



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA ADMINISTRATIVA

TÍTULO DE MAGISTER EN GESTIÓN EMPRESARIAL

Mejoramiento de la gestión por procesos en el Servicio de Laboratorio
Clínico del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas No 1

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Hinojosa Luna, Gimena Leonor

DIRECTORA: Costa Ruiz, Mónica Patricia. Mgs.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO
2016

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister

Mónica Patricia Costa Ruiz

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación, denominado: "Mejoramiento de la gestión por procesos para el Servicio de Laboratorio del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas No 1, Año 2016" realizado por Gimena Leonor Hinojosa Luna; ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 2016

f).

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Hinojosa Luna Gimena Leonor declaro ser autora del presente trabajo de titulación “Mejoramiento de la gestión por procesos para el Servicio de Laboratorio del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas No 1, Año 2016” de la Maestría en Gestión Empresarial, siendo la Mgs. Mónica Patricia Costa Ruiz, directora del presente trabajo; eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....

.
Autor Hinojosa Luna Gimena Leonor

Cédula 1707421697

DEDICATORIA

A mi madre y a Rolando con mucho amor.

AGRADECIMIENTO

Al Hospital de Especialidades FFAA No 1, en especial al Laboratorio Clínico, por las facilidades brindadas.

Contenido

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN.....	1i
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I.....	5
. Marco Teórico.....	5
1.1 Gestión por procesos.....	6
1.1.1 Clasificación de los procesos.....	7
1.1.2 Principios de la gestión por procesos.....	8
1.1.3 Herramientas utilizadas en la gestión por procesos.....	10
1.1.4 Mejoramiento continuo.....	12
1.1.5 Método de análisis y solución de problemas (MASP).....	15
1.1.6 Diagrama de dispersión.....	18
1.1.7 FODA.....	18
1.1.8 Metodología para la Mejora de Procesos.....	19
1.2 Indicadores de gestión.....	25
1.2.1 Gestión por procesos.....	26
1.2.2 Principios en la gestión por procesos.....	26
1.2.3 Herramientas utilizadas en la gestión por procesos.....	26
1.3 Metodología.....	27
1.3.1 Métodos de investigación.....	28
1.3.2 Técnicas de investigación.....	28
1.3.3 Población y Muestra. Técnica de muestreo.....	29
1.3.4 Técnicas de procesamiento y análisis de la información.....	29
1.3.5 Tratamiento y análisis estadístico de los datos.....	30
CAPÍTULO II.....	31
2 Aspectos generales del Hospital de Especialidades de FF.AA No 1(HE-1).....	31
2.1 Competencia, facultades, atribuciones y rol.....	32

2.2	Marco Legal.....	32
2.3	Estructura organizacional.....	33
2.4	Alineamiento al PNBV.....	37
2.5	Mapa de actores.....	38
2.6	Procesos del Laboratorio Clínico.....	43
2.6.1	Sub procesos del Laboratorio Clínico Endocrinológico.....	44
2.6.2	Caracterización de Procesos.....	45
2.6.3	Descripción de los subprocesos que integran el proceso del Laboratorio Clínico.....	47
CAPÍTULO III.....		54
3.	Análisis y resultados.....	54
3.1	Análisis para el plan de mejora continua del proceso de Laboratorio.....	55
3.2	Diagnóstico del proceso y los subprocesos del Laboratorio.....	55
3.3	Mejora de los procesos.....	58
3.4	Plan de mejoramiento de la gestión por procesos en el Servicio de Laboratorio Clínico del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas No1.....	59
CONCLUSIONES.....		65
RECOMENDACIONES.....		67
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....		69
ANEXOS.....		72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de médicos según años de experiencia.....	73
Tabla 2. Distribución de criterios médicos sobre la entrega a tiempo de los resultados de laboratorio.....	74
Tabla 3. Distribución de criterios médicos sobre la confiabilidad de los resultados de Laboratorio.....	75
Tabla 4: Distribución de médicos, según la información que reciben del laboratorio Clínico.....	76
Tabla 5: Actualización o información de los servicios introducidos en el laboratorio al personal médico.....	77
Tabla 6. Demoras en el diagnóstico y por tanto el tratamiento de un paciente por demora en los resultados del laboratorio.....	78
Tabla 7. Perjuicio de pacientes por un proceder inadecuado del laboratorio.....	79
Tabla 8. Recomendaciones.....	80
Tabla 9. Distribución de pacientes según grupo de edad.....	82
Tabla 10. Distribución de pacientes según sexo.....	83
Tabla 11. Distribución de pacientes según escolaridad.....	84
Tabla 12. Distribución de pacientes según categoría militar o civil.....	85
Tabla 13. Distribución de pacientes según antecedentes de atención en el Hospital.....	86
Tabla 14. Distribución de pacientes según la evaluación del servicio recibido.....	87
Tabla 15. Lugar donde han existido las dificultades en el Laboratorio Clínico.....	88
Tabla 15.1. Recepción.....	89
Tabla 15.2. Toma de muestra.....	89
Tabla 15.3. Procesamiento de la muestra.....	89
Tabla 15.4. Entrega de resultados.....	89
Tabla 16. Información por parte del Laboratorio.....	90
Tabla 17. Información por parte del personal de laboratorio acerca de los exámenes que se realizarán.....	91
Tabla 18: Muestras extraídas con material desechable.....	92

Tabla 19. Necesidad de repetir el examen por resultados no fidedignos.....	92
Tabla 20. Servicio recibido en el Laboratorio Clínico y Endocrinológico.....	93
Tabla 21. Especialidad.....	94
Tabla 22. Experiencia de trabajo.....	95
Tabla 23. Responsabilidad actual.....	96
Tabla 24. Plantilla completa.....	97
Tabla 25. Plantilla suficiente.....	98
Tabla 26. Ambiente laboral y relaciones interpersonales.....	99
Tabla 27. Actividad del laboratorio funcional.....	100
Tabla 28. Área del laboratorio con mayores problemas.....	100
Tabla 29. Área del laboratorio con mayores problemas.....	101
Tabla 30. Comunicación entre directivos y subordinados.....	102
Tabla 31. Capacitación y evaluación del personal.....	103
Tabla 32. Mobiliario.....	104
Tabla 33. Equipos.....	105
Tabla 34. Reactivos.....	106
Tabla 35. Otros productos químicos.....	107
Tabla 36. Material higiénico.....	107
Tabla 37. Condiciones para la eliminación de los desechos.....	108
Tabla 38. Dificultades.....	108
Tabla 39. Recomendaciones.....	109

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de médicos según años de experiencia.....	73
Gráfico 2. Distribución de criterios médicos sobre la entrega a tiempo de los resultados de laboratorio.....	74
Gráfico 3. Distribución de criterios médicos sobre la confiabilidad de los resultados de Laboratorio Clínico.....	75
Gráfico 4. Distribución de médicos, según la información que reciben del Laboratorio Clínico.....	76
Gráfico 5. Actualización o información de los servicios introducidos en el Laboratorio.....	77
Gráfico 6. Demoras en el diagnóstico y por tanto el tratamiento de un paciente por demora en los resultados del laboratorio.....	78
Gráfico 7. Perjuicio de pacientes por un proceder inadecuado del laboratorio.....	79
Gráfico 8. Distribución de pacientes según grupo de edad.....	81
Gráfico 9. Distribución de pacientes según sexo.....	83
Gráfico 10. Distribución de pacientes según escolaridad.....	84
Gráfico 11. Distribución de pacientes según categoría militar o civil.....	85
Gráfico 12. Distribución de pacientes según antecedentes de atención en el Hospital.....	86
Gráfico 13. Distribución de pacientes según la evaluación del servicio recibido.....	87
Gráfico 14. Lugar donde han existido las dificultades en el Laboratorio Clínico.....	88
Gráfico 15. Información por parte del Laboratorio.....	90
Gráfico 16. Información por parte del personal de laboratorio acerca de los exámenes que se realizarán.....	91
Gráfico 17. Necesidad de repetir el examen por resultados no fidedignos.....	92
Gráfico 18. Servicio recibido en el Laboratorio Clínico y Endocrinológico.....	93
Gráfico 19. Especialidad.....	94
Gráfico 20. Experiencia de trabajo.....	95
Gráfico 21. Responsabilidad actual.....	96
Gráfico 22. Plantilla completa.....	97

Gráfico 23. Plantilla suficiente.....	98
Gráfico 24. Ambiente laboral y relaciones interpersonales.....	99
Gráfico 26. Área del laboratorio con mayores problemas.....	100
Gráfico 27. Comunicación entre directivos y subordinados.....	102
Gráfico28. Capacitación y evaluación del personal.....	103
Gráfico 29. Mobiliario.....	104
Gráfico 30. Equipos.....	105
Gráfico 31. Reactivos.....	106
Gráfico 32. Material higiénico.....	107

RESUMEN

Se realizó una investigación cualicuantitativa de tipo descriptiva explicativa para caracterizar los subprocesos que integran el proceso del Laboratorio Clínico Endocrinológico y evaluar el nivel de satisfacción de los servicios que presta al personal interno (Hospitalización y Emergencia), así como a los pacientes externos que acuden al Hospital de Especialidades FF.AA No. 1, posibilitando un diagnóstico que permita una posterior intervención en aquellos subprocesos que pueden presentar deficiencias en la prestación del servicio. Para la obtención de los datos fueron empleadas como técnicas: la encuesta, el cuestionario y la entrevista; las dos primeras fueron aplicadas a una muestra seleccionada a partir de un método no aleatorio, en el caso de la entrevista fue intencional, dirigida a la jefa del Laboratorio Clínico. Los datos obtenidos son presentados en Tablas y Gráficos para su mejor análisis y comprensión. Los objetivos de la investigación fueron cumplidos y la hipótesis parcialmente confirmada, incluyendo además otras causales determinantes que afectan el trabajo del Laboratorio. Las conclusiones y recomendaciones establecidas permiten la realización de un plan de mejoras que garantice una mayor eficiencia en la gestión del proceso del Laboratorio Clínico Endocrinológico.

PALABRAS CLAVE

**Mejoramiento de procesos
Procesos de laboratorio
Técnicas de investigación
Oportunidades de mejora
Propuesta de mejoramiento**

ABSTRACT

One quali-quantitative descriptive explanatory research was performed to characterize the threads that make up the process of Endocrine Clinical Laboratory and assess the level of satisfaction with the services provided by internal staff (Hospitalization and Emergency) as well as outpatients who come at Military Hospital No. 1, enabling a diagnosis to a later intervention in those threads that may be deficient in providing the service. To obtain the data were used as techniques: survey, questionnaire and interview; the first two were applied to a sample selected from a non-random method, in the case of the interview was intentional aimed at the head of the Clinical Laboratory. The data obtained are presented in tables and graphs for better analysis and understanding. The research objectives were met and partially confirmed the hypothesis, also including other causal determinants that affect the work of the Laboratory. The conclusions and recommendations set allow the realization of an improvement plan to ensure greater efficiency in managing the process of Endocrine Clinical Laboratory.

KEYWORDS

Process Improvement
Laboratory processes
Research techniques
Improvement opportunities
Proposal for improvement

INTRODUCCIÓN

La gestión empresarial asegura el trabajo de las actividades diarias en una organización, tomando el planeamiento, como eje fundamental para facilitar la motivación, atención, identificación, selección, descripción, manejo de documentación y capacitación para el mejoramiento continuo de procesos.

Cada vez se hacen más presentes las investigaciones sobre gestión empresarial ya que permiten saltos cualitativos en las diferentes organizaciones, donde se incluyen los servicios de salud. Es válido señalar en este sentido investigaciones realizadas en el Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja, relacionada con los servicios de consulta externa y emergencia (CASTILLO, 2014), y el diseño de un modelo de gestión por procesos para los servicios de enfermería (MALDONADO, 2014).

El servicio de los laboratorios en cualquier institución hospitalaria es de vital importancia; puesto que, de estos resultados dependerán los diagnósticos médicos para un correcto tratamiento a los pacientes.

Por tal razón el funcionamiento de los laboratorios es un lugar de atención constante por parte de la dirección de los hospitales, con vistas a mejorar el flujo de informaciones de y hacia las diferentes áreas de consultas y de hospitalización.

La informatización de los procesos asociados a la actividad del laboratorio desde la recepción de la indicación de los diferentes exámenes hasta sus resultados finales requieren de la capacitación de todo el personal implicado para que ese flujo no tenga afectaciones, que puedan convertirse en demoras y por tanto afecten la calidad del servicio prestado.

En la investigación realizada se analizan los procesos de laboratorio, para ello en el Capítulo 1 se desarrolla el marco teórico para sistematizar la teoría acerca de la gestión por procesos y las diferentes metodologías para la mejora de procesos, así como la metodología de campo con la Identificación y secuencia de los procesos actuales de laboratorios en: agendamiento, preanalítico, analítico y post analítico, además se adjunta el indicador de seguimiento del paciente en donde se detectan las diferentes oportunidades de mejoramiento. Quedan incluidos igualmente los aspectos generales del hospital como institución y el sector al que pertenece, su misión, visión, marco legal y su historia, que evidencia su organización y el alineamiento al plan nacional del buen vivir, reflejado en el servicio que presta a los clientes a través de los

diferentes exámenes de laboratorio que realizan como: **copro, drogas, endocrinología, química, serología, urología**, cumpliendo de ésta manera con las necesidades de los diferentes actores sociales.

El capítulo 2, abarca la metodología empleada para el desarrollo de una investigación descriptiva explicativa, que incluye la selección de las muestras seleccionadas, los diversos métodos y técnicas de investigación a aplicar para la obtención de los datos necesarios que serán optimizados y procesados estadísticamente.

En el tercer capítulo se realiza el análisis y discusión de los datos que permite realizar la propuesta para el mejoramiento de la gestión por procesos del servicio de laboratorio del hospital, tomando en cuenta la identificación y secuencia, descripción, seguimiento y medición de los procesos y los aspectos que intervienen en su desarrollo.

Consecuentemente se establecen las conclusiones y recomendaciones, las cuales exponen los principales aspectos que afectan la gestión de los procesos de laboratorio y una orientación hacia la manera en que podrá implementarse un plan de mejoras.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Gestión por procesos

Al iniciar este capítulo, se toma en cuenta la importancia de que es una gestión, y que es un proceso, definiciones que permitirán introducirse en la temática de gestión de procesos.

Gestión.- Es la actividad racional, técnica y jurídica permanente, ejecutada por el Estado, que tiene por objeto planificar, organizar, dirigir, coordinar, controlar y evaluar el funcionamiento de los servicios públicos (ARMAS, Emilia, 2012).

Proceso.- “Secuencia de actividades institucionales orientadas a generar un valor añadido a un disparador, para conseguir un resultado útil para el cliente interno, cliente externo ciudadanía, cliente externo empresa /organización y/o cliente externo gobierno” (SOLÓRZANO, 2011).

Se tiene también, que proceso es una “serie de actividades definibles, repetibles y medibles que llevan a un resultado útil para un cliente interno o externo. Los procesos se interrelacionan en un sistema que permite a la institución agregar valor a sus clientes” (SNAP, 2013).

Referente a la gestión por procesos, se ve que: en la norma técnica de administración de procesos, capítulo 4. En su Art: 13, de gestión del desempeño de la administración por procesos y la calidad de los servicios, se encuentra expreso que: “Cada institución incluirá en su plan estratégico los objetivos e indicadores que determine la secretaria nacional de la administración pública, referentes a la administración por procesos y la calidad de los servicios” (SNAP, 2013)

Existen criterios de cómo se detectan y revisan los procesos para asegurar el mejoramiento continuo. Una manera es evaluar todas las actividades que representan un valor agregado para la institución y juzgar la forma en que se detectan los procesos críticos para el éxito. (CANTÚ, 2001)

Técnicamente en la gestión de procesos, se conciben a todas las actividades de: “Mejora continua que implica definición, medición, análisis, mejora y control de procesos, con el objetivo de que las instituciones de la administración pública central,

institucional y dependiente de la función ejecutiva entreguen servicios de calidad que satisfagan a la sociedad” (SOLÓRZANO, 2011)

En este contexto, gestión y proceso son dos términos, que con frecuencia, “son tópicos, que hay que comprender para que el sistema de gestión de calidad sea una eficaz herramienta de gestión. Entonces, es fácil sentirse cómodo con los requisitos de los modelos de gestión de la calidad y excelencia empresarial (PEREZ-FERNANDEZ DE VELASCO, 2009).

La gestión por procesos emplea metodología ABQ, es decir, calidad basada en la gestión de las actividades. Consiste en la optimización de cada una de las actividades que componen el proceso. Esto implica:

- Un análisis detallado de actividades.
- Análisis de evaluación y gestión basada en las actividades ABM (*Activity Based Management*). La ABM permite valorar si el trabajo está hecho, cómo se ha hecho y sirve de base para la mejora continua.
- ABC análisis de costes (*based activity costing*). La ABC implica un análisis de consumo de recursos y el valor que añaden al proceso (CABO, 2014).

Como se puede apreciar la gestión de procesos, para el pensamiento de los autores antes propuestos, es el mejoramiento del funcionamiento de una organización para brindar un servicio de calidad a la colectividad de usuarios.

1.1.1 Clasificación de los procesos.

La siguiente clasificación, permitirá orientar la investigación hacia la propuesta de mejoramiento de procesos del actual servicio de laboratorio del HE-1.

Macro procesos gobernantes.- “Son aquellos que proporcionan directrices, políticas y planes estratégicos para el funcionamiento de la Institución y son realizados por el directorio y/o la máxima autoridad” (PÉREZ, 2010).

Macro procesos sustantivos.- “Son los procesos esenciales de la Institución, destinados a llevar a cabo las actividades que permitan ejecutar efectivamente la misión, objetivos estratégicos y políticas de la institución” (PÉREZ, 2010).

Macro procesos adjetivos.- “Son aquellos que apoyan a los procesos gobernantes y sustantivos, se encargan de proporcionar personal competente, reducir riesgos del trabajo, preservar la calidad, materiales, equipos y herramientas. Así mismo, incluyen

aquellos que proveen servicios legales, contables, financieros y de comunicación” (PÉREZ, 2010).

1.1.2 Principios de la gestión por procesos.

La ISO 9000:2000 sustenta la gestión de calidad en 8 principios que son los siguientes:

Enfoque al cliente.- “Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes” (BELTRÁN, 2002).

Liderazgo.- Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

Participación del Personal.- El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

Enfoque basado en procesos.- Un resultado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

Enfoque del sistema para la gestión.- Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.

Mejora continua.- La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.

Enfoque basado en hechos para la toma de decisión.- Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.- “Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor” (BELTRÁN, 2002).

En el documento de la Secretaría Nacional de la Administración Pública, en el Capítulo 2. DE LOS PRINCIPIOS Y CONCEPTOS DE ADMINISTRACIÓN POR PROCESOS en su Artículo 4.- Principios de la administración por procesos.- “La administración por procesos se rige por los principios de administración pública establecidos en la Constitución de la República del Ecuador y más específicamente por los siguientes principios”: (SNAP, 2013)

- a) Evaluación permanente y mejora continua.- La administración por procesos se rige por un ciclo de mejora continua que busca incrementar las capacidades institucionales mediante una evaluación permanente, interna y externa, orientada a la identificación de oportunidades para la mejora continua de los procesos, servicios y prestaciones públicas centrados en el servicio al ciudadano y obteniendo resultados para la adecuada rendición de cuentas.
- b) Enfoque en el ciudadano, beneficiario y usuario.- La administración por procesos tendrá en cuenta que el eje fundamental de la intervención pública es el ciudadano, beneficiario o usuario de los servicios públicos, lo cual requiere adoptar enfoques y diseñar los procesos para brindar los servicios desde la perspectiva de estos actores, mejorando la ejecución de los procesos internos y su integración. Se enfocará en la optimización y simplificación de los servicios y trámites.
- c) Coordinación y cooperación.- Para lograr una gestión pública de calidad, todos los órganos e instituciones de la administración pública contribuirán a la prestación de servicios públicos al ciudadano, beneficiario y usuario en un enfoque sistémico. Se contemplará en la administración por procesos las interacciones entre las instituciones involucradas en la prestación de los servicios públicos.

- d) Eficiencia y optimización.- La administración por procesos estará orientada a optimizar los resultados alcanzados por la institución, en la relación a los recursos disponibles e invertidos en su consecución.
- e) Sostenibilidad y transparencia.- La administración por procesos, previo análisis de viabilidad, se orientará al uso de herramientas tecnológicas para automatizar los procesos optimizados, con el propósito de fomentar la transparencia, incrementar el control y mantener su sostenibilidad en el tiempo (SNAP, 2013).

1.1.3 Herramientas utilizadas en la gestión por procesos.

“La reingeniería de procesos supone un cambio radical, por tanto, implica modificaciones en la cultura y en la estructura de la organización. Este cambio debe ser liderado por la Dirección, han de realizarlo los profesionales directamente implicados, y debe ser asumido por toda la organización” (Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria. SESCAM, 2002).

Es así que los clientes se encuentran satisfechos cuando se cumplen las expectativas que ellos tienen con respecto a un servicio. Los clientes expresan el término calidad para describir su nivel de satisfacción, sea de un producto como también de un servicio. En la mente del cliente la calidad tiene un sinnúmero de dimensiones que se relacionan con las prioridades competitivas.

Conformidad con las especificaciones.- Aunque los clientes evalúan el servicio o producto, hay que tener en mente que lo que realmente el cliente califica es el proceso que produjeron el servicio o producto que llegó a él/ella. Por este motivo se debe tomar en cuenta que **cuando falla un proceso no se está en capacidad de cumplir con el nivel de desempeño anunciado**, es decir la conformidad con las especificaciones puede relacionarse con la consistencia de la calidad teniendo en cuenta la puntualidad y rapidez de la entrega que se efectúa.

Valor.- El valor es otra forma que los clientes definen a la calidad, esto es la medida que un servicio cumple su propósito, y la disposición del cliente a pagar por este servicio. Por tal motivo el proceso de diseño del servicio influye de igual forma que las prioridades competitivas que se relacionan a la calidad superior o al bajo costo.

Los factores deben proporcionarse para producir valor para el cliente, es decir el valor que tenga el servicio o producto en la mente dependerá de las expectativas del cliente antes de comprar.

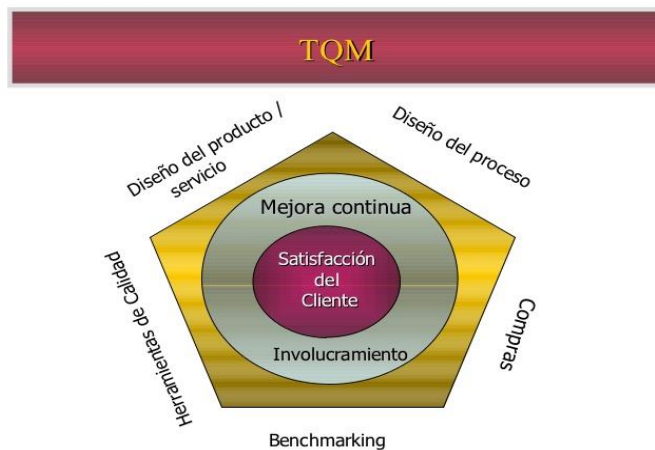


Figura nº 1: La rueda de la TQM

Fuente: Ing. José Luis Hernández C. Consultor. Gestión de Operaciones (E.M.: jlhe46@yahoo.es)

Conveniencia de uso.- La conveniencia de uso se da cuando se evalúa al producto o servicio con el cumplimiento de su propósito, el cliente considera la comodidad o características como: calidad, servicio, apoyo.

Soporte.- El soporte es tan importante para los clientes, como la calidad o el servicio, este ayuda a garantizar la satisfacción al cliente por la eficacia en el servicio, cumplimiento de garantías y publicidad inequívoca.

Impresiones psicológicas.- La gente evalúa la calidad de un producto o servicio en muchos de los casos tomando impresiones psicológicas: atmósfera, imagen o estética. Llegar a lograr una buena calidad en las diferentes áreas de la empresa se considera una ardua tarea. Aquí para hacer las cosas más difíciles, los consumidores cambian su percepción de lo que es la calidad. Por lo general el éxito de una empresa depende de la precisión con la cual perciba las diferentes expectativas de los consumidores, y de su capacidad para salvar la brecha entre aquellas expectativas y sus propias capacidades de operación. Sin embargo siempre la buena calidad genera mayores utilidades. (Lerner, 2010)

Participación del empleado.- La administración de la calidad total (TQM. Total Quality Management) es la participación del empleado en donde éste tiene el propósito de modificar la cultura organizacional y estimular el trabajo en equipo.

Cambio cultural.- Para el cambio cultural, la administración logra que los empleados cobren conciencia de la importancia de la calidad, y la estrategia es mantenerlos motivados para mejorarla. El desafío es desarrollar la cultura adecuada que consiste en definir al cliente de cada empleado. En general los clientes son internos o externos, estos últimos son los que compran el producto o servicio, en éste sentido toda la organización es una sola unidad que debe esforzarse al máximo para satisfacer a sus clientes externos. Partiendo del hecho de la comunicación se hace difícil comunicar los derechos de los clientes externos a todos los miembros de la organización. Para que se dé el cambio cultural todos los miembros de la organización deben compartir el punto de vista del control de calidad según el fin de sí mismo. Los errores que sean detectados deben ser corregidos en su origen, y que no se transmitan al cliente externo o interno.

Equipos.- Formar equipos es una táctica para mejorar los procesos y la calidad, los equipos tienen un propósito en común, establecen sus propias metas y enfoques de desempeño, son quienes se hacen responsables del éxito; los equipos difieren del “grupo de trabajo” más típico porque: (Lerner, 2010) (Camisón, Cruz, & González, 2011)

- Los integrantes tienen compromisos y propósitos más elevados en la que todos creen y que trasciende las prioridades individuales.
- Las funciones de liderazgo se comparten en lugar de que haya un solo líder fuerte.
- El desempeño se juzga por los trabajos que reflejan esfuerzos conjuntos de todos los miembros.
- En las reuniones se promueve la discusión abierta en lugar de una agenda definida por la gerencia.
- Los miembros del equipo hacen un verdadero trabajo en conjunto, en lugar de delegarlos a sus subordinados.

1.1.4 Mejoramiento continuo.

El mejoramiento continuo, basado en un concepto japonés llamado Kaizen, esta ideología radica en indagar continuamente la manera de perfeccionar los procesos (Krajewski, Ritzman, & Malhotra, 2008, pág. 211) “El mejoramiento continuo implica la identificación de modelos (*benchmarks*) de excelencia en la práctica, e inculcar en el empleado el sentimiento de que el proceso le pertenece”. Éste proceso permite reducir los tiempos en actividades propias del área como también las que se centran en problemas con clientes o proveedores, la filosofía del proceso está en cualquier aspecto de un proceso que puede mejorarse cuando las personas que participan más de cerca de un proceso se hallan en la mejor posición para estar en la capacidad de los cambios que pueden hacerse.

Por esta razón el mejoramiento continuo consiste en no esperar hasta que se produzca un problema grave para decidirse a actuar. De modo que, para inculcar el mejoramiento continuo, hay que seguir pasos esenciales para llegar al éxito final, como los siguientes:

- Capacitar a los empleados en los métodos de control estadístico de procesos (SPC) y otras herramientas para mejorar la calidad y desempeño.
- Lograr que los métodos del SPC se conviertan en un aspecto normal de las operaciones diarias.
- Integrar equipos de trabajo y propiciar la participación de los empleados.
- Utilizar herramientas para la resolución de problemas dentro de los equipos de trabajo.
- Crear en cada operario el sentimiento de que el proceso que realiza le pertenece.

Siguiendo con los Procesos de Mejora Continua: (De Domingo & Arranz, 1997) propone que los procesos de mejora son “Una combinación de tareas, orientaciones y actuaciones necesarias para poder incluir los conceptos y el uso de la mejora continua de la calidad, en el desarrollo de la actividad directiva”. Este mismo autor le da importancia al método como la manera concreta de proceder, de aplicar el pensamiento y realizar una investigación con el objeto de conocer la realidad, comprender el sentido o el valor de unos hechos determinados y así poder interpretar correctamente los datos de la experiencia para resolver un problema, una cuestión.

Por tal razón se hace necesario cumplir con los procesos para demostrar la calidad en el servicio.

Precisamente la nueva realidad se da al momento de brindar un servicio, es el cliente quien requiere que éste servicio por el que paga un precio sea de calidad como considera Cantú (CANTÚ, 2001, págs. 153-154), en donde afirma que “La calidad en el servicio requiere de un conocimiento profundo de la naturaleza de la producción de servicios”. Refiere además que es difícil de medir, no se puede almacenar, es complicada de inspeccionar, no se puede anticipar un resultado, no tiene vida, su duración es muy corta, se ofrece bajo demanda, depende mucho de las personas y su interrelación y normalmente es ofrecida por el personal de menor sueldo. Todo esto hace que la calidad de un servicio sea juzgada por el cliente en el instante en que lo está recibiendo.

Los principales factores que determinan la calidad en el servicio son:

- “El comportamiento, actitud y habilidad del empleado que proporciona el servicio.
 - El tiempo de espera y el utilizado para ofrecer el servicio.
 - Los errores involuntarios cometidos durante la prestación del mismo”.
- (Rodríguez, 2009)

Ahora bien con el propósito de alcanzar el mejoramiento de la calidad y así obtener un liderazgo, el investigador Joseph Juran (1989) refirió que es fundamental obtener un buen conocimiento de cómo administrar la calidad, es decir: planeación, control y mejora de la calidad. El mejoramiento de la calidad es indispensable realizarlo continuamente y a un paso revolucionario, no evolucionario. (Rodríguez, 2009)

Al igual que la materia prima o productos a ser transformados deben ser de óptima calidad a bien que el producto final sea excelente al exponerlo al cliente. Es muy importante ser capaces de reconocer los clientes reales y potenciales, teniendo como premisa que: “Cliente es un término que define a la persona u organización que realiza una compra. Puede estar comprando en su nombre, y disfrutar personalmente del bien adquirido, o comprar para otro”. (Tarantino, 2012)

1.1.5 Método de análisis y solución de problemas (MASP).

Al aplicar métodos de análisis estos permiten crear una nueva cultura de trabajar en equipo para llegar a la calidad total hacia el cliente, para lo cual se debe planificar todos los pasos a seguir en los diferentes procesos para cumplir con las operaciones llegando a excelentes resultados enfocados en el consumidor final como expone Bonilla (2004) “El MASP es, en verdad, una secuencia de procesos lógicos, basados en **hechos y datos**, que tiene como objetivo **localizar y eliminar las causas fundamentales del problema**” (Bonilla, 2004). Con respecto al análisis William Guenther se refirió a la estadística es un campo de ensayo en el que se recogen y analizan los datos con el propósito de sacar conclusiones, proporciona instrumentos para la toma de decisiones cuando prevalecen condiciones de incertidumbre. (Cardenas, 2013) En el mismo sentido al realizar el análisis interno de una empresa y encontrar situaciones indeseables, que no son bienvenidas para los clientes, estas situaciones identificadas se transforman en problemas que hay que resolverlos con métodos sistemáticos para eliminar las causas raíz del problema y no vuelvan a presentarse. En relación a la solución de problemas Philip Crosby (1999) indicó cinco pasos: (Cetina, 2009)

Paso 1: definir la situación

Paso 2: remediar temporalmente

Paso 3: identificar las causas raíz

Paso 4: tomar acción correctiva

Paso 5: evaluar y dar seguimiento”

El primer paso trata de definir la situación describiendo claramente el problema según los datos encontrados para planear la solución especificando quien es el personal necesario, luego se debe determinar el criterio de resolución y estimar la fecha de resolución de la situación encontrada como problema. Siguiendo al segundo paso se debe tranquilizar al cliente tratando de remediar a la brevedad el producto o el servicio e informando sobre la mejora en la calidad del servicio, siguiendo con el proceso de identificar las causas de raíz se utiliza la técnica del diagrama de causa y efecto.

Seguidamente se toma la acción correctiva con la gente clave a bien de estar en capacidad de planear, comunicar e implantar asignando responsabilidades y fechas del cumplimiento del plan. Posteriormente se realiza el quinto paso de evaluar y dar seguimiento a la solución del problema.

Se utilizan las siguientes técnicas estadísticas:

Análisis utilizando El Diagrama causa-efecto o de Ishikawa.

Este es un gráfico que muestra la relación entre un efecto (generalmente un problema) y sus causas. También se le conoce como diagrama de Ishikawa o de espina de pescado. Ciertas causas producen efectos negativos en el trabajo, por eso es necesario identificar la **causa real** del problema para tener éxito en su solución.

Un diagrama de causa y efecto de Kauru Ishikawa, que es uno de los promotores principales de la gestión de calidad total en el Japón. Este diagrama permite categorizar las causas teóricas, ubicando una lista de ideas en una representación gráfica. Definido, (CANTÚ, 2001) que estos diagramas de causa-efecto son el conjunto de causas potenciales que podrían estar provocando el problema bajo estudio o influyendo en una determinada característica de calidad. Se utilizan para ordenar las ideas que resultan de un proceso "lluvia de ideas" al dar respuesta a alguna pregunta de partida que se plantea el grupo que realiza el análisis. En el sitio Web (www.fundibeq.org) con respecto a la utilización por sus características principales, la construcción de un diagrama de causa-efecto es muy útil cuando:

- Se quiere compartir conocimientos sobre múltiples relaciones de causa y efecto.
Por ser una ordenación de relaciones lógicas, el diagrama de causa-efecto es una herramienta frecuentemente utilizada para:
- Obtener teorías sobre relaciones de causa-efecto en un proceso lógico paso a paso.
- Obtener una estructuración lógica de muchas ideas "dispersas", como una lista de ideas resultado de una Tormenta de Ideas.

Para la construcción del Diagrama de Causa-Efecto **se utiliza la técnica de brainstorming** (<http://www.infomipyme.com>) que es una técnica para generar muchas ideas en un grupo. Requiere la participación espontánea de todos. Con la

utilización de la "Lluvia de ideas" se alcanzan nuevas ideas y soluciones creativas e innovadoras, rompiendo paradigmas establecidos". En consecuencia ésta técnica se basa en las reglas de enfatizar la calidad, evitar críticas, presentar claramente las ideas que surgen de la mente de cada integrante, se debe también estimular todas estas ideas analizando desde los diferentes puntos de vista de sus miembros para llegar a las soluciones y aprobarlas.

Utilización en las fases de un proceso de solución de problemas con el uso del Diagrama.- Durante un proceso de solución de problemas hay tres puntos en los que la construcción de un diagrama causa-efecto puede ser muy útil, se presenta a continuación:

- En la fase de diagnóstico durante la formulación de posibles causas del problema.
- En la fase de corrección para considerar soluciones alternativas.
- Para pensar de forma sistemática sobre las posibles resistencias en la organización a la solución propuesta.

Seguidamente se presenta el diagrama.

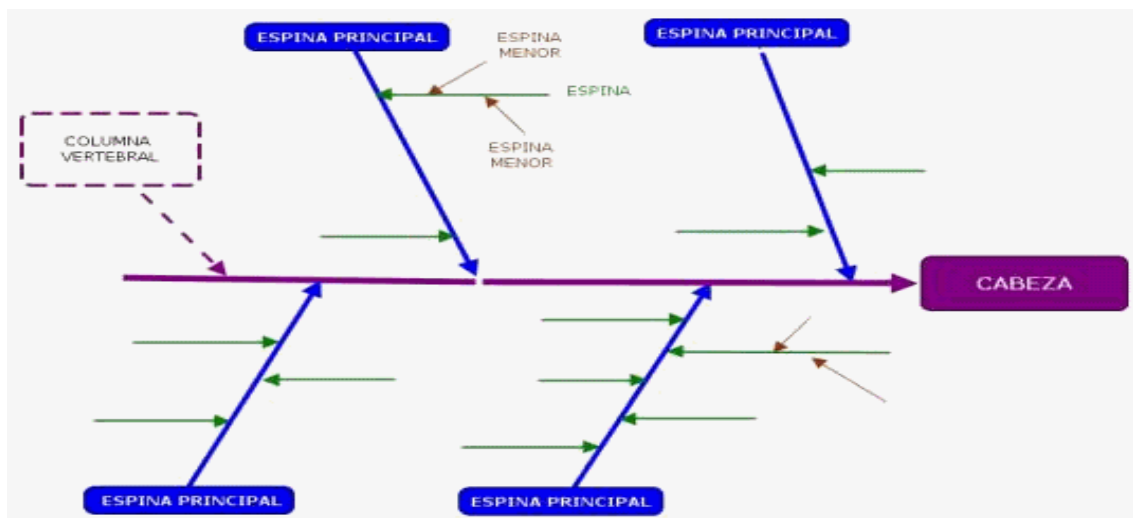


Diagrama N° 1. Modelo causa-efecto o de Ishikawa.

Fuente: wwwdesicionesfáciles.com.ar/2009/07/diagrama-de-ishikawa-en-la-practica-un.html

Aunque la investigación que se realiza por su carácter descriptivo explicativo no tiene como alcance la intervención de los procesos, sino su caracterización y propuesta de modificación necesita de estos modelos, que en sus fases iniciales contienen el diagnóstico y las posibles soluciones de los problemas, además permiten disponer de una visión integral de todo un sistema de acciones.

1.1.6 Diagrama de dispersión.

Siguiendo con las técnicas y presentaciones para el mejoramiento de la calidad y desde la perspectiva organizacional el autor (CANTÚ, 2001) en su texto referente al diagrama de dispersión dice que ésta técnica estadística es utilizada para estudiar la relación entre dos variables. Por ejemplo, entre una característica de calidad relacionada, o entre dos factores relacionados con una sola característica de calidad. La ventaja de utilizar este tipo de diagramas es que al hacerlo se tiene una comprensión más profunda del problema planteado.

1.1.7 FODA.

El FODA, permite el análisis de los puntos fuertes y débiles porque están relacionados con las oportunidades o amenazas, de la misma manera Humberto Serna (Serna, 2010) manifiesta que “DOFA es un acrónimo de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas. Como **método** complementario del perfil de capacidad (PCI), del perfil de amenazas y oportunidades en el medio (POAM) y del análisis de competitividad (perfil competitivo PC). El autor mencionado explica que el análisis DOFA ayuda a determinar si la organización está capacitada para desempeñarse en su medio y que mientras más competitiva sea en relación con sus competidores, tendrá mayores posibilidades de éxito. Esta simple noción de competencia conlleva consecuencias poderosas para el desarrollo de una estrategia efectiva. El análisis DOFA, integra el diagnóstico estratégico y lo hace por tanto Global.

En lo que respecta a la realización del DOFA, Serna manifiesta que se “seleccionan los factores clave de éxito con más alto impacto para realizar el análisis que consiste en relacionar oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades, preguntándose cómo convertir una amenaza en oportunidad, cómo aprovechar una fortaleza, cómo anticipar el efecto de una amenaza y prevenir el efecto de una debilidad” (Serna, 2010)

El análisis de esta matriz correspondiente al Laboratorio Clínico será uno de los elementos a considerar una vez recolectados los datos obtenidos a través de las distintas técnicas de investigación.

Tabla 1. Formato para análisis FODA

OPORTUNIDADES (Puntos fuertes)	FORTALEZAS (Puntos fuertes)
EXTERNAS	INTERNAS
AMENAZAS (Puntos débiles)	DEBILIDADES (Puntos débiles)
EXTERNAS	INTERNAS

1.1.8 Metodología para la Mejora de Procesos.

Técnicas estadísticas como apoyo a la aplicación del PDCA, para la mejora continua de los procesos que afectan a la calidad del servicio.

Las técnicas estadísticas para el análisis y la simplificación de procesos se disponen de unas herramientas prácticas para afrontar el cambio en las organizaciones. Estas herramientas se aplican en planes de mejora que permiten obtener resultados en el corto plazo, para entender de mejor forma se mira **¿Qué se entiende por un proceso?** Galiano hace referencia a la serie coordinada de actividades o tareas que proporcionan un resultado útil para un cliente interno o externo de la organización (usuario interno o ciudadano). Esta serie de actividades coordinadas que trata Galiano deben ser en varias ocasiones repetidas y al mismo tiempo medidas, para de tal forma estar en capacidad de predecir cuales son los elementos de entrada para transformarlos en elementos de salida. En la práctica es el proveedor quién genera la entrada al proceso y a partir de éste proceso el mismo proveedor genera una salida al cliente. (Galiano, Yanez, & Fernández, 2007)

Por consiguiente para el análisis del proceso de la mejora de la calidad en las empresas, se reconoce como la gestión diaria de los procesos que una organización tiene implantada, sus procesos, donde cada persona es capaz de: mantener el nivel de calidad establecido, resolver los problemas que se le presentan, mejorar las tareas, actividades y procesos rutinarios (Arias & Portela, 1997). Cabe recordar que el PHVA fue diseñado por el Dr. Walter Shewhart allá por 1920, pero su gran difusión y uso se le atribuye al Dr. William E. Deming (Edwards es el apellido de su madre) para

el mejoramiento de la calidad del Japón a partir de los años 50, por tal motivo para la mejora de los procesos rutinarios se utiliza el ciclo PDCA de Deming.

Planear, asegura que el proyecto que se selecciona para el análisis; **Hacer**, se analiza las causas y se busca las alternativas de solución; **verificar**, se confirma el proceso de planeación detectando las oportunidades que posee el negocio o empresa para el mejoramiento de este período, y finalmente está el **actuar**, aquí se hacen los ajustes del mejoramiento evidenciados en la fase de verificación.

Para la mejora de los procesos rutinarios, se utiliza el ciclo PDCA de Deming, que se presenta a continuación:



Figura 2: Mejora continua
Fuente: CANTÚ, H. (2001)

La metodología que corresponde a la fase de planificación para el mejoramiento continuo en la solución de problemas se debe seguir los pasos estructurados bajo el concepto de ciclo de mejoramiento iniciando con los indicadores claves, la recopilación de los datos la planificación con sus respectivo análisis de los datos y gráfico, luego

está la priorización del proyecto, el gráfico de Pareto inicia la solución del problema y finalmente esta la asignación del presupuesto y el tiempo.

A continuación se observa el gráfico de la metodología de solución de problemas: Fase de planeación.

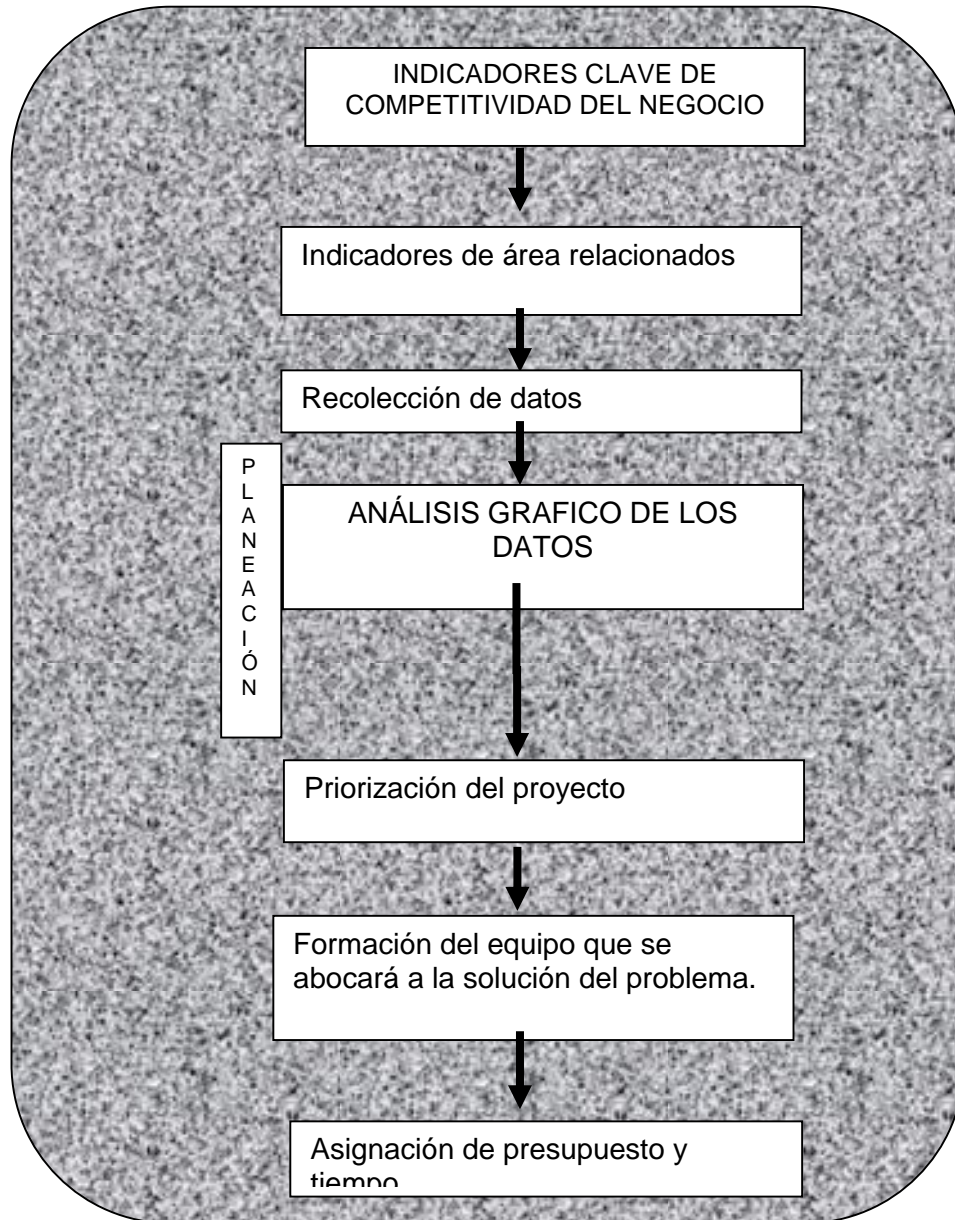
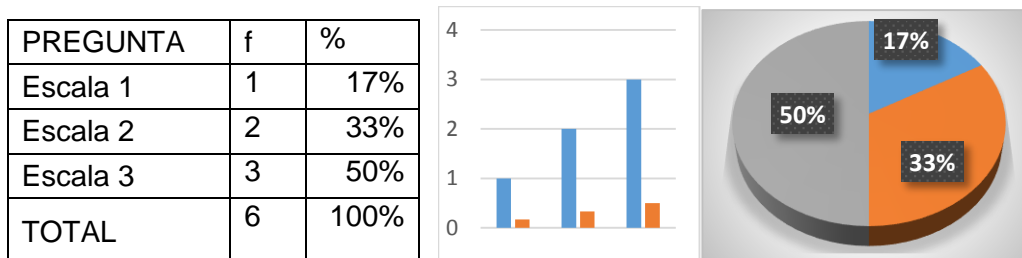


Figura 3. Fase de planeación Fuente: CANTÚ, H. (2001)

Del gráfico anterior, la investigación tiene previsto como alcance llegar hasta la fase de planeación, teniendo en cuenta que la decisión de transformación de cualquiera de los procesos estudiados es competencia institucional, vinculada estrechamente a procesos gobernantes, donde se trazan las políticas de acuerdo a necesidades y posibilidades.

Método de la estadística inferencial.

En el campo del desarrollo de un proyecto, se localiza la elaboración del Plan de Investigación que según Bustamante es la planificación del trabajo de investigación, haciéndole incapié en la delimitación del grupo o grupos sujetos de la investigación, en los instrumentos de búsqueda de la información, y en un cronograma que garantice el cumplimiento de las etapas de la investigación (Duque & Vera, 2010). Este trabajo inicialmente puede ser modificado según las circunstancias y el proceso se inicia con la recolección de datos mediante un cuestionario de entrevista o encuesta relacionados al estudio del problema para luego éstos ser analizados y recolectados en tablas. Como se observa en la siguiente muestra.



Con los datos de la tabla, se procede a graficar sea en un gráfico de pastel, o un histograma de frecuencias, según Cantú (2001), "los histogramas muestran la frecuencia o número de observaciones cuyo valor cae dentro de un rango predeterminado. La forma que tome un histograma proporciona pistas sobre la distribución de probabilidad del proceso de donde se tomó la muestra" (CANTÚ, 2001) así mismo se puede observar en los gráficos que un histograma está formado por una serie de rectángulos que tienen sus bases sobre un eje horizontal (eje X) y un vertical (eje Y), su altura es igual a la frecuencia.

De igual manera para la mejora continua de los procesos que afectan a la calidad del servicio y visualizar mediante el control estadístico se tiene el Diagrama de dispersión (CANTÚ, 2001), una forma muy sencilla y gráfica de visualizar la relación existente entre dos variables, que ayuda a buscar soluciones que eliminen las causas reales de los problemas, y no las que la intuición o una supuesta experiencia indiquen. Por ejemplos en las escalas de causas se puede observar en el gráfico que nivel de efecto tiene cada una y de esta manera dar prioridades a la solución de problemas.

A continuación se ilustra mediante ejemplo gráfico.

Tabla 2. Modelo de Tabla

CAUSAS-PROBLEMAS	Nº
CAUSA 1	23
CAUSA 2	25
CAUSA 3	23
CAUSA 4	21
TOTAL	

Fuente: La autora.

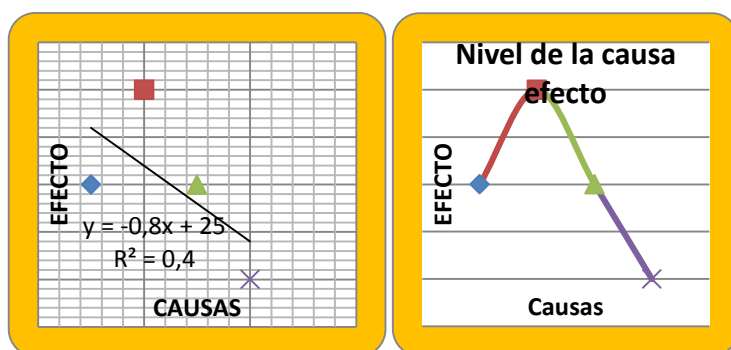


Figura 4. Representación.

Fuente: La autora.

Técnica de la encuesta.

La técnica de la encuesta es muy utilizada en el campo de la investigación para la recolección de datos de los informantes, éstos responden por escrito al bloque de preguntas que se les presenta en un cuestionario (Naranjo, 2006); la encuesta estructurada necesita el apoyo de un cuestionario. Este instrumento es una serie de preguntas impresas sobre hechos y aspectos que interesan investigar, las cuales son contestadas por la población o muestra de estudio. El mismo investigador expone que éste cuestionario de encuesta sirve de enlace entre los objetivos de la investigación y la realidad estudiada.

No hay que olvidar que en esta técnica de la encuesta la herramienta primordial es el cuestionario, éste instrumento que recaba información generalmente se refiere a lo

que las personas encuestadas son, hacen, opinan, juzgan, aprueban o desaprueban determinadas acciones del contexto en su medio ambiente.

Elaboración de la herramienta de la encuesta.

Como se manifestó el cuestionario es la herramienta de la encuesta, es una técnica estructurada para recopilación de datos, que radica en una serie de preguntas escritas o verbales que el encuestado responde al encuestador. Para que éste instrumento cumpla con los requerimientos del investigador, el cuestionario debe cumplir con cuatro objetivos que son los siguientes:

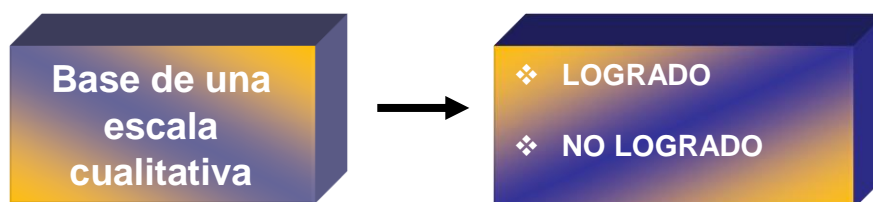
- El cuestionario debe contener el objetivo general de la investigación para que al momento de ser entregado al encuestado éste dé la importancia necesaria al bloque de preguntas.
- Nitidez de la información para que el conjunto de preguntas entregadas faciliten a los encuestados responder.
- El cuestionario debe contener un número prudente de preguntas y el direccionamiento necesario por parte del encuestador con el fin de motivar y apoyar al encuestado a comprometerse contestando una por una, es decir sin dejar preguntas en blanco hasta llegar a completarla.
- Minimizar el error de respuesta es la característica del cuestionario, esto se cumple cuando este se origina de un buen diseño de investigación, para evitar que el encuestado de respuestas equívocas o confusas. (Naranjo, 2006)

Cuando se trata de realizar una entrevista personal, los encuestados leen el cuestionario e interactúan directamente con el entrevistador, lo que facilita realizar preguntas variadas y largas. Las preguntas pueden ser estructuradas y no estructuradas.

1.2 Indicadores de gestión

Son herramientas de medición, que permiten cuantificar la acción y efecto de cómo se administra un organismo público en este caso, el servicio de laboratorio del (HE-1).

Los indicadores de gestión son instrumentos de medición de variables asociadas a las metas, al igual que estas pueden ser cualitativas o cuantitativas. En este último caso pueden ser expresadas en términos de:



Los indicadores de gestión, por su parte se entienden por la expresión cuantitativa del comportamiento o el desempeño de toda una organización o de sus partes, cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas según el caso. El valor del indicador es el resultado de la medición del indicador y constituye un valor de comparación referido a su meta asociada (LINDEGAAR, Eugenia, 2004).

El objetivo de los indicadores, de acuerdo con la autora, es evaluar el desempeño del área mediante parámetros establecidos en relación con las metas, también se observa la tendencia de un período de tiempo durante el proceso de evaluación. Con los resultados obtenidos se plantean soluciones o herramientas que contribuyan al mejoramiento que conlleven a la ejecución de la meta fijada (LINDEGAAR, Eugenia, 2004).

Luego de tener una visión de los procesos en el área de servicio de laboratorio del (HE-1) en el año 2014, se está en capacidad de detallar las cadenas de valores de los diferentes procesos.

1.2.1 Gestión por procesos.

Definiciones fundamentales

Disparador (entradas).- “Son los insumos que ingresan al proceso para ser transformados en salidas mediante actividades que agregan valor. Es lo que inicia o activa el proceso” (SOLÓRZANO, 2011).

Proveedor.- “Es la institución o persona que dispara el proceso. El proveedor puede ser interno o externo a la institución. En ocasiones el proveedor puede ser el cliente interno, cliente externo ciudadanía, cliente externo empresa/ organización y/o cliente externo gobierno” (SOLÓRZANO, 2011).

1.2.2 Principios de la gestión por procesos.

La ISO 9000:2000 sustenta la Gestión de Calidad en 8 principios que son los siguientes:

- Enfoque al cliente
- Liderazgo
- Participación del Personal
- Enfoque basado en procesos
- Enfoque del sistema para la gestión
- Mejora continua
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisión
- Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor” (BELTRÁN, 2002).

1.2.3 Herramientas utilizadas en la gestión por procesos.

“La Reingeniería y la Gestión por procesos es una de las metodologías que se empezaron a utilizar en la gestión por procesos, tras la progresiva importancia que adquirió la organización por procesos en el marco de la gestión de calidad. La línea futura es la de denominar a todo el conjunto como Gestión de Calidad Total” (SNAP, 2013)

Los elementos comunes de las dos formas de gestión son:

- Énfasis en la satisfacción del cliente.

- Análisis de los procesos, utilización de medidas de mejora de su ejecución y técnicas de resolución de problemas.
- Trabajo en equipo.
- Base de análisis rigurosa.
- Medición de desempeño significativo.
- Necesidad de cambios en los valores, creencias y comportamientos de la organización.
- Benchmarking.
- Compromiso de los niveles jerárquicos inferiores.
- Participación de los trabajadores.
- Cambio organizacional significativo.
- Cambio en la dirección para conseguir sus objetivos con éxito.
- Implicación de los proveedores.

1.3 Metodología

La metodología de la investigación correspondió al diseño de la investigación de campo ya que se acudió a recabar información en el lugar donde se producen los hechos para así poder actuar en el contexto y transformar una realidad relacionada con el procesamiento de exámenes del servicio de Laboratorio Clínico y Endocrinológico del HE-1.

En una primera fase se realizó la investigación documental o bibliográfica, que permitió el acceso a fuentes de información secundaria sobre el tema de investigación obtenidos a través de: normas, libros, textos, módulos, periódicos, revistas, Internet, así como de documentos válidos y confiables a manera de información primaria referente al mejoramiento de procesos.

El tipo de estudio es descriptivo- explicativo ya que además de describir los procesos estudiados en su contexto mediante el empleo de métodos empíricos, se establecieron relaciones de causa efecto a través de la sistematización teórica y empleo de métodos deductivos e inductivos.

1.3.1 Métodos de Investigación.

Se emplearon los siguientes métodos:

Método Deductivo.- Permite establecer y llegar a la verdad partiendo de los conocimientos generales para poder establecer conocimientos específicos, lo que significa que se singularizó el problema planteado, logrando concentrar los aspectos de la investigación en aspectos puntuales. Según este método: “se admite que cada conjunto de hechos de la misma naturaleza está regido por una Ley Universal. El objetivo científico es enunciar esa Ley Universal partiendo de la observación de los hechos” (GÓMEZ, Investigación. "El método inductivo" Pág: 127, 1998)

El método deductivo permite al investigador hacer la observación de los datos generales aceptados según la temática para luego llegar a una conclusión de tipo particular.

Método Inductivo.- Obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares, se caracteriza por cuatro etapas básicas: la observación y el registro de todos los hechos, el análisis y la clasificación, la derivación inductiva de una generalización a partir de los hechos y la contrastación con el análisis de las encuestas.

1.3.2 Técnicas de Investigación.

Las técnicas de investigación utilizadas fueron:

Entrevista.- Técnica para recoger información mediante el diálogo o conversación entre dos o más personas con un fin específico, en este caso para recabar información relacionada a los servicios de Laboratorio Clínico.

Encuesta.- Técnica para obtener información mediante la aplicación de un cuestionario de preguntas que se relacionan con opiniones, criterios, valoraciones, etc., las mismas estarán dirigidas a una muestra seleccionada.

Cuestionario.- Técnica que a través de preguntas permite el acceso a información valiosa sobre la base de los conocimientos de las personas que integran una muestra.

1.3.3 Población y Muestra. Técnica de muestreo.

La investigación estuvo dirigida hacia la gestión de los procesos del Laboratorio Clínico, que tiene una incidencia en el funcionamiento general del hospital y donde incluye satisfacción de diversos usuarios: profesionales médicos de las diferentes especialidades y pacientes que acuden a los servicios directamente. Por tal razón las muestras seleccionadas se obtuvieron de los trabajadores de laboratorio, de los especialistas médicos y pacientes que acuden directamente a realizarse estudios de laboratorio.

Se les aplicó un cuestionario a 52 médicos del HE-1, 80 pacientes fueron encuestados, 15 trabajadores de laboratorio respondieron un cuestionario acerca del funcionamiento y organización del trabajo, y fue entrevistada la jefa del servicio de laboratorio.

1.3.4 Técnicas de procesamiento y análisis de la información.

Para procesar la información se realizaron las siguientes actividades:

- Revisión crítica de la información recogida; purificación de la información eliminando la que se encuentre defectuosa, se encuentre contradictoria, este incompleta, o no sea pertinente al caso de estudio.
- Tabulación de datos.
- Codificación, clasificación de los datos para que puedan ser analizados.
- Control de la información obtenida.
- Representación en tablas de respuestas, frecuencias y porcentajes.
- Representación gráfica (pasteles) de los resultados de las tablas en porcentajes.
- Análisis de cada una de la representación gráfica.

1.3.5 Tratamiento y análisis estadísticos de los datos.

En el tratamiento de los datos, se tuvo en cuenta los documentos nombrados anteriormente para la recolección de los datos y posteriormente se realizó el análisis de cada instrumento para llegar a una conclusión efectiva de propuesta.

Los datos primarios fueron procesados en SPSS 22 y presentados en tablas y gráficos para su análisis y discusión, lo cual permitió arribar a las conclusiones y recomendaciones necesarias para incrementar la efectividad y oportunidad en el procesamiento de exámenes del servicio de Laboratorio Clínico del HE-1 No .1

CAPÍTULO II

2. Aspectos generales del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N0. 1

2.1 Competencia, facultades, atribuciones y rol.

El reglamento de la unidad ejecutora del Hospital General de las Fuerzas Armadas N° 1 otorga al Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas, la competencia del “Apoyo de sanidad a las operaciones militares” y establece como una de sus atribuciones el “Ofrecer servicios de salud de tercer nivel de complejidad dentro del sistema de sanidad de las Fuerzas Armadas”. Adicionalmente, dentro de esta atribución el HE-1 tiene la facultad de gestión.

Por otra parte, el manual de logística militar, en su capítulo E “Sanidad”, literal N° 2 “Actividades generales de sanidad”, numeral 4) “Normas de evacuación y hospitalización” faculta al HE-1 en la gestión de las siguientes atribuciones: “Participar la evacuación (transferencia) de heridos y enfermos del nivel de competencia utilizando los medios de transporte orgánicos” y “Confirmar el diagnóstico mediante un nuevo triaje elaborado por el escalón inferior de evacuación para su tratamiento o para retornar al combate”. Adicionalmente, el mismo manual en su Capítulo E, literal N° 2 “Actividades generales de sanidad”, numeral 5) “Cadena de evacuación” faculta también al HE-1 para hacer la gestión de la atribución “Brindar diagnóstico, tratamiento clínico, quirúrgico, rehabilitación y recuperación de los pacientes evacuados”

2.2 Marco Legal

La Ley Orgánica del sistema Nacional de Salud otorga al HE-1 la competencia de la “Sanidad militar en articulación al Sistema Nacional de Salud”, dentro de la cual tiene como atribución el “Colaborar con las unidades del sistema nacional de salud en la prestación de servicios de salud de especialidad con sus competencias de tercer nivel” ejerciendo la facultad de gestión.

Finalmente, el Acuerdo Ministerial 318 del Ministerio de Salud del 18 de marzo de 2011 establece la siguiente definición del III nivel de atención: “Prestar servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad (alta complejidad) de referencia y contra-referencia a nivel nacional”.

2.3 Estructura organizacional.

Para el último trimestre del año 2012, el HE-1 desarrolló su nuevo estatuto por procesos, en el cual se ha diseñado la nueva estructura orgánica del HE-1 junto con la definición de las funciones y responsabilidades de los niveles directivos, asesor, de apoyo y operativo de la institución, las cuales se encuentran totalmente alineadas a la facultades, atribuciones y competencias institucionales. En este sentido, a continuación se presenta una breve descripción de la estructura organizacional del HE-1:

La estructura orgánica por procesos del HE-1, se sustenta en su dirección estratégico, procesos gobernantes, sustantivos, adjetivos de apoyo y adjetivos asesores diseñados para el cumplimiento de su misión, y objetivos estratégicos.

El hospital de especialidades de las FF.AA N° 1 se alinea con su misión de prestar servicios de salud y apoyo de sanidad a las operaciones militares, como una unidad de prestación de servicios de tercer nivel de complejidad conforme la Ley orgánica del sistema nacional de salud. Para estructurarse sigue el enfoque de productos y/o servicios de calidad prestados con calidez; resultantes de un ordenamiento de sus macro procesos en una cadena de valor que presenta las actividades en forma lógica y secuencial dentro de un enfoque sistémico para todos los procesos.

Los procesos se ordenan y clasifican en función de su grado de contribución al cumplimiento de la misión y visión de esta casa de salud:

Procesos gobernantes: Son aquellos que proporcionan directrices, políticas, y planes estratégicos para el funcionamiento de la institución y son realizados por la máxima autoridad. En esta categoría encaja el proceso de enfoque estratégico del HE-1.

Procesos sustantivos: Son destinados a llevar a cabo las actividades que permiten ejecutar efectivamente la misión, objetivos estratégicos y políticas de la institución, en esta categoría se encuentran los procesos evaluación médica, tratamiento médico, rehabilitación médica y atención paliativa.

Procesos adjetivos: son aquellos que apoyan a los procesos gobernantes y sustantivos, se encargan de proporcionar personal competente, reducir los riesgos del trabajo, preservar la calidad de los materiales, equipos y herramientas; Así mismo incluyen aquellos que proveen servicios legales, contables, financieros y de

comunicación; dentro de esta categoría de procesos se encuentran: la gestión de talento humano, gestión logística, gestión de compras públicas, gestión de tecnologías de la información y comunicaciones, gestión financiera, gestión documental, gestión de seguridad, salud y ambiental, gestión de estadística, gestión de admisión hospitalaria, gestión de mercadeo, gestión de formación y capacitación hospitalaria, gestión de investigación hospitalaria y gestión de seguridad operacional.

Procesos asesores: son procesos definidos para proporcionar asesoría a la dirección general, en materia de planificación, seguimiento y evaluación, gestión de la calidad, organización y métodos, leyes, reglamentos, y auditoría a los procesos sustantivos; en esta categoría de procesos se encuentran: el desarrollo institucional, la gestión jurídica y auditoría médica.

Todos los procesos descritos se integran en un solo mapa de procesos que representa gráficamente la gestión por procesos diseñada para el hospital de especialidades de las FF. AA. N° 1, que también permitió el desarrollo de la estructura orgánica por procesos que actualmente se encuentra en proceso de aprobación. Las representaciones tanto del mapa de procesos como de la estructura orgánica del HE-1 se presentan a continuación en las siguientes dos figuras:

MAPA DE PROCESOS DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FF.AA Nº 1

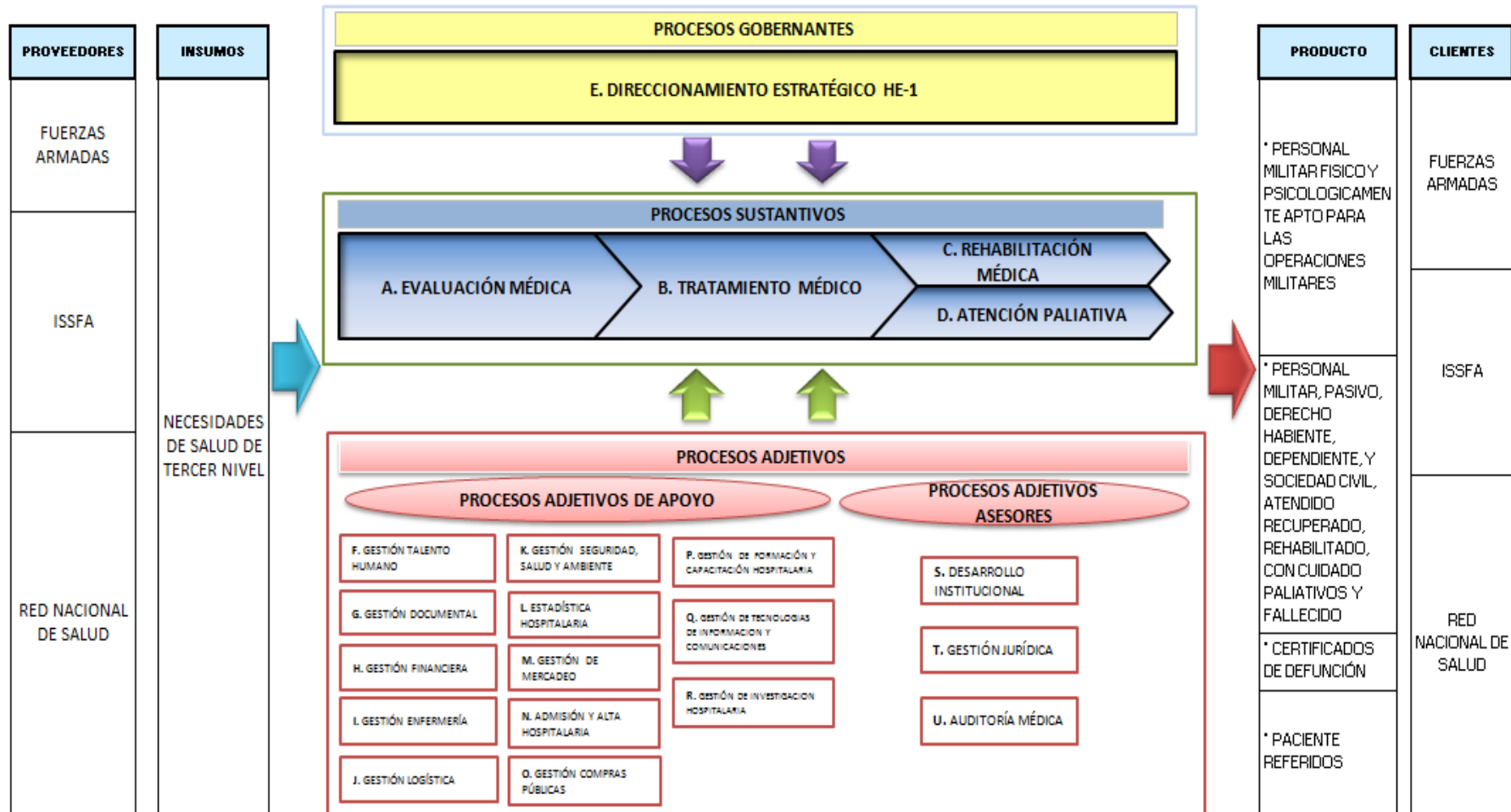


Gráfico 1- Mapa de Procesos de Hospital de Especialidades FF.AA. Nº1
Fuente: HE-1

ESTRUCTURA ORGÁNICA DE GESTIÓN POR PROCESOS DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FF.AA. NO. 1

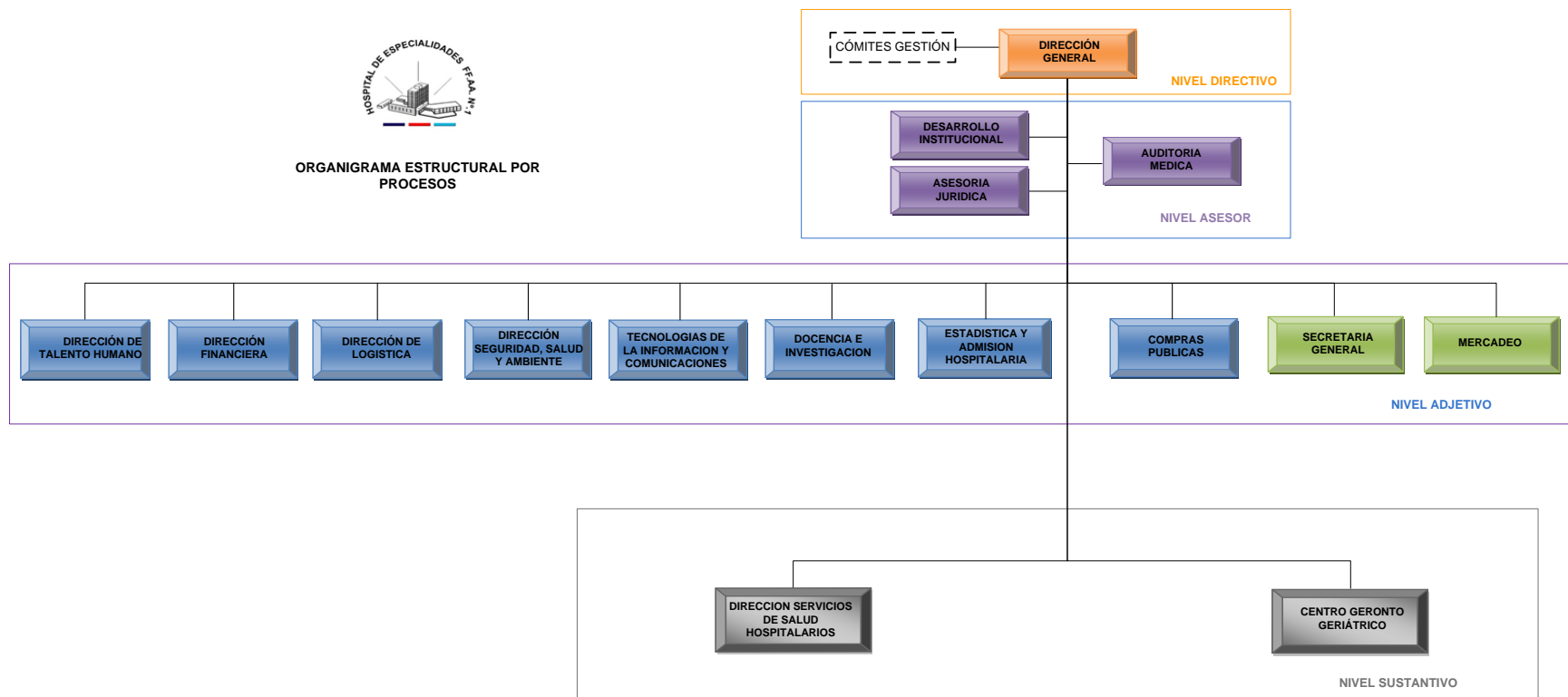


Gráfico 2- Estructura Orgánica por Procesos de Hospital de Especialidades FF.AA. N° 1
Fuente: HE-1

2.4 Alineamiento al Plan Nacional del Buen Vivir.

Cap. II Sección 7

Art. 32 La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos: el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

Cap. III

Art. 35 “Define las personas y grupos de atención prioritaria y establece que la responsabilidad del ámbito público y privado de garantizar una atención prioritaria y especializada.

El Estado prestará especial protección a las personas en doble condición de vulnerabilidad.

Con respecto a estos grupos en varios articulados menciona sus derechos en salud.

Incorpora artículos importantes en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos” (Capítulo Sexto —Derechos de libertad)

2.5 Mapa de actores.

El proceso del mapeo de actores permite identificar las relaciones de las personas, de la sociedad, del gobierno, etc.; los niveles de poder y la posición en términos de apoyo, indiferencia u oposición hacia la organización.

La coherencia entre estos componentes y una actuación coordinada y sinérgica de los actores que forman el SNS, en torno a las necesidades de salud de las personas, sus familias y la comunidad permite el logro de los objetivos del modelo de atención en salud familiar, comunitaria e intercultural.

Actores sociales:

Se entiende por actor social a los sujetos individuales o colectivos que desde sus intereses, detectan la capacidad de intervenir en forma significativa en una situación, o bien que cuentan con los recursos de poder que los torna estratégicos en la construcción de un proceso; la conformación de los actores sociales puede ser individual o colectiva.

Actor individual es un sujeto que tiene intereses en el área de salud y que ocupa una posición que lo coloca en una situación importante, que tiene peso e influencia en la comunidad; actor colectivo es una agrupación de sujetos sociales, una organización, institución, entre otros, que se estructura y representa con actores sociales.

Ej. Individuales: miembros de organizaciones de base comunitaria, líderes comunales, representantes institucionales, líderes religiosos, miembros de la comunidad con intereses en el campo de la salud, personas con discapacidad o sus representante.

Ej. Colectivos: representantes de instituciones como los ministerios, u otras instituciones que pueden ser públicos o privados, ONG, etc.

Actores Institucionales:

Sectoriales de salud: Son los representantes o funcionarios del sector salud, se debe tomar en cuenta, tanto de los sectores públicos, como privados con y sin fines de lucro.

Extra sectoriales: representan a organizaciones sociales, con representación local pero que no realizan acciones de salud.

Relaciones predominantes:

Se definen como las relaciones de afinidad (confianza) frente a los opuestos (conflicto), en la conformación:

- A favor: predomina las relaciones de confianza y colaboración mutua
- Indeciso/indiferente: predomina las relaciones de afinidad pero existe una mayor incidencia de las relaciones antagónicas.
- En contra: el predominio de relaciones es de conflicto.

Jerarquización del poder:

Se define como la capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones que se emprenda con la intervención; se considera los siguientes niveles de poder:

- Alto: predomina una alta influencia sobre los demás.
- Medio: La influencia es medianamente aceptada.
- Bajo: no hay influencia sobre los demás actores.

A continuación, en la siguiente tabla se presenta la identificación de los principales actores relevantes, que tienen cierto grado de interés en las actividades que ejecuta el HE-1:

Tabla 3. Identificación de los Principales Actores del HE-1

GRUPO DE ACTORES SOCIALES	ACTOR O REPRESENTANTE	ROL O FUNCION EN EL HE-1	POSIBLE ACCION O INTERESES	RELACIÓN PREDOMINANTE	JERARQUIZACIÓN DE SU PODER
Instituciones públicas	MSP	Da las directrices y normativas para la prestación de servicios al sistema de salud pública	Integrar al HE-1 a la red pública Integral de Salud Que el HE-1 adopte el nuevo tarifario del MSP. Que el HE-1 mejore su calidad, eficiencia y eficacia en la prestación de servicios a la comunidad	A favor	Alto
	MINISTERIO DE RELACIONES LABORALES	Da las directrices y normativas para el manejo de recursos humanos	Que se cumpla la normativa legal vigente en cuanto a la administración del talento humano	Indiferente	Bajo
	ME	Financia una parte del pago de recursos humanos	Autorización del presupuesto general del HE-1 en función de su plan estratégico	Indiferente	Media
	IESS	Ente asegurador. Comprador de servicios	Servicios de calidad respeto a las negociaciones y eventuales convenios firmados con el HE-1	A favor	Bajo
	MIDENA/ DISAFA	Da las Directrices y normativas para la prestación de servicios de sanidad en apoyo a las operaciones militares.	Servicios de calidad Disponibilidad del HE-1 para el apoyo a las operaciones militares. Poner en funcionamiento la referencia y contra-referencia	A favor	Alto
	ISSFA	Ente asegurador y comprador de servicios de salud. Da directrices para la prestación de servicios médicos de la seguridad social.	Servicios de calidad respeto a las negociaciones Ampliar la capacidad del 3er Nivel.	A favor	Alto

	Unidades Militares de Salud	de	Articular los servicios de salud con el HE-1	Definir los procesos de referencia y contra-referencia	A favor	Medio
	Unidades de salud de la Red Pública	de	Articular los servicios de salud con el HE-1	Definir los procesos de referencia y contra-referencia	Indiferente	Bajo
Instituciones privadas	Concentración Deportiva Pichincha	de	Compradores del servicio de salud	Utiliza los servicios del HE-1	A favor	Bajo
	Clínicas Hospitales privados	y	Competencia	Vende los servicios que no puede ofrecer el HE-1	Indiferente	Bajo
	Empresas Proveedores		Provee bienes y servicios.	Aumentar los bienes y servicios vendidos al HE-1 Pagos oportunos de facturas Respeto a las negociaciones Relaciones de negocios a largo plazo	Indiferente	Medio
Usuarios	Pacientes militares, dependientes y derecho-habientes	y	Usuarios de los servicios de salud que ofrece la institución	Evalúan la atención del hospital	A favor	Alto
	Pacientes civiles				A favor	Bajo

Fuente: Unidad de Desarrollo Institucional del HE-1

Como se aprecia en la tabla anterior, se han identificado como actores institucionales con alto poder de influencia en las actividades del HE-1 al Ministerio de Salud Pública, al Ministerio de Defensa Nacional y la Dirección de Sanidad de Fuerzas Armadas como entidades rectoras que emiten las directrices generales que delimitan la acción futura de la institución, sus intereses principales apuntar a favor de la institución en el sentido de su desarrollo y crecimiento en función de los objetivos definidos por el Estado en materia de salud. Otro actor institucional con gran poder de influencia constituye el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas que actualmente es el principal comprador de los servicios de salud de tercer nivel del HE-1 y que por tanto tiene un elevado poder de negociación en la fijación de las tasas económicas fijadas para los diferentes procedimientos médicos ofertados por la institución. Adicionalmente se han identificado otros actores institucionales con un poder de influencia medio como el Ministerio de Finanzas, proveedores de equipos, las demás unidades de salud del SSM, entre los principales.

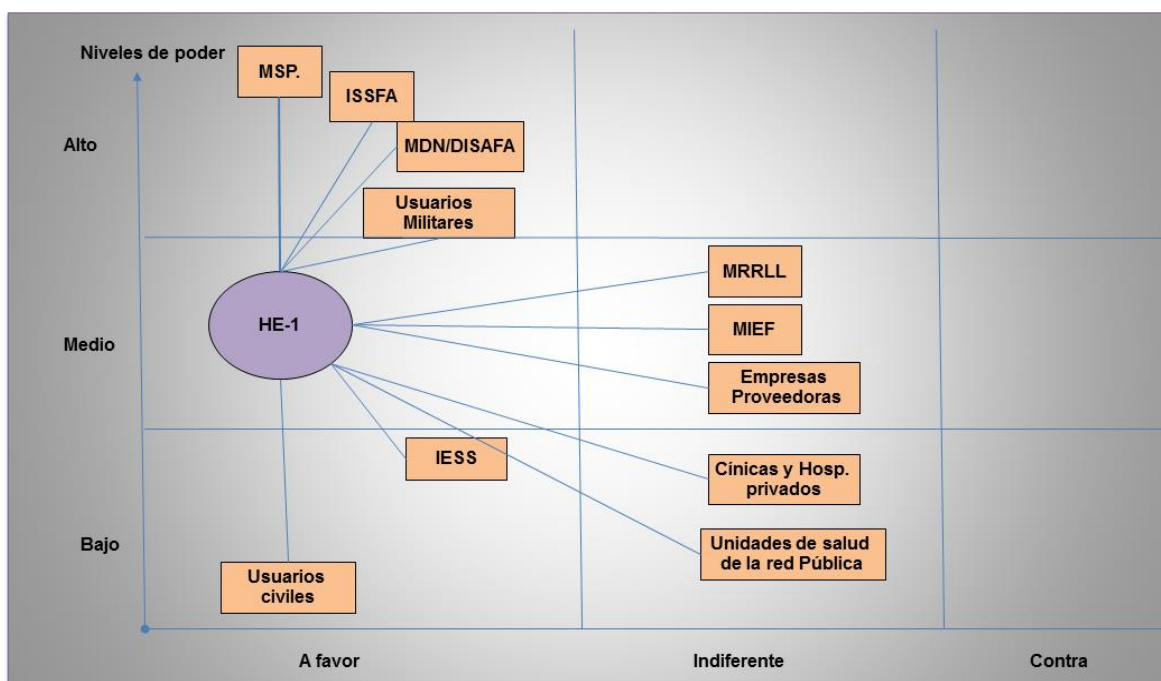


Gráfico 3- Mapa de Actores.

Fuente: Unidad de Desarrollo Institucional del HE-1

2.6 Procesos del Laboratorio Clínico.

El Laboratorio Clínico Endocrinológico se encuentra dentro de los procesos sustantivos del HE-1, cumple funciones de suma importancia con medio auxiliar para el diagnóstico y tratamiento que realizan los especialistas en los distintos servicios médicos.

Tabla 4. Códigos de procesos de Laboratorio Clínico endocrinológico

CLASIFICACIÓN	MACRO PROCESOS		PROCESOS	SUBPROCESOS
		51	Evaluación médica inicial	
		52	Auxiliares de diagnostico	
		52.1	Servicio de laboratorio	
		52.1.1	Laboratorio Clínico endocrinológico	
				Agendamiento
				Pre-analítico
				Analítico
				Post-analítico
		52.1.2	Laboratorio de patología	
		52.1.3	Laboratorio de microbiología	
		52.1.4	Laboratorio de inmunología	
		52.2.	Servicio de imagen	
		52.3	Banco de sangre	
		52,4	Farmacia	
		53	Evaluación médica subsecuente	
		54	Derivación, referencia inversa	

Fuente: HE-1.

Sin lugar a dudas la gestión del Laboratorio Clínico forma parte de un complejo sistema de procesos interdependientes con los cuales se encuentra interrelacionada su actividad. No obstante, debido a esa complejidad no es objetivo de esta investigación abarcar todos esos procesos sino dirigir fundamentalmente la mejora en función de la atención de las necesidades de los clientes tanto externos como

internos, que dependen de su actividad. En el siguiente gráfico se representa la interrelación de los procesos mencionados.

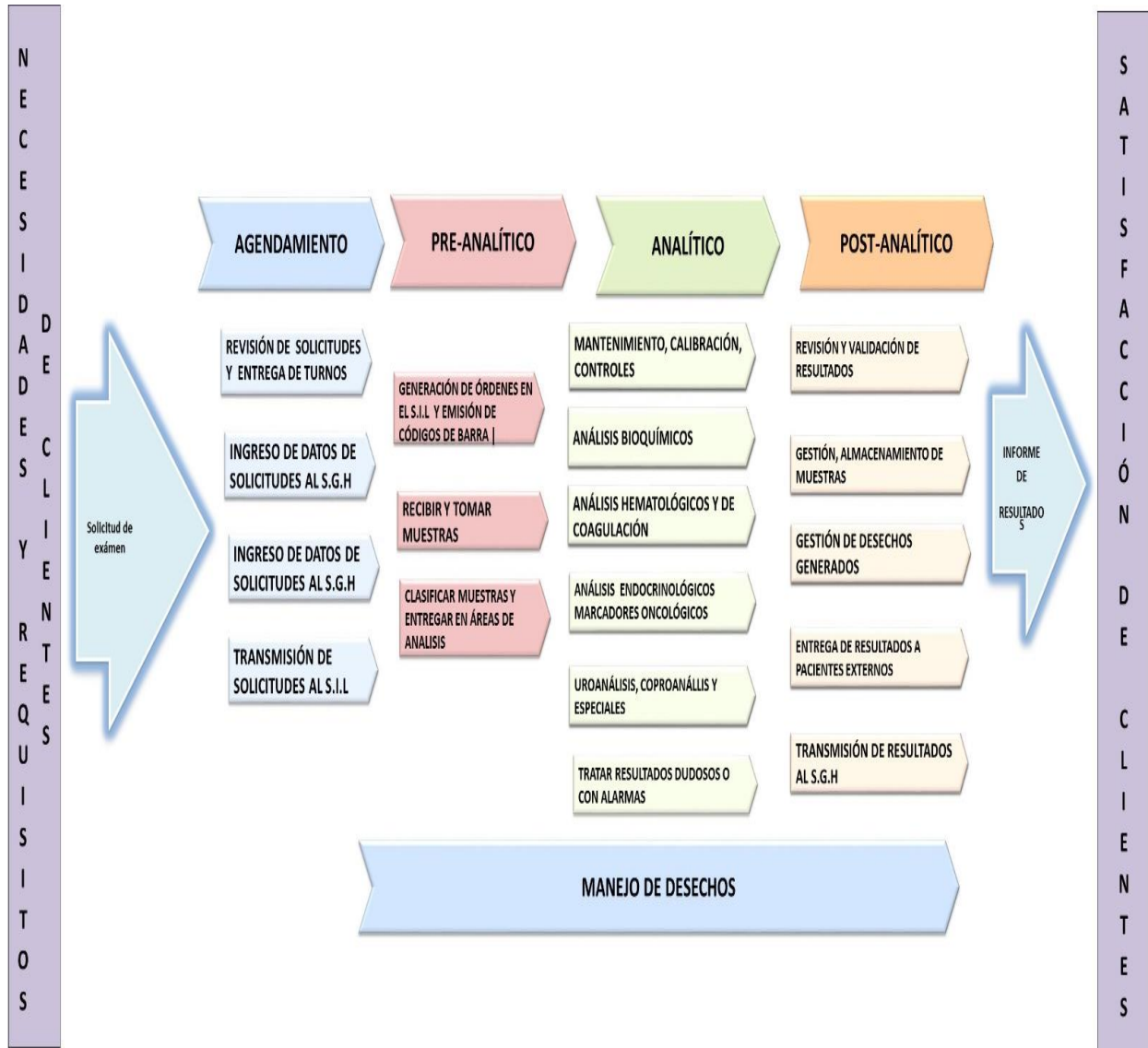


Gráfico 4. Mapas de Procesos.

Fuente: HE-1.

2.6.1 Subprocesos del Laboratorio Clínico Endocrinológico.

El proceso del Laboratorio Clínico endocrinológico está integrado por varios subprocesos que forman un sistema, los cuales de acuerdo a su eficiencia individual garantizan la eficiencia como resultado final. A continuación se muestran estos subprocesos.



Gráfico4.1 Subprocesos de Laboratorio
Fuente: Autora

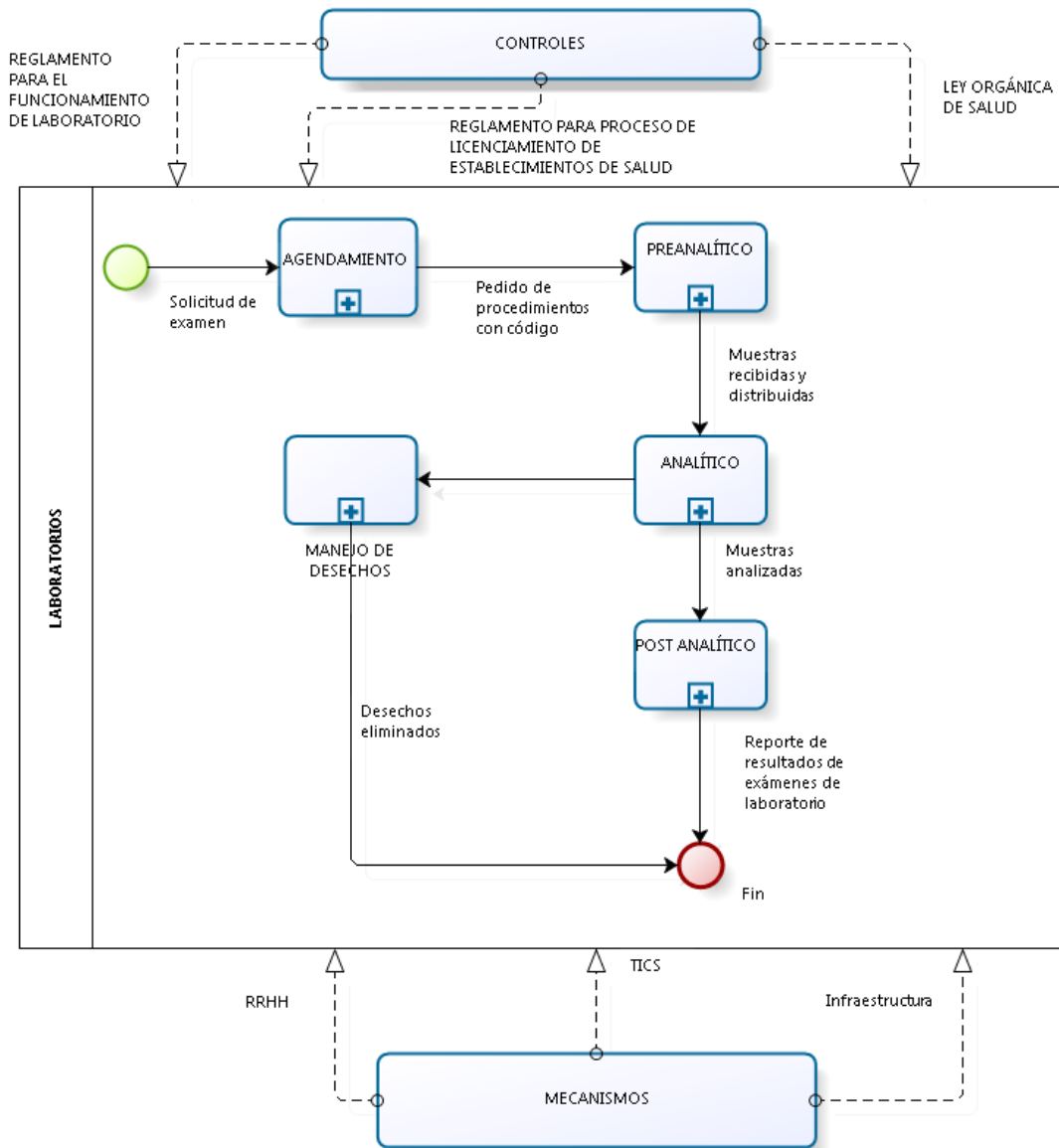


Gráfico N° 4.2: Subprocesos de Laboratorio Clínico
Elaborado por: Autora

2.6.2 Caracterización de Procesos.

La caracterización de procesos y servicios es el documento que describe las características generales del proceso, esto es, los rasgos diferenciadores del mismo. (UNIVERSIDAD NACIONAL, 2014)

En el caso particular de la investigación se requiere caracterizar cada uno de los subproceso que intervienen en los resultados del proceso.

2.6.3 Descripción de los subprocesos que integran el proceso del Laboratorio Clínico.

Proceso	Descripción
Agendamiento	Es la labor en la cual se programan los procedimientos en el sistema hospitalario y en el sistema de laboratorios.
Preanalítico	En éste proceso se codifica las muestras, una vez recibidas se envía al área de análisis correspondiente.
Análítico	Se realizan diferentes procedimientos para la verificación de los resultados
Post analítico	Es el reporte de resultados de exámenes de laboratorio al sistema hospitalario o al cliente externo.

Tabla 5. Descripción de subprocesos

Elaborado por: Autora.

A continuación se muestran los flujos

2.6.3.1 Agendamiento.

Tipo de paciente: los pacientes del HE-1 se clasifican en términos generales: civiles, pacientes de la red pública y complementaria de salud, de sanidad militar (ISSFA) y otros convenios que ha realizado el hospital, según el anexo (2) de la matriz de requisitos para admitir a un paciente según convenio.

Otra manera de clasificar al tipo de paciente que requiere del servicio de laboratorio, puede ser un paciente interno que ocupa los servicios de hospitalización, consulta externa o emergencia, donde se origina el requerimiento; o puede ser un paciente externo que de forma independiente solicita el servicio de laboratorio.

Agendamiento de pacientes tratados en consulta externa

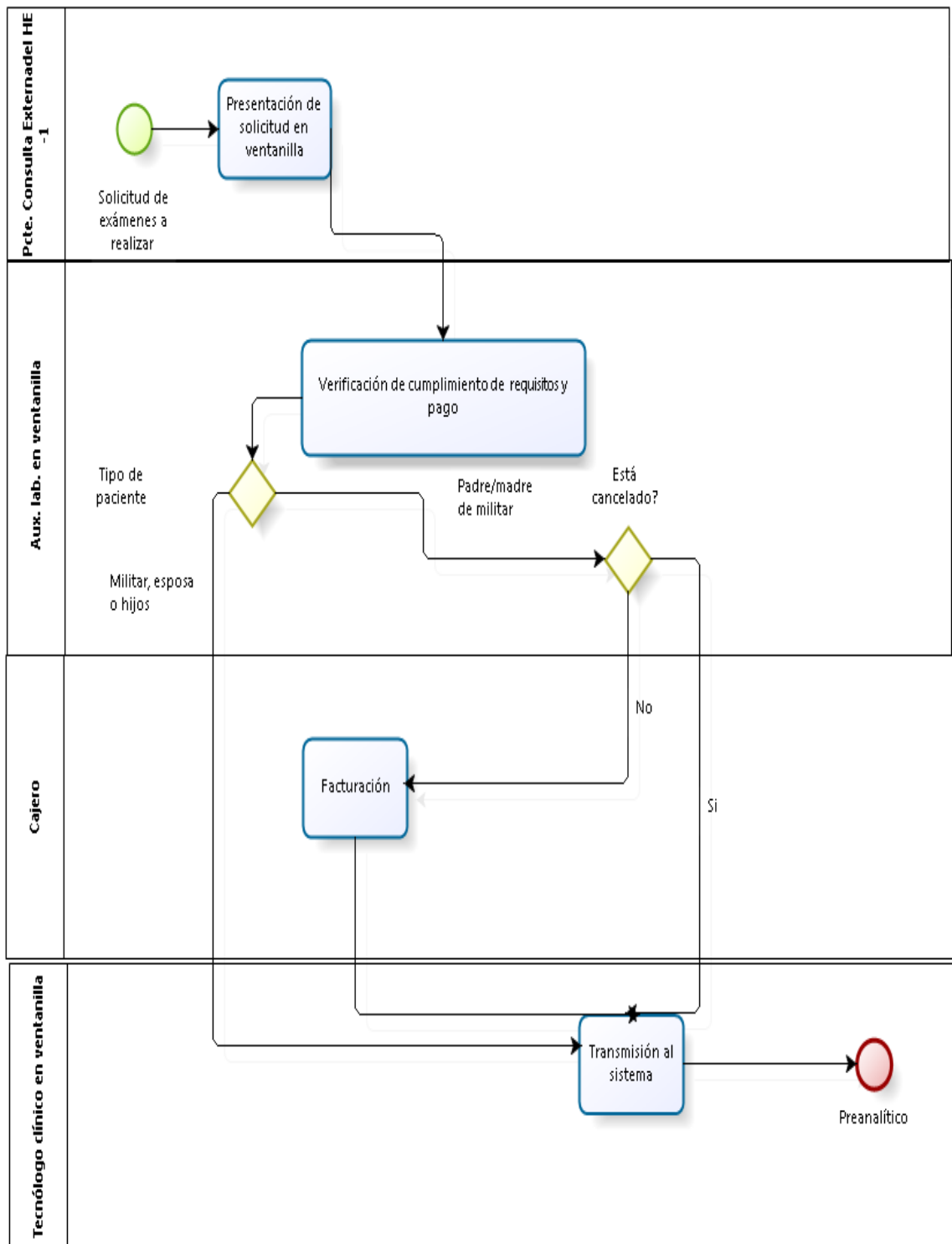


Gráfico 5. Agendamiento de pacientes tratados en consulta externa.
Elaborado por: Autora

Proveedores	Disparador/ Entradas	Actividades	Salidas (Productos/ Servicios)	Clientes/ Ciudadanía
Servicios Hospitalarios, cliente externo	Disparador	-Presentación de documentos en ventanilla, -Verificación de cumplimiento de requisitos y pago. -Si es necesario, dirigir al paciente para la realización de procesos de referencia, derivación, contra referencia, facturación y referencia inversa en el proceso de admisión. -Agendamiento en el sistema hospitalario.	Pedido de procedimientos con código	Subproceso "pre analítico"
	Presentación de documentos en ventanilla			
	Entradas			
	Solicitud de exámenes a realizar			

Producto	Descripción	Formato / Plantilla
Pedido de procedimientos con código.	Disponibilidad en el sistema de los datos necesarios para la realización de la prueba.	- Información magnética contenida en el sistema hospitalario

Al observar los procedimientos de agendamiento para los exámenes de laboratorio, se puede percibir que son muy engorrosos para un paciente externo, sin embargo estos procedimientos están normados por el Ministerio de Salud para la red pública y complementaria de salud.

Sin embargo el porcentaje de ocupación de los laboratorios está en el 95 % según las cifras del departamento de estadística y archivo del HE-1. Éstos datos demuestran qué estaría en los parámetros normales de ocupación de un laboratorio.

2.6.3.1 Proceso preanalítico.

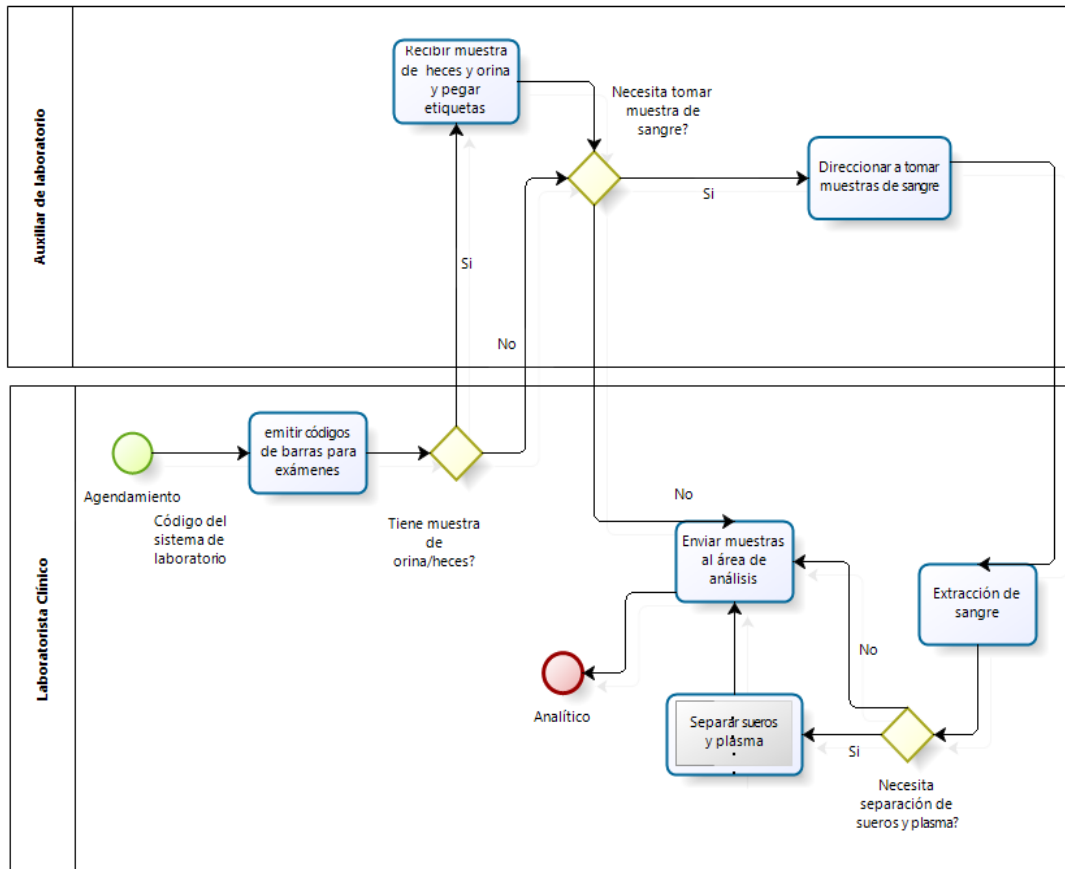


Gráfico 6. Proceso pre-analítico.
Elaborado por: Autora

Proveedores	Disparador/ Entradas	Actividades	Salidas (Productos/ Servicios)	Clientes/ Ciudadanía
Subproceso de agendamiento	Disparador	-Recibir muestra de heces y orina y pegar etiquetas. -Direccionar a tomar muestra de sangre -Emitir código de barras para exámenes -Enviar muestras al área de análisis -Separar sueros y plasma	Muestras distribuidas	Subproceso "analítico"
	Entradas			
	Solicitud de exámenes validada. Muestra			
Producto	Descripción		Formato / Plantilla	
Muestras distribuidas	Muestras tratadas según protocolos establecidos.		Determinado según el tipo de muestra	

2.6.3.3. Proceso Analítico.

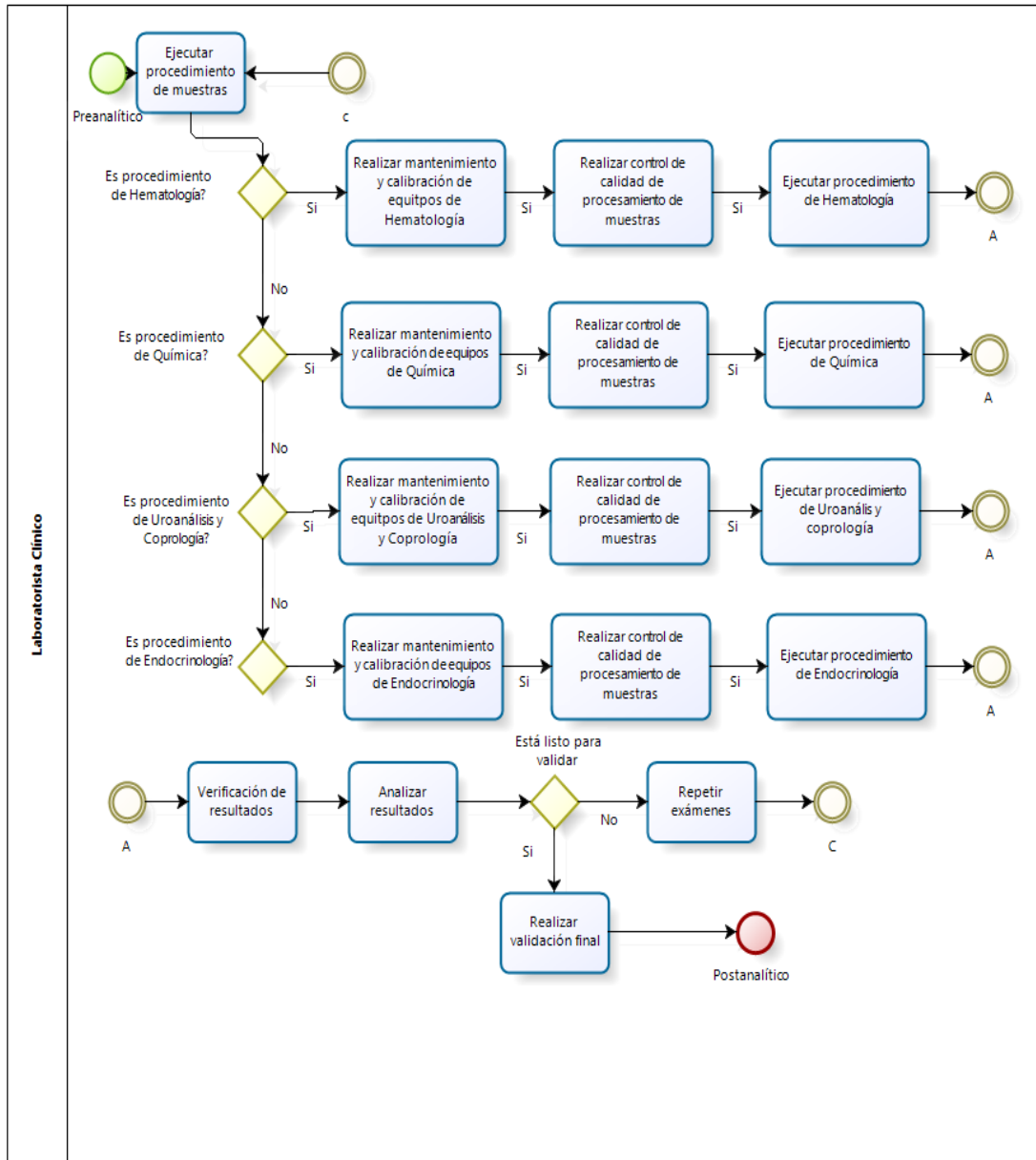


Gráfico 7. Proceso Analítico.

Elaborado: Autora

Proveedores	Disparador/ Entradas	Actividades	Salidas (Productos/ Servicios)	Cientes/ Ciudadanía
Subproceso "Pre analítico"	Disparador	-Mantenimiento y calibración de equipos -Realizar control de calidad de procesamiento de muestras -Ejecutar procedimientos de análisis por especialidad. -Verificación de resultados -Validación final	Muestras analizadas	Subproceso "Post analítico" y "Manejo de desechos."
	Recepción de la muestra por el Analista Clínico.			
	Entradas			
	Muestras distribuidas.			

Producto	Descripción	Formato / Plantilla
Muestras analizadas	Muestras analizadas según protocolos establecidos e informes realizados e ingresados en el sistema hospitalario	Determinado según el tipo de muestra

2.6.3.4 Manejo de desechos.

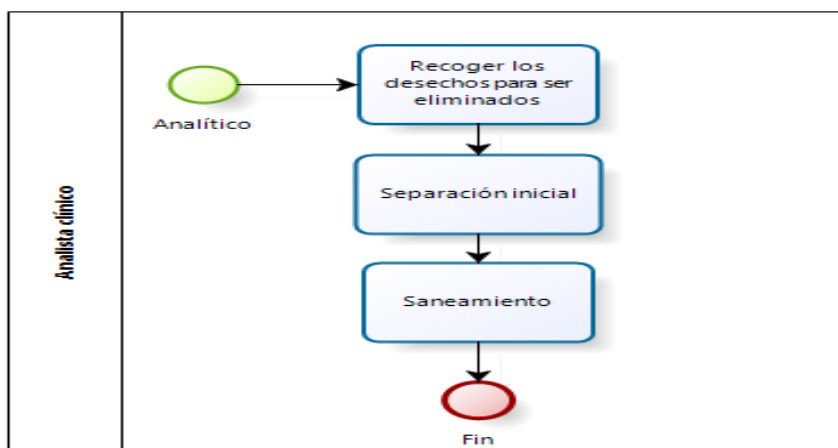


Gráfico 8. Manejo de desechos.

Elaborado por: Autora.

Proveedores	Disparador/ Entradas	Actividades	Salidas (Productos/ Servicios)	Clientes/ Ciudadanía
Subproceso "Analítico"	Disparador	-Colocar desechos en la mesa de desechos. -Separación de desechos. -Colocar en auto clave -Retirar los desechos de la autoclave -Entregar en sanidad.	Desechos eliminados	-Departamento de sanidad ambiental. -Medio ambiente
	Recoger los desechos para ser eliminados.			
	Entradas			
	Desechos			

Producto	Descripción	Formato / Plantilla
Desechos eliminados	Inocuidad de los desechos para el medio ambiente	- Determinado según el tipo de muestra

2.6.3.5. Proceso Post Analítico.

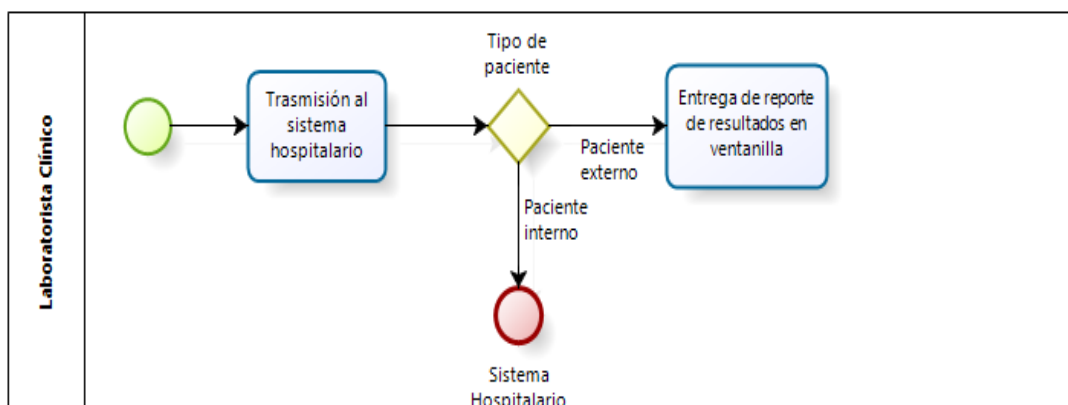


Gráfico 9. Proceso Post-analítico.

Elaborado por: Autora

Proveedores	Disparador/ Entradas	Actividades	Salidas (Productos/ Servicios)	Clientes/ Ciudadanía
Subproceso "Analítico"	Disparador	-Transmisión al Sistema Hospitalario -Entrega de reporte de resultados a los pacientes externos.	- Reporte de resultados de exámenes de laboratorio al sistema hospitalario o al cliente externo.	Sistema hospitalario. Cliente
	Transmisión al sistema hospitalario.			
	Entradas			
	Informes de pruebas realizadas. Sistema de Laboratorio			

Producto	Descripción	Formato / Plantilla
Reporte de resultados de exámenes de laboratorio al sistema hospitalario o al cliente externo.	Las siguientes son las características de las pruebas diagnósticas: Especificidad, sensibilidad, el valor predictivo, la exactitud, precisión y validez (analítica, clínica y útil de dicha prueba), así como la preparación y recogida de la muestra o el rango de referencia.	Información magnética contenida en el sistema hospitalario

Todos los subprocesos que determinan los resultados del trabajo del laboratorio tienen una importancia relevante, y la comprensión que se tenga de cada uno de ellos permitirá conocer las causas que están afectando la calidad y la satisfacción que en los usuarios internos y externos.

Desde el punto de vista investigativo este trabajo se dirige a conocer las características del proceso, describir cuales son los pasos que se establecen y en cuáles de ellos pueden existir fisuras para poder realizar la mejora dentro del proceso.

CAPÍTULO III

3. Análisis y Resultados.

3.1 Análisis para el plan de mejora continua del proceso de Laboratorio.

La investigación de campo con el empleo de técnicas de investigación para obtener datos precisos fue realizada a especialistas médicos de diversos servicios, pacientes de consulta externa, trabajadores del laboratorio y personal de dirección del mismo.

En cuanto a los subprocesos establecidos y su flujo dentro del Laboratorio Clínico-endocrinológico, como sistema predeterminado por los mismos es correcto en función de la misión que debe cumplir como proceso sustantivo, por lo tanto no se puede alterar en el orden existente por razones obvias, sin embargo al interior de esos subprocesos, aplicando la teoría de los modelos referenciados en el marco teórico, se pueden determinar irregularidades que están relacionados con problemas de tipo organizativo y comunicacional que generan que el resultado final, la eficiencia del proceso en su totalidad quede afectada.

Las técnicas empleadas dirigidas a caracterizar el proceso muestran las falencias que son necesarias cambiar dentro del laboratorio como parte de lo que muchos autores consideran el mejoramiento continuo a partir del perfeccionamiento de los procesos. En este caso, independientemente de que los subprocesos y los flujos son pertinentes no están optimizados.

El análisis de los datos obtenidos permite que los resultados de la investigación señale donde están los principales problemas y los pasos necesarios que deben ser realizados para lograr la mejora de proceso dentro del Laboratorio, que es donde se encuentran las mayores dificultades.

3.2 Diagnóstico del proceso y los subprocesos del Laboratorio.

Partiendo del hecho que los subprocesos y flujos existentes no constituyen el aspecto a modificar sino la organización, la comunicación y otros aspectos dentro y fuera del Laboratorio Clínico endocrinológico, se procede a realizar el diagnóstico de cada subproceso.

Subproceso de agendamiento.

Problemas detectados:

- Falta de personal de ventanilla capacitado para la atención de los pacientes.

- Demora en la recepción y entrega de solicitudes de exámenes.
- Deficiencias en la información a los pacientes y al personal médico sobre los exámenes que no se pueden realizar.
- Poca actualización al personal médico de los nuevos servicios que presta el laboratorio.

Subproceso pre-analítico.

Problemas detectados:

- Falta de espacio para la recepción, espera y de toma de muestras a los pacientes.
- Desinformación con relación a la localización de los pacientes ingresados.
- Insatisfacción e inconformidad del personal calificado del laboratorio que es ubicado en funciones de ventanilla.

Subproceso analítico.

Problemas detectados:

- Retraso en los resultados del laboratorio.
- Pérdida de muestras y afectación a pacientes.
- Falta de reactivos para realizar el análisis.
- Dificultades en la coordinación con los servicios de hospitalización para la realización de exámenes.

Sub proceso post-analítico.

Problemas detectados:

- Demora en las entregas de los resultados.
- Dificultades con los servicios informáticos del hospital.
- Disponibilidad limitada de material higiénico.

Proceso de Laboratorio.

Problemas de eficiencia relacionados con:

- Deficiente comunicación con el personal médico del hospital.
- Incomprensión entre personal médico y de laboratorio.
- Indicaciones médicas incompletas sobre la realización de exámenes.
- Escasa orientación de los médicos a los pacientes con relación a los exámenes complementarios.

- Condiciones de trabajo deficiente, dificultades con el mobiliario y de protección a la salud de los trabajadores.
- Dificultades con el proceso de compras públicas.

La entrevista a la responsable del Laboratorio Clínico permitió comparar la información recibida y conocer desde el punto de vista administrativo las causas de los problemas existentes, pudiendo mencionar las siguientes:

- La plantilla del personal incompleta, exceso de trabajo y suspensión de vacaciones.
- Dificultades relacionadas con compras públicas debido a los trámites engorrosos, que tiene que realizar profesional médico especializado que no está familiarizado con esa actividad y que le interrumpe otras funciones propias de su profesión.
- Problemas en la organización del trabajo del laboratorio por no tener planificación y límites de los pacientes a atender, y que no se consideran de prioridad con relación a emergencias y hospitalización.
- Uso indiscriminado del personal profesional del laboratorio que genera inconformidad y malestar.
- Se generan sobrecargas que han provocado cansancio en los trabajadores porque la contratación de los puestos vacantes siempre tiene demora por distintas razones.
- La jornada laboral del personal no se corresponde con las normas establecidas internacionalmente para garantizar la protección a los trabajadores.

El diagnóstico realizado como resultado de la investigación permite un conocimiento más exacto sobre la realidad del funcionamiento del Laboratorio Clínico endocrinológico y poder elaborar una matriz DOFA que oriente la mejora de sus procesos.

Tabla 6. Matriz DOFA del Laboratorio Clínico Endocrinológico.

OPORTUNIDADES (Puntos fuertes)	FORTALEZAS (Puntos fuertes)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Política de gobierno dirigida al buen vivir. 2. Asignación de presupuesto a los gastos de la salud. 3. Posibilidades de intercambios científicos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tradición de la institución hospitalaria 2. Experiencia de los trabajadores del laboratorio. 3. Tecnología de avanzada. 4. Informatización de los procesos.
AMENAZAS (Puntos débiles)	DEBILIDADES (Puntos débiles)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento de la deuda pública. 2. Disminución de los precios del petróleo y repercusión en la economía. 3. Reducción de los gastos y asignaciones de presupuesto. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Condiciones de trabajo desfavorables. 2. Falta de personal. 3. Problemas de información y comunicación entre servicios y dependencias. 4. Exceso en el horario de trabajo. 5. Ausencia de una planificación diaria de exámenes a realizar.

Fuente: Investigación.

3.3 Mejora de los procesos.

Para la mejora de procesos se toma como basamento el concepto japonés Kaizen para el mejoramiento continuo de los procesos, lo cual consiste en evitar su paulatino deterioro a través de la introducción de medidas que garanticen el perfeccionamiento y eleven la eficiencia, teniendo como punto de partida aquellos indicadores que reflejan los problemas que deben ser solucionados; en el caso del laboratorio debe prestarse atención al grado de satisfacción de los usuarios externos e internos, las comunicaciones, la organización y planificación del trabajo, así como las condiciones en las que se realiza el trabajo. Esta investigación considera pertinente la aplicación de las siguientes medidas:

- a. Precisar el control del tiempo que debe emplearse en cada subproceso de acuerdo a como quedará establecido en el flujo grama.
- b. Brindar la información de manera oportuna a todos los usuarios internos o externo.
- c. Programar todos los subprocesos para controlar la repercusión negativa en cadena.

- d. Coordinar de manera sistemática el trabajo con los servicios de Hospitalización y Emergencia.
- e. Solicitar a la dirección del Hospital un estudio de la plantilla del personal y del horario de trabajo del laboratorio.
- f. Gestionar la participación de un personal especializado para elaborar el pedido de las compras públicas.
- g. Brindar capacitación al personal del laboratorio y del hospital en los aspectos donde se presentan las mayores dificultades.

Tomando en cuenta todas las dificultades detectadas fundamentalmente en los subprocesos de agendamiento y post analítico se hace necesario la realización de cambios en el flujo de esos procesos para que puedan ser agilizados, optimizados y lograr mayor eficiencia y contar con un personal especializado en el uso del software del hospital de modo que los datos que son necesarios introducir y los que son necesarios transmitir tanto a los clientes externos como internos, tenga a una sola persona responsabilizada permanentemente, que pueda estar al tanto de cualquier falla del sistema y tomar medidas inmediatas para que se afecte la calidad del servicio y para que pueda brindar una información correcta a todas las personas que requieran de la misma.

De acuerdo con lo planteado el flujo de procesos para obtener el mejoramiento deseado quedará establecido de la siguiente manera.

3.4 PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FUERZAS ARMADAS NO 1.

3.4.1 Subproceso de agendamiento

Este subproceso queda simplificado, y el paciente es atendido por un solo personal que está especializado en los trámites que debe realizar y que introduce los datos necesarios en el sistema. Anteriormente este subproceso lo atendían: un auxiliar de laboratorio y un tecnólogo, los cuales no dominaban el software hospitalario y realizaban esa actividad de manera emergente.

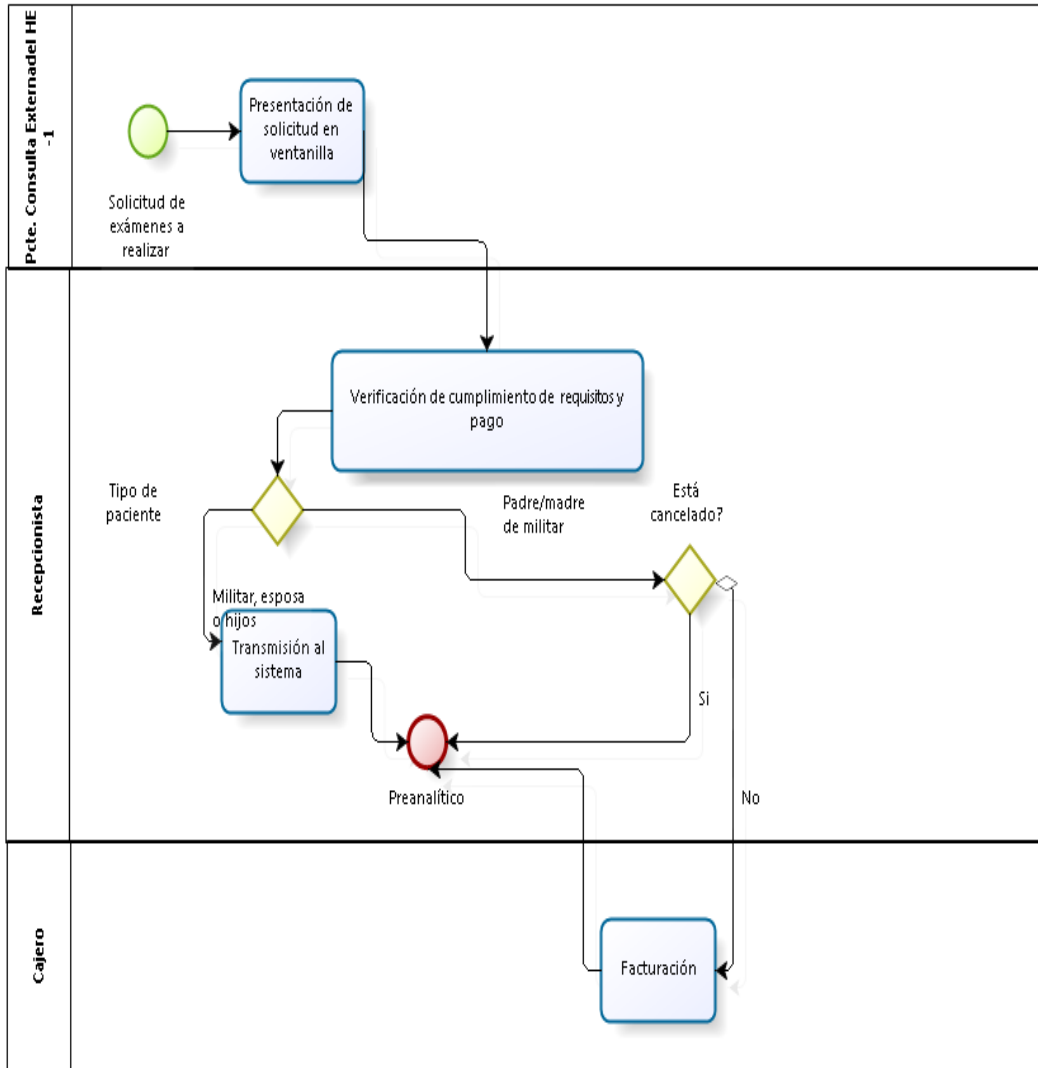


Gráfico10.Subproceso mejorado de agendamiento de pacientes.

Elaborado por: Autora

3.4.2 Subproceso preanalítico.

De manera similar este subproceso logra un mayor nivel de precisión en cuanto a la responsabilidad con el paciente y a las funciones que debe realizar el auxiliar de laboratorio.

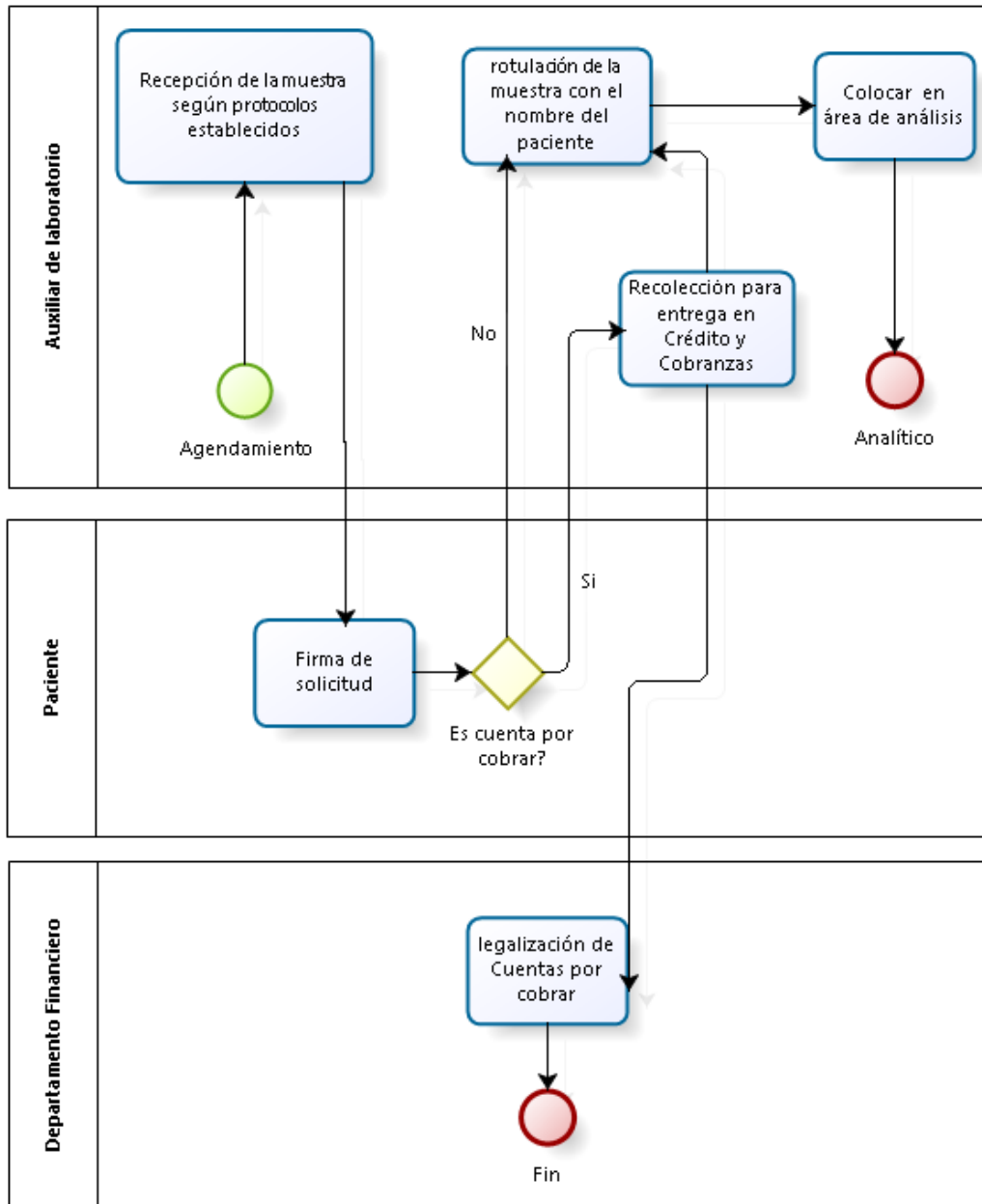


Gráfico11.Subproceso pre-analítico mejorado.

Elaborado por: Autora

3.4.3 Subproceso analítico.

Este subproceso no necesitó de cambios en su flujo porque cumple con el protocolo establecido para este tipo de actividad.

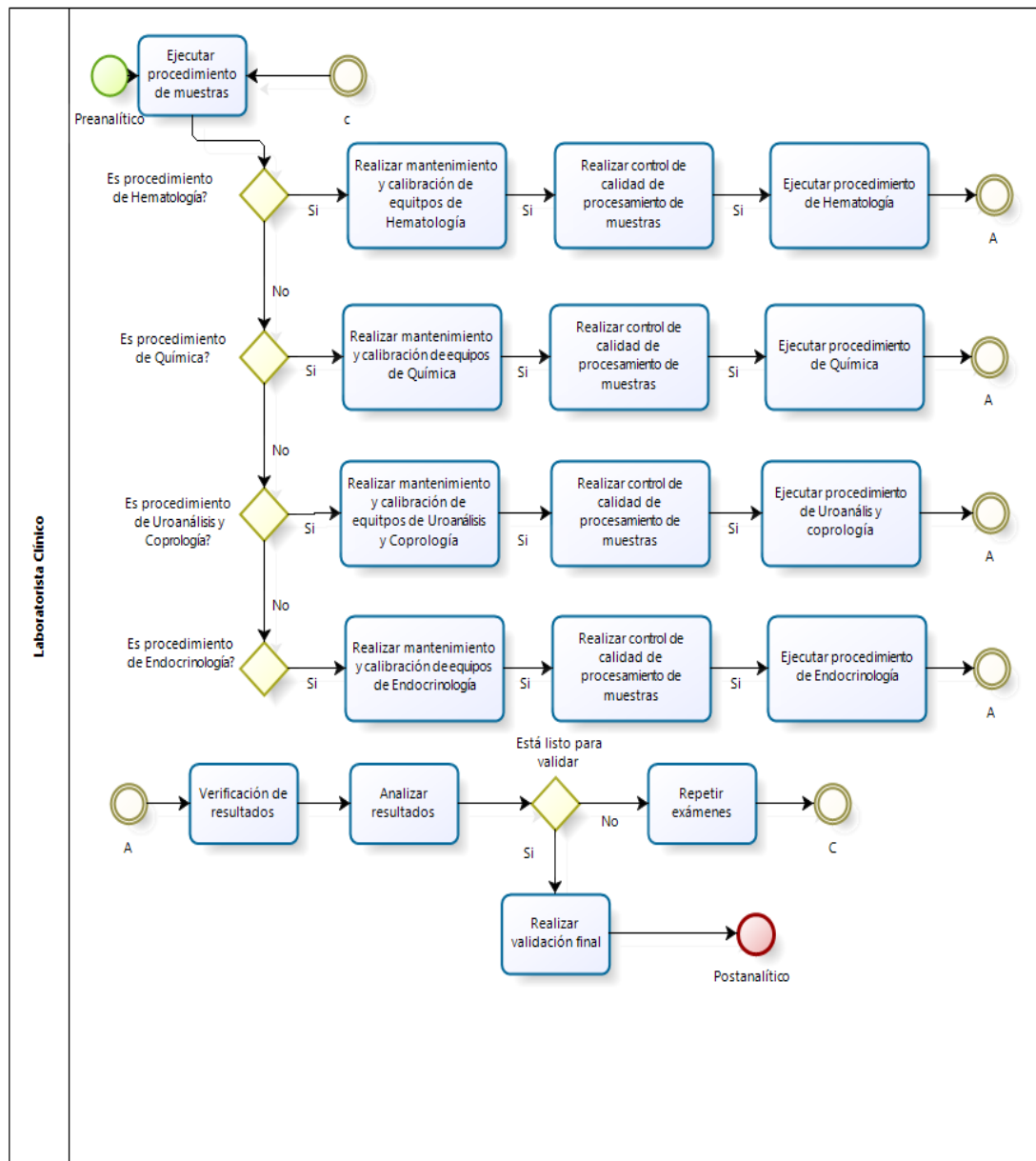


Gráfico12.Subproceso analítico.

Elaborado por: Autora

3.4.4 Subproceso post-analítico.

En este subproceso el mejoramiento consiste en contar con un personal especializado en el manejo del software hospitalario, que se mantendrá vigilante de cualquier falla en el sistema y el modo de corregirla, así como brindar la información solicitada por cualquier usuario interno o externo.

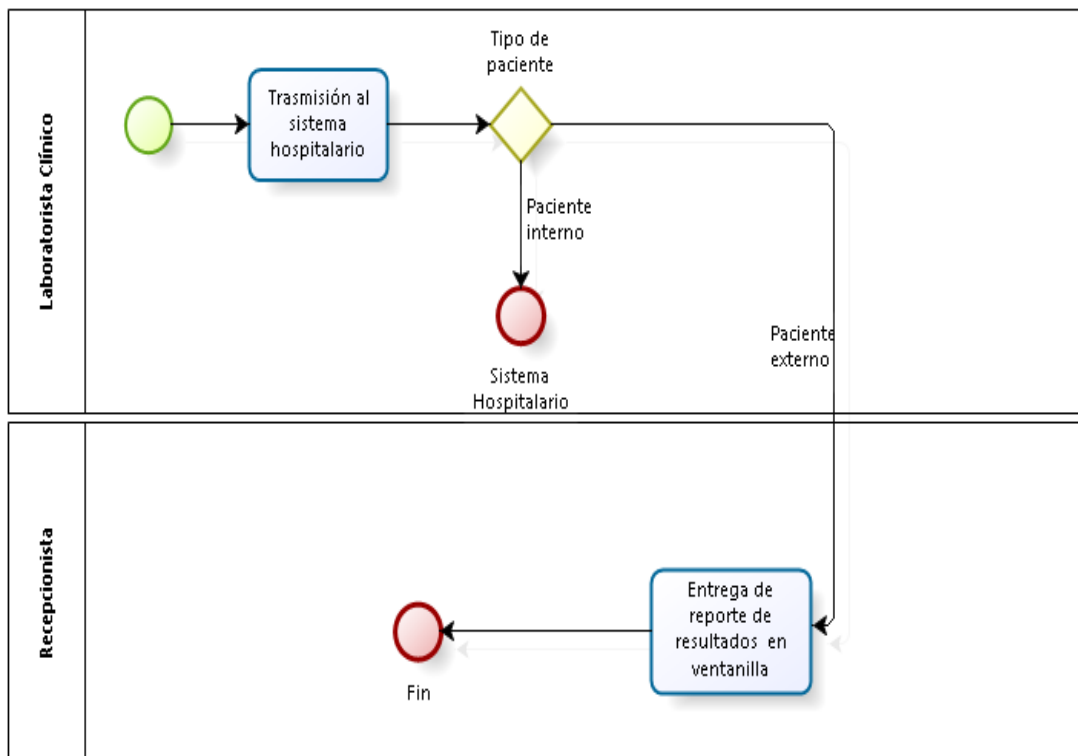


Gráfico13. Subproceso post-analítico mejorado.

Elaborado por: Autora

De manera general el mejoramiento del proceso de laboratorio queda plasmado en el siguiente gráfico.

INTERRELACIÓN DE PROCESOS DE LABORATORIO CLÍNICO DEL HE-1

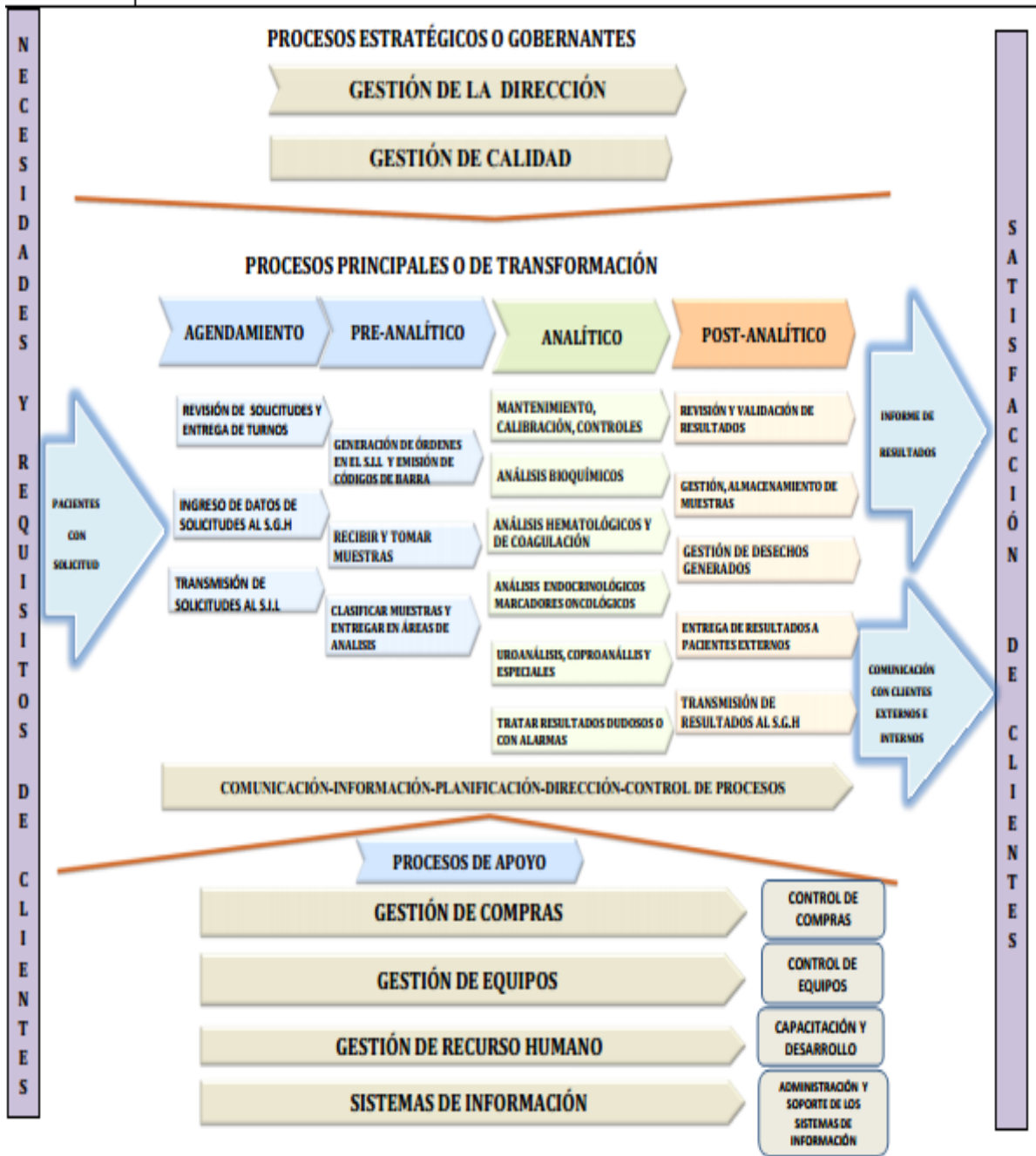


Gráfico 14. Proceso de Laboratorio mejorado.
 Elaborado: Autora .

CONCLUSIONES.

1. La hipótesis planteada en la investigación queda refutada parcialmente por constituir un elemento más y no exclusivo de las dificultades presentes en el funcionamiento del Laboratorio Clínico.
2. Existe falta de información y demora en la recepción y entrega de los resultados a los pacientes externos, por lo que más de la tercera parte lo considera poco eficiente el servicio de laboratorio.
3. Las áreas de mayores dificultades del Laboratorio Clínico para el personal médico especializado son la analítica y la post-analítica, por la confiabilidad de los resultados y la demora en su entrega, creando dificultades para el diagnóstico y tratamiento.
4. En general se detectan problemas de comunicación con relación a los exámenes indicados entre médicos, pacientes y laboratorio.
5. El área de agendamiento y pre-analítica son las que presentan mayor dificultad para el personal de laboratorio porque consideran que requieren de más personal y evitar así ser subutilizado y mal empleados en esas funciones, como resultado de una estrategia de la dirección para suplir los puestos vacantes que existen.
6. No existe un consenso con relación a la planificación y organización del trabajo en el laboratorio por parte de sus integrantes.
7. La mayoría del personal de laboratorio considera que las condiciones que tienen en su puesto de trabajo para realizar su labor no tienen los recursos, ni las condiciones necesarias.
8. El personal de laboratorio, incluyendo la dirección administrativa, se siente insatisfecho con el horario de ocho horas porque lo consideran innecesario y en contra de las normas que rigen actualmente debido a las características propias del trabajo y los riesgos a los que están sometidos.

9. El funcionamiento del Laboratorio Clínico ha estado afectado por falta de personal y por enfermedades profesionales de sus miembros.

10. El malestar que se manifiesta en el personal del laboratorio por las razones expuestas puede constituir un elemento negativo en el desempeño de las funciones que debe asumir.

11. La actividad de compras públicas genera dificultades en el desempeño de los profesionales que deben asumirlas en el Laboratorio por no ser especialistas en ese tipo de trámites.

12. Existe un conjunto de factores objetivos y subjetivos que están determinando problemas en el funcionamiento del laboratorio y que necesitan ser resuelto de manera precisa.

RECOMENDACIONES.

PARA EL MEJORAMIENTO DEL PROCESO POR CADA SUBPROCESO:

AGENDAMIENTO.

- Aumentar el personal de ventanilla para la atención de los pacientes.
- Mejorar el nivel de información a los usuarios.
- No emplear el personal especializado del laboratorio en ventanilla.
- Capacitar al personal ubicado en ventanilla en el uso del software que es empleado por el Laboratorio Clínico.

PREANALÍTICO.

- Distribuir el personal especializado de manera rotatoria en la toma de muestras para mantener todas sus habilidades.

ANALÍTICO

- Establecer una planificación flexible por día de las muestras que deben procesar que no correspondan a los servicios de emergencia y hospitalización.
- Informar a los servicios médicos del hospital los exámenes que no se estén realizando por parte del laboratorio para evitar molestias a los médicos y pacientes con relación a los exámenes complementarios.
- Garantizar el horario de trabajo al personal de laboratorio de acuerdo a las normas establecidas, fundamentadas en la seguridad y protección al trabajador.
- Evaluar en el colectivo laboral las causas de los resultados de Laboratorio que deben ser repetido por falta de confiabilidad, y quienes fueron los profesionales que estuvieron a cargo de los mismos.
- Mejorar las condiciones de los puestos de trabajo y los recursos necesarios para desarrollar correctamente su función dentro del proceso.

DISPOSICIÓN DE RESIDUOS.

- Mantener el control de las normas establecidas con relación a todo el material desechable generado por la actividad del laboratorio.

POST-ANALÍTICO.

- Crear un sistema de comprobación acerca del destino final al que cada resultado debe llegar: emergencia, hospitalización y consultas externas empleando el mismo personal que trabaje en agendamiento.

GENERALES AL PROCESO DE LABORATORIO.

- Poner la investigación realizada a disposición de la Dirección del Hospital de Especialidades FF.AA. No 1.
- Establecer una relación de coordinación entre los diferentes servicios del hospital y el Laboratorio Clínico para determinar necesidades y prioridades externas e internas.
- Realizar reuniones por áreas y con el material recopilado hacer un balance de aquellos aspectos que puedan estar interfiriendo en la eficiencia de los procesos, creando un plan de mejoramiento con un monitoreo que permita el análisis sistemático y las soluciones oportunas.
- Planificar un taller con invitados de diversas áreas vinculadas directamente a la actividad del Laboratorio Clínico para determinar los estándares que a nivel internacional posibilitan la eficiencia de los laboratorios en instituciones hospitalarias.
- Elaborar carteles informativos para que los pacientes conozcan los contenidos necesarios acerca de las pruebas que se realizan y el tiempo establecido para la entrega de los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias, A., & Portela, I. (1997). *Sistema de información y sistema de calidad: relación y dependencia en las organizaciones empresariales*. Recuperado el 5 de Octubre de 2015, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=51408>
- ARMAS, Emilia. (2012). *GESTIÓN PÚBLICA*. Quito - Ecuador. Obtenido de https://www.google.com.ec/?gws_rd=ssl#q=administraci%C3%B3n+p%C3%BAblica+ecuador.+Definici%C3%B3n+de+gesti%C3%B3n
- BELTRÁN, J. Y. (15 de 10 de 2002). *GÚIA PARA UNA GESTIÓN BASADA EN PROCESOS. Orientación sobre el Enfoque basado en procesos. Conjunto de documentos para la Introducción y el Soporte de la serie de normas ISO 9000*. (I. A. Tecnología, Ed.) Recuperado el 08 de 10 de 2014, de <https://es.scribd.com/doc/220589575/N544R3-Orientacion-Sobre-El-Concepto-Enfoque-Basado-Procesos>:
<http://www.centrosdeexcelencia.com/dotnetnuke/portals/0/guiagestionprocesos.pdf>
- Bonilla, J. (2004). *SERIE CUADERNOS DE GESTION DE LA CALIDAD*. Recuperado el 2 de Octubre de 2015, de <http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/file/GCTasptec2.pdf>
- CABO, J. (2014). *Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada. Gestión por Pocesos*. Obtenido de <http://www.gestion-sanitaria.com/9-gestion-procesos.html>
- Camisón, C., Cruz, S., & González, T. (2011). *Gestión de la calidad. Conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. Recuperado el 9 de Septiembre de 2015, de in Qualitas: <http://inqualitas.net/articulos/543-gestion-de-la-calidad>
- CANTÚ, H. (2001). *Desarrollo de una Cultura de Calidad. Capítulo VII. Técnicas y Programas para el mejoramiento de la calidad*. México - D.F.: Mexicana, Reg. Núm.736.
- Cardenas, D. (13 de Enero de 2013). *Biometría I*. Recuperado el 2 de Octubre de 2015, de <http://es.slideshare.net/javierdavid/biometra-i>
- CASTILLO, M. (2014). *Diseño de un modelo de gestión por procesos para los servicios de Consulta Externa y Emergencia del Hospital de la Universidad Técnica Privada de Loja*. Recuperado el 4 de Septiembre de 2015, de <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/4212>:
<http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/11123>
- Cetina, J. (12 de Noviembre de 2009). *Philip Crosby*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2015, de <http://es.slideshare.net/iorifoar/philip-crosby>
- De Domingo, J., & Arranz, A. (1997). *Calidad y Mejora continua*. Barcelona: Denostiarra.
- Duque, C., & Vera, A. (31 de Mayo de 2010). *Exploración de la comprensión inferencial de textos narrativos en niños de preescolar*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2015, de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/10041/36669>
- Galiano, J., Yanez, G., & Fernández, E. (2007). *Análisis y Mejora de procesos en organizaciones públicas*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2015, de

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/D7983AD5BFC6D47905257C2E005C1420/\\$FILE/6a5dafd8d55e48cc4972e421028a9223.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/D7983AD5BFC6D47905257C2E005C1420/$FILE/6a5dafd8d55e48cc4972e421028a9223.pdf)

GÓMEZ, R. (1998). *Investigación. "El método inductivo"* Pág: 127.

GÓMEZ, R. (1998). *Investigación. "El método inductivo"* Pág: 127.

HOSPITAL, d. I.-1. (2014). *Planificación Estratégica. Hospital de las Fuerzas Armadas. Misión.* Quito - Ecuador.

ISO/TC 176/SC 2/N Our ref:544R3. Conjunto de documentos para la Introducción y el Soporte de la serie de normas ISO 9000: Orientación sobre el Concepto y Uso del Enfoque basado en procesos para los sistemas de gestión.

Krajewski, L., Ritzman, L., & Malhotra, M. (2008). *Administración de operaciones* (Octava ed.). México: PEARSON EDUCACIÓN.

Lerner, A. (17 de Septiembre de 2010). *Estrategias y abordajes metodológicos empleados para incrementar la mejora.* Recuperado el 29 de Junio de 2015, de <http://www.degerencia.com/articulo/estrategias-y-abordajes-para-incrementar-la-mejora-continua-en-las-organizaciones>

LINDEGAAR, Eugenia. (2004). *Enciclopedia del Empresario. Indicadores de Gestión y Aplicación.* Madrid - España: MMI.

MALDONADO, C. (2014). Recuperado el 4 de septiembre de 2015, de <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/3297>:
<http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/11143>

Naranjo, D. (Abril-Junio de 2006). *Salvando las dificultades del uso de la encuesta en la investigación contable de gestión: Una aplicación empírica.* Recuperado el 3 de Octubre de 2015, de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2081519.pdf>

PÉREZ, S. (2010). *Enfoque basado en Procesos. Procesos.*

PEREZ-FERNANDEZ DE VELASCO, J. (2009). *Administración y dirección empresarial. GESTIÓN DE PROCESOS. 3ra. Edición.* Madrid - España: ESIC.

Rodríguez, J. (18 de Noviembre de 2009). *Joseph Juran.* Recuperado el 5 de septiembre de 2015, de Monografías.com: <http://www.monografias.com/trabajos76/joseph-juran/joseph-juran.shtml>

Serna, H. (Agosto de 2010). *Gerencia Estratégica.* Recuperado el 15 de Septiembre de 2015, de <http://es.slideshare.net/sanmarin/66872891-gerenciaestrategicahumbertosernagomez>

Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria. SESCOAM. (2002). *Aspectos fundamentales de la gestión por procesos. Reingeniería o rediseño de procesos.*

SNAP. (2013). *Norma Técnica de Administración de Procesos, capítulo 3. En su Art: 6, conceptos y definiciones.* Quito - Ecuador.

SNAP. (2013). *Norma Técnica de Administración de Procesos, capítulo 4. En su Art: 13, de Gestión del desempeño de la administración por procesos y la calidad de los servicios*. Norma Técnica de Gestión de Procesos, Quito - Ecuador.

SNAP. (2013). *Secretaría Nacional de la Administración Pública, en el Capítulo 2. DE LOS PRINCIPIOS Y CONCEPTOS DE ADMINISTRACIÓN POR PROCESOS en su Artículo 4.- Principios de la administración por procesos*. Quito - Ecuador.

SOLÓRZANO, O. S. (2011). *Capítulo II: De la Gestión por Procesos. Acuerdo 784. Art: 6, Gestión de Procesos*. Quito - Ecuador.

Tarantino, S. (26 de Julio de 2012). *Relaciones con los clientes*. Recuperado el 5 de Septiembre de 2015, de de Gerencia. com: <http://www.degerencia.com/articulo/que-es-y-que-deberia-ser-nuestra-empresa>

UNIVERSIDAD NACIONAL, C. (13 de Febrero de 2014). *GUÍA BÁSICA PARA DOCUMENTAR CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2015, de <http://es.slideshare.net/DiegoAlejandro21/guia-para-documentar>

ANEXOS

INFORME DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO. CUESTIONARIO No 1

Grado de satisfacción del personal médico con respecto al Laboratorio Clínico.

Tabla 1. Distribución de médicos según años de experiencia.

Años de experiencia		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 5 años	8	15,4	15,4	15,4
	5-14años	19	36,5	36,5	51,9
	15-20años	12	23,1	23,1	75,0
	Más de 20años	13	25,0	25,0	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario.

Valor Mínimo

*1año

*Sólo 1 registro

Valor Máximo

45años

Promedio

16,4años

Desviación típica.

10,9

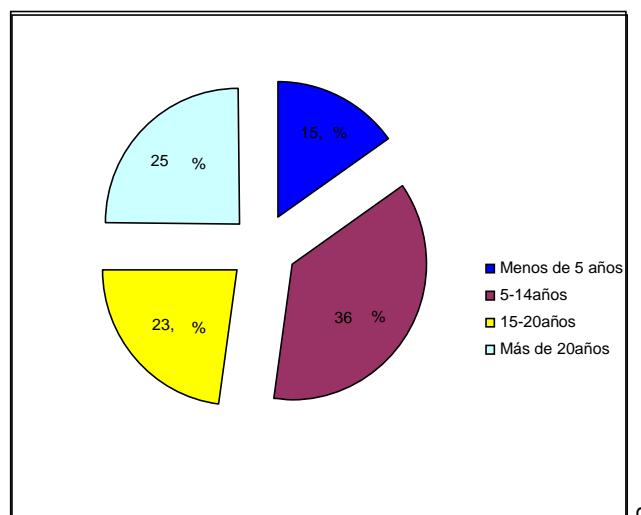


Gráfico 1. Distribución de médicos según años de experiencia.

Fuente: Tabla 1.

La tabla y gráfico 1 muestran la distribución de médicos, según los años de experiencia. La mayoría de los médicos se encuentran en el grupo de 5 a 14 años (36,5%), seguido del grupo de más de 20 años de trabajo (25,0%). El 15,4% de estos profesionales no sobrepasan los 5 años. Estos resultados son la experiencia de los médicos que prestan servicios en este hospital, con promedio de 16,4 años de experiencia, en un rango que varía de 1 año de trabajo hasta 45 años.

1. ¿Son entregados a tiempo los resultados de las pruebas de laboratorio que indica a sus pacientes?

Tabla 2. Distribución de criterios médicos sobre la entrega a tiempo de los resultados de laboratorio.

Entrega a tiempo de los resultados de laboratorio.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre	11	21,2	21,2	21,2
Generalmente	34	65,4	65,4	86,5
Válidos Algunas veces	6	11,5	11,5	98,1
Pocas veces	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario.

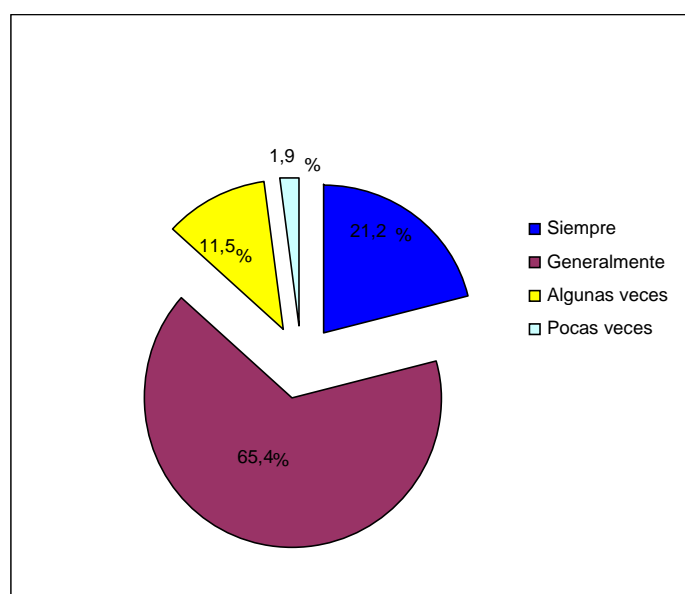


Gráfico 2. Distribución de criterios médicos sobre la entrega a tiempo de los resultados de laboratorio.

Fuente: **Tabla 2.**

La distribución de criterios médicos sobre la entrega a tiempo de los resultados del laboratorio se aprecia en la tabla y gráfico 2. La mayoría de los galenos (65,4%) opinan que los resultados se entregan generalmente a tiempo, mientras el 13,4% algunas veces o pocas veces, Aunque no alcanza altos porcentajes debe considerarse, si tenemos en cuenta la importancia de contar de manera oportuna con los resultados de laboratorio para tomar conductas con los pacientes.

2. ¿Son confiables los resultados de los análisis?

Tabla 3. Distribución de criterios médicos sobre la confiabilidad de los resultados de laboratorio.

Confiabilidad de los resultados de laboratorio.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre	17	32,7	32,7	32,7
Generalmente	30	57,7	57,7	90,4
Algunas veces	5	9,6	9,6	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta

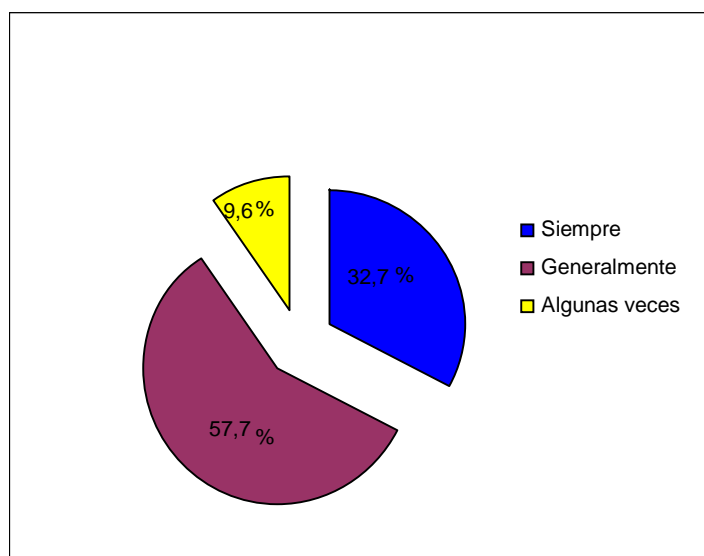


Gráfico 3. Distribución de criterios médicos sobre la confiabilidad de los resultados de Laboratorio Clínico.

Fuente: Tabla 3

En la actualidad, contar con un Laboratorio Clínico que brinde resultados confiables, es de vital importancia en la toma de decisiones acerca de procesos a seguir con los pacientes. La distribución de criterios médicos sobre la confiabilidad de los resultados de laboratorio se exhibe en la tabla y gráfico 3. El 57,7% de los galenos afirman que estos resultados generalmente son confiables, mientras que el 9,6% son del criterio que “algunas veces”. No se registran criterios médicos con las categorías “pocas veces o nunca”.

3. ¿Recibe usted como facultativo información por parte del Laboratorio Clínico acerca de los exámenes complementarios que se pueden indicar?

Tabla 4: Distribución de médicos, según la información que reciben del Laboratorio Clínico.

Información acerca de los exámenes complementarios	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	9	17,3	17,3	17,3
Generalmente	4	7,7	7,7	25,0
Nunca	14	26,9	26,9	51,9
Pocas veces	18	34,6	34,6	86,5
Siempre	7	13,5	13,5	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta

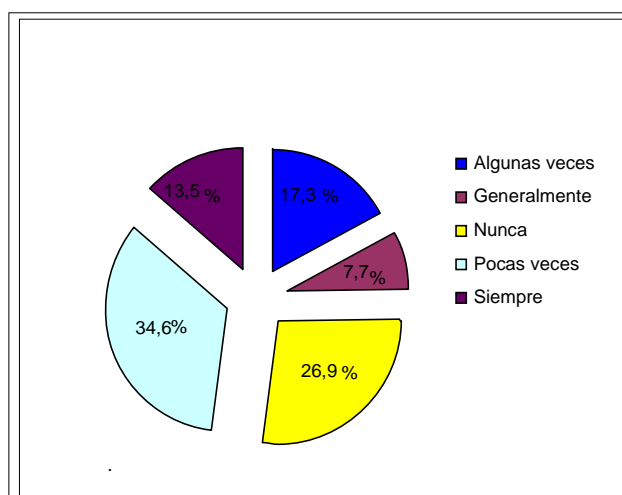


Gráfico 4. Distribución de médicos, según la información que reciben del Laboratorio Clínico.

Fuente: Tabla 4

La distribución de los médicos según la información que reciben del Laboratorio Clínico, aparece en la tabla y el gráfico 4. La mayoría de los facultativos indican que pocas veces o nunca reciben información por parte del Laboratorio Clínico, cuando por alguna razón no pueden realizar algún examen complementario indicado, 34,6% y 26,9% respectivamente. Sólo un 7,7% de los galenos recibe esta información siempre.

4. ¿Se desarrolla algún tipo de actualización o información de los servicios introducidos en el laboratorio al personal médico?

Tabla 5: Actualización o información de los servicios introducidos en el laboratorio al personal médico.

Actualización o información de los servicios introducidos en el laboratorio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre	7	13,5	13,5	13,5
Generalmente	4	7,7	7,7	21,2
Algunas veces	9	17,3	17,3	38,5
Pocas veces	18	34,6	34,6	73,1
Nunca	14	26,9	26,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta

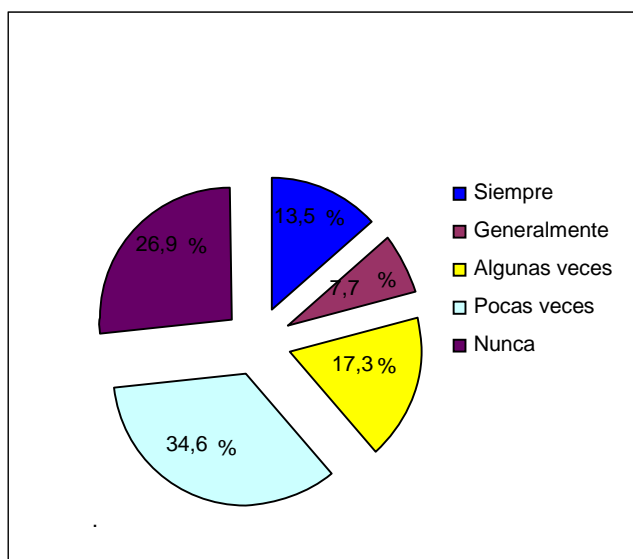


Gráfico 5. Actualización o información de los servicios introducidos en el laboratorio.

Fuente: Tabla 5

De acuerdo a los datos observados en la tabla y el gráfico 5 el 34,6% de los médicos, manifiestan que pocas veces reciben actualización o información de los servicios introducidos en el laboratorio y un 26,9% que nunca, mientras que un 13,5% y un 7,7% declaran que siempre o generalmente reciben esta información.

5. ¿Ha demorado el diagnóstico y por tanto el tratamiento de un paciente por demora en los resultados del laboratorio?

Tabla 6. Demoras en el diagnóstico y por tanto el tratamiento de un paciente por demora en los resultados del laboratorio.

Demoras el diagnóstico y por tanto el tratamiento de un paciente por demora en los resultados del laboratorio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre	4	7,7	7,7	7,7
Generalmente	3	5,8	5,8	13,5
Algunas veces	23	44,2	44,2	57,7
Pocas veces	14	26,9	26,9	84,6
Nunca	8	15,4	15,4	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta

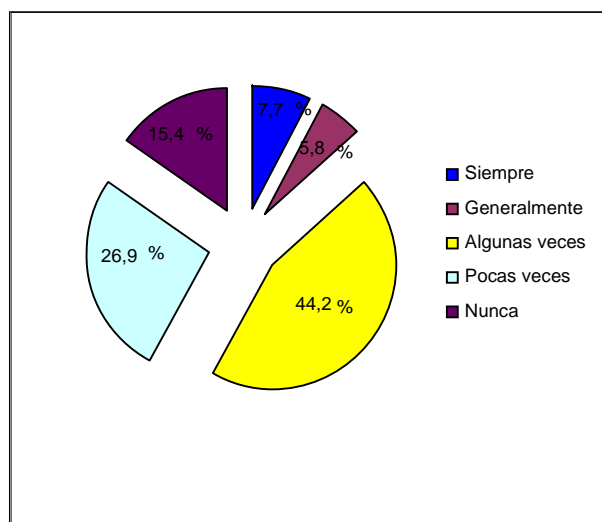


Gráfico 6. Demoras en el diagnóstico y por tanto el tratamiento de un paciente por demora en los resultados del laboratorio.

Fuente: Tabla 6

El diagnóstico y tratamiento es un pilar fundamental en la atención a los pacientes, jugando un papel muy importante el contar con resultados de laboratorios oportunamente. En la tabla 6 se registran las demoras en el diagnóstico y por tanto en el tratamiento de un paciente por retraso en los resultados del laboratorio. El 44,2% de los galenos, manifiestan que esta situación ocurre algunas veces, un 26,9% que pocas veces. El (7,7%) que siempre y generalmente el (5,8%).

6. ¿Ha sido perjudicado alguno de sus pacientes por un proceder inadecuado del laboratorio?

Tabla 7. Perjuicio de pacientes por un proceder inadecuado del laboratorio.

Perjuicio de pacientes por un proceder inadecuado del laboratorio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	11	21,2	21,2	21,2
Pocas veces	13	25,0	25,0	46,2
Nunca	28	53,8	53,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta

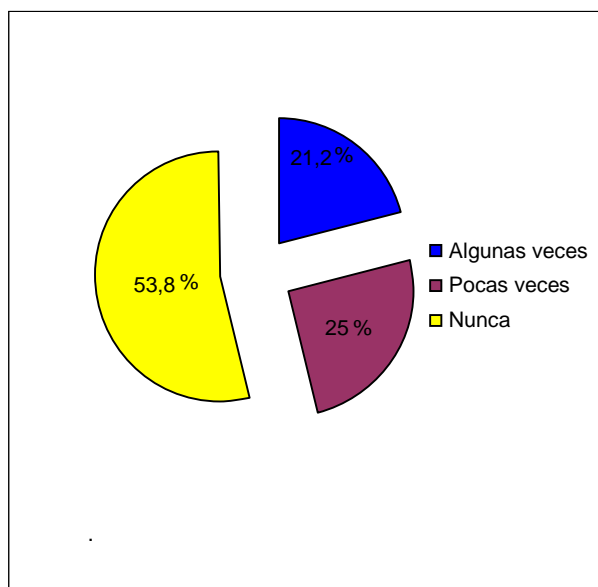


Gráfico 7. Perjuicio de pacientes por un proceder inadecuado del laboratorio.

Fuente: **Tabla 7**

El Laboratorio Clínico es una herramienta primordial para el área médica, ya que por medio de este se diagnostican diferentes patologías y además se realizan estudios para establecer el tipo de tratamiento que se debe administrar al paciente, al igual que el seguimiento del mismo. En la tabla 7 se exhiben, según criterio médico, la frecuencia con que los pacientes sufren algún perjuicio por un proceder inadecuado del laboratorio. En ningún caso los galenos indican que esta situación ocurre siempre o generalmente y en concordancia con esta afirmación un 53,8% manifiesta que no ocurre nunca. Esto indica un buen funcionamiento del Laboratorio Clínico.

Tabla 8. Recomendaciones

8. Recomendaciones al Laboratorio Clínico.	No	%
No realizaron recomendaciones	9	17,3
Actualización técnica al personal	1	1,9
Actualización, Comunicación, Agilidad.	1	1,9
Ampliación física del área de laboratorio, mejorar el área de toma de muestras, evitar filas de pacientes en espera	1	1,9
Avisar al servicio solicitante cuando se cancelan exámenes.	1	1,9
Capacitaciones para el personal médico	1	1,9
Comunicación. Control de calidad.	1	1,9
Comunicar a los médicos cuando encuentren algo anormal y sugerir algún otro examen	1	1,9
Coordinación entre el Laboratorio y Neonatología. Se pierden las muestras de urocultivo.	1	1,9
Coordinar para no perder muestras de orina en niños cateterizados (Urocultivo que se pierden con frecuencia)	1	1,9
Coordinar pedidos de exámenes para evitar duplicación y triplicado de laboratorio	1	1,9
Cuando se envíen muestras de hematología que se realicen lo más pronto posible.	1	1,9
Disminuir tiempo de espera para laboratorio y reportes de cultivo	1	1,9
Entregar a tiempo con el fin de no suspender procedimientos.	1	1,9
Entregar a tiempo, evitar pérdida de resultados y diálogo entre los doctores y laboratoristas	1	1,9
Entregar resultados en forma óptima.	1	1,9
Examen de YSG nunca está en el sistema.	1	1,9
Exista mayor socialización de procedimientos	1	1,9
Información de horario de toma de muestra y tiempo de entrega	1	1,9
Información entre especialidades en casos clínicos complicados. En gasometrías de emergencias	1	1,9
Información, Actualización, Comunicación	1	1,9
Mantener constante información de cambios en algunos exámenes	1	1,9
Mayor agilidad en la entrega de los resultados	1	1,9
Mejor trato con los pacientes oncológicos, se solicita urgente y no se le da importancia. Constantes son las quejas de maltrato al usuario.	1	1,9
Mejorar en pruebas, que no se suspendan	1	1,9
Mejorar información sobre los requisitos de las pruebas, revisar los pedidos y muestras de sangre y avisar ante cualquier inconveniente	1	1,9
Organización y entrega muestras a tiempo para evitar pérdida de las mismas	1	1,9
Preguntar por especialidad Alergología.	1	1,9
Puntualidad, incremento del personal.	1	1,9
Exámenes hormonales y marcadores tumorales trabajen los fines de semana	1	1,9
Que los resultados de los exámenes sean en el menor tiempo posible	1	1,9
Que mantengan iguales resultados de trabajo.	1	1,9
Que no se pierdan las muestras que se les envían.	1	1,9
Que se verifiquen los resultados. El resultado de una hemoglobina salió un di 5 y al otro 10.	1	1,9
Que tengan todos los reactivos necesarios	1	1,9
Socializar las innovaciones y limitaciones	1	1,9
Socializar los médicos exámenes que tiene el laboratorio.	1	1,9
Subir los resultados prontamente al SGH	1	1,9
Trabajen con responsabilidad y comunicación	3	4,7

Subir al sistema la información de los pacientes en el lapso establecido, cuando por alguna razón no se toman las muestras de los exámenes solicitados, evitar que los pacientes acudan nuevamente a solicitar cita.	1	1,9
Verificar resultados siempre.	1	1,9
Vigilar el control de calidad interno .Comunicación de servicios introducidos en su sistema.	1	1,9
Total	52	100

4.2 Resultado de la encuesta a pacientes usuarios del servicio de Laboratorio Clínico Endocrinológico del HE-1.

Edad

Tabla 9: Distribución de pacientes según grupo de edad.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos de 30	11	13,8	13,8	13,8
30-45	24	30,0	30,0	43,8
46-59	20	25,0	25,0	68,8
60 y más	25	31,2	31,2	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta

Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
19	90	50	18

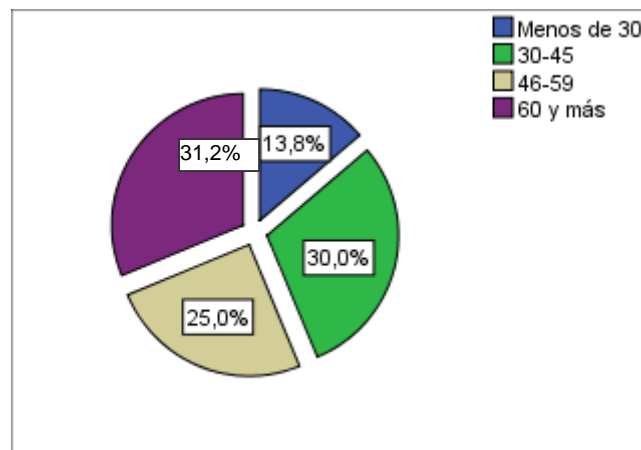


Gráfico 8: Distribución de pacientes según grupo de edad.
Fuente: Tabla 9

La tabla y gráfico 1 muestran la distribución de pacientes, según grupo de edad. Como se puede observar la mayoría de los pacientes se encuentran en el grupo igual o mayor a 60 años (31,2%), seguido del grupo de más de 30 a 45 años (30,0%). Sólo el 13,8% de los pacientes tienen menos de 30 años. El promedio de edad de los usuarios es de 50 años, con una desviación típica de 18 años.

Sexo

Tabla 10: Distribución de pacientes según sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	32	40,0	40,0	40,0
Válidos Femenino	48	60,0	60,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta

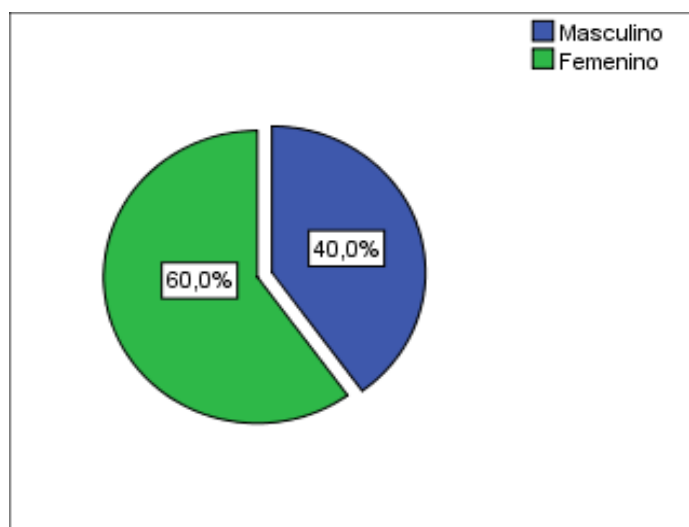


Gráfico 9: Distribución de pacientes según sexo

Fuente: Tabla 10

De acuerdo con los datos observados en la tabla y gráfico 2, la mayoría de los pacientes que reciben servicios en el Laboratorio Clínico, son del sexo femenino (60,0%)

Escolaridad

Tabla 11: Distribución de pacientes según escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Universitario	15	18,8	18,8	18,8
Bachiller	50	62,4	62,4	81,2
Básica	15	18,8	18,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta.

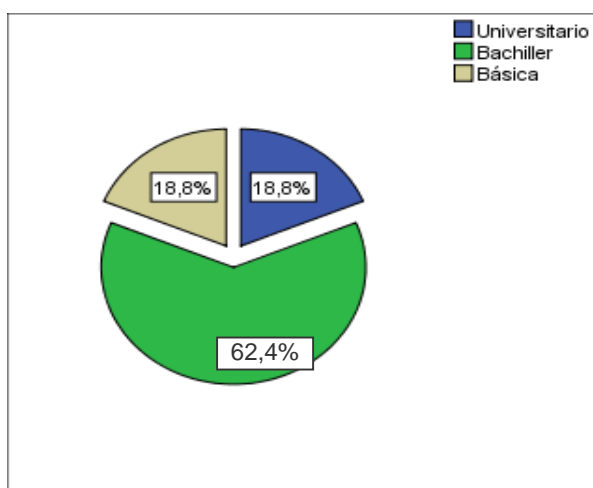


Gráfico 10: Distribución de pacientes según escolaridad.

Fuente: Tabla 11

Según los resultados expuestos en la tabla y gráfico 3, el 62,4% de los usuarios alcanza una escolaridad de bachiller, mientras que el nivel básico y universitario, registran igual cifra, 18,8%.

Tabla 12: Distribución de pacientes según categoría militar o civil.

Militar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	39	48,8	48,8	48,8
Válidos SI	41	51,2	51,2	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta

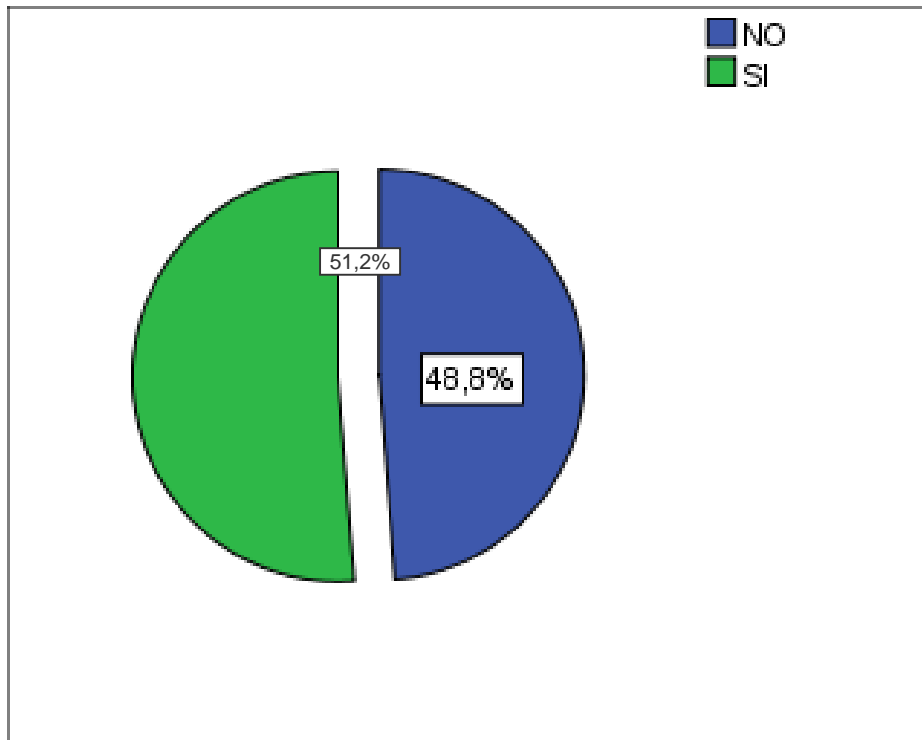


Gráfico 11: Distribución de pacientes según categoría militar o civil.

Fuente: Tabla 12

Más del 50% de los pacientes que se realizan exámenes en el Laboratorio Clínico son civiles, en su mayoría familiares de militares.

1. ¿Ha sido atendido con anterioridad en el Laboratorio Clínico?

Tabla 13: Distribución de pacientes según antecedentes de atención en el Hospital.

Antecedentes de atención en el Hospital	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	1	1,3	1,3	1,3
Válidos SI	79	98,7	98,7	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta

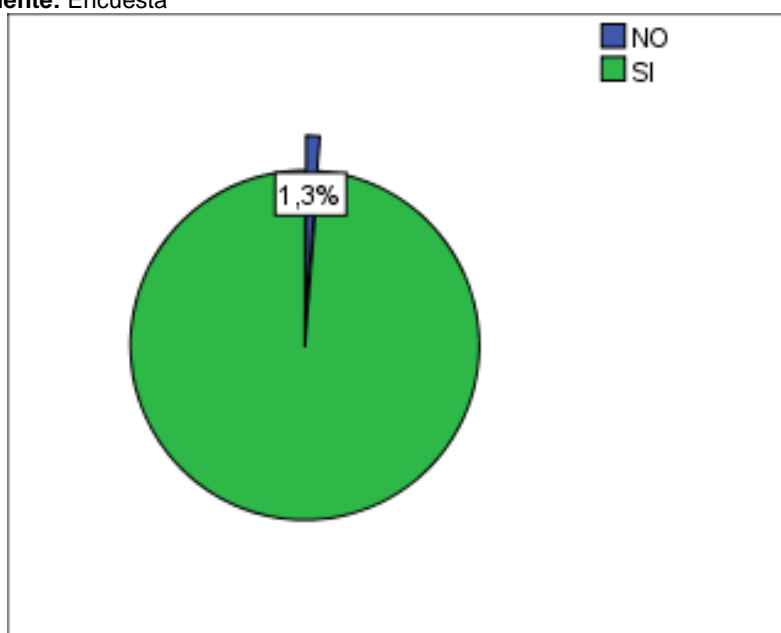


Gráfico 12: Distribución de pacientes según antecedentes de atención en el Hospital.

Fuente: Tabla 13

Casi la totalidad de los pacientes, 98,7%, han recibido atención previa en el laboratorio.

98,7%

2. ¿Cómo evalúa el servicio recibido por el personal del laboratorio?

Tabla 14: Distribución de pacientes según la evaluación del servicio recibido.

Evaluación del servicio recibido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Eficiente	44	55,0	55,0	55,0
Demorado	32	40,0	40,0	95,0
Muy demorado	3	3,8	3,8	98,8
Deficiente	1	1,2	1,2	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta

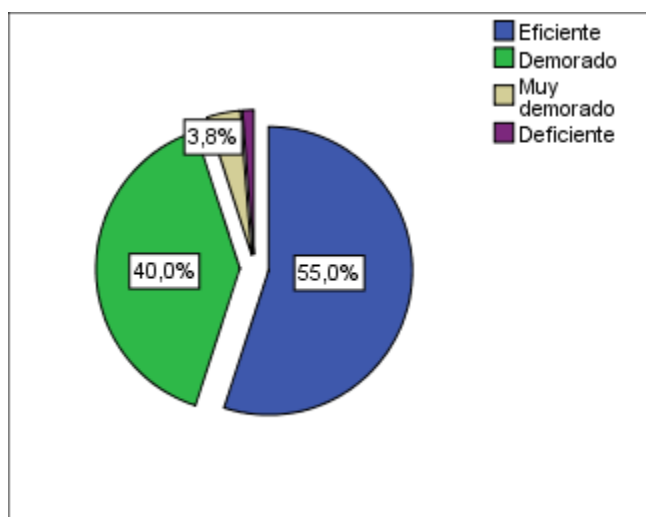


Gráfico 13: Distribución de pacientes según la evaluación del servicio recibido.

Fuente: Tabla 14

La tabla y el gráfico 6, nos muestran la distribución de pacientes según la evaluación que estos emiten del servicio recibido. El 55% de los pacientes consideran que el Laboratorio brinda una atención eficiente. Un porcentaje de un 40% opina que el servicio es demorado, mientras que el porcentaje menor de pacientes son del criterio que muy demorado y deficiente.

3. ¿Marque con una cruz el lugar donde han existido las dificultades?

Tabla 15. Lugar donde han existido las dificultades en el Laboratorio Clínico.

Lugar donde han existido las dificultades	Sí		NO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Recepción	27	33,8	53	66,3
Toma de la muestra	5	6,3	75	93,8
Procesamiento de la muestra	2	2,5	78	97,5
Entrega de los resultados	26	32,5	54	67,5

Fuente: Encuesta
 Porcentaje calculado en base al total de pacientes (80)

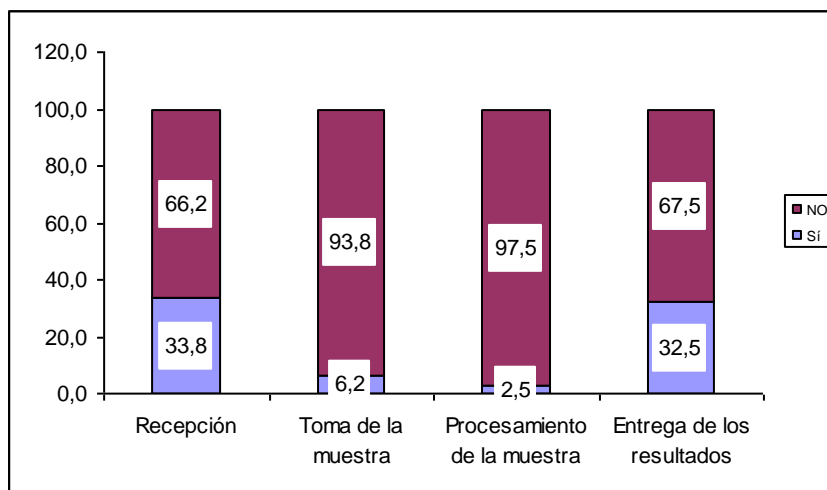


Gráfico 14. Lugar donde han existido las dificultades en el Laboratorio Clínico.
Fuente: Tabla 15

De acuerdo a los datos observados el lugar donde los usuarios del Laboratorio reportan las mayores dificultades es en la recepción (33,8%) y en la entrega de los resultados (32,5%).

Tabla 15.1 Recepción

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	53	66,2	66,2	66,2
Válidos SI	27	33,8	33,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta

Tabla 15.2 Toma de muestra.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	75	93,8	93,8	93,8
Válidos SI	5	6,2	6,2	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta

Tabla 15.3 Procesamiento de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	78	97,5	97,5	97,5
Válidos SI	2	2,5	2,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta

Tabla 15.4. Entrega de resultados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	54	67,5	67,5	67,5
Válidos SI	26	32,5	32,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta

4. De acuerdo a su opinión los procederes para la extracción de muestra sanguínea son:

Tabla 16: Información por parte del Laboratorio.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Excelentes	37	46,3	46,3
	Buenos	37	46,3	92,5
	Regulares	6	7,4	100,0
	Total	80	100,0	100,0

Fuente: Encuesta

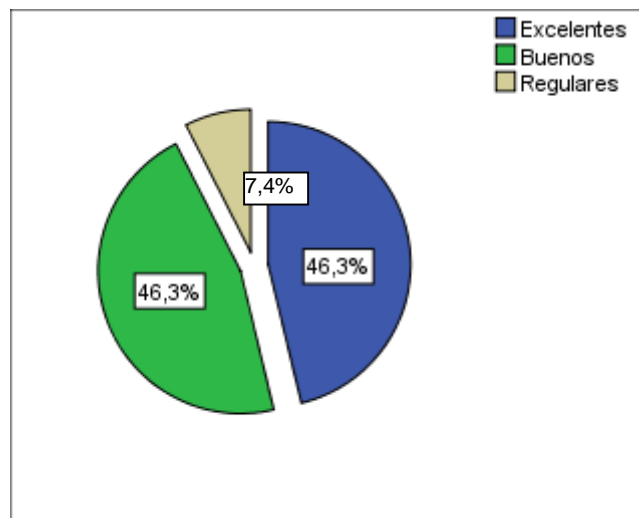


Gráfico 15: Información por parte del Laboratorio.

Fuente: Tabla 16

Según la mayoría de los pacientes encuestados, los procederes para la extracción de la muestra sanguínea son excelentes y buenos, solo un 7,4% opinan que son regulares.

5. ¿Ha recibido información por parte del personal de laboratorio acerca de los exámenes que le realizarán?

Tabla 17: Información por parte del personal de laboratorio acerca de los exámenes que se realizarán.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	51	63,8	63,8	63,8
Válidos SI	29	36,2	36,2	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta

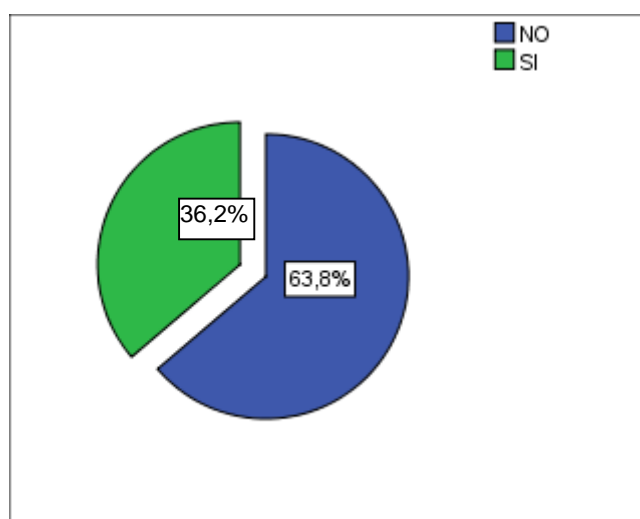


Gráfico 16. Información por parte del personal de laboratorio acerca de los exámenes que se realizarán.

Fuente: Tabla 17

Más del 50% de los usuarios del Laboratorio manifiestan que no reciben información por parte del personal del Laboratorio, acerca de los exámenes que se les realizarán.

6. ¿Las muestras que le fueron extraídas se realizaron con material desechable y cumpliendo las medidas de asepsia y antisepsia.

Tabla 18: Muestras extraídas con material desechable.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SI	80	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta

El 100% de los pacientes que acudieron al Laboratorio manifiestan que las muestras les fueron extraídas con material desechable y cumpliendo las medidas de asepsia y antisepsia.

7. ¿Tuvo necesidad de repetirse el examen porque los resultados no hayan sido fidedignos?

Tabla 19: Necesidad de repetir el examen por resultados no fidedignos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	72	90,0	90,0	90,0
Válidos SI	8	10,0	10,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta

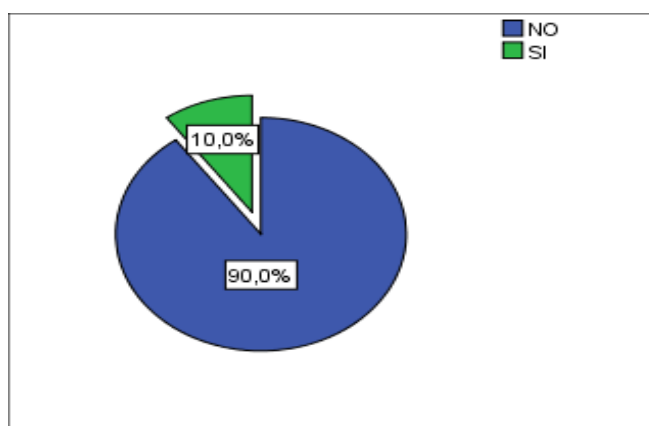


Gráfico 17. Necesidad de repetir el examen por resultados no fidedignos.
Fuente: Tabla19

El 90% de los usuarios no tuvieron necesidad de repetirse los exámenes esta cifra habla a favor de la confiabilidad del Laboratorio Clínico.

8. ¿Cómo considera de manera general el servicio recibido en el Laboratorio Clínico y Endocrinológico del hospital?

Tabla 20: Servicio recibido en el Laboratorio Clínico y Endocrinológico.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Eficiente	50	62,5	62,5
	Poco eficiente	30	37,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0

Fuente: Encuesta

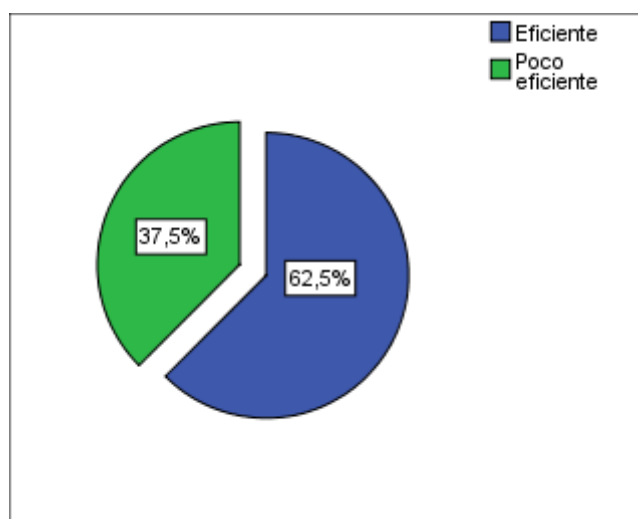


Gráfico 18: Servicio recibido en el Laboratorio Clínico y Endocrinológico.

Fuente: Tabla 20

El 62,5% de los pacientes opinan que el Laboratorio brinda un servicio eficiente. Ningún usuario manifestó haber recibido una atención deficiente.

4.3 Resultados del Cuestionario aplicado al personal del Laboratorio Clínico Endocrinológico del HE-1.

Datos generales

Tabla 21. Especialidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Auxiliar de enfermería	1	6,7	6,7	6,7
Laboratorio Clínico	5	33,3	33,3	40,0
Laboratorista	4	26,7	26,7	66,7
Licenciada de laboratorio	3	20,0	20,0	86,7
Secretaria	1	6,7	6,7	93,3
Técnica Ortesista	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario.

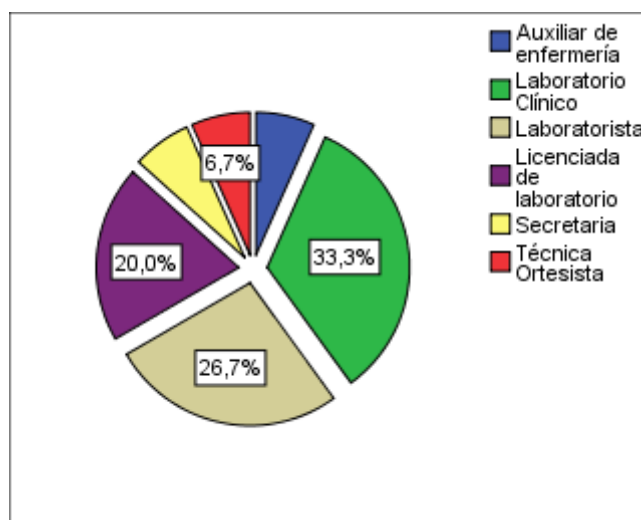


Gráfico 19. Especialidad
Fuente: Tabla 21

Análisis e interpretación: La tabla y gráfico 1 muestran la distribución del personal del laboratorio según especialidad. La especialidad en Laboratorio Clínico y laboratorista, ocupan los mayores porcentajes; 33,3% y 26,7% respectivamente, seguidos de las licenciadas de laboratorio; 20,0%. En las especialidades de Auxiliar de Enfermería, Secretaria y Técnica Ortesista, trabaja 1(6,7%) en cada caso.

Tabla 22: Experiencia de trabajo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 5 años	1	6,7	6,7
	5-14 años	2	13,3	20,0
	15-20 años	3	20,0	40,0
	Más de 20	9	60,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario.

Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
1	39	22,13	11,407

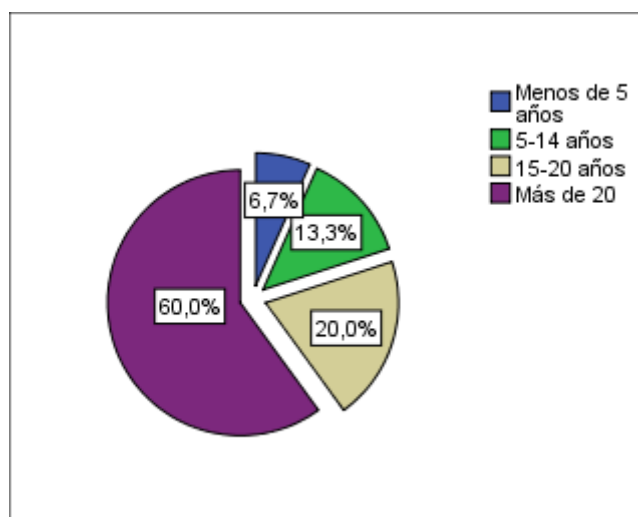


Gráfico 20. Experiencia de trabajo.
Fuente: Tabla 22

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 2 se observa la distribución del personal del Laboratorio según años de experiencia. Como se puede apreciar la mayoría de los trabajadores se encuentran en el grupo que refieren de más de 20 años de trabajo (60,0%), seguido del grupo de 15 a 20 años de trabajo, que registra un 20,0%. Sólo 6,7% de estos profesionales no sobrepasan los 5 años. Estos resultados hablan a favor de la experiencia de las personas que prestan servicios en el Laboratorio Clínico de este hospital, registrando como promedio, profesionales con 22 años de experiencia, con un rango que varía desde 1 año de trabajo hasta 39 años.

Tabla 23. Responsabilidad actual.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Auxiliar de laboratorio	2	13,3	13,3	13,3
Dra. Laboratorio	2	13,3	13,3	26,7
Válidos Laboratorio Clínico	1	6,7	6,7	33,3
os Laboratorista	7	46,7	46,7	80,0
Operador	2	13,3	13,3	93,3
Secretaria	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario.

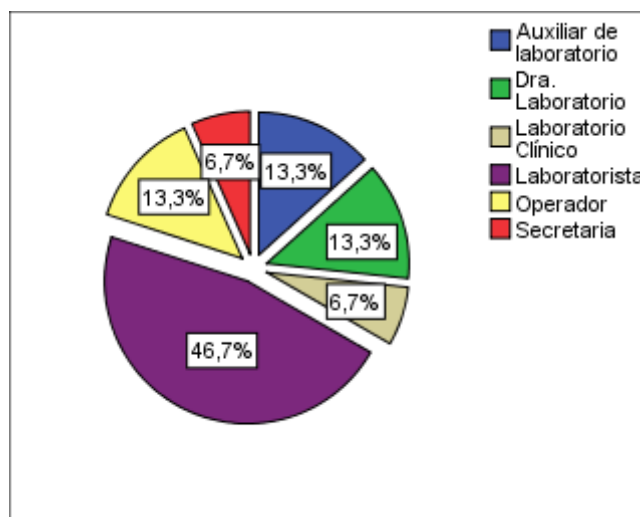


Gráfico 21. Responsabilidad actual.

Fuente: Tabla 23

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 3 podemos apreciar las diferentes responsabilidades que ocupan las personas que trabajan en el Laboratorio Clínico y Endocrinológico, los mayores porcentajes, como era de esperar, se registran en las laboratorista; 46,7%, seguido de los operadores, mientras que las responsabilidades de “doctora de laboratorio”, “operador” y “auxiliar de laboratorio” ocupan un 13,3%. El laboratorio cuenta además con 1(6,7%) “secretaría”.

PREGUNTAS.

Tabla 24. Plantilla completa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	3	20,0	20,0
	Si	12	80,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario.

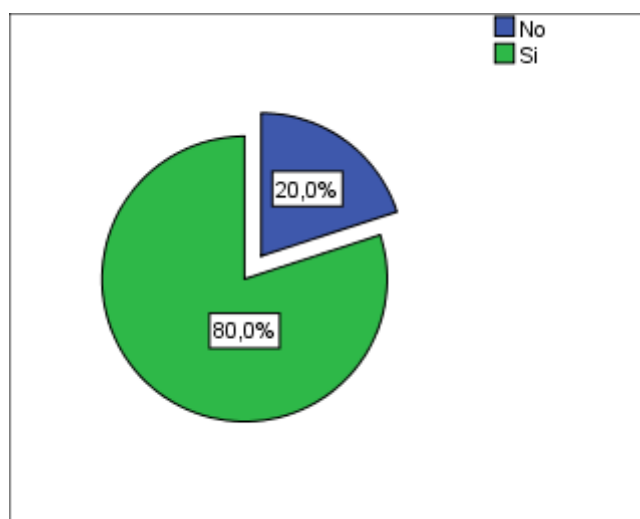


Gráfico 22. Plantilla completa
Fuente: Tabla 24

Análisis e interpretación: De acuerdo a los datos observados en la tabla y gráfico 4 la mayoría de las personas que trabajan en el laboratorio manifiestan que la plantilla está completa; 80,0%, aspecto que es favorable para el buen funcionamiento del Laboratorio.

Tabla 25. Plantilla suficiente.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	1	6,7	6,7	6,7
Válidos Si	14	93,3	93,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario.

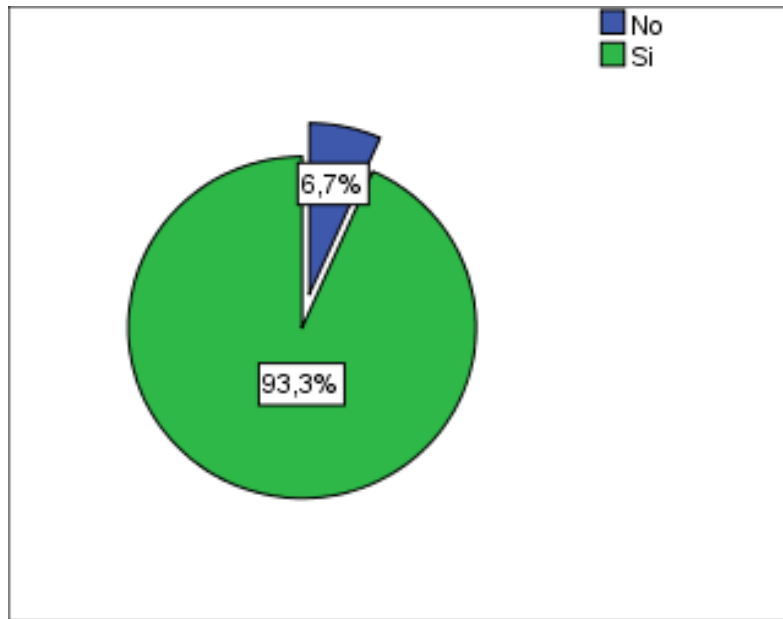


Gráfico 23. Plantilla suficiente.
Fuente: Tabla 25

Análisis e interpretación: Conforme a los resultados de que se observan en la tabla y gráfico 5, casi en su totalidad, los trabajadores del laboratorio, el 93,3% consideran que la plantilla es suficiente para las labores que ellos desempeñan. Sólo 1(6,7%) no coincide con lo anterior.

Tabla 26. Ambiente laboral y relaciones interpersonales.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Buenas	12	80,0	80,0
	Regulares	3	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario

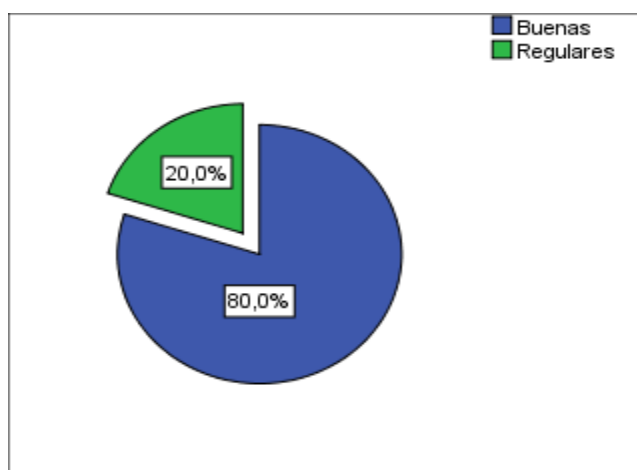


Gráfico 24. Ambiente laboral y relaciones interpersonales
Fuente: Tabla 26

Análisis e interpretación: Un ambiente laboral adecuado y relaciones interpersonales cordiales, es favorable para el buen funcionamiento del laboratorio, en este caso, como muestran los resultados de la tabla y gráfico 6, el 80,0% de los trabajadores manifiestan que el ambiente laboral y las relaciones interpersonales son buenas.

Tabla 27. Actividad del laboratorio funcional.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Funcional	15	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario.

Análisis e interpretación: El 100% de las personas que trabajan en el laboratorio opinan que este es funcional.

Tabla 28. Área del laboratorio con mayores problemas.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Agendamiento	3	20,0	20,0	20,0
Válidos No refiere	1	6,7	6,7	26,7
os Pre-analítico	11	73,3	73,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario.

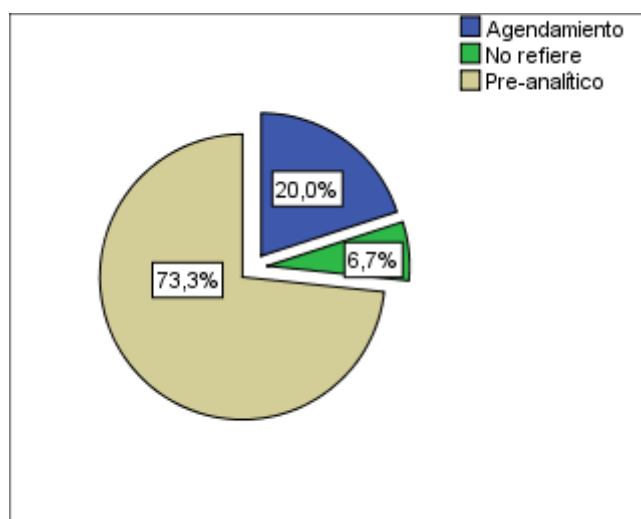


Gráfico 26. Área del laboratorio con mayores problemas.
Fuente: Tabla 28

Análisis e interpretación: De acuerdo con los datos observados en la tabla y gráfico 8, los trabajadores del laboratorio manifiestan en el 73,3% que las mayores dificultades se encuentran en el área pre analítico.

Tabla 29. Área del laboratorio con mayores problemas.

Área del laboratorio con mayores problemas.(Explicación)		No	%
Válidos	No brindan explicación.	2	13,3
	Buena comunicación entre el paciente y el médico para realizar exámenes en las condiciones adecuadas	1	6,7
	En ninguna hay problemas	1	6,7
	Falta de información al paciente para venir en las condiciones adecuadas	1	6,7
	Falta de personal para la atención de ventanilla. Falta infraestructura física deficiente para atención, espera y toma de muestra	1	6,7
	Hay mala información del paciente para venir en las condiciones adecuadas al examen	1	6,7
	Muchas veces los pacientes desean atenderse pronto y no respetan turnos	1	6,7
	No existe un número regular de pacientes para todos los días. La infraestructura no es la adecuada, lo mismo en el espacio de la recepción y la atención a pacientes no es el óptimo	1	6,7
	No hay organización y distribución de la carga de pacientes cada día (Agendamiento).No hay personal preparado para la atención en las ventanillas y el profesional es subutilizado para la atención de las funciones de Informante, auxiliar y digitador. Infraestructura física deficiente para atención afuera y toma de muestra de los pacientes. Falta de privacidad del área de trabajo, en general cualquier persona puede ingresar sin restricciones.	1	6,7
	Por el desconocimiento de los pacientes	2	13,3
	Por el espacio físico	1	6,7
	Porque los pacientes no indican la verdad al preguntarles algo, y más bien se enojan	1	6,7
	Profesionales de laboratorio realizando trabajo de digitadores, y estudiantes realizando flebotomías. Profesionales del laboratorio subutilizados	1	6,7
	Total	15	100,0

Tabla 30. Comunicación entre directivos y subordinados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Buena	14	93,3	93,3
	Regular	1	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario.

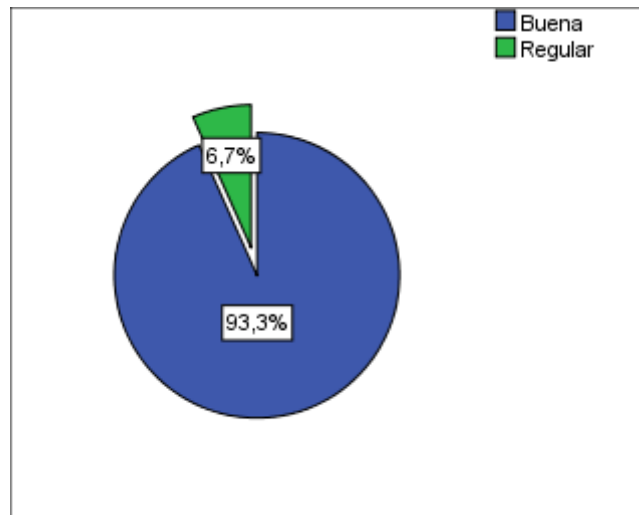


Gráfico 27. Comunicación entre directivos y subordinados
Fuente: Tabla 30

Análisis e interpretación: La buena comunicación entre los miembros de un equipo de trabajo es un ingrediente esencial para el buen funcionamiento del mismo. Todo esto se traduce en mayor satisfacción, mayor compromiso organizacional y mayor rendimiento. Según lo expuesto en la tabla y gráfico 9, la comunicación entre los directivos y subordinados que trabajan en el Laboratorio es buena, un 93,3% de los trabajadores coincide con este criterio, sólo 1(6,7%), opina que es regular. Estos resultados son favorables.

Tabla 31. Capacitación y evaluación del personal.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Acorde a las necesidades del servicio	9	60,0	60,0
	De manera sistemática	3	20,0	80,0
	Esporádicamente	3	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario

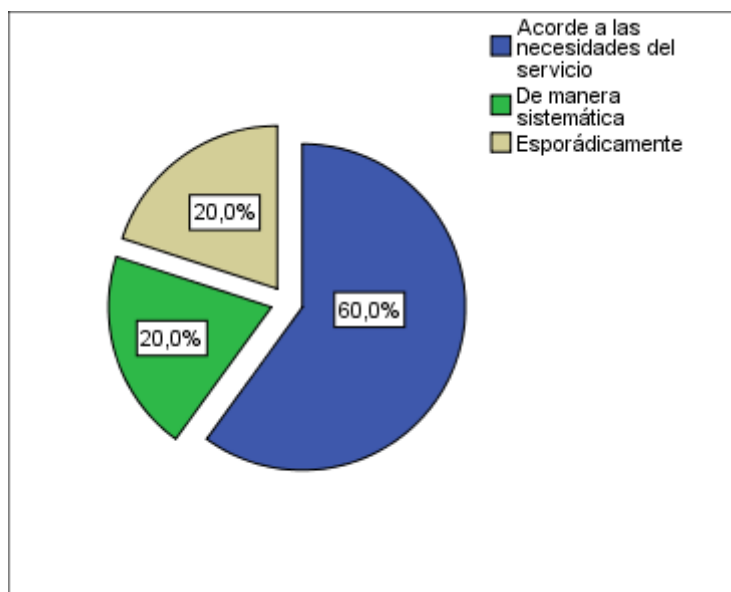


Gráfico 28. Capacitación y evaluación del personal.

Fuente: Tabla 31

Análisis e interpretación: Según los trabajadores encuestados el 60% manifiesta que la capacitación y evaluación del personal del laboratorio se realiza acorde a las necesidades del servicio, un 20% que de manera sistemática y un 20% que esporádicamente.

7. Cada puesto de trabajo cuenta la disponibilidad de los recursos necesarios para la realización de su actividad.

Tabla 32. Mobiliario

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Adecuado	5	33,3	33,3
	Inadecuado	10	66,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario

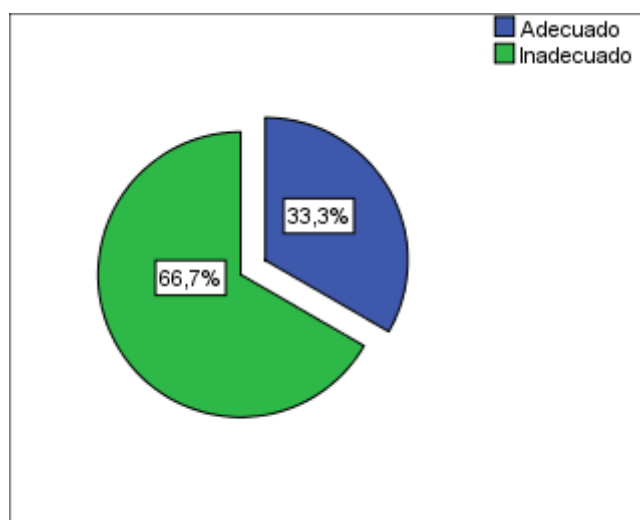


Gráfico 29. Mobiliario

Fuente: Tabla 32

Análisis e interpretación: La mayoría (66,7%) de los trabajadores manifiestan que el mobiliario del laboratorio es inadecuado.

Tabla 33. Equipos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Completos	14	93,3	93,3
	Incompletos	1	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario

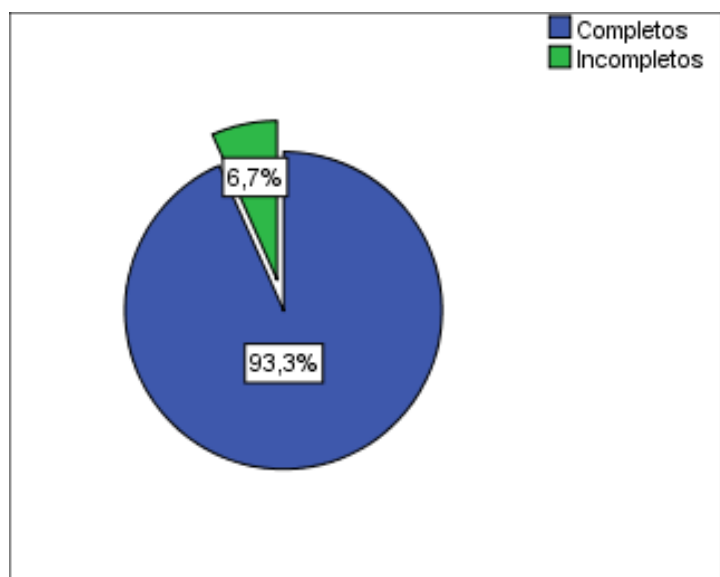


Gráfico 30. Equipos

Fuente: Tabla 33

Análisis e interpretación: Según el 93,3% de los trabajadores los equipos del laboratorio están completos, solo 1(6,7%) difiere de este criterio.

Tabla 34. Reactivos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Completos	11	73,3	73,3
	Deficitarios	4	26,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario

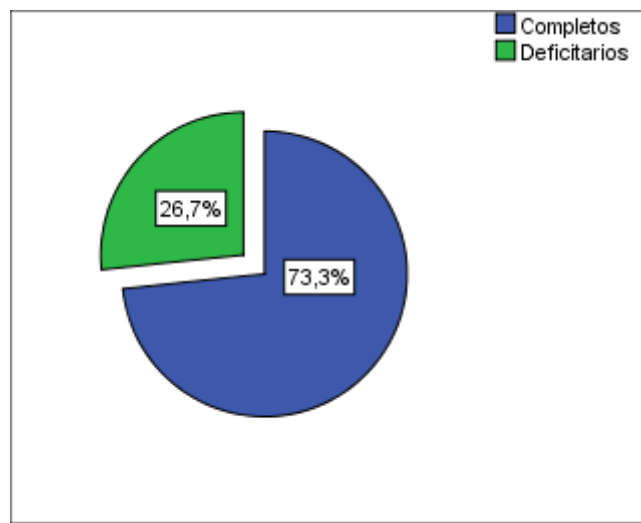


Gráfico 31. Reactivos

Fuente: Tabla 34

Análisis e interpretación: Según el 73,3% de los trabajadores los reactivos del laboratorio están completos, mientras que el 26,7% no coincide con este criterio.

Tabla 35. Otros productos químicos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Completos	15	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario

Análisis e interpretación: El 100% de las personas que trabajan en el laboratorio opinan que los productos químicos que requiere el laboratorio para su funcionamiento están completos.

Tabla 36. Material higiénico.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Completo	12	80,0	80,0	80,0
Válidos Deficitario	3	20,0	20,0	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario

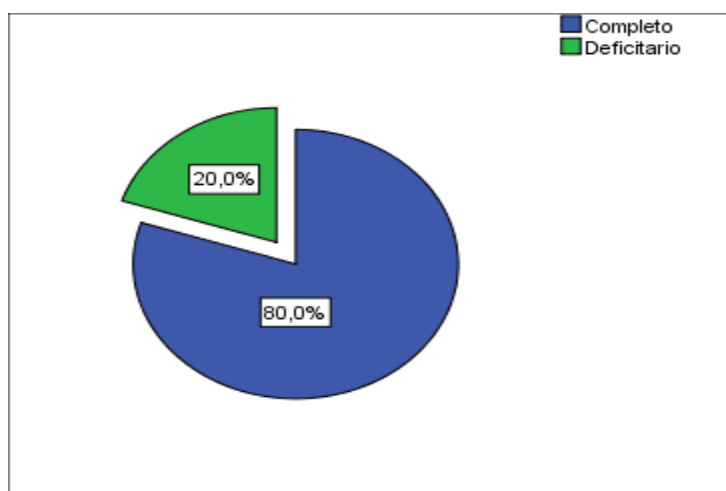


Gráfico 32. Material higiénico.
Fuente: Tabla 36

Análisis e interpretación: Según el 80,0% de los trabajadores los reactivos del laboratorio están completos, mientras que el 20,0% no coincide con este criterio.

Tabla 37. Condiciones para la eliminación de los desechos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	15	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario

Análisis e interpretación: El 100% de las personas que trabajan en el laboratorio opinan que el laboratorio cuenta con los mecanismos para la eliminación de los desechos.

Tabla 38. Dificultades

DIFICULTADES	No	%
Ninguna.	2	13,3
Área física pequeña.	2	13,3
Dificultades Internas: Infraestructura física deficiente, aireación y protección de los riesgos, como personal de atención directa al paciente y contacto directo a fluidos de riesgo. Dificultades externas: Falta de información por parte de los médicos a los pacientes antes de llegar al laboratorio.	1	6,7
Falta de comprensión entre los médicos y el personal de laboratorio. Incomprensión de las indicaciones por parte de los pacientes para la obtención de muestras sanguíneas.	1	6,7
Falta de espacio físico para los pacientes de consulta externa.	2	13,3
Falta de información por el personal médico a los pacientes para la realización de algunos exámenes. Indicaciones médicas incompletas para realizar gasometría.	1	6,7
Falta de información por el personal médico, mala identificación del pedido que vienen de los pisos, No se encuentran a los pacientes en la habitación que se indica y esto hace que se pierda tiempo en las mañanas.	1	6,7
Internos. Falta de infraestructura física, aireación y protección de los riesgos tiene el personal. Externos. No se da la debida información por parte de los médicos antes de llegar al laboratorio	1	6,7
Internos. Una correcta ventilación / aireación de las áreas de trabajo. Externos. Problemas continuos con el servidor informático del hospital.	1	6,7
Mejoramiento en la infraestructura física en las diferentes áreas. Mantenimiento de servidor en el sistema hospitalario. Mejor organización y manejo de pacientes que acuden al servicio.	1	6,7
Mejoramiento en la infraestructura física en las diferentes áreas. Mantenimiento de servidor en el sistema hospitalario. Mejor organización y manejo de pacientes que acuden al servicio. Mala identificación de los pedidos.	1	6,7
Ubicación del servicio para evitar estar expuestos a factores externos como la temperatura, el humo de los vehículos y rayos solares intensos.	1	6,7
Total	15	100

Tabla 39. Recomendaciones

RECOMENDACIONES	No	%
Actualización permanente del personal. No subestimar al personal al realizar trabajos de digitalización. Horarios de trabajo por riesgo	1	6,7
Ampliar el área física	2	13,3
Atención preferencial a los pacientes discapacitados y embarazadas. Ampliación de espacios físicos para toma de muestra de sangre. Proveer gradillas adecuadas para las tomas en los pisos	2	13,3
Atención preferencial a los pacientes discapacitados y embarazadas. Cubículos para toma de muestra de sangre muy estrechos	1	6,7
Debería haber más comunicación de los médicos hacia el paciente. Los pedidos de los pacientes hospitalizados deben ser elaborados con todos los datos necesarios para evitar pérdidas de tiempo	1	6,7
Mayor colaboración por parte de los médicos y enfermeras. Dar preferencia a los pacientes de la tercera edad y con discapacidad. Proveer de gradillas adecuadas para subir a los pisos, mejorar la información a los pacientes, cuando tienen que venir a exámenes especiales, sobre todo con el objeto que no pierda su consulta.	1	6,7
Mejoramiento en la infraestructura del laboratorio, con áreas acorde a la necesidad. Capacitación de personal adecuado para el manejo de la información y atención a usuarios. Volver al horario de 6 horas. Implementación de extractores de aire y mejoramiento de la Ventilación	1	6,7
Mejorar comunicación paciente-médico. Proveer de gradillas adecuadas para subir a los pisos,	1	6,7
Mejorar el espacio físico	1	6,7
Procurar una distribución más homogénea en la atención de consulta externa del laboratorio, con las agendas que el médico da a los pacientes. Mejorar infraestructura física y de seguridad. Prever horario de 6 horas por el alto riesgo de contaminación que el personal profesional se expone.	1	6,7
Procurar una distribución mejor con los pacientes. Mejorar la infraestructura y seguridad. Se debe pedir 6 horas de trabajo por el alto riesgo de contaminación.	1	6,7
Se adquiriera un gasómetro que el laboratorio no tiene, y es incómodo subir a realizar en otras áreas, y esto lleva tiempo innecesario	1	6,7
Servicio funcional, pero se necesita de una remodelación, sobre todo con pacientes externos que se aglomeran. Necesidad de construir más cubículos para la toma de muestras	1	6,7
Total	15	100,0