

**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“APLICACIÓN DE GESTIÓN POR PROCESOS, COMO  
HERRAMIENTA DE APOYO AL MEJORAMIENTO DEL  
HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA”**

**VIVIANA MARGARITA SILVA ESCOBAR**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**PROFESOR GUÍA DE TESIS: JOSÉ CONCHA GÓNGORA.**

**PROFESOR COPATROCINANTE: ALEXIS ARRIOLA VERA.**

**Santiago, Abril 2013.**

## **Agradecimientos.**

Agradezco la labor desarrollada por mi profesor guía, Dr. José Concha, quien orientó y apoyó de manera incondicional esta investigación. Por otra parte también agradezco al profesor co-patrocinante, Sr. Alexis Arriola, por la entrega de información y consejos en el desarrollo de este trabajo.

Al Dr. José Miguel Verscheure, Director del Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso, por creer en la gestión por procesos para la institución que dirige, además de su disposición y ayuda en la canalización de las actividades con el grupo de trabajo. A través de él se extienden los agradecimientos también a los funcionarios del hospital, quienes fueron clave en el levantamiento y validación de los procesos institucionales.

Agradezco a los estudiantes de Ing. Civil Biomédica Sres. Francisco Oliva y Rodrigo Vera por su constante ayuda en las etapas de levantamiento y análisis de los datos.

De manera especial agradezco a mi familia y amigos por el soporte emocional y la fe en Dios, necesarios para enfrentar este desafío.

## Índice.

<b>Lista de Figuras.....</b>	<b>3</b>
<b>Lista de Tablas. ....</b>	<b>4</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Capítulo I: Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Capítulo II: Marco Teórico de Referencia.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Análisis de contexto.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1.1 Reforma en salud.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1.2 Autogestión en Red.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1.3 Acreditación Hospitalaria.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1.4 Gestión por procesos.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Análisis de la problemática.....</b>	<b>17</b>
<b>3. Capítulo III: Objetivos.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1. Objetivo General.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2. Objetivos Específicos.....</b>	<b>21</b>
<b>4. Capítulo IV: Metodología.....</b>	<b>22</b>
<b>4.1.1 Tipo de evaluación a desarrollar.....</b>	<b>22</b>
<b>4.1.2 Especificación de la secuencia evaluativa.....</b>	<b>22</b>
<b>4.1.3 Recolección de la información.....</b>	<b>35</b>
<b>4.1.4 Análisis de la información.....</b>	<b>36</b>
<b>4.1.5 Limitaciones.....</b>	<b>36</b>
<b>4.1.6 Aspectos éticos.....</b>	<b>36</b>
<b>4.2.1 Plan de trabajo.....</b>	<b>37</b>
<b>5 Capítulo V: Resultados.....</b>	<b>38</b>
<b>5.1.1 Mapa de procesos del Hospital Dr. Eduardo Pereira.....</b>	<b>38</b>
<b>5.1.2. Identificación de procesos claves.....</b>	<b>40</b>
<b>5. 1.3 Potenciales de mejora.....</b>	<b>44</b>
<b>6 Capítulo VI: Discusión o comentarios.....</b>	<b>49</b>
<b>7 Capítulo VII: Conclusiones.....</b>	<b>51</b>

7.1	Conclusiones.....	51
7.2	Trabajos futuros.....	52
8	Capítulo VIII: Bibliografía. ....	54
9	Anexos. ....	58
	Anexo N°01: Glosario de Términos. ....	59
	Anexo N°02: “Clasificación y análisis de tipologías de procesos”.....	61
	Anexo N° 04: “Determinación de procesos claves del HEP” .....	80
	Anexo N°05: “Ficha de procesos”. ....	82
	Anexo N° 06: “Detalle del mapa de procesos del HEP” .....	83
	Anexo N° 07: “Aplicación matriz de correlación para los procesos del HEP” .....	85
	Anexo N° 08: “Gestión de Camas”.....	86
	Anexo N° 09: “Gestión de Abastecimiento”. ....	91
	Anexo N° 10: “Gestión de Calidad” .....	107
	Anexo N° 11: “Definición de Potenciales de Mejora” .....	115

## Lista de Figuras.

Ilustración 1: Flujograma proceso de Acreditación Hospitalaria. ....	13
Ilustración 2: Diagrama secuencia evaluativa. ....	23
Ilustración 3: Matriz de correlación. ....	31
Ilustración 4: Macroprocesos del Hospital Dr. Eduardo Pereira. ....	38
Ilustración 5: Detalle del mapa de procesos del HEP. ....	39
Ilustración 6: Matriz de Correlación de procesos y Objetivos Estratégicos. ....	40
Ilustración 7: Ejemplo de representación gráfica y ficha. ....	44
Ilustración 8: Proceso Gestión de Camas. ....	45
Ilustración 9: Proceso de Gestión de Abastecimiento. ....	45
Ilustración 10: Proceso de Gestión de Calidad. ....	46
Ilustración 11: Tipología Caselles. ....	62
Ilustración 12: Relaciones entre procesos de un hospital. ....	66
Ilustración 13: Diseño metodológico para definir técnica de diagramación. ....	69
Ilustración 14: Pestañas y herramientas de BPMN. ....	78
Ilustración 15: Detalle macroprocesos del HEP. ....	83
Ilustración 16: Detalle del Mapa de procesos del HEP. ....	84
Ilustración 17: Detalle del proceso “Gestión de Camas”. ....	86
Ilustración 18: Detalle del proceso “Gestión de Abastecimiento”. ....	91
Ilustración 19: Detalle del proceso “Gestión de Calidad”. ....	107
Ilustración 20: Parámetros de la Estructura de procesos. ....	115

## Lista de Tablas.

Tabla 1: Ámbitos para Atención Cerrada.....	14
Tabla 2: Equipo de Trabajo HEP.....	24
Tabla 3: Clasificación y análisis de tipologías de procesos.....	26
Tabla 4: Lista de Procesos Finales del HEP.....	28
Tabla 5: Listado de procesos de apoyo HEP.....	29
Tabla 6: Objetivos estratégicos para el periodo 2011-2014, HEP.....	30
Tabla 7: Ficha de procesos.....	33
Tabla 8: Análisis de potenciales de mejora.....	34
Tabla 9: Plan de trabajo.....	37
Tabla 10: Procesos Claves identificados en el HEP.....	43
Tabla 11: Potenciales de mejora identificados.....	46
Tabla 12: Clasificación de procesos.....	67
Tabla 13: Procesos finales y de apoyo.....	68
Tabla 14: Diagrama de flujo.....	70
Tabla 15: Diagrama de flujo de datos.....	70
Tabla 16: Redes de Petri.....	71
Tabla 17: Metodología ARIS.....	71
Tabla 18: Familia IDEF.....	72
Tabla 19: Orientada a Objetos UML.....	73
Tabla 20: Diagrama de procesos de negocio.....	74
Tabla 21: Técnicas y criterios de evaluación.....	75
Tabla 22: Puntuación asignada a metodologías de diagramación.....	76
Tabla 23: Relación entre criterios específicos y técnicas preseleccionadas.....	77
Tabla 24: Lineamientos y Objetivos Estratégicos HEP.....	80
Tabla 25: Esquema de Ficha de procesos.....	82
Tabla 26: 1° Entrevista “Gestión de Camas”.....	88
Tabla 27: 2 ° Entrevista “Gestión de Camas”.....	89
Tabla 28: Ficha de procesos “Gestión de Camas”.....	90
Tabla 29: 1° Entrevista “Gestión de Abastecimiento”.....	93
Tabla 30: 2° Entrevista “Gestión de Abastecimiento”.....	95
Tabla 31: 3° Entrevista “Gestión de Abastecimiento”.....	97
Tabla 32: 4° Entrevista “Gestión de Abastecimiento”.....	99
Tabla 33: 5° Entrevista “Gestión de Abastecimiento”.....	101
Tabla 34: 6° Entrevista “Gestión de Abastecimiento”.....	103
Tabla 35: Ficha de procesos “Gestión de Abastecimiento”.....	105
Tabla 36: 1° Entrevista “Gestión de Calidad”.....	109
Tabla 37: 2° Entrevista “Gestión de Calidad”.....	111

Tabla 38: Ficha de procesos “Gestión de Calidad” . . . . .	113
Tabla 39: Potenciales de mejora proceso “Gestión de Camas” . . . . .	116
Tabla 40: Potenciales de mejora proceso “Gestión de Abastecimiento” . . . . .	116
Tabla 41: Potenciales de mejora proceso “Gestión de Calidad” . . . . .	117
Tabla 42: Resumen Potenciales de mejora identificados. . . . .	117

## Resumen

**Palabras claves:** Mapa general, Proceso clave, Gestión por procesos.

El presente trabajo tiene por objetivo apoyar el desarrollo organizacional del hospital Dr. Eduardo Pereira, aplicando la gestión por procesos, y así aportar una visión y herramientas con las que se puede tomar decisiones eficientes y orientadas a la satisfacción de los clientes, generando valor y ventajas comparativas en el tiempo para esta institución.

Para ello se aplica una metodología que identifica los procesos generales del hospital, generando una herramienta visual que refleja su quehacer organizacional. Posteriormente, basándose en los objetivos estratégicos institucionales; se identificaron los procesos claves dentro de los cuales se seleccionó un grupo para ser profundizados y extraer propuestas de mejora para su gestión. Todo lo anterior fue desarrollado, en base a técnicas propias de la gestión por procesos.

A partir del trabajo con el hospital, se logró obtener el mapa de procesos generales, reflejando la realidad institucional. También se obtuvo la identificación de procesos claves en base a las líneas estratégicas y la exploración de los procesos claves que fueron priorizados, extrayendo una serie de propuestas de mejora para la gestión interna.

Con dicho trabajo, el hospital logra identificar sus procesos como primer paso en el camino de mejoramiento continuo y excelencia en la gestión. La metodología planteada, es un aporte para identificar potenciales de mejora a fin de conseguir los objetivos estratégicos.

Dentro de los trabajos futuros se propone que la metodología puede ser aplicada en otras instituciones de salud, que deseen ir tras la consecución de sus objetivos estratégicos basándose en la gestión por procesos.



## **1. Capítulo I: Introducción.**

Las sociedades cambian con rapidez y ello exige a las instituciones que otorgan servicios de salud a la población, transformaciones profundas de su gestión para adaptarse a los nuevos desafíos sanitarios, este es el caso del hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso (HEP), centro docente asistencial dedicado a la atención del adulto (1)

Estos desafíos vienen de la mano de la Autogestión Hospitalaria en Red y la Acreditación, situación que pone en juego la capacidad de las instituciones de salud para gestionar adecuadamente sus recursos y ofrecer sus servicios, contemplando los componentes de calidad y seguridad del paciente en la atención (2). Bajo este contexto se encuentra el HEP, por lo que existe la necesidad de identificar y gestionar los potenciales de mejora en los procesos existentes, como parte del camino hacia la excelencia.

Considerando lo anterior es necesario incorporar el creciente aporte que hacen las herramientas orientadas a la Gestión por Procesos, como una alternativa de solución para contribuir a aumentar el rendimiento hospitalario. Generando una visión global simplificada del quehacer del hospital, que facilite la detección de procesos claves en virtud de sus objetivos estratégicos y con ello encontrar puntos de mejora que den solución a las problemáticas de esta institución, optimizando los recursos, sin perder de vista la satisfacción de sus clientes.

La metodología planteada busca en primer lugar representar el quehacer del hospital en estudio, destacando los procesos y sus interacciones como base para la evaluación de las necesidades de la organización y de sus usuarios. Y, desde una perspectiva a largo plazo, pretende aportar en el cambio cultural necesario que requiere la gestión en salud.

Finalmente, la propuesta representa un aporte para identificar, seleccionar y priorizar procesos, considerando los desafíos institucionales y en red, pero concentrándose en la productividad de la institución y en las necesidades de sus usuarios. El principal impacto radica en mejorar la gestión interna del hospital con el fin de potenciar la toma de decisiones y presentar un modelo aplicable en otras instituciones de salud que enfrenten este desafío.

A continuación se presenta la estructuración de los próximos capítulos, los que profundizarán los temas expuestos, dando forma a la investigación desarrollada:

- Capítulo II presenta los antecedentes de contexto necesarios para dar un marco de referencia el trabajo desarrollado.
- Capítulo III exhibe los objetivos del trabajo, buscando responder adecuadamente a la pregunta de la investigación.
- Capítulo IV presenta la metodología y su implementación.
- Capítulo V expone los resultados obtenidos en el trabajo de tesis.
- Capítulo VI presenta la discusión y comentarios relativos al trabajo realizado.
- Capítulo VII expone las conclusiones y los posibles trabajos futuros.

## **2. Capítulo II: Marco Teórico de Referencia.**

### **2.1 Análisis de contexto.**

El panorama de la salud ha variado sustancialmente debido a situaciones tales como los cambios epidemiológicos, las nuevas estructuras demográficas poblacionales, el desarrollo de la tecnología; con la implementación de nuevos procedimientos en salud y el aumento en las expectativas en la calidad de la atención por parte de los usuarios, entre otros aspectos. (3)

Lo anterior conduce a la revisión del accionar de las instituciones de salud, a fin de enfrentar los nuevos desafíos mencionados. Es por ello que el siguiente estudio aplica una metodología basada en la gestión por procesos en el ambiente hospitalario, como una herramienta que favorece el mejoramiento de la calidad en la provisión de los servicios de salud institucional y en red.

#### **2.1.1 Reforma en Salud.**

Chile se ha destacado por el camino iniciado en la transformación hacia un sistema sanitario, donde al Estado le corresponde principalmente garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas en salud, mediante una política pública eficiente y la asignación de recursos suficientes para garantizar protección universal y equitativa (4). Esto requiere la voluntad política para convocar, conducir y dar dirección al proceso de cambio que una reforma de este tipo necesariamente implica (5).

Considerando los objetivos sanitarios para la década 2000 - 2010, que se basan en mejorar los logros sanitarios alcanzados, enfrentar los nuevos desafíos derivados del envejecimiento poblacional, reducir las desigualdades en situación de salud y proveer de servicios acordes a las expectativas de la población (6), se fundamentó el proceso de reforma instaurado en nuestro país, para trabajar en la

salud de la población y sus necesidades de atención, bajo la idea de una política pública con enfoque de derechos. Es por ello que en los años 2000 y 2005 un Comité Interministerial estuvo a cargo de un proceso que culminó en leyes que incluyeron los contenidos de la reforma (7), estableciendo los siguientes aspectos:

La Ley N° 19.937 del año 2004 “de Autoridad Sanitaria” creó la figura de los hospitales autogestionados en red, a ello se suma la Ley N°19.996 “del Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE)” que estableció un plan de salud obligatorio, consistente en confirmación diagnóstica y tratamiento estandarizados para un conjunto de enfermedades priorizadas, en términos de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera de las prestaciones (8). Lo anterior introduce protocolos y trabajo en red, obligando a los prestadores institucionales a mayores niveles de eficiencia y a una nueva relación con las aseguradoras (9).

En base a este marco regulatorio se puede decir que los objetivos de la Reforma al sistema de salud, están sustentados en elevar el nivel de salud de los chilenos, aumentar la eficiencia del sistema de salud, asegurar un financiamiento sostenible y mejorar la equidad (traduciéndose en mejorar la calidad técnica y percibida de las acciones de salud) (2). Por lo cual se requiere de los instrumentos de gestión necesarios para garantizar de manera gradual, incremental y progresiva, más y mejores condiciones de seguridad en la atención a la población, de acuerdo a la realidad de cada prestador institucional (2).

Estas políticas en salud ponen su mayor énfasis en el enfoque de la oportunidad y la cobertura en la atención. Enfatizando en la provisión público privada de prestaciones de salud, con capacidad de gestión, de sus recursos financieros y oportunidad en la respuesta a la población, va instalando también la prioridad en materia de la calidad de atención, mediante instrumentos institucionales de evaluación y estándares técnicos que promuevan la seguridad, el mejoramiento continuo de procesos y resultados asistenciales. (10)

### **2.1.2 Autogestión en Red.**

Los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), definidos como centros sanitarios de alta y mediana complejidad que deben cumplir con procedimientos de medición de costos, calidad de las atenciones prestadas y satisfacción de sus usuarios (10), deben introducir modelos de gestión que logren cumplir con estos requerimientos individualmente y en red.

Cabe señalar que lo esencial de la autogestión hospitalaria es que incluya las competencias y la responsabilidad para que la gerencia del hospital pueda gestionar sus recursos, modificar su organización y sus procesos en base a los requisitos del sistema de salud. De esta forma, el hospital recibirá incentivos financieros en relación con qué debe hacer, dejando márgenes de libertad para decir cómo hacerlo (11), con el propósito de ir rindiendo mejores resultados que se traducen en el impacto sanitario y social esperado.

La autogestión hospitalaria busca que las instituciones prestadoras de servicios sean capaces de programar sus recursos necesarios para alcanzar los objetivos y las metas de producción y calidad comprometidos. Así lo reflejan los requisitos de un hospital Autogestionado que se presentan a continuación:

- Demostrar una articulación adecuada con la Red Asistencial.
- Tener un Plan de Desarrollo Estratégico.
- Contar con un Plan Anual de Actividades y un Plan de Inversiones.
- Mantener el equilibrio presupuestario y financiero.
- Tener sistemas de medición de costos, de calidad de las atenciones, de satisfacción de los usuarios y de las metas sanitarias.
- Cumplir con las Garantías Explícitas en Salud vigentes.
- Tener implementado procedimientos de cobro y recaudación de ingresos.
- Contar con mecanismos formales de participación y sistemas de cuenta pública a la comunidad.

- Contar con mecanismos para el manejo de las peticiones, críticas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, orientado a recibirlos y solucionarlos.
- Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador acreditado (12).

La Autogestión en red implica entonces introducir racionalidad en el uso de servicios a distintos niveles de capacidad resolutive (13). Por lo tanto se pone en juego la capacidad de los hospitales para administrar su cartera de servicios, mecanismos de referencia - contra referencia y las listas de espera, competencias centrales que son indispensables para los hospitales públicos involucrados en el otorgamiento de las garantías del Plan AUGE. Por lo tanto un hospital que logre gestionarlas adecuadamente puede operar bajo el modelo de red asistencial de manera exitosa y cumplir con sus objetivos estratégicos (14).

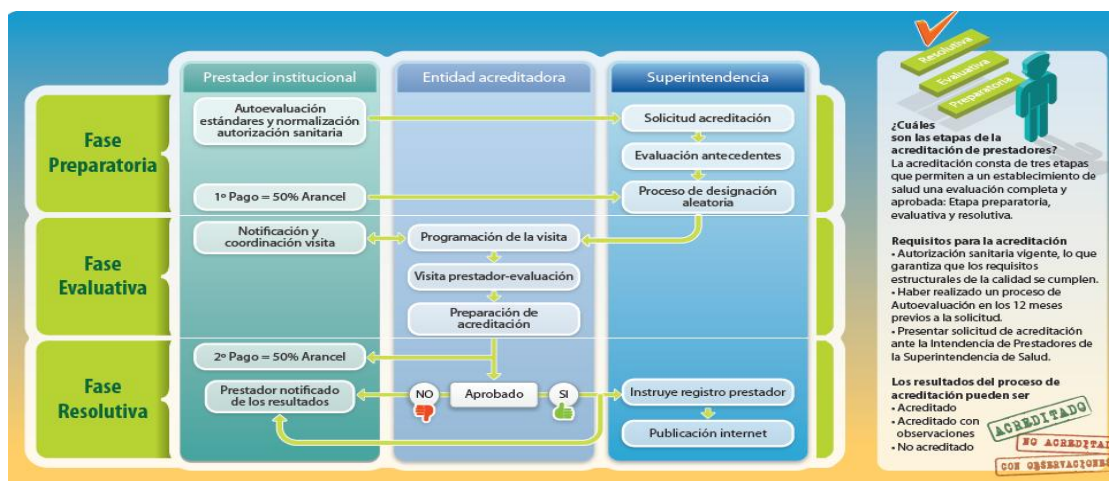
Las unidades de producción son más eficientes para resolver situaciones problemáticas si se dispone de suficiente autonomía y libertad. Estas unidades serán más autónomas en la medida en que se preserven sus capacidades adaptativas, la cantidad de información que manejan y su capacidad de auto regularse y auto organizarse permanentemente (15). Todos estos cambios convierten a la autogestión hospitalaria en un paradigma que ayuda a responder a las necesidades de salud de los usuarios y a facilitar la toma de decisiones en el hospital y en sus relaciones con el entorno.

### **2.1.3 Acreditación Hospitalaria.**

A efectos de hacer viable el propósito de mejoramiento continuo de los EAR, es necesario apoyar la gestión y así lograr su incorporación formal al sistema de evaluación de la calidad. La acreditación a prestadores institucionales -tales como Clínicas y Hospitales- se realiza periódicamente al ingresar a un proceso de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos fijados por el Ministerio de Salud (16).

Se exige que al momento en que el establecimiento ingresa su solicitud de acreditación, debe cumplir con su autorización sanitaria vigente o su demostración de cumplimiento de los aspectos definidos como mínimos reglamentarios; además debe contar con un informe de autoevaluación, realizado los 12 meses anteriores a la fecha de que se ha formalizado su solicitud de evaluación (2). Tal como se representa en el siguiente esquema que resume el proceso.

**Ilustración 1: Flujograma proceso de Acreditación Hospitalaria.**



Fuente: Superintendencia de Salud (17).

Dicho proceso de evaluación es ejecutado por Entidades Acreditadoras que son sometidas a autorización por la Superintendencia de Salud, para posteriormente ser inscritas en el Registro Público de Entidades Acreditadoras. Desde su entrada en vigencia, en marzo de 2009. El Ministerio de Salud (MINSAL) ha publicado a diciembre de 2012, 9 estándares de calidad, con sus respectivos manuales y pautas de cotejo y se ha autorizado a 19 entidades acreditadoras, las cuales han acreditado a 35 instituciones, sólo 4 de ellas son públicas (16).

El Estándar General para los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y que es aplicable al Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso desagrega sus exigencias y requisitos en ámbitos, componentes, características y verificadores. Los ámbitos a ser evaluados en el proceso de acreditación para el HEP son los siguientes: (18)

**Tabla 1: Ámbitos para Atención Cerrada.**

<b>Ámbitos</b>
Respeto a la Dignidad del Paciente.
Gestión de la Calidad.
Gestión Clínica.
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención.
Competencias del Recurso Humano.
Registros.
Seguridad del Equipamiento.
Seguridad de las Instalaciones
Servicios de Apoyo

*Fuente: Manual de Acreditación Atención Cerrada (18).*

El hospital actualmente se enfrenta al proceso de Acreditación en la fase de preparación de antecedentes, lo que obliga a plantearse el tema de gestión por procesos dentro de su gestión y analizar el impacto que éstos tienen para su trabajo cotidiano. Lo anterior explica que el hospital esté trabajando en la búsqueda de mejorar la calidad de atención y la satisfacción de los usuarios mediante procesos de mejora continua. Ello supone que la institución reciba información adecuada sobre los requerimientos de la acreditación institucional, el grado de satisfacción de sus usuarios y el apoyo metodológico necesario para mejorar la calidad de sus procesos (15).

La implantación del desarrollo de la calidad es una decisión estratégica que depende de la gerencia o dirección del establecimiento, supone necesariamente un cambio en la cultura del hospital y precisa de tiempo e inversiones en el corto y mediano plazo (19). El HEP ha desarrollado una gestión enmarcada en la calidad siendo acreedor del 2º lugar del Premio de la Excelencia Hospitalaria en el año 2002, lo que refleja su esfuerzo por alcanzar la excelencia en la gestión. (1). Además alcanzó el 5º lugar en Satisfacción Usuaría a nivel país y el 1º Lugar en Atención a los Paciente en la Encuesta Adimark. (20) mientras realiza el proceso de Autoevaluación para la Acreditación.

Lo anterior refleja el fortalecimiento de los diferentes equipos de trabajo y su dedicación en alcanzar mejores niveles de gestión, lo cual lo hace candidato idóneo para implementar la gestión por procesos.



#### **2.1.4 Gestión por procesos.**

Esta visión de procesos que, de manera incipiente, ha comenzado a incorporar el hospital bajo estudio, es una forma integradora de acercamiento a la organización que permite comprender la compleja interacción entre acciones y personas (21). La Gestión por Procesos se entiende como “la aplicación de técnicas para modelar, gestionar y optimizar los procesos de negocio de una organización”. Considerando la idea de proceso de negocio como proceso productivo donde siempre hay un producto final como resultado de una serie de etapas y operaciones a partir de los insumos componentes (22).

La gestión por procesos busca reducir la variabilidad innecesaria que aparece habitualmente cuando se producen o se prestan determinados servicios y trata de eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones, al consumo inapropiado de recursos, etc. Busca percibir a la organización como un sistema interrelacionado de procesos que contribuyen conjuntamente a incrementar la satisfacción al cliente (3).

Las organizaciones necesitan gestionar sus actividades y recursos, lo que a su vez ha derivado en la necesidad de adoptar herramientas y metodologías que permitan configurar su Sistema de Gestión. La gestión por procesos percibe a la organización, como un sistema interrelacionado de procesos que contribuyen conjuntamente a incrementar la satisfacción del usuario, para operar de manera eficaz. La identificación y gestión sistemática de los procesos que se realizan en la organización y en particular las interacciones entre tales procesos se conocen como enfoque basado en procesos, lo cual permite contribuir o llevar a la organización hacia la obtención de los resultados deseados (23)

Al ejercer un control continuo sobre los procesos dentro del sistema, se pueden conocer los resultados y cómo los mismos contribuyen al logro de los objetivos generales de la organización. Además de centrar y priorizar las oportunidades de

mejora, rediseño y comparación, visualizando a la organización como cadenas de actividades interrelacionadas que existen para cumplir con su fin: generar productos o servicios para clientes internos o externos. Estas cadenas, que son los procesos del negocio, cortan horizontalmente las áreas funcionales tradicionales y exigen un diseño que asegure un funcionamiento coordinado y eficiente del conjunto de actividades que las componen (24).

El gran objetivo de la gestión por procesos es aumentar la productividad en las organizaciones, considerando la eficiencia y la agregación de valor para el cliente. Por lo cual una organización con los procesos bien gestionados refleja las siguientes prácticas: considera en primer lugar al cliente, tiene clara su finalidad institucional, busca satisfacer las necesidades de los clientes internos, posee participantes sensibilizados con los procesos y la dirección está comprometida con la gestión de procesos (21).

Por otro lado, la Gestión por Procesos es la piedra angular tanto de la norma ISO 9001 del año 2008 como del Modelo EFQM de Excelencia (European Foundation for Quality Management), desde una perspectiva de gestionar y orientar el quehacer de la organización hacia la calidad (23). Su implantación puede ayudar a una mejora significativa en todos los ámbitos de gestión de las organizaciones. Esta evaluación, es sin duda, el primer paso obligado hacia la mejora continua que requiere la adaptación permanente para poder satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes y/o usuarios.

En resumen la gestión por procesos, apoyados por técnicas y/o herramientas de modelado, hacen fluir los documentos, facilitan la coordinación, y apoyan la realización de actividades, es decir, son los que materializan la organización en red (22). En este orden de ideas, los procesos son componentes necesarios en las organizaciones de salud, que se caracterizan por solucionar problemas en contextos crecientes de complejidad y apreciables dosis de incertidumbre, situación que también comparte el hospital bajo estudio.

## **2.2 Análisis de la problemática.**

El desconocimiento de los procesos que se llevan a cabo dentro de una organización, influye en gran medida en las metas y objetivos de ésta y ello se debe principalmente a que, si no se conocen los procesos y sus repercusiones, aumenta la probabilidad de ocurrencia de errores y la gestión deficiente tanto de recursos como de las personas. Por lo tanto la gestión por procesos abre una puerta para lograr el cumplimiento de metas y objetivos estratégicos considerando el beneficio de los clientes internos y externos de la organización.

### **2.2.1 Problemática global: Gestión de procesos en los hospitales.**

La función clásica del hospital es ingresar pacientes para tratar sus problemas de salud disponiendo de recursos humanos y tecnológicos y desarrollar una serie de procesos tendientes a tratar al paciente, teniendo en consideración que se tiene una organización compleja donde interactúan simultáneamente una serie de factores y quienes la conducen deben tener amplios conocimientos de todos los recursos necesarios para generar servicios muy heterogéneos.

Sin duda los hospitales, siendo las empresas más complejas existentes, no pueden concebirse sin una óptica empresarial, deben manejarse con el objetivo de agregar valor, desplegando todas las herramientas de gestión disponibles (25). Por lo cual la gestión del hospital moderno implica características diferentes, en disposición permanente de atender a cabalidad las expectativas y demandas del cliente, dispuestas a funcionar en un mundo de competencia a base de calidad, sustentado en los pilares de: organización, satisfacción, evaluación y disposición de permanente retroalimentación. Todo lo anterior de acuerdo a la cultura, las costumbres y leyes de la sociedad o comunidad en que está situado (26).

El levantamiento de procesos facilita el grado de aprendizaje y enfoque global e integral de las organizaciones y proporciona los elementos para intervenir,

gestionar, rediseñar y tomar decisiones apropiadas, en definitiva extraer conocimientos que se reflejen en mejoras en la atención a los pacientes. Parte importante de este avance se ha logrado con la incorporación de la Acreditación hospitalaria, pero ésta sólo da una visión limitada a los ámbitos que ha considerado prioritarios, por lo tanto, se requiere de una visión sistémica para incorporar este concepto en el personal y a nivel institucional.

Para aplicar esta metodología en los hospitales, se debe contar con un mapa de procesos que se incluya en su cartera de servicios identificando los procesos clave, en función preferentemente de su impacto sobre los resultados de la organización, en términos de satisfacción de los beneficiarios, satisfacción del personal, minimización de costes y buscar la máxima efectividad (27).

### **2.2.3 Problemática específica: Gestión por procesos en el hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso.**

La variedad y complejidad de los procesos ejecutados en los hospitales y, en especial en el hospital Dr. Eduardo Pereira, envuelve la posibilidad de cometer errores y desaprovechar los recursos, que en las entidades de salud pública son escasos. Por lo cual la gestión de los procesos permite coordinar y emplear recursos para entregar una mejor calidad de servicio y hacer más eficiente su producción.

En consideración a lo anterior, el levantamiento de los procesos es una buena herramienta para tener la visión global, pero implica un vuelco substancial en la organización de toda institución, que les permita identificar sus problemas o cuellos de botella y proyectarse hacia las necesidades de sus usuarios. Dicha gestión contempla un desafío de escucha y comprensión necesario para adaptarse a las características, flujo, ritmo y evolución de la demanda de la comunidad especialmente en el sector salud, donde se exigen respuestas cada vez más flexibles, oportunas, efectivas y eficientes (28).

Todo ello exige al menos dos cosas. En primer lugar, equipos de gestión capacitados para identificar y solucionar problemas en contextos de complejidad e incertidumbre y, en segundo lugar, que la institución sea capaz de conceptualizar y manejar las exigencias de los procesos como un cambio cultural (29). El objetivo último es la productividad que el hospital debe alcanzar y supone desarrollar las actividades que tienden a mejorar los resultados clínicos, aumentar el impacto social de éstos y hacer el mejor uso de los recursos disponibles (15).

Si bien el hospital Dr. Eduardo Pereira ha demostrado su trabajo para acercarse a la gestión de excelencia, con una dirección comprometida y por medio de la implementación de una estrategia para la acreditación, conformación de una oficina de calidad que respalda dicho proceso y personal dispuesto a avanzar en obtener resultados de calidad, el desafío podría verse facilitado con una visión compartida de la organización, que permita visualizar el rol de cada uno para conseguir los objetivos de la institución y cómo la gestión por procesos agrega valor a los beneficiarios del sistema.

Cabe señalar que con la **Reforma en Salud** y el diseño de una política pública con enfoque de derechos, queda de manifiesto la responsabilidad de accountability por parte de los hospitales, lo que supone un cambio organizacional y cultural que dé cuenta acerca de cómo la institución es capaz de gestionar sus recursos de manera eficiente y así garantizar los derechos a los usuarios.

Considerando este escenario, la **Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud Hospitalaria** también ha incorporado el concepto de procesos al quehacer hospitalario, y su mayor aporte será la evaluación de procesos desde las diferentes unidades o servicios clínicos. Sin embargo, la acreditación por sí misma difícilmente podría definir una ruta de trabajo para que el grupo directivo del hospital identifique y construya su mapa de procesos esenciales con el fin de velar porque los recursos logren cubrir las necesidades de los clientes institucionales.

Por lo tanto, se requiere de una herramienta capaz de facilitar la planeación, organización y evaluación interna de la gestión institucional en un hospital, como es el caso del **Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso**, que está incorporando nuevas estrategias de trabajo que le permitan posicionarse mejor en su red asistencial, aplicando de manera incipiente el modelo de **Gestión por procesos**, a fin de identificar sus potenciales de mejora y con ello garantizar eficiencia, efectividad y la calidad del servicio entregado a la comunidad.

En resumen, el problema central de la administración es la falta de un modelo teórico, operacional, integral y coherente que explique sus dinámicas internas frente a los nuevos desafíos que representa transformarse en un hospital **Acreditado y Autogestionado en Red**. Un modelo explicativo debe dar respuesta a las mejoras sustanciales que habrá que emprender para mantener, en el mejor estándar posible, el servicio que se entrega a la comunidad.

**Pregunta de investigación:** ¿Cuáles son los potenciales de mejora en los procesos claves existentes en el Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso?

### **3. Capítulo III: Objetivos.**

#### **3.1. Objetivo General.**

“Contribuir a mejorar la gestión por procesos del hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso, a través de la identificación y análisis de sus procesos, como herramienta que apoya la toma de decisiones y la optimización de recursos”.

#### **3.2. Objetivos Específicos.**

1. Generar el mapa de procesos del Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso.
2. Identificar los procesos claves para la gestión del Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso.
3. Identificar los potenciales de mejora en los procesos claves priorizados, para la gestión del Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso.

## **4. Capítulo IV: Metodología.**

### **4.1. Diseño de la propuesta metodológica.**

El Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso perteneciente al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio presenta un desafío sobre la situación real de sus procesos internos y sus interrelaciones. Es por ello que, apoyándose en el levantamiento de sus procesos y en el análisis de esos resultados, se espera proporcionar una herramienta de utilidad para mejorar la calidad del servicio entregado por la institución.

A continuación se presentan los métodos que estructuraron el trabajo contemplando el tipo de evaluación a desarrollar, la secuencia evaluativa, la recolección de información, análisis de la misma, limitaciones del trabajo y aspectos éticos.

#### **4.1.1 Tipo de evaluación a desarrollar.**

El siguiente trabajo se enmarca en la aplicación de metodologías de gestión en salud, a través del diagnóstico descriptivo de situaciones reales, aplicando la gestión por procesos. Este tipo de evaluación permite realizar un seguimiento de aquellos procesos que se desarrollan al interior de la institución en estudio, identificando los mecanismos mediante los cuales el Hospital está generando logros, así como detectar los aspectos que pueden no estar operando correctamente y requieren de estrategias de mejora.

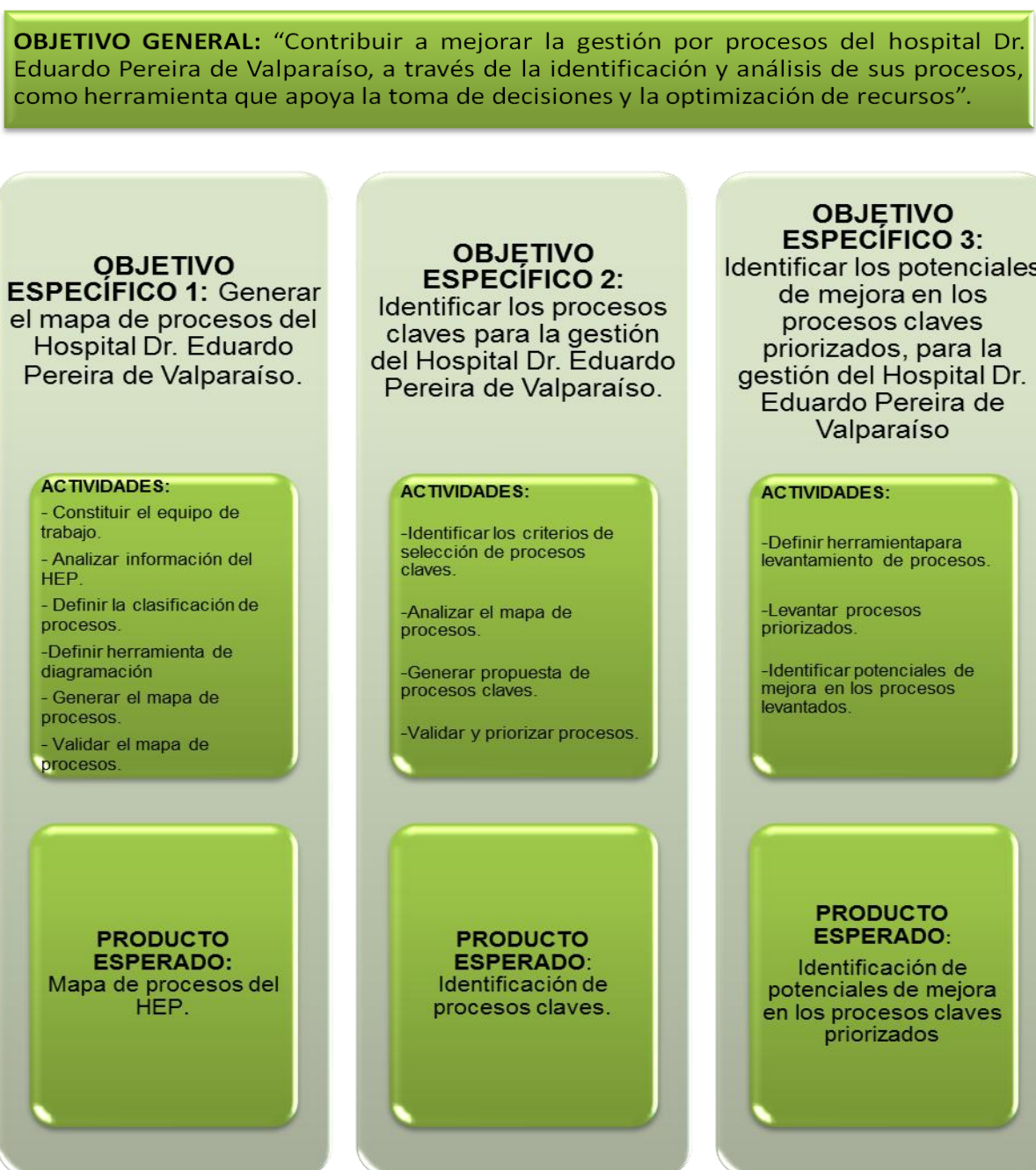
#### **4.1.2 Especificación de la secuencia evaluativa.**

En primer lugar, el objeto a evaluar corresponde a la cadena de procesos del Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso. Los resultados esperados del estudio son la identificación del mapa de procesos de la institución, los procesos claves y



sus interacciones y las propuestas de mejora que se desprendan de los procesos claves priorizados, para la mejora continua de la gestión del establecimiento. Considerando lo anterior la secuencia evaluativa se puede resumir en el siguiente esquema:

**Ilustración 2: Diagrama secuencia evaluativa.**



Fuente: Elaboración propia.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 1:** Generar el mapa de procesos del Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso.

**ACTIVIDADES:**

- **Constituir el equipo de trabajo:** Para iniciar la recopilación de información, se organizó un Equipo de Trabajo encargado de constituir la referencia técnica respecto a los procesos levantados desde la institución. Este equipo integrado por un grupo de profesionales del Hospital, con claridad respecto al quehacer institucional y a la gestión por procesos, fue definido por la Dirección del HEP. Cabe señalar que dentro de sus funciones se consideró:

- ❖ Validar los macroprocesos y procesos de trabajos levantados y modelados.
- ❖ Transferir experiencia y conocimiento de los procesos institucionales.
- ❖ Ser contraparte técnica en el levantamiento de procesos de trabajo.
- ❖ Establecer una visión integral de los procesos.
- ❖ Participar en las reuniones de trabajo que el levantamiento de procesos requiera.
- ❖ Generar instancias de acceso a las unidades dependientes, para el levantamiento de información.

El equipo de trabajo quedó conformado por las siguientes personas, presentadas en la Tabla 2.

**Tabla 2: Equipo de Trabajo HEP.**

Nombre	Cargo
Dr. José Miguel Verscheure Soto	Director
Dra. Mónica Berenguer Amilivia	Subdirectora Medica
Ing. Com. Alis Catalán Araya	Subdirectora Administrativa (s)
EU. Alejandra Cancino Salces	Subdirectora de Enfermería
EU Ana Benz Núñez	Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente

*Fuente: Elaboración propia.*

Cabe señalar que el trabajo inicial se desarrolló con un grupo de trabajo diferente conformado por la Dra. Loreto Vent Castillo Subdirectora Médica quien actualmente cumple funciones en el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio como Subdirectora de Gestión Asistencial. Situación similar ocurrió con la Ing. Leticia Zamorano Rojas, Subdirectora Administrativa, quien cumple funciones en el mismo servicio como Subdirectora de Recursos Físicos y Financieros. Por lo tanto el proyecto debió ser presentado a las nuevas autoridades, explicado su contexto, para continuar con la investigación contando con el apoyo del Director Institucional.

- ***Analizar información del HEP:*** Se recibieron y analizaron los siguientes insumos proporcionados por el Hospital, a fin de determinar los procesos internos: la planificación estratégica vigente, la pauta de evaluación de acreditación y de autogestión hospitalaria, la cartera de servicios del hospital, entre otros documentos como el organigrama de la institución, las cuentas públicas de años anteriores, la información provista en la página web del HEP, entre otros. Además se llevaron adelante entrevistas sostenidas con el equipo de trabajo y la Dirección, incluyendo visitas a terreno, para validar la ejecución in situ de los procesos.

A partir de ésta información, se generó una propuesta inicial de los macroprocesos institucionales, identificando las prestaciones que el HEP realiza a sus pacientes y los procesos asistenciales y administrativos bajo los cuales cumple su función. La mayor dificultad en esta etapa fue desligar la visión de estructura organizacional basada en Departamentos o Unidades funcionales que tiene el hospital, donde se tiende a perder la imagen clara y global acerca de qué se está haciendo y para quién (27) y llevarla a una visión basada en la gestión por procesos, que posee una estructura más integrativa.

- **Definir la clasificación de los procesos:** Debido a la naturaleza diversa de los procesos, no existe una tipología única para la identificación de los mismos. Sin embargo, aunque todos los autores del tema coinciden en que se hace necesaria una clasificación para facilitar la identificación y selección de los procesos, no existe un acuerdo establecido, ni una terminología común entre ellos en cuanto a su clasificación (30). Fue parte de este trabajo seleccionar la clasificación más adecuada para el hospital en estudio.

Frente a la definición de tipología de procesos fue necesario estudiar a fondo las diferentes tipologías existentes y cuyo análisis detallado se aprecia en el Anexo N° 02: “Clasificación y análisis de tipologías de procesos”, pero que básicamente se centra en la comparación de las propuestas y justificaciones de los autores, con el fin de elegir la clasificación que represente y agrupe los procesos de la manera más sencilla y aplicable al HEP. La siguiente tabla resume el análisis realizado:

**Tabla 3: Clasificación y análisis de tipologías de procesos.**

Zariatiegui, R.	Caselles J.	Universidad Miguel Hernández	Servicio de calidad de la atención sanitaria	Arriola, A.
Estratégicos	Directivos	Estratégicos	Estratégicos	
Operativos	Operativos	Fundamentales	Claves	Finales
De Apoyo	De Soporte	Soporte	Soporte	Apoyo
<b>Análisis</b>				
Aplicables a diferentes ámbitos			Específicas al ámbito hospitalario	
rechazada	rechazada	rechazada	rechazada	<b>seleccionada</b>

*Fuente: Elaboración propia.*

Se puede apreciar que todos los autores presentan una estructura similar para definir la tipología de procesos, donde las tres primeras propuestas están definidas para ser aplicadas a cualquier tipo de organización, dado que entregan definiciones generales para que su aplicabilidad se ajuste a diferentes rubros. Ahora bien como el objeto de estudio es el HEP, se definió como criterio de selección que la tipología se enfocara en el ámbito hospitalario, dejando a las dos últimas tipologías como posibles candidatas. En base al análisis realizado la tipología más adecuada es la propuesta por el último autor (Arriola, A), ya que es específica para el modelo de atención u operacional que caracteriza a las

organizaciones hospitalarias, por lo que da una respuesta clara acerca de cómo se agruparán los procesos del Hospital, y por lo tanto es seleccionada para su implementación. (Para mayor detalle ver Anexo N°2)

- **Definir herramienta de diagramación:** La necesidad de identificar y modelar procesos de negocios, ha causado una creciente necesidad de usar técnicas y herramientas apropiadas para su identificación, modelado y análisis. La popularidad del modelado de procesos ha resultado en un rápido crecimiento de técnicas y herramientas de modelado (31). Por lo cual la definición de la técnica de diagramación para los procesos del HEP, fue parte del trabajo desarrollado.

Para ello se recopiló la información de las técnicas de diagramación más populares a la fecha, dentro de las cuales se seleccionaron aquella que presentan más ventajas para esta aplicación en comparación a las demás técnicas, este punto es abordado de forma detallada en el Anexo N°03: “Selección técnica de diagramación”. En resumen, la principal fuente de información para definir, en primera instancia, las técnicas a estudiar fueron los siguientes documentos:

- Notaciones y lenguajes de procesos. Una visión global. Autor: Juan Diego Pérez (32).
- Estudio de técnicas para el modelado de procesos aplicadas a organizaciones proveedoras de salud. Autor: Liliana Olguín Lara (33).

De esta forma se recopilaron un total de siete técnicas que podrían describir los procesos dentro de una organización:

- I. Diagrama de Flujo.
- II. Diagrama de Flujo de Datos.
- III. Redes de Petri Coloreadas.
- IV. Metodología ARIS.
- V. Familia IDEF.
- VI. UML.
- VII. Diagrama de Procesos de Negocio.

A partir de estas técnicas, se generó una pre-selección mediante los siguientes criterios: modelar procesos de negocio y modelar procesos de organizaciones de gran tamaño y complejidad. Del resultado de esta pre-selección, se realizó una segunda evaluación asociada a 7 criterios detallados en el Anexo N° 03, declarando a la técnica Business Processes Modeling Notation (BPMN) como la técnica seleccionada para modelar el Mapa General de los procesos del HEP y los procesos claves priorizados.

- **Generar el mapa de procesos:** Considerando la clasificación de procesos definida, se identificó, determinó y sistematizó la lista de procesos de la organización. Por medio de técnicas de trabajo en grupo, se generó la representación gráfica de los procesos del HEP en base a la estructura de diagramación seleccionada para dichos fines.

En primer lugar, se trabajó en desarrollar el listado de procesos del hospital que dan forma al mapa de procesos. Dicho listado se abordó con el equipo de trabajo y principalmente con el Director del establecimiento, sobre todo en aquellos procesos que presentaban ambigüedades en su categorización o en aquellos que eran desarrollados por el Consultorio del adulto que también forma parte del hospital, generando como resultado la siguiente estructuración:

**Tabla 4: Lista de Procesos Finales del HEP.**

<b>Procesos Finales</b>		
<b>Gestión del Usuario</b>		
<b>Proceso de Atención a las personas</b>	Procesos de Gestión AUGÉ-SOME	Procesos de Gestión Sugerencias y Reclamos
	Proceso de Gestión Camas	Proceso de Recaudación
	Proceso Gestión de Admisión	Proceso de Comunicación y Relaciones públicas
	Procesos de Gestión servicio social comunitario	Proceso de Recaudación
<b>Clínicos</b>		
<b>Proceso de Atención abierta</b>	Proceso Atención del Adulto	Proceso Atención domiciliaria
	Proceso Cirugía Menor y Ambulatoria	Proceso Atención odontología
	Proceso de Gestión del dolor	Proceso de Gestión del Cuidado
<b>Proceso de Atención cerrada</b>	Proceso Atención Medicina Interna	Proceso de Gestión del Cuidado
	Proceso Atención Cirugía	Proceso Atención Odontología
	Proceso Atención Pensionado	

*Fuente: Elaboración propia.*

**Tabla 5: Listado de procesos de apoyo HEP.**

<b>Procesos de Apoyo</b>		
<b>Procesos de Apoyo Clínico</b>		
<b>Proceso de Apoyo diagnóstico y terapéutico</b>	Proceso Laboratorio clínico	Procesos Anatomía patológica
	Procesos de Farmacia	Proceso Nutrición de paciente
	Proceso Atención Kinesiología	Procesos de Imagenología
<b>Proceso de Apoyo Logístico</b>		
<b>Procesos de Gestión de Abastecimiento</b>	Proceso de Alimentación	Proceso de Ropería
	Proceso de Esterilización	Proceso de Abastecimiento
<b>Procesos de Gestión de Soporte físico</b>	Proceso de Mantenimiento	Proceso de Servicios Generales
<b>Proceso de Gestión de Distribución</b>	Proceso de Transporte	
<b>Proceso de Apoyo Administrativo</b>		
<b>Proceso de Gestión Estratégica</b>	Proceso Plan estratégico	
<b>Proceso de Gestión de Finanzas</b>	Proceso de Contabilidad	Proceso de Planificación financiera
<b>Procesos de Gestión de RRHH</b>	Proceso de Personal	Proceso de Prevención de riesgo
	Proceso de Capacitación	Proceso de Bienestar
<b>Proceso de Provisión de información</b>	Proceso de Estadística	Proceso de Marketing
	Proceso de Informática	Proceso de Calidad y Seguridad del Paciente
	Proceso de Auditoría	

*Fuente: Elaboración propia.*

Con dicho listado se trabajó en una propuesta preliminar para el diagrama de macroprocesos del HEP y se desarrolló el proceso de diagramación en el software Bisagi Process Modeler. Si bien el mapa general de procesos es generado de manera satisfactoria en el software, se presenta el inconveniente de determinar las relaciones entre sus procesos dado que significa conocer un número amplio de uniones que pueden obstaculizar el orden y visión del mapa general, para lo cual se desarrolla una segunda propuesta más sencilla que explica de mejor manera los procesos para efectos de presentación en el hospital y su validación por parte del grupo directivo.

- **Validar el mapa de procesos:** Finalmente la información fue sometida a validación por parte del Hospital, a fin de retroalimentar los procesos de avance que se obtuvieron con el estudio y minimizar los errores por omisiones o distorsiones en la información entregada. Dicha validación de la información y los resultados obtenidos fue realizada con la plana directiva liderada por el Director del HEP, Sr. José Miguel Verscheure, pues sus conocimientos y posición dentro del vértice estratégico de la institución, permiten entregar una visión globalizada de ésta y respaldar los resultados de la presente investigación.

**PRODUCTO ESPERADO:** Mapa de procesos del HEP.



**OBJETIVO ESPECÍFICO 2:** Identificar los procesos claves para la gestión del Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso.

**ACTIVIDADES:**

- **Identificar criterios de selección para determinar procesos claves:** Una vez aprobado el mapa de procesos, se trabajó con el equipo institucional para establecer los criterios de selección que permitieron identificar los procesos claves para alcanzar los objetivos estratégicos para el periodo 2011-2014. Cabe señalar que en base a la discusión con el equipo de trabajo el criterio de selección de los procesos fueron dichos objetivos, los cuales se detallan a continuación:

**Tabla 6: Objetivos estratégicos para el periodo 2011-2014, HEP.**

Área	Objetivo
Sustentabilidad Financiera	Aumento de los ingresos.
	Racionalizar los gastos.
	Obtener Autorización Sanitaria.
	Dar cumplimiento a las características exigidas en la Acreditación.
Eficiencia y Eficacia Operacional	Mejorar los Sistemas de Información internos y externos de la organización.
	Gestionar con los usuarios relevantes de la Red; HCVB y Atención primaria el ingreso y egresos de los pacientes, y recursos utilizados.
	Relacionar con énfasis la eficiencia y eficacia de las prestaciones con altos niveles de seguridad de la atención.
	Implementar un sistema de costo de prestaciones.
Calidad y seguridad en las atenciones técnicas percibidas	Tender a obtener los máximos estándares de calidad.
	Relacionar la eficiencia y eficacia de las prestaciones con altos niveles de seguridad en la atención.
Personal motivado, comprometido y profesionalizado	Revisar y rediseñar las políticas de RR.HH. de HEP, de acuerdo a los nuevos lineamientos.
	Diagnosticar la brecha entre indicadores Ministeriales v/s lo real, en el área clínica.
	Profesionalizar áreas críticas administrativas.
	Generar cambio en la cultura organizacional en base a las nuevas exigencias.
	Mejorar sistema de incentivos.
	Alinear plan de capacitación con plan estratégico y de desarrollo del Hospital.
Desarrollo Sistemas de Información Internos Óptimos	Incorporar sistemas de información, comunicación y operación que permitan al equipo estratégico y directivo, desempeñe sus funciones de una manera efectiva y cotidiana.
	Diseñar y mantener herramientas computacionales para facilitar el acceso a la información.
Análisis Estratégico Sistemático de Resultados	Difundir la Planificación Estratégica.
	Generar un sistema de información de las bases hacia los niveles directivos superiores con retroalimentación.
Potencializar la Imagen Externa	Aplicar Marketing Estratégico.

*Fuente: Hospital Dr. Eduardo Pereira (20).*



- **Analizar el mapa de procesos desarrollado en base a los criterios de selección establecidos:** Se identificaron los procesos claves del Hospital Dr. Eduardo Pereira por medio de los criterios establecidos en el punto anterior y posteriormente se definió como herramienta de trabajo la matriz de correlación, que vincula tanto los objetivos estratégicos como los procesos hospitalarios, considerando el impacto del proceso y los beneficios para el usuario tal como lo señala la siguiente ilustración.

**Ilustración 3: Matriz de correlación.**

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Objetivo 1 Objetivo 2 Objetivo 3 Objetivo 4 Objetivo 5 Objetivo 6	O B J E T I V O	O B J E T I V O	O B J E T I V O	O B J E T I V O	O B J E T I V O	O B J E T I V O	Tipos de correlación: ● Alta = 10 puntos ○ Media = 5 puntos x Baja = 1 punto				
							1	2	3	4	5
Proceso 1		●	○	○	○				25	10	250
Proceso 2	●		●		●				30	10	300
Proceso 3	x	○	●	●					26	10	260
Proceso 4	○	○	○	○	●				30	5	150
Proceso 5		●	●	○					25	5	125
Proceso 6	○	●	●	○	○	○			40	10	400
Proceso 7	○	○	x	○	x	●			27	10	270
Proceso 8		○	○	○					15	5	75
Proceso 9	○	●	●	○	○				35	10	350

Fuente: Programa especial de mejora en la gestión pública (35).

En el Anexo N° 04: “Determinación de procesos claves del HEP” se detalla el estudio de la utilización de la Matriz de Correlación y los resultados obtenidos de dicha aplicación.

- **Generar propuesta de procesos claves:** La evaluación de impacto realizada con la información entregada por la matriz de correlación, proporcionó la puntuación utilizada para generar un listado preliminar a ser discutido con el equipo de trabajo.
- **Validar y priorizar información con el Equipo de trabajo:** En esta etapa se sostuvieron reuniones para validar los criterios de selección, analizar el modelo de procesos en base a ellos y, finalmente, aprobar los procesos claves propuestos

determinando una priorización para el levantamiento en base a la opinión de expertos conformada por el Equipo de trabajo.

Con el listado preliminar obtenido y en reuniones de trabajo con la alta dirección del hospital se identifican 10 procesos prioritarios para potenciar la consecución de los objetivos estratégicos. De esta primera selección se llegó a un grupo de 3, que serán levantados en la siguiente etapa. Esta decisión fue tomada principalmente considerando el factor tiempo y recurso humano disponible para la actividad.

**PRODUCTO ESPERADO:** Identificación de procesos claves para la gestión del HEP, en base al mapa de procesos y los criterios establecidos.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 3:** Identificar los potenciales de mejora en los procesos claves priorizados, para la gestión del Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso.

**ACTIVIDADES:**

- **Definir herramienta para el levantamiento:** Con el fin de optimizar y estructurar las entrevistas y visitas a terreno, se utilizaron y aplicaron las herramientas que contempla la gestión por procesos para recopilar la información del quehacer interno de los 3 procesos prioritarios. Para ello se determinó trabajar con una ficha de procesos que contempla los siguientes aspectos:

**Tabla 7: Ficha de procesos.**

<b>Criterios</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Nombre del entrevistado</b>	Registro del personal institucional con el cual se levantó la información.
<b>Nombre del procesos</b>	Cada proceso a levantar se le asignará un “nombre” que refleje en la mejor manera posible la naturaleza de las actividades que contiene, de acuerdo al trabajo de equipo realizado en la Institución.
<b>Tipo de Proceso.</b>	Clasificar en proceso final y en proceso de apoyo.
<b>Propietario del proceso</b>	Quién ejerce la responsabilidad de llevar adelante el proceso.
<b>Objetivo</b>	¿Cuál es el propósito del Proceso? Finalidad del proceso. ¿Para qué? o ¿Cuál es su razón de ser?
<b>Alcance</b>	Definición de límites o márgenes de cada proceso: Incluye Inicio y Término.
<b>Entradas</b>	¿Qué se necesita para generar las salidas?
<b>Proveedores</b>	¿Quiénes suministran las entradas
<b>Salidas</b>	¿Qué se genera en el proceso para los clientes?
<b>Clientes</b>	Elaboración de una lista de clientes a los que va dirigido el producto y/o servicio.
<b>Participantes</b>	Elaboración una lista de los participantes en el proceso.
<b>Interacción de procesos</b>	¿Cómo se relaciona con el resto? Seguir y describir enlaces e interacción de procesos.
<b>Documentación</b>	Identificar si el proceso está documentado (o parte de él)
<b>Variables de control</b>	Posee variables de control
<b>Indicadores</b>	Posee indicadores
<b>Registros</b>	Para evidenciar la conformidad del proceso y de los productos con los requisitos.
<b>Potenciales de mejora</b>	Señalar 3 potenciales de mejora en base al entrevistado

*Fuente: Elaboración propia con información de Arriola, A (33).*

El formato de la ficha de procesos utilizada puede ser observada en el Anexo N° 05: “Ficha de procesos”.

- **Levantar los procesos priorizados:** Se trabajó con el equipo institucional para establecer los canales de comunicación con las áreas de pertinencia dentro del hospital. Se sostuvieron reuniones con los responsables de los procesos y con

parte del personal a cargo, con el fin de tener la mayor cantidad de información para su análisis posterior.

Los procesos fueron levantados con las 3 unidades consideradas como prioritarias por el hospital. El levantamiento fue desarrollado de forma paralela en las unidades dependiendo de la disponibilidad de los participantes. Cabe señalar que las reuniones con las áreas responsables de los procesos claves priorizados por el hospital en varias ocasiones se debieron reagendar, principalmente considerando el dinamismo institucional, lo cual fue retrasando la investigación desarrollada.

- **Identificar los potenciales de mejora:** En base a los diagramas y a las fichas de procesos (de los tres procesos identificados como claves), se extrae un listado con los potenciales de mejora detectados durante el levantamiento. Dichos potenciales de mejora fueron señalados por los participantes y se ordenaron en base a los siguientes parámetros que forman parte de la estructura de procesos:

- Entradas o insumos (E).
- Salidas o productos/servicios (S).
- Soporte físico (SF).
- Recurso humano (RH).
- Estructura Organizacional (EO).
- Control de proceso (C).
- Cadena de transformación del proceso (P).

La siguiente ilustración presenta cómo fueron analizados los potenciales de mejora.

**Tabla 8: Análisis de potenciales de mejora.**

Nombre del proceso	Potenciales de Mejora							OBSERVACIONES
	E	SF	RH	EO	P	C	S	
Proceso 1								
Proceso 2								
Proceso 3								

*Fuente: Elaboración propia.*

**PRODUCTO ESPERADO:** Identificación de los potenciales de mejora de los procesos claves priorizados del HEP.

### **4.1.3 Recolección de la información.**

Como fue detallado en el punto anterior la recopilación de información está basada en la dinámica que se establece con el Equipo de trabajo, este grupo dio los accesos necesarios para comenzar con los levantamientos. Cabe destacar que el tipo de información será tanto cualitativa (entrevistas al Equipo de Trabajo y a las unidades y servicios del hospital, además del análisis documental de las herramientas entregadas por los organismos reguladores), como información de tipo cuantitativa (indicadores de gestión de la planificación estratégica, autogestión y autoevaluación para la acreditación hospitalaria). Las fuentes principales de acceso a la información son el MINSAL, Superintendencia de Salud y el Hospital en estudio.

Respecto a la información cualitativa fue parte de una serie de entrevistas a realizar durante los primeros meses del estudio tanto con la alta dirección del hospital, como con cada una de las unidades y servicios que éste posee. Además se entregó acceso a las reuniones del Comité de Gerencia y de la Oficina de Calidad y Seguridad del paciente. Dicha información de tipo cualitativa fue validada, para reflejar fielmente la realidad del quehacer hospitalario.

De la información cuantitativa se cuenta con el acceso a los datos de indicadores de gestión del hospital, los avances respecto al proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria, información relativa a la autoridad sanitaria, etc. sustentados en el Sistema de Información en Gestión y Calidad en Salud (SIS-Q), a fin de identificar brechas y puntos críticos para la institución. Además se utilizaron como insumos las pautas de cotejo de la Acreditación y de Autogestión, instrumentos emanados desde la Superintendencia de Salud y del MINSAL respectivamente.

#### **4.1.4 Análisis de la información.**

El análisis de la información recopilada se realizó por medio de la aplicación de técnicas asociadas a la gestión por procesos. Su foco central está en la diagramación del mapa de procesos a fin de entregar una herramienta visual de fácil comprensión para el hospital. Este trabajo tiene por principal objetivo el mapeo de la organización, como un sistema de procesos interrelacionados que entrega la oportunidad de distinguir entre procesos finales y de apoyo, constituyendo el primer paso para identificar procesos claves a evaluar en mayor detalle.

#### **4.1.5 Limitaciones.**

Las limitaciones del estudio están asociadas al nivel de información disponible. Dado que no existen modelos de evaluación teóricos de procesos en la gestión hospitalaria, la información disponible está orientada a estudios de empresas y deben ajustarse a la realidad de salud.

Por otra parte se aprecia que los instrumentos que se utilizan son de reciente vigencia en nuestro país como es el caso de los instrumentos de Acreditación y Autogestión Hospitalaria.

#### **4.1.6 Aspectos éticos.**

Se tomaron los resguardos necesarios para proteger la confidencialidad de la información emanada desde el hospital, manteniendo su uso como reservado. Además los resultados obtenidos y sus aplicaciones, está bajo el acuerdo establecido con el HEP para efectos de su difusión.

## 4.2 Implementación de la propuesta metodológica.

### 4.2.1 Plan de trabajo.

Para lograr los objetivos que se plantearon en el punto 3 de este documento, se propone la siguiente estructura de trabajo, a fin de distribuir adecuadamente las actividades dentro de los plazos, tal como se establece en la siguiente tabla:

**Tabla 9: Plan de trabajo**

Objetivo	Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Generar el mapa de procesos del Hospital	Constituir Equipo de trabajo.	X					
	Analizar información del HEP.	X	X				
	Definir clasificación de procesos	X	X				
	Generar listado de procesos del HEP	X	X				
	Estructurar propuesta del mapa de procesos	X	X				
	Validar diagrama de procesos		X				
Identificar procesos claves para la gestión del Hospital	Definir los criterios para identificar procesos claves en la gestión del HEP		X				
	Analizar modelo de procesos, en base a los criterios identificadas.		X	X			
	Identificar procesos claves para la gestión			X			
	Validar información.			X			
Identificar potenciales de mejora en los procesos priorizados	Priorizar procesos claves identificados			X			
	Definir herramientas para el levantamiento y diagramación de procesos priorizados	X	X				
	Levantar procesos claves priorizados			X	X		
	Identificar potenciales de mejora			X	X		
	Generar propuestas de mejora				X		
	Validar información.				X	X	
	Presentación de resultados al hospital						X
	Presentación de resultados a la Universidad						X

*Fuente: Elaboración propia.*

## 5 Capítulo V: Resultados.

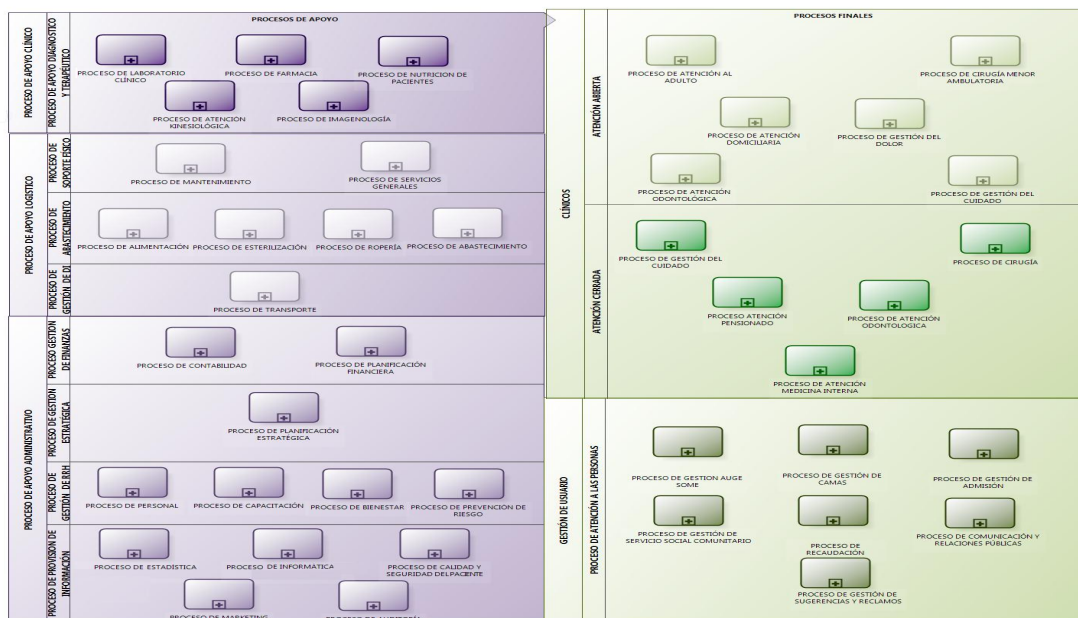
### 5.1 Resultado obtenidos.

Los resultados que se obtienen a partir de la metodología y su implementación dan respuesta al cumplimiento de los objetivos trazados por el presente estudio para el caso del hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso y se presentan a continuación:

#### 5.1.1 Mapa de procesos del Hospital Dr. Eduardo Pereira.

En base al listado de procesos y la técnica de diagramación descrita en el capítulo anterior (técnica BPMN), es posible diseñar el mapa de procesos mediante el uso del software Bizagi Process Modeler. Una primera propuesta de los macro procesos se muestra en la siguiente ilustración.

Ilustración 4: Macroprocesos del Hospital Dr. Eduardo Pereira.



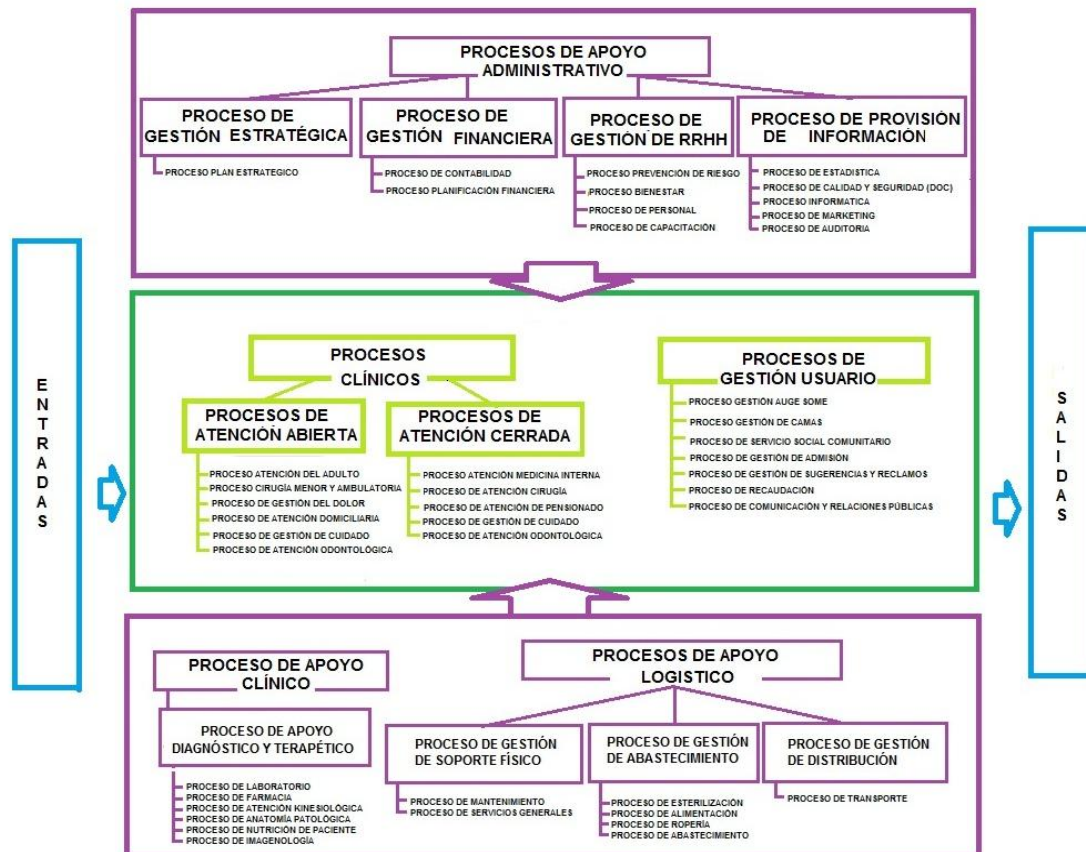
Fuente: Elaboración propia, con el programa Bizagi Process Modeler.



En la figura anterior se presentan los macroprocesos del HEP, considerando la tipología de procesos seleccionada, en donde se destacan en color verde los procesos finales: compuesto por procesos clínicos y procesos de gestión del usuario, mientras que en color violeta se encuentran los procesos de apoyo: compuesto por procesos de apoyo administrativo, apoyo logístico y de apoyo clínico. Como se puede apreciar, la propuesta de la ilustración 4, detalla claramente la tipología a la cual pertenecen, lo que entrega un orden y claridad al momento de ser presentado. La limitación que presenta el mapa es que no da cuenta de las relaciones entre procesos lo que dificulta su comprensión, es por ello que se hace necesario dibujar un detalle de este mapa de procesos, el cual se puede observar a continuación:

**Ilustración 5: Detalle del mapa de procesos del HEP.**

MACROPROCESOS HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA DE VALPARAISO



Fuente: Elaboración propia.

Dicho diagrama proporciona una visión sistémica del hospital, facilitando la comprensión de la orientación de la organización hacia el cliente. Además al visualizar el funcionamiento de la institución, facilita el diseño de los flujos de información desde una perspectiva global y de valor, permitiendo que la cooperación exceda las barreras organizativas y departamentales, fomentando el trabajo en equipo e integrando eficazmente a las personas (3). Una visión más ampliada del mapa de procesos del HEP de acuerdo a su tipología se presenta en el Anexo N° 06: “Detalle del mapa de procesos del HEP”

### 5.1.2. Identificación de procesos claves.

Utilizando la matriz de correlación descrita en el capítulo anterior, se trabajó con el equipo institucional en correlacionar cada uno de los procesos definidos, con los 22 objetivos estratégicos, tal como presenta la siguiente ilustración, donde se estableció por criterio de experto como nivel de corte los cuarenta puntos para determinar si el proceso es clave para el HEP.

**Ilustración 6: Matriz de Correlación de procesos y Objetivos Estratégicos.**

PROCESOS		LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA (*)																						TOTAL			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
P. Finales	P. Gestión del usuario	P. de Atención a las personas	P. de Gestión AUGE-SOME	5	5		5	10	10		5	5										5	1	51			
			P. de Gestión Camas		1		10	10	10		5	5									5	5			1	52	
			P. Gestión de Admisión	1	1		10	10	10		5	5									5				1	48	
			P. de Gestión Servicio social comunitario				1	5				1											1		10	18	
			P. de Gestión de Sugerencias y Reclamos				5	10				5										5	5		5	10	45
			P. de Comunicación y Relaciones públicas				1	10															10		10		31
			P. de Recaudación	10																							11

PROCESOS		LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA (*)																						TOTAL	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
P. Finales	P. Clínicos	P. de Atención del adulto			5				5	1	1	5											5	23	
		P. Cirugía menor y ambulatoria			5					1	1	1													8
		P. Gestión del dolor			5					1	1	1													8
		P. Atención domiciliar CA								1	1	1													3
		P. Atención odontología			5					1	1	1													8
		P. de Gestión del Cuidado			5	5				10		10													30
		P. Atención medicina interna			5					1	1	1													8
		P. Atención cirugía			5					1	1	1													8
		P. Atención pensionado			5					1	1	1													8
		P. de Gestión del Cuidado			5					1	1	1													8
	P. Atención odontología			5					1	1	1													8	
	P. de Apoyo	P. de Apoyo Clínico	P. de Laboratorio clínico			5				1	1	1												8	
			P. de Farmacia			5				1	1	1													8
			P. de Atención Kinesiología							1	1	1													3
			P. de Imagenología			5				1	1	1													8
			P. de Nutrición de paciente							1	1														2
			P. de Anatomía patológica			5				1	1	1													8
		P. de Apoyo Logístico	P. de Ropería			10	5					1													16
			P. de Esterilización			10	5					1													16
			P. de Alimentación		1	10	5					1													17
			P. de Abastecimiento	1	10	5	5	1		10		10				5	1				1	1			50
			P. de Servicios generales			10	5					1													16
P. de Gestión de SF					1	1																			2
P. de Distribución	P. de Transporte			1	1																		2		

PROCESOS			LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA (*)																				TOTAL			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		21	22	
P. de Apoyo Administrativo	P. Gestión de Financiera	P. de Planificación financiera		5																					16	
		P. de Contabilidad	5	5											1											11
	P. Gestión Estratégica	P. Plan Estratégico	5	5	1						1		5	5										10		32
	P. Gestión de RRHH	P. de Personal				5				1	5		10	10	10	10	10	5	10				5			81
		P. de Capacitación				5			5		1		5		10	10		10	10							56
		P. de Prevención de riesgo				5			10		10					1				5					5	36
		P. de Bienestar				1			10		5		1		1				10						5	33
	P. Gestión de la Información	P. de Estadística	1	5		1		10		10				5	5					10	5			5		57
		P. de Informática		1		1		10		5					1					10	10	10	10	5		63
		P. de Auditoría		1						5	1		1		1											9
		P. de Calidad y Seguridad del Paciente				10	10			10	10					1									5	46
		P. de Marketing					10									1									10	21

Fuente: Elaboración propia, en coordinación con el Equipo de trabajo institucional.

(\*) Lineamientos Estratégicos HEP.

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA	
OE1	Aumentar los ingresos
OE 2	Racionalizar los gastos
OE 3	Obtener Autorización Sanitaria
OE 4	Dar cumplimiento a las características exigidas en la Acreditación
OE 5	Mejorar los Sistemas de Información internos y externos de la organización
OE 6	Gestionar con los usuarios relevantes de la Red; HCVB y Atención primaria el ingreso y egresos de los pacientes, y recursos utilizados
OE 7	Relacionar con énfasis la eficiencia y eficacia de las prestaciones con altos niveles de seguridad de la atención
OE 8	Implementar un sistema de costo de prestaciones
OE 9	Tender a obtener los máximos estándares de calidad
OE 10	Relacionar la eficiencia y eficacia de las prestaciones con altos niveles de seguridad en la atención
OE 11	Revisar y rediseñar las políticas de RR.HH. de HEP, de acuerdo a los nuevos lineamientos
OE 12	Diagnosticar la brecha entre indicadores Ministeriales v/s lo real, en el área clínica
OE 13	Profesionalizar áreas críticas administrativas
OE 14	Generar cambio en la cultura organizacional en base a las nuevas exigencias
OE 15	Mejorar sistema de incentivos
OE 16	Alinear plan de capacitación con plan estratégico y de desarrollo del Hospital
OE 17	Gestionar un programa de salud laboral
OE 18	Incorporar sistemas de información, comunicación y operación que permitan al equipo estratégico y directivo, desempeñar sus funciones de una manera efectiva y cotidiana.
OE 19	Diseñar y mantener herramientas computacionales para facilitar el acceso a la información
OE 20	Difundir la Planificación Estratégica
OE 21	Generar un sistema de información de las bases hacia los niveles directivos superiores con retroalimentación
OE 22	Aplicar Marketing Estratégico

En el anexo N°07 se encuentra una visión ampliada de esta matriz, desde donde - con este primer análisis-, se estableció un ranking de 10 procesos claves para la institución, procesos que quedan reflejados en la siguiente tabla con su correspondiente ponderación.

**Tabla 10: Procesos Claves identificados en el HEP.**

Procesos	Tipo	Puntuación obtenida
P. de Personal	Proceso de Apoyo	81
P. de Informática	Proceso de Apoyo	63
P. de Estadística	Proceso de Apoyo	57
P. de Capacitación	Proceso de Apoyo	56
P. de Gestión Camas	Proceso Final	52
P. de Gestión AUGÉ-SOME	Proceso Final	51
P. de Abastecimiento	Proceso de Apoyo	50
P. de Gestión de Admisión	Proceso Final	48
P. de Calidad y Seguridad del Paciente	Proceso de Apoyo	46
P. de Gestión de Sugerencias y Reclamos	Proceso Final	45

*Fuente: Elaboración propia.*

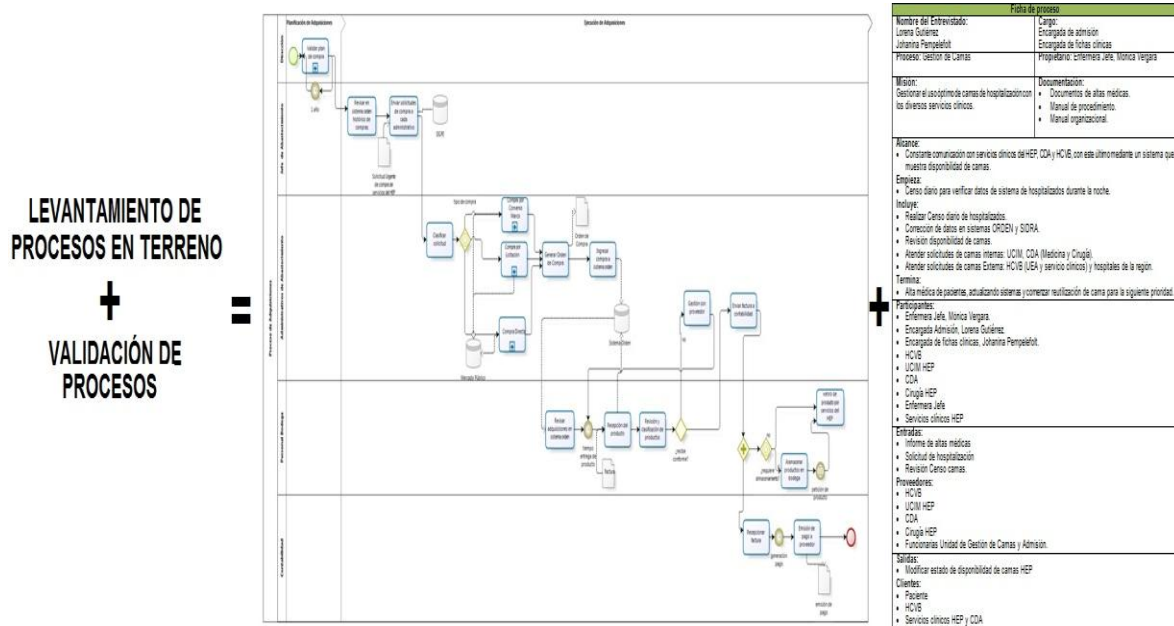
De estos procesos se decidió, en acuerdo y coordinación con la Alta dirección del Hospital y el Equipo de trabajo, realizar el levantamiento detallado de los siguientes procesos como parte de este trabajo de tesis:

- “Gestión de camas” principalmente por su repercusión en el área clínica como puerta de entrada la atención de los pacientes. Además se trata de un proceso que funciona en el contexto de la red asistencial.
- “Gestión de Abastecimiento” el hospital desea ver el funcionamiento de este proceso de apoyo principalmente porque durante el año 2013 se trabajaría en ampliar las responsabilidades de esta área, contemplando la incorporación de nuevo recurso humano. De esta manera se tendrá una ruta de navegación más clara que permita orientar los rediseños y la capacitación de los nuevos profesionales.
- “Gestión de Calidad” (Generación de documentos para la Acreditación) principalmente considerando que el hospital espera enfrentarse al proceso de acreditación el año 2013 y para ello debe demostrar que su oficina de calidad está trabajando bajo esta mirada global.

### 5. 1.3 Potenciales de mejora.

El primer trabajo desarrollado se basó en un levantamiento en terreno, de cada uno de los procesos claves priorizados por la institución de salud. Cada proceso quedó expresado por medio de las Fichas de Procesos y sus respectivos Diagramas, tal como ejemplifica la siguiente ilustración.

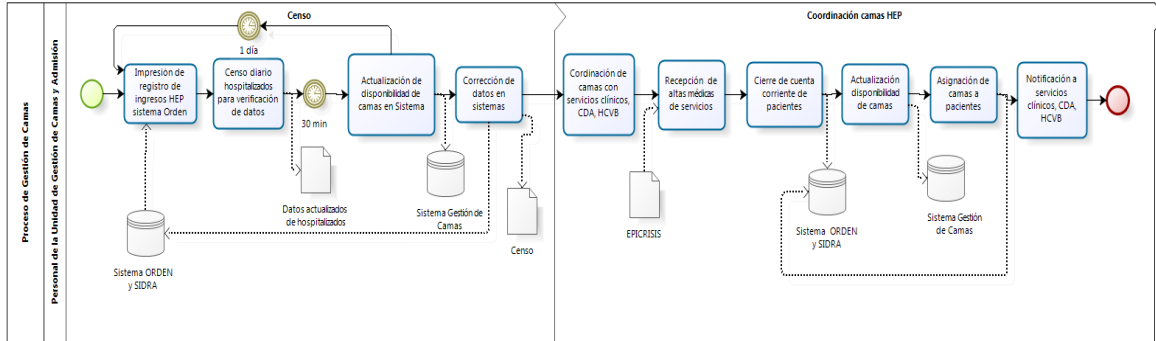
**Ilustración 7: Ejemplo de representación gráfica y ficha.**



Fuente: Elaboración propia.

El levantamiento fue desarrollado en primera instancia con los Jefes de cada una de las áreas en estudio, luego se realizó la misma actividad con cada uno de los funcionarios asociados al proceso, de esta manera lograr la visión general para cada uno de ellos. A continuación se exponen las representaciones gráficas de cada uno de los procesos seleccionados. En los anexos se puede encontrar el detalle:

## Ilustración 8: Proceso Gestión de Camas.

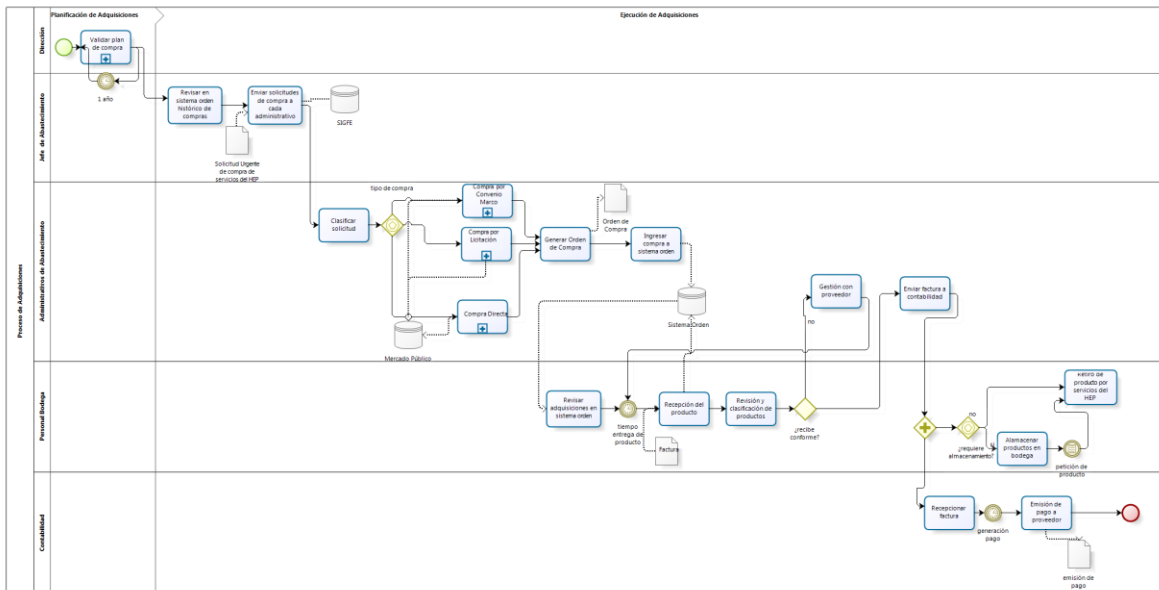


Powered by  
bizagi  
Modeler

Fuente: Elaboración propia, con el programa Bizagi Process Modeler.

Se recomienda ver el anexo N° 08: “Proceso Gestión de Camas”, donde se detalla el diagrama y además se incluye la ficha de procesos asociada y las entrevistas correspondientes al levantamiento realizado en terreno.

## Ilustración 9: Proceso de Gestión de Abastecimiento.

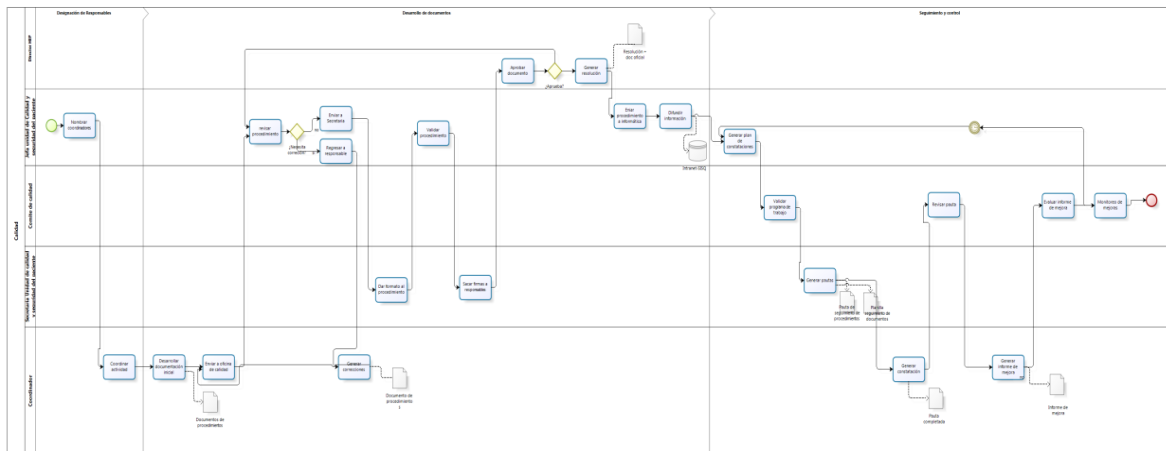


Powered by  
bizagi  
Modeler

Fuente: Elaboración propia, con el programa Bizagi Process Modeler.

Se recomienda ver el anexo N° 09: “Proceso de Gestión de Abastecimiento”.

### Ilustración 10: Proceso de Gestión de Calidad.



Fuente: Elaboración propia, con el programa Bizagi Process Modeler.

Se recomienda ver el anexo N° 10: “Proceso de Gestión de Calidad”.

A raíz del levantamiento de información proporcionado por cada integrante de los procesos analizados se llegó a la siguiente matriz de potenciales de mejora: (Ver Anexo N° 11 donde se detalla la construcción de esta tabla)

**Tabla 11: Potenciales de mejora identificados.**

PROCESO	Potenciales de Mejora							OBSERVACIONES
	E ENTRADA	SF SOPORTE FÍSICO	RH RECURSOS HUMANOS	EO ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	P PROCESO	C CONTROL	S SALIDA	
<b>Gestión de camas</b>		X	X			X		Centradas en el soporte informático y coordinación en red.
<b>Gestión de Abastecimiento</b>		X X			X			Concentradas en la infraestructura y en los sistemas de registro
<b>Gestión de Calidad</b>	X					X X		Foco en la entrada y los sistemas de control y monitoreo

Fuente: Elaboración propia.

La tabla anterior nos permite observar cómo en el caso del proceso de “Gestión de Camas”, sus potenciales de mejora están sustentados en el soporte físico, específicamente el sistema que permite realizar las coordinaciones de camas con



el resto de la red asistencial. Otro de los puntos a destacar son las limitantes presentadas por el recurso humano que realiza los registros durante la noche, detectando falencias en el llenado de los datos para el sistema, datos que deben ser completados posteriormente. Finalmente, otro de los puntos a optimizar está en el control del proceso a través del sistema que se utiliza en red, lo que requiere de trabajo coordinado con los demás establecimientos pero -por sobretodo-, con las unidades de medicina y cirugía del hospital.

Para el caso del proceso “Gestión de Abastecimiento” sus puntos de mejora están enfocados principalmente al soporte físico representado por dos aspectos claves. En primera instancia la infraestructura que no favorece los flujos de trabajo y es una limitante a la hora de mantener los diversos insumos para el hospital y, en segunda instancia, el soporte informático para sustentar la actividad diaria, en donde se detectan carencias del portal de compras y de la red del hospital. Otro de los aspectos a potenciar está radicado en el proceso propiamente tal, dada la alta cantidad de registros que deben generarse y su seguimiento en formato no digital. La unidad también ve como potencial de mejora, la posibilidad de trabajar de manera conjunta con los diferentes usuarios de los insumos y servicios que ellos abastecen, para que las especificaciones realmente cumplan con lo que se requiere y se disminuya la cantidad de inconformidades.

Finalmente para el caso del proceso de “Gestión de Calidad”, sus potenciales de mejora están centrados en la entrada del proceso, donde los procedimientos descritos por las diferentes unidades del HEP, deben ser revisados y formateados varias veces antes de obtener una versión definitiva. Si bien esto ha mejorado por concepto de la Acreditación y el rol de la propia unidad, puede ser optimizado. Además se detectan aspectos posibles de mejorar en el manejo de los documentos de acreditación en la etapa de firma de responsables, lo cual retrasa la generación de documentación oficial. Finalmente, otro de los aspectos de mejora radica en las constataciones en terreno donde se requiere mayor apoyo de las diferentes unidades para implementar sus planes de mejora continua.

Considerando lo anterior se recomienda que el HEP en el corto y mediano plazo realice:

**Gestión de Camas:**

- Una revisión del sistema empleado para la gestión de camas, trabajando con el resto de la red para revisar requerimientos de mejora, que pudieran ser incorporados por el área informática del Servicio de Salud correspondiente.
- Capacitar en el registro de camas al personal que realiza esta actividad durante la noche, a fin de evitar la repetitividad de acciones.

**Gestión de Abastecimiento:**

- Disposición de nuevas dependencias para la unidad de Abastecimiento considerando la reestructuración que sufrirán durante el 2013. Además se recomienda una revisión del proceso presentado, de esta manera sincronizar las actividades que desarrollarán los nuevos integrantes de esta área, a fin de contar con una visión sistémica.

**Gestión de Calidad:**

- Presentar el proceso de Gestión de Calidad en el comité de gerencia para que todo el hospital esté al tanto de cómo se lleva adelante la generación de documentos para la acreditación y cómo se enfrenta su seguimiento. De esta manera se podrá estar más preparado para enfrentar la visita de los evaluadores.

Cabe señalar que tanto los levantamientos, diagramas, fichas, matrices, y potenciales de mejora generados, fueron validados por el equipo de trabajo institucional. Dicha etapa de validación fue clave para el desarrollo de este trabajo y permitió incorporar mejoras a los productos presentados, en base a la experiencia y conocimiento del quehacer hospitalario que este grupo mantiene.

## 6 Capítulo VI: Discusión o comentarios.

El trabajo anterior refleja la consecución de cada uno de los objetivos planteados al inicio de este documento. Dichos objetivos sólo fueron alcanzados gracias al esfuerzo y apoyo constante del personal del Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso, quienes brindaron los espacios para realizar esta exploración y se abrieron a esta nueva metodología, viendo en ella una nueva herramienta de trabajo.

Durante la investigación se debió enfrentar el desafío de modificar el grupo de trabajo institucional, lo cual implicó presentar nuevamente la metodología y los objetivos trazados para iniciar el proceso de levantamiento de la información. Por otra parte también se debió flexibilizar las etapas de validación, dado que en muchas ocasiones, las reuniones no podían llevarse adelante, considerando el nivel de urgencia que se maneja en una institución de salud como ésta. No obstante, lo anterior no fue un impedimento que limitara el desarrollo del trabajo expuesto.

En el diseño del mapa de procesos se presentaron dos propuestas distintas, de manera que al momento de su validación se optara por la más adecuada, en cuanto a su claridad para ser presentada frente al personal del HEP. Cabe destacar que durante esa validación ambas propuestas para el mapa de procesos, fueron aprobadas por el Director institucional, pero se optó por la segunda estructura (Ilustración 5, pág. 39) para ser presentada, dado que es mucho más sencilla de asimilar por funcionarios nuevos, pacientes y sus familiares. La propuesta diseñada en BPMN de los macroprocesos del hospital será finalmente la empleada para presentar a los Jefes de unidades y de esta manera sensibilizarlos con esta técnica de diagramación.

Uno de los aspectos a destacar radica en la motivación presentada por el Director institucional de continuar el levantamiento de los demás procesos definidos como claves en esta investigación, que lamentablemente no fueron abordados por

factores asociados al tiempo y al recurso humano disponible. Se recomienda abordar dichos procesos con estudiantes de la carrera de Ingeniería Civil Biomédica de la Universidad de Valparaíso que pudieran ser instruidos en esta metodología basada en la gestión por procesos.

Finalmente desde la perspectiva de la Acreditación y de la mejora continua del hospital, la metodología planteada en esta investigación ha tenido una buena aceptación, considerando la posibilidad de seguir ampliando el análisis a otros procesos, a fin de modificar la cultura institucional, basando la toma de decisiones en el enfoque de procesos.

## 7 Capítulo VII: Conclusiones

### 7.1 Conclusiones.

- La investigación desarrollada, logró que el hospital diera una mirada a la gestión por procesos y se planteara el desafío de aplicar herramientas de ingeniería en el ámbito de la salud, apoyando la toma de decisiones en este tipo de metodología, a fin de encontrar en ella optimizaciones para su gestión institucional y en red.
- El trabajo abordó una primera etapa de lo que es la gestión por procesos, en la cual se diseñó un mapa de procesos del hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso, identificando los macroprocesos que plasman su quehacer institucional, dando pie a trabajar sobre los procesos claves para la consecución de sus objetivos estratégicos.
- Se definió una tipología enfocada al ámbito hospitalario en la que se definieron las siguientes categorías para los procesos: Procesos Finales (procesos operacionales o clínicos y procesos relacionados con el usuario) y Procesos de Apoyo (procesos de apoyo administrativo, procesos de apoyo logístico y procesos de apoyo clínico).
- Se definió la técnica de diagramación idónea para esta organización y sus procesos (BPMN). Técnica que permitió entregar de manera clara los procesos y, desde ahí, sensibilizar al personal hospitalario sobre las herramientas de ingeniería que están a su disposición para mejorar la gestión de las diferentes áreas hospitalarias.
- La determinación de los procesos claves, gracias a la aplicación de la matriz de correlación, permitió identificar procesos relevantes de ser explorados para alcanzar los objetivos estratégicos y focalizar los recursos, mejorando la gestión interna, en base al criterio de expertos.

- Se detallaron los procesos claves para el hospital Dr. Eduardo Pereira, definiendo propuestas de mejoras acordes a la realidad institucional. Dichos procesos son: “Gestión de Camas” en donde las estrategias de mejora están orientadas en el soporte informático y el trabajo en red, “Gestión de Abastecimiento” cuyo trabajo futuro va de la mano de la infraestructura y los sistemas de registro y finalmente “Gestión de Calidad” proceso que requiere focalizar mejoras en las actividades de control y monitoreo continuo.
- Cabe destacar que todo el trabajo realizado está enfocado sólo al hospital Dr. Eduardo Pereira, sin embargo es posible aplicar la metodología de trabajo en otro hospital utilizando la misma tipología y técnica de diagramación, ya que de acuerdo al estudio realizado son los métodos más apropiados para ser aplicados en el ámbito hospitalario. Sólo se requiere de un grupo de trabajo comprometido y de una cultura organizacional enfocada en la gestión de procesos.

## **7.2 Trabajos futuros.**

Esta investigación abre una serie de trabajos posibles, dentro de los cuales se destaca la posibilidad de replicar esta metodología en otro de los hospitales pertenecientes al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, para ir ampliando el enfoque de gestión por procesos en la red asistencial.

A modo de trabajos futuros, también cabe destacar que lo realizado sólo corresponde a una primera etapa de la gestión por procesos, por lo tanto, existe una serie de etapas para contribuir con éste tipo de gestión en el HEP.

Por otra parte, se podría contribuir al desarrollo de proyectos que aborden las propuestas de mejoras planteadas en este documento, consistentes en optimizar la coordinación y gestión de sistemas en red, generar actividades de control y monitoreo de procedimientos internos y desarrollar iniciativas para mejorar la infraestructura hospitalaria.

Se podría continuar levantando y analizando los procesos claves que por razones de tiempo no fueron explorados, aplicando las mismas técnicas de diagramación y registro, así como también identificar los potenciales de mejora de ellos. Además se podría desarrollar en concreto los proyectos planteados como propuestas de mejora de los tres procesos levantados en esta investigación, así proporcionar alternativas de solución a los problemas encontrados en la institución.

## 8 Capítulo VIII: Bibliografía.

- (1) HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA. “Reseña del Hospital Dr. Eduardo Pereira”. <http://www.hep.cl>. Accedido el 10 de Noviembre de 2012.
- (2) CONCHA J. “Garantía de calidad en salud, modelo organizacional para una gestión asistencial de excelencia en la provisión de servicios de salud en Chile”. Cursos Pre Congreso Salud Pública, Universidad de Chile. Santiago. Chile. 2010.
- (3) PÉREZ FERNÁNDEZ DE VELASCO J. “Gestión por procesos”. 4° edición. Editorial Esic. 2010.
- (4) ZÚÑIGA, A. “Sistemas sanitarios y Reforma AUGE en Chile”. Acta Bioethica. 2007.
- (5) VERGARA M. “La dicotomía del Estado-Mercado del sector de salud en Chile”. Estudios Sociales, de la Corporación de Promoción Universitaria, N°108, Semestre 2. 2001.
- (6) MUÑOZ F. “Política de salud con enfoque de Derecho” (presentación power point). Curso de Gestión en Salud, Magister de Salud Pública, Universidad de Chile. Santiago. Chile. 2011.
- (7) NANCUANTE, U. & ROMERO, A. “La Reforma de Salud. Instituto de políticas Públicas y Gestión Salud y futuro”. Universidad Andrés Bello. Editorial Biblioteca Americana. 2008.
- (8) VERGARA, M & BISAMA, L. “Autogestión hospital en red I: Competencias esenciales para la gestión”. Revista Chilena Salud Pública 2009; Volumen 13 (3), 163-168.
- (9) ALARCÓN A. “El tránsito a la Autogestión Hospitalaria en Chile”. Revista Chilena de Salud Pública. 2009. Volumen 13 (3); 125-127.
- (10) ALARCÓN A. “Herramientas de gestión de salud, enfoques para la discusión” (presentación power point). Escuela Internacional de Verano, Universidad de Chile. Santiago. Chile. 2008.



- (11) GONZÁLEZ M. "Health service decentralization in Mexico: formulation, implementación, and results". Health Policy Plan. 1989.
- (12) RETAMAL, M. "Autogestión hospitalaria en cifras". Revista Chilena de Salud Pública 2009; Volumen 13 (3): 169-174
- (13) GÓMEZ, P. "Gestión de Redes Asistenciales" (Presentación power point). Chile. 2009
- (14) VERGARA, M & BISAMA, L. "Autogestión Hospitalaria en red II: El método". Revista Chilena de Salud Pública 2010. volumen 14 (1) , 52-58
- (15) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe". Washington, DC. OPS. 2001.
- (16) SUPERINTENDENCIA DE SALUD. "Proceso de acreditación para prestadores institucionales". <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-propertyvalue-3140.html>. Accedido el 02 de Noviembre de 2012.
- (17) SUPERINTENDENCIA DE SALUD. "Flujo de la Acreditación". [http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/articles-6327\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/articles-6327_recurso_1.pdf). Accedido el 02 de Noviembre de 2012.
- (18) SUPERINTENDENCIA DE SALUD. Manual del Estándar General de Acreditación para prestadores institucionales de Atención Cerrada. [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7132\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7132_recurso_1.pdf). Accedido 10 de Octubre de 2012.
- (19) QUALITY ASSURANCE PROJECT. "Sustaining Quality of Healthcare: Institutionalization of Quality Assurance". USA. 2002
- (20) HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA. "Cuenta Pública Hospital Dr. Eduardo Pereira". año 2012.
- (21) BRAVO J. "Gestión de procesos Alineados con la estrategia". Editorial Evolución. 4° Edición. 2011
- (22) BARROS, O. "Ingeniería e-business, Ingeniería de negocios para la economía digital". Editorial Lom Ediciones. 2004.
- (23) ARRIOLA, A. "Consultoría para el levantamiento de procesos del programa de Derechos Humanos del Servicio Médico Legal". Santiago. 2008.

- (24) MALAGÓN G, ET AL. "Administración Hospitalaria". Editorial Panamericana. 2ª Edición. 2000.
- (25) REVISTA IM INFORMÁTICA MÉDICA, "Informática, Salud y Gestión". Edición N° 4. Mayo 2011, pág. 37
- (26) ASENJO, M. "Las claves de la gestión hospitalaria". Editorial Amat .2002
- (27) LEMUS, J. ARAGUES, V & LUCIONI, M. "Administración hospitalaria y de las organizaciones de atención en salud". Corpus Editorial. 2009.
- (28) BENNIS W. "Changing Organizations". New York. McGraw Hill. 1996.
- (29) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, División de Desarrollo de sistemas de Servicios de Salud. "II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública". Washington DC. 1999.
- (30) ARRIOLA A. "Enfoques de administración de procesos, Identificación y gestión de procesos claves" (presentación power point). Clase de Procesos Hospitalarios, Universidad de Valparaíso. Valparaíso. Chile. 2012.
- (31) WHITE, S. "Introducción a BPMN" web site: [http/ www.bpmn.org/document/OMG%20BPMN%20Tutorial.pdf](http://www.bpmn.org/document/OMG%20BPMN%20Tutorial.pdf). Accedido 15 de septiembre de 2012.
- (32) PÉREZ, J. "Notaciones y lenguajes de procesos". Una visión global España. 2007
- (33) OLGUÍN, L. "Estudio de técnicas para el modelado de procesos aplicadas a organizaciones proveedoras de salud". Universidad de Valparaíso. 2011.
- (34) HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA. "Objetivos estratégico hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso". 2010.
- (35) PROGRAMA ESPECIAL DE MEJORA DE LA GESTIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA 2008-2012. "Matriz de Correlación". México. 2008.
- (36) ZARATIEGUI, J. "La Gestión de procesos: Su papel e importancia en la empresa". 1999.
- (37) CASELLES, J. "Gestión pro procesos: Innovación y Mejora". Universidad Lleida. 2003.

- (38) UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ. "Manual de Diseño de procesos". España, 2010. <http://calidad.umh.es/files/2010/09/procesos.pdf>. Accedido el 24 de octubre de 2012.
- (39) SERVICIO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA. "La gestión por procesos". Toledo. 2002.
- (40) ARRIOLA, A. "La Gestión de Procesos", Documento Docente, Universidad de Valparaíso. 2008.
- (41) SANCHIS, R. POLAR, R. & ORTIZ, A. "Técnicas para el modelado de procesos de negocios en cadenas de suministros". 2009.
- (42) OLIVA, F & VERA, R. "Diseño del mapa de procesos". Universidad de Valparaíso. 2011.
- (43) LANKIN, R. CAPON, N. & BOTTEN, N. "BPR enabling software for the financial services industry", Management Services. 1996.
- (44) EDWING, G. "Análisis Estructurado"  
[http://www.calivent.8m.com/tesis\\_sistemas/anaestru1.html](http://www.calivent.8m.com/tesis_sistemas/anaestru1.html). Accedido el 27 de octubre de 2012.
- (45) BIZAGI. "BPMN 2.0 Poster"  
[http://www.bizagi.com/docs/BPMN\\_Quick\\_Reference\\_Guide\\_ENG.pdf](http://www.bizagi.com/docs/BPMN_Quick_Reference_Guide_ENG.pdf)  
Accedido el 08 de septiembre de 2012.

## 9 Anexos.

## **Anexo N°01: Glosario de Términos.**

**Actividad:** Es la suma de tareas; por lo general se agrupan en un procedimiento para facilitar su gestión. La secuencia ordenada de actividades da como resultado un subproceso o un proceso. Normalmente se desarrolla en un departamento o función (27).

**Clientes:** Se define como beneficiario interno (otras personas o grupos dentro de la organización) y como beneficiario externo (consumidores o usuarios) (27).

**Diagrama:** Herramienta gráfica para facilitar la comunicación, la ejecución y el análisis de los procesos (3)

**Dueño del proceso:** Es un rol ejecutivo a quien se le encomendó velar por el buen desempeño de un proceso, de principio a fin. Cuenta con la autoridad suficiente como para modificar el diseño del proceso y monitorear el nivel de los indicadores, especialmente para aumentar la satisfacción del cliente (23)

**Gestión por procesos:** Es una forma de gestionar toda la organización basándose en los procesos. Es por tanto una forma de organización diferente de la clásica organización funcional, en la que prima la visión de beneficiario sobre las actividades de la organización (29).

Es una disciplina de gestión que ayuda a la dirección de la empresa a identificar, representar, diseñar, formalizar, controlar mejorar y hacer más productivos los procesos de la organización para lograr la confianza del cliente (23).

**Indicador:** Es un dato o un conjunto de datos que ayudan a medir de forma objetiva la evolución de un proceso o de una actividad (29)

**Macroprocesos:** Proceso global de gran alcance que normalmente suele atravesar las delimitaciones funcionales (3).

**Mapa de procesos:** Provee una visión de conjunto, holística de todos los procesos de la organización. El mapa de proceso debe estar siempre actualizado y pegado en las paredes de cada gerencia, para comprender rápidamente el quehacer de la organización. (23)

**Procedimiento:** Es la descripción detallada de un proceso. Si el proceso es muy extenso, puede ser a nivel de etapas o versiones del mismo. En todo caso debe ser reconocible desde el mapa de procesos (23).

**Proceso:** Conjunto de recursos y actividades interrelacionados que transforman elementos de entrada en elementos de salida. Los recursos pueden incluir personal, finanzas, instalaciones, equipos, técnicas y métodos (27)

**Procesos claves:** Son aquellos procesos que inciden de manera significativa en los objetivos estratégicos y son críticos para el éxito del negocio (27).

**Sub proceso:** Son partes bien definidas en un proceso. Su identificación puede resultar útil para aislar los problemas que pueden presentarse y posibilitar diferentes tratamientos dentro de un mismo proceso (27)

**Visión de procesos:** Es una forma integradora de acercamiento a la organización que permite comprender la compleja interacción entre acciones y personas distantes en el tiempo y el espacio (23).

## **Anexo N°02: “Clasificación y análisis de tipologías de procesos”**

Existen diversos autores que han expresado la forma en que es posible definir las tipologías de procesos, todas desde un punto de vista distinto. Es necesario realizar un estudio para determinar que tipología se encuentra más acorde para ser utilizada en el ámbito hospitalario, la cual es necesaria para luego realizar el mapa general de procesos del HEP, y posteriormente la identificación de procesos claves.

De acuerdo a las fuentes bibliográficas se destacan los siguientes autores con su respectiva definición de tipología de procesos:

### **1. Zariategui, J: “La Gestión por Procesos: Su papel e importancia en la empresa” (36).**

El presente autor entrega una visión general en la definición de la tipología de procesos, ya que muestra un punto de vista desde el nivel empresarial. Para ello, se definen tres tipos de procesos:

- **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.
- **Procesos operativos:** procesos destinados a llevar a cabo las acciones que permiten desarrollar las políticas y estrategias definidas para la empresa, afín de dar servicio a los clientes. De estos procesos se encargan los directores funcionales, que deben contar con la cooperación de los otros directores y de sus equipos humanos.
- **Procesos 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.

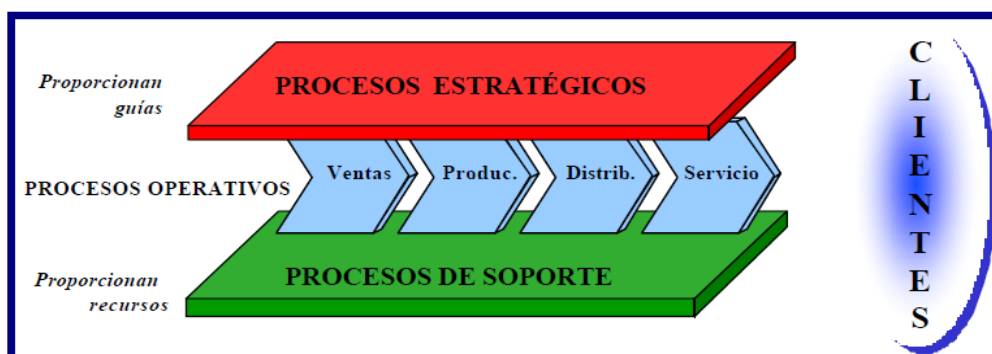
## 2. Caselles J: “Gestión por Procesos: Innovación y mejora” (37).

Al igual que la tipología mencionada con anterioridad se definen tres tipos de procesos:

- **Procesos operativos:** son aquellos que impactan directamente sobre la satisfacción del cliente y cualquier otro aspecto de la misión de la organización. Son procesos operativos típicos: los de venta, producción y servicio post-venta.
- **Procesos de soporte:** son procesos que no están ligados directamente a la misión de la organización, pero resultan necesarios para que los procesos operativos lleguen a buen fin. Como ejemplos están el proceso de formación del personal, o el de mantenimiento especializado de equipos de producción.
- **Procesos directivos o estratégicos:** son los que proporcionan directrices a los demás procesos, es decir, indican cómo se deben realizar para que se orienten a la misión y la visión de la empresa.

Además se presenta un esquema que representa la distribución de dicha tipología de procesos definida:

Ilustración 11: Tipología Caselles.



Fuente: Caselles, J. (37)



### 3. Universidad Miguel Hernández: “Manual de diseño de procesos” (38).

Se presentan tres tipos de procesos con una visión hacia el servicio de gestión y control de la calidad dentro de la Universidad Miguel Hernández:

- **Procesos estratégicos:** son aquellos que proporcionan directrices a todos los demás procesos y son realizados por la dirección o por otras entidades. Se suelen referir a las leyes ó normativas aplicables al servicio y que no son controladas por el mismo.
- **Procesos fundamentales:** son aquellos que atañen a diferentes áreas del servicio y tienen impacto en el cliente creando valor para éste. Son las actividades esenciales del servicio, su razón de ser.
- **Procesos de soporte:** son aquellos que dan apoyo a los procesos fundamentales que realiza un servicio.

El documento presenta además, un ejemplo aplicado a la Universidad Miguel Hernández en la que se sigue una estructura en la gestión por procesos, partiendo desde la determinación de la tipología de procesos a utilizar, pasando luego por el diseño del mapa de procesos en el que se distribuyen por tipología los procesos, para finalmente entregar un plan de análisis de datos. En la etapa final se describen los indicadores a aplicar y cómo serán medidos en la Universidad Miguel Hernández. La limitante del documento queda de manifiesto en su enfoque sólo en la aplicación de la tipología al ejemplo de la Universidad Miguel Hernández. No obstante las definiciones entregadas para la tipología de procesos pueden ser aplicadas para todo tipo de empresa de negocios.

#### 4. Servicio de calidad de la atención sanitaria: “La Gestión por Procesos”.

Se definen tres tipos de procesos para una institución sanitaria (39):

- **Procesos Claves:** son aquellos que afectan de modo directo la prestación de servicio asistencial y por tanto a la satisfacción del cliente externo (paciente).
- **Procesos Estratégicos:** son aquellos que permiten desarrollar e implantar la estrategia en la institución sanitaria.
- **Procesos de Soporte:** son aquellos que permiten la operación de la institución sanitaria y que sin embargo no son considerados clave por la misma.

La principal ventaja que presenta el documento se basa en su enfoque basado en la aplicación en instituciones de Salud, es decir sus definiciones y metodología de trabajo está centrada en la tipología de procesos enfocada al ámbito sanitario. Además entrega toda una estructura de las principales ventajas de la gestión por procesos y que es lo que la diferencia de la gestión por procesos. Cabe destacar además, que el documento presenta el cómo pueden ser modelados dichos procesos según su tipología. La técnica correspondiente de la cual se menciona que puede ser utilizada para el diseño del mapa con su respectiva tipología, es la técnica IDEF.

## 5. Arriola, A: “La Gestión de Procesos” (40).

En él se presentan dos tipos de procesos generales con sus respectivas subdivisiones a modo de ser aplicadas en el ámbito hospitalario:

### a) Procesos Finales:

- **Procesos de relación con el usuario:** Corresponden a las actividades de relación con los usuarios, la disponibilidad de los servicios de la cartera definida por el establecimiento, la atención, la accesibilidad, agilidad de la respuesta, requerimientos de orientación e información, etc.
- **Procesos Clínicos:** Corresponden a las actividades que conforman los procesos que proveen los servicios finales de los procesos de producción del establecimiento y que representan el propósito de éste. Los servicios finales del establecimiento son la atención abierta y cerrada, es decir, aquellas actividades que dicen relación con el diagnóstico, indicaciones terapéuticas y la gestión de los cuidados.

### b) Procesos de Apoyo:

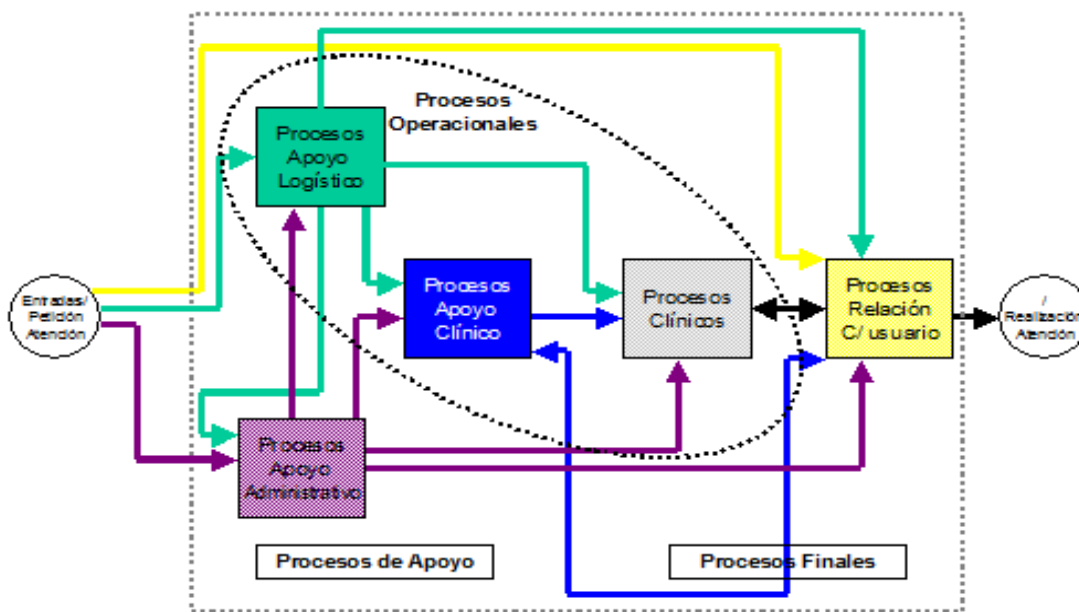
- **Procesos de Apoyo Clínico:** Corresponden al conjunto de procedimientos que son parte del proceso productivo y cuyos productos se requieren como insumos para la provisión de la atención abierta y cerrada, que se entregan a los usuarios del establecimiento. Se diferencian de los procesos de apoyo logístico porque en la realización de sus actividades se efectúan sobre o partir del paciente, el paciente participa directamente o de alguna forma en el proceso.
- **Procesos de Apoyo Logístico:** Corresponden a la realización de las actividades de gestión del flujo de materiales, suministros, insumos y servicios de apoyo en una organización, es decir, todas aquellas actividades que involucran el movimiento de materias primas, materiales y otros insumos, forman parte de los procesos logísticos, al igual que todas

aquellas actividades que ofrecen un soporte adecuado para la transformación de dichos elementos en productos terminados.

- **Procesos de Apoyo Administrativo:** Corresponden a todas aquellas actividades que proveen servicios de apoyo y que no participan en el proceso operacional de la organización y no tienen relación directa con el usuario. Son las actividades de soporte necesarias para que el establecimiento pueda cumplir su propósito.

Un esquema que representa la distribución de ésta tipología y sus correspondientes relaciones se muestra en la siguiente ilustración.

**Ilustración 12: Relaciones entre procesos de un hospital.**



*Fuente: Arriola, A. (40)*

En la siguiente tabla se presenta a modo de resumen las tipologías que presenta cada autor analizado anteriormente.

**Tabla 12: Clasificación de procesos.**

<b>Autor</b>	<b>Propuesta tipología procesos</b>		
Zaratiegui, J.R.	Procesos Estratégicos	Procesos Operativos	Procesos de Apoyo
Caselles, J	Procesos Estratégicos o Directivos	Procesos Operativos	Procesos de Soporte
Universidad Miguel Hernández	Procesos Estratégicos	Procesos Fundamentales	Procesos de Soporte
Servicio de calidad de la atención sanitaria	Procesos Estratégicos	Procesos Claves	Procesos de Soporte
A. Arriola	Procesos Finales	Procesos de Apoyo	
	-Procesos Clínicos - Procesos de Relación Usuario	-Procesos de Apoyo clínicos -Procesos de apoyo logístico -Procesos de apoyo administrativo	

*Fuente: Olguín, L. (33)*

En base a la bibliografía presentada, se puede apreciar que todos los autores presentan una estructura similar para definir la tipología de procesos, en donde se destacan tres procesos generales:

- Procesos operacionales.
- Procesos de apoyo.
- Procesos estratégicos.

Ahora bien, para poder determinar cuál tipología de procesos se utilizará, se determinó como criterio de selección que la tipología se encuentre enfocada al ámbito hospitalario, considerando que el objeto de estudio es el hospital Dr. Eduardo Pereira. Con ello las 3 primeras tipologías quedan fuera de este análisis, ya que entregan lineamientos generales, que las hacen aplicables a cualquier rubro, pero no necesariamente al ámbito hospitalario.

Lo anteriormente descrito, concentra la exploración en las dos últimas tipologías propuestas, llegando a la conclusión que la tipología más adecuada es la propuesta por el último autor analizado - Arriola, A.- ya que entrega las herramientas necesarias para que sea aplicada al quehacer hospitalario. Dicho autor ha utilizado la tipología en el área de la salud y específicamente en hospitales, además considera una sub clasificación de los procesos tanto finales como de apoyo, presentados en la siguiente tabla:

**Tabla 13: Procesos finales y de apoyo.**

Tipología de procesos seleccionada Arriola, A.	
Procesos Finales	Procesos de relación con el usuario
	Procesos clínicos
Procesos de Apoyo	Procesos de apoyo clínico
	Proceso de apoyo logístico
	Proceso de apoyo administrativo

*Fuente: Elaboración propia.*

La tipología seleccionada será implementada en el HEP, esperando lograr una visión sistémica de dicha organización que le permita identificar problemáticas específicas y optimizar la toma de decisiones.

## Anexo N°03: “Selección técnica de diagramación”

### Aspectos Previos

Es de vital importancia abstraer el concepto de “proceso de negocio” a la industria de la salud, dado que transforma elementos y recursos para generar prestaciones de salud (que esperan generar valor en los clientes) implica identificar y modelar los procesos que realiza para su optimización o reingeniería (41)

### Etapas selección de técnica de modelado de procesos

A continuación se justificarán los criterios de selección de la técnica de diagramación a emplear para el mapeo de los procesos realizados por el hospital Dr. Eduardo Pereira. En resumen, esta técnica deberá ser desarrollada en un software lo suficientemente robusto y eficaz, capaz de mapear los diferentes niveles organizacionales del HEP de forma integrada y sencilla. A continuación se describen los módulos que se debieron desarrollar para obtener la técnica de diagramación apropiada.

**Ilustración 13: Diseño metodológico para definir técnica de diagramación.**



*Fuente: Elaboración propia.*

❖ **Módulo I: Estudio de bibliografía de técnicas de diagramación:** El estudio de los distintos tipos de técnicas de diagramación se realiza en base al documento de Olguín, L. “Estudio de técnicas para el modelado de procesos aplicadas a organizaciones proveedoras de salud” y el documento generado por Pérez, J. “Notaciones y lenguajes de procesos. Una visión global” que plantean el análisis de las técnicas más representativas de la literatura mundial, dentro de las cuales destacan:

**Tabla 14: Diagrama de flujo.**

Diagrama de flujo	
<b>Definición:</b>	Es definido como una representación gráfica formalizada de un programa lógico de secuencias, trabajo o proceso de manufacturación, flujo organizacional o estructura (43).
<b>Impacto</b>	Facilidad para implementar a procesos de pequeña envergadura, explicitando flujo y decisiones de actividades.
<b>Aplicación a establecimientos de salud</b>	Utilizado para describir procedimientos y actividades básicas dentro de los servicios de salud.
<b>Imagen ejemplo</b>	<pre> graph LR     A[Actividad 1] --&gt; B[Actividad 2]     B --&gt; D{Decisión}     D -- SI --&gt; C[Actividad 3]     D -- NO --&gt; B         </pre>

*Fuente: Elaboración propia.*

**Tabla 15: Diagrama de flujo de datos.**

Diagrama de flujo de datos (DFD's)	
<b>Definición:</b>	Un DFD's puede ser visto como un método de organización de datos desde su estado “bruto”. A través, del uso de estos diagramas el analista será capaz de especificar un proceso en el “nivel lógico”.
<b>Impacto</b>	Describe con claridad los flujos de información y manejo de datos en la realización de los procesos. Es clave para la implementación informática del manejo de información.
<b>Aplicación a establecimientos de salud</b>	Aplicado al modelamiento de sistemas informáticos de manejo de información de pacientes, personal, recursos, entre otros.
<b>Imagen ejemplo</b>	<pre> graph LR     S((Seleccionar Datos)) --&gt; V1((Verificar Paciente))     R1((Registrar Paciente)) --&gt; V1     V1 --&gt; S     V1 --&gt; S2((Seleccionar Datos y Médico))     S2 --&gt; V2((Verificar Paciente))     V2 --&gt; S3((Cambiar Turno))     S3 --&gt; V2     V2 --&gt; R2((Reservar))     V2 --&gt; S4((Seleccionar Datos))         </pre>

*Fuente: Elaboración propia.*



Tabla 16: Redes de Petri.

Redes de Petri coloreadas, CPN (Colour Petri Network)	
<p><b>Definición:</b> Las Redes de Petri Coloreadas es un lenguaje gráfico orientado a diseñar, especificar, simular y verificar el sistema. Es particularmente bien situada para sistemas que consisten de un de número de procesos, que se comunican y sincronizan. Las Redes de Petri Coloreadas son una extensión de las Redes de Petri, en las cuales los símbolos son diferenciados por "Colores" (44)</p>	
<p><b>Impacto</b></p>	<p>Las estructuras de control, sincronización, comunicación y uso compartido de recursos se describen en las Redes de Petri Coloreada. Además las CPN se validan por medio de la simulación y pueden ser combinadas con lenguajes de programación.</p>
<p><b>Aplicación a establecimientos de salud</b></p>	<p>Dado su alto nivel de complejidad, hace de esta técnica no muy empleada para el modelamiento de procesos en establecimientos de salud. Sin embargo, es una herramienta importante para la simulación de sistemas y la toma de decisiones gerenciales en una organización.</p>
<p><b>Imagen ejemplo</b></p>	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 17: Metodología ARIS.

Metodología ARIS (Architecture of Integrated Information System)	
<p><b>Definición:</b> ARIS es un framework (marco de trabajo) de la compañía IDS Scheer, que se utiliza para describir estructuras organizativas, procesos y aplicaciones de negocio. El objetivo principal de este framework es el proceso de negocio de las compañías, aunque con el conjunto de herramientas asociadas cubre todas las áreas, independientemente del número de departamentos de la compañía, el tamaño de las mismas o del software disponible (32).</p>	
<p><b>Impacto</b></p>	<p>ARIS es una metodología compleja (por su gran extensión) cuya notación cubre todos y cada uno de los aspectos relacionados con el desarrollo, optimización, integración e implementación de un sistema de información.</p>
<p><b>Aplicación a establecimientos de salud</b></p>	<p>Su aplicación a una organización de salud permitiría describir todas su áreas organizacionales como: Directivos, productos y servicios, flujo de información, usuarios y control de los proceso.</p>
<p><b>Imagen ejemplo</b></p>	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 18. Familia IDEF.

Familia IDEF (Integration Definition for Function Modeling)	
<p><b>Definición:</b> La Integrated Definition for Function Modelling (IDEF), es una familia de métodos que soportan un paradigma capaz de direccionar las necesidades de modelamiento de una organización y sus áreas de negocio.</p> <p>La familia IDEF es usada de acuerdo a diferentes aplicaciones. Las técnicas más importantes son (32):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IDEF0 para el modelado de procesos dentro de una organización.</li> <li>• IDEF1 para el modelado de información.</li> <li>• IDEF1X para el modelado de datos.</li> <li>• IDEF2 para el diseño de modelos de simulación.</li> <li>• <b>IDEF3</b> para la captura de descripciones de procesos.</li> <li>• IDEF4 para el diseño orientado a objetos.</li> <li>• IDEF5 para describir ontologías para la captura de descripciones.</li> </ul> <p>De las cuales IDEF0 e IDEF3 destacan por su aplicabilidad a la descripción de procesos de organizaciones de manera estructurada, que anqué a simple vista parecen ser lo mismo, discrepan por lo siguiente (32):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IDEF0 nos sirve para describir qué hacemos mientras que IDEF3 nos sirve para describir cómo lo hacemos.</li> <li>• IDEF0 nos da una visión estratégica mientras que IDEF3 nos proporciona detalles de actividades terminales.</li> <li>• IDEF0 está pensado para la comunicación con usuarios no técnicos mientras que IDEF3 es para la comunicación con el propietario mismo del proceso.</li> </ul>	
<b>Impacto</b>	<p>IDEF0 es una técnica sencilla pero poderosa que lleva años utilizándose de manera eficiente en la industria sobre todo en la etapa de ingeniería de procesos de negocio. Nos permite modelar actividades y es independiente del tipo de organización y del tiempo, por lo que hay que tener en cuenta que desde ese punto de vista no es ni un organigrama ni un diagrama de flujo.</p> <p>IDEF3 nos va a permitir documentar procesos para su estandarización o para utilizarlos como guía para nuevos integrantes del equipo para así reducir la curva de aprendizaje. Nos permite también capturar la secuencia temporal y la lógica de decisión que afecta al proceso.</p>
<b>Aplicación a establecimientos de salud</b>	<p>Descripción clara de procesos dentro de instituciones de salud y flujo de actividades realizadas en cada uno de ellos, tras la combinación de las técnicas IDEF0 e IDEF3.</p>
<b>Imagen ejemplo</b>	<p>El diagrama muestra una jerarquía de procesos IDEF0. En la parte superior hay un cuadro etiquetado como A-0 que contiene un único elemento '2'. Una flecha apunta hacia abajo a un cuadro etiquetado como A0, que contiene tres elementos: '1', '2' y '3'. Una flecha apunta de A0 a un cuadro etiquetado como A2, que contiene los mismos tres elementos '1', '2' y '3'. Desde A2, dos flechas apuntan hacia abajo a dos cuadros etiquetados como A22, cada uno de los cuales contiene los elementos '1', '2' y '3'. A la derecha del diagrama, una flecha vertical apunta hacia arriba con el texto 'Más general' y una flecha vertical apunta hacia abajo con el texto 'Más detallado', indicando la relación de generalización y detalle entre los niveles.</p>

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 19: Orientada a Objetos UML.**

<b>Orientada a Objetos, UML (Unified Modeling Language) (42)</b>	
<p><b>Definición:</b> UML es un lenguaje para especificar, visualizar, construir y documentar los artefactos de un sistema software, como bien los modelos de negocio y algún otro sistema no software. UML representa una colección de prácticas de ingeniería que han demostrado su eficacia en el modelado de sistemas largos y complejos</p> <p>UML es un conjunto de herramientas que permiten estructurar un sistema de una organización, estas herramientas son definidas por nueve tipos de diagramas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagrama de Casos de Uso.</li> <li>• Diagrama de Clases.</li> <li>• Diagrama de Objetos.</li> <li>• Diagrama de Distribución.</li> <li>• Diagrama de Actividades.</li> <li>• Diagrama de Secuencias.</li> <li>• Diagrama de Colaboración.</li> <li>• Diagrama de Componentes.</li> </ul>	
<b>Impacto</b>	Técnica de alta complejidad que permite capturar adecuadamente los requerimientos de un sistema informatizado, a partir de las características de la organización: sus funciones y flujos de trabajo.
<b>Aplicación a establecimientos de salud</b>	Su aplicación radica en generar las bases para un sistema informatizado hospitalario para la comunicación de su personal y gestión de la información dentro de un recinto hospitalario.
<b>Imagen ejemplo</b>	<pre> classDiagram     class informática_Departamento["informática:Departamento"]     class Mario_Empleado["Mario:Empleado"]     class seguridad_Proyecto["seguridad:Proyecto"]     class nuevoPortal_Proyecto["nuevoPortal:Proyecto"]     class LiquidaciónSueldo[".LiquidaciónSueldo"]      informática_Departamento -- Mario_Empleado     Mario_Empleado -- seguridad_Proyecto     Mario_Empleado -- nuevoPortal_Proyecto     Mario_Empleado -- LiquidaciónSueldo     </pre> <p>El diagrama muestra un objeto <b>informática:Departamento</b> conectado a <b>Mario:Empleado</b>. El objeto <b>Mario:Empleado</b> tiene el atributo <code>rut="1.111.111-k"</code> y está conectado a tres objetos de proyecto: <b>seguridad:Proyecto</b> (atributos: <code>código = "MN-1245"</code>, <code>fecha inicio = "12/03/2006"</code>), <b>nuevoPortal:Proyecto</b> (atributos: <code>código = "YX-3321"</code>, <code>fecha inicio = "01/10/2004"</code>) y <b>.LiquidaciónSueldo</b> (atributo: <code>pago=1.350.000</code>).</p>

*Fuente: Oliva, F. & Vera, R. (42)*

**Tabla 20: Diagrama de procesos de negocio.**

Diagramas de procesos de negocio, BPD (Business Process Diagram) (31)	
<p><b>Definición:</b> Es un diagrama diseñado para representar gráficamente la secuencia de todas las actividades que ocurren durante un proceso, basado en la técnica de “diagrama de flujo”. Diseñado para ser usado por los analistas de procesos, quienes diseñan, controlan y gestionan los procesos.</p> <p>Estos diagramas son de fácil comprensión, para analistas de negocios, desarrolladores técnicos y la gente de negocios, BPMN es capaz de expresar más patrones, es más expresivo, ya que con menos símbolos fundamentales, pero con más variaciones de éstos, lo que facilita su comprensión por parte de gente no experta.</p> <p>BPMN busca disminuir la brecha entre los procesos de negocio y la implementación de éstos, ya que permite modelar los procesos de una manera unificada y estandarizada permitiendo un entendimiento a todas las personas de una organización.</p>	
<b>Impacto</b>	Proporciona una notación fácilmente comprensible por todos los usuarios del negocio, desde analistas, desarrolladores técnicos y hasta aquellos que monitorizarán y gestionarán los procesos.
<b>Aplicación a establecimientos de salud</b>	Permite describir detalladamente los procesos de organizaciones de salud y su interacción para la producción de productos y/o servicios, a través un pequeño número de símbolos (pero varias variaciones de estos mismos) que permiten su rápido entendimiento de la persona no-experta.
<b>Imagen ejemplo</b>	<p>The diagram illustrates a business process for handling issues. It starts with a start event 'Start on Friday' leading to a task 'Receive Issue List'. This task outputs an 'Issue List' (represented by a document icon). The next task is 'Review Issue List', which is annotated as a 'User Activity'. This task leads to a decision diamond 'Any issues ready?'. If 'No', the process loops back to 'Receive Issue List'. If 'Yes', it proceeds to a 'Discussion Cycle' task, which is annotated as a 'Collapsed Sub-Process'. The 'Discussion Cycle' has a loop back to itself, annotated as 'A Loop: From "Yes" Alternative of the "2nd Time?" Decision'. The final output is a 'To Task: Announce Issues for Vote', which is annotated as another 'Collapsed Sub-Process'. An 'Issue Voting List [0 to 5 Issues]' (document icon) is shown as an input to the 'Discussion Cycle'.</p>

Fuente: Oliva, F & Vera, R (42)

❖ **Módulo II: Selección preliminar de técnicas (objeto de estudio):** Dada la cantidad de técnicas revisadas anteriormente y considerando que la aplicabilidad se dará en el contexto hospitalario, se hace necesario generar una pre-selección de técnicas, justificadas en los siguientes criterios:

- Criterio 1 → Las técnicas deben ser concebidas para modelar procesos de negocios.
- Criterio 2 → Las técnicas deben ser concebidas para modelar organizaciones de gran tamaño.

De acuerdo a los criterios planteados, las técnicas de diagramación son evaluadas, a fin de poder llevar adelante el modelado de procesos del HEP. Dicho análisis se presentan en la siguiente tabla:

**Tabla 21: Técnicas y criterios de evaluación.**

Técnicas de diagramación de procesos							
Criterios	Diagrama de flujo	Diagrama de flujo de datos	Redes de Petri coloreada	Metodología ARIS	Familia IDEF	UML	BPD
Criterio 1	x	x	x	√	√	x	√
Criterio 2	x	x	x	√	√	x	√

X → No cumple
√ → Si cumple

*Fuente: Oliva, F. & Vera, R. (42)*

De esta etapa se concluye las técnicas de diagramación que cumplen con los criterios definidos para esta preselección son:

- Familia IDEF (IDEF0 e IDEF3).
- BPD, estándar BPMN.
- Metodología ARIS.

❖ **Módulo III: Establecer criterios de selección:** Los criterios buscan justificar la selección de la técnica de modelamiento de procesos que se ajuste de a las características del HEP. De esta forma, la técnica seleccionada debe ser comprendida por el personal que ejecuta o es partícipe de los procesos, así como también expresar de forma clara y sencilla la relación entre los procesos y su respectiva descomposición en niveles. Considerando lo anterior, la elección final de la técnica de diagramación, fue evaluada a partir de los siguientes criterios específicos:

- **Técnica debe permitir un diseño flexible:** Hace referencia a los grados de libertad que permite la técnica para modelar procesos según el tipo de organización.
- **Fácil comprensión de persona no experta:** Referido a la simplicidad con la que se representan los procesos gráficamente, de tal modo que una persona no entendida del tema pueda comprender como funciona un proceso global.

- **Fácil comprensión y manejo de técnica en software de diagramación:** Referido a la facilidad con la que se adquiere habilidades para dominar los conceptos básicos y avanzados de la técnica para el modelamiento de procesos.
- **Descomposición en niveles:** La técnica debe permitir de forma sencilla y lógica la descomposición de los procesos, desde los procesos globales (o macroprocesos) a los procesos más específicos.
- **Soporte literario de la técnica:** Debe existir suficiente información sobre la técnica: software, tutoriales, ejemplos, etc.
- **Validación de diagramas:** Referido a que los softwares que aplican las técnicas de diagramación permitan evaluar de forma automática: coherencias de flujos, conformación de procesos, errores de diagramación, entre otros.
- **Herramientas de seguimiento y apoyo de la diagramación:** Referido al apoyo que entregue el software de diagramación de la técnica para el ruteo de los procesos y sub-procesos modelados, de tal forma que permita un claro seguimiento para el ejecutor (realizador del diagrama) del estado de avance y nivel en el que se encuentra.

❖ **Módulo IV: Aplicación de criterios:** La evaluación de las técnicas se basará en la asignación de puntaje por cada criterio, reflejando el grado de cumplimiento de éstos y su desempeño, de esta forma se utiliza la siguiente asignación:

**Tabla 22: Puntuación asignada a metodologías de diagramación.**

Nivel de cumplimiento	Puntaje asignado
Cumple el criterio	2
Cumple de forma regular el criterio	1
No cumple el criterio	0

*Fuente: Oliva, F. & Vera, R. (42)*

Para la elección definitiva de la técnica de diagramación, se procede a asignar el puntaje a las técnicas preseleccionadas, según el grado de cumplimiento de los criterios específicos planteados en el módulo anterior, tal como presenta la siguiente tabla:

**Tabla 23: Relación entre criterios específicos y técnicas preseleccionadas.**

Criterio Técnica	Criterios Específicos							Total
	Diseño Flexible	Fácil Comprensión no-experto	Fácil comprensión y manejo software	Descomposición en niveles	Soporte literario	Validación de modelos	Herramientas de seguimiento y apoyo a la diagramación	
IDEF	1	1	2	2	2	0	2	10
BPMN	2	2	2	2	2	2	0	12
ARIS	2	1	1	1	2	1	1	9

*Fuente: Elaboración propia.*

En base a la tabla anterior, de las dos técnicas con mayor puntaje se realizó el análisis de los software de diagramación asociados a ellas, identificando las ventajas comparativas en cuanto a la calidad en términos de su interfaz y herramientas que entrega al usuario. Dichos soportes analizados son:

- Bizagi y Visio para BPMN
- BPwin y Visio para IDEF

Según la matriz evaluada y el análisis de software, se determina que la técnica de diagramación a utilizar será BPMN mediante el software Bizagi Process Modeler que presenta múltiples ventajas con respecto a la plataforma Visio, principalmente porque Visio presenta una cantidad limitada diaria de validaciones de los modelos generados.

La aplicación del estándar BPMN abordará en primera instancia la conformación del mapa general de procesos del HEP, para luego desarrollar los sub-procesos y actividades de aquellos identificados como clave para la institución bajo estudio. A continuación se presenta una breve explicación de dicha técnica de diagramación que facilitará la comprensión de los diagramas desarrollados para el Hospital.

**Business Process Management Notation (BPMN):** El BPMN es una notación gráfica estandarizada para hacer procesos, en específico para el área de negocios mediante un flujo de trabajo. Aunque, BPMN muestre un flujo de datos y la

asociación de actividades a instrumentos de datos, BPMN, no es propiamente tal, un flujo de datos. Ahora para poder modelar sobre esta notación el software cuenta con un sistema de pestañas, en las cuales se encuentran los iconos de los distintos objetos para diseñar el diagrama. A continuación se muestran las pestañas mencionadas:



































**Ilustración 14: Pestañas y herramientas de BPMN.**

Activities <small>(Rounded Rectangles)</small>	Gateways <small>(Diamonds)</small>	Swimlanes	Connecting Objects
<p>Represent the work performed within an organization. It can be simple or composed:</p>	<p>Gateways are elements used to control divergence and convergence of the flow. (Split and merge)</p>	<p><b>Pool</b> A pool is a container of a single process. The name of the pool can be considered as the name of the process. There is always at least a pool even if it is not diagrammed.</p> <p><b>Lane</b> A lane is a subdivision of a pool and represents a role or an organizational area.</p>	<p><b>Sequence flow</b> Represents the control of the flow and the sequence of the activities, gateways and events</p> <p>→ ◊ ↘</p> <p>Conditional sequence flow Default sequence flow</p>
<p><b>Task</b> A task is a simple activity used when the work performed within the process cannot be broken down to a finer level of detail. BPMN defines different task types:</p> <p>User Manual Service Send Receive Script Reference Business Rule</p>	<p><b>Data-Based Exclusive Gateway</b> The exclusive decision has two or more outgoing sequence flows, but only one of them can be taken based on data expression conditions. As convergence is used to merge alternative paths.</p> <p><b>Event-Based Gateway</b> This gateway represents a point in the process where only one of many paths of the process can be selected based on an event, not on data expression condition. Remaining paths will be disabled.</p>	<p><b>Artifacts</b> Artifacts are used to provide additional information about the process.</p>	<p><b>Message flow</b> • A Message flow is used to show the flow of messages between two entities or processes. • Represents signals or messages, not flow controls • Not all message flows are fulfilled for each instance of the process nor is there a specific order for the messages</p>
<p><b>Sub-process</b> Is a composed activity whose internal details are defined as a flow of other activities.</p> <p><b>Embedded Sub-process</b> Depends on the parent process. It cannot contain pool or lanes.</p> <p><b>Reusable Sub-process</b> Is a process defined as an independent process diagram that does not depend on the parent process.</p> <p><b>Transactional Sub-process</b> Its behavior is controlled through a transaction protocol.</p> <p><b>Ad-Hoc Sub-process</b> Contains a group of activities whose sequence and number of activities is defined by their performers.</p> <p><b>Event Sub-process</b> Is launched by an event</p>	<p><b>Exclusive Event-Based Gateway</b> Allows instantiating a process. If ONE of the subsequent events occurs, a new process instance will be created.</p> <p><b>Parallel Event-Based Gateway</b> Allows instantiating a process. If ALL of the subsequent events occur, a new process instance will be created.</p> <p><b>Parallel Gateway</b> Is used to create parallel flows. As convergence is used to synchronize multiple parallel paths into one. The flow continues when all the incoming sequence flows have reached the gateway.</p> <p><b>Inclusive Gateway</b> Is used when in a point of the flow one or more routes can be activated from many available, and the decision is based on process data. As convergence indicates that the active routes are synchronized into just one.</p> <p><b>Complex Gateway</b> Is used to control complex decisions. As convergence, there will be an expression that will determine which of the incoming sequence flow will be required for the process to continue.</p>	<p><b>Annotation</b> Are text boxes used to provide additional information about the process.</p> <p><b>Group</b> Group a set of activities for the purpose of documentation or analysis.</p> <p><b>Data Object</b> Provides information about how documents, data and other objects are used and updated during the process.</p> <p><b>Data Store</b> Provides a mechanism for activities to retrieve or update stored information that will exist beyond the scope of the process.</p>	<p><b>Association</b> An association is used to associate additional information about the process and compensation tasks.</p>



## Events (Click)

Events represent something that happens or may happen during the course of a process and that affect its flow. There are three event types:

Start events	Intermediate Events	Event Type	End Events
These events start process flows. Do not have incoming sequence flows.	Intermediate Events indicate that something occurs or may occur somewhere between the start and end. These events can be used within sequence flows or attached to the boundaries of an activity so it is executed once the event is activated.	Catch Intermediate Non-Interrupting Throw	These events end process flows thus, they do not have outgoing sequence flows.
 <b>None Start Event</b> Does not specify any particular behavior to start a process.	<b>None Intermediate Event</b> Indicates that something occurs or may occur within the process. It only can be used within the sequence flow.		 <b>None End Event</b> Indicates that the flow ends and there is no defined result.
 <b>Message Start Event</b> A process starts when a message is received.	<b>Message Intermediate Event</b> Indicates that a message can be sent or received. It can be used within a sequence flow or attached to the boundaries of an activity to indicate an exception flow.	  	 <b>Message End Event</b> Indicates that a message is sent when the flow arrives at the end.
 <b>Timer Start Event</b> A process starts at certain time or on a specified date.	<b>Timer Intermediate Event</b> Indicates a waiting time within the process. It can be used within a sequence flow or attached to the boundaries of an activity to indicate an exception flow.	 	
	<b>Escalation Intermediate Event</b> Indicates that the process must be escalated to a higher level of responsibility. The shape can be used within the sequence flow to draw the event or attached to the boundaries of an activity to catch it.		 <b>Escalation End Event</b> Indicates that an escalation is necessary when the flow arrives at the end.
 <b>Conditional Start Event</b> A process starts when a business condition becomes true.	<b>Conditional Intermediate Event</b> Is used when the flow needs to wait for a business condition to be fulfilled. It can be used within a sequence flow or attached to the boundaries of an activity to indicate an exception flow.	 	
	<b>Link Intermediate Event</b> This event allows connecting two sections of the process. It only can be used within the process flow.		
	<b>Error Intermediate Event</b> Is used to catch and handle errors. It only can be used attached to the boundaries of an activity.		 <b>Error End Event</b> Allows sending an error exception when the flow arrives at the end.
	<b>Cancel Intermediate Event</b> Is used within the transactional processes modeling. It only can be used attached to the boundaries of transactional sub processes to indicate an exception flow that will be activated once the sub process is cancelled.		 <b>Cancel End Event</b> Allows sending a cancel exception when the flow arrives at the end. It is only used in transactional sub processes.
	<b>Compensation Intermediate Event</b> Allows handling compensations. It can be used within the sequence flow to indicate that a compensation is needed or attached to the boundaries of an activity for the activity to be compensated once the event is activated.		 <b>Compensation End Event</b> Indicates that the flow has finished and it is necessary a compensation.
 <b>Signal Start Event</b> A process starts when a signal coming from another process is captured.	<b>Signal Intermediate Event</b> Is used to send or receive signals. It can be used within a sequence flow or attached to the boundaries of an activity to indicate an exception flow.	 	 <b>Signal End Event</b> Indicates that a signal is sent when the flow arrives at the end.
 <b>Multiple Start Event</b> Indicates that there are many ways to start the process. Only one of them will be required.	<b>Multiple Intermediate Event</b> This event can be activated by many causes. Only one of them is required. It can only be used within the sequence flow.	 	 <b>Multiple End Event</b> Indicates that many results can be given when the flow arrives at the end.
 <b>Multiple Parallel Start Event</b> Indicates that there are multiple triggers required to start the process.	<b>Parallel Multiple Intermediate Event</b> This event is activated by multiple causes. It is necessary that all of them to be fulfilled for activating it. It can be used within the sequence flow or attached to the boundaries of an activity.	 	
			 <b>Terminate End Event</b> The process and all its activities finish, no matter if there is one or more pending flows.

Fuente: Bizagi (45).

#### Anexo N° 04: “Determinación de procesos claves del HEP”

La determinación de procesos claves en la institución tiene relevancia debido a que, gracias a su correcta determinación, es posible influir en sus flujos de trabajo provocando una mejora en sus procesos y por lo tanto ayuda al cumplimiento de sus objetivos como institución. Para ello existe una herramienta denominada Matriz de Correlaciones ó Matriz de Impactos. La matriz de correlación es una herramienta muy útil para priorizar los procesos con base en su valoración del impacto y repercusión con el usuario del proceso (35)

Para la correcta aplicación de la matriz de correlación en la institución se requieren de dos variables; los procesos que se llevan a cabo y los objetivos estratégicos. Los procesos que se llevan a cabo se han determinado al momento de realizar el mapa de procesos, para el caso de los objetivos estratégicos, se determinarán en base al plan estratégico de la institución.

Los objetivos del plan estratégico están dados por:

**Tabla 24: Lineamientos y Objetivos Estratégicos HEP.**

Lineamiento estratégico	Objetivo Estratégico
Sustentabilidad financiera	Aumentar los ingresos.
	Racionalizar los gastos.
	Obtener autorización sanitaria.
	Dar cumplimiento a las características exigidas en la acreditación hospitalaria.
Eficiencia y eficacia operacional	Mejorar los sistemas de información internos y externos de la organización.
	Gestionar con los usuarios relevantes de la red; hospital Dr. Carlos Van Buren y atención primaria el ingreso y egreso de los pacientes, y recursos utilizados.
	Relacionar con énfasis la eficiencia y eficacia de las prestaciones con altos niveles de seguridad de la atención.
	Implementar un sistema de costo de prestaciones.
Calidad y seguridad en las atenciones técnicas percibidas	Tender a obtener los máximos estándares de calidad.
	Relacionar la eficiencia y eficacia de las prestaciones con altos niveles de seguridad en la atención.
Personal motivado, comprometido y profesionalizado.	Revisar y rediseñar las políticas de recursos humanos del HEP, de acuerdo a los nuevos lineamientos.
	Diagnosticar la brecha entre indicadores Ministeriales v/s lo real, en el área clínica.

Personal motivado, comprometido y profesionalizado.	Profesionalizar áreas críticas administrativas.
	Generar cambio en la cultura organizacional en base a las nuevas exigencias.
	Mejorar sistema de incentivos.
	Alinear plan de capacitación con plan estratégico y de desarrollo del hospital.
Desarrollo de sistemas de información internos óptimos	Gestionar un programa de salud laboral.
	Incorporar sistemas de información, comunicación y operación que permitan al equipo estratégico y directivo, desempeñe sus funciones de una manera efectiva y cotidiana.
Análisis estratégico sistemático de resultados	Diseñar y mantener herramientas computacionales para facilitar el acceso a la información.
	Difundir la planificación estratégica.
Potencialización de la imagen externa	Generar un sistema de información de las bases hacia los niveles directivos superiores con retroalimentación.
	Aplicar marketing estratégico.

*Fuente: Fuente: Hospital Dr. Eduardo Pereira (20).*

Conocidos los procesos y los objetivos estratégicos se procede a armar la matriz en la cual las filas corresponden a los procesos y las columnas a los objetivos estratégicos. Así, para cada proceso es posible determinar su impacto en los objetivos estratégicos de la institución asignando tres tipos de puntajes (35):

A=10 puntos.

B=5 puntos.

C= 1 punto.

A mayor nivel de impacto del proceso en el objetivo estratégico, mayor será su puntuación. Es decir se evaluará con letra A que representa 10 puntos, y en el caso que su impacto sea débil se evaluará con la letra C, que representa 1 punto. Cabe destacar que si el proceso no representa ningún impacto en el objetivo estratégico, éste no tiene ninguna puntuación en dicho objetivo estratégico.

**Anexo N°05: “Ficha de procesos”.**

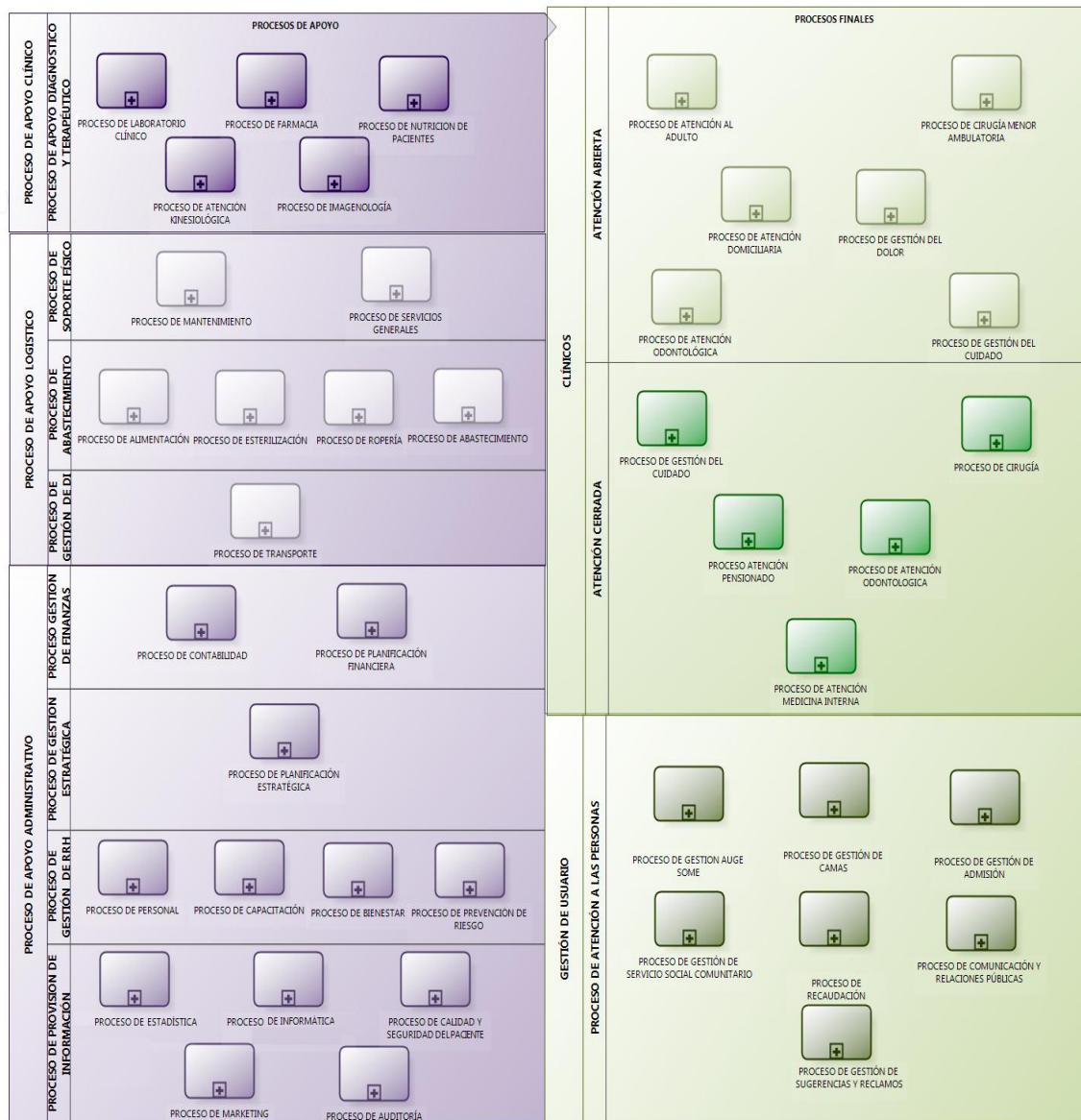
**Tabla 25: Esquema de Ficha de procesos.**

Ficha de procesos	
<b>Nombre del entrevistado:</b>	<b>Cargo que desempeña:</b>
<b>Proceso:</b>	<b>Propietario:</b>
<b>Misión:</b>	<b>Documentación:</b>
<b>Alcance</b>	
<b>Empieza:</b>	
<b>Incluye:</b>	
<b>Termina:</b>	
<b>Participantes:</b>	
<b>Entradas:</b>	
<b>Proveedores:</b>	
<b>Salidas:</b>	
<b>Clientes:</b>	
<b>Inspecciones:</b>	<b>Registros:</b>
<b>Variables de control:</b>	<b>Indicadores:</b>
<b>Potenciales de mejora:</b>	
<b>Revisión:</b>	<b>Fecha:</b>

*Fuente: Elaboración propia.*

## Anexo N° 06: “Detalle del mapa de procesos del HEP”

Ilustración 15: Detalle macroprocesos del HEP.



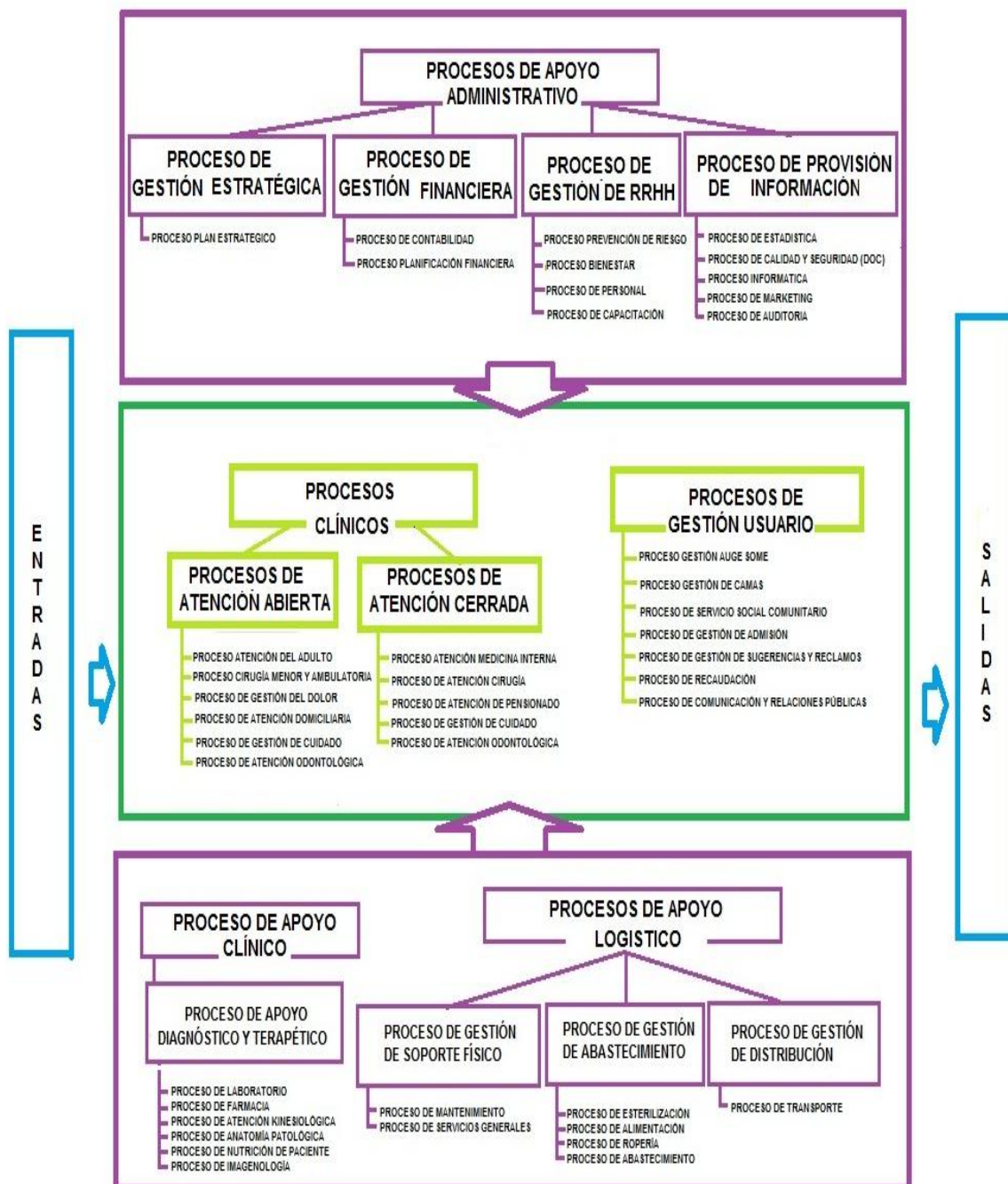
Fuente: Elaboración propia

Además del presente detalle, se anexa en CD el mapa de procesos realizado para el hospital Dr. Eduardo Pereira, además del software Bizagi Process Modeler, para su correcta visualización.



**Ilustración 16: Detalle del Mapa de procesos del HEP.**

**MACROPROCESOS HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA DE VALPARAISO**



Fuente: Elaboración propia

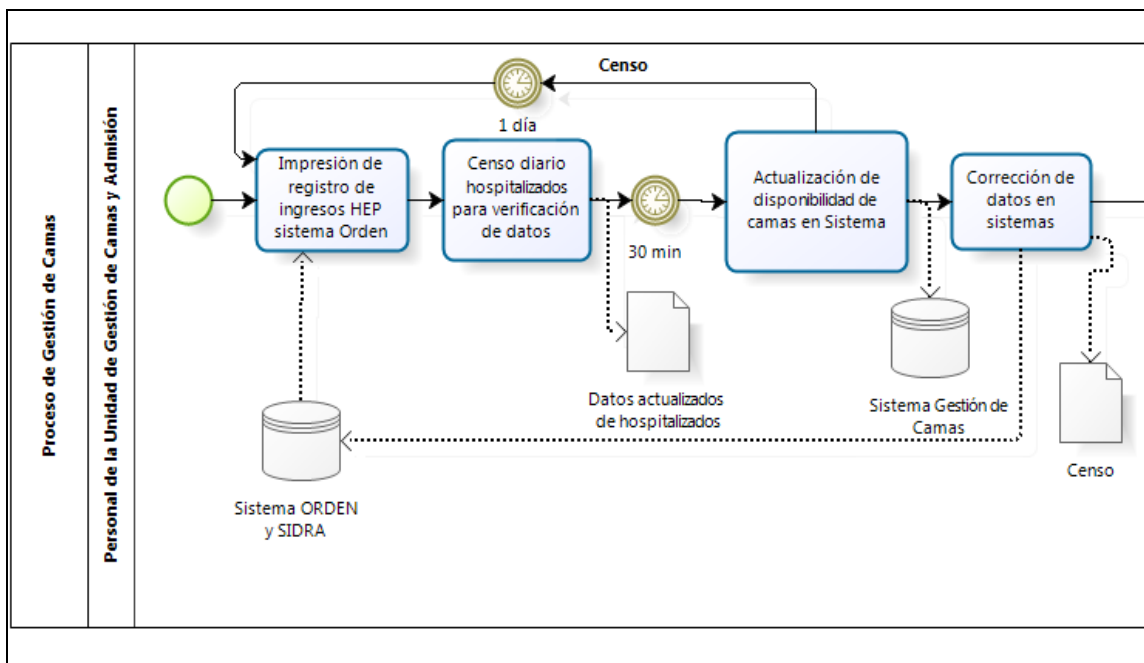
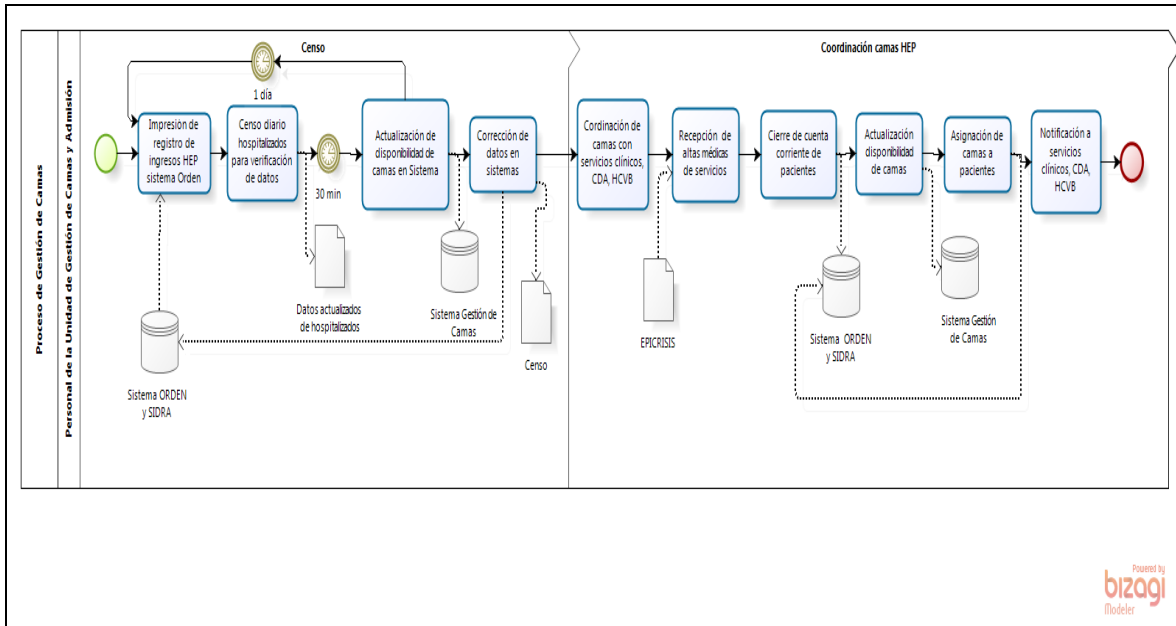
## **Anexo N° 07: “Aplicación matriz de correlación para los procesos del HEP”**

Debido a la magnitud de la matriz y su dificultad al momento de ser transferida al documento, se adjunta como documento Excel en un CD, incluido junto al presente trabajo.

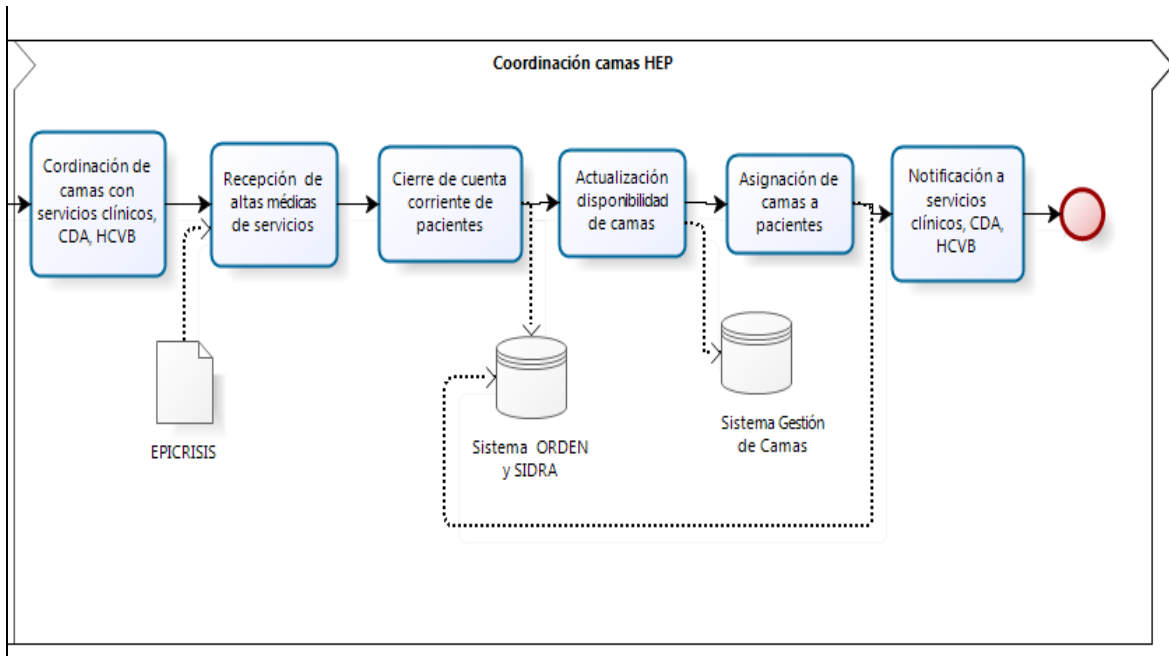
## Anexo N° 08: “Gestión de Camas”

### A. Mapa de proceso “Gestión de camas”.

Ilustración 17: Detalle del proceso “Gestión de Camas”.







*Fuente: Elaboración propia.*

Además del presente detalle, se anexa en CD el proceso desarrollado en Bizagi Process Modeler, para su correcta visualización.

## B. Entrevistas realizadas.

Tabla 26: 1º Entrevista “Gestión de Camas”.

Ficha de procesos	
<b>Nombre del Entrevistado:</b> Mónica Vergara	<b>Cargo:</b> Enfermera Jefe, Gestión de camas
<b>Proceso:</b> Gestión de camas	<b>Propietario:</b> Enfermera Jefe
<b>Misión:</b> Gestionar el uso óptimo de camas de hospitalización con los diversos servicios clínicos.	<b>Documentación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos de altas médicas.</li> <li>• Manual de procedimiento.</li> <li>• Manual organizacional.</li> </ul>
<b>Alcance:</b>	
<b>Empieza:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Censo diario para verificar datos de sistema de hospitalizados durante la noche.</li> </ul>	
<b>Incluye:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar Censo diario de hospitalizados.</li> <li>• Corrección de datos en sistemas ORDEN y SIDRA.</li> <li>• Informar disponibilidad de camas en sistema que comparte HEP con HCVB.</li> <li>• Revisión disponibilidad de camas.</li> <li>• Atender solicitudes de camas internas: UCIM, CDA (Medicina y Cirugía).</li> <li>• Atender solicitudes de camas Externa: HCVB (UEA y servicio clínicos) y hospitales de la región.</li> <li>• Informar aceptación de paciente a servicio clínico para que prepare cama en función del diagnóstico.</li> </ul>	
<b>Termina:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta médica de pacientes, actualizando sistemas y comenzar reutilización de cama para la siguiente prioridad.</li> </ul>	
<b>Participantes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera Jefe, Mónica Vergara.</li> <li>• Encargada Admisión, Lorena Gutiérrez.</li> <li>• Encargada de fichas clínicas, Johanina Pempelefol.</li> <li>• Hospital Dr. Carlos Van Buren (HCVB)</li> <li>• UCIM HEP</li> <li>• Consultorio del Adulto (CDA)</li> <li>• Cirugía HEP</li> <li>• Enfermera Jefe</li> <li>• Servicios clínicos HEP</li> </ul>	
<b>Entradas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de altas médicas</li> <li>• Solicitud de hospitalización</li> </ul>	
<b>Proveedores:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HCVB</li> <li>• UCIM HEP</li> <li>• CDA</li> <li>• Cirugía HEP</li> </ul>	
<b>Salidas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificar estado de disponibilidad de camas HEP</li> </ul>	
<b>Clientes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente</li> <li>• HCVB</li> <li>• Servicios clínicos HEP y CDA</li> </ul>	
<b>Inspecciones:</b>	<b>Registros:</b>
<b>Limitantes:</b> Sistema informático	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilización de camas.</li> <li>• Altas médicas.</li> <li>• Solicitudes de hospitalización.</li> </ul>
<b>Variables de control:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de camas</li> <li>• Diagnóstico de paciente</li> </ul>	<b>Indicadores:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No posee</li> </ul>
<b>Potenciales de mejora:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimizar el programa utilizado en coordinación con el HCVB.</li> <li>• Mejorar el trabajo en red.</li> <li>• Sensibilización del Recurso Humano en torno a la gestión de camas.</li> </ul>	
<b>Revisión:</b> Primera revisión	<b>Fecha:</b> Octubre 2012

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 27: 2 ° Entrevista “Gestión de Camas”.**

Ficha de proceso	
<b>Nombre del Entrevistado:</b> Lorena Gutiérrez Johanina Pempelefolt	<b>Cargo:</b> Encargada de admisión Encargada de fichas clínicas
<b>Proceso:</b> Gestión de Camas	<b>Propietario:</b> Enfermera Jefe, Mónica Vergara
<b>Misión:</b> Gestionar el uso óptimo de camas de hospitalización con los diversos servicios clínicos.	<b>Documentación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos de altas médicas.</li> <li>• Manual de procedimiento.</li> <li>• Manual organizacional.</li> </ul>
<b>Alcance:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constante comunicación con servicios clínicos del HEP, CDA y HCVB, con este último mediante un sistema que muestra disponibilidad de camas.</li> </ul> <b>Empieza:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Censo diario para verificar datos de sistema de hospitalizados durante la noche.</li> </ul> <b>Incluye:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar Censo diario de hospitalizados.</li> <li>• Corrección de datos en sistemas ORDEN y SIDRA.</li> <li>• Revisión disponibilidad de camas.</li> <li>• Atender solicitudes de camas internas: UCIM, CDA (Medicina y Cirugía).</li> <li>• Atender solicitudes de camas Externa: HCVB (UEA y servicio clínicos) y hospitales de la región.</li> </ul> <b>Termina:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta médica de pacientes, actualizando sistemas y comenzar reutilización de cama para la siguiente prioridad.</li> </ul>	
<b>Participantes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera Jefe, Mónica Vergara.</li> <li>• Encargada Admisión, Lorena Gutiérrez.</li> <li>• Encargada de fichas clínicas, Johanina Pempelefolt.</li> <li>• HCVB</li> <li>• UCIM HEP</li> <li>• CDA</li> <li>• Cirugía HEP</li> <li>• Enfermera Jefe</li> <li>• Servicios clínicos HEP</li> </ul>	
<b>Entradas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de altas médicas</li> <li>• Solicitud de hospitalización</li> <li>• Revisión Censo camas.</li> </ul> <b>Proveedores:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HCVB</li> <li>• UCIM HEP</li> <li>• CDA</li> <li>• Cirugía HEP</li> <li>• Funcionarias Unidad de Gestión de Camas y Admisión.</li> </ul>	
<b>Salidas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificar estado de disponibilidad de camas HEP</li> </ul> <b>Clientes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente</li> <li>• HCVB</li> <li>• Servicios clínicos HEP y CDA</li> </ul>	
<b>Inspecciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No Aplica</li> </ul>	<b>Registros:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No Aplica</li> </ul>
<b>VARIABLES DE CONTROL:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de camas</li> </ul>	<b>Indicadores:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No Aplica</li> </ul>
<b>Potenciales de mejora:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se podría mejorar el sistema que se utiliza para gestionar camas.</li> <li>• Velocidad de internet.</li> <li>• Coordinación con unidades dentro del HEP.</li> </ul>	
<b>Revisión:</b> Primera revisión	<b>Fecha:</b> Octubre 2012

*Fuente: Elaboración propia.*

## C. Ficha de procesos “Gestión de Camas”.

Tabla 28: Ficha de procesos “Gestión de Camas”.

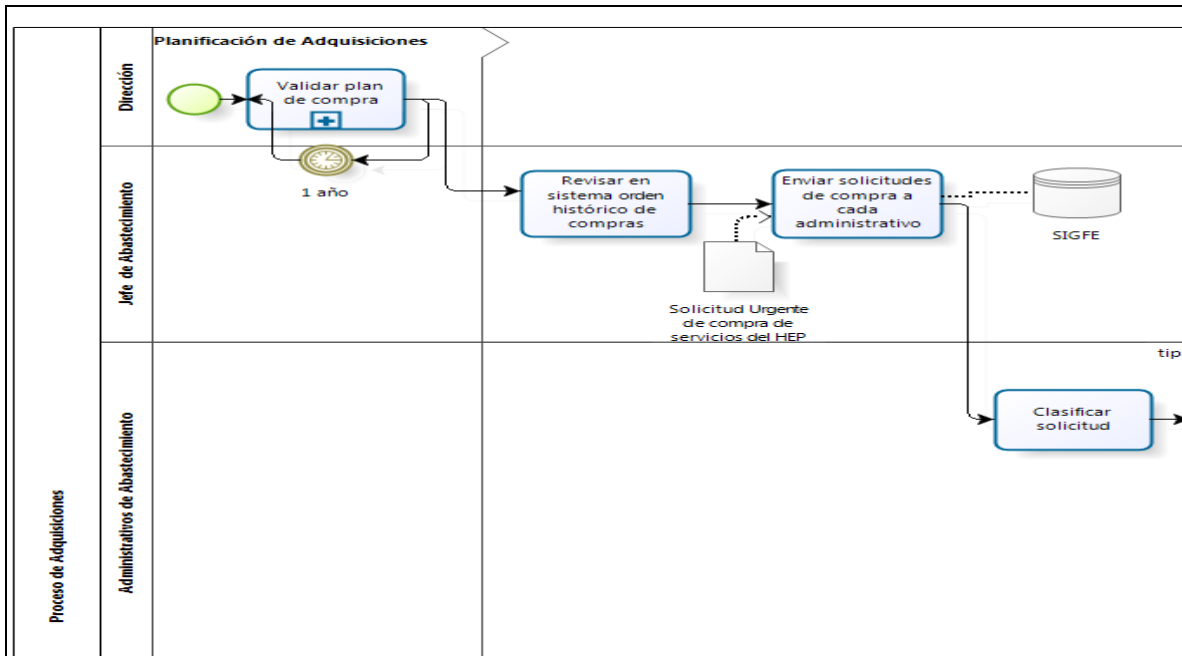
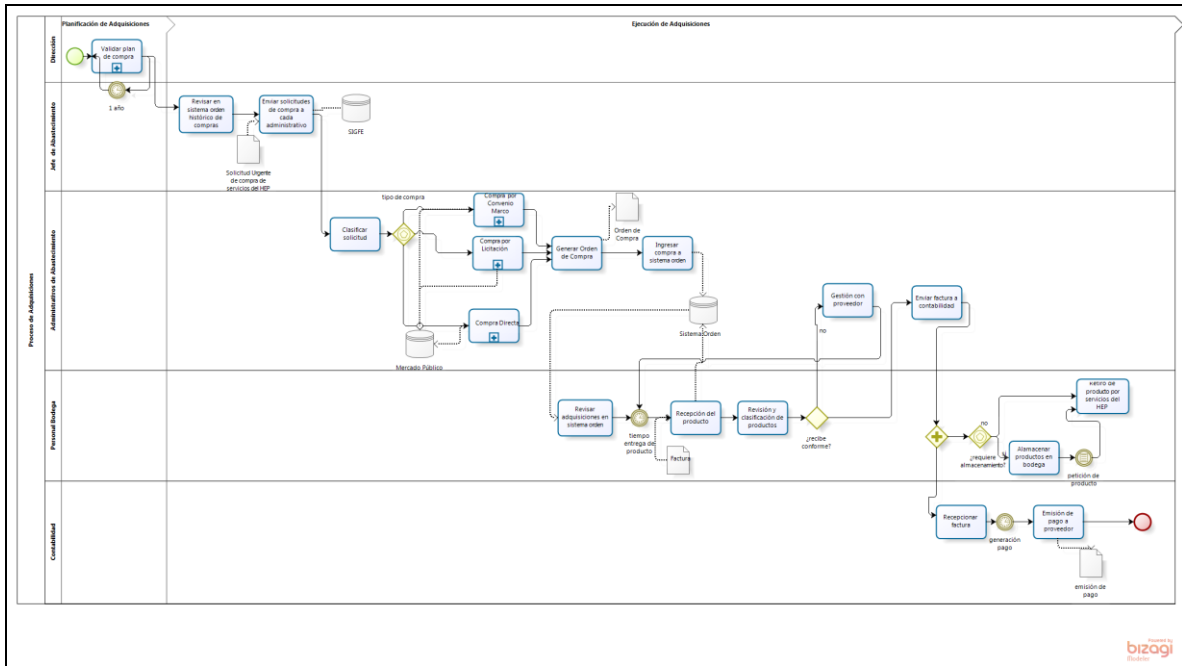
Ficha de procesos	
<b>Proceso:</b> Gestión de camas	<b>Propietario:</b> Enfermera Jefe
<b>Misión:</b> Gestionar el uso óptimo de camas de hospitalización con los diversos servicios clínicos.	<b>Documentación:</b> No posee.
<b>Alcance:</b> Coordinación interna y en red para el manejo efectivo de camas del HEP. <b>Empieza:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Censo diario para verificar datos de sistema de hospitalizados.</li> </ul> <b>Incluye:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar Censo diario de hospitalizados.</li> <li>• Corrección de datos en sistemas ORDEN y SIDRA.</li> <li>• Informar disponibilidad de camas en sistema que comparte HEP con HCVB.</li> <li>• Revisión disponibilidad de camas.</li> <li>• Atender solicitudes de camas internas: UCIM, CDA (Medicina y Cirugía).</li> <li>• Atender solicitudes de camas Externa: HCVB (UEA y servicio clínicos) y hospitales de la región.</li> <li>• Informar aceptación de paciente a servicio clínico.</li> </ul> <b>Termina:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualizando sistemas.</li> </ul>	
<b>Participantes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera Jefe, Mónica Vergara.</li> <li>• Encargada Admisión, Lorena Gutiérrez.</li> <li>• Encargada de fichas clínicas, Johantina Pempelefol.</li> <li>• Hospital Dr. Carlos Van Buren (HCVB)</li> <li>• UCIM HEP</li> <li>• Consultorio del Adulto (CDA)</li> <li>• Cirugía HEP</li> <li>• Enfermera Jefe</li> <li>• Servicios clínicos HEP</li> </ul>	
<b>Entradas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de altas médicas</li> <li>• Solicitud de hospitalización</li> </ul> <b>Proveedores:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HCVB</li> <li>• UCIM HEP</li> <li>• CDA</li> <li>• Cirugía HEP</li> </ul>	
<b>Salidas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificar estado de disponibilidad de camas HEP</li> </ul> <b>Clientes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente</li> <li>• HCVB</li> <li>• Servicios clínicos HEP y CDA</li> </ul>	
<b>Inspecciones:</b> Restringidas al sistema informático	<b>Registros:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilización de camas.</li> <li>• Altas médicas.</li> <li>• Solicitudes de hospitalización.</li> </ul>
<b>Variables de control:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de camas</li> </ul>	<b>Indicadores:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No posee</li> </ul>
<b>Revisión:</b> Primera revisión	<b>Fecha:</b> Octubre 2012

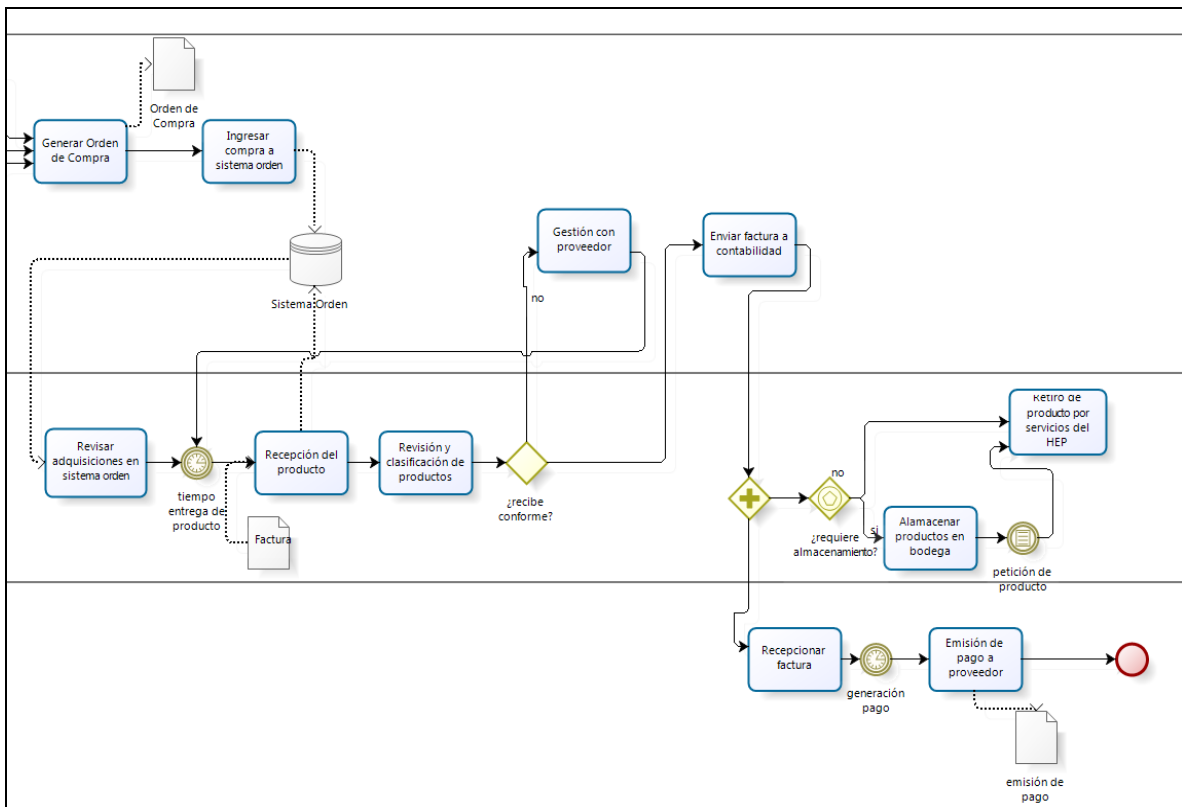
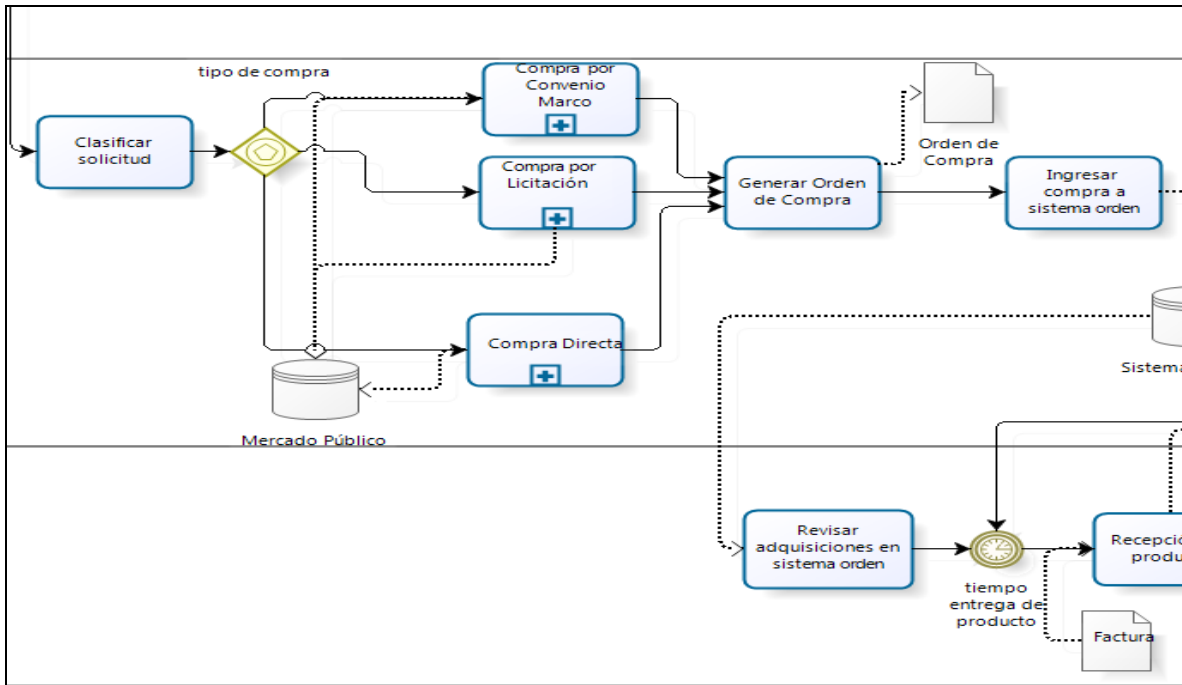
Fuente: Elaboración propia.

# Anexo N° 09: “Gestión de Abastecimiento”.

## A. Mapa de proceso “Gestión de Abastecimiento”.

Ilustración 18: Detalle del proceso “Gestión de Abastecimiento”.





Fuente: Elaboración propia.

Además del presente detalle, se anexa en CD el proceso desarrollado en Bizagi Process Modeler, para su correcta visualización.

## B. Entrevistas realizadas.

Tabla 29: 1° Entrevista “Gestión de Abastecimiento”.

Ficha de procesos	
<b>Nombre del Entrevistado:</b> Gloria Álvarez	<b>Cargo:</b> Jefa de Abastecimiento
<b>Proceso:</b> Abastecimiento	<b>Propietario:</b> Jefa de abastecimiento
<b>Misión:</b> Apoyar a nuestros usuarios en la provisión oportuna y adecuada de los recursos necesarios para brindar una adecuada satisfacción de las necesidades de salud de la comunidad.	<b>Documentación:</b> El proceso no está documentado Se cuenta con las funciones de los funcionarios de Abastecimiento
<p><b>Alcance</b> Incluye las adquisición de alimentos enterales, imprenta, informática, aseo, menaje, materiales y repuestos de vehículos, de equipos y de mantención. En resumen todo el ítem 22 y 29 mobiliario y equipamiento.</p> <p><b>Empieza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración del plan de compras.</li> <li>• Memo o mail que respalde la compra por urgencia.</li> </ul> <p><b>Incluye:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se revisa el sistema orden (de corte interno y estadístico) para ver el histórico de compras realizadas y los presupuestos disponibles.</li> <li>• La jefa de abastecimiento trabaja en los consumos de aseo, consumos de informática, imprenta, material de escritorio</li> <li>• La jefa de abastecimiento envía lista con sus presupuestos y valores a alimentación, capacitación combustible, inversión mayor y menor, menaje, repuestos e insumos de equipos y maquinarias, servicios generales y textiles.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> En inversión de mayor y menor se lo lleva la SDA para programar las adquisiciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las unidades mandan los consumos mensuales a abastecimiento</li> <li>• La Jefa de abastecimiento se programa para ir teniendo stock de los diferentes artículos, en virtud de la demanda, sin sobrepasar el presupuesto.</li> <li>• Se envían los presupuestos a finanzas para ser revisados</li> <li>• desde finanzas pasan al SDA</li> <li>• La SDA lo presenta al director institucional</li> <li>• Si se realizan modificaciones estas nuevamente pasan por abastecimiento y siguen el conducto hasta que son aprobadas por la dirección institucional, en oficina de partes se genera la resolución del presupuesto (antes del 30 de noviembre)</li> <li>• Se envían las nóminas mensuales a los administrativos de abastecimiento</li> <li>• La última semana del mes los ejecutivos de abastecimiento inician las compras en chile compra <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ convenio marco y licitación pública</li> </ul> </li> <li>• En el SIGFES se inserta el valor que debe ir en correlación con el presupuesto (se deja en pausa)</li> <li>• Cuando hay presupuesto queda aprobado</li> <li>• Se considera el número de registro del SIGFES</li> <li>• En el chile compra se saca el monto el proveedor</li> <li>• Se genera la orden de compra o bien la licitación</li> <li>• Se cierra el SIGFES (presupuestario) lo informa el jefe de contabilidad quien es informado por el jefe del Servicio de Salud. También es el tope para entregar facturas.</li> <li>• Se imprime el correo como respaldo para poder seguir comprando, para poder comprar con el SIGFES una vez cerrado. (SISFES se demora una semana más o menos en la apertura del sistema)</li> <li>• Las compras quedan como validado o digitalizado cuando porque no hay presupuesto</li> </ul> <p>• En bodega llaman todos los lunes por las ordenes de compra que no han llegado en la semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El funcionario de bodega llama</li> <li>• Si es por no pago se solicita un correo de respaldo para ser enviado al jefe de contabilidad.</li> <li>• Luego a abastecimiento llega la factura por medio del correo de correspondencia</li> <li>• Se junta la orden de compra con la factura por los ejecutivos de abastecimiento</li> <li>• La jefa revisa que todo esté bien</li> <li>• Se envía a contabilidad para el pago</li> <li>• Luego lo archivan</li> </ul> <p><b>Termina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando informan de bodega la llegada del producto con la factura o guía de despacho, por medio del correo de correspondencia</li> <li>• El busca orden de compra se revisa y pasa a contabilidad</li> <li>• Lo firma contabilidad y lo regresa</li> </ul>	

<p><b>Participantes:</b>  1 Jefa de abastecimiento  3 ejecutivos de compra  1 bodeguera  1 administrativo-auxiliar  (horario de trabajo: 8:30 a 17:30 de L-J y viernes 08:30-16:30)</p> <p><b>Asesores técnicos</b>  1 Carlos Troncoso (logística)  1 Varinia González (farmacia)</p> <p><b>Comité de abastecimiento:</b>  Subdirección Administrativa  Jefe de finanzas  Jefe de farmacia  Jefe de logística  Jefe de abastecimiento  Invitados (dependiendo del área)</p>	
<p><b>Entradas:</b>  Plan de compra  Solicitudes urgentes por medio de memos o mail</p> <p><b>Proveedores:</b>  SDA (en febrero se abre en Chile compra)  Jefe de los diferentes servicios</p>	
<p><b>Salidas:</b>  Facturas a contabilidad  Reporte a final de año se genera un inventario cerrando (contabilidad)</p> <p><b>Clientes:</b>  Finanzas  Contabilidad  Y todas las unidades del hospital</p>	
<p><b>Inspecciones:</b>  Inventarios mensuales y los electivos  Las estadísticas del orden  Inspecciones en terreno</p>	<p><b>Registros:</b>  Libro de Órdenes de compra  Libro de las facturas</p>
<p><b>VARIABLES DE CONTROL:</b>  SISQ para la característica asociada</p>	<p><b>Indicadores:</b>  No tienen indicadores definidos</p> <p>Algunos que podrían formalizar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subir las ordenes de compras urgencias</li> <li>• Licitaciones</li> <li>• Compra por CENABAST</li> </ul>
<p><b>Potenciales de mejora:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar las condiciones de infraestructura considerando el cambio que sufrirá el proceso. Actualmente cuenta con 2 oficinas, todas con PC y acceso a internet, más la bodega de economato tras el hospital que cuenta con 1 PC con internet.</li> <li>• Digitalización de registros que actualmente se llevan en papel.</li> <li>• Espacio físico de bodega adecuado para su gestión.</li> </ul>	
<p><b>Revisión:</b> primera revisión</p>	<p><b>Fecha:</b> Noviembre 2012</p>

*Fuente: Elaboración propia.*



**Tabla 30: 2° Entrevista “Gestión de Abastecimiento”.**

Ficha de procesos	
<b>Nombre del entrevistado:</b> Miguel Reales Ahumada	Administrativo Encargado de compra de textiles, materiales de oficina, impresos y etiquetas, frascos de farmacia, servicios de publicidad, servicios de impresión Encomiendas Equipamiento Gestión de facturas Firmas de las órdenes de compra
<b>Proceso:</b> Gestión de Abastecimiento	<b>Propietario:</b> Jefa de Abastecimiento
<b>Misión:</b> La misión se desconoce	<b>Documentación:</b> El procedimiento no está documentado
<p><b>Alcance</b></p> <p><b>Empieza:</b> Revisar el correo para responder a las solicitudes enviadas desde la jefatura de abastecimiento. Plan de compra para las áreas asignadas</p> <p><b>Incluye:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se evalúa el tipo de compra que es:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Convenio marco</li> <li>○ Trato Directo</li> <li>○ Licitación</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Trato directo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La documentación se sube al portal</li> <li>• Se hacen 3 cotizaciones</li> <li>• Se genera el trámite de compra</li> <li>• Se genera la orden de compra con el número que arroja el sistema</li> <li>• Se genera el certificado presupuestario con toda la documentación que se requiere</li> <li>• Se genera el cuadro comparativo</li> <li>• Se revisa el precio más conveniente para el hospital</li> <li>• Se firma por la jefa de abastecimiento</li> <li>• Se firma por finanzas</li> <li>• Se firma por la SDA</li> <li>• Cuando regresan los documentos se genera la orden de compra</li> <li>• Se hace el número de orden interno con el sistema orden</li> <li>• Se generan copias</li> </ul> <p><b>Convenio marco</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se busca el producto solicitado</li> <li>• Se genera la orden de compra inmediata</li> <li>• Se emite el certificado de disponibilidad presupuestaria</li> <li>• Se sube el documento a la orden de compra</li> <li>• Se genera la orden</li> <li>• La jefa de abastecimiento envía la orden de compra a los proveedores</li> </ul> <p><b>Licitaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay que contactar por correo a los solicitantes del artículo para que envíen requerimientos técnicos</li> <li>• Se busca en internet el producto para cumplir con los aspectos técnicos y tener la mayor cantidad de especificaciones para cumplir con el objetivo.</li> <li>• Se generan las bases de licitación</li> <li>• Se genera la resolución para el levantamiento de la licitación</li> <li>• Se envía a la oficina de partes para extraer la firma del director.</li> <li>• Se genera el plazo para la licitación (está normado por Chile Compra)</li> <li>• Se genera el orden de compra</li> <li>• Se registra en el sistema orden, donde se ingresa el centro de costo, el número de orden de Chile Compra, número de SIGFES y los productos</li> <li>• Se envían la copia del orden interno a bodega para que sepan que producto va a llegar</li> <li>• Cuando llega el producto y la factura, bodega se deja una copia del Chile Compra y del SIGFES.</li> <li>• Se cuadra según lo que se compró</li> <li>• Si no cuadra Bodega realiza la rebaja o envía una nota de crédito. Después se adjunta la nota de crédito</li> <li>• Se envía la factura con la recepción de bodega, la hoja de Chile Compra-SIGFES y se anota el libro de facturas.</li> <li>• Se timbra la orden de Chile Compra, la orden interna que sale del sistema orden, el SIGFES</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se entrega a la jefa de abastecimiento para firma</li> <li>• Se lleva a Finanzas para firma</li> <li>• Se va a buscar la documentación</li> <li>• Se archiva</li> </ul> <p><b>Envío de encomiendas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llegan ordenes de envío para Santiago por teléfono(exámenes de laboratorio)</li> <li>• Ingresa al Portal de Chile Express</li> <li>• Se genera la orden de trabajo para el envío</li> <li>• Se sacan 3 copias (una de las copias queda en abastecimiento con la copia del memo o mail para la petición del servicio, la otra se la lleva la persona de chile express con el producto y la otra se va con la factura)</li> <li>• Coordina todo vía telefónica con Chile Express</li> <li>• El producto llega a la oficina de abastecimiento con el correo o memo</li> <li>• Se entrega el producto con la copia</li> </ul> <p><b>Termina:</b> Cuando se archiva la documentación firmada y timbrada</p>	
<p><b>Participantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los usuarios que solicitan los productos</li> <li>• Jefa de Abastecimiento</li> <li>• Bodega</li> <li>• Contabilidad</li> <li>• Administrativos de abastecimiento</li> <li>• La dirección</li> <li>• La oficina de parte</li> <li>• Proveedores</li> </ul>	
<p><b>Entradas:</b> Solicitudes que emite la jefatura de abastecimiento Además de lo especificado mensualmente en el plan de compra</p> <p><b>Proveedores:</b> Jefe de abastecimiento</p>	
<p><b>Salidas:</b> Ordenes de compras firmadas Productos a los clientes</p> <p><b>Clientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mantención</li> <li>○ Ropería</li> <li>○ Imprenta</li> <li>○ Todos los servicios en general</li> <li>○ Consultorio del adulto</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>Inspecciones:</b> Se revisa lo grabado en el sistema</p>	<p><b>Registros:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Libros de facturas, solicitudes, etc.</li> </ul>
<p><b>Variables de control:</b> Datos ingresados al Chile compra Datos ingresados al sistema orden</p>	<p><b>Indicadores:</b> No existen</p>
<p><b>Potenciales de mejora:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Digitalizar los documentos de registro de órdenes de compra y facturas.</li> <li>• Que internet fuer más rápido. Desbloquear algunas pág. para buscar información de productos o contactar proveedores</li> <li>• Es un problema externo los Servidores de chile compra después de las 5 de la tarde y los sábados funcionan mal.</li> <li>• Aumentar capacitaciones para que todos conozcan la función de todos.</li> </ul>	
<p><b>Revisión:</b> Primera</p>	<p><b>Fecha:</b> Noviembre 2012</p>

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 31: 3° Entrevista “Gestión de Abastecimiento”.**

Ficha de procesos	
<b>Nombre el entrevistado:</b> Hortensia Arancibia	<b>Cargo:</b> Encargada de bodega
<b>Proceso:</b> Gestión de abastecimiento	<b>Propietario:</b> Jefa de Abastecimiento
<b>Misión:</b> Desconoce la misión de abastecimiento pero cuenta con las funciones	<b>Documentación:</b> El proceso no está documentado
<p><b>Alcance</b></p> <p><b>Empieza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parte con la recepciones la ordenes de acuerdo a la orden de compra que corresponde al artículo que llegó.</li> <li>• Las nóminas de pedidos aprobadas por jefa de abastecimiento</li> <li>• Plan de inventario</li> </ul> <p><b>Incluye</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el orden revisa el estado de los productos y cuantos se deben entregar a las unidades solicitantes</li> <li>• Se recibe el producto</li> <li>• Se recibe la factura o la guía de despacho.</li> <li>• Se ingresa en el sistema orden la recepción de la factura, en control del sistema, en recepción a proveedores, se ingresa el número de orden de compra y aparecen los productos</li> <li>• Se ingresa la cantidad de los productos que se recepcionaron</li> <li>• Se imprime la recepción y la original se adjunta a la factura</li> <li>• En el cuaderno de correspondencia se registra el nombre del proveedor el Número de la factura, el número de la recepción de proveedores y se entrega al administrativo de abastecimiento</li> <li>• Se queda con 2 copias una para la unidad y otra para la encargada de inventario, y se va a dejar a inventario.</li> <li>• Se firma y se timbra la factura si todo está en orden y el producto se almacena en el lugar que corresponda. Los artículos perecibles se reciben en alimentación junto con sus facturas y guías de despacho. Todo lo que es alimento queda en bodega de alimentación</li> <li>• Se comienza el despacho de los productos (se puede entregar lo mismo que las unidades que han solicitado o menos)</li> <li>• Se llama por correo a las unidades para que retiren los productos</li> <li>• Las unidades solicitantes deben acercarse a bodega para retirar los productos.</li> <li>• Cuando lo retira y se hace la salida recepción de la factura en recepción en el orden</li> <li>• el usuario retira el producto y una copia de la salida por despacho, se da una copia a usuarios</li> <li>• Se tiene un cuaderno donde se registran las recepciones a proveedores y salidas de usuarios. Se hacen tres compilados mensuales y 3 para la unidad de inventario.</li> </ul> <p><b>Revisiones de inventario</b></p> <p><b>Anual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar producto por producto con la oficina de inventario se genera el inventario por estructura planteada en el plan.</li> <li>• Cuadrar lo físico con lo que está en el sistema se hace con la encargada de inventario o el asistente de inventario. Tanto en la bodega como en farmacia</li> <li>• Se cuadra con el orden los productos</li> <li>• Se imprime el inventario y se deja una copia en inventario, una para la jefa de abastecimiento y otra para la bodega.</li> </ul> <p><b>Mensual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se programa en base al plan anual</li> <li>• Revisa los productos con la jefa de abastecimiento</li> <li>• en caso de ajuste solo se hacen con la autorización de la jefa de abastecimiento</li> <li>• Se genera la documentación</li> <li>• Se deja una copia para la jefa de abastecimiento y otra para bodega</li> </ul> <p><b>Selectivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viene el encargado de cobranza con un listado 40° artículos diferentes de cualquier tipo</li> <li>• Se revisan que lo extraído del sistema orden sea igual al conteo físico de artículos.</li> <li>• Entrega un lapso para poder corregir, por ejemplo hacer las recepciones (se hace casi una vez al mes)</li> <li>• El encargado de cobranza hace el informe</li> </ul> <p><b>Equipamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando llegan equipos se va a constatar en terreno. También va a revisar el encargado del equipamiento.</li> </ul>	

<p><b>Producto no conforme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encargado de bodega llama al proveedor puede mandar el artículo y retirar el que está fallado</li> <li>• Pasa por fax saca copia con anotación correspondiente y se adjunta esa fotocopia</li> <li>• En el orden pone recepción completa</li> <li>• Se saca la copia de salida por despacho, se da una copia a usuarios, a inventario y otra a bodega.</li> </ul> <p><b>Termina:</b> Entrega de productos Cuadra sistema orden con lo físico</p> <p><b>Nota:</b> algunos proveedores dejan artículos que no corresponden a esta bodega y hay que redireccionarlos. <b>Nota:</b> También se hacen selectivos por la jefa de abastecimiento</p>	
<p><b>Participantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alfredo Zúñiga encargado de preparar los pedidos</li> <li>• Encargada de bodega.</li> <li>• Proveedores (se reciben hasta las 13:00 hrs.)</li> <li>• Usuarios de diferentes unidades del hospital</li> <li>• Encargada de inventario</li> <li>• Asistente de inventario</li> </ul>	
<p><b>Entradas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los productos</li> <li>• Facturas o guías de despacho</li> </ul> <p><b>Proveedores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferentes proveedores del hospital</li> </ul>	
<p><b>Salidas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facturas recepcionadas conformes</li> <li>• Productos conformes a los usuarios</li> </ul> <p><b>Clientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrativos de abastecimiento a quienes se entregan las facturas</li> <li>• Usuarios</li> </ul>	
<p><b>Inspecciones:</b></p> <p>Inspección de selectivo</p>	<p><b>Registros:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuadernos de correspondencia</li> <li>• Duplicados de las salidas</li> <li>• Duplicados de las recepciones</li> <li>• Pedidos de abastecimiento</li> </ul>
<p><b>VARIABLES DE CONTROL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro documentos</li> <li>• Inspección de productos físicos</li> <li>• Fechas de vencimiento de los productos ( se registra en el Excel y se manda un correo a los servicios informando que dentro de poco el producto vencerá)</li> <li>• Dadas de baja por medio de la oficial de inventario</li> <li>• Ajuste de salida por vencimiento del producto.</li> </ul>	<p><b>Indicadores:</b></p> <p>No hay identificados</p>
<p><b>Potenciales de mejora:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la jornada de trabajo, dado que se trabaja de 08:00 a 17:00.</li> <li>• Escala para bodega de alimentación</li> <li>• Aumentar la capacidad del espacio físico, por lo menos el doble de lo que se tiene actualmente.</li> </ul>	
<p><b>Revisión:</b> Primera</p>	<p><b>Fecha:</b> Noviembre 2012.</p>

*Fuente: Elaboración propia.*

**Tabla 32: 4° Entrevista “Gestión de Abastecimiento”.**

Ficha de procesos	
<b>Nombre del entrevistado:</b> Jacquelin Cortez	<b>Cargo:</b> Administrativo en compra Encargada del fondo fijo Encargada de la compra de Combustible para vehículos y lubricante. Repuesto informáticos Materiales y repuestos Otros mantenimiento, repuestos para equipos Equipamiento
<b>Proceso:</b> Gestión de abastecimiento	<b>Propietario:</b> Jefa de Abastecimiento Sra. Gloria Álvarez.
<b>Misión:</b> Debe estar escrita en el manual de procedimiento en la jefatura.	<b>Documentación:</b> El procedimiento no está documentado pero si están las funciones asignadas
<p><b>Alcance</b></p> <p><b>Empieza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisando el correo para detectar las solicitudes de compra de los usuarios que fueron enviada a la jefa de abastecimiento.</li> <li>• Revisar que articulo es y a qué forma de adquisición corresponde:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fondo fijo</li> <li>○ Licitaciones</li> <li>○ Convenio marco</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Incluye:</b></p> <p><b>Licitación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ve la solicitud por correo electrónico</li> <li>• Se pide al solicitante que mande las bases técnicas del articulo a comprar.</li> <li>• Se hacen las base administrativas</li> <li>• Se adjunta las bases técnicas</li> <li>• Se crea en el sistema la licitación para poder extraer el número que va en la resolución</li> <li>• Se hace la resolución con base técnica y administrativa</li> <li>• Se visa toda la documentación desarrollada por la jefa de Abastecimiento.</li> <li>• Esa documentación se envía a la SDA</li> <li>• La documentación se envía al Director</li> <li>• Llega la documentación aprobada por la oficina de partes.</li> <li>• La orden está creada y se rellenan los datos</li> <li>• Se publica</li> <li>• Se dan los días que debe estar en el portal la licitación</li> <li>• En caso de preguntas se derivan a la jefa de abastecimiento y se llama al solicitante.</li> <li>• El solicitante responde por correo</li> <li>• Se sube la respuesta al portal por parte de los administrativos de abastecimiento</li> <li>• Se extraen las cotizaciones</li> <li>• Se hace un cuadro comparativo</li> <li>• Se hace un acta de evaluación para los proveedores que participaron y se colocan las notas que se estipularon en las bases administrativas</li> <li>• Se llama a una reunión por correo electrónico con la aprobación de la jefa de abastecimiento.</li> <li>• La jefa de abastecimiento se reúne con el comité, va con los antecedentes y llegan a un acuerdo y con eso se adjudica el artículo a cierto proveedor.</li> <li>• De la reunión se firma una acta de asistencia con el acuerdo</li> <li>• Se hace otra resolución adjudicando al proveedor, indicando el monto y el RUT.</li> <li>• La documentación se va la SDA</li> <li>• Se saca firma del Director</li> <li>• La documentación regresa por la oficina de parte.</li> </ul> <p>Nota: si se retrasa la documentación se va dando más plazo a la licitación, no puede adjudicar si no está la resolución.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con la resolución escaneada se adjudica</li> <li>• Se genera la orden de compra al proveedor seleccionado</li> <li>• Se genera una copia para bodega quien retira diariamente la documentación</li> <li>• Se espera la llegada del producto en bodega</li> <li>• Se imprime la orden de compra</li> <li>• Se hace el orden interno</li> <li>• Se hace el SIGFES</li> <li>• Se adjunta certificado presupuestario</li> <li>• Se adjunta el acta de adjudicación</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo se envía a la dirección para</li> <li>• Vuelve por oficina de partes a la unidad</li> <li>• Se archiva la resolución, la orden de compra del portal, la interna</li> </ul> <p><b>Fondo fijo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se envía solicitud a movilización desde la jefatura de abastecimiento o algunas veces la enviamos los administrativos en caso de que ella no esté.</li> <li>• Se coordinan con el jefe de movilización.(dependiendo de la disponibilidad que la unidad de movilización)</li> <li>• Se va a comprar por un valor menor de \$5000 se pide boleta si es mayor de \$5000 se factura y el proveedor no tiene factura debe venir anotado en la boleta el detalle de los productos.</li> </ul> <p><b>Convenio marco</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se busca el producto se coloca en un carro</li> <li>• Se ejecuta la orden de compra portal de mercado publico</li> <li>• Se hace el compromiso SIGFES que se incluye a la orden de compra Se extrae la orden que se genera el portal de chile compra.</li> <li>• Se extrae la orden interna de abastecimiento desde el sistema orden</li> <li>• Se espera que llegue el producto o algunas veces hay que ir a buscarlo (hay proveedores que no reparten)</li> <li>• Se coordina con movilización para ir a retirar los productos</li> <li>• Se revisa en terreno con el proveedor</li> <li>• Se lleva el producto con la factura a bodega de economato</li> <li>• Se constata en bodega que sea el producto</li> <li>• Se ingresa la factura al sistema</li> <li>• Bodega manda la factura a abastecimiento para ser enviada a contabilidad</li> <li>• Desde abastecimiento se envía la factura, el compromiso SIGFES la orden de compra, a contabilidad</li> </ul> <p><b>Nota: Productos no conformes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llega el producto no conforme</li> <li>• Llamam al proveedor</li> <li>• Se regresa el producto o se envía por Chile Express</li> </ul> <p><b>Termina:</b> Se termina con las adjudicación del producto y archivo de los documentos</p>	
<p><b>Participantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los usuarios de las diferentes unidades que solicitan artículos</li> <li>• Jefa de abastecimiento</li> <li>• Administrativos de abastecimiento</li> <li>• Dirección</li> <li>• Funcionarios de bodega</li> </ul>	
<p><b>Entradas:</b> Solicitudes que emana de la jefa de abastecimiento Certificado de presupuesto para poder comprar (Jefa de finanza firma)</p> <p><b>Proveedores:</b> Jefa de Abastecimiento</p>	
<p><b>Salidas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Órdenes de compra</li> <li>• Compra de un producto por fondo fijo</li> </ul> <p><b>Clientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefatura de abastecimiento</li> <li>• Oficina de partes</li> <li>• Bodega</li> <li>• Dirección</li> </ul>	
<p><b>Inspecciones:</b> La jefatura de abastecimiento revisa los documentos Monitoreo de Chile compra</p>	<p><b>Registros:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Libro de ordenes de compras (se comenzará a digitalizar)</li> <li>• Libro de las facturas</li> <li>• Libro de licitaciones</li> <li>• Cuaderno de las solicitudes</li> </ul>
<p><b>VARIABLES DE CONTROL:</b> Documentos generados en la unidad</p>	<p><b>Indicadores:</b> Desconoce si existen indicadores generales de abastecimiento</p>
<p><b>Potenciales de Mejora:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejores especificaciones de los usuarios para realizar las compras de manera más fácil y agilizar el proceso (mantener el foco en el proveedor)</li> <li>• Mejorar la velocidad de internet y estabilidad</li> <li>• Mejor espacio físico</li> </ul>	
<p><b>Revisión:</b> Primera revisión</p>	<p><b>Fecha:</b> Noviembre 2012</p>

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 33: 5° Entrevista “Gestión de Abastecimiento”.**

Ficha de procesos	
<b>Nombre del entrevistado:</b> Cecilia Peñafiel	<b>Cargo:</b> Administrativo Encargada de las áreas de Alimentación, alimentación enteral, aseo, menaje, insumos para caldera, fondos de capacitación, equipamiento.
<b>Proceso:</b> Gestión de Abastecimiento	<b>Propietario:</b> Jefa de Abastecimiento
<b>Misión:</b> Tiene que estar en el manual de abastecimiento	<b>Documentación:</b> El procedimiento no está documentado
<p><b>Alcance</b></p> <p><b>Empieza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ver lo que pide la nutricionista a partir del plan de compra de alimentación (enteral, no perecible y perecibles). La última semana del mes para el mes siguiente</li> <li>• Revisar solicitudes de la jefa de abastecimiento</li> </ul> <p><b>Alimentación</b></p> <p><b>Convenio marco:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se busca los productos para el carro</li> <li>• Se genera la orden en chile compra.</li> </ul> <p><b>Licitaciones</b> (carnes verduras y lácteo)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se genera la licitación</li> <li>• Se genera la resolución</li> <li>• Sube a dirección para extraer las firmas</li> <li>• llega por oficina de partes a abastecimiento</li> <li>• Se adjudica</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diariamente alimentación se lleva el libro para realizar el rebaje</li> <li>• Se genera el pedido (martes, jueves y viernes)</li> <li>• Se hace el pedido lunes, miércoles y jueves</li> <li>• Se solicita por vía telefónica los productos a los proveedores</li> <li>• Llegan las facturas a alimentación con los productos</li> <li>• Se juntan las facturas</li> <li>• Se ingresan en una planilla excel</li> <li>• Quincenalmente se hace en el portal la orden de compra</li> <li>• Se ingresa en el sistema orden</li> </ul> <p><b>Menaje y aseo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se revisa el plan de compra entregado por la jefatura de abastecimiento</li> <li>• Se va comprando mensualmente los artículos</li> <li>• La jefatura ve si rebaja o no rebaja el ítem</li> <li>• Se efectúa la orden de compra</li> </ul> <p><b>Termina:</b> Cuando llegan a abastecimiento las órdenes de compras</p>	
<p><b>Participantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefa de Abastecimiento</li> <li>• Administrativos de abastecimiento</li> <li>• Proveedores</li> </ul>	
<p><b>Entradas:</b> Solicitudes enviadas por la Jefa de Abastecimiento Plan de compra anual</p> <p><b>Proveedores:</b> Jefa de Abastecimiento</p>	
<p><b>Salidas:</b> Orden de compra generada</p> <p><b>Clientes:</b> La central de alimentación Todos los servicios del hospital en cuanto a aseo y menaje</p>	

<b>Inspecciones:</b> La jefa de abastecimiento revisa las órdenes de compra generadas	<b>Registros:</b> Libro de factura el libreo de numero de compra de las resoluciones
<b>VARIABLES DE CONTROL:</b> No hay variables de control definidas por abastecimiento, solo los aspectos que solicita Chile Compra	<b>Indicadores:</b> No hay indicadores propios
<b>Propuestas de mejora:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El usuario que envíe más especificado lo que requiere para la compra de los artículos.</li> <li>• Que los solicitantes envíen el ID del producto lo que es relativo a mantención</li> <li>• Calidad de Internet para acceder al portal.</li> </ul>	
<b>Revisión:</b> Primera	<b>Fecha:</b> Noviembre

*Fuente: Elaboración propia.*



**Tabla 34: 6° Entrevista “Gestión de Abastecimiento”.**

Ficha de procesos	
<b>Nombre del entrevistado:</b> Alfredo Zúñiga	<b>Cargo:</b> Encargado de preparar todos los pedidos
<b>Proceso:</b> Gestión de Abastecimiento	<b>Propietario:</b> Jefa de Abastecimiento
<b>Misión:</b> La conoce la visión pero no la tiene descrita en la unidad	<b>Documentación:</b> El procedimiento no está documentado
<p><b>Alcance:</b></p> <p><b>Empieza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Planificación diaria de trabajo.</li> <li>Listas de pedidos visadas por jefa de abastecimiento</li> </ul> <p><b>Incluye</b></p> <p><b>Entrega de pedidos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se arman los pedidos para los usuarios de las diferentes unidades en base a las listas de pedidos.</li> <li>En caso de que los productos falten se reparte equitativamente con la aprobación de abastecimiento.</li> <li>Se llaman al jefe de las unidades para que vengán a retirar</li> <li>Se entregan los pedidos a los usuarios de las diferentes unidades (aproximadamente 2 semanas) con la hoja de salida</li> <li>Se guardan las copias de las salidas</li> <li>Se registra en un cuaderno lo que salió colocando el número de registro, la fecha y el usuario que retiró (registro interno)</li> </ul> <p><b>Llamada a proveedores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisar los proveedores atrasados</li> <li>Revisar entregas de productos no conformes</li> <li>Se llama a la central para que lo comunique con el proveedor</li> <li>Se solicita el envío a los proveedores.</li> </ul> <p><b>Vencimiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ordenar los productos recepcionados separados pro área</li> <li>Revisar la fecha de vencimiento de los productos</li> <li>Etiquetar con plumón los productos</li> <li>Reordenar para dejar a mano los productos por vencer</li> </ul> <p><b>Termina:</b> Entrega del producto Registro en el cuaderno Productos ordenados</p>	
<p><b>Participantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Encargada de bodega</li> <li>Encargado de preparar los productos</li> <li>Alimentación</li> <li>Administrativos de Abastecimiento</li> </ul>	
<p><b>Entradas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Productos para ser almacenados y ordenados</li> <li>Facturas y guías de despacho</li> </ul> <p><b>Proveedores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Abastecimiento (listados de pedidos)</li> <li>Diversos proveedores del hospital</li> </ul>	
<p><b>Salidas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los productos con hoja de salida</li> </ul> <p><b>Clientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Todas las unidades y servicios</li> <li>Abastecimiento</li> </ul>	
<p><b>Inspecciones:</b> Inspección a la fecha de vencimiento</p>	<p><b>Registros:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Libretas de correspondencia</li> <li>Cuaderno donde registran las salidas</li> <li>Cuaderno amarillo para inventario</li> </ul>

<b>VARIABLES DE CONTROL:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fechas de vencimiento</li> <li>• Documentos de manipulación del detergente</li> <li>• Etiquetar las bolsas de detergente</li> <li>• Constatar los productos con el usuario</li> </ul>	<b>INDICADORES:</b> No tienen indicadores establecidos
<b>POTENCIALES DE MEJORA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener un teléfono con salida directa para facilitar el trabajo con proveedores (red fija y celular) y un computador con acceso internet</li> <li>• Aumentar las horas trabajadas o bien que se respete el horario de atención de bodega.</li> <li>• Solucionar los problemas de infraestructura para el almacenaje y orden de la unidad.</li> </ul>	
<b>Revisión:</b> Primera	<b>Fecha:</b> Noviembre 2012.

*Fuente: Elaboración propia.*

## C. Ficha de procesos “Gestión de Abastecimiento”.

Tabla 35: Ficha de procesos “Gestión de Abastecimiento”.

Ficha de procesos	
<b>Proceso:</b> Abastecimiento	<b>Propietario:</b> Jefa de abastecimiento
<b>Misión:</b> Apoyar a nuestros usuarios en la provisión oportuna y adecuada de los recursos necesarios para brindar una adecuada satisfacción de las necesidades de salud de la comunidad.	<b>Documentación:</b> El proceso no está documentado
<p><b>Alcance</b></p> <p><b>Empieza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración del plan de compras.</li> <li>• Memo o mail que respalde la compra por urgencia.</li> </ul> <p><b>Incluye:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se revisa el sistema orden para ver el histórico de compras realizadas y los presupuestos disponibles.</li> <li>• La jefa de abastecimiento trabaja en los consumos de aseo, consumos de informática, imprenta, material de escritorio</li> <li>• La jefa de abastecimiento envía lista con sus presupuestos y valores a alimentación, capacitación combustible, inversión mayor y menor, menaje, repuestos e insumos de equipos y maquinarias, servicios generales y textiles.</li> <li>• Las unidades mandan los consumos mensuales a abastecimiento</li> <li>• La Jefa de abastecimiento se programa para ir teniendo stock de los diferentes artículos, en virtud de la demanda, sin sobrepasar el presupuesto.</li> <li>• Se envían los presupuestos a finanzas para ser revisados</li> <li>• desde finanzas pasan al SDA</li> <li>• La SDA lo presenta al director institucional</li> <li>• Si se realizan modificaciones estas nuevamente pasan por abastecimiento y siguen el conducto hasta que son aprobadas por la dirección institucional, en oficina de partes se genera la resolución del presupuesto (antes del 30 de noviembre)</li> <li>• Se envían las nóminas mensuales a los administrativos de abastecimiento</li> <li>• La última semana del mes los ejecutivos de abastecimiento inician las compras en chile compra <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ convenio marco y licitación pública</li> </ul> </li> <li>• En el SIGFES se inserta el valor que debe ir en correlación con el presupuesto (se deja en pausa)</li> <li>• Cuando hay presupuesto queda aprobado</li> <li>• Se considera el número de registro del SIGFES</li> <li>• En el chile compra se saca el monto el proveedor</li> <li>• Se genera la orden de compra o bien la licitación</li> <li>• Se cierra el SIGFES (presupuestario) lo informa el jefe de contabilidad quien es informado por el jefe del Servicio de Salud. También es el tope para entregar facturas.</li> <li>• Se imprime el correo como respaldo para poder seguir comprando, para poder comprar con el SIGFES una vez cerrado. (SIGFES se demora una semana más o menos en la apertura del sistema)</li> <li>• Las compras quedan como validado o digitalizado cuando porque no hay presupuesto</li>   <li>• En bodega llaman todos los lunes por las órdenes de compra que no han llegado en la semana.</li> <li>• El funcionario de bodega llama</li> <li>• Si es por no pago se solicita un correo de respaldo para ser enviado al jefe de contabilidad.</li> <li>• Luego a abastecimiento llega la factura por medio del correo de correspondencia</li> <li>• Se junta la orden de compra con la factura por los ejecutivos de abastecimiento</li> <li>• La jefa revisa que todo esté bien</li> <li>• Se envía a contabilidad para el pago</li> <li>• Luego lo archivan</li> </ul> <p><b>Termina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando informan de bodega la llegada del producto con la factura o guía de despacho</li> <li>• Archivo de documentos a provenientes de contabilidad</li> </ul>	
<p><b>Participantes:</b></p> <p>1 Jefa de abastecimiento  3 ejecutivos de compra  1 bodeguera  1 administrativo-auxiliar  (horario de trabajo: 8:30 a 1730 de L-J y viernes 08:30-16:30)</p>	

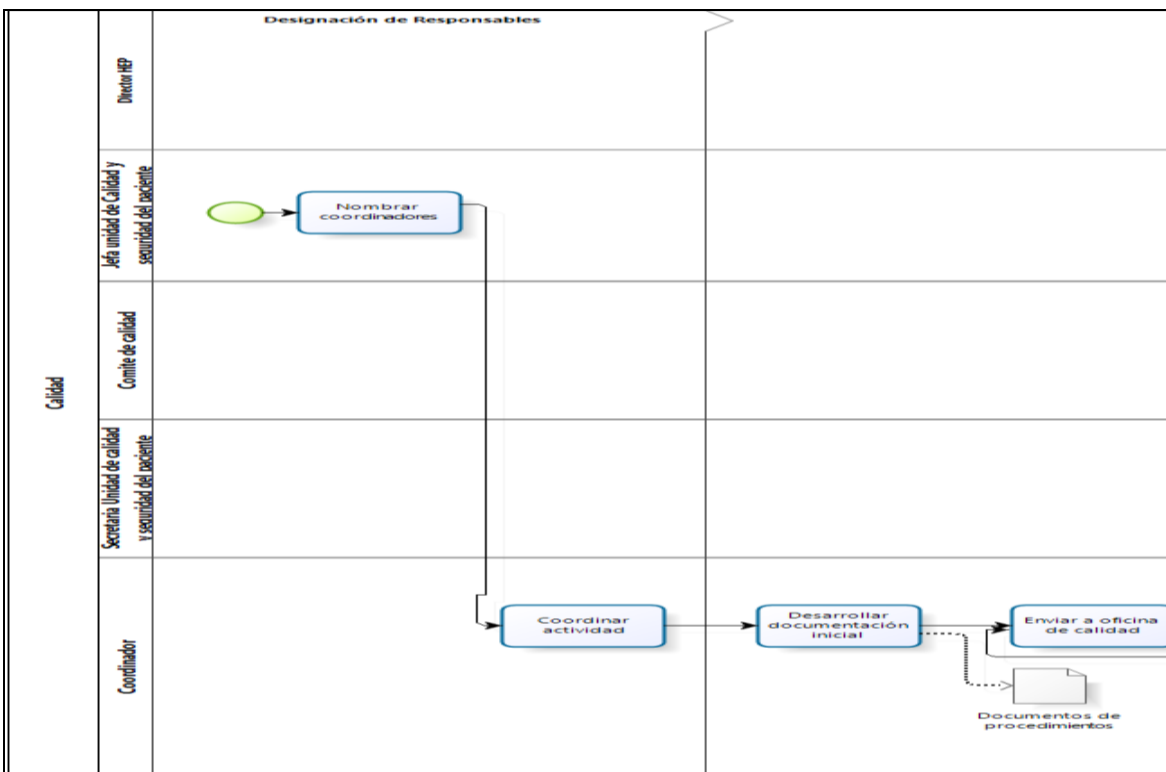
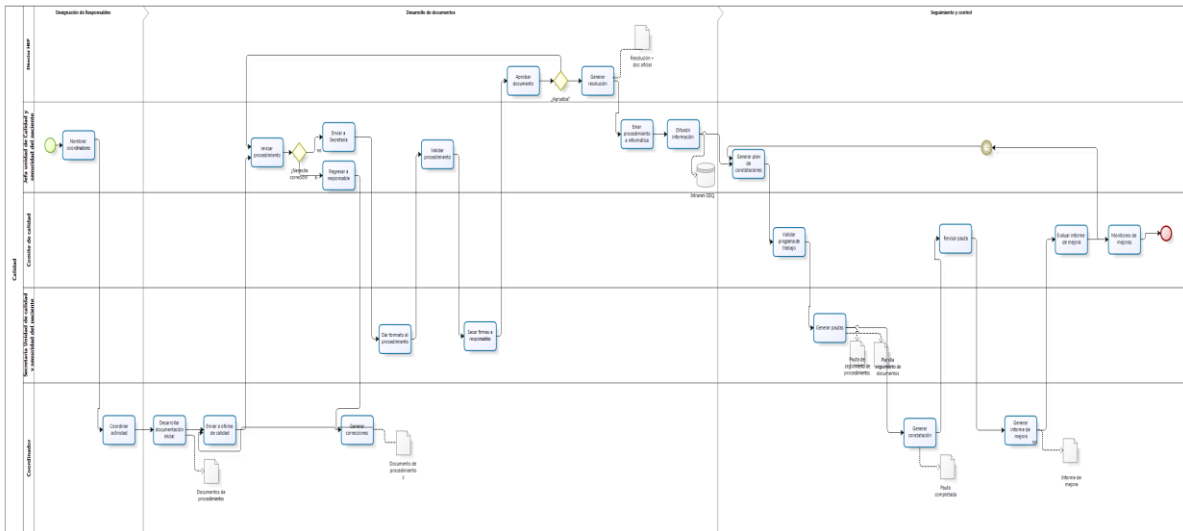
<p><b>Asesores técnicos</b>  1 Carlos Troncoso (logística)  1 Varinia González (farmacia)</p> <p><b>Comité de abastecimiento:</b>  Subdirección Administrativa  Jefe de finanzas  Jefe de farmacia  Jefe de logística  Jefe de abastecimiento  Invitados (dependiendo del área)</p>	
<p><b>Entradas:</b>  Plan de compra  Solicitudes urgentes por medio de memos o mail</p> <p><b>Proveedores:</b>  SDA  Jefe de los diferentes servicios</p>	
<p><b>Salidas:</b>  Facturas a contabilidad  Reporte a final de año se genera un inventario cerrando (contabilidad)</p> <p><b>Clientes:</b>  Finanzas  Contabilidad  Y todas las unidades del hospital</p>	
<p><b>Inspecciones:</b>  Inventarios mensuales y los electivos  Las estadísticas del orden  Inspecciones en terreno</p>	<p><b>Registros:</b>  Libro de Órdenes de compra  Libro de las facturas</p>
<p><b>Variables de control:</b>  SISQ para la característica asociada</p>	<p><b>Indicadores:</b>  No tienen indicadores definidos</p>
<p><b>Revisión:</b> primera revisión</p>	<p><b>Fecha:</b> Diciembre 2012</p>

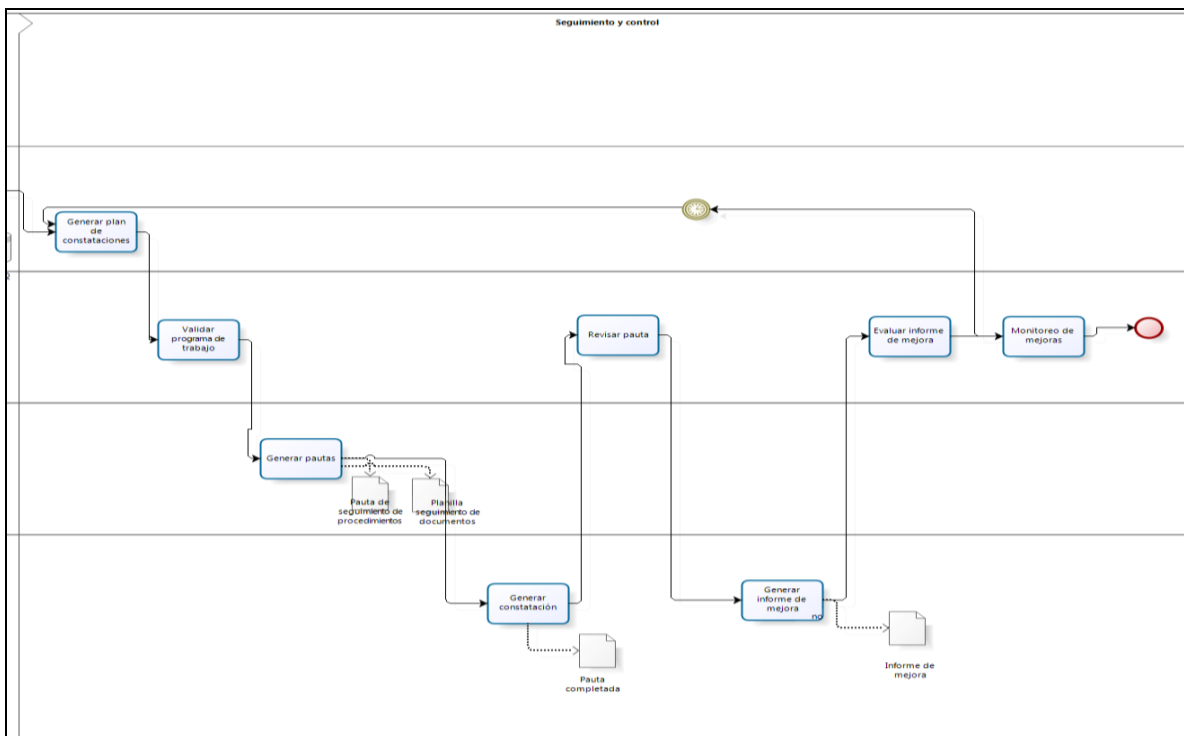
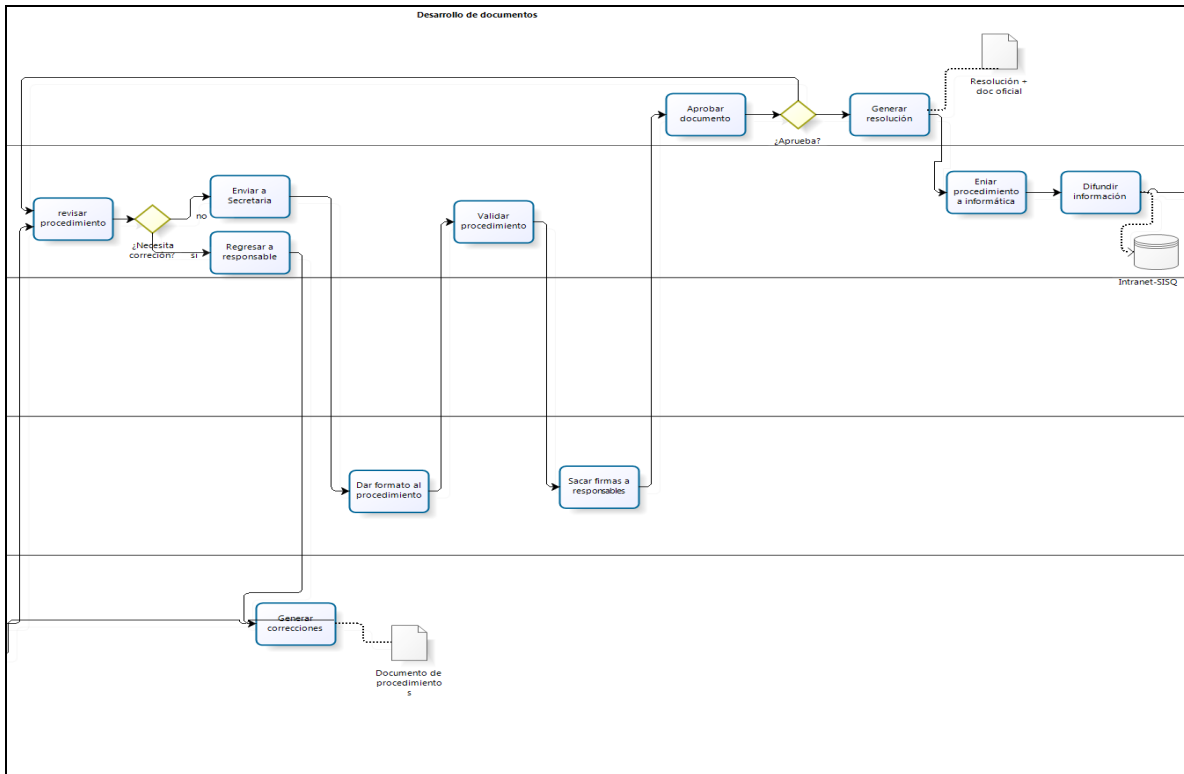
*Fuente: Elaboración propia.*

## Anexo N° 10: “Gestión de Calidad”

### A. Mapa de proceso “Gestión de Calidad”.

Ilustración 19: Detalle del proceso “Gestión de Calidad”.





Fuente: Elaboración propia.

Además del presente detalle, se anexa en CD el proceso desarrollado en Bizagi Process Modeler, para su correcta visualización.

## B. Entrevistas realizadas.

**Tabla 36: 1° Entrevista “Gestión de Calidad”.**

Ficha de procesos	
<b>Nombre del entrevistado:</b> Ana Benz	<b>Cargo:</b> Encargada de Oficina de calidad
<b>Proceso:</b> Gestión de calidad y seguridad del paciente	<b>Propietario:</b> EU encargada de oficina de calidad y del programa de calidad
<p><b>Misión:</b> Promover e instaurar la mejora continua de la calidad en los procesos asistenciales fomentando una cultura de seguridad que tienen a prevenir en nuestros usuarios los riesgos asociados de la atención.</p> <p><b>Visión:</b> Constituirnos en un establecimiento que trabaje permanentemente en la revisión de los procesos asistenciales aplicando el modelo de mejora continua</p>	<p><b>Documentación:</b> El proceso no está documentado.</p> <p>Solo están documentados aquellos procedimientos realizados para la acreditación</p>
<p><b>Alcance</b></p> <p><b>Empieza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se inicia con las disposiciones ministeriales y la difusión de los ámbitos de acreditación. Se nombraron encargados de características.</li> <li>• Disposición de elaborar un plan de trabajo en la oficina de calidad.</li> <li>• Indicadores de gestión.</li> </ul> <p><b>Incluye:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombramiento de encargados de características</li> <li>• Cada encargado de ámbito debe coordinar el trabajo con los afectados, solicitando ayuda a la oficina de calidad.</li> <li>• Los encargados elaboran los documentos y se envían a la oficina de calidad para revisiones y mejoras.</li> </ul> <p><b>Nota 1:</b> en algunos casos la oficina realizó los procedimientos</p> <p><b>Nota 2:</b> Se han recibido procesos de forma voluntaria de otras unidades no afectadas por la acreditación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La oficina de calidad revisa el procedimiento enviado.</li> <li>• Se envía en caso de inconformidad o problema para definir algún aspecto por correo electrónico. Ahora se pueden hacer reuniones dado el espacio físico con el que se cuenta.</li> <li>• Se da formato al procedimiento</li> <li>• Se valida con el responsable del procedimiento</li> <li>• Se sacan las firmas</li> <li>• Se envía a la dirección para la aprobación de la Subdirección que corresponda y por el Director institucional.</li> <li>• Se elabora la resolución en oficina de partes.</li> <li>• Se distribuye a las unidades correspondientes</li> <li>• La oficina de calidad lo hace llegar a informática</li> <li>• Informática lo sube a la pag web institucional en formato pdf.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar un plan de trabajo para revisar documentos, indicadores y el envío de informes y las capacitaciones (se vinculan con el proceso de capacitación)</li> <li>• Se elabora el programa de constataciones.</li> <li>• Se valida el programa con el comité de calidad y la dirección.</li> <li>• Se genera una pauta para ir a terreno.</li> <li>• El personal va a terreno para realizar la constatación.(puede ser sorpresa o informado previamente)</li> <li>• Se entregan las pautas a la oficina de calidad</li> <li>• Se revisa la información recopilada apoyándose en el SIS-Q</li> <li>• El resultado del análisis se envía al encargado para que realice su plan de mejora</li> <li>• El servicio envía su plan</li> </ul> <p><b>Nota 3:</b> La gran mayoría de los planes de mejora los realiza la oficina de calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se archivan los planes de mejora.</li> </ul> <p><b>Termina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento en los lugares de distribución y en la pag institucional.</li> <li>• Con el cumplimiento del plan de mejora pero siempre en un ciclo contante.</li> </ul>	

<p><b>Participantes:</b>  1 Secretaria (1/2 jornada)  1 jefa de la oficina de calidad y seguridad del paciente. (EU a 44 hrs)  1 Comité de calidad conformado por profesionales de diferentes ámbitos que se eligen de manera voluntaria.  Aproximadamente 14 personas.</p>	
<p><b>Entradas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposición ministerial</li> <li>• Disposición de la alta dirección</li> <li>• Documentos procedimentales de las diferentes unidades para ser revisados.</li> </ul> <p><b>Proveedores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las unidades del hospital bajo acreditación y las unidades que de manera voluntaria desean proceder sus procesos.</li> </ul>	
<p><b>Salidas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Validación de procedimientos</li> <li>• Revisión de procedimientos</li> <li>• Constataciones en terreno</li> <li>• Informes de planes de mejora</li> <li>• Informes al Servicio de Salud</li> <li>• Estados de avance al Ministerio (formatos que se envían trimestralmente, ellos dejan un informe retroalimentación de las visitas)</li> </ul> <p><b>Nota 4:</b> Se presentan al comité de calidad, al Director institucional y al Servicio de Salud o al Ministerio vía correo electrónico cuando se solicita.</p> <p><b>Clientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Director</li> <li>• Oficinas de partes</li> <li>• Unidades del hospital</li> <li>• Servicio de Salud</li> <li>• Ministerio</li> <li>• Superintendencia (ellos vienen a hacer las visitas de constatación)</li> <li>• Comité gerencial</li> </ul>	
<p><b>Inspecciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constataciones a los procedimientos desarrollados.</li> <li>• Revisiones de los procedimientos enviados y de su formato.</li> <li>• Reuniones de coordinación (principalmente con los servicios clínicos, específicamente con las enfermeras)</li> <li>• Con los médicos no se planifican</li> <li>• Reuniones de coordinación trimestral en el Comité de Gerencia.</li> <li>• Monitorización diaria de indicadores de los procedimientos del Acreditación por medio del</li> <li>• Monitorización en planilla Excel.</li> </ul>	<p><b>Registros:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SISQ</li> <li>• Planilla Excel mapeo de indicadores</li> <li>• Sistema de vigilancia de eventos adversos</li> <li>• Sistema de monitoreo de rayos</li> <li>• Sistema de monitoreo de biopsias</li> <li>• Sistemas de monitoreo de epicrisis</li> <li>• Instalación de medidas prevención de algunos procesos clínicos</li> <li>• Programa de constatación</li> <li>• Plan de mejora</li> </ul> <p><b>Documentos de referencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual pautas de cotejo</li> <li>• Guías orientaciones técnicas del MINSAL.</li> <li>• Protocolos</li> <li>• Oficios</li> <li>• Resoluciones</li> <li>• Informes de planes de mejoras</li> </ul>
<p><b>VARIABLES DE CONTROL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De los procedimientos que llegan a revisión son los objetivos de los protocolos</li> <li>• Que los indicadores se cumplan y con periodicidad definida</li> <li>• Y realización de intervenciones de mejora</li> </ul>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores de los compromisos de gestión.</li> <li>• Indicadores Globales críticos</li> <li>• Evaluación del plan de trabajo de la oficina de calidad y el comité de calidad que se evalúa trimestral</li> <li>• Programa de calidad y plan del hospital.</li> </ul>
<p><b>Potenciales de Mejora:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor difusión en las diferentes unidades y servicios del hospital. (Elevado recambio por docencia lo que requiere comenzar con los procesos nuevamente)</li> <li>• Mayor cantidad de recurso humano para coordinar tareas por ejemplo las constataciones.</li> <li>• Mejorar el sistema de monitoreo informático (SISQ se cae y se tiene una planilla Excel como respaldo. Se trabaja con informática para darle solución)</li> </ul>	
<p><b>Revisión:</b> primera revisión</p>	<p><b>Fecha:</b> Octubre 2012</p>

Fuente: Elaboración propia.



**Tabla 37: 2° Entrevista “Gestión de Calidad”.**

Ficha de procesos	
<b>Nombre del entrevistado:</b> Alejandra Vera	<b>Cargo:</b> Secretaria Calidad
<b>Proceso:</b> Gestión de la calidad	<b>Propietario:</b> EU. Jefa de Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente
<b>Misión:</b> “Se extrae de los procesos de acreditación”	<b>Documentación:</b> El proceso no está documentado, solo aquellos asociados a la pauta de evaluación para la Acreditación.
<p><b>Alcance</b></p> <p><b>Empieza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Envío de correo electrónico que tienen adjunto documentos para formatear. Se solicita revisar ortografía, flujos, etc. Adjuntar archivos adicionales al procedimiento.</li> <li>• Envío de correo electrónico con las constataciones a terreno que se deben hacer a los procedimientos.</li> <li>• Envío de correo electrónico solicitando reunión.</li> <li>• Envío de correo electrónico solicitando fichas de pacientes</li> </ul> <p><b>Incluye:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una vez mejorado el formato de los procedimientos recibidos se envían a la jefa de la unidad para que los revise</li> <li>• Desde ahí se derivan a los diseñadores de los procesos para una revisión.</li> <li>• El procedimiento con correcciones vuelve por correo electrónico, se imprime.</li> <li>• Se visitan los servicios para sacar las firmas ( en algunas oportunidades el procedimiento se deja en los servicios)</li> <li>• Cuando los procedimientos están con los vistos buenos se puede desarrollar las resoluciones.</li> <li>• Se aplica el formato para armar las resoluciones, indicando las responsabilidades de los procedimientos, la distribución que corresponde y si ese procedimiento está en una primera edición u en otra.</li> <li>• La resolución y el procedimiento asociados son enviados a oficina de partes para su tramitación.</li> <li>• Una vez que sale la resolución se ingresa esa información en la planilla Excel.</li> <li>• Llega la constatación Vía correo electrónico enviado por la jefa de la unidad.</li> <li>• Las observaciones para las constataciones se ponen en un cuadro, considerando la visión del que va a constatar.</li> <li>• El cuadro es enviado por correo o se entrega personalmente al responsable de la actividad.</li> <li>• Una vez realizada la constatación esta se entrega en la unidad y se archivan.</li> <li>• La jefa de la unidad extrae las observaciones que correspondan.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Envía correo informando de la reunión a los asistentes.</li> <li>• Solicitar sala y mecanismos necesarios para la reunión.</li> <li>• Tomar apuntes durante la reunión</li> <li>• Genera un acta</li> <li>• Se envía a la jefa de la unidad para su revisión</li> <li>• Se archiva</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se envía una solicitud a gestión de camas</li> <li>• Dicha unidad solicita al archivo centralizado las fichas necesarias</li> <li>• Recepcionar fichas</li> <li>• Revisar los solicitada según jefa de calidad</li> </ul> <p><b>Termina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso de información del procedimiento en la Planilla Excel</li> <li>• Archivo de constataciones</li> <li>• Archivo de acta de reuniones</li> </ul>	
<p><b>Participantes:</b> EU. Jefa de oficina de Calidad y Seguridad del paciente Ana Benz Secretaria Alejandra Vera EU Jefa de Centro de Costo GRD (apoyo al desarrollo de indicadores) EU. de Infecciones Intrahospitalarias Eugenia Olivares (apoyo para revisión de los procedimientos) Dra. Tavera ayuda a sacar las firmas y con la SD y el dr. Vershecuré.</p> <p>Participante del Comité de calidad (tabla adjunta)</p>	
<p><b>Entradas:</b> Correo electrónico que adjunta procedimiento para formatear (puede venir de cualquier unidad del hospital) Correo con citación a reuniones Correo con constataciones</p>	

<p><b>Proveedores:</b> EU. Jefa de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.</p>	
<p><b>Salidas:</b> Procedimientos formateados Resoluciones de los procedimientos. Constataciones Actas de reuniones</p> <p><b>Clientes:</b> Oficina de Calidad y seguridad del paciente Director Subdirección médica</p>	
<p><b>Inspecciones:</b> Revisiones de los procedimientos formateados por parte de la jefa de la oficina de calidad y seguridad del paciente</p> <p>El proceso en general incluye Constataciones en terreno para los procedimientos descritos en base a los requerimientos de la pauta de cotejo.</p>	<p><b>Registros:</b> Planilla Excel con el seguimiento de los procedimientos</p> <p>Cuaderno de correspondencia (utilizado para el manejo de documentos con oficina de partes)</p>
<p><b>VARIABLES DE CONTROL:</b></p> <p>En la planilla Excel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de la resolución</li> <li>• Unidad responsable</li> <li>• Comentarios, etc.</li> </ul>	<p><b>Indicadores:</b> No existen indicadores propios del proceso de calidad.</p> <p>Se revisa el número de reuniones realizadas con el comité</p>
<p><b>Propuestas de mejora:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agilidad en las revisiones que realizan las unidades que generan el procedimiento.</li> <li>• Aumentar la cantidad de recurso humano</li> <li>• Disminuir los constantes recordatorios para las firmas y reducir la pérdida de documentos en ese proceso por parte de las unidades.</li> </ul>	
<p><b>Revisión:</b> primera</p>	<p><b>Fecha:</b> Noviembre 2012</p>

*Fuente: Elaboración propia.*

## C. Ficha de procesos “Gestión de Calidad”.

Tabla 38: Ficha de procesos “Gestión de Calidad”.

Ficha de procesos	
<b>Proceso:</b> Gestión de calidad	<b>Propietario:</b> EU encargada de oficina de calidad y del programa de calidad
<b>Misión:</b> Promover e instaurar la mejora continua de la calidad en los procesos asistenciales fomentando una cultura de seguridad que tienen a prevenir en nuestros usuarios los riesgos asociados de la atención.	<b>Documentación:</b> El proceso no está documentado.
<p><b>Alcance</b></p> <p><b>Empieza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se inicia con las disposiciones ministeriales y la difusión de los ámbitos de acreditación. Se nombraron encargados de características.</li> <li>Disposición de elaborar un plan de trabajo en la oficina de calidad.</li> <li>Indicadores de gestión.</li> </ul> <p><b>Incluye:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombramiento de encargados de características</li> </ul> <p><b>Desarrollo de documentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los encargados elaboran los documentos y se envían a la oficina de calidad para revisiones y mejoras.</li> <li>La oficina de calidad revisa el procedimiento enviado.</li> <li>Se envía en caso de inconformidad o problema.</li> <li>Se da formato al procedimiento</li> <li>Se valida con el responsable del procedimiento</li> <li>Se sacan las firmas</li> <li>Se envía a la dirección para la aprobación de la Subdirección que corresponda y por el Director institucional.</li> <li>Se elabora la resolución en oficina de partes.</li> <li>Se distribuye a las unidades correspondientes</li> <li>La oficina de calidad lo hace llegar a informática</li> <li>Informática lo sube a la pag web institucional en formato pdf.</li> </ul> <p><b>Constataciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se elabora el programa de constataciones.</li> <li>Se valida el programa con el comité de calidad y la dirección.</li> <li>Se genera una pauta para ir a terreno.</li> <li>El personal va a terreno para realizar la constatación.(puede ser sorpresa o informado previamente)</li> <li>Se entregan las pautas a la oficina de calidad</li> </ul> <p><b>Monitoreo continuo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se revisa la información recopilada apoyándose en el SIS-Q</li> <li>El resultado del análisis se envía al encargado para que realice su plan de mejora</li> <li>El servicio envía su plan</li> </ul> <p><b>Termina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento en los lugares de distribución y en la pag institucional.</li> <li>Con el cumplimiento del plan de mejora pero siempre en un ciclo contante.</li> </ul>	
<p><b>Participantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 Secretaria</li> <li>1 jefe de la oficina de calidad y seguridad del paciente.</li> <li>1 Comité de calidad</li> </ul>	
<p><b>Entradas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Disposición ministerial</li> <li>Disposición de la alta dirección</li> <li>Documentos procedimentales de las diferentes unidades para ser revisados.</li> </ul> <p><b>Proveedores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Todas las unidades del hospital bajo acreditación y las unidades que de manera voluntaria desean proceder sus procesos.</li> </ul>	

<p><b>Salidas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Validación de procedimientos</li> <li>• Revisión de procedimientos</li> <li>• Constataciones en terreno</li> <li>• Informes de planes de mejora</li> <li>• Informes al Servicio de Salud</li> <li>• Estados de avance al Ministerio</li> </ul> <p><b>Clientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Director</li> <li>• Oficinas de partes</li> <li>• Unidades del hospital</li> <li>• Servicio de Salud</li> <li>• Ministerio</li> <li>• Superintendencia</li> <li>• Comité gerencial</li> </ul>	
<p><b>Inspecciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constataciones a los procedimientos desarrollados.</li> <li>• Revisiones de los procedimientos enviados y de su formato.</li> <li>• Reuniones de coordinación (principalmente con los servicios clínicos, específicamente con las enfermeras)</li> <li>• Con los médicos no se planifican</li> <li>• Reuniones de coordinación trimestral en el Comité de Gerencia.</li> <li>• Monitorización diaria de indicadores de los procedimientos del Acreditación por medio del</li> <li>• Monitorización en planilla Excel.</li> </ul>	<p><b>Registros:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SISQ</li> <li>• Planilla Excel mapeo de indicadores</li> <li>• Sistema de vigilancia de eventos adversos</li> <li>• Sistema de monitoreo de rayos</li> <li>• Sistema de monitoreo de biopsias</li> <li>• Sistemas de monitoreo de epicrisis</li> <li>• Instalación de medidas prevención de algunos procesos clínicos</li> <li>• Programa de constatación</li> <li>• Plan de mejora</li> </ul> <p><b>Documentos de referencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual pautas de cotejo</li> <li>• Guías orientaciones técnicas del MINSAL.</li> <li>• Protocolos</li> <li>• Oficios</li> <li>• Resoluciones</li> <li>• Informes de planes de mejoras</li> </ul>
<p><b>VARIABLES DE CONTROL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De los procedimientos que llegan a revisión son los objetivos de los protocolos</li> <li>• Que los indicadores se cumplan y con periodicidad definida</li> <li>• Y realización de intervenciones de mejora</li> </ul>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores de los compromisos de gestión.</li> <li>• Indicadores Globales críticos</li> <li>• Evaluación del plan de trabajo de la oficina de calidad y el comité de calidad que se evalúa trimestral</li> <li>• Programa de calidad y plan del hospital.</li> </ul>
<p><b>Revisión:</b> primera revisión</p>	<p><b>Fecha:</b> Diciembre 2012</p>

*Fuente: Elaboración propia.*

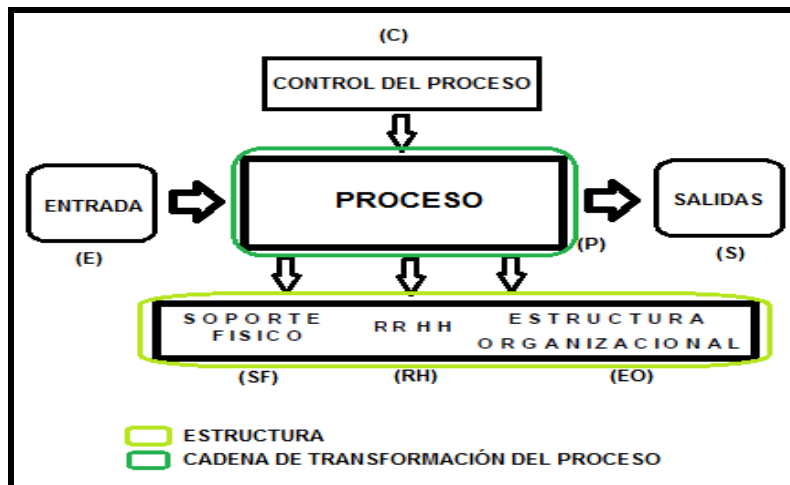
## Anexo N° 11: “Definición de Potenciales de Mejora”

En base a las entrevistas desarrolladas con cada uno de los participantes de los procesos señalados como claves, se trabajó en identificar potenciales de mejora en cada uno de ellos. Dichos potenciales de mejora fueron señalados en las entrevistas y se ordenaron en base a los siguientes parámetros que forman parte de la estructura de procesos:

- Entradas o insumos (E).
- Salidas o productos/servicios (S).
- Estructura
  - Soporte físico (SF).
  - Recurso humano (RH).
  - Estructura Organizacional (EO).
- Control de proceso (C).
- Cadena de transformación del proceso (P)

Tal como queda representado en la siguiente ilustración:

Ilustración 20: Parámetros de la Estructura de procesos.



Fuente: Elaboración propia.

Obteniendo los siguientes resultados:

- **Gestión de Camas.**

**Tabla 39: Potenciales de mejora proceso “Gestión de Camas”.**

Entrevista	Potenciales de Mejora							OBSERVACIONES
	E	SF	RH	EO	P	C	S	
1° entrevista		x						Optimizar el programa utilizado
						x		Mejorar el trabajo en red.
			x					Sensibilización del Recurso Humano
2° entrevista		x						Mejorar el sistema que se utiliza
		x						Velocidad de internet.
			x			x		Coordinación con unidades dentro del HEP.

*Fuente: Elaboración propia.*

- **Gestión de Abastecimiento.**

**Tabla 40: Potenciales de mejora proceso “Gestión de Abastecimiento”.**

Entrevista	Potenciales de Mejora							OBSERVACIONES
	E	SF	RH	EO	P	C	S	
1° entrevista		x						Mejorar las condiciones de infraestructura
		x						Digitalización de registros
		x						Optimizar espacio físico de bodega
2° entrevista		x						Digitalizar los documentos
		x						Velocidad de internet
		x						Optimizar portal de compra
3° entrevista					x			Aumento de la jornada de trabajo
		x						Implementos para bodega
		x						Aumentar espacio físico
4° entrevista	x							Mejores especificaciones de los usuarios
								Mejorar la velocidad de internet y estabilidad
		x						Mejorar espacio físico
5° entrevista	x							Mejorar especificaciones usuarios
	x							Detallar especificaciones
		x						Calidad de Internet
6° entrevista					x			Mejorar comunicación proveedores
					x			Aumentar las horas trabajadas
		x						Solucionar los problemas de infraestructura

*Fuente: Elaboración propia.*

- **Gestión de Calidad.**

**Tabla 41: Potenciales de mejora proceso “Gestión de Calidad”**

Entrevista	Potenciales de Mejora							OBSERVACIONES
	E	SF	RH	EO	P	C	S	
1° entrevista	x							Mayor difusión en las diferentes unidades
			x					Mayor cantidad RRHH
						x		Mejorar el sistema de monitoreo
2° entrevista	x							Agilidad en las revisiones
			x					Aumentar la cantidad de recurso humano
						x		Disminuir recordatorios para las firmas y documentos

*Fuente: Elaboración propia.*

- **Resumen de potenciales de mejora.**

La siguiente tabla muestra el resumen de las potenciales de mejora identificadas en los procesos claves del HEP.

**Tabla 42: Resumen Potenciales de mejora identificados.**

PROCESO	Potenciales de Mejora							OBSERVACIONES
	E	SF	RH	EO	P	C	S	
<b>Gestión de camas</b>		x	x			x		Centradas en el soporte informático y coordinación en red.
<b>Gestión de Abastecimiento</b>		x x			x			Concentradas en la infraestructura y en los sistemas de registro
<b>Gestión de Calidad</b>	x					x x		Foco en la entrada y los sistemas de control y monitoreo

*Fuente: Elaboración propia.*