

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE INGENIERIA**  
**Facultad de Ingeniería Industrial y de Sistemas**



**“DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA METODOLOGIA DE  
PROCESOS BASADA EN ESTANDARES INTERNACIONALES  
DE CALIDAD EN SALUD PARA MEJORAR LA CALIDAD DE  
ATENCION EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UNA  
CLINICA PRIVADA”**

**INFORME DE SUFICIENCIA**

Para optar el Título Profesional de

**Ingeniero Industrial**

**Martin Joel Curo Ccencho**

**Lima -. Perú**

**2013**

# INDICE

CAPITULO 1 PENSAMIENTO ESTRATÉGICO .....	3
1.1    DIAGNÓSTICO FUNCIONAL.....	3
1.1.1    Organizacion .....	3
1.1.2    Clientes .....	3
1.1.3    Proveedores .....	5
1.1.4    Mapa de Macroprocesos .....	6
1.2    DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO.....	7
1.2.1    Análisis Interno .....	7
1.2.2    Análisis Externo.....	8
CAPITULO 2 MARCO TEÓRICO.....	10
2.1    CONCEPTOS GENERALES DE CALIDAD.....	10
2.2    CONCEPTOS DE CALIDAD DE SERVICIO .....	11
2.3    ESTÁNDARES DE CALIDAD.....	13
2.3.1    Organización Internacional de Normalización .....	13
2.3.2    La Norma BS5750 .....	14
2.3.3    ICONTEC .....	15
2.4    GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LA ISO 9001.....	16
2.5    ESTÁNDAR DE CALIDAD EN SALUD INTERNACIONAL: JCI.....	19
2.6    GESTIÓN POR PROCESOS.....	20
CAPITULO 3 PROCESO DE TOMA DE DECISIONES.....	23
3.1    DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	23
3.2    DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	23
3.3    ANÁLISIS DE CAUSAS .....	25
3.4    IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS CRÍTICAS .....	28
3.5    ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN PARA ELIMINAR LAS CAUSAS CRÍTICAS .....	31

3.6	EVALUACIÓN DE LA MEJOR SOLUCIÓN PARA LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA.....	34
3.6.1	Definición de criterios de evaluación.....	34
3.6.2	Evaluación de las alternativas de solución.....	35
3.6.3	Criterios de criticidad para selección del servicio: .....	38
3.6.4	Alternativa de solución seleccionada .....	40
	<b>CAPITULO 4 DESARROLLO DE LA SOLUCION PROPUESTA.....</b>	<b>41</b>
4.1	DISEÑO DE LA METODOLOGÍA DE PROCESOS BASADA EN ESTÁNDARES INTERNACIONALES DE CALIDAD EN SALUD (JOINT COMMISSION).....	41
4.1.1	Antecedentes.....	41
4.1.2	Etapas de la Metodología de Procesos.....	43
4.1.3	Cronograma de Actividades de la implementación .....	53
4.1.4	Costo del desarrollo de la implementación.....	56
4.2	IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE GESTIÓN.....	57
4.2.1	Etapa 1 Enfoque al Cliente para pacientes de emergencia.....	57
4.2.2	Etapa 2 Gestión por procesos para pacientes de emergencia .	63
	<b>CAPITULO 5 EVALUACIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>74</b>
5.1	RESULTADOS DE LA SOLUCIÓN PLANTEADA.....	74
5.1.1	Beneficios Cualitativos.....	74
5.1.2	Beneficios Cuantitativos.....	74
	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>81</b>
	<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>82</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>83</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>84</b>
	Anexo 1: Encuesta elaborada para realizar el estudio de mercado.....	84
	Anexo 2: Datos de la muestra de la evaluación del estudio de mercado .	85
	Ficha técnica de la encuesta.....	85

Perfil del usuario de clínica privada según frecuencia de atención por clínica.....	86
Asociación de atributos según clínica.....	86
Anexo 3: Tablas de resultado del informe del estudio de mercado.....	87
Mapa de Posicionamiento General de Clínicas privadas.....	87
Desempeño de la Organización 2011 .....	87

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. Distribución de pacientes de por tipo de cobertura de atención...	5
Figura 1.2. Modelo de negocio de la atención de la Organización.....	7
Figura 1.3. Análisis externo de agentes en la oferta y demanda .....	9
Figura 2.1. Modelo de Gestión de Calidad basado en la ISO 9001 .....	17
Figura 3.1. Tendencia de los reclamos por el nivel de calidad de atención .	24
Figura 3.2. Análisis de causa efecto del problema .....	27
Figura 3.3. Lluvia de ideas sobre alternativas de solución.....	31
Figura 3.4. Propuesta del diseño e implementación .....	32
Figura 3.5. Consolidación del Modelo de Gestión de Proyectos PMO.....	33
Figura 3.6. Comparativo de resultado de evaluación de alternativas.....	37
Figura 3.7. Representación gráfica de puntuación por servicio .....	39
Figura 4.1. Antecedentes de desarrollo de procesos en la organización.....	42
Figura 4.2. Etapas de la metodología de procesos.....	44
Figura 4.3. Determinación del portafolio de servicios .....	45
Figura 4.4. Gestión por procesos de negocios .....	46
Figura 4.5. Gestión por procesos - ficha de proceso .....	47
Figura 4.6. Gestión por procesos - flujograma.....	47
Figura 4.7. Pasos de la gestión por procesos.....	49
Figura 4.8. Responsables de las etapas de procesos .....	52
Figura 4.9. Plan Cronograma de implementación del Proyecto .....	53
Figura 4.10. Agendas semanales de trabajo del equipo de procesos.....	54
Figura 4.11. Planificación de talleres de procesos.....	55
Figura 4.12 Gestión de costo del proyecto .....	56
Figura 4.13. Consideraciones en el desarrollo del enfoque al Cliente .....	57
Figura 4.14. Tipos de Pacientes del Servicio de Emergencia.....	58
Figura 4.15. Estudio de mercado de requisitos de los Clientes .....	59
Figura 4.16. Requisitos del servicio de la organización .....	60
Figura 4.17. Requisitos relacionados con el servicio .....	60
Figura 4.18. Macroproceso de Emergencia con requisitos de Clientes .....	64
Figura 4.19. Ficha de proceso ideal de Admisión de emergencia.....	67

Figura 4.20. Ficha de proceso óptima de Admisión de emergencia .....	70
Figura 4.21. Documentos normalizados en el sistema documentario .....	72
Figura 5.1. Tendencia del índice de satisfacción neta antes de la implementación de la metodología de procesos.....	77
Figura 5.2. Tendencia del índice de satisfacción luego de la implementación de la metodología de procesos .....	79

## INDICE DE CUADROS

Cuadro 1.1. Tipos de Clientes, sus requisitos y expectativas .....	4
Cuadro 1.2. Lista de proveedores clasificados por servicio entregado .....	6
Cuadro 1.3. Análisis FODA .....	8
Cuadro 3.1. Puntuación de criterios GUT .....	29
Cuadro 3.2. Puntuación de las causas según puntuación GUT .....	30
Cuadro 3.3. Criterios de evaluación .....	35
Cuadro 3.4. Resultados de la evaluación de alternativas .....	37
Cuadro 3.5. Puntaje de criterios de selección de servicio.....	38
Cuadro 3.6. Puntuación para determinación del servicio.....	39
Cuadro 4.1. Matriz de requisitos del servicio.....	61
Cuadro 4.2. Requisitos del servicio de emergencia desarrollados.....	62
Cuadro 4.3. Verificación de acciones de mejora .....	71
Cuadro 5.1. Resultados de la implementación del proceso óptimo .....	75
Cuadro 5.2. Resultado de la encuesta de satisfacción 2011-2013 .....	78
Cuadro 5.3. Resumen del resultado de las mejoras en la implementación respecto a la línea base planteada.....	80

## **RESUMEN EJECUTIVO**

El presente informe tiene objetivo ilustrar el desarrollo e implementación de una metodología de gestión por procesos en una red de servicios de salud privada para la estandarización de procesos con el objetivo de mejorar los indicadores de calidad de servicio de atención de los pacientes.

El problema identificado es que no se alcanza la meta planificada en el indicador de la calidad de servicio de atención a los pacientes, para el presente informe tendrá como alcance las clínicas que realizan atención de emergencia. Este objetivo está alineado a los del mapa estratégico de la organización en la dimensión de procesos del Tablero de Control BSC.

Además que debido a que la organización también tiene como otra estrategia actual la de proyectos de expansión de infraestructura, se necesita contar con procesos estandarizados de atención de emergencia para su implementación una vez terminada la obra. La herramienta seleccionada, luego de optar por 3 opciones, que incluían el fortalecimiento de una oficina de proyectos PMO para generar proyectos de mejora de procesos específicos en el servicio de emergencia, y la implementación de un software ERP con un módulo de atención de emergencia, fue el realizar la estandarización de los procesos mediante una metodología de gestión de procesos que toma como referencias la norma ISO 9001, y en estándares de calidad en salud internacional de la Joint Commission International (JCI).

El resultado obtenido luego de 2 meses de realizada la implementación de los procesos estandarizados es la mejora en un 15% en promedio de los resultados de los indicadores de calidad de servicio de atención de los pacientes de emergencia.



## **DESCRIPTORES TEMÁTICOS**

- **Gestión de la Calidad**
- **Gestión por procesos**
- **Estándares de Calidad en Salud Internacionales (Joint Commission Internacional)**
- **Proceso de atención de emergencia**

## INTRODUCCIÓN

La estandarización de procesos, hoy en día es una herramienta que genera una ventaja competitiva para muchas organizaciones. Las exigencias que impone el mercado globalizado, han hecho cambiar la visión del mundo y de los negocios. La competitividad actual, en la que la información ha dejado de ser resguardo seguro en las organizaciones, para estar al alcance de todos genera que se deban encontrar nuevos mecanismos para afrontar las presiones, para innovar.

El objetivo de crear e implementar una estrategia de estandarización es fortalecer y normalizar la habilidad de la organización para agregar valor. La metodología consiste en empezar con el proceso tal como es, levantando la información: el “as is”, hasta llegar a un proceso óptimo: el “to be” que representa el estándar, y luego realizar pruebas de verificación de este nuevo estándar y validarlo. Una vez validado, documentarlo e implementar el nuevo estándar.

Respecto a ello la Clínica Internacional con el objetivo de mejorar la calidad de servicio de atención para sus pacientes, y con la base de que se tienen procesos diferenciados a lo largo de su red de clínicas, con la estandarización de procesos se busca normalizarlos y mejorarlos, enfocados a cumplir los requisitos de los Clientes, cuidando su salud en base a estándares internacionales y mejorando la calidad de servicio de atención.

Y este documento está organizado de esta forma: Capítulo 1 Pensamiento Estratégico: Descripción funcional y estratégica de la organización. En el Capítulo 2 Marco teórico: Reseña de las teorías y modelos empleados para el desarrollo de la propuesta. En el Capítulo 3 Proceso de toma de decisiones: Descripción del proceso de decisión para elegir la solución que se empleará para solucionar el problema planteado. En el Capítulo 4 Desarrollo de la solución propuesta: Descripción del proceso de

implementación seleccionada y cálculos realizados para estimar el impacto de la mejora del problema planteado con la aplicación de la solución seleccionada. En el Capítulo 5 Evaluación de resultados: Presentación estructurada de los resultados evidenciados luego de la implementación. Finalmente las conclusiones y recomendaciones luego de desarrollada la implementación. Luego se completa con el Glosario, anexos que fueron empleados en el desarrollo del presente informe.

## **CAPITULO 1**

### **PENSAMIENTO ESTRATEGICO**

En este capítulo realizaremos la descripción de la empresa donde se realizó lo expuesto en el presente informe tanto de forma funcional en su organización, como en su estrategia

#### **1.1 DIAGNÓSTICO FUNCIONAL**

##### **1.1.1 Organización**

La empresa es la Clínica Internacional, que es una red de servicios de salud privada que brinda los servicios de atención hospitalaria, de emergencia y ambulatoria.

Así como también cuenta con otras unidades de negocio como Médicos a Domicilio MAD, Medicina Preventiva, y consultorios ambulatorias dentro de empresas.

##### **1.1.2 Clientes**

La Clínica tiene 3 tipos de Clientes: Los pacientes y su familia, las compañías aseguradas (garantes) y las empresas donde se realiza atención dentro de las instalaciones de la empresa. Dentro del grupo de Clientes Pacientes del servicio de emergencia se cuenta con una clasificación por el tipo de cobertura que tiene el paciente al realizar el pago de su atención.

N°	Clientes	Requisitos	Expectativas
1	Pacientes y familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Buenos médicos</li> <li>✓ Buena atención al público</li> <li>✓ Variedad de especialidades</li> <li>✓ Equipos médicos e infraestructura moderna</li> <li>✓ Precios accesibles/cómodos</li> <li>✓ Médico de confianza</li> <li>✓ Sea una institución de prestigio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atención preferente y eficiente.</li> <li>✓ Diagnósticos acertados.</li> <li>✓ Preocuparse por su salud y bienestar de manera constante (Charlas, despistajes)</li> </ul>
2	Garantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Red de atención a nivel nacional</li> <li>✓ Infraestructura y equipos de última generación.</li> <li>✓ Amplia oferta de servicios.</li> <li>✓ Manejo de especialidades complejas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Red Integral a Nivel Nacional</li> <li>✓ Comunicación constante.</li> <li>✓ Atención eficiente a sus clientes estratégicos.</li> <li>✓ Diagnósticos acertados.</li> </ul>
3	Empresas	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Red de atención a nivel nacional.</li> <li>✓ Amplia oferta de servicios.</li> <li>✓ Manejo de diagnósticos complejos.</li> <li>✓ Costo eficiente.</li> <li>✓ Procesos eficientes.</li> <li>✓ Gestión de Cartas de garantía rápida.</li> <li>✓ Contactos Fidelizados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comunicación constante.</li> <li>✓ Atención oportuna y eficiente.</li> <li>✓ Fidelización a sus trabajadores por medio de eventos en empresas.</li> <li>✓ Amplia Oferta de Servicios a Nivel Nacional</li> </ul>

Cuadro 1.1. Tipos de Clientes, sus requisitos y expectativas

Fuente: Elaboración propia con información de encuestas de expectativas de Servicio al Cliente 2012

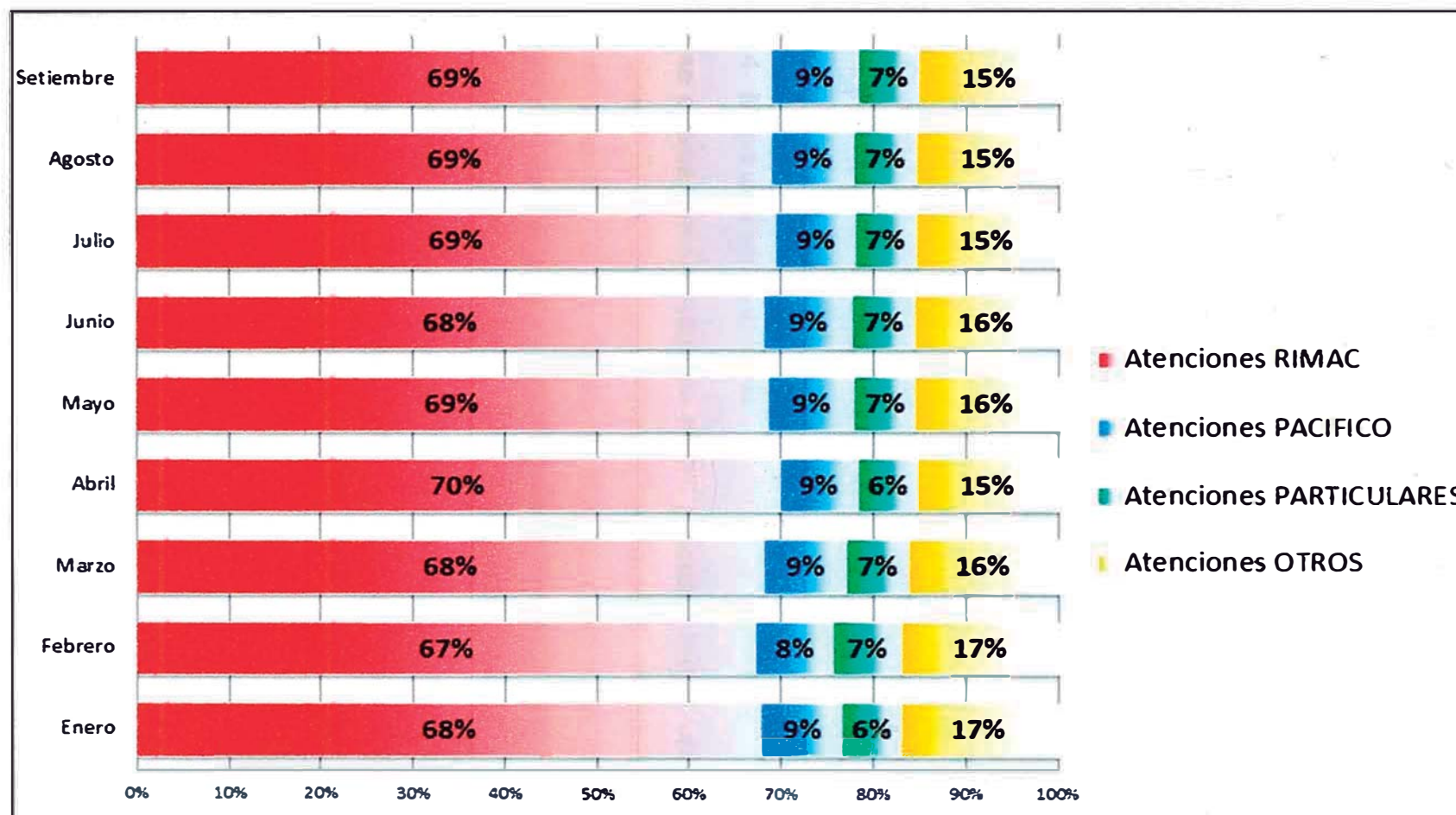


Figura 1.1. Distribución de pacientes de por tipo de cobertura de atención

Fuente: Estadística anual 2012 del área de Servicio de Atención al Cliente de Emergencia (Tablero de Control)



### 1.1.3 Proveedores

Los proveedores se basan en los siguientes criterios.

Proyectos Estratégicos (Sistema e Infraestructura)	Servicios Asistenciales (Procesos Clave de Creación de Valor)	Administración de Recursos (Procesos Claves de Soporte)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tecnología de la Información (Issoft, Cosapi, DC Tech, Mesa de Ayuda)</li><li>• Obras y Proyectos</li><li>• Arquitectura (V&amp;Diseño)</li><li>• Construcción (AESA)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Socios Estratégicos (universidades: enfermeras, técnicas de enfermería, QF y técnicos de farmacia)</li><li>• Laboratorio Clínico (Blufstein)</li><li>• Patología Clínica (Anglolar)</li><li>• Banco de Sangre (EMAVA)</li><li>• Tratamiento Radioncológico (Radioncología SAC)</li><li>• Farmacia UME y MAD (BTL, Fasa)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Equipo y tecnología médica, SIEMENS, equipos médicos</li><li>• Operaciones: Limpieza Hospitalaria (EFCO)</li><li>• Alimentos (Totus)</li><li>• Lavandería (Limpieza Industrial)</li><li>• Material e Insumo Médico (Laboratorios Farmacéuticos)</li></ul>

Cuadro 1.2. Lista de proveedores clasificados por servicio entregado

Fuente: Elaboración propia – recopilación de entrevistas con líderes de las áreas

### 1.1.4 Mapa de Macroprocesos

No se cuenta con un mapa de macro procesos inicial, uno de los objetivos del desarrollo de la estandarización mediante la metodología de procesos era el desarrollo de los mapas de Macroproceso en la organización como primer entregable para la atención de emergencia, esto se detalla en el Capítulo 4 Implementación de la Metodología de Gestión

Con lo que la organización cuenta es con un modelo de negocio planteado en el siguiente esquema. El desarrollo de este modelo tomó como base la distribución de áreas de la organización



Figura 1.2. Modelo de negocio de la atención de la Organización

Fuente: Proceso de planeamiento estratégico de la Organización 2011

## 1.2 DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

### 1.2.1 Análisis Interno

Realizado mediante el análisis FODA. El desarrollo de esta matriz considera las opiniones de los responsables de las áreas de la organización, así como la información obtenida en los estudios de mercados que se realiza de forma anual para evaluar oportunidades y tomar en cuenta amenazas en el entorno del mercado de salud del país.



Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con mejoras cuadros profesionales que la competencia directa</li> <li>• Tener infraestructura como red integral de servicios, que permite la accesibilidad del servicio</li> <li>• Contar con canales de atención (Medicentros, Unidades Médicas en Empresas, Médicos a domicilio)</li> <li>• Tener una buena relación con el staff médico, medido por el clima laboral satisfactorio</li> <li>• Primeros en modelo de Seguridad del Paciente</li> <li>• Sistema de citas "sin esperas"</li> <li>• Equipamiento médico moderno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionamiento de marca poco desarrollado</li> <li>• Procesos de atención no estandarizados</li> <li>• Contingencias laborales acotadas pero vigentes</li> <li>• No se cuenta con un sistema de información integrado</li> <li>• Rotación considerable del personal asistencial (enfermería y técnicas de enfermería)</li> </ul>
Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderar el mercado como organización referente</li> <li>• Mejorar oferta de valor debe permitir mejorar tarifas</li> <li>• SCTR con Garantes</li> <li>• Potenciales desarrollos de convenios privados con aseguradoras locales</li> <li>• Mejoras en nuestro posicionamiento de marca</li> <li>• Expectativas generadas en el mercado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevos competidores</li> <li>• Inflación médica y dificultad de ajustes en precios</li> <li>• Perder oportunidad de ser los primeros en divulgar información al mercado</li> <li>• Velocidad para liderar el cambio en el sistema</li> <li>• Dificultad en obtener personal asistencial por el mercado</li> </ul>

Cuadro 1.3. Análisis FODA

Fuente: Proceso de Planeamiento Estratégico de la Organización 2011

### 1.2.2 Análisis Externo

Las relaciones externas que tiene la Clínica como oferta privada dentro del sector salud del país. Específicamente la organización apunta al mercado que tiene como mayor público objetivo que son las personas aseguradas en la EPS de la aseguradora RIMAC, así como seguros de salud particulares, y atención de pacientes particulares (sin cobertura de algún seguro de salud).

Ver gráfico 4 Análisis externo de agentes en la oferta y Demanda

Se incluye información actualizada respecto al mercado actual de salud del país.



Figura 1.3. Análisis externo de agentes en la oferta y demanda  
Fuente: Estudio de Mercado de Salud de Arellano Marketing 2011

## **CAPITULO 2**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 CONCEPTOS GENERALES DE CALIDAD**

Cualquier empresa en la actualidad debe enfrentarse a un entorno empresarial muy convulso. La constante carrera por conquistar clientes genera un ambiente de competencia cada día más fuerte y la única vía para sobrevivir en ese medio es concebir productos de mayor calidad. Es por eso que no existe asunto más importante en los negocios de hoy que la calidad, el futuro de nuestra nación depende de nuestra habilidad para ofrecer los bienes y servicios de más alta calidad.

Por lo tanto se hace imprescindible definir que se comprende por calidad. Al respecto se han propuesto innumerable definiciones, unas más abarcadoras que otras.

Para comenzar se presentan los conceptos generales de calidad promulgados por algunos de los gurús de la calidad:

Phil Cros (Cros, 1979) calidad es: Ajustarse a las especificaciones o conformidad de unos requisitos.<sup>1</sup>

W. E. Deming (Deming, 1982) es: El grado perceptible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades del cliente.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Philip B. Crosby, 1979. *La Calidad No Cuesta* Compañía Editorial Continental S.A. de C.V.

<sup>2</sup> William E. Deming, 1989. *Calidad, Productividad y Competitividad: La Salida de la Crisis* Ediciones Díaz de Santos, S.A.

Algunas instituciones también han definido el término calidad, a continuación se relacionan algunos ejemplos de las mismas:

La familia de normas ISO (ISO 9000:2000) lo define como el grado en que un conjunto de características inherentes cumple con unos requisitos.<sup>3</sup>

La Real academia Española define la calidad como: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permiten juzgar su valor<sup>4</sup>

La Sociedad Americana de Calidad (A.S.Q.) define la calidad como: Conjunto de características de un producto, servicio o proceso que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente.<sup>5</sup>

En base a los conceptos señalados para el presente trabajo consideramos la calidad con el grado en que un conjunto de características propias del servicio cumplen con unos requisitos especificados.

## **2.2 CONCEPTOS DE CALIDAD DE SERVICIO**

El servicio es una de las palancas competitivas de los negocios en la actualidad.

Prácticamente en todos los sectores de la economía se considera el servicio al cliente como un valor adicional en el caso de productos tangibles y por supuesto, es la esencia en los casos de empresas de servicios.

Las empresas se deben caracterizar por el altísimo nivel en la calidad de los servicios que entrega a los clientes que nos compran o contratan. La calidad de los servicios depende de las actitudes de todo el personal que labora en el negocio. El servicio es, en esencia, el deseo y convicción de ayudar a otra persona en la solución de un problema o en la satisfacción de una

---

<sup>3</sup> INDECOPI, 2007 *NTP ISO 9000 2007 Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario* 5ª ed.

<sup>4</sup> Real Academia de la Lengua Española *WWW Definición de Calidad* Recuperado el 02 de Junio del 2013 de <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=calidad>

<sup>5</sup> ASQ *WWW Quality Glossary – Q (Glosario de Calidad)* Recuperado el 02 de Junio del 2013 de <http://asq.org/glossary/q.html>



necesidad. El personal en todos los niveles y áreas debe ser consciente de que el éxito de las relaciones entre la empresa y cada uno de los clientes depende de las actitudes y conductas que observen en la atención de las demandas de las personas que son o representan al cliente.

Las motivaciones en el trabajo constituyen un aspecto relevante en la construcción y fortalecimiento de una cultura de servicio hacia nuestros clientes.

Las acciones de los integrantes de la empresa son realizadas por ciertos motivos que son complejos, y en ocasiones, contradictorios. Sin embargo es una realidad que cuando actuamos a favor de otro, sea nuestro compañero de trabajo o alguien que es nuestro cliente, lo hacemos esperando resolverle un problema. El espíritu de colaboración es imprescindible para que brinden la mejor ayuda en las tareas de todos los días.

Por ello la calidad en el servicio consiste en satisfacer, de conformidad con los requerimientos de cada cliente, las distintas necesidades que tienen y por la que opta ser atendido por la organización. La calidad se logra a través de todo el proceso de compra, operación y evaluación de los servicios que se entrega. El grado de satisfacción que experimenta el cliente por todas las acciones en las que consiste el mantenimiento en sus diferentes niveles y alcances.

La mejor estrategia para conseguir la lealtad de los clientes se logra evitando sorpresas desagradables a los clientes por fallas en el servicio y sorprendiendo favorablemente a los clientes cuando una situación imprevista exija nuestra intervención para rebasar sus expectativas.

Es necesario por ello que se cuente con un sistema que gestione la calidad de los servicios. Aquí es pertinente establecer el ciclo del servicio para identificar los momentos de verdad y conocer los niveles de desempeño en cada punto de contacto con el cliente. La gestión de calidad se fundamenta en la retroalimentación al cliente sobre la satisfacción o frustración de los

momentos de verdad propios del ciclo de servicio. En los casos de deficiencias en la calidad, son críticas las acciones para recuperar la confianza y resarcir los perjuicios ocasionados por los fallos

El prestigio y la imagen de la empresa se mantendrán debido al correcto y eficaz seguimiento que se haga de los posibles fallos que se den en el servicio, hasta cerciorarse de la plena satisfacción del cliente afectado. Inclusive debe intervenir forzosamente la dirección general para evitar cualquier suspicacia del cliente.

Esto inspirará confianza en los clientes y servirá de ejemplo a todo el personal para demostrar la importancia que tiene la calidad en todo lo que hacemos.

## **2.3 ESTÁNDARES DE CALIDAD**

### **2.3.1 Organización Internacional de Normalización**

La Organización Internacional de Normalización (ISO) es una federación mundial de organismos nacionales de normalización (Comités miembros de la ISO). Los comités técnicos de la ISO se encargan por lo general de la elaboración de normas internacionales. Los comités miembros nacionales interesados por un tema particular tienen el derecho de formar parte del comité técnico creado para este efecto. Las organizaciones internacionales, tanto gubernamentales como no gubernamentales, relacionadas con la ISO participan igualmente en estos trabajos. La ISO colabora estrechamente con la Comisión Electrotécnica Internacional (CEI) en lo relativo a la normalización electrotécnica.

La publicación en 1987 de las Normas Internacionales de la serie ISO 9000 obedeció a exigencias básicas de los programas genéricos de gestión de calidad.

Las normas de la serie ISO 9000 están redactadas en términos genéricos y son igualmente aplicables a empresas de servicios tales como bancos, hospitales, hoteles y restaurantes. Se desarrollaron principalmente para ser

usadas dentro de las empresas y en las relaciones entre comprador y vendedor. Esta última aplicación implicaba para las empresas la posibilidad de evaluaciones múltiples y, en cierto número de países, la práctica de confiar la evaluación de sistemas de calidad de proveedores a organismos terceros, lo cual se ha desarrollado rápidamente.

En la actualidad no existe ningún mecanismo de la ISO que rijan el reconocimiento mutuo de certificados de registro emitidos por organismos terceros a empresas cuyos sistemas de calidad han sido evaluados. Sin embargo, para promover la convergencia entre las normas nacionales, el Comité del Consejo para la evaluación de la conformidad (ISO/ CASCO) ha preparado y publicado guías que forman parte de la colección de guías ISO/CEI. Algunas guías son aplicables directamente, como es el caso de la guía ISO/CEI 40 " Requisitos Generales para la Aceptación de Organismos de Certificación" y de la guía ISO/CEI 48 " Requisitos para la Evaluación y el Registro por Terceros del Sistema de Calidad de un Proveedor", las cuales han sido adoptadas en muchos países tanto en sus reglamentos sobre programas de certificación como en normas nacionales o en normas regionales como es el caso de las Normas Europeas de la serie EN 45000 de CEN/CENELEC.

Mientras que los certificados ISO 9000 en cuestión no se entregan en nombre de la ISO, se ha considerado necesario que la ISO juegue un papel en la diseminación de información sobre los programas nacionales que operan en los países miembros.

### 2.3.2 La Norma BS5750

La BS 5750 es una serie de normas que regulan la calidad en el Reino Unido, apareciendo antes de ISO 9000, y que sigue vigente en esta nación, siendo equivalentes sus normas a las de esta última.

La norma BS 5750, que es la de los sistemas de calidad, tiene su origen en las compras militares. Debido a la naturaleza crucial de esos productos y a los problemas prácticos de investigar los productos defectuosos usados en

las acciones, se puso énfasis en ver cómo se hacen los productos y en los sistemas de calidad de los proveedores correspondientes. Se fijaron normas apropiadas para los sistemas de calidad, incluso a nivel internacional (OTAN) para los gobiernos que cooperan y los gobiernos aliados y con normas nacionales correspondientes. En el Reino Unido hay una variedad de normas de la Defensa, por ejemplo, la 05-21.

Cuando esas normas se establecen y se dan a conocer en toda la industria, aumenta la demanda de bienes o servicios comparables, fuera de los terrenos de la defensa. Es probable que esto haya conducido en 1.979 a la BS 5750. La versión corregida en 1.987 de la BS 5750 fue más amplia y continúa siendo la norma reconocida y aceptada para los sistemas de calidad.

### 2.3.3 ICONTEC

El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC, es el organismo nacional de normalización, según el decreto 2269 de 1.993.

El ICONTEC es una entidad de carácter privado, sin ánimo de lucro, cuya misión es fundamental para brindar soporte y desarrollo al productor y protección al consumidor. Colabora con el sector gubernamental y apoya al sector privado del país para lograr ventajas competitivas en los mercados interno y externo.

La presentación de todos los sectores involucrados en el proceso de normalización técnica está garantizada por los comités técnicos y el período de consulta pública. Este último caracterizado por la participación del público en general.



## **2.4 GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LA ISO 9001**

En los últimos años un gran número de organizaciones implantaron un sistema de gestión de calidad (SGC) con objeto de “documentar lo que hacían y hacer lo que documentaban”. Estos SGC venían a ser simples recopilaciones de la forma de enfocar o cumplir los 20 elementos de la norma ISO 9002:1994. La idea era la de cumplir con todos los requisitos de esta norma, muchas veces de forma independiente de las necesidades de la propia organización de transporte. Esta situación llevó a que muchas organizaciones obtuviesen como único beneficio de su SGC la diferenciación comercial en el mercado con respecto a la competencia por la obtención del certificado... La siguiente figura ilustra el modelo ISO 9001 de un SGC basado en procesos y refleja gráficamente la integración de los cuatro pilares básicos de la norma ISO 9001 (Responsabilidad de la Dirección, Gestión de los recursos, Prestación del servicio y Medición, análisis y mejora). Dado que es un modelo de todos los procesos del SGC, permite demostrar, por medio de bucles, la integración vertical y horizontal de los procesos.

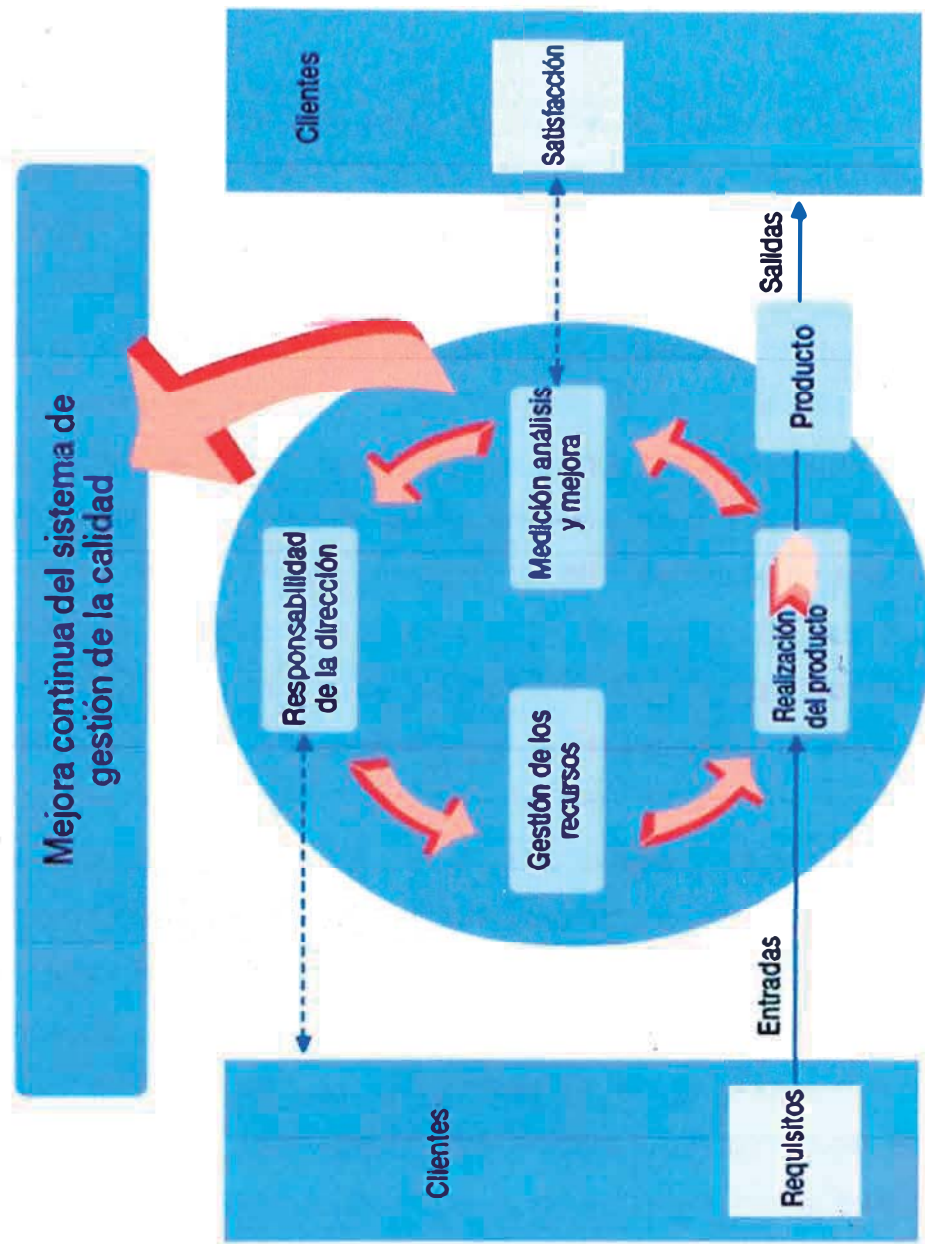


Figura 2.1. Modelo de Gestión de Calidad basado en la ISO 9001

Fuente: Norma NTP ISO 9001:2008 – Indecopi

Como ejemplo de bucle vertical se pueden tener los siguientes casos:

- 1 La Dirección define los requisitos en el marco de la "Responsabilidad de la Dirección";
- 2 Los recursos necesarios se determinan y aplican dentro de la "Gestión de recursos";
- 3 Los productos o servicios se producen en el marco de la "Realización del producto/servicio";

4 los resultados se miden, analizan y mejoran por medio de la "Medición, análisis y Mejora";

5 la revisión por la Dirección cierra el bucle y el ciclo vuelve a "Responsabilidad de la Dirección" para autorizar los cambios e iniciar el proceso de mejora. Como ejemplo de un bucle horizontal, el modelo reconoce la importancia que tienen el cliente y otras partes interesadas para definir los elementos de entrada (las expectativas que tiene el cliente puestas en el producto o servicio que se le va a ofrecer), así como el seguimiento de la Satisfacción del cliente y de otras partes interesadas para comprobar si la organización ha satisfecho sus necesidades (si las expectativas que tenían en origen sobre el producto o servicio se han visto cubiertas). Cuando los procesos de realización de los productos o de prestación de los servicios se llevan a cabo, la satisfacción del cliente es evaluada a través de los resultados de los procesos. Los resultados se usan para mejorar las entradas provenientes de los clientes, completando el proceso del bucle horizontal. Los bucles verticales y horizontales subordinados serán descubiertos o creados cuando se pongan en práctica los procesos principales. El modelo de procesos no trata de reflejar los procesos de forma detallada. Sin embargo, todos los requisitos del SGC encaminados a lograr la conformidad de los productos o servicios pueden ser llevados a cabo dentro del modelo. Aunque siempre ha resultado necesario gestionar de uno u otro modo las relaciones que se plantean entre las diversas actividades que se llevan a cabo en las organizaciones, lo que aporta el modelo de procesos es que la gestión de las organizaciones se centra en las actividades que resultan críticas para generar valor añadido.

## **2.5 ESTÁNDAR DE CALIDAD EN SALUD INTERNACIONAL: JCI**

Mejorar la calidad, la seguridad y la eficiencia de la atención de la salud es un objetivo que comparten organizaciones para la atención de la salud y países de todo el mundo. Los proveedores de atención de la salud de todas partes deben seguir el ritmo de la globalización y responder a la demanda de una atención accesible y de alta calidad.

Las necesidades locales varían y las diferentes culturas presentan desafíos únicos, sin embargo Joint Commission International (JCI) se destaca como modelo de culto para la comunidad mundial en lo que respecta a la seguridad del paciente y las mejoras en la calidad. Creado en 1994 por La Joint Commission, JCI tiene presencia en más de 90 países en la actualidad.

JCI trabaja con organizaciones de atención de la salud, gobiernos y defensores internacionales para promover estándares rigurosos de atención y proporcionar soluciones para lograr un rendimiento óptimo. Nuestros expertos ayudan a las organizaciones a ayudarse a sí mismas de tres maneras: acreditación, educación y servicios de asesoría.

Este enfoque en los estándares más altos de atención al paciente y la mejora del proceso orientada a obtener resultados se ha ganado el respeto de los líderes de la atención de la salud. Es por eso que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se asoció a JCI y La Joint Commission para establecer el primer Centro Colaborador de la OMS para Soluciones en la Seguridad del Paciente.

En junio de 2011, JCI recibió una acreditación por cuatro años por parte de la Sociedad Internacional para la Calidad en Atención de la Salud (ISQua). La acreditación de ISQua garantiza que los estándares, la capacitación y los procesos utilizados por JCI en la evaluación del desempeño de las organizaciones de atención de la salud cumplen con los más altos parámetros internacionales vinculados a la acreditación de entidades.

Las estrategias de JCI proporcionan resultados sustentables que funcionan.

Los estándares de acreditación, las políticas, los procedimientos y los métodos de evaluación evolucionan y cambian continuamente. Además, JCI realiza una inversión significativa para mantener a nuestros asesores, evaluadores y socios de acreditación actualizados por medio de una educación continua y nuevas capacitaciones

## **2.6 GESTIÓN POR PROCESOS**

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

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

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

LA GESTION POR PROCESOS se fundamenta en la asignación de un directivo de la responsabilidad de cada uno de los procesos de la empresa. En su forma más radical, se sustituye la organización departamental. En otras formas transicionales se mantiene la estructura departamental, pero el

responsable de un proceso tiene la responsabilidad del mismo, y al menos en lo que a ese proceso se refiere, puede tener autoridad sobre los responsables funcionales (matricial).

Podemos considerar entonces que la Gestión de los procesos tiene las siguientes características:

- ✓ Analizar las limitaciones de la organización funcional vertical para mejorar la competitividad de la Empresa.
- ✓ Reconocer la existencia de los procesos internos (relevante):
  - Identificar los procesos relacionados con los factores críticos para el éxito de la Empresa o que proporcionan ventaja competitiva.
  - Medir su actuación (Calidad, Costo y plazo) y ponerla en relación con el valor añadido percibido por el cliente.
- ✓ Identificar las necesidades de cliente externo y orientar a la Empresa hacia su satisfacción.
- ✓ Entender las diferencias de alcance entre la mejora orientada a los procesos (qué y para quien se hacen las cosas) y aquella enfocada a los departamentos o a las funciones (cómo se hace):
  - Productividad del conjunto frente al individual (Eficacia global frente a Efectividad parcial).
  - El departamento es un eslabón de la cadena, proceso al que añade valor
  - Organización en torno a resultados no a tareas.
- ✓ Asignar responsabilidades personales a cada proceso.
- ✓ Establecer en cada proceso indicador de funcionamiento y objetivo de mejora.
- ✓ Evaluar la capacidad del proceso para satisfacerlos.

- ✓ Mantenerlos bajo control, reduciendo su variabilidad y dependencia de causas no aleatorias (Utilizar los gráficos de control estadístico de procesos para hacer predecibles calidad y costo).
- ✓ Mejorar de forma continua su funcionamiento global limitando su variabilidad común
- ✓ Medir el grado de satisfacción del cliente interno o externo, y ponerlo en relación con la evaluación del desempeño personal.

La dificultad, grande por cierto, no estaba en la componente técnica de esta forma de gestionar una Empresa, sino en el cambio de actitud de las personas.

Los cambios de comportamiento, especialmente en mandos directivos, necesarios para gestionar los procesos de la Empresa se pueden resumir en:

- ✓ Orientación externa hacia el cliente, frente a orientación interna al producto.
- ✓ Fusionar en las personas pensamiento y acción de mejora frente a la lógica Tayloriana. No se trata de trabajar más sino de trabajar de otra manera.
- ✓ Compromiso con resultados frente a cumplimiento.
- ✓ Procesos y clientes frente a departamentos y jefes.
- ✓ Responsabilidad sobre el proceso frente a autoridad jerárquica funcional.

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



## **CAPITULO 3**

### **PROCESO DE TOMA DE DECISIONES**

#### **3.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

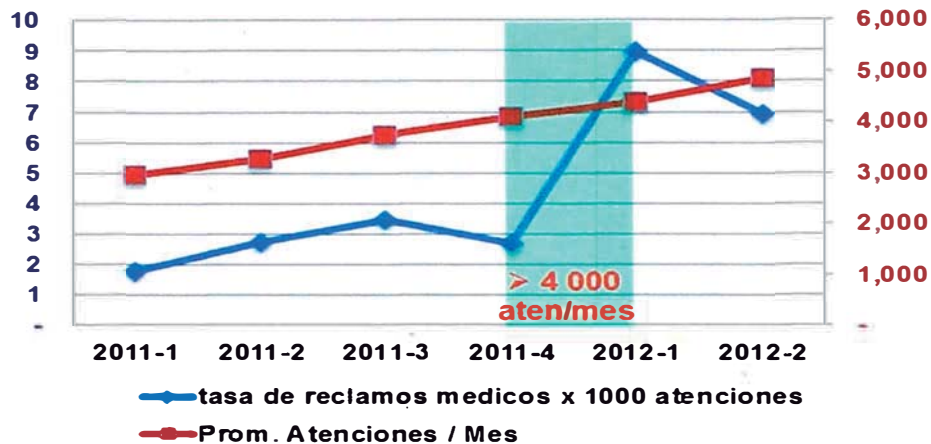
La organización se encuentra con problemas de percepción de calidad de atención de los pacientes, esto se traduce en un aumento del número de reclamos, aumento de los costos por atención de estos reclamos. Además que genera que se tengan procesos de redundancia para poder mantener los niveles de satisfacción mínimos establecidos como meta. Pero no se está llegando a los niveles esperados. La medición del nivel de calidad de atención se realiza mediante encuestas de satisfacción de servicio, siendo este un indicador de desempeño post-atención.

#### **3.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

Bajo nivel de calidad de atención percibido por el Paciente en cada etapa de su atención en la organización, reflejado en las encuestas de satisfacción y el número de reclamos que se han incrementado en el último período de medición.



### Reclamos Medicos - Emergencia (tasa por 1000 atenciones)



El promedio mensual de reclamos de los últimos trimestres es de aproximadamente **80/mensual**, durante el 2012 este promedio se eleva aproximadamente a los **120/mes, solo en emergencia.**

- El **55%** de los reclamos en emergencia se compone de:
- **Disconformidad por la atención brindada por el personal medico (28%)**
  - **Demora en la atención del personal medico (27%)**

### Tipo de Reclamo (2011 - 2012)

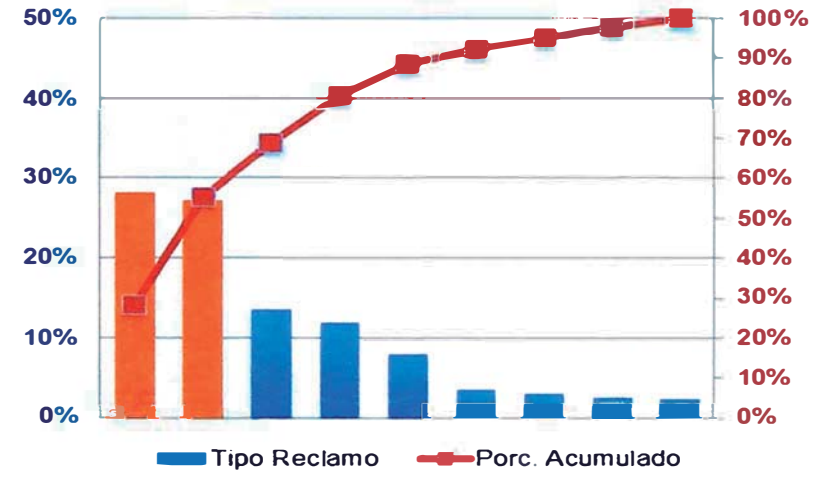


Figura 3.1. Tendencia de los reclamos por el nivel de calidad de atención  
Fuente: Informe de Satisfacción de la atención de Emergencia 2011-2012

### 3.3 ANÁLISIS DE CAUSAS

Para el análisis de las causas empleamos el diagrama de causa-efecto: Considerando el Efecto: Bajo nivel de calidad de atención, y las Causas clasificadas por cada una de los recursos empleados clasificados por las 5Ms.

#### Medio Ambiente

- ✓ Infraestructura inadecuada para la atención
- ✓ Falta de capacidad instalada para atender la demanda
- ✓ Infraestructura no modernizada
- ✓ Mantenimiento no eficaz, genera indisponibilidad alta de ambientes
- ✓ No se cuenta con un proceso estandarizado de mantenimiento que tome en consideración los requisitos de los clientes internos.

#### Maquinaria

- ✓ Sistemas tecnológicos obsoletos generan reproceso en la atención
- ✓ Actividades no se encuentran definidas de forma secuencial.
- ✓ El personal no está 100% capacitado en las funcionalidades del sistema.

#### Mano de Obra

- ✓ Personal no realiza actividades correctamente
- ✓ Actividades no se encuentran definidas
- ✓ Personal no se encuentra concientizados

#### Método

- ✓ Procesos de atención no estandarizados, ineficaces
- ✓ No se tiene procesos estandarizados
- ✓ No existe un enfoque a cumplir los requisitos de los pacientes respecto a los niveles de calidad de atención.

## Materiales

- ✓ No se entrega materiales e insumos de forma oportuna
- ✓ Roturas de stock de materiales de atención médica
- ✓ No se cuenta con un procedimiento de compra de material de atención médica.

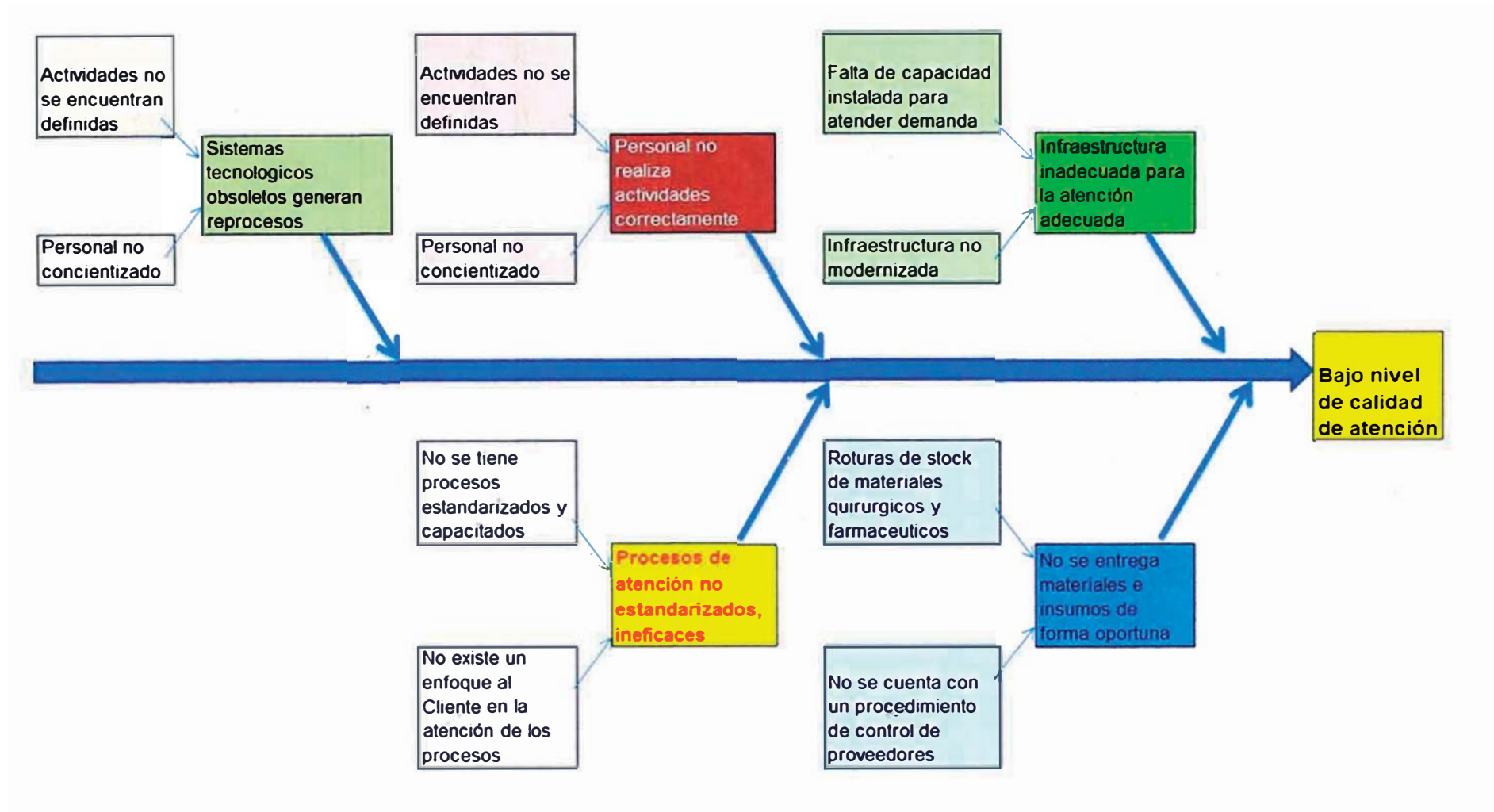


Figura 3.2. Análisis de causa efecto del problema

Fuente: Elaboración propia en base a levantamiento de información con responsables de procesos en el servicio de

### 3.4 IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS CRÍTICAS

Dentro de las causas categorizadas se identificaron 3 grupos que agrupan cada una de las causas señaladas:

- ✓ Deficiencia de infraestructura
- ✓ Obsolescencia del sistema tecnológico de soporte de la operación
- ✓ Falta de definición de los procesos internos de la organización (en diversas áreas, que abarcan las 5M)

Para la identificación de las causas críticas planteamos la evaluación de estas mediante la definición de los siguientes criterios: Gravedad, urgencia y tendencia en una tabla denominada tabla GUT, para ello se consideró la siguiente definición de criterios:

- ✓ Gravedad: impacto a nivel de daño, o perjuicio que se deriva del factor
- ✓ Urgencia: presión de tiempo que se tiene para su solución. Considera plazos, fechas o el impacto que genera esta demora
- ✓ Tendencia: cuál es el patrón de comportamiento de la situación o factor analizado. Las respuestas posibles son: mejora, empeora o se mantiene estable, en el caso que nada se modifique

Con estos criterios y considerando que los 3 criterios son igual de importantes para la definición de la causa crítica (esto para lograr el objetivo de enfocarse en los grupos de causa y no en los criterios de selección), entonces los pesos respectivos para estos: **Gravedad: 33.33%**, **Urgencia: 33.33%**, **Tendencia: 33.33%** por esta razón la selección de la causa raíz pasa por una suma directa entre la calificación de cada criterio por los grupos de causa identificados

3UT	Puntaje	Valor Cualitativo	Valor Cuantitativo
G Gravedad	1	Impacto mínimo no hay riesgo directo presente en calidad y seguridad del paciente, ni en procesos de atención	No se identifican pérdidas
	2	Impacto menor, con poca incidencia en Calidad y Seguridad del Paciente y en los procesos de atención	Pérdidas anuales menores S/10,0000
	3	Impacto medio en Calidad y Seguridad del Paciente, baja presencia de eventos adversos, ocasionalmente paralización de procesos de atención	Pérdidas anuales menores S/50,0000
	4	Impacto moderado en Calidad y Seguridad del Paciente, presencia de eventos adversos o paralización frecuente de proceso de atención	Pérdidas y demandas anuales menores S/500,0000
	5	Impacto Grave en Calidad y Seguridad del Paciente con presencia de eventos adversos y centinelas o impacto en procesos con paralización de atención	Demandas o pérdidas anuales superiores S/500,000
U Urgencia	1	No existe presencia de situación desfavorable o probabilidad de interrupción de procesos de atención	No se identifican pérdidas
	2	Presencia menor de situación desfavorable o poca probabilidad de interrupción de procesos de atención	Pérdidas diarias menores a S/100
	3	Situación desfavorable existente o probabilidad media de interrupción de procesos de atención	Pérdidas diarias menores a S/1000
	4	Situación desfavorable existente con consecuencias serias, probabilidad alta de interrupción de procesos de atención	Pérdidas diarias menores a S/5,000
	5	Situación desfavorable existente y con consecuencias graves. Amenaza de paralización de servicios por operación o autoridad	Pérdidas diarias superan los S/5,000
T Tendencia	1	No se identifica tendencia	No se identifican incidencias
	2	Tendencia estable en el proceso o situación	Incremento de errores, reprocesos o eventos menores al 1% mensual
	3	Tendencia moderada del proceso o situación con incremento leve de errores, reprocesos y eventos adversos	Incremento de errores, reprocesos o eventos menores al 5% mensual
	4	Tendencia alta se incrementan errores, reprocesos y eventos adversos	Incremento de errores, reprocesos o eventos menores al 10% mensual
	5	Tendencia muy alta y desfavorable y se incrementan los errores, reprocesos o eventos adversos en el proceso	Crecimiento de errores, reprocesos o eventos, supera el 10% mensual.

Cuadro 3.1. Puntuación de criterios GUT

Fuente: Elaboración propia en base a consultas a propuestas del equipo de gestión de procesos

De la puntuación para cada grupo de causas se obtiene el siguiente resultado.

Causa	Gravedad	Urgencia	Tendencia	Total
<b>Infraestructura</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>8</b>
<b>Sistemas</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>10</b>
<b>Procesos</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>12</b>

Cuadro 3.2. Puntuación de las causas según puntuación GUT

Fuente: Elaboración propia en base a la calificación planteada por causa del equipo de gestión de procesos

Resultando como causa crítica la relacionada a los procesos que se describía como: **Falta de definición de los procesos internos de la organización (en diversas áreas, que abarcan las 5M)**



### 3.5 ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN PARA ELIMINAR LAS CAUSAS CRÍTICAS

Las alternativas de solución planteadas por la organización para solucionar las causas críticas fueron definidas luego de realizar una lluvia de ideas por el equipo de dirección de la organización: A continuación se muestra un extracto de las respuestas indicadas:

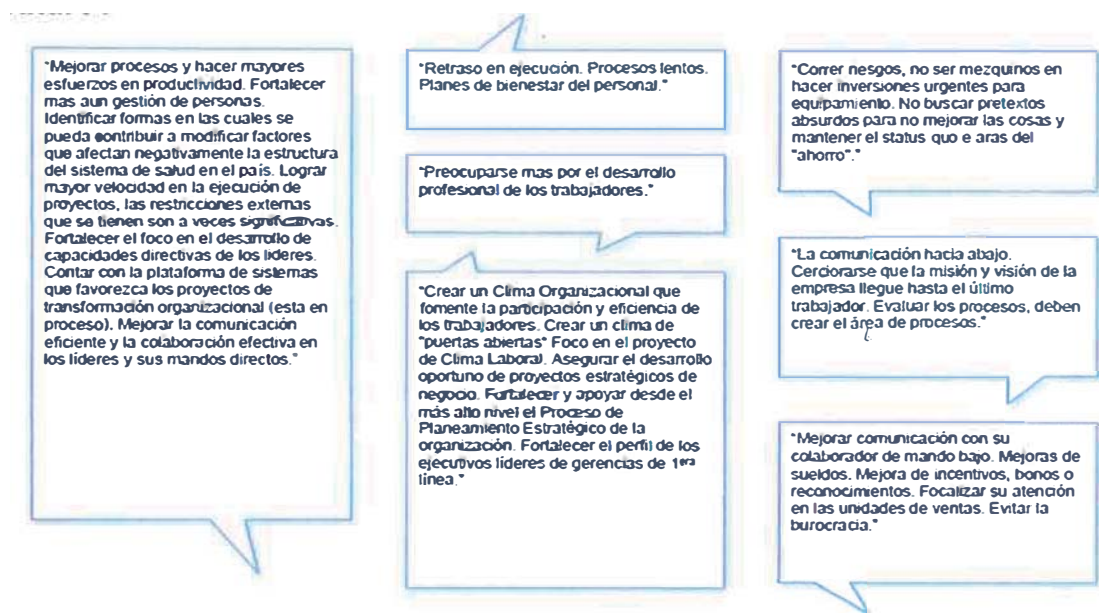


Figura 3.3. Lluvia de ideas sobre alternativas de solución

Fuente: Proceso de Planeamiento Estratégico 2011 – Encuesta de Salud Organizacional elaborado por McKinsey & Company

Luego de realizar el resumen de las ideas presentadas, se agruparon 3 grupos de mejora: Procesos, Proyectos, Tecnología de la información. Luego de esto se afinaron las ideas, generando las siguientes propuestas

- ✓ Diseño e implementación de metodología de procesos

Establecer un Modelo de Procesos de Negocio que permita alinear sistemáticamente los requerimientos del mercado a la estrategia de desarrollo de productos, y estandarizar procesos de negocio para su eficacia en el soporte de la oferta de valor. Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**



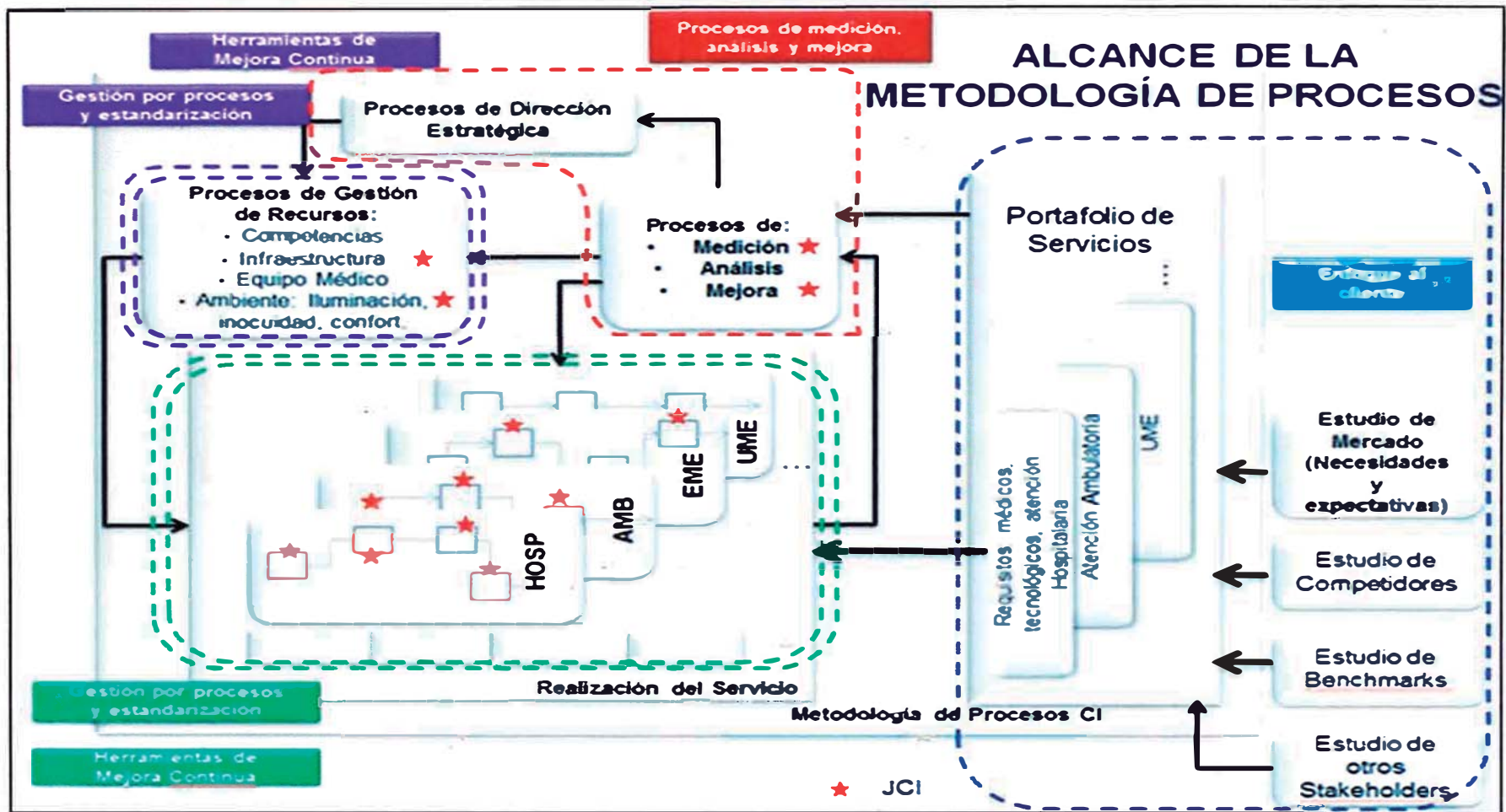


Figura 3.4. Propuesta del diseño e implementación

Fuente: Elaboración propia del equipo de gestión por procesos

## PMO y Gestión de Proyectos

### *Avances en la consolidación del Modelo de Gestión de Proyectos*

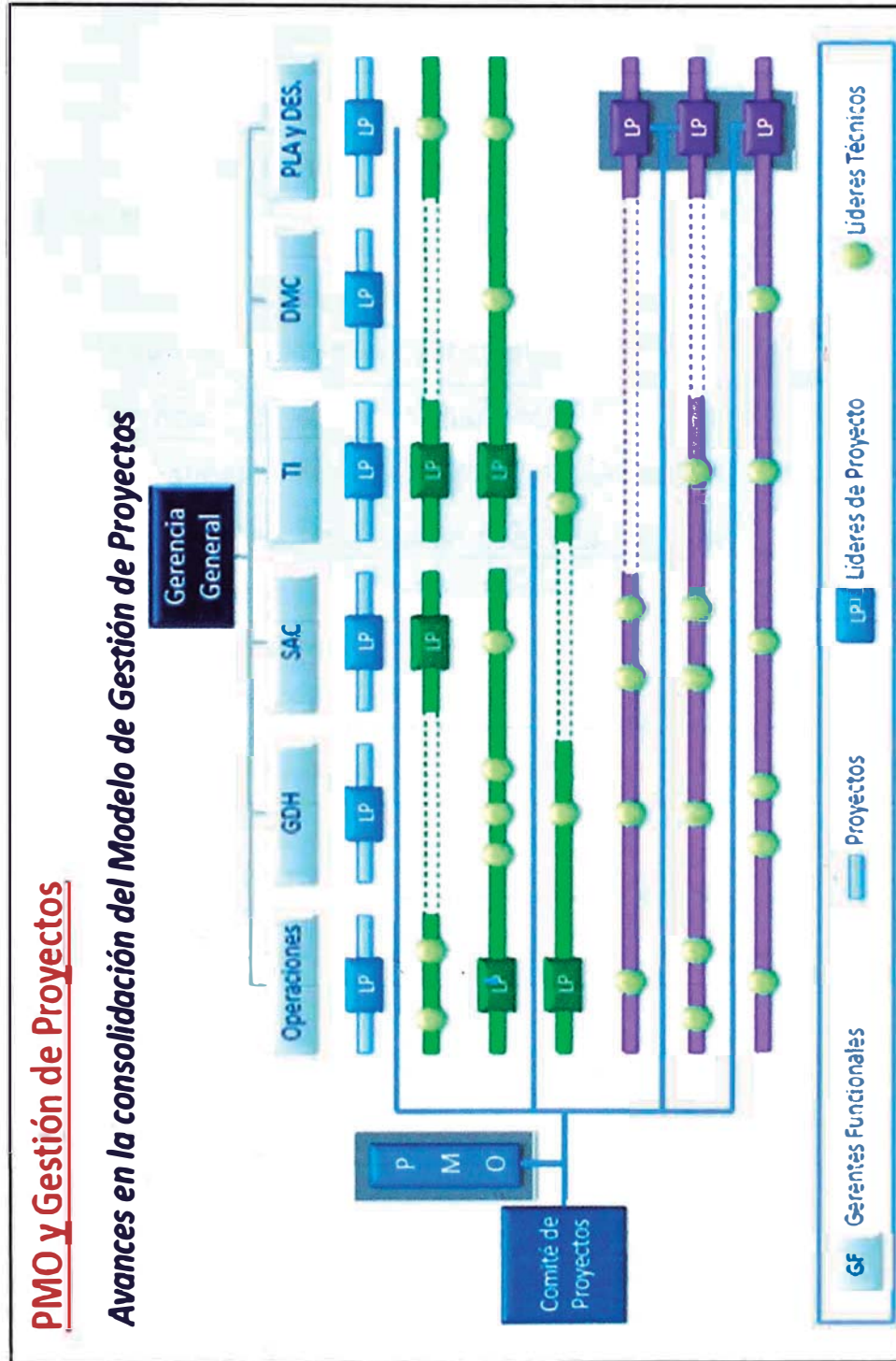


Figura 3.5. Consolidación del Modelo de Gestión de Proyectos PMO

Fuente: Proceso de Planeamiento Estratégico 2011 – Propuesta de PMO y gestión de proyectos

- ✓ Fortalecimiento de la Implementación del ERP adquirido

Implementación de un software integrador de los procesos de atención que genera reducción de tiempos de procesamiento de información.

### **3.6 EVALUACIÓN DE LA MEJOR SOLUCIÓN PARA LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA**

#### **3.6.1 Definición de criterios de evaluación**

Los criterios que se definen para la evaluación de las alternativas son los siguientes:

- ✓ Eficiencia en uso de recursos: Este criterio de evaluación refleja el grado de inversión requerido para desarrollar la solución propuesta.
- ✓ Tiempo: Evaluación que refleja el tiempo estimado en la implementación de la solución propuesta
- ✓ Sostenibilidad: Evaluación que refleja el grado de sostenibilidad de la solución propuesta, implica poder mantener los niveles de resultados obtenidos en la implementación de la solución, en base a un conjunto de actividades de mejora continua de lo desarrollado.

El puntaje propuesto para los criterios de evaluación.

Criterio	Puntaje	Descripción
Eficiencia de recursos	[1-4]	Empleo alto de los recursos de la organización, respecto a los resultados planificados.
	5	Empleo intermedio de los recursos de la organización, respecto a los resultados planificados
	[6-10]	Empleo bajo de los recursos de la organización, respecto a los resultados planificados
Tiempo	[1-4]	Cronograma de trabajo mayor a 1 año para obtener resultados iniciales planificados
	5	Cronograma de trabajo de aproximadamente 6 meses para obtener resultados iniciales planificados
	[6-10]	Cronograma de trabajo de 1 mes hasta los 5 meses para obtener resultados iniciales planificados
Sostenibilidad	[1-4]	Requiere seguimiento constante para mantener resultados
	5	Requiere seguimiento parcial para mantener resultados
	[6-10]	No requiere seguimiento, sólo supervisiones periódicas para evaluar los resultados logrados

Cuadro 3.3. Criterios de evaluación

Fuente: Elaboración propia del equipo de gestión por procesos

El peso relativo de cada uno de los criterios es el mismo para cada asignación, resultando la evaluación como promedio simple de los resultados para cada criterio. **(Peso de cada criterio: 33.33%)**

### 3.6.2 Evaluación de las alternativas de solución

En base a los criterios definidos, estos son los resultados de la evaluación. Esta evaluación es realizada en base a la evaluación de los sponsors de la implementación, en base a entrevistas realizadas, también se considera la opinión de usuarios expertos que se detalla en los anexos incluidos en el presente informe.

➤ *Eficiencia de recursos:*

**Diseño e implementación de metodología:** Puntaje: 8

Requiere participación periódica semanal de 2 horas, sólo de jefaturas

**Generación de proyectos – PMO:** Puntaje: 4

Requiere participación de jefaturas y personal operativo promedio por un corto periodo

**Implementación de ERP:** Puntaje: 2

Requiere mayor capacitación del personal operativo, afectando la atención normal

➤ *Tiempo*

**Diseño e implementación de metodología:** Puntaje: 2

Requiere un cronograma de trabajo de más de 1 año

**Generación de proyectos – PMO:** Puntaje: 8

Requiere un cronograma de trabajo de 2 meses para lograr resultados concretos

**Implementación de ERP:** Puntaje: 4

Requiere implementación de 9 meses, en base al número de módulos a desarrollar

➤ *Sostenibilidad*

**Diseño e implementación de metodología:** Puntaje: 10

Es un sistema de gestión de calidad sostenible mediante el ciclo de mejora continua PHVA

**Generación de proyectos – PMO:** Puntaje: 6

Debido a que el personal es capacitado en el cambio de metodología

**Implementación de ERP:** Puntaje: 5

Es sostenible en cuanto el personal capacitado en el sistema se mantenga.



De las puntuaciones anteriores, en resumen se obtiene la siguiente evaluación.

Alternativa de Solución	Eficiencia de recursos	Tiempo	Sostenibilidad	Total
1 Diseño e Implementación de una metodología de procesos	8	2	10	<b>20</b>
2 Generación de Proyectos PMO	4	8	6	<b>18</b>
3 Implementación de ERP	2	4	5	<b>11</b>

Cuadro 3.4. Resultados de la evaluación de alternativas

Fuente: Elaboración propia por el equipo de gestión por procesos

De manera gráfica se selecciona la solución 1 Diseño e implementación de metodología de procesos como alternativa seleccionada.

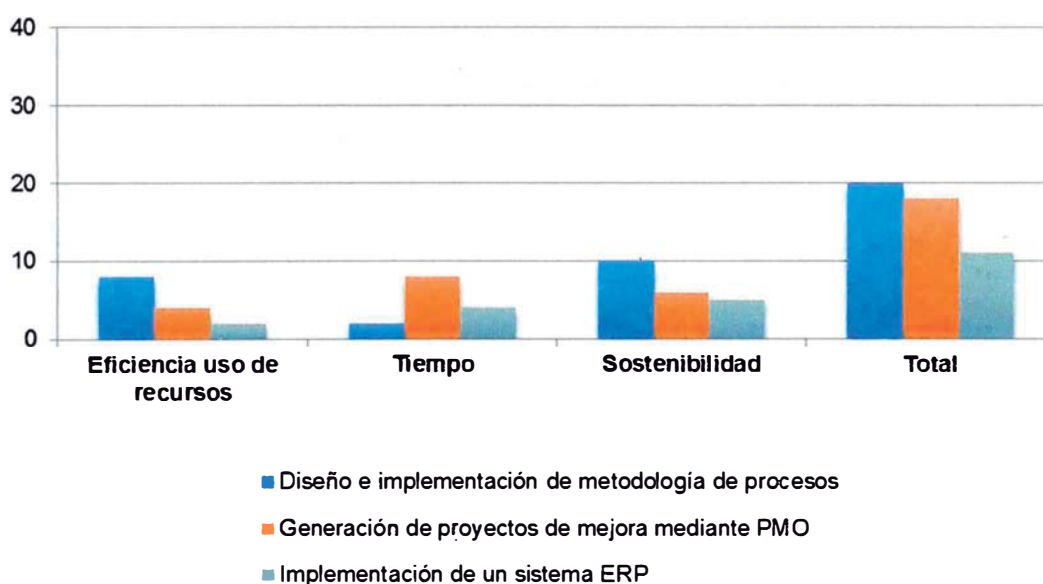


Figura 3.6. Comparativo de resultado de evaluación de alternativas

Fuente: Elaboración propia

El siguiente punto que se tiene que definir es el servicio en el cual se empleará la metodología para ello se elaboró el siguiente cuadro de

decisión: Tomando como referencia de puntuación, y lo obtenido de encuestas a usuarios expertos definidos por la organización.

### 3.6.3 Criterios de criticidad para selección del servicio:

Se consideran los siguientes criterios para la definición del servicio para aplicar la metodología

- ✓ Impacto en la calidad de cuidado al paciente: Lograr resultados de acuerdo al actual conocimiento profesional: requisitos del paciente, seguridad en el ambiente de cuidado, accesibilidad, continuidad, eficiencia y menor tiempo en el cuidado.
- ✓ Impacto en la seguridad del paciente: Atención sanitaria segura y de alta calidad (Identificación, correcta, comunicación efectiva, seguridad medicamentos, cirugía correcta, riesgo infecciones, daño por caídas.
- ✓ Volumen de atenciones o servicios
- ✓ Contribución a la rentabilidad institucional
- ✓ Cantidad de personal involucrado
- ✓ Nivel de reclamos por atenciones o servicios
- ✓ Impacto en la imagen institucional

Cada uno de los criterios señalados se puntuará según el nivel de impacto que genera al servicio, de donde se procede a realizar la ponderación, para eso se considera el peso para los 7 criterios el mismo, por tanto la ponderación de los criterios se realiza mediante una suma simple

NIVEL DE IMPACTO	PUNTAJE
MUY ALTO	5.0
ALTO	4.0
MEDIO	3.0
BAJO	2.0
MUY BAJO	1.0

Cuadro 3.5. Puntaje de criterios de selección de servicio

Fuente: Elaboración propia por el equipo de gestión por procesos

Cod	Servicio de atención	Impacto en la calidad de cuidado al paciente	Impacto en la seguridad del paciente	Volumen de atenciones o servicios	Contribución a la rentabilidad institucional	Cantidad de personal involucrado	Nivel de reclamos por atenciones o servicios	Impacto en la imagen institucional	Criticidad
S01	Servicio de atención hospitalaria no crítico (Piso)	5	4	3	3	5	4	4	28
S02	Servicio de atención hospitalaria crítica (UCI)	5	5	4	5	3	3	4	29
S03	Servicio de atención quirúrgica	5	5	4	5	3	3	5	30
S04	Servicio de atención de emergencias	5	5	5	4	3	4	5	31
S05	Servicio de atención quirúrgica ambulatoria (cirugía de día)	4	4	5	4	3	3	4	27
S06	Servicio de atención ambulatoria	4	4	5	4	5	4	4	30
S07	Servicio de atención unidades médicas empresariales (UMES)	4	4	4	3	4	3	3	25
S08	Servicio de atención de salud ocupacional	4	3	2	2	3	2	3	19
S09	Servicio de atención de medicina preventiva	4	3	3	3	3	2	3	21
S10	Servicio de atención médico a domicilio (MAD)	4	4	4	2	4	4	3	25
S11	Servicio de atención de crónicos	4	4	3	2	3	3	3	22
S12	Servicio de investigación y docencia	4	3	3	3	2	3	5	23

Cuadro 3.6. Puntuación para determinación del servicio

Fuente: Elaboración propia por el equipo de gestión por procesos

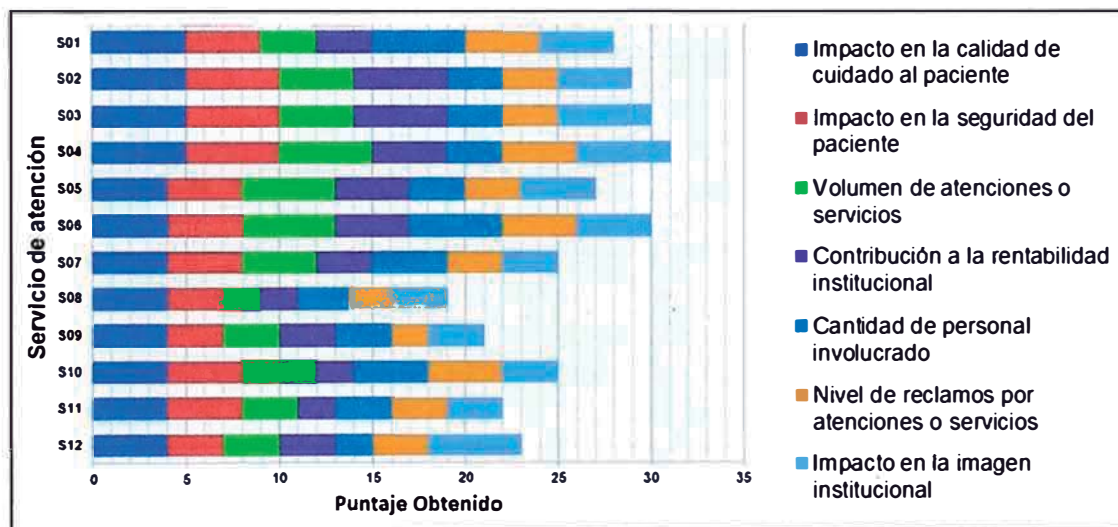


Figura 3.7. Representación gráfica de puntuación por servicio

Para el presente trabajo se ha considerado desarrollar la mejora del servicio de atención de emergencia debido a que es el servicio que genera mayor número de reclamos y también debido a que el servicio de atención quirúrgica debido a su nivel de complejidad es necesario de manejarlo con un estudio a detalle de reingeniería de procesos, específicamente en mejorar las programaciones de cirugías. Este nivel de detalle se está desarrollando con la ayuda de consultoría especializada.



En base a este análisis el servicio seleccionado por criticidad es el servicio de atención de emergencias.

#### 3.6.4 Alternativa de solución seleccionada

**Diseñar e implementar una metodología de gestión por procesos para la atención de emergencias** que busca generar procesos eficientes, que soporten la oferta de valor de la empresa y que permitan mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente.

Este será el soporte que permita la sostenibilidad de la acreditación de estándares internacionales de la Joint Commission Internacional (JCI) mediante el aseguramiento continuo de los procesos, calidad y de la seguridad

De manera que se contribuya con la visión de convertir la organización en la red de servicios de salud privada de referencia en el país.

## **CAPITULO 4**

### **DESARROLLO DE LA SOLUCION PROPUESTA**

#### **4.1 DISEÑO DE LA METODOLOGÍA DE PROCESOS BASADA EN ESTÁNDARES INTERNACIONALES DE CALIDAD EN SALUD (JOINT COMMISSION)**

##### **4.1.1 Antecedentes**

La metodología de gestión de la Calidad por procesos busca generar procesos eficientes, que soporten la oferta de valor de la empresa y permitan mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente.

Asimismo, será el soporte que permita la sostenibilidad de la Acreditación Joint Commission International (JCI), que son estándares internacionales de calidad en salud, mediante el aseguramiento y mejora continua de los procesos, la calidad y la seguridad.

La metodología desarrollar un sistema de gestión que contribuye con la visión de convertir a la organización en la red de servicios de salud privada de referencia en el país.

Las etapas para definir la Metodología de Mejora de Procesos a aplicar en la Clínica Internacional comienzan por establecer un Modelo de Procesos de Negocio que permita alinear sistemáticamente los requerimientos del mercado a la estrategia de desarrollo de productos, y estandarizar procesos de negocio para su eficacia en el soporte de la oferta de valor. Que lleva a implementar un Sistema de Gestión de Calidad que permita mejorar la

calidad de la atención y seguridad del paciente, alineando y articulando permanentemente las iniciativas de la organización en beneficio de su visión.

La organización ha realizado actividades orientadas a mejora en la gestión de sus procesos para los cuales hizo esfuerzos por implementar diferentes actividades o herramientas.

## **Antecedentes a la Fecha**

### **Proyectos vinculados a Calidad y Procesos**

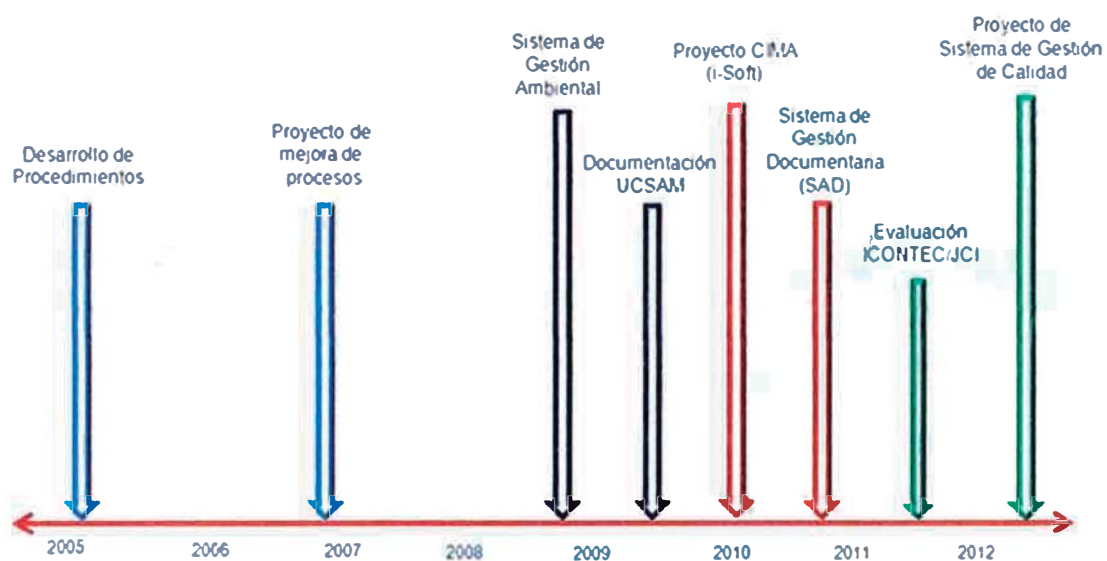


Figura 4.1. Antecedentes de desarrollo de procesos en la organización

Fuente: Archivo histórico del área de procesos del periodo: 2005 – 2012

Se ha desarrollado documentación y mejora de procesos enfocados en mejora de la productividad del negocio sin considerar los requisitos de los Clientes, se ha implementado sistemas de gestión de los residuos sólidos pero sin un seguimiento que permita que se mejore, y por último la implementación de un ERP isoft para mejorar la automatización de la atención. En estos últimos años se ha centralizado en mejoras de calidad en salud con ICONTEC y JCI estándares internaciones de calidad y seguridad de la atención del paciente y su familia mejorando su perspectiva sobre la calidad de la atención

#### 4.1.2 Etapas de la Metodología de Procesos

- ✓ Etapa 1 Enfoque al Cliente: Determinación de la matriz de requisitos. Esta etapa tiene como entregable: Matriz de requisitos de emergencia
- ✓ Etapa 2 Gestión por procesos: Desarrollo de los mapas de Macroproceso, Caracterización de procesos y Desarrollo de acciones de mejora. Esta etapa tiene como entregables: Mapa de Macroproceso de emergencia, Mejoras al proceso de emergencia, Fichas de proceso de emergencia óptimas con mejoras implementadas

Las siguientes etapas se encuentran definidas en la metodología pero con una implementación en proceso de desarrollo.

- ✓ Etapa 3 Herramientas de Mejora continua para los procesos CORE
- ✓ Etapa 4 Gestión por procesos y estandarización de los procesos de recursos
- ✓ Etapa 5 Herramientas de Mejora continua para los procesos de recursos
- ✓ Etapa 6 Procesos de medición, análisis y mejora

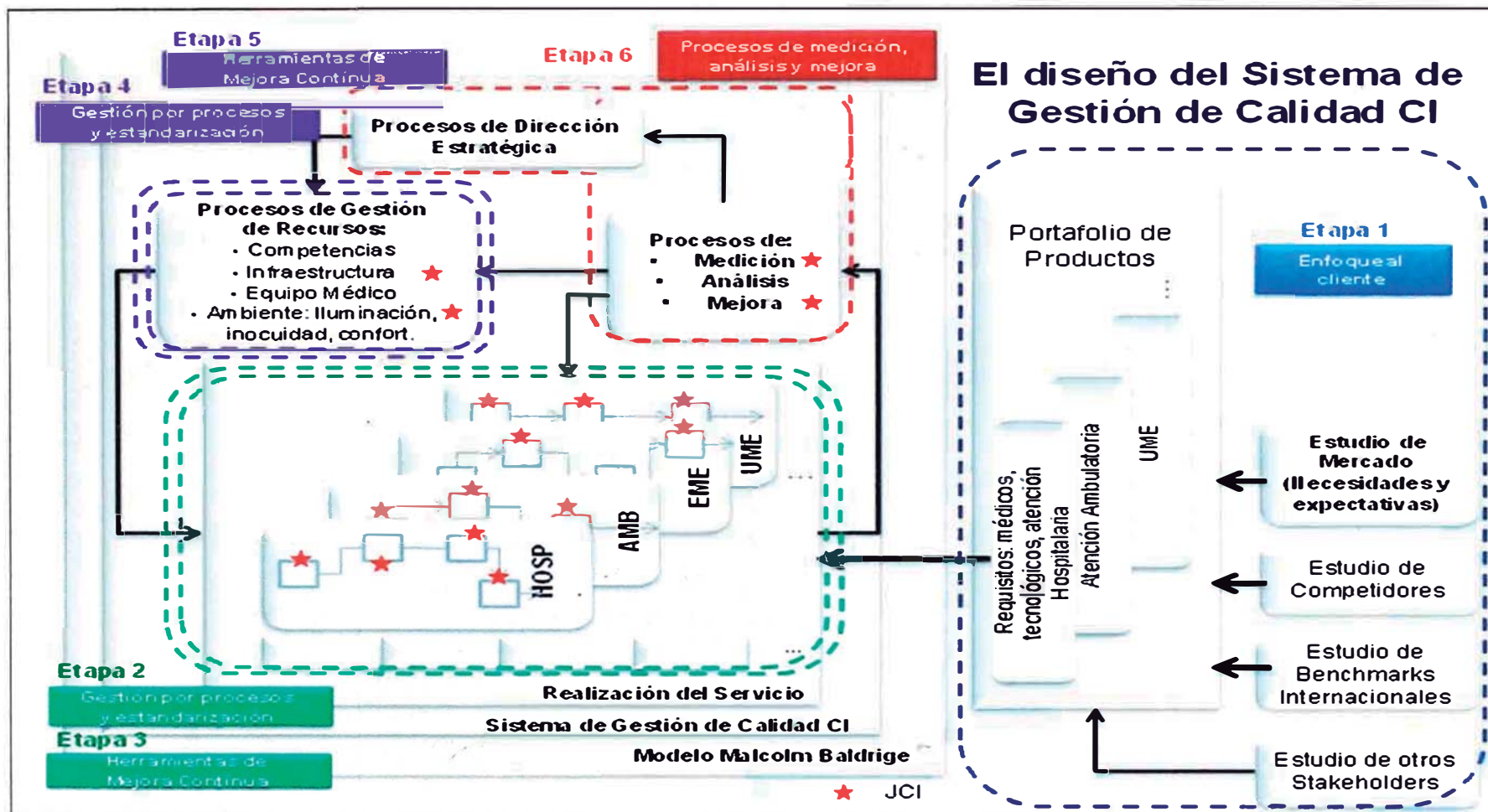


Figura 4.2. Etapas de la metodología de procesos

Fuente: Elaboración propia del equipo de gestión por procesos

A continuación se realiza el despliegue de cada etapa

#### 4.1.2.1 Etapa 1 Enfoque al Cliente y determinación de la Oferta de Valor (Portafolio de Servicios)

Identificar los requerimientos del cliente, de las regulaciones y de la organización a ser incorporados en las características de la oferta de valor.

Definición del portafolio de servicios involucrados. Definir la Política de Calidad, incorporando los compromisos para atender y mejorar las características de la oferta de valor, permitiendo con ello la sostenibilidad del despliegue y mejora en el tiempo.

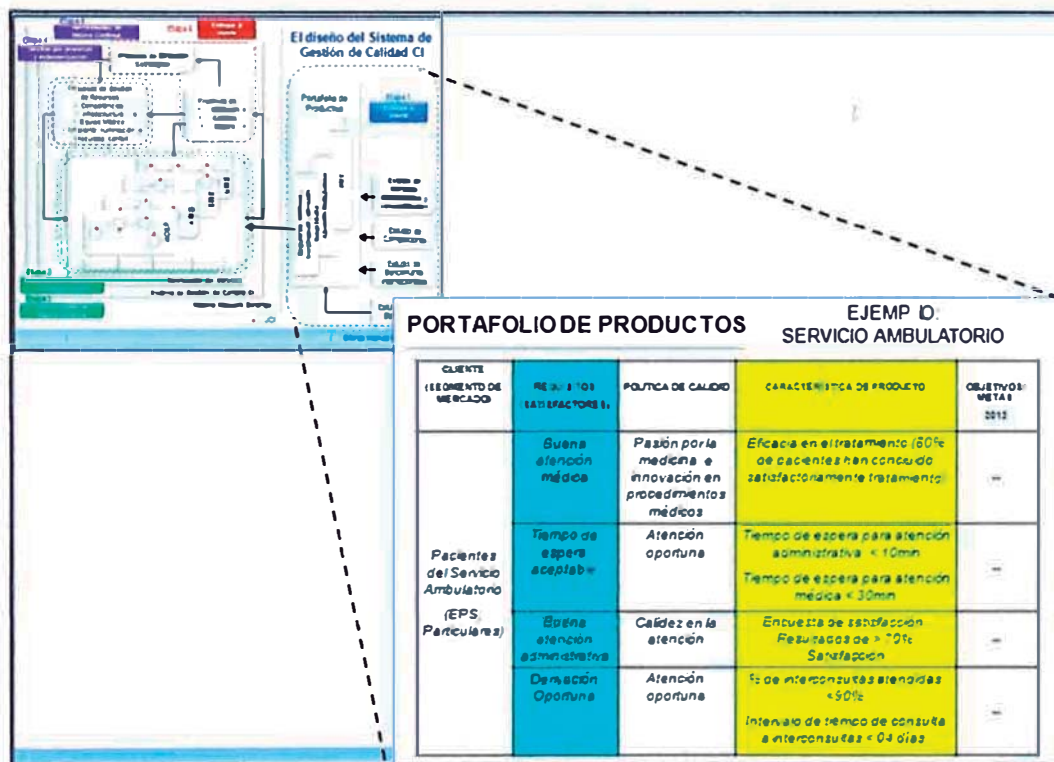


Figura 4.3. Determinación del portafolio de servicios

Fuente: Material de la capacitación de Gestión por procesos 2012

#### 4.1.2.2 Etapa 2: Gestión por procesos y estandarización de Procesos de Realización del negocio

Determinar los procesos necesarios para sustentar los servicios a partir de la oferta de valor. (Mapas de proceso y Plan de Calidad) Re-diseño de los

procesos de negocio, cuando corresponda, para adecuarse a las características de la oferta de valor. Simplificación, Estandarización y Documentación para la sistematización de procesos de realización de negocio (Fichas de procesos y flujogramas). Vinculación y/o integración de la documentación creada para la acreditación JCI, a los procesos estandarizados y documentados para el SGC.

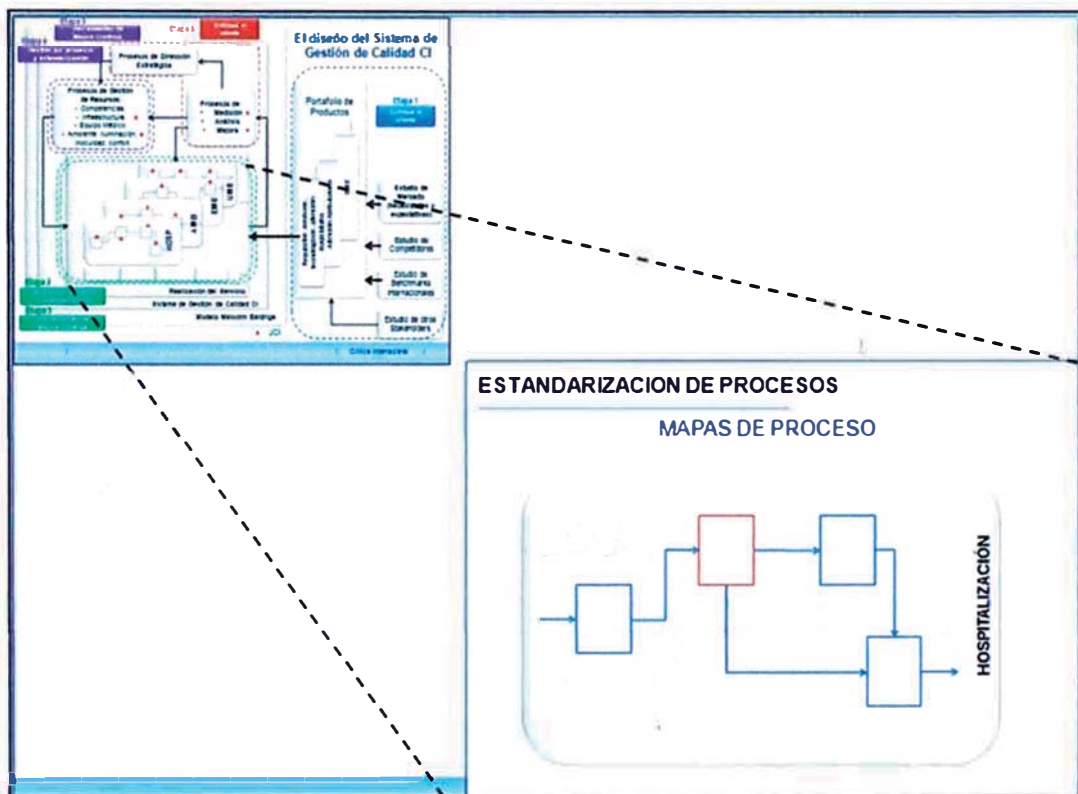


Figura 4.4. Gestión por procesos de negocios

Fuente: Material de la capacitación de Gestión por procesos 2012



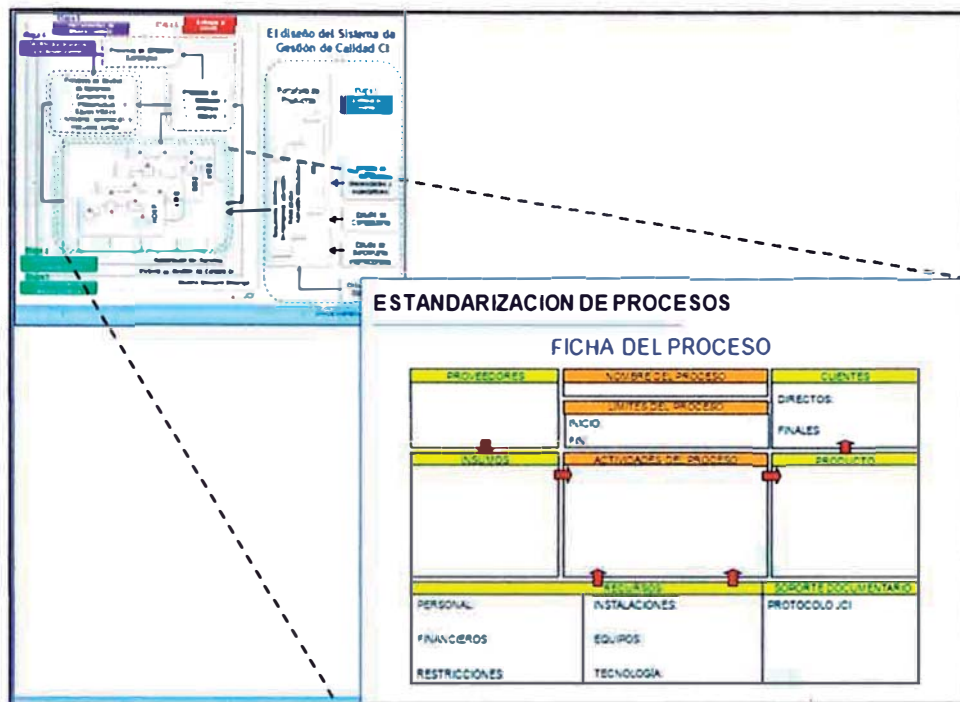


Figura 4.5. Gestión por procesos - ficha de proceso

Fuente: Material de la capacitación de Gestión por procesos 2012

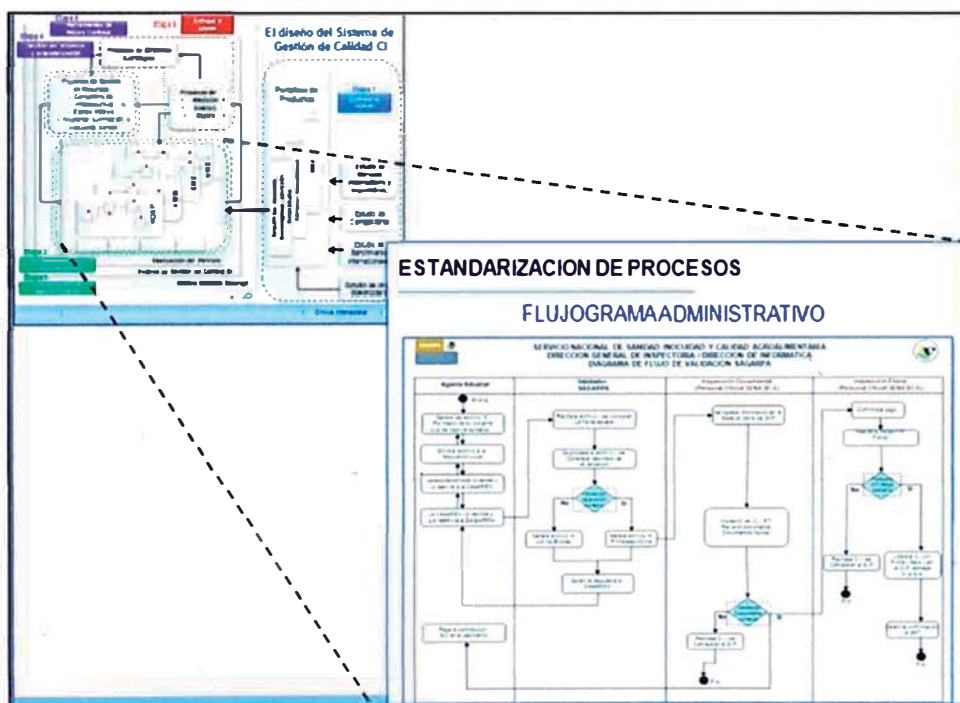


Figura 4.6. Gestión por procesos - flujograma

Fuente: Material de la capacitación de Gestión por procesos 2012

La herramienta empleada en esta etapa de la metodología, para el diseño y rediseño de procesos, considerando que el diseño corresponde a la implementación de procesos nuevos (por necesidad del negocio, innovación, etc.) y el rediseño al análisis de un proceso ya existente con la finalidad de mejorarlo, se compone de 10 pasos, dentro de cada uno de las cuales se presentan las herramientas para el análisis y la descripción de cómo utilizarlas.

Dentro del desarrollo de la herramienta se ha considerado que en cada paso que las sesiones se llevarán a cabo con reuniones cotidianas o con talleres dinámicos sobre todo cuando un entregable necesite que un grupo de personas interactúe entre sí para aportar ideas. Dentro de la planificación de cada Etapa se considerará un Cronograma de Reuniones/Talleres para conocer cuál será la estrategia que se usará. En cualquiera de los casos se podrá utilizar una o más herramientas de calidad: Diagrama de Pareto, Ishikawa, 5 por qué. Para tener una planificación sobre la elaboración de la metodología se considera como fuente de información:

- ✓ Marco y manuales adaptados a partir de la integración metodológica con RIMAC.
- ✓ Procedimiento para Control Documentario y Control de Registros
- ✓ Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente según estándares internacionales (JCI)

Finalmente con lo anterior como base se establecen los 10 pasos que tienen como objetivo la definición de procesos óptimos que brinden el mayor beneficio a las áreas maximizando sus resultados.

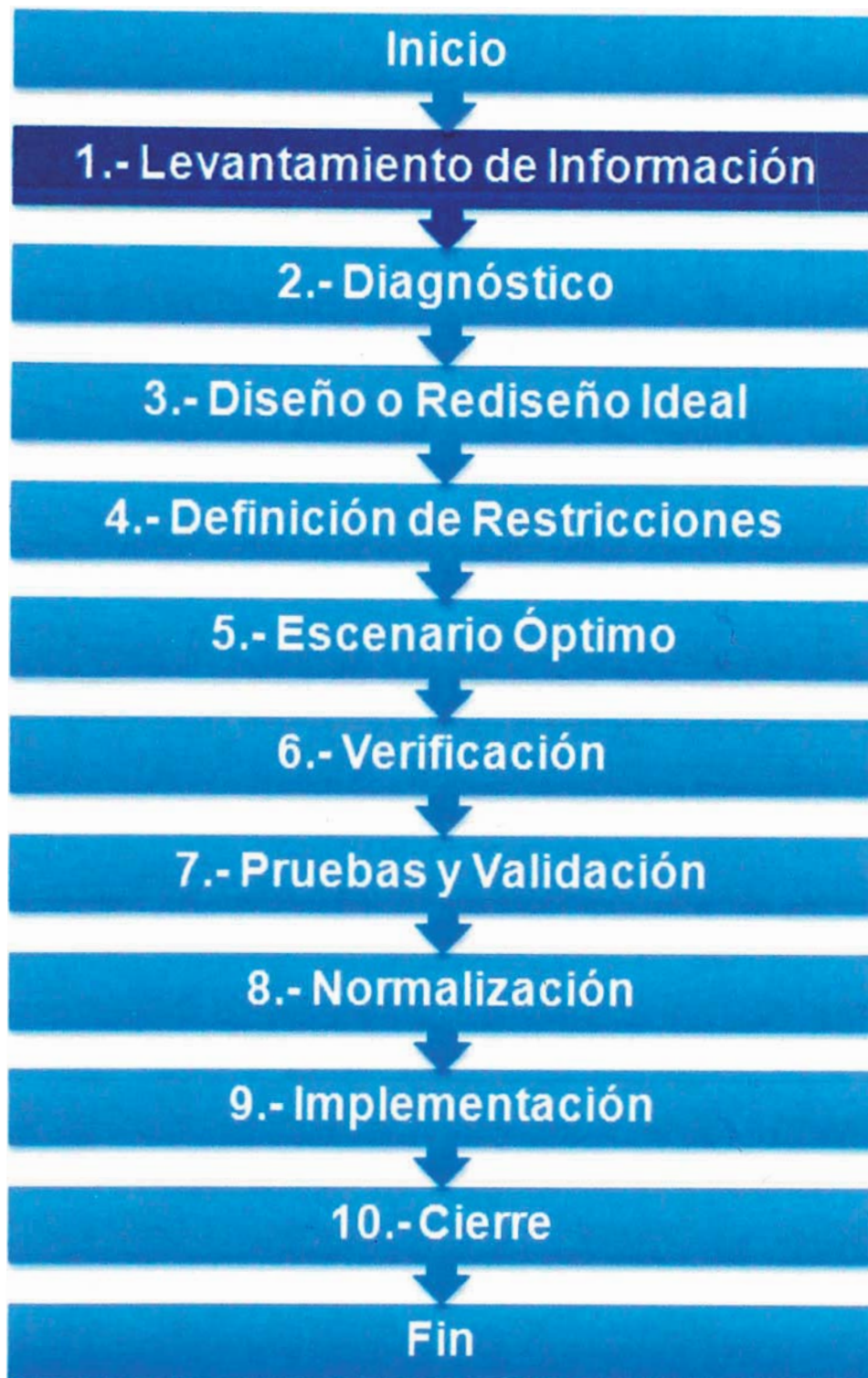


Figura 4.7. Pasos de la gestión por procesos

Fuente: Elaboración propia del equipo de gestión por procesos

A continuación se detalla la descripción de los pasos:

**1 Levantamiento de Información:** Para Proceso/Documento Nuevo: Recabar información necesaria de Benchmarks, estudios especializados, buenas prácticas, opinión de usuarios / expertos, debe cubrir las necesidades de los pacientes, las familias y el personal. Para Proceso/Documento Actual: Registrar toda la información necesaria para conocer el estado actual de un proceso, a través de entrevistas, revisión de documentos, etc. Para actualización de documentos, recabar toda la información necesaria de los usuarios y seguir las indicaciones correspondientes del Procedimiento de Control Documentario

**2 Diagnóstico:** Identificar las necesidades y expectativas de las partes interesadas respecto al proceso/documento (incluyendo las exigencias JCI, cuando aplique). Identificación de Resultados Esperado: Fortalezas a mantener. Áreas de mejora a implementar. (Opcional: Incluir costos de la no calidad)

**3 Diseño o rediseño ideal:** Caracterizar los elementos principales del proceso. Plantear como se estandarizarán las Fortalezas encontradas en la etapa anterior y cuáles serán las acciones a tomar en las áreas de mejora, respecto a los resultados esperados. Para el caso de documentos este será el documento ideal sobre el cual se realizará ajustes en los pasos subsiguientes.

**4 Definición de restricciones:** Identificar las restricciones administrativas, legales, tecnológicas, económicas y otras a tener en cuenta. Identificar cuales si pueden ser superadas dejando de ser una restricción en el escenario óptimo.

**5 Escenario óptimo:** Definición o Redefinición del proceso/documento considerando las restricciones no superadas

**6 Verificación:** Verificación del diseño o rediseño por parte de los responsables del proceso/documento involucrado. Se debe considerar los

requisitos de los clientes internos de los procesos y las capacidades de los proveedores del proceso.

**7 Pruebas y validación:** Ejecución de pruebas y ajustes del diseño o rediseño del proceso/documento verificado antes de la implementación (siempre que sea factible). Se debe considerar los requisitos de los clientes internos de los procesos y las capacidades de los proveedores del proceso.

**8 Normalización:** Se establecerán para los procesos los siguientes documentos: Ficha de Proceso, flujograma, procedimientos u otros (\*). Todos los documentos se formalizan en el sistema de control documentario. (\*)Solo de ser necesarios.

**9 Implementación:** Capacitación y/o Difusión, asignación de recursos, ejecución y seguimiento por parte del responsable del proceso/documento.

**10 Cierre:** El responsable del proceso/ documento asegura la continuidad de la implementación y la identificación de oportunidades de mejora, que requiera su desarrollo de manera progresiva. Para cada etapa de la metodología se definen responsables de ejecutar cada proyecto:



Etapas	Responsable
1. Levantamiento de información	Responsable del Proceso o Delegado
2. Diagnóstico	
3. Diseño o rediseño ideal	Responsable del Proceso o
4. Definición de restricciones	Delegado, Equipo Asignado
5. Escenario óptimo	
6. Verificación	Subgerencia o Gerencia
7. Pruebas y validación	correspondiente
8. Normalización	Responsable del Proceso o
9. Implementación	Delegado, Administrador SAD-CYP
10. Cierre	Responsable del Proceso o Delegado

Figura 4.8. Responsables de las etapas de procesos

Fuente: Elaboración propia del equipo de gestión por procesos

### 4.1.3 Cronograma de Actividades de la implementación

A continuación se describe el plan cronograma de la implementación en los servicios de la organización del sistema de gestión de calidad. En este trabajo se expone el desarrollo de la Fase 1 del proyecto: Metodología de Procesos en el servicio de emergencia.

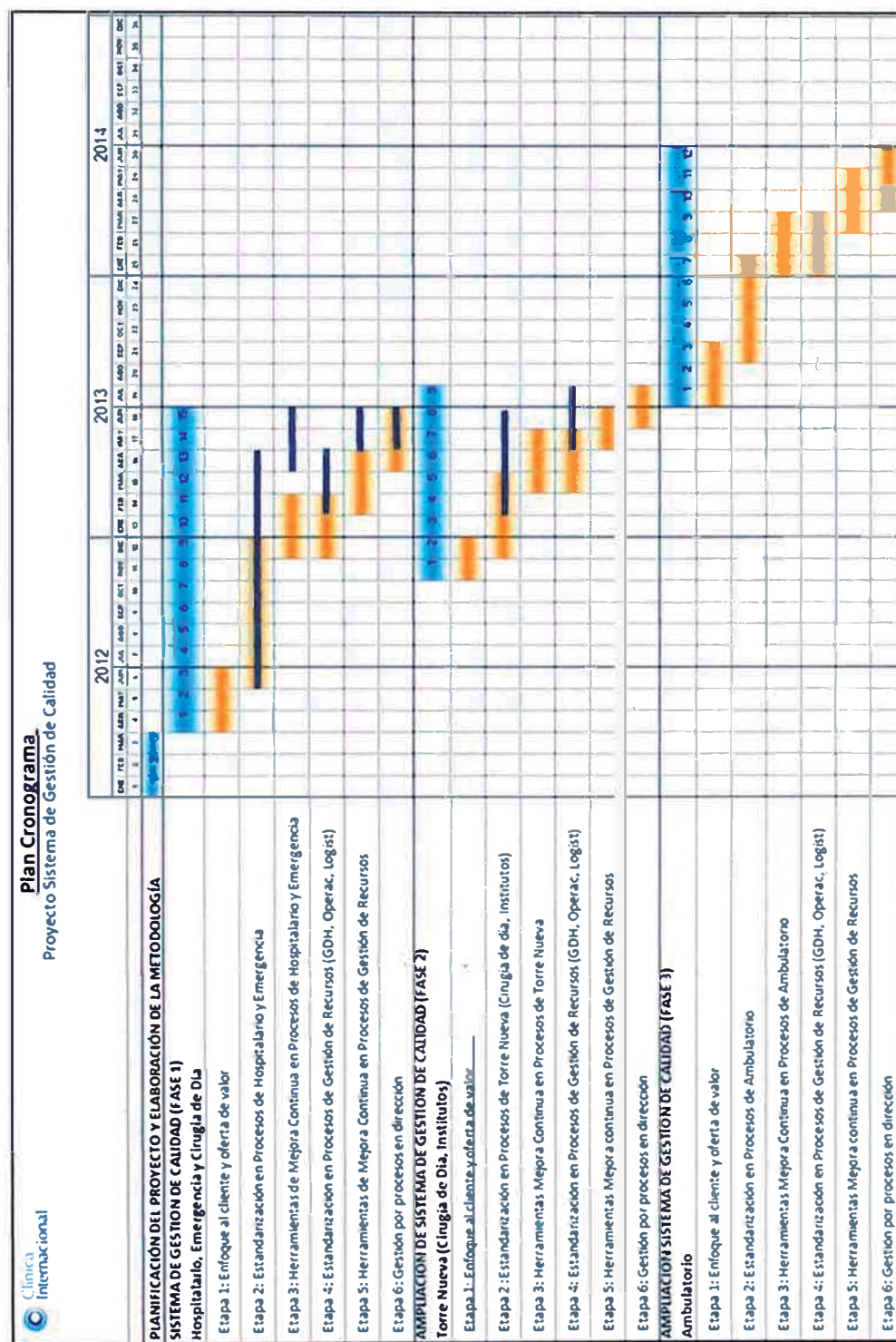


Figura 4.9. Plan Cronograma de implementación del Proyecto

Fuente: Archivo de Gestión del Tiempo del Proyecto de Mejora de Procesos



Dentro de cada actividad también se realizaba la programación de reuniones semanales para realizar el desarrollo de los 10 pasos de la metodología de procesos con los equipos seleccionados por cada proceso.

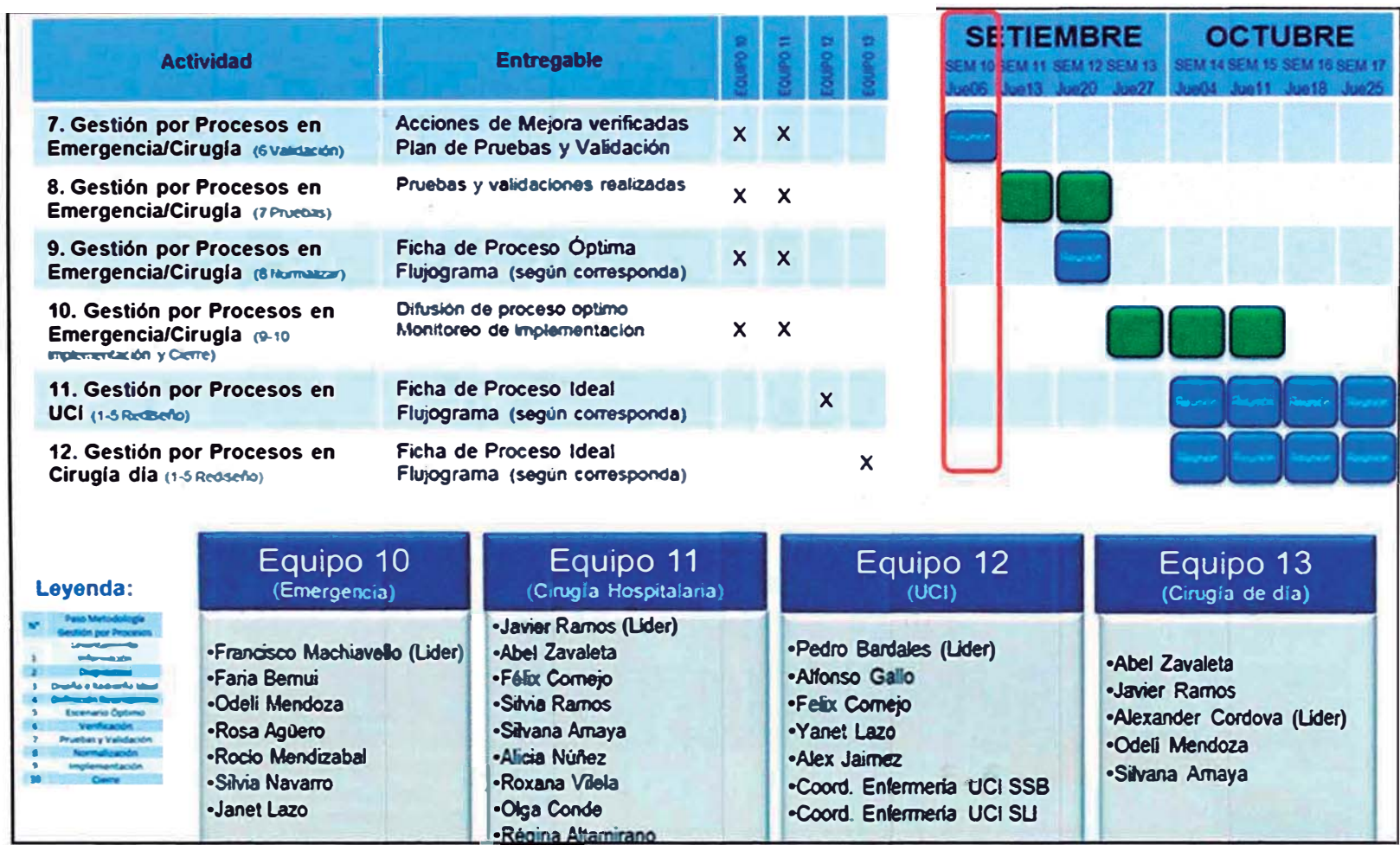


Figura 4.10. Agendas semanales de trabajo del equipo de procesos

Fuente: Archivo de Gestión del Tiempo del Proyecto de Mejora de Procesos

Cronograma de Reuniones / Talleres FASE 1 - Etapa 2 2012											
Proy. Sistema de Gestión de Calidad											
Mes	Fecha	Día	Actividad	Grupo 7 MPHOS Hospitalario	Grupo 8 MPEME Emergencia	Grupo 9 MPQXDA Cirugía de día	Grupo 10 EMI Emergencia	Grupo 11 GX Cirugía instrumental	Grupo 12 UCI Unidad de Cuidado	Grupo 13 QXDIA Cirugía de día	Grupo 14 HOSPA Hospitalario
Julio	05/07/2012	Jueves	Taller 2A Enfoque a procesos (05 horas)								
	12/07/2012	Jueves	Reunión de Macroprocesos 1 (M-E-Qxdia)								
	19/07/2012	Jueves	Reunión de Macroprocesos 2 (M-E-Qxdia)								
	26/07/2012	Jueves	Taller 2B - Gestión del Cambio (Grupo 1) - 03 horas								
Agosto	02/08/2012	Jueves	Taller 2C - Gestión por procesos y estandarización (Equipos de trabajo)								
	09/08/2012	Jueves	Reunión 1 (P1: 1-6 Lev, Ds, Dideal, Rest, Dopt, Ver)				Reunión 1 (P1: Paso 1 al 5)	Reunión 1 (P1: Paso 1 al 5)			
	16/08/2012	Jueves	Reunión 2 (P2: 1-6 Lev, Ds, Dideal, Rest, Dopt, Ver)				Reunión 2 (P2: Paso 1 al 5)	Reunión 2 (P2: Paso 1 al 5)			
	23/08/2012	Jueves	Reunión 3A (P3: 1-6 Lev, Ds, Dideal, Rest, Dopt, Ver)				Reunión 3 (P3: Paso 1 al 5)	Reunión 3 (P3: Paso 1 al 5)			
	31/08/2012	Viernes	Reunión 3B (P4: 1-6 Lev, Ds, Dideal, Rest, Dopt, Ver)				Reunión 4 (P3: Paso 1 al 5)	Reunión 4 (P3: Paso 1 al 5)			
Septiembre	06/09/2012	Jueves	Reunión 4 (P1, P2, P3: 7 Validación)				Reunión (Paso 6 Verificación)	Reunión (Paso 6 Verificación)			
	20/09/2012	Jueves	Reunión 5 (P1, P2, P3: 8 Normalización)				Reunión (Paso 8 Normalización)	Reunión (Paso 8 Normalización)			
	27/09/2012	Jueves	Inicio de Grupo 13 QXDIA						Reunión 1 (P1: Paso 1 al 5)		
Octubre	04/10/2012	Jueves	Inicio de Grupo 12 UCI						Reunión 1 (P1: Paso 1 al 5)	Reunión 2 (P2: Paso 1 al 5)	
	11/10/2012	Jueves							Reunión 3 (P3, P4: Paso 1 al 5)		
	12/10/2012	Viernes							Reunión 2 (P1: Paso 1 al 5)		
	18/10/2012	Jueves	Taller 2A, 2C - Gestión por procesos y estandarización (Equipos de trabajo) - 2do Grupo						Reunión 3 (P2: Paso 1 al 5)	Reunión 4 (P5: Paso 1 al 5)	
	25/10/2012	Jueves	Taller 2B - Gestión del Cambio - 2do Grupo						Reunión (Paso 6 Verificación)	Reunión (Paso 6 Verificación)	
	02/11/2012	Viernes	Normalización de Grupo 12 UCI / Grupo 13 QXDIA						Reunión (Paso 8 Validación)	Reunión (Paso 8 Validación)	
	08/11/2012	Jueves	Inicio de Grupo 14 HOSPA, 15 HOSPB Inicio de Grupos de Apoyo Hosp del 16 al 21								Reunión 1 (P1: Paso 1 al 5)

Figura 4.11. Planificación de talleres de procesos

Fuente: Archivo de Gestión del Tiempo del Proyecto de Mejora de Procesos

El desarrollo de la metodología también comprendía el desarrollo de talleres de gestión por procesos, y de gestión del cambio para poder concientizar al equipo de procesos sobre la importancia del trabajo desarrollado así como de los beneficios que se planifican obtener.

#### 4.1.4 Costo del desarrollo de la implementación

El costo de la implementación está relacionado con la inversión realizada por a organización para el despliegue en 2 años del sistema de gestión de calidad con una etapa inicial en el 2012 de mejora de procesos.

Rubro	2012		2011		2014 (1er semestre)	
	Presupuestado	Ejecutado	Presupuestado	Ejecutado	Presupuestado	Presupuestado
	382,391.00	131,732.26	463,836.00			267,306.10
<b>SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL</b>						
	Total Presupuesto 2012	Total Presupuesto 2013	Total Presupuesto 2014 (1er semestre)	Total Presupuesto Proyecto	Total Presupuesto Proyecto	Total Presupuesto Proyecto
	S/ 336,749.00	S/ 432,249.00	S/ 243,840.10	S/ 1,072,837.10	S/ 1,311,518.26	S/ 1,311,518.26
Recursos Humanos y Capacitaciones Especializados	S/ 314,139.00	S/ 365,148.00	S/ 209,960.10	S/ 869,247.10	S/ 122,887.26	S/ 122,887.26
Capacitación Técnico Usuarios	S/ 22,610.00	S/ 67,100.00	S/ 33,880.00	S/ 123,590.00	S/ 9,631.00	S/ 9,631.00
Libros especializados	S/ 1,200.00	S/ -	S/ -	S/ 1,200.00	S/ -	S/ -
Capacitación para el equipo de gestión del Proyecto SCC	S/ 8,300.00	S/ 8,300.00	S/ 6,500.00	S/ 23,100.00	S/ 4,350.00	S/ 4,350.00
Capacitación usuarios - Sistema de Gestión de Calidad	S/ 13,110.00	S/ 52,600.00	S/ 23,660.00	S/ 89,370.00	S/ 4,281.00	S/ 4,281.00
- Actividades de Sensibilización con capacitadores externos (Gestión del Cambio, Trabajo en Equipo, Coaching, etc)	S/ 4,000.00	S/ 4,000.00	S/ 2,000.00	S/ 10,000.00	S/ -	S/ -
- Material de capacitación a CI (Reuniones-Eventos)	S/ 3,400.00	S/ 8,650.00	S/ 3,250.00	S/ 15,300.00	S/ 1,035.00	S/ 1,035.00
- Material de capacitación a CI (Capacitaciones)	S/ 1,000.00	S/ 18,350.00	S/ 7,650.00	S/ 27,000.00	S/ 1,035.00	S/ 1,035.00
- Coffee breaks a CI (Eventos)	S/ 210.00	S/ 6,710.00	S/ 6,000.00	S/ 12,920.00	S/ 737.00	S/ 737.00
- Coffee breaks a CI (Reuniones)	S/ 3,000.00	S/ 6,180.00	S/ 1,020.00	S/ 10,200.00	S/ 737.00	S/ 737.00
- Coffee breaks a CI (Capacitaciones)	S/ 1,500.00	S/ 8,710.00	S/ 3,740.00	S/ 13,950.00	S/ 737.00	S/ 737.00
Capacitación adicional (Contratistas)	S/ -	S/ 6,200.00	S/ 3,720.00	S/ 9,920.00	S/ -	S/ -
Logística y Materiales para el área CYP	S/ 8,548.00	S/ 13,872.00	S/ 4,608.00	S/ 27,078.00	S/ 214.00	S/ 214.00
Comunicación y Reconocimiento Equipo SCC	S/ 17,094.00	S/ 17,116.00	S/ 18,858.00	S/ 53,668.00	S/ -	S/ -
<b>Total Presupuesto</b>	S/ 382,391.00	S/ 463,836.00	S/ 267,306.10	S/ 1,093,533.18	S/ 131,732.26	S/ 131,732.26

Figura 4.12 Gestión de costo del proyecto

Fuente: Archivos de Gestión de Costo del Proyecto de Mejora de Procesos



## 4.2 IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE GESTIÓN

### 4.2.1 Etapa 1 Enfoque al Cliente para pacientes de emergencia

En la etapa de gestión al Cliente se recibió como entrada los estudios de mercado desarrollados para identificar las necesidades y expectativas de los Pacientes, se presentan estudio de competidores, estudio de Benchmarks internacionales y estudio de otros Stakeholders.

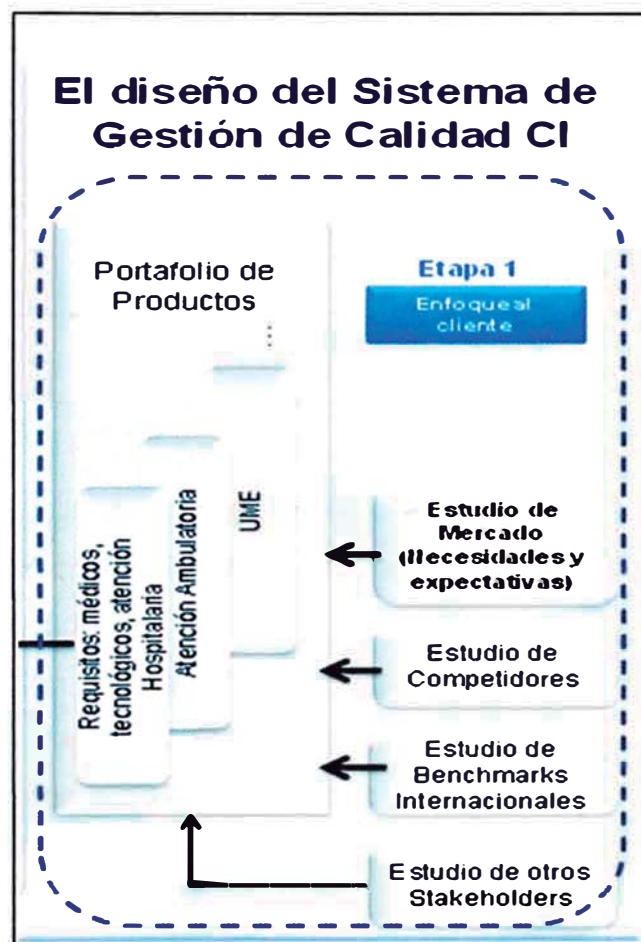


Figura 4.13. Consideraciones en el desarrollo del enfoque al Cliente

Fuente: Metodología de gestión por procesos de la Organización

Con esta información que se recogió de entrada se desarrollaron los requisitos del servicio que piden los Pacientes para una atención de emergencia.

Primero se definieron los tipos de Clientes que tiene la organización, se determinaron 2 grupos de Clientes

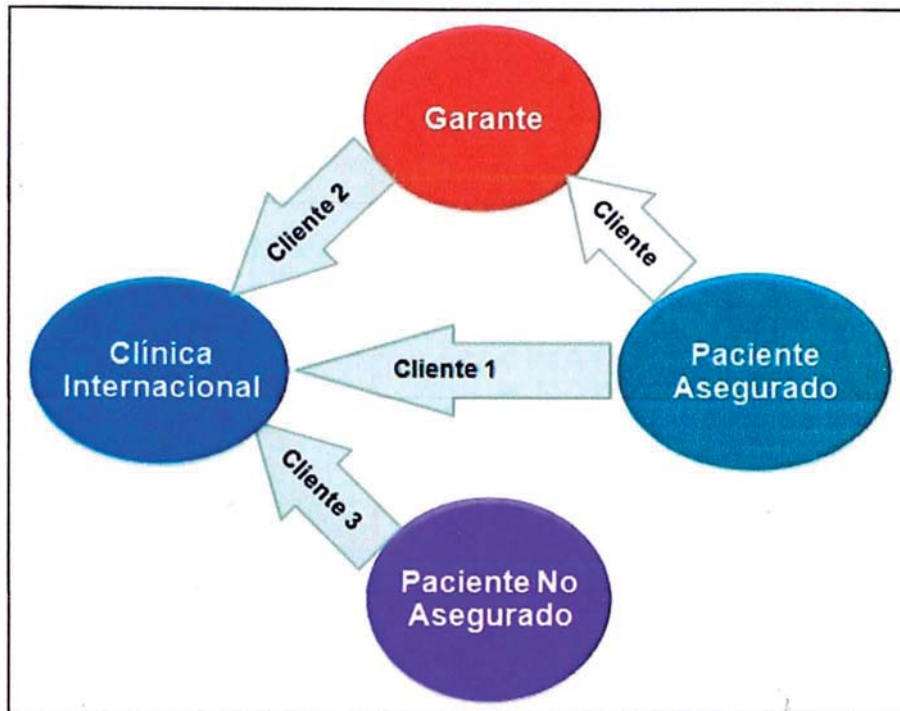


Figura 4.14. Tipos de Pacientes del Servicio de Emergencia

Fuente: Elaboración propia

Los Clientes Pacientes, sean estos asegurados o no asegurados (particulares), esta diferenciación se realizó debido a que en los procesos de atención dependiendo de esta característica el paciente debe realizar el pago de su atención. La siguiente información que se tuvo en consideración es la relacionada a los estudios de mercado sobre lo que un paciente en el segmento de mercado que apunta tener la Clínica espera de la atención en la organización.

# Importancia de atributos al momento de elegir una clínica

Donde:  
 1: menos importante  
 17: más importante

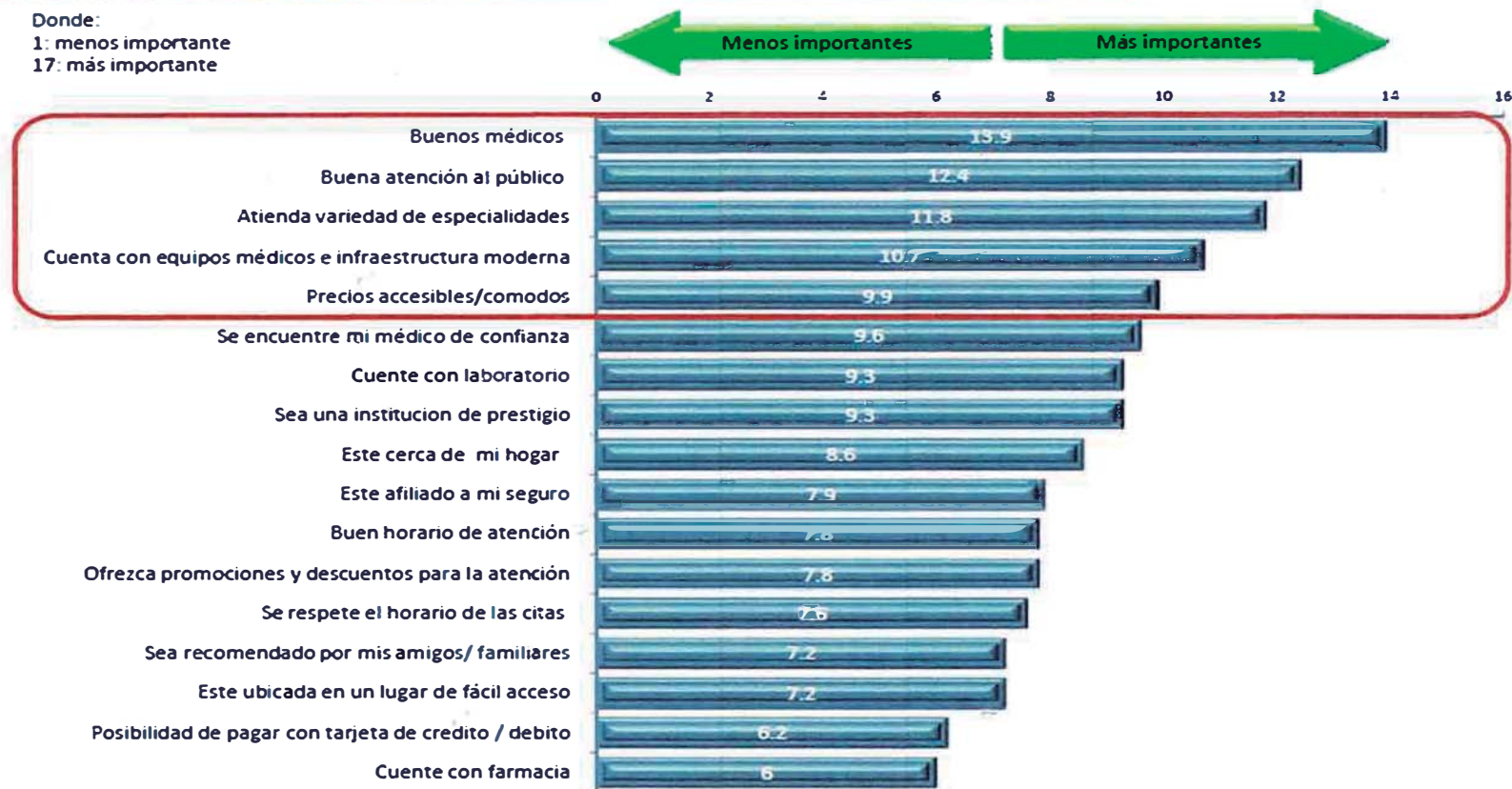


Figura 4.15. Estudio de mercado de requisitos de los Clientes

Fuente: Estudio de Mercado de Clínicas elaborado por Arellano Marketing 2011

De estos estudios se concluyó lo siguiente para la organización:

Mejor valorados en la organización por los pacientes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Buenos médicos</li><li>• Buena atención médica</li><li>• Equipos e infraestructura moderna</li><li>• Prestigio</li></ul>
Mejor valorados en la decisión de pacientes para optar por una Institución de Salud	<ul style="list-style-type: none"><li>• Buenos médicos</li><li>• Buena atención médica</li><li>• Equipos e infraestructura moderna</li><li>• Variedad de especialidades</li><li>• Precio accesible</li></ul>
Mejor valorados en nuestros competidores	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rapidez en la atención</li><li>• Médicos especialistas</li><li>• Buena infraestructura</li></ul>

Figura 4.16. Requisitos del servicio de la organización

Fuente: Elaboración propia del equipo de gestión por procesos

Luego establecer la lista de requisitos que nos solicita el Cliente Paciente se realizó una clasificación por tipo de requisito para organizar la información en una matriz de requisitos del servicio que fue base para el desarrollo de los mapas de Macroproceso de la atención del servicio.

### TIPOS DE REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO

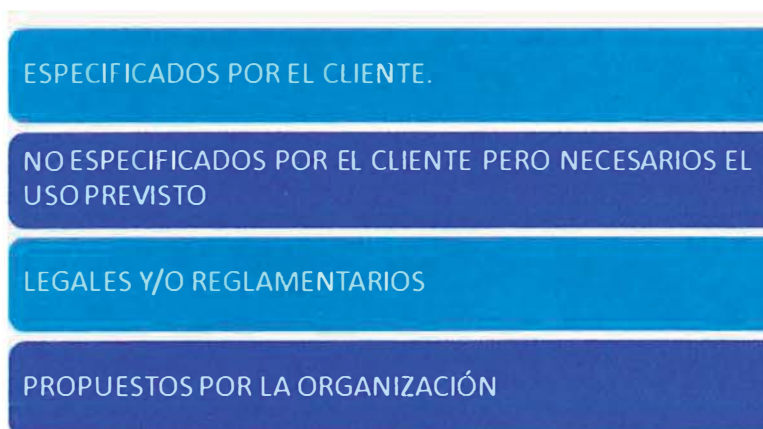


Figura 4.17. Requisitos relacionados con el servicio

Fuente: Elaboración propia del equipo de gestión por procesos



Para poder desarrollar el enfoque al Cliente para el servicio de emergencia se desarrolló formato que permitía caracterizar de forma medible los requisitos del enfoque al Cliente

Cliente	Tipo de Requisito	Requisito	Característica Medible del Servicio	
			Descripción	Especificación

Cuadro 4.1. Matriz de requisitos del servicio

Fuente: Elaboración propia

Este formato representa:

- El tipo de Cliente
- Tipo de requisito del servicio
- Cuál es la descripción del requisito
- Y la característica medible del servicio, donde se genera la conversión del requisito a una especificación medible de resultado del servicio.

Luego en una reunión de trabajo con los principales responsables de la dirección del negocio se completó la matriz tomando como entrada los estudios de mercado generando la matriz de requisitos del servicio de atención de emergencia.

CLIENTE	TIPO DE REQUISITO	REQUISITO	DESCRIPCION	CARACTERISTICA MEDIBLE DEL SERVICIO	ESPECIFICACION
PACIENTE	REQUISITOS ESPECIFICADOS POR EL CLIENTE	Necesito un buen servicio asistencial en emergencia	1. No aparición de eventos adversos relacionados al acto médico.	1. Eventos adversos relacionados al acto médico = 0	
			2. Acertado diagnóstico y tratamiento en emergencia	2. Reingresos no planeado en 48 horas por mismo diagnóstico = 0	
			3. Claridad, oportunidad y transparencia de la información durante la atención asistencial en emergencia.	3. Validado por indicador de proceso: Encuesta de satisfacción al terminar el servicio	
			4. Amabilidad en el servicio	4. Validado por indicador de proceso: Encuesta de satisfacción al terminar el servicio	
			5. No aparición de eventos centinelas relacionado al acto médico.	5. Eventos centinelas relacionados al acto médico = 0	
PACIENTE	REQUISITOS ESPECIFICADOS POR EL CLIENTE	Requiero rapidez en mi atención	1. Oportuna atención asistencial en emergencia de acuerdo a prioridad	1. Tiempo de espera desde llegada a Emergencia hasta atención asistencial de acuerdo a prioridad: 1.1. Prioridad 1 <= Inmediata (Emergencia) 1.2. Prioridad 2 <= 30 minutos (Urgencia) 1.3. Prioridad 3 <= 45 minutos (Urgencia Demorable) 1.4. Prioridad 4 <= 60 minutos para derivación correspondiente (No Emergencia, No Urgencia)	
			2. Traslado oportuno a hospitalización	2. Tiempo de espera desde orden de hospitalización a ingreso al hospital <= 1 hora (A excepción de UCI que debería ser inmediata la activación de cuidados críticos)	

Cuadro 4.2. Requisitos del servicio de emergencia desarrollados

Fuente: Elaboración propia del equipo de gestión por procesos

En base a los requisitos se desarrollaron la política de calidad de la organización, que compone la declaración de la oferta de calidad que tiene la organización con los servicios de atención para sus Clientes:

*“Somos una organización dedicada a la prestación de servicios de salud, y orientados por nuestra misión, nos comprometemos a:*

- ✓ *Respetar y cumplir los derechos de nuestros pacientes y sus familias*
- ✓ *Brindar una mejor experiencia a nuestros pacientes ofreciendo un trato cálido y amable, atención oportuna y pertinente, educación relevante, informando de manera clara, transparente y a tiempo, cumpliendo y elevando nuestros estándares de seguridad para el paciente.*
- ✓ *Mejorar continuamente nuestra infraestructura y tecnología, con eficacia y eficiencia de los procesos al servicio de nuestros clientes.*
- ✓ *Contar con personal médico, asistencial y administrativo calificado y en constante fortalecimiento de sus competencias y su compromiso”*

Dentro de la etapa de enfoque al Cliente se desarrollaron como entregables de la metodología la matriz de requisitos del servicio de emergencia

#### 4.2.2 Etapa 2 Gestión por procesos para pacientes de emergencia

Se desarrollaron en esta etapa los mapas de Macroproceso, la caracterización de procesos y el desarrollo de las acciones de mejora que permitieron lograr la mejora de la calidad de atención del servicio de emergencia. Esta etapa tuvo como entregables entonces: Mapa de Macroproceso de emergencia, Mejoras al proceso de emergencia, Fichas de proceso de emergencia óptimas con mejoras implementadas. Las siguientes etapas se encuentran definidas en la metodología pero con una implementación en proceso de desarrollo (Etapa 3, Etapa 4, Etapa 5, Etapa 6). Con esta información se elaboró el mapa de Macroproceso mediante la vinculación de un requisito especificado por los Clientes con el proceso que debería generarlo:



Luego de definidos los procesos, se aplicó la metodología de los 10 pasos de gestión por procesos para el proceso en emergencia y con esto se buscó el objetivo de encontrar las oportunidades de mejora que permitieran realizar un cambio respecto a la percepción de calidad de servicio de los pacientes en emergencia. Se consideraron los 10 pasos planteados en la metodología según:

#### 4.2.2.1 Levantamiento de información

Se realizaron entrevistas con los actores participantes de los procesos donde se recogió información sobre el AS IS del proceso, identificando los recursos empleados y los flujos actuales

#### 4.2.2.2 Diagnóstico (del resultado esperado)

##### 4.2.2.2.1 Fortalezas a mantener (Para los requisitos de los procesos)

- ✓ Cobertura validada correctamente: En el sistema SITEDS se realiza la consulta de la cobertura de los pacientes "copago variable" y esto asegura que la cobertura este validada correctamente
- ✓ Identificación inequívoca: Comunicación de la identificación se da en todos los procesos, todos los pacientes de emergencia tienen pulsera de identificación

##### 4.2.2.2.2 Áreas de mejora a implementar

Rapidez en atención administrativa:

- ✓ Atención manual por falla en funcionamiento del sistema de atención informático
- ✓ Falta de funcionalidad en el sistema de admisión
- ✓ Registro de medición de tiempos de forma manual (registro atención por atención)
- ✓ Falta de Capacitaciones
- ✓ Limitación de infraestructura en la admisión de emergencia

Eventos adversos – centinela

Disposición de la sala de espera de pacientes no diferenciado por tipo de pacientes (adulto-pediátrico)

Acceso a un familiar/tutor - Contactar a un familiar de menor de edad

Atención realizada con manejo interno por el área

Información, oportuna, precisa, transparente (datos generales, información administrativa))

- ✓ No estandarización de los procedimientos de comunicación con Pacientes
- ✓ Falta de conocimiento de los alcances de póliza de seguro



#### 4.2.2.3 Rediseño del proceso

El rediseño del proceso se realizó mediante una ficha de proceso que caracterizó al proceso, tomando en considerando que lo señalado en rojo son las áreas de mejoras a implementar y que genera que este sea un proceso ideal pendiente por verificar su factibilidad.

PROCESO	Admisión	INDICADOR	META	FRECUENCIA	REGISTRO
PROPOSITO	Brindar una rápida atención administrativa entre	Top 3 Admisión de emergencia oportuna, precisa y transparente	>75%	Mensual	FOR-SAC-021 Re
ALCANCE	Desde el que termina el proceso de triaje hasta	Top 3 Rapidez en atención administrativa	>75%	Mensual	FOR-SAC-021 Re
RESPONSABLE	Sub Gerente de Servicio al Cliente	% de atenciones realizadas en el tiempo estimado respecto a total de atenciones mensuales	En estudio de línea	Mensual	FOR-SAC-010 Ta

PROVEEDOR	ENTRADA	CARACTERISTICA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SAIDA	CARACTERISTICA	CUENTA
Identificación mínima - triaje	Información	Entrega de forma oportuna, precisa y transparente	PLAN	Planificar la programación de personal de atención de admisión de Emergencia	Coordinadora de emergencia de SAC	Paciente	Ambulatorio
				Verificar la funcionalidad de los equipos de SAC y la logística de formatería en el counter de admisión	Coordinadora de emergencia de SAC	Información administrativa	
Atención médicoasistencial	Información	Entrega de forma oportuna, precisa y transparente	HACER	Realizar la admisión a los pacientes según el instructivo INS-SAC-001 Admisión de pacientes a emergencia	Ejecutiva de admisión SAC	Paciente	Consultorio de atención rápida
				Proceder con la atención de pacientes vulnerables según PES-GMCC-001 Política y Procedimiento Población Vulnerable	Ejecutiva de admisión SAC	Información	
	consumos	con sustento de lo consumido		Elaborar la lista de pacientes vulnerables del turno de atención	Ejecutiva de admisión SAC		Consumos de atención en CAR
				Atender consultas de responsables del paciente respecto a temas administrativos (cobertura, estado de atención o de transferencia)	Ejecutiva de admisión SAC		
			Realizar las coordinaciones para la recepción de un paciente transfendo a CI según el procedimiento: Transferencias y contrareferencias de pacientes de Emergencia PRO-SAC-0XX	Ejecutiva de admisión SAC			
			Trasladar al paciente al consultorio de atención rápida de emergencia	Ejecutiva de admisión SAC	Información de los consumos de la atención en emergencia		Atención médico asistencial
			Registrar y validar la estadística de atenciones de SAC de forma diaria en FOR-SAC-010 Tablero de control de admisión de emergencia, y luego generar reporte mensual	Coordinadora de emergencia de SAC			
			VERIF	Supervisar la adecuada atención de admisión de emergencia en SAC	Supervisora de admisión SAC		
				Revisar y analizar los indicadores de atención en emergencia	Coordinadora de emergencia de SAC		
			ACTUAR	Realizar acción inmediata en caso se detecte una desviación a la atención normal de admisión	Supervisora de admisión SAC		
				Realizar acción en caso de no alcanzar la meta de los indicadores	Coordinadora de emergencia de SAC		

Figura 4.19. Ficha de proceso ideal de Admisión de emergencia

Fuente: Elaboración propia del equipo de gestión por procesos



#### 4.2.2.4 Restricciones

Se definieron las restricciones que generaban que el proceso ideal rediseñado no se pueda implementar a excepción de que se logre superar en un plazo determinado por aprobación del recurso o mejora de la actividad con cada responsable de otorgar esta aprobación.

- ✓ Requerimiento de desarrollo de Módulo de registro de atención asistencial en emergencia
- ✓ Proponer alternativas para aire acondicionado en Ampliación de Emergencia SLI
- ✓ Definición de Marco General de Especificaciones Técnicas de la Clínica Internacional para Infraestructura Hospitalaria
- ✓ Solicitar 1 timbre de alerta a Rayos X y a laboratorio para shocktrauma en SSB
- ✓ Actualizar el formato de laboratorio con una sección para exámenes frecuentes de emergencia
- ✓ Estandarizar los procedimientos en ambas sedes realizados en SAC de emergencia
- ✓ Realizar estadísticas únicas para generar indicadores de medición de procesos sobre las atenciones en Emergencia
- ✓ Actualizar el manual de Referencias
- ✓ Contar con un servicio de triaje las 24 horas del día.
- ✓ Implementar un puesto de Enfermero de Transferencia y Seguimiento
- ✓ Implementar un puesto de técnico de farmacia disponible para emergencia
- ✓ Implementar un sistema de medición de tiempos de atención en emergencia para determinar los tiempos de una forma digital y no manual
- ✓ Implementar puerta de acceso automático
- ✓ Reestructurar y ampliar el counter de admisión de emergencia y sala de espera

- ✓ Separar el ambiente de sala de espera entre pacientes adultos y pacientes pediátricos
- ✓ Comunicar a RIMAC que se necesita un counter de RIMAC en la torre hospitalaria (1er piso) en SLI (para atención de consultas de usuarios de emergencia)

De la lista indicada las 4 últimas restricciones no se pudieron superar y es por ello que se mantienen en el proceso ideal como referencia para que se consideren en posteriores mejoras al proceso.

#### 4.2.2.5 Proceso Óptimo

El proceso óptimo se obtuvo a partir del ideal, pero quitando las restricciones que no se pudieron superar. Este proceso rediseñado estuvo preparado para ser verificado por los responsables del proceso y luego pasar a una etapa de pruebas.

PROCESO	Admisión de Emergencia		INDICADOR (Nota: Consultar librería de medidas de JCI cuando aplique)	META	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	REGISTRO		
PROPOSITO DEL PROCESO	Brindar una rápida atención administrativa entregando información oportuna, transparente y clara, con una validación de la cobertura correcta al paciente en riesgo		ISN sobre información oportuna, transparente y clara	Mayor al 72%	Cuatrimestral	Reporte de satisfacción del Cliente		
ALCANCE DEL PROCESO	Desde el que termina el proceso de triaje hasta el comienzo de la atención médico/asistencial		ISN sobre rapidez en la atención en la admisión de emergencia	Mayor al 72%	Cuatrimestral	Reporte de satisfacción del Cliente		
RESPONSABLE DEL PROCESO	Sub-Gerencia de Servicio al Cliente		Tiempo de admisión de emergencia	En estudio de línea base	Mensual	Tablero de atención de emergencia		
PROVEEDOR DEL PROCESO	ENTRADA (INGRESO E INFORMACIÓN)	CARACTERÍSTICAS DE ENTRADA	ACTIVIDADES DEL PROCESO		RESPONSABLE POR ACTIVIDAD	SALIDA (PRODUCTOS E INFORMACIÓN)	CARACTERÍSTICAS DE SALIDA	CLIENTE DEL PROCESO
IDENTIFICACIÓN MINIMA - TRIAJE	Paciente	Con priorización de triaje	PLANEAR	Planificar la programación de personal de atención de admisión de Emergencia	Coordinadora de admisión de emergencia SAC	Paciente	Derivado a ambulatorio	AMBULATORIO
	Información de datos del paciente	Entrega de forma oportuna, precisa y transparente		Verificar la funcionalidad de los equipos de SAC y la logística de formateros en el counter de admisión	Coordinadora de admisión de emergencia SAC	Información administrativa	Sobre la derivación a ambulatorio, pasos a seguir	
				Realizar la admisión a los pacientes solicitando la documentación del paciente según los indicadores del RIDEA	Ejecutiva de admisión de emergencia SAC	Paciente	Cobertura validada, turno de atención entregado	CONSULTORIO DE ATENCIÓN RÁPIDA / DE MEDICINA INTERNA
				En caso se identifique a un paciente de alto riesgo proceder según la política específica de atención de pacientes de alto riesgo	Ejecutiva de admisión de emergencia SAC	Información	Oportuna, precisa y transparente sobre consumos de atención en el consultorio	
ATENCIÓN MEDICO ASISTENCIAL DE EMERGENCIA (SU)	Información	Entrega de forma oportuna, precisa y transparente	HACER	Atender consultas de responsables del paciente respecto a temas administrativos (cobertura, estado de atención o de transferencia)	Ejecutiva de admisión de emergencia SAC	Información de los consumos de la atención en emergencia	Oportuna, precisa y transparente	ATENCIÓN MEDICO ASISTENCIAL EN EMERGENCIA
				Realizar las coordinaciones para la recepción de un paciente transferido a CI	Ejecutiva de admisión de emergencia SAC			
	Consumos	Con sustento sobre lo consumido	ACTUAR	Transferir al paciente al consultorio de atención rápida de emergencia	Ejecutiva de admisión de emergencia SAC			
				Supervisar la adecuada atención de admisión de emergencia en SAC	Coordinadora de admisión de emergencia SAC			
				Revisar y analizar los indicadores de atención en emergencia	Coordinadora de admisión de emergencia SAC			
				Revisar los indicadores de resultado del proceso	Coordinadora de admisión de emergencia SAC			
Realizar acción inmediata en caso se detecte una desviación a la atención normal de admisión	Coordinadora de admisión de emergencia SAC							
Realizar acción en caso de no alcanzar la meta de los indicadores	Coordinadora de admisión de emergencia SAC							
RECURSOS								
HUMANOS	FINANCIEROS	INFRAESTRUCTURA	TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN	AMBIENTE	EQUIPOS (Médicos)	SOPORTE DOCUMENTAL (Incluye los Protocolos JCI)		
Coordinadora de admisión Emergencia SAC	Presupuesto para el head count del personal de SAC de Emergencia	- Counter de admisión SAC - Asientos - Sala de espera	- X-his, Gestion, AS400	Con adecuada ventilación e iluminación, sin ruidos	No aplica	DESCRIPCIÓN	ESTANDAR JCI RELACIONADO	
Ejecutiva de admisión Emergencia SAC						PLS-GMC-008 Atención de pacientes de alto riesgo	ACC	
Supervisora de admisión Emergencia SAC						POL-CAS-001 Política y Procedimiento del Consentimiento Informado		
						PRO-SAC-009 Administración de la derivación de pacientes de un servicio a otro		
	PRO-SAC-008 Identificación y resolución de barreras en el proceso de atención							

Figura 4.20. Ficha de proceso óptima de Admisión de emergencia

Fuente: Elaboración propia del equipo de gestión por procesos

#### 4.2.2.6 Verificación

La verificación se realizó con una lista de acciones de mejora que requerían que los responsables del proceso, en este caso los sponsors de las mejoras verifiquen y den sus comentarios sobre lo rediseñado

PROCESO	REQUISITO	CAUSA(S)	ACCION DE MEJORA	APROBACION DE VERIFICACIÓN	COMENTARIOS DE SPONSORS
IDENTIFICACION MINIMA - TRIAJE	Atención por prioridad	No se realiza triaje en el horario de 12am a 7am. Riesgo de sunder un evento adverso debido a no realizar una atención basada en la priorización adecuada y oportuna	Ampliar el servicio de triaje las 24 horas del día.	Si	Aumentar la dotación de personal de enfermería en triaje, para contar con el servicio 24 horas en ambas sedes.
EGRESO MEDICO	Transferencia adecuada / Cero eventos adversos y centinela / Continuidad en la atención	Problemas con transferencias edemas (entre sedes y con otra institución) y de Coordinación interna (compartida Médico-asistencial-administrativa).	Implementar un puesto de Enfermero de Transferencia y Seguimiento	Si, con observaciones	Realizar piloto de un turno (día), en ambas sedes. Confirmar perfil y funciones a realizar. Analizar la ubicación física de esta persona
TODOS	Cero eventos adversos y centinela	Enfermeras, técnicos de enfermería y médicos no realizan actividades de la atención médico-asistencial debido a que realizan actividades de farmacia para el paciente	Piloto para la viabilidad de contar con técnico de farmacia disponible para emergencia	Si	Coordinar el sustento con Farmacia para presentar a operaciones
ADMISSION	Información, oportuna, precisa, transparente (datos generales, información administrativa)	Falta de conocimiento de los alcances de póliza de seguro	Comunicar a RIMAC que se necesita un counter de RIMAC en la torre hospitalana (1er piso) en SLI (para atención de consultas de usuarios de emergencia)	Si, con observaciones	Coordinar con RIMAC la implementación de un teléfono en emergencia, no un counter.
IDENTIFICACION MINIMA - TRIAJE	Rapidez en atención	El registro de atenciones de triaje se realiza de forma manual	Implementar un sistema de registro electrónico de las atenciones en triaje (puede incluir también atención médica)	Si, con observaciones	Desarrollar una propuesta para Sistemas e incluir en el presupuesto del 2013
ATENCION MEDICO ASISTENCIAL	Cero eventos adversos y centinela	Falta de mecanismos de seguridad en el ambiente de atención de emergencia para los pacientes y el personal asistencial	Solicitar un Equipo de succión de aire (extractor de aire) - flujo laminar (mecanismos de seguridad)	Si	Pendiente la implementación en SSB
ATENCION MEDICO ASISTENCIAL	Cero eventos adversos y centinela	Demora en la atención de pacientes de prioridad 1	Solicitar 1 timbre de alerta a Rayos X y a laboratorio para shocktrauma	Si	Pedir el timbre en SSB / Averiguar estado en SLI (debido a obras de infraestructura)

Cuadro 4.3. Verificación de acciones de mejora

Fuente: Acta de reunión de Verificación de Procesos con Responsables de Procesos

En este caso en que la verificación cuenta con el visto bueno se desarrolló un plan de actividades para lograr que la acción de mejora se implemente.

#### 4.2.2.7 Validación

En la validación de las actividades se realizaron pruebas y pilotos sobre la implementación, en este caso se recogió la siguiente información:

- La implementación del servicio de triaje las 24 horas en una piloto de una semana género que se mejorar los tiempos de atención en un 30% sobre la base histórica en el horario planificado
- El puesto de transferencia generó buenos resultados sobre la mejora de las coordinaciones, pero generaba que las otras actividades diarias



#### 4.2.2.9 Implementación

Se implementaron las mejoras validadas con resultados positivos en ambas sedes de forma continua con un sistema de reporte continuo sobre los indicadores planteados dentro de las fichas de proceso desarrolladas.

#### 4.2.2.10 Cierre

Se revisaron los resultados obtenidos luego del periodo de implementación consiguiendo una mejora en el resultado de las encuestas de satisfacción de un 15% de mejora respecto al histórico. Esto representa la etapa de un ciclo de mejora, que nuevamente comienza elevando los estándares que busca el proceso y que definen los responsables pero que ahora cuenta con un soporte estandarizado para su desarrollo con una metodología definida y formatos para su implementación

## CAPITULO 5

### EVALUACION DE RESULTADOS

#### 5.1 RESULTADOS DE LA SOLUCIÓN PLANTEADA

Luego de la implementación del proceso óptimo se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales clasificamos en dos grupos según sus características:

##### 5.1.1 Beneficios Cualitativos

- ✓ Mejora en la imagen institucional de la organización reflejada en la disminución del número de quejas por parte de los Clientes, así como el ingreso de nuevos Clientes referidos por familiares o conocidos que tuvieron una atención previa en el servicio
  
- ✓ Mejora en el grado de recordación de marca de la organización como red de servicios de salud, en este caso para el servicio de emergencias.

##### 5.1.2 Beneficios Cuantitativos

- ✓ Respecto al tiempo promedio de atención, con la estandarización de las actividades de BackOffice para el registro de atenciones diarias se logró una mejora en los tiempos de registro de pacientes del 40%
  
- ✓ En la actividad de referencia externa de un paciente a otra institución de salud, mediante la coordinación realizada con el principal garante para que realice las gestiones de referencia, se logró una mejora en



los tiempos de gestión administrativa que se encuentra en proceso de medición para generar una línea base que permita el planteamiento de un indicador de desempeño del proceso.

- ✓ Con respecto a lo relacionado con la Calidad en Salud mediante la estandarización de los principales protocolos de atención para los diagnósticos más frecuentes se ha mantenido un control de los eventos adversos en la atención y con ello se establece una línea base en el resultado del proceso propuesto dentro del plan de calidad del servicio de atención de emergencia de tener 0 eventos adversos relacionados con los cuidados de la atención.
- ✓ La metodología de capacitación diaria de 5 minutos' realizada sobre la ficha de proceso al personal administrativo, así como la distribución documentaria mejoró el grado de adherencia a los procesos.
- ✓ También siguiendo la línea de metodología de verificación de los procesos implementados se realizaron auditorías internas para evaluar el nivel de adherencia logrado.

Como resultado de la implementación de estas mejoras, se obtuvo la siguiente evolución del indicador de satisfacción neta de la atención en el servicio de emergencia

	set-12	nov-12	ene-13	mar-13	may-13
Índice de Satisfacción Neta	61%	77%	78%	80%	79%

Cuadro 5.1. Resultados de la implementación del proceso óptimo

Fuente: Data histórica de Encuestas de satisfacción de Servicio al Cliente 2012-2013

Para realizar la comparación de los resultados con la data histórica, revisamos la información de la tendencia de los periodos anteriores que nos permite visualizar gráficamente los niveles de resultado que tenía la organización, haciendo una comparación con la data histórica del año anterior (2011), así como con la meta corporativa planteada para un servicio de emergencia en una clínica dentro de la red RIMAC.

## Índice de Satisfacción Neta - Atención en Emergencia

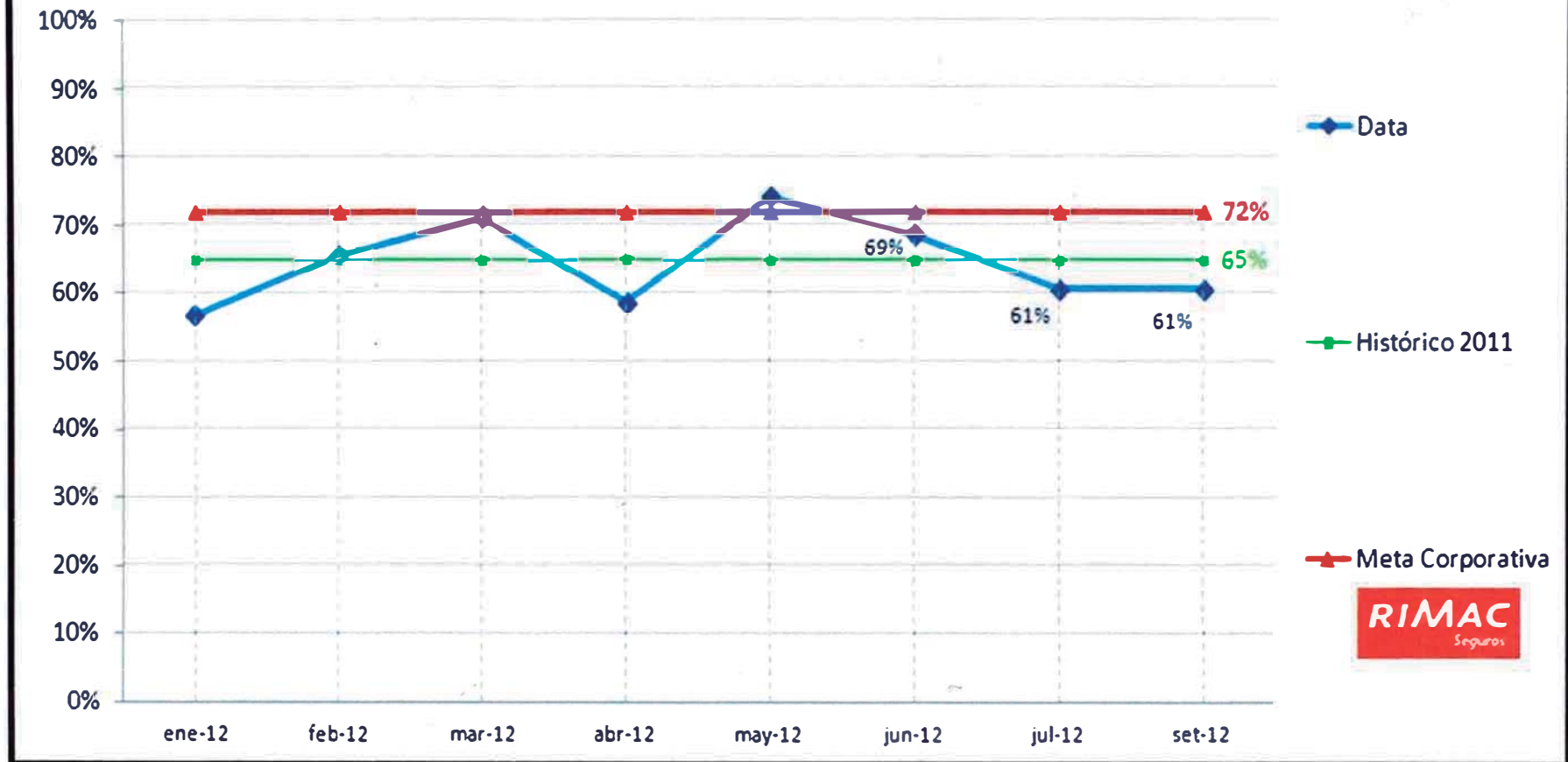


Figura 5.1. Tendencia del índice de satisfacción neta antes de la implementación de la metodología de procesos

Fuente: Data histórica de Encuestas de satisfacción de Servicio al Cliente 2012

Cabe resaltar que luego de la implementación realizada en el mes de Setiembre 2012 debido a una política interna de la organización se comenzó a realizar encuestas con una frecuencia bimensual. Manteniendo la misma metodología de realización de la encuesta.

Índice de Satisfacción General (ISN) 2011								Promedio 2011 = 65%			
Ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	set	oct	nov	dic
65%	70%	55%	72%	53%	59%	65%	71%	70%	65%	73%	68%
Índice de Satisfacción General (ISN) 2012								Promedio 2012 = 67%			
Ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	set	oct	nov	dic
57%	66%	71%	59%	74%	69%	61%	-- (*)	61%	-- (*)	77%	-- (*)
Índice de Satisfacción General (ISN) 2013								Promedio 2013 = 79%			
Ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	set	oct	nov	dic
78%	-- (*)	80%	-- (*)	79%	En medición						

(\*): No se realizó medición en ese mes.

#### Cuadro 5.2. Resultado de la encuesta de satisfacción 2011-2013

Fuente: Data histórica de Encuestas de satisfacción de Servicio al Cliente 2012-2013

En base a esta información, al momento de realizar la comparación respecto a los resultados de los niveles de satisfacción, se puede apreciar que se ha logrado superar el promedio histórico así como la meta corporativa planteada.

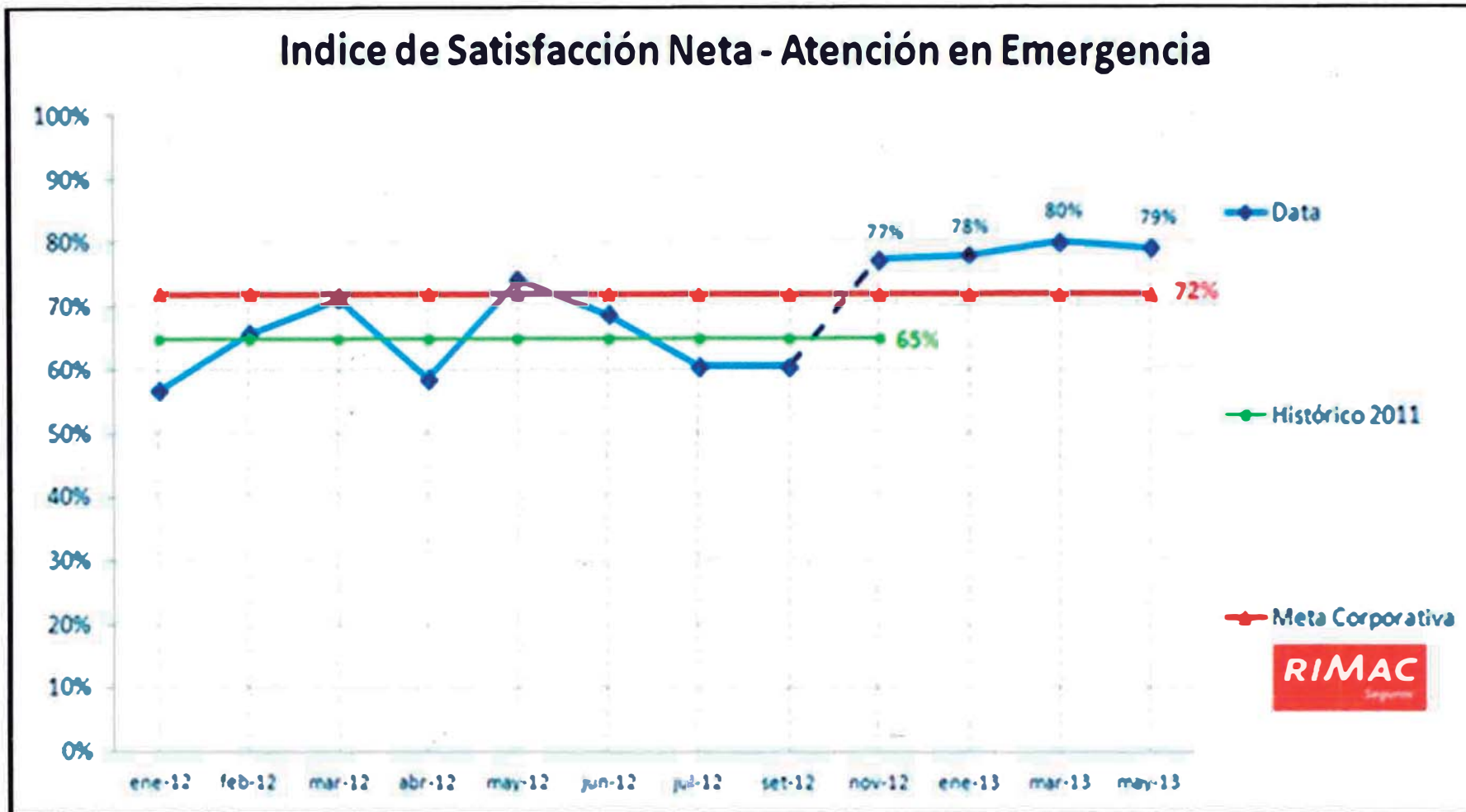


Figura 5.2. Tendencia del índice de satisfacción luego de la implementación de la metodología de procesos

Fuente: Data histórica de Encuestas de satisfacción de Servicio al Cliente 2012-2013

Como resultado final tenemos una mejora en los niveles de calidad de atención del servicio de emergencia:

Promedio de Índice de satisfacción general		% de mejora por la implementación de metodología de procesos
Antes de la implementación (Hasta Jul 12)	Después de la implementación (Desde Set 12 - May 13)	
65%	75%	15%

Cuadro 5.3. Resumen del resultado de las mejoras en la implementación respecto a la línea base planteada

Fuente: Data histórica de Encuestas de satisfacción de Servicio al Cliente 2012-2013

Dentro del desarrollo de la metodología de procesos se considera el índice de satisfacción neta como un indicador para medir el desempeño del proceso, por lo que luego de esta primer despliegue los responsables del proceso tienen un control bimensual de los resultados de este indicador para que en caso exista alguna desviación negativa respecto al cumplimiento las metas planificadas se elabore un plan de acción para investigar las causas en el proceso que generan esta desviación.

**Dentro de los resultados según los criterios definidos se ha logrado un resultado de mejora del 15% en el indicador de satisfacción de calidad de servicio con los usuarios del servicio de emergencia.** El desempeño mostrado hasta la fecha de evaluación indica que el indicador se mantiene y tiene una tendencia a elevar su valor con esto se logra la meta establecida por los stakeholders de la organización y se posiciona dentro del mercado competitivo que se está presentando en el mercado.



## CONCLUSIONES

- ✓ El desarrollo de la metodología de procesos permitió tomar en consideración varias iniciativas desarrolladas en la clínica convirtiéndose en un estándar de mejora, que logra resultados de mejora en periodos relativamente cortos: mejora del indicador de nivel de calidad de atención en un 15% en un período de 6 meses.
- ✓ El desarrollo de las actividades de mejora que permiten tener un proceso óptimo son aún más efectivas cuando son desarrolladas en equipos de trabajo compuestos por los integrantes de las diferentes áreas. Es por ello que las actividades individuales de mejora se desarrollaron rápidamente en un período corto.
- ✓ La metodología de procesos genera varias iniciativas de mejora que se pueden canalizar para posteriores proyectos de mejora, es por ello que es considerada como una incubadora de actividades de mejora

## RECOMENDACIONES

- ✓ Desarrollar la metodología de procesos en una organización de salud requiere que se tengan charlas de sensibilización para todo el staff que desarrolla procesos. Se sugiere realizarla no sólo al inicio de la metodología sino continuamente a lo largo del desarrollo
- ✓ Considerar en el alcance de la metodología de procesos todos los servicios de atención puede significar lograr actividades de mejora que afectan varios servicios transversales. Se recomienda contar con un equipo con un dimensionamiento adecuado del equipo de trabajo de procesos para poder realizar el trabajo en conjunto con los 2 o 3 servicios críticos identificados.
- ✓ Contar con un área de Organización y Métodos para darle seguimiento a las mejoras implementadas en el proceso de emergencia ejecutando eventos de mejora en la forma de auditorías internas sólo para supervisar el ciclo de mejora continua desarrollado mediante el planificar, hacer, verificar y actuar de los procesos diseñados.

## BIBLIOGRAFIA

Philip B. Crosby (1979). *La Calidad No Cuesta*. México: Editorial Continental S.A. de C.V.

William E. Deming (1989). *Calidad, Productividad y Competitividad: La Salida de la Crisis*. México: Ediciones Díaz de Santos, S.A.

INDECOPI (2008). *NTP ISO 9000 2008 Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario 5ª ed.* Perú: Indecopi

Real Academia de la Lengua Española (2013). *Definición de Calidad*. Recuperado de <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=calidad>

ASQ (2013). *Glosario de Calidad*. Recuperado de <http://asq.org/glossary/g.html>

## ANEXOS

### Anexo 1: Encuesta elaborada para realizar el estudio de mercado

- ✓ ¿Qué toma en cuenta en primer lugar al momento de elegir un lugar donde atenderse un problema de salud?
  - a) El doctor
  - b) La clínica
  - c) Plan del seguro médico
- ✓ ¿Cómo suele asistir a la clínica?
  - a) Solo
  - b) Acompañado
- ✓ ¿A qué clínicas asistió el último año?
- ✓ Sobre su última experiencia en los últimos 12 meses, aproximadamente, ¿Cuántas veces se atendió (eron) “usted” en una clínica privada?, ¿En qué especialidad se atendió?, ¿Qué servicios utilizó la última vez que se atendió?, ¿Dónde compró los medicamentos que le recetaron?, ¿Por qué no los compró en la clínica?
- ✓ ¿Cuáles son los atributos más importantes al momento de elegir una clínica?
- ✓ ¿Qué características considera que tiene la clínica...?

## Anexo 2: Datos de la muestra de la evaluación del estudio de mercado

### Ficha técnica de la encuesta

**Técnica**

Encuestas en hogares directa y personal.

**Público Objetivo**

Hombres y mujeres mayores de 18 años de los NSE A, B y C, residiendo en las 5 Limas. Personas que ellas mismas o personas que bajo su responsabilidad hayan utilizado los servicios de por lo menos alguna clínica privada en los últimos 12 meses.


**Tamaño de la muestra**

400 casos

- Lima Central: Compuesta por Lima Tradicional y Callao – 215 casos
- Lima Periféricas: Compuesta por Lima Norte, Sur y Este – 185 casos

**Error muestral**

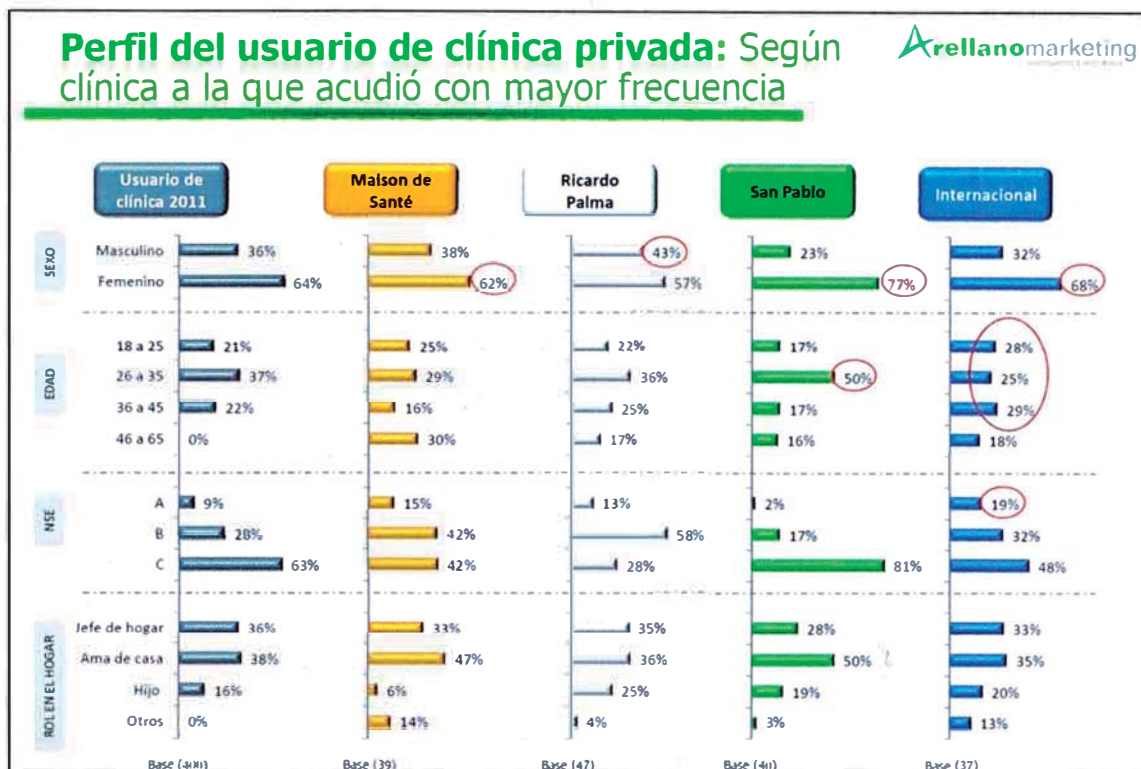
- En la hipótesis más desfavorable,  $p=q=0.5$ , se estima un margen de error de + 3.9%, para un nivel de confianza del 95%



### Perfil del Comprador – Estilo de Vida

	Sofisticados (17%)	Progresistas (17%)	Modernas (38%)	Adaptados (14%)	Conservadora (13%)	Resignados (6%)
<b>Demográficos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombres y Mujeres</li> <li>• Jóvenes y de mediana edad</li> <li>• NSE A/B/C</li> <li>• Mayor nivel de instrucción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombres</li> <li>• Todos los NSE (D)</li> <li>• Nivel de instrucción promedio a la población</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres</li> <li>• Todos los NSE (C)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombres</li> <li>• Todos los NSE (C)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres</li> <li>• Todos los NSE (D)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombres y Mujeres</li> <li>• NSE E</li> <li>• Menor educación que el promedio</li> </ul>
<b>Actitudes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innovadores</li> <li>• Confiados en sí mismos</li> <li>• Triunfadores</li> <li>• Tecnológicos</li> <li>• Busca marca, calidad y servicio.</li> <li>• Precio indicador de calidad</li> <li>• Marca símbolo de diferenciación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores</li> <li>• Pujantes</li> <li>• Utilitarios en su consumo</li> <li>• Buscadores de rendimiento</li> <li>• Poco interés en la imagen</li> <li>• Optimistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadoras</li> <li>• Interés en la imagen</li> <li>• Innovadoras</li> <li>• Buscadoras de marca y moda</li> <li>• Trabajo = Foco de realización</li> <li>• Líderes de opinión</li> <li>• Preocupación por la salud</li> <li>• Importancia a la calidad y luego al precio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respetan la tradición</li> <li>• Adversos al riesgo</li> <li>• Informados</li> <li>• Interés en familia y amigos</li> <li>• Adoptadores tardíos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tradicionalistas</li> <li>• "Mamás gallina"</li> <li>• Familia = centro de interés</li> <li>• Buscadoras de nutrición</li> <li>• Poco interés en la imagen</li> <li>• Machistas</li> <li>• Ahorristas</li> <li>• Importancia al precio y luego a la calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resignados</li> <li>• Tradicionalistas</li> <li>• Poco informados</li> <li>• Buscadores de precio</li> </ul>

## Perfil del usuario de clínica privada según frecuencia de atención por clínica



## Asociación de atributos según clínica

¿Qué características considera que tiene la clínica...?

Base Total: 400

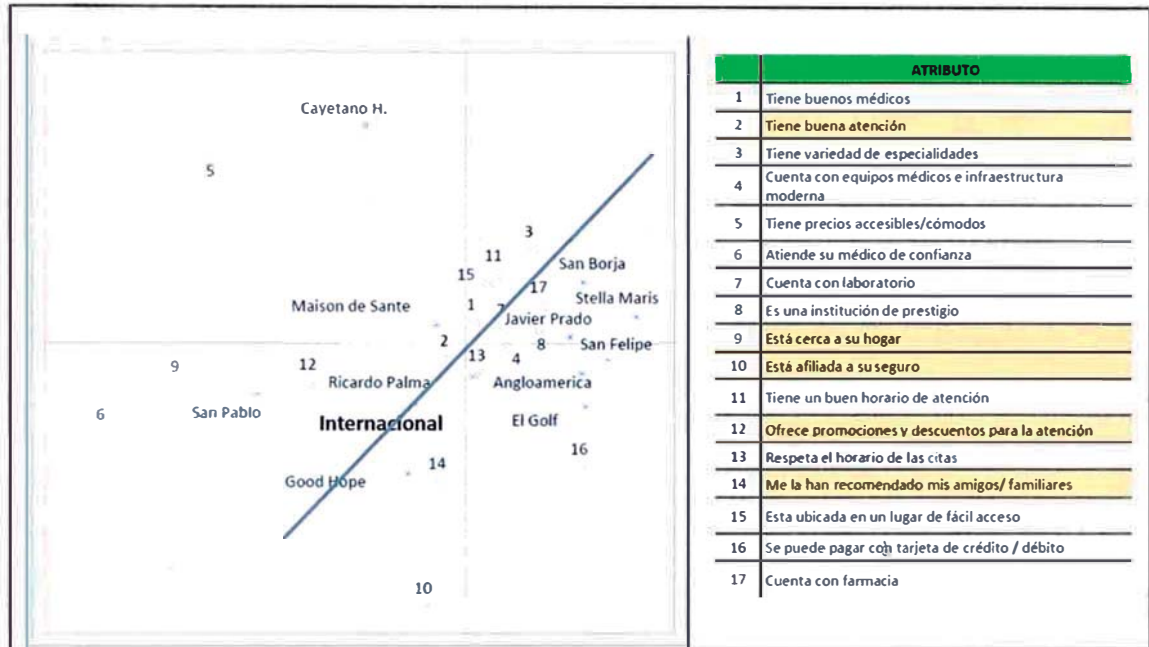
	Internacional	Maison de Santé	Ricardo Palma	San Borja	Angloamericana	Javier Prado	San Pablo	Good Hope	San Felipe
Buenos médicos	27%	24%	35%	12%	10%	26%	25%	5%	10%
Buena atención al público	24%	30%	40%	9%	13%	26%	26%	6%	9%
Atienda variedad de especialidades	22%	24%	37%	13%	11%	27%	21%	4%	11%
Cuenta con equipos médicos e infraestructura moderna	21%	23%	36%	11%	10%	24%	23%	3%	11%
Precios accesibles/cómodos	12%	15%	15%	4%	3%	8%	17%	3%	3%
Se encuentre mi médico de confianza	10%	9%	12%	2%	3%	5%	15%	2%	3%
Cuenta con laboratorio	23%	24%	38%	12%	11%	22%	22%	5%	10%
Sea una institución de prestigio	23%	26%	40%	13%	11%	26%	22%	4%	10%
Este cerca de mi hogar	11%	9%	22%	5%	3%	10%	20%	2%	3%
Este afiliado a mi seguro	7%	5%	8%	1%	2%	5%	6%	1%	2%
Buen horario de atención	21%	24%	35%	12%	10%	24%	22%	4%	9%
Ofrece promociones y descuentos para la atención	12%	13%	14%	4%	6%	10%	13%	2%	3%
Se respete el horario de las citas	17%	18%	28%	9%	6%	16%	18%	3%	7%
Sea recomendado por mis amigos/familiares	13%	16%	25%	5%	8%	14%	17%	3%	6%
Este ubicada en un lugar de fácil acceso	13%	16%	28%	7%	7%	16%	17%	3%	8%
Posibilidad de pagar con tarjeta de crédito / débito	25%	23%	38%	12%	12%	26%	24%	7%	12%
Cuenta con farmacia	24%	23%	36%	12%	11%	25%	22%	4%	11%
Ninguno	60%	57%	39%	75%	75%	56%	59%	91%	80%

MÁS IMPORTANTES (arriba)  
MENOS IMPORTANTES (abajo)



### Anexo 3: Tablas de resultado del informe del estudio de mercado

#### Mapa de Posicionamiento General de Clínicas privadas



#### Desempeño de la Organización 2011

