

**Mejoramiento de los Procesos de Apoyo del Hospital Manuel Elkin Patarroyo de
Santa Rosa del Sur – Bolívar**

Karen Julissa Muñoz Reyes

Trabajo de Grado para Optar el título de Ingeniera Industrial

Directora

Elidia Esther Galviz Muñoz

Msc. Ingeniería Industrial

Tutor

Carlos Eduardo Santana Parrado

Ingeniero en Sistemas

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ingenierías Físico-Mecánicas

Escuela de Estudios Industriales y Empresariales

Bucaramanga

2020

Dedicatoria

A mi padre y madre, Arelis y Olivo, que me apoyaron en este proceso de formación y que con su cariño y esfuerzo me acompañaron en el camino correcto, su tenacidad me dio la oportunidad de cumplir esta meta.

A mis amadas Yadira y Fabiola, que siempre cuidaron de mí y me motivan a seguir adelante.

Agradecimientos

A Dios y a la Santísima Virgen María, por su amor y misericordia, porque desde el inicio y fin de esta carrera nos respaldaron.

A la profesora Elidia Esther Galviz Muñoz, por su paciencia, compromiso y dedicación en la dirección de este proyecto de grado, sin ella esto no sería posible.

A la ESE Hospital Manuel Elkin Patarroyo, infinitas Gracias por abrirme las puertas de su entidad, por el tiempo y la oportunidad.

Contenido

Introducción	14
1. Planteamiento del Problema	16
2. Objetivos.....	18
2.1. Objetivo General.....	18
2.2. Objetivos Específicos	18
2.3. Alcance	19
3. Generalidades del Proyecto	19
3.1. Descripción de la Empresa	19
3.2. Objeto Social de la Empresa.....	19
3.3. Misión.....	20
3.4. Visión.....	20
3.5. Mapa de Procesos de la Empresa	21
3.5.1. Procesos Estratégicos:	22
3.6. Estructura Organizacional	22
4. Marco de Referencias	23
4.1. Marco de Antecedentes	23
4.2. Marco Teórico	26
4.2.1 Proceso.....	26
4.2.2 Mejoramiento de procesos.	27
4.2.3 Estandarización de procesos.	28
4.2.4 Gestión de almacenamiento.	28
4.2.5 Inventario.	29
4.2.6 Gestión de inventario.	30
4.2.7 Matriz GUT.....	31
4.2.8 Diagrama de Pareto.....	34
4.2.9 Manual de Procedimientos.....	35
4.2.10 Sistema de indicadores de gestión.	36
4.2.11 Método 5’S.....	37
4.2.12 Poka-yoke.	39
4.3. Marco Legal.....	40

4.3.1 Sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGCS).....	40
4.3.2 Sistema Único de Habilitación.....	40
4.3.3 Sistema Único de Acreditación en Salud.....	41
4.3.4 Programa de Auditoria para el Mejoramiento (PAMEC).....	41
4.3.5 Sistema de Información para la Calidad en Salud.	42
4.3.6 Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).	43
4.3.7 Decreto 2200 de 2005.	43
4.3.8 Resolución 1403 de 2007.....	43
5. Metodología.....	44
5.1 Fase 1. Diagnóstico Inicial de los Procesos de Apoyo	44
5.2. Fase 2. Diseño del Plan de Mejoramiento	44
5.3 Fase 3. Implementación de Propuestas de Mejora Aprobadas	45
5.4 Fase 4. Diseño e Implementación del Sistema de Indicadores	46
5.5 Fase 5. Presentación de los Resultados.....	46
6. Desarrollo de la Metodología	46
6.1. Fase I. Diagnóstico Inicial de los Procesos de Apoyo.....	46
6.1.1 Observación directa.	47
6.1.2 Descripción de los procesos de apoyo de la ESE HMEP.	47
6.1.3 Entrevistas.....	47
6.1.5 Listas de chequeo.....	53
6.2. Fase II. Diseño del Plan de Mejoramiento	53
6.3. Fase III. Implementación de Propuestas de Mejora Aprobadas	63
6.3.1 Documentación de los procesos de apoyo.	63
6.3.2 Estructura documental.	63
6.3.3 Mejoras físicas implementadas.....	87
6.4. Fase IV. Diseño e Implementación del Sistema de Indicadores.....	108
6.4.1. Resultados de las Listas de Chequeo Finales.	109
6.4.2. Sistema de Indicadores.	116
6.5. Fase 5. Presentación de los Resultados	122
6.5.1. Resultados obtenidos de la implementación de los indicadores.....	122
6.5.2. Socialización y Capacitación.....	133

7.	Conclusiones.....	138
8.	Recomendaciones	142
	Referencias Bibliográficas	145

Lista de Figuras

Figura 1. Mapa de procesos de E.S.E. Hospital Manuel Elkin Patarroyo	21
Figura 2. Organigrama de E.S.E. Hospital Manuel Elkin Patarroyo	23
Figura 3. Resultados del análisis de la pregunta 1	48
Figura 4. Resultados del análisis de la pregunta 2	49
Figura 5. Resultados del análisis de la pregunta 3	50
Figura 6. Propuestas de tipo documental destacadas	54
Figura 7. Propuestas prácticas destacadas	58
Figura 8. Estructura documental E.S.E. HMEP	64
Figura 9. Procedimiento selección y vinculación de personal	66
Figura 10. Formato caracterización de procesos de apoyo	73
Figura 11. Evidencias fotográficas de las mejoras físicas.	98
Figura 12. Análisis inicial cumplimiento de 5'S	99
Figura 13. Análisis final cumplimiento de 5'S	102
Figura 14. Resumen de la clasificación ABC del inventario del almacén del hospital. Datos obtenidos del apéndice 35. Inventario de existencias del almacén	104
Figura 15. Diagrama de Pareto – Inventario del Almacén del Hospital	105
Figura 16. Imágenes de la Implementación de poka-yokes visuales informativos.....	107
Figura 17. Contraste de resultados revisión documental final – Procesos de Apoyo. Información recolectada por el autor del proyecto en la aplicación de las listas de revisión documental.	110
Figura 18. Contraste de resultados condiciones generales finales – Procesos de Apoyo. Información recolectada por el autor del proyecto en la aplicación de las listas de condiciones generales.	112
Figura 19. Contraste de resultados lista de chequeo final – Gestión de Almacenamiento. Información recolectada por el autor del proyecto en la aplicación de las listas de chequeo.....	114
Figura 20. Contraste de resultados lista de chequeo final – Gestión de Inventarios. Información recolectada por el autor del proyecto en la aplicación de las listas de chequeo.	116
Figura 21. Indicador Revisión Documental del Proceso (RDP)	117
Figura 22. Indicador Cumplimiento de Condiciones Generales del Proceso (CCGP)	118

Figura 23. Indicador Nivel de Cumplimiento Gestión de Almacenamiento (NCGA)	119
Figura 24. Indicador Nivel de Cumplimiento Gestión de Inventarios (NCGI)	119
Figura 25. Indicador Evaluación de Desempeño (EDD)	120
Figura 26. Indicador Cumplimiento de Políticas de Seguridad de la Información (CPSI).....	120
Figura 27. Indicador Fallas de los Equipos Médicos y Biomédicos (FEMB)	121
Figura 28. Indicador Atención al Usuario (ATU).....	122
Figura 29. Análisis del indicador RDP	123
Figura 30. Análisis del indicador CCGP.....	124
Figura 31. Análisis del indicador NCGA.....	125
Figura 32. Resultados de las referencias de calificación – Lista Gestión de Almacenamiento..	126
Figura 33. Análisis del indicador NCGI	127
Figura 34. Resultados de las referencias de calificación – Lista Gestión de Inventario.....	128
Figura 35. Análisis del indicador EDD.....	129
Figura 36. Análisis del indicador CPSI.....	131
Figura 37. Análisis del indicador FEMB	132

Lista de Tablas

Tabla 1. Tabla de cumplimiento de los objetivos	15
Tabla 2. Tipos de mejoramiento de procesos.....	27
Tabla 3. Clasificación de la gravedad	31
Tabla 4. Clasificación de la urgencia	32
Tabla 5. Clasificación de la tendencia	33
Tabla 6. Niveles de la matriz GUT	33
Tabla 7. Procedimientos de la E.S.E. HMEP	72
Tabla 8. Caracterizaciones de la E.S.E. HMEP	73
Tabla 9. Tipos de documentos del Sistema de Gestión Integrado E.S.E HMEP	75
Tabla 10. Procesos del Sistema de Gestión Integrado E.S.E HMEP	75
Tabla 11. Resumen requisitos de los documentos	80
Tabla 12. Matrices de Riesgo de la E.S.E. HMEP	82
Tabla 13. Formatos de registro Gestión de Talento Humano	84
Tabla 14. Formatos de registro Gestión Financiera	85
Tabla 15. Formatos de registro Gestión de la Información	86
Tabla 16. Formatos de registro Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos.....	86
Tabla 17. Mejoras físicas implementadas	88
Tabla 18. Resultados revisión documental final – Procesos de Apoyo	109
Tabla 19. Resultados de condiciones generales finales – Procesos de Apoyo	111
Tabla 20. Resultados lista de chequeo final – Gestión de Almacenamiento	113
Tabla 21. Resultados lista de chequeo final – Gestión de Inventarios.....	115
Tabla 22. Registro de evaluaciones de desempeño aplicadas y aprobadas.....	128
Tabla 23. Registro de políticas de seguridad de la información aplicadas	130
Tabla 24. Registro de fallas en equipos médicos y biomédicos del hospital.....	132
Tabla 25. Resumen jornadas de socialización y capacitación al personal	134

Lista de Apéndices

(Ver apéndices adjuntos y pueden ser consultados en la base de datos de la Biblioteca UIS)

Apéndice 1 Caracterización inicial de los procesos de apoyo

Apéndice 2 Formato de entrevistas

Apéndice 3 Revisión documental inicial de los procesos de apoyo

Apéndice 4 Lista de chequeo inicial – Condiciones generales

Apéndice 5 Indicadores de gestión financiera de ESE HMEP

Apéndice 6 Lista de chequeo inicial – Gestión de almacenamiento

Apéndice 7 Lista de chequeo inicial – Gestión de inventarios

Apéndice 8 Plan de mejoras propuesto a la ESE HMEP

Apéndice 9 Manual de Funciones de la ESE HMEP

Apéndice 10 Manual de Procedimientos – Gestión del Talento Humano

Apéndice 11 Manual de Procedimientos – Gestión Financiera

Apéndice 12 Manual de Procedimientos – Gestión de la Información

Apéndice 13 Manual de Procedimientos – Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos

Apéndice 14 Manual de Procedimientos – Gestión de Inventarios

Apéndice 15 Procedimientos de los procesos de apoyo de la ESE HMEP

Apéndice 16 Formato de caracterización de procesos de apoyo de la ESE HMEP

Apéndice 17 Caracterización del proceso - Gestión del Talento Humano

Apéndice 18 Caracterización del proceso – Gestión Financiera

Apéndice 19 Caracterización del proceso – Gestión de la Información

Apéndice 20 Caracterización del proceso – Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos

Apéndice 21 Guía para la elaboración de documentos

Apéndice 22 Matriz de Riesgos – Gestión del Talento Humano

Apéndice 23 Matriz de Riesgos – Gestión Financiera

Apéndice 24 Matriz de Riesgos – Gestión de la Información

Apéndice 25 Matriz de Riesgos – Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos

Apéndice 26 Listado maestro de documentos de los procesos de apoyo

Apéndice 27 Formatos de registro – Gestión del Talento Humano

Apéndice 28 Formatos de registro – Gestión Financiera

Apéndice 29 Formatos de registro – Gestión de la Información

Apéndice 30 Formatos de registro – Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos

Apéndice 31 Evidencias fotográficas del proyecto

Apéndice 32 Metodología de implementación 5'S en el almacén

Apéndice 33 Simulador de formulario inicial de auditoría 5'S

Apéndice 34 Simulador de formulario final de auditoría 5'S

Apéndice 35 Inventario de existencias en el almacén

Apéndice 36 Revisión documental final de los procesos de apoyo

Apéndice 37 Lista de chequeo final – Condiciones generales

Apéndice 38 Lista de chequeo final – Gestión de almacenamiento

Apéndice 39 Lista de chequeo final – Gestión de inventarios

Apéndice 40 Fichas de los indicadores de los procesos de apoyo de la ESE HMEP

Apéndice 41 Evidencias fotográficas de las jornadas de capacitación

RESUMEN

TÍTULO: Mejoramiento de los Procesos de Apoyo del Hospital Manuel Elkin Patarroyo de Santa Rosa del Sur – Bolívar*

AUTORES: Karen Julissa Muñoz Reyes**

PALABRAS CLAVE: Proceso, Mejoramiento, Estandarización, Procesos de Apoyo, Recursos, Manual de Procedimientos, Indicadores.

DESCRIPCIÓN

El presente proyecto se basa en el diseño e implementación de un plan de mejoramiento para los procesos de apoyo de la Empresa Social del Estado Hospital Manuel Elkin Patarroyo de Santa Rosa del Sur – Bolívar. Para ello, se realizó una introducción a la empresa donde se presentan las generalidades de la misma y se requirió realizar un diagnóstico de la situación inicial de los procesos de apoyo en el hospital, donde se utilizaron diversas herramientas en la recolección de datos para los respectivos análisis, cualitativo y cuantitativo. Después, se diseñó el plan de mejoramiento con las propuestas elaboradas por parte de la autora del proyecto, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial, las observaciones por parte de trabajadores y directivos, los requisitos legales y los recursos de la empresa. Luego, se procedió a implementar el plan de mejoramiento diseñado con las propuestas aprobadas por parte de los directivos de la organización. Posteriormente, se diseñó e implementó un sistema de indicadores que permitió medir la eficacia de las propuestas implementadas y se realizó el correspondiente seguimiento de las mismas. Finalmente, se desarrolló un programa de capacitación que permitió la socialización de las mejoras y los cambios efectuados en el hospital, a la directiva y el personal involucrado con los procesos de apoyo de la empresa.

* Trabajo de grado.

** Facultad de Ingenierías Físico Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Ingeniería Industrial. Director: Msc. Elidia Esther Galviz Muñoz. Tutor: Ing. Carlos Eduardo Santana Parrado.

ABSTRACT

TITLE: Improvement of the Support Processes of the Manuel Elkin Patarroyo Hospital in Santa Rosa Del Sur – Bolívar *

AUTHORS: Karen Julissa Muñoz Reyes **

KEYWORDS: Process, Improvement, Standardization, Support Processes, Resources, Procedures Manual, Indicators.

DESCRIPTION

This project is based on the design and implementation of an improvement plan for the support processes of the Social Enterprise of the State Hospital Manuel Elkin Patarroyo de Santa Rosa del Sur - Bolívar. For this, an introduction was made to the company where its generalities are presented and it was required to make a diagnosis of the initial situation of the support processes in the hospital, where various tools were used in data collection for the respective analysis, qualitative and quantitative. Later, the improvement plan was designed with the proposals elaborated by the author of the project, taking into account the results obtained in the initial diagnosis, the observations by the workers and managers, the legal requirements and the resources of the company. Then, the improvement plan designed with the proposals approved by the managers of the organization was implemented. Subsequently, a system of indicators was designed and implemented that allowed the effectiveness of the proposals implemented to be measured and their corresponding monitoring was carried out. Finally, a training program was developed that allowed the socialization of the improvements and changes made in the hospital, to the management and the personnel involved in the company's support processes.

* Bachelor Thesis.

**Faculty of Physical-Mechanical Engineering. Industrial and Interprise Studies School. Industrial Engineer. Director: Msc. Elidia Esther Galviz Muñoz. Tutor: Ing. Carlos Eduardo Santana Parrado.

Introducción

En la actualidad, las empresas deben administrar sus procesos para identificar y estructurar mejoras que les permitan la competitividad en el mercado, lo cual se logra a través del mejoramiento continuo y la gestión de la calidad de los servicios prestados a los usuarios. Para las instituciones de carácter público el Gobierno Nacional ha incluido dentro del marco normativo del Modelo Integrado de Planeación (MIPG), la necesidad de dirigir la gestión administrativa para la obtención de mejores resultados y satisfacer las necesidades.

En la Administración Pública, el mejoramiento continuo se basa en el fortalecimiento de herramientas de gestión consolidadas en un sistema integrado que permita el buen uso de los recursos y la capacidad del Estado para producir resultados en pro de los intereses ciudadanos (DNP, 2014). Por esta razón, la Empresa Social del Estado Hospital Manuel Elkin Patarroyo (ESE HMEP) busca, permanentemente, prestar servicios de salud de calidad a todos los habitantes en el Municipio de Santa Rosa del Sur-Bolívar; es así que se genera la necesidad de optimizar la gestión de los recursos y promover el programa de mejoramiento de procesos como una oportunidad para la consecución de los objetivos estratégicos de la organización.

La ESE Hospital Manuel Elkin Patarroyo ha realizado esfuerzos por caracterizar y estandarizar sus procesos, entendiendo que para la prestación de servicios efectivos y de calidad a sus usuarios se debe contar con estándares de calidad superior. Debido a esto, la ESE HMEP se interesa en la búsqueda de la mejora continua como una metodología para garantizar un nivel óptimo de atención. También, es consciente que no cumple con los requisitos para tener la totalidad de sus

procesos en funcionalidad, por tanto, busca fortalecer las debilidades con las que cuenta actualmente.

Se buscó diseñar e implementar un plan de mejoramiento a los procesos de apoyo de la ESE, para iniciar se realizó una introducción a la empresa donde se presentan las generalidades de la misma y diagnóstico de dichos procesos, para lo cual se utilizaron diversas herramientas para la recolección de datos para su análisis cuali-cuantitativo. También, se realizó un marco teórico con los conceptos relevantes durante la realización del proyecto, acompañado de un presupuesto estimado de los costos que se podrían incurrir, además del cronograma con la duración de cada una de las actividades propuestas. Como resultado, se identificaron diferentes actividades y situaciones que perjudican el funcionamiento de la empresa, para de esta forma desarrollar e implementar los posibles escenarios de mejora que sean realmente útiles para los procesos.

Tabla 1

Tabla de cumplimiento de los objetivos

Nº	OBJETIVO	CUMPLIMIENTO	PÁGINA(S)
1	Realizar un análisis diagnóstico que permita visualizar la situación actual de los procesos de apoyo del Hospital Manuel Elkin Patarroyo.	6.1. Fase I. Diagnóstico Inicial de los Procesos de Apoyo.	38-54
2	Diseñar un plan de mejoramiento para los procesos a partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico.	6.2. Fase II. Diseño del Plan de Mejoramiento	54-60

3	Implementar las propuestas de mejora aprobadas por los directivos del Hospital Manuel Elkin Patarroyo para los procesos de apoyo.	6.3. Fase III. Implementación de Propuestas de Mejora Aprobadas	61-93
4	Diseñar e implementar un sistema de indicadores que permitan el seguimiento y medición de la eficacia de las propuestas de mejoras implementadas.	6.4. Fase IV. Diseño e Implementación del Sistema de Indicadores	93-112
5	Desarrollar un programa de capacitación para la socialización de las mejoras y los cambios planteados en el Hospital Manuel Elkin Patarroyo.	6.5.2. Socialización y Capacitación	112-114

1. Planteamiento del Problema

La E.S.E. Hospital Manuel Elkin Patarroyo, ubicada en el Municipio de Santa Rosa del Sur-Bolívar, es una empresa descentralizada creada mediante decreto No. 047 emanado del Concejo Municipal el 18 de noviembre de 1997, con el objetivo de garantizar mejor nivel de calidad de vida de sus habitantes.

La organización se encuentra en la búsqueda de calidad y la mejora continua de los servicios prestados encaminados a satisfacer las necesidades y superar las expectativas de los usuarios. El hospital, para acogerse a las disposiciones del Modelo de Planeación y Gestión MIPG, realizó una

auditoría donde se encontró que la mayoría de las problemáticas encontradas se refieren a la falta de documentación, estandarización y caracterización de los procesos, pues al no estar definidas, no se asegura la disponibilidad y gestión efectiva de los recursos físicos y servicios de apoyo requeridos para cumplir con los criterios y objetivos institucionales, establecidos por la Empresa Social del Estado Hospital Manuel Elkin Patarroyo (ESE HMEP). Además, se presentan problemáticas asociadas al manejo de los inventarios debido a las demoras de despachos, faltantes, sobrantes y artículos vencidos, esto genera productos faltantes en los despachos de órdenes, tanto internas como externas, genera un bajo nivel de servicio y aumenta el riesgo vital de los usuarios.

Adicionalmente, las bases de datos se consideran como uno de los activos más valiosos y preciados para la toma de decisiones, el alcance de los logros y la supervivencia de las organizaciones en un entorno cada vez más exigente. Sin embargo, no solo es necesario tenerlas sino también gestionarlas y, además de los beneficios que ofrece la era tecnológica hoy día, también implican riesgos que podrían llegar a afectar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información. A pesar de que existe un sistema de recolección de datos (sistema de información CNT), se hace necesario actualizar protocolos, manuales, formatos y parámetros que hacen parte de la operación del proceso ya que no se lleva un control de los datos recolectados y por ello no se alcanzan los objetivos propuestos institucionalmente, además que el cumplimiento de los requerimientos de transparencia y confidencialidad de la información no están dentro del margen normativo.

Por lo anteriormente descrito, la dirección de la institución consideró pertinente desarrollar el trabajo de grado que se propone, para evaluar y controlar los procesos de apoyo de la organización, formular e implementar las estrategias de mejora que sean aprobadas por la gerencia de la organización y estén en el alcance temporal de la práctica.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Diseñar e implementar un plan de mejoramiento en los procesos de apoyo para el Hospital Manuel Elkin Patarroyo de Santa Rosa del Sur – Bolívar, conforme a los requerimientos establecidos por la alta gerencia y cumpliendo la normatividad correspondiente.

2.2. Objetivos Específicos

- Realizar un análisis diagnóstico que permita visualizar la situación actual de los procesos de apoyo del Hospital Manuel Elkin Patarroyo.
- Diseñar un plan de mejoramiento para los procesos a partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico.
- Implementar las propuestas de mejora aprobadas por los directivos del Hospital Manuel Elkin Patarroyo para los procesos de apoyo.
- Diseñar e implementar un sistema de indicadores que permitan el seguimiento y medición de la eficacia de las propuestas de mejoras implementadas.
- Desarrollar un programa de capacitación para la socialización de las mejoras y los cambios planteados en el Hospital Manuel Elkin Patarroyo.

2.3. Alcance

El alcance del presente proyecto abarca el mejoramiento de los procesos de apoyo en E.S.E. HMEP de Santan Rosa del Sur - Bolívar, mediante el diseño e implementación de un plan de mejoras, desarrollado con las propuestas planteadas por la autora del presente proyecto y socializadas con los directivos del hospital, teniendo en cuenta las problemáticas encontradas en el diagnóstico inicial, las condiciones actuales y los recursos de la empresa; para realizar el respectivo seguimiento, evaluación y verificación de las medidas tomadas e implementadas.

3. Generalidades del Proyecto

3.1. Descripción de la Empresa

La Empresa Social del Estado Hospital Manuel Elkin Patarroyo se encuentra ubicada en la calle 13 N° 20A - 30 P.1 L.1, barrio Idema, en el Municipio de Santa Rosa del Sur-Bolívar. Es una empresa descentralizada, creada mediante decreto No. 047 emanado del Concejo Municipal el 18 de noviembre de 1997. Su propósito es mejorar, proteger y promover la condición de salud de la comunidad.

3.2. Objeto Social de la Empresa

La E.S.E. Hospital Manuel Elkin Patarroyo garantiza la prestación de servicios de salud de baja complejidad, con énfasis en atención primaria, promoción de la salud, prevención de la

enfermedad, con un talento humano calificado y motivado, en constante capacitación para la calidad de la atención. Se garantizará el acceso a los servicios de salud ofrecidos, optimizando el uso de los recursos con el fin de lograr sostenibilidad financiera y mejorar la calidad del servicio que se presta a los usuarios, familiares y colaboradores de los diferentes regímenes con el fin de mejorar, promover y proteger la condición de salud de la comunidad de Santa Rosa del Sur-Bolívar.

3.3. Misión

La E.S.E. hospital Manuel Elkin Patarroyo de Santa Rosa del Sur, Bolívar, es una entidad prestadora de servicios de salud de primer nivel de atención de orden Municipal con atención primaria en salud; brinda servicios con calidad basados en la normatividad vigente, a usuarios de régimen contributivo, subsidiado, población vulnerable y particulares. Contando con un equipo interdisciplinario idóneo y comprometido en satisfacer las necesidades y expectativas del usuario y su familia; con disponibilidad de recursos tecnológicos, financieros y ambientes físicos.

3.4. Visión

Para el año 2021, consolidarse como una organización autosuficiente del orden municipal en el Departamento de Bolívar, líder en la prestación de servicios de primer nivel en salud con énfasis en la atención primaria, con la más alta eficiencia, oportunidad, seguridad y competitividad; logrando la satisfacción del cliente interno y externo a través de la ejecución de programas integrales, disposición de tecnología y el fortalecimiento de las competencias del talento humano,

comprometido con el mejoramiento continuo de la calidad en salud del municipio de Santa Rosa del Sur, Bolívar.

3.5. Mapa de Procesos de la Empresa

La E.S.E. Hospital Manuel Elkin Patarroyo establece los procesos de la empresa de la siguiente manera, (Figura 1):

Figura 1.

Mapa de procesos de E.S.E. Hospital Manuel Elkin Patarroyo



3.5.1. *Procesos Estratégicos:*

El proyecto se realizó en los procesos de apoyo, los cuales son los siguientes:

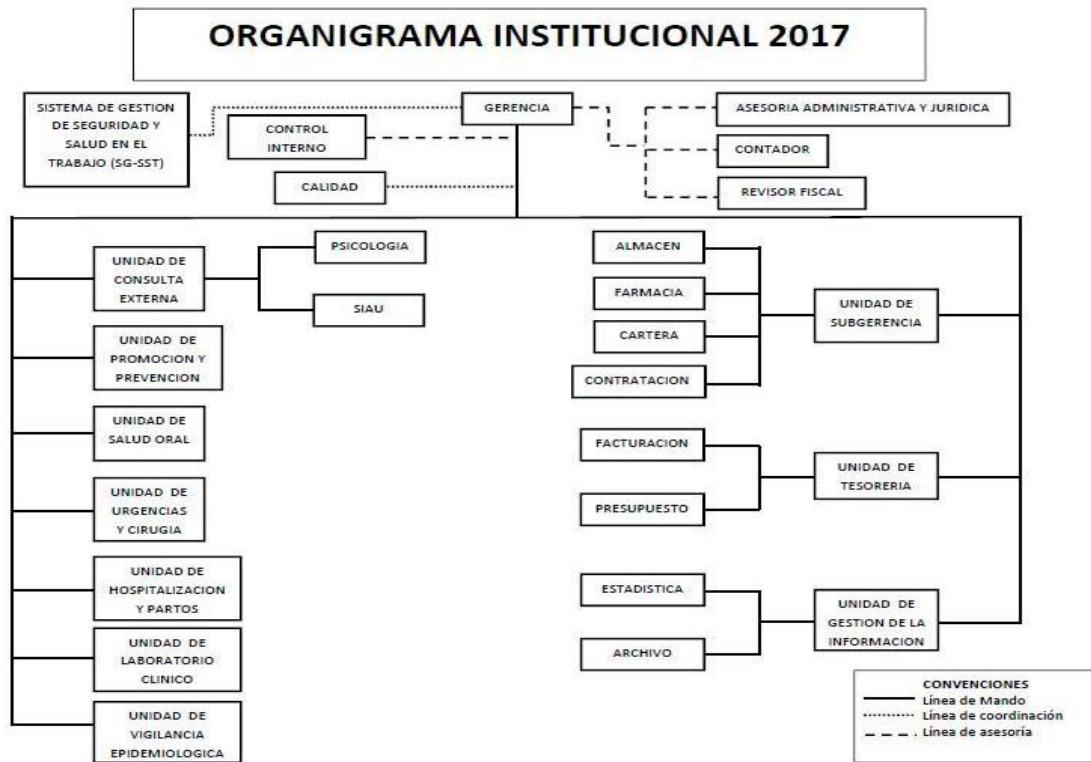
- **Gestión de recursos físicos y tecnológicos:** Garantiza el suministro oportuno y completo de los elementos materiales y equipos en condiciones apropiadas para la prestación de los servicios, y administrar los bienes muebles e inmuebles de la entidad.
- **Gestión de talento humano:** Administra de manera eficaz, eficiente y efectiva el Talento Humano, buscando contribuir permanentemente a la mejora de las competencias y el ambiente de trabajo.
- **Gestión financiera:** Realiza la planificación, control del recaudo y egreso de los recursos económicos de la entidad que garantice su eficiente administración.
- **Gestión de información:** Garantiza la adecuada recepción, administración, control, acceso, preservación y disposición final de la información generada y recibida en la entidad.

3.6. Estructura Organizacional

La E.S.E. Hospital Manuel Elkin Patarroyo se encuentra estructurada bajo el correspondiente organigrama (*Figura 2*), el cual se encuentra definido y solidificado por la alta directiva de la empresa.

Figura 2.

Organigrama de E.S.E. Hospital Manuel Elkin Patarroyo



4. Marco de Referencias

4.1. Marco de Antecedentes

Las empresas prestadoras de servicios de salud están en la búsqueda constante de mejorar para obtener resultados y asimismo limitar los costos de operación, es así que Álvarez (2017) en su proyecto “Plan de mejoramiento continuo para el hospital general Dr. Gustavo Domínguez de la provincia Santo Domingo de los Tsáchilas”, tenía como objetivo contribuir al mejoramiento de la gestión por procesos, a través de la identificación y evaluación de los procesos del Hospital como herramienta que facilite la toma de decisiones y permita la optimización de los recursos, en este se

determinaron las causas y los factores del grado de relación, positiva o negativa, entre las variables consideradas en la investigación, para de esta manera comprobar la hipótesis. Al terminar este proyecto, el Hospital logró satisfacer las necesidades y objetivos institucionales usando modelos de calidad de servicio que permitieron la incorporación de nuevas estrategias mediante la gestión por procesos.

Teniendo en cuenta lo anterior Montenegro Katherine y Murillo Erika (2017) en su trabajo de grado “Análisis y Mejoramiento de los Procesos Misionales y de Apoyo para la Empresa Sitelsa S.A.S.”, plantean una metodología de diagnóstico que abarca los objetivos, el procedimiento y los recursos de la empresa donde se utilizaron las siguientes herramientas: observación directa, entrevistas, diagramas de flujo y matriz DOFA; para el diagnóstico cualitativo, mientras que para llevar a cabo el análisis cuantitativo se emplearon: cuestionario EFQM, un muestreo de trabajo por observaciones y un análisis de los sobrecostos debido a la gestión de los inventarios y errores en presupuesto. De este proyecto se puede resaltar, que al utilizar herramientas tanto cualitativas como cuantitativas para realizar el diagnóstico de la empresa se logran ver de manera organizada todas las características y posibles problemáticas de la institución. Teniendo en cuenta esto, el presente proyecto adoptó el sistema de diagnóstico cuali-cuantitativo y utilizó varias de las herramientas utilizadas como lo fueron la observación directa, entrevistas y análisis de costos de la ESE.

Por otro lado, en el marco de la mejora continua la Función Pública propone un modelo de gestión que facilitaría las actividades de dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar las entidades y organismos públicos, con el objetivo de generar resultados que atiendan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio. La Corte Constitucional ha señalado que es un imperativo que la Administración Pública cuente con los

instrumentos y herramientas necesarias para que se pueda cumplir con las metas que tiene cada entidad pública en beneficio de la calidad de la gestión y satisfacción de la comunidad y de los usuarios (Corte Constitucional, 2013).

Desde esta perspectiva, el proyecto de grado “Mejoramiento de los procesos misionales de la empresa Temporing S.A.” desarrollado por Mesa (2017) y que tenía como objetivo el diseño y la implementación de un plan de mejoramiento. Entre sus problemáticas se halló que no se encontraban definidas las actividades y flujo de la información de los procesos, además de la ausencia de control de procesos misionales de la empresa. Dentro de las propuestas establecidas, se implementó la documentación de los procesos mediante la creación de manuales y procedimientos y la elaboración de la ficha técnica de indicadores de gestión. De esta manera, se logró un control por parte de la gerencia a través de los manuales y procedimientos, como también de los indicadores de gestión. Dada la similitud en cuanto a la estandarización de los procesos y la implementación de indicadores de gestión, este trabajo de grado servirá como referencia para el desarrollo del proyecto.

Braga¹, Brandão, Ribeiro y Diógenes (2019) publicaron el artículo “Aplicación de la matriz GUT en el análisis de manifestaciones patológicas en construcciones históricas” en el que a través del uso de la planilla priorización para la resolución de los problemas más graves contribuye en la elaboración de una matriz de clasificación la cual facilita el análisis de la sintomatología y el diagnóstico correcto de las problemáticas encontradas, asegurando una propuesta más confiable para el tratamiento de estos problemas. De esta manera, el uso de herramientas de recolección de información para el diagnóstico inicial combinada con el método Matriz GUT, es eficiente para identificar falencias en los procesos, su gravedad y posibilidades de evolución en el tiempo.

4.2. Marco Teórico

Teniendo en cuenta el desarrollo tecnológico y los avances en las diferentes áreas del conocimiento, presentes en el día a día, las empresas se sumergen en una dinámica competitiva llevando a los clientes a ser cada vez más exigentes y permitiendo de esta manera que las organizaciones sean innovadores en la industria.

Es de esta manera que las empresas deben no solo adaptarse a los cambios del ambiente externo, sino también a los necesitados por sus propios procesos, lo que requiere el uso de herramientas de mejoramiento continuo como base del crecimiento y sostenimiento en un ambiente competitivo para cualquier organización. Para el desarrollo del proyecto se utilizaron varios conceptos que sirvieron como apoyo en la aplicación de metodologías de diagnóstico inicial de la empresa y realizar el plan de mejoramiento de los procesos de apoyo. Estos conceptos serán descritos a continuación.

4.2.1 Proceso.

Según Mallar (2010), un proceso es un conjunto de actividades de trabajo interrelacionados que se caracteriza por requerir ciertos insumos y tareas que implican valor añadido, con miras a obtener ciertos resultados.

Los elementos que conforman un proceso son:

- **Inputs:** Son los recursos o materiales que vayan a ser transformados, personas a formar, informaciones y conocimientos a elaborar.

- **Recursos o factores que transforman:** Actúan sobre los inputs a transformar. Se distinguen dos tipos básicos: factores dispositivos humanos y factores de apoyo.
- **Flujo real de procesamiento o transformación:** La transformación puede ser física, de lugar, pero también puede modificarse una estructura jurídica de propiedad. De información, puede tratarse de reconfigurarla o posibilitar su difusión. También puede tratarse de la transferencia de conocimientos como en capacitaciones o recopilación de documentos, a su vez, se puede interactuar sobre el mismo usuario.
- **Outputs:** Existen dos tipos: Bienes: tangibles, almacenables, transportables; y de servicios: intangibles, acción sobre el cliente.

4.2.2 Mejoramiento de procesos.

Un proceso comprende un conjunto de actividades mutuamente interrelacionadas que transforman insumos o recursos, por lo tanto, el mejoramiento de procesos se puede entender como una estrategia para alcanzar un mayor nivel de madurez empresarial, con el fin de hacerlos más efectivos, eficientes y adaptables en la búsqueda de lograr aumentar la capacidad para cumplir a todas las partes interesadas (Ortiz y Serrano, 2013).

Tabla 2

Tipos de mejoramiento de procesos

Mejora reactiva de los procesos	Mejora proactiva de los procesos
Se presenta cuando no hay un control de los procesos, y la empresa tiene que actuar en el	Se refiere al mejoramiento de los procesos organizado y planeado, soportado en la idea de

Tabla 2*(Continuación)*

momento en que ocurre alguna situación indeseable. Por esta razón, no hay métodos o técnicas empleados de manera adecuada y solo es una mejora de emergencia ocasional.	brindar mayor competitividad a la empresa. Se puede centrar en:
	<ul style="list-style-type: none"> • La reingeniería • El rediseño de procesos • El cambio permanente

4.2.3 Estandarización de procesos.

La definición de estándares de procesos hace referencia a la uniformidad en la que se desarrollan para de esta manera asegurar la calidad de los productos o servicios ofertados. Para lograr la correcta estandarización deben tomarse en cuenta varios aspectos de toda organización ya que van directamente ligados con obtención de los resultados esperados, como lo son: los objetivos, las políticas, los sistemas, los procedimientos, los métodos, las normas, los presupuestos, programas, manuales, entre otros (Mira, 2016)

4.2.4 Gestión de almacenamiento.

El almacenamiento es el conjunto de actividades que se realizan para guardar y mantener artículos en óptimas condiciones para ser utilizados posteriormente. Dentro de un sistema de gestión de almacenamiento las tareas más importantes son la recepción, el almacenamiento y los movimientos de cualquier unidad hasta su consumo final; en busca de garantizar un suministro

continuo y oportuno de los materiales e insumos para asegurar la prestación de los servicios de forma ininterrumpida.

También es importante identificar la naturaleza y características de los artículos para de este modo encontrar un diseño que se adapte así tamaño, peso y durabilidad sin afectar las condiciones iniciales del mismo (Garavito, 2014).

Existen 5 razones básicas por las que la gestión de almacenamiento es realiza en una empresa:

- Reducción de tareas administrativas.
- Agilidad del desarrollo del resto de procesos logísticos.
- Mejora la calidad del producto y/o servicio.
- Optimización de costes.
- Reducción de tiempos de procesos.
- Nivel de satisfacción del cliente.

4.2.5 Inventario.

El inventario hace referencia al conjunto de mercancías o artículos que tiene la empresa para comerciar, material, la materia prima, herramientas y los productos, tanto terminados como en proceso. Su propósito fundamental es proveer a la empresa de materiales necesarios para su continuo y regular desenvolvimiento. La estrategia logística tiene como meta el mantener baja inversión en el inventario y maximizar la rotación de este logrando atender las necesidades de los usuarios, es decir, llevar al mínimo los niveles de existencias y asegurar la disponibilidad en el momento adecuado.

Los inventarios se pueden clasificar de diferentes maneras, los cuales dependen de la naturaleza de la empresa y del criterio que se considere.

Según su funcionalidad, para esto se determina si es una empresa de manufactura, comercial o de servicios; en esta se tienen la materia prima, productos en proceso y productos terminados. De acuerdo con las razones para mantenerlo, está directamente relacionado con el motivo por el cual se mantiene el inventario en la empresa, entre estos tenemos: Precautelativo, transaccional u operativo y especulativo. El tercer criterio es en relación a la duración y se clasifica en dos tipos, perecederos y no perecederos, también, se clasifican según la procedencia del inventario: nacionales e importados; clasificados por valor se dividen en tres grupos: Grupo A, Grupo B y Grupo C. Y, por último, según el tipo de producto, la clasificación de los artículos se hace de acuerdo con la naturaleza y rotación en el inventario.

Las organizaciones pueden emplear diversos modelos para administrar eficientemente los inventarios de acuerdo con la naturaleza de la demanda de los artículos que los componen, para suplir con los requerimientos. Existen diversas técnicas para realizar un buen inventario, por lo tanto, un aspecto importante en el momento de elegir las técnicas a utilizar, es determinar el tipo de demanda de los inventarios ya que existen técnicas dependiendo de las demandas.

4.2.6 Gestión de inventario.

La diferencia entre la gestión inventario y la gestión de almacenamiento, radica en que la primera se encarga de determinar las cantidades mínimas y máximas de los artículos en el almacén, mientras que la segunda determina la ubicación, condiciones para el correcto almacenamiento.

Según Zapata (2014), la gestión de inventarios es crítico en el funcionamiento de las organizaciones, pues de estos depende el correcto funcionamiento de la organización, tanto para actividades de producción como de abastecimiento de los clientes.

4.2.7 Matriz GUT.

Según Braga, Brandão, Ribeiro y Diógenes (2019), la metodología de Matriz GUT es una herramienta de ayuda en la priorización de resolución de problemas. La matriz sirve para clasificar cada problema que se presente en la empresa, los conceptos esenciales que componen esta herramienta de gestión pasan por el entendimiento de los 3 atributos de clasificación de problemas, los cuales son:

- **Gravedad:** Se analiza por la consideración de la intensidad o impacto que el problema puede causar si no se soluciona. Estos daños pueden ser evaluados cuantitativa o cualitativamente. Un problema grave puede ocasionar la quiebra de su empresa, la pérdida de clientes importantes o incluso el daño de la imagen pública de la organización. La puntuación de la gravedad varía de 1 a 5 siguiendo el criterio establecido en la *Tabla 3*.

Tabla 3

Clasificación de la gravedad

Grado	Nota	Descripción
Sin gravedad	1	Daño mínimo
Poco grave	2	Daño leve

Tabla 3*(Continuación)*

Grave	3	Daño regular
Muy grave	4	Gran daño
Extremadamente grave	5	Daño gravísimo

- **Urgencia:** Es analizada por la presión del tiempo que existe para resolver determinada situación. Básicamente, toma en consideración el plazo para resolver un determinado problema. Puede considerarse como problemas urgentes, plazos definidos por ley o el tiempo de respuesta para clientes. La puntuación de la urgencia varía de 1 a 5 siguiendo el criterio de la *Tabla 4*.

Tabla 4*Clasificación de la urgencia*

Grado	Nota	Descripción
Muy largo plazo	1	No hay prisa
Largo plazo	2	Puede esperar
Medio plazo	3	Acciones prontas
Corto plazo	4	Acción urgente
Inmediatamente	5	Acción inmediata

- **Tendencia:** Se analiza por el patrón o tendencia de evolución de la situación. Se puede analizar problemas, considerando el desarrollo que tendrá en la ausencia de una acción efectiva

para solucionarlo. Representa el potencial de crecimiento del problema, la probabilidad de que el problema se vuelva mayor con el paso del tiempo (*Tabla 5*).

Tabla 5

Clasificación de la tendencia

Grado	Nota	Descripción
Desaparece	1	Puede mejorar
Reduce poco	2	Empeorará a largo plazo
Permanece	3	Empeorará a medio plazo
Aumenta	4	Empeorará a corto plazo
Peor	5	Empeorará inmediatamente

Después de determinar los pesos para cada elemento (gravedad, urgencia y tendencia), se clasifica el nivel de cada problema en las tres funciones y se calcula el producto de sus respectivos valores ($G \times U \times T$). Finalmente, para visualizar mejor los resultados, se desarrollaron los gráficos de priorización de acuerdo con los niveles descrito en la *Tabla 6*.

Tabla 6

Niveles de la matriz GUT

Nivel	Retroalimentación según el grado
Nivel - 1	Daño mínimo, no hay prisa, no va a empeorar y puede incluso mejorar

Tabla 6*(Continuación)*

Nivel - 2	Daño leve, puede aguardar, pero empeorará a largo plazo
Nivel - 3	Daño regular, lo antes posible, pero empeorará a medio plazo
Nivel - 4	Gran daño, con alguna urgencia, pero empeorará en poco tiempo
Nivel - 5	Daño gravísimo, acción inmediata y va a empeorar rápidamente

4.2.8 Diagrama de Pareto.

El diagrama de Pareto es un histograma especial, en él las frecuencias de los eventos aparecen ordenadas de mayor a menor, para así determinar la causa raíz del problema, de la misma manera se puede utilizar para ver efectos y causas en los procesos (Hoyos, 2009).

Este histograma es importante para la priorización de problemas, el diagnóstico de causas y la solución de las mismas, pues brinda una visión más clara de los problemas. Para construirlo se construye un listado con los artículos que se presentan con más frecuencia como faltantes; fijando un período de tiempo para tomar registros, se deben ordenar los artículos de mayor a menor frecuencia, calculando el porcentaje relativo de cada sector y el porcentaje relativo acumulado para así dibujar las tablas correspondientes a cada elemento y por último trazar un gráfico lineal representando el porcentaje acumulado.

4.2.9 Manual de Procedimientos.

El Manual de procedimientos es un documento en el que de manera ordenada y sistemática se recoge la información fundamental de cada uno de sus procedimientos: su significado, quién lo puede solicitar, la documentación a aportar, por qué canales se puede tramitar, las obligaciones económicas que se derivan, el plazo de tramitación, y el marco legal que lo soporta, facilitando, en su caso, los modelos de documentos necesarios para su cumplimentación. No sólo se deben tener en cuenta la realización de este tipo de documentos como un mecanismo de control, también se debe tener en cuenta como una herramienta útil para la gestión administrativa debido a los múltiples beneficios que trae consigo este tipo de documentos (Berrickuntza, s.f.).

Dentro de las ventajas que permite poseer un Manual de Procedimiento de la Unidad de Gestión, se encuentran:

- Permite conocer el funcionamiento interno en lo que respecta a descripción de tareas, ubicación, requerimientos y a los puestos responsables de su ejecución.
- Auxilian en la inducción del puesto y en el adiestramiento y capacitación del personal.
- Sirve para el análisis o revisión de los procedimientos de un sistema.
- Interviene en la consulta de todo el personal.
- Para establecer un sistema de información o bien modificar el ya existente.
- Para uniformar y controlar el cumplimiento de las rutinas de trabajo y evitar su alteración arbitraria.
- Determina en forma más sencilla las responsabilidades administrativas y funcionales.

4.2.10 Sistema de indicadores de gestión.

Según Silva (s.f.), el sistema de indicadores permite realizar mediciones de los procesos y es muy importante para el funcionamiento de una organización, dado que genera un impacto directo en los miembros de la empresa, situándolos en un punto de evaluación respecto a los objetivos planteados y alcanzados. Los indicadores de gestión a menudo se relacionan con los resultados medibles, tales como las ventas o cumplimiento en entregas.

La relación entre de información tanto cuantitativa como cualitativa son necesarios para observar la situación y las tendencias de cambio generadas en las organizaciones actuales, respecto a las habilidades y competencias tales como logística, mejoramiento continuo, innovación y desarrollo.

Además, los elementos que componen un indicador son los parámetros que permiten identificar las características básicas y el objetivo del indicador, así como la metodología empleada para estimarlo. Estas características básicas son:

- **Nombre del indicador:** Es el nombre que se definió en pasos anteriores. Debe ser un reflejo del objetivo que se quiere medir, además de ser sencillo y concreto.
- **Descripción general:** Es una explicación cualitativa que da cuenta de la utilidad del indicador, donde se incluye el alcance del indicador, precisando qué es, por qué y para qué se mide.
- **Fuente de información:** Se refiere a la operación estadística o el sistema de información del cual provienen los datos. Adicionalmente, en este elemento se incluye el nombre de la entidad que se encarga de reportar los avances.

- **Periodicidad:** La temporalidad con la cual se reporta la información (mensual, bimestral, trimestral, semestral o anual).
- **Año inicial de serie histórica:** En caso de tener una serie histórica, se debe indicar desde qué fecha se tiene la información.
- **Objetivo:** El objetivo que busca medir.
- **Fórmula de cálculo:** La representación matemática del cálculo del indicador.
- **Unidad de medida:** Parámetro de referencia para determinar la magnitud y el tipo de unidad del indicador.

4.2.11 Método 5'S.

De acuerdo con (Pro-Optim, 2016), la implantación de la metodología de las 5S en una organización está siempre relacionada con la mejora de procesos en aspectos tan importantes como son la calidad del trabajo, la productividad de la empresa, y la competitividad que ésta pueda ofrecer. La implementación de la metodología 5'S está orientada a mejorar los lugares de trabajo para facilitar y hacer efectiva la labor de los trabajadores. Se denomina como el fundamento básico para el desarrollo de metodologías más complejas. Esta herramienta comenzó en Japón, durante la década de los 60, con el propósito de lograr lugares de trabajo organizados, ordenados y limpios, de manera frecuente para conseguir una mayor productividad y un mejor entorno laboral.

Las 5'S deben su nombre a las iniciales japonesas que describen cada una de las 5 etapas que compone dicha metodología:

- **Seiri (Clasificación).** Consiste en identificar, separar y eliminar todas aquellas cosas que resultan innecesarias en nuestro trabajo diario, durante esta primera fase examinamos con detenimiento todos los materiales, herramientas y equipos que rodean

al puesto de trabajo y definimos la necesidad o no de los mismos. Nos preguntaremos siempre: ¿Para qué sirve? ¿Es lo mejor para realizar mi trabajo?

- **Seiton (Organizar).** Una vez los puestos de trabajo quedan libres de objetos inútiles es momento de clasificar aquellos que se han considerado útiles de manera que puedan ser encontrados rápidamente con el consiguiente descenso de pérdida de tiempo que conlleva la búsqueda de herramientas para realizar el trabajo. Utilizaremos la siguiente frase: “un lugar para cada cosa, y cada cosa en su lugar”.
- **Seiso (Limpieza).** Su objetivo es detectar fuentes de suciedad y eliminarlos, consiguiendo puestos de trabajo realmente limpios, hecho que ayuda a mejorar la autoestima de los trabajadores, con lo que se puede observar en un aumento de productividad. Utilizaremos la frase: “no es más importante limpiar, sino tratar de no ensuciar”.
- **Seiketsu (Estandarizar).** Su objetivo es que, las tres fases anteriores, se queden bajo control. Para ello, se estandarizan las medidas de clasificación, orden y limpieza en el puesto de trabajo, de manera que sean medidas preventivas y no reactivas.
- **Shitsuke (Disciplina).** Consiste en realizar una serie de auditorías planificadas en el tiempo cuyo objetivo es mantener los logros conseguidos con las 4’s anteriores, construyendo el hábito y disciplina en dicha metodología, así como seguir mejorando día a día nuestro puesto de trabajo. Así, hemos ganado espacio útil de trabajo, se han reducido los stocks de materiales y herramientas, hemos eliminado tiempos improductivos en búsquedas, fallos de máquinas y hemos reducido posibles riesgos de accidentes laborales.

4.2.12 Poka-yoke.

Según la definición de (Salazar López, 2019), un poka-yoke es un mecanismo que evita que los errores humanos en los procesos se materialicen en defectos. Su principal ventaja consiste en que puede considerarse como un recurso de inspección al 100% de las unidades del proceso, lo cual permite retroalimentación y toma de acciones de forma inmediata, incluso, dependiendo de la naturaleza del mecanismo, este puede generar una medida correctiva. La eliminación de defectos mediante el uso de poka-yokes es parte fundamental del Lean Manufacturing.

Algunos expertos, entre los que se encuentran Richard Chase y Douglas Stewart, clasifican a los Poka-yokes de acuerdo a cuatro tipos:

- **Poka-yokes Físicos.** Son dispositivos o mecanismos que sirven para asegurar la prevención de errores en operaciones y productos, mediante la identificación de inconsistencias de tipo físico.
- **Poka-yokes Secuenciales.** Son dispositivos o mecanismos utilizados para preservar un orden o una secuencia en particular; es decir que el orden es importante en el proceso, y una omisión del mismo consiste en un error. El siguiente ejemplo de Poka-yoke hace referencia a una secuencia de uso que restringe la operación de la máquina a menos de que el operario tenga sus manos en los mandos de control, ¿el objetivo? La seguridad del operario.
- **Poka-yokes de Agrupamiento.** En la mayor parte de los casos, son kits prelistados, ya sea de herramientas o de componentes, con el propósito de no olvidar ningún elemento que impida una correcta operación.

- **Poka-yokes de Información.** Son mecanismos que retroalimentan al operador o al usuario en tiempo real con información clara y sencilla que permita prevenir errores.

4.3. Marco Legal

4.3.1 Sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGCS).

En el decreto 0780 de 2015 en la parte 5, Título 1, Capítulo 1, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad es el conjunto de instituciones, normas requisitos, mecanismos y procesos del sector salud, con el objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo.

El SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

4.3.2 Sistema Único de Habilitación.

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio

cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB).

4.3.3 Sistema Único de Acreditación en Salud.

Es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, a las Entidades Promotoras de Salud, a las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

Según las disposiciones del Decreto 0903 de 2014, los estándares que se aplicarán evalúan procesos tales como respeto a los derechos de los pacientes, acceso al servicio, atención clínica y soporte administrativo y gerencial, en las instituciones que prestan servicios de salud y que quieran participar en el proceso de acreditación.

4.3.4 Programa de Auditoría para el Mejoramiento (PAMEC).

En el Decreto 1011 de 2006, se define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. Es la manera particular en que cada Institución de salud pone en marcha

o implementa el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud.

La ruta crítica que propone el PAMEC busca mantener y mejorar los resultados de los procesos intervenidos potenciando el mejoramiento continuo. Esta ruta consta de nueve pasos que involucran actividades diferentes en cada uno de ellos:

- Autoevaluación.
- Selección de procesos a mejorar.
- Priorización de procesos.
- Definición de la calidad esperada.
- Medición inicial del desempeño de los procesos.
- Plan de acción y/o plan de mejoramiento para procesos seleccionados.
- Formulación, ejecución y evaluación del plan de mejoramiento.
- Evaluación del mejoramiento.
- Aprendizaje organizacional.

4.3.5 Sistema de Información para la Calidad en Salud.

En la resolución 0256 de 2016 se establecen las disposiciones para realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Además, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y ofrecer insumos para la referencia por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del sistema.

4.3.6 Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

En el decreto 2482 de 2012 por primera vez el Gobierno Nacional integra en un solo sistema todas aquellas herramientas de gestión, presenta a las entidades el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, el cual recoge el Sistema de Desarrollo Administrativo, como marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades públicas con el fin de generar resultados que atiendan a los planes de desarrollo y que resuelvan las necesidades de los ciudadanos con integridad y calidad en los servicios. Este modelo, en su versión actualizada, está reglamentado por el decreto 1499 de 2017.

4.3.7 Decreto 2200 de 2005.

Este decreto emitido por el Ministerio de la Protección Social establece la reglamentación del servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. Así mismo, tiene como objeto regular las actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico, entendido como el servicio de atención en salud responsable de las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico, relacionados con los medicamentos y los equipos médicos utilizados en la prestación de servicios de salud, con el fin de contribuir en forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida.

4.3.8 Resolución 1403 de 2007.

Esta resolución emitida por el Ministerio de la Protección Social tiene por objeto determinar los criterios administrativos y técnicos generales del Modelo de Gestión del Servicio

Farmacéutico y adoptar el Manual de condiciones esenciales y procedimientos del Servicio Farmacéutico.

5. Metodología

La metodología que se utilizó para el desarrollo del proyecto y el cumplimiento de los objetivos propuestos tuvo un enfoque descriptivo, ya que se requirió información detallada de las actividades y procesos que se llevan a cabo en la empresa. De esta manera, se orientó teniendo en cuenta las siguientes fases:

5.1 Fase 1. Diagnóstico Inicial de los Procesos de Apoyo

La fase I dio cumplimiento al primer objetivo que consta de realizar un diagnóstico de los procesos de apoyo de la ESE Hospital Manuel Elkin Patarroyo, mediante el acercamiento y revisión de las áreas de trabajo por medio de la observación directa. Con el objetivo de completar la información cualitativa recolectada, se llevaron a cabo una recolección de datos contables y registro de la efectividad de la entrega, todo esto con la intención de recolectar información cuantitativa y justificar la elaboración del proyecto en los procesos de apoyo.

5.2. Fase 2. Diseño del Plan de Mejoramiento

La siguiente fase dio cumplimiento al segundo objetivo de formular un plan de mejoramiento de acuerdo con los resultados obtenidos en la anterior fase, el cual fue enfocado hacia las etapas

de planificación de compras, control y almacenamiento de las mismas, estandarización de procedimientos mediante la documentación de los mismos en las áreas donde se presentaron falencias. Se realizó un listado de posibles propuestas de mejora, las cuales fueron socializadas en el comité de Dirección y Planeación para determinar la viabilidad en el proceso de implementación, identificando fortalezas y oportunidades de mejora mediante el análisis de la información obtenida en la fase 1.

5.3 Fase 3. Implementación de Propuestas de Mejora Aprobadas

La tercera fase consistió en seleccionar las propuestas que fueron aprobadas por la gerencia de la empresa e incluirlas en el plan de mejoramiento. Para esto, se revisó, individualmente, cada problemática encontrada en los procesos, se formularon propuestas que permitieran una mejora, se presentaron a la gerencia de la empresa para aprobar, conjuntamente, las que fueron viables para, posteriormente, incluirlas en el plan de mejoramiento. Se implementaron las mejoras diseñadas, de acuerdo con su prioridad, teniendo en cuenta la información recolectada y los análisis previos. Durante esta etapa, se dio a conocer a los trabajadores involucrados en los procesos intervenidos, las modificaciones realizadas. En esta etapa, se da cumplimiento al tercer objetivo formulado para este proyecto.

5.4 Fase 4. Diseño e Implementación del Sistema de Indicadores

En la fase 4, se diseñó e implementó un sistema de indicadores de procesos, que permitieron evaluar el desempeño de las mejoras implementadas a los procesos de apoyo, cumpliendo de esta manera el cuarto objetivo específico.

5.5 Fase 5. Presentación de los Resultados

En la quinta fase, se hizo la respectiva entrega y socialización de los resultados obtenidos, mediante la implementación de los respectivos indicadores. Se realizó la respectiva capacitación al personal involucrado, correspondiente a los temas tratados en el presente proyecto.

6. Desarrollo de la Metodología

6.1. Fase I. Diagnóstico Inicial de los Procesos de Apoyo

Con el fin de conocer las falencias que existían en los procesos de apoyo de la ESE Hospital Manuel Elkin Patarroyo, se llevó a cabo un diagnóstico inicial, el cual fue uno de los pasos más importantes para la realización de este proyecto. En el presente documento se define la metodología empleada.

A continuación, se describen los medios que se utilizaron para la obtención de la información en el desarrollo del presente proyecto:

6.1.1 Observación directa.

En la etapa de diagnóstico, se realizaron visitas durante las cuáles se identificaron las unidades administrativas, el funcionamiento de los procesos y los espacios donde funciona la ESE. También, se interactuó con los jefes de las unidades de talento humano, recursos físicos y tecnológicos, financiera y gestión de la información, con los cuales se hicieron entrevistas no estructuradas. Por último, se realizó una revisión de la normatividad, planes, programas, manuales institucionales, políticas y lineamientos en el sitio web de la ESE HMEP.

6.1.2 Descripción de los procesos de apoyo de la ESE HMEP.

El desarrollo de este proyecto de grado está basado en los procesos de Gestión de talento humano, Gestión financiera, Gestión de la información y Gestión de recursos físicos y tecnológicos, dado que son los que permiten la administración de los recursos para el funcionamiento del hospital.

Se realizó la caracterización de los procesos mencionados anteriormente, como se puede observar en el *Apéndice 1*.

6.1.3 Entrevistas.

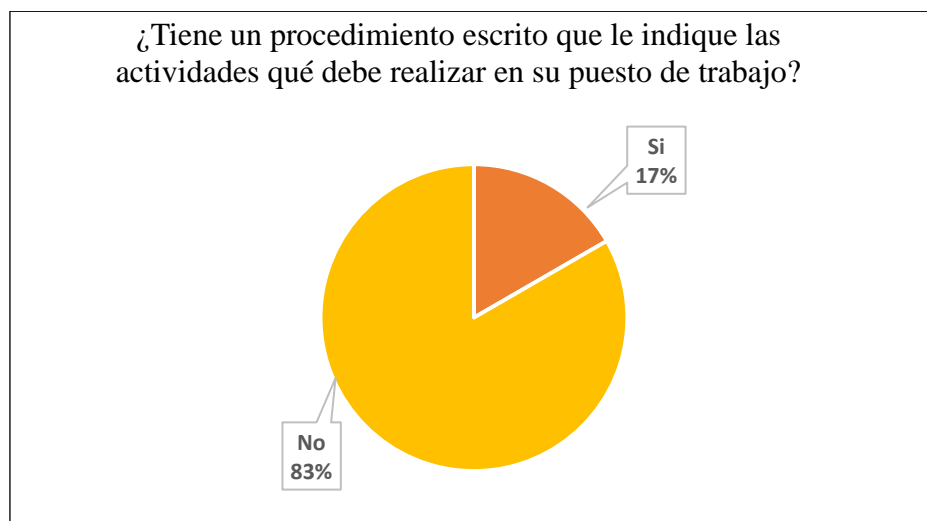
Una manera eficaz de obtener un panorama general de los procesos de apoyo de la ESE Hospital Manuel Elkin Patarroyo, está en la realización de varias entrevistas a los inmediatamente responsables de los procesos de Gestión de la información, Gestión de Talento Humano, Gestión Financiera y Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos, de igual manera se establecieron

diálogos directos con los funcionarios involucrados en cada uno de los diferentes procesos, las preguntas realizadas se pueden ver en el *Apéndice 2*. Por medio de esta herramienta, se indagó acerca de las problemáticas que se presentan en el puesto de trabajo además de entender cada operación, ambiente de trabajo, responsabilidades, materiales y métodos de trabajo desde una perspectiva más objetiva, con el fin de realizar una caracterización más detallada. Los resultados obtenidos se muestran a continuación.

El análisis a la pregunta 1 (*Figura 3*), muestra una pregunta dicotómica en la que se evidencia que el 67% de los 12 funcionarios encuestados, no cuenta con una guía escrita sobre las actividades que debe realizar en su puesto de trabajo y el 33% dice conocer dicho manual. En consecuencia, el mayor número de personal (67%) no conoce las guías para cada uno de los puestos de trabajo, por lo que se puede concluir que no hay estandarización y caracterización de los procesos por medio de documentos. Además, en la realización del cuestionario solo algunos de los líderes de los procesos manifestaron conocer dichos manuales.

Figura 3.

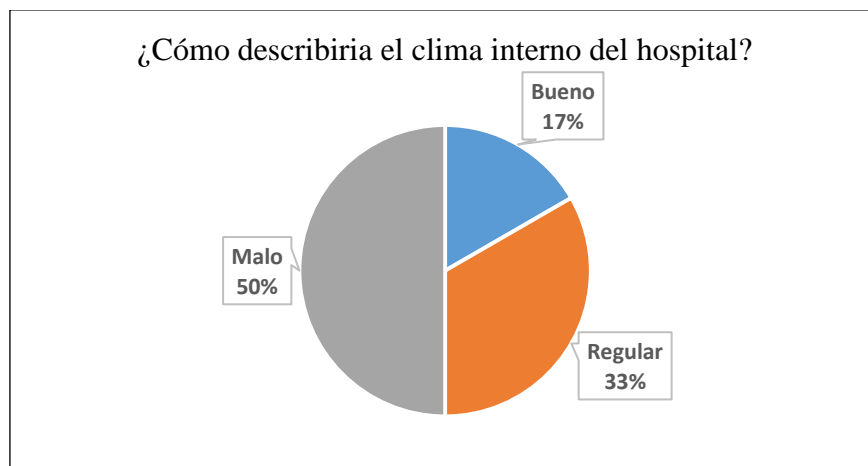
Resultados del análisis de la pregunta 1



En la *Figura 4*, se muestran los resultados obtenidos de la pregunta 2, en la que el 50% de los funcionarios se sienten insatisfechos con el clima laboral del hospital y el 33% afirma que se sienten afectados y sensibles al ambiente laboral, razón por la cual se dificulta tanto el trabajo como la comunicación, afectando de esta manera la prestación final de los servicios.

Figura 4.

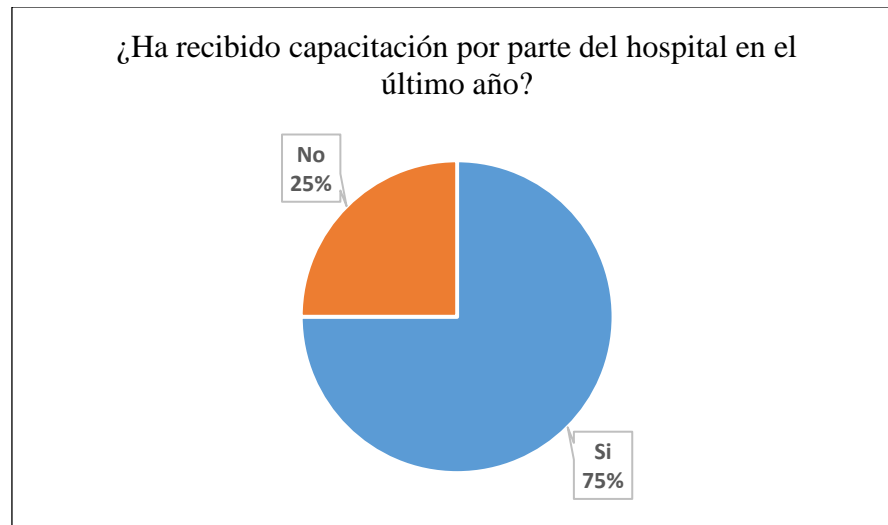
Resultados del análisis de la pregunta 2



A continuación, se muestra el análisis que se obtuvo de la pregunta 3, la cual fue del tipo dicotómica (ver *Figura 5*), la cual evidencia que el 25% de los empleados manifiesta no haber recibido capacitación, mientras que un 75% afirma recibir las capacitaciones por parte del hospital, lo cual evidencia el compromiso con los trabajadores. Además, el líder del proceso de gestión de talento humano manifiesta seguir un plan de capacitaciones anual.

Figura 5.

Resultados del análisis de la pregunta 3



La pregunta 4 en la que se indagó sobre si contaban con los recursos y condiciones laborales mínimas para el desempeño de sus tareas, la totalidad de los trabajadores entrevistados manifestaron contar con las condiciones adecuadas para realizar sus actividades. Seguido de las preguntas ¿Cuáles son las actividades del proceso y el responsable del mismo? y ¿Qué actividades adicionales realiza a las asignadas a su puesto de trabajo?, las cuales tienen como fin identificar las principales problemáticas que presentan cada uno de los procesos.

A continuación, se describen los hallazgos en cada uno de los procesos de apoyo: Gestión de talento humano, gestión financiera, gestión de la información y gestión de recursos físicos y tecnológicos.

- **Gestión de talento humano:** El proceso de talento humano no cuenta con un profesional encargado específicamente del mismo, la subgerente administrativa y financiera, se encarga de coordinar todas las actividades de contratación, capacitación, reinducción, cronogramas y administración de las hojas de vida de los funcionarios de nómina del hospital. Adicionalmente, el

profesional de contratación se encarga de la historia laboral de los trabajadores vinculados mediante contrato de prestación de servicios, sin embargo, no hay personal encargado para la coordinación de las actividades y no existe una retroalimentación clara del desempeño de cada uno de los cargos. Por esta razón, aunque se ha tratado de documentar los perfiles de los cargos, programación de actividades y protocolos exigidos por reglamentación legal no se ha podido controlar la estandarización de las actividades generando reprocesos de las actividades.

- **Gestión Financiera:** Este proceso se encarga de los servicios de facturación, cartera y asignación de citas. Este último, presenta problemas en cuanto a su desarrollo, debido a la falta de un procedimiento específico y estandarizado, que establezca el orden de las actividades que se deben realizar, afectando la prestación del servicio a los usuarios. Adicionalmente, se generan un alto número de glosas, debido a la falta de soportes y agendas médicas no programadas, provocando una interrupción en el flujo continuo de información en la E.S.E. HMEP. Finalmente, el proceso en general carece de un sistema de gestión documental sólido, lo que genera una continua interferencia en el proceso de circulación de la información y graves inconvenientes con la cobertura de pago, debido a la pérdida de facturas importantes que se deben enviar a las empresas prestadoras del servicio (EPS).

- **Gestión de la información:** El objetivo principal de este proceso es recolectar información y generar datos estadísticos de los servicios ofertados, para el mejoramiento de los procesos en el hospital. Sin embargo, el responsable del proceso de gestión de la información, quien es ingeniero de sistemas y está capacitado para cumplir con el funcionamiento del cargo, no cuenta con labores definidas, ni responsabilidades específicas, debido a que no se encuentran establecidas en el respectivo manual de funciones de la E.S.E. HMEP, por ende, este funcionario se encarga de resolver inconvenientes del funcionamiento de los equipos informáticos, descuidando el propósito de la labor asignada en su puesto de trabajo y generando la pérdida de información vital para el proceso de mejora continua. Adicionalmente, la falta de capacitación en el uso del sistema de información del hospital

(CNT), la carencia de manuales de procedimientos y formatos adecuados para el análisis de los registros, dificultan el cumplimiento de los objetivos planteados.

- **Gestión de recursos físicos y tecnológicos:** Este proceso cuenta con un técnico de almacén y dos auxiliares de bodega, encargados de la gestión de compras e inventarios, de los insumos y medicamentos necesarios para la prestación de los servicios; sin embargo, se presentan frecuentemente problemas como: Faltantes en pedidos, sobrantes y productos vencidos, al momento de realizar el inventario. Esto sucede debido a que el proceso de compra no está estandarizado, no se lleva un control específico mediante los registros correspondientes y no se realiza de acuerdo con un plan establecido en un manual de procedimientos.

6.1.4 Revisión de documentos.

Con el apoyo del personal administrativo, fueron suministrados los registros y documentos que son manejados en la empresa, los cuales fueron evaluados con el objetivo de conocer los aspectos generales de la ESE, detallar procesos, procedimientos, políticas, manuales, estrategias y principios organizacionales. De esta manera, se pudo identificar que la ESE Hospital Manuel Elkin Patarroyo, ha realizado intentos por documentar de manera funcional en varias ocasiones sus procesos, sin embargo, no cuenta con los manuales que apoyen la gestión de los procedimientos y faltan formatos estándar (*Apéndice 3*), lo que da como consecuencia que cada unidad genere sus reportes e informes conforme ellos lo consideren adecuado. De acuerdo con esto, el proceso de Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos, es la unidad con menos documentación formal lo que genera falta de control en los inventarios (insumos de consumo, médicos y medicamentos), pérdida de materiales y equipos, vencimientos de los productos y desabastecimiento para las órdenes de despacho generadas para el cumplimiento del objetivo institucional.

Por otro lado, a inicios del presente año la institución adoptó el servicio de apoyo a la asignación de citas médicas y odontológicas por medio telefónico, el cual está establecido de forma obligatoria de acuerdo con lo señalado en los artículos 123 y 124 del Decreto 019 de 2012 y reglamentado parcialmente mediante Resolución 1552 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social. Sin embargo, este sistema se encontraba en marcha sin ningún tipo de documentación o diagrama funcional que estableciera el correcto funcionamiento del servicio en el hospital.

6.1.5 Listas de chequeo.

Con el objetivo de establecer un diagnóstico de la situación actual de la organización; se obtuvieron listas de chequeo que permitieron evaluar todos los aspectos base para el mejoramiento de procesos, de forma que se midieron las condiciones iniciales básicas con las que debe contar una empresa, las cuales están agrupadas en siete aspectos relevantes relacionados con: los procesos, la servucción (producción de servicio), el ambiente de trabajo, el talento humano, los clientes, los sistemas de información y la mejora. Esta verificación arrojó resultados que permitieron ver de manera clara los posibles escenarios de mejora en los procesos de apoyo de la ESE.

6.2. Fase II. Diseño del Plan de Mejoramiento

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial realizado para los procesos de apoyo en E.S.E. HMEP, se procedió a diseñar y elaborar un plan de mejoramiento que comprende información como: Ítems a mejorar, problema o inconveniente identificado en el

diagnóstico inicial, propuesta de mejora, tipo de mejora (inmediata o normal), responsable o encargado de vigilar la ejecución de la misma, estado en el que se encuentra y observaciones, de ser necesarias. Esto se puede evidenciar en el *Apéndice 4*, donde se estructura de manera detallada cada una de las propuestas de mejora realizadas y aplicadas durante el desarrollo del proyecto, de acuerdo a los problemas detectados y según los recursos disponibles por la entidad de salud. Dicho plan fue socializado con el jefe inmediato y la directiva, con el objetivo de decidir las propuestas que se iban a ejecutar, teniendo en cuenta las condiciones actuales del hospital. Una vez se aprobaron las respectivas mejoras, se dio marcha a la implementación de estas.

Dentro de las mejoras diseñadas en el presente proyecto, se puede observar que existen propuestas del sistema de gestión documental, donde se encontraron problemáticas relevantes, evidenciadas en el diagnóstico inicial, con respecto a la falta de archivos y la desactualización de la información. También, se estructuraron una serie de propuestas de mejoras físicas, con el propósito de contribuir al desarrollo de procesos, actividades y procedimientos, óptimos y más eficientes, que permitieron facilitar el trabajo del personal y mejorar la prestación del servicio en la entidad de salud. Entre las propuestas más interesantes y de mayor importancia para la administración, en relación con la parte documental, se pueden resaltar las siguientes:

Figura 6.

Propuestas de tipo documental destacadas

PROBLEMA	PROPUESTA DE MEJORA	OBJETIVO	RESPONSABLE
----------	---------------------	----------	-------------

<p>No se cuenta con una guía escrita sobre las actividades que se deben realizar en los puestos de trabajo.</p>	<p>Realizar el respectivo manual de funciones de E.S.E. HMEP, correspondiente a los puestos de trabajo.</p>	<p>Establecer funciones, responsabilidades y competencias de los perfiles laborales que conforman la planta de personal de la E.S.E. HMEP; especialmente, de los procesos de apoyo.</p>	<p>Practicante</p>
<p>Los procesos de apoyo del hospital no cuentan con los respectivos manuales de procesos y procedimientos.</p>	<p>Realizar los respectivos manuales de procedimientos de los diferentes procesos de apoyo de E.S.E HMEP.</p>	<p>Definir y organizar, de manera detallada y explícita, los procedimientos e instrucciones que se deben tener en cuenta para desarrollar los diferentes procesos de apoyo en la E.S.E HMEP.</p>	<p>Practicante y líderes de cada proceso de apoyo</p>
<p>No existe planeación con base en los lineamientos estratégicos de la organización.</p>	<p>Realizar la caracterización de los diferentes procesos de apoyo de E.S.E. HMEP, de acuerdo a los lineamientos estratégicos.</p>	<p>Describir, de manera sistemática e integral, el funcionamiento de los diferentes procesos de apoyo de la E.S.E HMEP, para cumplir con</p>	<p>Practicante y líderes de cada proceso de apoyo</p>

		los requisitos legales y las normas internas, fomentando la planificación táctica del sistema de gestión de la entidad.	
PROBLEMA	PROPUESTA DE MEJORA	OBJETIVO	RESPONSABLE
No se cuenta con la debida documentación de los formatos de registro donde se pueda llevar el control de las actividades.	Realizar el registro de los formatos que se diseñaron para llevar el control de la información suministrada por los procesos de apoyo de E.S.E. HMEP.	Registrar la información que generan las diferentes actividades que se desarrollan en los diferentes procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP, para llevar un control interno de los datos.	Practicante y líderes de cada proceso de apoyo
No existen estudios sobre los riesgos y/o peligros que se pueden presentar en las áreas de los diferentes procesos.	Realizar la matriz de riesgo de cada proceso de apoyo, con la respectiva información de los riesgos y/o peligros a los que se exponen los trabajadores.	Analizar las tareas y actividades que desarrollan los trabajadores, y determinar, clara y objetivamente, los riesgos más	Practicante y líder de SST

		significativos a los que se exponen.	
No existen indicadores que permitan realizar el seguimiento y evaluación de los procesos de apoyo de la empresa.	Diseñar un sistema de indicadores que permita realizar el seguimiento y la evaluación de los procesos de apoyo de la empresa.	Establecer un sistema de medición y control de los diferentes procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP, que permitan evaluar el desempeño de los procesos con respecto a las metas, y realizar el respectivo seguimiento de los mismos.	Practicante y líder de calidad
PROBLEMA	PROPUESTA DE MEJORA	OBJETIVO	RESPONSABLE
No existe un proceso de atención al usuario consolidado.	Diseñar un propuesta para el Sistema de Atención al Usuario (SIAU) de la E.S.E. HMEP.	Organizar un diseño de propuesta para consolidar el Programa de Atención al Usuario, que permita mejorar la orientación de los usuarios con respecto a los servicios de la E.S.E. HMEP.	Practicante

No existe un plan de mejoramiento conocido para los procesos que se desarrollan en el hospital.	Realizar un plan de mejoramiento para los procesos de apoyo de E.S.E. HMEP.	Diseñar un documento resumen en donde se definan propuestas para mejorar y optimizar la forma en cómo se han venido desarrollando los procesos de apoyo en la E.S.E. HMEP.	Practicante
---	---	--	-------------

Adicionalmente, entre las propuestas físicas más interesantes y de mayor importancia para la administración, en relación con la parte práctica, se pueden resaltar las siguientes:

Figura 7.

Propuestas prácticas destacadas

PROBLEMA	PROPUESTA DE MEJORA	OBJETIVO	RESPONSABLE
Existen problemas con respecto al clima laboral y la comunicación entre el personal.	Realizar jornadas de capacitación y socialización, relacionadas con la temática de la importancia de un buen clima laboral y comunicación asertiva.	Promover el trabajo en equipo y resaltar la importancia de una correcta comunicación entre los diferentes equipos de trabajo de la E.S.E. HMEP, para generar un óptimo y sano clima laboral.	Practicante

PROBLEMA	PROPUESTA DE MEJORA	OBJETIVO	RESPONSABLE
Escaso uso y desconocimiento de los Sistemas de Información, útiles y eficientes, con los que cuenta el hospital para facilitar el desarrollo de los procesos.	Indagar e implementar nuevos sistemas de información que faciliten las labores que se llevan a cabo en los procesos de apoyo de la empresa. Trabajar en el manejo eficiente de los programas existentes.	Afianzar y reforzar, los conocimientos, las habilidades y las competencias correspondientes para el uso eficiente y práctico de los sistemas de información de E.S.E. HMEP, para el desarrollo de las actividades.	Practicante y líder de calidad, en apoyo con personal del proceso de Recursos Tecnológicos
No existe un sistema de indicadores para los procesos de apoyo del hospital.	Implementar el sistema de indicadores para los procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP.	Realizar la respectiva medición de los indicadores diseñados para la evaluación y control de los diferentes procesos de apoyo, para gestionar posibles mejoras a futuro.	Practicante, con apoyo del líder de calidad
Retiro del Jefe de Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos, debido a que se	Solicitar la designación o contratación de un responsable del cargo, capacitarlo en las funciones	Suplir la vacante del personal de Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos, apoyar la	Solicitud realizada, apoyada y controlada por el practicante,

encuentra en proceso de adquirir su pensión.	y actividades designadas en el manual de funciones, y realizar el control de las buenas prácticas de almacenamiento.	vinculación, corroborar que cumple con el perfil, con el apoyo de Recursos Humanos, y hacer el respectivo seguimiento e inducción de las funciones, actividades y responsabilidades a su cargo.	ejecutada por la administración
PROBLEMA	PROPUESTA DE MEJORA	OBJETIVO	RESPONSABLE
El espacio físico en el área de almacenamiento no se utiliza debidamente, a causa de la falta de orden y mantenimiento.	Apoyar con la realización de jornadas de organización, limpieza y designación de espacios, para el uso óptimo y adecuado de los espacios de almacenamiento.	Contribuir y gestionar el programa de mantenimiento del almacén, realizando tareas programadas de organización y limpieza, para aumentar el uso de la capacidad máxima del espacio existente.	Practicante y auxiliar de almacenamiento
La ubicación de las estanterías no permite el tránsito de empleados de manera adecuada.	Designar un espacio específico para las respectivas estanterías, de manera que permita el flujo inmediato y adecuado, tanto	Estandarizar la ubicación de los diferentes materiales e insumos que ingresan, para mantener el orden y	Practicante y auxiliar de almacenamiento

	de los materiales como de los empleados.	la organización del área de almacenamiento. Esto permite mejorar el flujo de personal, la entrada y salida de material, y el aprovechamiento del espacio.	
Gran parte de la bodega, los estantes y elementos están apretados lo cual dificulta realizar limpieza debido a que son muy angostos	Realizar control de inventario y registro del almacén, estableciendo parámetros que permitan mantener la organización y la limpieza del área.	Realizar la respectiva demostración de la manera correcta y adecuada en cómo se debe mantener el control del orden y el registro de las actividades que se desarrollan en el almacén, para facilitar el proceso de estandarización.	Practicante y auxiliar de almacenamiento
PROBLEMA	PROPUESTA DE MEJORA	OBJETIVO	RESPONSABLE
No existen espacios estandarizados para la ubicación de los insumos y materiales que	Estandarizar la ubicación de las estanterías y los elementos del almacén.	Definir espacios específicos para el almacenamiento de los productos que ingresan al almacén, para facilitar	Practicante y auxiliar de almacenamiento

corresponden al área de almacenamiento.		la búsqueda y disposición de los materiales cuando se requieran.	
No se realiza la actividad de control de inventarios, periódicamente.	Realizar el acompañamiento del control de inventarios, periódicamente, y llevar el respectivo registro.	Definir, a mediano y largo plazo, un programa periódico de inventarios que permita mantener el control de los materiales que ingresan y/o salen del almacén.	Practicante y auxiliar de almacenamiento
No existe un control adecuado de ingreso de personal autorizado al área de almacenamiento.	Implementar medidas y controles más eficaces que garanticen el ingreso, solamente, de personal autorizado, mediante avisos, señalizaciones y/o registros.	Garantizar el ingreso, únicamente, de personal autorizado al área de almacenamiento para evitar pérdidas, daños o inconvenientes con los materiales e insumos.	Practicante y auxiliar de almacenamiento
Ubicación errada y cambios de posición, de materiales e insumos dentro del almacén, debido a la falta de estandarización de los sitios de conservación	Implementar un sistema, mediante el uso de la metodología Poka Yoke en el área de almacenamiento.	Disminuir la probabilidad de errores humanos al momento de ubicar materiales e insumos, en los sitios correspondientes, mediante la	Practicante y auxiliar de almacenamiento

		implementación de mecanismos simples y sencillos, para contribuir al mejoramiento de la calidad en cada operación del proceso.	
--	--	--	--

6.3. Fase III. Implementación de Propuestas de Mejora Aprobadas

6.3.1 Documentación de los procesos de apoyo.

Se realizó la respectiva documentación, como una herramienta fundamental e integral que proporciona una base sólida para la mejora de los procesos de apoyo en el hospital. Para esto, se diseñó una guía que comprende los procedimientos y actividades que se desarrollan en dichos procesos. Adicionalmente, se estructuró un instructivo para la elaboración de los respectivos documentos que se trataron en este proyecto, con el propósito de optimizar la estandarización y homogeneidad de la documentación asignada a cada proceso.

6.3.2 Estructura documental.

Teniendo en cuenta los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad y de acuerdo a las necesidades existentes en la entidad de salud, se diseñó, elaboró y organizó la documentación de forma jerárquica, con el propósito de facilitar el manejo y la disposición de la información, garantizando el uso adecuado de la misma y asegurando la eficacia de los procesos.

Dichos documentos son: Manual de funciones, procedimientos, caracterizaciones, guías, protocolos, instructivos, listas de chequeo y, formatos y registros. Para estructurar la información, se utilizó la metodología establecida en la Pirámide de la Documentación, donde se organiza, en orden de importancia para el hospital, los diferentes archivos que manejan los procesos de apoyo, como se puede observar en la *Figura 15*.

Figura 8.

Estructura documental E.S.E. HMEP



6.3.2.1 Manual de Funciones. Es un documento integral y general que recopila todas las directrices, los perfiles, las funciones, las responsabilidades y las competencias laborales que se manejan en la institución. Se ubica en la parte superior de la pirámide, debido a que es el pilar fundamental que contiene las características y las condiciones específicas, en las cuales se desarrollan los diferentes procesos de la organización. En este caso, se complementó y actualizó

la información concerniente a los perfiles relacionados con los procesos de apoyo del hospital. Esto se realizó con el acompañamiento y asesoramiento del líder de talento humano, quien estuvo pendiente de que la información relacionada en este documento, fuera acorde a las necesidades existentes y requerimientos solicitados por la empresa, como se puede observar en el *Apéndice 5*.

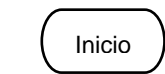
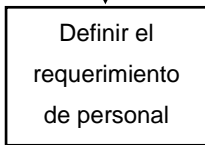
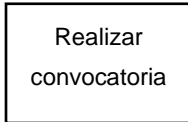
6.3.2.2 Manuales de Procedimientos. Son los documentos de control interno utilizados para obtener la respectiva información sobre las funciones, características, alcance, objetivos, conceptos, políticas, responsables y descripción de las diferentes actividades que se desarrollan en cada uno de los procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP, de forma específica, integral y sistemática. Para esto, se diseñaron e implementaron los diferentes manuales que comprenden los respectivos procedimientos de dichos procesos. En la *Tabla 9*, se pueden evidenciar dichos manuales.


6.3.2.4 Procedimientos. Son los documentos que describen la metodología de cómo desarrollar las actividades de cada proceso, de manera clara y secuencial, lo que facilita el entendimiento de las mismas por parte del personal involucrado. Debido a la importancia de conocer, detalladamente, las actividades a desarrollar en cada puesto de trabajo, se hace relevante su posicionamiento en la segunda escala de la pirámide. Teniendo en cuenta esto y con base a la necesidad de identificar las actividades que se llevan a cabo en las áreas relacionadas con los procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP, se procedió al diseño y estructuración de los procedimientos más relevantes de cada proceso, esto acorde a los requerimientos inmediatos de la empresa y el alcance del presente proyecto. Para ello, fue fundamental el acompañamiento y el apoyo por parte de los diferentes líderes y trabajadores de cada proceso, quienes fueron parte fundamental del desarrollo de la documentación.

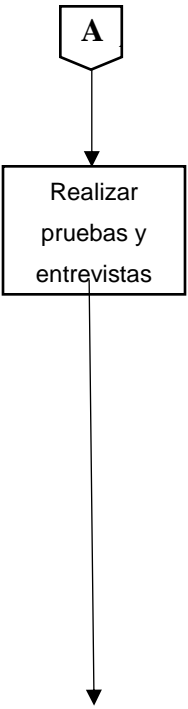
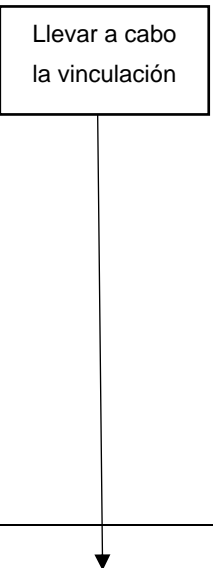
A continuación, en la siguiente *Figura 16*, se puede observar el ejemplo del desarrollo de uno de los procedimientos más relevantes en uno de los diferentes procesos de apoyo que comprende el hospital, mediante el uso de flujogramas.

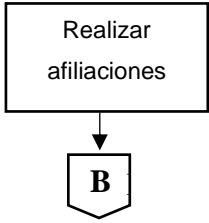
Figura 9.

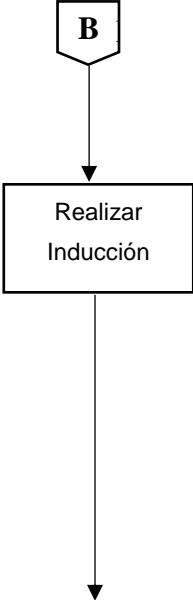
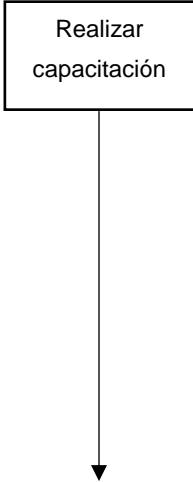
Procedimiento selección y vinculación de personal

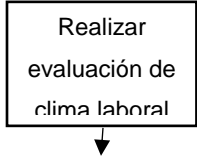
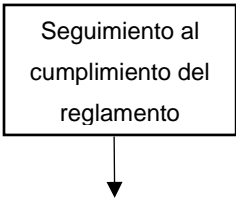

No.	Actividad (Diagrama de flujo)	Descripción de la actividad	Responsable	Documento o Registro
1		Inicio del procedimiento		
2		Los jefes de unidad solicitan a través de oficio sus requerimientos de personal. Se realiza la verificación de la necesidad analizando entre Tesorero, Gerente, jefe unidad que solicita, Subgerente, Control interno.	Subgerente Administrativo y Financiera.	Oficios
3		Verifica si el personal a proveer figura el cargo en planta para suplir una vacante o es de cubrimiento a través de contrato. En caso de no ser de planta remitirse al proceso de Dirección y Planeación, responsable de la contratación de servicios. Teniendo en cuenta el requerimiento hecho y los requisitos del cargo establecidos en el manual de funciones	Subgerente Administrativo y Financiera	Convocatoria Página Web

		<p>y competencias laborales se elabora la convocatoria la cual debe contener:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cargo • Perfil • Experiencia requerida • Requisitos. • Dirección electrónica y física para recibir las hojas de vida. <p>La convocatoria se publica en la cartelera institucional y en la página Web de la entidad.</p>		
<p>4</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>Revisar hojas de vida</p> </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>A</p> </div>	<p>En el periodo establecido se reciben las hojas de vida físicas y electrónicas. Para la recepción de hojas de vida electrónicas se verifica en el correo institucional y se descargan en el computador para su posterior revisión.</p> <p>Revisa la hoja de vida de cada uno de los aspirantes verificando contra el Manual de Funciones y Competencias laborales los requisitos del cargo y selecciona los aspirantes más adecuados al cargo.</p>	<p>Subgerente Administrativo y Financiera</p>	<p>Hojas de vida</p>

<p>5</p>		<p>La Psicóloga realiza la aplicación de pruebas psicotécnicas a los aspirantes seleccionados. Evalúa las pruebas y presenta informe al Subgerente.</p> <p>El Subgerente realiza entrevista a los aspirantes teniendo en cuenta cubrir los aspectos descritos en la lista de chequeo de entrevista.</p> <p>De acuerdo a los resultados de las pruebas psicotécnicas y la entrevista se presenta los tres candidatos mejor calificados a la Gerencia para la selección del aspirante se ajuste mejor a las necesidades del cargo.</p>	<p>Financiera</p>	
<p>6</p>		<p>Si la vinculación es a la planta de personal se elabora resolución de nombramiento para la persona seleccionada de acuerdo a modelo de acta de la entidad y se consigan en esta nombre, cargo, código, grado y salario; la resolución se remite a la gerencia para la firma.</p> <p>Se proyecta oficio para notificar el nombramiento el cual es firmado por la subgerencia Administrativa y financiera y se envía una copia al candidato seleccionado. Si acepta debe</p>	<p>Subgerente Administrativo y Financiera</p>	<p>Oficio</p> <p>Acta de nombramiento</p> <p>Acto administrativo</p> <p>Derogación nombramiento</p> <p>Contrato</p>

		<p>manifestarlo por escrito en los siguientes 5 días.</p> <p>Se elabora acto administrativo motivado que deroga el nombramiento firmado por el representante legal de la entidad en caso de no aceptación.</p> <p>Se elabora acta de posesión del nombramiento según modelo de acta.</p> <p>Se imprime copia para la hoja de vida y funcionario.</p> <p>Si es Contratación directa se verifican los soportes o se solicitan: Rut, seguridad social y se realiza contrato según Modelo de contrato de la entidad</p>		
<p>7</p>		<p>Se realiza los trámites para afiliar al trabajador a seguridad social.</p> <p>Se realiza además la afiliación de riesgos profesionales y a caja de compensación familiar correspondiente.</p>	<p>Gerencia</p>	<p>Registros de afiliación a seguridad social, ARL y caja de compensación</p>

<p>8</p>		<p>Se realiza inicialmente la inducción por el Subgerente Administrativo y Financiero, luego por el Jefe de Control Interno, Trabajadora social y la sicóloga de acuerdo al plan de inducción, previsto en el Manual del Plan de Talento Humano.</p> <p>Posteriormente el subgerente Administrativo y Financiero presenta al funcionario en cada una de las dependencias de la ESE y ante el Jefe inmediato del mismo quien se encarga de realizar la inducción en el puesto de trabajo todo de acuerdo al programa de inducción de acuerdo a la Guía de Inducción diligenciando el formato Programa de inducción</p>	<p>Subgerente Administrativo y Financiera</p>	<p>Programa de inducción</p>
<p>9</p>		<p>Se realiza de acuerdo a lo previsto en el Manual del Plan Estratégico de Talento Humano y los formatos previstos para tal fin.</p> <p>Se realizará informe periódico a la gerencia sobre el estado de ejecución del plan de capacitación y evaluaciones realizadas a través de las encuestas para determinar acciones que permitan mejorar y ajustar el plan de capacitación.</p>	<p>Subgerente Administrativo y Financiera</p>	<p>Plan de capacitación</p> <p>Evaluación jornada capacitación</p> <p>Evaluación transferencia capacitación</p>

				Evaluación resultado e impacto capacitación
10		<p>Se realiza de acuerdo a lo previsto en el Manual del Plan Estratégico de Talento Humano y los formatos previstos para tal fin.</p> <p>Se realizará la tabulación de los resultados generando el informe para la Gerencia y ajustando en lo pertinente el Plan de capacitación de la entidad.</p>	Subgerente Administrativo y Financiera	<p>Evaluación de clima laboral</p> <p>Informe Clima Laboral</p> <p>Plan de capacitación</p>
11		<p>El Subgerente Administrativo y Financiero realizará seguimiento al cumplimiento del reglamento interno de trabajo y periódicamente lo revisará para realizar las actualizaciones que sean pertinentes.</p>	Subgerente Administrativo y Financiera	
		Fin del procedimiento		

En la *Tabla 10*, se pueden identificar los procedimientos realizados, el respectivo código asignado y el apéndice donde se pueden evidenciar de mejor manera.

Tabla 7*Procedimientos de la E.S.E. HMEP*

NOMBRE	CÓDIGO	APÉNDICE
Selección y vinculación de personal	PRO-TLH-001	
Evaluación de desempeño	PRO-TLH-002	
Presentación de estados financieros	PRO-FIN-003	
Transferencias de archivos	PRO-INF-004	<i>Apéndice 6</i>
Levantamiento de inventarios	PRO-RFT-005	
Registro y control de ingresos	PRO-INV-006	
Recepción y altas de materiales	PRO-INV-007	

6.3.2.4 Caracterizaciones. Son los documentos que permiten realizar un profundo y minucioso análisis de los procesos, es decir, desglosarlos en las diferentes partes que los componen, como: Objetivo, alcance, actividades, entradas, salidas, clientes, recursos, proveedores, entre algunas otras. Dicho esto, debido a la falta de planificación táctica del sistema de gestión de la calidad, se diseñó y actualizó la caracterización de los procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP. Para ello, se elaboró un formato estándar (*Apéndice 7*), como se puede observar en la *Figura 17*. Después, se procedió a recopilar toda la información requerida en el formato y se actualizó con los datos específicos, teniendo en cuenta los componentes de cada proceso.

Figura 10.*Formato caracterización de procesos de apoyo*

NOMBRE DEL PROCESO	OBJETIVO				
TIPO DE PROCESO	ALCANCE				RESPONSABLE
PROVEEDOR	ENTRADAS	MATRIZ PHVA	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE

COMITÉS RELACIONADOS	INDICADORES				RECURSOS FÍSICOS
	NOMBRE	FRECUENCIA	FÓRMULA DE CÁLCULO	META	
RIESGOS DEL PROCESO					TECNOLÓGICOS

En la *Tabla 11*, se pueden identificar las caracterizaciones realizadas y actualizadas, el respectivo código asignado y el apéndice donde se pueden evidenciar de mejor manera.

Tabla 8*Caracterizaciones de la E.S.E. HMEP*

NOMBRE		CÓDIGO	APÉNDICE
Caracterización	proceso	CAR-TLH-001	<i>Apéndice 8</i>
Talento Humano			
Caracterización	proceso	CAR-FIN-002	<i>Apéndice 9</i>
Gestión Financiera			
Caracterización	proceso	CAR-INF-003	<i>Apéndice 10</i>
Gestión de la Información			

Tabla 8*(Continuación)*

Caracterización proceso de

Recursos Físicos y CAR-RFT-004

Apéndice 11

Tecnológicos

6.3.2.5 Guías. Son documentos de apoyo que sirven para establecer y parametrizar, de manera clara y específica, características como: Lineamientos, medidas, orientaciones, observaciones, recomendaciones y/o sugerencias; relacionado con la documentación disponible en cada uno de los procesos. Es importante señalar que el lenguaje utilizado debe ser simple y de fácil entendimiento por parte del personal involucrado. Teniendo en cuenta la falta de organización en los archivos, se realizó el diseño de una guía para la elaboración de los documentos involucrados en los procesos de apoyo, como se puede observar en el *Apéndice 12*. Esto, con el propósito de estandarizar la elaboración y optimizar el manejo de la información existente en la documentación del hospital.

Dicha guía define los lineamientos para la elaboración y presentación de los documentos asociados al Sistema de Gestión Integrado de la E.S.E. Hospital Manuel Elkin Patarroyo. En la *Tabla 12*, se establecen los tipos de documentos que integran el Sistema de Gestión Integrado de la empresa y el respectivo código asignado para la identificación de los mismos.

Tabla 9*Tipos de documentos del Sistema de Gestión Integrado E.S.E HMEP*

CÓDIGO	TIPO DE DOCUMENTO
	*Reglamento
MAN	Manual
PRO	Procedimiento
CAR	Caracterización
GUI	Guía
PTC	Protocolo
INS	Instructivo
LSC	Lista de chequeo
FOR	Formato

Nota: *Los reglamentos son un tipo especial de documentos que no poseen codificación. Su identificación se realiza a través del nombre y el control de las versiones se realiza a través de la fecha de aprobación.

También, en la *Tabla 13*, se relacionaron los diferentes procesos que conforman el Sistema de Gestión Integrado de la entidad, con el respectivo código que los identifica.

Tabla 10*Procesos del Sistema de Gestión Integrado E.S.E HMEP*

CÓDIGO	PROCESOS
ALU	Información y atención al usuario
DYP	Dirección y planeación

Tabla 10*(Continuación)*

GSC	Gestión de calidad
CEX	Consulta externa
PYP	Promoción y prevención
CIR	Cirugía
URG	Urgencias
HYP	Hospitalización y partos
VEP	Vigilancia Epidemiológica
ADT	Apoyo diagnóstico y terapéutico
RFT	Gestión Recursos Físicos y Tecnología
TLH	Gestión Talento Humano
FIN	Gestión Financiera
INF	Gestión de la información
INV	Gestión de Inventarios
SIN	Seguimiento institucional

Nota: Cabe resaltar que, en el desarrollo del presente proyecto se hizo referencia, únicamente, a los procesos de apoyo del hospital.

Adicionalmente, en la guía se estructuró el contenido correspondiente de los distintos documentos que conforman el SGI de la entidad de salud, con el objetivo de estandarizar la presentación y optimizar el manejo de la información de la documentación relacionada con los procesos.

6.3.2.5.1 Contenido de los manuales

- **Portada:** Describe el título del manual.
- **Introducción:** Se realiza una breve introducción y/o resumen del tema sobre el cual se va a referir el documento.
- **Definiciones:** Escribir los términos administrativos y/o técnicos y abreviaturas que se consideren necesarios para un claro entendimiento.
- **Objetivo:** Describir el resultado esperado o propósito final del conjunto de actividades mencionadas en el documento.
- **Alcance:** Indicar el cubrimiento o limitación de la aplicación de documento (a quién se dirige: personas, procesos, entre otros.)
- **Políticas:** Se establecen lineamientos, directrices e indicaciones que permitan realizar la aplicación del manual de manera adecuada y precisa.
- **Responsables:** Se define quienes son los encargados velar por el cumplimiento de lo establecido en el respectivo manual (personas o cargos).
- **Desarrollo:** Se describa la información relevante del manual, la cual contiene el tema principal a tratar y lo que se debe tener en cuenta para desarrollar los procesos de manera óptima y efectiva.
- **Documentos Aplicables:** Aquellos documentos que estén relacionados, directa o indirectamente, con el contenido del manual (formatos, registros, actas, etc.)
- **Relación de Control de Cambios:** Se define si el documento sufre algún tipo de cambio o actualización, se relaciona la versión, la descripción del cambio, el responsable de dicho cambio y la fecha en que se realizó.

6.3.2.5.2 Contenido de los procedimientos

- **Nombre del Procedimiento:** Es la identificación del procedimiento que se va a tratar.
- **Descripción:** Breve resumen del contenido y/o definición del procedimiento.
- **Objetivo:** Describir el resultado esperado o propósito final del conjunto de actividades mencionadas en el documento.
- **Alcance:** Indicar el cubrimiento o limitación de la aplicación de documento (a quién se dirige: personas, procesos, entre otros.)
- **Periodicidad:** Tiempo en el que se lleva a cabo el procedimiento (Diario, semanal, mensual, anual, etc.)
- **Responsable:** Se referencia a la persona responsable de la implementación y seguimiento del documento
- **Políticas de Operación:** Escribir las condiciones requeridas para la realización de las actividades, aclaraciones u otras observaciones que se consideren necesarias. En caso de no existir, se coloca “No aplica” en el espacio correspondiente.
- **Desarrollo del Procedimiento:** Se realiza en una tabla cuyas columnas presentan el número de la secuencia, la actividad representada en un diagrama de flujo, el cargo del responsable y el nombre de los registros de la actividad.
- **Relación de Control de Cambios:** Se define si el documento sufre algún tipo de cambio o actualización, se relaciona la versión, la descripción del cambio, el responsable de dicho cambio y la fecha en que se realizó.

6.3.2.5.3 Contenido de las guías

- **Objetivo:** Describir el resultado esperado o propósito final del conjunto de actividades mencionadas en el documento.
- **Alcance:** Indicar el cubrimiento o limitación de la aplicación de la guía (a quién se dirige: personas, procesos, entre otros.)
- **Definiciones:** Escribir los términos administrativos y/o técnicos y abreviaturas que se consideren necesarios para un claro entendimiento.
- **Contenido:** De acuerdo con el tema y las necesidades del documento.

6.3.2.5.4 Contenido de las caracterizaciones. Las caracterizaciones de los procesos de la E.S.E. Hospital Manuel Elkin Patarroyo, se deben realizar mediante una tabla, la cual debe contener la siguiente información:

- **Nombre del Proceso:** Identificación del proceso a tratar.
- **Objetivo:** Describir el resultado esperado o propósito final del conjunto de actividades mencionadas en el documento.
- **Alcance:** Indicar el cubrimiento o limitación de la aplicación de la guía (a quién se dirige: personas, procesos, entre otros.)
- **Proveedor:** Son los que suministran los elementos necesarios para efectuar el proceso.
- **Entrada:** Una o más actividades pueden requerir un elemento para dar inicio a una actividad o proceso. Este proceso pasa a través de una transformación para convertirse en una salida.
- **Actividad:** Es el conjunto de elementos secuenciales que conforman un proceso.

- **Salida:** Son los elementos transformados resultantes de un proceso. A menudo puede considerarse que la salida de proceso corresponde la entrada del siguiente.
- **Cliente:** Es quien recibe el elemento resultante del proceso.
- **Comités Relacionados:** Se escriben los comités que están relacionados con el proceso.
- **Indicadores:** Se identifican los indicadores que miden el proceso.
- **Recursos:** Son los elementos con los cuales se llevan a cabo las actividades del proceso. No se transforman, pero son necesarios en el proceso.
- **Riesgos del Proceso:** Se establecen los posibles riesgos que puede tener el desarrollo del proceso.

6.3.2.5.5 Contenido de los formatos. La descripción de los formatos debe procurar llevarse tabulada, pero la estructuración del contenido es de libre opción para quien lo usa. Dependiendo de las características del mismo pueden adicionarse instrucciones de diligenciamiento.

En resumen, se elaboró la *Tabla 14* donde se sintetiza todos los requisitos establecidos para cada tipo de documento que conforman el Sistema de Gestión Integrado del Hospital Manuel Elkin Patarroyo.

Tabla 11

Resumen requisitos de los documentos

Características	M	P	G	C	F
Encabezado	X	X	X	X	X
Portada	X				

Tabla 11*(Continuación)*

Introducción	X				
Objetivo	X	X	X	X	
Alcance	X	X	X	X	
Responsable	X	X			
Definiciones	X	X	X	X	
Políticas	*X	X			
Desarrollo/Contenido	X	X	X	X	X
Documentos Aplicables	X	X			
Relación Control de Cambios	Opc	X	Opc	Opc	X

Nota: *En el caso del Manual de Funciones, no aplica esta característica.

6.3.2.6 Matrices de Riesgo. Son documentos que sirven como herramienta básica para la identificación y clasificación de los diferentes riesgos y/o peligros significativos que son inherentes a las actividades que se llevan a cabo en la empresa. Dicha herramienta de gestión, permite determinar los niveles de riesgo que enfrentan los trabajadores al desarrollar las funciones, actividades y compromisos laborales. Por eso, se requiere un análisis detallado y específico de las tareas que se desempeñan en cada proceso. Teniendo en cuenta esto, se procedió al diseño e implementación de la matriz de riesgo para cada uno de los procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP, con el propósito de establecer las acciones concretas que se deban tomar para reducir dichos riesgos y estimar el impacto que pueden ocasionar estas medidas preventivas. En el desarrollo de esta etapa, fue necesario el apoyo del líder de calidad de la entidad quien, con su conocimiento y

experiencia, contribuyó a la recopilación de la información requerida para la elaboración de la documentación.

A continuación, en la *Tabla 15*, se pueden identificar las matrices de riesgo realizadas, el respectivo código asignado a cada archivo y el apéndice donde se puede evidenciar cada una de mejor manera.

Tabla 12

Matrices de Riesgo de la E.S.E. HMEP

NOMBRE	APÉNDICE
Matriz de Riesgos Gestión de Talento Humano	<i>Apéndice 13</i>
Matriz de Riesgos Gestión Financiera	<i>Apéndice 14</i>
Matriz de Riesgos Gestión de la Información	<i>Apéndice 15</i>
Matriz de Riesgos Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos	<i>Apéndice 16</i>

6.3.2.7 Instructivo. Se diseñó y organizó un documento instructivo, el cual contiene la información general, recopilada de la diferente documentación que se maneja en los procesos de apoyo del hospital. Esto se realizó con el propósito de establecer un resumen global con los datos

más relevantes de cada archivo, para facilitar la búsqueda de información e implementar una mejor organización de los mismos, cuando se quieran estudiar, controlar, modificar y/o actualizar. Dicho documento contiene la siguiente información: Tipo de documento, proceso al que pertenece el archivo, código asignado de acuerdo con la dinámica de codificación de documentos de la empresa, nombre designado al documento y la versión en la que se encuentra, actualmente. El instructivo se puede detallar de mejor manera en el *Apéndice 17*. Se espera que dicha información sea actualizada constantemente y, adicionalmente, se complemente con los datos de los archivos correspondientes a los demás procesos de la empresa para garantizar el control y la estandarización de este sistema de documentación. Sin embargo, debido al alcance y la temática desarrollada, el proyecto abarca, únicamente, lo relacionado a los procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP.

6.3.2.8 Formatos. Son los documentos donde se realiza un control y seguimiento de las actividades realizadas en cada proceso, este registro permite recopilar los datos suministrados por la ejecución de las diferentes tareas, mantener un soporte (físico y digital) y proporcionar información relevante para el análisis de los procesos, la toma de decisiones y/o el estudio de posibles mejoras a corto, mediano o largo plazo. Tomando esto como punto de referencia, se diseñaron, crearon y actualizaron los siguientes formatos, de acuerdo con la información requerida por cada proceso de apoyo y acorde a las necesidades existentes de datos en la entidad de salud. Esto, con el propósito de estandarizar los registros que se llevan como evidencia de las actividades desarrolladas en la E.S.E. HMEP. Para la creación de estos documentos, fue necesario el apoyo y acompañamiento por parte de los líderes de los procesos de Gestión de Talento Humano, Financiera, de la Información y, Recursos Físicos y Tecnológicos.

En la *Tabla 16*, se pueden visualizar los formatos de registro que corresponden al proceso de Gestión de Talento Humano en el hospital, el respectivo código que los identifica y el apéndice donde se pueden encontrar.

Tabla 13

Formatos de registro Gestión de Talento Humano

NOMBRE	CÓDIGO	APÉNDICE
Lista de chequeo expediente laboral	FOR-TLH-001	
Inducción general	FOR-TLH-002	
Evaluación jornada de capacitación	FOR-TLH-003	
Evaluación transferencia de capacitación	FOR-TLH-004	<i>Apéndice 18</i>
Actualización estudios para hoja de vida	FOR-TLH-005	
Evaluación de competencias y habilidades	FOR-TLH-006	

Luego, en la *Tabla 17*, se pueden visualizar los formatos de registro que corresponden al proceso de Gestión Financiera del hospital, el respectivo código que los identifica y el apéndice donde se pueden encontrar.

Tabla 14*Formatos de registro Gestión Financiera*

NOMBRE	CÓDIGO	APÉNDICE
Registro programación de pagos	FOR-FIN-001	
Registro arqueo de caja menor	FOR-FIN-002	
Registro pagaré	FOR-FIN-003	
Registro asistencia a procedimientos	FOR-FIN-004	
Registro relación de inconsistencias y reporte de faltantes	FOR-FIN-005	<i>Apéndice 19</i>
Registro entrega diaria de facturas	FOR-FIN-006	
Consentimiento informado de pago de cuenta particular	FOR-FIN-007	
Diagnóstico de necesidades para la elaboración de presupuestos	FOR-FIN-008	

Después, en la *Tabla 18*, se pueden visualizar los formatos de registro que corresponden al proceso de Gestión de la Información del hospital, el respectivo código que los identifica y el apéndice donde se pueden encontrar.

Tabla 15*Formatos de registro Gestión de la Información*

NOMBRE	CÓDIGO	APÉNDICE
Planilla solicitud de informes	FOR-INF-001	
Esquema de publicación página web	FOR-INF-002	<i>Apéndice 20</i>
Registro activos de información	FOR-INF-003	
Control para la consulta y préstamo de documentos	FOR-INF-004	
Formato único de inventario documental	FOR-INF-005	

Finalmente, en la *Tabla 19*, se pueden visualizar los formatos de registro que corresponden al proceso de Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos del hospital, el respectivo código que los identifica y el apéndice donde se pueden encontrar.

Tabla 16*Formatos de registro Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos*

NOMBRE	CÓDIGO	APÉNDICE
Hoja de vida de equipos	FOR-RFT-001	
Reporte de daños a bienes	FOR-RFT-002	<i>Apéndice 21</i>
Evaluación de Proveedores	FOR-RFT-003	

Tabla 16*(Continuación)*

Orden de pedido	FOR-RFT-004
Entrega de material al almacén	FOR-RFT-005
Acta de salida del almacén	FOR-RFT-006
Planilla registro de mantenimiento	FOR-RFT-007
Registro de limpieza y desinfección de áreas	FOR-RFT-008

6.3.3 Mejoras físicas implementadas.

Así como se llevaron a cabo las diferentes propuestas de mejora de tipo documental, anteriormente mencionadas. También, se desarrollaron las respectivas mejoras prácticas, establecidas en el plan de mejoramiento presentado a la entidad y, previamente, autorizadas por la correspondiente administración de la E.S.E. HMEP. Para ello, se requirió el apoyo, acompañamiento y disposición por parte de los líderes y personal en general, involucrados en los procesos de apoyo, teniendo en cuenta las necesidades existentes y los recursos limitados del hospital. Esto se puede visualizar de manera clara, concisa y resumida, en la Tabla 20, donde se resaltaron los aspectos a mejorar, se describieron las mejoras realizadas, se enunciaron las observaciones del estado de la propuesta y se plasmaron evidencias fotográficas de la labor realizada en la etapa práctica del presente proyecto.

Tabla 17

Mejoras físicas implementadas

<p>Problema (Diagnóstico Inicial)</p>	<p>Mejora Implementada</p>	<p>Observación</p>	<p>Evidencia Fotográfica</p>
<p>Se percibe insatisfacción con el clima laboral del hospital, lo que dificulta el trabajo y la comunicación.</p>	<p>Se realizaron jornadas de capacitación, socialización e integración de los equipos de trabajo, correspondientes a los procesos de apoyo.</p>	<p>Se adicionó en el programa de capacitación, espacios de integración y socialización que promuevan técnicas de trabajo en equipo y comunicación asertiva, periódicamente.</p>	
<p>Sistemas de Información (Programas), inútiles y poco eficientes, para facilitar el desarrollo de los procesos que se realizan en el hospital.</p>	<p>Se hicieron jornadas de acompañamiento, capacitación personal y evaluación de conocimientos, con respecto al correcto manejo y aprovechamiento de las herramientas ofimáticas del hospital. Esto generó mejoras en la prestación</p>	<p>Por cuestiones de recursos de la empresa, alcance y tiempo del proyecto, se recomendó indagar e implementar nuevos sistemas de información más útiles y eficientes para el desarrollo de las actividades, con el propósito de seguir</p>	

Tabla 17*(Continuación)*

	del servicio a los usuarios.	mejorando el tiempo de servicio.	
No existe un sistema de indicadores para los procesos de apoyo del hospital.	Se implementó el sistema de indicadores, se realizó la medición de los indicadores diseñados y se demostró la manera en cómo se debe llevar el control y evaluación de los mismos.	El sistema de indicadores diseñado, fue exclusivamente para los procesos de apoyo de E.S.E. HMEP.	<i>Ver numeral 6.4.2. Sistema de Indicadores.</i>
No existe un plan de mejoramiento conocido para los procesos que desarrollan en el hospital.	Se implementaron las propuestas aprobadas por la administración del plan de mejoras diseñado en el presente proyecto y se	Se espera que las propuestas que quedaron en estado de “En Proceso”, logren ser ejecutadas en el corto o mediano plazo.	<i>Ver numeral 6.3. Fase III. Implementación.</i>

Tabla 17

(Continuación)

dejaron avances importantes, reflejados en los resultados.

El jefe de Gestión

de recursos físicos y tecnológicos actualmente encuentra procesos de adquirir su por enfermedad, por esto, de almacén que gestiona el almacenamiento

Se realizó y participó del proceso de contratación, inducción, acompañamiento y evaluación del nuevo personal del puesto vacante. Esto se realizó en compañía del personal de Recursos Humanos.

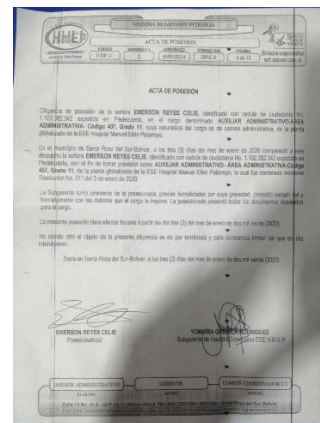


Tabla 17*(Continuación)*



<p>El espacio físico de organización y se cuenta con el área necesaria para almacenar lo que la empresa necesita actualmente, sin embargo, debido a la falta mantenimiento y orden no se usan debidamente.</p>	<p>Se realizó la jornada de organización y se estandarizaron los espacios fijos para los diferentes materiales e insumos que hacen parte del almacén, mediante la implementación de la metodología 5'S</p>	<p>Quedó pendiente, debido a cuestiones de tiempo y alcance, el Programa de Mantenimiento del Almacén, el cual fue un compromiso por parte del Jefe y Auxiliar del Almacén, con la administración del</p>	
<p>La ubicación de las estanterías no permite el tránsito de empleados de manera adecuada.</p>	<p>Se designó un espacio específico para las estanterías, de manera que se permitiera mejorar el flujo del personal por el almacén. (Ver numeral 6.3.3.1.)</p>	<p>Para estandarizar la ubicación de las estanterías, esto debe quedar consignado en el Programa de Mantenimiento del Almacén.</p>	

Tabla 17*(Continuación)*



<p>Gran parte de la bodega, los estantes y elementos están apretados lo cual dificulta realizar limpieza debido a que son muy angostos</p>	<p>Se realizó la correcta distribución del espacio de almacenamiento y se establecieron parámetros de ubicación de los materiales e insumos, para mantener el orden y facilitar la búsqueda de los mismos. (Ver numeral 6.3.3.1.)</p>	<p>Esta práctica se debe estandarizar y consignar en el respectivo Programa de Mantenimiento del Almacén, mediante un esquema o mapa, que permita mantener el orden de los estantes y los elementos de la bodega.</p>	
<p>No se usan correctamente los termómetros para controlar la temperatura del almacén en relación a la temperatura</p>	<p>Se estandarizó el uso correcto de los termómetros para controlar la temperatura de las neveras y, se estableció un periodo de control y registro</p>		

Tabla 17*(Continuación)*



<p>interna de las de las mismas en el neveras. respectivo formato</p>	<p>Se hizo la gestión correspondiente, Se realizó la solicitud pero la compra de Se cuenta con una formal para la equipos quedó “En carreta pequeña, sin compra de equipos Proceso”, debido a la embargo, para que permitan la disponibilidad de pedidos grandes es movilización de recursos de la insuficiente. grandes lotes de entidad y por la inventario. situación actual, no se consideró prioridad.</p>	
<p>La mayor parte del Se implementó el tiempo la bodega registro de limpieza Se espera que esta permanece y desinfección (Ver información quede desordenada a pesar <i>apéndice 30</i>), y se registrada en el de que hay jornadas estandarizaron los respectivo Programa en las que se respectivos controles de Mantenimiento organiza de manera para las jornadas de del Almacén. general. limpieza y</p>		

Tabla 17*(Continuación)*



	<p>organización del almacén, en un periodo determinado en el cronograma de actividades.</p>	
<p>En ocasiones, se despacha material o se recibe sin registrarlo en el sistema.</p>	<p>Se realizó el formato y se implementó el registro de ingreso y egreso de mercancía del almacén (<i>Ver apéndice 30</i>).</p>	
<p>No se maneja el sistema de código de barras.</p>	<p>Se solicitó la implementación de un sistema de código de barras.</p>	<p>Se dejó la propuesta y se espera implementar a mediano plazo.</p> 

Tabla 17*(Continuación)*


<p>No se realizan, frecuentemente, actividades de inventario.</p>	<p>Se realizó una jornada de inventario del almacén, se estandarizó la metodología de control de inventarios (Ver numeral 6.3.3.2), se realizó el respectivo registro y se estableció un periodo de control de inventarios.</p>	
<p>Al no contar con estándar de procedimientos, no se maneja el sistema de codificación.</p>	<p>Se solicitó la implementación de un sistema de codificación que permita identificar los productos que ingresan y/o salen del almacén,</p> <p>La propuesta quedó “En Proceso”, como un compromiso para la próxima jornada de inventario, entre los responsables del almacén y la administración.</p>	

Tabla 17*(Continuación)*

mediante la aplicación
de un sistema de
información de
inventarios.

Todos los personal y se
funcionarios que implementaron
llegan a hacer medidas,
solicitudes, ingresan señalizaciones y
a la bodega. controles para
garantizar el ingreso
de personal,
únicamente,
autorizado.



Tabla 17*(Continuación)*



<p>Debido a los cambios frecuentes de los sitios de almacenamiento han presentado situaciones donde se ubica de manera errónea el producto.</p>	<p>Se implementaron herramientas de la metodología Poka Yoke (<i>Ver numeral 6.3.3.3</i>), en el área de almacenamiento, para evitar errores humanos en la ubicación de los productos.</p>	
<p>No siempre se registra la entrega de materiales, debido a que se realiza cuando el almacenista dispone de tiempo.</p>	<p>Se estandarizó el registro de entrada y salida de mercancía del almacén, para evitar la pérdida o daño de los materiales.</p> <p>Compromiso adquirido por parte del líder de proceso.</p>	
<p>Sólo se revisa la factura de la mercancía.</p>	<p>Se implementó el registro físico de la entrada y/o salida de la mercancía. Se</p>	

Tabla 17*(Continuación)*

	implementó un registro físico en Excel.	
Se cuenta con un sistema de información para la administración de los inventarios, sin embargo, cuenta con funciones muy básicas y no se utiliza.	Se reforzó el uso de las herramientas digitales existentes en el hospital, y se propuso implementar sistemas de información para un eficiente control de inventarios.	Se deja la propuesta debido a los insuficientes recursos actuales disponibles, la situación actual y, el alcance y tiempo de ejecución del proyecto.



Figura 11. Evidencias fotográficas de las mejoras físicas.

NOTA: Las evidencias fotográficas se pueden observar de mejor manera en el *Apéndice 22*.

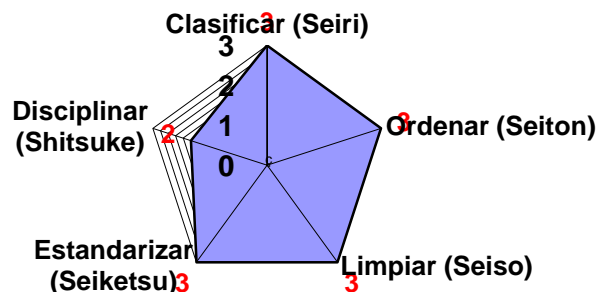
6.3.3.1 Implementación de la metodología 5'S en el almacén. Para llevar a cabo la jornada de organización, limpieza y distribución de los espacios, estanterías y demás materiales para el almacenamiento de los productos, se hizo necesario la implementación de una metodología, a través de la herramienta de mejoramiento continuo de los procesos denominada 5'S. La aplicación de esta serie de etapas se enfocó en la mejora del proceso de almacenamiento, es aspectos como la

productividad, la efectividad, la calidad y la organización de los elementos que forman parte de la bodega de la E.S.E. HMEP del Sur – Bolívar. Dicha metodología se estableció por el autor del presente proyecto, de acuerdo con los recursos disponibles y acorde a las necesidades de la empresa, y se puede detallar en el Apéndice 23. En este, se describieron una serie de instrucciones que conforman el procedimiento de la herramienta en general y las características a tener en cuenta en la implementación de cada una de las “S”, orientadas a conseguir el objetivo planteado por la guía.

Para el desarrollo de esta metodología, se requirió del apoyo del personal líder de calidad y los distintos involucrados en el proceso de almacenamiento, donde se llevó a cabo dicho estudio. Primero, hizo una auditoría diagnóstica inicial de las condiciones cómo se encontraba el área en general. Para ello, se implementó una herramienta ofimática diseñada en Excel, la cual permitió realizar la evaluación de dichas condiciones generales en la bodega. Este instrumento digital se puede apreciar mejor en el *Apéndice 24*. Luego de evaluar las características establecidas en el respectivo simulador de Excel, se obtuvieron los datos correspondientes al cumplimiento de las 5’S en el área de estudio. En la *Figura 19*, se puede observar la gráfica de los datos obtenidos por la aplicación de herramienta digital en la evaluación inicial del proceso.

Figura 12.

Análisis inicial cumplimiento de 5’S



Después de haber realizado el respectivo diagnóstico inicial, se procedió al desarrollo y cumplimiento de la metodología 5'S, establecida como herramienta de gestión para el mejoramiento de las actividades y los procedimientos que se llevan a cabo en el área de almacenamiento de productos. Para esto, se procedió a realizar y aplicar cada "S", acorde a lo establecido en la metodología diseñada, con el propósito de mejorar el nivel de limpieza y organización de la bodega. Esto se realizó con el acompañamiento del líder designado para el proceso y los auxiliares correspondientes, encargados de las labores en esta área.

- **Seiri (Clasificación).** Se realizó el inventario de los elementos, materiales, insumos y productos, útiles y funcionales, en el área de almacenamiento. Se hizo la distribución de los objetos, de acuerdo con el diagrama de flujo para la clasificación, establecido en el *Apéndice 32*. Se dejó un registro de los elementos que no generaban ningún valor o no servían, y se clasificaron según el tipo de residuo que representaban. Finalmente, se desecharon las cosas consideradas "inútiles e inservibles" para el desarrollo de las actividades en la bodega.
- **Seiton (Organizar).** Se organizaron y ubicaron los elementos con algún valor, función o en buen estado, de acuerdo con criterios como: Utilidad, requerimiento, recurrencia de uso, nivel de inventario, puesto lógico y ubicaciones estratégicas, para el mejoramiento del flujo de movimientos, el despeje de las zonas de tránsito y la optimización de los espacios disponibles en la bodega. Adicionalmente, se tuvieron en cuenta factores como: La seguridad, que no se puedan caer o generar algún tipo de obstrucción; la calidad, que no se deterioren, oxiden o general algún riesgo para los

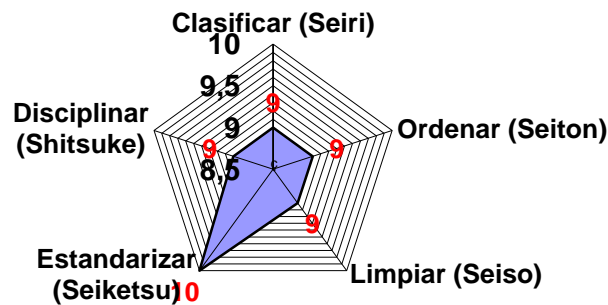
trabajadores y la eficacia, que permitan minimizar el tiempo perdido en la búsqueda de los materiales y los productos.

- **Seiso (Limpieza).** Se realizó una revisión del área general de almacenamiento, identificando elementos que se pudieran disponer como basura, teniendo en cuenta la respectiva clasificación de los desechos. Se realizó la jornada de aseo y limpieza de los pisos, estanterías y demás zonas, correspondientes a la bodega. Se estandarizó el proceso de limpieza y desinfección de los materiales y los productos que hacen parte del área y se llenaron los respectivos registros, diseñados para mantener la organización y el control de esta etapa.
- **Seiketsu (Estandarizar).** Se estandarizaron los procesos de limpieza, desinfección y organización del almacén, mediante la implementación de los respectivos registros, que permiten realizar la medición y el control de la correcta aplicación de esta “S”. Se definieron los sitios fijos de las estanterías, los materiales y los productos que conforman el inventario, y se establecieron procedimientos, acordes a la metodología de 5’S establecida para el área de almacenamiento, para mantener el orden y la higiene del lugar.
- **Shitsuke (Disciplina).** Se informó a la directiva del hospital que se llegó al acuerdo con el líder del almacén y los respectivos auxiliares, de llevar el respectivo control de la implementación de esta herramienta, mediante el registro correspondiente de las actividades en los periodos de tiempo establecidos, y el respeto por las normas del sitio de trabajo, para la conservación de la salud y la promoción del bienestar integral del personal.

Finalmente, habiendo implementado la metodología 5'S en el área de almacenamiento del hospital, se procedió a realizar la prueba diagnóstica final de los resultados obtenidos con la herramienta ofimática. La información arrojada por el simulador del formulario sobre la implementación de las 5'S, se puede visualizar en la *Figura 20*.

Figura 13.

Análisis final cumplimiento de 5'S



En conclusión, a pesar que el impacto de la mejora mostró resultados favorables, el simulador de formulario sobre la implementación de las 5'S arrojó como resultado final una “necesidad de mejorar el sistema”, esto se puede observar en el *Apéndice 25*. Por ende, se espera que el líder de almacenamiento, junto con los auxiliares de bodega, adquieran realmente el compromiso de seguir desarrollando las medidas establecidas en la metodología elaborada y tomen las medidas correspondientes para seguir aportando al proceso de mejora continua en las diferentes áreas de la entidad de salud.

6.3.3.2 Implementación de la metodología de control de inventarios. Se realizó la jornada de inventariado de los productos en existencia que se encontraban en el almacén del hospital. Para ello, se hizo el respectivo proceso de registro de los materiales y productos en la base de datos de

la empresa, compuesta por un archivo Excel, el cual contiene el nombre código de cada elemento, las correspondientes existencias de productos, la cantidad registrada después de la verificación, el valor unitario, la unidad de medida y el costo monetario que representa para el almacén. Esta información se puede encontrar en el Apéndice 26.

Como metodología para el control del inventario realizado, se implementó la metodología de clasificación ABC, la cual consistió en efectuar un análisis Pareto, para organizar los artículos del inventario en categorías, de acuerdo con su grado de importancia. Para el desarrollo de dicha clasificación, se usó la medida del valor monetario por unidad, con el propósito de identificar los productos que generan el mayor movimiento de dinero dentro del almacén. El procedimiento realizado para la clasificación ABC, se resume en los siguientes pasos:

- Se seleccionó el criterio de valor. Para esto, se consideró la opinión del líder del proceso de almacenamiento, quien consideró que la medida a utilizar era el valor monetario por unidad.
- Se ordenaron los elementos por orden de importancia, teniendo en cuenta su valor monetario.
- Se calculó, para cada artículo, el porcentaje acumulado que representaba dicho valor y el porcentaje de número de artículos.
- Se construyó la gráfica del porcentaje acumulado de número de productos en función del porcentaje acumulado del valor.
- Se clasificaron los elementos, de acuerdo con su nivel de importancia, en las categorías A, B o C. Teniendo en cuenta que: En la categoría A, se ubicaron los artículos de mayor valor; en la categoría B, los productos de valor relativamente medio y en la categoría C, los

elementos de menor valor de importancia, pero que igual representan un costo para el almacén. Todo esto, se puede evidenciar mejor en la *Figura 21*.

Figura 14.

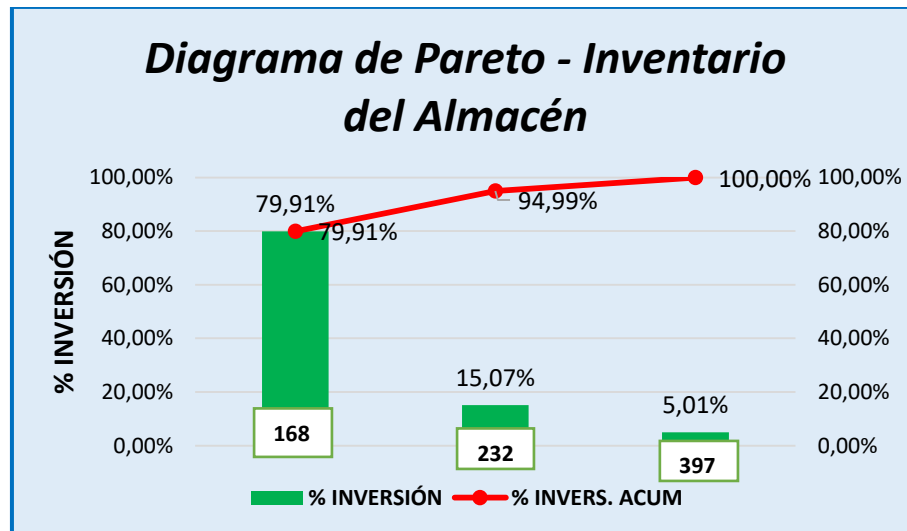
Resumen de la clasificación ABC del inventario del almacén del hospital

	ZONA	% INVERSIÓN	N° CÓDIGOS	% INVENTARIO	% INV. ACUM.
0-80%	A	79,9115%	168	21,0790%	21,0790%
80-95%	B	15,0749%	232	29,1092%	50,1882%
95-100%	C	5,0136%	397	49,8118%	100,0000%
	TOTAL	100,0000%	797	100,0000%	

Nota. Datos obtenidos del apéndice 35. Inventario de existencias del almacén

En conclusión, en la zona A se identificaron 168 códigos de elementos, esto representó un porcentaje del 21,079% de los artículos en inventario, generando un valor monetario del 79,9115%. En la zona B se encontraron 232 códigos de elementos, esto representó el 29,1092% de los artículos en inventario, generando un valor monetario del 15,0749%. Finalmente, en la zona C se identificaron 397 códigos de producto, esto representó el 49,8118% de los artículos en inventario, generando un valor monetario del 5,0136%.

Adicionalmente, se realizó el diagrama de Pareto que resume y plasma, de manera gráfica, la situación de los inventarios en el almacén de la E.S.E. HMEP del Sur – Bolívar, como se puede apreciar en la *Figura 22*.

Figura 15.*Diagrama de Pareto – Inventario del Almacén del Hospital*

Esto permitió concluir que los artículos de mayor relevancia, según la cantidad de existencias y el valor monetario que representaban, son elementos tales como: Tanques de oxígeno, medicamentos especializados, equipos hospitalarios y computacionales, papelería de uso diario (carpetas, historias clínicas, folletos, formatos, carnets, etc.), artículos de oficina e insumos para labores administrativas, útiles para el aseo general especializado del hospital, entre otros. Adicionalmente, que los artículos de menor relevancia, con respecto a cantidad y valor monetario, están representados por elementos tales como: Papelería de menor prioridad (hojas reciclables, hojas de colores, cintas, huelleros, talonarios, clips, etc.), libros de contabilidad, otros artículos de limpieza de las áreas, insumos para eventos del hospital, tarros medidores, bolsas, conos para equipos hospitalarios, entre otros.

6.3.3.3 Implementación de Poka Yokes informativos en las áreas de almacenamiento. Los poka-yokes son un mecanismo de aseguramiento de la calidad, creados con el firme propósito de

evitar al máximo los errores ocasionados por fuentes humanas, para precisar y controlar las operaciones que componen una actividad o un proceso, mediante elementos de fácil y rápida detección, como un recurso de apoyo para el personal del área. En este caso, se implementó una herramienta de poka-yoke informativo, el cual se diseñó en la etapa de aplicación de Seiketsu (Estandarizar), durante el desarrollo de la metodología de las 5'S. El objetivo de éstos, fueron generar mecanismos visuales, de fácil y ágil identificación, que permitieron a los operadores prevenir los respectivos errores que se venían presentado, con respecto a la ubicación de los diferentes productos de la bodega, en las áreas de almacenamiento. La implementación de esta herramienta, se realizó de la siguiente manera:

- Se identificó la falla más común y relevante en el proceso de almacenamiento e inventario. Para esto, se contó con el apoyo de los casos y testimonios por parte del personal de bodega, quienes resaltaron que, al no tener una ayuda visual ágil, sencilla de entender y de rápida identificación, solían cometer errores frecuentes en la ubicación de los materiales y productos. Por ende, se decidió implementar un mecanismo poka-yoke visual informativo, que permitiera reducir la posibilidad de cometer errores, contribuir al mejoramiento de la calidad del proceso, evitar riesgos y peligros debido a fallas humanas, reducir tiempos de búsqueda y ubicación de elementos, mediante la identificación de las respectivas estanterías.
- Se diseñó el tipo de elemento visual que se iba a utilizar para generar recordación de los espacios destinados a la ubicación específica de ciertos productos. Esto se realizó mediante la implementación de avisos, señales e imágenes, distribuidas por todas las estanterías, donde se podía identificar características como: Imagen del producto,

código utilizado para el control de inventario, nombre del tipo, familia y/o clase a la que pertenecía el artículo y señalizaciones de cómo y dónde se encontraba antes de tomarlo, como se puede evidenciar en la *Figura 23*.

Figura 16.

Imágenes de la Implementación de poka-yokes visuales informativos



- Finalmente, se estableció un seguimiento de la efectividad de los controles diseñados para la fácil identificación de los elementos en el área de almacenamiento, el encargado de hacer dicha medición de efectividad fue el líder de calidad de la empresa, en compañía de la encargada de seguridad y salud en el trabajo, con quienes se llegó al acuerdo de seguir indagando otras alternativas de mejora, mediante la implementación de esta herramienta, en otras áreas de los respectivos procesos de apoyo, donde tuviera mayor utilidad para el desarrollo de las actividades y las labores del personal, contribuyendo a la mejora continua de los procesos de la empresa.

6.4. Fase IV. Diseño e Implementación del Sistema de Indicadores

El análisis de los datos generados durante el desarrollo de las diferentes actividades de la organización, debe ser transformado en información relevante que permita evaluar el desempeño de los procesos, realizar la toma de decisiones y contribuir al proceso de mejora continua. Es por esto que, la definición de los indicadores de gestión es una actividad prioritaria e importante que refleja el impacto y las consecuencias de las acciones realizadas en un corto, mediano o largo plazo. El propósito de estos controles básicos de gestión es reflejar datos veraces, sencillos de interpretar y confiables, frecuentemente, para evaluar el desempeño y los resultados obtenidos, en relación al cumplimiento de un objetivo, meta o propósito por parte de la empresa. La correcta implementación de esta herramienta, permite establecer las condiciones reales en un momento determinado y proporcionar el panorama de cualquier proceso de la compañía. Adicionalmente, el uso óptimo y eficiente de los indicadores, permite predecir y tomar medidas oportunas con respecto a situaciones concretas que se están presentando o que pueden afectar, de manera positiva o negativa, los intereses y el cumplimiento de los objetivos de la organización.

Después de la fase III, relacionada con la implementación de las propuestas de mejora aprobadas; se procedió al diseño e implementación de un sistema de indicadores, de acuerdo con la temática desarrollada en el presente proyecto y las necesidades de medición de las actividades que se llevan a cabo en los procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP. Para ello, se realizó la evaluación de las respectivas listas de chequeo finales, en las cuales se pudo ver reflejado el grado de cumplimiento de las especificaciones contenidas en los distintos ítems de la checklist, en relación con las condiciones encontradas en el diagnóstico inicial.

6.4.1. Resultados de las Listas de Chequeo Finales.

En esta etapa, se realizó la inspección de las condiciones finales en las que se encontraban los procesos de apoyo, después de la implementación de las mejoras aprobadas. Para ello, fue necesario el acompañamiento del líder de calidad, quien vigiló y verificó el proceso de evaluación y control de la información registrada, durante el desarrollo de esta actividad en los diferentes procesos. Esto se hizo mediante la aplicación de las correspondientes listas de verificación, con el propósito de contrastar los resultados finales y los datos obtenidos en el diagnóstico inicial. Dichas listas se pueden evidenciar en los siguientes apéndices.

Inicialmente, se realizó la revisión documental final correspondiente a los procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP del Sur – Bolívar, como se puede observar en el *Apéndice 27*; en donde se encuentra la descripción documental de cada proceso, el porcentaje de cumplimiento alcanzado por cada uno después de la implementación de las mejoras y el porcentaje general de cumplimiento logrado. En la *Tabla 21*, se muestran los resultados obtenidos por cada aspecto de la lista.

Tabla 18

Resultados revisión documental final – Procesos de Apoyo

PROCESO	% CUMPLIMIENTO FINAL
Gestión del Talento Humano	90%
Gestión Financiera	100%
Gestión de la Información	100%
Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos	90%

Una vez se tuvieron los resultados porcentuales del cumplimiento final de la revisión documental, estos se contrastaron con los datos obtenidos en el diagnóstico inicial y se pudo observar el porcentaje de mejoramiento alcanzado con la implementación del presente proyecto, como se muestra en la *Figura 24*.

Figura 17.

Contraste de resultados revisión documental final – Procesos de Apoyo.

PROCESO	% CUMPLIMIENTO		% MEJORAMIENTO
	INICIAL	FINAL	
Gestión del Talento Humano	40,00%	90,00%	125,00%
Gestión Financiera	40,00%	100,00%	150,00%
Gestión de la Información	40,00%	100,00%	150,00%
Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos	10,00%	90,00%	800,00%

Nota. Información recolectada por el autor del proyecto en la aplicación de las listas de revisión documental.

Teniendo en cuenta la información arrojada por los datos contrastados, se pudo concluir que hubo un incremento significativo en todos los procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP del Sur – Bolívar, con relación al sistema de gestión documental. Especialmente, en el proceso de gestión de recursos físicos y tecnológicos, donde se puede evidenciar que el impacto del mejoramiento fue mayor, debido a la falta de interés de análisis para efectos de estudios y mejoras, poca relevancia de llevar registros de la información existente e ineficiente gestión de los datos recolectados durante el desarrollo de las diferentes actividades del proceso. Sin embargo, los resultados

favorables de la implementación documental, reflejan un arduo y eficaz trabajo realizado en el sistema de gestión de la empresa, relacionado a los archivos y registros que se llevan como evidencia para el respectivo control y evaluación del proceso de mejora continua de dichos procesos.

Luego, se realizó la revisión de los aspectos generales finales de los procesos de apoyo en la E.S.E. HMEP del Sur – Bolívar, como se puede observar en el *Apéndice 28*; en el cual se puede encontrar las diferentes características a evaluar en cada uno de los aspectos de la lista, el porcentaje de cumplimiento por cada condición descrita, el porcentaje de cumplimiento individual y el porcentaje del nivel de cumplimiento general de la lista de verificación de aspectos generales. A continuación, en la *Tabla 22*, se muestran los resultados finales obtenidos.

Tabla 19

Resultados de condiciones generales finales – Procesos de Apoyo

CARACTERÍSTICA A EVALUAR	% CUMPLIMIENTO FINAL
Procesos	85,71%
Producción del Servicio	75%
Ambiente de Trabajo	91,67%
Talento Humano	91,67%
Cliente	75%
Sistema de Información	75%
Mejora	91,67%

Teniendo los resultados porcentuales del cumplimiento final de las condiciones generales, estos se contrastaron con los datos obtenidos de los aspectos evaluados en el diagnóstico inicial y se pudo observar el porcentaje de mejoramiento alcanzado con la implementación del presente proyecto, como se muestra en la *Figura 25*.

Figura 18.

Contraste de resultados condiciones generales finales – Procesos de Apoyo

CARACTERÍSTICAS A EVALUAR	% CUMPLIMIENTO		% MEJORAMIENTO
	INICIAL	FINAL	
Procesos	21,43%	85,71%	299,95%
Producción del Servicio	41,67%	75%	79,98%
Ambiente de Trabajo	50%	91,67%	83,34%
Talento Humano	66,67%	91,67%	37,50%
Cliente	41,67%	75%	79,98%
Sistemas de Información	41,67%	75%	79,98%
Mejora	33,33%	91,67%	175,04%

Nota. Información recolectada por el autor del proyecto en la aplicación de las listas de condiciones generales.

De acuerdo con la información suministrada por los datos contrastados, se pudo concluir que, el incremento con respecto a los aspectos generales de la lista de verificación, fue bastante significativo, generando un impacto positivo en todas las condiciones evaluadas. Dicho incremento fue alto, en relación con las condiciones iniciales, debido a la falta de compromiso por parte de la directiva con temáticas enfocadas al cumplimiento de los objetivos y la planificación estratégica

de la organización, el nulo interés por un proceso de mejora continua por parte del hospital y el bajo nivel de cumplimiento de las características básicas, necesarias para el óptimo funcionamiento de las labores y el desarrollo de sistema de prestación de servicios efectivo. Cabe resaltar los resultados de aspectos importantes como: Procesos y Mejora; los cuales obtuvieron un porcentaje de cumplimiento superior a los demás. Esto reflejó el propósito de la orientación y el enfoque del presente proyecto hacia el mejoramiento de los procesos de apoyo de la empresa, contribuyendo de manera relevante a la implementación del sistema de mejora continua y apoyando al sistema de gestión de la calidad para el óptimo desarrollo de actividades y procedimientos, óptimos, estandarizados y eficientes.

Después, se realizó la evaluación final de la gestión de almacenamiento que se lleva a cabo en la E.S.E. HMEP del Sur – Bolívar, como se puede observar en el *Apéndice 29*; en donde se puede evidenciar los ítems de la lista de chequeo, la periodicidad en la que se cumplen las distintas características y las correspondientes observaciones del estado de dichos ítems. En la *Tabla 23*, se representan los resultados porcentuales, obtenidos de la aplicación de la evaluación al proceso de gestión de almacenamiento.

Tabla 20

Resultados lista de chequeo final – Gestión de Almacenamiento

PERIODICIDAD	% CUMPLIMIENTO FINAL
Siempre	80%
A veces	10%
Nunca	10%

Una vez se tuvieron los resultados porcentuales de la lista de chequeo final de la gestión de almacenamiento, estos se contrastaron con los datos obtenidos en el diagnóstico inicial y se pudo observar el porcentaje de mejoramiento alcanzado con la implementación del presente proyecto, como se muestra en la *Figura 26*.

Figura 19.

Contraste de resultados lista de chequeo final – Gestión de Almacenamiento.

PERIODICIDAD	% CUMPLIMIENTO		% MEJORAMIENTO
	INICIAL	FINAL	
Siempre	26,67%	80%	199,96%
A veces	23,33%	10%	57,14%
Nunca	50%	10%	80%

Nota. Información recolectada por el autor del proyecto en la aplicación de las listas de chequeo.

Teniendo en cuenta la información mostrada por los datos contrastados anteriormente, se pudo concluir que la implementación impactó de manera positiva la gestión del almacenamiento debido al mayor cumplimiento de los ítems de la respectiva lista de verificación. Como se puede observar, el significativo incremento en la característica “siempre” y la reducción considerable de la característica “nunca”, permite reflejar que, con la implementación de las mejoras físicas y documentales, desarrolladas en el área de almacenamiento, se contribuyó a una mejor gestión del área. Cabe resaltar que, al inicio del presente proyecto, el almacenamiento de los materiales e insumos era un proceso que no contaba con procedimientos y actividades estandarizadas, no existían registros formales de ningún tipo, los formatos eran diligenciados incorrectamente o no se diligenciaban en algunos casos. Por ende, el aporte de las respectivas propuestas implementadas,

generó un cambio significativo en la forma de realizar las labores de almacenamiento, garantizando procesos estándar, control de registros, inventarios y organización, en general, de este proceso.

Finalmente, se realizó la respectiva revisión de los aspectos relevantes en la gestión de los inventarios de la E.S.E. HMEP del Sur- Bolívar, como se puede detallar de mejora manera en el *Apéndice 30*; en el cual se pueden observar los diferentes ítems que debe cumplir para un correcto manejo y control de los inventarios, la periodicidad en la que se cumplen las distintas características y las correspondientes observaciones del estado de dichos ítems. A continuación, en la *Tabla 24*, se muestran los resultados finales obtenidos.

Tabla 21

Resultados lista de chequeo final – Gestión de Inventarios

PERIODICIDAD	% CUMPLIMIENTO FINAL
Siempre	76,47%
A veces	17,64%
Nunca	5,89%

Teniendo los resultados porcentuales obtenidos de la lista de verificación de la gestión de inventarios, se contrastaron con los datos obtenidos de los aspectos evaluados en el diagnóstico inicial y se pudo observar el porcentaje de mejoramiento alcanzado con la implementación del presente proyecto, como se muestra en la *Figura 27*.

Figura 20.

Contraste de resultados lista de chequeo final – Gestión de Inventarios.

PERIODICIDAD	% CUMPLIMIENTO		% MEJORAMIENTO
	INICIAL	FINAL	
Siempre	17,00%	76,47%	349,82%
A veces	42,00%	17,64%	58%
Nunca	41,00%	5,89%	85,63%

Nota. Información recolectada por el autor del proyecto en la aplicación de las listas de chequeo.

Teniendo en cuenta la información mostrada por los datos contrastados anteriormente, se pudo concluir que la implementación impactó de manera positiva la gestión de inventarios, debido al mejoramiento del proceso en general, lo que generó un mayor cumplimiento de los ítems de la respectiva lista de verificación.

6.4.2. Sistema de Indicadores.

Después de realizar la aplicación final de las listas de chequeo para evaluar el avance de los procesos de apoyo con respecto a las mejoras implementadas, se elaboró y estableció el correspondiente sistema de indicadores, con el propósito de expresar los resultados obtenidos de una manera cuantitativa y reflejar el desempeño de dichos procesos, mediante una magnitud que sirvió como referencia para ser comparada con los datos recopilados en el diagnóstico inicial. La implementación de este sistema de medición se hizo con la intención de proporcionarle a la organización: Medidas de rendimiento con respecto a la satisfacción de los clientes, que permitiera identificar las prioridades del hospital; monitoreo de los procesos para hacer el respectivo control

y seguimiento, mediante la implementación de herramientas básicas y en pro del mejoramiento continuo; alternativas de mejora para los respectivos procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP, que permitieran optimizar las actividades y los procedimientos desarrollados en las diferentes áreas y una herramienta adecuada que le permita a la empresa conocer si se están cumpliendo los requisitos básicos necesarios, si se están alcanzando las metas establecidas y si se están logrando los objetivos definidos por las directivas del hospital.

Para el desarrollo de esta etapa y pensando en el mejoramiento de los procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP del Sur - Bolívar, se diseñaron e implementaron los respectivos indicadores, orientados a medir y evaluar, de forma cuantitativa, el impacto generado por las mejoras desarrolladas y el comportamiento de dichos procesos con las acciones llevadas a cabo. Las fichas correspondientes a los indicadores realizados, se pueden encontrar en el *Apéndice 31*, donde se puede visualizar, de mejor manera, el respectivo sistema de indicadores de gestión. Dichos indicadores están orientados a proveer información y controlar temas como: El sistema de gestión documental, el cumplimiento de las condiciones generales de los procesos de apoyo, la óptima gestión de los procesos de almacenamiento e inventarios, el nivel de desempeño del personal, el cumplimiento de las políticas de seguridad de la información, las fallas en los equipos médicos y la calidad de la atención a los usuarios del hospital.

Figura 21.

Indicador Revisión Documental del Proceso (RDP)

<p>NOMBRE DEL INDICADOR</p>	<p><i>Revisión Documental del Proceso (RDP).</i></p>
--	--

OBJETIVO	<i>Evaluar el cumplimiento de la documentación existente por proceso y a nivel general, de acuerdo con lo establecido en la lista de revisión documental, para visualizar que los archivos cumplan con las características y especificaciones requeridas, y condicionar los que requieren acciones de mejora inmediatas para establecer un sistema de gestión documental óptimo y completo.</i>		
CÁLCULO	$RDP = \frac{\text{Puntaje obtenido en la revisión documental por proceso}}{\text{Puntaje máximo de la lista de chequeo - Revisión Documental}} * 100$		
UNIDAD DE MEDIDA	<i>Porcentaje (%)</i>	PERIODICIDAD	<i>Semestral</i>
META	<i>Puntaje superior o igual al 90% de cumplimiento.</i>		

Figura 22.*Indicador Cumplimiento de Condiciones Generales del Proceso (CCGP)*

NOMBRE DEL INDICADOR	<i>Cumplimiento de Condiciones Generales del Proceso (CCGP).</i>		
OBJETIVO	<i>Evaluar el cumplimiento de las características generales de los procesos de apoyo, de acuerdo con lo establecido en la lista de chequeo - Evaluación de Condiciones Generales, para visualizar el impacto generado por las mejoras implementadas.</i>		
CÁLCULO	$CCGP = \frac{\text{Puntaje de cumplimiento obtenido de Condiciones Generales}}{\text{Puntaje máximo de la lista de chequeo - Condiciones Generales}} * 100$		
UNIDAD DE MEDIDA	<i>Porcentaje (%)</i>	PERIODICIDAD	<i>Semestral</i>
META	<i>Puntaje superior o igual al 90% de cumplimiento.</i>		

Figura 23.

Indicador Nivel de Cumplimiento Gestión de Almacenamiento (NCGA)

NOMBRE DEL INDICADOR	<i>Nivel de Cumplimiento Gestión de Almacenamiento (NCGA).</i>		
OBJETIVO	<i>Evaluar el nivel cumplimiento de las características de Gestión de Almacenamiento, de acuerdo con lo establecido en la lista de chequeo - Gestión de Almacenamiento, para visualizar el impacto generado por las mejoras implementadas en el proceso de gestión del almacenamiento.</i>		
CÁLCULO	$NCGA = \frac{\text{Puntaje de referencia SIEMPRE} + \text{Puntaje referencia AVECES}}{\text{Puntaje máximo de la Lista de Gestión de Almacenamiento}} * 100$ <p>CUMPLIENDO: ≥80% Siempre <20% y >15% A veces ≤90% Nunca</p>		
UNIDAD DE MEDIDA	<i>Porcentaje (%)</i>	PERIODICIDAD	<i>Semestral</i>
META	<i>Puntaje superior o igual al 90% de cumplimiento.</i>		

Figura 24.

Indicador Nivel de Cumplimiento Gestión de Inventarios (NCGI)

NOMBRE DEL INDICADOR	<i>Nivel de Cumplimiento Gestión de Inventarios (NCGI).</i>		
OBJETIVO	<i>Evaluar el nivel cumplimiento general de las condiciones de Gestión de Inventarios, de acuerdo con lo establecido en la lista de chequeo - Gestión de Inventarios, para visualizar el impacto generado por las mejoras implementadas en el proceso de gestión de inventarios.</i>		

CÁLCULO	$NCGI = \frac{\text{Puntaje de referencia SIEMPRE} + \text{Puntaje referencia A VECES}}{\text{Puntaje máximo de la Lista de Gestión de Inventarios}} * 100$		
CUMPLIENDO:	<div style="display: inline-block; width: 20px; height: 10px; background-color: green; margin-right: 5px;"></div> ≥80% Siempre	<div style="display: inline-block; width: 20px; height: 10px; background-color: yellow; margin-right: 5px;"></div> <20% y >15% A veces	<div style="display: inline-block; width: 20px; height: 10px; background-color: red; margin-right: 5px;"></div> ≤90% Nunca
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje (%)	PERIODICIDAD	Semestral
META	Puntaje superior o igual al 90% de cumplimiento.		

Figura 25.

Indicador Evaluación de Desempeño (EDD)

NOMBRE DEL INDICADOR	Evaluación de Desempeño (EDD).		
OBJETIVO	Medir los resultados obtenidos en la aplicación de la Evaluación de Desempeño a los funcionarios de los procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP, para evaluar el impacto generado por las capacitaciones realizadas al personal.		
CÁLCULO	$EDD = \frac{\text{Número de evaluaciones aprobadas}}{\text{Total de evaluaciones realizadas al personal}} * 100$		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje (%)	PERIODICIDAD	Semestral
META	Puntaje superior o igual al 90% de evaluaciones aprobadas.		

Figura 26.

Indicador Cumplimiento de Políticas de Seguridad de la Información (CPSI)

NOMBRE DEL INDICADOR	Cumplimiento de Políticas de Seguridad de la Información (CPSI).		
-----------------------------	--	--	--

OBJETIVO	<i>Identificar el nivel de estructuración de los procesos de apoyo de la entidad, orientados a la seguridad de la información en la E.S.E. HMEP, de acuerdo con las medidas y políticas establecidas en el presente proyecto, en relación a este proceso de gestión de la información.</i>		
CÁLCULO	$CPSI = \frac{\text{Número de políticas implementadas}}{\text{Total de políticas aplicables}} * 100$		
UNIDAD DE MEDIDA	<i>Porcentaje (%)</i>	PERIODICIDAD	<i>Semestral</i>
META	<i>Puntaje superior o igual al 90% de cumplimiento.</i>		

Figura 27.

Indicador Fallas de los Equipos Médicos y Biomédicos (FEMB)

NOMBRE DEL INDICADOR	<i>Fallas de los Equipos Médicos y Biomédicos (FEMB).</i>		
OBJETIVO	<i>Evaluar las fallas presentadas en los diferentes equipos de tipo médicos y biomédicos que puedan dificultar el desarrollo misional y operativo, para evaluar el nivel de mejoramiento de la gestión de los recursos físicos y tecnológicos de la E.S.E. HMEP.</i>		
CÁLCULO	$FEMB = \frac{\text{Cantidad de fallas en los equipos}}{\text{Total de equipos}} * 100$		
UNIDAD DE MEDIDA	<i>Porcentaje (%)</i>	PERIODICIDAD	<i>Semestral</i>
META	<i>Puntaje inferior o igual al 20% de fallas.</i>		

Figura 28.*Indicador Atención al Usuario (ATU)*

NOMBRE DEL INDICADOR	<i>Atención al Usuario (ATU).</i>		
OBJETIVO	<i>Medir en nivel de satisfacción y conformidad de los usuarios que ingresan al hospital, respecto a la atención de sus necesidades, la solución de sus PQR y el servicio prestado por parte de los funcionarios que hacen parte de la E.S.E. HMEP.</i>		
CÁLCULO	$ATU = \frac{\text{Número de pacientes satisfechos en la E. S. E. HMEP}}{\text{Número de pacientes totales encuestados}} * 100$		
UNIDAD DE MEDIDA	<i>Porcentaje (%)</i>	PERIODICIDAD	<i>Mensual</i>
META	<i>Puntaje superior o igual al 90% de satisfechos.</i>		

6.5. Fase 5. Presentación de los Resultados

6.5.1. Resultados obtenidos de la implementación de los indicadores.

Una vez se diseñó y elaboró el sistema de indicadores de gestión; se realizó la medición cuantitativa de los efectos generados por las acciones desarrolladas y la eficacia de las mejoras implementadas en el presente proyecto, mediante el uso de los indicadores diseñados para los procesos de apoyo de E.S.E. HMEP del Sur-Bolívar. A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la comparación entre los datos del diagnóstico inicial, realizado en el mes de septiembre de 2019, con respecto a la información del diagnóstico final, realizado en el mes de

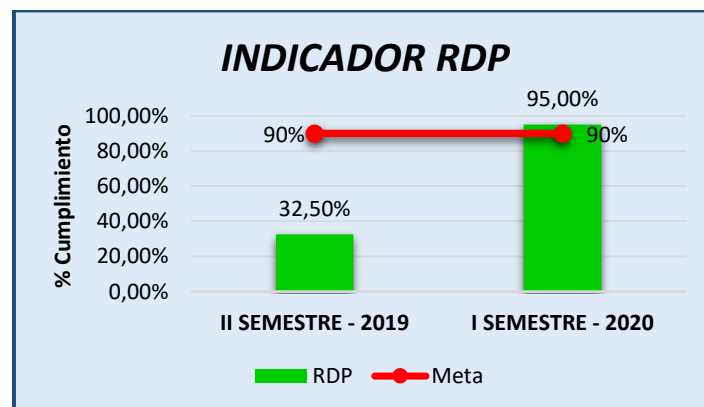
mayo de 2020, después de implementarse, durante el desarrollo de la práctica, las mejoras aprobadas propuestas en este proyecto.

✓ *Análisis del Indicador Revisión Documental del Proceso (RDP)*

Este indicador hace referencia al nivel de cumplimiento de los procesos, en relación a la revisión documental realizada en un periodo de tiempo determinado. Su propósito es identificar si el sistema de gestión documental de los procesos de apoyo de E.S.E. HMEP, cumple completamente con las condiciones especificadas por la lista de verificación. En este caso, se realizó la respectiva comparación entre los datos obtenidos en el diagnóstico inicial, con respecto a este indicador, y los resultados finales de la lista de revisión documental. En la *Figura 36*, se puede observar el porcentaje de cumplimiento del indicador RDP, previa y posteriormente, a la implementación de plan de mejoramiento. Se tomaron de referencia el II Semestre de 2019 y el I Semestre de 2020, respectivamente. El análisis de este índice entre la diferencia del diagnóstico inicial y final, reflejó un incremento del 62,5% de cumplimiento, lo que significó un porcentaje de mejora de 192,31%. Esto permitió concluir que, el aumento fue significativo en lo correspondiente a la revisión documental de los procesos de apoyo y se alcanzó la meta establecida en la ficha del indicador.

Figura 29.

Análisis del indicador RDP

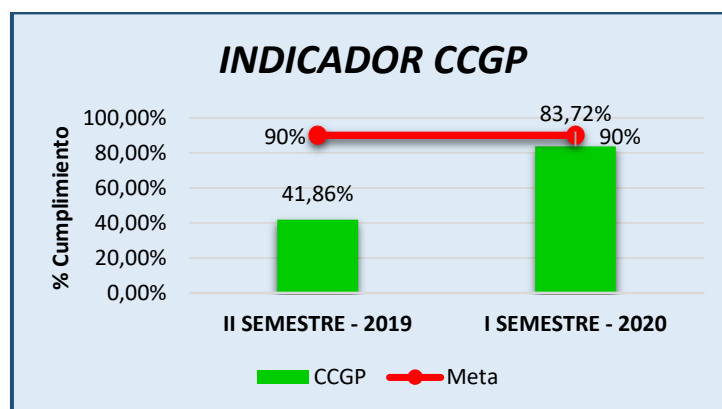


✓ *Análisis del Indicador Cumplimiento de Condiciones Generales de Procesos (CCGP)*

Este indicador hace referencia al cumplimiento de las características evaluadas, en la respectiva lista de verificación –Evaluación de las Condiciones Generales, con relación a la revisión realizada en un periodo de tiempo determinado. Su propósito es identificar si las condiciones de los procesos de apoyo en la E.S.E. HMEP, cumplen completamente con las características especificadas en la correspondiente checklist. En este caso, se realizó la respectiva comparación entre los datos obtenidos en el diagnóstico inicial, con respecto a este indicador, y los resultados finales de la lista de chequeo. En la *Figura 37*, se puede observar el porcentaje de cumplimiento del indicador CCGP, previa y posteriormente, a la implementación de plan de mejoramiento. Se tomaron de referencia el II Semestre de 2019 y el I Semestre de 2020, respectivamente. El análisis de este índice entre la diferencia del diagnóstico inicial y final, reflejó un incremento del 41,86% de cumplimiento, lo que significó un porcentaje de mejora de 100%. Esto permitió concluir que, a pesar que el aumento fue significativo en lo correspondiente a condiciones generales de los procesos de apoyo, no se alcanzó la meta establecida en la ficha del indicador, esto quiere decir que se debe seguir mejorando en este punto.

Figura 30.

Análisis del indicador CCGP

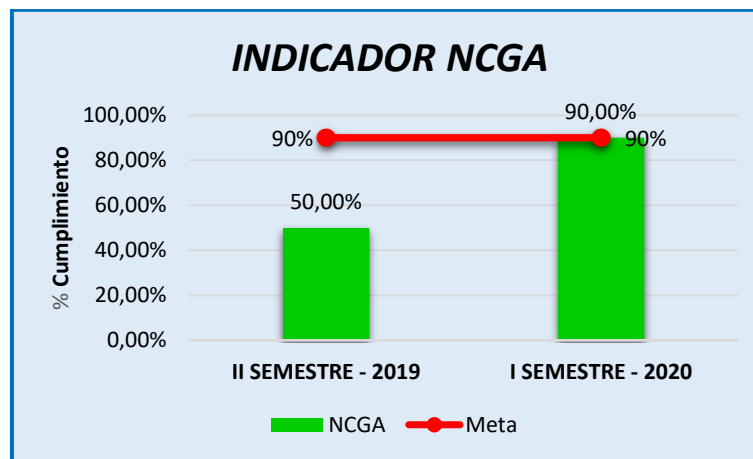


✓ *Análisis del Indicador Nivel de Cumplimiento Gestión de Almacenamiento (NCGA)*

Este indicador hace referencia al cumplimiento del proceso de almacenamiento, de acuerdo con lo establecido en la lista de chequeo de gestión del almacenamiento, con relación a la revisión realizada en un periodo de tiempo determinado. Su propósito es identificar si la manera en cómo se desarrollan las actividades en la bodega de la E.S.E. HMEP, cumple completamente con las características especificadas en la correspondiente checklist. Para ello, se realizó la respectiva comparación entre los datos obtenidos en el diagnóstico inicial, con respecto a este indicador, y los resultados finales de la lista de chequeo. En la *Figura 38*, se puede observar el porcentaje de cumplimiento del indicador NCGA, previa y posteriormente, a la implementación de plan de mejoramiento. Se tomaron de referencia el II Semestre de 2019 y el I Semestre de 2020, respectivamente. El análisis de este índice entre la diferencia del diagnóstico inicial y final, reflejó un incremento del 40% de cumplimiento, lo que significó un porcentaje de mejora de 125%. Esto permitió concluir que, el aumento fue significativo en lo correspondiente a la gestión del almacenamiento y se alcanzó la meta establecida en la ficha del indicador.

Figura 31.

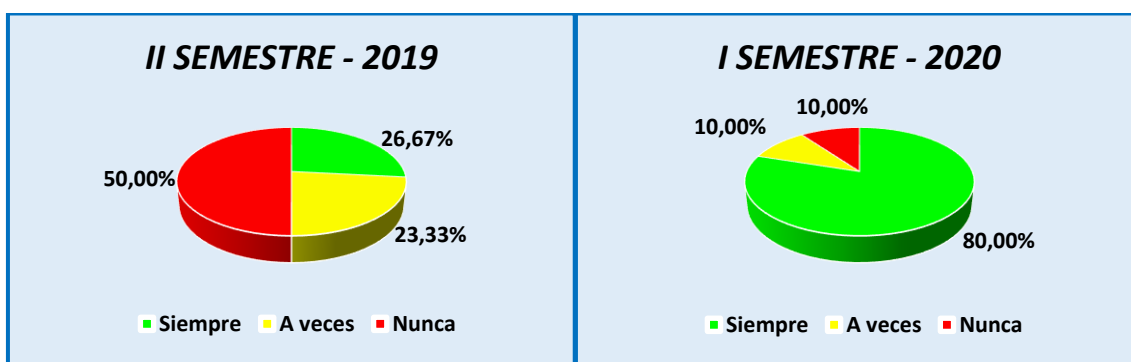
Análisis del indicador NCGA



Sin embargo, en la *Figura 39*, se puede verificar que, al comparar los resultados de las diferentes referencias de calificación de la respectiva lista de chequeo de gestión de almacenamiento, previa y posteriormente, a la implementación de las mejoras, existió un aumento significativo, pero no se cumplió con todas las restricciones establecidas por el indicador (*Siempre* $\geq 80\%$, *A veces* $< 20\%$ y $> 15\%$, *Nunca* $\leq 5\%$).

Figura 32.

Resultados de las referencias de calificación – Lista Gestión de Almacenamiento



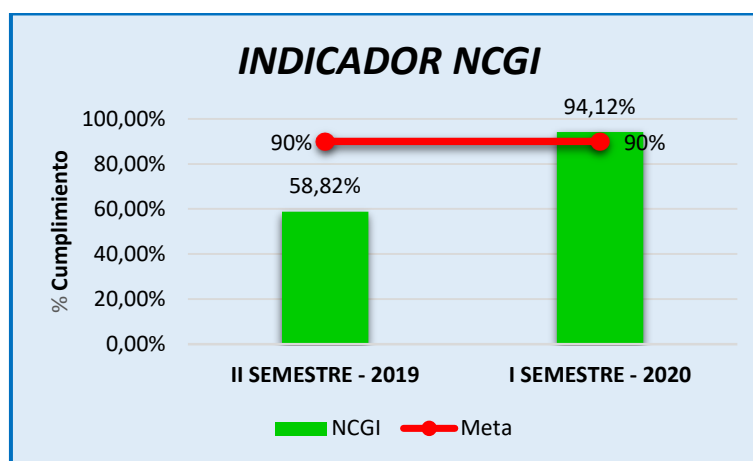
✓ *Análisis del Indicador Nivel de Cumplimiento Gestión de Inventario (NCGI)*

Este indicador hace referencia al cumplimiento del proceso de inventariado, de acuerdo con lo establecido en la lista de chequeo de gestión del inventario, con relación a la revisión realizada en un periodo de tiempo determinado. Su propósito es identificar si la manera en cómo se lleva a cabo la gestión del inventario en la E.S.E. HMEP, cumple completamente con las características especificadas en la correspondiente checklist. Para ello, se realizó la respectiva comparación entre los datos obtenidos en el diagnóstico inicial, con respecto a este indicador, y los resultados finales de la lista de chequeo. En la *Figura 40*, se puede observar el porcentaje de cumplimiento del indicador NCGI, previa y posteriormente, a la implementación de plan de mejoramiento. Se

tomaron de referencia el II Semestre de 2019 y el I Semestre de 2020, respectivamente. El análisis de este índice entre la diferencia del diagnóstico inicial y final, reflejó un incremento del 35,30% de cumplimiento, lo que significó un porcentaje de mejora de 60,01%. Esto permitió concluir que, el aumento fue significativo en lo correspondiente a la gestión del inventario y se alcanzó la meta establecida en la ficha del indicador.

Figura 33.

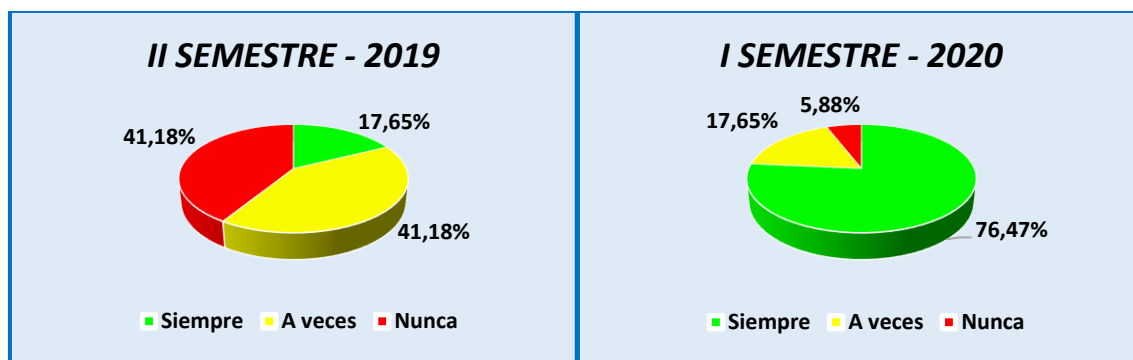
Análisis del indicador NCGI



Sin embargo, en la *Figura 41*, se puede verificar que, al comparar los resultados de las diferentes referencias de calificación de la respectiva lista de chequeo de gestión de inventarios, previa y posteriormente, a la implementación de las mejoras, existió un aumento significativo, pero no se cumplió con todas las restricciones establecidas por el indicador (*Siempre $\geq 80\%$, A veces $< 20\%$ y $> 15\%$, Nunca $\leq 5\%$*).

Figura 34.

Resultados de las referencias de calificación – Lista Gestión de Inventario



✓ *Análisis del Indicador Evaluación de Desempeño (EDD)*

Este indicador permite medir el resultado obtenido en la aplicación de la evaluación de desempeño a los funcionarios, en este caso, a los involucrados con los procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP del Sur - Bolívar. Para ello, se realizó una comparación entre los datos históricos suministrados por el proceso de gestión del talento humano, con respecto a las correspondientes evaluaciones presentadas y aprobadas por los trabajadores de las diferentes áreas de dichos procesos, tanto en el II Semestre de 2019 como en el I Semestre de 2020. Las evaluaciones tomadas para el estudio y cálculo del indicador, fueron realizadas por el personal de la entidad, encargado de esta actividad. En este caso, se tomó como referencia la información suministrada por los registros del hospital, como se puede evidenciar en la *Tabla 25*.

Tabla 22

Registro de evaluaciones de desempeño aplicadas y aprobadas

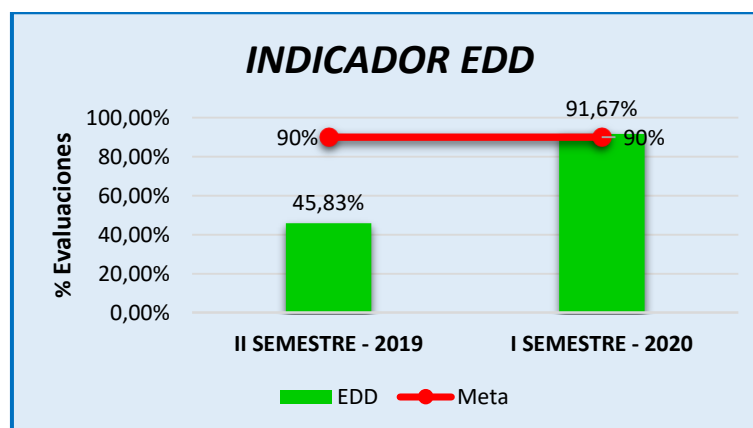
	II SEMESTRE - 2019	I SEMESTRE - 2020
<i>Evaluaciones aprobadas</i>	11	22

Tabla 22*(Continuación)*

Total de personal - Procesos de apoyo	24	24
EDD	45,83%	91,67%
Meta	90%	90%

Nota: Datos suministrados por el líder del proceso de gestión de talento humano de la E.S.E. HMEP del Sur-Bolívar.

Teniendo en cuenta la información suministrada con respecto a las evaluaciones de desempeño aplicadas, se realizó la medición del indicador EDD. En la *Figura 42*, se observan los resultados obtenidos del análisis de este índice, el cual reflejó un incremento del 45,84% de evaluaciones, lo que significó un porcentaje de mejora de 100,02% con relación a este aspecto. Esto permitió concluir que, el aumento fue significativo en lo correspondiente a la evaluación de desempeño y se alcanzó la meta establecida en la ficha del indicador.

Figura 35.*Análisis del indicador EDD*

✓ *Análisis del Indicador Cumplimiento de Políticas de Seguridad de la Información (CPSI)*

Este indicador permite identificar el nivel de estructuración de los diferentes procesos de apoyo en la entidad de salud, orientados a la seguridad de la información de la E.S.E. HMEP del Sur – Bolívar. Para ello, se realizó una comparación entre los datos históricos suministrados por el proceso de gestión de la información, con respecto a las correspondientes políticas de seguridad establecidas para las diferentes áreas de dichos procesos, tanto en el II Semestre de 2019 como en el I Semestre de 2020. Los registros suministrados por el líder de gestión de la información, se pueden visualizar en la *Tabla 26*.

Tabla 23

Registro de políticas de seguridad de la información aplicadas

	II SEMESTRE - 2019	I SEMESTRE - 2020
<i>Políticas implementadas</i>	2	4
<i>Total políticas aplicables</i>	4	4
<i>CPSI</i>	50,00%	100,00%
<i>Meta</i>	90%	90%

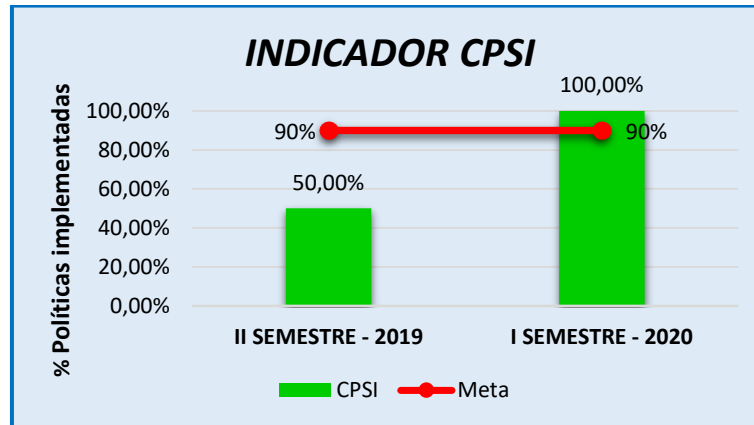
Nota: Datos suministrados por el líder del proceso de gestión de la información de E.S.E. HMEP del Sur-Bolívar.

De acuerdo con la información suministrada respecto a las políticas de seguridad de la información aplicadas, se realizó la medición del indicador CPSI. En la *Figura 43*, se observan los resultados obtenidos del análisis de este índice, el cual reflejó un incremento del 45,84% de evaluaciones, lo que significó un porcentaje de mejora de 100,02% con relación a este aspecto.

Esto permitió concluir que, el aumento fue significativo en lo correspondiente al cumplimiento de políticas de seguridad de la información y se alcanzó la meta establecida en la ficha del indicador.

Figura 36.

Análisis del indicador CPSI



✓ *Análisis del Indicador Fallas en Equipos Médicos y Biomédicos (FEMB)*

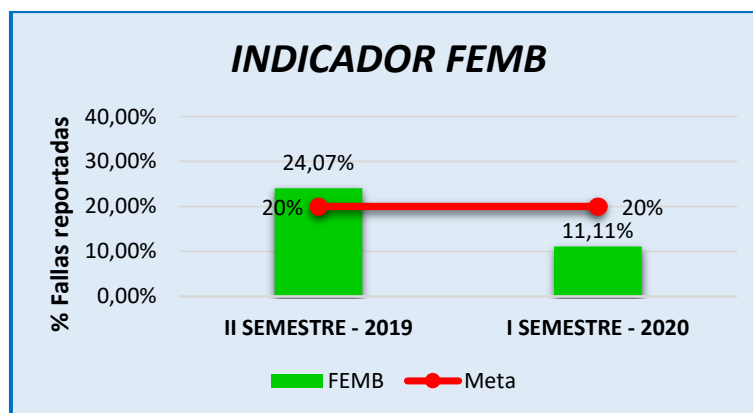
Este indicador permite definir las fallas presentadas por los diferentes equipos médicos y biomédicos, que puedan dificultar el desarrollo misional y operativo de las funciones en la E.S.E. HMEP del Sur - Bolívar, para evaluar el nivel de mejoramiento de la gestión de los recursos físicos y tecnológicos. Para ello, se realizó una comparación entre los datos históricos suministrados por el proceso de gestión de recursos físicos y tecnológicos, con respecto a las correspondientes fallas de equipos médicos y biomédicos en las diferentes áreas del hospital, tanto en el II Semestre de 2019 como en el I Semestre de 2020. Los registros suministrados por el líder de gestión de recursos físicos y tecnológicos, se pueden visualizar en la *Tabla 27*.

Tabla 24*Registro de fallas en equipos médicos y biomédicos del hospital*

	II SEMESTRE - 2019	I SEMESTRE - 2020
Fallas de equipos reportadas	13	6
Total de equipos	54	54
CPSI	24,07%	11,11%
Meta	20%	20%

Nota: Datos suministrados por el líder del proceso de gestión de recursos físicos y tecnológicos de la E.S.E. HMEP del Sur-Bolívar.

Teniendo en cuenta la información suministrada con respecto a las fallas de equipos médicos y biomédicos reportadas, se realizó la medición del indicador FEMB. En la *Figura 44*, se observan los resultados obtenidos del análisis de este índice, el cual reflejó una disminución del 12,96% de fallas reportadas, lo que significó un porcentaje de mejora de 53,84% con relación a este aspecto. Esto permitió concluir que, el aumento fue significativo en lo correspondiente al registro de fallas en equipos y se alcanzó la meta establecida en la ficha del indicador.

Figura 37.*Análisis del indicador FEMB*

✓ *Análisis del Indicador Atención al Usuario (ATU)*

Este indicador permite evaluar el nivel de satisfacción de por parte de los usuarios que ingresan a la E.S.E. HMEP del Sur - Bolívar. Su propósito era identificar si el impacto de las mejoras implementadas en los respectivos procesos de apoyo, reflejaban un aumento en el nivel de servicio y atención al cliente por parte del personal hacia los usuarios finales. Sin embargo, estos registros aún no se tienen en la base de datos del hospital, debido a que no se cuenta con un óptimo y eficiente manejo de la información; adicionalmente, el Sistema de Atención al Usuario no se ha formalizado, debido a que la propuesta realizada como mejora del proceso en el presente proyecto, no fue avalada por las directivas del hospital y, por ende, por razones de límite de tiempo de la práctica, no se pudieron tomar datos que permitieran evaluar el respectivo indicador. A pesar de ello, se dejó estructurado y establecido el indicador, y se recomendó hacer uso del mismo para futuros estudios estadísticos que permitan facilitar la toma de decisiones, con el objetivo de mejorar el servicio prestado y la atención de los pacientes que ingresan al hospital.

6.5.2. Socialización y Capacitación.

Después de la ejecución de las respectivas propuestas de mejora, aprobadas para los procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP, se realizaron las jornadas de socialización de resultados y capacitación al personal con respecto a la temática abordada en el proyecto. Para la jornada de socialización de los resultados obtenidos por la aplicación del presente trabajo, se contó con la presencia de la parte administrativa del hospital, los líderes de los respectivos procesos involucrados y el acompañamiento del líder de calidad, quien estuvo a cargo de la supervisión de las labores desarrolladas por la practicante y corroboró que los datos presentados estuvieran correctos. El objetivo de la reunión fue brindar un informe general sobre los objetivos cumplidos,

las mejoras realizadas, las metas alcanzadas, los resultados logrados y las actividades pendientes a corto, mediano y/o largo plazo.

Con respecto a las jornadas de capacitación al personal relacionado con los procesos de apoyo, fue necesario realizar tres sesiones en las cuales se tocaron temas relacionados con el desarrollo del presente proyecto. En estas sesiones, se convocó al personal involucrado, directa o indirectamente, con las actividades y los procedimientos que se realizan en dichos procesos. Para el desarrollo de estas actividades, se contó con la presencia, el acompañamiento y el apoyo en el manejo del tema, por parte del líder de calidad, quien contribuyó a la complementación y retroalimentación de la información impartida por parte de la practicante. En la *Tabla 28*, se puede observar un resumen de las distintas capacitaciones, la temática tratada en cada una de ellas, las correspondientes fechas en las que se ejecutaron las sesiones, el tiempo destinado a su desarrollo, el personal involucrado en estas reuniones y la respectiva evidencia fotográfica de las jornadas.

La evidencia de la socialización de los resultados y las respectivas jornadas de capacitación realizadas al personal de los procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP, se puede observar en el *Apéndice 32*.

Tabla 25

Resumen jornadas de socialización y capacitación al personal

FECHA	TEMA	OBJETIVO	TIEMPO	DIRIGIDO A
13/05/20	Socialización de los resultados finales del presente proyecto.	Brindar un informe general sobre los objetivos cumplidos, las mejoras realizadas, las metas	1 hora	Personal administrativo, líderes de procesos de apoyo y líder de calidad.

Tabla 28*(Continuación)*

		alcanzadas, los resultados logrados y las actividades pendientes a corto, mediano y/o largo plazo.	
12/03/20	Clima laboral, valores organizacionales, deberes de los funcionarios públicos y código de ética.	Apoyar e incentivar actividades para el mejoramiento de las relaciones laborales en las áreas de trabajo, incentivar la comunicación asertiva para aumentar el nivel de desempeño, el logro de objetivos y la calidad del servicio. Además, retroalimentar aspectos generales de las labores de los funcionarios de entidades públicas.	2 horas Personal de los procesos de apoyo, líderes de procesos y líder de calidad.
17/04/20	Sistemas de información, bases de datos del hospital, manejo y	Recalcar la importancia del buen uso y manejo de los sistemas de información, en pro a la mejora de los	2 horas Personal de los procesos de apoyo, líderes de procesos y líder de calidad.

Tabla 28*(Continuación)*

operatividad del programa CNT.	procesos y la prestación de servicios. Reforzar habilidades y competencias con respecto al manejo del sistema de información CNT del hospital, aspectos como: Actualizarlo, alimentarlo de datos, herramientas con las que cuenta el software, entre otros.	
01/06/20 Manejo del sistema de gestión de inventarios y control del área de almacenamiento de la E.S.E. HMEP del Sur – Bolívar.	Realizar un óptimo uso del sistema de gestión de inventarios para promover la eficiente circulación de productos y/o mercancía, ayudar a optimizar el proceso de gestión y evitar la pérdida y/o daño de los elementos. Además, controlar aspectos como el manejo de productos, el ingreso y salida de	Personal encargado del almacén y de hacer inventario (Líder del área, auxiliares e involucrados en el proceso de almacenamiento e inventariado), y líder de calidad.

Tabla 28*(Continuación)*

mercancía, estandarizar la
ubicación de estanterías,
productos e insumos y
alimentar los registros del
área de almacenamiento,
correctamente.

7. Conclusiones

- Mediante la aplicación de la prueba diagnóstica inicial, se pudo concluir que los procesos de apoyo de la E.S.E. Hospital Manuel Ekin Patarroyo del Sur – Bolívar, presentaban estándares mínimos con respecto a temáticas relacionadas con el sistema de gestión documental, las condiciones generales de los procesos, la gestión de almacenamiento y el control de los inventarios. Esto se pudo evidenciar en las correspondientes listas de chequeo, donde se observó que el nivel de cumplimiento de la revisión documental fue de un 32,5%; el grado de cumplimiento de las condiciones generales de los procesos de apoyo, alcanzaba un 41,86%; el nivel de la gestión del almacenamiento era de, aproximadamente, un 26% de la referencia “Siempre”, un 23% de la referencia “A veces” y un “51” de la referencia “Nunca”; y el nivel de gestión de los inventarios era de, aproximadamente, un 17% de la referencia “Siempre”, un 42% de la referencia “A veces” y un 41% de la referencia “Nunca”.

- Del diagnóstico inicial de la revisión documental de los procesos, se logró concluir que los aspectos contenidos en la lista de verificación cumplían en un 40% para el proceso de gestión del talento humano, en un 40% para el proceso de gestión de la información, en un 40% para el proceso de gestión de la información y en un 10% para el proceso de gestión de recursos físicos y tecnológicos. Esto, debido a la falta de procesos y procedimientos estandarizados, la ausencia de un manual de funciones claro y específico con las labores y responsabilidades de cada trabajador, la necesidad de un plan de mejoramiento que permitiera identificar los problemas que se presentaban y posibles alternativas de mejora, la carencia de un sistema de gestión de indicadores

medibles y controlables, la ausencia de controles, políticas, caracterizaciones, matrices de riesgo y la carencia de formatos de registro de las actividades de los procesos.

- Del diagnóstico inicial de las condiciones generales de los procesos de apoyo, se identificó que el 21,43% de las características se cumplían en el ítem “Procesos”, el 41,67% de las condiciones se cumplían en el ítem “Producción de Servicio”, el 50% de las características se cumplían en el ítem “Ambiente de Trabajo”, el 66,67% de las condiciones se cumplían en el ítem “Talento Humano”, el 41,67% de las características se cumplían en el ítem “Cliente”, el 41,67% de las condiciones se cumplían en el ítem “Sistemas de Información” y el 33,33% de las características se cumplían en el ítem “Mejora”; esto generaba un nivel de cumplimiento general del 41,86%. Esto debido a la falta planeación con base a los lineamientos estratégicos de la organización, la ausencia de un plan de indicadores para la evaluación y mejora de la prestación del servicio, el mal clima organizacional de las áreas de trabajo que disminuía el rendimiento de la empresa, la falta de un enfoque en la mejora continua de los procesos y la ausencia de un plan de mejoramiento eventual o parcial de los mismos.

- De acuerdo con los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial, respecto a los procesos de apoyo de la empresa, se establecieron 50 propuestas de mejora, consignadas en el respectivo plan de mejoramiento elaborado en el presente proyecto. De las cuales, se implementaron 15 mejoras de tipo documental, 16 mejoras de tipo físicas o prácticas, 9 propuestas quedaron en proceso por cuestiones de tiempo, alcance y recursos disponibles del hospital, 10 quedaron pendientes debido a que se salían del alcance del proyecto o porque no fueron tenidas en cuenta en la aprobación de las mismas por parte de las directivas de la organización.

- Se complementó y actualizó el manual de funciones del hospital, se diseñó (1) plan de mejoramiento, se diseñaron e implementaron (5) manuales de procedimiento de los procesos de apoyo y se elaboró el diseño de (7) procedimientos de dichos procesos, se realizaron (8) fichas de indicadores, relacionadas con las mejoras implementadas y los procesos trabajados en el presente proyecto, se realizaron (4) matrices de riesgo, se elaboraron (4) caracterizaciones de los procesos de apoyo, se diseñó e implementó (1) una guía para la elaboración de documentos oficiales del hospital, se elaboró (1) listado maestro de documentos, se adoptó y modificó (1) simulador de prueba de 5`S y, se diseñaron, actualizaron e implementaron (27) formatos de registro para las diferentes actividades que se llevan a cabo en los procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP.

- Después de la implementación de las propuestas de mejora, se obtuvieron los siguientes resultados: La revisión documental alcanzó un porcentaje general de 95% de cumplimiento, lo que significó un porcentaje de mejora de 192,31%, esto debido al gran aporte que se hizo en la base del sistema de gestión documental de los procesos; la evaluación de las condiciones generales logró un 83,72%, esto significó un porcentaje de mejora del 100%; el nivel de gestión de almacenamiento llegó al 90%, dividido en un 80% de la referencia “Siempre”, un 10% de la referencia “A veces” y un 10% de la referencia “Nunca”, esto significó un porcentaje de mejora del 125%; el nivel de gestión de inventarios alcanzó el 94,12%, dividido en un 76,47% de la referencia “Siempre”, un 17,65% de la referencia “A veces” y un 5,88% de la referencia “Nunca”, esto significó un porcentaje de mejora del 60,01%.

- Se diseñaron e implementaron (8) indicadores de gestión, de los cuales, (3) corresponden a la medición del impacto de mejoramiento relacionado al cumplimiento de las listas de verificación y (5) corresponden a la medición de las propuestas implementadas en los procesos de apoyo de la E.S.E. HMEP del Sur-Bolívar.

- Con respecto a los resultados obtenidos por los indicadores se puede concluir que, se alcanzó la meta del 90%, establecida en los indicadores de RDP (95%), NCGA (90%), NCGI (94,12%), EDD (91,67%) y CPSI (100%); se logró la meta del 20% en el indicador FEMB (11,11%). Adicionalmente, no se alcanzó la meta del 90% en el indicador CCGP (83,72%), debido a la falta de recursos por parte del hospital y la falta de aprobación de las propuestas de mejora que quedaron pendientes con respecto a la producción del servicio, la atención al cliente, la prestación del servicio y, la implementación de sistemas de información más óptimos y eficientes. Finalmente, no se pudo realizar la medición cuantitativa del indicador ATU, debido a la carencia de registros en la base de datos del hospital y la falta de formalización del Sistema de Atención al Usuario (SIAU), el cual no fue avalado y quedó como una propuesta del presente proyecto.

- Se realizó una jornada de socialización de resultados en compañía de los respectivos directivos del hospital, los líderes de los procesos involucrados en el proyecto y el líder de calidad y se llevaron a cabo tres sesiones de capacitación, en donde se tocaron temas relacionados con clima y valores organizacionales, uso de los sistemas de información de la empresa y, manejo y control de los inventarios. Estas jornadas sirvieron para afianzar el trabajo en equipo de las diferentes áreas de los procesos, mejorar la comunicación asertiva del personal, aumentar el nivel de desempeño laboral y la productividad de la empresa, contribuir a la calidad del servicio, afianzar

las habilidades y las competencias en el manejo óptimo y eficiente de los sistemas de información, estandarizar los procedimientos para el desarrollo de los procesos, mejorar el sistema de gestión de inventarios y almacenamiento del hospital.

8. Recomendaciones

- Se recomienda a la E.S.E. HMEP del Sur – Bolívar, seguir realizando las respectivas actividades de evaluación, control y seguimiento, periódicamente, de las mejoras implementadas en el desarrollo del presente proyecto para mantener el nivel de cumplimiento de las correspondientes listas de verificación, programas, formatos, registros, manuales, procedimientos y documentación, relacionados con los procesos de apoyo del hospital, en pro al fortalecimiento del sistema de mejora continua, el desarrollo de una cultura organizacional efectiva y el mejoramiento de la calidad del servicio.
- Se recomienda al hospital ejecutar, a corto o mediano plazo, las propuestas planteadas en el plan de mejoramiento diseñado que quedaron en condición de “Pendientes”, con el propósito de alcanzar altos estándares de cumplimiento de las condiciones requeridas para el mejoramiento de los procesos de apoyo, en lo relacionado a aspectos como producción del servicio, clientes y sistemas de información; esto generará que se cumpla a cabalidad con los requerimientos necesarios para una excelente prestación de servicio al usuario, el logro de los objetivos de mejoramiento por parte de la empresa, la optimización y efectividad de los procesos mediante la estandarización de los procedimientos.

- Con respecto a la prestación de servicios de alta calidad, se recomienda formalizar e implementar el Sistema de Atención al Usuario (SIAU), de manera que se establezcan y estandaricen las condiciones de manejo de atención a los clientes, el tratamiento de las PQRS por parte de los usuarios, las políticas claras y específicas de prestación del servicio por parte del personal de la E.S.E. HMEP y la medición del respectivo indicador diseñado en el presente proyecto, con el propósito de recolectar información requerida para el diseño de futuras propuestas de mejora y la toma de decisiones en pro a la calidad del servicio.

- Diseñar un plan de contingencia que permita establecer medidas y/o propuestas para ampliar la capacidad del servicio prestado, en caso tal de situaciones atípicas de pandemia como las que se están viviendo actualmente, con el propósito de garantizar atención y servicio de alta calidad a una mayor demanda por parte de la población remitida a la E.S.E. HMEP del Sur-Bolívar.

- Realizar el respectivo estudio de la capacidad del almacén que permita identificar las características básicas con las que cuenta la bodega para el almacenamiento de la mercancía, el aprovechamiento de los espacios disponibles para la conservación de los elementos y los requerimientos mínimos de inventario para satisfacer la demanda de los procesos que se llevan a cabo en la E.S.E. HMEP.

- Diseñar e implementar el programa de mantenimiento pendiente, que recopile la información tratada en el presente proyecto con respecto al manejo del almacén y el control de los inventarios. Adicionalmente, que comprenda la información relacionada a las actividades de prevención de daños en equipos, productos, enseres y/o propiedades del hospital; con el propósito

de reducir los costos por mantenimientos correctivos, alargar la vida útil de los elementos con los que cuenta la empresa, mantener las condiciones óptimas de las áreas y los equipos, promover la cultura de organización y limpieza, aumentar la productividad de la organización y establecer medidas, políticas, registros y documentos sólidos, que permitan controlar y evaluar dicho programa.

Referencias Bibliográficas

- Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria, 2017. *Guía de verificación de buenas prácticas de almacenamiento, distribución y transporte para establecimientos farmacéuticos*. Recuperado 20 de enero de 2019 de: https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/12/IE-D.2.1-EST-01-A2_GU%C3%8DA-DE-VERIFICACI%C3%93N-DE-BUENAS-PR%C3%81CTICAS-DE-ALMACENAMIENTO.pdf
- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2012). *PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA, PROCEDIMIENTO: CONTABILIDAD*. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Bogotá: Publicaciones Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Obtenido de <https://idpc.gov.co/descargas/nosotros/mapa-de-procesos/GF-P02%20CONTABILIDAD.pdf>
- Alcaldía Municipal de Ibagué. (2015). *PROCESO: GESTION DE RECURSOS FISICOS Y TECNOLOGICOS*. Alcaldía Municipal de Ibagué. Ibagué: Publicaciones Alcaldía Municipal de Ibagué. Obtenido de <https://www.ibague.gov.co/portal/admin/archivos/publicaciones/2017/18709-DOC-20171031.pdf>
- Alvarez J. (2017). *Plan de mejoramiento continuo para el Hospital General Dr. Gustavo Domínguez de la provincia Santo Domingo de los Tsáchilas (Tesis de pregrado)*. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Riobamba. Recuperado de [HYPERLINK](#)

"<http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/7237>"

<http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/7237>

Área Metropolitana de Bucaramanga (AMB). (2015). *MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CONTABLES*. AMB. Bucaramanga: Publicaciones AMB. Obtenido de http://www.amb.gov.co/jdownloads/Documentos/Administracin%20y%20Financiera/manual_de_procedimientos_contables.pdf

Berrikuntza, T. (s.f.). *Manual de procedimientos administrativos: Guía para su elaboración*.

Agenda de Innovación Local. Recuperado de [HYPERLINK](#)

"http://www.eudel.eus/es/archivos/libro/MANUAL_DE_PROCEDIMIENTOS.GUIA_PARA_SU_ELABORACIONcast.pdf"

http://www.eudel.eus/es/archivos/libro/MANUAL_DE_PROCEDIMIENTOS.GUIA_PARA_SU_ELABORACIONcast.pdf

Braga1, I., Brandão, F., Ribeiro, F. y Diógenes, A. (2019). *Aplicación de la matriz GUT en el análisis de manifestaciones patológicas en construcciones históricas*, 320-335. Recuperado de

[HYPERLINK "http://dx.doi.org/10.21041/ra.v9i3.400"](http://dx.doi.org/10.21041/ra.v9i3.400) <http://dx.doi.org/10.21041/ra.v9i3.400>

Corte Constitucional, 2013. Sentencia C-826 de 2013. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/C-826-13.htm>. Revisado el 25 de mayo de 2016.

Cruz Roja Colombiana Seccional Boyacá. (2014). *Manual Financiero y Administrativo*.

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja: Publicaciones Cruz Roja

Colombiana Seccional Boyacá. Obtenido de

<https://repositorio.uptc.edu.co/bitstream/001/1431/3/Manual%20Financiero%20y%20Administrativo.pdf>

E.S.E. Hospital de Caldas. (2018). *Manual de Funciones y Competencias E.S.E. Hospital de Caldas*. E.S.E. Hospital de Caldas, Caldas, Manizales. Obtenido de https://hospitaldecaldas.gov.co/web/images/MANUAL_DE_FUNCIONES_Y_COMPETENCIAS_.pdf

E.S.E. Hospital San José. (2015). *GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS. BIENES Y SERVICIOS*. E.S.E. Hospital San José. Viterbo: Publicaciones E.S.E. Hospital San José. Obtenido de https://ese-hospital-san-jose-4.micolombiadigital.gov.co/sites/ese-hospital-san-jose-4/content/files/000083/4135_procedimientos-gestion-de-recursos-fisicos-y-tecnologicos.pdf

EDUARDO LONDOÑO E HIJOS SUCESORES S.A. (2017). *MANEJO Y PROTECCION DE DATOS E INFORMACIÓN PERSONAL*. Eduardoño S.A. Bogotá : Publicaciones Eduardoño S.A. Obtenido de <https://www.eduardono.com/Portals/0/politica-manejo-proteccion-informacion-datos-personales-eduardono.pdf>

Fondo de Cultura Económica. (2010). *MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE ALMACENES*. Fondo de Cultura Económica, Unidad de Planeación. Publicaciones Fondo de Cultura Económica.

Garavito, E. A. (2014). *Sistemas de almacenamiento*. Bucaramanga. Universidad industrial de Santander. Recuperado de [HYPERLINK "https://es.scribd.com/document/317936307/Sistemas-de-Almacenamiento-PDF"](https://es.scribd.com/document/317936307/Sistemas-de-Almacenamiento-PDF)
<https://es.scribd.com/document/317936307/Sistemas-de-Almacenamiento-PDF>

Grupo Energía Bogotá. (28 de Septiembre de 2017). *Grupo Energía Bogotá*. Obtenido de Grupo Energía Bogotá Web Site:

file:///C:/Users/Dm/Downloads/Poli%CC%81tica%20de%20Gestio%CC%81n%20Huma
na.pdf

Institución Universitaria Esumer. (s.f.). *Esumer Institución Universitaria*. Obtenido de Esumer

Institución	Universitaria	Web	Site:
http://esumer.edu.co/images/centroeditorial/Libros/fei/libros/Fundamentosdelagestiondeinventarios.pdf			

Llanos Castro, N. (2017). *MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS*. Udistrital, Cundinamarca. Bogota: Publicaciones Udistrital. Obtenido de <http://repository.udistrital.edu.co/bitstream/11349/5845/1/LlanosCastroEulaliaNathalye2017pdf>

LOGESPRO. (2011). Diagnóstico de la logística. Lista de chequeo almacenes. La Habana, Cuba.

Madroño L. y Palacio E. (2013). *Procedimiento para el almacenaje de materias primas, insumos y producto terminado*. Caso: curtiembres (Tesis de pregrado). Santiago de Cali. Recuperado de HYPERLINK

"http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/bitstream/10819/2107/1/Procedimiento_Almacenaje_Insumos_Curtiembres_Madro%C3%B1ero_2013.pdf"

http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/bitstream/10819/2107/1/Procedimiento_Almacenaje_Insumos_Curtiembres_Madro%C3%B1ero_2013.pdf

Mallar, M. A. (2010). *La gestión por procesos: un enfoque de gestión eficiente*. Vis. Futuro vol. 13 N° 1.

Mira, C. Y. (2016). *La estandarización de procesos, como herramienta de mejora a la calidad de procesos administrativos (Tesis de pregrado)*. Universidad nacional autónoma de México. Recuperado de HYPERLINK

"<http://ptolomeo.unam.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/132.248.52.100/10805/Informe.pdf>"

<http://ptolomeo.unam.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/132.248.52.100/10805/Informe.pdf>

Montenegro K. y Murillo E. (2017). *Análisis y Mejoramiento de los Procesos Misionales y de Apoyo para la Empresa Sitelsa S.A.S. (Tesis de pregrado)*. Universidad industrial de Santander. Recuperado de HYPERLINK

"<http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2017/168958.pdf>"

<http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2017/168958.pdf>

Muñoz Vega, J. M. (2012). *MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO PARA LOS AGENTES DE CARGAS INTERNACIONAL*. Cartagena, Colombia: Publicaciones Unimilitar. Obtenido de <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/6832/MunozVesgaJoseManuel2012.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Organización Sanitas Internacional. (2013). *Políticas de Tratamiento de la Información*. Organización Sanitas Internacional, Cali. Obtenido de http://portal.colsanitas.com/portal/documents/10729/16527/Politica_tratamiento_informacion_OSI.pdf

Ortiz N., Serrano L. (2013). *Mejoramiento de procesos en empresas prestación de servicios*. Bucaramanga, Colombia: Ediciones Universidad Industrial de Santander.

Pro-Optim. (21 de Abril de 2016). *Pro-Optim*. Obtenido de Pro-Optim Blog: <https://blog.pro-optim.com/las-5s/la-metodologia-5s-implantacion-y-concepto/>

Rebolledo V., J. (2010). *Manual de Procedimientos Unidad de Gestión*. Universidad de Chile. Santiago: Publicaciones Universidad de Chile - Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas. Obtenido de

file:///C:/Users/Dm/Downloads/manual%20de%20procedimientos%20de%20la%20unidad%20de%20gestion.pdf

Rico Arias, D. Y. (2017). *PROCESO GESTIÓN FINANCIERA, PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE ESTADOS FINANCIEROS*. AUNAP. Publicaciones AUNAP. Obtenido de <https://www.aunap.gov.co/2018/pr-gf-008-procedimiento-elaboracion-estados-financieros.pdf>

Salazar López, B. (1 de Noviembre de 2019). *Ingeniería Industrial Online*. Obtenido de Ingenieríaindustrialonline.com: <https://www.ingenieriaindustrialonline.com/lean-manufacturing/poka-yoke-a-prueba-de-errores/>

Silva Escobar, V. M. (2013). *APLICACIÓN DE GESTIÓN POR PROCESOS, COMO HERRAMIENTA DE APOYO AL MEJORAMIENTO DEL HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA*. Santiago, Chile: Publicaciones Universidad de Chile - Facultad de Medicina. Obtenido de http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/375/Tesis_Viviana+Silva.pdf;jsessionid=8DFBC1093AA73DDAD04226773DAF44C2?sequence=1

Silva, M. D. (s.f.). *TEORÍA DE INDICADORES DE GESTIÓN Y SU APLICACIÓN PRÁCTICA*. Universidad Militar Nueva granada. Recuperado de [HYPERLINK "http://www.umng.edu.co/documents/10162/745281/V3N2_29.pdf"](http://www.umng.edu.co/documents/10162/745281/V3N2_29.pdf)
http://www.umng.edu.co/documents/10162/745281/V3N2_29.pdf

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (2014). *MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE INVENTARIOS*. Unidad de Víctimas. Bogotá: Publicaciones Unidad de Víctimas. Obtenido de

<https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/13-manual-de-procedimiento-para-el-control-de-inventario-v1.pdf>

Zapata, J. A. (2014). *Fundamentos de la gestión de inventarios*. Medellín: Centro Editorial Esumer.