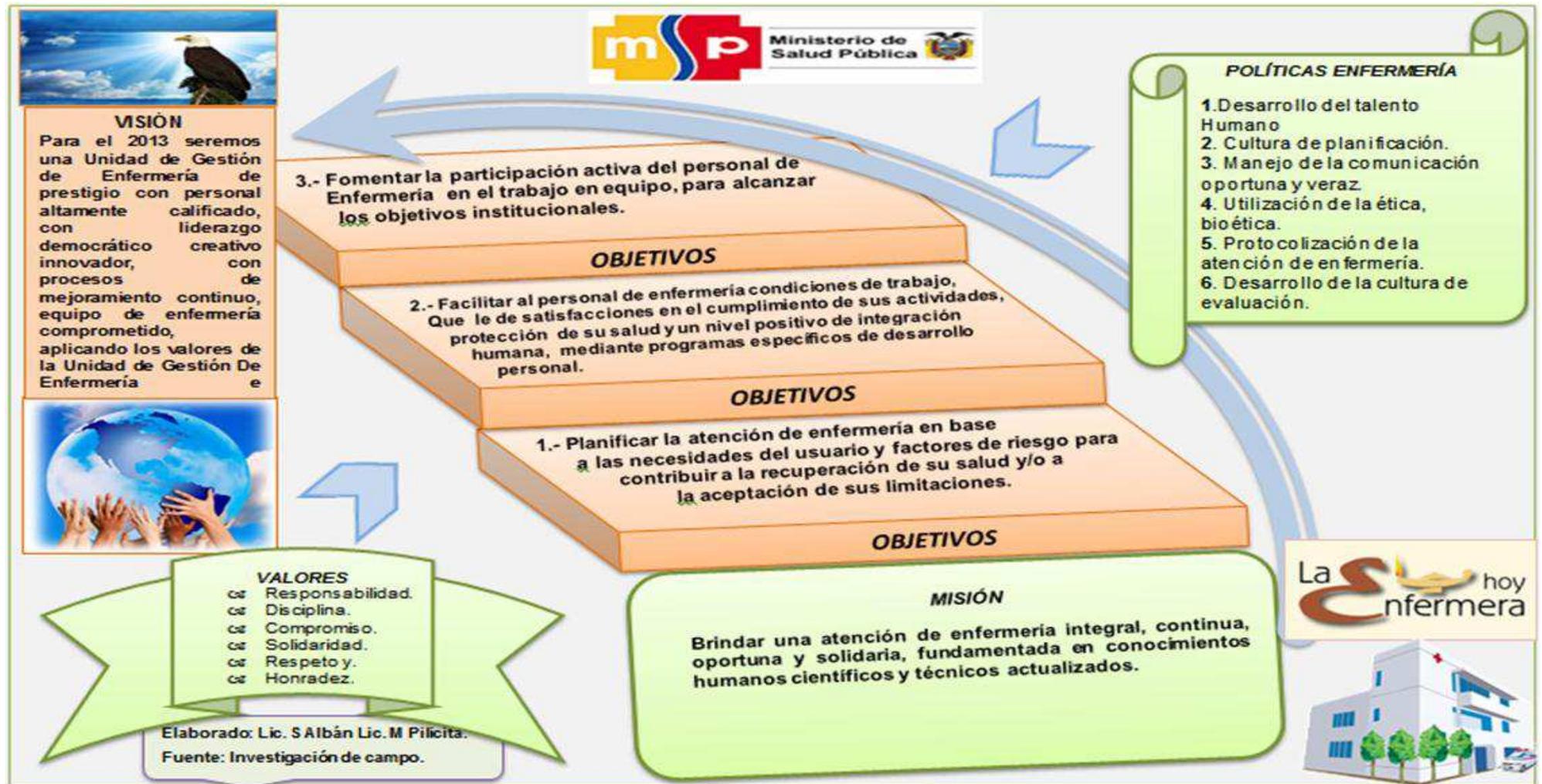
de estrategia muestran la relación entre los recursos de la Institución y los objetivos por medio de una imagen detallada.

¿De qué sirve un Mapa Estratégico?

Contar con Mapa Estratégico permite a la empresa y a sus miembros concentrar en una hoja lo que se debe hacer para alcanzar el o los objetivos planteados, lo que facilita el entendimiento y compromiso de sus miembros y por ende, el desarrollo de estrategias más precisas, claras y medibles hacia el logro de dichos objetivos. Razón por la cual elaboramos el siguiente Mapa Estratégico de la Unidad de Gestión de Enfermería para resaltar sus objetivos y hacia donde se dirige³⁰.

³⁰Fernández. 2010 (p. 109).

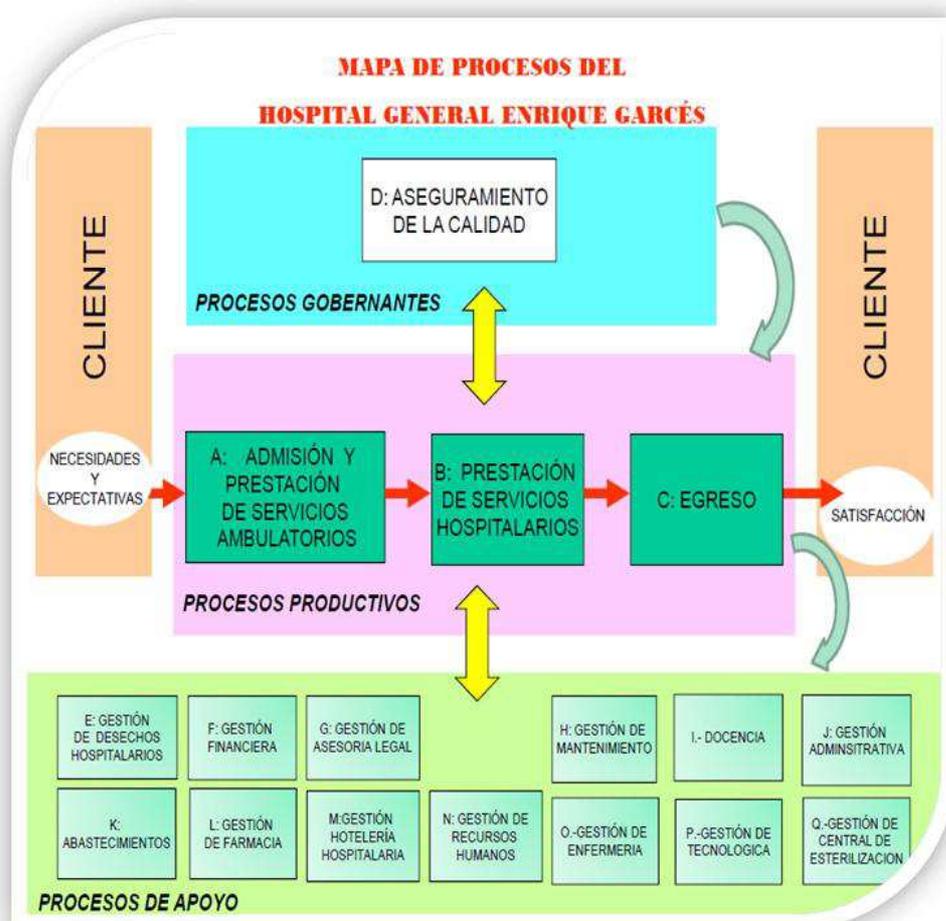
Gráfico No. 4.1 Mapa Estratégico del Departamento de Enfermería Hospital G. Dr. Enrique Garcés



4.2. Definición del Mapa de Procesos.

El mapa de procesos ofrece una visión general del sistema de gestión. En el se representan los procesos, que componen el sistema, así como sus relaciones principales. Dichas relaciones se indican mediante flechas y registros que representan los flujos de información después de conocer la definición se desarrolla el mapa de procesos.

Gráfico No.4.2 Mapa de procesos del Hospital General Enrique Garcés.



Fuente: Investigación de Campo.
Elaborado por: Ing. Cadena.

4.3. Levantamiento de información de procesos actuales.

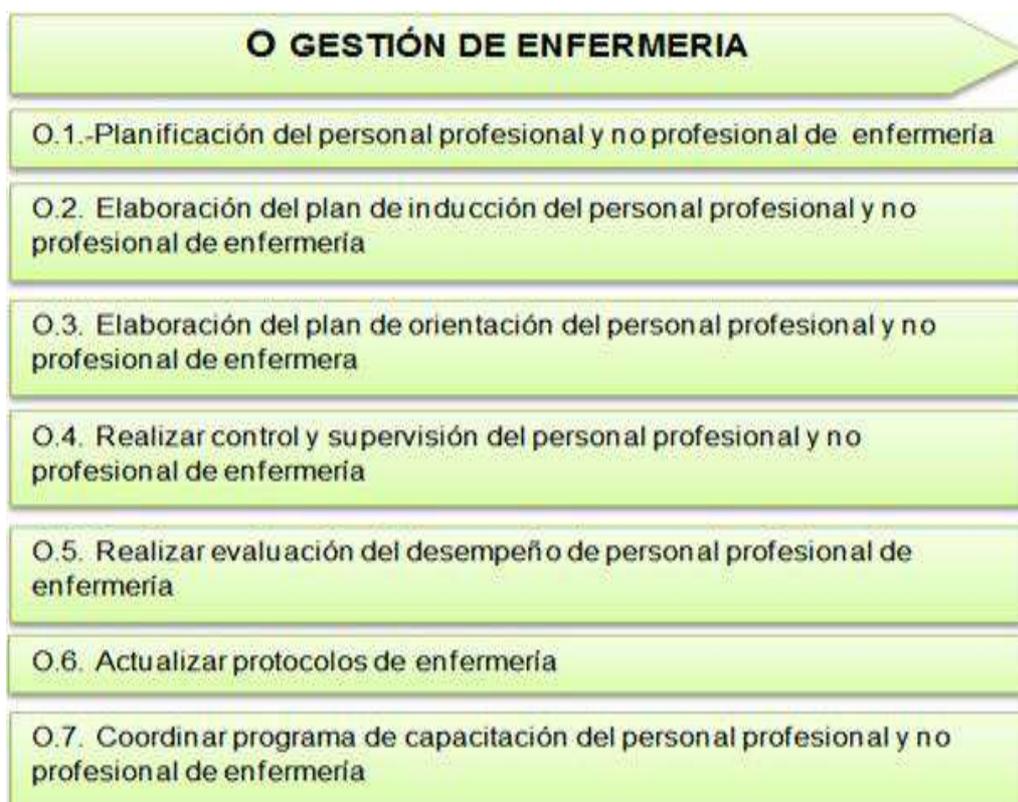
El levantamiento y descripción de los procesos es una forma de representar la realidad de la manera más exacta posible, a partir de la identificación de las diferentes actividades y tareas que se realizan en un proceso para lograr un determinado resultado o producto.

Éste constituye un elemento clave del trabajo en calidad. A partir de aquí podemos ver lo que hacemos y cómo lo hacemos, utilizando y aplicando sobre esta información el análisis, los cambios y rediseños orientados a mejorar los resultados.

Debido a que no se obtuvo la información requerida para el levantamiento de los procesos para su efecto se tomó como base las funciones que desempeña la Coordinadora del Departamento de Enfermería las mismas que se describen en el orgánico funcional de la institución.

4.3.1. Mapa de procesos del Departamento de Enfermería.

Gráfico No.4.3 Mapa de procesos del Departamento de Enfermería



Fuente: Investigación de Campo.

Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

4.4. Diseño de procesos.

4.4.1. Inventario de Procesos.

Definición. Es un listado de los procesos que existen en una empresa, respetando su ordenamiento y organización.

Para realizar este listado se toma en cuenta un código que caracteriza al proceso que dispone el Departamento de Enfermería, con sus respectivos nombres y subprocesos como se describe en la siguiente tabla.

Tabla No.4.1. Inventario de procesos del Departamento de Enfermería.

INVENTARIO DE PROCESOS	
PROCESO	CÓDIGO
GESTIÓN DE ENFERMERÍA	O
SUBPROCESOS	CÓDIGO
Planificación del personal profesional y no profesional de enfermería.	O.1
Elaboración del Plan de Inducción del personal profesional y no profesional de enfermería	O.2
Elaboración del Plan de Orientación del personal profesional y no profesional	O.3
Realizar Control y Supervisión del personal profesional y no profesional de enfermería	O.4
Realizar Evaluación de Desempeño del personal profesional de enfermería	O.5
Actualizar protocolos de enfermería	O.6
Coordinar programa de capacitación del personal profesional y no profesional de enfermería	O.7

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Elaborado por Lic. S. Albán y Lic. M Pilicita.

4.4.2. Selección de Procesos.

La Selección de procesos se realiza para identificar aquellos procesos que brindan mayor beneficio tanto para el paciente como para la empresa, para de esta manera analizar y mejorar el conjunto de actividades del Departamento de Enfermería.

Para seleccionar los procesos se realizó una encuesta a través de cinco preguntas con respuestas cerradas, es decir SI o NO, que induzcan a seleccionar los procesos necesarios, importantes y críticos.

En esta encuesta participó el personal profesional operativo, en un número de 40, a quienes se les realizó las siguientes preguntas:

¿Aporta un valor añadido para los clientes interno o externo?

¿Posee una importancia estratégica para la organización?

¿Es factible?

¿Es importante como problema de calidad: impacto, costo, entre otros?

¿Afecta a un volumen importante de personas?

Cuadro No 4.1 Aplicación de la preguntas.

PREGUNTAS	SUBPROCESO			
	Planificación del personal profesional y no profesional de Enfermería	SI (1)	NO (0)	%
¿Aporta un valor añadido para los usuarios o clientes?	SI	37	3	92,50
¿Posee una importancia estratégica para la organización?	SI	39	1	97,50
¿Es factible?	SI	36	4	90,00
¿Es importante como problema de calidad: impacto?	SI	37	3	92,50
¿Afecta a un volumen importante de personas?	SI	35	5	87,50

Fuente: Encuesta aplicada.

Elaborado por: Elaborado por Lic. S. Albán y Lic. M Pilicita.

4.4.2.1. Instructivo de la Encuesta

Estas cinco preguntas se aplicaron para los siete subprocesos que se encuentran definidos en el mapa de subprocesos del Departamento de Enfermería. Para conocer los subprocesos seleccionados se obtuvo los puntajes más altos a través de la suma de puntuación de las respuestas, así a la respuesta positiva (SI) se dio una valoración de un punto, mientras que las respuestas negativas (NO) la valoración de cero.

Según los datos obtenidos se consideró 1 cuyo porcentaje es superior al 80%, y un valor de 0 cuyo porcentaje sea inferior al 20%. El resumen de la tabulación de los resultados de la encuesta se encuentra en el Anexo H.

El resultado que se indica en la Cuadro 4.2 que a continuación se indica la puntuación de cada pregunta y su total, se seleccionará los subprocesos con mayor puntuación (5), para realizar el trabajo de investigación en el Departamento de Enfermería y que sean representativos tanto para los Clientes Internos y Externos.

Cuadro No. 4.2Proceso y subprocesos seleccionados.

Cód.	NOMBRE DEL PROCESO Y SUBPROCESO	PREGUNTA					
		P1	P2	P3	P4	P5	TOTAL
O	GESTIÓN DE ENFERMERÍA						
O.1	Planificación del personal profesional y no profesional de enfermería.	1	1	1	1	1	5
O.2	Elaboración del Plan de Inducción del personal Profesional y no profesional de enfermería.	1	1	1	1	0	4
O.3	Elaboración del Plan de orientación del personal profesional y no profesional de enfermería.	1	1	1	1	0	4
O.4	Realizar control y supervisión del personal profesional y no profesional de enfermería	1	1	1	1	1	5
O.5	Realizar evaluación del desempeño del personal profesional de enfermería.	1	1	1	1	0	4
O.6	Actualizar protocolos de enfermería.	1	1	1	1	1	5
O.7	Coordinar programa de capacitación del personal profesional y no profesional de enfermería.	1	1	1	1	1	5

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

4.4.3. Descripción de los procesos.

Seleccionados los subprocesos, se estudia más a fondo cada uno de ellos, haciendo el levantamiento de la información de cada uno de los subprocesos, se realizará un análisis de la situación actual y a su vez detectar

sus falencias o problemas en sus actividades diarias, se analiza el valor agregado que proporciona a la empresa o al cliente.

Para realizar el análisis actual se utilizará unas herramientas como son:

📊 Diagrama de Flujo.

📊 Análisis del Valor agregado (AVA) Anexo. I

4.4.3.1. Subproceso:

Planificación del personal profesional y no profesional de enfermería.

Nombre: Planificación del personal de enfermería.

Código: O.1

Descripción del proceso: El subproceso está a cargo de la Coordinadora del Departamento de Enfermería, el mismo que se caracteriza por ser la base del quehacer del profesional de enfermería ya que permite, tomar decisiones en forma racionalizada optimizando las acciones para lograr los cambios u objetivo deseados. Este subproceso hace que el personal profesional y no profesional de enfermería sean previsivos y programados, con un adecuado manejo del tiempo y un buen control de las situaciones que se presentan frente al objetivo fijado para cumplir la meta propuesta.

Entrada / Salida: Este subproceso inicia cuando Revisa el listado del personal y finaliza cuando archiva el informe de requerimiento de personal enviado a talento humano. Se debe considerar las Normas de Control Interno, de la CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, publicado en el Registro Oficial No. 87.

La Norma 407-01, Plan de talento humano, establece: **“Los planes de talento humano se sustentarán en el análisis de la capacidad operativa de las diferentes unidades administrativas, en el diagnóstico del personal existente y en las necesidades de operación institucionales”**.

“La planificación se elaborará sobre la base de un diagnóstico del personal, efectuado con la información estadística que mantendrá la unidad responsable de la administración del talento humano; considerando además, la normativa vigente relacionada con esta área, el plan estratégico institucional, los planes operativos anuales, programas y proyectos”.

“El plan de talento humano formará parte de la documentación del sistema de planificación anual”.

No. De Actividades: En el subproceso se contabiliza seis actividades.

Áreas que intervienen: En este subproceso intervienen todos los servicios debido a que se trata de un subproceso de apoyo.

Se presenta el diagrama de flujo de cómo opera este proceso y un análisis del valor agregado con sus respectivas actividades y tiempos empleados en cada de uno de estos.

Diagrama de flujo y AVA.

Se presenta el diagrama de flujo de cómo opera este proceso y un análisis del valor agregado con sus respectivas actividades y tiempos empleados en cada uno de estos. Anexo I.

Análisis del Valor agregado: Se realiza en base a datos obtenidos de la Composición de actividades que se encuentra en el formato de Análisis de Valor Agregado **(AVA)**.

Gráfico No.4.4 Análisis del valor agregado de la Planificación de personal profesional y no profesional de enfermería O1.



Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

Definición de términos. **VAC.** Valor agregado al cliente, **VAE.** Valor agregado a la empresa, **P.** Preparación, **E.** Espera, **M.** Movimiento, **I.** Inspección, **A.** Archivo.

Análisis:

El porcentaje creciente en el valor agregado a la empresa es del 54% el mismo que se encuentra representado en el Gráfico No 4.4, lo que nos indica que si existe planificación. Estos datos se encuentran en el formato del Análisis de Valor Agregado Anexo I.

Revisar el listado del personal en 60 minutos y revisar los requerimientos de cada servicio en 120 minutos se encuentran representados en la

preparación que es un 36% lo que indica que se realiza actividades previas a la planificación.

📊 El valor agregado al cliente se encuentra en 0% lo que nos indica que es necesario realizar actividades para agregar valor al cliente.

4.4.3.2. Subproceso:

Realizar Control y Supervisión del personal profesional y no profesional de enfermería.

Nombre: Control y Supervisión de enfermería

Código: O.4

Descripción del proceso: Este subproceso esta cargo de la Coordinadora del Departamento de Enfermería, y se realiza todos los días, en las noches de lunes a viernes, festivos y feriados en los tres turnos mañana, tarde, noche. Se planifica un cronograma en forma rotativa de los servicios y el personal de cuidado directo; para realizar este subproceso de inicio antes de empezar sus actividades en el servicio que este asignada.

Entrada / Salida: Este proceso tiene como entrada con la revisión del informe de la supervisión anterior y termina con el memorándum de correctivos.

No. De Actividades: En este subproceso se contabiliza diez actividades.

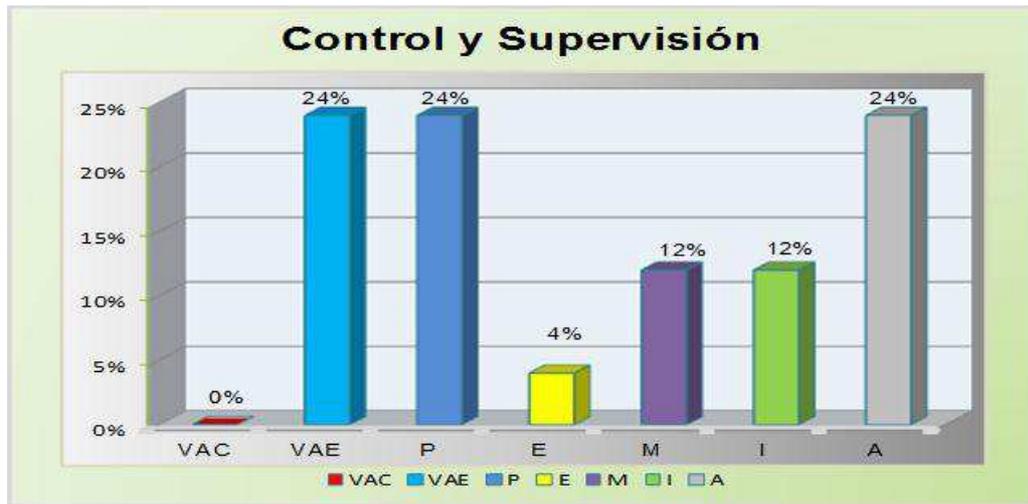
Áreas que intervienen: En este subproceso intervienen todos los servicios médicos como son: Hospitalización, y Emergencia donde se encuentren asignado personal profesional y no profesional de enfermería.

Diagrama de flujo y AVA.

Se presenta el diagrama de flujo de cómo opera este proceso y un análisis del valor agregado con sus respectivas actividades y tiempos empleados en cada uno de estos. Anexo I.

Análisis del Valor agregado: Se realiza en base a datos obtenidos de la Composición de actividades que se encuentra en el formato del Análisis de Valor Agregado(AVA).

Gráfico No.4.5 Análisis del valor agregado del Plan de Control y Supervisión para el personal profesional y no profesional de enfermería O.4.



Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

Definición de términos. **VAC.** Valor agregado al cliente, **VAE.** Valor agregado a la empresa, **P.** Preparación, **E.** Espera, **M.** Movimiento, **I.** Inspección, **A.** Archivo.

Análisis:

✚ Según el estudio de las actividades del subproceso de Control y Supervisión el índice de valor agregado es del 24%, siendo un subproceso crítico que necesita mejoramiento debido a que el valor agregado al cliente se encuentra en 0% cuando debería tener un porcentaje ya que el cliente es quién debe beneficiarse de este subproceso. Estos datos se encuentran en el formato del Análisis de Valor Agregado Anexo I.

✚ El tiempo que lleva en revisar el informe de la supervisión anterior es de 30 minutos y la de planificar la supervisión de los diferentes servicios es de igual de 30 minutos que corresponden a las actividades de preparación con el 24% lo que nos indica que van en conjunto la preparación con el valor agregado a la empresa.

✚ El 24% de Archivo corresponde a la actividad de Archivar los informes de supervisión diariamente es relativamente alto por lo que se debería actuar para optimizar el tiempo que se ocupa en archivar los informes.

4.4.3.3. Subproceso:

Actualizar protocolos de enfermería.

Nombre:Protocolos de Enfermería

Código: O.6

Descripción del proceso: Este subproceso está a cargo de la Coordinadora del Departamento de Enfermería, los protocolos de atención de enfermería se realiza por especialidad de cada servicio y están relacionados con las 10 principales patologías de atención, los mismos que son actualizados de acuerdo a la necesidad.

Entrada / Salida: Este subproceso se inicia estableciendo la necesidad de levantar protocolos de atención y finaliza archivando la copia de protocolos de atención de enfermería socializados.

No. De Actividades: En este subproceso se contabilizan diez actividades para coordinar el levantamiento de los protocolos.

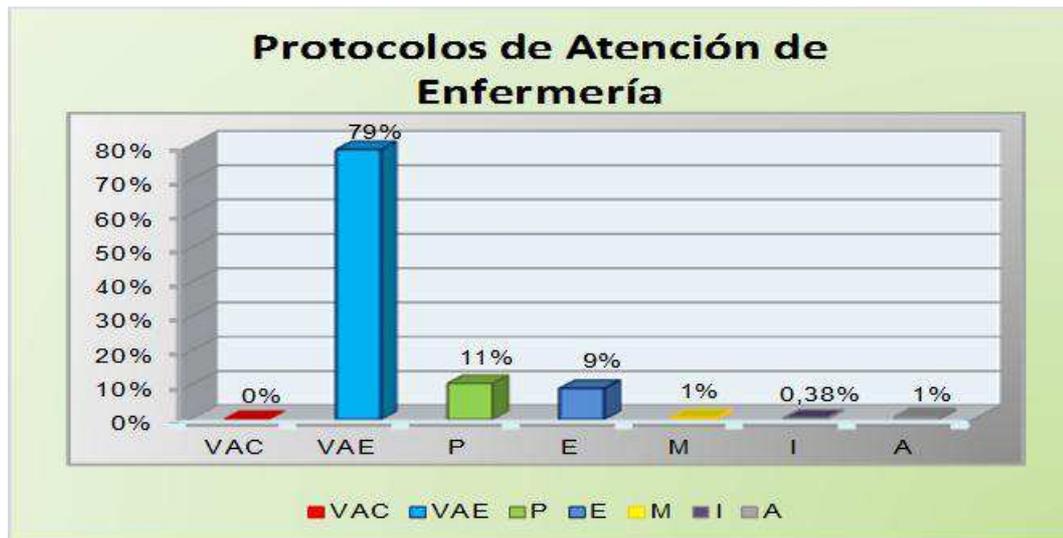
Áreas que intervienen: Las áreas que intervienen en este subproceso son todos los servicios de atención médica como son: Hospitalización, Emergencia, Consulta Externa.

Diagrama de flujo y AVA.

Se presenta el diagrama de flujo de cómo opera este proceso y un análisis del valor agregado con sus respectivas actividades y tiempos empleados en cada uno de estos. Anexo I.

Análisis del Valor agregado: Se realiza en base a datos obtenidos de la Composición de actividades que se encuentra en el formato del Análisis de Valor Agregado (**AVA**).

Gráfico No. 4.6.Protocolos de atención de enfermería O.6.



Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

Definición de términos. **VAC.** Valor agregado al cliente, **VAE.** Valor agregado a la empresa, **P.** Preparación, **E.** Espera, **M.** Movimiento, **I.** Inspección, **A.** Archivo.

Análisis:

✚ En este subproceso de protocolos de atención el índice de valor agregado es de 79% que es bueno pero es necesario planificar estrategias para generar valor al cliente. Estos datos se encuentran en el formato del Análisis de Valor Agregado Anexo I.

✚ Supervisar la socialización de protocolos de atención es una actividad que se realiza con un tiempo de 15 minutos y que corresponde a la Inspección

con un porcentaje del 0,38%, que es relativamente bajo y necesita planificar actividades de inspección.

✚ En la preparación tenemos un porcentaje total del 11%, aquí se ubican actividades como son: las de establecer la necesidad de realizar protocolos de atención de enfermería con tiempo de 30 minutos, planificar la elaboración de protocolos con un tiempo estimado de 360 minutos y realizar la convocatoria para la reunión a las enfermeras líderes con un tiempo de 30 minutos, según se ve el porcentaje es bajo a pesar de que el tiempo es alto.

4.4.3.4. Subproceso:

Coordinar programa de capacitación del personal profesional y no profesional.

Nombre: Capacitación del personal

Código: O.7

Descripción del proceso: Este subproceso esta cargo de la Coordinadora del Departamento de Enfermería la planificación de lacapacitación continua, se realiza de acuerdo a las necesidades de cada servicio, las mismas que son establecidas y planificadas por las líderes de cada

uno de los servicios, pues son las que conocen la realidad del mismo, las necesidades y debilidades del personal que se encuentra a su cargo tomando como línea base el mejoramiento de la calidad de la atención de enfermería se realiza en las reuniones de todo el personal cada tres meses.

Entrada / Salida: Este subproceso empieza con la planificación de la capacitación de cada servicio y finaliza con el las planificaciones aprobadas y archivadas.

No. De Actividades: En este subproceso se contabilizan cinco actividades para planificar la capacitación del personal profesional y no profesional de enfermería.

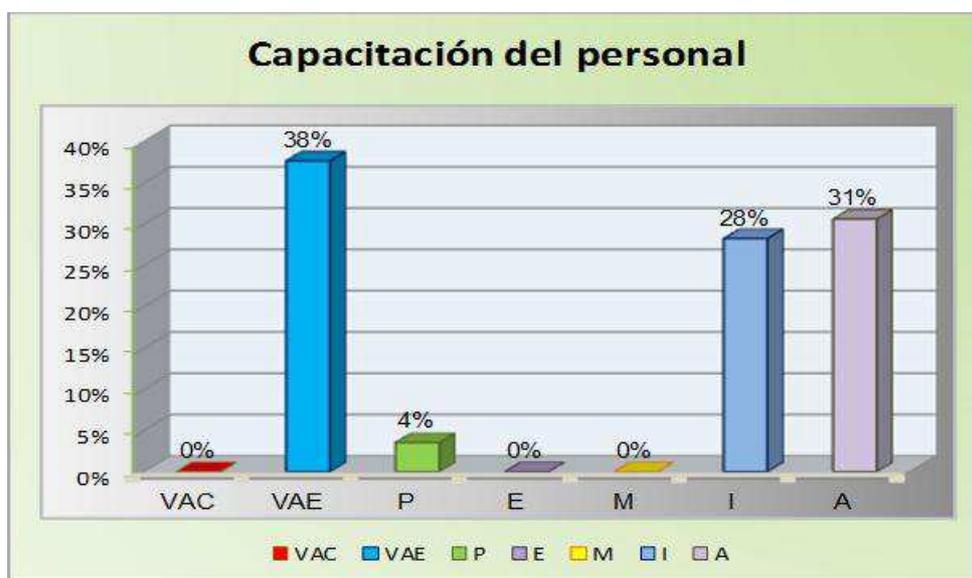
Áreas que intervienen: Las áreas que intervienen en este subproceso son todos los servicios de atención médica como: Hospitalización, Emergencia, Consulta Externa.

Diagrama de flujo y AVA.

Se presenta el diagrama de flujo de cómo opera este proceso y un análisis del valor agregado con sus respectivas actividades y tiempos empleados en cada uno de estos. Anexo I.

Análisis del Valor agregado: Se realiza en base a datos obtenidos de la Composición de actividades que se encuentra en el formato del Análisis de Valor Agregado (**AVA**).

Gráfico No.4.7 Capacitación del personal profesional y profesional Enfermería. O.7.



Fuente: Investigación de campo.
Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

Definición de términos. **VAC.** Valor agregado al cliente, **VAE.** Valor agregado a la empresa, **P.** Preparación, **E.** Espera, **M.** Movimiento, **I.** Inspección, **A.** Archivo.

Análisis:

De alguna manera las actividades que se realizan en este subproceso de capacitación del personal de enfermería son de gran valor, pero se

encuentra con un índice de valor agregado relativamente bajo que es del 38%, por lo que es necesario planificar estrategias para agregar valor al cliente debido a que se encuentra en porcentaje del 0%, es importante que el cliente sea beneficiario de este subproceso. Estos datos se encuentran en el formato del Análisis de Valor Agregado Anexo I.

- 📌 En el archivo se obtuvo el 31% del total del subproceso y corresponde a la actividad de archivar la planificación de capacitaciones aprobadas con un tiempo de 130 minutos, se evidencia que se debería tomar correctivos para el tiempo que se emplea en archivar realizar otra actividad que genere valor agregado al cliente.

4.5. Mejora de los Procesos.

Herramientas de Mejoramiento.



4.5.1. Generalidades.

El primer paso para el mejoramiento es conocer el funcionamiento de los procesos y el comportamiento organizacional. Dos aspectos fundamentales en relación con el funcionamiento de los procesos son:

- ✚ **Primero**, las funciones exactas y su relación con el comportamiento de las personas que las ejercen.
- ✚ **Segundo**, el diseño de nuevos procesos en relación con los comportamientos que exigen.

4.5.2. Herramientas de mejoramiento.

James Harrington en su libro *Mejoramiento de los procesos de la empresa (MPE)*, (1992); “resalta, que las herramientas de mejoramiento no se trata de centrar el problema en la organización ni en los empleados, se trata de centrarse en el cliente, en los procesos y en las personas. Los procesos de la empresa son aquellos vinculados a los servicios que presta esta organización y que respaldan la producción del mismo”. Un grupo de tareas lógicamente relacionadas que emplean los recursos para dar resultados definidos en apoyo a los objetivos de la organización.

Principales herramientas básicas para la modernización de Harrington:

- 1. Eliminación de la burocracia.-** Suprimir tareas administrativas, aprobaciones y papeleos innecesarios.
- 2. Eliminación de la duplicación.-** Suprimir actividades idénticas que se realizan en partes diferentes del proceso.
- 3. Evaluación de valor agregado.-** Estimar cada actividad del proceso de la empresa para determinar su contribución la satisfacción de las necesidades del cliente. Las actividades del valor agregado real son aquellas por las cuales los clientes le pagan a usted. Por ejemplo, un cliente está dispuesto

a pagar por la comida que le sirve en el avión (Valor agregado real); pero a él no interesa si usted lleva un registro de los empleados que se encuentran en vacaciones o que llegan tarde al trabajo.

4. **Simplificación.-** Reducir la complejidad del proceso.
5. **Reducción del tiempo del ciclo del proceso.-** Determinar las formas de disminuir el tiempo del ciclo para satisfacer o exceder las expectativas del cliente y así bajar los costos de almacenamiento.
6. **Prueba de errores.-** Dificultar la realización incorrecta de la actividad.
7. **Eficiencia en la utilización de los equipos.-** Hacer uso efectivo de los bienes de capital y del ambiente de trabajo para mejorar el desempeño general.

Es importante tomar en cuenta las Normas de Control Interno 406-07. Custodia hace referencia a **“La custodia permanente de los bienes, permite salvaguardar adecuadamente los recursos de la entidad, fortaleciendo los controles internos de esta área; también facilita detectar si son utilizados para los fines que fueron adquiridos, si sus condiciones son adecuadas y no se encuentran en riesgo de deterioro”**.

“La máxima autoridad de cada entidad pública, a través de la unidad respectiva, será responsable de designar a los custodios de los bienes y de

establecer los procedimientos que garanticen la conservación, seguridad y mantenimiento de las existencias y bienes de larga duración”.

“Corresponde a la administración de cada entidad pública, implementar su propia reglamentación relativa a la custodia física y seguridad, con el objeto de salvaguardar los bienes del Estado”.(p.38).

Reglamento Sustitutivo de Bienes. Artículo 3.- Custodia

Del procedimiento y cuidado.- Es obligación de la máxima autoridad de cada entidad u organismo, el orientar y dirigir la correcta conservación y cuidado de los bienes públicos que han sido adquiridos o asignados para uso y que se hallen en poder de la entidad a cualquier título: depósito, custodia, préstamo de uso u otros semejantes, de acuerdo con este reglamento y las demás disposiciones que dicte la Contraloría General y el propio organismo o entidad. Con este fin nombrará un Custodio - Guardalmacén de Bienes, de acuerdo a la estructura organizativa y disponibilidades presupuestarias de la institución, que será responsable de su recepción, registro y custodia.

8. Lenguaje simple.- Reducir la complejidad de la manera de como escribimos y hablamos para una mayor comprensión; hacer que todas las personas que utilizan nuestros documentos puedan comprenderlos fácilmente.

9. Estandarización.- Elegir una forma sencilla de realizar una actividad y hacer que todos los colaboradores lo lleven a cabo, del mismo modo todas las veces.

10. Alianzas con proveedores.- El output del proceso depende, en gran parte, de la calidad de los inputs que recibe el proceso. El desempeño general de cualquier proceso aumenta cuando mejora el input de sus proveedores.

11. Mejoramiento de situaciones importantes.- Esta herramienta tiene como objetivo ayudar al mejoramiento en la búsqueda de formas creativas para cambiar significativamente el proceso (se utiliza cuando las anteriores no han dado resultado).

12. Automatización y/o mecanización.- Aplicar herramientas, equipos y computadores a las actividades rutinarias que demandan mucho tiempo. La aplicación adecuada y continua de estas herramientas multiplicará el potencial de mejoramiento y sus logros reales³¹.

4.5.3. Descripción de los procesos mejorados.

Para que los procesos sean mejorados una vez identificados los problemas y las causas de cada uno, se propone mejoras específicas en base a las herramientas de mejoramiento de Harrington expuestas en el literal 4.5.2.

³¹ Harrington, James

4.5.4. Subproceso:

Planificación del personal profesional y no profesional de enfermería (O.1).

Entrada / Salida: Este subproceso se inicia conociendo el sustento legal y finaliza con la capacitación del personal para la supervisión y control.

No. de actividades: En el subproceso se contabilizan nueve actividades para la planificación del personal profesional y no profesional.

Áreas que intervienen: En este subproceso intervienen todos los servicios debido a que enfermería se ubica en los procesos de apoyo.

En este subproceso aplicaremos las herramientas de mejoramiento de Harrington, como es la de "Evaluación del valor agregado", es necesario aplicar esta herramienta para enfocar la planificación con actividades que generen valor agregado tanto al cliente como a la empresa, cumpliendo el ciclo de Deming el cual se enfoca en la Planificar, Hacer, Verificar y Actuar, es necesario e importante implementar estándares de atención. Considerar también un personal de Staff en caso de ausencia de personal por imprevistos.

Para las actividades de planificación del personal de enfermería y de Archivo de Informes es importante tomar en cuenta las siguientes: Normas de

Control Interno, de la CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, publicado en el Registro Oficial N0 87, La Norma 407-01 Plan de talento humano, dice: “Los planes de talento humano se sustentarán en el análisis de la capacidad operativa de las diferentes unidades administrativas, en el diagnóstico del personal existente y en las necesidades de operación institucionales”.

“La planificación se elaborará sobre la base de un diagnóstico del personal, efectuado con la información estadística que mantendrá la unidad responsable de la administración del talento humano; considerando además, la normativa vigente relacionada con esta área, el plan estratégico institucional, los planes operativos anuales, programas y proyectos”.

“El plan de talento humano formará parte de la documentación del sistema de planificación anual”. (p.42).

“La Norma 405-04, Documentación de respaldo y su archivo, establece: “La máxima autoridad, deberá implantar y aplicar políticas y procedimientos de archivo para la conservación y mantenimiento de archivos físicos y magnéticos, con base en las disposiciones técnicas y jurídicas vigentes”.

“Toda entidad pública dispondrá de evidencia documental suficiente, pertinente y legal de sus operaciones. La documentación sustentatoria de transacciones financieras, operaciones administrativas o decisiones institucionales, estará disponible, para acciones de verificación o auditoría, así

como para información de otros usuarios autorizados, en ejercicio de sus derechos”.

“Todas las operaciones financieras estarán respaldadas con la documentación de soporte suficiente y pertinente que sustente su propiedad, legalidad y veracidad, esto permitirá la identificación de la transacción ejecutada y facilitará su verificación, comprobación y análisis”.

“La documentación sobre operaciones, contratos y otros actos de gestión importantes debe ser íntegra, confiable y exacta, lo que permitirá su seguimiento y verificación, antes, durante o después de su realización”.

“Corresponde a la administración financiera de cada entidad establecer los procedimientos que aseguren la existencia de un archivo adecuado para la conservación y custodia de la documentación sustentatoria, que será archivada en orden cronológico y secuencial y se mantendrá durante el tiempo que fijen las disposiciones legales vigentes”.

“Los documentos de carácter administrativo estarán organizados de conformidad al sistema de archivo adoptado por la entidad, el que debe responder a la realidad y a las necesidades institucionales. Es necesario reglamentar la clasificación y conservación de los documentos de uso permanente y eventual, el calificado como histórico y el que ha perdido su valor

por haber dejado de tener incidencia legal, técnica, financiera, estadística o de otra índole”.

“La evaluación de toda la documentación y la destrucción de aquella que no se la utiliza se hará de conformidad a las disposiciones legales, con la intervención de una comisión que se encargue de analizar, calificar y evaluar toda la información existente y determinar los procedimientos a seguir, los períodos de conservación de la documentación, los datos relacionados con el contenido, período, número de carpetas o de hojas y notas explicativas del documento”. (pp. 28-29)

Indicadores:

1. Porcentaje de revisión de la planilla del personal de enfermería.
2. Porcentaje de verificar el requerimiento de personal para previstos e imprevistos.

4.5.5. Subproceso:

Realizar el control y la supervisión diaria del personal de enfermería.
(O.4).

Es importante tomar en cuenta para la ejecución de este subproceso las Normas de Control Interno de la CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, publicado en el Registro Oficial N0 87.

La Norma 401-03, Supervisión, establece: **“Los directivos de la entidad, establecerán procedimientos de supervisión de los procesos y operaciones, para asegurar que cumplan con las normas y regulaciones y medir la eficacia y eficiencia de los objetivos institucionales, sin perjuicio del seguimiento posterior del control interno”**.

“La supervisión de los procesos y operaciones se los realizará constantemente para asegurar que se desarrollen de acuerdo con lo establecido en las políticas, regulaciones y procedimientos en concordancia con el ordenamiento jurídico; comprobar la calidad de sus productos y servicios y el cumplimiento de los objetivos de la institución”.

“Permitirá además, determinar oportuna mente si las acciones existentes son apropiadas o no y proponer cambios con la finalidad de obtener mayor eficiencia y eficacia en las operaciones y contribuir a la mejora continua de los procesos de la entidad”. (p.11).

Entrada / Salida: El subproceso de control y supervisión se inicia con la capacitación del personal profesional de enfermería y se termina con el informe archivado de la supervisión diaria.

No. de actividades: En este subproceso se contabilizan nueve actividades para el control y supervisión del personal profesional y no profesional de enfermería.

Áreas que intervienen: Intervienen todos los servicios de atención médica como son los de Hospitalización y Emergencia.

Mejora del proceso: En este subproceso vamos a aplicar las herramientas de mejoramiento de Harrington como son: "Simplificación" se realizaría reduciendo la complejidad del subproceso del control y supervisión, con la planificación de actividades para conseguir personal profesional de enfermería exclusivo e idóneo para realizar este subproceso, complementando a la vez con la aplicación de la "Evaluación del valor agregado" debido a que es necesario crear valor agregado en el cliente y a la empresa.

Indicadores:

1. Porcentaje de Controlar y supervisar los servicios.
2. Porcentaje de Evaluar los informes.

4.5.6. Subproceso:

Planificar la capacitación para el personal profesional y no profesional.
(O.7).

Entrada / Salida: Este subproceso inicia con la elaboración de formatos de encuestas y termina con la coordinación en docencia para realizar la capacitación.

No. de actividades: En este subproceso de capacitación se contabilizan seis actividades.

Áreas que intervienen: Intervienen todos los servicios de atención médica como son los de Hospitalización y Emergencia y Consulta externa.

Mejora del proceso: En el mejoramiento de este subproceso se puede aplicar la Herramienta de "Alianza con los proveedores" en este subproceso el output del proceso depende, en gran parte, de la calidad de los inputs que recibe al proceso aumenta cuando mejora el input de sus proveedores, esta Herramienta es importante aplicarle debido a que si mejoramos los conocimientos o los actualizamos por lo tanto se estaría contribuyendo al mejoramiento de la calidad de atención de enfermería, y por ende se estaría creando un valor agregado al cliente y a la empresa que son los beneficiarios del proceso.

Indicadores:

1. Porcentaje de Verificar la asistencia a las capacitaciones.
2. Porcentaje de verificar el cumplimiento de las capacitaciones.

Cuadro No. 4.5.7. Formulación de indicadores

SUBPROCESO	INDICADOR	DEFINICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	FORMULA DE CÁLCULO	FRECUENCIA
Planificación del personal de enfermería	Tasa	Revisión de la plantilla del personal de enfermería	Porcentaje	$\frac{\text{No de planillas revisadas}}{100} \times \text{No total de personal}$	Mensual
	Tasa	Verificar el requerimiento de personal para previstos e imprevisto	Porcentaje	$\frac{\text{No total de personal requerido}}{\text{No total del personal}} \times 100$	Mensual
Control y Supervisión del personal de enfermería	Tasa	Controlar y supervisar los servicios	Porcentaje	$\frac{\text{No de informes entregados de servicios supervisados}}{100} \times \text{No total de servicios supervisados}$	Mensual
	Tasa	Evaluar los informes	Porcentaje	$\frac{\text{No total de problemas solucionados}}{100} \times \text{No total de problemas presentados}$	Mensual
Protocolos de enfermería	Tasa	Verificar protocolos	Porcentaje	$\frac{\text{No de protocolos cumplidos}}{\text{No de protocolos solicitados}} \times 100$	Mensual
	Tasa	Verificar asistencia a las reuniones	Porcentaje	$\frac{\text{No de asistentes}}{\text{No Total Del personal}} \times 100$	Mensual
Capacitación del personal	Tasa	Verificar la asistencia a las capacitaciones	Porcentaje	$\frac{\text{No de asistentes}}{\text{No Total del personal}} \times 100$	Mensual
	Tasa	Verificar el cumplimiento de las capacitaciones	Porcentaje	$\frac{\text{No de capacitación realizadas}}{\text{No de capacitaciones planificadas}} \times 100$	Mensual

MANUAL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

HOSPITAL GENERAL Dr. ENRIQUE GARCÉS

AUTORAS: Lic. S. ALBÁN - Lic. M. PILICITA.

TUTORA: Lic. REBECA DROIRA.

SEPTIEMBRE – 2012

CAPITULO V

5. MANUAL DE PROCESOS

5.1. INTRODUCCIÓN

Se debe considerar que los procesos administrativos actualmente diseñados en este Manual del Departamento de Enfermería son relevantes para la Gestión y Control del desempeño del personal profesional y no profesional de enfermería. Estos procesos cobran importancia al considerar la representatividad que tiene el grupo de enfermería dentro de los Servicios de Salud y que ha ido creciendo año tras año, razón por la cual la Gestión de los servicios de enfermería se complica cada vez más, es por eso la importancia de contar con un manual de procesos que facilitará a la organización, el desarrollo y la supervisión de los mismos.

5.2. Caracterización de la Unidad

5.2.1. Reseña histórica del Departamento de Enfermería.

El servicio de Enfermería del Hospital “Dr. Enrique Garcés” inicia su estructuración el 10 de Diciembre de 1981, al ser expedido el nombramiento de la Enfermera Jefe del Servicio, Lcda. Teresa Enríquez y 17 Auxiliares de Enfermería con denominación 2. Cabe mencionar que la fecha prevista para

lainauguración de esta Unidad Operativa, fue el 6 de Diciembre de ese año, al no efectuarse por factores de diversa índole, la enfermera Jefe de Servicio fue trasladada a laborar en la Dirección Nacional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública con la Lic. Teresa Armas de Tapia y con la Lic. Sonia Cañizares de Taco, con quienes trabajó en la elaboración del Manual

De Normas y Procedimientos del servicio de Enfermería, programación de Recursos Humanos, materiales, dotación de equipos, Reglamento del personal de Enfermería y otros.

En los meses de febrero a abril de 1982, se incorpora una Enfermera 3, Lic. Mary Torres; dos Enfermeras 2: Olivia Taipe y Nancy Regalado, la secretaria del servicio, quienes con el personal existentes inician sus labores en esta Casa de Salud con un programa de orientación en el área de Consulta Externa, a partir del 19 de abril del mismo año.

El 22 de mayo de 1982 se realiza la ceremonia de apertura de la Consulta Externa se cuenta con la presencia del Ministro de Salud Dr. Francisco Huerta Montalvo y la Subsecretaria Dra. Guadalupe Pérez de Sierra, iniciando la atención al público en esta área el 25 de mayo del mismo año.

5.3. Estructura organizacional del Departamento de Enfermería.

En la actualidad esta Unidad jerárquicamente depende de la Subdirección Técnica Hospitalaria, la misma que le da los lineamientos a seguir, además es el ente encargado de realizar la evaluación del desempeño a la Lic. Avelina Narváez Coordinadora del Departamento.

El puesto de más alta jerarquía en el servicio de Enfermería es la Coordinadora de Enfermeras, quien cumple funciones de Coordinación del personal profesional y no profesional de enfermería.

La Coordinadora del Departamento de Enfermería coordina sus funciones con los Comités y con los Jefes de Servicios Médicos y otros departamentos. Tiene bajo su dependencia la Secretaría, responsable del manejo de documentos, trámites e información. Coordina también con Escuelas y Facultades de Enfermería.

Las líderes de enfermería de los diferentes servicios dependen directamente de la Coordinadora del Departamento de Enfermería: coordina y distribuye al personal de Enfermería, les asignan funciones y actividades dirigidas a la atención del paciente, según el sistema de trabajo que se utilice.

Gráfico No.5.1. Organigrama funcional del Departamento de Enfermería, Hospital General Dr. Enrique Garcés. Agosto 2012.



Fuente: Lic. Avelina Narváez Coordinadora de Enfermería.

Elaborado por: Lic. S. Albán. Lic. M. Pilicita.

5.4. Productos y/o servicios del Departamento de Enfermería.

El Departamento de Enfermería, en el Hospital ofrece el servicio de Atención de enfermería profesional y no profesional de acuerdo a su complejidad y especialización agrupa a: Enfermeras, Auxiliares de Enfermería y

Camilleros en un total de 502 distribuidos como se indica en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 5.1.Personal profesional y no profesional de Enfermería.

Nº	DENOMINACIÓN	OBSERVACIÓN
102	Enfermeras	De Planta
85	Enfermeras	Contratados fondos fiscales
281	Auxiliar de enfermería	De planta
12	Auxiliar de enfermería	Contratados fondos fiscales
18	Camilleros	De Planta
4	Camilleros	Contratados fondos fiscales

Fuente: Lic. Nelly Aguas. Gestión del talento Humano.

Elaborado por: Lic. S. Albán. Lic. M. Pilicita.

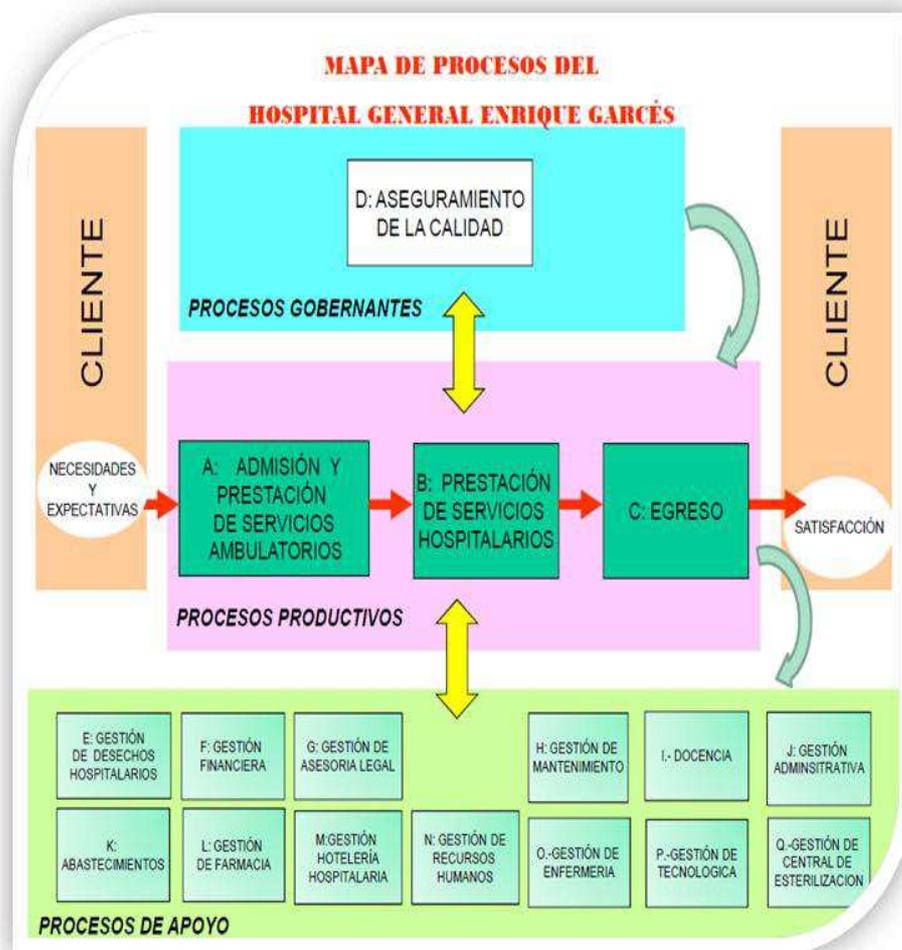
Gráfico No. 5.2.CADENA DE VALOR “HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS”.



Fuente: Investigación de Campo.

Elaborado por: Ing. Cadena.

Grafico No 5.3. MAPA DE PROCESOS DEL H.G.E.G.



Fuente: Investigación de Campo.
Elaborado por: Ing. Cadena

5.5. Objetivo del Manual.

Estandarizar los procesos de la Gestión de Enfermería para satisfacer las necesidades de los clientes.

5.6. Alcance del Manual.

El alcance del manual involucra a todas las actividades de los subprocesos del Departamento de Enfermería, que son desarrolladas en el Hospital General Enrique Garcés.

5.7. Glosario de términos.

Calidad: f. Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una persona o cosa que permiten apreciarla con respecto a las restantes de su especie.

Eficacia: f. Capacidad para obrar o para conseguir un resultado determinado.

Eficiencia: f. Capacidad para lograr un fin empleando los mejores medios posibles.

Inoperante:adj. Que no es eficaz, nulo.

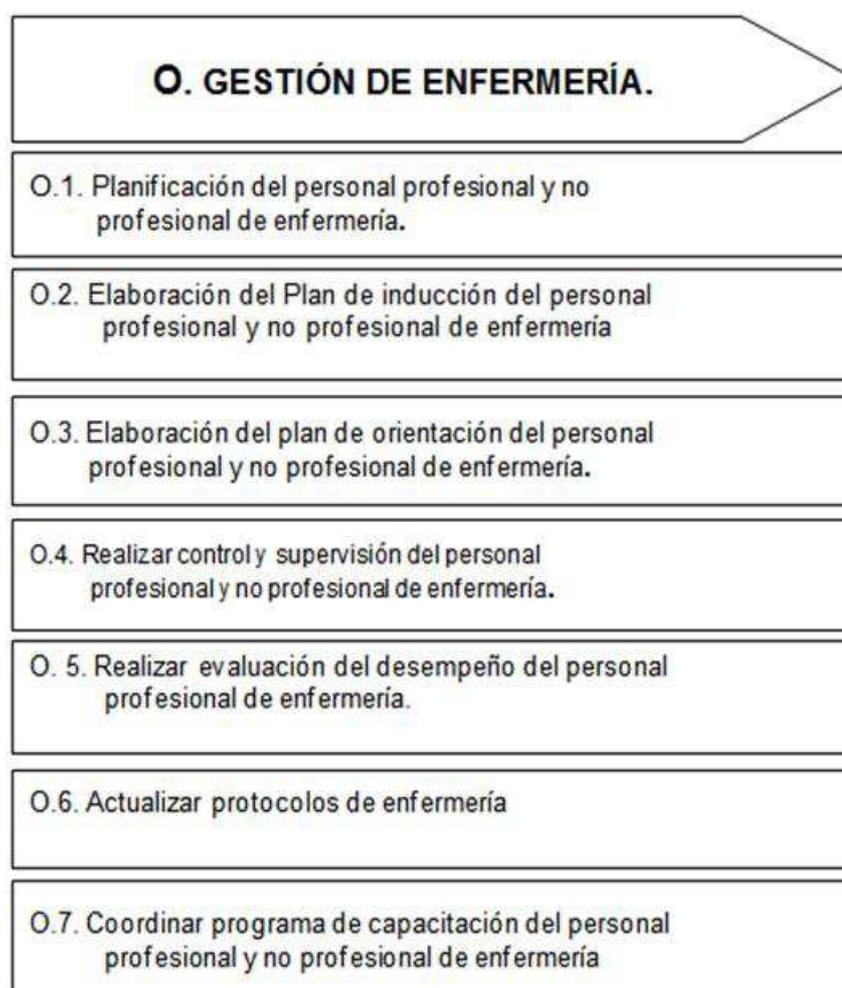
Trascendencia: f. Perspicacia, consecuencia grave o muy importante de algo.

Gestión: f. Acción y efecto de administrar.

Manual: a dj. Que se ejecuta con las manos. m. Libro en que se compendia lo más sustancial de una materia.

5.8. Mapa de procesos.

Gráfico. No 5.4. Mapa de procesos del Departamento de Enfermería.



Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

Tabla No 5.1. Inventario de procesos del Departamento de Enfermería.

INVENTARIO DE PROCESOS	
PROCESO	CÓDIGO
GESTIÓN DE ENFERMERÍA	0
SUBPROCESOS	CÓDIGO
✚ Planificación del personal profesional y no profesional de enfermería.	O.1
✚ Elaboración del Plan de Inducción del personal profesional y no profesional de enfermería	O.2
✚ Elaboración del Plan de Orientación del personal profesional y no profesional	O.3
✚ Realizar Control y Supervisión del personal profesional y no profesional de enfermería	O.4
✚ Realizar Evaluación de Desempeño del personal profesional de enfermería	O.5
✚ Actualizar protocolos de enfermería	O.6
✚ Coordinar programa de capacitación del personal profesional y no profesional de enfermería	O.7

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Lic. S. Albán y Lic. M. Pilicita.

A continuación se adjunta formatos de los tres subprocesos seleccionados para el mejoramiento, así tenemos el subproceso de planificación del personal profesional y no profesional de enfermería Código (O.1), Control y Supervisión Código (O.4). Capacitación del personal de enfermería Código (O.7), formatos como el de descripción de las actividades, caracterización, y diagramas de flujo. En la selección de los subprocesos para

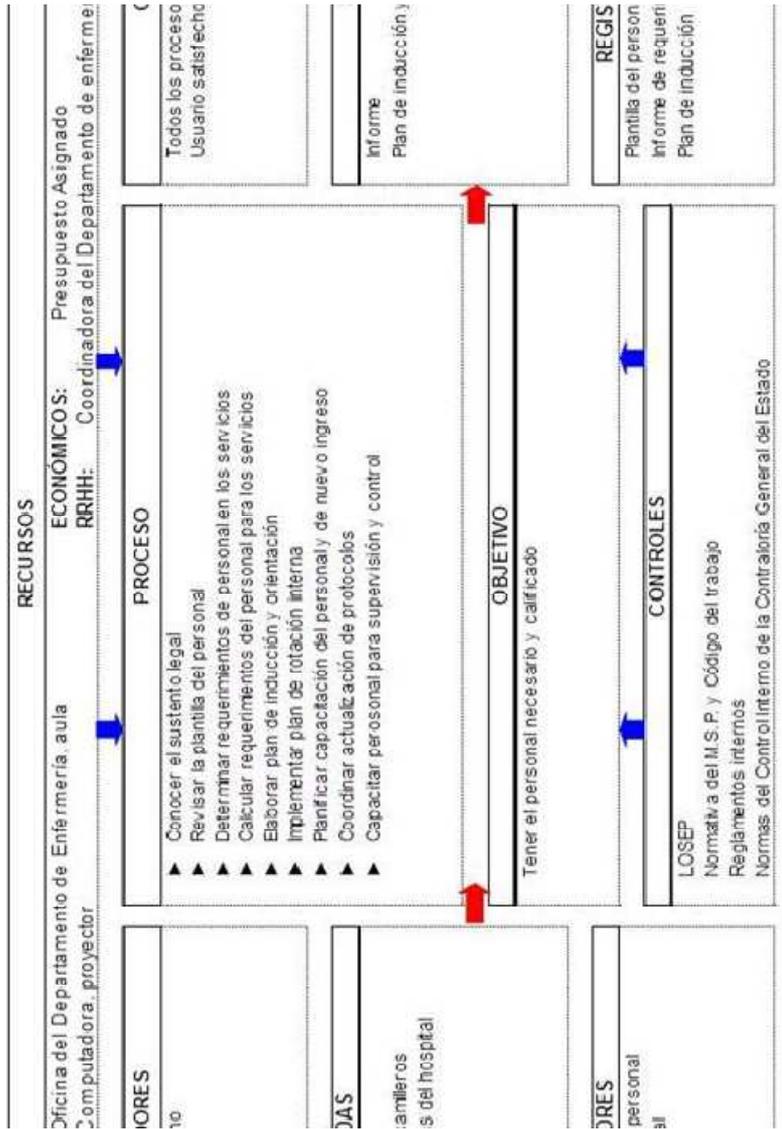
el mejoramiento se tomó en cuenta el índice de valor agregado de los subprocesos inferior al 75%.

PROCESO:GESTIÓN DE ENFERMERÍA.(O)

SUBPROCESO:Planificación del personal profesional y no profesional de Enfermería.(O. 1)

PCION DEL PROCESO

PROCESO: Realizar planificación del personal profesional y no profesional (O.1)
 SUBPROCESO: Lcda. Avelina Naváez
 REQUISITO DE LA NORMA: Comienza con el conocimiento del sustento legal y finaliza con la capacitación de personal profesional de enfermería para la



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

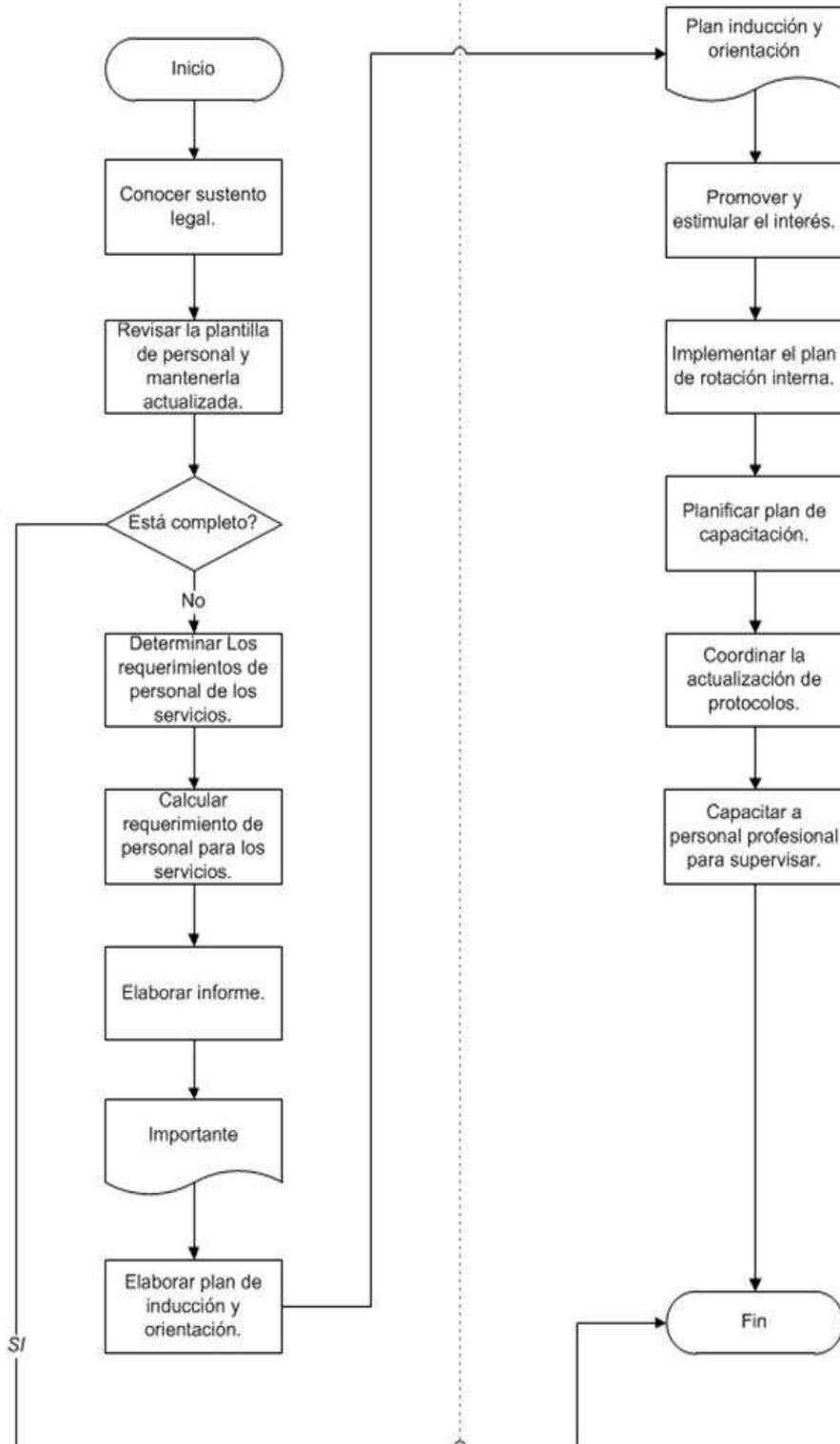
PROCESO:Gestión de Enfermería(O)

SUBPROCESO:Realizar planificación del personal profesional y no profesional de enfermería(O.1)

No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Conocer el sustento legal: Nomas de control interno de la CONTRALORIA GENERAL	Departamento de Enfermería	Establecer una línea base para actuar con sustento legal	Coordinadora del departamento de Enfermería

	DEL ESTADO, publicado en el Registro Oficial No. 87 LOSSCA, Código de trabajo			
2	Revisar la plantilla del personal y mantenerla actualizada	Departamento de Enfermería	Organizar de acuerdo a las competencias del personal a su cargo	Coordinadora del departamento de Enfermería
3	Determinar los requerimientos de personal de los servicios	Departamento de Enfermería	Establecer estándares que nos permitan medir la atención de enfermería	Coordinadora del departamento de Enfermería
4	Calcular requerimiento de personal profesional y no profesional de acuerdo a las ausencias previstas e imprevistas	Departamento de Enfermería	De acuerdo a las necesidades de cada servicio	Coordinadora del departamento de Enfermería
5	Elaborar el informe y enviar a la Gestión de Talento Humano	Departamento de Enfermería	Generar el requerimiento por escrito	Coordinadora del departamento de Enfermería
6	Elaborar el plan de inducción y orientación	Departamento de Enfermería	Implementar un formato con aspectos generales y específicos	Coordinadora del departamento de Enfermería
7	Promover y estimular el interés del personal para mejorar la atención de enfermería	Departamento de Enfermería	Direccionar la gestión hacia el mejoramiento de la calidad	Coordinadora del departamento de Enfermería
8	Implementar el plan de rotación interna del personal de enfermería	Departamento de Enfermería	Crear destrezas y habilidades en el personal de enfermería para los diferentes servicios	Coordinadora del departamento de Enfermería
9	Planificar el plan de capacitación del personal de enfermería en los servicios	Departamento de Enfermería	Mantener actualizados y reforzados los conocimientos del personal	Coordinadora del departamento de Enfermería
10	Coordinar la actualización de protocolos de atención de enfermería de los diferentes servicios	Departamento de Enfermería	Crear estándares que regulen y orienten al personal que ingresa a los diferentes servicios	Coordinadora del departamento de Enfermería
11	Capacitar al personal profesional de enfermería para funciones de supervisión y control	Departamento de Enfermería	Disponer de personal profesional de enfermería para desempeñar funciones de supervisión y control	Coordinadora del departamento de Enfermería

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



		HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS			
FICHA TÉCNICA DE INDICADORES					
PROCESO	Gestión de Enfermería	Cód. Ficha:	(O.1)		
SUBPROCESO	Planificación del personal de Enfermería				
RESPONSABLE	Coordinadora del Departamento de Enfermería				
INDICADOR	Rendimiento en % de la revisión de la plantilla del personal de Enfermería				
FORMA DE CÁLCULO					
$\frac{\text{No de plantillas revisadas}}{\text{No total de planillas del personal}} \times 100$					
DEFINICIÓN	Indica que antes de realizar la planificación del personal de enfermería debe revisar la plantilla.				
FUENTE DE INFORMACIÓN	Plantilla del personal.				
METAS					
L.I	Aceptable	L.S	RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN
0%	75%	98%	Superar la revisión de la planilla en un 75%.	Mensual	Porcentaje
GRÁFICO DE MEDICIÓN					
OBSERVACIONES					
Nota: No se realizó el Gráfico de la medición debido a la falta de información.					

		HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS			
FICHA TÉCNICA DE INDICADORES					
PROCESO	Gestión de Enfermería	Cód. Ficha:	(O.1)		
SUBPROCESO	Planificación del personal de Enfermería				
RESPONSABLE	Coordinadora del Departamento de Enfermería				
INDICADOR	Productividad en % para asignar al personal a los servicios				
FORMA DE CÁLCULO					
$\frac{\text{Personal requerido asignado}}{\text{Total de requerimientos}} \times 100$					
DEFINICIÓN	Indica los requerimientos de personal por servicio.				
FUENTE DE INFORMACIÓN	Plantilla del personal y necesidades de los servicios.				
METAS					
		RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN	
L.I	Aceptable	L.S	Superar los requerimientos en un 75%.	Mensual	Porcentaje
0%	75%	98%			
GRÁFICO DE MEDICIÓN					
OBSERVACIONES					
Nota: No se realizó el Gráfico de la medición debido a la falta de información.					

PROCESO:GESTIÓN DE ENFERMERÍA(O)

SUBPROCESO: Control y Supervisión del personal profesional y no profesionaldeenfermería.(O.4).

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

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	
PROCESO: Realizar control y supervisión diaria del personal de enfermería PROCESO: Lic. Avelina Narváez el proceso inicia con la revisión del informe de supervisión anterior y finaliza con el archivo de memorandums	CODIFICACION: (O.4) REQUISITO DE LA NORMA:
RECURSOS	
Unidad de enfermería, servicios Computadora	ECONOMICOS Presupuesto asignado RRHH Coordinadora del Departamento de enfermería
RECURSOS	PROCESO
RECURSOS Enfermeras auxiliares Servicios Control Formulario de control	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Capacitar a personal profesional ▶ Realizar planificación ▶ Solicitar elaboración de formatos ▶ Entregar planificación de supervisión a personal ▶ Exponer planificación en la cartera ▶ Implementar planificación de supervisión ▶ Recibir informes de supervisión diaria ▶ Planificar reunión para evaluación y reajuste ▶ Activar actividades de supervisión diaria
RECURSOS	OBJETIVO
RECURSOS Enfermería	Aplicar las medidas correctivas en las desviaciones
RECURSOS	CONTROLES
RECURSOS Oficinas recibidas Cuadros de planificación	LOSEF, Código de trabajo Reglamentos internos

PROCESO: GESTIÓN DE ENFERMERÍA(O)

SUBPROCESO: Control y Supervisión del personal profesional y no profesional de enfermería.(O.4).

No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Capacitar al personal profesional para supervisión	Departamento de enfermería	Contar con el personal que cumpla específicamente esta función	Coordinadora del Departamento de Enfermería
2	Realizar planificación de	Departamento	Organizar la	Coordinadora del

	supervisión	de enfermería	supervisión diaria en todos los turnos	Departamento de Enfermería
3	Socializar la elaboración de formatos con el personal seleccionado	Departamento de enfermería	Dar a conocer los formatos establecidos para la supervisión y control	Coordinadora del Departamento de Enfermería
4	Entregar planificación de supervisión al personal capacitado	Departamento de enfermería	Dar a conocer la nueva planificación en los servicios	Coordinadora del Departamento de Enfermería
5	Exponer la planificación en cartelera	Departamento de enfermería	Mantener información continua para cualquier necesidad	Coordinadora del Departamento de Enfermería
6	Implementar planificación de supervisión y control de enfermería	Departamento de enfermería	Poner en práctica el plan de supervisión	Coordinadora del Departamento de Enfermería
7	Recibir informes de supervisión diaria	Departamento de enfermería	Conocer novedades que hubo en turnos pm, Hs, fines de semana y feriados	Coordinadora del Departamento de Enfermería
8	Planificar reunión para evaluación y ajuste	Departamento de enfermería	Determinar soluciones a las novedades registradas	Coordinadora del Departamento de Enfermería
9	Archivar informes de supervisión diaria	Departamento de enfermería	Tener constancia escrita de la supervisión	Coordinadora del Departamento de Enfermería

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



		HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS			
FICHA TÉCNICA DE INDICADORES					
PROCESO	Gestión de Enfermería	Cód. Ficha:	O.4.		
SUBPROCESO	Control y Supervisión del personal de Enfermería				
RESPONSABLE	Coordinadora del Departamento de Enfermería				
INDICADOR	Productividad en porcentaje de los informes de servicios supervisados				
FORMA DE CÁLCULO					
$\frac{\text{No de informes entregados de los servicios supervisados}}{\text{No total de servicios supervisados}} \times 100$					
DEFINICIÓN	Indica el número de servicios supervisados.				
FUENTE DE INFORMACIÓN	Reportes entregados de la supervisión.				
METAS					
L.I	Aceptable	L.S	RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN
0%	≥ 60%	98%	Superar los requerimientos en un 60%	Mensual	Porcentaje
GRÁFICO DE MEDICIÓN					
OBSERVACIONES					
<p>Nota: No se realizó el Gráfico de la medición debido a la falta de información.</p>					

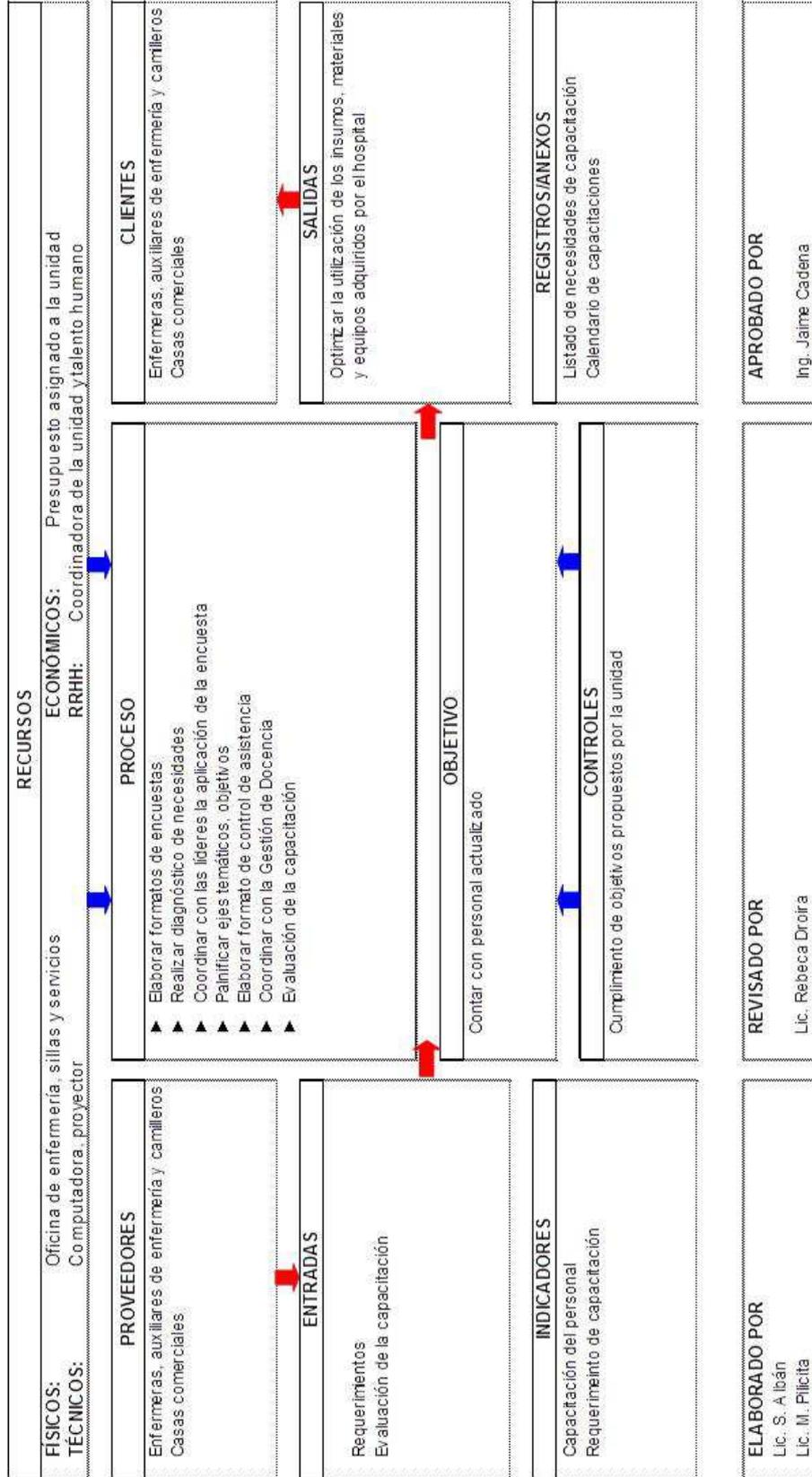
		HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS			
FICHA TÉCNICA DE INDICADORES					
PROCESO	Gestión de Enfermería	Cód. Ficha:	O.4.		
SUBPROCESO	Control y Supervisión del personal de Enfermería				
RESPONSABLE	Coordinadora del Departamento de Enfermería				
INDICADOR	Rendimiento en % de la evaluación de las Supervisiones				
FORMA DE CÁLCULO					
$\frac{\text{No total de problemas solucionados}}{\text{No total de problemas presentados}} \times 100$					
DEFINICIÓN	Indica la evaluación de los reportes .				
FUENTE DE INFORMACIÓN	Reportes entregados de las supervisiones realizadas.				
METAS					
L.I	Acceptable	L.S	RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN
0%	> 85%	98%	Superar los requerimientos en un 85%	Mensual	Porcentaje
GRÁFICO DE MEDICIÓN					
OBSERVACIONES					
Nota: No se realizó el Gráfico de la medición debido a la falta de información.					

PROCESO: GESTIÓN DE ENFERMERÍA(O)

SUBPROCESO: Coordinar programa de capacitación del personal profesional y no profesional de enfermería. (O.7).

DESCRIPCION DEL PROCESO

NOMBRE DEL SUBPROCESO: Planificar la capacitación para el personal de enfermería	CODIFICACIÓN: (0.7)	EDICIÓN No. 0.0
PROPIETARIO DEL SUBPROCESO: Lic. Avelina Narváez	REQUISITO DE LA NORMA:	FECHA 20/08/2012
ALCANCE: El proceso inicia con el diagnóstico de necesidades y finaliza con la evaluación del proceso de aprendizaje		



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

PROCESO: GESTIÓN DE ENFERMERÍA(O)

SUBPROCESO: Coordinar programa de capacitación del personal profesional y no profesional de enfermería. (O.7)

No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Elaborar formatos de encuestas	Departamento de Enfermería	Encuestas escritas para obtener información sobre temas para capacitación	Coordinadora del Departamento de Enfermería
2	Realizar diagnóstico de necesidades	Departamento de Enfermería	Priorizar las necesidades manifestadas	Coordinadora del Departamento de Enfermería
3	Coordinar con las líderes de los servicios la aplicación de la encuesta	Departamento de Enfermería	Establecer los temas del Programa de Capacitación	Coordinadora del Departamento de Enfermería
4	Planificar temas con objetivos, cronograma y responsables	Departamento de Enfermería	Coordinar con docencia sobre los materiales que se necesitan como: infocus, computador entre otros	Coordinadora del Departamento de Enfermería
5	Elaborar formato de control de asistencia a para las actividades educativas programadas	Departamento de Enfermería	Formato escrito para el control de la asistencia	Coordinadora del Departamento de Enfermería
6	Coordinar con la Gestión de Docencia	Departamento de Enfermería	Organizar temas y disponibilidad del personal	Coordinadora del Departamento de Enfermería
7	Evaluación de las capacitaciones	Departamento de Enfermería	Realizar evaluación escrita al personal de enfermería	Coordinadora del Departamento de Enfermería

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



		d			
FICHA TÉCNICA DE INDICADORES					
PROCESO	Gestión de Enfermería	Cód. Ficha:	O.7.		
SUBPROCESO	Capacitación del personal de Enfermería				
RESPONSABLE	Coordinadora del Departamento de Enfermería				
INDICADOR	Porcentaje de asistencia del personal a la capacitación				
FORMA DE CÁLCULO					
$\frac{\text{No de asistentes}}{\text{No total de personal convocado}} \times 100$					
DEFINICIÓN	Indica las capacitaciones que el personal de enfermería requiere para la planificación				
FUENTE DE INFORMACIÓN	Encuestas aplicadas.				
METAS					
L.I	Aceptable	L.S	RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN
0%	> 85%	98%	Superar los requerimientos en un 85%	Mensual	Porcentaje
GRÁFICO DE MEDICIÓN					
OBSERVACIONES					
Nota: No se realizó el Gráfico de la medición debido a la falta de información.					

		HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS			
FICHA TÉCNICA DE INDICADORES					
PROCESO	Gestión de Enfermería	Cód. Ficha:	O.7.		
SUBPROCESO	Capacitación del personal de Enfermería				
RESPONSABLE	Coordinadora del Departamento de Enfermería				
INDICADOR	Productividad en % de las capacitaciones realizadas				
FORMA DE CÁLCULO					
$\frac{\text{No de capacitaciones realizadas}}{\text{No de capacitaciones planificadas}} \times 100$					
DEFINICIÓN	Indica el número de capacitaciones realizadas.				
FUENTE DE INFORMACIÓN	Registros de asistencia.				
METAS					
L.I	Aceptable	L.S	RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN
0%	> 85%	98%	Superar los requerimientos en un 85%	Mensual	Porcentaje
GRÁFICO DE MEDICIÓN					
OBSERVACIONES					
Nota: No se realizó el Gráfico de la medición debido a la falta de información.					

5.9. Cuadro de Indicadores.

NOMBRE DEL DESCRIPTOR	DEFINICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	FORMULA DE OPERACION	META	RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN
PRODUCTIVIDAD	Mide el número de plantillas revisadas del personal para la planificación	Porcentaje	$\frac{\text{No de plantillas revisadas}}{\text{No total de plantillas}} \times 100$	REVISION \geq 98%	COORDINADORA
	Mide el total de requerimientos solucionados del personal para previstos e imprevistos en los servicios	Porcentaje	$\frac{\text{No total de personal requerido asignado}}{\text{No total del personal requerido}} \times 100$	REQUERIMIENTO \geq 90%	COORDINADORA
PRODUCTIVIDAD	Mide el número de servicios supervisados	Porcentaje	$\frac{\text{No de informes entregados de servicios supervisados}}{\text{No total de servicios supervisados}} \times 100$	SUPERVISION \geq 60%	COORDINADORA
	Mide el números de problemas atendidos	Porcentaje	$\frac{\text{No total de problemas solucionados}}{\text{No total de problemas presentados}} \times 100$	EVALUACION DE REPORTES \geq 85%	COORDINADORA
PRODUCTIVIDAD	Mide el número personal que asiste a las capacitaciones	Porcentaje	$\frac{\text{No de asistentes}}{\text{No total del personal convocado}} \times 100$	"CAPACITACIÓN \geq 90%"	COORDINADORA
	Mide el número de capacitaciones realizadas	Porcentaje	$\frac{\text{No de capacitación realizadas}}{\text{No de capacitaciones planificadas}} \times 100$	REQUERIMIENTO \geq 85%	COORDINADORA

5.10. Propuesta de mejoramiento.

Una vez realizado el levantamiento de la información para los procesos actuales, se realizó la selección de los procesos más relevantes que dan un Valor agregado tanto para el cliente como para la empresa, por último se hizo la selección de los subprocesos críticos que necesitan que se realice mejoramiento tomando en cuenta el porcentaje del Índice de Valor Agregado.

A continuación se pone en consideración una propuesta de mejoramiento de la Gestión de Enfermería, en donde se establece los subprocesos con las funciones, sus actividades y principalmente su sustento legal debido a que todas las actividades deben ir direccionadas al cumplimiento de las Normas, Leyes, Reglamentos entre otros.

Proceso: Gestión de Enfermería, Principales Funciones y actividades.	
Funciones y Actividades	Fundamentación Legal
Conocer el sustento legal: Normas de Control Interno, de la CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, publicado en el Registro Oficial No. 87 LOSSCA, Código de trabajo.	<p>La Norma de Control Interno (NCI) , 407 ADMINISTRACIÓN DEL TAL NCI 407-01 Plan de talento humano, establece: "Los planes de talento humano se sustentarán en el análisis de la capacidad operativa de las diferentes unidades administrativas, en el diagnóstico del personal existente y en las necesidades de operación institucionales".</p> <p>NCI 401-01 Separación de funciones y rotación de labores establece: "La separación de funciones se definirá en la estructura orgánica, en los flujogramas y en la descripción de cargos en todas las entidades del sector público".(p. 10).</p> <p>NCI 401-02 Autorización y aprobación de transacciones y operaciones, establece: "La conformidad con los términos y condiciones de una autorización implica que las tareas que desarrollarán las servidoras y servidores, que han sido asignadas dentro de sus respectivas competencias, se adecuarán a las disposiciones emanadas por la dirección, en concordancia con el marco legal.</p> <p>Las servidoras y servidores que reciban las autorizaciones, serán conscientes de la responsabilidad que asumen en su tarea y no efectuarán actividades que no les corresponda".(p.10).</p>

Revisar la plantilla del personal y mantenerla actualizada.	
Determinar los requerimientos de personal de los servicios.	La Norma Control Interno establece: 407-01 Plan de talento humano establece: "La planificación se elaborará sobre la base de un diagnóstico del personal, efectuado con la información estadística que mantendrá la unidad responsable de la administración del talento humano; considerando además, la normativa vigente relacionada con esta área, el plan estratégico institucional, los planes operativos anuales, programas y proyectos.
Calcular requerimiento de personal profesional y no profesional de acuerdo a las ausencias previstas e imprevistas.	La Norma control Interno, 200-06 Competencia Profesional , establece: "La máxima autoridad y los directivos de cada entidad pública reconocerán como elemento esencial, las competencias profesionales de las servidoras y servidores, acordes con las funciones y responsabilidades asignadas". "Los directivos de la entidad, especificarán en los requerimientos de personal, el nivel de competencias necesario para los distintos puestos y tareas a desarrollarse en las áreas correspondientes. Así mismo, los programas de capacitación estarán dirigidos a mantener los niveles de competencia requeridos".(p.6).
Elaborar el informe y enviar a la Gestión de Talento Humano.	La Norma Control Interno, 100-04 Rendición de cuentas establece: "La máxima autoridad, los directivos y demás servidoras y servidores, según sus competencias, dispondrán y ejecutarán un proceso periódico, formal y oportuno de rendición de cuentas sobre el cumplimiento de la misión y de los objetivos institucionales y de los resultados esperados". "La rendición de cuentas es la obligación que tienen todas las servidoras y servidores de responder, reportar, explicar o justificar ante la autoridad, los directivos y la ciudadanía, por los recursos recibidos y administrados y por el cumplimiento de las funciones asignadas. Es un proceso continuo que incluye la planificación, la asignación de recursos, el establecimiento de responsabilidades y un sistema de información y comunicación adecuado". "Las servidoras y servidores, presentarán informes periódicos de su gestión ante la alta dirección para la toma de decisiones, en los que se harán constar la relación entre lo planificado y lo ejecutado, la explicación de las variaciones significativas, sus causas y las responsabilidades por errores, irregularidades y omisiones". "La rendición de cuentas, se realizará en cumplimiento al ordenamiento jurídico vigente".(p.2).
Elaborar el plan de inducción y orientación.	La Norma Control Interno, 200-05 Delegación de Funciones , establece: "La delegación de funciones o tareas debe conllevar, no sólo la exigencia de la responsabilidad por el cumplimiento de los procesos y actividades correspondientes, sino también la asignación de la autoridad necesaria, a fin de que los servidores puedan emprender las acciones más oportunas para ejecutar su cometido de manera expedita y eficaz". "Las resoluciones administrativas que se adopten por delegación serán consideradas como dictadas por la autoridad delegante. El delegado será personalmente responsable de las decisiones y omisiones con relación al cumplimiento de la delegación". (p.5).
Realizar la evaluación del desempeño del personal profesional.	NCI 407-04 Evaluación del desempeño establece: "La máxima autoridad de la entidad en coordinación con la unidad de administración de talento humano, emitirán y difundirán las políticas y procedimientos para la evaluación del desempeño, en

	<p>función de los cuales se evaluará periódicamente al personal de la Institución”.</p> <p>“Las políticas, procedimientos, así como la periodicidad del proceso de evaluación de desempeño, se formularán tomando en consideración la normativa emitida por el órgano rector del sistema”.</p> <p>“El trabajo de las servidoras y servidores será evaluado permanentemente, su rendimiento y productividad serán iguales o mayores a los niveles de eficiencia previamente establecidos para cada función, actividad o tarea”.</p> <p>“La evaluación de desempeño se efectuará bajo criterios técnicos (cantidad, calidad, complejidad y herramientas de trabajo) en función de las actividades establecidas para cada puesto de trabajo y de las asignadas en los planes operativos de la entidad”.</p> <p>“Los resultados de la evaluación de desempeño servirán de base para la identificación de las necesidades de capacitación o entrenamiento del personal o de promoción y reubicación, para mejorar su rendimiento y productividad”.(p.43).</p>
Implementar el plan de rotación interna del personal de enfermería.	<p>La Norma de Control Interno 401-01 Separación de funciones y rotación de labores establece: “La rotación en el desempeño de tareas claves para la seguridad y el control, es un mecanismo eficaz para evitar actos reñidos con el código de ética de la entidad u organismo”.(p.10).</p>
Planificar el plan de capacitación del personal de enfermería en los servicios.	<p>La Norma de Control Interno, 407-06 Capacitación y entrenamiento continuo establece: “Los directivos de la entidad promoverán en forma constante y progresiva la capacitación, entrenamiento y desarrollo profesional de las servidoras y servidores en todos los niveles de la entidad, a fin de actualizar sus conocimientos, obtener un mayor rendimiento y elevar la calidad de su trabajo”.</p> <p>“Los directivos de la entidad en coordinación con la unidad de administración de talento humano y el área encargada de la capacitación (en caso de existir éstas), determinarán de manera técnica y objetiva las necesidades de capacitación del personal, las que estarán relacionadas directamente con el puesto, a fin de contribuir al mejoramiento de los conocimientos y habilidades de las servidoras y servidores, así como al desarrollo de la entidad”.</p> <p>“El plan de capacitación será formulado por las unidades de talento humano y aprobado por la máxima autoridad de la entidad. La capacitación responderá a las necesidades de las servidoras y servidores y estará directamente relacionada con el puesto que desempeñan”.</p> <p>“Las servidoras y servidores designados para participar en los programas de estudio ya sea en el país o en el exterior, mediante becas otorgadas por las instituciones patrocinadoras y/o financiadas parcial o totalmente por el Estado, suscribirán un contrato-compromiso, mediante el cual se obliga a laborar en la entidad por el tiempo establecido en las normas legales pertinentes. Los conocimientos adquiridos tendrán un efecto multiplicador en el resto del personal y serán utilizados adecuadamente en beneficio de la gestión institucional”.(p.44).</p>
Coordinar la actualización de protocolos de atención de enfermería de los diferentes servicios.	
Capacitar al personal profesional de enfermería para funciones de supervisión y control.	<p>La Norma Control Interno, 401-03 Supervisión establece: “Los directivos de la entidad, establecerán procedimientos de supervisión de los procesos y operaciones, para asegurar que cumplan con las normas y regulaciones y medir la eficacia y eficiencia de los objetivos</p>

	<p>institucionales, sin perjuicio del seguimiento posterior del control interno.</p> <p>“La supervisión de los procesos y operaciones se los realizará constantemente para asegurar que se desarrollen de acuerdo con lo establecido en las políticas, regulaciones y procedimientos en concordancia con el ordenamiento jurídico; comprobar la calidad de sus productos y servicios y el cumplimiento de los objetivos de la institución” (p.p.13-14).</p>
--	---

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- ✚ A nivel del Departamento de Enfermería se ha evidenciado que si existe planificación, pero no así la implementación por parte de la coordinadora, es un punto a mejorar, el valor agregado del Hospital se encuentra en un 50%, porcentaje que corresponde a la etapa de planificación, siendo necesario implementar la verificación.

- ✚ La Coordinadora del Departamento de Enfermería realiza múltiples funciones, a más de la Coordinación del Departamento de Enfermería, como es la Coordinación del Departamento de Lavandería entre otras, esto es una muestra para que las autoridades limiten las funciones a fin de que las actividades encomendadas se cumplan a cabalidad y en su totalidad dentro del horario de trabajo.

- ✚ En cuanto a la Gestión por procesos no existe, debido a que en la investigación que se realizó se encuentra con porcentaje de 0% al valor agregado del cliente, esto se debe tener muy en cuenta debido a que el cliente es el beneficiario de los subprocesos.

6.2. Recomendaciones.

- ✚ Se recomienda a la Coordinadora del Departamento de Enfermería, para que la planificación sea efectiva, es necesario crear actividades de verificación y tomar acciones correctivas, con esto se estaría cumpliendo el círculo de Deming.

- ✚ A la Coordinadora del Departamento de Enfermería se recomienda mantener un margen de mejoramiento continuo de la productividad, calidad, eficiencia y eficacia de la atención de enfermería estableciendo las normas y parámetros necesarios de acuerdo a los procesos establecidos.

- ✚ A las autoridades del Hospital se recomienda que por su perfil la Coordinadora del Departamento de enfermería desempeñe sus funciones y actividades a tiempo completo, debido a la complejidad que representa el departamento de Enfermería en el desenvolvimiento dentro del Hospital.

- ✚ A las autoridades, recomendamos concientizar a la Coordinadora del Departamento de Enfermería y personal operativo sobre la importancia de los cambios e implementar el sistema de Gestión por procesos orientados al mejoramiento de la calidad de atención de enfermería.

✚ Se recomienda a la Coordinadora del Departamento de Enfermería que se tome como base los resultados de este proyecto de investigación para la implementación de la Gestión por procesos.

✚ Recomendamos a la Coordinadora del Departamento de Enfermería que una vez implementados los procesos, se realice la evaluación del valor agregado al cliente, ya que su valor en porcentaje debe ser un valor muy cercano al 100%.

6.3. Glosario de Términos

Adiestrado: Enseñar a desarrollar una habilidad manual o un ejercicio físico: adiestró a los alumnos en el manejo del arco.

Armonizar: crear armonía entre las partes de un todo o entre los elementos que deben concurrir a un mismo fin.

Biunívoco, ca: a dj MAT. (Correspondencia) matemática que asocia cada uno de los elementos de un conjunto con uno, y solo uno, de los elementos de otro conjunto, y cada elemento de este último con uno, de los elementos de aquel.

Cabida: espacio o capacidad que tiene una cosa para contener otra:
Ejemplo. El local tiene cabida para quinientas personas

Cohesión.- Unión o relación estrecha entre personas o cosas.

Gestión: Acción o trámite que hay que llevar a cabo para conseguir o resolver una cosa: para pedir una beca de estudios hay que hacer diversas gestiones.

Holístico: se utiliza como sinónimo de sistémico. Cuando se recomienda por ejemplo tener una visión Holística significa que debes aprender a ver las cosas completas de manera integral, no en partes.

Intrínseca.- a dj. Que es propio o característico de una cosa por sí misma y no por causas exteriores: la blancura es una característica intrínseca de la nieve.

Incertidumbre.- Falta de conocimiento seguro o fiable sobre una cosa, especialmente cuando crea inquietud en alguien.

Inequívoco, ca: a dj. Que no admite duda o equivocación.

Interfuncionalidad: es un tipo de administración que se basa en administrar mediante departamentos internos donde cada uno lleva asignada una función específica y se interrelacionan entre sí.

Interdisciplinariedad: se conoce como a la cualidad de interdisciplinario es decir, aquello que se lleva a cabo a partir de la puesta en práctica de varias disciplinas.

Mimética.- a dj. Relativo al mimetismo *imitativo * imitatorio.

Prototipo: es una representación limitada del diseño de un producto que permite a las partes responsables de su creación experimentar su uso.

Prepositivo: es una actuación crítica y creativa, caracterizada por plantear opciones o alternativas de solución a los problemas suscitados por una situación.

Persecutoria: a dj. Que persigue o implica persecución.

Satisfacción: percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requerimientos.

6.4. Bibliografía

Bernal, César A, (2010). Metodología de la Investigación, Tercera Edición. Colombia. PEARSON.

Betancur, Carmen Luisa, (2011). Gerencia del Cuidado Hospitalario. Bogotá D.C. ECOE Ediciones.

Balderas, Luz, (2009). Administración de los servicios de enfermería. McGraw Hill Educación.

Beltrán, Jesús Mauricio, (2010). Indicadores de Gestión, Tercera Edición. 3REditores.

Fernández, José A., (2010). Gestión por Procesos, Cuarta Edición. España: HESIC.

Harrington, James. (1994). Mejoramiento de los procesos de la empresa Bogotá. ECOE Ediciones.

Hospital, Enrique Garcés, (2010), Revista Hospital Enrique Garcés. Ecuador:Grafitextet, Edición N° 1.

Marriner. Tomey A. (2005). Administración y Liderazgo en Enfermería HarcourtBrace. Madrid Parte I: Planificación.

Mejía, B. (2007). Gerencia de Procesos para la Organización y el Control Interno de las Empresas de Salud. Colombia: ECOE Ediciones.

Muñoz, Carlos. (2008). Como Elaborar y Asesorar una Investigación de tesis.

Temes, Martínez, Fernández, Olivera. Gestión de Procesos Asistenciales. España:McGRAW-HILL.INTERAMERICANA.

Régimen de la Salud, (actualizada abril del 2012). Ecuador: cep.

Constitución de la República del Ecuador. (Actualizada abril 2012). Ecuador:
cep.

Ley Orgánica de la CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, Normas de
Control Interno, Registro Oficial N° 87, de diciembre 2009.

Reglamento Sustitutivo de Bienes del Sector Público.

Información de Internet relativa al tema:

✚ Beltrán, Carmona, Carrasco, Rivas & Tejedor.(2010). Guía de gestión
basada en procesos. Instituto Andaluz de Tecnología, España. Recopilado
el 3 de 08 2012, de:

<http://www.iat.es/excelencia/html/subidas/descarga/guíagestionprocesos.pdf>

✚ Servicios de Calidad de la Atención Sanitaria. La Gestión por Procesos,
SESCAM, Toledo (2002), Recuperado 11-02-12 disponible
en www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/Gestiondeprocesos.pdf

✚ Organización Panamericana de la Salud, (2008).Perfil del sistema de salud.
recuperado julio 11,2012 disponible en info@lachealthsys.org.

✚ Del Hierro &Trujillo,(2012). Auditoria del Sistema Informático del Hospital
Enrique Garcés. Recuperado julio 18,2012disponible en
www.Bibdigital.epn.edu.ec/

✚ Gestión por Procesos. (2005) recuperado en julio 9,2012 disponible en
http://www.upm.es/innovacion/calidad/documentos/Gestion_Procesos.ppt.

- ✚ Gestión de Procesos (2010) recuperado en agosto 9,2012 disponible en <http://www.chospab.es/calidad/archivos/.../Gestión de procesos. Pdf> Similares.
- ✚ Administración por Procesos (2010) recuperado, julio 2012. Disponible en. http://www.contactopyme.gob.mx/.../administracion_por_procesos.ppsSimilare.
- ✚ Perfil del sistema de salud(2008) recuperado julio 11,2012 disponible en info@lachealthsys.org
- ✚ Gerencia de procesos. (2008) recuperado, junio 2012. Disponible en:<http://gerenciaprosesos.comunidadcoomeva.com/blog/index.php?/categorias/5-5-Cara...>
- ✚ Educación en servicio. (2008) recuperado, julio 2012. Disponible en: http://www.hmp.sa.cr/educación_servicio.html.
- ✚ La educación continua y la capacitación del profesional de enfermería, (2008) recuperado, julio 2012. Disponible www.medigraphic.com
- ✚ Gestión por procesos. (2009) recuperado junio 2012. Disponible en:<http://www.slideshare.net/samespinosa/mapa-de-procesos-1053479>
- ✚ Definición de la Cadena de Valor (2008) recuperado, julio 2012. Disponible en : [htt://definicion.de/cadena-de-valor/](http://definicion.de/cadena-de-valor/)

6.5. Anexos

ANEXO A
FUNDAMENTACIÓN LEGAL

ANEXO B
FORMATOS DE LAS ENCUESTAS

ANEXO C
FUNCIONES DE LA COORDINADORA

ANEXO D
MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

ANEXO E
PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

ANEXO F
FORMATOS DE EVALUACIÓN

ANEXO G
FORMATOS PARA LA SUPERVISIÓN

ANEXO H
SELECCIÓN DE SUBPROCESOS

ANEXO I
ANÁLISIS DE VALOR