

ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL

ESCUELA DE CIENCIAS

LEVANTAMIENTO, DISEÑO Y PROPUESTA DE MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS CRÍTICOS DEL “HOSPITAL DERMATOLÓGICO GONZALO GONZÁLEZ”

**PROYECTO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
INGENIERO EMPRESARIAL**

PAÚL ANDRÉS HERRERA ZUMÁRRAGA

DIRECTOR: ING. JAIME CADENA., MSc.

2006

DECLARACIÓN

Yo, Paúl Andrés Herrera Zumárraga, declaro bajo juramento que el trabajo aquí escrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

A través de la presente declaración cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondientes a este trabajo, a la Escuela Politécnica Nacional, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normatividad institucional vigente.

Paúl Andrés Herrera Zumárraga

CERTIFICACIÓN

Certifico que le presente trabajo fue desarrollado por Paúl Andrés Herrera Zumárraga, bajo mi supervisión.

Ing. Jaime Cadena., MSc.
DIRECTOR DE PROYECTO

AGRADECIMIENTO

A Dios, principio y fin de vida, guía supremo de ayer, del presente y del futuro

A la Escuela Politécnica Nacional, escenario fecundo para moldear mentes y espíritus anhelantes de grandes objetivos.

Al Ing. Jaime Cadena., Msc, muestra intachable de una generosa guía profesional.

A los fraternos amigos cuya nobleza motivaron a la culminación de este sueño.

DEDICATORIA

A mis padres: Tito y Yolanda,
fuente de vida, amor y ejemplo permanente.

A mis hermanos: Pabel y Paola,
marcan los certeros senderos a seguir.

A Katty y Javier,
Su hermandad constituye el sello
incondicional de apoyo y confianza.

A mis sobrinas: Camila, Mikaela y Paula Alejandra,
su ternura alienta la búsqueda de conquistas.

CONTENIDO

INDICE GENERAL.....	VI
INDICE DE ILUSTRACIONES.....	XIV
RESUMEN.....	XVI

CAPÍTULO I.....	1
------------------------	----------

MARCO CONTEXTUAL

1.1. Introducción.....	1
1.2. Hospital dermatológico Gonzalo González.....	4
1.2.1. Reseña histórica.....	4
1.2.2. Aparecimiento del mal de hansen.....	5
1.2.3. La lepra en el ecuador.....	7
1.3. Estructura organizacional según resolución SENRES.....	16
1.4. Planteamiento del problema.....	19
1.5. Análisis del problema.....	23
1.5.1. Procedimientos en el análisis del problema.....	24
1.5.2. Situación problemática.....	26
1.5.3. Enunciado del problema.....	29
1.6. Objetivos.....	30
1.6.1. Objetivo general.....	30
1.6.2. Objetivos específicos.....	30
1.7. Hipótesis de trabajo.....	31

CAPÍTULO II.....	32
-------------------------	-----------

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. La organización.....	32
---------------------------	----

2.1.1.	Definición.....	32
2.1.2.	La estructura organizacional.....	33
2.1.2.1.	Fundamentos.....	33
2.1.2.2.	Componentes de la estructura organizacional.....	33
2.1.2.2.1.	Complejidad.....	34
2.1.2.2.2.	Formalización.....	35
2.1.2.2.3.	Centralización.....	35
2.1.3.	Escenarios de las organizaciones modernas.....	36
2.1.4.	Las nuevas realidades.....	36
2.1.5.	Evolución de la organización.....	38
2.1.6.	Los paradigmas de la empresa de la tercera era.....	39
2.1.7.	La organización que aprende.....	40
2.1.7.1.	Creación de interrelaciones.....	40
2.1.7.2.	Mecanismos organizacionales para crear interrelaciones..	42
2.1.8.	Organización horizontal.....	42
2.1.8.1.	Estructura horizontal.....	43
2.1.8.1.1.	Agrupación de las unidades de negocios.....	43
2.1.8.1.2.	Centralización parcial.....	44
2.1.8.1.3.	Administración de las organizaciones entre unidades de negocios.....	44
2.2.	Visión sistémica de la organización.....	45
2.2.1.	Teoría de sistemas.....	46
2.2.1.1.	Concepto.....	47
2.2.1.2.	Características de los sistemas.....	47
2.2.1.2.1.	Propósito u objetivo.....	48
2.2.1.2.2.	Globalismo o totalidad.....	48
2.2.1.3.	Tipos de sistemas.....	48
2.2.1.4.	Parámetros de los sistemas.....	48
2.2.1.4.1.	Entrada o insumo.....	49
2.2.1.4.2.	Salida, producto o resultado.....	49
2.2.1.4.3.	Procesamiento, procesador o transformador.....	49
2.2.1.4.4.	Retroalimentación, retroacción o retroinformación.....	49
2.2.1.4.5.	Ambiente.....	50

2.2.1.5.	Organización como sistema abierto.....	50
2.2.2.	Un cambio de enfoque.....	52
2.3.	La organización con enfoque de procesos.....	53
2.4.	La gestión por procesos.....	54
2.4.1.	Evolución del concepto.....	54
2.4.1.1.	El control del proceso.....	56
2.4.1.2.	El mejoramiento de los procesos.....	56
2.4.1.3.	La gerencia de procesos	57
2.4.1.4.	Causas principales del aparecimiento de la gerencia de procesos.....	58
2.4.1.5.	Surgimiento de los procesos.....	59
2.4.1.6.	Los procesos en la serie de normas iso 9000:2000.....	59
2.4.2.	El concepto de proceso.....	62
2.4.3.	Los 8 factores determinantes en un proceso.....	63
2.4.4.	La cadena de valor.....	64
2.4.4.1.	Fundamentos de la cadena de valor.....	65
2.4.4.2.	Definición de la cadena de valor.....	66
2.4.4.3.	Nexos de la cadena de valor.....	67
2.4.4.3.1.	Nexos verticales.....	68
2.4.4.3.2.	Cadena del valor del cliente.....	68
2.4.4.4.	La cadena de valor y la estructura organizacional.....	69
2.4.5.	Proceso vs. Organizaciones verticales.....	70
2.4.6.	Comprensión de la jerarquía de un proceso.....	71
2.4.7.	Mapa de procesos.....	73
2.4.8.	Elementos de un proceso.....	75
2.4.9.	Limites del proceso.....	75
2.4.10.	Características del proceso.....	77
2.5.	Levantamiento y diseño de procesos.....	78
2.5.1.	Herramientas y pasos a seguir.....	78
2.5.1.1.	Definición e identificación de los procesos.....	78
2.5.1.1.1.	Definición.....	78
2.5.1.1.2.	Identificación.....	79
2.5.1.2.	Análisis de procesos.....	79

2.5.1.3.	Diseño y documentación	80
2.5.1.4.	Diagramas de flujo.....	81
2.5.1.4.1.	Diagramas de bloque.....	81
2.5.1.4.2.	Diagramas de flujo funcional.....	84
2.5.1.5.	Implementación.....	85
2.6.	Mejoramiento de los procesos.....	85
2.6.1.	Gerencia para mejorar.....	87
2.6.2.	Modernización del proceso.....	88
2.7.	Medición de los procesos.....	89
2.7.1.	Evaluación del valor agregado.....	89
2.7.2.	Medidores e indicadores.....	90
2.7.2.1.	Cuándo debemos medir.....	91
2.7.2.2.	Características de los buenos indicadores y medidores...91	
2.7.2.2.1.	Poderse medir.....	91
2.7.2.2.2.	Tener significado.....	92
2.7.2.2.3.	Poderse controlar.....	92
2.7.2.3.	Tipos de indicadores.....	93
2.7.2.3.1.	Indicadores de eficacia.....	93
2.7.2.3.2.	Indicadores de eficiencia.....	93
2.7.2.4.	Medidores o indicadores de resultado.....	94
2.7.2.5.	Elaboración de indicadores.....	95
2.7.3.	Construcción de un sistema de control de gestión.....	96

CAPITULO III.....98

GESTIÓN POR PROCESOS, APLICACIÓN

3.1.	Procesos críticos: aplicación.....	98
3.1.1.	Estructura del sistema nacional de salud.....	98
3.1.2.	Estructura del ministerio de salud pública.....	102
3.1.3.	Estructura por procesos del hospital especializado.....	103

3.2.	Análisis organizacional actual.....	103
3.2.1.	Variables internas y externas.....	103
3.2.1.1.	Situación geográfica e infraestructura actual.....	103
3.2.1.1.1.	Área de Consulta Externa.....	103
3.2.1.1.2.	Quirófano.....	104
3.2.1.1.3.	Área Administrativa.....	104
3.2.1.1.4.	Área de Cocina y Comedor.....	104
3.2.1.2.	Político – Normativo.....	105
3.2.1.3.	Condiciones ambientales.....	105
3.2.1.4.	Aspectos económicos.....	105
3.2.1.5.	Condiciones sociales.....	106
3.2.1.6.	Patrones culturales.....	106
3.2.1.7.	Factores locales.....	107
3.2.2.	Análisis histórico de demanda y atención.....	107
3.2.3.	Perfil epidemiológico.....	108
3.2.4.	Definición y área de influencia.....	109
3.2.5.	Personal con el que cuenta el “hospital dermatológico Gonzalo González”.....	110
3.2.6.	Producción Hospitalaria.....	111
3.2.7.	Indicadores hospitalarios de producción.....	111
3.3.	Fundamentos normativos de la estructura.....	116
3.3.1.	Normas constitucionales y legales.....	116
3.3.2.	Normas Técnicas de Organización por Procesos.....	118
3.3.3.	Productos de los Procesos Generales.....	118
3.3.3.1.	Auditoría interna.....	118
3.3.3.2.	Jurídico.....	119
3.3.3.3.	Planificación.....	119
3.3.3.4.	Recursos humanos.....	119
3.3.3.5.	Financiero.....	120
3.3.3.5.1.	Presupuesto.....	120
3.3.3.5.2.	Contabilidad.....	120
3.3.3.5.3.	Administración de Caja.....	121
3.3.3.5.4.	Tecnológico.....	121

3.3.3.6. Servicios institucionales.....	121
3.3.3.7. Archivo y documentación.....	122
3.3.3.8. Comunicación social.....	122
3.3.4. Procesos Agregadores de Valor.....	123
3.4. Análisis de los procesos críticos.....	124
3.4.1. Situación funcional actual.....	124
3.4.2. Proceso de Calificación de Demanda y Oferta hospitalaria.....	129
3.4.2.1. Definición e Importancia del Proceso.....	129
3.4.2.2. Alcance del levantamiento del proceso actual.....	130
3.4.2.2.1. Productos del Proceso.....	130
3.4.3. Proceso de Operativización de Normas en la Gestión de Servicios Hospitalarios.....	130
3.4.3.1. Definición e Importancia del Proceso.....	130
3.4.3.2. Alcance del levantamiento del proceso actual.....	131
3.4.3.2.1. Consulta Externa.....	131
3.4.3.2.2. Emergencia.....	132
3.4.3.2.3. Hospitalización.....	132
3.4.3.2.4. Servicios Técnicos Complementarios.....	133
3.4.3.3. Flujos actuales de los procesos de Operativización De Normas en la Gestión de Servicios Hospitalarios.....	134
3.4.4. Proceso de Control y Mejoramiento de la Operativización de Normas en la Gestión de Servicios Hospitalarios.....	134
3.4.4.1. Definición e Importancia del Proceso.....	134
3.4.4.2. Alcance de levantamiento del proceso actual.....	134
3.5. Propuesta de mejoramiento de los procesos críticos.....	135
3.5.1. Indicadores de gestión.....	136
3.5.1.1. Indicadores de Calificación de Demanda y Oferta Hospitalaria.....	136
3.5.1.1.1. Porcentaje de Información Efectiva.....	136
3.5.1.2. Indicadores de Consulta Externa.....	137
3.5.1.2.1. Porcentaje de Consultas de primera vez.....	137
3.5.1.2.2. Concentración de Consultas.....	137
3.5.1.2.3. Relación Consulta Egreso.....	138

3.5.1.3. Indicadores de Hospitalización Dermatología.....	138
3.5.1.3.1. Promedio de días-paciente.....	138
3.5.1.3.2. Días cama ocupada.....	139
3.5.1.3.3. Días cama disponible.....	139
3.5.1.3.4. Porcentaje de Ocupación.....	139
3.5.1.3.5. Intervalo de Giro.....	140
3.5.1.3.6. Promedio diario de Egresos.....	140
3.5.1.4. Indicadores de Cirugía.....	141
3.5.1.4.1. Número de cirugías electivas.....	141
3.5.1.4.2. Relación cirugías / egresos.....	141
3.5.1.4.3. Número de Cirugías Programadas.....	141
3.5.1.4.4. Porcentaje de Cancelación de Cirugías.....	142
3.5.1.5. Indicadores de Servicios Técnicos	
Complementarios.....	142
3.5.1.5.1. Porcentaje de Exámenes de laboratorio a pacientes hospitalizados.....	142
3.5.1.5.2. Porcentaje de Exámenes de laboratorio a Pacientes ambulatorios.....	143
3.5.1.5.3. Número de Exámenes de laboratorio por Egreso.....	143
3.5.1.5.4. Porcentaje de estudios e imágenes diagnósticas a pacientes hospitalizados.....	144
3.5.1.5.5. Porcentaje de estudios e imágenes diagnósticas a pacientes ambulatorios.....	144
3.5.1.6. Indicadores de Control y Mejoramiento de la Operativización de normas en la Gestión de Servicios Hospitalarios.....	145
3.5.1.6.1. Porcentaje de Efectividad de Planes Ejecutados.....	145
3.5.1.6.2. Índice de Presupuestación.....	145

CAPITULO IV.....	146
-------------------------	------------

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES.....	146
4.2. RECOMENDACIONES.....	149

ANEXOS

ANEXO A	Resolución SENRES según Registro Oficial
ANEXO B	Flujo actual del proceso de Operativización de Normas en la Gestión de Servicios Hospitalarios
ANEXO C	Formulario del Levantamiento de información
ANEXO D	Manual de Procesos (Propuesta de Mejoramiento)
ANEXO D.1	Mapa de Procesos
ANEXO D.2	Flujogramas
ANEXO D.3	Caracterización del Proceso
ANEXO D.4	Descripción del Proceso
ANEXO D.5	Descripción de Actividades
ANEXO D.6	Modelamiento de Procesos
ANEXO D.7	Documentos - Archivos
ANEXO E	Plan de Implementación

BIBLIOGRAFÍA

INDICE DE ILUSTRACIONES

CONTENIDO DE FIGURAS

CAPITULO 1

Figura 1.1. Análisis esquemático de un problema.....	25
---	----

CAPITULO 2

Figura 2.1. Evolución de la organización.....	38
Figura 2.2. Paradigmas de la tercera era.....	39
Figura 2.3. Parámetros de un sistema.....	49
Figura 2.4. La organización como sistema abierto.....	51
Figura 2.5. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos.....	61
Figura 2.6. El concepto del proceso.....	64
Figura 2.7. Flujo de trabajo horizontal vs. Organizaciones verticales.....	70
Figura 2.8. Jerarquía del proceso.....	71
Figura 2.9. Esquema general del mapa del procesos.....	74
Figura 2.10. Límites de un proceso.....	76
Figura 2.11. Flujo de un proceso de contratación.....	82
Figura 2.12. Identificación del flujo funcional.....	84
Figura 2.13. Método sistemático.....	86
Figura 2.14. El ciclo el mejoramiento PEEA.....	87
Figura 2.15. Evaluación del valor agregado.....	90
Figura 2.16. Criterios de evaluación para medidores e indicadores.....	96
Figura 2.17. Elementos de un sistema de control.....	97

CAPITULO 3

Figura 3.1. Procesos agregadotes de valor.....	123
---	-----

CONTENIDO DE CUADROS

CAPITULO 2

Cuadro 2.1. Principales diferencias entre los sistemas vivos y organizados....	52
Cuadro 2.2. Clasificación de los Procesos.....	73
Cuadro 2.3. Símbolos Estándares para el diagrama de flujo.....	83
Cuadro 2.4. Ejemplos de medidores e indicadores.....	92

CONTENIDOS DE TABLAS

CAPITULO 3

Tabla 3.1. Número de pacientes atendidos.....	107
Tabla 3.2. Ingresos mensuales.....	108
Tabla 3.3. Egresos mensuales.....	108
Tabla 3.4. Producción en hospitalización.....	111
Tabla 3.5. Producción en consulta externa.....	111
Tabla 3.6. Producción en centro quirúrgico.....	111
Tabla 3.7. Producción en consulta externa por médico por unidad operativa.....	111
Tabla 3.8. Consultas médicas por morbilidad.....	112
Tabla 3.9. Clases de diagnóstico médico.....	112
Tabla 3.10. Tipo de atención médica.....	113
Tabla 3.11. Consulta externa por componente.....	113
Tabla 3.12. Anatomía patológica consulta externa.....	114
Tabla 3.13. Hospitalización por componente.....	114
Tabla 3.14. Anatomía patológica hospitalización.....	115

RESUMEN

La Constitución Política de la República, reconoce a la salud como un derecho social y el Estado, por medio de sus instituciones especializadas: Ministerio, Direcciones Provinciales y Unidades Operativas de Salud, tiene la responsabilidad de asegurar el goce de éste derecho conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Los Procesos de Modernización del Estado, que vienen desarrollándose en los últimos años, han conducido al planteamiento de nuevas alternativas de Gestión Pública, tomando como objetivo fundamental, el mejoramiento de la calidad de los productos y servicios demandados por la sociedad. Uno de los importantes componentes de esta nueva tendencia, constituye la propuesta de Gestión Organizacional por Procesos, que de manera progresiva se ha venido implantando en todas las instituciones de la Administración Pública.

Con base a estos importantes antecedentes y en el marco de los nuevos enfoques de gestión organizacional, el presente trabajo está dirigido a desarrollar el levantamiento, diseño y propuesta de mejoramiento de los procesos críticos del Hospital Dermatológico Gonzalo González, orientados a asegurar niveles de eficiencia, eficacia y productividad a fin de elevar la capacidad de la gestión institucional en la prestación de los servicios de salud especializada.

Las características de la institución, así como de la propuesta de investigación, exigen rigor metodológico y profundidad en su tratamiento; por ello, el **CAPITULO I** contiene un sostenido Análisis Organizacional que incorpora los antecedentes históricos del Hospital Dermatológico Gonzalo González, cuya especialidad es el tratamiento de pacientes portadores del Bacilo de Hansen, conocido desde el inicio de nuestra historia mundial como la enfermedad de la LEPRO. Complementa los contenidos de esta primera unidad, un exhaustivo estudio de las condiciones, características y coberturas que arroja la gestión hospitalaria en tiempos actuales, lo que permite una consistente aproximación al análisis de los principales problemas de organización que presenta esta casa de salud, como sustento para la determinación de los objetivos propios de este trabajo, la

justificación de su desarrollo y el planteamiento de hipótesis.

Las organizaciones públicas y privadas, en su evolución, han provocado importantes aportes a la gestión organizacional, nutriéndose mutuamente de los conocimientos y experiencias que cada cual, en sus contextos, ha logrado desarrollar desde los tiempos en que la propia humanidad manifiesta sus primeras señales de organización y de trabajo organizado; por ello, el **CAPÍTULO II** recoge especiales referencias sobre la Organización con enfoque sistémico y la intensa interrelación que provocan sus elementos constitutivos, así como la identificación de las más comunes y agobiantes deficiencias organizacionales que limitan su accionar.

Los escenarios en los que se desenvuelven las organizaciones actuales, al ser diversos, son al mismo tiempo complejos, integrados por una serie de elementos y factores que condicionan sus acciones que pretenden dar respuestas a las demandas que la sociedad en su conjunto impone con mayores niveles de exigencia y selectividad de productos y servicios. Estos vertiginosos cambios en el comportamiento de la sociedad, han determinado para que las organizaciones de todo tipo y condición, aceleren cambios sustanciales en su funcionamiento. Nuevos enfoques de gestión organizacional se han desarrollado, éstos son nacidos de la concepción y forma de percibir los fenómenos por parte del elemento humano, considerado como el recurso estratégico de las organizaciones.

En este contexto, la incorporación de Sistemas de Calidad y de Mejoramiento Continuo a las organizaciones, se ha tornado en una necesidad impostergable, características que son tratadas a profundidad en este Capítulo, como sustento de la Gestión Organizacional con Enfoque de Procesos, a cuyo tratamiento doctrinario, conceptual, metodológico, procedimental e instrumental se dedican con exigencia amplios componentes de esta unidad.

Una vez consolidados los aspectos referidos, de forma complementaria, se incorpora la Propuesta de Mejoramiento de los Procesos Críticos del Hospital Dermatológico Gonzalo González, expresada en el Manual de Procesos que

constituye la herramienta técnica que con enfoque sistémico, identifica y describe actividades, caracteriza, describe y grafica a los procesos y está orientado a proporcionar la información indispensable para asegurar la correcta ejecución de cada proceso considerando los fundamentos normativos, técnicos, procedimentales e instrumentales. Incorpora los Procesos Críticos que estructuran la Cadena de Valor del Hospital, o denominados Procesos de Valor Agregado y están diseñados mediante formatos simples pero al mismo tiempo de amplio y consistente contenido, que refleja con gran objetividad la acción esencial de cada proceso descrito, lo que le otorga versatilidad en su manejo.

El **CAPÍTULO IV**, esta integrado por un reflexivo y consecuente conjunto de conclusiones y recomendaciones que son la resultante de los planteamientos y proyecciones establecidas previamente en el Plan del Proyecto de Investigación.

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

En el actual contexto de transformaciones del Estado Ecuatoriano y de su Gestión Pública, sobresalen marcadas tendencias que determinan cambios sustantivos en la conceptualización, valoración, innovación y práctica de la Gestión de las Instituciones Públicas y dentro de ellas, la de los hospitales; estas nuevas tendencias de modernización demandan modificar sus estructuras tradicionales y revisar su participación en la economía y sus relaciones con la sociedad en general.

En la actualidad, se plantea la necesidad de concentrar la acción del Estado en papeles estratégicos para el desarrollo del capital humano y del capital social. Entre las actuales propuestas de reforma del Estado, destacan el fortalecimiento del poder regulador y la producción de políticas públicas del gobierno; es decir, se plantea un nuevo papel gubernamental cuyas funciones promotoras de cohesión social, sean participativas y reguladoras en el interés público de generar bienes y servicios. La actual modernización se entiende como la reorientación del Estado hacia las funciones propias e indeclinables.¹

El crecimiento de nuevas tendencias enmarcadas en la innovación de normas y políticas de Gestión Pública, ha desembocado en un replanteamiento de los papeles del Estado, la responsabilidad del bienestar social adopta un enfoque de Reforma de la Administración Pública orientada por la transformación sustancial del funcionamiento del Gobierno Central, por una *gerencia pública necesaria* inclinada a racionalizar la estructura y los procedimientos del aparato estatal, a aumentar la calidad del talento humano e insumos materiales para su administración y a maximizar la eficiencia y su productividad social .

¹ OPS: “La Transformación de la Gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe”. Washington, D.C., 2001, pág. 26

No obstante, el análisis y la solución de los problemas de estructura, de funcionamiento, de recursos y de una cultura organizacional, será indispensable se produzcan importantes ajustes en el seno de los procesos de formulación, ejecución y evaluación de las normas y políticas públicas.

En esta circunstancia, es imprescindible enmarcar todos los factores de incidencia que perjudican un “Estado de Bienestar”; la salud pública no es ajena a ésta tensión del interés colectivo, ya que tanto sus objetivos como su ámbito de acción, forman parte de un cúmulo de beneficios que a corto, mediano y largo plazo, se verán reflejados ante la sociedad, ya sea mediante la obra social en proyectos comunitarios o la implantación de la Gestión Hospitalaria en los gobiernos de paso.

El Ecuador, y de manera particular el sector salud, enfrenta singulares desafíos para el establecimiento de Políticas de Estado que orienten y sostengan los procesos de cambio a fin de superar los vaivenes de coyunturas generadores de discontinuidades y retrocesos en el logro de objetivos de equidad, eficiencia, calidad y solidaridad en el acceso y cobertura a los servicios de salud.

Durante los últimos años, el Ministerio de Salud Pública, con base a los lineamientos emanados de La Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de los Recursos Humanos y Remuneraciones – SENRES – (ex OSCIDI), ente rector del desarrollo organizacional y de los recursos humanos,² ha provocado sustanciales cambios dentro del marco de la Gestión Hospitalaria. La adaptación a un nuevo enfoque administrativo, ha sido la principal doctrina por la que los movimientos en cuanto a la generación de normas y políticas de Salud Pública, han sido objeto de análisis y ejecución hacia un cambio integral en la gestión del Sistema Nacional de Salud del Ecuador.

Por tal motivo desde el año 2000, el Gobierno, respaldado en principios constitucionales y legales, ha dispuesto la implantación del Sistema de Gestión de Calidad en todas las entidades de la Administración Pública, a través de una

² Art. 55 de la Ley de Servicio Civil.

Estructura Organizacional por Procesos, que permita aumentar la productividad, competitividad y permanencia institucional e incrementar la calidad de los productos y servicios.

El Ministerio de Salud Pública, con base a los lineamientos metodológicos de la ex OSCIDI, antes citados, caracterizó un posible nuevo modelo estructural por procesos, que de manera transitoria es aprobada en julio del 2003, condicionada su aprobación definitiva a la elaboración del Estatuto Orgánico por Procesos, Matriz de Interrelacionamiento, y Estructura Ocupacional. De las tres condicionantes, únicamente la Estructura Ocupacional ha sido implementada a partir de octubre de ese año como sustento para la aplicación de la nueva Escala de Remuneraciones de catorce grados valorativos para los servidores públicos; en consecuencia, la Resolución continúa como transitoria.

En la Resolución que aprueba la Estructura Orgánica por Procesos Transitoria del Ministerio de Salud Pública, se identifican los procesos guardando coherencia y complementariedad en los ámbitos de: Planta Central, Subsecretarías Regionales, Direcciones Provinciales, Hospitales y Áreas de Salud. Lamentablemente la falta de claridad en cuanto a las directrices metodológicas que se deben seguir para la implementación de una correcta Gestión por Procesos, ha generado una desestabilización estructural y falta de ajuste al nuevo modelo organizacional y al mismo tiempo, una débil o nula administración de los procesos a nivel de los diversos ámbitos de la institución, incluidos hospitales y áreas de salud. Entre otros factores, fundamentalmente de cultura organizacional, cabe destacar el hecho de que la capacitación suministrada por parte del Ministerio hacia el personal ha sido escasa, generando poca efectividad, que se ha visto reflejada en el escaso desarrollo de instrumentos de gestión que den orientación y consistencia a la gestión institucional con este nuevo enfoque.

En este contexto, se torna impostergable la ejecución de procesos de análisis, estudio y propuesta dotados de rigor conceptual, metodológico e instrumental, que alienten la correcta identificación, levantamiento, diseño y operación de los procesos propios de cada unidad de salud, conforme a las condiciones

establecidas en la Resolución de Aprobación de la Estructura emitida por la ex OSCIDI. El Hospital Dermatológico Gonzalo González, asumiendo este importante reto, ha facilitado y promovido este trabajo investigativo y propositivo con ayuda externa, para asimilar mejores alternativas de gestión organizacional y dar cumplimiento a los objetivos gubernamentales, al tiempo de elevar su capacidad de respuesta a las demandas de servicio que la sociedad en general presenta.

En la presentación de los contenidos de este proyecto, se expondrán los resultados de una ardua investigación desarrollada mediante la aplicación de diversas técnicas y el uso de las más calificadas fuentes de toma de información; la recolección de antecedentes, testimonios, datos cualitativos y cuantitativos, fundamentos conceptuales y procedimentales, referencias e informes de diversa índole, entre otros, progresivamente fueron aportando para consolidar la información necesaria para dar sustento a una Propuesta de Mejoramiento de los Procesos Críticos de este hospital, con categoría de especializado, posibilitando el diseño del Manual de Procesos que responde a los lineamientos normativos, técnicos y operativos de la nueva estructura organizacional.

1.2. HOSPITAL DERMATOLÓGICO GONZALO GONZÁLEZ

1.2.1. RESEÑA HISTÓRICA

Durante toda la trayectoria del actual Hospital Dermatológico Gonzalo González, ha mantenido como principal objetivo, el tratamiento y, en muchos casos, albergue, de pacientes portadores del Bacilo de Hansen, conocido desde el inicio de la historia humana, como la enfermedad de la LEPRO.

Esta singular característica, sin duda alienta el interés por identificar las más destacadas referencias acerca del apareamiento de esta endémica enfermedad, su propagación y el conjunto de acciones que permiten identificar cuáles han sido los avances médicos para contrarrestar este mal.

Debemos señalar que lamentablemente, la mayoría de referencias bibliográficas acerca de la Lepra, datan hasta mediados de los años 70, ya que con el surgimiento de nuevos medicamentos, la aplicación de prácticas médicas de vanguardia y el apoyo del avance tecnológico, se ha podido frenar de manera exitosa la endemia.

Sin embargo, la falta de conocimiento por parte de la comunidad, sigue interponiendo barreras que provocan daño en los actuales pacientes, provocando deterioros psico-sociales que a la larga, perjudican el desarrollo de una nueva cultura libre de prejuicios y de erróneas condiciones de hábitat en la continua vivencia de nuestros pueblos.

1.2.2. APARECIMIENTO DEL MAL DE HANSEN

La Lepra es la enfermedad más antigua conocida en nuestro planeta, se aduce que nació con el hombre, puesto que desde los albores de su historia se encuentra el cortejo de sus crímenes. Desde el año 600 A.C., se le conoce en la India bajo el nombre de *Kustha*; en Persia en la misma época con el nombre de *Pisaga*. Herodoto nos dice que el enfermo no puede entrar en las ciudades, ni comunicarse con los demás habitantes, pues la Pisaga es señal de que él ha pecado contra el sol. Además le está prohibido poseer palomas blancas.

Moisés, quien fue sacerdote egipcio, tomó severas medidas contra los leprosos. Obliga al enfermo a vivir aislado, cubierto el rostro con un velo, el enfermo debía advertir de su presencia gritando: “Impuro...Impuro”.

La Lepra fue considerada siempre como una enfermedad maldita y aterrante obligando a que el enfermo sea objeto de despojo, excepción y abuso. “El aislamiento contribuye a la perpetuación de los prejuicios populares, pero sobre todo el aislamiento es absolutamente inhumano”.³

³ Revista Venezolana de Sanidad y Asistencia Social. Caracas, Venezuela. 1967. Volumen X

Ya por el siglo XVIII, se encuentran indicios de su existencia en nuestro continente, pero a ciencia cierta se desconoce cómo pudo ser regenerada la enfermedad en tierra americana. Sin embargo, si se compara las partes de mayor incidencia de la enfermedad en las costas centro americanas con las de África, se puede asumir que en épocas de esclavitud, seres de raza negra fueron llevados a Las Antillas y a los diversos Estados de América Meridional; en consecuencia, se desarrolla la enfermedad y toma grandes proporciones en La Guayana, Martinico, Guadalupe, Cartagena, Nueva Granada, Perú, Uruguay, Brasil, México.

1.2.3. LA LEPRO EN EL ECUADOR

A finales del siglo XVII, el Ecuador formaba parte del antiguo Virreinato de Nueva Granada. En las crónicas se tiene noticia de la fundación del Hospital “San Lázaro”, en la ciudad de Cartagena, Colombia, al que tenían que concurrir nuestros pacientes. Éste era el punto de concentración de todos los enfermos de lepra del inmenso territorio de Nueva Granada, provocándose un grave error de centralización en vista de la lejanía y de los obstáculos que, a veces insuperables, se presentaban; los familiares de los enfermos preferían dejar avanzar este mal social a tener que separarse de sus padres, hijos, hermanos o que en estos viajes largos y difíciles queden sus cadáveres en el camino.

El 3 de enero de 1786, el Virrey de Góngora informa que esta provincia tiene 6 personas atacadas del mal de lepra y expresa la imposibilidad de trasladarlos al Hospital de Cartagena (concentración de los enfermos de lepra de estos lugares). Agrega también que el Presidente de la Real Audiencia de Quito había resuelto aislarles en el Hospital de Virulentos de esta ciudad, y solicitó que se dejara instituido el impuesto al aguardiente, recurso que solventaría el costo de estos enfermos. Finalmente los pacientes son colocados en el Hospital de “La Misericordia del Señor de Quito” hasta nuevo aviso. Para posteriores imposiciones con respecto a los enfermos de lepra, se informa que el Hospital “San Lázaro” goza de las rentas que se recaudan del impuesto antes mencionado.

En el año de 1797, los pacientes son trasladados al Hospicio “San Lázaro” que contaba ya con 28 enfermos de Hansen: 13 hombres y 15 mujeres, provenientes de todas las zonas cercanas a Quito. El Gobernador Juan José de Villalengua, había asignado 200 pesos anuales a cada paciente asilado, pero hace notar que era conveniente darles 217 pesos para que no sufran de escasez. El sueldo del Capellán era de 300 pesos anuales y el del médico 200. Se tiene conocimiento que en estos tiempos fue enérgica la batida que se dio a los enfermos, hasta llegó al salvajismo y el sufrimiento también a sus familias con toda clase de afrentas. Un paciente de lepra de la época, el Dr. Echeverría, al ver estas drásticas medidas inhumanas, consigue enviar memoriales al congreso científico reunido en París, pidiendo un trato más humano y caritativo.

En el año de 1882, se asilan 82 pacientes que pertenecen a provincias cercanas a Quito. A partir de este año, los pacientes son visitados por habitantes de esta ciudad únicamente por 24 horas en el mes de agosto. Actualmente el 15 de agosto se conmemoran las fiestas en honor a los enfermos de Hansen. Los medicamentos utilizados en este tiempo son: arsénicos, yoduros, zarzaparrilla, sábila, etc. y muchos remedios caseros.

En la presidencia del General Eloy Alfaro, el 12 de enero de 1911, mediante Decreto Ejecutivo, se autoriza el pase de los pacientes del Hospicio de Quito a la población de Pifo situada a 20km. Se contaba con 91 enfermos: 41 hombres y 50 mujeres. La hacienda que se destina como Leprocomio pertenecía a la Comunidad de los Padres Jesuitas cuyo nombre era “Verdecruz” que fue expropiada por la “Ley de las Manos Muertas”. Este edificio presentaba amplitud en sus habitaciones; patios pavimentados: higiénicos y soleados; sala de curaciones; parcelas para pequeños cultivos de hortalizas, patatas y maíz, a través de los cuales los enfermos se sentían vinculados a la naturaleza y al trabajo.

El 20 de abril de 1927, La Junta Central de Asistencia Pública, inaugura el edificio del Leprocomio Nacional “VERDECruz”, construido mediante un plan

preconcebido, en la dictadura del Dr. Isidro Ayora. Hasta éste concurrirían en busca de curación de todos los rincones de suelo ecuatoriano. Su primer director fue el Dr. Eduardo Egas. El Sanatorio es construido con fines aislacionistas, con murallas que lo circundan, parlitorios (ventanas con rejas de alambre y mimbre en las que los pacientes conversaban con sus familiares o dictaban sus cartas). No se circula moneda corriente, en su lugar circulaban sellos o bonos equivalentes. Se los mantenía incomunicados y con las puertas cerradas. Existía un muro que comenzaba en la iglesia el que separaba hombre de mujeres y al mismo tiempo, de las personas sanas. El Sanatorio consta de una sección para varones y de otra para mujeres.

En la década de 1950, el sanatorio recibe la visita de Raoul Follereau, personaje importante en la vida de los enfermos de lepra. Hombre católico y trabajador en beneficio de los pacientes, pasó por más de 50 años junto a los enfermos con la difícil tarea de conseguir un mejor trato. Viajó de país en país provocando cambios importantes en los sanatorios o leprocomios de cada región. A su visita al Ecuador retira las mampara de la iglesia que separaban hombres de mujeres y unificó la comunión entre sanos y enfermos respaldado en la creencia que para Dios no existen diferencias entre humanos.

A finales de 1950, una vez ya aprobados los matrimonios, surge un problema con sus hijos, pues no se tenía un gran conocimiento si la enfermedad era hereditaria o no. Les prohibían a sus hijos y los trasladaban a la quinta San Vicente (actualmente Barrio Vicenciano) donde eran albergues, casas cuna, y centros educativos, que estaba a cargo la Comunidad de Las Hijas de la Caridad.

En 1964, se inicia en escala nacional la lucha contra la lepra creando por decreto de Asistencia Social la Campaña Dermatológica con el decidido apoyo de la OMS y el Gobierno Nacional. Esta campaña trata a los pacientes en sus propios domicilios sin provocar tanto daño ni prejuicio en sus actividades normales. Por otro lado, los pacientes empiezan con una organización más fuerte y se refleja en las festividades del 15 de agosto, que es el día que los pacientes tienen como conmemorativo. La actividad de las radios capitalinas, así como grupos

extranjeros, hacían un gran espectáculo para los habitantes de la ciudad.

En 1965, se resuelve que al Sanatorio, en lo sucesivo, entrarán sólo los casos que en verdad requieran atención hospitalaria y por corto tiempo. De este modo se empieza a tener la visión de transformar al Sanatorio en un Hospital Dermatológico.

En 1968, empiezan los planes de la construcción de la Ciudadela del Enfermo de Hansen, con la ayuda de la fundación "Católica Alemana Hartdegen". Se planea la construcción de 16 casas para matrimonios, que hasta la fecha existía en el sanatorio y que no disponían de las comodidades necesarias; un pabellón para administración y espacios para concentrar diferentes servicios médicos.

En 1969, prematuramente muere el Dr. Gonzalo González dejando como legado, el trato humanitario a los pacientes y las bases para la creación de un verdadero hospital. Asistencia Social mediante decreto especial, decide cambiar el antiguo nombre de Verdecruz por el significativo de **Sanatorio Gonzalo González**.

En la década de 1970, cambia el nombre de Sanatorio Gonzalo González por el de **Hospital Dermatológico Gonzalo González**.

Para el año 2003, se promueve la implantación de una nueva estructura organizacional con el propósito de dar un mejoramiento continuo en los procesos internos del Hospital y una transformación en cuanto a los servicios de salud al usuario, conforme a los lineamientos normativos y técnicos de la Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de los Recursos Humanos y Remuneraciones.

1.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL SEGÚN RESOLUCIÓN SENRES

La Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de los Recursos Humanos y Remuneraciones – SENRES – (ex OSCIDI), ha dispuesto desde el año 2000 la política gubernamental de estructuración por procesos en todos los Ministerios y entidades autónomas de la Administración Pública.

El objetivo fundamental de la incorporación de una propuesta de un Sistema de Gestión de Calidad por Procesos es mejorar normas y procedimientos, a fin de dotar de una eficiente prestación de servicios a la comunidad.

La Estructura por Procesos del Ministerio de Salud Pública, fue aprobada mediante resolución transitoria 026 de la ex OSCIDI, el 17 de julio de 2003 (Ver ANEXO A). Durante los primeros días de febrero de 2004, un equipo técnico del Ministerio de Salud Pública, con asesoría de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, esclareció los interrelacionamientos que pudieran ser dispuestos en la primera etapa de la gestión hacia un nuevo cambio.

El 18 de febrero de 2004, el Ministro de Salud dispone la difusión nacional de las nuevas estructuras y el inicio de la capacitación a todo nivel, en el marco del Sistema de Gestión de Calidad por Procesos.

Para el caso concreto del Hospital Dermatológico Gonzalo González, se lo ubica en la clasificación de Hospital Especializado, definido como Unidad Operativa que brinda atención de salud ambulatoria y de hospitalización en una especialidad o sub especialidad, patología o grupo de edad específico. Se localiza en ciudades consideradas de mayor desarrollo y concentración poblacional.

Desde el punto de vista de su estructura, manteniendo la nomenclatura y clasificación adoptada y asignada a todas las instituciones del sector público, se le

reconocen los siguientes procesos⁴:

A. PROCESOS GOBERNANTES

A.1. GESTIÓN ESTRATÉGICA HOSPITALARIA

Responsable: Director del Hospital

A.2. GESTIÓN TÉCNICA HOSPITALARIA

Responsable: Subdirector del Hospital

B. PROCESOS HABILITANTES

B.1. DE ASESORÍA

B.1.1. Aseguramiento de la Calidad de Gestión

Responsable: Coordinador

B.1.2. Asesoría Jurídica

Responsable: Coordinador

B.1.3. Docencia e Investigación

Responsable: Coordinador

B.2. DE APOYO

B.2.1. Desarrollo Organizacional

Responsable: Coordinador

Integrado por los siguientes subprocesos:

B.2.1.1. Gestión de Recursos Humanos

B.2.1.2. Gestión de Servicios Institucionales

B.2.1.3. Gestión de Comunicación

⁴ PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Secretaría General de la Administración Pública. RESOLUCIÓN No. OSCIDI.2003 – 026.

B.2.1.4. Gestión Informática

B.2.1.5. Gestión de Hotelería

B.2.1.6. Gestión de Farmacia

Responsables: Líderes de Equipo

B.2.2. Gestión de Enfermería

Responsable: Coordinador

B.2.3. Gestión Financiera

Responsable: Coordinador

Integrado por los siguientes subprocesos

B.2.3.1. Gestión de Presupuesto

B.2.3.2. Gestión de Contabilidad

B.2.3.3. Administración de Caja

Responsable: Líderes de Equipo

C. PROCESO DE VALOR AGREGADO

C.1. CALIFICACIÓN DE DEMANDA Y OFERTA HOSPITALARIA

Responsable: Coordinador

C.2. OPERATIVIZACIÓN DE NORMAS DE GESTIÓN EN
SERVICIOS HOSPITALARIOS

Responsable: Coordinador

Integrado por los siguientes subprocesos

C.2.1. EMERGENCIA

C.2.2. CONSULTA EXTERNA

C.2.3. HOSPITALIZACIÓN

C.2.4. SERVICIOS TÉCNICOS COMPLEMENTARIOS

Responsable: Líderes de Equipo

C.3. CONTROL Y MEJORAMIENTO DE LA OPERATIVIZACIÓN DE NORMAS EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

Responsable: Coordinador

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los enfoques de organización aplicados en las instituciones del Estado, basados fundamentalmente en excesos regulatorios y orientación funcionalista, ha determinado la progresiva multiplicación de deficiencias organizacionales y un fuerte desgaste de esos modelos. Entre las deficiencias organizacionales de mayor impacto que reproduce el Hospital Dermatológico Gonzalo González, se anotan aquellas derivadas de la forma como las normas legales y políticas que el Estado Ecuatoriano en general, ha adoptado para estructurar a sus instituciones públicas. La excesiva jerarquía, así como las relaciones verticales, son muestras permanentes al interior de cada Departamento, Sección o Servicio del Hospital, lo que determina el apareamiento de series de **jefes** aún en actividades de muy poca trascendencia y por supuesto sin subalternos o grupos de trabajo para conducir.

La característica estructural funcionalista y el excesivo énfasis en la división del trabajo, hasta llegar a simples tareas, ha provocado un evidente crecimiento burocrático, que afecta a la gestión institucional en general, pero con gran impacto en la Gestión de Recursos Humanos y en la Gestión Financiera y entorpece la acción de los procesos operativos, conduciéndoles a niveles de manifiesta lentitud en la dotación de los servicios.

Otro fenómeno provocado por la tradicional forma de organización, es la excesiva tolerancia a errores y fallas que se cometen en el desarrollo de las actividades y

tareas; la conducta habitual es tratar de ocultar o proteger al o los responsables del cometimiento de un error, lo cual incrementa los exagerados proteccionismos y ocultamiento del adecuado funcionamiento de los procesos con vistas a identificar antes que el quién, qué es lo que está permitiendo que se cometan errores.

Factor de especial connotación constituye el clima y cultura organizacionales, adoptados y desarrollados por el personal de la institución en la ejecución de los procesos, queda evidente la persistente tendencia a aferrarse a viejas prácticas operativas, al uso de técnicas e instrumentos tradicionales y una fuerte resistencia a adoptar nuevas alternativas de gestión que privilegien la misión y visión institucionales y fundamentalmente la satisfacción de las necesidades del usuario; por el contrario, las acciones que se cumplen, están más bien orientadas a satisfacer las necesidades internas, tanto en el ámbito de la acción que cumplen los ocultos procesos, así como en la búsqueda y mantenimiento de pequeños poderes de personas o grupos aislados, que ratifican la falta de interrelacionamiento y claridad sobre los objetivos estratégicos de la institución.

Es una constante observar que hay ciertos niveles de eficiencia en algunas áreas de la institución, debido a la gestión particularizada de alguna jefatura o grupo de poder, que logran acumular determinados beneficios o ayudas como: suministros, materiales, bienes muebles, espacios físicos, asignaciones presupuestarias, entre otros, todo ello a costa del debilitamiento de otras áreas y procesos a los que se les considera secundarios, de poca importancia o de escaso impacto en la gestión institucional, desconociendo la característica sistémica que tiene la institución tanto en su organización como en la operación de sus procesos organizacionales, dando como resultado que el funcionamiento de la institución se haya ido centrando en sí misma, perdiendo su atención sobre el cliente externo. En este contexto, quienes están al interior de las diversas áreas, al carecer de mecanismos de control que aseguren la correcta ejecución de las actividades y tareas conforme a los requerimientos de los estándares o indicadores de gestión, no alcanzan a comprender o identificar el verdadero impacto que provoca sus actividades en el cliente interno y externo,.

Al no existir mecanismos y acciones de control, los procesos, actividades y tareas, difícilmente son mejorados, y progresivamente son ignorados, descuidados y evidentemente no son actualizados, haciendo que la institución ratifique su organización y dirección, fundamentalmente por funciones, poniendo de relieve la jerarquización y las relaciones verticales, que facilitan el apareamiento de puestos de trabajo con simples rutinas, ocupados por personas orientadas a lo cotidiano, a lo clientelar, al día a día, cumpliendo única y exclusivamente las funciones típicas del puesto, sin probabilidades de creatividad, innovación y aporte, por las limitaciones impuestas en la ejecución de los procesos, actividades y tareas. Por el otro sector, un conjunto de jefes que controlan únicamente el cumplimiento de las funciones asignadas a sus subalternos, aunque esas funciones estén distantes de los objetivos estratégicos, lo cual deja en evidencia que la mayoría de aquellos no conoce a fondo la misión y visión institucional.

Como se puede apreciar, en general, el funcionamiento del Hospital Dermatológico Gonzalo González, se centra fundamentalmente en el conjunto de usos, costumbres, acuerdos, formas y maneras de vivir del talento humano, que a la final configuran los climas y cultura organizacionales; en consecuencia, de mantenerse la tendencia reactiva a los procesos de cambio, los servicios que presta ésta Unidad Operativa de Salud, corren el riesgo de llegar a niveles de cobertura críticos, expresados en el descontento e insatisfacción de los usuarios y la búsqueda de otras alternativas por parte de éste.

Otro aspecto de debilidad constituye la carencia de una propuesta de planificación que determine el futuro deseado y sienta las bases para asegurar la adecuada organización por la vía de un Sistema de Calidad a través de la Gestión Organizacional por Procesos, esta reiterada omisión ratificará lo rutinario, clientelar y diario, con permanentes amenazas de inestabilidad por las inequidades que generan las relaciones laborales.

Es evidente la necesidad de adoptar una política de fortalecimiento y desarrollo institucional entre cuyos componentes básicos se considere la generación una

nueva filosofía de trabajo, a través del cumplimiento de estándares en todas las actividades administrativas y productivas con el propósito de satisfacer las necesidades del cliente interno y externo, elevando en consecuencia, los niveles de calidad de los servicios que presta el hospital.

Una de las alternativas importantes para el fortalecimiento y desarrollo institucional, constituye el levantamiento, diseño y propuesta de mejoramiento de los procesos críticos del hospital; ésta alternativa, está orientada de manera fundamental, al tratamiento de los procesos críticos apartándola de la confusa presentación estructural funcional; en consecuencia, se identificará en cada proceso su correspondiente misión relacionada con la misión institucional. Cada proceso crítico determinará los correspondientes productos resultantes de su gestión desglosada en procedimientos, actividades y tareas, así como los costos que determinan los recursos y los tiempos adecuados de ejecución.

La carencia de interrelacionamientos evidenciada en el funcionamiento actual, será asumida por la claridad que genera el establecimiento concreto de las cadenas entre procesos – proveedores y procesos – clientes, lo que facilitará la determinación de los correspondientes dueños y equipos de procesos en los que los indicadores preestablecidos definen el desempeño del proceso y de las personas, lo que ratificará que lo trascendente e indispensable es la gestión del proceso y no la persona en particular.

Como la gestión organizacional por procesos, determina la necesidad de cambios en la cultura y en el comportamiento de las personas, el proyecto deberá acompañarse con acciones planificadas de capacitación y desarrollo del talento humano, que aseguren la progresiva asimilación y adopción de la nueva propuesta de organización y operación institucional, centrada en las necesidades del cliente externo.

1.5. ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Por las características de inestabilidad política y económica del país, los últimos años el sector público se ha visto debilitado en la generación y en la gestión de políticas fiscales dirigidas hacia el servicio de la comunidad. Las instituciones que conforman el eje social, no comparten una visión de largo plazo y peor aún, un modelo con la suficiente capacidad técnica para generar niveles bien definidos de vivienda, educación, salud, etc.

El sistema político, el gobierno nacional, los locales y la administración de justicia, han pretendido fortalecer las barreras culturales, sociales y económicas dando como resultado una sociedad segmentada con una débil identidad nacional y dificultades para definir objetivos colectivos. Es lamentable que estos ejes que enmarcan a nuestro país no cubran las condiciones de estabilidad, eficacia, oportunidad, transparencia y legitimidad que requieren las políticas públicas.

El sector salud no escapa de ser uno de los más afectados por esta crisis gubernamental, la falta de seriedad y de compromiso en la prestación de servicios médico-sociales presentan un cuadro desestabilizador en todo el Sistema Nacional de Salud, especialmente en la gran mayoría de las unidades operativas.

Sin duda, la dramática situación que el hospital público atraviesa, se verá reflejada en los sectores poblacionales con mayor demanda de atención socio-económica-cultural, dando como resultado el entorpecimiento y debilitamiento de nuevos modelos que deberían implementarse para dar una plataforma de equidad en toda la comunidad.

Entonces, es necesario que revisemos cuáles son las causas que derivan la problemática de intervenir en el estudio de un modelo que genere resultados en gestión, en atención, en innovación y desarrollo, y sobre todo, una visión que fortalezca los objetivos institucionales por y para el bienestar social.

1.5.1. PROCEDIMIENTOS EN EL ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Varios son los autores que ponen de manifiesto metodologías que den facilidad en el análisis de problemas a ser investigados. La recolección de datos, los factores de incidencia y la interpretación de la información pasan a ser preponderantes en el exhaustivo desarrollo de un estudio o proyecto.

Para manejar con mayor facilidad la problemática situacional del hospital público, en especial del Hospital Dermatológico Gonzalo González, relacionaremos hechos o causas que declinen el camino a un éxito institucional por plantearse, con sus respectivas explicaciones.

Van Dalen y Meller, sugieren una serie de tareas metodológicas que deben aplicarse en la realización de la situación problemática:

- Reunir hechos que pudieran relacionarse con el problema.
- Decidir mediante la observación si los hechos hallados son importantes.
- Identificar las posibles relaciones existentes entre los hechos que pudieran indicar la causa de la dificultad.
- Proponer diversas explicaciones (hipótesis) de la causa de la dificultad.
- Cerciorarse, mediante la observación y el análisis, de si ellas son importantes para el problema.
- Encontrar entre las explicaciones, aquellas relaciones que permiten adquirir una visión más profunda de la solución del problema.
- Hallar relaciones entre los hechos y las explicaciones.
- Examinar los supuestos que se apoyan los elementos identificados. (Ver Figura 1.1)

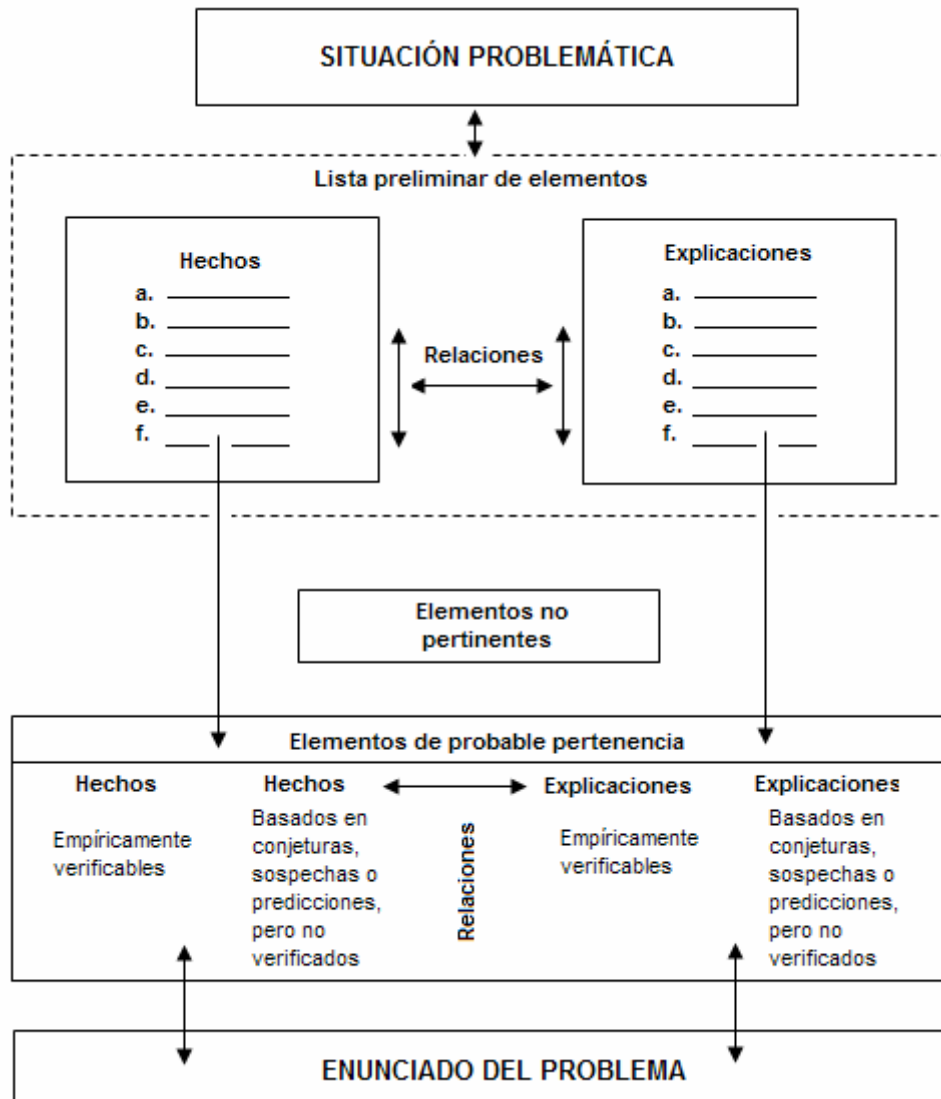


Figura 1.1. Análisis Esquemático de un problema.⁵

Este análisis minucioso elimina las ideas carentes de importancia y permite hallar los hechos y explicaciones que se relacionan con la dificultad.

1.5.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En un sistema de salud, los establecimientos hospitalarios tienen un rol fundamental en los aspectos de promoción de la salud, asistenciales y en la

⁵ Doobold B. Van Dalen y William J. Meyer. "Manual de Técnica de la Investigación Educativa". México 1990. págs. 142 - 531

formación del recurso humano.⁶ Está claro que basándonos en estos aspectos, al introducir una nueva estructura y un nuevo modelo de gestión, en este caso por procesos, dentro del Hospital Dermatológico Gonzalo González, debemos investigar y analizar cuáles son los hechos de mayor preponderancia que sustenten la implementación de este nuevo modelo.

Con este antecedente, la metodología de análisis enfoca a cuatro factores de mayor impacto: recursos humanos, recursos económicos, aspectos de gestión y aspectos técnicos:

Situación Problemática: RECURSOS HUMANOS	
HECHOS	EXPLICACIONES
Sistema de desarrollo de los recursos humanos ineficiente.	No se definen perfiles y formación planificada del talento humano a través de un proceso participativo en función de: necesidades de salud, modelo de atención y de un desarrollo científico y tecnológico.
Poco interés en la capacitación del personal administrativo.	No se garantiza un proceso continuo de perfeccionamiento del talento humano debido a que la mala gestión presupuestaria no define sus inversiones.
Sistemas caducos de motivación, incentivos y promoción del personal.	No se establece la asignación de incentivos como un factor de mejoramiento del desempeño del talento humano para conseguir la elevación permanente de su competencia técnica y profesional.
Integración en el sector laboral insuficiente.	No se establecen mecanismos orientados a lograr la satisfacción,

⁶ OPS. "El Hospital Público: Tendencia y Perspectivas". Dr. José María Paganini, Dr. Humberto de Moraes Novaes. 1994. Pág: 171

	motivación y compromiso del personal de salud que favorezca su participación en la toma de las mejores decisiones.
Malas relaciones interpersonales.	No se promueve el desarrollo con carácter intercultural que estimule el compañerismo y la productividad en la atención al público.

Situación Problemática: RECURSOS ECONÓMICOS	
HECHOS	EXPLICACIONES
Inseguridad política, económica y jurídica que vive el país.	No se generan mecanismos que aseguren la protección social y económica de la población, para el acceso equitativo a los servicios de salud y la extensión progresiva de cobertura de atención pública.
Desactualización del análisis de costos.	No se innovan ni se incluyen mejores modelos que den viabilidad y facilidad en el análisis de costos para el control de la planificación presupuestaria.
Capacitación en planificación económica insuficiente.	No se ejecutan programas de capacitación especializada para coordinar y desarrollar procedimientos y metodologías de planificación económica.
Desigualdad salarial.	La política económica fiscal, no sustenta mejores ingresos en las partidas presupuestarias con relación al incremento salarial.
Imposibilidad de ayuda a los pacientes por falta de recursos.	No hay una garantía con fondos específicos, que de protección a

	poblaciones con menores recursos puesto que el gasto anual es consecuencia de planificación de hace más de tres años.
--	---

Situación Problemática: ASPECTOS DE GESTIÓN	
HECHOS	EXPLICACIONES
Impulso inexistente a la autogestión y la participación del usuario.	No se estimula la creatividad del talento humano con el afán de establecer alianzas corporativas que generen rentabilidad y utilidades para el cumplimiento de metas a corto plazo.
Sistema centralizado y burocrático.	No existe una orientación estratégica y visionaria que permita a los empleados ser cada día más equitativos y honorables en la actividad laboral.
Composición heterogénea en el plano directriz.	El poco interés que los gobiernos de paso dan a las normas de dirección genera vulnerabilidad laboral e ineptitud en el desempeño de los empleados.
Políticas de gestión sin renovación.	No se fomentan programas que determinen mejores modelos de gestión con visión a largo y mediano plazo
Escasa planificación e investigación.	No se considera dentro del plan operativo establecido a la investigación y desarrollo como el eje principal del cumplimiento de las metas en beneficio interno y social.

Situación Problemática: ASPECTOS TÉCNICOS	
HECHOS	EXPLICACIONES
Inadecuada distribución del espacio físico.	La infraestructura data de por lo menos un siglo de existencia por lo que la redistribución con los nuevos equipos se la hace de manera ocasional más no en base a una investigación de diseño arquitectónico.
Coordinación inadecuada de los procesos.	No se ejecutan planes operativos que coordinen el desempeño de los procesos de atención médica.
Desactualización de los manuales técnico-administrativos.	La ausencia de manuales y protocolos provoca una confusión en los papeles que debe desempeñar cada funcionario
Deficiente calidez en la atención del cliente	No se instruye al personal con el afán de dar a conocer innovadores modelos de gestión especialmente en el área de atención al cliente.

La determinación de los hechos y su correspondiente explicación de ocurrencia, responden a los procesos de investigación ejecutados directamente en la Unidad Operativa de Salud por la vía de entrevistas, observación y análisis de diversos informes técnicos de diagnóstico situacional tanto del Hospital como de propuestas generales efectuadas por investigadores de la gestión en salud pública.

1.5.3. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Luego de haber determinado los principales hechos que inciden en la situación problemática por la que atraviesa el Hospital Dermatológico Gonzalo González y basándonos en el procedimiento metodológico propuesto, podemos establecer el problema mediante el siguiente enunciado:

El inadecuado modelo de gestión organizacional del Hospital Dermatológico Gonzalo González, genera freno o retroceso en el desarrollo del talento humano con vista a lograr niveles de competitividad; disminuye la capacidad de control de los movimientos económico financieros por la débil cultura de planificación y detiene el impulso de adaptarse a mejores procesos para la prestación de los servicios de salud a la población.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el levantamiento, diseño y propuesta de mejoramiento de los procesos críticos del Hospital Dermatológico Gonzalo González, orientadas a asegurar niveles de eficiencia, eficacia y productividad a fin de elevar la capacidad de la gestión institucional en la prestación de los servicios de salud especializada.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar metodologías, técnicas e instrumentos para la identificación legal y técnica de los procesos institucionales: gobernantes; habilitantes de apoyo y asesoría; y, de valor agregado.
- Determinar los procesos críticos que requieran de mejoramiento en su operación, así como en los productos y en los resultados que provocan.
- Diseñar los procesos críticos, de directa relación e incidencia con la misión institucional, que no estén incorporados a la estructura organizacional en estudio.
- Elaborar una propuesta de Manual de Procesos Críticos, conforme a los fundamentos y resultados de la ejecución del proyecto.

- Efectuar las acciones técnicas orientadas a la estandarización de los procesos críticos mediante su correspondiente Plan de Implementación.

1.7. HIPÓTESIS DE TRABAJO

- El levantamiento, diseño y propuesta de mejoramiento de los procesos críticos del Hospital Dermatológico Gonzalo Gonzáles, elevarán los niveles de eficiencia, eficacia y productividad en la prestación de servicios de salud en la especialidad de Dermatología y ciencias afines.
- La selección y aplicación de metodologías, técnicas e instrumentos de gestión organizacional, permitirán identificar, diseñar y aplicar los procesos críticos del Hospital.
- Los productos y resultados que proporcionan los procesos críticos, tendrán directa relación e incidencia en la misión institucional del Hospital Dermatológico Gonzalo González.
- Las propuestas técnicas resultantes de la ejecución del proyecto, determinarán condiciones de factibilidad para el desarrollo de acciones orientadas a la estandarización de los procesos críticos diseñados.

CAPÍTULO II

2.1. LA ORGANIZACIÓN

2.1.1. DEFINICIÓN

A lo largo de la historia, la humanidad ha involucrado, para su potencial desarrollo, distintas formas de organización a fin de conseguir metas y objetivos acordes a la época. Durante la mayor parte de nuestra vida somos miembros de alguna organización: una universidad, un equipo deportivo, un grupo musical una rama de las fuerzas armadas, una asociación religiosa o “una empresa”. Todas estas tendrán significativas diferencias pero a fin de cuentas pasan a formar parte del gran mundo de las organizaciones cuyo elemento en común llega a ser una *meta o finalidad*.

Diferentes son los conceptos que se le ha dado a la organización, pero de entre los más relevantes, diremos que “la organización es una unidad social rigurosamente coordinada, compuesta de dos o mas personas, que funciona en forma relativamente constante para alcanzar una meta o conjunto de metas comunes”⁷.

Las organizaciones, cualesquiera que fueran, son imprescindibles, guardan y protegen la mayor parte de los conocimientos importantes que la civilización ha ido reuniendo y registrando. De esta manera, contribuyen a que el conocimiento sea un puente entre las generaciones del pasado, presente y futuro. Además las organizaciones mismas enriquecen el conocimiento del hombre al desarrollar métodos nuevos y más eficientes de hacer las cosas; en este sentido, el nuevo marco de Gestión por Procesos ha sido una consecuencia de múltiples teorías que han ido evolucionando durante muchos siglos y pasa a formar parte de una

⁷ Stephen P. Robbins. “Comportamiento Organizacional” México 1987, Pág.5

causa más para venideros modelos administrativos.

2.1.2. LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

2.1.2.1.FUNDAMENTOS

Para una organización, la misión fundamental es cumplir a cabalidad las metas y objetivos. Por tal motivo las organizaciones crean la estructura para facilitar la coordinación de las actividades y controlar las acciones de sus integrantes. Indica además su estructura jerárquica y de autoridad así como sus relaciones de subordinación. Asegura la estabilidad y continuidad que le permite sobrevivir a las llegadas y salidas de empleados y coordinar sus relaciones con el ambiente.

En este sentido podemos definir a la estructura organizacional como “el arreglo e interrelación de las partes componentes y de las posiciones de una compañía”⁸. Así pues, la importancia de organizar provoca un sin número de condicionantes, tácticas para cumplir con determinadas finalidades. Entre estos figuran la tecnología, el ambiente y especialmente los valores.

No hay una forma óptima de diseñar todas las organizaciones. La estructura más conveniente es una cuestión individual que variará según la organización que se trate y dentro de ella misma con el tiempo.

2.1.2.2 COMPONENTES DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Cada organización debe evaluarse de manera progresiva y sistemática aplicando su estructura organizacional. Sin embargo muchas son las diferencias por las que distintas empresas han adoptado nuevas estructuras en el cumplimiento de objetivos. La adopción de políticas y reglamentos necesarios provocan diferentes

⁸ James A. F. Stoner/Charles Wankel. “Administración”. México 1989. Págs. 277-297

tratamientos en las unidades operativas empresariales o institucionales, por lo que las estructuras están diseñadas en base a tres componentes⁹:

2.1.2.2.1. Complejidad

La complejidad comprende 3 formas de diferenciación: horizontal, vertical y espacial.

Diferenciación horizontal

Incluye el grado de separación horizontal entre las unidades. Podemos afirmar que, cuanto mayor sea el número de ocupaciones diferentes en el seno de una organización que requiere conocimientos y destrezas especializadas, más grande será su complejidad horizontal.

Esto se debe a que las diversas orientaciones dificultan más la comunicación de los integrantes de la organización y lo mismo sucede con la coordinación de las actividades de la gerencia.

Diferenciación Vertical

Se refiere a la profundidad de la jerarquía organizacional. Cuantos más niveles haya entre la alta gerencia y los operativos, más compleja será la organización. Ello se debe a que existen mayores probabilidades de distorsión en la comunicación es más difícil coordinar las decisiones del personal gerencial y más problemático que la alta gerencia supervise de cerca la adición de los operativos cuando hay más niveles verticales.

Diferenciación Espacial

⁹ Stephen P. Robbins. "Comportamiento Organizacional". México 1987, Pág. 335-361

Se refiere al grado en que la ubicación de las instalaciones físicas y el personal de una organización se hallan geográficamente dispersos. A medida que aumenta la diferenciación espacial también lo hace la complejidad, pues la comunicación, la coordinación y el control se tornan más difíciles.

2.1.2.2.2. Formalización

Ésta denota hasta qué punto los puestos de una organización están estandarizados. Si un trabajo muestra gran formalización, su titular tiene un mínimo de libertad respecto a lo que ha de hacerse, cuándo hay que hacerlo y cómo se hará.

Cabe suponer que los empleados manejen siempre los datos de entrada en la misma forma, produciendo así los mismos resultados. Hay descripciones explícitas de trabajo (puestos), muchas reglas organizacionales y procedimientos claramente definidos que abarcan los procesos en las empresas donde exista un alto grado de formalización

2.1.2.2.3. Centralización

En algunas empresas los ejecutivos de alta gerencia toman todas las decisiones. Los gerentes de nivel inferior se limitan a cumplir con las directivas de aquellos. En el otro extremo encontramos organizaciones donde la toma de decisiones recae sobre los gerentes más cercanos a la situación. Al primer caso se le llama centralización; al segundo, descentralización.

El término centralización designa el grado en que la toma de decisiones se concentra en un solo punto de la organización. Esto incluye solo la autoridad formal, es decir, los derechos inherentes al puesto. Una organización caracterizada por la centralización es intrínsecamente distinta, desde el punto de

vista estructural, a la descentralizada.

Si adoptamos esta última, cuanto más participe el personal en la toma de decisiones, mayores serán los resultados.

2.1.3. ESCENARIOS DE LAS ORGANIZACIONES MODERNAS

Al transcurrir los años, diversos son los escenarios por los que las empresas u organizaciones han tenido que transitar para conseguir una evolución en su gestión. Diversos son los paradigmas por los que las empresas han tenido que someterse para fortalecer sus relaciones competitivas en un mercado cuyo principal objetivo es el de obtener rentabilidad en sus movimientos comerciales.

Esto ha llevado a que surjan diversos enfoques con respecto al análisis del entorno en el cual deberían estar inmiscuidas las nuevas organizaciones. Diferenciar los ambientes de las empresas y fomentar una nueva cultura empresarial es el marco específico en el cual los principios administrativos han sido acoplados en la nueva evolución empresarial.

2.1.4. LAS NUEVAS REALIDADES

Un factor primordial para que las organizaciones adopten un nuevo enfoque de gestión, es la globalización. El interrelacionar las diferentes economías ha permitido que surjan mejores modelos que viabilicen los intereses organizacionales a corto plazo. A partir de aquí, las nuevas realidades de la empresa adoptan variables que hace muchos años no se tomaban en cuenta debido a las necesidades socio-económicas existentes en cada región; sin embargo citaremos los principios por los que la nueva gestión se ha enrumado para el cumplimiento de objetivos estratégicos¹⁰:

¹⁰ Edgar Osejo Domínguez. “Administración Estratégica de Procesos”. Maestría en Planificación y Dirección Estratégica (ESPE). Marzo 2006. Pág. 1- 47

- *Desintermediación.-*
Las sociedades rechazan intermediarios, acogen únicamente a los que agregan valor a los productos o servicios.
- *Digitalización.-*
El lenguaje binario transformo los métodos de comunicación y por ende la de su gestión.
- *Personalización.-*
Los bienes y servicios tienden a ser elaborados a la medida del cliente.
- *Rápido Aprendizaje.-*
El conocimiento es la base de la competitividad.
- *Enfoque antropocéntrico.-*
Los sistemas de administración de RRHH se centran en la motivación de las personas.

No cabe duda que “el mundo se ha vuelto más rápido”, las economías independientes están orientadas cada vez en la globalización y la digitalización. El cliente impone una calidad total en el que los costos fijos están destinados a las operaciones y negocios virtuales, mientras que los costos variables permiten una flexibilidad total en la toma de decisiones inmediatas que puedan surgir. El objetivo primordial dentro de las nuevas organizaciones es cuidar el ambiente empresarial con el objeto de que todo lo que se produzca se reintegre a este mismo ambiente.

2.1.5. EVOLUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

El adoptar nuevas estructuras corporativas, provoca que se generen mejores pautas para garantizar el desarrollo empresarial y fomentar estrategias que

determinen mejores mecanismos organizacionales de gestión.

Desde las teorías clásicas administrativas, hasta los nuevos modelos de organización hemos podido observar que las variables que intervienen en cada una de estas dependen de los intereses políticos, sociales y económicos de los gobiernos de turno, durante siglos.

Basándonos en estos antecedentes a la evolución de la organización se la ha clasificado en tres eras que van detalladas en la figura 2.1.

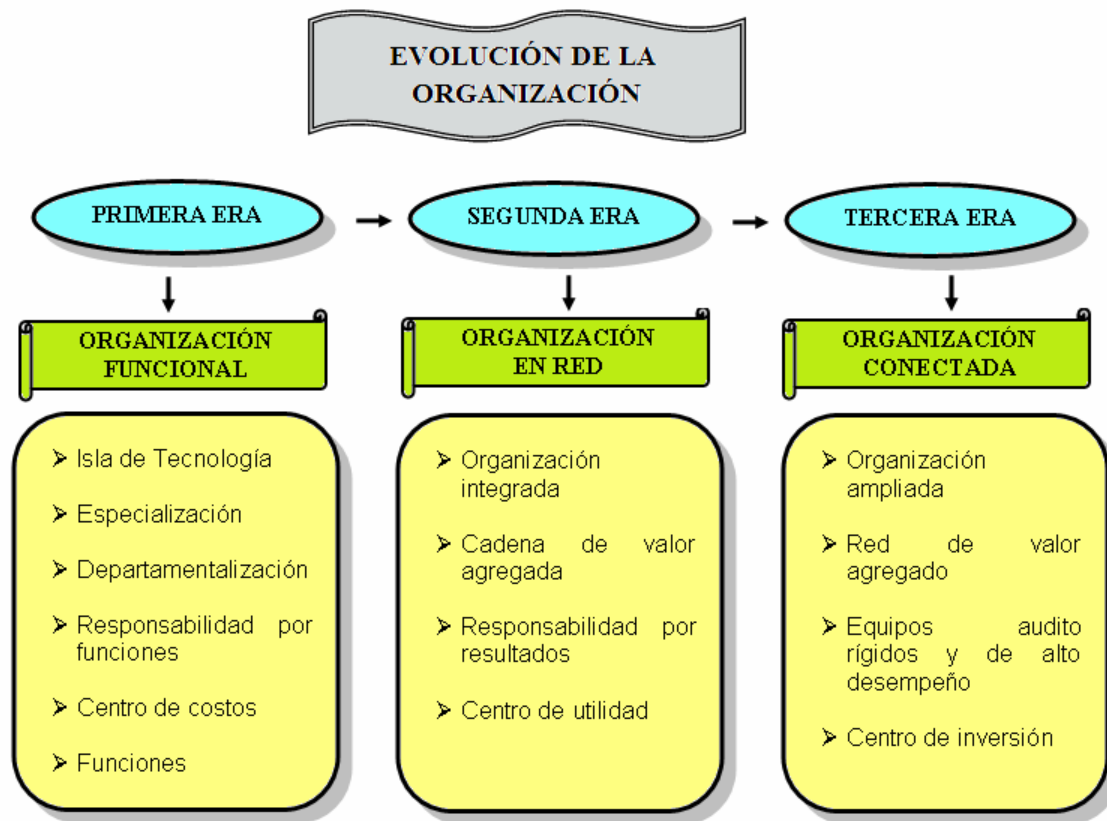


Figura 2.1. Evolución de la organización.

2.1.6. LOS PARADIGMAS DE LA EMPRESA DE LA TERCERA ERA

Sin duda, la humanidad ha tenido que superar escenarios paradigmáticos a fin de ampliar la visión en pro de los intereses de las sociedades. En este sentido las organizaciones han sufrido la misma transformación cuando hablamos de

administrar. Hoy en día, ya no hablamos de una posición jerárquica para dirigir y controlar el desenvolvimiento de una empresa, sino, la autoridad basada en el conocimiento es decir, ya no se controlan a las personas pero si a los procesos, como se observa en la figura 2.2.¹¹

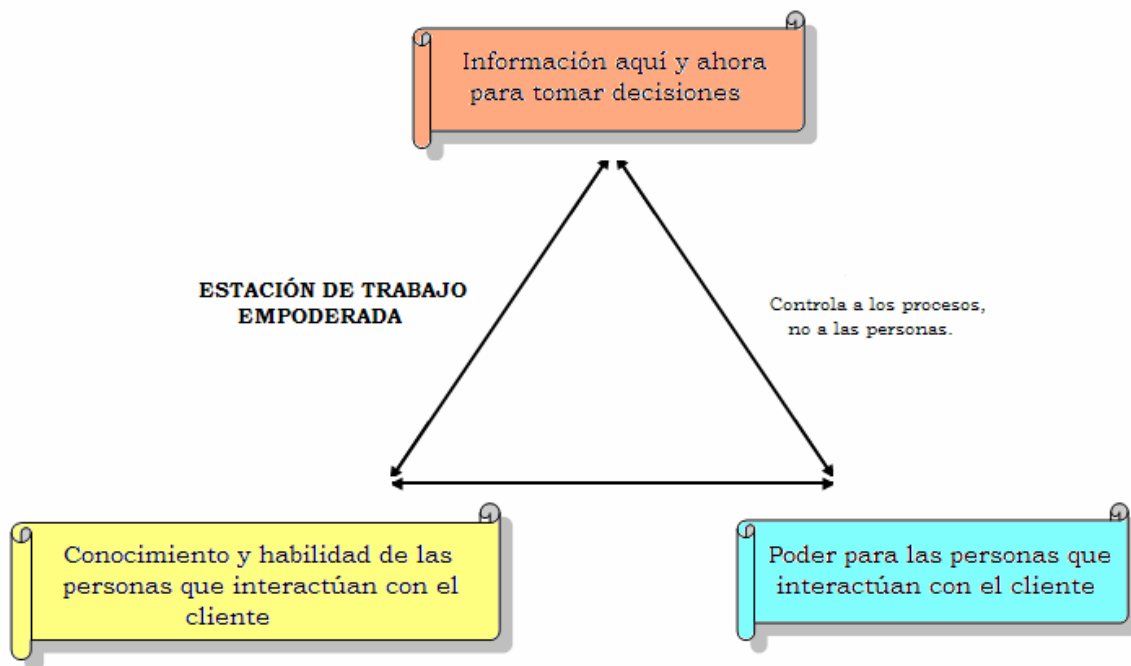


Figura 2.2. Paradigmas de la tercera era.

La organización es una red de valor agregado, existen alianzas entre proveedores y clientes, surgen las interrelaciones entre cada uno de los procesos para cumplir el objetivo planteado, aparece el valor para el cliente así como un servicio real y sobre todo perceptivo para el mismo.

2.1.7. LA ORGANIZACIÓN QUE APRENDE

Con un nuevo enfoque de gestión, hablamos que las organizaciones pasan a formar parte de una cultura que aprende la sinergia entre los procesos y no en el limitar con el control el desarrollo de la misma. Este cambio paradigmático hace

¹¹ Edgar Osejo Domínguez. "Administración Estratégica de Procesos". Maestría en Planificación y Dirección Estratégica (ESPE). Marzo 2006. Pág. 1- 47

relucir dos tipos de situaciones por lo que las organizaciones han cambiado: los eventos y los ambientes.

Un evento constituye únicamente movimientos circunstanciales que determinan acciones a corto plazo como puede ser la capacitación, el entrenamiento de personal, el cumplimiento de estándares, la supervisión, el control, etc.

El ambiente constituye una forma de vida laboral en el que encontraremos personas educadas a tiempo completo, líderes que recrean su trabajo, directores que facultan y desarrollan nuevos modelos de gestión y sobre todo, se rompe con el esquema rutinario de la capacitación planificada a la educación constante.

Como bien podemos observar, el desarrollar una cultura organizacional que satisfaga los planteamientos de la gestión por procesos requiere de una serie de procedimientos y cambios de enfoque de gestión a todo nivel. Sin embargo, el desarrollar estos nuevos modelos organizacionales provocarán que las variables que inciden el fortalecimiento empresarial, sufran un brusco cambio en beneficio del cliente interno y externo, lo que da como resultado el apareamiento de nuevas teorías administrativas para que las grandes corporaciones generen mayor rentabilidad en sus movimientos comerciales, más aun, cuando hablemos de la implementación de una *Gerencia con Enfoque de Procesos*.

2.1.7.1.CREACIÓN DE INTERRELACIONES

A medida que se ha desarrollado la teoría de la planeación estratégica y su práctica, la mayoría de las compañías han terminado por reconocer dos tipos de estrategias: *la de las unidades de negocios y la organizacional*. La primera describe el curso de las actividades de una firma comercial; la segunda se centra en la composición de su portafolio de unidades de negocios.

A raíz de esta distinción, casi todas las grandes corporaciones dividen sus negocios en algún tipo de unidades estratégicas de negocios y han instituido

procesos formales de planeación en que las unidades someten sus planes cada año para que los revisen los altos directivos¹².

La idea de que al combinar negocios distintos pero con nexos podría crearse valor mediante la sinergia, goza de gran aceptación y sirvió para justificar la diversificación generalizada que tuvo lugar en décadas pasadas. Sin embargo la sinergia fracasó porque las compañías no lograron entenderla ni implantarla y no por algún defecto básico del concepto. A menudo se valieron de ella para justificar acciones emprendidas por otros motivos. Las nociones mal definidas de lo que la constituye son el fundamento de las estrategias de adquisición de varias compañías. Incluso cuando tenían una verdadera oportunidad de aprovechar la sinergia, a menudo la dejaban pasar porque carecían de las herramientas para analizarla o porque eran incapaces de superar los problemas organizativos de implantación.

Sin embargo, hoy existen fuerzas muy decisivas que obligan a reexaminar la actitud hacia la sinergia. Los adelantos económicos, tecnológicos y competitivos han venido aumentando la ventaja que pueden conseguir las compañías capaces de identificar y explotar la interrelaciones entre negocios distintos pero conexos. Estos hechos han provocado que se trasciendan las fronteras divisionales, pues estamos hablando de armonizar las estrategias organizacionales en un conjunto de unidades de negocio distintas que interactúen y estén interrelacionadas entre si de forma *Horizontal*.

2.1.7.2.MECANISMOS ORGANIZACIONALES PARA CREAR INTERRELACIONES

Una estructura corporativa totalmente vertical no es suficiente para garantizar que se crearán y reconocerán las interrelaciones positivas. Los obstáculos para lograrlas no solo se lo impiden en el nivel funcional, sino que además ofrecen a los gerentes de las unidades de negocios una serie de argumentos que les

¹² Michael Porter."Ventaja Competitiva".México 2002.Pág. 321 - 420

permiten contrarrestar los esfuerzos de los ejecutivos grupales o corporativos por defender los más importantes.

Muchas organizaciones suelen reaccionar en dos formas generales ante los obstáculos que van en contra de las interrelaciones:

- Algunas concluyen que a pesar de su lógica estratégica las interrelaciones nunca podrán funcionar. Después de encarar estos problemas los gerentes de las unidades de negocios dejan de trabajar con las unidades hermanas y a cambio deciden laborar por su cuenta.
- Otras organizaciones, reconocen la gran importancia de los beneficios que surgen con las interrelaciones, justificando modificar los modelos tradicionales de la administración y adaptarlos a ellas.

2.1.8. ORGANIZACIÓN HORIZONTAL

Las interrelaciones no ocurren ni por accidente ni por mandato. Se requiere implantar mecanismos organizacionales que estimulen a los gerentes de las unidades de negocios a crear interrelaciones y a facilitar los problemas intrínsecos de coordinación y comunicación que permitan su funcionamiento.¹³

La organización horizontal, integra las unidades de negocios dentro de una estructura vertical. Hay que alcanzar el equilibrio entre los elementos verticales y horizontales en la empresa diversificada si se desea explotar el potencial de las interrelaciones.

2.1.8.1. ESTRUCTURA HORIZONTAL

La estructura horizontal designa entidades temporales o permanentes de la

¹³ Michael Porter. "Ventaja Competitiva". México 2002. Pág. 321 - 420

empresa que cruzan las fronteras de las unidades de negocios, complementando su organización. Para facilitar las interrelaciones pueden emplearse varias de esas entidades que no sean mutuamente excluyentes.

2.1.8.1.1. Agrupación de las Unidades de Negocios

Quizá la modalidad de estructura horizontal más común es el grupo o sector, en el cual varias unidades de negocios están bajo las órdenes de un solo ejecutivo. La mayoría de este tipo de estructuras fue creada originalmente para acortar el tramo de control del presidente ejecutivo para adiestrar y evaluar a los gerentes en la administración de la diversidad como escalón para llegar a la dirección de la empresa.

Los grupos y los sectores desempeñan desde hace mucho un papel importante en la organización vertical. La integración de las unidades de negocios en grupos y sectores debería reflejar las interrelaciones con valor estratégico. Sin embargo, a menudo es difícil trazar las fronteras entre ellos, pues existen numerosos patrones de interrelación entre las unidades.

Con frecuencia las interrelaciones no tienen la misma importancia para todas las unidades de negocios y entonces se dificulta más seleccionar un criterio de agrupación. La agrupación de las unidades de negocios nunca es una ciencia exacta, pero su principio es claro.

Por lo regular, las interrelaciones tangibles constituirán el criterio primario de la agrupación y las intangibles lo serán cuando las tangibles sean pequeñas o se agoten.

2.1.8.1.2. Centralización Parcial

Talvez convenga centralizar las actividades de valor dada la importancia de

algunas interrelaciones, sin que las unidades de negocios renuncien a su responsabilidad de generar utilidades. Las actividades centralizadas de valor en ocasiones, atienden a más de un grupo.

No se logra el éxito con la centralización parcial sino se crean la estructura y los incentivos idóneos para que las unidades administren una actividad por su cuenta o la asignen a un ejecutivo de línea que tenga autoridad sobre las unidades de negocios en cuestión.

2.1.8.1.3. Administración de las Organizaciones entre Unidades de Negocios

Una organización entre unidades de negocios, estará subordinada a un ejecutivo de línea a fin de que tenga suficiente influencia dentro de la compañía y garantice que sus esfuerzos permanecerán centrados en las cuestiones más importantes. Es necesario que esté encabezada por un ejecutivo de gran credibilidad que tenga bastante habilidad para identificar los puntos de vista y que asuma las responsabilidades de los resultados.

Conviene que los altos directivos asignen ejecutivos en línea proveniente de las unidades de negocios en cuestión, a fin de asegurar que los planes para crear las interrelaciones se realizaran una vez formulados.

2.2. VISIÓN SISTÉMICA DE LA ORGANIZACIÓN

Como parte fundamental de las políticas inmersas de la Gestión con Enfoque de Procesos, el pensamiento sistémico cumple un importante rol en el desarrollo y análisis para diseñar de manera efectiva los procesos o unidades de negocio.

El pensamiento sistémico va más allá de lo que se muestra como un incidente aislado para llegar a patrones más profundos. Un sistema es algo que fundamenta su existencia y sus funciones como un todo mediante la interacción

de sus partes. Es un método que ayuda a identificar algunas reglas, algunas series de patrones y sucesos para prepararnos de cara al futuro e influir sobre él en alguna medida. Nos aporta en un cierto control.¹⁴

A medida que nuestro mundo se interconecta cada vez más, mayor es la posibilidad de que nuestras vidas se vean afectadas por acontecimientos remotos. Sin duda sería conveniente que miráramos hacia el futuro y anticipáramos las consecuencias de nuestros actos a largo plazo.

El estudio de los sistemas se ha rodeado de un aire académico, de una naturaleza parcialmente esotérica, como si fuera algo muy difícil de desentrañar. El pensamiento sistémico es práctico; todos nosotros estamos rodeados de sistemas, por tanto, no se requiere de un conocimiento matemático especial. Para comprender cuál es el alcance de los procesos debemos aportar con la apertura de nuestra visión al dimensionar la razón de ser de cada unidad de negocio, por lo que disertaremos en varias ventajas del pensamiento sistémico que fundamentan el modelo de gestión en estudio:

- Sirve para ejercer una mayor influencia en la propia vida, pues permite descubrir los patrones que se repiten en los acontecimientos.
- Proporciona métodos más eficaces para afrontar los problemas, mejores estrategias de pensamiento.
- Es la base de un razonamiento claro y una buena comunicación, una forma de profundizar y ampliar nuestro punto de vista.
- El pensamiento sistémico permite superar la tendencia a culpar a los demás a uno mismo de lo que ocurre. La culpa está casi siempre mal enfocada, pues las personas actúan lo mejor que pueden dentro al sistema al que pertenecen.

¹⁴ Joseph O`Connor e Ian McDermott. "Introducción al pensamiento sistémico". Barcelona 1998. Págs: 17-102.

2.2.1. TEORÍA DE SISTEMAS

La teoría general de sistemas surgió con los trabajos del biólogo alemán Ludwing von Bertalanffy, publicados entre 1950 y 1968¹⁵. La teoría no busca solucionar problemas ni proponer soluciones prácticas, pero si producir teorías y formulaciones conceptuales que puedan crear condiciones de aplicación en la realidad empírica. Los supuestos básicos de la teoría general de sistemas son:

- Existe una nítida tendencia hacia la integración en las diferentes ciencias naturales y sociales.
- Esta teoría puede ser una manera más amplia de estudiar los campos físicos del conocimiento científico, en especial las ciencias sociales.
- Al desarrollar principios unificadores con esta teoría que atraviesen verticalmente los universos particulares de las diversas ciencias involucradas, nos aproxima al objetivo de la unidad de la ciencia. Esto puede llevarnos a una integración en la investigación científica.

Nuestra área de interés no es propiamente la teoría general de sistemas, sino las características y parámetros que ella establece para todos los sistemas. El concepto sistema pasó a dominar las ciencias y, en especial la administración¹⁶. En la actualidad el enfoque sistémico es tan común en la administración que no se nos ocurre pensar que estamos utilizándolo en este momento.

La organización es una estructura autónoma con capacidad de reproducirse, y puede ser estudiada a través de una teoría de sistemas capaz de propiciar una visión de un sistema de sistemas, de la organización como totalidad. El objetivo del enfoque sistémico es representar cada organización de manera comprensiva y objetiva

¹⁵ L. von Bertalanffy. "La Teoría de los sistemas abiertos en física y biología" Vol. III, 1950 Págs.: 23 – 29.

¹⁶ "Enfoque Sistémico de la Administración". Págs.:767-805

2.2.1.1.CONCEPTO

La palabra sistema tiene muchas connotaciones:

- “Conjunto de elementos interdependientes e interactuantes”.
- “Grupo de unidades combinadas que forman un todo organizado”.
- “Es un todo organizado o complejo, un conjunto combinación de cosas o partes que forman un todo complejo o unitario”.¹⁷

2.2.1.2.CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS

De la definición de Von Bertalanffy, según la cual el sistema es un conjunto de unidades recíprocamente relacionadas, se deducen dos conceptos: propósito (u objetivo) y globalismo (o totalidad).

2.2.1.2.1. Propósito u objetivo

Todo sistema tiene uno varios propósitos u objetivos.

2.2.1.2.2. Globalismo o totalidad

Todo sistema tiene naturaleza orgánica; cualquier estímulo en cualquier unidad del sistema afectará a todas las demás unidades debido a la relación existente entre ellas.

¹⁷ James A. F. Stoner/Charles Wankel. “Administración”. México 1989. Págs. 709-722

2.2.1.3.TIPOS DE SISTEMAS

Existe una gran diversidad de sistemas, pero de acuerdo con sus ciertas características básicas, se las puede clasificar de la siguiente manera:

- a) En cuanto a su constitución, los sistemas pueden ser: físicos o abstractos.
- b) En cuanto a su naturaleza, los sistemas pueden ser: cerrados o abiertos.

2.2.1.4.PARÁMETROS DE LOS SISTEMAS

El sistema se caracteriza por una serie de parámetros o constantes arbitrarias que determinan, por sus propiedades, el valor y la descripción dimensional de un sistema específico o de un componente del mismo. El parámetro de los sistemas son: entrada o insumo (*input*); procesamiento o transformación (*throughput*), salida, resultado o producto (*output*); retroacción, retroalimentación o retroinformación (*feedback*); ambiente (*environment*), que se observan en la figura 2.3.



Figura 2.3. Parámetros de un sistema

2.2.1.4.1. Entrada o insumo

Es la fuerza o impulso de arranque o partida del sistema, suministrada por el material, la información o la energía necesarios para la operación de éste.

2.2.1.4.2. Salida, producto o resultado

Es la finalidad para la cual se reunieron elementos y relaciones del sistema. Los resultados de un sistema son las salidas. Estas deben ser congruentes con el objetivo del sistema. Los resultados de los sistemas son finales, mientras que los resultados de los subsistemas son intermedios.

2.2.1.4.3. Procesamiento, procesador o transformador

Es el fenómeno que produce cambios, es el mecanismo de conversión de entradas en salidas. El procesador caracteriza la acción de los sistemas y se define por la totalidad de los elementos empeñados en la producción de un resultado.

2.2.1.4.4. Retroalimentación, retroacción o retroinformación

Es la función del sistema que busca comparar la salida con un criterio o un estándar previamente establecido. La retroalimentación tiene por objetivo controlar el estado de un sistema sujeto a un monitor. Así la retroalimentación es un subsistema planeado para sentir la salida (registrando la intensidad o calidad) y, en consecuencia, para compararla con un estándar o criterio preestablecido, manteniéndola controlada dentro de dicho estándar o criterio.

2.2.1.4.5. Ambiente

Es el medio que rodea externamente al sistema. El sistema abierto recibe entradas del ambiente, las procesa y efectúa nuevas salidas hacia el ambiente, de modo que existe entre ambos sistema y ambiente una constante interacción. El sistema y el ambiente se encuentran interrelacionados y son interdependientes.

2.2.1.5. ORGANIZACIÓN COMO SISTEMA ABIERTO

La descripción del sistema abierto puede aplicarse a un sistema de gestión empresarial. Una empresa es un sistema creado por el hombre, la cual mantiene una interacción dinámica con su ambiente, sean los clientes, los proveedores, los competidores, los órganos gubernamentales o muchos otros agentes externos. Influye sobre el ambiente y recibe influencias de este. Además, es un sistema integrado por diversas partes relacionadas entre si, que trabajan en armonía con el propósito de alcanzar una serie de objetivos, tanto de la organización como de sus participantes, detalladas en la figura 2.4.¹⁸

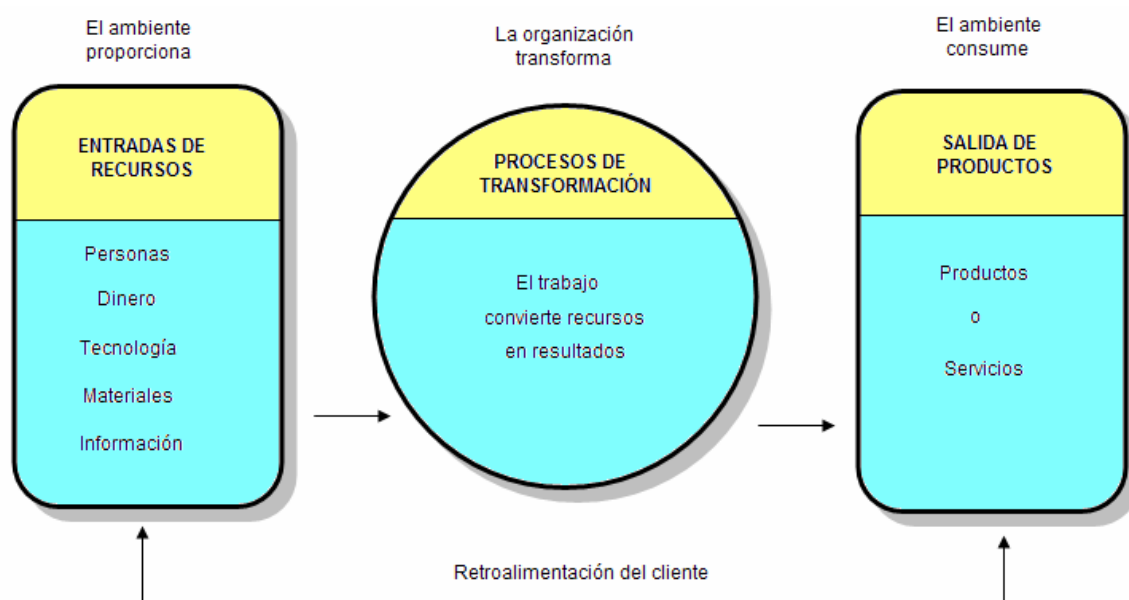


Figura 2.4. La organización como sistema abierto

En fin, el sistema abierto “puede ser definido como un conjunto de partes en constante interacción (lo cual resalta la característica de interdependencia de las partes) es un todo sinérgico, orientado a determinados propósitos y en permanente relación de interdependencia con el ambiente externo”.

Un organismo social se asemeja a un organismo individual, como se refleja en el

¹⁸ Chiavenato, Idalberto. Introducción a la Teoría General de la Administración. 3ra. Edición. Edit. McGraw-Hill. 1992.

Cuadro 2.1, en los siguientes rasgos esenciales:

- ✓ El crecimiento.
- ✓ El hecho de volverse más complejo a medida que crece.
- ✓ El hecho de que, al hacerse más complejo, sus partes exigen una creciente interdependencia.

SISTEMAS VIVOS (organismos)	SISTEMAS ORGANIZADOS (organizaciones)
➤ Nacen, heredan sus rasgos estructurales.	➤ Son organizados, adquieren su estructura por etapas.
➤ Mueren, su tiempo de vida es limitado.	➤ Pueden reorganizarse; teóricamente tienen vida ilimitada, pueden resurgir.
➤ Tienen un ciclo de vida predeterminado.	➤ No tienen ciclo de vida definido.
➤ Son concretos: el sistema puede describirse en términos físicos y químicos.	➤ Son abstractos. El sistema puede describirse en términos psicológicos y sociológicos.
➤ Son completos: el parasitismo y la simbiosis son excepcionales.	➤ Son incompletos: dependen de la cooperación con otras organizaciones; sus componentes son siempre intercambiables y generalmente distribuibles.
➤ La enfermedad se define como un disturbio en el proceso vital.	➤ El problema se define como un desvío de las normas sociales

Cuadro 2.1. Principales diferencias entre los sistemas vivos y organizados.

2.2.2. UN CAMBIO DE ENFOQUE

Por alguna razón, a todos nos gusta armar un rompecabezas, nos gusta ver surgir la imagen de la totalidad. El pensamiento sistémico es una disciplina para ver totalidades. Es un marco para ver interrelaciones en vez de cosas, para ver patrones de cambio en vez de instantáneas estáticas. Es un conjunto de principios generales destilados a lo largo del siglo XX, y abarca campos tan diversos como las ciencias físicas y sociales, la ingeniería y la administración de empresas.

Hoy en día el pensamiento sistémico es también una sensibilidad hacia las interconexiones sutiles que confieren a los sistemas vivientes su carácter singular¹⁹. Se necesita más que nunca porque la complejidad nos abruma. Quizá por primera vez en la historia, la humanidad tiene capacidad para crear más información de la que nadie puede absorber, para alentar mayor interdependencia de la que nadie puede administrar y para impulsar el cambio con una celeridad que nadie puede seguir.

Es así que al relacionarnos con un cambio de enfoque, debemos ver totalidades en vez de partes. En vez de ver a las personas como seres que se limitan a reaccionar con impotencia, las vemos como participantes activos en la moderación de la realidad.

En vez de reaccionar ante el presente, el pensamiento sistémico crea el futuro.

2.3. LA ORGANIZACIÓN CON ENFOQUE DE PROCESOS

A través de los años y debido al principio de la división del trabajo, las empresas se desarrollaron con una fuerte orientación funcional. Para cada uno de los

¹⁹ Peter M. Senge. “La Quinta Disciplina”. Pág. 91 - 137

diferentes problemas se definieron departamentos o áreas específicas que trabajan en forma independiente. Además se establecieron rígidas estructuras organizativas generando de este modo barreras jerárquicas. Así surgieron islas organizativas caracterizadas por déficits en la información y en la comunicación tanto vertical como horizontal dentro de la organización. De modo empírico se determinó que los mayores en la comunicación son justamente en la cooperación interdepartamental²⁰.

De allí que es necesario abandonar el pensamiento departamental para pasar a un pensamiento orientado hacia los procesos. Dentro de este contexto la calidad se define como la óptima satisfacción de los requisitos dentro de una red de relaciones de clientes – proveedor.

Las organizaciones que deben implantar un sistema de gestión de la calidad o que tienen que adecuar los actuales sistemas de gestión de la calidad se encuentran frente a una difícil tarea. A modo de marco de referencia se les ofrece a las organizaciones diferentes normas en las que se establecen los requisitos mínimos para el desarrollo y creación de sistemas de gestión de la calidad. Como base se encuentra especialmente la norma ISO 9001 aplicable no solo en organizaciones productoras sino también en organizaciones de servicios. Dicha norma presenta un modelo de los procesos que se realizan en una organización, partiendo del cliente para establecer los requerimientos y llegando al cliente ya sea con un producto o bien con un servicio para satisfacerlo.

El éxito en la implementación de un sistema de gestión de la calidad depende en gran medida de la forma en que se lleva adelante dicho proyecto. Luego de una identificación de los requisitos y de los procesos se lleva adelante la definición de la estructura del sistema y de los procesos dentro del mismo. De estas definiciones surge una necesidad de cambio que se debe entender como una reorganización del sistema. Finalmente se deben sentar las bases que permiten una mejora continua del sistema. Una herramienta muy valiosa para el análisis y

²⁰ Prof. Dr.-Ing. Dr.h.c. mult. Prof.h.c. Tilo Pfeifer. “Cátedra de Metrología y Gestión de la Calidad”. Págs: 1-21.

mejora de procesos es la matriz de la estructura del proceso.

2.4. LA GESTIÓN POR PROCESOS

2.4.1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO

La gerencia de procesos tuvo su origen en el movimiento de calidad. En los inicios del siglo XX, se desarrolló el concepto administrativo de procesos y se incluyó como práctica dentro de la disciplina de la calidad.

Hasta los albores del siglo XX, las organizaciones en todo el mundo, tanto industriales como de servicios, tenían una orientación hacia el producto, llámese bien o servicio. Esto generó sistemas de producción en las industrias y de operaciones en las empresas de servicios enfocados en aumentar su productividad con base en el incremento incesante en el número de bienes producidos o los servicios prestados. La estrategia se concentra en tal objetivo y, por ende, las soluciones que surgieron de la consecuencia estructurada, se desarrollaron en tal perspectiva. La práctica predominante de calidad por entonces, era la inspección del producto final.

El enfoque de administración científica desarrollado por Frederick W. Taylor, fue pionero en el mejoramiento de la productividad. El sistema Taylor logró aumentos extraordinarios en la productividad de las industrias, asignando la responsabilidad del planeamiento de la planta a ingenieros especializados y usando a los trabajadores y supervisores de producción desplazados en la ejecución de los planes concebidos por los ingenieros.

Sin embargo, el sistema de Taylor de administración tenía también varias desventajas, las principales eran la pérdida de poder y la autonomía de los trabajadores en su lugar de trabajo y la caída en la calidad del producto. El primer problema nunca fue solucionado por los practicantes de este sistema de

administración, que aun hoy, cien años después, muchas organizaciones lo siguen aplicando sin mayor modificación, donde existe una dicotomía entre las personas “educadas” que planean a nivel central y los trabajadores “no educados” que ejecutan los planes²¹.

Para solucionar el problema de la baja calidad del producto, los gerentes de planta crearon cargos de inspectores, dentro de los departamentos de producción, dedicados a detectar mediante patrullas de inspección y auditorías los productos defectuosos de tal manera que fueran procesados o desechados antes de llegar a las manos del consumidor.

2.4.1.1.EL CONTROL DEL PROCESO

El concepto de proceso, entendido en su forma más sencilla como un conjunto de actividades que toma unas entradas, le añaden valor, y entregan unas salidas fue desarrollado en los Estados Unidos en las primeras cuatro décadas del siglo XX.

Importantes pioneros en cuanto a procesos aparecieron en la invención de nueva tecnología para la fecha. En 1924 Walter Shewart inventó el gráfico de control dando un importante paso al moderno control de procesos mediante la gestión de calidad. Shewart es también autor del conocido ciclo PHVA (Planear, hacer, verificar, actuar). Ciclo denominado de mejoramiento que se lo atribuyó también a Deming.

2.4.1.2.EL MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS

Sin duda alguna, las organizaciones japonesas fueron las que con mayor seriedad aplicaron de manera coherente las enseñanzas de tres eméritos profesores norteamericanos: Joseph Juran, Edwards Deming y Peter Drucker, iniciando a partir de la segunda mitad del siglo XX, el paradigma más exitoso de

²¹ Hernando Mariño Navarrete. “Gerencia de Procesos”. Bogotá 2001. Pág. 1-13

administración hasta ahora conocido: el de calidad total, en el que la gerencia de procesos es uno de sus fundamentos.

Otro aporte fundamental lo realizó Ishikawa, conocido por ser el padre de los círculos de calidad, concepto desarrollado a partir de 1962. Pero antes contribuyó al enfoque sobre los procesos ideando el conocido diagrama de causa-efecto.

La aplicación de los principios y metodología de control y mejoramiento de procesos se extendió a las organizaciones prestadoras de servicios con mucha fuerza a partir de los años 60 en el Japón, Estados Unidos, Europa y Latinoamérica.

Kaizen, es el término acuñado en los años 80 para sintetizar el concepto de mejoramiento continuo de los procesos, un mejoramiento incremental a pequeña escala, incesante para obtener mejoras en el procesando trabajando con el conocimiento, la experiencia y habilidades de las personas involucradas en él.

Joseph Juran planteó el “cambio de mentalidad” que no fue entendido por algunos gurús de la administración y propusieron entonces el concepto de reingeniería, creyendo erradamente que el planteamiento de la calidad total se limitaba solo al mejoramiento incremental.

2.4.1.3.LA GERENCIA DE PROCESOS

La orientación hacia los procesos forma parte de las organizaciones exitosas. Observamos esto en organizaciones latinoamericanas, norteamericanas, europeas, japonesas. No tiene nada que ver con la cultura antropológica, sino con la cultura empresarial.²²

Se puede aprender que una diferencia enorme en los resultados de las compañías alrededor del mundo, radica en la concentración que en ellas se hace

²² Braulio Mejía García. “Gerencia de Procesos”. Bogotá 2000. Págs 2-5.

por mejorar sistemáticamente sus procesos. Y aunque por supuesto no se trata del único elemento que explica la diferencia, si está presente en todas las organizaciones exitosas.

La confusión común entre unidades organizacionales y procesos surge porque el paradigma predominante en las organizaciones es el del organigrama donde las líneas de responsabilidad, autoridad y relaciones entre las personas, están dibujadas y los colaboradores están acostumbrados a las denominaciones de vicepresidencia, gerencia, dirección o departamento X, pero no están establecidos ni dibujados los procesos.

Las unidades organizacionales tienen nombre muy definidos pero los procesos no. Es así como los procesos aparecen fragmentados, muchos veces invisibles por la estructura organizacional y, lo que es más grave, los procesos tienden a no tener gerencia, ya que la alta gerencia responsabiliza a los gerentes a rendir cuentas de un área o departamento en particular, pero no se asigna la responsabilidad por el trabajo completo, esto es, por el proceso y por la estructura.

2.4.1.4.CAUSAS PRINCIPALES DEL APARECIMIENTO DE LA GERENCIA DE PROCESOS

Una de las preocupaciones de varios pensadores dentro del movimiento de calidad, a nivel mundial, era la de mejorar la efectividad de las organizaciones para entregar bienes y servicios que agregaran valor a los ojos de sus clientes, de acuerdo con el mercado objetivo que la misión y visión de la empresa hubiera fijado.

Encontraban que una de las limitaciones más grandes en dicho propósito era la visión fragmentada de operaciones individuales realizadas por unidades organizacionales específicas, en la que se pretendía optimizar las operaciones individuales, tales como manufactura, compras, tesorería, distribución para

mencionar sólo pocos ejemplos sin un enfoque holístico de procesos totales.

La preocupación clásica en las organizaciones ha sido por los canales de autoridad, información y control, es decir por la estructura organizacional y no por lo que se hace y como se hace en toda la empresa, esto es, por los procesos realizados a lo largo y ancho de tal estructura.²³

2.4.1.5.SURGIMIENTO DE LOS PROCESOS

Nace así, dentro del movimiento de calidad, la concepción de la organización como un conjunto de procesos que generan un bien o servicio de valor para el cliente. Teoría y práctica que ha venido evolucionando a partir de la segunda mitad del siglo XX. “El siguiente proceso es su cliente” establecieron los japoneses. Esto fue un paso adelante en la concepción de una organización como un conjunto de procesos interrelacionados. Los procesos son las actividades estructuradas sistemáticamente para producir un resultado que tenga valor para unos clientes. La orientación hacia los procesos implica un énfasis en la forma como se realiza el trabajo en la organización, identificando y gestionando los diferentes procesos, en contraste con el énfasis en que se produce.

Los procesos son la arquitectura en la que está soportada una organización para entregar valor a sus clientes. En consecuencia, es el cliente, interno o externo, el que está en mejor posición para evaluar la calidad de los procesos. La satisfacción del cliente es uno de los principios esenciales de la calidad total.

2.4.1.6.LOS PROCESOS EN LA SERIE DE NORMAS ISO 9000:2000

La revisión efectuada en el año 2000 a la familia de normas ISO 9000, ha cambiado su enfoque inicial de entender un sistema de calidad utilizando el

²³ Hernando Mariño Navarrete. “Gerencia de Procesos”. Bogota 2001. Pág. 1-13

modelo de ciclo de vida de producto, de acuerdo con un conjunto de elementos por el de recomendar a las organizaciones que fundamenten sus sistemas de gestión de calidad en el concepto de procesos y adopten la orientación.

Esto representa un cambio radical al interior de los organismos de normalización en el mundo entero en su manera de entender las organizaciones y sus sistemas de calidad, que va en armonía con el desarrollo de la teoría y la praxis de modelos integrales de gerencia como el desarrollado bajo el esquema de calidad total. En tal sentido, la nueva serie de normas ISO 9000 es anacrónica pues simplemente reconoce la importancia de administrar procesos, como elemento fundamental para asegurar calidad y mejorar la productividad en las organizaciones, teoría y práctica implantada por muchas organizaciones en las dos últimas décadas del siglo pasado.

En consecuencia, se observa una tendencia a normalizar las visiones dispares del pasado entre los premios nacionales de calidad y el enfoque previo de la serie ISO 9000. Creo que de esta manera se ha dado un paso adelante y las críticas provenientes de lado y lado en el pasado, han resultado en diálogos fructíferos en beneficio del cliente, las organizaciones y la sociedad.

El comité técnico TC 176 de la ISO - International Organization for Standardización, encargado de la revisión de la ISO 9000:2000²⁴ llegó a un consenso en relación con los principios gerenciales de la calidad. Los principios fueron desarrollados después de investigar cuáles eran los conceptos de calidad en uso por las organizaciones alrededor del mundo. Ocho principios resultaron de este trabajo:

1. Organización enfocada hacia el cliente
2. Liderazgo
3. Participación de las personas
4. Orientación hacia los procesos
5. Enfoque sistémico de gerencia

²⁴ Norma Internacional ISO 9000. Sistemas de Gestión de Calidad.

6. Mejoramiento continuo
7. Toma de decisiones basada en hechos
8. Relación benéfica mutua con los proveedores.

Estos principios aparecen tanto en la ISO 9000 como en la ISO 9004, y fueron básicos para el desarrollo de la ISO 9001, aunque formalmente no aparecen en el documento.

Este nuevo enfoque en las normas ISO 9000, que es norma internacional a partir de diciembre de 2000, incluye los siguientes conceptos claves en el texto de la cláusula 0.2 de la ISO 9001 que explica el modelo:

Cualquier actividad que reciba entradas y las convierta en salidas puede ser considerada como un proceso.

Las organizaciones pueden ser más efectivas (eficaces y eficientes) si se gerencia un sistema interrelacionado de procesos. La identificación y gerencia de estos procesos pueden hacer que el sistema global de gerencia de calidad sea más efectivo en alcanzar los requerimientos del cliente.

El enfoque de procesos ha sido adoptado como medio para facilitar el mejoramiento del sistema de gerencia de calidad.

El modelo de orientación hacia los procesos propuesto en la norma ISO 9001:2000 es informativo. Esto significa en el lenguaje ISO que no forma parte de los requerimientos. Se presenta para proveer contexto, entendimiento general y antecedentes como se observa en la figura 2.8.

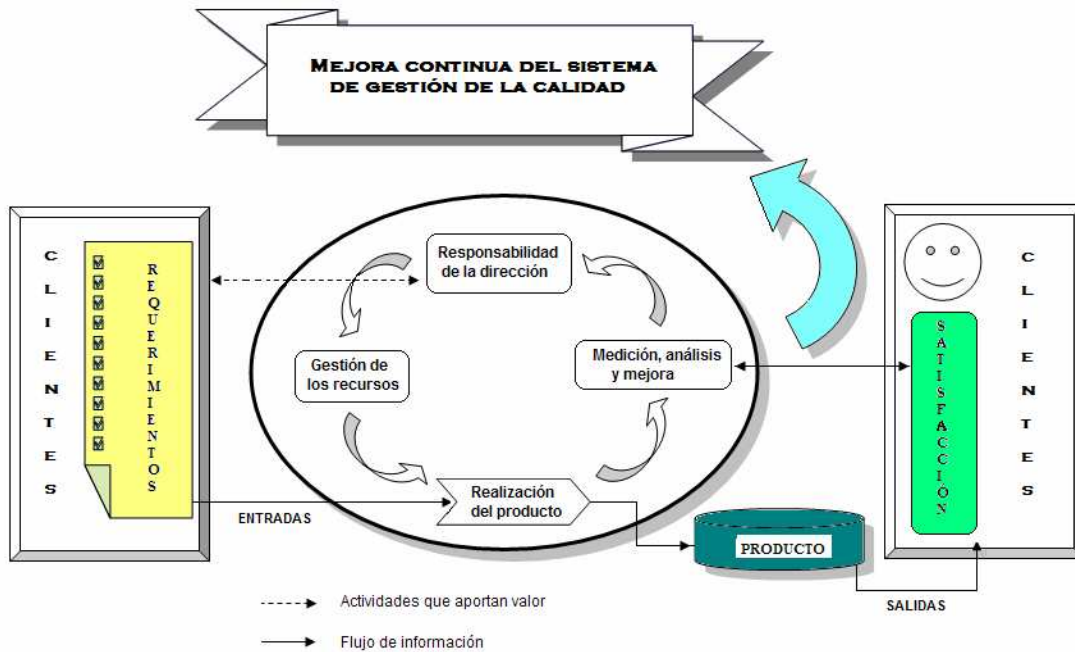


Figura 2.8. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos.

Se reconoce en el modelo que los clientes juegan un papel significativo para definir los requisitos como entradas. Asimismo, que el seguimiento de la satisfacción del cliente es necesario para evaluar y validar si se han satisfecho los requisitos del cliente.²⁵

El modelo propuesto en la revisión de la serie ISO 9000:2000 representa un modelo que puede usarse para describir cómo el enfoque de procesos puede ser aplicado a los sistemas de gerencia de calidad.

2.4.2. EL CONCEPTO DE PROCESO

Se han utilizado diferentes definiciones para referirse al significado de un proceso, tales como:

- “Secuencia de acciones o conjunto de actividades encadenadas que transforman en productos o resultados con características definidas unos

²⁵ Norma Internacional ISO 9000. Sistemas de Gestión de Calidad

insumos o recursos variables, agregándoles valor con un sentido específico para el cliente”.

- “Sistema de actividades que utiliza recursos para transformar entradas en salidas”.
- “Una o más actividades, sujetas a control, que usan recursos para transformar entradas en salidas”.
- “Es un ordenamiento específico de actividades en lugar y tiempo, que tiene un principio y un fin, con insumos o entradas y productos o resultados claramente especificados para un determinado cliente o mercado”.

Sugiero la siguiente definición:

- Sistema de transformación de entradas o insumos a salidas, resultados, bienes o servicios, con agregación de valor conforme a regulaciones preestablecidas.

En la gerencia de cualquier proceso, el punto de partida es determinar claramente quiénes son los clientes y cuáles son sus necesidades y expectativas, requerimientos de los clientes que deberán ser entregados por las salidas que produce el proceso, los proveedores son parte intrínseca del proceso, pueden ser externos a una organización o estar en su interior, en cualquier caso los proveedores entregan suministros, materia prima, insumos, personas, información, etc., que se denominan de manera general entradas del proceso.

2.4.3. LOS 8 FACTORES DETERMINANTES EN UN PROCESO

En un proceso, las entradas se transforman en salidas, interactuando como conjunto sistémico ocho factores en tal transformación:

- Gerencia
- Métodos
- Personas
- Medio Ambiente
- Maquina y equipos
- Dinero
- Mediciones
- Materiales

Se debe tomar en cuenta como factor que determinan a la transformación, el dinero, los recursos con los que se cuenta en el proceso, como se percibe en la figura 2.9.²⁶

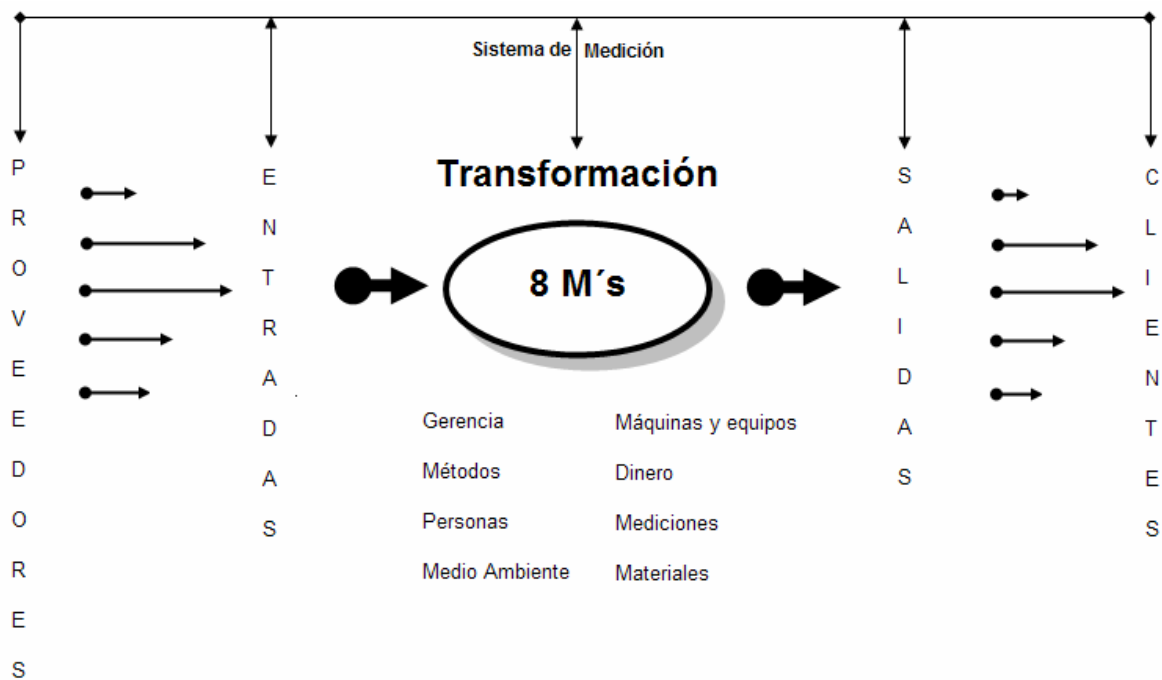


Figura 2.9. El Concepto de proceso

2.4.4. LA CADENA DE VALOR

²⁶ Hernando Mariño Navarrete. "Gerencia de Procesos". Bogota 2001. Pág. 1-13

Para determinar y entender cuáles son los principales pilares en los que se asientan las estrategias de las organizaciones hoy en día, es necesario analizar las unidades de negocio que inciden en movimientos empresariales para cumplir metas y objetivos.

Es así pues, que con el apareamiento de la competencia en el mercado, surge la implementación de las estrategias que darán sustento a la *ventaja competitiva* a fin de obtener una marcada diferenciación entre las empresas y conseguir éxito mediante futuras decisiones para el fortalecimiento organizacional²⁷.

Para analizar las fuentes de la ventaja competitiva se necesita un medio sistemático de examinar todas las actividades que se realizan dentro de las organizaciones y su manera de actuar, un mecanismo que permita dividir la compañía en sus actividades estratégicamente relevantes a fin de entender el comportamiento de las distintas variables que inciden en el desenvolvimiento normal de una empresa (costos, precio, tecnología, talento humano, modelos de gestión, etc.) Por lo antes fundamentado nace la denominada **Cadena de Valor**, que permitirá contribuir con un nuevo diseño en modelos de gestión para las futuras organizaciones

2.4.4.1.FUNDAMENTOS DE LA CADENA DE VALOR

La empresa es un conjunto de actividades cuyo fin es diseñar, fabricar, comercializar, entregar y apoyar su producto. La cadena de valor y la forma en que realiza las actividades individuales reflejan su historial, su estrategia, su enfoque en el establecimiento de la estrategia y la economía en que se basan dichas actividades.

El nivel adecuado para construir una cadena de valor son las actividades que se desempeñan en una organización particular (unidad de negocios). Desde el punto de vista de la competencia, el valor es lo que la gente esta dispuesta a pagar por

²⁷ Michael Porter. “La Ventaja Competitiva”. Pgs. 33-60

lo que se le ofrece. El valor se mide por los ingresos totales, reflejo del precio que se cobra por el producto y de las unidades que logra vender. Una empresa es rentable si su valor rebasa los costos de crear su producto. La meta de una estrategia es generar a los compradores un valor que supere su costo.

Toda actividad de valor utiliza insumos adquiridos, recursos humanos y alguna clase de tecnología para cumplir su función. También usa y genera información: datos referentes al cliente, parámetros del desempeño y estadísticas. También se puede originar activos financieros como pasivos.

2.4.4.2.DEFINICIÓN DE LA CADENA DE VALOR

Para diagnosticar cuál es la fuerza que ofrece una organización como ventaja competitiva, es necesario definir una cadena de valor, comenzando por la genérica, identificando sus actividades individuales. Cada categoría genérica puede subdividirse en actividades discretas.

Las actividades relevantes no se pueden definir sino se las aísla con tecnologías y economías independientes. Hay que subdividir las funciones globales, como manufactura y mercadotecnia en actividades. Para ello resultan de gran utilidad el flujo de los productos, de los pedidos o del papel. Puede proseguirse la división hasta alcanzar el nivel de actividades más estrechas que son discretas hasta cierto punto.

El grado idóneo de separación se basa en la economía de las actividades y en propósito con que se analiza la cadena de valor. Es necesario que se distingan tres principios básicos por los que habrá que aislar y separar las actividades:

- Presenten una economía distinta
- Puede afectar a la diferenciación
- Presenten una proporción significativa o creciente de los costos

Con la cadena de valor se efectúan separaciones cada vez más sutiles de

algunas actividades, a medida que el análisis descubre las diferencias importantes para la ventaja competitiva.

Para seleccionar la categoría correcta dónde ubicar una actividad, se requiere buen juicio y ello puede ser muy revelador. Las actividades de valor deberían asignarse a las categorías que mejor representan su aportación a la ventaja competitiva. Todo cuanto haga una empresa a de captarse en una actividad primaria o de soporte. Las clasificaciones de las actividades de valores son arbitrarias y han de escogerse para que den una idea cabal del negocio.²⁸

La categorización de las actividades en las organizaciones de servicios a menudo causa confusión, porque a menudo las operaciones, la mercadotecnia y el servicio después de la venta están interrelacionados. La ordenación de las actividades debería seguir el flujo del proceso pero es una tarea discrecional. Muchas veces las organizaciones realizan actividades similares, cuyo orden debería variar la claridad intuitiva para la cadena de valor de los ejecutivos.

2.4.4.3.NEXOS DE LA CADENA DE VALOR

Las actividades relacionadas con los valores son las estructuras básicas de la ventaja competitiva, pero la cadena de valor no es un conjunto de actividades independientes sino un sistema de actividades interdependientes, y se relacionan por medio de nexos de la cadena. Un nexo es una relación entre la forma de ejecutar una actividad y el costo o desempeño de otra. Los nexos pueden originar una ventaja competitiva mediante dos formas: por la optimización y la coordinación. Con frecuencia refleja un compromiso entre las actividades para obtener el mismo resultado.

Los nexos entre las actividades de valor provienen de causas generales entre las cuales tenemos:

²⁸ Michael Porter. “La Ventaja Competitiva”. Pgs. 33-60

- Una misma función puede efectuarse de distintas formas
- El costo o la realización de las actividades directas mejora poniendo mayor empeño en las actividades indirectas.
- Las actividades realizadas dentro de la organización atenúan la necesidad de demostrar, explicar o dar mantenimiento a un producto en el campo.
- Las funciones de aseguramiento de la calidad pueden llevarse a cabo en varias formas.

Para aprovechar los nexos casi siempre se requiere información o flujos de ella que permiten realizar la optimización o coordinación, de ahí la importancia de los sistemas de información para obtener ventaja competitiva.

2.4.4.3.1. Nexos Verticales

No solo existen nexos en la cadena de valor de una organización, sino también entre su cadena y la de sus proveedores y canales; a estos últimos, los denominaremos nexos verticales. Los proveedores producen un bien o servicios que la organización emplea en su cadena de valor; la de ellos también influye en otros puntos de contacto de la empresa. Así, las actividades relacionadas con la adquisición y la logística de entrada interactúan con el sistema de recepción de pedidos del proveedor. Los nexos entre la cadena de valor de los proveedores y de la empresa brinda oportunidades para que mejore su ventaja competitiva.

2.4.4.3.2. Cadena del Valor del Cliente

También los compradores o benefactores del producto o servicio poseen su cadena de valor, y el producto de una empresa representa para ella un suministro comprado. Es intuitivamente fácil entender las cadenas de los clientes industriales, comerciales e institucionales debidos a sus semejanzas con las de la empresa. Es menos fácil entender la de las familias, pero no por ello deja de ser importante. Las familias (y los consumidores individuales de ellas) realizan una

gran diversidad de actividades; los productos que adquieren los emplean junto con este flujo de actividades.

Pese a la dificultad de construir una cadena de valor que abarque todo lo que hacen las familias y sus miembros, si puede constituirse una de las actividades relevantes a la manera de usar un producto en particular.

2.4.4.4.LA CADENA DE VALOR Y LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La cadena de valor es una herramienta básica para diagnosticar la ventaja competitiva y encontrar medios de crearla y mantenerla, pero también puede contribuir de modo significativo al diseño de la estructura organizacional. Esta última, agrupa algunas actividades en unidades como mercadotecnia y producción²⁹. Esto se basa en que las actividades presentan semejanzas que conviene aprovechar integrándolas en un departamento, y los departamentos a su vez distinguen de otros conjuntos de actividades por sus diferencias.

La separación de las unidades se acompaña de la necesidad de coordinarlas, así pues, hay que establecer mecanismos de integración para garantizar que se lleve a cabo la coordinación requerida

La cadena de valor ofrece un medio sistemático de dividir la empresa en actividades individuales y por tanto podemos servirnos de ella para estudiar como están y podrían agruparse.

La necesidad de integración entre las unidades organizacionales es una manifestación de los nexos. A menudo existen muchos dentro de la cadena de valor y en muchas ocasiones la estructura organizacional no ofrece mecanismos para coordinarlos u optimizarlos.

Una organización debe ser capaz de trazar las fronteras de las unidades más en

²⁹ Michael Porter. "La Ventaja Competitiva". Pgs. 33-60

armonía con sus fuentes de ventajas competitivas y asegurar los tipos apropiados de coordinación, para lo cual relacionara su estructura organizacional con la cadena de valor y los nexos en su interior y con los proveedores o canales.

2.4.5. PROCESO VS. ORGANIZACIONES VERTICALES

Para lograr una economía de escala, la mayor parte de las empresas se organizan en grupos de operación vertical, con expertos de experiencia similar que se agrupan para formar un set de conocimientos y técnicas capaces de llevar a cabo cualquier tarea dentro de esta disciplina.

Esto da lugar a la creación de una organización eficaz, vigorosa y segura de su buen funcionamiento como equipo y deseosa de respaldar su misión. No obstante, y por desgracia, muchos procesos no fluyen verticales si no horizontalmente como intentaremos demostrar en la figura 2.10.

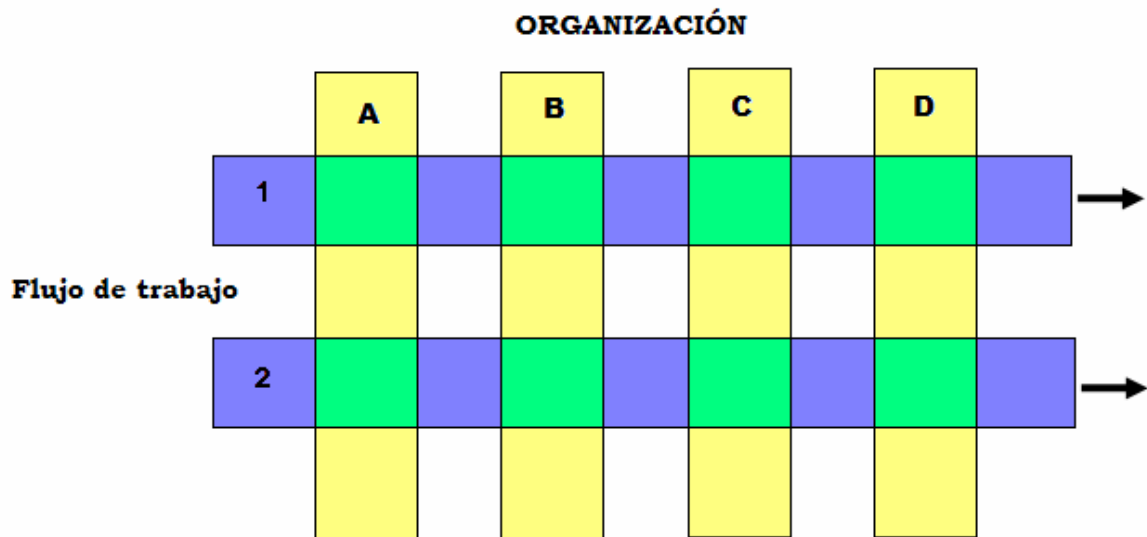


Figura 2.10.Flujo de trabajo horizontal Vs. Organizaciones verticales

Un flujo de trabajo horizontal, combinado con una organización vertical, genera

muchos vacíos y yuxtaposiciones, y estimula la suboptimización, lo que produce un impacto negativo sobre la eficiencia y la efectividad del proceso. Cuando no se observa la totalidad el proceso, lo que se tiene es un grupo de pequeñas empresas que se evalúan con base en objetivos que no están sintonizados con las necesidades totales de las organizaciones. A pesar de casos como estos, una organización funcional tiene muchos beneficios y existe una estrategia disponible para aprovechar al máximo su efectividad, así como para garantizar que los procesos produzcan el máximo beneficio para la empresa. Esta estrategia se conoce como *mejoramiento de los procesos de la empresa*³⁰.

2.4.6. COMPRENSIÓN DE LA JERARQUÍA DE UN PROCESO

Casi todo lo que hacemos o en lo que nos involucramos, constituye un proceso. Existen procesos altamente complejos que involucran a miles de personas (por ejemplo: elegir a un presidente de la nación) y procesos muy sencillos que solo requieren segundos de su tiempo (por ejemplo: votar). Debido a estas diferencias tenemos la necesidad de establecer una jerarquía del proceso como se aprecia en la figura 2.13.

³⁰ Dr. H. J. Harrington. “Mejoramientos de los Procesos de la Empresa”. Pág. 1-28

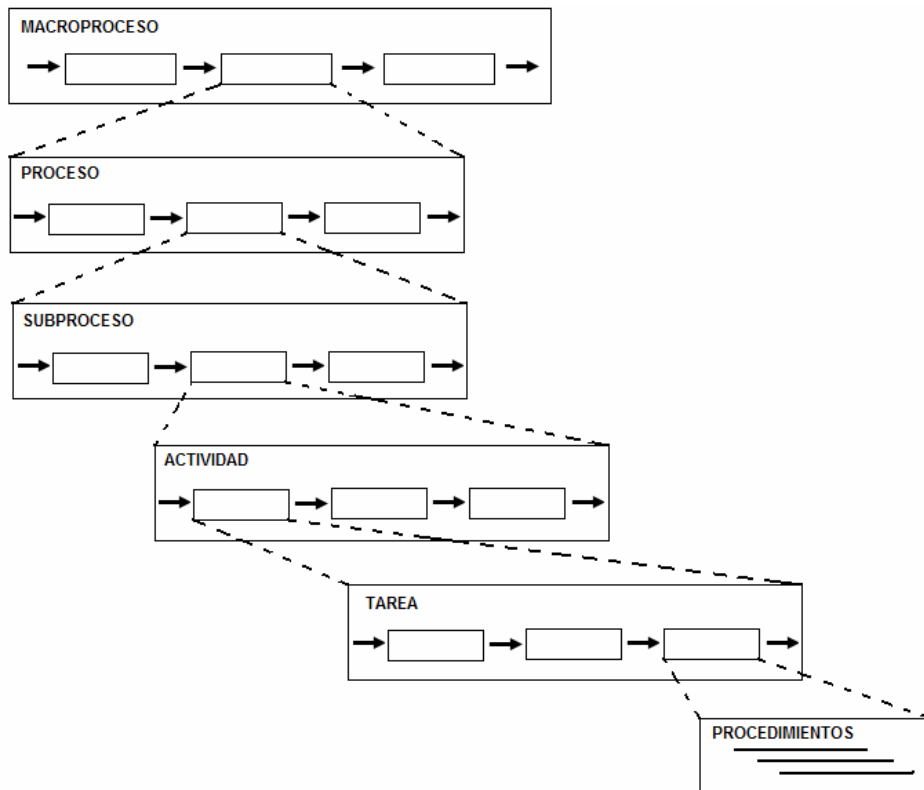


Figura 2.13. Jerarquía de proceso

Desde un punto de vista macro, los procesos son las actividades claves que se requieren para manejar y/o dirigir una organización. La definición de un nuevo producto es un buen ejemplo de un macroproceso. Un macro proceso puede subdividirse en subprocesos que tienen una relación lógica, actividades secuenciales que contribuyen a la misión del macro proceso.³¹

Con frecuencia los macro procesos complejos se dividen en un determinado número de subprocesos con el fin de minimizar el tiempo que se requiere para mejorar el macroproceso y/o dar un enfoque particular a un problema, un área de altos costos o un área de prolongadas demoras.

Todo macroproceso o subproceso está compuesto por un determinado número de actividades (por ejemplo: evaluar la condición de una sala de reuniones con el fin de determinar si se encuentra preparada para una reunión de un grupo foco). Las actividades son cosas que tienen lugar dentro de todos los procesos. Como su

³¹ Dr. H. J. Harrington. “Mejoramientos de los Procesos de la Empresa”. Pág. 33 - 36

nombre lo indica, son las indicaciones que requirieren para generar un determinado resultado. Las actividades constituyen la parte más importante de los diagramas de flujo.

Cada actividad consta de un determinado número de tareas. Por ejemplo, algunas de las que forman parte de la revisión del salón de conferencias para el grupo foco consistirían en cerciorarse de que:

- ✓ Hay suficientes sillas para los invitados
- ✓ Hay hielo y agua en cada una de las jarras
- ✓ Hay papel y lápiz en la mesa, frente a cada silla.

Normalmente, estas tareas están a cargo de un individuo o de grupos pequeños. Ellos se encargan hasta de la micro visión más pequeña del proceso.

2.4.7. MAPA DE PROCESOS

De forma sintética se puede resumir la aplicación de este modelo en los siguientes pasos:

- a) La empresa acepta previamente una aplicación genérica de los procesos en tres categorías: **estratégicos, operativos y de apoyo o soporte**³², detallados en el Cuadro 2.2. Dentro de una de estas categorías, la importancia de los procesos para la marcha de la empresa los clasifica en *prioritarios* y *secundarios*.

CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS	
Estratégicos	Procesos destinados a definir y controlar las metas de la empresa, sus políticas y estrategias. Estos procesos son gestionados directamente por la alta dirección en conjunto.

³² J.R.Zaratiegui. "La Gestión por Procesos: Su papel e importancia en la empresa". Economía Industrial. 1999.

Operativos	Procesos destinados a llevar las acciones que permiten desarrollar las políticas y estrategias definidas para la empresa para dar servicio a los clientes. De estos procesos se encargan los directores funcionales, que deben contar con las cooperaciones de los otros directores y de sus equipos humanos.
De Apoyo	Procesos no directamente ligados a las acciones de desarrollo de las políticas, pero cuyo rendimiento influye directamente en el nivel de los procesos operativos.

Cuadro 2.2. Clasificación de los Procesos

- b)** La empresa analiza el núcleo de sus actividades, identifica sus procesos y los coloca en cada uno de esos tres grupos. Una vez repartidos los procesos en los tres grupos, la atención de la empresa se centrará en el grupo de los procesos operativos.
- c)** La empresa relaciona los procesos en secuencia ordenados, agrupados alrededor de los procesos prioritarios. Estos procesos prioritarios requerirán el concurso de procesos secundarios realizados de forma eficiente para desarrollarse con un alto nivel de rendimiento.
- d)** Para poder gestionar los procesos, la empresa ha de realizar un despliegue detallado de los mismos como se aprecia en la Figura 2.12. Este despliegue puede comprender, por ejemplo:
 - ✓ El desarrollo en subprocesos con las relaciones entre los mismos.
 - ✓ La ficha de cada proceso y subproceso, con su objetivo, entradas y salidas, responsable, indicadores, etc.
 - ✓ Las matrices de relación de procesos y subprocesos, con la indicación de los propietarios, y clientes y proveedores de cada uno de ellos.

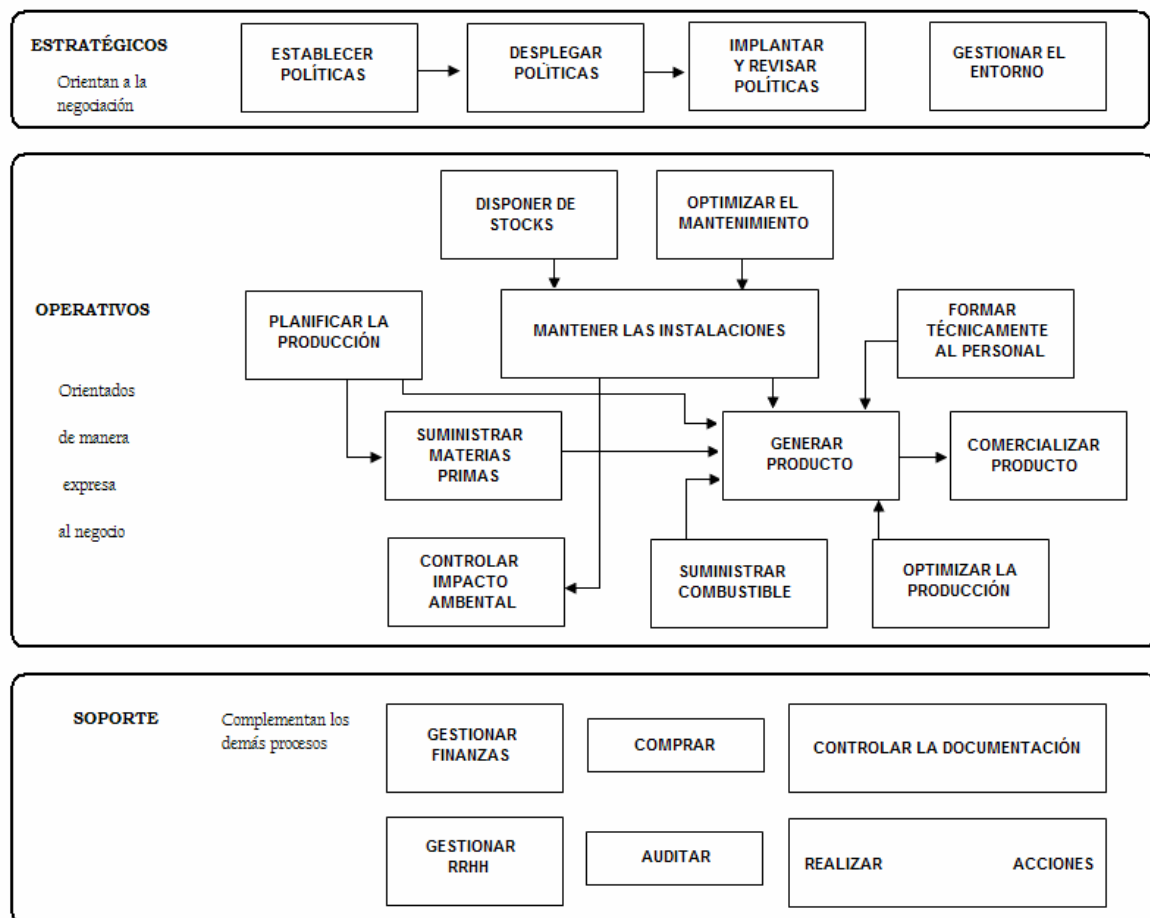


Figura 2.12. Esquema general del mapa de procesos

2.4.8. ELEMENTOS DE UN PROCESO

Para que exista un adecuado entendimiento de cuáles son todas las variables que permiten que funcione un proceso, enunciaremos a los siguientes elementos:

Entrada

"Insumo" que responda al estándar o criterio de aceptación definido y que proviene de un proveedor (interno o externo).

Recursos y Estructuras

Para transformar el insumo de la entrada.

Producto

Salida que representa algo de valor para el cliente interno o externo.

Sistemas de Medidas y de Control

Para su correcto funcionamiento

Límites

Condiciones de frontera y conexiones con otros procesos claros y definidos.

2.4.9. LIMITES DEL PROCESO

Al hablar del diseño de los procesos, la primera labor consiste en definir los límites inicial y final del proceso preliminar (es decir, donde comienza y dónde termina). La organización empresarial abarca un complejo laberinto de procesos interactivos, interconectados y/o secuenciales. Definir los límites de éste para descomponer el laberinto en piezas lógicas y manejables es una tarea crucial³³. En la mayor parte de ellos, el punto de iniciación y el de finalización no se han definido claramente. Una persona puede verlos en un sentido muy limitado mientras que otra puede percibirlos en una forma más global. Por otra parte, además de estos límites, deben establecerse los límites superior e inferior para determinar la complejidad del proceso y definir claramente los supuestos básicos. La adición de límites superior e inferior a los límites de iniciación y finalización literalmente enmarca el proceso, como se describe en la Figura 2.15.

³³ Dr. H. J. Harrington. “Mejoramientos de los Procesos de la Empresa”. Pág. 61 - 67

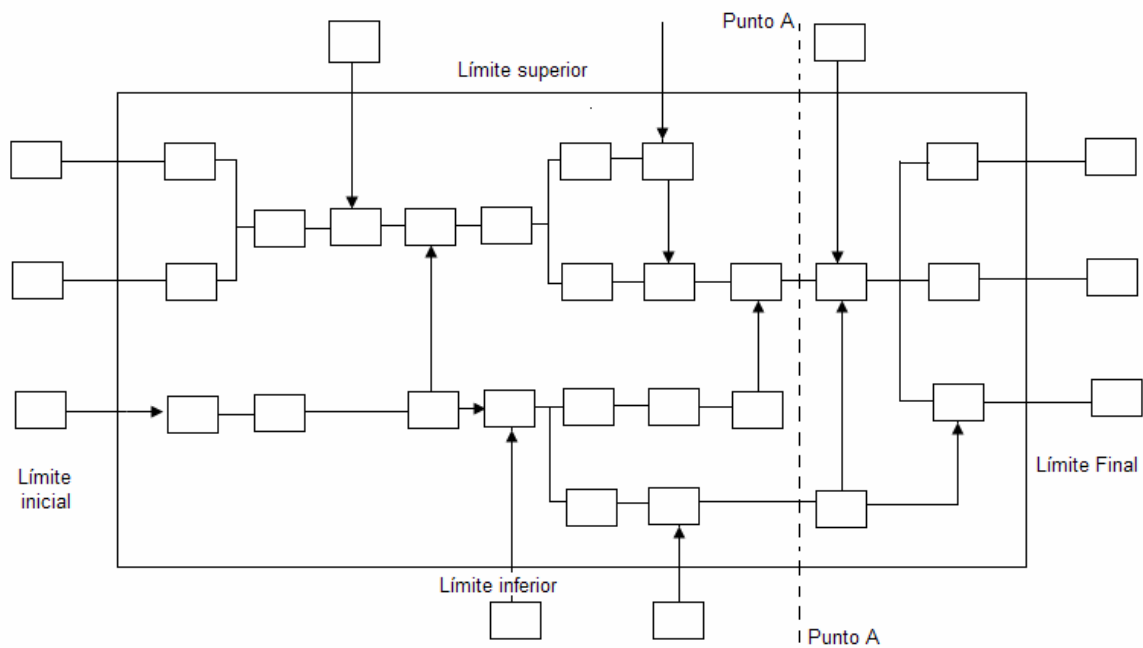


Figura 2.15. Límites de un proceso

Todos los límites de iniciación como superior permiten que los *inputs* entren el proceso. Todos los *inputs* de la primera actividad de un proceso ingresan a través del límite de iniciación. El superior permite que los *inputs* hagan parte de cualquiera otra actividad dentro del proceso. El inferior permite que el *output* del proceso llegue a los clientes secundarios en cualquier punto del proceso, mientras que el *output* del límite de finalización es el *output* primario del proceso y llega hasta el cliente final del proceso.

2.4.10. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO

Es necesario que para entender como podemos mejorar los procesos de las organizaciones, debemos señalar las características de los mismos dentro de sus movimientos establecidos:

Flujo

Los métodos para transformar el input en output.

Efectividad

Cuan bien se satisfacen las expectativas del cliente.

Eficiencia

Cuan acertadamente se utilizan los recursos para generar un output.

Tiempo de Ciclo

El lapso necesario para transformar el input en output.

Costo

Los gastos correspondientes a la totalidad de los procesos.

Comprender estas características del proceso es vital pues ayuda a identificar las áreas problemas que son claves dentro del proceso, suministra la base de datos indispensable para tomar decisiones y permite fijar objetivos de mejoramiento y evaluar los resultados³⁴

2.5. LEVANTAMIENTO Y DISEÑO DE PROCESOS

En los aspectos relacionados al levantamiento y diseño de procesos, en la práctica, uno de los factores que merece especial atención es el correspondiente a la identificación de los procesos. Diversas tendencias y aplicaciones se sugieren; en nuestro medio, es frecuente que se adopte como criterio para la identificación de procesos, el denominado Modelo Estratégico que toma elementos sustantivos a los contenidos de la Misión y Visión Organizacionales, así como a los Valores Corporativos y Objetivos Estratégicos para provocar la

³⁴ Dr. H. J. Harrington. “Mejoramientos de los Procesos de la Empresa”. Pág. 127 - 146

definición e identificación³⁵ de los procesos que configurarán la estructura organizacional.

2.5.1. HERRAMIENTAS Y PASOS A SEGUIR

2.5.1.1. DEFINICIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS

2.5.1.1.1. Definición

Una de las primeras actividades para la implementación de un sistema de gestión de la calidad orientada hacia los procesos, es la determinación de los requisitos relevantes. Sin una clara definición de estos requisitos no se pueden identificar los puntos a modificar o mejorar, ni se asegura la satisfacción de los requerimientos de los usuarios.

Por un lado se cuenta con requisitos internos planteados por los usuarios del sistema. De los objetivos definidos en el anterior paso, se derivan requisitos internos para la definición de los procesos los cuales hacen que estos procesos sean hechos a la medida de la organización. Por otro lado existen requisitos externos definidos en las normas de la calidad.

2.5.1.1.2. Identificación

Las fuentes primarias para identificar los procesos que se deben desarrollar para una organización son las declaraciones de su misión y visión. Los procesos originados en la misión de su razón de ser, se les ha denominado procesos misionales y por afinidad conceptual, aquellos que deberían desarrollarse para lograr la visión de futuro (proceso visionarios).

Los procesos misionales establecen los procesos básicos en los que la

³⁵ Prof. Dr.-Ing. Dr.h.c. mult. Prof.h.c. Tilo Pfeifer. “Cátedra de Metrología y Gestión de la Calidad”. Págs: 1-21.

organización debe trabajar, ya que en ella se indica quienes son los clientes a los que se ha decidido servir, con qué productos, en qué mercados.

Sin embargo la identificación de los procesos misionales no completa el cuadro de procesos, es necesario identificar qué procesos están relacionados con la visión de futuro.

La identificación de los procesos requiere, en primer lugar, acordar un entendimiento común acerca de los procesos generales, en los que trabaja la organización. Esto puede hacerse analizando cómo se maneja el cliente desde que entra hasta que sale en sus interacciones con la organización o cómo se entregan los productos, desde su diseño hasta que llega el bien a manos del consumidor o se presta el servicio al cliente. Se trata de construir un mapa general de los procesos con una visión panorámica de los mismos.

2.5.1.2. ANÁLISIS DE PROCESOS

El primer paso en el diseño de los procesos empresariales, es analizar la situación actual, definir los requisitos internos y externos, se determina hasta qué punto las medidas y reglamentaciones que se practican en la organización, satisfacen los requisitos internos y externos. Para un análisis efectivo se deben crear documentos que faciliten esta tarea. Se recomienda por medio de las entrevistas hacia los empleados, obtener la mayor cantidad de información posible, pues son ellos los que tienen mayor conocimiento.

Luego de determinar la situación actual, se puede comprobar si los procesos definidos y en funcionamiento en la organización, satisfacen los requisitos, pudiendo así identificar tanto los puntos débiles como fuertes. Se debe también establecer una estructura para llevar a cabo las acciones requeridas³⁶.

³⁶ Prof. Dr.-Ing. Dr.h.c. mult. Prof.h.c. Tilo Pfeifer. “Cátedra de Metrología y Gestión de la Calidad”. Págs: 1-21.

2.5.1.3. DISEÑO Y DOCUMENTACIÓN

El primer paso de esta fase, es formar equipos autónomos que diseñan medidas correctivas para satisfacer los requisitos, pero tienen que poder ser implementadas en la organización. Después de haber elegido una medida conveniente se hace un plan de implementación, se definen los recursos requeridos y se compraba si el personal cuenta con la calificación apropiada. En caso necesario se debe instruir al personal y adquirir los recursos necesarios. El resultado de los diferentes equipos es revisado a profundidad para evitar redundancias y lograr armonización.

El último paso de la fase, es la documentación de los resultados, en ella se encuentran las soluciones de los diferentes pasos de la fase de diseño, es decir, a partir de los requisitos se muestran cuáles fueron los problemas, qué medidas correctivas fueron escogidas y cómo fueron implementadas.

Finalmente, aprovechando la información que generan las fases, de manera progresiva se procede a la elaboración del Manual de Procesos que es un documento de alto nivel en el cual están descritos los procesos de la organización que apoyan al sistema de calidad de la organización, en este instrumento se describe qué es necesario para realizar una tarea, quién hace qué, en qué orden y siguiendo qué reglas.

2.5.1.4. DIAGRAMAS DE FLUJO³⁷

Los diagramas de flujo representan gráficamente las actividades que conforman un proceso, así como un mapa representa un área determinada. Algunas ventajas de emplear los diagramas de flujo son análogas a las de utilizar mapas. Por ejemplo, tanto los unos como los otros muestran cómo se adaptan en forma conjunta los diferentes elementos.

Elaborar un diagrama de flujo para la totalidad del proceso hasta llegar al nivel de

³⁷ Dr. H. J. Harrington. “Mejoramientos de los Procesos de la Empresa”. Pág. 96-126

tareas, es la base para analizar y mejorar el proceso. Cada situación y/o proceso, presenta problemas únicos de diagramación. Muchas actividades asumen su independencia en relación con las tareas específicas en determinados procesos. Muchos son los tipos de diagramas de flujo y cada uno de estos tiene su propósito por lo que se tomarán en cuenta tres técnicas que son:

- Diagramas de bloque, que proporcionan una visión rápida de un proceso.
- Diagramas de flujo funcional, que muestran el flujo del proceso entre organizaciones o áreas.
- Diagramas geográficos los cuales muestran el flujo del proceso entre locaciones.

2.5.1.4.1. Diagramas de Bloque

El Diagrama de bloque, conocido también como diagrama de flujo de bloque, es el tipo más sencillo y frecuente de los diagramas de flujo. Este proporciona una visión rápida no compleja del proceso. A continuación, en la Figura 2.16, se presenta un diagrama de flujo de bloque perteneciente al proceso de contratación de una empresa:

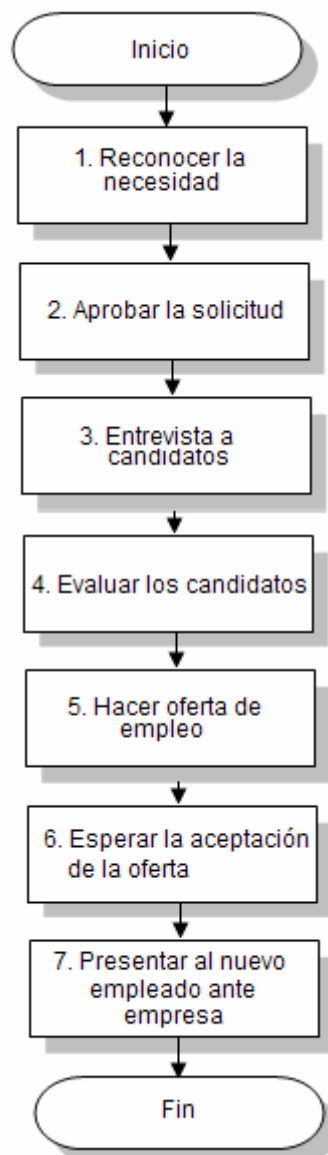

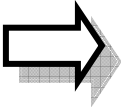
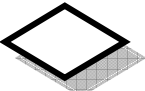
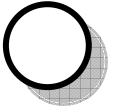


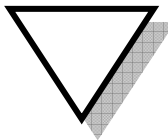





Figura 2.16. Flujo de un proceso de contratación

Los rectángulos y las líneas con flechas son los principales símbolos en un diagrama de bloque. Los rectángulos representan actividades y las líneas con flechas conectan los rectángulos para mostrar la dirección que tienen el flujo de información y/o las relaciones entre actividades. Algunos diagramas de flujo de bloque también incluyen símbolos consistentes en un círculo alargado al comienzo y al final para indicar en dónde comienza y en dónde termina el diagrama de flujo.

Es necesario examinar cuáles son algunos de los símbolos que se utilizan para la

diagramación. Los diagramas de flujo más efectivos solo utilizan símbolos estándares, expresados en el Cuadro 2.4, ampliamente conocidos:

SÍMBOLOS ESTÁNDARES PARA DIAGRAMACIÓN DE FLUJOS		
	Operación Rectángulo	Se utiliza cada vez que hay un cambio en un ítem.
	Movimiento Transporte Flecha ancha	Se utiliza para indicar el movimiento del output entre locaciones
	Punto de Decisión Diamante	Indica aquel punto del proceso en el cual se debe tomar una decisión
	Inspección Círculo Grande	Se utiliza para indicar que el flujo del proceso se ha detenido, de manera que pueda evaluarse la calidad del output
	Documentación Rectángulo con la parte inferior en forma de onda	Indica que el output de una actividad incluyó información registrada en papel
	Espera Rectángulo Obtuso	Se utiliza cuando un ítem o persona debe esperar
	Almacenamiento Triángulo	Se utiliza cuando existe una condición de almacenamiento controlado y se requiere un orden o una solicitud para que el ítem pase a la siguiente actividad programada
	Dirección de Flujo Flecha	Denota la dirección y el orden que corresponden a los pasos del proceso
	Conector Círculo Pequeño	Indica que el output de esa parte del diagrama de flujo servirá como el input para otro diagrama de flujo
	Límites Círculo alargado	Indica el inicio y el fin del proceso

Cuadro 2.4. Símbolos Estándares para el diagrama de flujo

2.5.1.4.2. *Diagramas de Flujo Funcional*

Este diagrama es otro tipo de diagrama de flujo, que muestra el movimiento entre diferentes unidades de trabajo, una dimensión adicional que resulta ser especialmente valiosa cuando el tiempo total del ciclo constituye un problema. El diagrama de flujo funcional puede utilizar símbolos de los diagramas de flujo estándares y diagramas de bloque como se observa en la Figura 2.17³⁸.

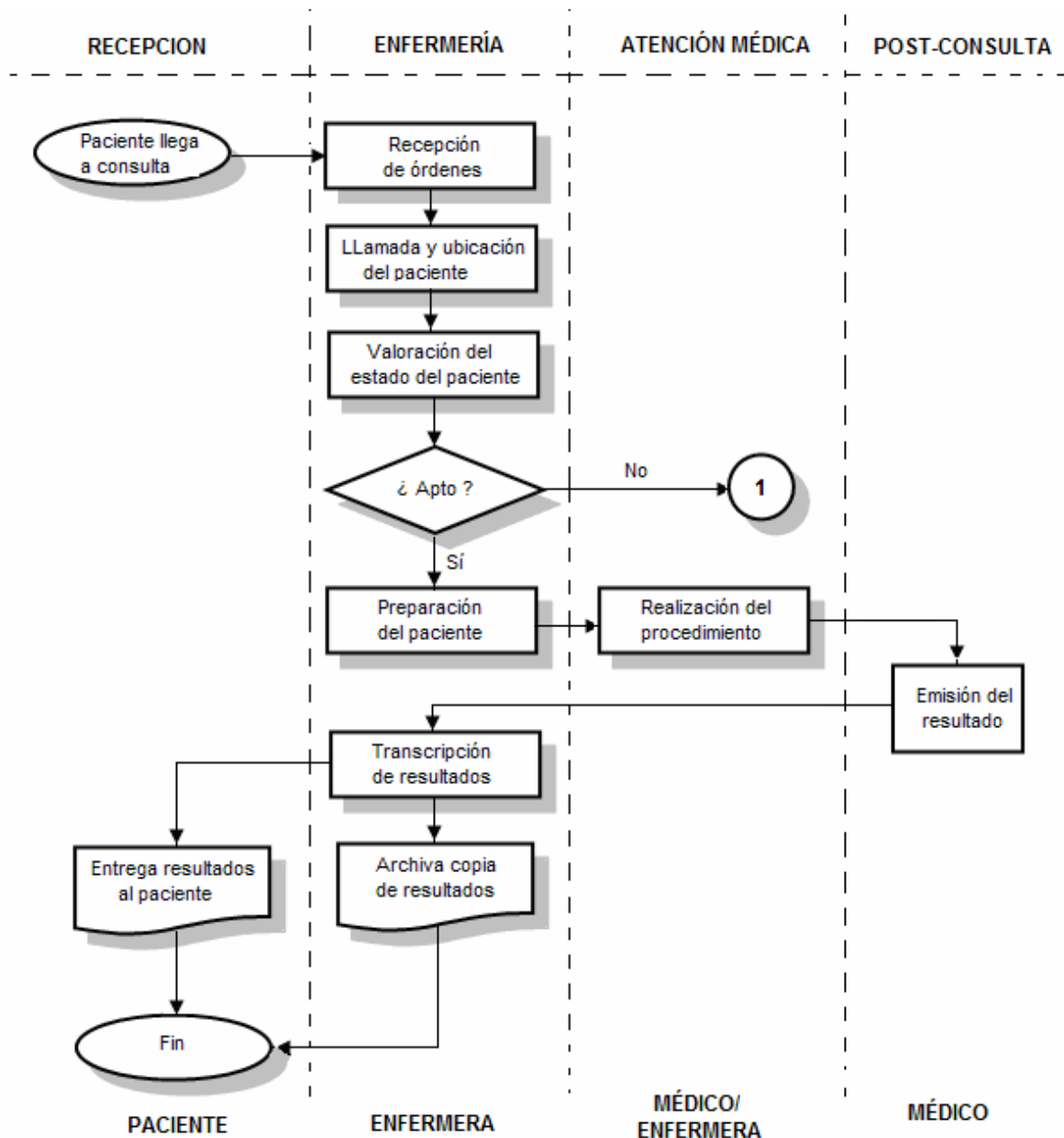


Figura 2.17. Identificación del flujo funcional

La figura expuesta identifica cómo los departamentos funcionales, verticalmente

³⁸ Dr. H. J. Harrington. “Mejoramientos de los Procesos de la Empresa”. Pág. 96-126

orientados, afectan un proceso que fluye horizontalmente a través de una organización. Si un proceso siempre se mantuviese dentro de un solo departamento y no se cruzara con otros territorios, la vida del gerente sería más fácil. Sin embargo, en la mayoría de las empresas, la organización funcional o vertical es una forma de vida, por cuanto proporciona un centro de competencia altamente entrenado, que no puede compararse cuando se emplea una organización de proceso o de producto.

2.5.1.5. IMPLEMENTACIÓN

La fase final del levantamiento y diseño de procesos es la de implementación en la que las medidas diseñadas se expanden en toda la organización. El personal deja de ser diseñador y pasa a ser usuario del sistema³⁹. Las medidas implementadas deben ser controladas por medio de índices para asegurar el cumplimiento de los requisitos definidos. La clave de la implementación es la comunicación y el entrenamiento. Durante esta fase todos operan de acuerdo a los procedimientos y guardan los registros en los que se demuestra la aplicación en la práctica de los procedimientos documentados.

2.6. MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS

Cualquier organización consiste en procesos. Los procesos son lo que las organizaciones hacen en sus actividades naturales. El problema es que tales actividades en las organizaciones que no trabajan por procesos se encuentran fragmentadas o escondidas detrás de sus estructuras organizacionales.

La iniciación de un esfuerzo en el mejoramiento de la empresa requiere el apoyo de la alta gerencia. Los procesos se consideran actualmente como la base

³⁹ J.R.Zaratigui. "La Gestión por Procesos: Su papel e importancia en la empresa". Economía Industrial. 1999.

operativa de gran parte de las organizaciones y gradualmente se van convirtiendo en la base estructural de un número creciente de empresas.

La experiencia japonesa sobre todo en los años 70 – 80 con sus métodos de trabajos en equipo y la participación de todo su personal en las mejoras empresariales, popularizó las ventajas obtenidas en la revisión continua de los procesos empresariales.

Ishikawa difundió por todo el mundo su modelo de *Método Sistemático* o científico de *Mejora de Procesos*, basado en el recorrido de una serie de pasos o etapas desde la detección de un problema o de una posibilidad de mejora. A continuación se resumen las etapas de este método y sus rasgos más característicos⁴⁰.

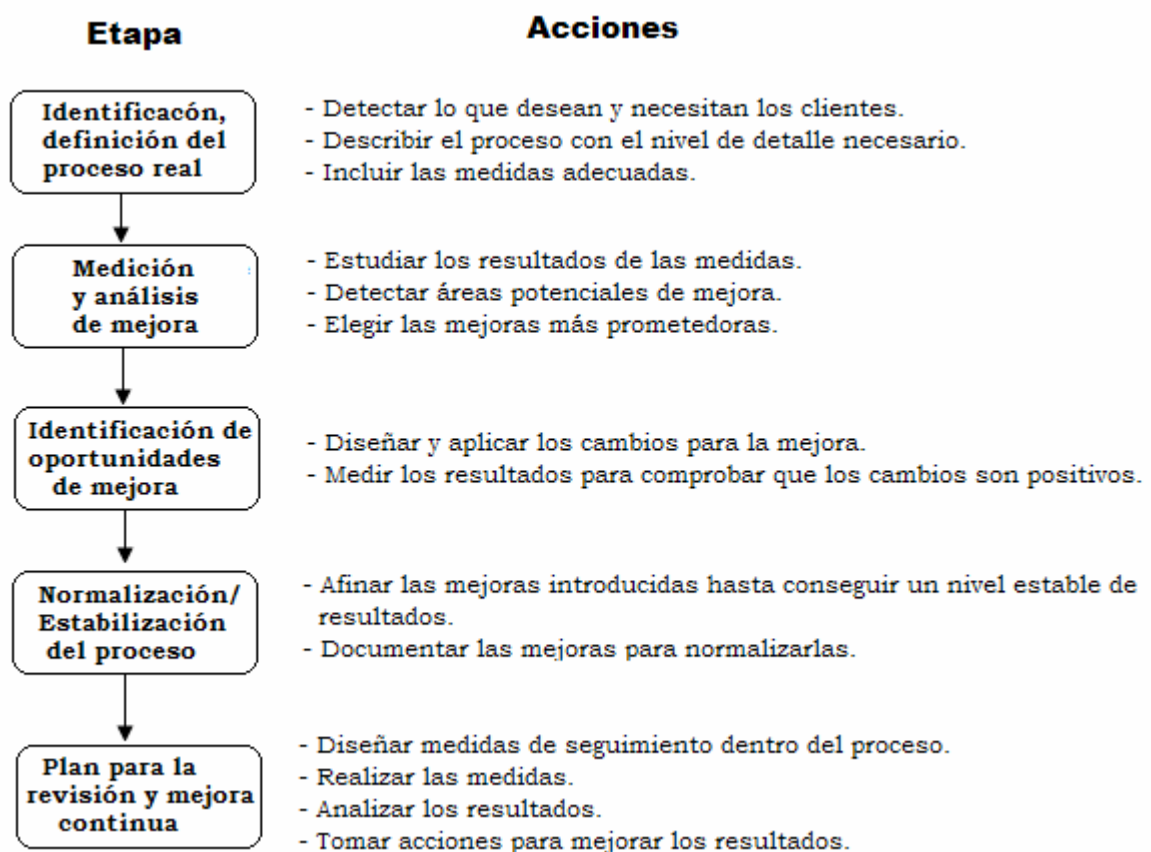


Figura 2.11. Método Sistemático

2.6.1. GERENCIA PARA MEJORAR

⁴⁰ J. R. Zaratiegui. “La Gestión por Procesos: Su papel e importancia en la empresa”. Pág. 81 - 88

Uno de los pilares de la Filosofía Gerencial de la Calidad Total es el mejoramiento. En tal contexto, mejoramiento significa buscar incesantemente maneras de hacer mejor nuestro trabajo, todo trabajo es un proceso, y elevar nuestra capacidad para entregar mejores bienes y servicios a nuestros clientes con el fin de satisfacer sus necesidades y expectativas, o aún mejor, superarlos, fascinándolos. Lograr mejoramiento es muy distinto a controlar el proceso, manteniendo el statu quo, pues a través del mejoramiento logramos resultados nunca obtenidos, mucho mejores que los actuales y mediante un logro planeado.

Es importante entender que el mejoramiento de los procesos, se basa en el mejoramiento continuo de un sistema de calidad. Kaizen determinó una serie de herramientas que mejoraran los sistemas empresariales que nos hablan del mejoramiento mediante la innovación y que conlleva a la inversión en bienes de capital, alta tecnología, etc.

Así pues, la gerencia por procesos se halla representada dentro del ciclo de mejoramiento PEEA que es una innovación del ciclo de mejoramiento PHVA.

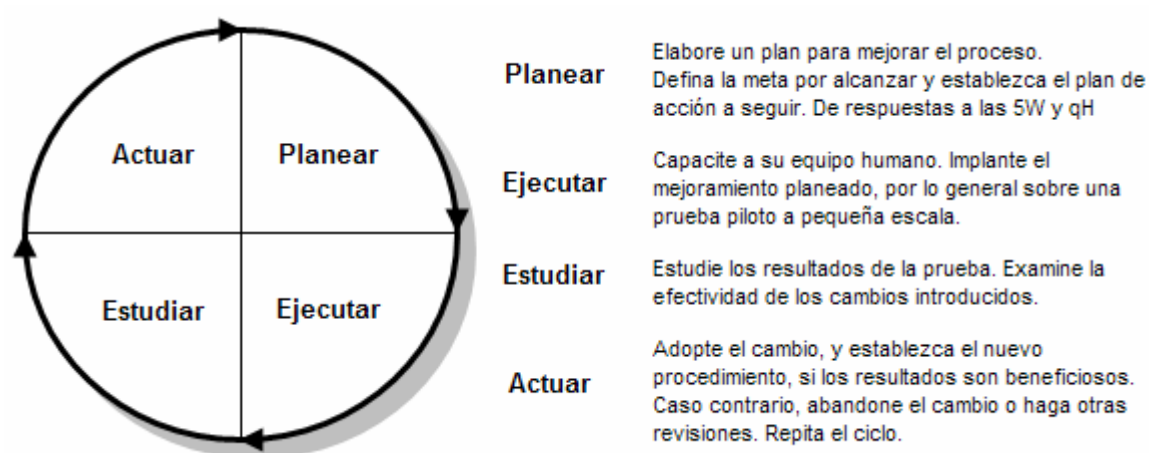


Figura 2.14. El ciclo de mejoramiento PEEA

Este ciclo es una técnica muy útil para el mejoramiento constante en la innovación de sistemas, procesos, productos o servicios. El ciclo ha sido adoptado por

muchas organizaciones como la metodología básica para mejorar su desempeño. El elemento circular muestra el mejoramiento continuo inherente en el proceso.

Se debe estar claro, que la iniciativa para mejorar el proceso se inicia en la planificación de la primera fase de este ciclo, para que posteriormente se ejecute todo lo planificado, se estudie las consecuencias de las acciones en el proceso antes dicho y finalmente se actúe adoptando el cambio y estableciendo un nuevo procedimiento para el proceso.⁴¹

2.6.2. MODERNIZACIÓN DEL PROCESO

Modernización implica reducción de despilfarros y excesos, atención a cada uno de los detalles que pueden conducirnos al mejoramiento del rendimiento y de la calidad. El término sugiere un patrón para lograr el flujo más uniforme, la menor resistencia al progreso y el desempeño con la cantidad mínima de esfuerzo. Gracias a la modernización el proceso funcionará con escasa perturbación en su entorno.

Existen doce herramientas básicas de la modernización que detallaremos a continuación:

- ✓ Eliminación de la burocracia
- ✓ Eliminación de la duplicación
- ✓ Evaluación del Valor Agregado
- ✓ Simplificación
- ✓ Reducción del tiempo del ciclo del proceso
- ✓ Prueba de errores
- ✓ Eficiencia en la utilización de los equipos
- ✓ Lenguaje simple
- ✓ Estandarización
- ✓ Alianzas con proveedores

⁴¹ Hernando Mariño Navarrete. "Gerencia de Procesos". Colombia 2001. Págs: 43 - 56

- ✓ Mejoramiento de situaciones importantes
- ✓ Automatización y/o mecanización

2.7. MEDICIÓN DE LOS PROCESOS

2.7.1. EVALUACIÓN DEL VALOR AGREGADO

La evaluación del valor agregado es un principio esencial en el proceso de modernización. La técnica es simple, directa y muy efectiva. Para comprender la importancia de esta herramienta, exploraremos inicialmente el concepto de valor agregado mediante esta analogía simplificada referente a la fabricación de un producto.

Cuando los recursos tales como materia prima, subconjuntos y otros materiales (ENTRADAS) se transforman a través de un proceso de elaboración de un producto (SALIDAS), esta transformación esta asociada a actividades que generan valor agregado.

No es necesario comprender esta idea de valor agregado en gran detalle o, incluso, asimilar todas las implicaciones de la palabra valor. La meta de toda organización debe enfocarse en que cada actividad aporte un valor agregado real hasta donde más sea posible. Idealmente éste debe ser igual o superior a los costos que se hayan originado. También debemos reconocer que la percepción de valor por parte del cliente es independiente de los costos reales en que se ha incurrido para ofrecer el producto o servicio.⁴²

A continuación en la Figura 2.18, se muestra un diagrama de como se realiza la evaluación del valor agregado

⁴² Dr. H. J. Harrington. “Mejoramientos de los Procesos de la Empresa”. Pág. 155 - 160

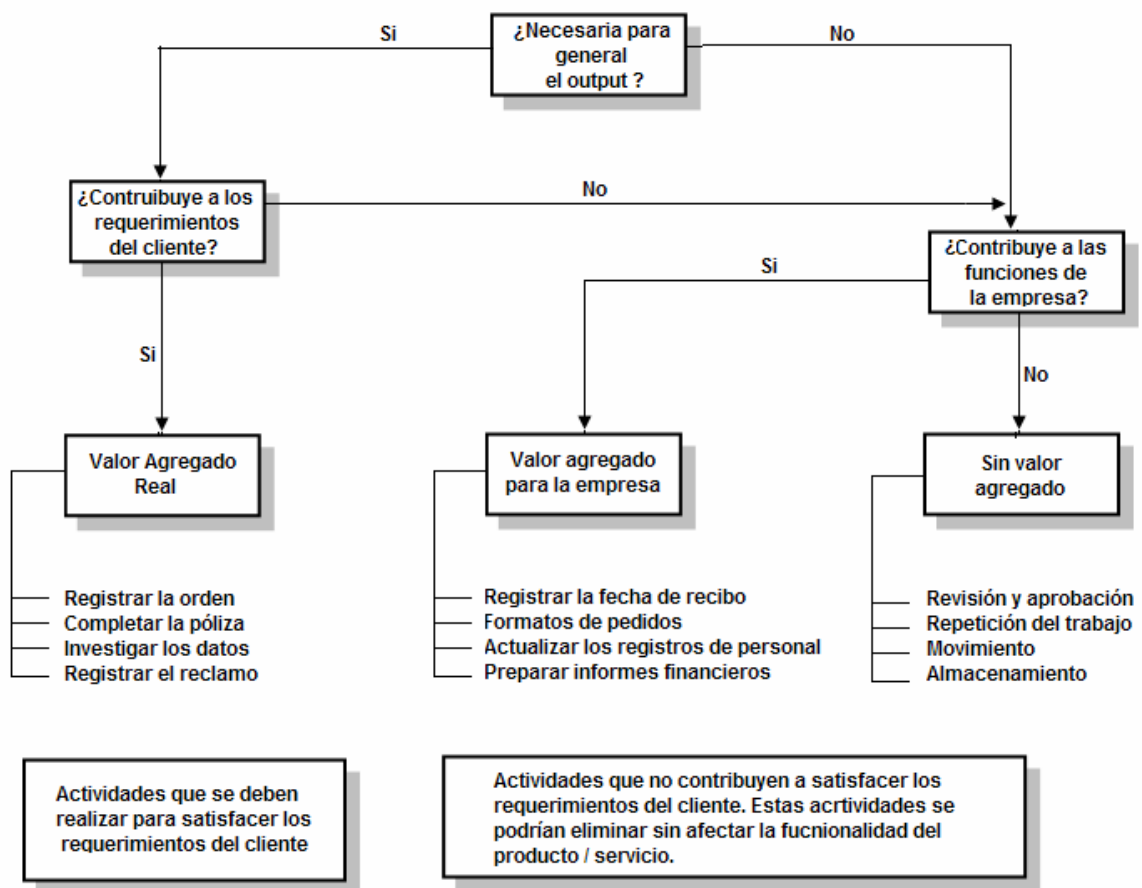


Figura 2.18. Evaluación del Valor Agregado

2.7.2. MEDIDORES E INDICADORES

Para poder controlar, mejorar o comparar cualquier proceso y conocer que está sucediendo con él, el responsable del mismo debe instituir medidores o indicadores que muestren el nivel de desempeño de dicho proceso. Es muy difícil administrar un proceso que no se pueda medir.⁴³

Con razón se a dicho “lo que no se puede medir, no se puede controlar; lo que no se pede controlar, no se puede administrar; lo que no se puede administrar es un caos”. Por desgracia, la cultura de la medición no es una práctica común en muchas organizaciones.

⁴³ Hernando Mariño Navarrete. “Gerencia de Procesos”. Colombia 2001. Pags: 69 -79

2.7.2.1. CUÁNDO DEBEMOS MEDIR

Estos medidores e indicadores deben ser usados para:

- Evaluar el desempeño del proceso contra las metas de mejoramiento, permitiendo medir el grado de cumplimiento de las metas en relación con los resultados obtenidos.
- Establecer si el proceso es estable o no y, por tanto, definir si las causas detrás de los resultados son comunes o especiales para definir el tipo de mejoramiento requerido.
- Fijar el nivel de desempeño alcanzado por el proceso para servir de punto de referencia en procesos de comparación con las mejores prácticas.
- Mostrar tendencias, evaluar efectividad y proveer señales oportunas de precaución.
- Establecer bases sólidas para identificar problemas o detectar oportunidades de mejoramiento.

2.7.2.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS BUENOS INDICADORES Y MEDIDORES

Cada medidor o indicador debe satisfacer los siguientes criterios:

2.7.2.2.1. Poderse medir

Esto significa que lo que se desea medir, se pueda medir, ya sea en términos de grado o frecuencia de la cantidad. Por ejemplo:

- # de camas ocupadas.
- Porcentaje de ocupación de una clínica.

2.7.2.2.2. *Tener significado*

El medidor o indicador debe ser reconocido fácilmente por todos aquellos que lo usan. Lo importante es que tenga significado para todas las personas partícipes en el proceso. Por tanto, todo medidor debe tener una descripción, esto es, una breve definición sobre qué es y qué pretende medir.

2.7.2.2.3. *Poderse Controlar*

El indicador debe poderse controlar. Por ejemplo: las condiciones atmosféricas que afectan el cargue de camiones que transportan productos de una fábrica a puntos de venta, pero tales condiciones no se pueden controlar. En cambio, se puede controlar los efectos de las lluvias en el tiempo requerido para cargar un camión. A continuación algunos ejemplos en el Cuadro 2.5:

EJEMPLOS DE MEDIDORES E INDICADORES
--

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de órdenes de compra. ➤ Costo total de calida. ➤ Pacientes atendidos en consulta. ➤ Números de errores en la facturación. ➤ Rotación de personal ➤ Número de empleados. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Costo de no calidad por unidad de producto. ➤ Horas fuera de servicio de un equipo. ➤ Costos de capacitación. ➤ Toneladas procesadas. ➤ Porcentaje de clientes satisfechos. |
|---|---|

Cuadro 2.5. Ejemplos de medidores e indicadores

2.7.2.3. TIPOS DE INDICADORES

En el contexto de orientación hacia los procesos, un medidor o indicador puede ser de proceso o de resultados. En el primer caso, se pretende medir qué está sucediendo con las actividades, en el segundo caso se quiere medir las salidas del proceso⁴⁴. Se puede clasificar también los indicadores: de eficacia o de eficiencia.

2.7.2.3.1. *Indicadores de Eficacia*

El indicador de eficacia mide el logro de los resultados propuestos. Nos indica si se hicieron las cosas *que se debían hacer*, si se está trabajando en los aspectos correctos de procesos. Los indicadores de eficacia se enfocan en el *qué se debe hacer*, por tal motivo en el establecimiento de un indicador de eficacia es fundamental conocer y definir operacionalmente los requerimientos del proceso, para comparar lo que entrega contra con lo que espera.

Un claro ejemplo de indicador de eficacia, es:

Nivel de satisfacción de los clientes o usuarios de un servicio

Es posible que el nivel general de satisfacción de los clientes sea del 25%, después de la medición que se realice de este aspecto fundamental en cualquier proceso.

2.7.2.3.2. *Indicadores de Eficiencia*

Los indicadores de eficiencia miden el nivel de ejecución del proceso, se concentran en el cómo se hicieron las cosas y miden el rendimiento de los recursos ocupados en procesos. Tienen que ver con la productividad.

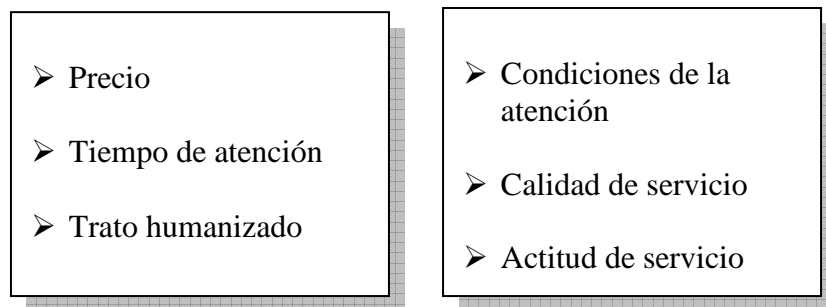
⁴⁴ Hernando Mariño Navarrete. "Gerencia de Procesos". Colombia 2001. Pags: 69 -79

Un claro ejemplo de indicador de eficiencia, es:

Porcentaje de ocupación de un hotel

2.7.2.4. MEDIDORES O INDICADORES DE RESULTADO

Estos indicadores miden la conformidad o no conformidad de las salidas en proceso, estos es bienes o servicio (producto) con los requerimientos del cliente. En otras palabras miden la efectividad de satisfacer al cliente. Los clientes definen la calidad de lo que necesitan en términos de dimensiones o características propias de la calidad tales como:



Esto significa que es importante conocer y considerar las necesidades y expectativas del cliente, del usuario, al desarrollar medidores e indicadores de resultado.

Las siguientes etapas conducen al establecimiento adecuado de los mismos

- Definir las salidas importantes del proceso
- Identificar los requerimientos válidos para tales salidas
- Desarrollar los medidores e indicadores de resultados

Es importante escuchar las necesidades y expectativas de los clientes por lo que

frecuentemente se preguntará acerca del proceso lo siguiente:

- ❖ ¿Es razonable? Si / No
- ❖ ¿Se entiende? Si / No
- ❖ ¿Se puede medir? Si / No
- ❖ ¿Se puede lograr? Si / No

Si todas las respuestas son afirmativas, el requerimiento es válido. Cualquier respuesta negativa implica mayor negociación entre las partes hasta obtener una respuesta afirmativa.

2.7.2.5. ELABORACIÓN DE INDICADORES

Las técnicas para elaborar medidores e indicadores son simples, el proceso sugerido para hacerlo es el siguiente.

Paso1.- *Defina los Atributos importantes*

Mediante una lluvia de ideas, se debe obtener el mayor número de sugerencias acerca de medidores o indicadores que puedan utilizarse para medir las actividades o resultados de los mismos, la eficacia y eficiencia según sea el caso.

Paso 2.- *Evaluación de lo medidores o indicadores propuestos*

Con base en la selección anterior, el equipo de mejoramiento del proceso evalúa los medidores e indicadores propuestos en el paso anterior con base en la validez y practicidad de los mismos.

Las dos características esenciales en un buen indicador, son la validez y practicidad, y se pueden expresar en tres criterios de evaluación secuenciales:

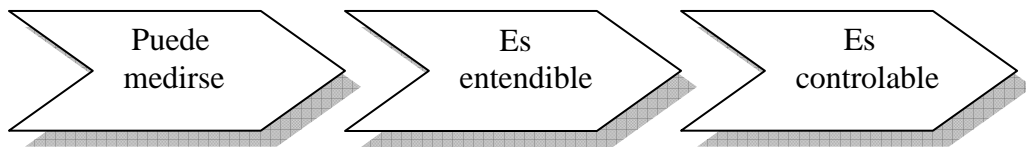


Figura 2.19. Criterios de Evaluación para medidores e indicadores

2.7.3. CONSTRUCCIÓN DE UN SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

Es imprescindible que con el mejoramiento de los procesos organizacionales se tomen medidas y propuestas de control que beneficiarán el resultado de los objetivos planteados en un comienzo.

La larga trayectoria que debe ser cumplida en la propuesta del modelamiento en la gestión por procesos, debe ir acompañada de una serie de elementos necesarios que inciden directamente en las organizaciones. Ya sea por la cultura organizacional, la estructura, los recursos y sobre todo los objetivos, los resultados no deben variar una vez implementado un nuevo enfoque de gestión que en este caso son los procesos. Para los directores y gerentes debe convertirse el control como un sistema de vida organizacional, con las herramientas antes mencionadas sino se puede evaluar no se puede tomar acciones correctivas y peor aún decisiones que fortalezcan todo un sistema organizacional en base a resultado y expectativas para nuestro principal objetivo ***“la satisfacción del cliente”***.

No cabe duda que varias pueden ser las variables que inciden en los sistemas de control y que irán acorde a los requerimientos establecidos por cada empresa. Sin embargo, a continuación se presenta los principales elementos que ayudarán a que el proceso cumpla con la finalidad por lo que ha sido creado, en la Figura 2.20.

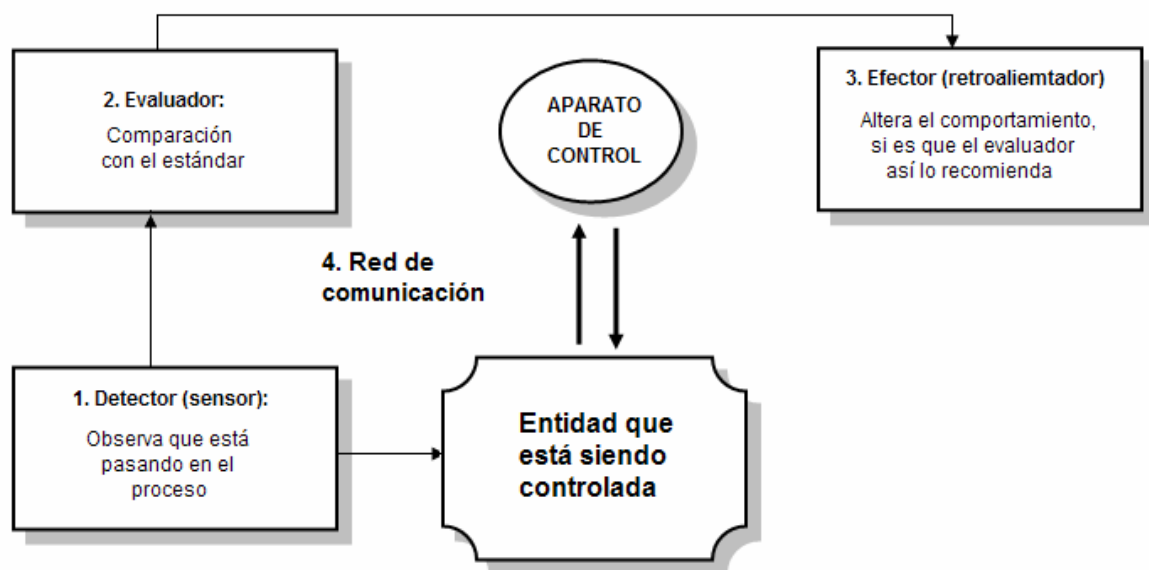


Figura 2.20. Elementos de un Sistema de Control

Una vez que los procesos están en marcha, el detectar su normal funcionamiento es el primer paso para construir un modelo que beneficiará su control. Luego, se debe realizar una comparación con los estándares establecidos, si es posible acogerse a indicadores comparativos hacia la competencia. Una vez evaluado el proceso surge el aparato de control que es el encargado de tomar las mejores acciones correctivas a fin de que el sistema productivo no se altere. Finalmente se ejecutan las acciones correctivas a fin de provocar un efecto retroalimentador por el cual el producto o servicio final cumplirá con las expectativas de eficiencia y eficacia tanto para el cliente interno como para el externo⁴⁵.

⁴⁵ Edgar Osejo Domínguez. “Administración de Procesos”. Maestría en Planificación y Dirección Estratégica. Págs. 45 – 46.

CAPITULO III

3.1. PROCESOS CRÍTICOS: APLICACIÓN

3.1.1. ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La Constitución Política de la República, en el Capítulo IV, de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Sección Cuarta, reconoce como un derecho ciudadano a la salud; en tal sentido, el artículo 42 determina: *“El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”*.

Como se puede apreciar, para los fines de nuestro análisis, este artículo recoge tres elementos importantes: el primero dirigido a reconocer a la salud como un derecho de la sociedad, cuya garantía de cumplimiento está a cargo del Estado. El segundo, la ratificación de la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud; y, tercero, ésta Constitución, por primera vez recoge los conceptos de **calidad y eficiencia** en la prestación de servicios, elementos que a lo largo de nuestro análisis los hemos determinado como fundamentos organizacionales en la generación de productos o servicios.

Para la prestación operativa de los servicios de salud, en las condiciones y características descritas, el artículo 45 de esta misma Constitución, establece el mecanismo correspondiente en los siguientes términos: *“El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa”*.

En general, si conceptualizamos que el sistema es el conjunto de elementos interactuantes, interdependientes e interrelacionados que persiguen objetivos comunes, se puede fácilmente inferir que el Sistema Nacional de Salud constituye el conjunto de organizaciones públicas, privadas, autónomas y comunitarias, encargadas de asegurar la salud ciudadana.

El funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, se encuentra regulado por la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, emitida por el Congreso Nacional mediante Ley No. 80, publicada en el R.O. No. 670 del 25 de septiembre del 2002, en cuyo primer considerando establece: *“Que la salud es un derecho fundamental de las personas y una condición esencial del desarrollo de los pueblos;”*.

El artículo 2 de la indicada Ley, establece la finalidad y constitución del sistema en el siguiente contenido: *“Finalidad y Constitución del Sistema.- El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes”*.

El direccionamiento estratégico de las políticas del Sistema Nacional de Salud así como la función de coordinación de los diversos elementos constitutivos, se establece en el artículo 10 de la Ley: *“Función de Coordinación.- Es la función del sistema que coordina el reraconamiento entre las demás funciones y entre los integrantes del sistema. Su ejercicio es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los consejos de salud.”*

Queda en evidencia que la Planta Central del Ministerio de Salud Pública constituye el ente conductor, normador, supervisor y controlador de las políticas nacionales de salud en el país; en este sentido se han establecido las indicadas políticas de responsabilidad de cumplimiento por parte del Sistema Nacional de

Salud en sus diversos componentes, así:

❖ Planta Central.- Le corresponde el cumplimiento de las políticas:

- Condiciones nacionales de salud.
- Sistema Nacional de Salud.
- Salud Pública.
- Gestión de servicios.
- Vigilancia Sanitaria.

En Virtud de que la misma Constitución y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, determina un funcionamiento de manera *descentralizada, desconcentrada y participativa*, el primer avance de desconcentración en esta estructura del sistema, se produce hacia las Subsecretarías Regionales, las que ejecutan idénticas políticas pero en su ámbito **regional**, así:

- Condiciones regionales de salud.
- Sistema Regional de Salud.
- Salud Pública.
- Gestión de servicios.
- Vigilancia Sanitaria.

Con el mismo fundamento legal, un siguiente avance de desconcentración, se provoca hacia las 22 Direcciones Provinciales de Salud, que manteniendo congruencia con las propuestas de los dos niveles anteriores, ejecutan las mismas políticas de salud, pero en el ámbito **provincial**, en el siguiente orden:

- Condiciones provinciales de salud.
- Sistema Provincial de Salud.
- Salud Pública.
- Gestión de servicios.
- Vigilancia Sanitaria.

Un siguiente nivel de desconcentración, conforme a lo determinado en los instrumentos legales en referencia, se provoca, hacia las Áreas de Salud, encargadas del cumplimiento de las citadas políticas de salud, pero en el ámbito **local**, así:

- Condiciones locales de salud.
- Sistema Local de Salud.
- Salud Pública.
- Gestión de servicios.
- Vigilancia Sanitaria.

Hasta éste nivel de desconcentración y de contenidos de política de salud, le corresponde, de manera directa a las instituciones del sector público, pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, a nivel nacional.

Es necesario recordar que el Sistema Nacional de Salud también está integrado, conforme determina el artículo 45 de la Constitución, por entidades autónomas, privadas y comunitarias dedicadas a la salud; para fines de identificación, se las ha agrupado bajo la denominación genérica de Red de Establecimientos, cuyo alcance en el cumplimiento de las políticas de salud antes referidas, se restringe a tres de ellas, en el siguiente sentido:

Pueden ejecutar la política de salud de Calificación de las Condiciones de Salud, que de igual forma es ejecutada por las entidades del sector público; pero, no es posible que éstas instituciones manejen las normativas del Sistema Nacional de Salud, esas responsabilidades, son consideradas privativas del Estado. La política de Salud Pública, responsabilidad de carácter universal, también es asumida por ésta red de establecimientos al igual que de las entidades públicas. Similar condición se observa en la política de Gestión de Servicios, con la característica compartida. En lo referente a la Vigilancia Sanitaria, se restringe su participación, en razón de que ésta acción también es considerada de responsabilidad privativa del Estado.

Como en la Constitución de la República, artículo 42, transcrito, se establece como principios básicos de los servicios de salud, entre otros, a la **calidad y eficiencia**, la estructura del Sistema Nacional de Salud en lo referente a las políticas nacionales, se encuentra respaldado por la política de Aseguramiento de la Calidad que es la encargada de orientar su acción a todos los componentes del sistema, y en un ejercicio técnico de control y retroalimentación, facilita la consolidación de la información que provocan los diversos elementos sistémicos y lo conduce hacia el nivel del direccionamiento estratégico para la toma de decisiones, ajustes o reorientaciones que el funcionamiento general del sistema, así lo determine.

3.1.2. ESTRUCTURA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Las Instituciones del Sector Público, en lo referente a su régimen de recursos humanos y organizacionales, responden a las normas, políticas, métodos, técnicas e instrumentos que determine la Codificación de la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y de Unificación y Homologación de las Remuneraciones del Sector Público LOSCCA, publicada en el R.O. No. 16 de 12 de mayo del 2005.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 52 de la indicada Ley, la administración de recursos humanos y remuneraciones del Estado, le corresponde a la Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos y Remuneraciones del Sector Público, SENRES (anterior Oficina de Servicio Civil y Desarrollo Institucional, OSCIDI) y a las Unidades de administración de recursos humanos de cada entidad pública, UARH. Una de las atribuciones de la SENRES, constante en el artículo 54, literal c), establece: *“Emitir normas e instrumentos de desarrollo administrativo sobre diseño, reforma e implementación de estructuras organizacionales por procesos y recursos humanos, mediante resoluciones que serán publicadas en el Registro Oficial a aplicarse en las instituciones, organismos y dependencias del sector público;”*; así mismo en el literal h) de este artículo se establece: *“h) Preparar y expedir los reglamentos de aplicación general*

de gestión organizacional por procesos y de recursos humanos;”.

Con base a estas normas legales, la ex OSCIDI, emite la Resolución No. OSCIDI. 2003-026 de 17 de julio del 2003, (*Ver ANEXO A*)

3.1.3. ESTRUCTURA POR PROCESOS DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO

De la estructura general del Ministerio de Salud Pública que acabamos de analizar, interesa a nuestra investigación, lo correspondiente al Hospital Especializado, que incorpora al “Hospital Dermatológico Gonzalo González”.

3.2. ANÁLISIS ORGANIZACIONAL ACTUAL

3.2.1. VARIABLES INTERNAS Y EXTERNAS

3.2.1.1.SITUACIÓN GEOGRÁFICA E INFRAESTRUCTURA ACTUAL

El Hospital Dermatológico “Gonzalo González” se encuentra localizado en la provincia de Pichincha, cantón Quito, parroquia La Vicentina, barrio San Pablo. Ubicado sobre un área de sesenta mil metros cuadrados. La distribución física actual de esta Institución se describe a continuación.

Un primer bloque constituido por cinco edificaciones en las que se distribuyen las siguientes dependencias:

3.2.1.1.1. Área de Consulta Externa

En la cual se hallan las dependencias de Estadística, Recaudación, Dos Estaciones de Enfermería, Laboratorio Clínico e Histopatológico, y Consultorios Médicos.

3.2.1.1.2. Quirófano

El Hospital cuenta con un área quirúrgica provisional, que es utilizada con una frecuencia mensual de 15 veces.

3.2.1.1.3. Área Administrativa

En la cual se halla la Dirección, Secretaría, Contabilidad, Recursos Humanos, Administración, Bodega y Farmacia.

3.2.1.1.4. Área de Cocina y Comedor

Un segundo bloque en el cual se ubican áreas de hospitalización, en las que distinguimos el Subproceso de Dermatología y Subproceso de Hansen.

El Subproceso de Dermatología consta de tres pabellones:

- Uno de ellos es ocupado actualmente por la Coordinadora de Gestión de Enfermería; Rehabilitación; Costura; Residencia Médica.
- El siguiente pabellón es el que actualmente se utiliza para hospitalización de pacientes con afecciones de la piel y cuenta con 16 camas.
- Finalmente, un Tercer Pabellón, que se ocupa como Bodega.

El Subproceso de Hansen, donde se encuentran asilados pacientes que fueron, en su momento, diagnosticados y tratados de Lepra. Esta área cuenta con 70 camas, distribuidas en tres pabellones y en la denominada “ciudadela”, que son pequeñas casas construidas en la década de los sesenta donde residen pacientes con sus respectivas familias.

Finalmente, es de propiedad del Hospital una extensa área de terrenos que en la actualidad son ocupados en tareas agrícolas y ganaderas desarrolladas en beneficio de los pacientes de lepra asilados por la Institución. Esta área es de

12.354 metros cuadrados, que sería el espacio físico donde en lo posterior se construiría el nuevo Hospital.

3.2.1.2.POLÍTICO - NORMATIVO

Es importante recalcar que el Hospital Dermatológico Gonzalo González se administra bajo normas legales y reglamentarias antes descritas, que constituyen la base política-normativa que rige el normal funcionamiento de esta unidad de salud, acorde con los objetivos organizacionales.

Lamentablemente, la excesiva transición de los Gobiernos de turno, ha provocado que un sin número de personas ocupen la Dirección del Hospital generando y adoptando diversos tipos de gestión hospitalaria, que a la larga, da como consecuencia el poco cumplimiento de los planes de desarrollo del Hospital.

3.2.1.3.CONDICIONES AMBIENTALES

El Hospital Dermatológico Gonzalo González se encuentra ubicado en sector de la Vicentina Baja, en la Pablo Guevara E17 – 41 y Antonio Sierra, en una zona urbana de alto flujo, esta unidad operativa está dotada de adecuados servicios básicos, así como de sistemas de recolección de desechos hospitalarios y transporte urbano. Un importante problema de tipo ambiental que enfrenta, constituye la quebrada ubicada en la zona Oriental, descuidada en su mantenimiento, se ha convertido en depósito de basura y hábitat de roedores.

3.2.1.4.ASPECTOS ECONÓMICOS

De la población que acude a los servicios del Hospital Dermatológico Gonzalo González, un 10% pertenece al nivel poblacional considerado económicamente alto; un 40% es de nivel medio; y, el 50%, de bajos recursos económicos.

Uno de los componentes organizacionales, constituye el programa de autogestión aplicado en todas las unidades operativas de salud del Estado. En el caso particular de este hospital es pertinente puntualizar que a partir de la fijación de la tarifa de un dólar por paciente para la consulta externa, los usuarios, especialmente de estratos económicos bajos, han espaciado sus peticiones de consulta.⁴⁶

3.2.1.5.CONDICIONES SOCIALES

Una de las características del grupo de pacientes de Hansen, es que habitan en el interior de este hospital acompañados de sus correspondientes grupos familiares: esposos/as, hijos/as, que no han podido reinsertarse a la sociedad como entes productivos, insistiendo, por el contrario, en transformar la vivencia hospitalaria, en su forma de vida. Este antecedente, ha motivado para que la administración del hospital, haya logrado la adquisición de un terreno, bajo la modalidad de Contrato de Comodato, destinado a la construcción de mayor número de viviendas y la ampliación de las coberturas de este tipo de servicios hospitalarios.

3.2.1.6.PATRONES CULTURALES

Es histórico el rechazo social que han recibido los afectados de Hansen, así como sus familiares, circunstancias que progresivamente han venido impactando en el segmento más débil, como son lo hijos de los enfermos, a quienes se les ha limitado las posibilidades de realizar de manera total y complementaria sus estudios o la consecución de actividades laborales.

Con la organización de los equipos de bio - seguridad, se ha logrado elevar sustancialmente el precepto del cuidado del medio ambiente y de la salud.

3.2.1.7.FACTORES LOCALES

⁴⁶ PLAN ESTRATÉGICO “HOSPITAL DERMATOLÓGICO GONZÁLO GONZÁLEZ”, 2005.

El Hospital Dermatológico Gonzalo González ha contado durante muchos años, con el apoyo de un grupo de damas voluntarias, así como del apoyo del FONSA, INNFA, y la Comunidad Religiosa de las Hermanas de la Caridad.

3.2.2. ANÁLISIS HISTÓRICO DE DEMANDA Y ATENCIÓN

➤ Número de pacientes que fueron atendidos en el Hospital en los últimos diez meses:

	Dermatología	Clínica	Cirugía	Psicología	Ginecología
1º vez	6.888	1.526	786	115	97
Subsecuente	8.828	826	1.482	73	75

Tabla 3.1. Número de pacientes atendidos

➤ Tipos de Diagnóstico frecuente:

- | | |
|--------------------------|--------------|
| ♣ Acné | ♣ Herpes |
| ♣ Melasma | ♣ Urticaria |
| ♣ Pitiriasis Alba | ♣ Ulcera |
| ♣ Dermatitis de Contacto | ♣ Nevos |
| ♣ Onicomycosis | ♣ Queratosis |
| ♣ Dermatitis atópica | ♣ Prurigo |
| ♣ Dermatitis seborreica | ♣ Varices |
| ♣ Psoriasis | ♣ Verrugas |

➤ Casos frecuentes de hospitalización y cirugía:

Hospitalización

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| ♣ Eritrodermias | ♣ Parapsoriasis |
| ♣ Psoriasis | ♣ Ca. Basocelular |
| ♣ Eczemas generalizados | ♣ Linfomas cutáneas |
| ♣ Úlceras de extremidades inferiores | ♣ Esclerodermia |
| ♣ Pénfigos | ♣ Otras enfermedades ampollas |

iruq

- ♣ Carcinoma Basocelular
- ♣ Carcinoma Espinocelular
- ♣ Melanoma
- ♣ Rinoplastias

➤ Ingresos mensuales por:

<i>Detalle</i>	<i>Valor promedio Mensual</i>
<i>Consultas</i>	\$ 3.834.00
<i>Exámenes</i>	
<i>Laboratorio</i>	
<i>Radiología y Odontología</i>	
<i>Quirófano</i>	
<i>Medicinas</i>	
<i>Hospitalización</i>	

Tabla 3.2. Ingresos Mensuales

➤ Egresos mensuales:

<i>Detalle</i>	<i>Monto</i>
<i>Insumos médicos</i>	36.500.00
<i>Gastos administrativos</i>	117.669.00
<i>Alimentación</i>	46.000.00
<i>Otros Gastos</i>	920.656.84

Tabla 3.3. Egresos Mensuales

3.2.3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

El Hospital cuenta entre sus diez principales causas de mortalidad y egresos hospitalarios de Enero a Diciembre del 2005, en los siguientes:

- ❖ Eritrodermias
- ❖ Pénfigos
- ❖ Atópica
- ❖ Seborréica
- ❖ Contacto
- ❖ Melanomas
- ❖ Linfomas
- ❖ Parapsoriasis
- ❖ Ca espinocelular
- ❖ Ca basocelular

Las principales causas de atención de Enero a Diciembre del 2005 registrados en Consulta Externa fueron:

Dermatología Clínica

- ❖ Acné
- ❖ Melasma
- ❖ Pitiriasis alba
- ❖ Átopica
- ❖ Queratosis pilar
- ❖ Queratosis pilar de contacto
- ❖ Prurigos
- ❖ Urticaria
- ❖ Psoriasis
- ❖ Úlceras de M. inf

Las primeras causas de Intervención Quirúrgica de Enero a Diciembre del 2005:

Cirugía

- ❖ Carcinoma Basocelular
- ❖ Carcinoma Espinocelular
- ❖ Várices de M. inf
- ❖ Injertos de úlceras

3.2.4. DEFINICIÓN Y AREA DE INFLUENCIA

El Hospital Dermatológico “Gonzalo González” es una unidad del Sistema Nacional de Salud Pública del Ministerio de Salud, que se encuentra ubicado en el Nororiente de la ciudad de Quito.

Por el tipo de atención que otorga es un hospital especializado a nivel nacional, por el tiempo de permanencia es una unidad de agudos y crónicos, brinda atención a usuarios ambulatorios y de hospitalización

3.2.5. PERSONAL CON EL QUE CUENTA EL “HOSPITAL DERMATOLÓGICO GONZALO GONZÁLEZ”

Director	1
Médicos Tratantes	7
Médicos Tratantes con traslados administrativos	0
Médicos Tratantes bajo contratos ocasionales	3
Médicos residentes	3
Otros profesionales	8
Otros profesionales con traslados administrativo	0
Otros profesionales bajo contratos ocasionales	0
Enfermeras	6
Tecnólogos Médicos	6
Personal Administrativo	14
Personal Administrativo con traslado administrativo	-2
Personal Administrativo bajo contratos ocasionales	0
Inspector sanitario	0
Choferes profesionales	1
Técnicos de mantenimiento	1
Auxiliares de mantenimiento	0
Auxiliares de Odontología	1
Auxiliares de Radiología	0
Auxiliares de Rehabilitación	0
Auxiliares de Laboratorio	1
Auxiliares de Farmacia	2
Auxiliares de Enfermería	20
Auxiliares de Alimentación	11
Auxiliares Administrativos de salud	36
TOTAL	111

Tabla 3.4. Personal con el cuenta el HDGG.

Los 111 profesionales, empleados y trabajadores laboran bajo la siguiente carga horaria:

Médicos : 4 horas diarias

Médicos Residentes: Turnos rotativos de 28 horas cada 3er. Día

Otros Profesionales: 4, 6 , 8 horas diarias

3.2.6. PRODUCCION HOSPITALARIA

HOSPITALIZACION	2004	2005	2006
Dotación normal de camas	132	132	132
Porcentaje de camas no ocupadas	58.2	46.31	24.73
Porcentaje de ocupación de camas	57.1	53.69	75.27
Promedio de días de estada	224	32.15	21.89
Promedio de camas disponible		96	69
Giro de camas	2.21	2.09	0.36
Tasa de mortalidad hospitalaria más de 48 h	4	3	
Días de estadía	47588	18463	1620

Tabla 3.4. Producción en Hospitalización

CONSULTA EXTERNA	2004	2005	2006
Total de consultas anuales	19052	19793	
Total de primeras consultas	9219	9217	
Total de consultas subsecuentes	9833	10576	
Numero de ingresos por consulta externa			
Numero de consultorios	7	7	

Tabla 3.5. Producción en Consulta Externa

CENTRO QUIRURGICO	2004	2005	2006
Cirugías electivas		124	46
Numero de quirófanos	1	1	1
Anestésicos locales			
Anestésicos generales			

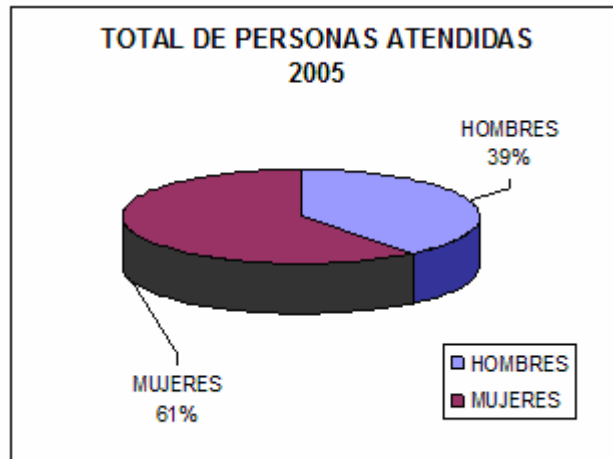
Tabla 3.6. Producción en Centro Quirúrgico

3.2.7. INDICADORES HOSPITALARIOS DE PRODUCCION

AÑO 2005

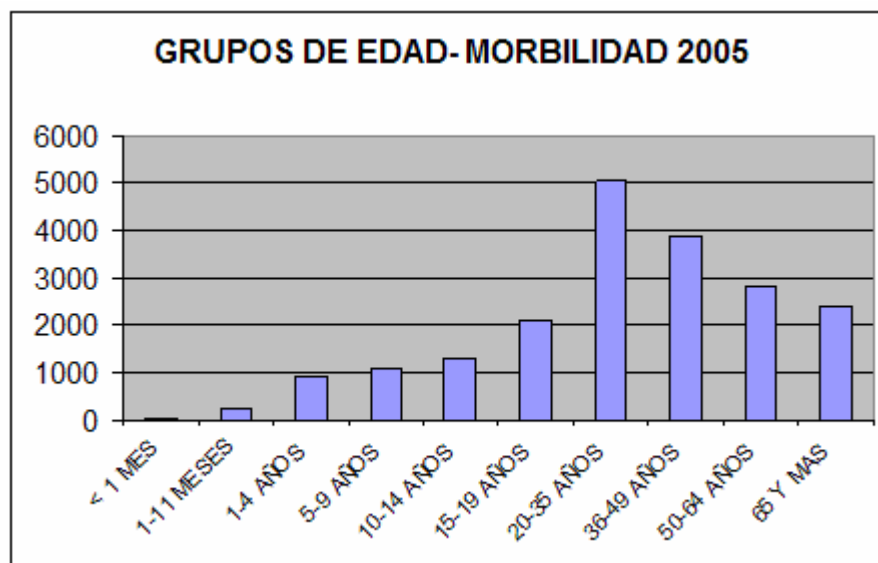
CONSULTA REALIZADA POR MEDICO POR UNIDAD OPERATIVA		
ATENDIDOS	SEXO	
	HOMBRES	MUJERES
19793	7749	12044

Tabla 3.7. Producción en Consulta Externa por médico por unidad operativa



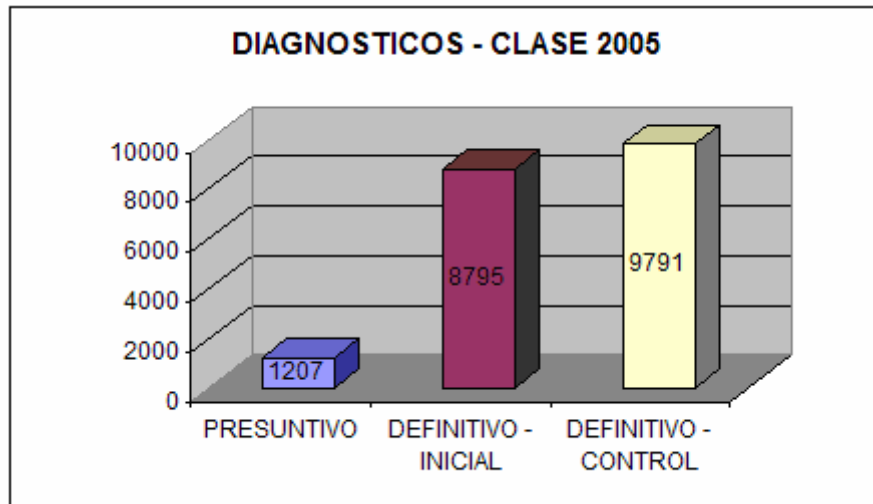
CONSULTAS MEDICAS POR MORBILIDAD									
< 1 MES	1-11 MESES	1--4 AÑOS	5-9 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	20-35 AÑOS	36-49 AÑOS	50-64 AÑOS	65 Y MAS
27	242	941	1096	1287	2092	5040	3853	2814	2401

Tabla 3.8. Consultas Médicas por morbilidad



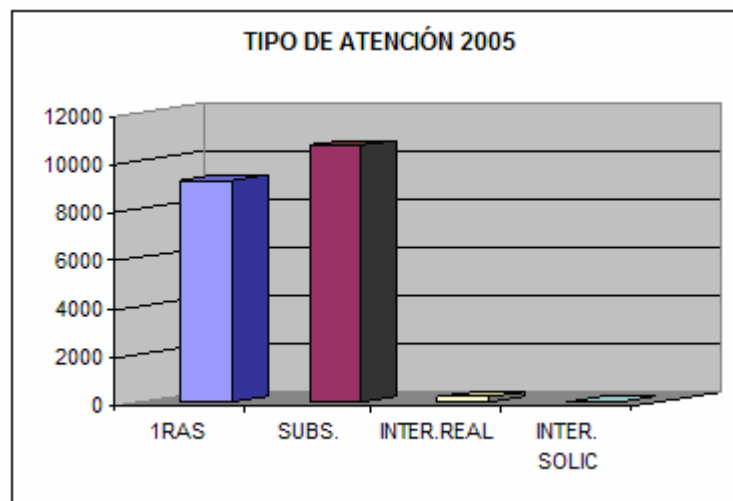
CLASES DE DIAGNOSTICO MEDICO		
PRESUNTIVO	DEF. INICIAL	DEF. CONTROL
1207	8795	9791

Tabla 3.9. Clases de diagnóstico médico



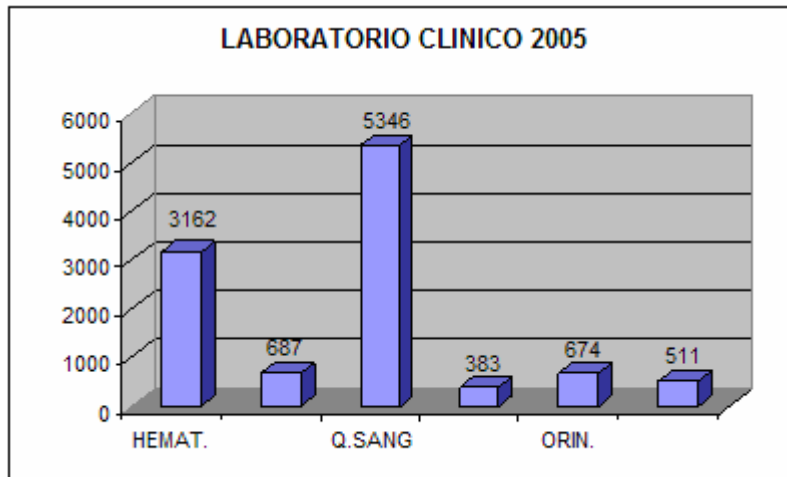
TIPO DE ATENCION MEDICA			
PRIMERA	SUBSECUENTE	INTER. REALIZADA	INTER SOLICITADA
9177	10616	224	33

Tabla 3.10. Tipo de atención médica



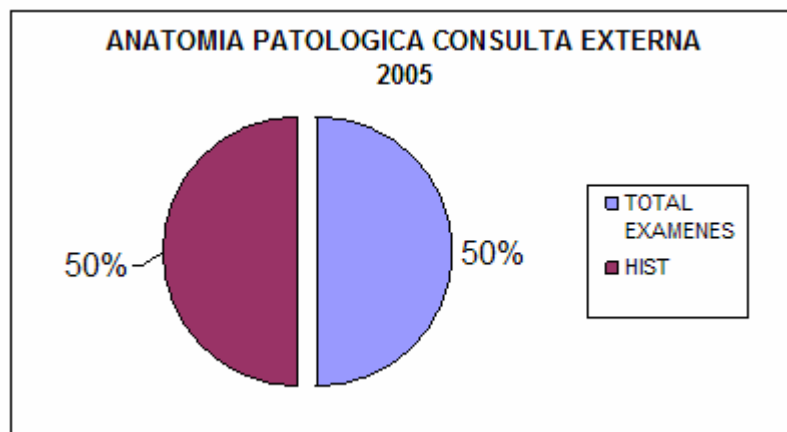
CONSULTA EXTERNA POR COMPONENTE					
LABORATORIO CLINICO					
HEMATOLO	BACTERIOLO	QUIMICA	H. FEC	ORINA	O EXAMEN
3162	687	5346	383	674	511

Tabla 3.11. Consulta Externa por componente



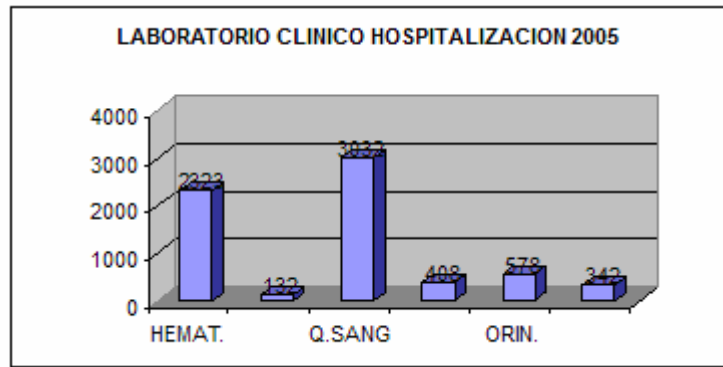
ANATOMIA PATOLOGICA CONSULTA EXTERNA	
T. EXAM	HISTOP
640	640

Tabla 3.12. Anatomía Patológica Consulta Externa



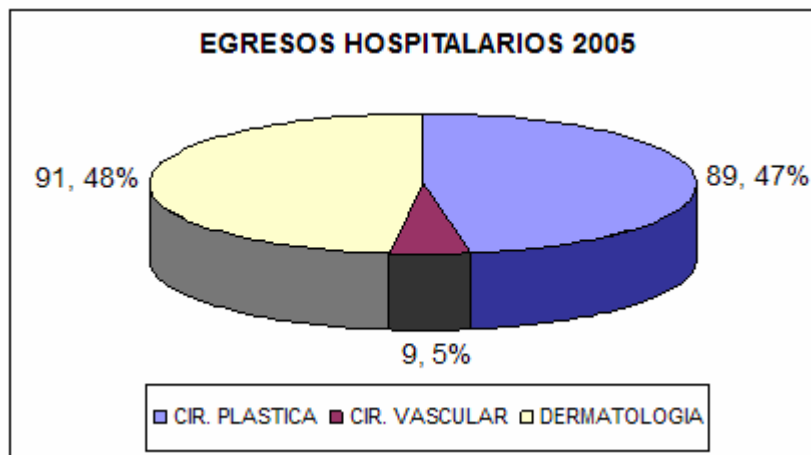
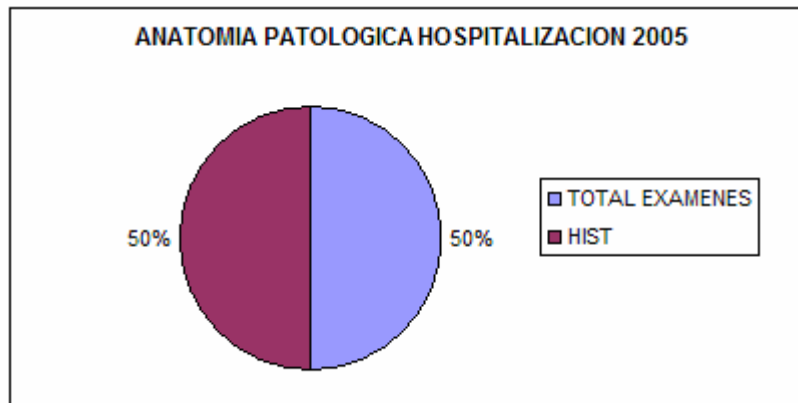
HOSPITALIZACION POR COMPONENTE					
LABORATORIO CLINICO					
HEMATOLO	BACTERIOLO	QUIMICA	H. FEC	ORINA	O EXAMEN
2323	132	3032	408	578	342

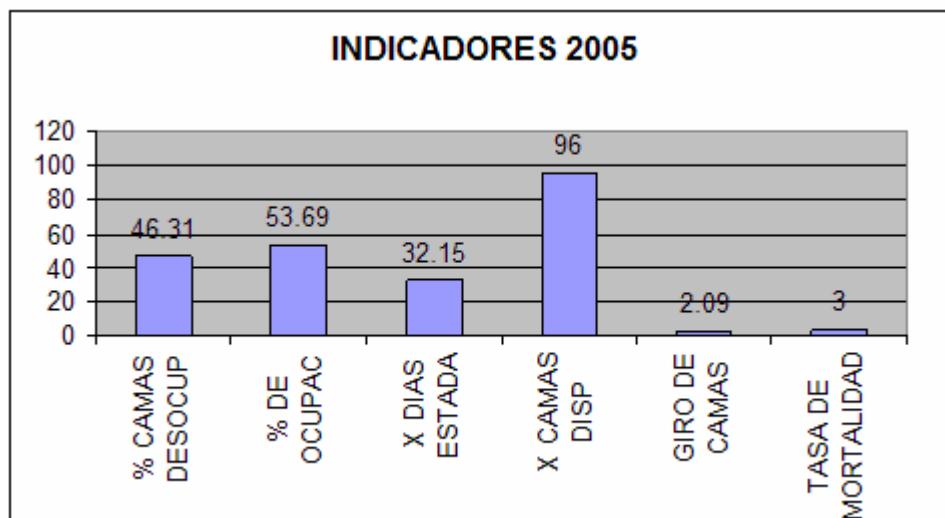
Tabla 3.13. Hospitalización por Componente



ANATOMIA PATOLOGICA HOSPITALIZACION	
T. EXAM	HISTOP
44	44

Tabla 3.14. Anatomía Patológica Hospitalización





3.3. FUNDAMENTOS NORMATIVOS DE LA ESTRUCTURA

3.3.1. NORMAS CONSTITUCIONALES Y LEGALES

El ejercicio del poder, se rige por el Derecho Administrativo, toda la actividad que realiza el Estado con sus tres funciones: Ejecutiva, Legislativa y Judicial, está expresamente reglada y determinada por un conjunto de normas escritas que, partiendo desde la Constitución Política, desciende por Tratados Internacionales, Leyes, Reglamentos, Decretos, Estatutos, Resoluciones, etc.

Cada una de éstas funciones y sus funcionarios, sólo pueden realizar lo que la Constitución o legalmente les está permitido, no pueden hacer ninguna otra actividad que no sea la que les está asignada mediante norma expresa, so pena de incurrir en abrogación de funciones.

En Derecho Público, **se puede hacer sólo lo que la ley permite; si no lo permite expresamente, se entenderá que lo prohíbe.** Este principio se encuentra consagrado en el artículo 119 de la Constitución Política en los siguientes términos: *“las instituciones del Estado, sus organismos y dependencias y los funcionarios públicos no podrán ejercer otras atribuciones que las*

consignadas en la Constitución y en la ley, y tendrán el deber de coordinar sus acciones para la consecución del bien común...”.

En cambio en el Derecho Civil o Privado, **todo lo que la ley no prohíbe se entiende que lo permite**. Este principio está contenido en el artículo 8 de la Codificación del Código Civil: ***“a nadie puede impedirse la acción que no esté prohibida por la ley.”***

De manera concreta, la Función Ejecutiva, ejerce su actividad pública, de conformidad a lo dispuesto en los artículos 164 a 190 de la Constitución Política del Estado, Ley de Régimen Administrativo; Estatuto Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva; Ley Orgánica de La Contraloría General del Estado; Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa de Unificación y Homologación de las Remuneraciones de los Servidores Públicos; las correspondientes leyes de creación de cada institución pública; otras leyes de carácter administrativo público y sus correspondientes reglamentos.⁴⁷

En el caso del Ministerio de Salud Pública, fue la H. Asamblea Nacional Constituyente que el 6 de junio de 1967, mediante decreto crea esta institución, separándolo del Ministerio de Previsión Social y de Trabajo, en cuyo artículo 1, establece la razón de ser de éste ministerio así como los principales campos a los que ha de destinar sus acciones: *“artículo 1.- Créase el Ministerio de Salud Pública para atender los ramos de Sanidad, Asistencia Social, y los demás que se relacionan con la salud en general”*.

Por su parte el Hospital Dermatológico Gonzalo González, que fuera creado en el año de 1922 con exclusivo fin de Leprocomio, en el año de 1980, se le reconoce como un Hospital Especializado en Dermatología orientado a atender a pacientes afectados de la piel, incrementándose desde 1990 las especialidades de cirugía reconstructiva y plástica para posteriormente en el año 2000, incorporar la especialidad de cirugía vascular. Este amplio desarrollo, se manifiesta en ésta Unidad Operativa de Salud a través de macro procesos permanentes como:

⁴⁷ Aguirre, Marco. “Manual de Práctica de Derecho Administrativo”. p:18

Consulta Externa, Hospitalización y Servicios Técnicos Complementarios, respaldado por los procesos de Direccionamiento Estratégico, Asesoría y Apoyo.

3.3.2. NORMAS TÉCNICAS DE ORGANIZACIÓN POR PROCESOS

La Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos y Remuneraciones del Sector Público (SENRES), mediante Resolución No. SENRES – PROC – 2006 – 0000046, emite la Norma Técnica de Diseño de Reglamentos o Estatutos Orgánicos de Gestión Organizacional por Procesos, en su artículo 14, establece la clasificación de los procesos institucionales en el siguiente sentido: Procesos Gobernantes, Habilitantes de Asesoría y de Apoyo; y, Agregadores de Valor.

Dentro de los Procesos Gobernantes, considera a las Unidades Administrativas representadas por los Directorios, Despachos de la primera o segunda autoridad de las instituciones públicas.

Respecto de los Procesos Habilitantes, en el nivel de Asesoría, ubica a las siguientes Unidades Administrativas: Auditoría Interna, Asesoría Jurídica, Planificación y Comunicación Social; y, como Procesos Habilitantes de Apoyo, reconoce a las Unidades Administrativas de Administración de Recursos Humanos, Gestión Financiera, Gestión Tecnológica, Gestión Administrativa y Secretaría General, con el carácter ***de generales para todas las instituciones, en tal sentido, estandariza los productos básicos que deberían proporcionar estos procesos;***

3.3.3. PRODUCTOS DE LOS PROCESOS GENERALES

3.3.3.1. AUDITORÍA INTERNA

- ✓ Plan anual de Control
- ✓ Informes de la ejecución del plan anual de control

- ✓ Auditorías operacionales
- ✓ Auditorías de gestión
- ✓ Exámenes especiales
- ✓ Informes de recomendaciones y sanciones
- ✓ Informes y pronunciamientos

3.3.3.2.JURÍDICO

- ✓ Demanda y juicios
- ✓ Patrocinio judicial y constitucional
- ✓ Asesoramiento legal
- ✓ Criterios y pronunciamientos legales
- ✓ Proyectos de leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, normas, contratos y convenios
- ✓ Instrumentos jurídicos

3.3.3.3.PLANIFICACIÓN

- ✓ Planes estratégicos
- ✓ Plan operativo anual
- ✓ Informe consolidado de ejecución, monitoreo y evaluación del plan operativo anual
- ✓ Informe de cumplimiento de convenios interinstitucionales

3.3.3.4.RECURSOS HUMANOS

- ✓ Informe de Selección de personal
- ✓ Estructura ocupacional institucional
- ✓ Plan de capacitación general interno
- ✓ Informe de ejecución del plan de capacitación
- ✓ Informe de ejecución del plan de evaluación del desempeño
- ✓ Movimientos de personal
- ✓ Reglamento interno de administración de recursos humanos

- ✓ Contratos de personal
- ✓ Informe de supresión de puestos
- ✓ Informe de equidad interna y competitividad externa de las remuneraciones institucionales.
- ✓ Plan de servicios de salud, bienestar social y programas de seguridad e higiene industrial de la institución
- ✓ Informe de ejecución de plan de servicios de salud, bienestar social y programas de seguridad e higiene industrial de la institución
- ✓ Proyectos de reglamentos o estatutos orgánicos institucionales
- ✓ Informes de administración operativa del Sistema Nacional de Información de Desarrollo Institucional, Recursos Humanos y Remuneraciones de los servidores del Sector Público
- ✓ Informes técnicos de estructuración y reestructuración de los procesos institucionales, unidades o áreas

3.3.3.5.FINANCIERO

3.3.3.5.1. Presupuesto

- ✓ Pro forma presupuestaria
- ✓ Reformas Presupuestarias
- ✓ Informe de ejecución presupuestaria
- ✓ Informe de ejecución de las reformas presupuestarias
- ✓ Liquidaciones presupuestarias
- ✓ Certificaciones presupuestarias
- ✓ Cédulas presupuestarias

3.3.3.5.2. Contabilidad

- ✓ Registros contables
- ✓ Informes financieros
- ✓ Estados financieros
- ✓ Conciliaciones bancarias

- ✓ Inventario de bienes muebles valorados
- ✓ Inventario de suministros de materiales valorados
- ✓ Roles de pagos
- ✓ Liquidación de haberes por cesación de funciones
- ✓ Comprobantes de pago y cheques elaborados

3.3.3.5.3. Administración de Caja

- ✓ Plan periódico de caja
- ✓ Plan periódico anual de caja
- ✓ Libro caja bancos
- ✓ Registro de Garantías y valores
- ✓ Retenciones y declaraciones al SRI
- ✓ Flujo de caja
- ✓ Pagos
- ✓ Informe de garantías y valores
- ✓ Transferencias

3.3.3.5.4. Tecnológico

- ✓ Plan de desarrollo informático
- ✓ Informe de ejecución de plan informático
- ✓ Plan de mantenimiento de software y hardware
- ✓ Informe de ejecución de mantenimiento de software y hardware
- ✓ Auditorías informáticas
- ✓ Informe de Auditorías informáticas
- ✓ Página web institucional

3.3.3.6.SERVICIOS INSTITUCIONALES

- ✓ Plan de transporte
- ✓ Plan de adquisiciones

- ✓ Informe de ejecución del plan de adquisiciones
- ✓ Plan de mantenimiento de bienes muebles e inmuebles
- ✓ Inventarios de suministros y materiales
- ✓ Informe de ingreso y egreso de suministros y materiales
- ✓ Inventario de activos fijos
- ✓ Informe de pagos de suministros básicos
- ✓ Informe de administración de pólizas
- ✓ Informe de administración de bodegas
- ✓ Registro único de proveedores
- ✓ Actas entrega recepción

3.3.3.7.ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN

- ✓ Sistema de administración de archivo, información y documentación interna y externa
- ✓ Informe de documentos despachados
- ✓ Informe de atención a clientes internos y externos

3.3.3.8.COMUNICACIÓN SOCIAL

- ✓ Plan estratégico de Comunicación Externa
- ✓ Informe de ejecución del plan de imagen corporativa
- ✓ Cartelera informativa institucional
- ✓ Ruedas de prensa
- ✓ Boletines de prensa, artículos especiales, avisos, trípticos, folletos, álbum fotográfico, memorias y afiches
- ✓ Material impreso, audio, video, multimedia, Internet y virtuales con temas relacionados con la gestión institucional
- ✓ Protocolo institucional y relación públicas.

3.3.4. PROCESOS AGREGADORES DE VALOR

Respecto de los Procesos Agregadores de Valor, llamados también específicos, principales, productivos, de línea, de operación, de producción, institucionales, primarios, claves, o sustantivos. Son responsables de generar el portafolio de productos y/o servicios que responden a la misión y objetivos estratégicos de la institución. Con esta premisa de carácter normativo técnico, el Hospital Dermatológico Gonzalo González, ha definido estos requerimientos en el siguiente sentido:

MISIÓN

“EL HOSPITAL DERMATOLOGICO Dr. “Gonzalo González”, del Ministerio de Salud Pública, ubicado en el centro oriente de la ciudad de Quito, brinda servicios de salud integral en la especialidad de dermatología con personal profesional, técnico y operativo calificado, a la población de la provincia de Pichincha y otras del país, aplicando el mejoramiento continuo mediante un sistema de calidad con enfoque de procesos, de manera eficiente, eficaz y con calidez, a un bajo costo.”⁴⁸

Esta misión institucional, cuyo elemento sustantivo constituyen los servicios de salud integral en la especialidad de dermatología, se operativiza a favor del cliente ciudadano, por medio de la Resolución No. OSCIDI.2003 – 026 de 17 julio de 2003, que expide la Estructura Orgánica por Procesos Transitoria del Ministerio de Salud Pública, en la cual se identifica a los Procesos de Valor Agregado, que constituyen los procesos críticos, vistos en la Figura 3.1, de respuesta directa a la misión y objetivos estratégicos institucionales, así:

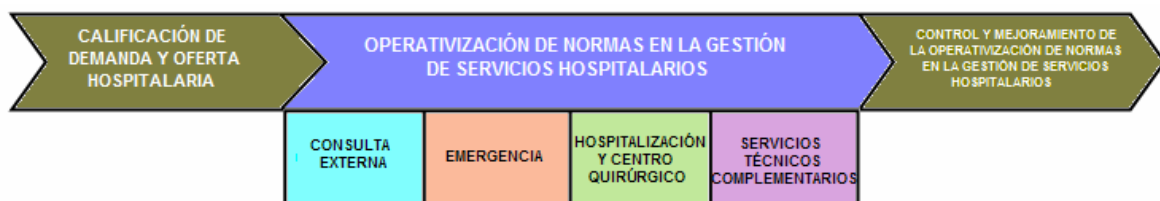


Figura 3.1. Procesos Agregadores de Valor

⁴⁸ Plan Estratégico del Hospital Dermatológico Gonzalo González.

En esta perspectiva, por la característica de institución pública prestadora de servicios de salud a la comunidad y con base a los resultados del análisis situacional, se determina que los procesos críticos del Hospital, constituyen todos los de Valor Agregado, que tienen directa relación con las demandas y requerimientos de los clientes externos; en consecuencia, acogiéndonos a la Resolución emitida por la SENRES, los procesos de Valor Agregado son:

- Calificación de Demanda y Oferta Hospitalaria.

- Operativización de Normas en la Gestión de Servicios Hospitalarios, con los subprocesos de:
 - Consulta Externa
 - Emergencia
 - Hospitalización
 - Servicios Técnicos Complementarios

- Control y Mejoramiento de la Operativización de Normas en la Gestión de Servicios Hospitalarios.

A estos procesos y sus correspondientes productos, procederemos a su levantamiento y diseño técnico, conforme a los objetivos de la presente investigación.

3.4. ANÁLISIS DE LOS PROCESOS CRÍTICOS

3.4.1. SITUACIÓN FUNCIONAL ACTUAL

Como quedó analizada anteriormente, la organización de las instituciones del sector público, tradicionalmente se inscribieron en el ambiente funcional, para cuya operativización, se implementaron diversos instrumentos que hagan posible

la asignación y cumplimiento de **funciones** a cada puesto de trabajo y a cada persona ocupante de ellos.

Las normas legales como la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, vigente desde 1964 y sus correspondientes reglamentos, determinaron la existencia del Sistema Nacional de Administración y Desarrollo de Personal, integrado por los sub – sistemas técnicos de: Clasificación de Puestos, Selección de Personal, Calificación de Servicios y Capacitación. Al sub – sistema de Clasificación de Puestos, le correspondió establecer el ordenamiento, identificación y valoración de cada uno de los puestos de las instituciones públicas y emitir el respectivo Manual de Clasificación de Puestos, como una herramienta técnica que compendia las descripciones genéricas de los puestos de trabajo de las instituciones públicas.

Para las instituciones pertenecientes al sector de la Salud Pública, se emite el Manual de Clasificación de Puestos de carácter específico, que contiene la descripción de los puestos propios de este sector. Uno de los componentes de la descripciones de puestos, constituye el detalle de funciones y responsabilidades específicas de cada puesto; en este sentido, los servidores públicos que han sido seleccionados para ocupar un puesto, por esta característica funcional, han venido cumpliendo, casi de manera exacta, únicamente esas funciones determinadas en el Manual o respondiendo a disposiciones específicas de sus jefes inmediatos, sin comprender claramente la acción e influencia que tiene el cumplimiento de sus tareas en un determinado proceso, del que no se tiene conocimiento ni identidad.

Si no existe claridad sobre el valor que representa su trabajo y al mismo tiempo la dirección que debe tomar su producto, resultado o servicio, significa que no hay precisión ni identidad sobre quiénes son sus proveedores y quiénes son sus clientes. Si distantes se encuentran de esta realidad, más distantes aún están del conocimiento de los objetivos estratégicos, misión y visión institucionales, dando como resultado, actuaciones aisladas, reducidas a tareas repetitivas, constantes, invariables, facilitadoras de rutinas orientadas al cumplimiento de las funciones y

responsabilidades establecidas en el Manual de Clasificación de Puestos.

La nomenclatura utilizada en la estructura tradicional funcional, se ha dividido en direcciones, departamentos o secciones, en cuya asignación de puestos, para el caso específico del Hospital, incorpora las siguientes descripciones de puestos, ocupados por personas que cumplen sus actividades y tareas, conforme a las normas, procedimientos e instrumentos jerárquicamente establecidos, sin la conciencia plena del principio sistémico de que: ***el producto de un sistema es insumo de otro sistema***, sino más bien como un conjunto de funciones y responsabilidades a cumplirse por mandato legal o disposición técnica, a más de la particular manera de ejecutar las acciones determinada por parte de cada servidor.

En el Hospital Dermatológico, lo que en la estructura actual se muestra como Mapa de Procesos, integrado por los diversos procesos, tradicionalmente, estaban identificados con las nomenclaturas de Departamentos de Consulta Externa, Hospitalización y Servicios Técnicos Complementarios, integrados por personal profesional, técnico, administrativo y auxiliar, contenido en las siguientes descripciones de puestos:

➤ **MÉDICO**

Funciones y responsabilidades específicas

- Confeccionar las Historias Clínicas de los pacientes.
- Solicitar e interpretar exámenes de laboratorio y complementarios.
- Diagnosticar enfermedades y prescribir los tratamientos respectivos.
- Prestar atención de medicina y realizar labores de cirugía.
- Colaborar en campañas sanitarias.

➤ **ESTADÍSTICO DE SALUD**

Funciones y responsabilidades específicas

- Supervisar y evaluar la ejecución de labores de estadísticas y registros médicos.
- Elaborar los indicadores de salud, necesarios para la planificación, control, evaluación y toma de decisiones.
- Presentar los resultados de su trabajo a los organismos correspondientes.
- Efectuar análisis de indicadores de salud requeridos y realizar cálculos específicos requeridos para los programas en marcha.
- Complementa su trabajo con labores de dirección de área de oficina.

➤ **ENFERMERA**

Funciones y responsabilidades específicas

- Dar cuidado a pacientes ambulatorios u Hospitalizados.
- Acompañar al médico en visitas a pacientes.
- Instrumentar en operaciones.
- Administrar y responsabilizarse por el equipo médico a su cargo.
- Controlar y administrar medicamentos siguiendo instrucciones médicas.
- Tomar signos vitales y consignarlos en la ficha médica.
- Administrar servicios de esterilización.
- Dar adiestramiento en servicio al personal a su cargo.
- Complementa su trabajo con labores administrativas.

➤ **TECNÓLOGO MÉDICO**

Funciones y responsabilidades específicas

- Administrar los servicios de: radiología, terapia física y laboratorio.
- Asistir a los médicos en exámenes especiales.
- Organizar y supervisar los trabajos de: radiología, terapia física y laboratorio, registro y control de materiales.

- Le corresponde la responsabilidad de planificar y ejecutar el adiestramiento de sus subalternos.

➤ **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

Funciones y responsabilidades específicas

- Controlar signos vitales a pacientes.
- Preparar material para tratamientos médicos.
- Tomar y clasificar muestras para laboratorios y colaborar en tratamientos de fisioterapia.
- Preparar a pacientes que van a ser operados.
- Poner inyecciones de acuerdo a instrucciones médicas.
- Complementa su trabajo con labores sencillas de oficina y limpieza.

➤ **AUXILIAR DE ESTADÍSTICA**

Funciones y responsabilidades específicas

- Recolectar información numérica de servicios médicos.
- Verificar que la información sea debidamente consignada.
- Codificar la información sobre diagnósticos médicos definitivos.
- Tabular datos en formularios de concentración de información.
- Complementa su trabajo con labores de oficina.

➤ **OPERADOR DE EQUIPOS MÉDICOS**

Funciones y responsabilidades específicas

- Manejar y controlar el equipo médico a su cargo.
- Presentar los resultados del trabajo efectuado para el análisis de especialistas.
- Reportar fallas y defectos del equipo para su mantenimiento.

➤ **AUXILIAR DE MICROBIOLOGÍA**

Funciones y responsabilidades específicas

- Tomar muestras para exámenes.
- Manejar sustancias necesarias para el análisis de exámenes de laboratorio.
- Preparar muestras de alimentos y colaborar en su análisis microbiológicos o químicos.
- Preparar cortes histológicos tensiones de rutina.
- Manejar equipos simples de laboratorio.
- Complementa su trabajo con labores sencillas de oficina.

➤ **AUXILIAR DE RADIOLOGÍA**

Funciones y responsabilidades específicas

- Actuar como auxiliar del técnico en Radiología.
- Colaborar en la toma de radiografías sencillas, en el revelado de placas y en su clasificación.
- Realizar la limpieza de los equipos.
- Lleva registros de los trabajos efectuados.
- Complementa su trabajo con labores sencillas de oficina.

3.4.2. PROCESO DE CALIFICACIÓN DE DEMANDA Y OFERTA HOSPITALARIA

3.4.2.1. DEFINICIÓN E IMPORTANCIA DEL PROCESO

Este proceso, si bien consta en la estructura organizacional del Hospital, no ha venido funcionando en la condición de proceso, sino en el estilo funcional de las tradicionales formas que las instituciones públicas adoptaron. En esencia, de éste proceso se espera la identificación de la LÍNEA DE BASE DE LA DEMANDA de servicios que presentan los usuarios, que faciliten, por su parte la determinación

de la LÍNEA DE BASE DE OFERTA HOSPITALARIA para atender los requerimientos de salud de los ciudadanos.

Para que este proceso consolide, será necesario también determinar los MODELOS EXPERIMENTALES DE RESPUESTA con que cuenta el Hospital para facilitar la identificación de los niveles de SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES INTERNO Y EXTERNO y al mismo tiempo las propuestas de MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, que en definitiva constituyen los productos esperados de este proceso.

3.4.2.2.ALCANCE DEL LEVANTAMIENTO DEL PROCESO ACTUAL

Nuestro estudio, está orientado a efectuar una propuesta de operación de este proceso a fin de que asegure los productos esperados:

3.4.2.2.1. Productos del Proceso

- Línea de base de la demanda consolidada
- Línea de base de la oferta consolidada
- Informes consolidados de modelos experimentales de respuesta
- Informes consolidados de satisfacción de los clientes externo y interno
- Plan de control y mejoramiento de la calidad ejecutado

3.4.3. PROCESO DE OPERATIVIZACIÓN DE NORMAS EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

3.4.3.1.DEFINICIÓN E IMPORTANCIA DEL PROCESO

La gestión operativa hospitalaria se expresa en realidad por las acciones que cumple este proceso. El funcionamiento de este tipo de organizaciones, requiere de pilares de sustento técnico y de gestión de servicios. La parte técnica se

cumple a través de este proceso que está orientado de manera directa a atender los requerimientos de salud de los clientes externos, mediante la aplicación de un modelo de atención integral en salud en Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización y Servicios Técnicos Complementarios.

3.4.3.2.ALCANCE DEL LEVANTAMIENTO DEL PROCESO ACTUAL

El estudio está dirigido a identificar las propuestas de mejoramiento de este proceso en sus diferentes sub – procesos:

3.4.3.2.1. Consulta Externa

Sub – proceso cuya misión es brindar atención a las demandas de salud de pacientes ambulatorios en la especialidad de dermatología y se expresa por:

Recepción de Usuarios

Otorga cupos de atención a los usuarios externos, la apertura de Historias Clínicas o identificación numérica de los usuarios subsecuentes, complementariamente de los pagos por servicios fijados por esta unidad operativa.

Preparación del Paciente

Acción profesional de enfermería, orientada a la toma de signos vitales, medidas antropométricas y preparación general del paciente previo a la atención médica con los correspondientes registros en la Historia Clínica.

Atención Médica

Acción profesional médica orientada a la identificación de los antecedentes que generan la presencia del usuario en la consulta (ANAMNESIS), examen físico, solicitud de exámenes complementarios como laboratorio clínico o patológico, rayos x y otros; y, la determinación del diagnóstico presuntivo o definitivo con las correspondientes prescripciones de tratamiento.

Post – Consulta

Acción profesional de enfermería dirigida a capacitar y orientar al usuario sobre: medicación, dosis, dietas, actividad que debe realizar, próxima cita y procedimientos generales a observar.

3.4.3.2.2. Emergencia

Esta Unidad Operativa de Salud, cuya misión sustantiva es la atención a pacientes dermatológicos, no tiene incorporado el Proceso de Emergencia con que cuentan otras unidades operativas del Sector Público; las emergencias que eventualmente se suceden, son inmediatamente referidas al Hospital Eugenio Espejo o a otras conforme a requerimientos de la emergencia y condiciones del usuario.

3.4.3.2.3. Hospitalización

El Hospital Dermatológico Gonzalo González presenta tres sub – procesos:

Hospitalización Dermatológica

Acoge a pacientes que ingresan por la Consulta Externa, cuyo estado de salud requiere de cuidados hospitalarios temporales para asegurar la recuperación de sus patologías.

Hospitalización Hansen

Modelo de hospitalización que incorpora vivienda permanente del paciente y su núcleo familiar que por la característica de esta enfermedad (LEPRA), tiene diversas manifestaciones de carácter clínico, socio – familiar y socio – económico.

Cirugía

Atiende a pacientes que necesitan de intervención quirúrgica, ya sea de tipo inmediato o una cirugía programada, dependiendo del estado clínico que se haya diagnosticado con anterioridad.

3.4.3.2.4. Servicios Técnicos Complementarios

Los sub – procesos de Servicios Técnicos Complementarios están dirigidos a apoyar con información científico - técnica los diagnósticos médicos y se expresan por medio de: rayos x, laboratorio clínico, laboratorio histopatológico.

3.4.3.3.FLUJOS ACTUALES DE LOS PROCESOS DE OPERATIVIZACIÓN DE NORMAS EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

Como quedó expresado en anteriores referencias, la organización del Hospital se manifiesta bajo el enfoque estructural funcional, por tanto, no se encuentran diseñados los procesos; sin embargo, con el fin de asegurar una adecuada visualización como sustento para la propuesta de mejoramiento, en anexo se presentan los flujos de las funciones que cumplen las diversas áreas hospitalarias para la prestación de servicios al usuario. (Ver ANEXO B)

3.4.4. PROCESO DE CONTROL Y MEJORAMIENTO DE LA OPERATIVIZACIÓN DE NORMAS EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

3.4.4.1.DEFINICIÓN E IMPORTANCIA DEL PROCESO

Este proceso que consta en la estructura actual del Hospital, en el funcionamiento anterior no existía reconocido ni como proceso ni como departamento o sección. Los productos que se esperan de este proceso se orientan al diseño e implantación de planes de control y mejoramiento de la gestión que cumplan los sub – procesos de: Consulta Externa, Hospitalización y Servicios Técnicos Complementarios.

3.4.4.2.ALCANCE DE LEVANTAMIENTO DEL PROCESO ACTUAL

En virtud de que los productos esperados en este proceso, anteriormente estaban ceñidos a la acción técnica de cada sub – proceso, la propuesta de acción de este proceso será presentada en el plan de mejoramiento.

3.5. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS CRÍTICOS

Es absolutamente evidente que la organización del Hospital Dermatológico Gonzalo González, responde a los lineamientos que impone el enfoque estructural funcional, con fondo y forma piramidal, cuyas áreas se identifican como departamentos y secciones cargadas de conjuntos de actividades independientes, en las cuales los procesos están invisibles y no controlados impidiendo su correcta aplicación y actualización, lo que ha determinado para el crecimiento del resto de falencias que provoca este rígido enfoque, ya analizadas en los contenidos precedentes.

Con base al conocimiento de la situación organizacional actual, la propuesta de mejoramiento consiste en el levantamiento y diseño de los Procesos Críticos orientado a asegurar niveles de eficiencia, eficacia y productividad a fin de elevar la capacidad de la gestión institucional en la prestación de los servicios de salud especializada.

El contenido de la propuesta de mejoramiento se consolida en el Manual de Procesos (*Ver ANEXO D*), para cuya elaboración se han seguido los lineamientos metodológicos contenidos en las siguientes fases ya analizadas:

✓ **Fase 1**

Definición de los requisitos e identificación de los procesos

✓ **Fase 2**

Estructuración del sistema y definición de los procesos

✓ **Fase 3**

Reorganización de los procesos (*Ver ANEXO C*, Formulario de levantamiento)

3.1.- Análisis

3.2.- Diseño y documentación

3.3.- Implementación (Plan de Implementación) (Ver ANEXO E)

✓ **Fase 4**

Mejora continua

3.5.1. INDICADORES DE GESTIÓN

3.5.1.1.INDICADORES DE CALIFICACIÓN DE DEMANDA Y OFERTA HOSPITALARIA

3.5.1.1.1. Porcentaje de Información Efectiva

Definición	Es una medida que indica la efectividad en la captación de información. Es el resultado de dividir el número total de informes consolidados de los planes emitidos entre el número total de informes planteados.
Unidad de Medida	Porcentaje
Frecuencia	Mensual
Unidad Operacional	$(NIC / NIP) * 100$ <p>En donde: NIC = Número total de informes consolidados NIP = Número total de informes planteados</p>

3.5.1.2.INDICADORES DE CONSULTA EXTERNA

3.5.1.2.1. Porcentaje de Consultas de primera vez

Definición	Mide el peso que tienen las consultas de primera vez en el total de consultas, expresando en término de porcentaje. Es el resultado de dividir el número de consultas por primera vez realizadas en el período entre la sumatoria de consultas en el mismo período.
Unidad de Medida	Porcentaje
Frecuencia	Mensual
Unidad Operacional	$(NCER / NCE) * 100$ <p>En donde: NCER = Número de consultas por primera vez en el período NCE = Número de consulta externas</p>

3.5.1.2.2. Concentración de Consultas

Definición	Mide el promedio de consultas por cada consulta de primera vez. Se obtiene dividiendo el total de consultas (primeras más subsecuentes) para el número de consultas de primera vez.
Unidad de Medida	Número
Frecuencia	Diario
Unidad Operacional	$(TCP / NCER)$ <p>TCP = Total de consultas (primeras+subsecuentes) NCER = Número de consultas por primera vez en el período</p>

3.5.1.2.3. Relación Consulta Egreso

Definición	Es el resultado de dividir el número de consultas en el período entre el número de egresos en el período.
Unidad de Medida	Número
Frecuencia	Mensual
Unidad Operacional	$(NC / NE) * 100$ <p>En donde: NC = Número de consultas en el período NE = Número de egresos en el período</p>

3.5.1.3.INDICADORES DE HOSPITALIZACIÓN DERMATOLOGÍA

3.5.1.3.1. Promedio de días-paciente

Definición	Es el número promedio de pacientes hospitalizados que recibieron atención diaria durante un período. Se obtiene dividiendo el total de paciente-día durante un período por el total de días de dicho período.
Unidad de Medida	Número
Frecuencia	Diario
Unidad Operacional	(DP / EP) <p>En donde: DP = Total de días paciente en un período dado EP = Número de días del mismo período</p>

3.5.1.3.2. *Días cama ocupada*

Definición	El número de días cama ocupada es la sumatoria de las camas ocupadas durante los días, se denominan también como paciente-día.
Unidad de Medida	Número
Frecuencia	Diario
Unidad Operacional	Sumatoria de días cama ocupada

3.5.1.3.3. *Días cama disponible*

Definición	El número de días cama disponible es el resultado de la sumatoria de las camas disponibles los días del período.
Unidad de Medida	Número
Frecuencia	Diario
Unidad Operacional	Sumatoria de camas disponibles

3.5.1.3.4. *Porcentaje de Ocupación*

Definición	Es el resultado de dividir el número de días camas ocupadas en el período entre el número de camas disponibles en el mismo período.
Unidad de Medida	Porcentaje
Frecuencia	Diario
Unidad Operacional	$(DCO / DCD) * 100$ <p>En donde: DCO = Número de días camas ocupadas DCD = Número de camas disponibles</p>

3.5.1.3.5. Intervalo de Giro

Definición	Es una medida que indica el tiempo durante el cual una cama permanece desocupada en promedio durante un período. Se obtiene dividiendo el número de días-cama desocupadas entre el número de egresos.
Unidad de Medida	Número
Frecuencia	Diario
Unidad Operacional	(DCD / NE) <p>En donde: DCD = Número de días camas desocupadas NE = Número de Egresos</p>

3.5.1.3.6. Promedio diario de Egresos

Definición	Es el número promedio de egresos diarios de los pacientes hospitalizados en un período. Se calcula dividiendo el número de egresos durante un período dado entre el número de días del mismo período.
Unidad de Medida	Número
Frecuencia	Diaria
Unidad Operacional	$(NE / NDP * 100)$ <p>En donde: NE = Número de egresos en el período. NDP = Número de días del mismo período.</p>

3.5.1.4.INDICADORES DE CIRUGÍA

3.5.1.4.1. Número de cirugías electivas

Definición	Corresponde a la sumatoria de procedimientos quirúrgicos realizados posteriores a un proceso de programación quirúrgica previa durante el período.
Unidad de Medida	Número
Frecuencia	Mensual
Unidad Operacional	Σ Procedimientos quirúrgicos realizados

3.5.1.4.2. Relación cirugías / egresos

Definición	Es el resultado de dividir el número de cirugías realizadas en el período sobre el número de egresos
Unidad de Medida	Número
Frecuencia	Mensual
Unidad Operacional	$(NCIR / NE) * 100$ En donde: NC = Número de cirugías realizadas en el período NE = Número de egresos en el período

3.5.1.4.3. Número de Cirugías Programadas

Definición	Es el número de procedimientos quirúrgicos de tipo electivo que fueron programados en un período independiente de que hayan sido realizados o no
Unidad de Medida	Número
Frecuencia	Mensual
Unidad Operacional	Σ de procedimientos quirúrgicos de tipo electivo

3.5.1.4.4. Porcentaje de Cancelación de Cirugías

Definición	Es el resultado de dividir el número de cirugías canceladas en el período entre el total de cirugías programadas realizadas o no en el período
Unidad de Medida	Porcentaje
Frecuencia	Mensual
Unidad Operacional	$(NCC / NCP) * 100$ <p>En donde: NC = Número de cirugías canceladas NE = Número de cirugías programadas</p>

3.5.1.5.INDICADORES DE SERVICIOS TÉCNICOS COMPLEMENTARIOS

3.5.1.5.1. Porcentaje de Exámenes de laboratorio a pacientes hospitalizados

Definición	Es el resultado de dividir el número de exámenes de laboratorio realizados en el período a pacientes hospitalizados entre la sumatoria de exámenes de laboratorio a pacientes hospitalizados y ambulatorios en el mismo período.
Unidad de Medida	Porcentaje
Frecuencia	Mensual
Unidad Operacional	$(EXLHO / TEXLAH) * 100$ <p>En donde: EXLHO = Número de exámenes de laboratorio a pacientes hospitalizados en el período. TEXLAH = Número de exámenes de laboratorio a pacientes hospitalizados y ambulatorios en el período.</p>

3.5.1.5.2. *Porcentaje de Exámenes de laboratorio a pacientes ambulatorios*

Definición	Es el resultado de dividir el número de exámenes de laboratorio realizados en el período a pacientes ambulatorios entre la sumatoria de exámenes de laboratorio a pacientes hospitalizados y ambulatorios en el mismo período.
Unidad de Medida	Porcentaje
Frecuencia	Mensual
Unidad Operacional	$(EXLA / TEXLAH) * 100$ <p>En donde: EXLA = Número de exámenes de laboratorio a pacientes ambulatorios en el período. TEXLAH = Número de exámenes de laboratorio a pacientes hospitalizados y ambulatorios en el período.</p>

3.5.1.5.3. *Número de Exámenes de laboratorio por egreso*

Definición	Es el resultado de dividir el número de exámenes de laboratorio realizados a pacientes hospitalizados en el período sobre el número de egresos.
Unidad de Medida	Número
Frecuencia	Mensual
Unidad Operacional	$(EXLHO / NCE)$ <p>En donde: EXLHO = Número de exámenes de laboratorio a pacientes hospitalizados. NCE = Número de Consultas externas.</p>

3.5.1.5.4. *Porcentaje de estudios e imágenes diagnósticas a pacientes hospitalizados*

Definición	Es el resultado de dividir el número de estudios de imágenes diagnósticas realizados en el período a pacientes hospitalizados entre la sumatoria de estudios de imágenes diagnósticas a pacientes hospitalizados y ambulatorios en el mismo período.
Unidad de Medida	Porcentaje
Frecuencia	Mensual
Unidad Operacional	$(IDHO / IDHOA) * 100$ <p>En donde: IDHO = Número de estudios de imágenes a pacientes hospitalizados en el período. IDHOA = Número de estudios de imágenes a pacientes hospitalizados y ambulatorios en el período.</p>

3.5.1.5.5. *Porcentaje de estudios e imágenes diagnósticas a pacientes ambulatorios*

Definición	Es el resultado de dividir el número de estudios de imágenes diagnósticas realizados en el período a pacientes ambulatorios entre la sumatoria de estudios de imágenes diagnósticas a pacientes hospitalizados y ambulatorios en el mismo período.
Unidad de Medida	Porcentaje
Frecuencia	Mensual
Unidad Operacional	$(IDA / IDHOA) * 100$ <p>En donde: IDHO = Número de estudios de imágenes a pacientes ambulatorios en el período. IDHOA = Número de estudios de imágenes a pacientes hospitalizados y ambulatorios en el período.</p>

3.5.1.6.INDICADORES DE CONTROL Y MEJORAMIENTO DE LA OPERATIVIZACIÓN DE NORMAS EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

3.5.1.6.1. Porcentaje de Efectividad de Planes Ejecutados

Definición	Es una medida que indica la efectividad en la elaboración de los planes a ser ejecutados. Es el resultado de dividir el número total de planes ejecutados entre el número total de planes propuestos.
Unidad de Medida	Porcentaje
Frecuencia	Mensual
Unidad Operacional	$(TPE / TPP) * 100$ <p>En donde: TPE = Total de planes ejecutados TPP = Total planes propuestos</p>

3.5.1.6.2. Índice de Presupuestación

Definición	Consiste en identificar cuáles son las posibilidades de ejecutar un plan acorde al presupuesto planteado. Se obtiene dividiendo el presupuesto de los planes elaborados entre el porcentaje disponible del H.D.G.G.
Unidad de Medida	Porcentaje
Frecuencia	Mensual
Unidad Operacional	$(PPE / PD) * 100$ <p>En donde: PPE = Presupuesto de los planes elaborados TPP = Presupuesto disponible del H.D.G.G</p>

CAPITULO IV

El contenido del presente trabajo permite establecer importantes conclusiones y recomendaciones, que por las características de la institución investigada, Hospital Dermatológico Gonzalo González perteneciente al Sistema Nacional de Salud, Sector Público, cobran especial relevancia por su gran potencial de réplica y aplicación a otras Unidades Operativas de Salud del sector.

3.3. CONCLUSIONES

1. En el actual contexto de transformaciones del Estado Ecuatoriano y de su Gestión Pública, sobresalen marcadas tendencias que determinan cambios sustantivos en la conceptualización, valoración, innovación y práctica de la Gestión Pública de los hospitales. La modernización del Estado demanda modificar sus estructuras tradicionales y revisar su participación en la economía y sus relaciones con la sociedad en general.
2. El sector salud enfrenta singulares desafíos para el establecimiento de Políticas de Estado que orienten y sostengan los procesos de cambio a fin de superar los vaivenes de coyunturas generadores de discontinuidades y retrocesos en el logro de objetivos de equidad, eficiencia, calidad y solidaridad en el acceso y cobertura a los servicios de salud.
3. El Ministerio de Salud Pública con base a los lineamientos de la Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de los Recursos Humanos y Remuneraciones – SENRES – (ex OSCIDI), ente rector del desarrollo organizacional y de los recursos humanos, ha provocado sustanciales cambios dentro del marco de Gestión Hospitalaria. La adaptación a un nuevo enfoque administrativo ha sido la principal doctrina por lo que los movimientos en cuanto a normas y políticas de Salud Pública, han sido objeto de análisis y ejecución orientados hacia un cambio integral del Sistema Nacional de Salud del Ecuador.

4. Desde el año 2002, el Gobierno ha dispuesto la implantación del Sistema de Gestión de Calidad en todas las entidades de la Administración Pública, a través de una *Estructura Organizacional por Procesos*, que permita aumentar la competitividad y permanencia institucional e incrementar la calidad de los productos y servicios.
5. La Estructura Organizacional por Procesos Transitoria del Ministerio de Salud Pública, fue aprobada por la ex - Oficina de Servicio Civil y Desarrollo Institucional mediante Resolución No. OSCIDI-026 de 17 de julio de 2003, con el objetivo fundamental de incorporar un Sistema de Calidad por Procesos que asegure el mejoramiento de normas y procedimientos para la eficiente prestación de servicios de salud a la comunidad.
6. Por la fuerza de las normas y la acción del principio de la división del trabajo, a través de los años, las organizaciones públicas y privadas se desarrollaron con una fuerte orientación funcional, para cada uno de los diferentes problemas se definieron departamentos o áreas específicas que trabajan en forma independiente, se establecieron rígidas estructuras organizativas generando barreras jerárquicas e islas organizativas caracterizadas por déficit en la información y en la comunicación tanto vertical como horizontal.
7. La confusión común entre unidades organizacionales o administrativas y procesos surge porque el paradigma predominante es el tradicional organigrama donde las líneas de responsabilidad, autoridad y relaciones entre las personas están dibujadas y los colaboradores están acostumbrados a las denominaciones de vicepresidencia, gerencia, dirección o departamento X, pero no están establecidos ni dibujados los procesos.
8. Las unidades organizacionales o administrativas, tienen nombres muy definidos pero no los procesos que más bien aparecen fragmentados, muchas veces invisibles y, lo que es más grave, los procesos tienden a no tener gerencia, ya que la alta gerencia responsabiliza a los gerentes a rendir

cuentas de un área o departamento en particular, pero no se asigna la responsabilidad por el trabajo completo, esto es, por el proceso y por la estructura.

9. Los procesos son las actividades estructuradas sistemáticamente para producir un resultado que tenga valor para unos clientes. La orientación hacia los procesos implica énfasis en la forma como se realiza el trabajo en la organización, identificando y gestionando los diferentes procesos.
10. Modernización de procesos implica reducción de despilfarros y excesos, atención a cada uno de los detalles que pueden conducirnos al mejoramiento del rendimiento y de la calidad.
11. La Gestión por Procesos requiere, de manera imprescindible, instituir medidores e indicadores que muestren el nivel de desempeño de cada proceso y que permitan controlarlos y mejorarlos, manteniendo firme el principio de que “lo que no se puede medir, no se puede controlar; lo que no se puede controlar, no se puede administrar; lo que no se puede administrar es un caos”.
12. La investigación desarrollada, complementariamente al puntual cumplimiento de su objetivo general, ha constituido un calificado y exigente escenario para profundizar el conocimiento sobre las nuevas tendencias organizacionales más trascendentes de los últimos tiempos.

3.4. RECOMENDACIONES

1. Las organizaciones públicas y privadas, son el principal elemento que recibe el impacto e influencia que proviene de los contextos en los cuales se desenvuelven; por tanto, las probabilidades de cambio o transformación, son permanentes, lo que determina para éstas orienten con mayor rigor al

fortalecimiento de procesos de investigación y desarrollo de alternativas innovadoras para sus sistemas de gestión.

2. Es impostergable incorporar a los valores organizacionales, la cultura investigadora de los hechos y eventos trascendentes de su convivir, a fin de garantizar información calificada que elevada al nivel de conocimiento de su realidad, fundamenten el proceso de toma de decisiones en todos los niveles.
3. Una excepcional oportunidad con que cuentan las organizaciones a nivel mundial, es el volumen y calidad de información que sobre gestión organizacional se ha desarrollado en todos los órdenes, la que debe ser aprovechada e incorporada a su accionar, mediante el uso de tecnologías de avanzada, como fuente de su capacidad de respuesta a las demandas sociales.
4. Los profesionales de las diversas especializaciones, que orienten su interés a la vivencia organizacional, están obligados a ampliar constante y permanentemente sus conocimientos teóricos y experiencias prácticas del mundo organizacional, así como a desarrollar nuevas competencias requeridas por su cada vez más dinámico y cambiante accionar.
5. El análisis de los contenidos de este trabajo, por sus características multivariadas, deber ser ejecutado considerando los contextos en los cuales se aplica, a fin de asegurar consistencia y pertinencia en los criterios de interpretación y de operación.
6. Por la diversa naturaleza y características distintivas de las organizaciones, las metodologías, técnicas, procedimientos e instrumentos, constantes en este trabajo, pueden ameritar ajustes en concordancia a los requerimientos particulares de los contextos donde se apliquen.
7. En tiempos de globalización mundial, de los que no escapa nuestro país, es fundamental jerarquizar las acciones para la gestión organizacional, a fin de

asegurar que las organizaciones privadas logren los más altos niveles de productividad y competitividad; y, las organizaciones públicas eleven su capacidad de respuesta a las exigentes demandas sociales.

8. Para asegurar el adecuado tránsito del Hospital Dermatológico Gonzalo González hacia la Gestión por Procesos, se incorpora a la presente investigación el correspondiente Plan de Implementación de la Propuesta de Mejoramiento.

BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE, Marco. “Manual de Práctica de Derecho Administrativo”. Quito 1990.

BERTALANFFY, L. Von. “La Teoría de los sistemas abiertos en física y biología” Vol. III, 1950.

CÓDIGO Y REGIMEN LEGAL DE SALUD, Tomo II

CÓDIGO Y REGIMEN LEGAL DE SALUD, Tomo II

CHIAVENATO, Idalberto. “Introducción a la Teoría General de la Administración” 3ra. Edición. Edit. McGraw -Hill. 1992.

Enfoque Sistémico de la Administración”. Págs.:767-805

HARRINGTON, James. “Mejoramientos de los Procesos de la Empresa”. McGraw Hill, 1993

MARIÑO NAVARRETE, Hernando. “Gerencia de Procesos”. Bogota 2001.

MEJÍA GARCÍA, Braulio. “Gerencia de Procesos”. Bogotá 2000.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. “Manual de Definiciones e Indicadores de uso ambulatorio en Salud”. Quito 2002.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. “Manual de organización de los departamentos de Estadística de: Hospitales, Jefaturas y Nivel Central”. Quito 2002.

Norma Internacional ISO 9000. Sistemas de Gestión de Calidad

O’CONNOR, Joseph. MACDERMOTT, Ian. “Introducción al pensamiento sistémico”. Barcelona 1998

OPS: “La Transformación de la Gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe”. Washington, D.C., 2001

OPS. PAGANINI, José María Paganini, MORAES NOVAES, Humberto. “El Hospital Público: Tendencia y Perspectivas”. D 1994.

OSEJO, Edgar. “Administración Estratégica de Procesos”. Maestría en Planificación y Dirección Estratégica (ESPE). Marzo 2006.

PLAN ESTRATÉGICO, “HOSPITAL DERMATOLÓGICO GONZÁLO GONZÁLEZ”, 2005

Prof. Dr.-Ing. Dr.h.c. mult. Prof.h.c. Tilo Pfeifer. “Cátedra de Metrología y Gestión de la Calidad”.

PORTER, Michael. “Ventaja Competitiva”. México 2002

Revista Venezolana de Sanidad y Asistencia Social. Caracas, Venezuela. 1967. Volumen X

SENGE, Peter M. “La Quinta Disciplina. El arte y la Práctica de la Organización Abierta al Aprendizaje, Granica, 1995

STEPHEN, P. Robbins. "Comportamiento Organizacional" México 1987.

STONER, James. WANKEL, Charles. "Administración". Tercera Edición. Prentice Hall Hispanoamericana, México, 1991.

VAN DALEN, Doobold, MEYER, William. "Manual de Técnica de la Investigación Educativa". México 1990.

VILLACRESES MERA, Libia. "El Servicio Social Profesional frente a los problemas del Enfermo de Hansen". 1969.

ZARATIEGUI, J.R "La Gestión por Procesos: Su papel e importancia en la empresa". Economía Industrial. 1999.