

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES**

**DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN POR PROCESOS
MONITOREADO POR INDICADORES DE GESTIÓN PARA EL
CLUB DE LEONES QUITO-CENTRAL**

**DISERTACIÓN DE GRADO PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE INGENIERÍA COMERCIAL**

WILSON PATRICIO ECHEVERRÍA JIJÓN

DIRECTOR: ING. IVAN RUEDA

QUITO, NOVIEMBRE 2011

Director: Ing. Iván Rueda
Informante 1: Ing. Paúl Idrobo
Informante 2: Ing. Freddy Arévalo

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mis amados padres, maravillosos seres de luz que han estado junto a mí, hombro con hombro, enseñándome día a día el valor del trabajo duro, la honestidad y honradez.

AGRADECIMIENTOS

Un sentimiento profundo de gratitud para mis estimados maestros Iván, Paúl y Freddy quienes han sido mi guía durante este periodo de investigación.

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO, vii

INTRODUCCIÓN, ix

1. ANÁLISIS SITUACIONAL ORGANIZACIONAL, 1

1.1 MOTIVACIÓN ORGANIZACIONAL, 1

1.1.1 Historia, 1

1.1.2 Misión , 3

1.1.3 Visión, 3

1.1.4 Cultura Organizacional, 4

1.2 ENTORNO DE LA ORGANIZACIÓN, 5

1.2.1 Entorno Político-Legal , 5

1.2.2 Entorno Socio-Cultural, 8

1.2.3 Entorno Económico, 9

1.2.4 Entorno Ambiental, 11

1.2.5 Entorno Tecnológico, 14

1.3 CAPACIDAD ORGANIZACIONAL, 15

1.3.1 Estructura Organizacional, 15

1.3.2 Sistema Organizacional, 17

1.3.2.1 Recursos Humanos, 17

1.3.2.2 Sistemas Tecnológicos, 19

1.3.2.3 Infraestructura, 21

2. LEVANTAMIENTO DE PROCESOS, 24

2.1 INVENTARIO DE PROCESOS, 24

2.2 MAPA DE PROCESOS ACTUAL, 30

2.3 DIAGRAMAS DE FLUJO, 32

2.3.1 Levantamiento de Procesos (Diagramación), 32

2.3.2 Simbología de la Norma ANSI de Flujogramas, 33

2.4 ANÁLISIS DEL VALOR AGREGADO, 33

2.4.1 Sistemas que Agregan Valor, 33

2.4.2 Análisis de Valor Agregado, 34

2.5 ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS FUERTES Y DÉBILES DE LOS PROCESOS ACTUALES, 35

3. MEJORAMIENTO DE PROCESOS, 71

3.1 TEORÍA DEL MEJORAMIENTO DE PROCESOS, 71

3.2 MAPA DE PROCESOS PROPUESTO, 73

3.3 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS, 74

3.4 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS PROPUESTOS, 77

3.5 PLANES DE MEJORA, 105

3.6 OBJETIVOS ORGANIZACIONALES, 107

3.7 EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORA, 115

4. INDICADORES DE GESTIÓN, 116

- 4.1 TEORÍA DE INDICADORES DE GESTIÓN, 116
 - 4.1.1 Beneficios derivados de los Indicadores de Gestión, 116
 - 4.1.2 Características de los Indicadores de Gestión, 117
 - 4.1.3 Los Indicadores de Gestión y la Planeación Estratégica, 118
- 4.2 DETERMINACIÓN DE LOS COMPONENTES DE UN INDICADOR, 119
- 4.3 OBJETIVOS DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN, 124
- 4.4. INDICADORES POR PROCESOS, 125
- 4.5 TEORÍA DEL FACTOR CRÍTICO DE ÉXITO, 126
- 4.6 METODOLOGÍA PARA LA PRIORIZACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN Y EL TABLERO DE CONTROL PARA SU MONITOREO, 128
- 4.7 TABLERO DE CONTROL CON INDICADORES PRIORIZADOS, 129

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES, 131

- 5.1 CONCLUSIONES, 131
- 5.2 RECOMENDACIONES, 134

BIBLIOGRAFÍA, 137

ANEXOS, 138

RESUMEN EJECUTIVO

El Centro Comunitario Club de Leones Quito Central en la necesidad de agregar valor a su cadena de actividades, decide emprender la filosofía del enfoque hacia los procesos para todo su ciclo productivo. Todos los departamentos son encargados de realizar los diagramas de flujo, y la Alta Dirección es la entidad delegada para realizar el mapeo de procesos. Los datos que se obtuvieron por cada departamento y la dirección revelo inconsistencias en la creación de los flujogramas y mapeo que se pretendían diseñar, al no tomar en cuenta las diversas metodologías para realizar estas tareas. Se procede a realizar un inventario para determinar cuál es la situación real de procesos que forman parte de su sistema y con la identificación de los mismos, se realizó el análisis de los aspectos débiles y fuertes para crear las oportunidades de mejora que se pueden generar a partir de los datos obtenidos. Con la información que se consiguió se diseñó nuevos procesos y subprocesos, y, en algunos casos se diseñaron a partir de los datos generados por la gente de la institución, con la creación de un nuevo mapa de procesos se logra un entendimiento global de todos los agentes que forman parte de este ciclo, la comparación y el respectivo análisis entre el antes y el después mediante distintos gráficos determina un incremento en las actividades que agregan valor al cliente y al negocio, y eliminando así todas las actividades que no agregan valor al mismo. Además se incluye el diseño del manual de procedimientos para cada subproceso; los planes de mejora que se plantean en este estudio tendrán un impacto alto al largo plazo generando una reingeniería, un cambio radical en cómo se manejan los procesos. Para la medición se han creado indicadores de gestión a partir de los factores de críticos de éxito propuestos y analizados en base a los aspectos

fuertes y débiles de todos los procesos. Diseñando un tablero de control con todos los indicadores y otro tablero creado para enlistar los indicadores que más influyen en la gestión administrativa del Centro Comunitario. La metodología que se usa para la evaluación considera la frecuencia, que es la periodicidad con la que se mide el proceso, el impacto organizacional o el efecto que se logra en la organización con las estrategias que han sido implantadas y la satisfacción del cliente con la aprobación del servicio que está usando. En conclusión, el estudio revela que es viable la implantación del enfoque a procesos y con su mejoramiento, apoyado a los objetivos organizacionales para así poder centrarse en el cliente y optimizar la estructura orgánica del Centro Comunitario. Además que la Alta Gerencia cumpla con la responsabilidad de preparar anímicamente y motivacionalmente al personal para que los empleados se interesen por un entrenamiento y capacitación constante, anticipando el impacto que producirá los cambios al proceso y recompensar a los empleados por los logros alcanzados.

INTRODUCCIÓN

En esta nueva era de Calidad Total y Mejoramiento de Procesos, todas las organizaciones intentan llegar a la excelencia en sus procesos para tener un mejoramiento de su gestión y obtener ventajas competitivas con respecto al mercado y su competencia. En ese punto las organizaciones que prestan servicios de salud no se quedan atrás, muchas de ellas han ingresado al mundo del enfoque por procesos y han logrado un incremento sustancial de los valores agregados al cliente y negocio y así lograr la eficacia tan esperada por la alta dirección en la estrategias que se implantan en la organización. Pero la mayoría de entidades que buscan este mejoramiento son instituciones privadas, entonces la base el estudio que se expone a continuación; es ver la factibilidad y viabilidad de la implantación de Sistemas de Gestión por Procesos en el Centro Comunitario, el cual no tiene apoyo gubernamental ni de organizaciones privadas. Esta investigación se basara en la metodología del mapeo del proceso, para continuar con el levantamiento de la información, analizar los procesos actuales, diseñar nuevos procesos en el caso de se requiera y posteriormente implantarnos para ejecutar su respectiva evaluación. Permitiendo realizar cambios importantes en las actividades complejas, manejando efectivamente las interrelaciones para prevenir posibles errores siempre respaldados en un método de evaluación, optimizando recursos y determinar las funciones y sus respectivos responsables.

1. ANÁLISIS SITUACIONAL ORGANIZACIONAL

1.1 MOTIVACIÓN ORGANIZACIONAL¹

1.1.1 Historia

La historia no es el simple recuerdo de acontecimientos pasados, constituye un serio esfuerzo por profundizar en la naturaleza humana, tratar de entender los mecanismos por medio de los cuales el hombre como entidad individual o estructura social logra vencer su condición transitoria y limitada y, trascender en el tiempo, en el afán de persistir en un proceso de perfeccionamiento constante.

Después de este enfoque, presentamos un resumen histórico de nuestra noble institución.

En el año 1917 se conforma el primer Club de Leones, en Chicago Illinois, iniciando como una asociación de ciudadanos dedicados a fomentar el servicio a su comunidad y a los ciudadanos de menores recursos económicos.

Las siglas LEONES tienen su significado:

¹ www.cmcquitocentral.org

LIBERTAD

ENTENDIMIENTO

ORDEN

NACIONALIDAD

ESFUERZO

SERVICIO

El fundador de esta sigla la simbolizó en dos caras de un león, la una mirando al pasado y la otra al futuro. El León representa al rey de la selva, el animal más noble, más valeroso y es la síntesis de la lealtad.

El Leonismo llega después a América, se crearon Clubes de Leones en Venezuela, Colombia y Perú. De esta manera se imponía la necesidad de extender este noble y desinteresado movimiento en nuestro Ecuador. Es así que un grupo de visionarios ecuatorianos de entusiasmo y un gran deseo de incorporar la filosofía del Leonismo al Ecuador, fundan el 9 de abril de 1946, el primer Club de Leones en Quito y el Ecuador. Para el 6 de julio de 1946, son reconocidos internacionalmente por la Asociación Internacional de Clubes de Leones, como el primer Club de Leones en Ecuador pertenecientes al Distrito G-1 3050 ECUADOR y pasando a ser el Club N° 016174 en el Mundo.

Este grupo de visionarios ecuatorianos lideró Sergio Enríquez Girón cuando estaba en una representación diplomática en Venezuela.

FUNDACION DE AYUDA COMUNITARIA QUITO CENTRAL

En sesión celebrada el día sábado 26 de enero se eligió la nueva directiva para esta fundación, designando a :

Dr. Marcelo Jácome/Presidente

Dr. Gustavo Chiriboga/Vicepresidente

Dr. Peter Calame/Secretario

Dr. Fausto Leiva/Tesorero

Dr. Jorge Salazar/Miembro de la Directiva

Dr. Luis Paladines/Miembro de la Directiva

1.1.2 Misión

La institución tiene como misión plasmado lo siguiente:

“Brindar un servicio voluntario de excelencia y calidez a la comunidad menos favorecida, con un talento humano comprometido, a fin de contribuir en el mejoramiento de su calidad de vida”

La cual manifiesta de manera clara la posición que tiene esta organización con la causa social y su aporte a la comunidad.

1.1.3 Visión

El Club de Leones ha planteado la siguiente visión:

“Liderar en el servicio comunitario sin fines de lucro para satisfacer con excelencia, calidez y equidad los requerimientos de la comunidad menos favorecida, especialmente en el área de salud, incursionando en otros

campos sociales, con un talento humano competente y bajo un sistema de autogestión sostenible”

Con la visión expuesta por esta organización independiente, refleja sus más claros preceptos de valores y sentido de altruismo hacia una comunidad golpeada por la pobreza.

1.1.4 Cultura Organizacional

MOSTRAR mi fe en la bondad de mi vocación aplicándome industriosamente hasta lograr una buena reputación por la alta calidad de mis servicios.

BUSCAR el éxito y exigir toda remuneración o ganancia justa que pueda merecer, pero rehusar toda ganancia o recompensa que pudiera resultar en menoscabo o pérdida de mi dignidad, como efecto del aprovechamiento de alguna ventaja injusta, o de acciones dudosas más.

RECORDAR que para desarrollar mi negocio no es necesario destruir el de otro: ser leal con mis clientes y sincero para conmigo mismo.

DONDE QUIERA que surja duda, en cuanto al derecho o la ética de mi posición o acción hacia mis semejantes, resolver esa duda a costa de mi mismo.

PRACTICAR la amistad como un fin y no como un medio. Sostener que la verdadera amistad existe, no por razón del servicio prestado, sino del espíritu que lo anima; y que su aceptación se inspira en iguales sentimientos.

TENER siempre presente mis obligaciones de ciudadano, para con mi nación, mi estado y mi comunidad, profesándoles mi lealtad constante de pensamiento, palabra y obra, dedicándoles generosamente mi tiempo, mi trabajo y mis recursos.

AYUDAR al prójimo consolando al atribulado, fortaleciendo al débil y socorriendo al menesteroso.

SER mesurado en la crítica y liberal en el elogio; construir y no destruir.

1.2 ENTORNO DE LA ORGANIZACIÓN

1.2.1 Entorno Político-Legal²

La Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador requiere para su implementación de una serie de estrategias y procesos que orienten la consecución de sus objetivos, uno de esos mecanismos constituye el papel esencial que juega el desarrollo y la evaluación de la tecnología en la salud comunitaria y en la mejora de los sistemas y servicios de salud, lo que a su

² Reglamento Interno Club de Leones

vez contribuye a potenciar el liderazgo de la Autoridad Sanitaria Nacional en su rol de Rectoría en el Sistema Nacional de Salud.

El análisis del desarrollo tecnológico en salud en los países en vías de desarrollo como el nuestro, lleva a dos elementos básicos que son al mismo tiempo el origen y la solución: la dependencia y capacidad tecnológica.

La aplicación rigurosa de un modelo para el desarrollo tecnológico en salud en nuestro país consistiría en el trabajo interdisciplinario, la aplicación del conocimiento científico apropiado y adaptado al medio, así como de mecanismos de apropiación de la tecnología por la sociedad a través de alianzas estratégicas con el sector privado y otros.

La creación y funcionamiento del Centro Médico Comunitario de Especialidades del Club de Leones Quito Central, se sustenta en las siguientes normas legales y demás que forman parte de la legislación nacional vigente, en lo que fuera aplicable:

- Arts. 32, 358 y siguientes de la Constitución de la República.
- Ley Orgánica de Salud, Libro Cuarto De los Servicios y Profesiones de Salud, Título único, Capítulo 1 De los servicios de salud, Ley 2006-67, publicada en Registro Oficial 423 del 22 de diciembre de 2006.
- Conjunto de Prestaciones del Sistema nacional de Salud Oficial No. 000620 Octubre 2006.

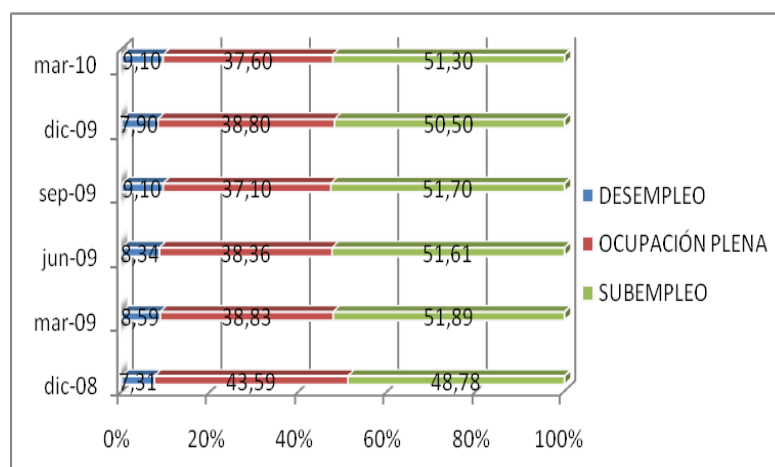
- Consejo Nacional de Alud comisión de Reforma de la Historia clínica única oficial No.000620 25 Octubre 2006.
- Acuerdo Ministerial 000818 vigente.
- Ley de Derechos y Amparo al Paciente, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 626 de 3 de febrero 1995.
- Código de Ética Médica emitido a través del Acuerdo Ministerial N. 14660-A, publicado en el Registro Oficial No. 5 de fecha 17 de agosto de 1992.
- Reglamento de Servicios de Salud Privados: Acuerdo Ministerial 12005, publicado en el Registro Oficial 882 del 26 de julio de 1979.
- Manual para Aplicación del Reglamento de Servicios de Salud Privados: Acuerdo Ministerial 2023, publicado en el Registro Oficial 188 del 11 de mayo de 1989.
- Aprobación por parte de los Directores Provinciales de Salud de los Reglamentos Internos de Establecimientos de Salud: Acuerdo Ministerial 1771, publicado en el Registro Oficial 330 del 1 de diciembre de 1999.
- Datos de inscripción y constitución ante Organismos competentes en caso de tratarse de personas jurídicas.
- Reglamento para el Manejo de Desechos en los Establecimientos de Salud del Ecuador. Publicado por el M.S.P en el Registro oficial No. 106 del 10 de enero de 1997.

1.2.2 Entorno Socio-Cultural

El tratamiento de la atención a la salud en el país, ha estado orientado básicamente a desplegar esfuerzos en la medición de los cambios en las tasas de mortalidad, morbilidad y cobertura de salud, producto de lo cual se ha obtenido modestos descensos en la mortalidad infantil y de la niñez, así como algunas dimensiones en morbilidad selecta. Sin embargo, los resultados obtenidos no siempre han estado en proporción a los esfuerzos realizados y no se ha hecho lo suficiente para evaluar la calidad de los servicios o el proceso de prestación de éstos y menos aún realizar esfuerzos sistemáticos para mejorar la calidad con base a los resultados del proceso de prestación de los mismos; todo esto para asegurarse de que los recursos tengan un impacto óptimo en la salud y en el bienestar de la población.

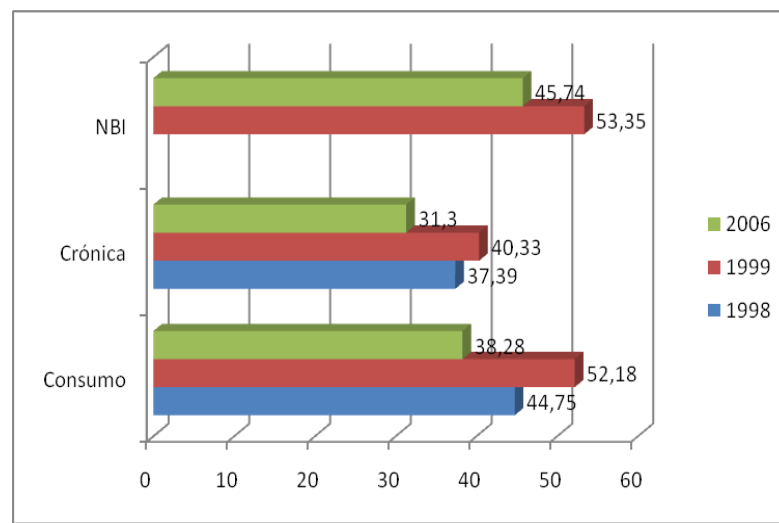
Grafico Tasa Trimestral de Mercado Laboral³

Desde Septiembre 2007



³Gráfico elaborado por: Wilson Echeverría. Datos tomados de: [<http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/empleo.html#app=ee3a&749e-selectedIndex=0>]

Gráfico Indicadores de Pobreza⁴



Es indispensable que además de evaluar la cobertura de población y el mérito tecnológico de las intervenciones de salud, debe evaluarse la calidad de los servicios, centros de investigación y educación superior públicos y privados; es decir, el grado en el cual se preste el servicio de acuerdo a las normas prescritas. Es indispensable que se diseñe y se ponga en práctica una metodología de evaluación de calidad y de resolución de problemas en todo lo que son servicios de atención a la salud, orientados básicamente a la competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad, entre otros.

1.2.3 Entorno Económico

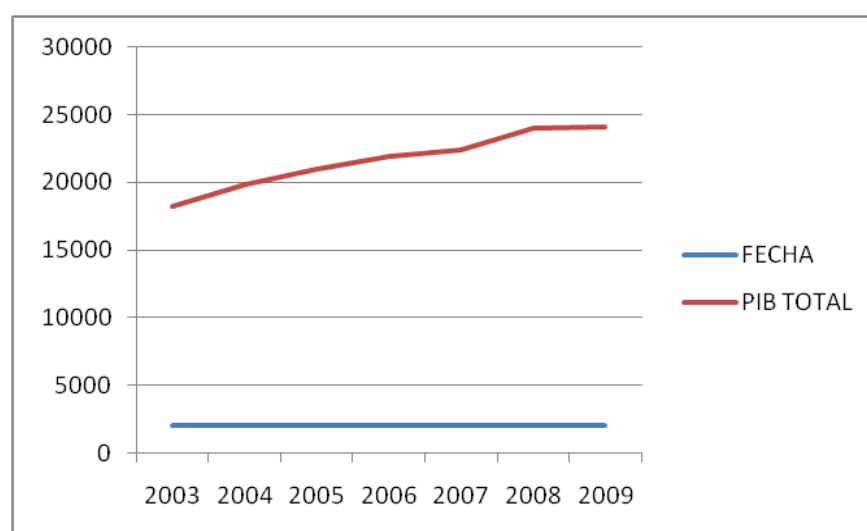
Ecuador está entre los países de América Latina como uno de los de menor rendimiento industrial en la última década; esto ha contribuido a que las

⁴ Gráfico elaborado por: Wilson Echeverría. Datos tomados de: [<http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/ecvTipo.html#app=6ba9&16b1-selectedIndex=0>]

políticas macroeconómicas se queden cortas del objetivo de facilitar el desarrollo económico. La deficiencia o carencia de los factores estructurales de competitividad: capital humano, tecnología, inversión, infraestructura, no permiten cumplir con los esfuerzos de estabilización y peor de impulsar la producción, el empleo, el crecimiento y la reducción de la pobreza de manera sostenida. Pensar en el Ecuador, como propuesta de acción, es como un ejercicio de prospectiva o de mirada estratégica que cada vez, con mayor frecuencia, llevan a cabo aquellos países que aciertan en la búsqueda de las alternativas más adecuadas para la solución de sus problemas, capacidades e intereses.

Gráficos⁵

Producto Interno Bruto (millones de dólares)



⁵Gráfico elaborado por: Wilson Echeverría. Datos tomados de: [<http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/economicas3D.html#tpi=1>]

La Gestión Tecnológica en los Servicios de Salud reviste una creciente importancia, dados los avances en la tecnología médica y los altos costos que esto representa, lo cual impacta directamente en el equilibrio de su economía, tanto en la operación como en la inversión de los servicios de los sectores público, social y privado. Esto, asociado a la globalización de la economía, ha cambiado las reglas de la libre oferta y demanda de los servicios al aparecer aseguradoras de gastos médicos y los seguros populares, así como un cambio en la cultura de los usuarios, que cada vez exigen mejores servicios en calidad, efectividad y accesibilidad.

1.2.4 Entorno Ambiental

En 1991, Fundación Natura, una organización ecuatoriana no gubernamental ambientalista, realizó un estudio acerca del manejo de desechos hospitalarios en el marco de un diagnóstico general sobre la situación ambiental del país. Las conclusiones señalaban que la mayor parte de casas de salud no realizaban un manejo adecuado de desechos hospitalarios y que no existían regulaciones ni fundamentos para controlar este manejo. Dos años más tarde, se realizó un diagnóstico del manejo de residuos en el país: domésticos, industriales, peligrosos y hospitalarios. En desechos hospitalarios, el universo del estudio fueron 17 hospitales de nueve ciudades del país con un total de 1.020 camas. La gestión ambiental en los hospitales ha permitido concienciar a la alta dirección de los establecimientos de salud la necesidad de incorporar programas de manejo

de desechos, bioseguridad y control de contaminantes para brindar calidad de servicio y eficiencia.

Tabla⁶

Incremento del número de establecimientos calificados					
Área	2001	2002	año 2003	2004	2005 *
Quito	150	149	157	182	194
Santo Domingo	44	50	61	67	67
Rumiñahui	2	2	27	28	42
Cayambe	2	2	2	38	–
Loja	38	47	46	101	60
Cotopaxi	34	34	30	30	30
Tungurahua	42	44	41	47	–
Riobamba	36	37	37	41	–
Esmeraldas	27	41	34	46	–
Otavalo	–	–	–	8	24
Guaranda	–	–	–	40	–
Azogues	–	–	–	35	–
Cuenca	–	27	–	18	47
Total	375	433	435	681	464

El estudio tuvo como resultados que el país no contaba con un marco legal, la mayoría de establecimientos de salud carecían de medidas específicas y adecuadas de control de sus desechos, no existía recolección diferenciada y mucho menos se contaba con una celda especial para disposición final.

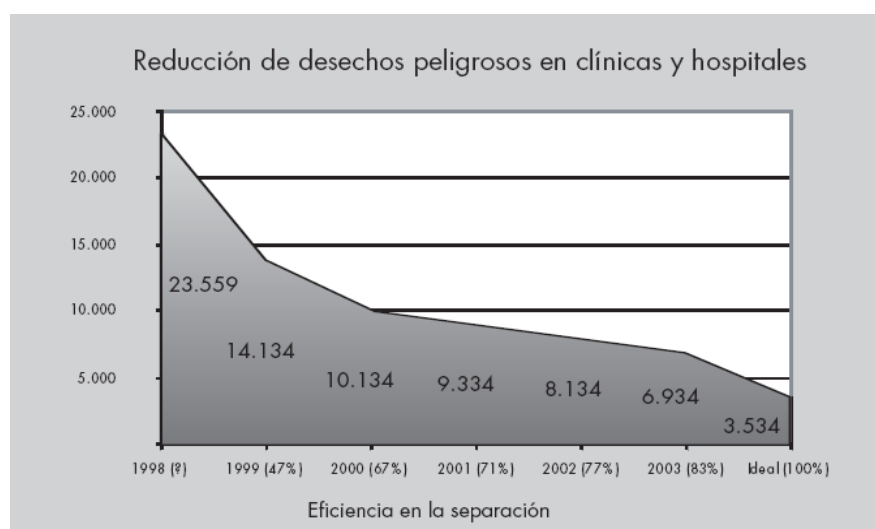
El mal manejo de desechos se reflejaba de manera dramática en situaciones como que en la mayoría de los hospitales estudiados, restos de sangre, agujas, material contaminado y desechos comunes se colocaban mezclados en recipientes sin fundas. Otro caso alarmante era el almacenamiento de la basura. El 88% de hospitales la recogía en recipientes sin tapa y la depositaban en sus propios patios a cielo abierto; otros establecimientos recolectaban la basura en un cuarto conectado al ducto de transporte de

⁶ Tabla elaborada por: Wilson Echeverría. Datos tomados de: [www.cosude.org.ec]

desechos que tenía la puerta permanentemente abierta. En estos espacios, la basura muchas veces se dejaba en el suelo y el personal de recolección del municipio la recogía con palas.

El 90% de la basura hospitalaria terminaba en vertederos a cielo abierto. En una de las ciudades, la basura contaminada se depositaba en un río cercano. Casi en todos los botaderos, había minadores o recicladores: familias enteras con sus niños recuperando materiales sin ninguna protección.

Tabla⁷



¿Cuáles eran las consecuencias de las deficiencias en el manejo de desechos? Un dato del Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud Pública del Ecuador de 1992 mostró que los 168 trabajadores de un hospital regional presentaban 10 veces mayor riesgo de contraer hepatitis B que la población general.

⁷ Tabla realizada por: Wilson Echeverría. Datos tomados de: [www.cosude.org.ec]

Paradójicamente, ninguna de las instituciones -por mala que fuera su gestión con los desechos hospitalarios- estaba incurriendo en infracción alguna, pues no existían normas al respecto. Evidentemente, la normativa era un tema crítico y se vislumbraba como indispensable para insertar en la sociedad procesos adecuados de manejo de desechos.

1.2.5 Entorno Tecnológico

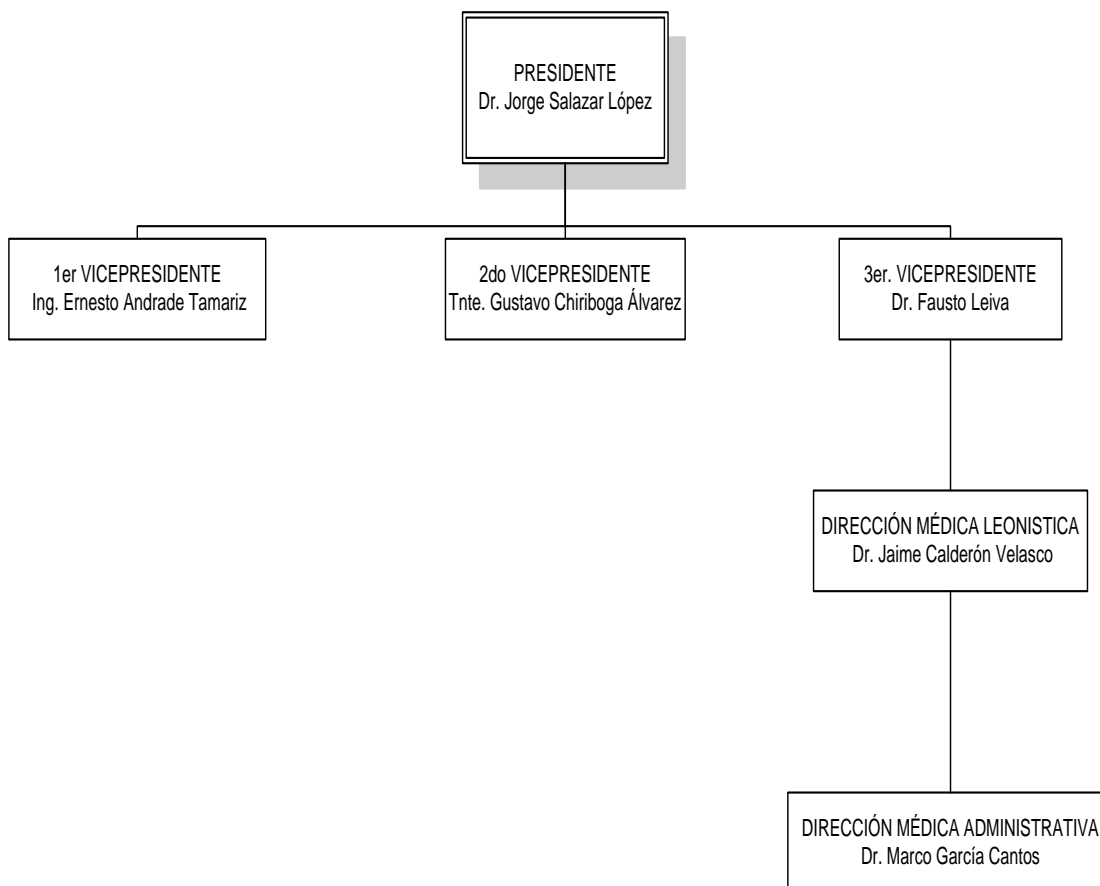
Los avances tecnológicos que observamos en la actualidad, están modificando de manera radical las modalidades de atención médica y las posibilidades de intervención en Salud Pública. La incorporación de tecnologías a los servicios públicos y privados se realiza de forma acelerada, sin planificación y en ocasiones profundizando las diferencias en calidad de los mismos. Al mismo tiempo y motivado en parte por la incorporación de tecnologías cada vez más sofisticadas, se ha producido un encarecimiento progresivo de la atención médica. Dado que el proceso de producción social de la salud es muy dinámico, podría requerirse contemplar, nuevos elementos o revisar los propuestos, en respuesta al surgimiento de problemas o necesidades que se presenten, para establecer los correctivos necesarios, esto permitiría cumplir al carácter dinámico de las necesidades de la salud en los más necesitados.

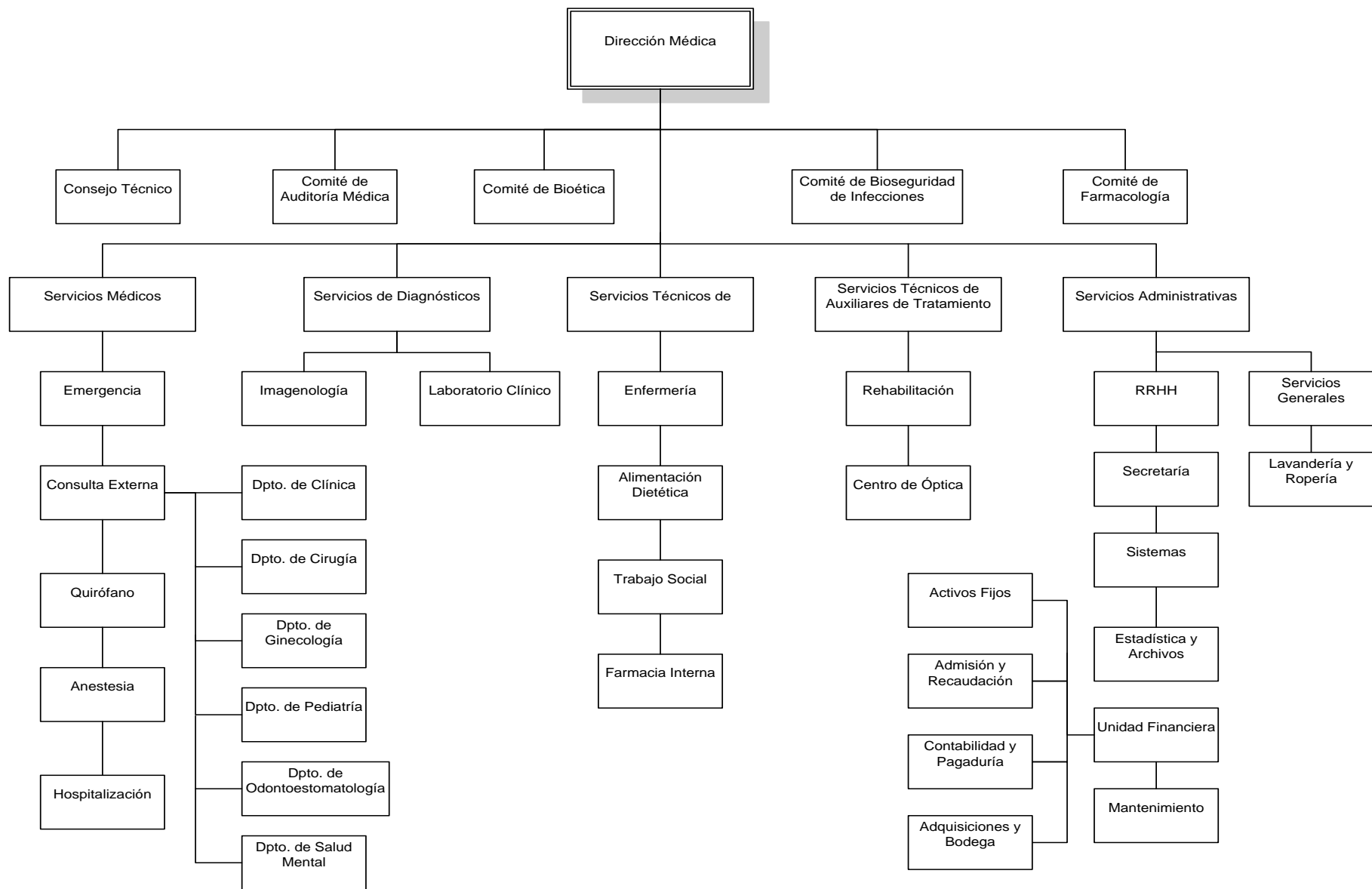
En el Ecuador no existe una cultura de Investigación en Ciencia y Tecnología en Salud, lo cual es una debilidad evidente frente a los demás países de la región. Existe una escasa generación de nuevos conocimientos,

a esto se añade el escaso apoyo político y financiero del Estado evidenciado en la promulgación del Decreto Ejecutivo No. 293, publicado en el Registro Oficial No. 79, del 8 de mayo de 2007, en el cual especifica que “los proyectos de investigación científica y tecnológica estarán centralizados en la Presidencia de la República y, previa aprobación de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES)”, dificultando aun más la gestión del desarrollo de la Ciencia y la Tecnología en Salud.

1.3 CAPACIDAD ORGANIZACIONAL

1.3.1 Estructura Organizacional





La estructura organizacional que maneja actualmente la institución tiene claramente definido 5 grandes departamentos con sus respectivas subdivisiones las cuales han funcionado de manera normal durante este lapso de tiempo. Aclarando que este diagrama propuesto tendrá modificaciones a lo largo de este estudio.

1.3.2 Sistema Organizacional

1.3.2.1 Recursos Humanos

Al hablar de una eficiente Administración de Recurso Humano en la Institución Club de Leones Quito Central, se puntualiza los aspectos de aplicar adecuadamente las normas legales, establecidas por Régimen Laboral Ecuatoriano y las políticas y reglamento internos de la Institución para la contratación y liquidación de personal, aplicar un sistema disciplinario eficaz, crear y ejecutar programas para el bienestar del personal referente a pagos, beneficios, servicios capacitación, formación y motivación. Todos a fin de obtener un clima sano y motivador.

En la actualidad la institución cuenta con 155 médicos de las siguientes especializaciones:

- Anestesióloga
- Artroscopista

- Cardiología, Cardiología Pediátrica, Ecocardiografía.
- Cirugía General, Oncológica, Pediátrica, Plástica, Torácica, Vascular, Maxilofacial.
- Contactología
- Cuidados Intermedios
- Dermatología
- Ecosonografía
- Endocrinología
- Endodoncia
- Farmacia
- Fisiatría, Fisiatría Láser, Acupuntura.
- Gastroenterología
- Geriátrica
- Ginecología
- Hematología, Hematología Pediátrica.
- Hospitalización
- Infertilidad
- Medicina Interna
- Médico Clínico
- Neumología
- Neurocirugía
- Neurología
- Odontología
- Oftalmología

- Oncología Clínica
- Ortodoncia
- Otorrino, Otorrinolaringología.
- Patología
- Pediatría
- Periodoncia
- Psicología
- Psiquiatría
- Reumatología
- Traumatología
- Urología

1.3.2.2 Sistemas Tecnológicos⁸

Los sistemas tecnológicos que se utiliza en la institución son básicamente tres; SOGA (Sistema de Organización y Gestión Administrativa), programa destinado a registrar todas las transacciones diarias que se realizan, siendo estas financieras, agenda médica, inventarios y novedades en el área de quirófanos; NOD32 ANTIVIRUS 4 y KASPERSKY ANTIVIRUS son 2 alternativas para protección de los equipos de una amplia gama de amenazas maliciosas como virus, troyanos, gusanos, adware, spyware, phishing, rootkits y otras amenazas de internet.

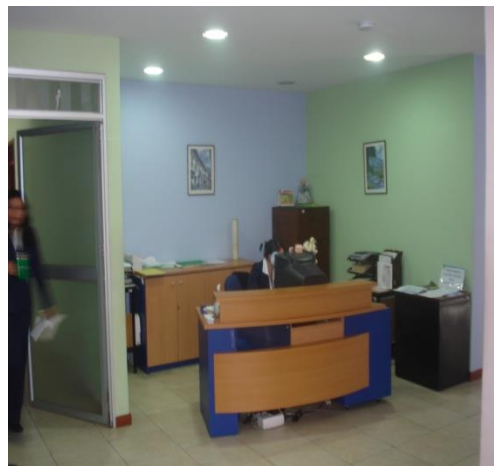
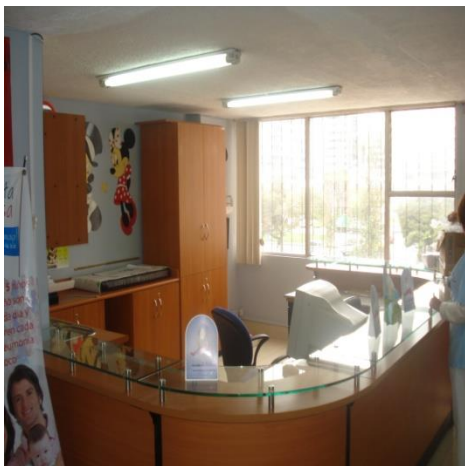
⁸ Entrevista con la Ing. Narcisa Catota Jefe del Departamento de Sistemas Club de Leones.

Este software se desarrollo en *Power Builder 10.5* y un motor de base de datos llamado *Sybase 12*, a partir de estos 2 programas se desarrolla el programa *SOGA* (Sistema de Organización y Gestión Administrativa) en el cual se graba a diario todas las transacciones que se dan en el ciclo diario y registra la agenda médica, sistema financiero, inventarios y el área de quirófanos. El sistema *SOGA* fue adquirido en el año 2002 con la primera versión del programa y al transcurso de los años se implemento *SOGA* versión 3.0 que es la última adaptación del programa, el Club de Leones es dueña de la licencia de utilización. El programa necesita realizar sus actualizaciones cada 6 meses. Las razones por el cual la institución implemento este software son para mejorar el servicio a los pacientes a través de un paquete informático de agenda en el proceso de recaudación y en la parte financiera para tener el control de las transacciones contables que requiere el servicio de rentas internas SRI.

1.3.2.3 Infraestructura







2. LEVANTAMIENTO DE PROCESOS

2.1 INVENTARIO DE PROCESOS

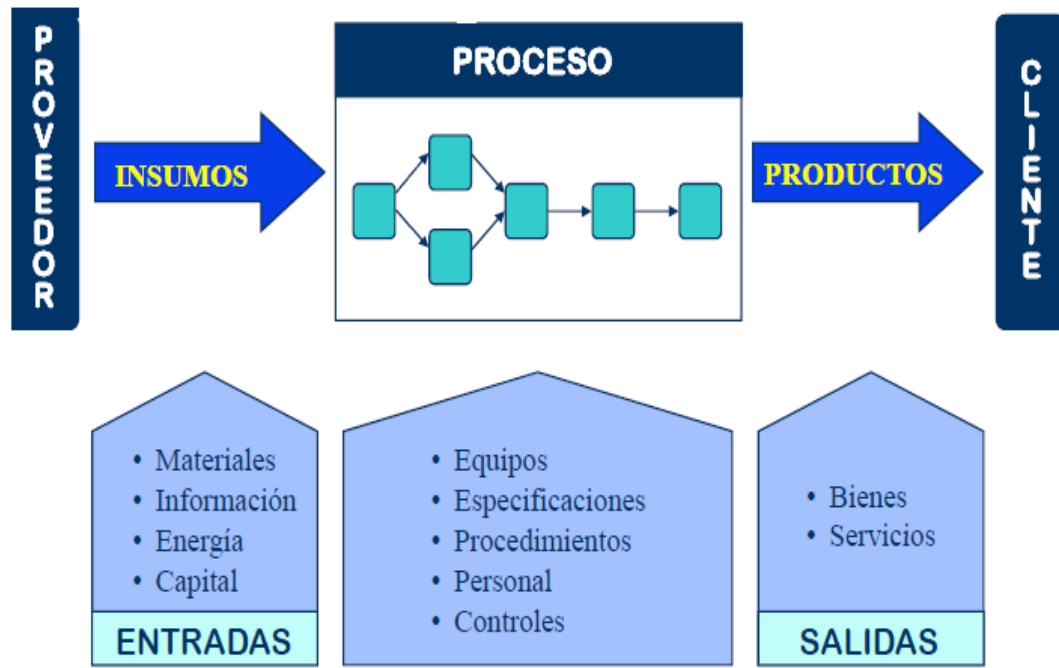
Para poder hacer un levantamiento de procesos actuales del Club de Leones es necesario tomar en cuenta ciertos preceptos científicos implantados a través del tiempo para ayudar a conceptualizar de una mejor manera este universo administrativo y utilizar los procesos como un arma competitiva; dicese que un proceso es:

“Cualquier actividad o grupo de actividades en las que se transforman uno o más insumos para obtener uno o más productos para los clientes”⁹

Cabe recalcar que dentro del concepto de proceso debe haber pasos ordenados/secuenciados donde las *entradas* a través de un proceso de transformación dan como resultado las *salidas*. Si las organizaciones entienden la importancia de hacer de los procesos la unidad de análisis, tendrán una visión clara de “cómo su empresa funciona en la realidad”. Para entender un poco mejor estos términos definiremos como:

⁹ KRAJEWSKI-MALJOTRA-RITSMAN (2008). **Administración de Operaciones**. México: Prentice Hall. p.4

Salida: resultados que se obtienen al procesar las entradas, estas salidas pueden tomar forma de productos, servicios e información; son el resultado del funcionamiento del sistema o el propósito para el cual existe el sistema.¹⁰



Este flujograma revela la estrecha relación cliente-proveedor entre las distintas unidades del proceso, en donde cada una, a la vez, es un cliente para aquella que la precede en la generación de un producto, y un proveedor a quien la sucede. De ahí es que se necesita que cada área o departamento de trabajo realice la labor encomendada de forma íntegra eficaz y eficiente conforme a las necesidades y exigencias de sus *clientes*.

Este ordenamiento secuencial y específico que se denomina proceso maneja lugares y tiempos definidos con inicio y un fin, en el cual intervienen tanto los responsables

¹⁰ *Ibíd*em, p.29

del proceso o productores como también los proveedores de información o materiales que son aquellos que aportan su trabajo personal o en equipo, los materiales o información, para de esta manera transformar el producto y entregarlo al destinatario final el cual calificará la calidad del mismo.

El levantamiento de procesos de cualquier organización parte de la obtención de la información necesaria que permita determinar las actividades que se realizan en una organización, como conocer los proveedores, controles y recursos asignados para cada actividad.

Para realizar el levantamiento de los procesos actuales del Club de Leones primero debe recopilar la información necesaria sobre las actividades departamentales que se realizan en la empresa.

Previo la recopilación de información es necesario determinar las diferentes áreas que forman parte del Club de Leones; de lo analizado se revela:

- **Información:** Esta área se encarga de todo lo relacionado con atención al cliente/paciente al momento de su ingreso al Club de Leones, también funciona como punto de tesorería-cobros, y sirve como apoyo a las áreas de consulta externa, diagnóstico y tratamiento en el manejo de historias clínicas.
- **Área de Diagnóstico y Tratamiento:** Esta área comprende la consulta médica realizada en los diferentes consultorios.

- **Laboratorio Clínico:** Área encargada de realizar exámenes laboratorio.
- **Cirugía:** Área dedicada a la intervención quirúrgica.
- **Dirección:** Gestión Administrativa.
- **Bioseguridad:** Área encargada de la esterilización del instrumental médico e instalaciones de cirugía.

Estas áreas realizan múltiples actividades y son intervenidas por varias personas de ahí la importancia de la recopilación de información para conocer y limitar los procesos del Club de Leones.

Hay que tener claro que la simple observación de las actividades en las áreas que tiene este centro comunitario realizadas por el personal, no es suficiente para conocer a profundidad la importancia de cada una las actividades que realizan y menos asociarlas a un proceso, esto conlleva a aplicar el formulario *Elaboración de Perfiles de Cargo*¹¹, ubicado en el ANEXO No. 07; tomando la información más relevante a la descripción de cada actividad la frecuencia con la cual se realiza. Este formulario se ha entregado a cada uno de los responsables de las actividades que se realizan en los departamentos.

De acuerdo a la información recopilada en el formulario No. 1, se han determinado los diferentes procesos del Club de Leones, el mapa de proceso actual presenta 3 niveles:

¹¹NARANJO R. (2009). **Gestión de RRHH (apuntes de clase)**. Quito.

- **Estratégicos:** Son procesos destinados a definir y controlar las metas de la organización, sus políticas y estrategias. Permiten llevar adelante la organización. Están en relación muy directa con la misión/visión de la organización. Involucran personal de primer nivel de la organización. Afectan a la organización en su totalidad. Ejemplos: Comunicación interna/externa, Planificación, Formulación estratégica, Seguimiento de resultados, Reconocimiento y recompensa, Proceso de calidad total, etc.
- **Realización:** Son procesos que permiten generar el producto/servicio que se entrega al cliente, por lo que inciden directamente en la satisfacción del cliente final y en su cadena de valor. Generalmente atraviesan muchas funciones. Son procesos que valoran los clientes y los accionistas. Ejemplos: Desarrollo del producto, Fidelización de clientes, Producción, Logística integral, Atención al cliente, etc. Los procesos operativos también reciben el nombre de procesos clave.
- **Apoyo:** Soportan los procesos operativos. Sus clientes son internos. Ejemplos: Control de calidad, Selección de personal, Formación del personal, Compras, Sistemas de información, etc. Los procesos de soporte también reciben el nombre de procesos de apoyo.

El Club de Leones ha realizado una campaña en cada uno de sus departamentos para levantar los procesos y dar forma al mapa de procesos que actualmente viene manejando la administración, los datos que a continuación se exponen fueron recolectados mediante entrevista con cada uno de los involucrados de los procesos;

a primera vista se puede contemplar que en su inventario de procesos (procesos actuales) no tienen ninguna codificación que logre distinguir un orden específico por lo cual en su mapeo de procesos existirán inconsistencias por la falta de nomenclatura además de que todas las actividades realizadas por los miembros del centro médico comunitario en cuanto a las técnicas auxiliares (levantamiento, flujograma y mapeo) no están realizados mediante los preceptos en cuanto a la administración de procesos se refiere ya que en este campo existen importantes innovaciones como simplificación de trabajo, técnicas de optimización, planificación de necesidades de materiales. Un buen análisis de procesos es necesario tanto para la reingeniería como para el mejoramiento de sus procesos, pero además de esto dentro del monitoreo del desempeño a través del tiempo.

Procesos Estratégicos

Procesos
Auditoría
Acciones Correctivas y Preventivas
Control de Producto No Conforme
Gestión de la Calidad

Procesos de Realización

Procesos
Admisión y Facturación
Auxiliar de Diagnóstico Imagen
Auxiliares de Tratamiento
Cirugía
Consulta Externa
Hospitalización
Satisfacción al Cliente
Trabajo Social

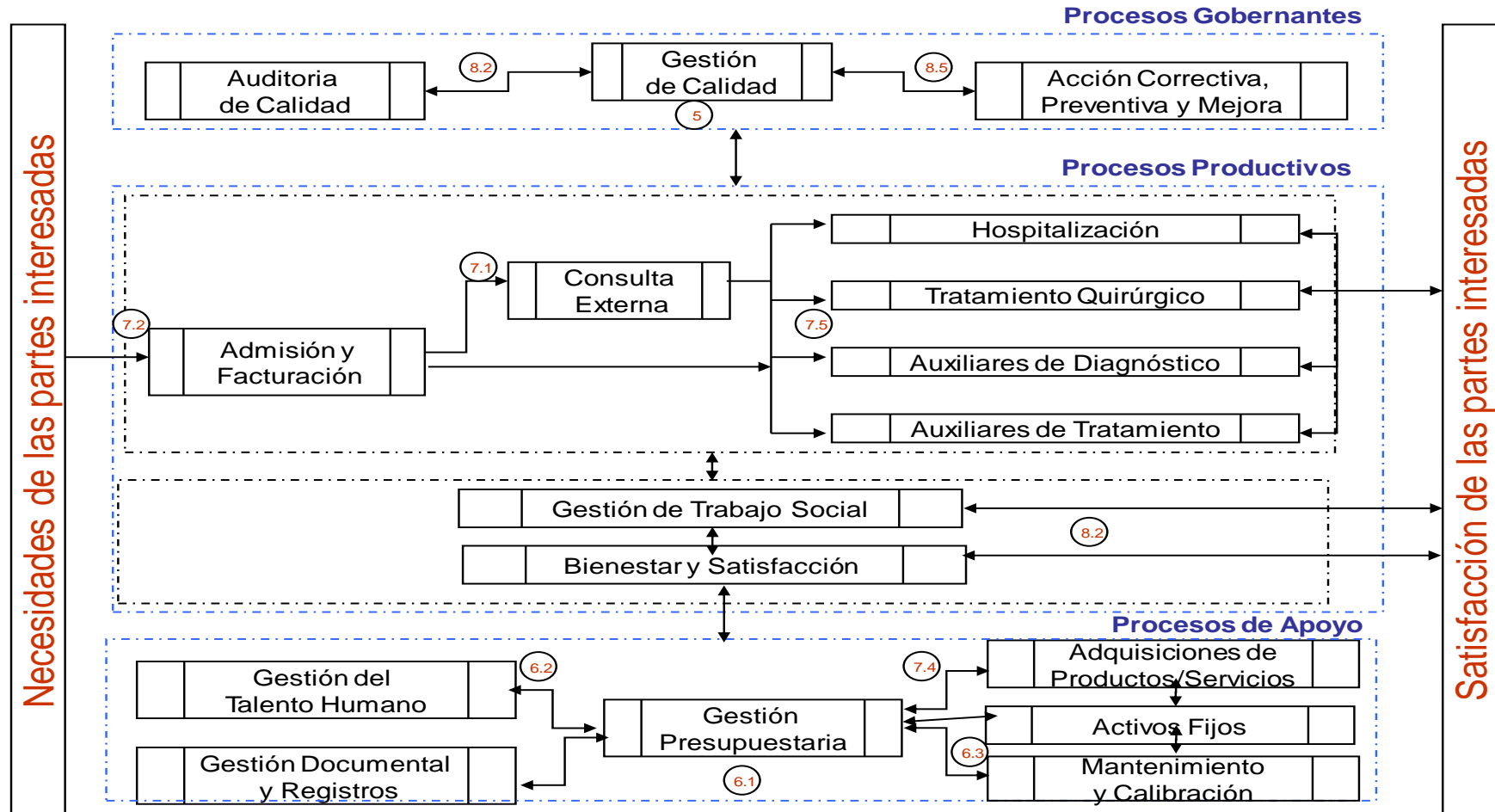
Procesos de Apoyo

Procesos
Activos Fijos
Adquisiciones
Control de Documentos
Control de Registros
RRHH
Presupuestos
Mantenimiento

2.2 MAPA DE PROCESOS ACTUAL

El mapa de procesos que a continuación se expone es un gráfico realizado por la Dirección del Club de Leones, tomando en cuenta que el mapa actual tiene poco entendimiento a pesar que demuestra 3 niveles: *estratégicos, realización y de apoyo*, en el cual la interrelación que intentan demostrar no se define con claridad carece de codificación y dificulta así su clara comprensión. El mapa se expone a continuación:

MACROPROCESO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD - CLUB DE LEONES QUITO CENTRAL



Fuente: Datos internos de los diferentes procesos del Club de Leones

Elaborado por: Dirección del Club de Leones

2.3 DIAGRAMAS DE FLUJO¹²

2.3.1 Levantamiento de Procesos (Diagramación)

La diagramación constituye un elemento de decisión invaluable tanto para los individuos como para las organizaciones de trabajo: para aquellos, porque les permite percibir en forma analítica la secuencia de una acción en forma detallada, lo que contribuye sustancialmente a conformar una sólida estructura de pensamiento que contribuye a fortalecer su capacidad de decisión. Y para los organizadores, porque les posibilita el seguimiento de sus operaciones más importantes a través de diagramas de flujo, elemento fundamental para descomponer procesos complejos en partes, lo que le facilita la comprensión de su dinámica organizacional y simplificación del trabajo. Dentro de los objetivos que tiene este método analítico se puede citar:

- Determinar el orden de las operaciones, los recursos que intervienen y el tiempo de ejecución.
- Precisar de manera analítica los elementos necesarios para llevar a cabo sus funciones en forma lógica y consistente.
- Constituye un elemento de decisión, porque permite percibir de forma analítica la secuencia de una acción en forma detallada.

¹²IDROBO P. (2009). **Modelo de Administración de Procesos (apuntes de clase)**. Quito.

- Realizar un levantamiento de información para entender el proceso.

Los procesos actuales levantados se encuentran en el ANEXO No. 01.

2.3.2 Simbología de la Norma ANSI de Flujogramas

Los símbolos de diagramación empleados internacionalmente son elaborados por el ANSI, que es una organización encargada de estandarizar ciertas tecnologías que buscan las características y la performance de los productos sean consistentes y que las personas empleen las mismas definiciones y términos para que los productos sean testeados de la misma forma.

La simbología de diagramación se encuentra en el ANEXO No. 02

2.4 ANÁLISIS DEL VALOR AGREGADO¹³

2.4.1 Sistemas que Agregan Valor

Agregar valor significa hacer algo más útil, lo que implica que los procesos ayudan a lograr los objetivos estratégicos de negocio. Por el contrario, los procedimientos y registros burocráticos que no reflejan la realidad de la manera como la organización trabaja simplemente no agregan costo, no

¹³IDROBO P. (2009). **Modelo de Administración de Procesos (apuntes de clase)**. Quito.

agregan valor. Dentro de esta doctrina que se expone se tiene que explicar el *MUDA*; palabra japonesa que significa “cualquier actividad, proceso u operación que no agrega valor al producto o servicio para el consumidor o cliente”; hace una referencia clara de los que es desperdicio de todo tipo.

2.4.2 Análisis de Valor Agregado

Dependiendo de la contribución que tenga cada una de las actividades por su valor agregado las actividades pueden clasificarse en:

- **Actividades de valor agregado para el cliente (VAC):** actividades observadas por el cliente y necesarias para generar las salidas que el espera.
- **Actividades de valor agregado para el negocio (VAN):** actividades necesarias para la organización que no agregan valor desde el punto de vista del cliente.
- **Actividades que no generan valor agregado (NVA):** actividades no exigidas por el cliente o por el proceso, que existen por un diseño inadecuado o por que el proceso no funciona como debe ser y que puede eliminarse sin afectar la salida para el cliente.

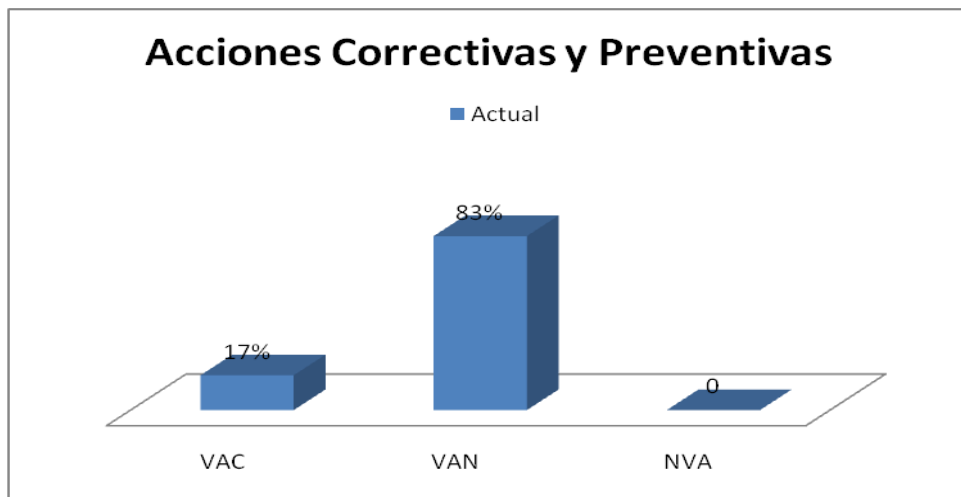
El cuadro de valor agregado se encuentra en el ANEXO No. 03

2.5 ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS FUERTES Y DÉBILES DE LOS PROCESOS ACTUALES

a. Acciones Correctivas y Preventivas

El Representante de la Dirección y el Personal del Club de Leones tienen que identificar las no conformidades y el Control de Producto No Conforme, como documentos ingresan los reclamos de los clientes y encuestas de satisfacción del cliente. Se evalúa la necesidad de una acción correctiva o preventiva para que el Administrador del Proceso revise las no conformidades y sus causas; luego se revisa la eficacia de las acciones correctivas, para definir los proyectos de mejoramiento continuo para nuevamente revisar la eficacia de las acciones.

GRAFICO No. 2.5.1.



Gráficos realizados por: Wilson Echeverría

Análisis

En el estudio del proceso se determinó que las acciones correctivas y preventivas agregan un valor significativo al Centro Comunitario, además de agregar algo de valor al cliente; a continuación se detalla los aspectos fuertes-débiles identificados:

PROCESO

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • En las actividades que forman parte del diagrama de flujo tienen claro el valor agregado que se le da al negocio por cada actividad. • Se logra determinar que el personal del centro comunitario identifica rápidamente los reclamos de los clientes 	<ul style="list-style-type: none"> • El proceso diseñado no está diseñado con la metodología PHVA. • Existe desperdicio de papelería en lo que a copias de las encuestas de satisfacción al cliente se refiere.

DOCUMENTACIÓN

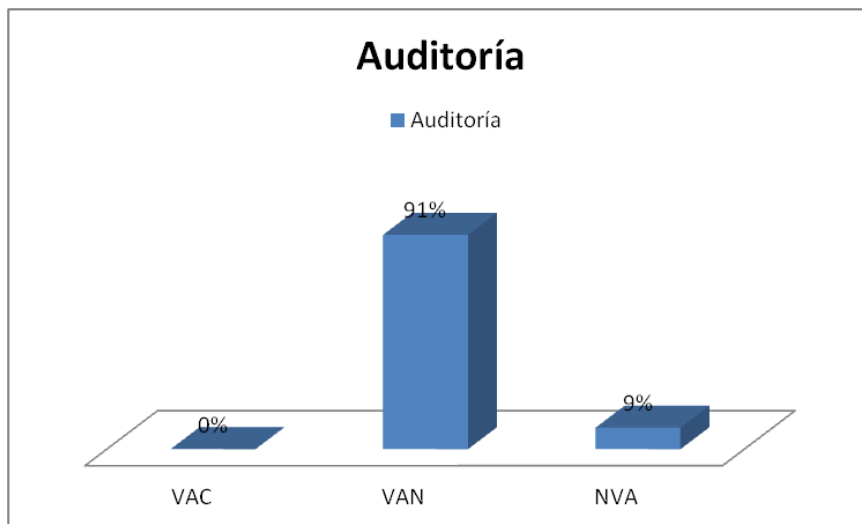
Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • La Dirección Administrativa presente en todos los procedimientos. • Los registros físicos y digitales se encuentran inventariados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registros y documentación codificados de manera errónea. • Los reclamos y las encuestas de satisfacción al cliente ingresan sin tabulación.

b. Auditoría

El auditor líder y los auditores estudian la estructura organizativa y sus funciones previas a la auditoría, para que el comité de calidad junto con la dirección defina el programa de auditoría, para que el auditor líder planifique las auditorías. Se elaboran las listas de verificación para la auditoría y se da a conocer a los auditados la ejecución, al término de la auditoría el auditor líder

elabora el informe de auditoría, para que el comité de calidad o la dirección revisen los resultados y puedan emitir un acta de comité de calidad. Si los resultados son satisfactorios, se identifican las nuevas oportunidades de mejoramiento. Si los resultados no son satisfactorios la institución toma las acciones correctivas y preventivas del caso y determinar si se necesita una auditoría de seguimiento; si en el caso de que se requiera una auditoría de seguimiento se tiene que definir nuevamente el programa de auditoría, si no se necesita la auditoría de seguimiento, se evalúa el cumplimiento de las acciones.

GRAFICO No. 2.5.2.



Análisis:

En el estudio del proceso se logró que las actividades realizadas dentro del mismo el mayor porcentaje se relacione con las actividades que agregan valor, tomando en cuenta que se identifica actividades que no agregan valor; que no ayuda al buen desempeño del proceso; a continuación se detalla los aspectos fuertes-débiles identificados:

PROCESO

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • Se agrega valor a todas las actividades. • Se define nuevos programas de auditorías. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se elaboran las listas de verificación sin conocer el estado de los resultados. • Se mantiene un índice bajo de actividades que no agregan valor.

MATERIALES

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • La Dirección Administrativa ofrece todos los elementos necesarios para que se programe la auditoría. 	<ul style="list-style-type: none"> • No son suficientes los suministros de oficina para la realización de las actividades.

NORMATIVA

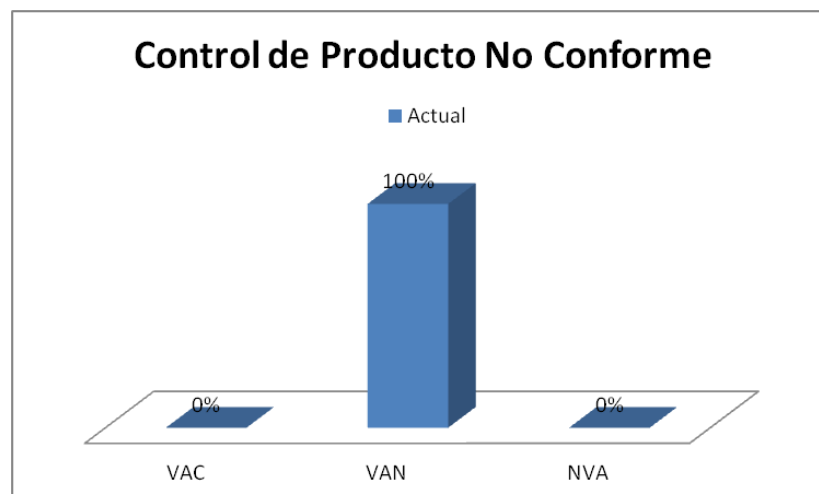
Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • Auditor líder y auditores de soporte realizan estudio de estructura administrativa. • Dirección Administrativa y el Auditor Líder elaboran las listas de verificación. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existen políticas acerca de auditorías de gestión. • No existen reglamentos para realizar las auditorías

MEDICIÓN

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • Se elabora informe de auditoría como único indicador de gestión. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existen indicadores para medir la gestión del proceso.

c. Control de Producto No Conforme

El personal del club de leones identifica las no conformidades y servicio no conforme. Si se toman las acciones correctivas, se tienen que tomar de inmediato, para que el administrador del proceso revise y defina las no conformidades y sus causas, para adoptar e implementar las acciones. El representante de la dirección y el administrador del proceso, revisa la eficacia de las acciones correctivas y preventivas para realizar el seguimiento. Si la acción a tomar es preventiva el administrador del proceso certifica la información de la no conformidad planteada. Si no es válida, se tiene que identificar nuevamente las no conformidades del servicio no conforme. Si es válida se designa los responsables de la ejecución de las acciones para revisar y definir las no conformidades y sus causas. Si no son eficaces las acciones se revisan y define las no conformidades y sus causas para adoptar e implementar las acciones. Si es eficaz se tiene que realizar una mejora. En el caso de que no requiera mejora, el representante de la dirección y el administrador del proceso, revisa el proyecto de mejoramiento continuo para luego desarrollar los proyectos de mejora continua.

GRAFICO No. 2.5.3.

Análisis:

En el análisis que se realizó se logra identificar que todas las actividades agregan valor a la organización, tomando en cuenta que no se toman las medidas dentro de lo que es normativa ISO 9001.

NORMATIVA

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Las directrices para implantar las acciones son eficaces. 	<ul style="list-style-type: none"> La política de asignación de responsables involucra a demasiado personal

PROCESO

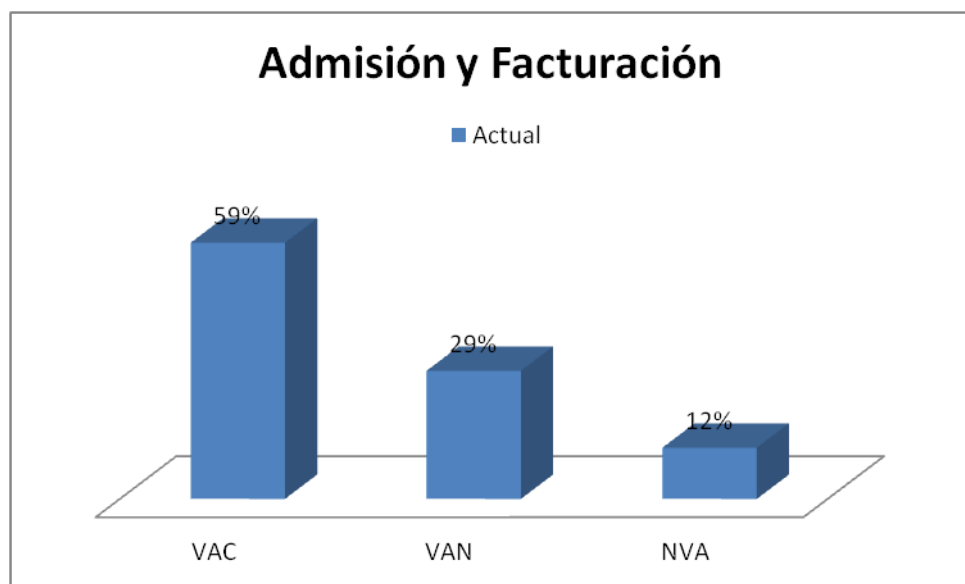
Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Otorgan valor agregado a las actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> Proceso diseñado sin los preceptos PHVA.

d. Admisión Facturación

La recepcionista se encarga de informar al paciente de los servicios que ofrece el Centro Comunitario, se abre la historia clínica y se emite la nota de venta detallado la especialización. El Doctor Especialista realiza la consulta al paciente. Se evalúa si el paciente necesita intervención quirúrgica; si no necesita intervención, el médico tratante define el tratamiento para la recuperación. En el caso de que si necesite la intervención, trabajo social suministra los presupuestos quirúrgicos. Luego se evalúa si el paciente tiene la posibilidad de pagar la cirugía; ni no tiene la posibilidad de pagar la intervención la presidencia tramita los convenios interinstitucionales. Si tiene

la posibilidad de pagar la intervención la enfermera y el médico residente hospitalizan al paciente para proceder con la intervención quirúrgica. Si la intervención no fue exitosa, atención al cliente orienta para dar solución al problema, si se soluciona el problema se emite la nota de venta en caja, y si no hubo solución se tramita devoluciones y cambios. Si la intervención salió exitosa, el cajero liquida los valores por los servicios prestados, emite la copia de la nota de venta, se verifican los datos por parte del supervisor de cajas y el cajero para realizar el depósito general al banco.

GRAFICO No. 2.5.4.



Análisis:

En la investigación que se realizó en el proceso se logran identificar que la mayoría de las actividades agregan valor al cliente, además de acotar que existen actividades que agregan valor al negocio, con un pequeño índice de actividades que no agregan valor.

PROCESO

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • Se informa al cliente todos los servicios del Centro Comunitario. 	<ul style="list-style-type: none"> • En el proceso se involucra actividades que no corresponden al departamento.

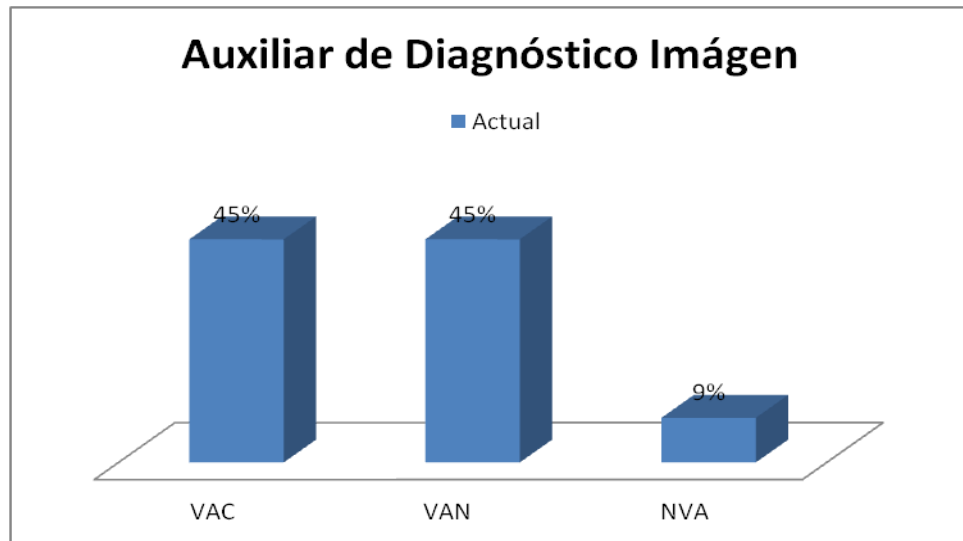
PERSONAS

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • Personal calificado para la gestión de la actividad. • Motivación al servicio moderada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se carga de actividades al personal. • Baja remuneración salarial.

e. Auxiliar de Diagnóstico Imagen

El coordinador de laboratorio, coordina las funciones y actividades con otros procesos, para que la secretaria gestione los exámenes de laboratorio e imagen. El auxiliar de laboratorio, realiza la limpieza y desinfección para preparar el material de laboratorio, se receptan las muestras y se extrae sangre; se realizan los exámenes de las muestras, se revisa placas hematológicas e hepatológicas, el coordinador de laboratorio controla el cumplimiento de funciones del área. Si se realiza el cumplimiento, el jefe de laboratorio evalúa el desempeño del proceso para que el coordinador de laboratorio, evalúe el programa de procedimientos. Si se realiza el cumplimiento el director médico evalúa el desempeño del proceso.

GRAFICO No. 2.5.5.

**Análisis:**

En el estudio que se realizó se logra determinar que los valores agregados al cliente y al negocio tiene una equivalencia que es indica que el proceso es saludable, se tendría que eliminar las actividades que no agregan valor para que se aprovechen todos los recursos que se necesitan para el desarrollo del mismo.

PROCESO

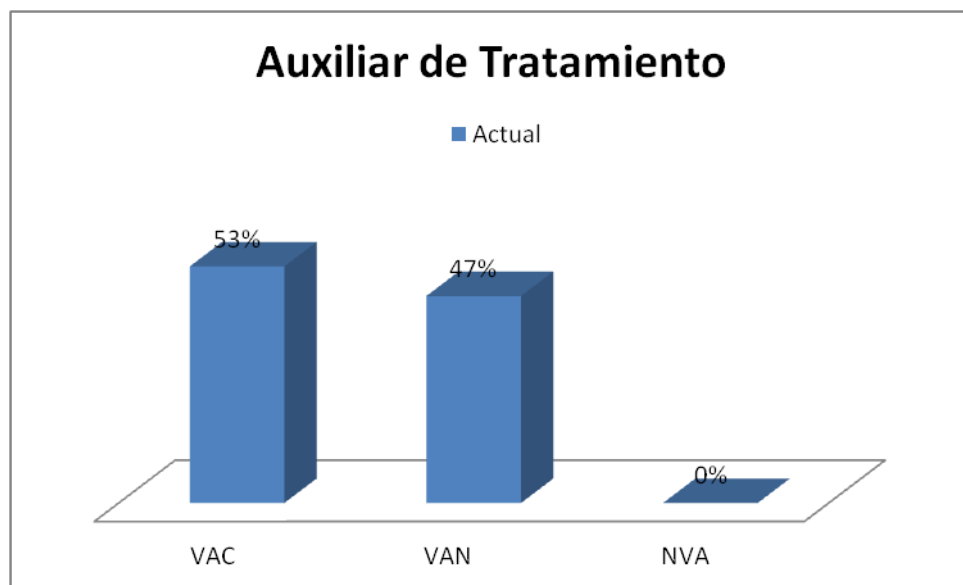
Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> El coordinador de laboratorio controla todas las actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinador de laboratorio involucrado en actividades que no agregan valor. Personal de Laboratorio realiza limpieza del mismo.

MATERIALES

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Material médico de excelente calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Suministros de oficina no son suficientes para la normal gestión del proceso.

f. Auxiliar de Tratamiento

El coordinador del área planifica diariamente las actividades del recurso humano, para que se equipe las sub-áreas según el protocolo y bioseguridad. Se recepta al paciente y se valida la información. Si no se va a iniciar el tratamiento el personal encargado realiza nuevamente la toma del turno para la nueva cita médica. Si el tratamiento se inicia se planifican los horarios y se procede a instruir de forma personalizada los pasos a seguir según el tratamiento prescrito con la auxiliar de enfermería apoyando la actividad, el médico tratante evalúa el tratamiento. Si no hay producto no conforme se da de alta al paciente y se mide la eficiencia del proceso. Si hay producto no conforme, se aplican los protocolos de corrección para que el coordinador del área mida la eficiencia del proceso. Se atiende de forma personalizada al paciente según sea su procedencia y se factura los medicamentos.

GRAFICO No. 2.5.6.

Análisis:

Dentro de la investigación realizada se logró determinar que el valor agregado para el cliente supera al valor agregado para el negocio, se encuentra con porcentajes aceptables, sin obtener actividades que no generan valor agregado.

PROCESO

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Se instruye de forma personalizada los pasos a seguir en el tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinador de área realiza actividades que no agregan valor.

NORMATIVA

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Se manejan protocolos de equipamiento de área y bioseguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> Políticas de planificación con departamentos que no se relacionan entre sí.

MEDICIÓN

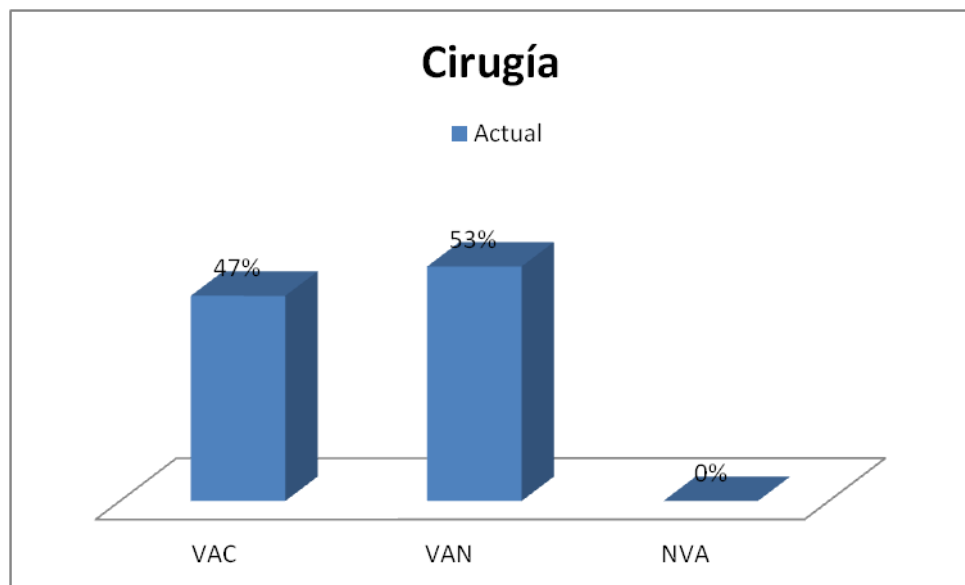
Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Único dispositivo de medición control de producto no conforme. 	<ul style="list-style-type: none"> No tienen indicadores de gestión.

g. Cirugía

La coordinadora de sala de operaciones planifica la gestión de la sala, para que la secretaría gestione el ingreso del paciente y programar el procedimiento quirúrgico y controlar el programa de cumplimiento

quirúrgico, si no se cumple el procedimiento quirúrgico, el director médico evalúa el desempeño del proceso; si se cumple el proceso, bodega interna provee insumos y medicamentos para la cirugía, control de esterilización prepara los paquetes quirúrgicos y el anestesiólogo realiza la intervención de la anestesia para que el cirujano realice la intervención quirúrgica, en apoyo esta el instrumentista, circulante, médico residente, el médico residente de recuperación. Si el paciente ingresa a hospitalización, el médico residente ingresa los datos del paciente; si no ingresa a hospitalización, nuevamente el médico residente de recuperación realiza el control en consulta externa; si el paciente se va con el alta se hace la liquidación total del paciente; si no se va con el alta, nuevamente se realiza el control en consulta externa.

GRAFICO No. 2.5.7.



Análisis:

Dentro de los datos arrojados en el estudio de los procesos actuales, se puede observar que el valor agregado para el negocio es más alto que el valor

agregado para el cliente, porque obligatoriamente tiene que ser mayor el porcentaje del valor agregado para el cliente, porque es una sala de cirugía.

PROCESO

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Se coordina la planificación de la sala de operaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría encargada de de gestionar ingresos de pacientes al programa quirúrgico.

INFRAESTRUCTURA

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> La sala de operaciones cumple con todas las normas de funcionamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Sala de cuidados intensivos muy pequeña.

MATERIALES

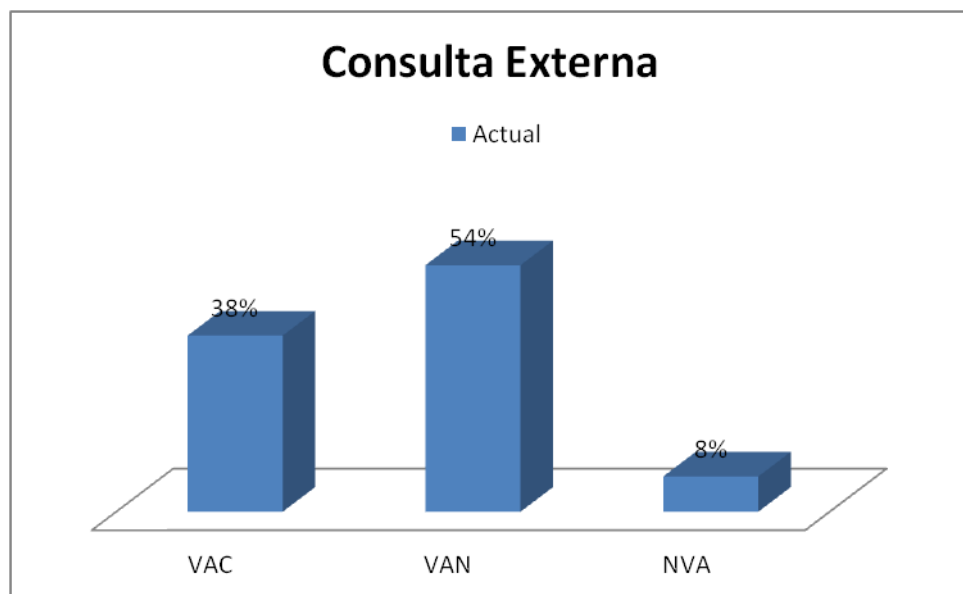
Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Suministros médicos suficientes para el proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> Suministro de medicamentos e instrumental es distribuido por bodega interna.

h. Consulta Externa

El director médico planifica los servicios de consulta externa para que el comité evalúe y apruebe el POA. La coordinadora de enfermería, planifica horarios, actividades y chequeos ejecutivos; luego la auxiliar de enfermería equipa los consultorios según los protocolos y bioseguridad, para que se proceda a distribuir las historias clínicas. Realizado esto, se recepta al

paciente y valida la información sobre él, para preparar al paciente. El médico realiza la consulta médica. Se evalúa si hay producto no conforme; si hay producto no conforme se aplican los protocolos en la evolución de la historia clínica. Si no hay producto no conforme se tiene que definir si hay orientación post-consulta; si no hay orientación se tiene que planificar nuevamente los servicios de consulta externa. Si hay producto no conforme, la auxiliar de enfermería guiará al paciente sobre los pasos a seguir según la prescripción médica que hay emitido el médico tratante. En el caso de que en la orientación post-consulta existiese servicio no conforme, la coordinadora de enfermería evalúa y diseña los seguimiento de planes para que el director médico evalúe y haga el seguimiento del plan operativo anua. En el caso de que si hubiese servicio no conforme, el director médico toma las acciones correctivas y preventivas del caso.

GRAFICO No. 2.5.9.



Análisis:

Dentro de la investigación que se realizó el grafico indica que el valor agregado para el negocio es mayor que el del cliente además de tener un porcentaje de actividades que no agregan valor; esta dirección se tiene que replantear ya que el valor agregado para el cliente es lo que debe ser superior por ser un departamento con alto contacto humano.

PROCESO

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • La coordinadora de enfermería realiza planificación completa del departamento. • El Centro Comunitario realiza orientación post consulta agregando valor al cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se están mezclando procesos estratégicos con procesos de apoyo. • El proceso se encuentra enfocado en lo que es producto no conforme y no en consulta externa.

PERSONAS

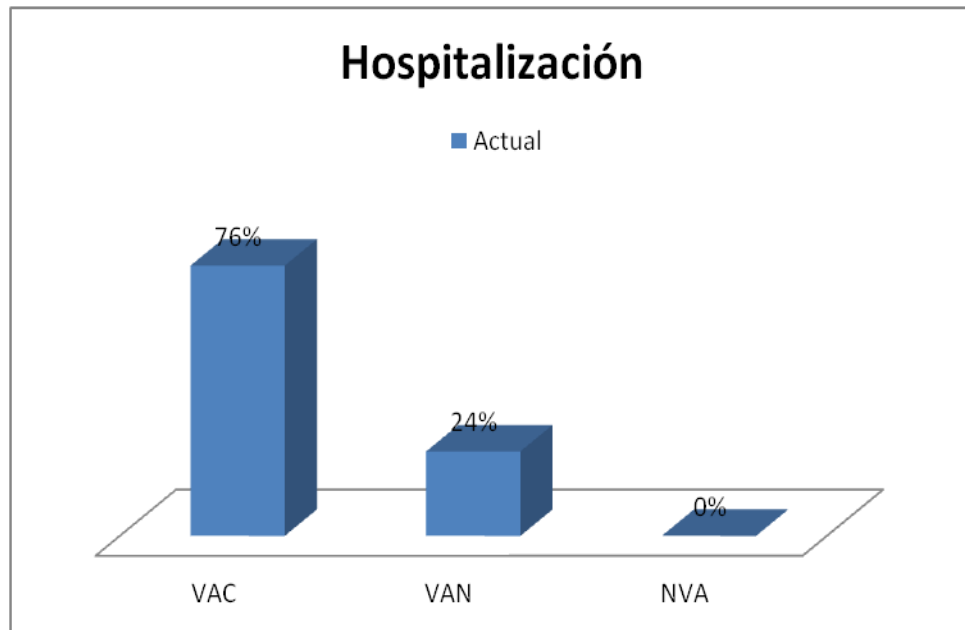
Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • Alta motivación en la realización de las actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja remuneración salarial.

INFRAESTRUCTURA

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • Edificaciones acordes con la necesidad departamental.. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones en ocasiones utilizada en sobrecapacidad.

i. Hospitalización

El coordinador de médico residente elabora la planificación mensual, para que la coordinadora de enfermería elabore la planificación mensual y realizar las actividades administrativas. El médico residente y la enfermería tienen que cumplir con el cronograma. Si es un paciente quirúrgico el médico residente cumple las indicaciones del anesthesiólogo, médico tratante y especialidades; si es un paciente clínico se cumplen las indicaciones del médico tratante. Si el paciente tiene alguna complicación el personal de limpieza limpia y clasifica el área y el médico tratante da la orden de interconsulta y el médico intensivista evalúa y da el tratamiento al paciente; el médico tratante define el tratamiento a seguir con el paciente para que la enfermera proporcione el cuidado directo con soporte de la auxiliar de enfermería. El médico residente evalúa constantemente al paciente, el médico tratante da seguimiento al paciente. Si el paciente tiene condición estable el médico tratante da la orden de alta al paciente, el médico residente transcribe la epicrisis, para que la coordinadora de enfermería elabore la hoja de liquidación. Si no se complica el personal de limpieza limpia y clasifica el área, para que el médico coordine el tratamiento a seguir con el paciente, el cuidado del paciente, y el médico residente evalúe constantemente al paciente.

GRAFICO No. 2.5.10.**Análisis:**

El grafico demuestra que el valor agregado para el cliente, abarca casi la totalidad de las actividades, que conjuntamente con el valor agregado del negocio, se mantiene un equilibrio, ya que el cliente externo es el que percibe todos estos extras.

PROCESO

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> El médico residente y el departamento cumplen el cronograma a satisfacción. 	<ul style="list-style-type: none"> La planificación mensual es realizada 3 veces por distintos responsables. Las actividades del proceso no tienen una dirección clara.

PERSONAS

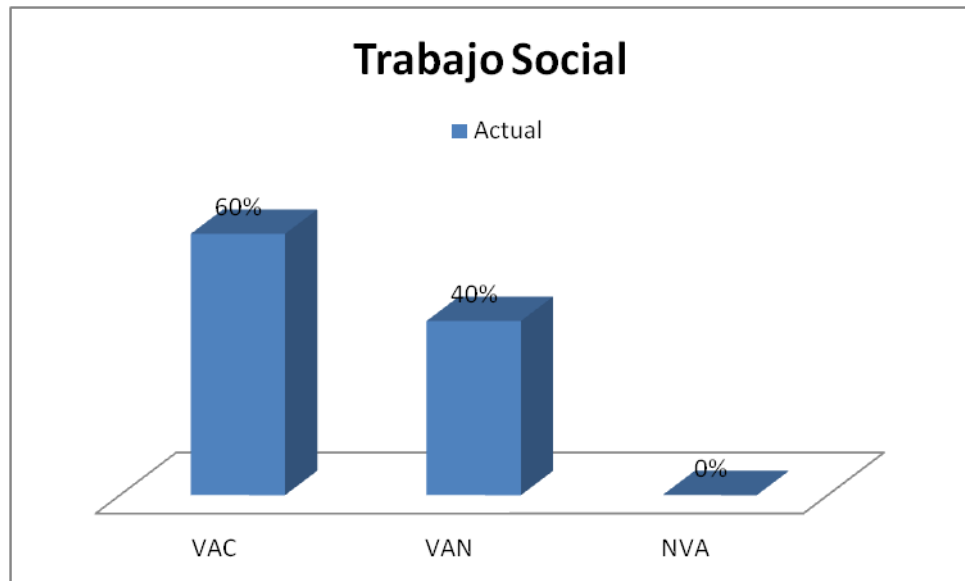
Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • Los responsables del departamento manejan una alta motivación al servicio. • El personal involucrado en hospitalización tienen competencias de calidad comprobadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carga horaria en ocasiones excesiva. • Baja remuneración salarial.

INFRAESTRUCTURA

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • El área para el alojamiento de los pacientes cumple con los requisitos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corredores y salidas no tienen un espacio considerable para el transporte de pacientes en casos de emergencia y traslado.

j. Trabajo Social

El Coordinador de Trabajo Social organiza y planifica la gestión administrativa para que se dé el cumplimiento respectivo; además, se gestionan las actividades interinstitucionales para que se puedan coordinar los servicios de convenios. Se determina si el paciente tiene la necesidad de ayuda económica; si requiere ayuda económica, la trabajadora social elabora los informes y las encuestas sociales, para que el Comité de Damas evalúe y sean ellos quienes autoricen la ayuda económica, y coordinar con cajas el pago con ayuda, se elaboran los informes mensuales pertinentes para que se proceda a evaluar el desempeño del personal de trabajo social y limpieza. Si no necesita se manejan los convenios.

GRAFICO No. 2.5.11.**Análisis:**

En el análisis que se realizó se logró determinar que las acciones que agregan valor al cliente son las que predominan en este proceso seguidas, por las acciones que agregan valor al negocio, indicando con esto que el proceso se realiza con bastante fluidez al momento de servir a los pacientes.

PROCESO

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • Existe planificación para la gestión administrativa. • Se coordinan los servicios de ayuda social para pacientes de escasos recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de la ayuda económica muy burocrática. • Se mezclan actividades de procesos distintos.

PERSONAS

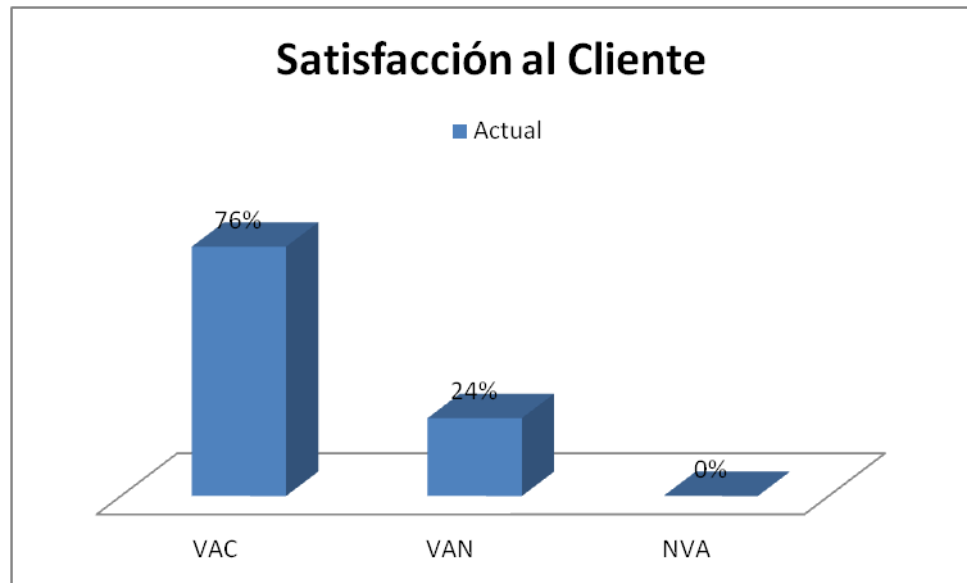
Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> El personal del departamento tiene alta motivación al servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> Carga horaria excesiva.

DOCUMENTACIÓN

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Se manejan archivos físicos y digitales de todos los pacientes que necesitaron ayuda económica. 	<ul style="list-style-type: none"> No existen manuales de evaluación de condición económica de los pacientes.

k. Satisfacción al Cliente

El jefe de RRHH desarrolla el formato de encuesta del cliente interno/externo, para luego realizar la planificación de la gestión de bienestar del cliente. El comité administrativo tiene que aprobar la planificación realizada; si no es aprobada, se tiene que nuevamente realizar la planificación hasta que sea formalmente aprobada. Si es aprobada la planificación por parte del comité administrativo el jefe de RRHH realiza la ejecución de la planificación; para que luego el administrador del proceso evalúe el desempeño del proceso. Si el proceso cumplió con los objetivos del comité administrativo se realiza la revisión final de la gestión. Si no cumplió con dichos objetivos, se tienen que definir las causas por las que no se cumplieron los objetivos planteados por el comité.

GRAFICO No. 2.5.12.**Análisis:**

Dentro del análisis que se realizó las actividades que tienen mayor aporte son las que agregan valor al negocio, mientras las que agregan valor al cliente se encuentran muy por debajo del estándar y no existen actividades que agregan valor al negocio.

PROCESO

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • Existe planificación para la gestión administrativa. • Se coordinan los servicios de ayuda social para pacientes de escasos recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de la ayuda económica muy burocrática. • Se mezclan actividades de procesos distintos.

PERSONAS

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • El personal del departamento tiene alta motivación al servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carga horaria excesiva.

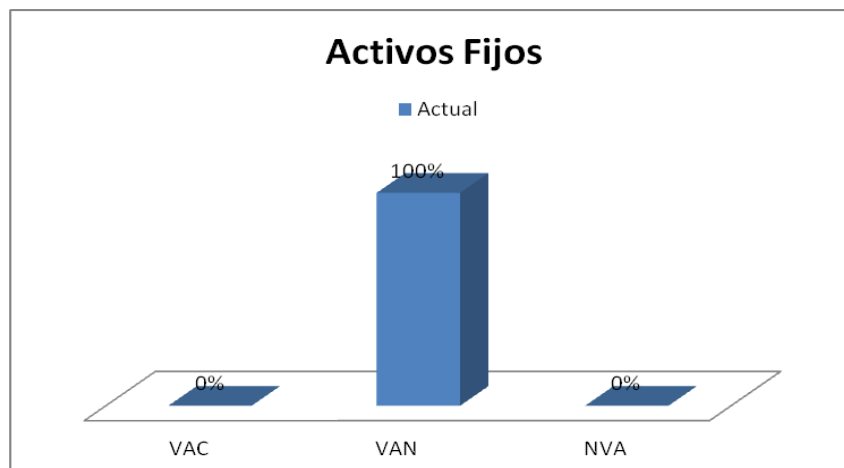
DOCUMENTACIÓN

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Se manejan archivos físicos y digitales de todos los pacientes que necesitaron ayuda económica. 	<ul style="list-style-type: none"> No existen manuales de evaluación de condición económica de los pacientes.

I. Activos Fijos

El jefe de activos fijos revisa que el activo contenga las especificaciones de la proforma aprobada en donación o activos en comodato. Si no se acepta el activo termina el procedimiento; si se acepta el activo, se realiza un acta entrega-recepción del equipo para proceder a etiquetar al activo fijo, se asegura y se empieza a hacer uso del activo fijo. Si el equipo no está en funcionamiento se tiene que gestionar el arreglo del mismo por medio de la aseguradora. La aseguradora indemniza y finiquita el reclamo para que el contador registre el ingreso por indemnización para controlar en el inventario. Si el activo fijo está en funcionamiento se tiene que gestionar el mantenimiento del mismo, para que pueda ser controlado por medio de inventario, revisar los informes del control para que el comité administrativo tome decisiones sobre ellos.

GRAFICO No. 2.5.13.



Análisis:

Dentro del análisis al proceso levantado se logra identificar que los valores agregados para el negocio son los que priman en la tabla de porcentajes que se realiza.

PROCESO

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Desperdicio de tiempo en realizar control de activos en repetidas ocasiones. 	<ul style="list-style-type: none"> No se tiene un responsable directo del proceso.

PERSONAS

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> La competencia del personal que realiza es de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Solo un empleado realiza el conteo de activos.

NORMATIVA

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Los reglamentos para realizar los controles se encuentran detallados en su totalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> No existen políticas acerca de cómo proceder con el control de activos.

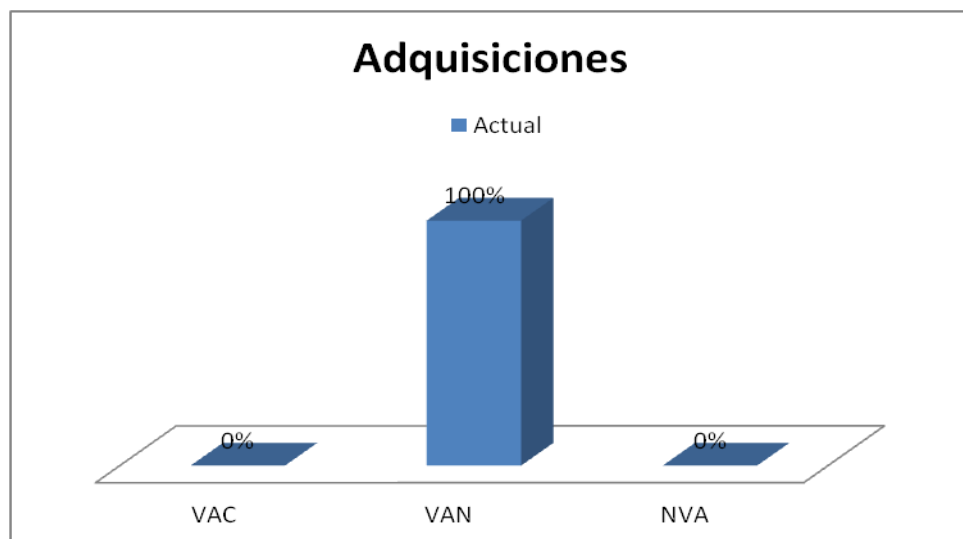
DOCUMENTACIÓN

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Los instructivos de todos los activos se encuentran archivados. 	<ul style="list-style-type: none"> No tienen registros físicos ni digitales de las facturas de algunos activos fijos.

m. Adquisiciones

El coordinador de compras planifica la gestión de compras, realizado esto el usuario solicita la requisición de compra para seleccionar a los proveedores. Se tramita la requisición de compra y se selecciona los proveedores; se realiza la compra de insumos, activos o suministros. Se verifica la compra. Si el producto comprado no corresponde a la especificación de la factura. Nuevamente se planifica la gestión de compra. Si corresponde el equipo en la factura el coordinador de inventarios registra en el sistema la compra. El usuario aplica el instructivo de manejo de activos fijos, el coordinador de compras controla el presupuesto de compras y el administrador del proceso evalúa el desempeño del proceso.

GRAFICO No. 2.5.14.



Análisis:

En el gráfico se observa que todas las actividades del proceso están directamente relacionadas con los valores agregados del negocio, lo que indica que toda la fuerza de trabajo se concentra concretamente en las actividades a realizar para cumplir con el proceso.

PROCESO

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinador de compras planifica gestión de adquisición agregando valor al negocio. • Selección de los mejores proveedores por concurso de merecimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demora en entrega de orden de requisición al coordinador de compras. • Facturas que no corresponden al pedido de compra.

PERSONAS

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • Amplia experiencia del coordinador de compras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carga de horas de trabajo altas, logrando disminuir la motivación.

MATERIALES

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • Materia prima concerniente a salud de la mejor calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los suministros de oficina entregados con lentitud y burocracia.

NORMATIVA

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Política de compras de suministros correctamente diseñada. 	<ul style="list-style-type: none"> Los reglamentos que forman parte de adquisiciones tienen inconsistencias acerca de cómo proceder cuando el pedido está incorrecto por parte del proveedor.

DOCUMENTACIÓN

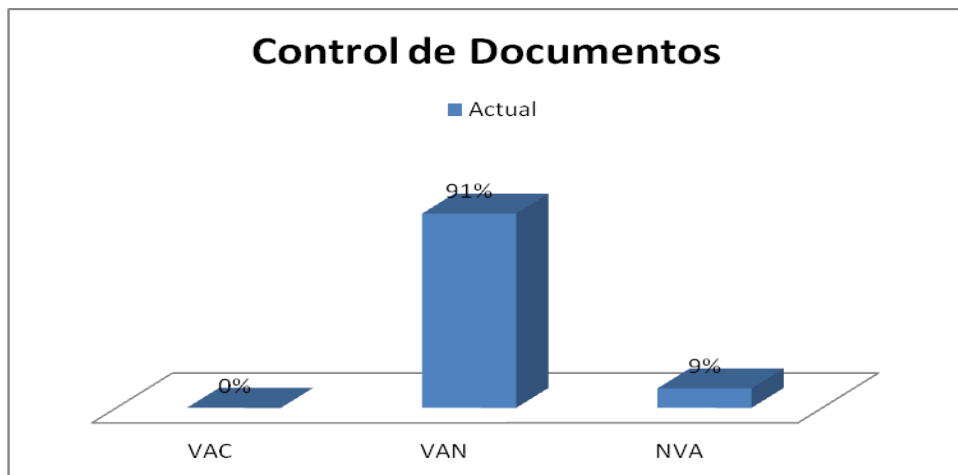
Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Se tiene todos los manuales de uso de los equipos y detalle de los medicamentos con registros físicos y digitales. 	<ul style="list-style-type: none"> No tienen registros físicos ni digitales de las facturas de algunos activos fijos.

n. Control de Documentos

El administrador del proceso planifica la elaboración de la documentación interna, externa y procedimientos, para editar y/o actualizar la documentación del SGC, procede a distribuir la información en la red para su utilización. El usuario del documento aplica la documentación para la implementación del sistema, para que el administrador del proceso verifique la utilización de las versiones actualizadas de la documentación. Si es un documento interno el representante evalúa la utilización de las versiones actualizadas de la documentación. Si se requiere modificación realizar las modificaciones necesarias. Si es un documento externo se analiza la vigencia

de los documentos externos. Si se crean cambios el administrador del proceso realiza las modificaciones necesarias para que el representante apruebe los cambios de documentos o procesos.

GRAFICO No. 2.5.15.



Análisis:

En el análisis se logró determinar que dentro de las actividades predominantes son las del valor agregado para el negocio y un porcentaje bajo las actividades que no agregan valor.

PROCESO

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Administrador del proceso planifica la elaboración de documentación y procedimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> Proceso diseñado sin preceptos PHVA.

EQUIPOS

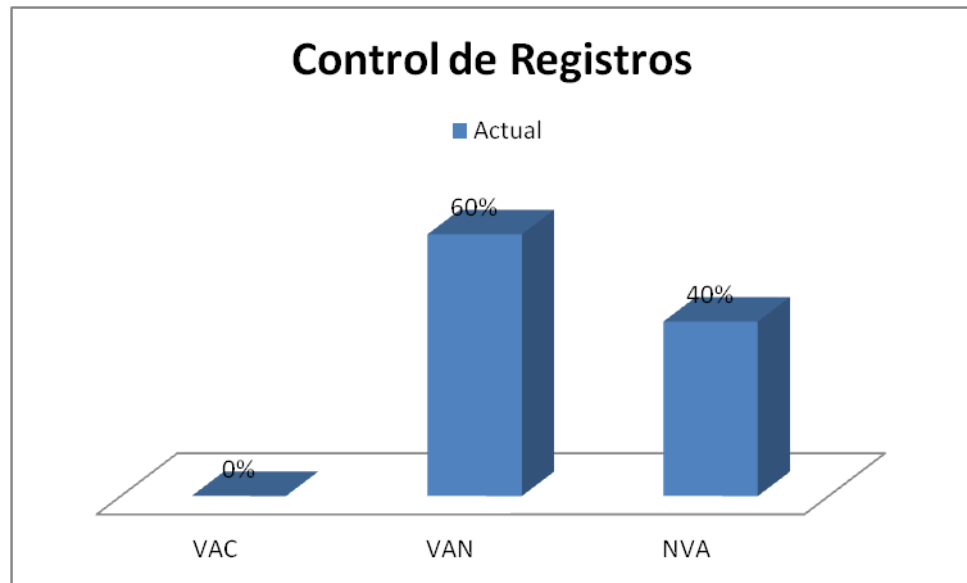
Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Equipo de oficina suministrado con las mejores marcas. 	<ul style="list-style-type: none"> No existen los computadores suficientes para la gestión de las actividades.

DOCUMENTACIÓN

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Los registros de todos los documentos se encuentran en formato digital y físico. 	<ul style="list-style-type: none"> Los documentos que se usan en el proceso no tienen concordancia con los preceptos ISO 9001.

o. Control de Registros

El administrador del proceso planifica la gestión del control de registros, para que el usuario del documento administre los registros a su cargo. Si el registro es activo el administrador del proceso tiene que verificar la administración de los registros. Si el registro es obsoleto, el representante de la dirección destruye los documentos obsoletos; y si, los registros son pasivos, el usuario del documento almacena los registros.

GRAFICO No. 2.5.16.**Análisis:**

En la exploración que se realizó a este proceso, se determinó que este indica un porcentaje elevado de actividades que no agregan valor, logrando identificar además que existe un porcentaje alto en cuanto se refiere a las actividades que agregan valor al negocio.

PROCESO

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • Administrador del proceso planifica la elaboración de documentación y procedimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso diseñado sin preceptos PHVA. • Exagerada cantidad de actividades que no agregan valor al proceso.

EQUIPOS

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Equipo de oficina suministrado con las mejores marcas. 	<ul style="list-style-type: none"> No existen los computadores suficientes para la gestión de las actividades.

DOCUMENTACIÓN

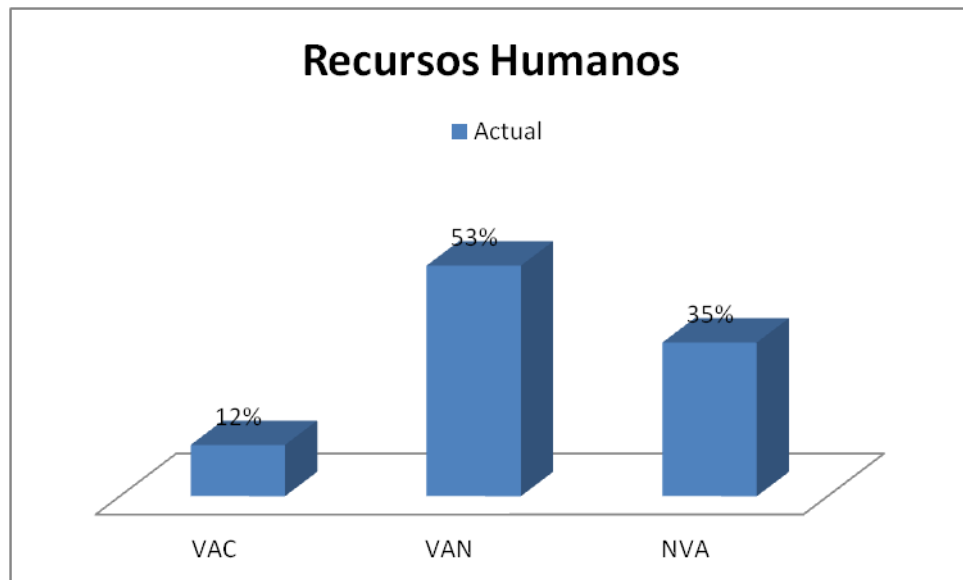
Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Los registros de todos los documentos se encuentran en formato digital y físico. 	<ul style="list-style-type: none"> Los documentos que se usan en el proceso no tienen concordancia con los preceptos ISO 9001.

p. Recursos Humanos

El jefe de RRHH planifica la gestión del talento humano, para que el comité administrativo apruebe dicha planificación de la gestión. Si no se aprueba la planificación, se tiene que nuevamente planificar la gestión del talento humano. Si se aprueba la gestión de la planificación, el jefe de RRHH, recluta el personal de acuerdo a los requerimientos de cada departamento. El comité administrativo o el comité de salud realizan la entrevista a los candidatos seleccionados. Si el candidato no se seleccionado se realiza nuevamente el proceso de selección de personal. Si el candidato a sido seleccionado el jefe de RRHH, contrata al candidato y realiza la inducción institucional; para que el Jefe de Área o Coordinador realice el proceso de inducción del puesto de trabajo, el empleado realiza la labor para la que fue contratado, para que el Jefe de RRHH elabore la nueva nómina. El Jefe de Área realiza la evaluación del personal, para que el Director Administrativo decida la permanencia del

personal que fue contratado de acuerdo a su evaluación. Si la evaluación no fue satisfactoria el jefe de RRHH realiza el proceso de salida del personal. Si la evaluación fue satisfactoria el empleado sigue en sus funciones. El jefe de RRHH, ejecuta los planes de motivación e incentivos y el plan de capacitación; además de evaluar el clima organizacional y la capacitación recibida.

GRAFICO No. 2.5.17.



Análisis:

En el estudio que se realizó a este proceso se logra determinar que casi todas las actividades que aportan al proceso agregan valor al negocio, además de identificar un alto porcentaje de actividades que no agregan valor; y, en último lugar encontramos a las actividades que agregan valor al cliente, muy por debajo de las NVA.

PROCESO

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • El Jefe de RRHH planifica la gestión del departamento, que agrega valor al negocio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demasiada burocracia para aprobar la planificación propuesta.

PERSONAS

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • Las competencias del jefe de RRHH son calificadas para el cargo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carga de trabajo en ocasiones excesiva.

EQUIPOS

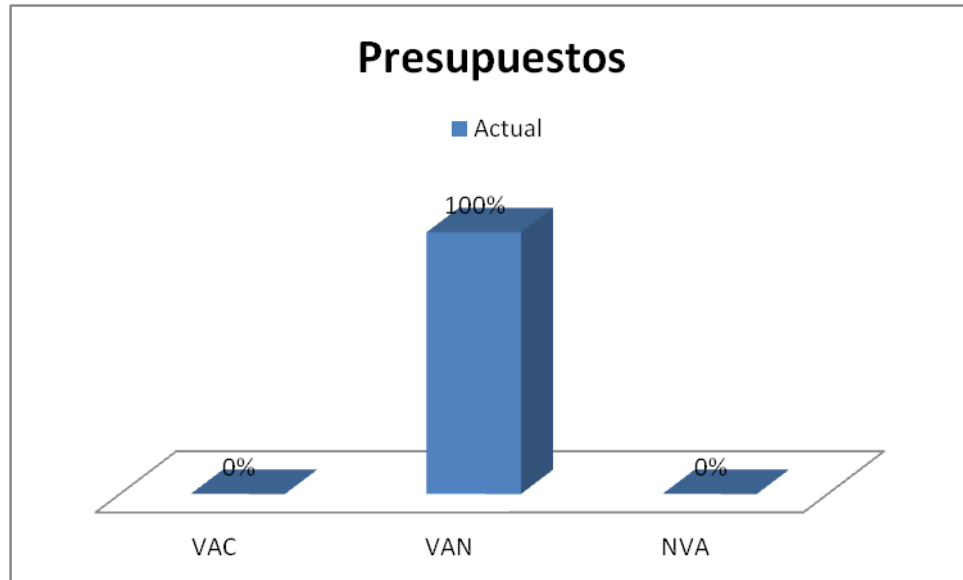
Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de computación completamente nuevo. • 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos archivadores completamente fuera de servicio.

q. Presupuestos

El jefe financiero analiza la información financiera para la elaboración del presupuesto, se elabora el presupuesto anual para que el Director Administrativo revise el presupuesto anual, permitiendo que el Tesorero del Directorio también revise el presupuesto y de la misma forma la asamblea general de socios. Si se aprueba el presupuesto el jefe financiero socializa el presupuesto para que los departamentos administrativos y hospitalarios proceden a ejecutar el presupuesto; el jefe financiero evalúa el presupuesto, para que la Asamblea General de Socios, y se proceda a ajustar el

presupuesto; para que el Administrador del Proceso evalúa el desempeño del proceso.

GRAFICO No. 2.5.18.



Análisis:

En el estudio que se realizó a este proceso, se identifica que todas las actividades agregan valor al negocio, comprendiendo así que todo en lo referente a los recursos financieros son correctamente distribuidos en cada departamento o necesidad de cualquier tipo que presente la institución.

PROCESO

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> El Directorio Administrativo presente en todo el proceso de elaboración del presupuesto anual. 	<ul style="list-style-type: none"> Demasiadas actividades para la elaboración del presupuesto anual. Las actividades del proceso no tiene concatenación cronológica.

PERSONAS

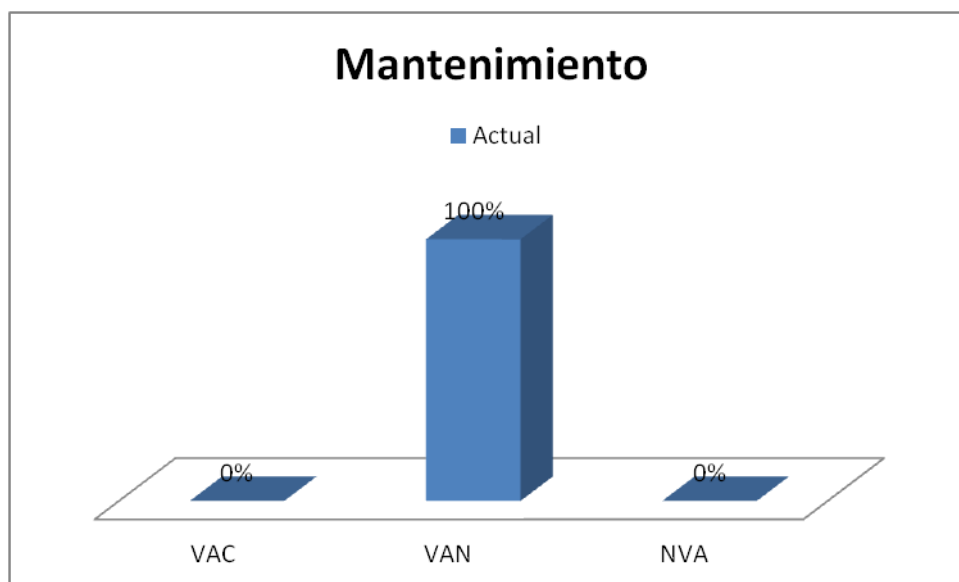
Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • La motivación para realizar las actividades es alta. 	<ul style="list-style-type: none"> • El responsable del diseño del presupuesto no tiene las competencias necesarias para el puesto.

r. Mantenimiento

El coordinador de mantenimiento regula la planificación de la gestión de mantenimiento, para que el Director Administrativo revise la planificación de la gestión de mantenimiento y que el comité administrativo apruebe la planificación de la gestión de mantenimiento. Si no se aprueba la planificación de la gestión se tiene que coordinar nuevamente la planificación de la gestión de mantenimiento. Si se aprueba la gestión las áreas involucradas y los departamentos de la organización ejecutan el plan de mantenimiento, se tiene que solicitar el requerimiento del mantenimiento, para que el director administrativo apruebe el requerimiento de mantenimiento. Si no se aprueba el requerimiento de mantenimiento, se tiene que solicitar nuevamente el requerimiento de mantenimiento; si se aprueba el requerimiento de mantenimiento, el coordinador de mantenimiento ejecuta el requerimiento y coordina la revisión del cumplimiento del plan de mantenimiento. Los involucrados en la gestión de mantenimiento realiza el informe de mantenimiento del área, para que el coordinador de mantenimiento consolide el informe final, las áreas y departamentos involucrados verifica el cumplimiento del requerimiento de mantenimiento, para que el coordinador de mantenimiento consolide el informe. El director administrativo revisa el informe para tomar las acciones correctivas y/o

preventivas del caso; para que el comité administrativo apruebe el informe de acciones correctivas y/o preventivas.

GRAFICO No. 2.5.19.



Análisis:

En el estudio que se realizó para este proceso, indica que todas las actividades relacionadas agregan total valor al negocio, acotando que no se logra identificar actividades que no agregan valor, entendiendo que no existe ningún tipo de desperdicio de recursos.

PROCESO

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> Se agrega valor al negocio por la planificación realizada. 	<ul style="list-style-type: none"> Demasiada burocracia para la aprobación de la planificación de gestión de mantenimiento. Demasiadas actividades para llegar al mismo fin.

NORMATIVA

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • Los reglamentos acerca del orden de las actividades no están detalladas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas de mantenimiento no están bien definidas.

DOCUMENTACIÓN

Aspectos fuertes	Aspectos débiles
<ul style="list-style-type: none"> • Manuales de funcionamiento de todos los equipos están correctamente archivados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de facturas y documentos de propiedad algunos están extraviados.

3. MEJORAMIENTO DE PROCESOS

3.1 TEORÍA DEL MEJORAMIENTO DE PROCESOS¹⁴

Es el estudio sistemático de las actividades y flujos de cada proceso a fin de mejorarlo. Su propósito es “aprender en cifras”, entender el proceso y desentrañar los detalles. Una vez que se haya comprendido realmente un proceso, es posible mejorarlo. La implacable presión por ofrecer una mejor calidad a un menor precio significa que las organizaciones tienen que revisar todos los aspectos de sus operaciones. El mejoramiento de los procesos sigue su marcha, independientemente de que un proceso sea sometido o no a una reingeniería.

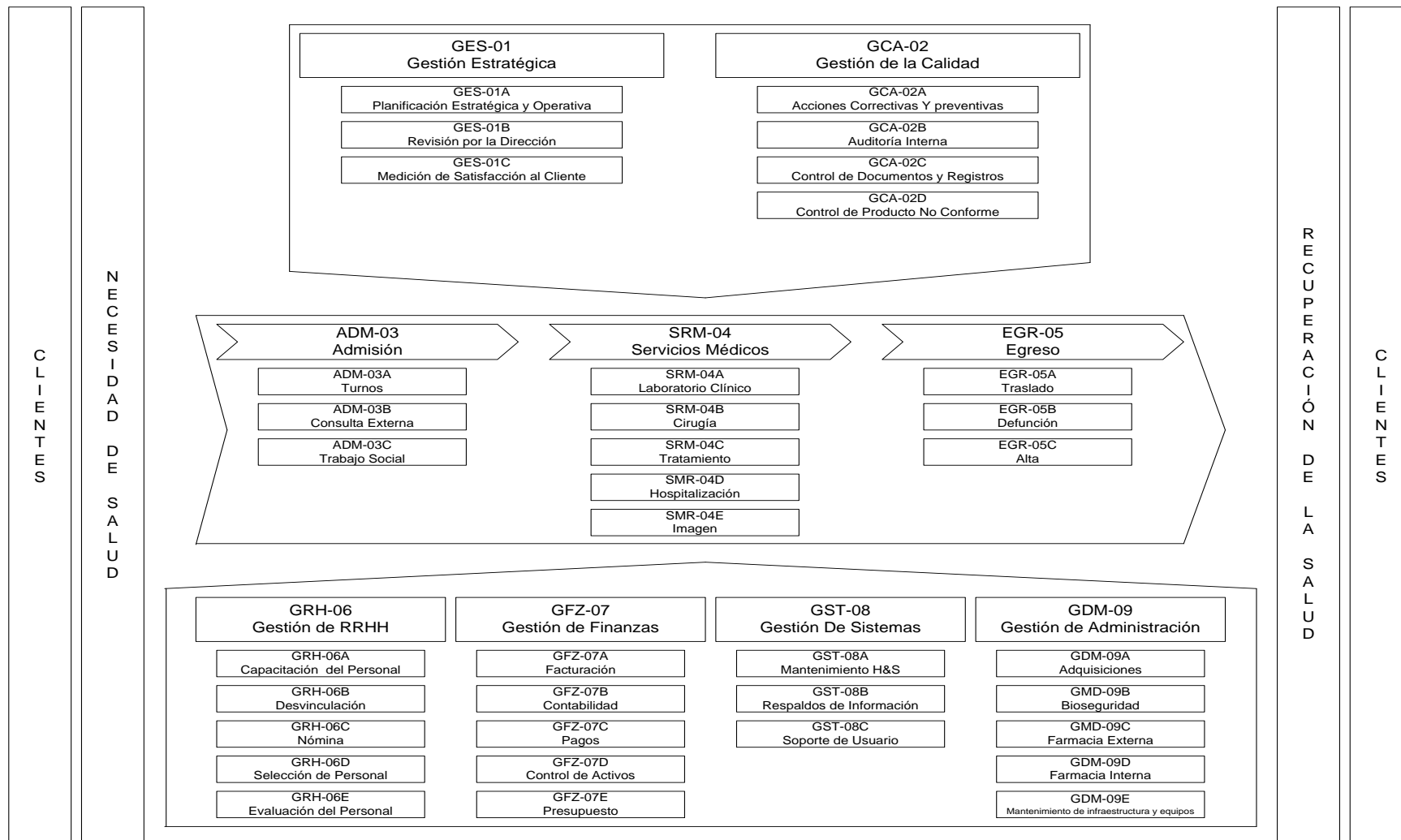
Se examina cada aspecto del proceso. Una persona o todo un equipo examinan el proceso usando las herramientas para el análisis a continuación expuestas:

- a) Identificar las oportunidades de mejora.
- b) Definir el alcance de la mejora.
- c) Documentar el proceso.
- d) Evaluar el desempeño.
- e) Rediseñar el proceso.
- f) Implementar los cambios.

¹⁴ KRAJEWSKI-MALJOTRA-RITSMAN (2008). **Administración de Operaciones**. México: Prentice Hall. p.142

Debe buscarse la manera de racionalizar las tareas, eliminar por completo procesos enteros, suprimir materiales o servicios costosos, mejorar el entorno o hacer que los puestos de trabajo sean más seguros. Debe encontrarse el modo de reducir los costos y retrasos y de mejorar la satisfacción del cliente.

3.2 MAPA DE PROCESOS PROPUESTO



3.3 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Dentro de todo el proceso que es diseñar del manual, es muy importante recalcar que es un documento, y que como tal, nos permite tener información sustentada de las actividades que se deben seguir en la realización de las funciones administrativas en el cualquier tipo de organización. Se identifican los puestos que intervienen describiendo su responsabilidad y participación, logrando transmitir sin distorsión la información frente al funcionamiento de todos los departamentos facilitando labor de auditoría, la evaluación, el control interno y su vigilancia. Dentro de la **definición de la estructura documental**¹⁵ se logra conceptuar los siguientes preceptos:

- **Políticas:** son las normas de cumplimiento obligatorio
- **Procedimientos:** documento que contiene información acerca de qué, quién, cómo, dónde y cuándo se ejecuta un proceso.
- **Instrucciones:** documento que contiene información sobre qué hacer paso a paso.
- **Registros:** documentos que muestran la evidencia del cumplimiento de las políticas, procedimientos e instrucciones de trabajo.

Dentro del **procedimiento** se logra identificar los siguientes elementos:

¹⁵IDROBO P. (2009). **Modelo de Administración de Procesos (apuntes de clase)**. Quito.

- **Propósito:** contiene la descripción del objetivo del procedimiento, es decir para que sirve o aplica.
- **Alcance:** contiene los límites del procedimiento, delimitando su campo de acción y aplicación.
- **Líder del Proceso:** corresponde al nombre del cargo responsable de hacer cumplir todas las actividades del proceso, no siendo el responsable siempre el funcionario de mayor jerarquía.
- **Definiciones:** son las explicaciones de los términos incluidos en el procedimiento que requieren una descripción específica, que también pueden ser explicaciones de siglas abreviaturas o palabras en otros idiomas.
- **Políticas:** son normas de cumplimiento obligatorio que se deben aplicar para las operaciones descritas en el procedimiento.
- **Indicadores:** son los mecanismos de medición de los resultados del proceso. Sirven para generar datos numéricos sobre el desempeño del proceso.
- **Documentos Referenciados:** es el listado de todos los documentos que intervienen en el proceso, sea como insumos o como resultados; se puede contener información acerca del nombre del documento, el tiempo de retención, los usuarios, entre otras.

- **Diagrama de Flujo:** es la representación gráfica de las operaciones del proceso. Se incluye todas las actividades, decisiones, relación con otros procesos, documentos, entradas, salidas; y, entidades externas.

Dentro del contenido de las **instrucciones** se identifica lo siguiente:

- Propósito
- Alcance
- Diagrama de flujo de tareas o su descripción

Y en los **registros**, se señala lo siguiente:

- Encabezado
- Cuerpo
- Responsabilidades
- Instrucciones

El **encabezamiento** contiene información sobre el nombre de los documentos, la fecha de emisión, la fecha de la última revisión, la versión del documento y el número de páginas, encontrando además el nombre de la empresa o logo. En lo pertinente al **control de cambios**, debe existir un documento donde se puedan pedir cambios a los procedimientos; debe contener información acerca de Nombre del documento, cambio solicitado y firmas de responsabilidad. Dentro de la **aprobación de cambios a procedimientos**, se debe establecer un proceso para definir los pasos para realizar cambios a los procedimientos y debe contener los responsables que pueden pedir cambios, aprobarlos y difundirlos.

El Manual de Procedimientos se encuentra en el ANEXO No. 04

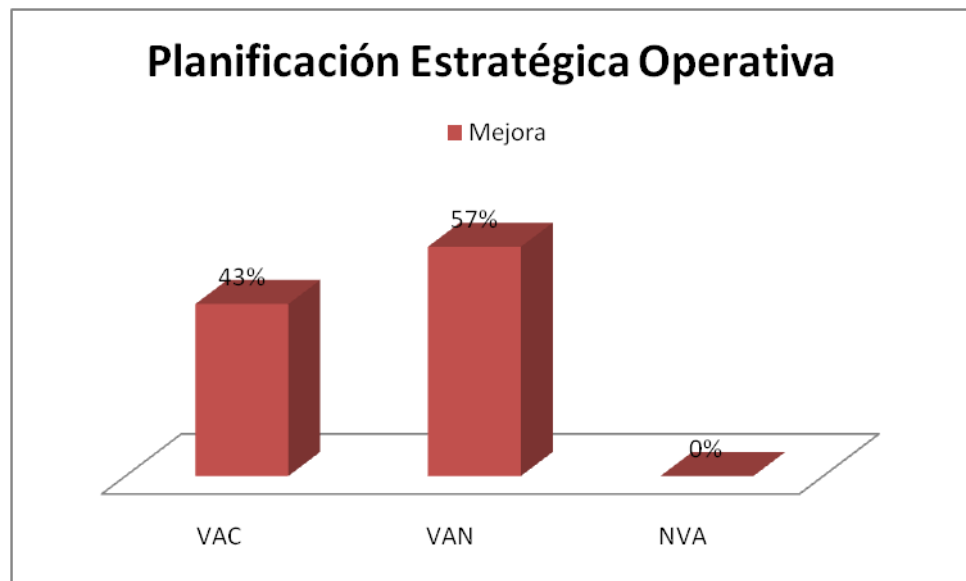
3.4 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS PROPUESTOS

Dentro del desarrollo de este estudio precisamente en este capítulo, es diseñar los procesos faltantes para lograr dar forma a un mapa de procesos eficaz y eficiente para que la gestión del Centro Comunitario este dentro de los parámetros que le permitan con el tiempo obtener una certificación ISO 9001. Se ha planteado el 90% de los procesos faltantes para dar forma al nuevo mapa de procesos.

Gestión Estratégica

- **Planificación Estratégica Operativa**

Proceso diseñado en su totalidad, se estructura cada actividad mediante los preceptos PHVA de la norma ISO 9001 para mejorar la eficiencia y eficacia de las actividades por medio de estructuras básicas como establecimientos de misión, visión y objetivos institucionales, cumplimiento de estrategias diseñadas para una su gestión.

GRAFICO No. 3.4.1.

Fuente: Análisis de Valor Agregado

Gráficos realizados por: Wilson Echeverría Jijón

- **Revisión de la Dirección**

Proceso diseñado en su totalidad para la evaluación del cumplimiento de la política de calidad, de todos los indicadores de los procesos, además de las evaluaciones de los objetivos, las no conformidades y acciones llevadas a término durante el año de gestión, y dar seguimiento a las acciones a realizar y evaluar el impacto en las operaciones, documentación y el propio SGC.

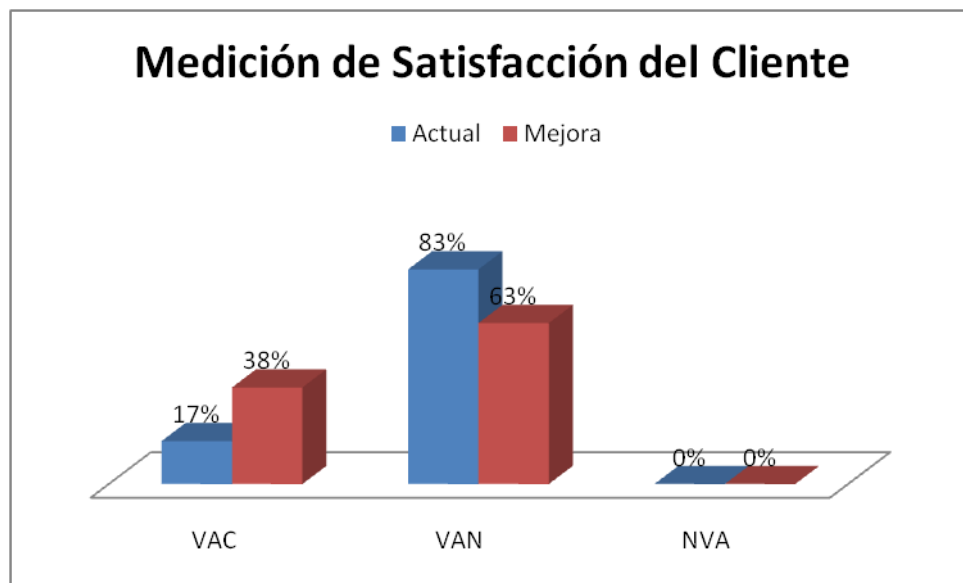
GRAFICO No. 3.4.2.

- **Medición de la Satisfacción del Cliente**

En el estudio que se realizó, el Centro Comunitario tenía un proceso planteado en el cual se basaba ciertas actividades, y como se puede apreciar en el gráfico con el modelo mejorado sube en más del 50% el valor agregado para el cliente justificando el decremento del porcentaje en el valor agregado para el negocio. Ayudando a la medición del sistema de gestión de calidad, se tiene que dar seguimiento a la información que arroje del estudio de la percepción del cliente (con métodos tales como encuestas de satisfacción del cliente, datos del cliente sobre la calidad del producto entregado, opinión del usuario, etc.) respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte del Centro Comunitario.

GRAFICO No. 3.4.3.

Actividades	Actual	Mejora
VAC	1	3
VAN	5	5
NVA	0	0
TOTAL	6	8



Gestión de la Calidad

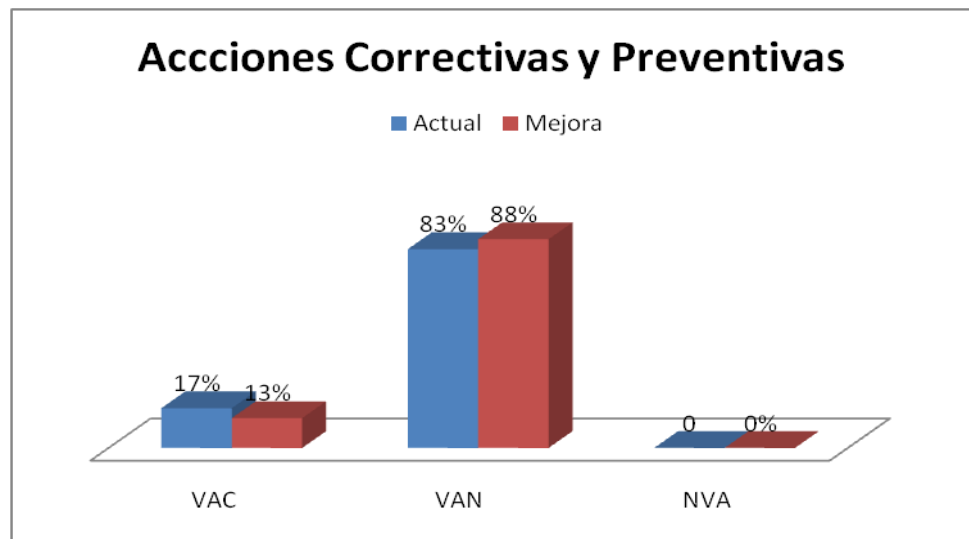
- **Acciones Correctivas y Preventivas**

Para realizar la mejora de este proceso se trabajó en base a los parámetros que identificaron en el modelo actual. El modelo mejorado está diseñado con bases del sistema de gestión de calidad para que haga uso de las políticas de calidad, objetivos de calidad y resultados de las auditorías, analizando los datos que se arrojen en la gestión del proceso, se puede observar que con el modelo mejorado aumenta en 5 puntos porcentuales a 1

valor agregado para el negocio; mientras que se nota un decrecimiento del valor agregado para el cliente.

GRÁFICO No. 3.4.4

Actividades	Actual	Mejora
VAC	1	1
VAN	5	7
NVA	0	0
TOTAL	6	8



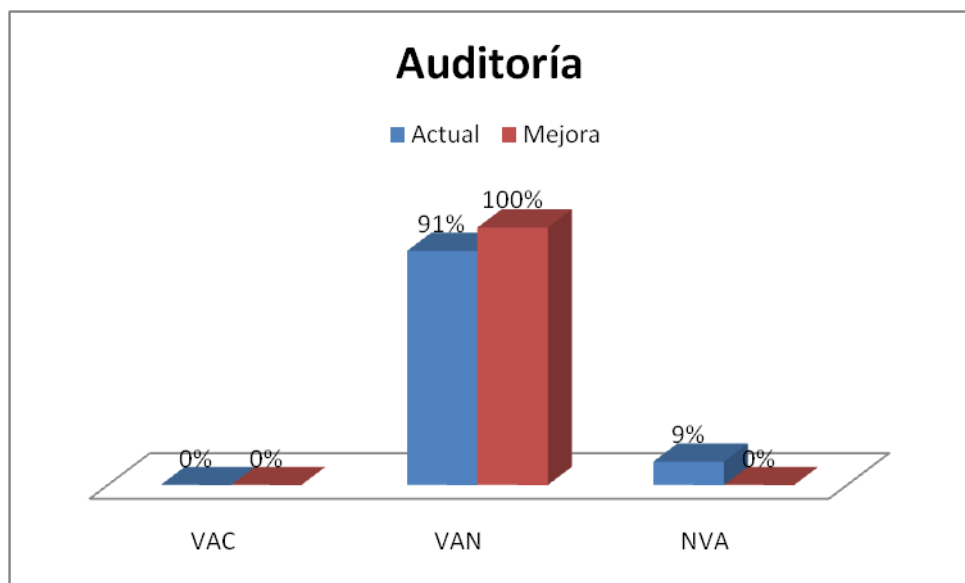
- **Auditoría**

En la propuesta de mejora para este proceso, se lo diseñó mediante el planteamiento de planificación del programa de auditorías tomando en cuenta la importancia del proceso y las áreas a auditar ligado con los resultados de las auditorías anteriores. El proceso mejorado se lo estructura mediante criterios de auditoría como su alcance, frecuencia, metodología

que utilicen los auditores asegurando la objetividad pertinente del caso, logrando así establecer un procedimiento documentado para definir responsables y requisitos para la planificación de las auditorías, estableciendo los registros y el flujo de información que se le dé a los resultados

GRÁFICO No. 3.4.5.

Actividades	Actual	Mejora
VAC	0	0
VAN	10	12
NVA	1	0
TOTAL	11	12

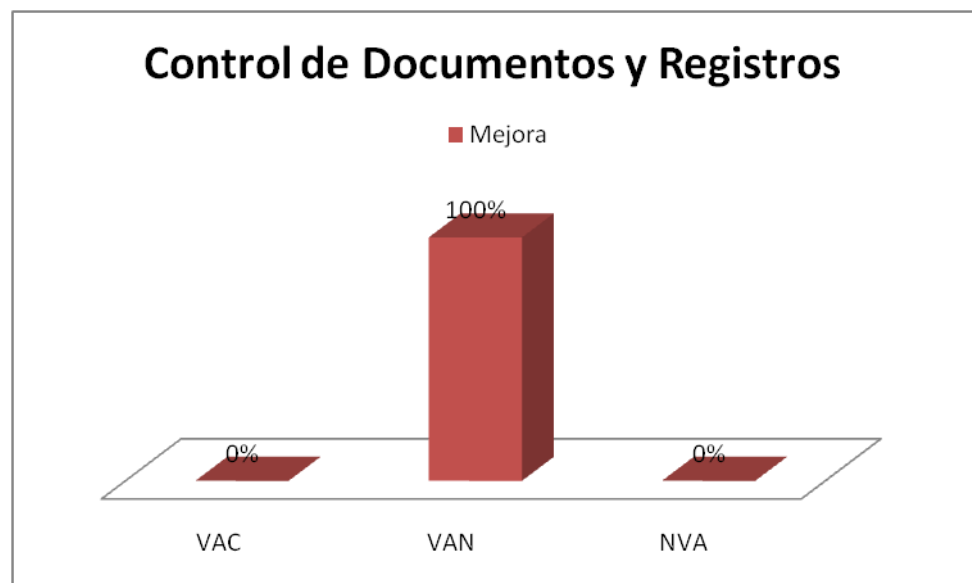


- **Control de Documentos y Registros**

Proceso diseñado en su totalidad para establecer normativas y proporcionar evidencia de las no conformidades, se establece un procedimiento documentado para definir de qué manera se

controlará la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, retención y la disposición de los registros; para prevenir el uso de documentos obsoletos, aplicándoles la identificación respectiva en el caso de que se lo mantenga por alguna razón.

GRÁFICO No. 3.4.5.



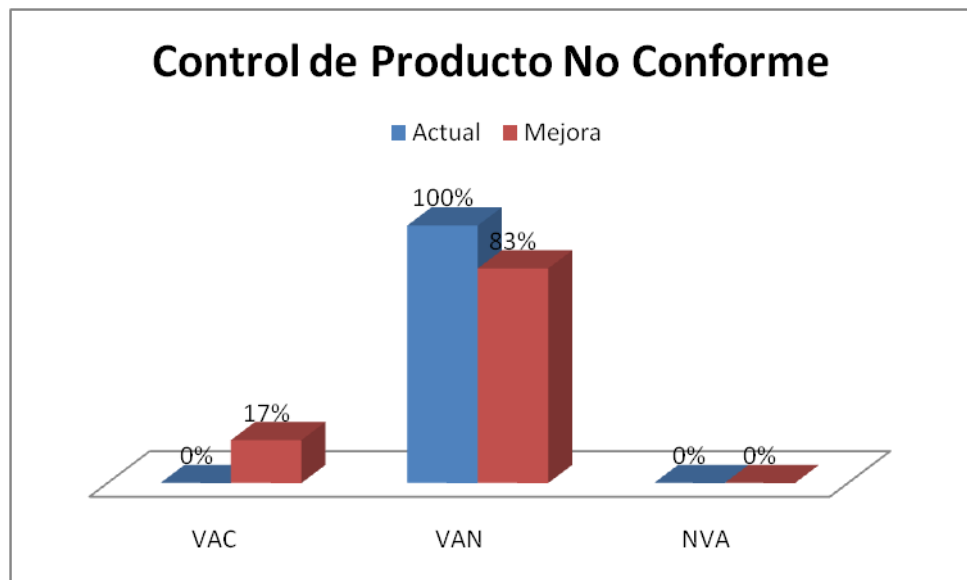
- **Control de Producto No Conforme**

En lo que corresponde a la mejora del diseño de este proceso, se trato de dar un enfoque más para el lado del cliente ya que como se basa en “producto no conforme”, se tiene que obligatoriamente tomar en cuenta en la evaluación del proceso, ya que el Centro Comunitario debe asegurar que el producto que no sea conforme con los requisitos del producto, se identifique y controle para prevenir su uso o entrega no intencionada. Se logra establecer un procedimiento documentado para definir los

controles, responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el producto no conforme.

GRÁFICO No. 3.4.5.

Actividades	Actual	Mejora
VAC	0	1
VAN	12	5
NVA	0	0
TOTAL	12	6



Admisión

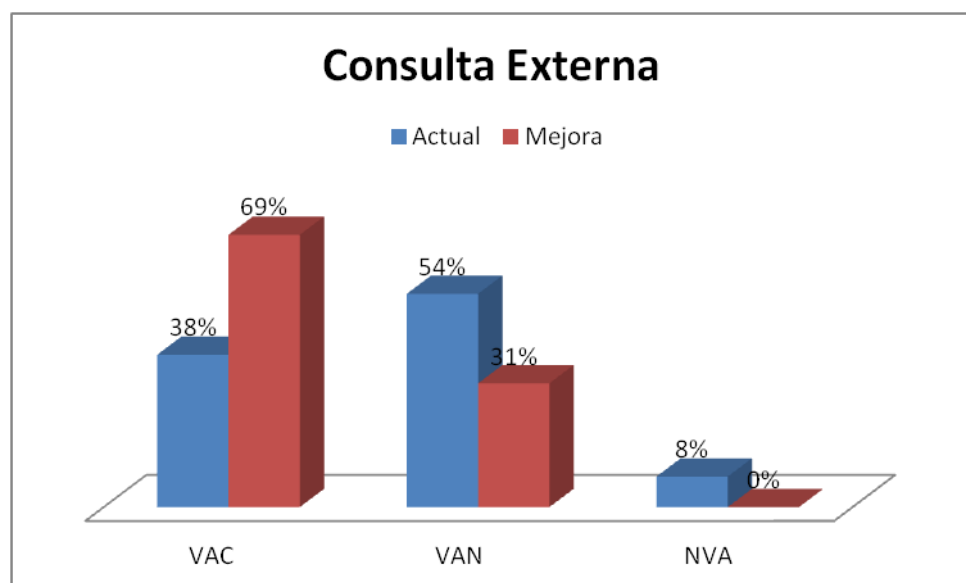
- **Consulta Externa**

En lo que corresponde a este proceso se trabajo con un diagrama realizado por el Jefe de Consulta Externa, se lo reviso, y los detalles que se lograron encontrar es que el diseño no tiene una estructura PHVA, entonces, el actual prototipo no tiene un

sentido correcto al orden de las actividades, se tomaron las correcciones del caso, se definió un nuevo diseño de flujograma con los preceptos del PHVA y dar un aporte más significativo a las ideas sueltas que tenía el personal al momento de realizar el flujograma. Con el modelo de mejora se logra incrementar el valor al negocio y al cliente, clasificando las actividades desordenadas que el personal del Centro Comunitario, logrando así, definir un prototipo más claro, ordenando los procesos ya que el encargado de realizar el flujograma incluía actividades que no tienen relación con las actividades que un departamento.

GRAFICO No. 3.4.6.

Actividades	Actual	Mejora
VAC	5	11
VAN	7	5
NVA	1	0
TOTAL	8	16



Como se puede apreciar en la gráfica el número de actividades que se propone en el modelo de mejora incrementa el número de actividades pero de igual manera el valor agregado para el cliente y para el negocio se incrementa eliminando las actividades que no agregan valor.

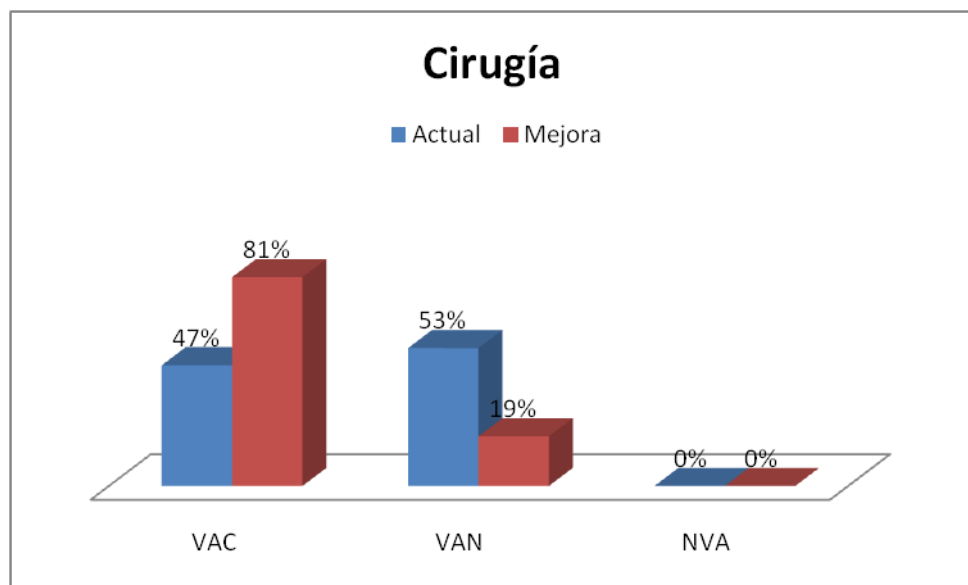
Servicios Médicos

- **Cirugía**

En lo concerniente a este proceso, se logra identificar que el flujograma actual no tiene establecido la metodología PHVA, concluyendo así que las actividades no tienen un orden claro de cómo se ejecutan las mismas; involucran actividades que no tienen nada que ver con el proceso de Cirugía en sí. Se toman ciertas actividades del modelo actual para diseñar el modelo mejorado logrando establecer actividades que aporten valor al proceso, en comparación con el modelo actual la mejora toma en cuenta más al cliente que al negocio, siendo esto un punto de partida porque el departamento tiene un contacto extremo con el paciente. Dentro del diseño que se está planteando para este estudio, se involucra más procesos que están concatenados con las necesidades mismas del departamento, alejando las actividades que no agregan valor.

GRAFICO No. 3.4.7.

Actividades	Actual	Mejora
VAC	7	21
VAN	8	5
NVA	0	0
TOTAL	15	26



Como se puede apreciar en el modelo mejorado se distingue un incremento considerable en cuanto a valor agregado del cliente así, justificando el decremento de valor agregado para el negocio un costo asumido por ser un departamento de alto contacto con el cliente.

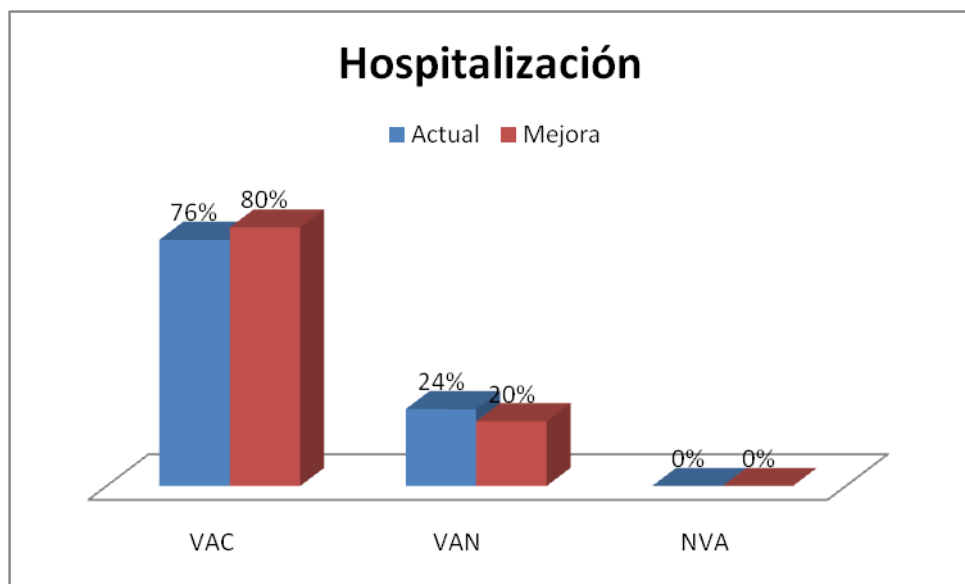
- **Hospitalización**

En el estudio de este proceso, el modelo actual no tiene ningún sentido en cuanto al PHVA que se tiene como metodología de

diseño. Se plantea una estructura de actividades acorde con la metodología en el modelo de mejora, se identifica casi el mismo número de actividades pero todas son nuevamente planteadas ya que el modelo actual no tiene definido un sentido correcto. El diseño actual se preocupa más por la parte de planificación estratégica haciendo a un lado las actividades que realmente agregan valor al cliente.

GRAFICO No. 3.4.8.

Actividades	Actual	Mejora
VAC	16	16
VAN	5	4
NVA	0	0
TOTAL	21	20



Como se puede observar en la gráfica el número de actividades del proceso de mejora supera al proceso actual, para dar así un

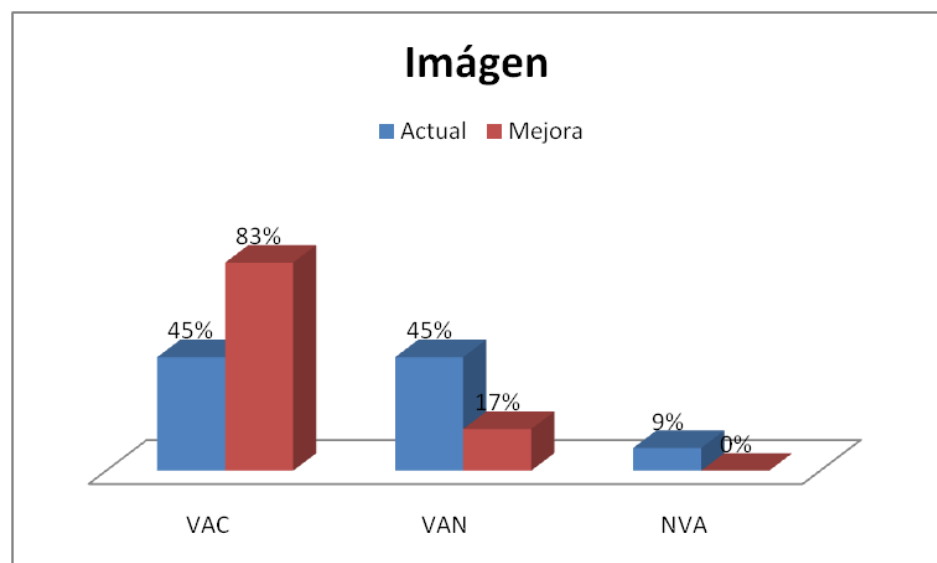
mayor valor agregado para el cliente conservando el mismo valor agregado para el negocio.

- **Imagen**

Proceso diseñado casi en su totalidad, ya que el personal encargado de la estructuración del flujograma no tiene conocimiento de la metodología PHVA, se preocupan más por la parte de planificación que por las actividades que realmente agregan valor al proceso. Se estructuran actividades que agreguen valor al cliente y se va eliminando de a poco las actividades que no agregan valor.

GRAFICO No. 3.4.9.

Actividades	Actual	Mejora
VAC	5	10
VAN	5	2
NVA	1	0
TOTAL	11	12

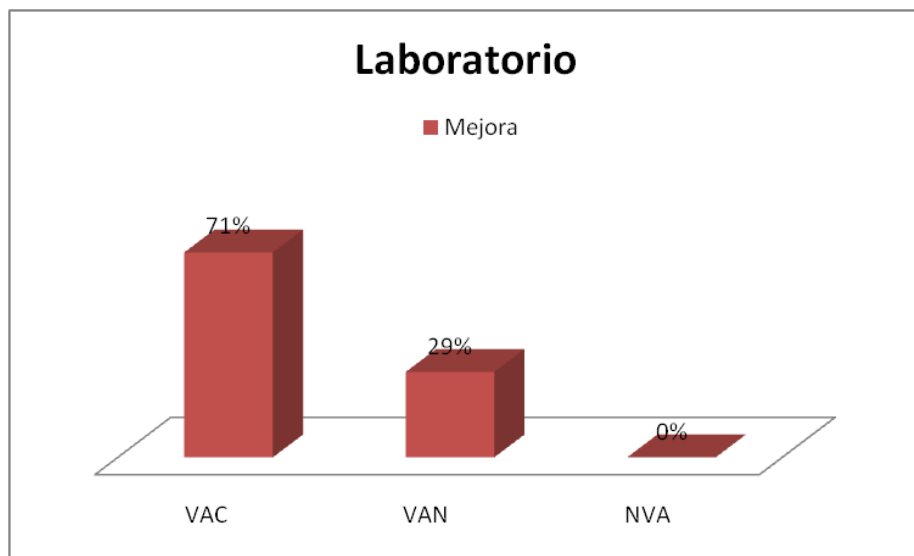


En el gráfico se aprecia que hubo un incremento considerable en el valor agregado para el cliente, reduciendo las actividades que agregan valor al cliente y logrando eliminar las actividades que no agregan valor al cliente

- **Laboratorio**

Proceso estrictamente diseñado para este estudio, la organización no toma en cuenta a laboratorio como un proceso fundamental dentro del servicio que se da al cliente, se aplica la metodología PHVA para la estructuración de las actividades.

GRAFICO No. 3.4.10.



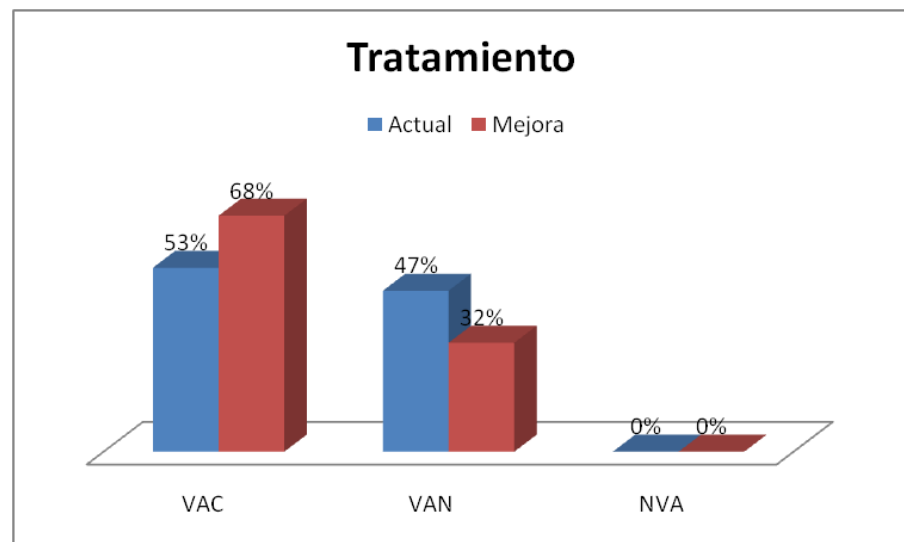
Como se puede observar en la gráfica el número de actividades compensa el valor agregado que se da al cliente en sus exámenes, tomando en cuenta que el valor agregado para el negocio es también substancial dentro de estas actividades.

- **Tratamiento**

En este proceso el diseño actual no tiene estructurada el orden de importancia de las actividades que involucran el tratamiento de pacientes. No se encuentra ningún sentido en la formación de las actividades, no tiene preceptos PHVA. En la estructura que se le da al diseño de mejora, se puede observar que las actividades tienen un sentido en cuanto al valor agregado que se le da al cliente y luego al negocio.

GRAFICO No. 3.4.11.

Actividades	Actual	Mejora
VAC	8	13
VAN	7	6
NVA	0	0
TOTAL	15	19



El grafica se puede apreciar que el número de actividades de la propuesta de mejora supera al modelo actual, generando más

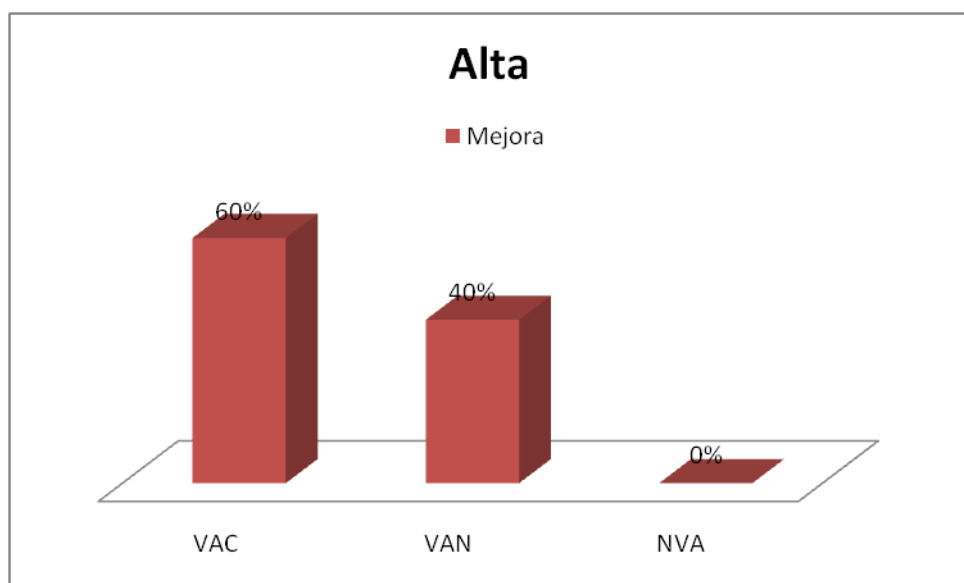
valor agregado al cliente pero teniendo una baja en valor agregado para el negocio, pero en sí está justificado, ya que el tratamiento está enteramente ligado con un contacto con el cliente.

Egresos

- **Alta**

Proceso diseñado en su totalidad para estructurar un mapa de procesos completo, se toma en cuenta el PHVA y se logra diseñar un proceso acorde a las necesidades del centro comunitario, ya que no lo tenía dentro del mapa de procesos de la organización. Se puede observar en la gráfica que el valor agregado para el cliente es considerable, sin dejar a un lado el valor agregado para el negocio.

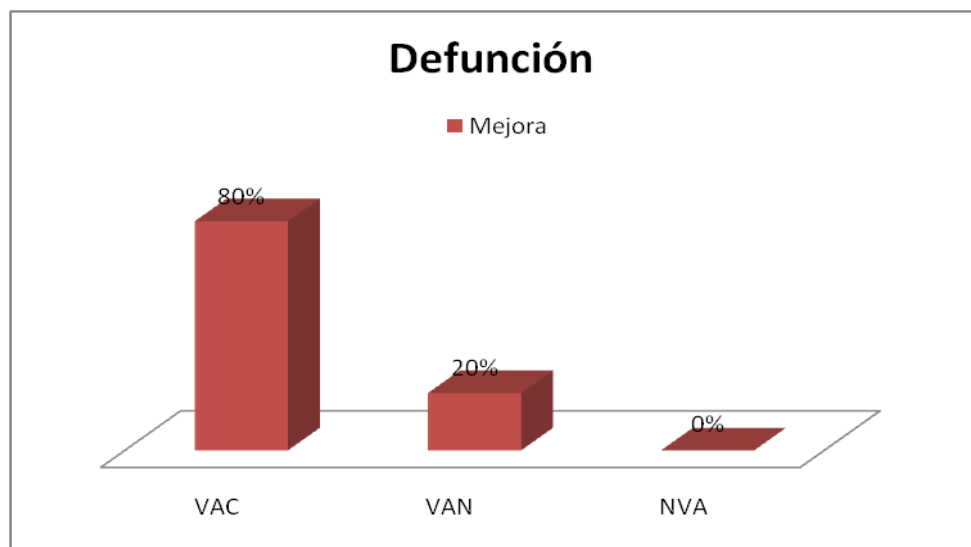
GRAFICO No. 3.4.12.



- **Defunción**

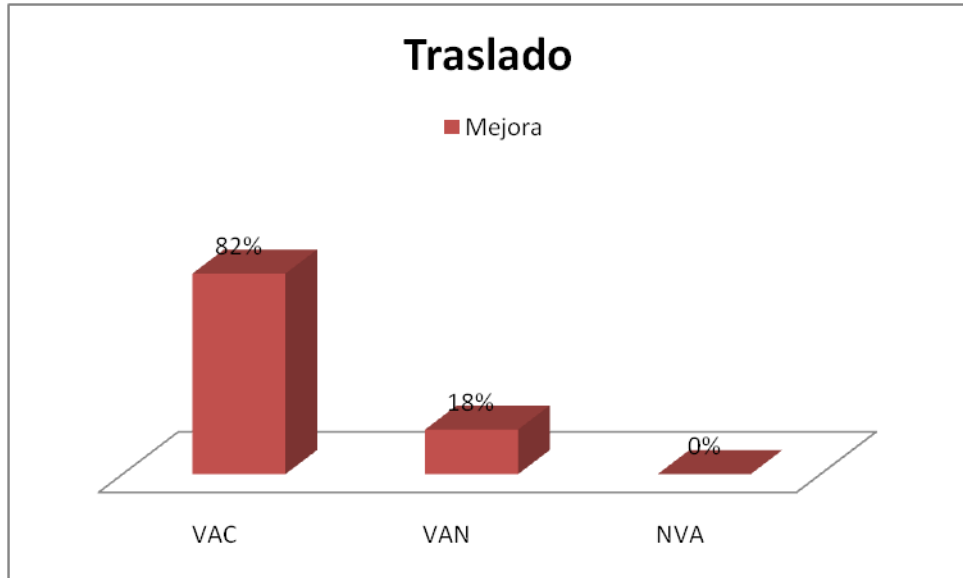
Proceso diseñado en su totalidad bajo los preceptos del PHVA, se logra definir un flujograma claro detallando claramente el valor agregado para el cliente y negocio.

GRAFICO No. 3.4.13.



- **Traslado**

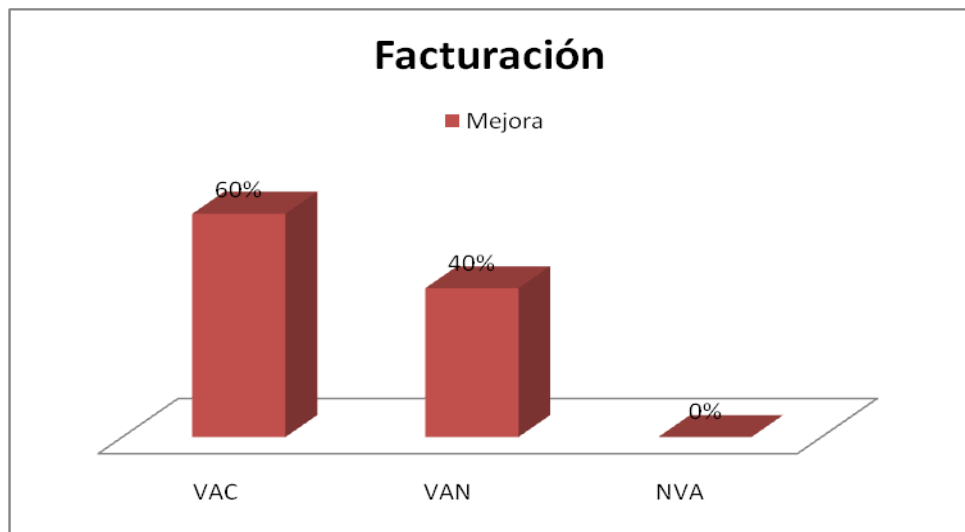
Proceso diseñado en su totalidad, para conformar el mapa de procesos propuesto, se logra diseñar actividades que agreguen valor al cliente como también al negocio.

GRAFICO No. 3.4.14.

Gestión Financiera

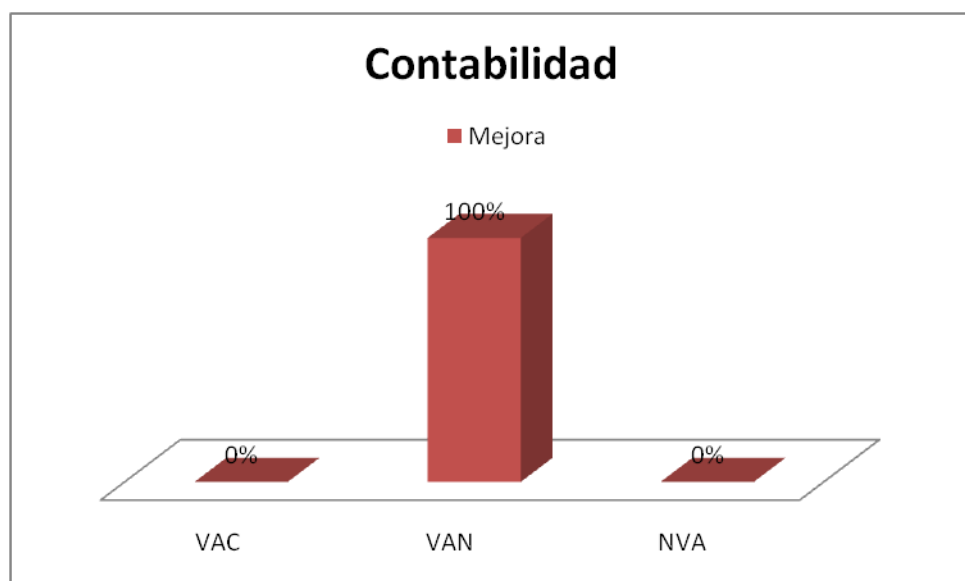
- **Facturación**

Proceso diseñado en su totalidad para los propósitos de este estudio y se puede observar que el valor agregado para el cliente supera al valor agregado del negocio.

GRAFICO No. 3.4.15.

- **Contabilidad**

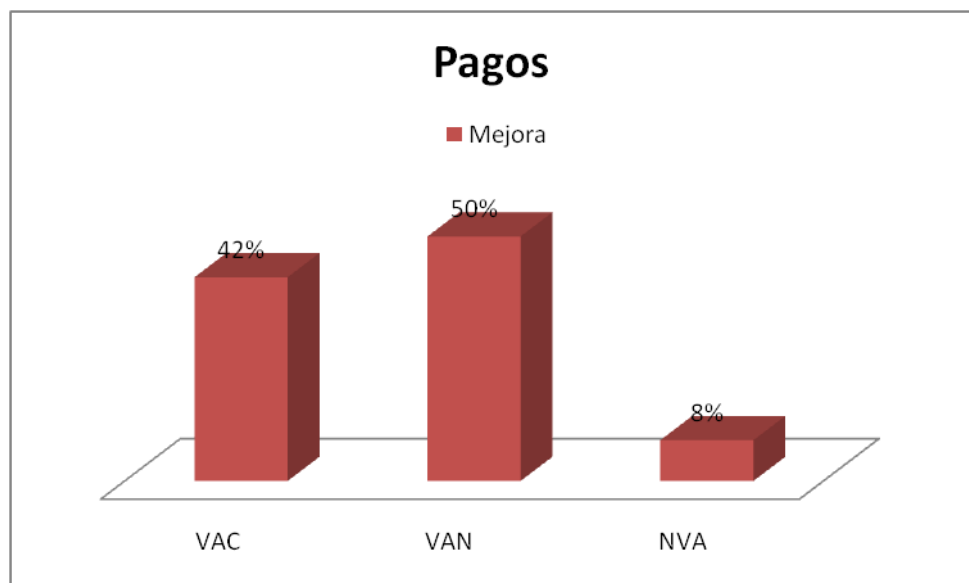
Proceso diseñado para completar el mapa de procesos mejorado para el Centro Comunitario; se puede ver claramente que el valor agregado para el negocio va directamente relacionado con el número de actividades.

GRAFICO No. 3.4.16.

- **Pagos**

Proceso diseñado en su totalidad para el estudio del Centro Comunitario, como se puede observar los pagos van directamente relacionados con el valor agregado del negocio.

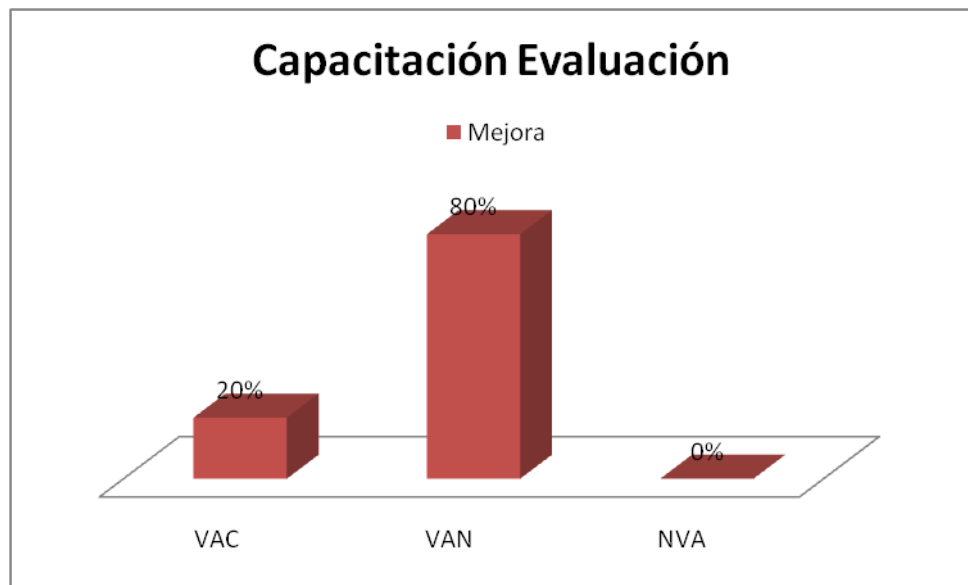
GRAFICO No. 3.4.17.



Gestión de RRHH

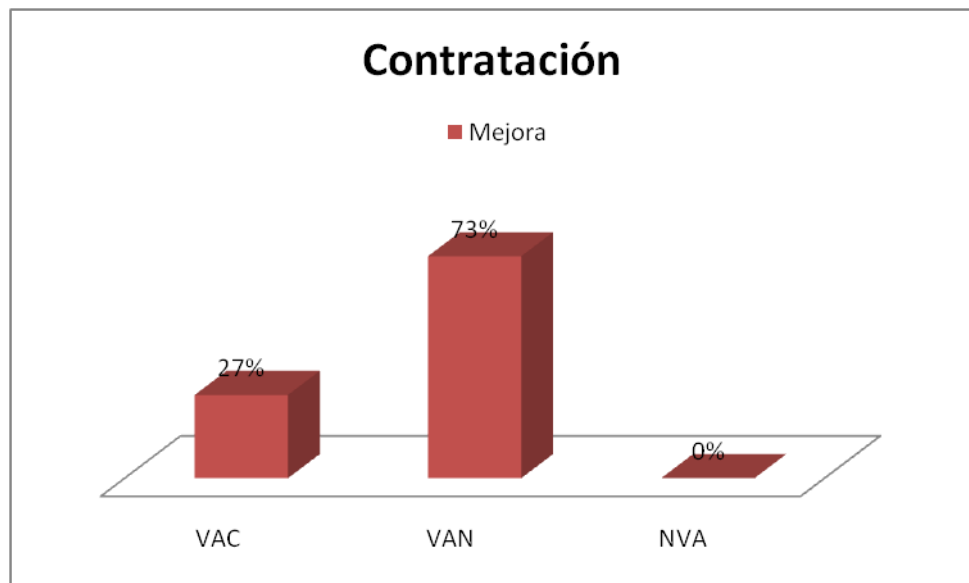
- **Capacitación Evaluación**

Proceso diseñado en su totalidad para dar forma al mapa de procesos mejorado; como se logra distinguir en la gráfica los valores agregados para el negocio tienen un mayor porcentaje.

GRAFICO No. 3.4.18.

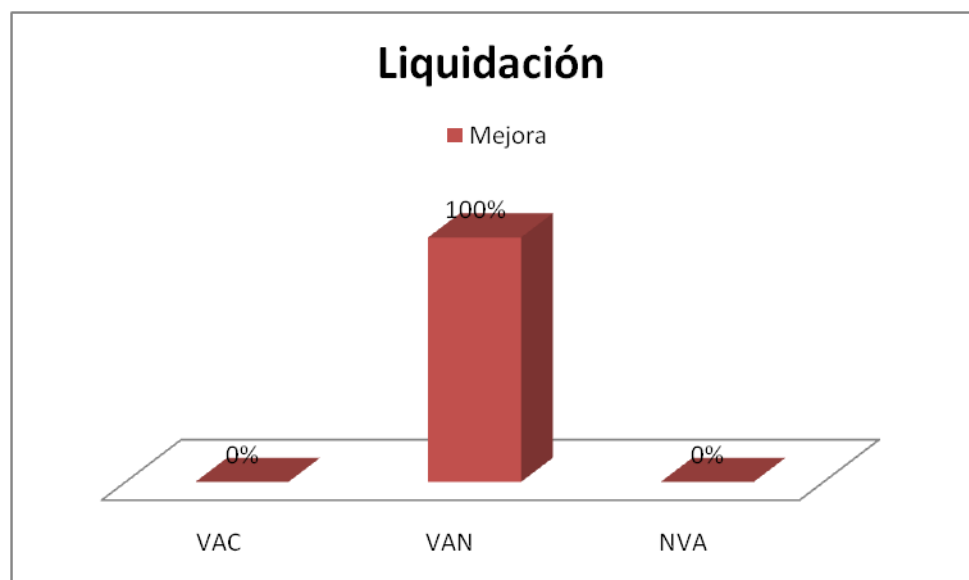
- **Contratación**

Proceso diseñado en su totalidad ya que el departamento de RRHH no lo toma en cuenta para el mapa de procesos, es claro que el valor agregado para el negocio tiene que ser más alto que el valor agregado del cliente ya que se necesita personal capacitado y competente para las diarias actividades que se realizan en el Centro Comunitario.

GRAFICO No. 3.4.19.

- **Liquidación**

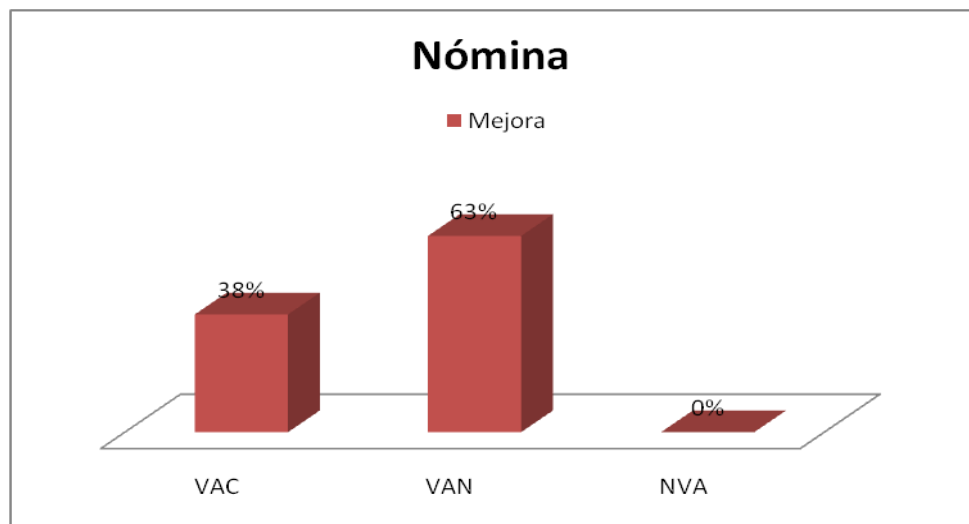
Proceso diseñado en su totalidad, dentro de los parámetros solo existe valor agregado para el negocio ya que esta prescindiendo de los servicios de un empleado.

GRAFICO No. 3.4.20.

- **Nómina**

Proceso diseñado para el estudio del Centro Comunitario, como se puede apreciar en las actividades el valor agregado para el negocio tiene que ser más alto que el valor agregado del cliente interno.

GRAFICO No. 3.4.21.

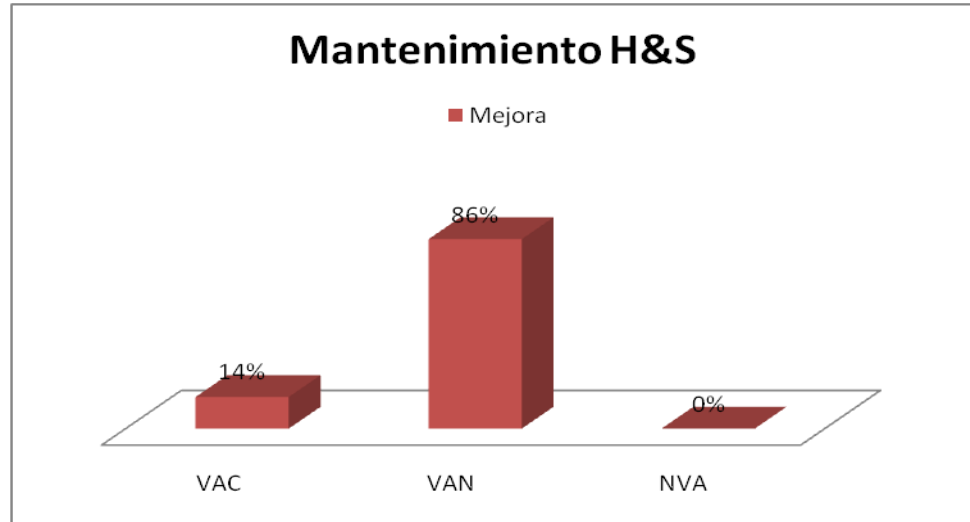


Gestión de Sistemas

- **Mantenimiento H&S**

Este es otro proceso diseñado para este estudio; como se observa en la gráfica las actividades de valor agregado del negocio superan al valor agregado al cliente tomando en cuenta que todas las actividades están directamente relacionadas con el giro del negocio.

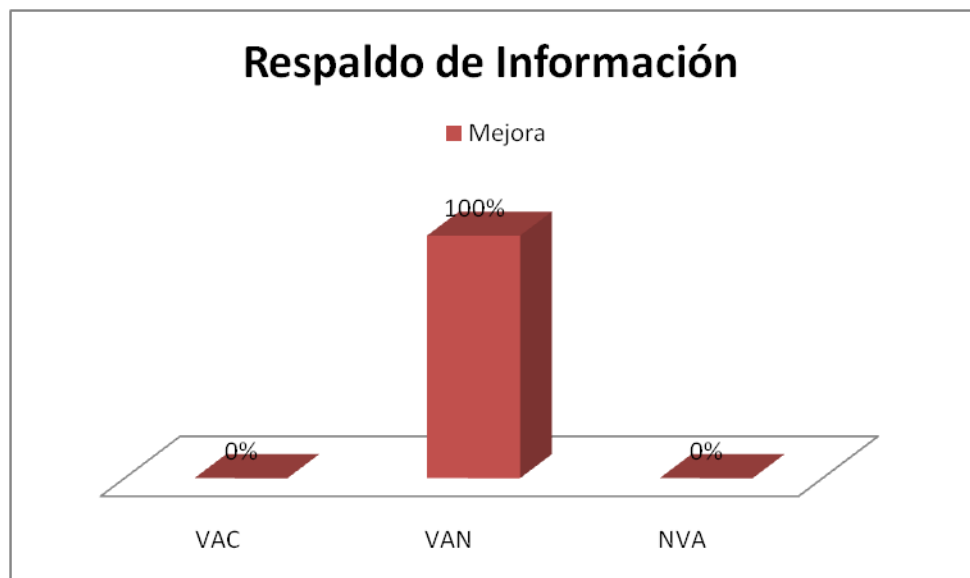
GRAFICO No. 3.4.22.



- **Respaldos de Información**

Proceso diseñado para dar valor agrado al negocio ya que la información que se respalde está directamente relacionada con la gestión de la organización.

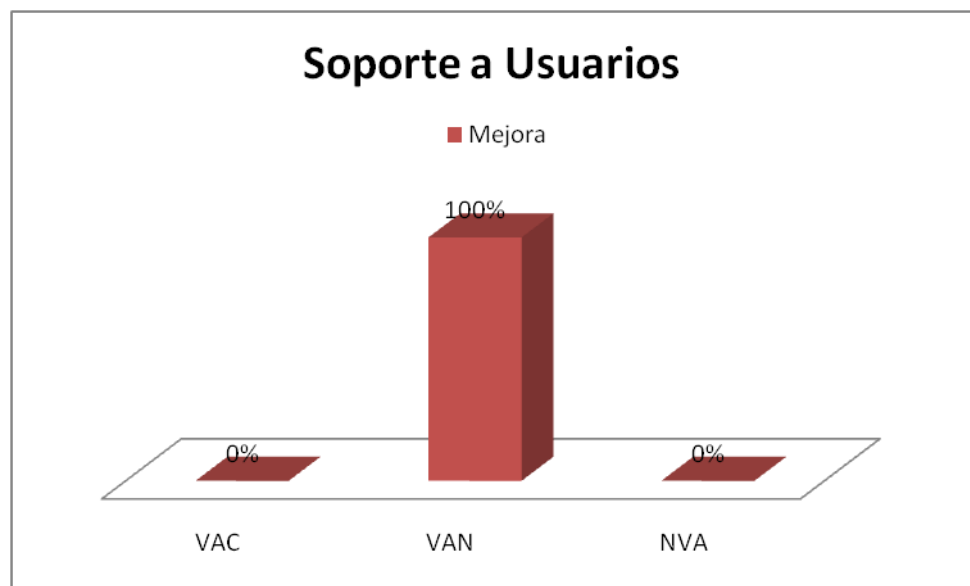
GRAFICO No. 3.4.23.



- **Soporte a Usuarios**

Proceso diseñado para guiar a los usuarios del Centro Comunitarios a resolver problemas habituales que se generen en la gestión de las diferentes actividades relacionadas en las áreas.

GRAFICO No. 3.4.24.

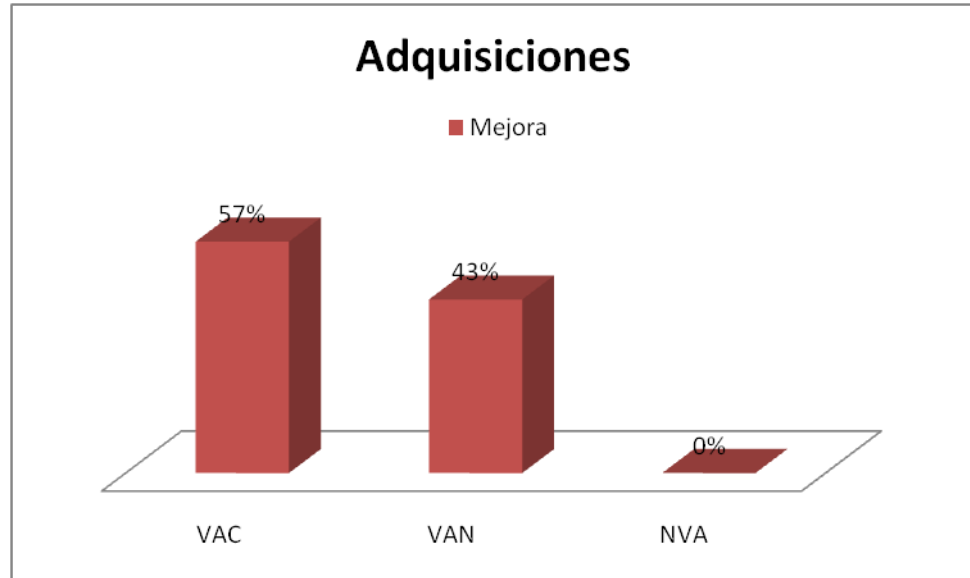


Gestión de Soporte Administrativo

- **Adquisiciones**

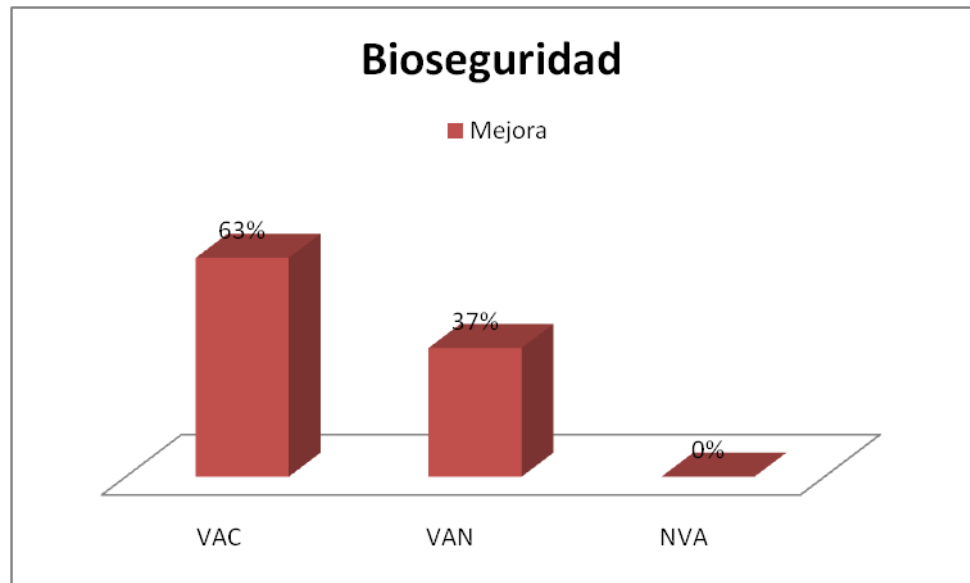
Proceso es diseñado para cumplir con las necesidades de materia prima e insumos para la gestión del Centro Comunitario y lograr obtener más valor agregado para el cliente ya que se adquiere materia prima para la atención del mismo.

GRAFICO No. 3.4.25.



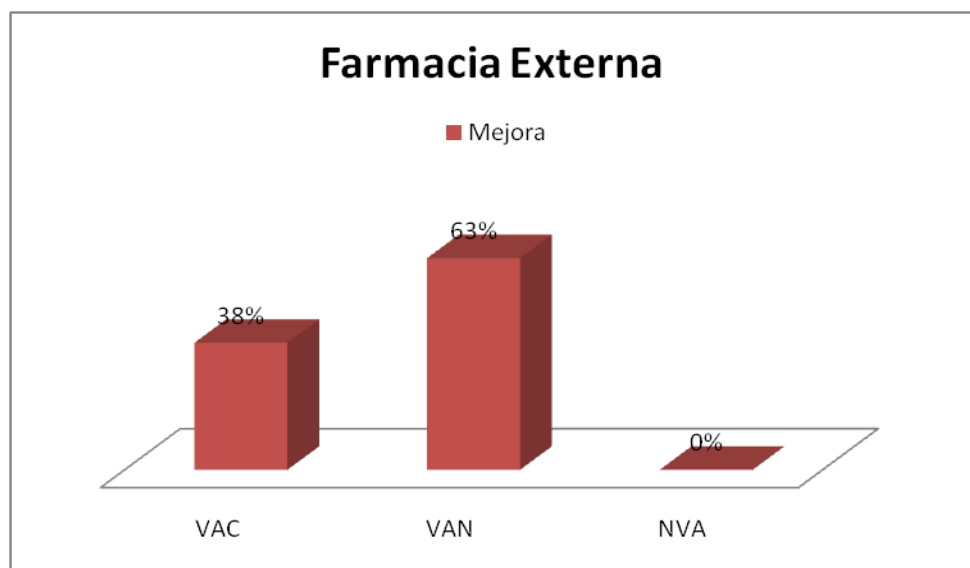
- **Bioseguridad**

Proceso diseñado para el estudio, bioseguridad no es tomado en cuenta dentro de los procesos de apoyo de la organización , tomando en cuenta que es de vital importancia el saber manejar los desechos y dar un valor agregado al cliente y por ende se reflejaría en el valor agregado para el negocio.

GRAFICO No. 3.4.26.

- **Farmacia Externa**

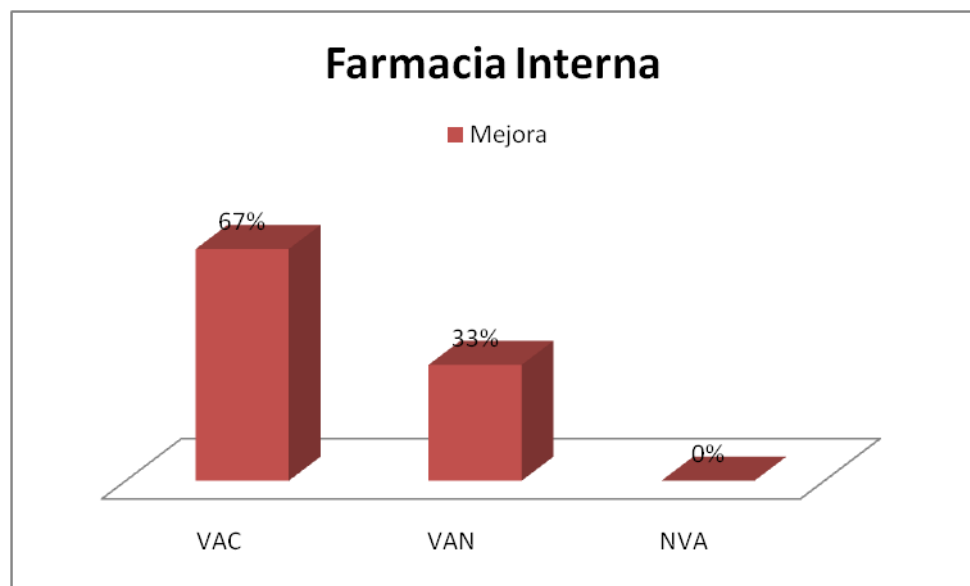
Otro proceso diseñado para dar claridad en cuanto a la utilización de las diferentes medicinas que se recetan para el paciente.

GRAFICO No. 3.4.27.

- **Farmacia Interna**

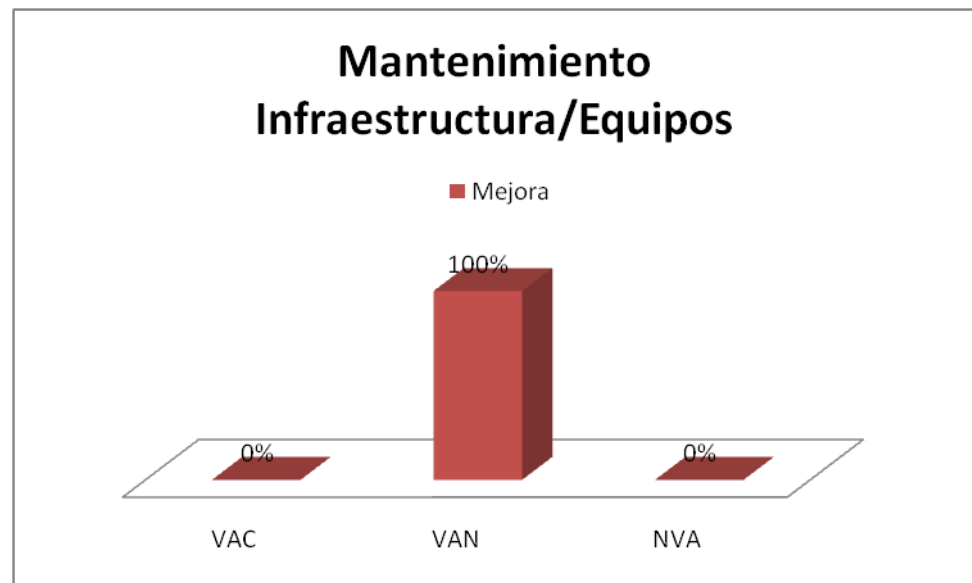
Proceso que se diseño para determinar la relación directa que se tiene al momento de utilizar los medicamentos en las diferentes etapas del paciente sea este en cirugía y hospitalización.

GRAFICO No. 3.4.28.



- **Mantenimiento de Infraestructura/Equipos**

Proceso diseñado para clarificar las actividades para el mantenimiento de equipo e infraestructura tomando en cuenta que todas estas actividades están directamente relacionadas con el valor agregado del negocio.

GRAFICO No. 3.4.29.

3.5 PLANES DE MEJORA

Un Plan de Mejora es un programa de trabajo bien definido y por escrito, para una función o grupo de trabajo específicos, el cual debe aplicarse en un período determinado de tiempo y tener como propósito el mejorar continuamente el desempeño.

Además deben ser preparados, revisados y actualizados a intervalos de un año, para cada función o grupo de trabajo. La Mesa Directiva es responsable de asegurar la preparación del plan y su implementación. Estos deben incluir:

- a) Una revisión del progreso contra las metas del plan previo.
- b) Una revisión del desempeño actual.
- c) Metas para el plan bajo preparación/revisión.

d) Cronogramas para las tareas específicas.

Los Planes de Mejora Continua deben ser sujetos a consulta con los directamente responsables de cada función o grupo de trabajo (o sus representantes). El programa de estar por escrito, bien definido y específico para cada función o grupo de trabajo. Debe estar dirigido a cumplir con la Filosofía y los Estatutos del Club de Leones y con la legislación nacional vigente. Este programa debe incluir:

- a) Un plan gerencial diseñado para mejorar el desempeño.
- b) Identificación de oportunidades de crecimiento.

Como los Planes de Mejora Continua implican prioridades y costo, deben ser incluidos como parte de la revisión del presupuesto anual. Se debe señalar las áreas críticas para mejora. Las actividades de rutina deben considerarse como parte de los arreglos normales del Club de Leones. Debe existir un sentido común para el establecimiento de los Planes de Mejora Continua, como se indica a continuación:

- a) La aproximación debe depender de un análisis del desempeño actual de los resultados de las auditorías, los cuales ayudarán en la identificación de las áreas específicas que requieren mejoría.
- b) Las áreas que requieren mejoría necesitarán ser clasificadas de acuerdo a la urgencia con la que deben ser atacadas.
- c) Empezar con las áreas más urgentes, precisando el trabajo que debe ser hecho.

- d) Las metas de los Planes de Mejora Continua, junto con el cronograma del tiempo en que deben ser conseguidas, deben establecerse de tal manera que permitan la evaluación de los puntos logrados.
- e) La labor de llevar a cabo el trabajo y la responsabilidad para cada del programa, tiene que ser claramente definidas.
- f) El trabajo tiene que ser efectuado tal y como se ha establecido, con un seguimiento regular o final del progreso del mismo y los resultados deben ser revisados y evaluados. El grado de avance o de éxito debe ser estimado y, cualquier trabajo posterior, debe ser incluido en el Plan de Mejora Continua subsecuente.
- g) Cada Plan de Mejora Continua debe prepararse en base anual. Sin embargo, las partes individuales pueden tener una duración de corto o largo plazo.

3.6 OBJETIVOS ORGANIZACIONALES

Dentro de esta investigación se han planteado un mejoramiento de procesos organizacionales para que la gestión del nuevo sistema se vea reflejada en resultados que sean beneficiosos para el Centro Comunitario entre los cuales se va a citar los siguientes:

- Prestar servicios integrales de salud, que busquen satisfacer de una manera optima, las necesidades y expectativas de la población, tratamiento y rehabilitación de la salud.

- Garantizar la atención a los usuarios sin discriminación por razones de edad, sexo, raza, religión, credo, política o condición social y en las mejores condiciones de calidad, oportunidad, accesibilidad y equidad en la atención.
- Realizar el proceso de planeación institucional como parte de la actividad gerencial, con el fin de definir sus principios corporativos, misión, visión y formulación de Objetivos, estrategias, planes operativos y proyectos, basados en diagnósticos técnicos que redunden en el mejoramiento de su desempeño.
- Garantizar que el desarrollo del Centro Comunitario, se base en un manejo gerencial y de gestión que asegure su supervivencia, capacidad de competir en el mercado, crecimiento y rentabilidad social y financiera.
- Garantizar la prestación de los servicios de atención al usuario, facilitando información suficiente veraz y oportuna, acerca de las características de los servicios que se ofrecen, respondiendo a las solicitudes formuladas por los usuarios y en donde se recepcionen y tramiten las quejas y reclamos de estos.
- Implementar y desarrollar un modelo de control integrado de gestión Institucional, que garantice el cumplimiento de normas de control interno, control de gestión y control de atención al usuario, orientadas al fomento de la calidad y al

mejoramiento continuo de los servicios de salud que se prestan.

- Adaptar un sistema de información gerencial, en el que se apoye la toma de decisiones del nivel directivo y la formulación de estrategias para alcanzar los objetivos organizacionales y mejorar el ofrecimiento de los servicios.
- Programar de acuerdo con los planes operativos y de manera técnica y racional, la distribución y uso de los recursos físicos, financieros, tecnológicos, logísticos y de personal.
- Garantizar el cumplimiento de las políticas y normas técnico - científicas y administrativas, trazadas por el gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud o de las instituciones de control y por el gobierno Departamental, a través de la Dirección Nacional de Salud.
- Velar por el cumplimiento de las normas sobre Bioseguridad, seguridad industrial, salud ocupacional y disposiciones sanitarias exigidas por la Ley.
- Ajustar el portafolio de servicios, la estructura organizacional y la dinámica de funcionamiento del Centro Comunitario de acuerdo a las necesidades de adaptación que se presenten al entorno ya su propio interior.
- Prestar el servicio de salud acorde con la demanda de servicios requeridos por la población y que la empresa este en capacidad real de ofrecer.

A continuación se detalla los planes de mejora en las diferentes áreas:

Plan de Mejora para el Área Normativa y Políticas

Objetivo: Identificar los criterios de necesidad para crear políticas y normas como herramientas administrativas, para que establezca los lineamientos para la aplicación y desarrollo de la misma.

Responsable: Directorio Administrativo – Jefes de Áreas

ACTIVIDAD	TIEMPO	RESPONSABLE	RECURSOS	COSTO USD
1. Establecer un registro histórico del mantenimiento a redes y actualización de base de datos	8 semanas	Jefe de Respaldo de Información	Información	N/A
2. Crear políticas de manejo de caja chica que esté ligado con contabilidad para generar asientos automáticos	6 semanas	Jefe de Contabilidad	Tecnológicos	N/A
3. Diseñar políticas para el control de mantenimiento de los activos fijos.	4 semanas	Jefe de Activos Fijos	Información	N/A
4. Disponer de políticas de control de caducidad de medicamentos.	3 semanas	Jefe de Farmacia	Información	N/A
5. Diseñar un sistema de políticas de control de inventario del material de rayos X.	4 semanas	Jefe de Imagen	Información	N/A

6. Desarrollar protocolos, guías médicas y patrones para los diferentes procedimientos de asistencia médica.	10 semanas	Jefe de Consulta Externa	Información	N/A
7. Aplicar auditorías médicas para asegurarse del cumplimiento del tratamiento a pacientes.	8 semanas	Jefe de Auditoría	Información	N/A
8. Establecer normas de bioseguridad para cada área.	2 semanas	Jefe de Bioseguridad	Información	N/A
9. Establecer políticas de mantenimiento preventivo y correctivo de los activos fijos.	5 semanas	Jefe de Activos Fijos	Información	N/A
10. Normar el manejo de inventarios de acuerdo a fechas de caducidad, características de exposición y almacenamiento.	3 semanas	Jefe de Compras	Información	N/A
11. Establecer políticas para la creación de indicadores de gestión.	12 semanas	Directorio Administrativo	Información	N/A
12. Diseñar políticas para la formalización de documentación interna.	4 semanas	Jefe de Control de Documentos	Información	N/A
13. Crear políticas de codificación y estandarización de documentación.	3 semanas	Jefe de Control de Documentos	Información	N/A

Plan de Mejora para el Área de Recursos Humanos

Objetivo: Identificar los criterios de necesidad para la creación de planes de acción como herramienta administrativa, para que establezca los lineamientos para la aplicación y desarrollo de la misma.

Responsable: Jefes de Recursos Humanos

ACTIVIDAD	TIEMPO	RESPONSABLE	RECURSOS	COSTO USD
1. Establecer políticas de selección y contratación del personal.	3 semanas	Jefe de RRHH	Información	N/A
2. Diseñar políticas de capacitación y actualización continua al personal en sus diferentes áreas y necesidades.	5 semanas	Jefe de RRHH	Financiero - Información	10.000
3. Crear políticas para la desvinculación de empleados.	2 semanas	Jefe de RRHH	Información	N/A
4. Establecer políticas e incentivos para personal destacado.	1 semana	Jefe de RRHH	Financiero - Información	4.000
5. Establecer políticas de mejora de remuneración.	2 semanas	Jefe de RRHH	Financiero - Información	N/A
6. Contratar personal calificado para el despacho de los medicamentos.	4 semanas	Jefe de RRHH	Información	N/A

7. Capacitar a los empleados en los diferentes paquetes informáticos.	5 semanas	Jefe de RRHH/Sistemas	Financiero - Información	2.000
---	-----------	-----------------------	--------------------------	-------

Plan de Mejora para el Área de Compra de Materiales

Objetivo: Identificar los criterios de necesidad para la creación de planes de acción para la compra de los diferentes insumos que se requiere para cumplir el ciclo productivo y de desarrollo de cada área.

Responsable: Jefes de Compras

ACTIVIDAD	TIEMPO	RESPONSABLE	RECURSOS	COSTO USD
1. Establecer políticas para la calificación y concurso de los diferentes proveedores.	3 semanas	Jefe de Compras	Información	N/A
2. Establecer políticas de de bodega de los diferentes insumos.	2 semanas	Jefe de Compras	Información	N/A
3. Disponer de un sistema de control de caducidad de medicamentos	3 semanas	Jefe de Farmacia	Información	N/A
4. Ligar las actividades de compra de inventarios con la contabilidad, para generar asientos de compra automáticamente.	4 semanas	Jefe de Compras/Contabilidad	Información	N/A

5. Establecer tomas físicas de inventarios y materiales de forma periódica.	2 semanas	Jefe de Compras	Información	N/A
---	-----------	-----------------	-------------	-----

Plan de Mejora para el Área de Infraestructura y Equipos Tecnológicos

Objetivo: Identificar los criterios de necesidad para la creación de planes de acción y mejora de infraestructura para las diferentes áreas.

Responsable: Directorio Administrativo

ACTIVIDAD	TIEMPO	RESPONSABLE	RECURSOS	COSTO USD
1. Adecuar una nueva sala de cuidados intensivos.	13 semanas	Directorio Administrativo	Financieros	7.000
2. Construir una zona de parqueo y embarque de pacientes .en la ambulancia	8 semanas	Directorio Administrativo	Financieros	3.000
3. Renovar el ecógrafo.	10 semanas	Directorio Administrativo	Financieros	10.000
4. Renovar el electrocardiograma.	3 semanas	Directorio Administrativo	Financieros	3.000
5. Establecer políticas para la compra de los derechos de utilización de software.	3 semanas	Directorio Administrativo	Financieros	2.000

3.7 EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORA

En el plan de mejora propuesto hemos previsto el establecimiento de la evaluación del mismo, de modo que se realice la revisión de forma oportuna y se garantice la retroalimentación de las actividades.

Dentro de la filosofía de procesos y el estudio que se realizó el tiempo que se va a demorar en implementar los nuevos conceptos es de 36 meses es decir largo plazo teniendo un impacto alto dentro de la organización, logrando con esto un cambio radical y gestionando una reingeniería de procesos; hay que tomar también en cuenta el costo de la inversión es de 31.000 USD en la compra de diferentes equipos y licencias de software que necesita el Club de Leones para realizar su actividades.

4. INDICADORES DE GESTIÓN

4.1 TEORÍA DE INDICADORES DE GESTIÓN¹⁶

Los indicadores de gestión son medidas utilizadas para determinar el éxito de un proyecto o una organización. Los indicadores de gestión suelen establecerse por los líderes del proyecto u organización, y son posteriormente utilizados continuamente a lo largo del ciclo de vida, para evaluar el desempeño y los resultados.

4.1.1 Beneficios derivados de los Indicadores de Gestión

Entre los varios beneficios que puede proporcionar a una organización la implementación de un sistema de indicadores de gestión, se tienen (C. Pérez; 2010):

- Lograr la identificación de las prioridades de satisfacción del cliente para una empresa, desarrollando estrategias y enlazándolas con el personal para lograr los resultados deseados.

¹⁶PÉREZ JARAMILLO C. (2010).
[<http://www.escuelagobierno.org/inputs/los%20indicadores%20de%20gestion.pdf>], **LOS INDICADORES DE GESTIÓN**, COLOMBIA.

- El mejoramiento continuo en el monitoreo del proceso es posible solo con el seguimiento exhaustivo a cada eslabón de la cadena que forma el proceso; las mediciones son las herramientas básicas para detectar oportunidades de mejora, sino además para implementar las acciones.
- Para que una organización logre mejorar los procesos es conocer el entorno para entenderlo e implementar lo aprendido, teniendo que evaluar los servicios, procesos y actividades para compararlos con la otra organización.

4.1.2 Características de los Indicadores de Gestión

Los indicadores de gestión deben cumplir con ciertos requisitos y elementos para poder apoyar a la gestión para conseguir el objetivo. Estas características pueden ser (C. Pérez; 2010):

- Capacidad para definir el evento que se pretende medir, de manera poco costosa en tiempo y recurso (*Simplicidad*).
- Facilidad de la medida para describir por completo el fenómeno o efecto. Debe reflejar la magnitud del hecho analizados y mostrar la desviación real del nivel deseado (*Adecuación*).

- Define la propiedad de ser permanente por un período deseado (*Validez en el tiempo*).
- La habilidad para estar involucrados desde el diseño, y debe proporcionárseles los recursos y formación necesarios para su ejecución, ingrediente fundamental para que el personal se motive en torno al cumplimiento de los indicadores (*Participación de los usuarios*).
- Posibilidad del indicador para estar siempre orientado a buscar las causas que han llevado a que alcance un valor particular y mejorarlas (*Utilidad*).
- Capacidad para que los datos sean recolectados a tiempo. Igualmente requiere que la información sea analizada oportunamente para poder actuar (*Oportunidad*).

4.1.3 Los Indicadores de Gestión y la Planeación Estratégica

Los indicadores de gestión resultan ser una manifestación de los objetivos estratégicos de una organización a partir de su Misión. Resultan de la necesidad de asegurar la integración entre los resultados operacionales y estratégicos de la organización, reflejando la estrategia corporativa a todos los empleados, en sí es el camino para lograr la misión.

4.2 DETERMINACIÓN DE LOS COMPONENTES DE UN INDICADOR

Para la construcción de indicadores de gestión son considerados los siguientes elementos (C. Pérez; 2010):

- **Definición del Indicador**

Expresión que cuantifica el estado de la característica o hecho que quiere ser controlado.

- **Objetivo del Indicador**

Es la información que persigue el indicador seleccionado, indica el mejoramiento que se busca y el sentido de esa mejora (maximizar, minimizar, eliminar, etc.). En consecuencia permite seleccionar y combinar acciones preventivas y correctivas en una sola dirección.

- **Valores de Referencia**

La medición es la comparación de datos y esta no se podría realizar sino se cuenta con el valor que arroje el indicador, entre los valores más comunes se puede citar:

- ❖ **Valor Histórico:** muestra como ha sido la tendencia de los datos a través del tiempo.
- ❖ **Valor Histórico:** muestra como ha sido la tendencia de los datos a través del tiempo.
- ❖ **Valor Teórico:** usado como referencia de indicadores vinculados a capacidades de máquinas y equipos en cuanto a producción, consumo de materiales y fallas esperadas.

- **La Responsabilidad**

Clarifica el modo de actuar frente a la información que suministra el indicador y su posible desviación respecto a las referencias escogidas.

- **Los Puntos de Medición**

Define la forma cómo se obtienen y conforman los datos, los sitios y momento donde deben hacerse las mediciones, los medios con los cuales hacer las medidas, quiénes hacen las lecturas y cuál es el procedimiento de obtención de las muestras, permitiendo establecer con claridad la manera de

obtener precisión, oportunidad y confiabilidad en las medidas.

- **La Periodicidad**

Define el período de realización de la medida, cómo presentan los datos, cuando realizan las lecturas puntuales y los promedios.

- **El Sistema de Procesamiento y Toma de Decisiones**

El sistema de información debe garantizar que los datos obtenidos de la recopilación de históricos o lecturas, sean presentados adecuadamente al momento de la toma de decisiones. Un reporte para tomar decisiones debe contener no sólo el valor actual del indicador, sino también el nivel de referencia.

Es importante ajustar o administrar que el conjunto de indicadores de cada proceso esté alineado con los de sus respectivas unidades de negocio y por tanto con la Misión de la organización, para lograr la efectividad de los objetivos estratégicos propuestos

TABLA No. 4.2.1.

DIMENSIONES DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN

Tipo	Revisión	Enfoque	Propósito
Planeación Estratégica	Desempeño global de la organización	Largo plazo (Anuales)	Alcances de la Visión y la Misión
Planeación Funcional	Desempeño de las áreas funcionales	Corto y mediano plazo (Mensuales o Semestrales)	Apoyo de las áreas funcionales para el logro de las metas estratégicas de la organización
Planeación Operativa	Desempeño individual de empleados, equipos, productos, servicios y procesos.	Cotidiano (Semanales, diarias, horas)	Alineamiento del desempeño de empleados, equipos, productos, servicios y de los procesos con las metas de la organización y de las áreas funcionales

Fuente: PÉREZ JARAMILLO CARLOS MARIO, 2010, [<http://www.esuelagobierno.org/inputs/los%20indicadores%20de%20gestion.pdf>], LOS INDICADORES DE GESTIÓN, COLOMBIA

Elaborado por: Carlos Mario Pérez Jaramillo

Algunos de los indicadores que son monitoreados en una empresa son circunstanciales, así su utilidad es limitada a un momento específico, debido a que apoyan a la solución definitiva de algún problema o proyecto de la organización teniendo un inicio y un fin establecidos.

Cuando el Proyecto termina, el objetivo se alcanza o el problema ha sido resuelto, el indicador puede dejar de ser relevante y por tanto no es justificable su monitoreo continuo, centrando el control únicamente donde sea necesario.

Para definir un buen indicador de control en un proceso es importante desarrollar un criterio para la selección de los indicadores que deberán monitorearse en forma continua, ya que el seguimiento tiene un costo alto cuando no está soportado por un verdadero beneficio, se utiliza estas cuatro preguntas básicas:

1. ¿Es fácil de medir?
2. ¿Se mide rápidamente?
3. ¿Proporciona información relevante en pocas palabras?

Entre los indicadores más relevantes se pueden citar¹⁷:

- **Indicadores de cumplimiento**

Los indicadores de cumplimiento están desarrollados con los ratios que nos indican el grado de consecución de tareas y/o trabajos.

- **Indicadores de Evaluación**

Estos indicadores están relacionados con los ratios y/o métodos que nos ayudan a identificar nuestras fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora.

- **Indicadores de Eficiencia**

Están relacionados con los ratios que nos indican el tiempo invertido en la consecución de la tarea o trabajo.

¹⁷ MOZARRAIN A. (2010). [http://web.jet.es/amoarrain/gestion_indicadores.htm], **GESTIÓN DE INDICADORES**, ESPAÑA.

- **Indicadores de Eficacia**

Están relacionados con los ratios que nos indican capacidad o acierto en la consecución de tareas y Trabajos.

- **Indicadores de Gestión**

Indicadores de gestión están relacionados con los ratios que nos permiten administrar realmente un proceso.

4.3 OBJETIVOS DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN

En el estudio que se ha realizado en el Centro Comunitario, se puede definir estos objetivos:

- Velar por las necesidades presentes/futuras del Centro Comunitario, estas sean materiales, tecnologías, normativas, políticas, infraestructura, etc.
- Determinar la eficiencia y eficacia de las estrategias de servicio y los resultados alcanzados en función de los objetivos.
- Medir la gestión total del desempeño del proceso de tipo estratégico, realización y apoyo.
- Lograr determinar con datos reales la satisfacción del cliente interno y externo en cuanto a sus necesidades se refiere.

- Lograr un benchmarking interno que ayude a comparar las operaciones y sus procesos centrandó el análisis en los temas críticos que demanden un mayor grado de utilización de recursos para las soluciones.

4.4. INDICADORES POR PROCESOS

En el diseño de los indicadores de gestión se detallará los enunciados que se utilizan en la tabla para clasificarlos, a continuación se presenta los conceptos:

- **Nombre del Indicador**

Determina el nombre del indicador que se está usando.

- **Descripción**

Realiza una breve explicación del significado del indicador.

- **Fórmula**

Indica las variables que son parte del diseño del indicador de gestión.

- **Frecuencia**

Detalla el tiempo en el que es usado el indicador.

- **Sentido**

Indica la tendencia que toma el indicador en su evaluación.

- **Límite Inferior - Superior**

Límite máximo al que puede desplazarse el resultado del indicador sea de forma positiva o negativa.

- **Responsable de la Medición**

Encargado de realizar los cálculos que se requieran en la medición del indicador.

- **Responsable de Análisis**

Persona la cual tiene que filtrar los datos de información que se obtiene de la medición para darles un sentido.

Los indicadores de gestión se encuentran en el ANEXO No. 04.

4.5 TEORÍA DEL FACTOR CRÍTICO DE ÉXITO¹⁸

Existen muchas definiciones, pero desde la perspectiva gerencial se podría citar lo siguiente:

¹⁸ MURILLO ARTURO, 2010, [http://www.deinsa.com/cmi/documentos/Los_factores_criticos_del_exito.pdf], **¿QUÉ SON LOS FACTORES CRÍTICOS Y COMO SE VINCULA CON EL BSC?**, COSTA RICA

“Variables que la Gerencia puede influenciar a través de sus decisiones y que pueda afectar significativamente la posición competitiva en el mercado”

Los Factores Críticos de Éxito definen un conjunto mínimo (limitado) de áreas (factores) determinantes en las cuales si se obtienen resultados satisfactorios asegurando un desempeño exitoso para un individuo, un departamento o una organización.

Para realizar el análisis de los factores críticos de éxito es necesario tener los objetivos del Club de Leones muy bien definidos y luego establecer los medios para alcanzar los objetivos.

Dentro de los procedimientos para el análisis estructurado consta de los siguientes pasos:

1. Elaboración de la lista de propósitos de los procedimientos.
2. Identificar los factores de éxito de cada procedimiento.
3. Agrupar los factores de éxito de acuerdo con los propósitos.
4. Seleccionar los factores críticos de éxito.
5. Finalizar el estudio de los factores críticos de éxito

Los FCE se encuentran en el ANEXO No. 05

4.6 METODOLOGÍA PARA LA PRIORIZACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN Y EL TABLERO DE CONTROL PARA SU MONITOREO

La metodología que se propone para este estudio pretende implantar un modelo de toma de decisión, con el fin de mostrar que a través de los procesos desarrollados y mejorados se puede lograr alcanzar todos los objetivos planteados por la Dirección. Dadas las necesidades expuestas esta metodología está orientada a mostrar los impactos y beneficios para el Centro Comunitario; esta metodología tiene 3 dimensiones:

1. **Frecuencia:** es la periodicidad de tiempo con la que se evalúa al proceso, esta puede ser alta, media, baja para todas las dimensiones de estudio. Se lo ponderará de esta forma: Muy frecuente (3), Frecuente (2), Poco Frecuente (1).
2. **Impacto Organizacional:** se refiere al efecto que se logra en la implantación de las estrategias en los procesos o a la organización. La ponderación será de la siguiente manera: Alto (3), Medio (2), Bajo (1).
3. **Satisfacción al Cliente:** se refiere si el cliente externo/interno se encuentra en la plena aprobación del servicio. Y de la misma forma la ponderación será de la siguiente manera: Alto (3), Medio (2), Bajo (1).

El Tablero de Control con todos los indicadores se encuentra en el ANEXO No. 06

4.7 TABLERO DE CONTROL CON INDICADORES PRIORIZADOS

PROCESO	SUBPROCESO	INDICADOR	ESTADO
Gestión Estratégica	Medición de Satisfacción del Cliente	(# Total de pedidos no entregados a tiempo / Total de Pedidos Despachados) x 100	N/E
Admisión	Consulta Externa	(hora en la fue atendido el paciente – hora en la que ingreso el paciente)	N/D
Servicios Médicos	Laboratorio Clínico	(# exámenes de laboratorio realizados por ingreso / Total de ingresos) x 100	N/E
	Cirugía	(# Cirugías Suspendidas / # Cirugías Programadas) x 100	N/D
	Tratamiento	(Total de pacientes atendidos / Total días del periodo) x 100	N/E
	Hospitalización	Sumatoria (Fecha de Egreso – Fecha de Ingreso) / Total de Pacientes	N/D
	Imagen	(# estudios de Imagenología realizados por ingresos / Total de Ingresos) x 100	N/E
Gestión de RRHH	Selección del Personal	(# competencias aspirante / # total de competencias elegidas en el perfil) x 100	N/E
	Evaluación	(# de competencias desarrolladas del puesto en el período / # total de competencia del puesto) x 100	N/E
Gestión de Finanzas	Contabilidad	(Patrimonio / Activo Total) x 100	N/D
	Pagos	(# total de gastos sin respaldo / # total de gastos efectuados en el período) x 100	N/D
Gestión de Administración	Adquisiciones	(# productos generados sin problemas / Total de pedidos en el período) x 100	N/D
	Bioseguridad	(# de normas de bioseguridad cumplidas / # total de normas de bioseguridad) x 100	N/D
	Farmacia Externa	(# ventas acumuladas / Inventario promedio)x 100	N/D
	Farmacia Interna	[(Inventario final / Utilización Promedio) x 30 días] x 100	N/E

Elaborado por: Wilson Echeverría

En el estudio de priorización de indicadores se determinó en las áreas que más influye son en los procesos de: Gestión Estratégica, Admisión, Servicios Médicos, Gestión de RRHH, Gestión de Finanzas, Gestión de Administración. Puntualizando que la Dirección del Centro Comunitario tiene que orientar más énfasis en estos indicadores priorizados, ya que son los que realmente indican que es lo que está sucediendo en la gestión.

Hay que acotar además que no existen datos históricos registrados para realizar un previo estudio, la Dirección debe implantar la filosofía acerca del control y registro de documentación para que en base a esos datos poder realizar cálculos.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- El Centro Comunitario no ha definido los procesos de sus departamentos y esto ha conllevado que su gestión no sea del todo efectiva, no se tiene conocimiento de las actividades que se involucran en la cadena de valor.
- La Misión, Visión y Objetivos del Centro Comunitario no se encuentran bien diseñados; no toman ciertos detalles para lograr su formulación y aplicación de manera correcta llevando directamente a mudas administrativas y de operación, influenciando en la gestión que se realice.
- En lo que se refiere a las posibilidades que tiene el personal para promociones y ascensos es muy limitada, ya que su estructura organizacional es de forma horizontal, esta modalidad desmotiva al capital humano porque no existe oportunidad de crecimiento profesional.
- Los continuos cambios políticos son una considerable influencia para la sociedad, logrando en este caso desplazar a los sectores más vulnerables al derecho de salud.
- El desarrollo de las tecnologías de avanzada en el área de equipo médico, obliga al Centro Comunitario a invertir en activos para no limitar la participación en el mercado y brindar un servicio de calidad a todos sus pacientes.
- Los precios establecidos por el Centro Comunitario son relativamente bajos dentro del mercado de salud, originando ciertas ventajas competitivas, como incrementar los pacientes que deseen adquirir los servicios.

- El Centro Comunitario coadyuva con la sociedad dando un correcto tratamiento a los desechos infecciosos y normales para lograr un equilibrio eco-comunitario.
- Las instalaciones del Centro Comunitario están medianamente adecuadas para la atención a los pacientes, implementar construcción en nuevas áreas, dando una mejor utilización a la capacidad instalada que se tiene para lograr el crecimiento esperado.
- Existen mudas en casi todos los departamentos, administrativos y de operación, estas mudas van desde recursos de papelería, recursos de tiempo, suministros, etc.
- Quienes trabajan en la institución se encuentran alineados en una desinformación completa en cuanto a los planes que medianamente tienen estructurados, la carencia de un personaje líder que comunique estos valores afecta a la ejecución de la gestión.
- El Departamento de RRHH, no cuenta con un plan de capacitación/entrenamiento, ocasionando que su personal no se encuentre actualizado para enfrentar los cambios que se generen en la salud y a procedimientos, logrando un bajo valor agregado al cliente.
- No existe una programación real de mantenimiento preventivo a la maquinaria del Centro Comunitario, carecen además de los responsables que generan el mantenimiento, generando un deterioro de los equipos.
- El actual sistema que usa el Centro Comunitario no está creado para lograr el objetivo de recolectar toda la información necesaria para el desarrollo de los procesos.
- A pesar de que existe un reglamento interno y objetivos, no hay manera de controlar o medir el nivel de de la gestión en cuanto a misión, visión se refiere.

- En el estudio que se realizó se pudo determinar que no existe métodos de control para los procesos más importantes, determinando así que existe muda en los procesos de realización.
- El Centro Comunitario no dispone de indicadores para medir el desempeño de la gestión de todos los procesos, conllevando así a no tener una visión global de índices para una correcta evaluación de los objetivos y metas propuestas.

5.2 RECOMENDACIONES

- La Dirección del Centro Comunitario está obligada a generar un proceso de planificación estratégica en la cual consten bien definidos la misión, visión y objetivos; para que puedan ser medibles y alcanzables dentro de un período de tiempo.
- Para el cumplimiento de la planificación estratégica se recomienda establecer metodologías para su implantación y que toda la organización parte administrativa y operativa tengan un conocimiento de los planes que han diseñado y controlar su cumplimiento.
- Cada departamento tiene que diseñar protocolos y guías médicas para los distintos departamentos, y tienen que periódicamente evaluar el cumplimiento de las mismas.
- El Centro Comunitario en lo referente a la selección de personal tiene que ser en base a las competencias para cada puesto, escogiendo así al personal mejor calificado y que tenga aptitudes necesarias para desempeñar su cargo con responsabilidad.
- Se tiene que diseñar un subproceso que se encargue de la capacitación en el personal que se encuentra laborando y de inducción para el personal recién contratado, además del entrenamiento para cada profesional y sus respectivas actualizaciones.
- Se tiene que diseñar un nuevo subproceso de sistemas para que permitan manejar la información de manera automatizada y más eficiente permitiendo un desarrollo independiente del departamento.

- Se tiene que implantar el control en el manejo de las historias clínicas, permitiendo así tener actualizado la base de datos.
- Todos los documentos que genere en el paciente en la cadena de valor de los servicios del Centro Comunitario, se tendrán que ir adjuntando para realizar el control de todos los resultados que arrojen sus exámenes.
- El Centro Comunitario tiene que realizar una programación adecuada para la gestión de mantenimiento de activos fijos para lograr su funcionalidad en el caso que se requiera, tener adjuntado todos los documentos que validen al activo así como facturas, manuales de uso, fichas técnicas, etc.
- Se recomienda también crear una cultura de información interdepartamental para que toda la organización tenga claro la naturaleza del Centro Comunitario, misión, visión y objetivos, además de realizar reuniones periódicas para obtener datos acerca de los diferentes acontecimientos que se den en los departamentos.
- En lo correspondiente a la infraestructura, el Centro Comunitario no tiene un diseño adecuado para lo que es un hospital y sus diferentes funciones, se recomienda asesoría por profesionales en la construcción de hospitales para que puedan dar un criterio más efectivo de cómo se va a diseñar las posibles modificaciones que requiera.
- Obligatoriamente el Centro Comunitario tiene que adquirir un nuevo equipo ecosonográfico y de electrocardiograma con capacidad de distribución de datos directamente por la red de la organización.
- La alta dirección será la encargada de adoctrinar a sus empleados para que pongan en práctica la filosofía de mejoramiento de procesos sugeridos en este estudio, de tal manera que logren con el tiempo identificar las actividades que no agregan valor

para no repetirlas y generar más actividades que generen valor al cliente y al negocio.

- Se tienen que definir políticas acerca de los custodios de la información documentos, contratos, facturas, el cual vele por la integridad o reporte en su defecto algún tipo de irregularidad.
- Se tiene que designar a responsables para la respectiva implementación, control y evaluación de los procesos que fueron diseñados en este estudio, creando así una cultura de mejoramiento continuo en base a las necesidades de la institución y su entorno.
- Además de esto se tiene que obligatoriamente designar un responsable para el análisis de datos que arrojen los indicadores priorizados para determinar cuál ha sido el desarrollo de las mismas.
- Debido a la importancia de lograr una mejora en los procesos determinados en este estudio hay que determinar todas las actividades con sus respectivos responsables y diseñar formas de controlar y medir las actividades para que generen valor al cliente y al negocio.
- Todas las decisiones que la Dirección del Centro Comunitario se tienen que basar, en los datos que arrojen los indicadores procesados con los datos de un periodo.
- Una vez levantados todos los procesos, los responsables así como los empleados, tienen que cumplir a cabalidad las directrices diseñadas para que no existan inconsistencias en las actividades diseñadas.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

1. KRAJEWSKI-MALJOTRA-RITSMAN. (2008). **Administración de Operaciones**. México. Prentice Hall.
2. ANTHONY R. (2008). **Sistemas de Control de Gestión**. México. McGraw-Hill.
3. CAMISON C. (2007). **Gestión de la Calidad**. México. Pearson Education.
4. DAVIS L. (2001). **Investigación en Administración para la Toma de Decisiones**. México. Thompson.
5. EVANS L. (2005). **Administración y Control de la Calidad**. México. Thompson.
6. LOVELOCK C. (2004). **Administración de Servicios**. México. Pearson Education.
7. NEWSTROM J. (2007). **Comportamiento Humano en el Trabajo**. México. McGraw-Hill.
8. OAKLAND J. (2006). **Administración de la Calidad Total**. Colombia. CECSA.
9. RODRIGUEZ VALENCIA J. (2002). **Estudio de Sistemas y Procedimientos Administrativos**. México. Thompson.
10. SHOROEDER R. (2004). **Administración de Operaciones Casos y Conceptos**. México. Thompson.

INTERNET

1. www.cmcquitocentral.org
2. <http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/empleo.html#app=ee3a&749e-selectedIndex=0>
3. <http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/ecvTipo.html#app=6ba9&16b1-selectedIndex=0>
4. <http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/economicas3D.html#tpi=1>
5. www.cosude.org.ec
6. PÉREZ JARAMILLO C. (2010). [http://www.escuelagobierno.org/inputs/los%20indicadores%20de%20gestion.pdf], **LOS INDICADORES DE GESTIÓN**. COLOMBIA.
7. MOZARRAIN A. (2010). [http://web.jet.es/amoarrain/gestion_indicadores.htm], **GESTIÓN DE INDICADORES**. ESPAÑA.
8. MURILLO A. (2010). http://www.deinsa.com/cmi/documentos/Los_factores_criticos_del_exit.pdf, **¿QUÉ SON LOS FACTORES CRÍTICOS Y COMO SE VINCULA CON EL BSC?**. COSTA RICA.

APUNTES

1. IDROBO P. (2009). **Modelo de Administración de Procesos (apuntes de clase)**. Quito.
2. NARANJO R. (2009). **Gestión de RRHH (apuntes de clase)**. Quito.

ANEXOS