

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO**

CARRERA: INGENIERÍA EN GERENCIA Y LIDERAZGO

**Tesis previa a la obtención del título de:
INGENIERO EN GERENCIA Y LIDERAZGO**

**TEMA:
MODELO DE OPTIMIZACIÓN DEL DESEMPEÑO EN EL ÁREA DE LIMPIEZA
DE SERVICIOS GENERALES DE HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL
UBICADOS EN EL SUR DE QUITO CASO HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS**

**AUTOR:
CHRISTIAN NICOLÁS ALTAMIRANO DÍAZ**

**DIRECTOR:
GIOVANNY MAURICIO LUCERO PALACIOS**

Quito, enero de 2014

**DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE USO DEL
TRABAJO DE GRADO**

Yo, CHRISTIAN NICOLÁS ALTAMIRANO DÍAZ, autorizo a la Universidad Politécnica Salesiana la publicación total de este trabajo de grado y su reproducción sin fines de lucro.

Además declaro que los conceptos y análisis desarrollados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad del autor.

CHRISTIAN NICOLÁS ALTAMIRANO DÍAZ
CC: 171591430

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres Nicolás y Giovanna quienes han estado a mi lado en todo momento brindándome su amor y su apoyo incondicional en todas las etapas de mi vida.

A mis hermanos Renato y Diana por ser siempre tolerantes, brindándome su apoyo en todo instante y compartir junto a ellos la alegría de jugar y soñar.

Finalmente dedico este trabajo a mis hijos Mateo y Aily, quienes son mi razón de vivir y el motor de todos los días para ser mejor como persona y ser humano.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todos los docentes que durante toda la etapa universitaria sembraron en mi un camino de estudio, esfuerzo y dedicación, de igual forma quiero agradecer a todos quienes contribuyeron a la realización de este trabajo investigativo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	3
GENERALIDADES	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.1.1. Formulación y sistematización del problema.....	5
1.2. Justificación	6
1.3. Objetivos.....	7
1.3.1. Objetivo general.....	7
1.3.2. Objetivos específicos	7
1.4. Marco teórico y referencial.....	8
1.4.1. Modelo de optimización de desempeño.....	8
1.4.2. Mejora continua	9
1.4.3. Diagnóstico	10
1.4.3.1. PESTN	10
1.4.3.2. PORTER	11
1.4.3.3. FODA.....	12
1.4.4. Administración por objetivos (APO).....	12
1.4.5. Gestión de procesos	13
1.4.6. Balanced Score Card.....	15
1.4.7. Gestión por resultados	16
1.4.7.1. Variables e indicadores	16
1.5. Marco conceptual.....	18
1.6. Marco metodológico.....	22
1.6.1. Hipótesis	23
1.6.2. Población y muestra.....	23
1.6.2.1. Estructura de servicios generales	23
1.6.2.2. Cobertura.....	23
1.6.3. Tipo de investigación.....	23
1.6.3.1. Investigación descriptiva.....	23
1.6.3.2. Método de la investigación	24
1.6.4. Técnicas de investigación	24
1.6.4.1. Investigación documental.....	25

1.6.4.2. Investigación de campo.....	25
1.6.4.2.1. Observación directa.....	25
1.6.4.2.2. Entrevista.....	26
1.6.4.2.3. Focus group.....	26
CAPÍTULO 2	27
ASPECTOS GENERALES DE HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL CASO HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS	27
2.1. Reseña histórica	27
2.1.1. Evolución de la salud en el Ecuador	27
2.1.2. Clasificación de los hospitales	28
2.1.3. Reseña histórica del HEG	30
2.2. Análisis externo.....	31
2.2.1. Análisis del macro-entorno (PESTN)	31
2.2.1.1. Factor político	31
2.2.1.2. Factor legal.....	31
2.2.1.3. Factor económico	33
2.2.1.4. Factor social – demográfico	34
2.2.1.5. Factor tecnológico.....	39
2.2.1.6. Factor natural – ambiental.....	40
2.2.1.7. Resumen de las oportunidades y amenazas macro-entorno.....	43
2.2.2. Análisis del micro-entorno	44
2.2.2.1. Clientes.....	45
2.2.2.2. Proveedores	47
2.2.2.3. Barreras de entrada.....	49
2.2.2.4. Competidores	49
2.2.2.5. Resumen de PORTER.....	50
2.2.2.6. Resumen de oportunidades y amenazas del micro-entorno	51
2.3. Análisis interno	51
2.3.1. Capacidad instalada del HEG.....	51
2.3.2. Proceso administrativo	54
2.3.3. Organigrama estructural del HEG.....	55
2.3.4. Servicios generales del HEG.....	56
2.3.5. El área de limpieza.....	59
2.3.5.1. Antecedentes del área de limpieza	59

2.3.5.2.Aspectos generales del departamento de limpieza del Hospital Enrique Garcés.....	60
2.3.5.3.Objetivos	60
2.3.5.3.1.Objetivos generales	60
2.3.5.3.2.Objetivos específicos	60
2.3.5.4.Procesos implementados en el área.....	61
2.3.5.5.Descripción organizacional estructura interna y actividades que desarrolla el área de limpieza perteneciente a servicios generales.....	64
2.3.5.6.Personal requerido ventajas y desventajas	65
2.3.6.Resumen de análisis interno.....	68
2.4.Estudio de mercado del área de limpieza.....	68
2.4.1.Población.....	68
2.4.2.Muestra.....	69
2.4.3.Focus group.....	70
2.4.4.Resumen del estudio interno del HEG	75
2.5 Análisis FODA.....	76
2.5.1.Matriz de priorización	78
2.5.1.1.Análisis EFE	78
2.5.1.2.Análisis EFI.....	79
2.5.1.3.Conclusiones del análisis EFE y EFI	80
CAPÍTULO 3	82
PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DE UN MODELO DE OPTIMIZACIÓN DEL DESEMPEÑO.....	82
3.1Enfoque de la propuesta.....	82
3.1.1.Título de la propuesta.....	82
3.1.2.Datos informativos del beneficiario de la propuesta.....	82
3.1.3.Justificación de la propuesta	82
3.1.4.Objetivos de la propuesta	83
3.1.4.1.Objetivo general	83
3.1.4.2.Objetivos específicos	83
3.1.5.Recursos para la propuesta.....	83
3.2.Sistematización de problemas	86
3.2.1.Árbol de problemas	85
3.2.2.Matriz Ishikawa.....	86

3.3.Gestión por objetivos	86
3.3.1. Áreas de iniciativas estratégicas	87
3.3.1.1.Ofensivas.....	87
3.3.1.2.Defensivas	88
3.3.2.Identificación de estrategias	89
3.3.2.1.Ofensivas.....	89
3.3.2.2.Defensivas	90
3.3.3.Despliegue de objetivos	91
3.3.4.Antecedentes para la fijación de objetivos por el método estratégico	92
3.3.5.Fijación de objetivos	93
3.4.Desarrollo del plan estratégico e implementación del BSC.....	94
3.4.1.Planeación estratégica	94
3.4.1.1.Misión	94
3.4.1.2.Visión	95
3.4.1.3.Valores	96
3.4.2.Perspectiva del cliente.....	96
3.4.3.Perspectiva interna	96
3.4.3.1.Delimitación de procesos	97
3.4.4.Perspectiva de innovación y mejora.....	97
3.4.4.1.Recursos	97
3.4.4.2.Plan de capacitaciones.....	97
3.4.5.Perspectiva financiera	98
3.4.5.1.Presupuesto actual.....	99
3.4.5.2.Presupuesto propuesto.....	101
3.4.6.Direccionamiento del plan estratégico para el área de limpieza del HEG bajo el Balanced Score Card	103
3.4.7.Árbol de BSC	104
3.5.Gestión por procesos	105
3.5.1.Liderazgo de la dirección	105
3.5.2.Flujogramas de procesos	106
3.6.Gestión por resultado	110
CONCLUSIONES	111
RECOMENDACIONES	112

LISTA DE REFERENCIAS	114
ANEXOS.....	118

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fuerzas de Porter	11
Figura 2. Balanced Score Card.....	16
Figura 3. Clasificación de los hospitales.....	29
Figura 4. Funcionabilidad de los niveles.....	29
Figura 5. Inversión en salud	33
Figura 6. Evolución de la inversión del PIB en la salud	34
Figura 7. Pirámide poblacional	34
Figura 8. Distribución de población por seguro.....	35
Figura 9. Total de consultas de morbilidad por año, según grupos de edad	35
Figura 10. Estadísticas de consusltas preventivas 2000 - 2011	36
Figura 11. Esperanza de vida al nacer.....	36
Figura 12. Tasas de mortalidad en niños.....	37
Figura 13. Clasificación zonal de la salud	38
Figura 14. Tasa de médicos.....	38
Figura 15. Consulta externa	44
Figura 16. Consulta externa	45
Figura 17. Accidentes por pinchazos	46
Figura 18. Frecuencia en áreas de accidentes por pinchazos.....	47
Figura19. 5 Fuerzas de Porter	50
Figura 20. Presupuesto del HEG	52
Figura 21. Egresos hospitalarios	53
Figura 22. Ocupación del hospital	53
Figura 23. Camas por especialidad	54
Figura 24. Giro de camas	54
Figura 25. Organigrama del HEG	55
Figura 26. Procesos de implementación en el área	62
Figura 27. Eliminación de desechos.....	64
Figura 28. Análisis DAFO	80
Figura 29. Estrategias según el FODA.....	81
Figura 30. Arbol de Problemas.....	85
Figura 31. Matriz Ishikawa	86

Figura 32. Direccionamiento del plan estratégico.....	103
Figura 33. Árbol de Balanced Score Card.....	104
Figura 34. Proceso de compras	106
Figura 35. Proceso de recursos humanos	107
Figura 36. Proceso de control de inventarios	108
Figura 37. Proceso de limpieza de áreas	109

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: FODA.....	12
Tabla 2: Diferencia entre organizaciones por procesos y con funciones departamentales	15
Tabla 3. Indicadores de efectividad	17
Tabla 4. Indicadores de eficiencia.....	18
Tabla 5. Funciones del sistema nacional de salud	32
Tabla 6: Realidad laboral sector público.....	39
Tabla 7: Agua potable y saneamiento	41
Tabla 8. Resumen análisis macro-entorno	43
Tabla 9: Estructura de clientes internos	46
Tabla 10. Compras	48
Tabla 11. Consumo mensual área limpieza.....	48
Tabla 12. Análisis Pest.....	51
Tabla 13. Capacidad del HEG según área de construcción	52
Tabla 14. Ventajas y desventajas del área de limpieza	66
Tabla 15. Recurso humano en el área de limpieza.....	67
Tabla 16. Análisis interno FD	68
Tabla 17. Distribución de la población	69
Tabla 18. Población a aplicar el focus group	70
Tabla 19. Preguntas del focus group	70
Tabla 20. Resumen del estudio interno del HEG	75
Tabla 21. Resumen de la matriz FODA	76
Tabla 22. Matriz EFE	78
Tabla 23. Matriz EFI.....	79
Tabla 24. Iniciativas estratégicas ofensivas	87
Tabla 25. Iniciativas estratégicas defensivas	88
Tabla 26. Estrategias ofensivas	89
Tabla 27. Estrategias defensivas	90
Tabla 28. Despliegue de objetivos	91
Tabla 29. Antecedentes para la fijación de objetivos estratégicos.....	92
Tabla 30. Antecedentes para la fijación de objetivos estratégicos.....	93
Tabla 31. Objetivos	94

Tabla 32. Planteamiento de la misión	95
Tabla 33. Planteamiento de la visión	95
Tabla 34. Planteamiento de los valores.....	96
Tabla 35. Plan de capacitaciones	98
Tabla 36. Presupuesto actual.....	99
Tabla 37. Presupuesto propuesto.....	101
Tabla 38. Planificación estratégica a base de resultados.....	110

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Factura Plasti-Limpio	118
Anexo 2. Ficha técnica para compra de productos	119
Anexo 3. Factura ImporPlast	120

RESUMEN

El Hospital Enrique Garcés es considerado de segundo nivel teniendo tres áreas, abiertas, cerradas y semi-cerradas requiriendo cada una un nivel de desinfección adecuado según su criticidad, actualmente una sola persona maneja toda el departamento de servicios generales realizando actividades administrativas y operativas al mismo tiempo lo que dificulta la gestión, además al existir personal con alta rotación no se puede llevar una estadística del progreso y el desempeño del equipo teniendo clientes insatisfechos con el servicio de limpieza brindado, además de los altos costos por el aumento del volumen en la emisión de los desechos infecciosos.

Por medio de este proyecto se propone realizar un Modelo de optimización del desempeño en el área de limpieza de servicios generales de hospitales de segundo nivel ubicados en el sur de Quito caso Hospital Enrique Garcés que le permita la optimización de los recursos existentes.

El modelo se realiza con la aplicación del Balanced Score Card que permite identificar los puntos críticos de la institución y crear una imagen corporativa acorde a los objetivos que se desean lograr en todas las unidades operativas del hospital, para realizar una correcta aplicación se ha realizado previamente un Focus Group con los clientes internos y externos analizando la situación actual del área de limpieza y las problemáticas, obteniendo las estrategias necesarias para crear un modelo que optimice el desempeño del departamento de servicios generales.

Al aplicar este modelo se obtiene una optimización de los recursos externos e internos implementando un plan de capacitaciones, un manual de procesos y la aplicación de indicadores que permitan ejercer un control adecuado del desempeño del personal, además de la reducción de desechos infecciosos y la aplicación de un sistema de gestión que canalice los procesos y permita la obtención estadística de los mismos.

ABSTRACT

Enrique Garcés Hospital is considered part of the healthcare second level it has three areas, open, closed and semi-closed each one requires requiring an appropriate level of disinfection according to its complexity, one person handles the whole Department of General Services by performing administrative and operative activities at the same time making it difficult to manage the current staff and work schedules. It makes it hard to keep statistics of progress and team performance having dissatisfied customers with the provided housekeeping service, in addition to the high costs by increasing the volume emission of infectious waste.

The present project aims to provide a model that optimizes work performance in the area of cleaning services at general hospitals of the second level of health care located in the south of Quito case Hospital Enrique Garcés that allows you optimize existing resources.

The model is made with the implementation of the Balanced Score Card which identifies the critical points of the institution and creates a consistent corporate image according to the objectives to be achieved in all operating units of the hospital, a Focus Group took place with internal and external customers by analyzing the current situation the cleaning area and problem, in order to obtain the necessary tools to create a model that optimizes the performance of the department of General Services department.

The application of this model allows the hospital optimize the internal and external resources by implementing a staff trainings, a plan process manual and the application of management indicators that would enable it to the organization proper control of the performance of the staff, in addition to the reduction of infections waste and the implementation of a management system that guides the processes and lets the organization obtain statistical data.

INTRODUCCIÓN

La percepción que se tiene del trabajo diario de un hospital desde la población es fundamentalmente la atención al público, dejando de lado toda la compleja dinámica de actividades que hay que realizar para brindar servicios que aseguren el bienestar de todas las personas que acuden normalmente a las entidades de salud tanto públicas y privadas, asimismo, los altos riesgos que se tienen que administrar en cada procedimiento para minimizarlos a fin de establecer condiciones óptimas y adecuadas para el funcionamiento del ambiente hospitalario y protección de pacientes, trabajadores, proveedores y visitantes en general.

Desde una visión administrativa todo el conjunto de recursos que un hospital consume para que funcione adecuadamente y cumpla con todas sus actividades, deben estar correctamente vinculadas, de tal manera que cada actividad genere un valor agregado al paciente desde el momento mismo de la recepción, hasta los diferentes procedimientos que se realizan en las diferentes unidades como en emergencia, hospitalización, laboratorios, consultorios, de modo que todas estas unidades se encuentren en constante retro alimentación de información y cuyo producto final se la entrega de servicios de calidad que aseguren la satisfacción de los usuarios, sin embargo, esta visión estaría incompleta si no se considera en la gestión hospitalaria la administración de la limpieza y desinfección de las instalaciones en hospitales, ya que el manejo de la limpieza hospitalaria es un sistema de seguridad que se aplica en todas las unidades de salud para minimizar el riesgo de contaminación y asegurar ambientes seguros de trabajo.

En la actualidad el estado ha desarrollado políticas que tienden a asegurar el bienestar de toda la población, para lo cual se ha desarrollado el Plan Nacional del Buen Vivir, el mismo que asegura la entrega de recursos económicos para la satisfacción de las necesidades y el mejoramiento de la calidad de vida, pues al ser la salud un eje importante se ha diseñado toda una red nacional de atención en salud que se encuentra constantemente acoplándose a las nuevas exigencias y desafíos planteados por el cambio, el mejoramiento de la administración hospitalaria en áreas sensibles como de limpieza y desinfección tanto en unidades de primer nivel, segundo nivel y tercer nivel, así como la optimización de recursos humanos, físicos,

es necesaria y urgente, pues al no haber un modelo claro de gestión que canalice los recursos económicos asignados para mejorar los estándares de limpieza, entregando un servicio de calidad y mejorando los niveles de desempeño de todos quienes realizan las actividades de desinfección.

La investigación se constituye en un instrumento de gestión muy valioso para los administradores y profesionales en general de los hospitales pues responde a una necesidad diaria de minimizar y controlar los riesgos que se derivan de la limpieza y desinfección hospitalaria, así como el de brindar un servicio de calidad con tiempos de respuesta cortos, el de optimizar al máximo los recursos económicos entregados por el estado y el de elevar el nivel de desempeño de todos quienes realizan las actividades de limpieza.

CAPÍTULO 1

GENERALIDADES

1.1. Planteamiento del problema

Las políticas implementadas por el gobierno en el tema de salud pública están sustentadas en el Plan Nacional del Buen Vivir, el mismo que busca mejorar la calidad de vida de toda la población mediante el desarrollo de un sistema integral de salud, el mismo que ha generado gran expectativa en todos los niveles sociales.

La fuerte inversión realizada por el Estado en el mejoramiento y equipamiento de los hospitales a nivel nacional tanto de primero, segundo y tercer nivel, así como la mejora en las remuneraciones a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, ponen en tela de juicio los resultados alcanzados hasta el momento, ya que al ser tan limitado el campo de acción del Ministerio de Salud Pública se puede evidenciar una inadecuada falta de gestión para la distribución de recursos, debilitando a toda la estructura por la falta de presupuesto.

Los principales problemas que tienen los hospitales de segundo nivel, en el área de limpieza perteneciente a servicios generales, es la falta de talento humano especializado en limpieza, la compra de renuncias obligatorias emitidas por el decreto 813 a todo el personal concerniente a estos servicios, costándole al Estado la cantidad de 160 millones de dólares y dejando sin trabajo a 680 trabajadores de esta área, la privatización de áreas de la salud como la limpieza y desinfección hospitalaria en hospitales de segundo nivel se ha convertido en política de gestión en el actual gobierno argumentando que le cuesta menos al Estado contratar servicios externos, señalando también la ineficiencia en las actividades realizadas anteriormente por el personal despedido y garantizado que la externalización mejora los niveles de limpieza y desinfección en cada unidad operativa de salud.

En el caso del Hospital Enrique Garcés se puede evidenciar la participación de la empresa privada y la del Estado ambas realizando las mismas actividades de limpieza dejando ver la falta de coordinación en sus actividades y la falta de un modelo de optimización del desempeño que les permita funcionar correctamente,

además tener herramientas que les ayuden a mejorar los estándares de calidad del servicio de limpieza, mejorando su eficiencia y eficacia, generando valor agregado a todas sus actividades y funciones

El poco financiamiento económico y su limitada capacidad de resolución a los problemas generados diariamente en limpieza de hospitales de segundo nivel caso específico del Hospital Enrique Garcés, ha provocado que estos departamentos funcionen con recursos económicos limitados dejando ver que la ausencia de un modelo claro de gestión que permita presupuestar las necesidades de estos servicios, mejorará los niveles de desempeño de cada auxiliar administrativo de limpieza involucrado en las actividades de limpieza y desinfección.

Se reconoce el importante apoyo político y financiero a la Salud Pública en los últimos años, que permitió mejoras sustantivas en infraestructura y equipamiento, progresivo en los servicios de atención a pacientes, mas no en limpieza y desinfección, los cambios iniciales en el modelo de gestión, con un renovado liderazgo, que permitió reposicionar la esperanza en la salud y en el servicio público del país. Sin embargo, se manifiesta la preocupación por el deterioro del modelo de gestión sanitaria y sobre todo por la persistencia de problemas estructurales que han sido encontrados, que amenazan la sustentabilidad de los propios avances del sector salud.

Hay que decir con seguridad que las futuras consecuencias al no tener un modelo óptimo del desempeño serán similares a las ocurridas en el Hospital de Niños Francisco Icaza Bustamante de la ciudad de Guayaquil, en el cual se produjo la muerte de nueve neonatas por la presencia de bacterias, atribuyéndose la presencia de estos focos infecciosos a la falta de limpieza y desinfección diaria en una área cerrada como la de cuidados intensivos neonatales, a esto se suma el desconocimiento de protocolos de bioseguridad y técnicas de limpieza por parte del personal de servicios generales asignada a esta área.

El planteamiento realizado evitará situaciones como la anteriormente señalada en el Hospital de Niños de Guayaquil, así como la contaminación cruzada y la proliferación de enfermedades nosocomiales.

La propuesta contribuirá a brindar un modelo de optimización del desempeño que permita mejorar las técnicas de desinfección utilizadas, estandarizar los procedimientos de limpieza en áreas, abiertas, cerradas y semi-cerradas, mejorar la eficacia en la desinfección brindando calidad en cada uno de los procesos de desinfección, mejorando el desempeño de los servicios generales de hospitales de segundo nivel, para garantizar la seguridad y satisfacción de clientes externos e internos que se encuentran en las salas de hospitalización y que acuden diariamente a las diferentes casas de salud de segundo nivel.

1.1.1. Formulación y sistematización del problema

¿Qué tipo de actividades, técnicas y procedimientos se pueden utilizar para la desinfección y limpieza de las instalaciones del Hospital, para optimizar de forma adecuada los recursos humanos, económicos, de tiempo e insumos para el cumplimiento de los estándares de calidad?

¿Cuál debe ser la estructura de un modelo de optimización del desempeño, que permita aumentar el índice de productividad de cada persona involucrada en el proceso de limpieza y desinfección optimizando el tiempo y minimizando los riesgos de contaminación?

¿Qué tipo de capacitación se hace necesaria para mejorar y mantener el nivel de trabajo así como los estándares de calidad?

¿En qué medidas se cumplen con las normas de bioseguridad y técnicas para la realización de limpieza y desinfección, basados en los estudios de materiales, desinfectantes y maquinas que deben ser utilizados obedeciendo las normas de seguridad y mecanismos que permitan a todo el personal del área de limpieza de servicios generales disminuir el riesgo por contaminaciones cruzadas?

¿Qué herramienta se puede desarrollar para aumentar la efectividad y eficiencia y para mejorar las actividades de los departamentos de servicios generales de hospitales de segundo nivel?

¿Cómo se puede determinar si los presupuestos asignados a las áreas de servicios generales de hospitales de segundo nivel, cubren todos los requerimientos para su correcto funcionamiento?

1.2. Justificación

La investigación se justifica porque en la actualidad a pesar de haber inversión en la salud, son muchos los hospitales de segundo nivel que no disponen de un adecuado modelo de optimización del desempeño, en especial en las áreas sensibles como la de limpieza y desinfección hospitalaria pertenecientes a la unidades de servicios generales, lo que no les permite controlar de manera correcta los procesos de limpieza y desinfección realizados en las diferentes áreas de hospitalización.

Se plantea el caso de estudio del Hospital Enrique Garcés, pues en el mismo no existe una clara definición de funciones, no se encuentran perfectamente delineados los procesos internos de limpieza y desinfección hospitalaria, lo que ha ido generando varios problemas a nivel del personal que trabaja en esta unidad, siendo necesario proponer un nuevo modelo de optimización del desempeño, que permita dirigir, ordenar y organizar de manera satisfactoria cada área con la finalidad de controlar de manera oportuna las actividades desarrolladas, de igual manera ayudará a tener indicadores de carácter cuantitativo y cualitativo, que indiquen el grado de eficiencia y eficacia de las técnicas empleadas para la desinfección y limpieza hospitalaria.

Hay que señalar que los beneficios que se obtendrán de esta investigación son de gran importancia para todas las áreas de servicios generales de hospitales de segundo nivel, ya que se mejorará los niveles de desempeño de todo el personal que realiza las actividades de limpieza y desinfección hospitalaria, mejorando las técnicas y procedimientos utilizados, además esta investigación contribuirá a brindar un servicio de calidad tanto a usuarios internos y externos reduciendo el riesgos de contaminaciones.

La investigación servirá para crear un instrumento el cual permita estandarizar los diferentes procesos, procedimientos y técnicas de limpieza

hospitalaria, así también ayudará a establecer políticas claras para el correcto funcionamiento de las unidades o departamentos de servicios generales que tienen a su cargo la desinfección y limpieza de áreas abiertas, semi-abiertas y cerradas de hospitales de segundo nivel.

Por último el valor teórico que se alcanzará con los resultados de este estudio, permitirá mejorar los procesos internos de las unidades de servicios generales que realizan la limpieza hospitalaria en instituciones de segundo nivel, ya que no se ha registrado estudios anteriores relacionados con modelos de optimización del desempeño en estas unidades operativas y en especial en la limpieza hospitalaria, por tal motivo, la presente investigación, pretende ser un trabajo precursor en donde se desarrolle un modelo de optimización del desempeño, para que sea aplicado, en este caso a la unidad de servicios generales del Hospital General Enrique Garcés y sirva de plataforma para futuras investigaciones en este campo de estudio.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Estructurar el modelo de optimización del desempeño para el área de limpieza de servicios generales de Hospitales de segundo nivel caso Hospital Enrique Garcés.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la operatividad del área de servicios generales, para la aplicación de una propuesta de modelo de optimización del desempeño en el departamento de limpieza perteneciente a servicios generales de Hospitales de segundo nivel caso Hospital Enrique Garcés.
- Determinar un modelo de optimización del desempeño, para el área de servicios generales de hospitales de segundo nivel caso Hospital Enrique Garcés.
- Definir los pasos y recursos necesarios para la implementación del modelo de optimización de desempeño del área de limpieza del Hospital Enrique Garcés y los métodos de control a corto, mediano y largo plazo.

1.4. Marco teórico y referencial

Antes de definir la concepción teórica de modelos de optimización del desempeño, es necesario revisar las referencias bibliográficas de todas las partes utilizadas para lograr un modelo óptimo para el hospital, teniendo el conocimiento de la metodología a utilizar y los recursos necesarios para su implementación.

1.4.1. Modelo de optimización de desempeño

Se define como “la gestión y la administración relacionada en torno a la organización racional de los recursos con el fin de alcanzar en condiciones óptimas un objetivo determinado, por medio del control se evalúa el sistema a través de la retroalimentación establecida frente a la desviación de las metas”, es decir es una mezcla de decisiones particulares aplicadas a los objetivos globales (Pacheco, 2002, Pág. 11).

Lo primero es prever, establecer un pronóstico sobre el cual fijar metas y definir un programa de acción, por lo cual es importante un adecuado diagnóstico que permita una visión global del entorno interno y externo. Lo segundo es controlar, comparando las realizaciones con las previsiones; realizando mejoras continuas en los procesos y regulando las actividades según se requiera para lograr los objetivos; es decir es una medición y corrección, al mismo tiempo que se ponen todos los medios para compensar las diferencias constatadas.

Como conjunto de actividades gerenciales ha sido necesaria la aplicación de algunas herramientas que permitan la optimización de los recursos utilizados en el área dando solución a los problemas encontrados adaptándose al entorno actual del hospital ayudando a mejorar de forma continua el sistema usado de forma flexible convirtiendo en una actitud organizacional para todos los trabajadores. Estos se representan a través de técnicas, procesos, modelos y sistemas administrativos. La principal función de los modelos de optimización del desempeño son el de comparar las mejores prácticas utilizadas y predecir los cambios constantes que se puedan producir en el entorno.

Para seleccionar el modelo a utilizar es necesario conocer la situación actual del área y definir de forma correcta los objetivos, así como la visión y la misión a la

que se quiere llegar teniendo en cuenta los recursos con los que se cuenta, en especial el capital humano, a este último debe involucrarlo en una cultura de aprendizaje y generación de procesos propios a partir de su institucionalidad que les permitan crecer, generar valor agregado al cliente interno (los empleados) y al cliente externo (usuarios y compradores) y presentar una organización que genera margen de valor permanente, y que se renueve a partir de su aprendizaje, retroalimentación y continuo mejoramiento para así crear respuestas a las situaciones del entorno.

La construcción de modelos de desempeño es un medio para resolver problemas en base al análisis y el estudio del problema, para ello se debe:

1. Determinar el área a la que se desea aplicar el modelo.
2. Detectar los requerimientos de información y los medios para obtenerlos.
3. Realizar un diagnóstico del área y las problemáticas.
4. Diseñar el modelo de optimización del desempeño que satisfaga las necesidades.
5. Programar la implementación, medios de control y medición, recursos necesarios y las condiciones óptimas.

1.4.2. Mejora continua

El mejoramiento continuo es un proceso que describe la esencia de la calidad y refleja lo que las empresas necesitan hacer para aumentar su productividad, disminuir costos y optimizar sus recursos.

La importancia de esta técnica gerencial radica en que con su aplicación se puede contribuir a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de la organización, así como aprovechar las oportunidades del entorno aumentando la competitividad por medio de la implementación y uso de procesos, los cuales pueden mejorarse o corregirse. Los resultados obtenidos son visibles, medibles y de alto impacto para la organización, proyecto u empresa a la que se le aplica, dicho proceso debe ser progresivo y continuo, debe incorporar todas las actividades que se realicen en la empresa a todos los niveles.

Para lograr la implementación del proceso de mejoramiento continuo se requiere:

- Compromiso de la alta dirección.
- Participación total de la administración.
- Participación de los empleados.
- Participación individual.
- Equipos de mejoramiento de los sistemas o equipos de control de los procesos.
- Actividades con participación de los proveedores.
- Aseguramiento de la calidad.
- Planes de calidad a corto plazo y estrategias de calidad a largo plazo.
- Sistema de reconocimientos y control (Harrington, 1993, pág. 145).

Los siete pasos del proceso de mejoramiento son:

1° Paso: Identificación de problemas.

2° Paso: Cuantificación y subdivisión del problema.

3° Paso: Análisis de las causas, raíces específicas.

4° Paso: Establecimiento de los niveles de desempeño exigidos es decir metas de mejoramiento. Definición de objetivos.

5° Paso: Definición y programación de soluciones.

6° Paso: Implantación de soluciones.

7° Paso: Acciones de garantía y control de las actividades (Harrington, 1993, pág. 145).

1.4.3. Diagnóstico

Para poder determinar los problemas dentro y fuera del área es necesario realizar un diagnóstico del entorno externo e interno para ello se utilizarán los siguientes análisis:

1.4.3.1. PESTN

El término proviene de las siglas inglesas "Político, Económico, Social, Tecnológico y Natural" utilizado para identificar los factores externos del

macro-entorno de forma individual para el caso del área de limpieza del Hospital Enrique Garcés se debe analizar:

- Político: dentro de este factor se revisan las decisiones gubernamentales y legales en cuanto a la salud, así como su funcionamiento.
- Económico: se revisa el presupuesto del Estado para el área de salud, su evolución en el transcurso de los años y el impacto sobre la atención en la salud.
- Social: se identifica el impacto sobre la sociedad, la confianza de los ecuatorianos para acceder a la salud pública, los seguros vigentes y las tasas de mortalidad historial y actual.
- Tecnológico: se evidencia el impacto de la tecnología en el área de la salud, así como las entidades de investigación y desarrollo para el control de enfermedades y epidemias.
- Natural: se identifica las problemáticas de la salud en cuanto al medio ambiente y el control de desechos que se debe llevar a cabo en una entidad de salud (Humphrey, 2004, pág. 2).

1.4.3.2.PORTER

El modelo de las cinco fuerzas de PORTER creado por Michael Porter en 1989 se usa para crear estrategias cada fuerza influye sobre la empresa o área a analizar evidenciando la competitividad, las fuerzas a analizar son las siguientes:

Figura 1. Fuerzas de Porter



Fuente: Porter 2003

1.4.3.3. FODA

Es una metodología de estudio de la organización de una empresa, proyecto o área, que permite analizar las características internas (debilidades y fortalezas) y su situación externa (amenazas y oportunidades) estructuradas en una matriz cuadrada para en función de ello formular los objetivos y las estrategias. Para realizar el análisis FODA, se parte del análisis PESTN y PORTER obteniendo los datos de un universo para sintetizarlos de forma objetiva tal que permita facilitar la toma de decisiones.

Tabla 1. FODA

	Fortalezas	Debilidades
Análisis Interno	Capacidades distintas Ventajas naturales Recursos superiores	Recursos y capacidades escasas Resistencia al cambio Problemas de motivación del personal
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externos	Nuevas tecnologías Debilitamiento de competidores Posicionamiento estratégico	Altos riesgos - Cambios en el entorno

Fuente: Ministerio de Fomento, 2005

1.4.4. Administración por objetivos (APO)

El empresario Peter F. Drucker, considerado el creador de la APO en la década de 1950, siendo consciente de la pérdida de sus márgenes de ganancias y de la necesidad de reducir gastos, se enfocó en el planteamiento de los objetivos y la obtención de los resultados siendo la solución a los problemas de la época donde se ejercía la administración por presión, la cual no estaba generando resultados (Benavente, 2010).

La administración por objetivos surgió como método de evaluación y control sobre el desempeño de áreas y organizaciones en crecimiento rápido creó conflictos en la jerarquía de la organización, siendo necesaria la descentralización, administración por resultados y fijación de objetivos creando los recursos necesarios para su cumplimiento (Wehrich, 1994).

Se puede decir que la administración por objetivos es una respuesta a los problemas a resolver incorporando metas en periodos de tiempo siendo un procedimiento para la correlación y reformulación de estrategias.

En la actualidad se considera un proceso administrativo por medio del cual el Jefe y el subordinado, parten de una definición clara de las metas y prioridades de la organización establecidas en grupo por la alta administración, identifican en conjunto los resultados claves que están dispuestos a alcanzar así como los correspondientes indicadores de éxito, acuerdan una estrategia para alcanzar esos resultados, trabajan tratando de lograrlos, se da seguimiento a los esfuerzos y los resultados alcanzados y se evalúa el rendimiento del personal de dirección en función de los mismos.

1.4.5. Gestión de procesos

Este es uno de los modelos más utilizados, se dio como resultado a los movimientos de calidad del siglo XX y es la base de la planificación estratégica, se lo considera el eje básico para realizar los procedimientos ayudando a tener un control cuantitativo y cualitativo de todas las actividades de la organización permitiendo optimizar los recursos y mejorar la efectividad y productividad de las organizaciones.

Permite llegar a la misión y la visión de la empresa creando una cultura organizacional en el equipo de trabajo eliminando los problemas por desconocimiento de las funciones y actividades a realizarse (Mariño, 2013, pág. 5).

Los procesos son la arquitectura en la que está soportada una organización para entregar valor a sus clientes internos o externos los cuales evalúan la calidad del mismo, por lo cual se parte de las problemáticas encontradas por los mismos. Sin duda un modelo de desempeño basado en procesos, mejora los estándares de desempeño, brindando bienes y servicios de calidad.

Es una forma de organización diferente de la clásica organización funcional, y en el que prima la visión del cliente sobre las actividades de la organización. Los procesos así definidos son gestionados de modo estructurado y sobre su mejora se basa la de la propia organización transformando toda entrada en bienes y servicios con valor agregado, considerando a los procesos como fundamento para el desarrollo y crecimiento de las organizaciones, tomando en cuenta que son realizados por personas.

Como un sistema de gestión de calidad, el principal objetivo de la gestión por procesos es aumentar los resultados de las organizaciones a través de conseguir niveles superiores de satisfacción de sus clientes, también el de incrementar la productividad a través de:

- Reducir los costos internos, es decir eliminar actividades sin valor agregado.
- Acortar los plazos de entrega, es decir reducir los tiempos de producción.
- Mejorar la calidad y el valor percibido por los clientes internos y externos de forma que les resulte agradable trabajar con el suministrador.
- Incorporar actividades adicionales de servicio, de escaso costo, cuyo valor sea fácil de percibir por el cliente.

Para identificar los procesos se debe declarar primero la misión y la visión a la que se quiere llegar partiendo de lo básico a lo complejo tomando en cuenta que delimitan los factores críticos para obtener el éxito y lograr una ventaja competitiva.

La clasificación de los procesos es importante porque establecen cuales son las entradas y salidas donde se inicia el siguiente paso de un proceso, de esta manera podemos clasificar a los procesos de la siguiente forma:

- Los procesos organizacionales son de carácter horizontal o transversal cuya responsabilidad no es exclusiva de un solo departamento, además involucran a toda la organización para agregar valor a los clientes externos.
- Los procesos funcionales son de carácter vertical, se desarrollan por lo general al interior de un mismo departamento y con valor agregado a los ojos del cliente interno (Mariño, 2013, pág. 38, 39).

La diferencia entre organizaciones por procesos y organizaciones departamentales es la siguiente:

Tabla 2. Diferencia entre organizaciones por procesos y con funciones departamentales

TIPO ORGANIZACIÓN	VERTICAL Funciones departamentales	HORIZONTAL Gestión por procesos
Procesos	Complejos	Simples
Actividades	Simples	Complejas
Indicadores	Desempeño	Resultados
Personal	Controlado	Facultado
Directivo	Controlador	Entrenador / líder

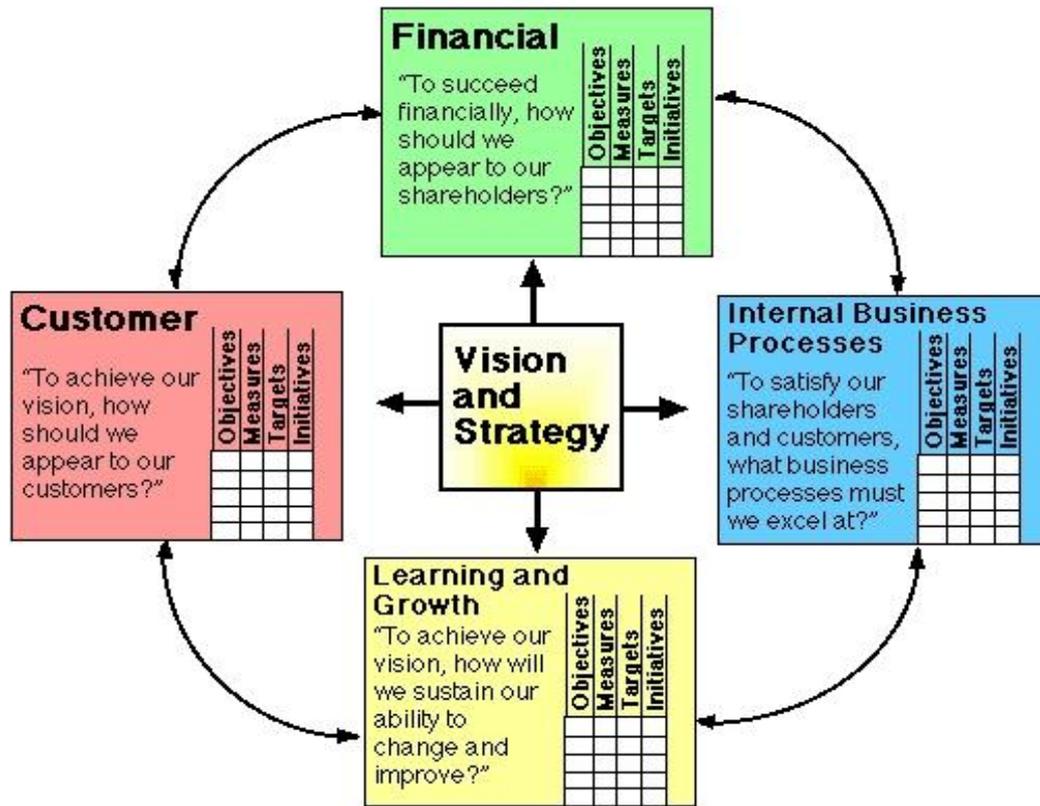
Elaborado por: Christian Altamirano

1.4.6. Balanced Score Card

Fue creado en 1992 por Robert Kaplan y David Norton, las siglas Balanced Score Card que en español sería Hoja de resultados o Cuadro de Mando Integral, es una herramienta para delimitar las estrategias y definir los procesos necesarios para lograr la misión y la visión basándose en 4 perspectivas las cuales son:

- Perspectivas financieras: En este caso se delimita por la estructura presupuestaria.
- Perspectiva del cliente: Cual es la perspectiva del cliente y lo que requiere para estar satisfecho con el modelo, se delimitan las estrategias.
- Perspectiva interna o de procesos: Se definen cuáles son los procesos o sub-procesos de la organización.
- Perspectiva de innovación y mejora: Como crear valor en el futuro, las capacitaciones necesarias y los recursos requeridos (Campos, 2012).

Figura 2. Balanced Score Card



Fuente: Robert Kaplan y David Norton, 1992

1.4.7. Gestión por resultados

Para delimitar los resultados se requiere evaluar los procesos para ello se definen medios de control, estableciendo las variables de cada proceso y los indicadores:

1.4.7.1. Variables e Indicadores

Los indicadores sirven para medir la efectividad de los procesos aplicados en base a variables identificadas se puede orientar al proceso o al resultado, también se pueden clasificar los indicadores en indicadores de eficacia o de eficiencia.

El indicador de eficacia mide el logro de los resultados propuestos e indica si se está trabajando de forma correcta ayudando en la definición de los requerimientos del cliente del proceso para comparar lo que se obtiene de lo que se desea obtener.

Los indicadores de eficiencia miden el nivel de ejecución del proceso, miden el rendimiento de los recursos utilizados por un proceso en las actividades ejecutadas dentro del proceso (Mariño, 2013, Pág. 71, 72).

- **Indicadores de efectividad:** En este sentido se pueden diseñar los siguientes indicadores de efectividad:

Tabla 3. Indicadores de efectividad

DESCRIPTOR DEL INDICADOR	VARIABLES FUNDAMENTALES
<p>EFFECTIVIDAD EN EL USO DE INSTALACIONES</p> <p>Es el grado de cumplimiento del programa de limpieza. Este factor puede estar afectado por causas imputadas tanto a los equipos de limpieza, como a los que administran el proceso. El indicador es medido porcentualmente (%).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilidad de las instalaciones. 2. Eficiencia de los equipos. 3. Efectividad en los materiales y maquinarias empleados en la limpieza y desinfección.
<p>EFFECTIVIDAD EN LA LIMPIEZA</p> <p>Es el grado de cumplimiento del plan de limpieza, en términos de niveles de desempeño, tanto para el área de servicios generales, así como para el hospital. El indicador es medido porcentualmente (%).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efectividad en el uso de las instalaciones. 2. Eficiencia en la gestión de limpieza y desinfección.

Elaborado por: Christian Altamirano

- **Indicadores de eficiencia:** Entre los indicadores de eficiencia se pueden

Tabla 4. Indicadores de eficiencia

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	VARIABLES FUNDAMENTALES
USO DE LA CAPACIDAD INSTALADA Indica el uso racional de las instalaciones productivas, con base en la capacidad nominal o instalada. El indicador es medido porcentualmente (%).	<ol style="list-style-type: none">1. Disponibilidad de las instalaciones.2. Eficiencia en el mantenimiento de instalaciones.3. Efectividad en la limpieza y desinfección.4. Cobertura de limpieza en las instalaciones
NIVEL DE INVENTARIOS Permite conocer el uso racional del capital invertido en inventarios con relación al material utilizado para la limpieza. El indicador es medido porcentualmente (%).	<ol style="list-style-type: none">1. Eficiencia en el uso de los insumos.2. Determinación óptima de los niveles de reposición de materiales para limpieza.3. Efectividad en la entrega de material de limpieza.4. Eficiencia en el tiempo de limpieza y desinfección.

Elaborado por: Christian Altamirano

1.5. Marco conceptual

Para poder llevar a cabo la investigación y propuesta de optimización del desempeño en el área de limpieza de servicios generales, es necesario tener en cuenta los conceptos básicos para facilitar su identificación, selección y definición posterior, estos son los siguientes:

Proceso: Sistema interrelacionado de causas que entregan salidas, resultados, bienes o servicios a unos clientes que los demandan, transformando entradas o insumos suministrados por unos proveedores y agregando valor a la transformación.

Subprocesos: son partes bien definidas en un proceso. Su identificación puede resultar útil para aislar los problemas que pueden presentarse y posibilitar diferentes tratamientos dentro de un mismo proceso.

Sistema: conjunto procedimientos, procesos y recursos necesarios para implantar una gestión determinada, como por ejemplo la gestión de la calidad, la gestión del medio ambiente o la gestión de la prevención de riesgos laborales. Normalmente están basados en una norma de

reconocimiento internacional que tiene como finalidad servir de herramienta de gestión en el aseguramiento de los procesos.

Procedimiento: forma específica de llevar a cabo una actividad. En muchos casos los procedimientos se expresan en documentos que contienen el objeto y el campo de aplicación de una actividad; que debe hacerse y quien debe hacerlo; cuando, donde y como se debe llevar a cabo; que materiales, equipos y documentos deben utilizarse; y como debe controlarse y registrarse.

Actividad: Es la suma de tareas que normalmente se agrupan en un procedimiento para facilitar su gestión. La secuencia ordenada de actividades da como resultado un subproceso o un proceso (Mariño, 2013, pág. 10).

Indicador: “Es un elemento que se utiliza para indicar o señalar algo. Puede ser concreto o abstracto y son utilizados para seguir un camino de investigación, tienen como principal función es señalar datos, procedimientos a seguir, fenómenos o situaciones específicas” (Definición ABC, 2013).

Antisepsia: empleo de sustancias químicas para inhibir o reducir el número de microorganismos de la piel viva, las membranas mucosas o tejidos abiertos a un nivel en el cual no generen infecciones.

Asepsia: ausencia de microorganismos que pueden causar enfermedades, incluye la preparación del equipo, la instrumentación y el cambio de operaciones mediante los mecanismos de esterilización y desinfección.

Áreas críticas: o de alto riesgo de infección, los quirófanos, las salas de parto, la sala de pequeña cirugía de urgencias, la central de esterilización, áreas de preparación de mezclas.

Áreas Semi críticas: o de mediano riesgo de infección, las unidades de cuidado intensivo, servicios de hospitalización, servicios de alimentos, lactario, urgencias y morgue.

Áreas no críticas: o de bajo riesgo de infección, las oficinas, pasillos, salas de espera, consultorios, rehabilitación cardíaca, neurología, rehabilitación física, y rehabilitación respiratoria.

Limpieza: empleo de un procedimiento fisicoquímico encaminado a arrastrar cualquier material ajeno al objeto que se pretende limpiar (Morales, 2011).

Asepsia médica: es la eliminación o destrucción de los gérmenes patológicos o los materiales infectados y la asepsia quirúrgica es la protección contra la infección antes, durante o después de las intervenciones quirúrgicas mediante el empleo de una técnica estéril.

Esterilización: “Es la destrucción o eliminación total de microorganismos, incluyendo las esporas, de las superficies de objetos inanimados” (Enfermería Básica, 2003).

Desinfección: Es un proceso físico o químico que mata o inactiva agentes patógenos tales como bacterias, virus y protozoos impidiendo el crecimiento de microorganismos patógenos en fase vegetativa que se encuentren en objetos inertes o inanimados. Según el nivel de desinfección pueden clasificarse de la siguiente manera:

Esterilización química: “se eliminan todos los microorganismos y esporas con tiempos de exposición prolongados (3-12 h)” (Rutala, W. A.; Weber, D. J., 2008).

Desinfección de alto nivel: Con concentraciones similares pero con períodos de exposición más cortos, se matan todos los microorganismos excepto gran número de esporas (Rutala, W. A.; Weber, D. J., 2008).

Desinfección de bajo nivel: “se matan la mayoría de bacterias, algunos hongos, y algunos virus en un práctico período de tiempo (hasta 10 min.)” (Rutala, W. A.; Weber, D. J., 2008). “Este procedimiento destruye la mayor

parte de las formas vegetativas bacterianas, algunos virus y hongos, pero no el mycobacterium tuberculosis ni las esporas bacterianas” (Morales, 2011).

Desinfección de nivel intermedio: se matan micro-bacterias, bacterias vegetativas, la mayoría de virus y hongos, pero no necesariamente esporas. (Rutala, W. A.; Weber, D. J., 2008).

“No asegura necesariamente la destrucción de esporas bacterianas” (Morales, 2011).

Descontaminación: Es la acción llevada a cabo mediante diferentes procesos ya sea en forma física o química para reducir o anular los efectos contaminantes de aquellos materiales que los producen, se podría decir que es, un sistema o metodología específica para eliminar y controlar cualquier material contaminante, ya sea éste presente en el medio ambiente o en un área determinada (Construmatica, 2013).

Agentes Esterilizantes: son productos químicos que producen la muerte o inactivación de todos los microbios (Lañéz, 2013).

Agentes Desinfectantes: también llamados germicidas, son agentes químicos antimicrobianos capaces de matar los microorganismos patógenos o infecciosos de un material o zona, en algunos casos pueden producir efectos tóxicos por lo que se debe proteger la exposición directa con la piel (Lañéz, 2013).

Agentes Antisépticos: se les dice a los desinfectantes que no tienen una reacción tóxica hacia los tejidos vivos, sin embargo al ser químicos antimicrobianos ayudan a la sepsis o putrefacciones de materiales vivos (Lañéz, 2013).

Quimioterápicos: se utilizan fuera o dentro de seres vivos en concentraciones y cantidades adecuadas según el microbio, es una combinación de compuestos químicos con actividad microbicida y microbiostática (Lañéz, 2013).

Hipoclorito: Es un desinfectante que tiene un efecto rápido sobre una gran variedad de microorganismos. Son los más apropiados para la desinfección general (Morales, 2011).

Infección nosocomial: Es aquella que se presenta después de las primeras 48 a 72 horas de estancia en el hospital y que no estaba presente o en periodo de incubación al momento del ingreso, o de la realización de una intervención quirúrgica, o la que está relacionada con un procedimiento hospitalario (Morales, 2011).

Detergente: Son un grupo de compuestos orgánicos que poseen la propiedad activa de disminuir la tensión superficial de los líquidos en la que se encuentran disueltos, diseñado para remover o eliminar la contaminación de una superficie o material específico (L.Vargas, 2004).

Los detergentes poseen la siguiente composición:

Tensoactivos: Son compuestos químicos que al disolverse con el agua o en otro disolvente modifican las propiedades de la interface, tienen un carácter dual , una es una sustancia hidrocarbonada acorde a los disolventes orgánicos, la otra es una porción hidrófila compacta con los disolventes como el agua, se conforma de átomos de oxígeno, azufre, fosfato o nitrógeno (Rosen, 2004).

Coadyuvantes: “Son sustancias complementarias incorporadas en los detergentes para mejorar y proteger la eficacia detergente del tensoactivo creando una sinergia entre ambos mejorando el resultado del lavado” (P. Varó Galvañ, 1996).

1.6. Marco Metodológico

En el marco metodológico se define la metodología de investigación a utilizar para obtener los datos claves en la propuesta, así como obtener datos de la situación del área de limpieza.

1.6.1. Hipótesis

¿Demostrar que mediante la operativización de un modelo de optimización del desempeño, se mejorará la calidad de los servicios entregados por el área de limpieza perteneciente a servicios generales en hospitales de segundo nivel, caso hospital Enrique Garcés?

1.6.2. Población y muestra

Siendo la salud un componente especial para el bienestar del individuo, servicios generales desempeña un rol fundamental en este campo complementando la labor médica, participando activamente en la limpieza y desinfección de las áreas, brindando protección, custodia a los bienes, seguridad a los usuarios, transporte seguro a disposición de pacientes y personal, por ende la población estará dada por los clientes internos y externos del hospital, así como el personal de área de limpieza.

1.6.2.1. Estructura de servicios generales

Servicios generales tiene bajo su responsabilidad las áreas de limpieza, transporte, guardianía, por lo que la investigación centrará su estudio en el área de limpieza y desinfección.

1.6.2.2. Cobertura

El hospital tiene una superficie de 36000m², con un área hospitalaria de 3000m², esta extensión requiere de limpieza y seguridad las 24 horas, distribuidos en salas de hospitalización, áreas críticas, área cerrada, áreas administrativas.

1.6.3. Tipo de Investigación

La investigación se realizará de la siguiente forma:

1.6.3.1. Investigación descriptiva

Mediante este tipo de investigación se conocerá las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas, que se encuentran realizándose al momento en el área de limpieza perteneciente a servicios generales, la principal característica de este tipo de investigación es que no se limita a la recolección de datos, si no a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables, además es de

mucha utilidad para la investigación ya que no somos meros tabuladores, si no que recogeremos los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, estos datos los analizaremos cuidadosamente y minuciosamente, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento y mejoramiento del proceso.

Para la aplicación de este tipo de investigación iniciaremos examinando las características del problema y lo definiremos, luego enunciaremos los supuestos en que se basan los procesos de limpieza adoptados, se elegirán los temas y las fuentes apropiados de investigación y consulta, así mismo seleccionaremos técnicas para la recolección de datos que nos permitan cuantificar el problema de investigación, luego se establecerán categorías precisas para la clasificación de datos, que se adecuen al propósito de la presente investigación y permitan poner de manifiesto las semejanzas, diferencias y relaciones significativas del problema estudiado en el área de limpieza de servicios generales de hospitales de segundo nivel ubicados en el sur de Quito caso Hospital Enrique Garcés, seguidamente verificaremos la validez de las técnicas empleadas para la recolección de datos, realizando observaciones objetivas y exactas, por último interpretaremos los datos obtenidos, en términos claros y precisos.

1.6.3.2. Método de la investigación

En la investigación el método más completo es el método hipotético-deductivo, ya que en él se plantea una hipótesis que se puede analizar deductiva o inductivamente y posteriormente comprobar experimentalmente, es decir que se busca que la parte teórica no pierda su sentido, por ello la teoría se relaciona posteriormente con la realidad.

En el método deductivo se tiene a favor que se siguen pasos sencillos, lógicos y obvios que permiten el descubrimiento de actividades que se han pasado por alto en el problema estudiado, además permite tener en cuenta las causas y caracteres necesarios que se relacionan con el objeto de estudio.

1.6.4. Técnicas de investigación

Las técnicas y herramientas de investigación a utilizar son las siguientes:

1.6.4.1. Investigación documental

La utilización de esta técnica de investigación se apoyará en fuentes de carácter documental, esto es, en documentos de cualquier especie tales como, las obtenidas a través de fuentes bibliográficas, demográficas o archivísticas.

La primera investigación se basa en la consulta de libros, la segunda en artículos o ensayos de revistas y periódicos, y la tercera en documentos que se encuentran en archivos como cartas oficios, circulares, expedientes, que se encuentran en el departamento de servicios generales, los mismos que nos servirán para armar una base de datos de cómo ha venido funcionando el área de limpieza del Hospital Enrique Garcés. De la misma forma se tomará la información de las páginas web.

Al realizar la investigación documental nos servirá de mucha ayuda la información emitida por el Ministerio de Salud Pública, en sus diferentes documentos y normas de seguridad para el manejo de desechos hospitalarios y limpieza dentro de las casas de salud, de igual manera, este método nos permitirá recolectar información correspondiente a normas internacionales para el manejo de desechos y limpieza de hospitales, con las cuales podremos ubicar las normas de manejo, para posteriormente seleccionar los diferentes indicadores que nos permitirán medir el grado de satisfacción del cliente interno y externo.

1.6.4.2. Investigación del campo

Con este tipo de investigación se recopilará información que proviene de entrevistas, cuestionarios, focus group y observaciones.

1.6.4.2.1. Observación directa

Es la técnica más utilizada por su eficacia, su aplicación permitirá obtener resultados mucho más eficaces cuando se consideran estudios de micro-movimientos de tiempos y métodos como el que se realiza en la investigación.

El análisis del cargo se efectuará observando al auxiliar administrativo de salud de manera directa y dinámica, en pleno ejercicio de sus funciones de limpieza diarias, mientras el analista de cargos anota los datos claves de su observación en la

hoja de análisis de cargos. Es recomendable aplicar la observación directa a los trabajos que comprenden operaciones manuales o que sean sencillos o repetitivos.

Algunos cargos rutinarios permiten la observación directa, pues el volumen del contenido manual puede verificarse con facilidad mediante la observación. Dado que no en todos los casos la observación responderá todas las preguntas, ni disipará todas las dudas, por lo general lo emplearemos acompañado de entrevistas y análisis con el ocupante del cargo.

Sus características:

- El analista de cargos recolecta los datos acerca de un cargo mediante la observación de las actividades que realiza el ocupante de éste.
- La participación del analista de cargos en la recolección de la información es activa; la del ocupante es pasiva.

1.6.4.2.2. Entrevista

La utilización de esta técnica nos permitirá tener un diálogo entre las personas encargadas de las actividades de limpieza con la finalidad de obtener una descripción exacta de las actividades que se desarrollan, en este caso se la realizará al encargado del área de servicios generales y a personas de la administración con el fin de obtener estadísticas que permitan la realización del presente proyecto.

1.6.4.2.3. Focus group

El grupo focal es una técnica cualitativa de estudio de las opiniones o actitudes de un público, consiste en la reunión de un grupo de personas, entre 6 y 12, con un moderador encargado de hacer preguntas y dirigir la discusión, su labor es la de encauzar la discusión para que no se aleje del tema de estudio, las preguntas son respondidas por la interacción del grupo en una dinámica en que los participantes se sienten cómodos y libres de hablar y comentar sus opiniones, actitudes y reacciones ante determinados temas, se usa para detectar necesidades y medir la satisfacción de los clientes, así como la aceptación de un producto, modelo o proyecto. En este caso se procederá a la reunión de un grupo de clientes internos y externos con la finalidad de extraer las variables necesarias para sustentar la propuesta.

CAPÍTULO 2

ASPECTOS GENERALES DE HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL

CASO HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS

2.1. Reseña Histórica

Para efecto de conocer los antecedentes históricos en el área de salud se analizaran los siguientes puntos:

2.1.1. Evolución de la salud en el Ecuador

La salud en el Ecuador ha pasado a lo largo de la historia por algunas reformas, anteriormente las funciones de la salud formaban parte del Ministerio de Previsión Social y Trabajo, luego en 1963 se creó la Subsecretaría de Salud dando lugar a la creación de Ministerio de Salud Pública en la Asamblea Constituyente de 1967, mediante decreto 084 publicado en el Registro Oficial N°. 149 durante el gobierno del Dr. Otto Arosemena Gómez (Avilés, 2011).

En los últimos años la salud ha sido reformada desde 1992 con la Ley de Modernización y Privatizaciones y Prestación de Servicios, 1995 se reforma la estructura del IESS, en 1998 se acentúan las reformas incluyéndolas en la ley dando lugar a la gratuidad en la maternidad e infancia, la obligatoriedad del seguro social, dando lugar a la descentralización, en los siguientes años se fortalece el sistema llegando a crear en el 2002 el primer congreso por la Salud y la Vida, de ahí el segundo y tercer congreso en el 2004 y 2007 generando nuevas políticas nacionales que han permitido que el sistema se conforte y llegue a todos aquellos ciudadanos que lo necesitan, de la misma forma se incluyó la medicina preventiva, en la actualidad el gobierno del Presidente Rafael Correa garantiza la salud en todos los niveles incluyéndola como eje para el Plan del Buen Vivir.

Entre las competencias del Ministerio de Salud Pública están:

- Coordinación e integración progresiva de los servicios de la salud.
- Llegar a todos los estratos sociales.
- Registrar estadísticas.
- Impulso y desarrollo de la medicina preventiva y educación sanitaria.
- La regionalización de los servicios de la salud.

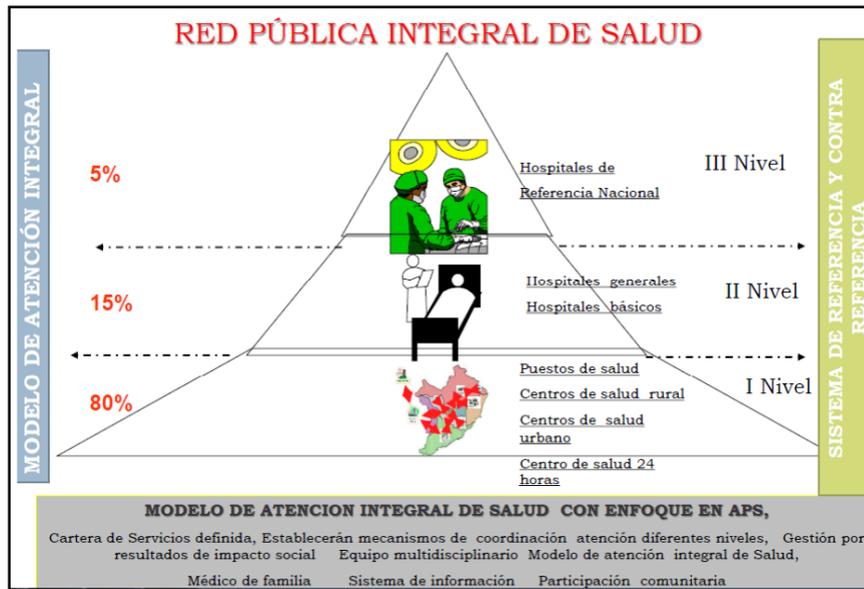
- Control de precios y medidas de salud en la fabricación, almacenamiento, distribución y provisión de medicinas normales y genéricas.
- La investigación, educación nutricional y desarrollo de los infantes a nivel escolar.

2.1.2. Clasificación de los Hospitales

En el Ecuador los hospitales se clasifican en diferentes niveles dependiendo de las especialidades con las que cuenta de la siguiente manera:

- **1er nivel:** Son hospitales locales, donde se presta una atención básica, cuentan con médicos generales para las consultas y no se realiza ningún procedimiento quirúrgico.
- **2do nivel:** Son aquellos que poseen mínimo 4 especialidades, cuentan con laboratorios y equipos para realizar diferentes tipos de exámenes, además de poseer una dotación de camas que permiten atender y hospitalizar a los enfermos además de salas quirúrgicas y cuidados intensivos.
- **3er nivel:** Son los hospitales de referencia, altamente especializados, aquí asisten todos aquellos enfermos que requieran una atención más sofisticada derivados de los hospitales de 1er y 2do nivel.

Figura 3. Clasificación de los hospitales



Fuente: (MSP, 2013)

La forma de funcionar del sistema de salud es brindar la atención inmediata a toda la comunidad por medio de los centros de primer nivel los cuales solucionan en la actualidad el 80% de los requerimiento de la población, de ahí que en caso de no poder ser atendidos o requerir una especialidad son enviados por referencia a los hospitales de segundo y tercer nivel dependiendo de la patología y la gravedad del individuo como se ve en la siguiente gráfica.

Figura 4. Funcionabilidad de los niveles



Fuente: (MSP, 2013)

2.1.3. Reseña histórica del HEG

Nació como una necesidad imperante para satisfacer los anhelos de salud de la populosa población del sur de la ciudad de Quito, creándose en 1972 en el gobierno del General Guillermo Rodríguez Lara por pedido de los Comités de los diferentes barrios del sur empezando su construcción en 1975 en el sector de Chilibulo dándole su nombre en honor al Dr. Enrique Garcés Cabrera médico quiteño periodista de renombre y sobre todo hombre extraordinario de gran calidad humana.

En el año de 1976 las autoridades del Gobierno y de Salud decretan la contratación de la construcción y equipamiento del hospital; esto se hizo realidad en el año de 1979 firmándose en este año la mayoría de contratos para la ejecución de esta obra para lo cual el Ministerio de Salud nombra como Director del Hospital al Dr. Nelson Oquendo quien conjuntamente con un comité de los barrios del sur formado para el efecto, trabajaron arduamente para que esta obra se hiciera realidad.

En los primeros meses del año 1982 el Ministerio de Salud nombra Director titular del Hospital al Dr. Jorge Galiano quien comienza su gestión administrativa para hacer una realidad el funcionamiento del hospital, además son nombrados muchos profesionales, empleados y trabajadores quienes sin terminar la construcción concurren al mismo.

Terminándose completamente la planta baja, primero, segundo, tercero y cuarto piso, el Dr. Francisco Huerta Ministro de Salud da la orden para que se realice las gestiones pertinentes a fin de que el hospital comience a funcionar lo más pronto, debido a que existía mucha presión de los dirigentes barriales y eclesiásticos de los barrios del sur de Quito. Por lo que todo el personal nombrado que se encontraba laborando en otras unidades operativas de salud son llamadas a integrarse al hospital y conjuntamente con el Sr. Director comienzan a colaborar para que la apertura se realice comenzando con consulta externa debido al déficit de equipamiento existente para otras áreas con una ceremonia de inauguración con la presencia del Ministro de Salud, acto que se suspendió por posible secuestro al Ministro, dificultando la apertura.

Desde el 22 de mayo de 1982 se da inicio a la atención de consulta externa en las siguientes especialidades: Medicina interna, Gineco-Obstetricia, Cirugía, Pediatría, Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Rehabilitación, Odontología, Enfermería, Laboratorio Clínico, Rayos X. Con los siguientes servicios: Farmacia, Trabajo Social, Estadística, Contabilidad, Almacén, Recursos Humanos, Secretaria, y Mantenimiento.

Actualmente se da atención a más 1'000.000 de usuarios. El hospital se encuentra administrado por el Sistema de Salud Pública, atendiendo a personas de sectores aledaños y extranjeros empeñándose en alcanzar la excelencia en cada una de sus áreas entre ellas la de limpieza (Departamento de servicios generales HEG, 2012).

2.2. Análisis externo

2.2.1. Análisis del macro-entorno (PESTN)

En este análisis se logra una visión global del sector permitiendo obtener las oportunidades o amenazas del sector.

2.2.1.1. Factor político

El gobierno actual de Ecuador desarrolla políticas en el ámbito de la salud basadas en el Plan de Desarrollo y del Buen Vivir invirtiendo en el área. El Sistema de Salud del Ecuador se segmenta en el sector privado y público los mismos que coexisten entre sí regularizados por el Ministerio de Salud el cual regula el buen funcionamiento de la práctica médica del área privada y administra todos los hospitales y centros de salud que se encuentran en el área pública.

A nivel político uno de los principales problemas en la escasez de personal especializado, por ende muchos médicos de la zona rural son residentes, por otro lado el presupuesto para la salud, aunque ha subido con el actual gobierno aún es bajo, lo que afecta a la gestión para realizar las mejoras.

2.2.1.2. Factor legal

En el marco legal el sistema de Salud Pública (SNS) desempeña 5 funciones:

Tabla 5. Funciones del sistema Nacional de Salud

Funciones del Sistema Nacional de Salud				
Rectoría	Coordinación	Provisión de servicios	Aseguramiento	Financiamiento
El Estado garantizará la rectoría del sistema a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.	Es la función del sistema que coordina el relacionamiento entre las demás funciones y entre los integrantes del Sistema. Su ejercicio es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud.	La provisión de servicios de salud es plural y con participación coordinada de las instituciones prestadoras. El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención.	Es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en cumplimiento al derecho ciudadano a la protección social en salud. Se promoverá la ampliación de cobertura de salud de todas las entidades prestadoras de servicios y del Seguro General Obligatorio y Seguro Social Campesino, pertenecientes al IESS, de otros seguros públicos, como el ISSFA e ISSPOL.	El financiamiento es la garantía de disponibilidad y sostenibilidad de los recursos financieros necesarios para la cobertura universal en salud de la población. El Consejo Nacional de Salud establecerá mecanismos que permitan la asignación equitativa y solidaria de los recursos financieros entre grupos sociales, provincias y cantones del país, así como su uso eficiente.
Constitución de la República del Ecuador Art. 361	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 10	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.11	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.12	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.13

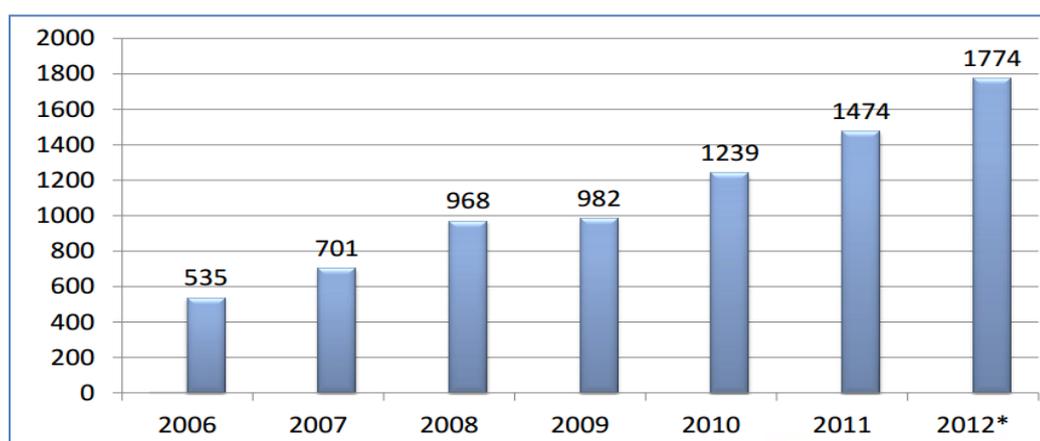
Fuente: (MSP, 2012)

De igual manera el marco legal para el control de desechos hospitalarios se encuentra regulado por ordenanza del Consejo Metropolitano de Quito No 213, sección V, de los servicios especiales de desechos hospitalarios, industriales y peligrosos, así mismo el ministerio de salud pública reglamento el manejo de los desechos infecciosos para la red de servicios de salud de Ecuador mediante registro oficial No 338 del 10 de diciembre del 2010.

2.2.1.3. Factor económico

- **Presupuesto de la salud:** Durante el 2000 al 2011, el monto del Presupuesto General del Estado ha aumentado sustancialmente, en más del 1000%, este valor se debe al incremento del PIB y a la predisposición del gobierno en la asignación de presupuestos siendo 96,66 por cada ciudadano como se ve en la siguiente figura:

Figura 5: Inversión en salud



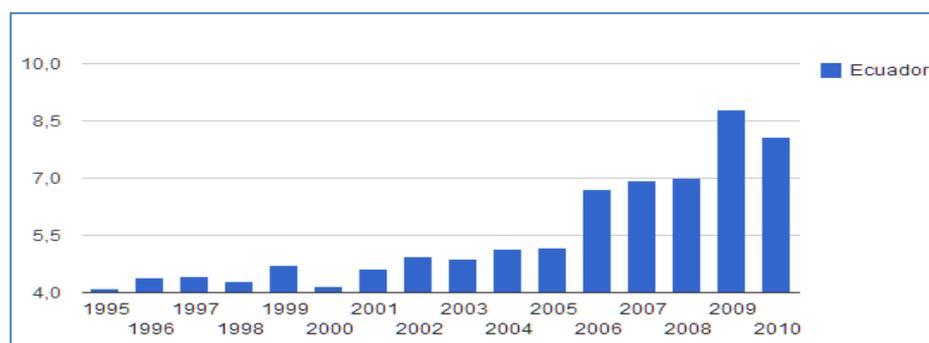
Fuente: Ministerio de Salud Pública/2013

Como se puede visualizar en la figura anterior la inversión para la salud ha tenido un aumento considerable para alcanzar la gratuidad ayudando a obtener logros trascendentes en el país. Con el actual gobierno el gasto en salud pasó de USD 535 millones en el 2006 a USD 1.700 millones en el 2012.

- **PIB:** Es el valor interno bruto o el valor de todos los bienes y servicios finales producidos dentro de una nación en un año determinado (Indexmundi/2013).

Al 2010 el PIB per cápita del Ecuador fue de 118 millones, en cuanto a la inversión de la Salud el gasto público en relación del PIB ha evolucionado desde 1995 como se puede ver en la siguiente figura:

Figura 6. Evolución de la inversión del PIB en la Salud

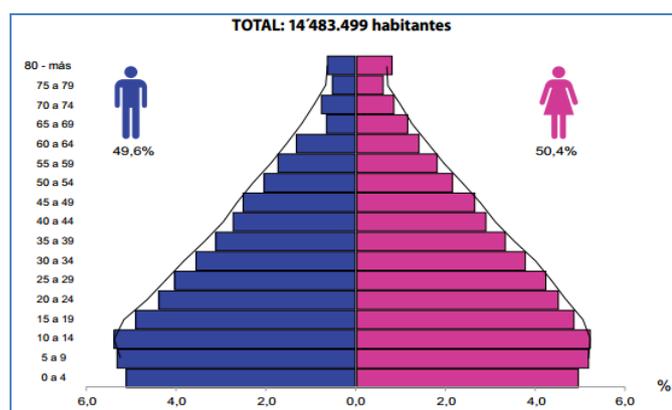


Fuente: BCE/2010

2.2.1.4. Factor social – demográfico

- **Estructura de la población:** Según el último censo la población es superior a 14 millones de los cuales el 50,4% corresponde a mujeres y la diferencia a hombres.

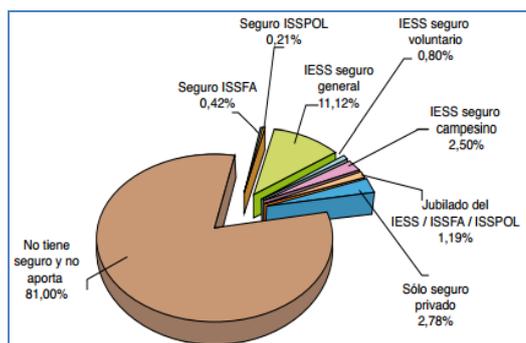
Figura 7. Pirámide poblacional



Fuente: INEC- censo poblacional 2010

Según el mismo censo, solo el 19% de la población cuenta con un tipo de seguro de salud, el otro 81% no posee ninguno siendo causados por los problemas de empleo, estabilidad laboral y capacidad adquisitiva, de la población que cuenta con seguro la mayor concentración es a nivel público con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), los que no cuentan con seguro cubren sus necesidades médicas con el Ministerio de Salud Pública como se ve en la siguiente figura:

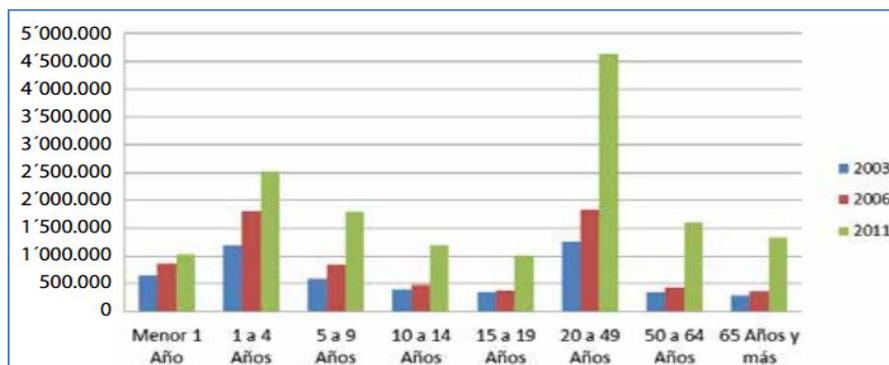
Figura 8. Distribución de población por seguro



Fuente: INEC, censo de población 2010

- Confianza de la población al sistema Público:** En la actualidad se ha recuperado la confianza en el sector público aumentando el número de consultas de forma considerable, en el caso de morbilidad el aumento mayor se observa en el grupo de edad de 20 a 49 años, resultado de las campañas de salud enfocados en la mujer y de 1 a 4 años por ser más propensos a enfermedades virales como se puede ver en las siguientes figuras:

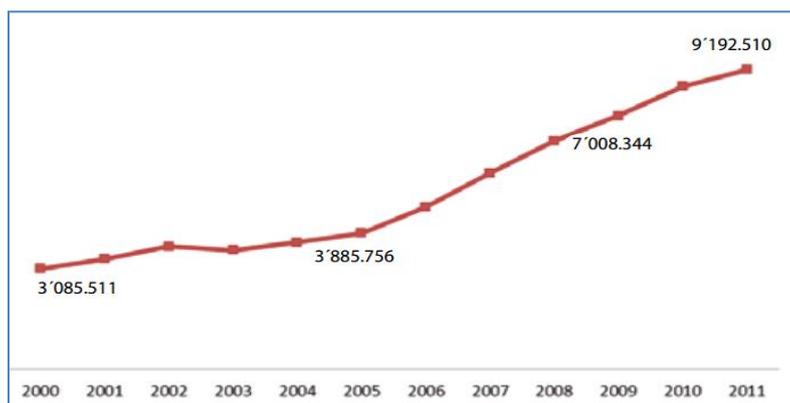
Figura 9. Total de consultas de morbilidad por año, según grupos de edad



Fuente: MSP – Dirección Nacional de Información, Producción de salud / 2011

Por otra parte una de las implementaciones que más ha dado resultados es la de la medicina preventiva creando conciencia en la sociedad, de que mejor es prevenir antes de curar reflejando un incremento en las consultas de este tipo según estadísticas realizadas por el Ministerio de Salud Pública obtenidas de los datos de atención en los centros de salud como se ve en la siguiente figura:

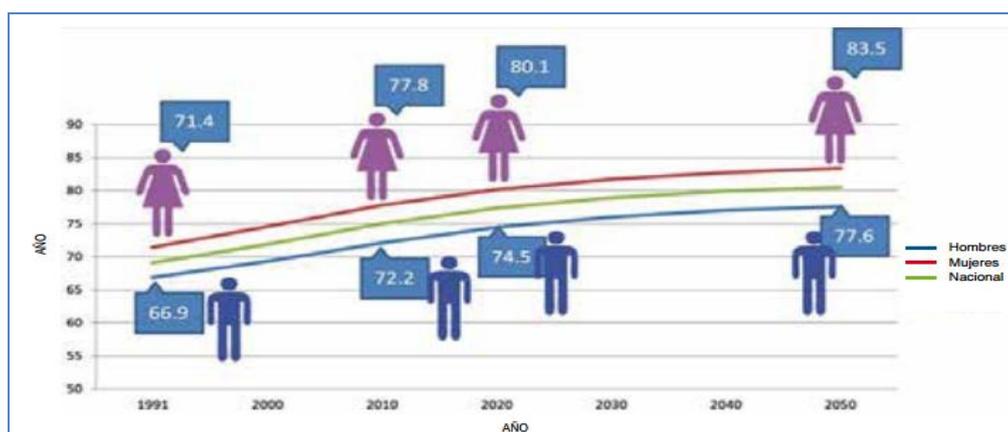
Figura 10. Estadísticas de consultas preventivas 2000 – 2011



Fuente: MSP / 2011

- **Tasa de vida y mortalidad:** La esperanza de vida al nacer actualmente es de 75 años sin embargo se espera que el 2020 aumente a 73 años y así sucesivamente como se ve en la siguiente figura:

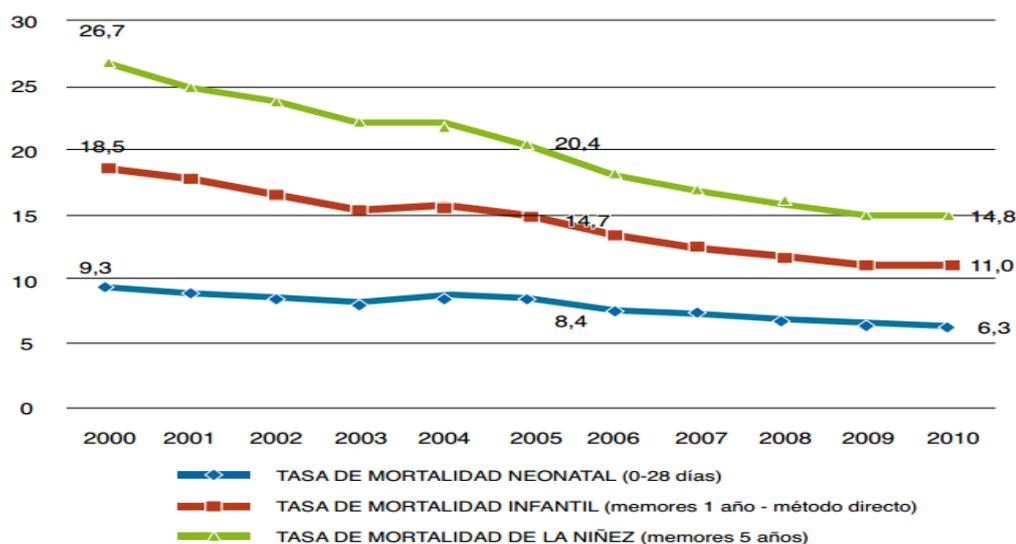
Figura 11. Esperanza de vida al nacer



Fuente: INEC/ Proyección de población

Sin embargo estos datos pueden variar debido a la susceptibilidad de enfermedades virales, bacteriológicas, así como de riesgos de muerte natural, aunque la tasa de mortalidad ha disminuido en los últimos años, siendo la más importante la tasa de mortalidad infantil, lo que indica que las mejoras en el área de atención inmediata y preventiva ha mejorado como se ve en la siguiente figura:

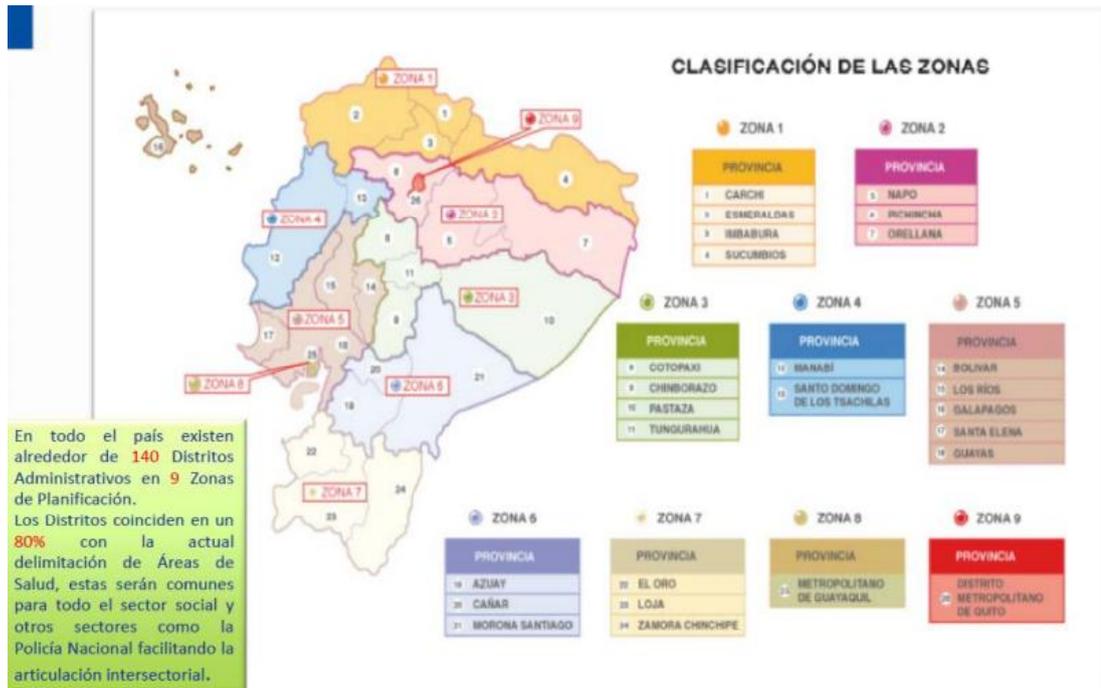
Figura 12. Tasas de mortalidad en niños



Fuente: INEC/ 2010

- **Clasificación zonal:** El sistema de salud en la actualidad es intercultural, incorporando a su gestión las medicinas ancestrales y alternativas permitiendo llegar a todos los sectores del país, dividiéndolo en 140 distritos concentrados en 9 zonas de planificación cubriendo el 80% con sistemas comunes y la diferencia, es decir el 20% está cubierto por la policía nacional que facilita la comunicación y atención médica oportuna intersectorial, a pesar de todos los esfuerzos por mejorar la cobertura de salud a nivel nación, hasta el momento existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zonas rurales, indígena en su mayoría (MSP, 2013).

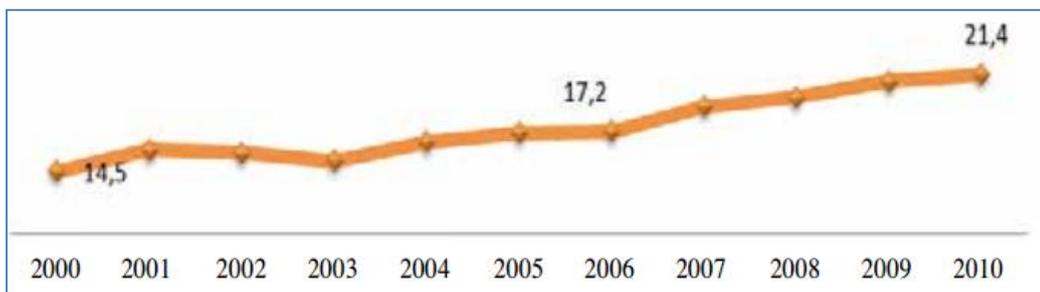
Figura 13. Clasificación zonal de la salud



Fuente: MSP / 2013

- **Cantidad de médicos.** En la actualidad el sistema de salud pública cuenta con un equipo especializado de médicos para dar atención médica materna infantil; en el 2000 se contaba con 14,5 médicos para 10,000 habitantes en la actualidad se tiene 21,5 médicos lo cual se acerca a lo recomendado por la OMS que es un mínimo de 23 médicos (MSP, 2013).

Figura 14. Tasa de médicos



Fuente: INEC- 2010 / Estadísticas de recursos y actividades en salud

Actualmente existen casi el mismo número de médicos en el sector público como el privado, sin embargo no se puede realizar un estudio estadístico con datos reales debido a que muchos médicos trabajan por horas tanto en el sector público como en el privado. La reforma de trabajo emitida por el MSP el 2011 señala que los

médicos deben laborar jornadas de 8 horas diarias ofreciéndoles mejores alternativas en salarios y oportunidades de mejorar su formación como se ve en la siguiente tabla:

Tabla 6. Realidad laboral sector público

Jornada Laboral de 4 a 8 horas			
Beneficia a 17.609 profesionales de la Salud. Implementado 100% en el país	\$ 43.636.207	Implementación 2012	\$77.662.494,00 Incremento anual masa salarial
Formación de especialistas			
Convenios con universidades (Loja, Cuenca, Guayaquil, Quito)	Regularización de residentes asistenciales	Posgrados médicos en Cuba	\$285 millones para formar 10.000 profesionales de salud en pre y posgrado
404 profesionales	420 profesionales	148 profesionales	
Concursos			
1600 concursos internos (cerrados): etapa de revisión	623 concursos abiertos: etapa de verificación de carpetas	15.000 plazas para profesionales de la salud en octubre de 2012	

Fuente: Salud la base del Buen Vivir / 2013/ MSP

2.2.1.5. Factor tecnológico

En el ámbito de la salud la tecnología ha significado grandes avances tanto en la prevención, detección, cura y tratamiento de diferentes enfermedades permitiendo que las tasas de mortalidad disminuyan, desde 1941 existe en Ecuador el INH perteneciente al MSP siendo uno de los mejores laboratorios en Sudamérica orientado a la investigación, entre sus actividades están:

- Diagnóstico oportuno y apoyo a la vigilancia y control epidemiológico de enfermedades infecciosas, acciones de prevención y control de emergencias.
- Producción y control de biológicos.
- Registro y control sanitario de plaguicidas
- Estudios de cosméticos, productos biológicos, alimentos y otros productos de consumo y docencia en servicios así como el control del registro sanitario.
- Control en el sector humano y animal.

Para poder realizar sus actividades y mediante decreto oficial en el 2012 se dispuso la creación de dos departamentos que son:

- **INSPI:** Instituto Nacional de Salud Pública e Investigación, Institución adscrita al MSP, se encarga de la investigación, ciencia, tecnología e innovación para lograr el fortalecimiento de la red nacional de laboratorios para control y vigilancia epidemiológica.
- **ARCOSA:** Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria, este organismo es de tipo técnico creado para la regulación, control técnico y vigilancia sanitaria de todo tipo de productos de alimentos procesados, aditivos alimentarios, medicamentos en general, elaboración y ejecución de la normativa técnica para el control y vigilancia sanitaria de los productos, otorgar, suspender, cancelar o reinscribir los certificados de Registro Sanitario, es decir, se asegura la seguridad de los productos que se emiten en el mercado con el fin de evitar algunas patologías por falta de higiene y control (INSPI/ 2013).

2.2.1.6. Factor natural – ambiental

Entre los factores medio-ambientales que se coordinan dentro del área de la salud están:

- **Control de calidad del agua del consumo humano:** El abastecimiento del agua potable a nivel nacional es del 96% en el sector urbano y del 88% del sector rural como se puede ver en la siguiente tabla:

Tabla 7. Agua potable y saneamiento

		Urbano (62% de la población)	Rural (38% de la población)	Total
Agua	Definición amplia	97%	88%	94%
	Conexiones domiciliarias	96%	74%	88%
Saneamiento	Definición amplia	96%	84%	92%
	Alcantarillado	62%	16%	45%

Fuente: Programa de Monitoreo Conjunto OMS/UNICEF para agua potable y saneamiento (Joint Monitoring Program for Water and Sanitation/2010)

Sin embargo, existen sistemas colapsados y por ende la calidad del agua no es la óptima en todas las ciudades sobre todo en la costa se hace necesario hervir las aguas e intensificar el control de las plantas con el nivel de cloruro para su desinfección.

Bioseguridad: Dentro de la bioseguridad están el manejo de:

- **Desechos infecciosos:** Son aquellos que tienen gérmenes patógenos que implican un riesgo para la salud humana debido a que estos no son tratados previamente según el Ministerio de Salud Pública estos son:
 - Cultivos, desechos de vacunas, placas, objetos corto punzantes.
 - Desechos patológicos humanos como órganos, tejidos extraídos en cirugías.
 - Sangre y derivados, artículos usados para su manipulación.
 - Desechos biológicos y materiales descartables y residuos de alimentos de pacientes en aislamiento.
 - Desechos de animales.
 - Desechos especiales, es decir químicos básicos, corrosivos, inflamables o explosivos, con radioactividad y los desechos farmacéuticos es decir medicina caducada y residuos.

En la actualidad aunque existen protocolos a seguir aún no hay un control exhaustivo que proteja a toda la cadena de manipulación de este tipo de desechos lo que pone en peligro a los que trabajan con ello.

Desde el 2010 se exige la separación de desechos en las diferentes entidades de salud y hospitalarias clasificando la basura en infecciosos, comunes y biodegradables, sin embargo las bolsas utilizadas para su clasificación no cuentan con la calidad óptima permitiendo que al ser manipuladas se puedan romper y causar heridas a las personas encargadas.

- **Estándares laborables saludables:** La salud ocupacional consiste en no exponer a un trabajador sanitario en su ocupación laboral, al contacto con sangre, tejidos o fluidos potencialmente contaminados con diferentes enfermedades infecciosas por medio de lesiones como pinchazos o cortes, así como con el contacto con la piel.

En Ecuador se garantiza la salud de las personas con dependencia laboral, vigilando que el ambiente sea el más óptimo obligando a las empresas a obtener un certificado ambiental, por otra parte el Ministerio de Salud Pública al emitir el certificado de salud garantiza que el área de trabajo no sea nocivo tanto para los empleados como para toda la cadena de valor del mismo, sin embargo existen empresas y negocios que no cuentan con estos permisos y por ende no llevan un control lo que pone en peligro a los empleados y la comunidad que los rodea. Los colores usados son blanco negro para comunes, verde para biodegradables y roja para infecciosos.

2.2.1.7. Resumen de las oportunidades y amenazas macro-entorno

Tabla 8. Resumen análisis macro-entorno

N°	PESTN	Variable	O	A	Nivel de Impacto
1	Político	Creación de políticas basadas en el Plan de Desarrollo y del buen Vivir.	X		Alto
2		Regulación de la buena práctica médica en áreas privadas y administrativas.	X		Alto
3		Escasez de los personales especializados médicos y administradores.		X	Alto
4	Legal	Garantiza el acceso equitativo y universal a los servicios de salud.	X		Medio
5		Protección a la comunidad de los riesgos y daños a la salud y al medio ambiente.	X		Alto
6		Participación de la ciudadanía en la prevención.	X		Bajo
7		Organismos de control sectorizados por competencias.	X		Alto
8	Económico	Aumento presupuestarios para la salud a nivel público.	X		Alto
9		Incremento de la relación PIB per cápita VS inversión en la salud.	X		Alto
10	Social	El 19% de la población posee seguro de salud.		X	Medio
11		Incremento de la confiabilidad en la salud pública.	X		Alto
12		Aumento de atención preventiva de salud.	X		Medio
13		Disminución de la tasa de mortalidad en niños.	X		Bajo
14		Incremento de esperanza de vida de la población.	X		Bajo
15		Zonificación del sistema de salud.	X		Alto
16		Incremento de médicos 21,5 por cada 10.000 habitantes.	X		Medio
17		Incremento del presupuesto para profesionales de la salud	X		Medio
18	Tecnológico	División del INH en el INSPI y el ARCA para la investigación, desarrollo y vigilancia de la salud en todos los niveles.	X		Alto
19	Natural	Mejora de la calidad del agua.	X		Bajo
20		Control de desechos y clasificación de los mismos.	X		Alto
21		Estándares laborales saludables protegiendo a todos los trabajadores.	X		Alto

Elaborado por: Christian Altamirano

Nota: O = Oportunidades y A = Amenazas

2.2.2. Análisis del micro-entorno

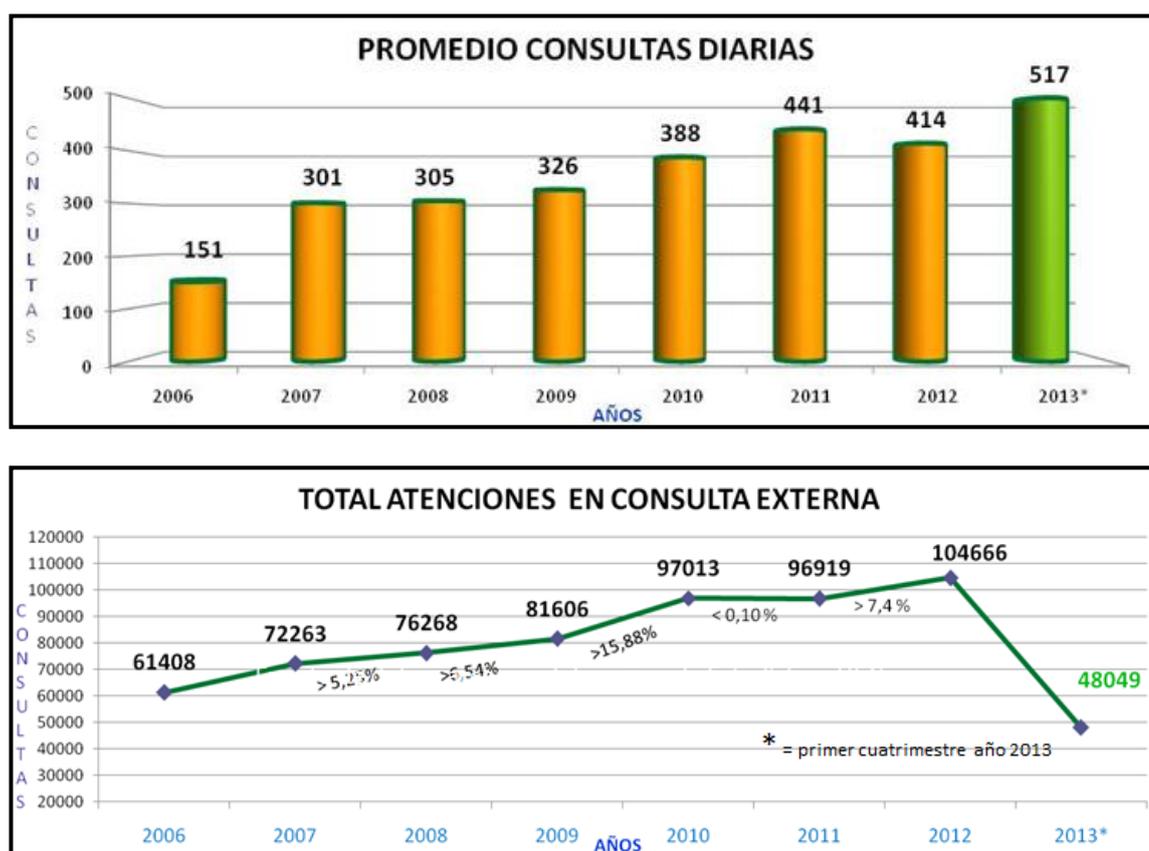
Para realizar el análisis del micro-entorno se tomará como referencia las variables de las cinco fuerzas de PORTER.

2.2.2.1. Clientes

Los clientes para el proyecto se dividen en 2 grupos que son:

- **Clientes externos:** Estos clientes son los pacientes del hospital los cuales se atiende por consulta externa, emergencias e internación, la cantidad de pacientes atendidos diariamente por consulta externa ha ido aumentando paulatinamente hasta llegar a un promedio de 517 pacientes diarios y 104666 anuales como se ve en la siguiente figura:

Figura 15. Consulta externa

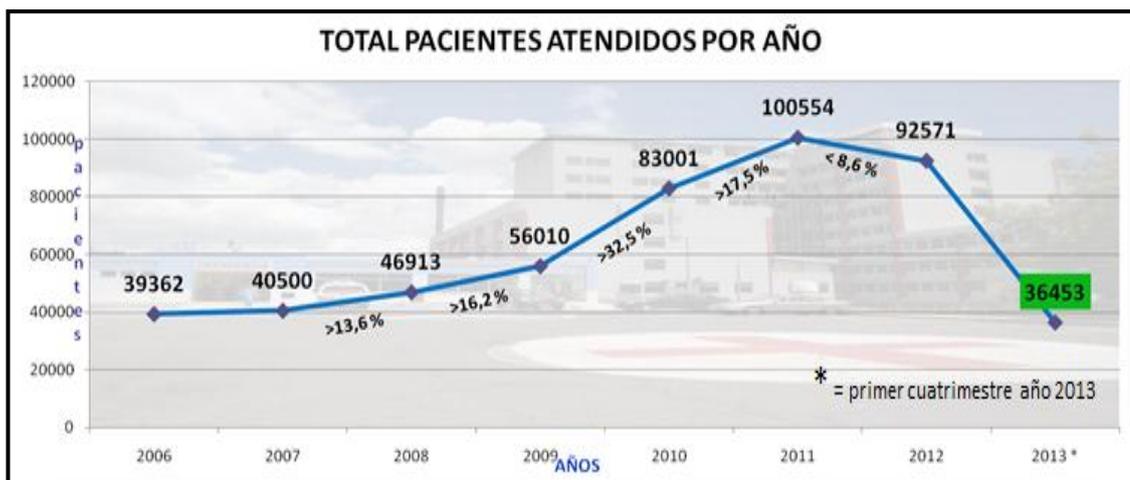
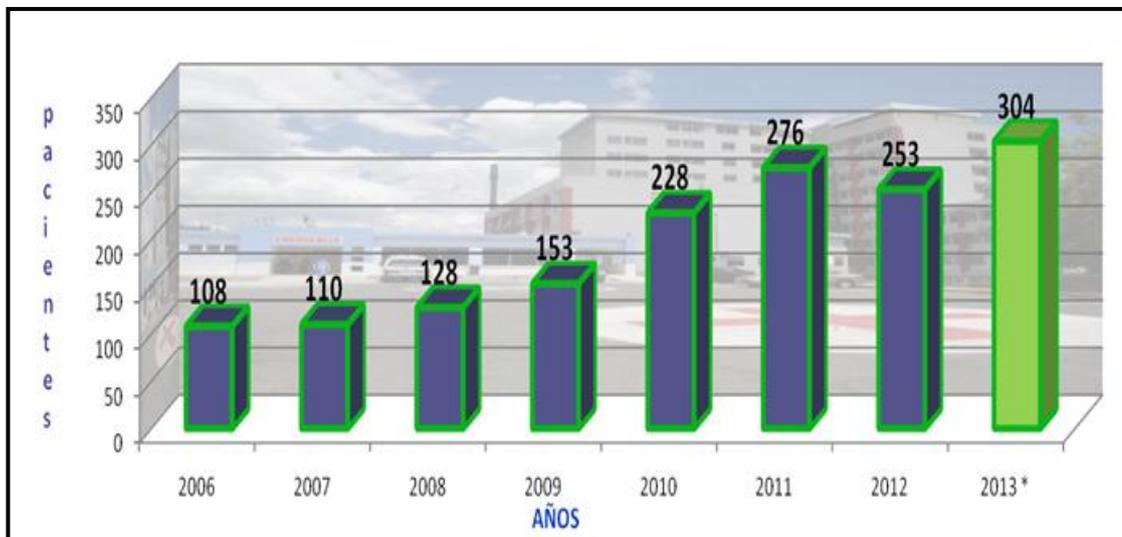


Fuente: Aseguramiento de la calidad HEG (MGCP), 2013

Una gran parte de los pacientes son atendidos por emergencia como se ve en la siguiente figura donde la atención diaria es creciente debido a la capacidad del

hospital y la confiabilidad de sus clientes, solo una parte de estos son ingresados por hospitalización según la gravedad del diagnóstico.

Figura 16. Consulta externa



Fuente: Aseguramiento de la calidad HEG (MGCP), 2013

Los pacientes del hospital son de un nivel socioeconómico bajo, medio bajo, medio típico y en pocos casos medio alto, existen dos categorías, los que ingresan por emergencias, en muchos casos son llevados desde el punto del accidente al hospital por la cercanía, y los que son atendidos por consulta externa quienes son derivados de los centros de salud de 1er nivel dependiendo de la patología que presenten.

- **Cliente interno:** los clientes internos son los médicos y personal administrativo los cuales usan las áreas del hospital y se benefician de las

buenas prácticas de limpieza y desinfección, el personal del HEG es de 1207 personas las cuales se clasifican de la siguiente manera:

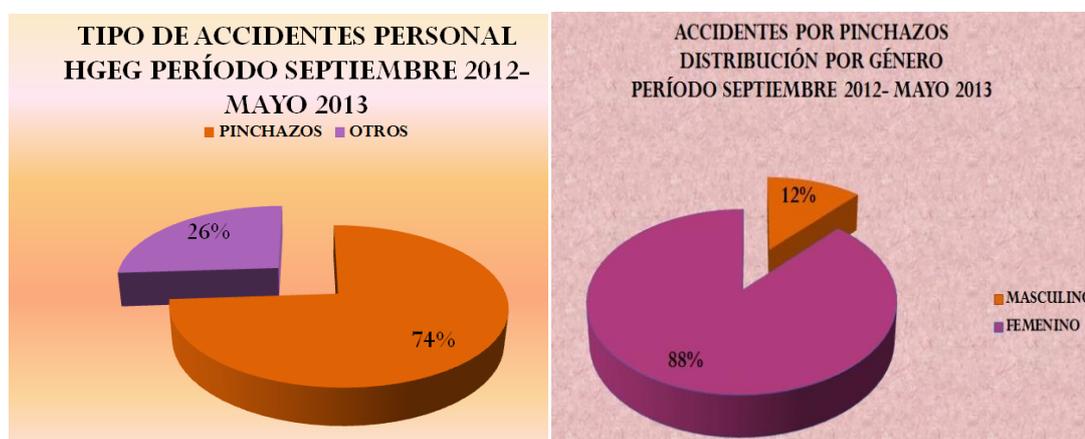
Tabla 9. Estructura de clientes internos

Cientes internos	No
Medicos tratantes, residentes	132
Enfermeras tecnólogos	343
Auxiliares de enfermería	281
Auxiliares administrativos de salud	123
Estan distribuidos en áreas administrativas y otras	328

Elaborado por: **Christian Altamirano**

Una de las problemáticas con las que se encuentra día a día el cliente interno es el mal manejo de los desechos, lo cual conlleva a tener varios accidentes de pinchazos con material corto punzante, arriesgando su vida a enfermedades contagiosas o infecciosas, entre las estadísticas estudiadas se puede encontrar que el índice de accidentes de este tipo es del 26% en relación a otros tipos de accidentes de los cuales la mayor parte son mujeres como se ve en la siguiente figura:

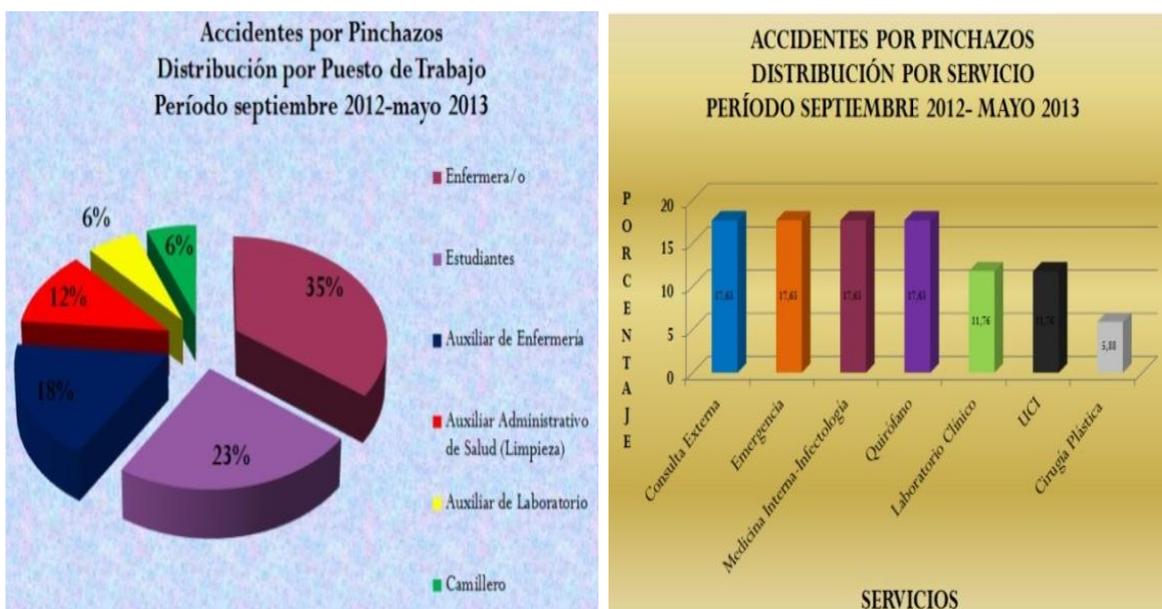
Figura 17. Accidentes por pinchazos



Fuente: Departamento de riesgos laborales HEG, 2013

El mayor índice de accidentes se da en las áreas de consulta externa, emergencia, infectología y quirófano, la mayoría de los afectados son enfermeros y estudiantes por el desconocimiento de como manipular estos elementos como se ve en las siguientes figuras:

Figura 18. Frecuencia en áreas de accidentes por pinchazos



Fuente: Departamento de riesgos laborales HEG, 2013

2.2.2.2. Proveedores

Los proveedores del hospital deben competir en el portal de compras públicas en el cual se licita los requerimientos y varios proveedores compiten por la licitación dependiendo de la calidad, precio, garantías entre otros factores.

Una de las principales problemáticas es que no siempre las compras se las realiza de forma correcta, ya que el requerimiento va al jefe de compras del hospital y es el que decide a que proveedor comprar, lo que dificulta el trabajo del área para obtener los equipos y materiales necesarios de limpieza, además del bajo presupuesto existente para el mismo.

El nivel de negociación de los proveedores es bajo debido a la falta de poder y de decisión frente a la compra, sin embargo en el caso de los servicios la forma de manejar el personal y el rendimiento de los mismos es la clave para que los contratos se reanuden o se cierren una vez cumplido su periodo.

Otro de los inconvenientes encontrados es que parte del personal es tercerizado, dificultando la aplicación de estrategias y medidas de control para el mismo.

Entre los proveedores más destacados están:

Tabla 10. Compras

Fecha	Empresa	Monto	Producto	Plazo	Tipo de Proceso	Anexo
06-jun-12	IMPORPLAST	10.869,6	Material de aseo	5 días	Subasta inversa	Factura
09-oct-12	PLASTILIMPIO S.A.	21.740,32	Fundas	8 días	Subasta inversa	Factura
02-feb-13	VEROLIMPIA CÍA- LTDA.	131.244,00	Contratación de personal	365 días	Directo	Adjudicación
15-mar-13	ECUASURGICAL S.A.	25.036,07	Químicos	8 días	Subasta inversa	Adjudicación
04-abr-13	PLASTLINE S.A.	8.736,00	Fundas	8 días	Subasta inversa	Factura

Elaborado por: Christian Altamirano

Como se puede ver el mayor gasto es la contratación de personal externo seguido por los químicos desinfectantes necesario, los mayores proveedores son VEROLIMPIA CIA LTDA., ECUASURGICAL S.A. PLASTILIMPIO S.A., debido a la trayectoria de cumplimiento que tienen con el hospital.

El uso de los insumos según el registro de los egresos mensuales de los mismos son los siguientes:

Tabla 11. Consumo mensual área limpieza

Egresos	Donaciones	Materiales de aseo	Materiales de laboratorio	Materiales de oficina	Maquinaria y equipos	Total
nov-12		4.415,22	80,00	12,36	15.456,00	19.963,58
dic-12		4.492,07	100,00	20,44		4.612,51
ene-13		4.834,70	45,00	21,32		4.901,02
feb-13		4.090,43	15,00	54,09		4.159,52
mar-13		4.131,19		11,47		4.142,66
abr-13	83,11	3.415,94	297,00	6,66		3.802,71
may-13		4.432,07	88,00	29,55		4.549,62
jun-13	230,35	2.380,84	92,00	28,29		2.731,48

Fuente: Departamento de servicios generales HEG, 2013

Elaborado por: Christian Altamirano

2.2.2.3. Barreras de Entrada

Las barreras de entrada para el área de limpieza tanto para los proveedores de productos como de servicios están dadas por la capacidad para licitar en el portal de compras públicas (INCOP), en el mismo se analizan variables como:

- Capacidad de cubrir el requerimiento
- Tiempo de entrega
- Calidad
- Precio
- Logística

A nivel de organizaciones es el INCOP el portal por el cual el jefe de compras del hospital justifica los egresos en base al presupuesto adjudicado en principios de año por el Ministerio de Finanzas, una de las problemáticas encontradas, es que este último por falta de recursos no consigna a tiempo el dinero adjudicado. Como ente regulador de las compras están la Contraloría y el Ministerio de Salud Pública.

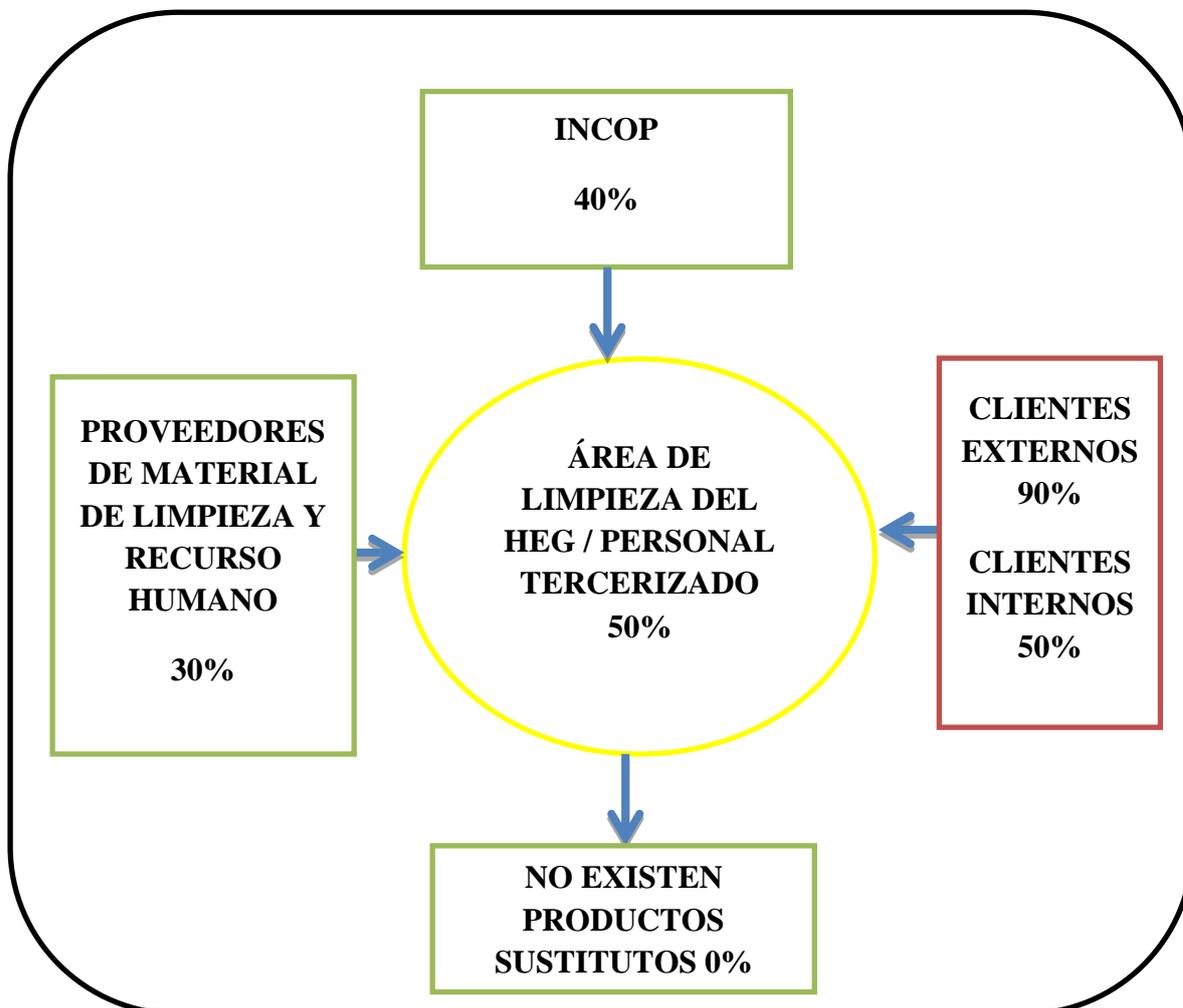
Para el departamento de limpieza es necesario crear diferentes aspectos y mejorar continuamente el desempeño del personal interno con el fin de demostrar la capacidad del equipo y evitar que sea reemplazado al 100% por empresas privadas.

2.2.2.4. Competidores

En este caso no existen competidores directos, sin embargo el personal contratado de forma externa se ha convertido en una competencia para el área interna del servicio de limpieza del hospital debido a que si se terceriza todo el trabajo del área, los trabajadores actuales quedarían sin trabajo y el control directo de los procesos de asepsia y desinfección quedarían en responsabilidad de una empresa externa quitándole participación al hospital que en caso de existir cuadros epidemiológicos, o problemas por bacterias se verían forzados a afrontarlos de forma directa, el nivel de negociación de este equipo de trabajo es medio debido a que tienen sustento legal.

2.2.2.5. Resumen de PORTER

Figura19. 5 Fuerzas de Porter



Elaborado por: Christian Altamirano

El análisis sectorial determina que existe una alta probabilidad de obtener una rentabilidad promedio a largo plazo, en el área de limpieza de Hospitales de Segundo Nivel superior a su costo de oportunidad del capital, ya que tiene tres fuerzas favorables a la rentabilidad, como son: barreras de entrada, poder de negociación del proveedor y sustitutos y una fuerza contraria representada por el color rojo como es el poder de negociación de los clientes sobre todo el cliente externo.

2.2.2.6. Resumen de oportunidades y amenazas del micro-entorno

Tabla 12. Análisis Pest

Nº	PORTER	Variable	O	A	Nivel de Impacto
1	Clientes	Aumento del uso de la capacidad del hospital.	X		Alto
2		Aumento de consultas y frecuencias de atención en el hospital.	X		Alto
3		Alta frecuencia de accidentes por heridas corto punzantes debido al mal manejo de desechos.		X	Alto
4	Proveedores	Plazos cortos de entrega.	X		Medio
5		Competencia de proveedores por medio del INCOP.	X		Medio
6		Alta gama de proveedores.	X		Alto
7		Falta de control en el proceso de compras debido a que la evaluación de proveedores la realiza el departamento de compras.		X	Alto
8		Tercerización de parte de personal de limpieza.		X	Alto
9	Barreras de Entrada	Existencia del INCOP para contrataciones y compras.	X		Medio
10		Demora en la asignación del presupuesto por parte del Ministerio de Finanzas por falta de recursos.		X	Alto
11		Evaluación del Ministerio de Salud Pública y la Contraloría en caso de dudas del proceso.		X	Bajo

Elaborado por: Christian Altamirano

Nota: O = Oportunidades y A = Amenazas

2.3. Análisis interno

2.3.1. Capacidad instalada del HEG:

La capacidad instalada en el HEG se determina por:

- **Por partida presupuestaria:** el presupuesto otorgado por el Ministerio de Finanzas, según informe del Ministerio de Salud Pública, es lo que delimita la capacidad de gestión que puede tener el personal para realizar las debidas reformas que permitan mejorar cada una de las áreas de gestión, la partida presupuestaria es la siguiente:

Figura 20. Presupuesto del HEG



Fuente: Dirección Financiera HEG, 2012

- **Áreas de construcción:** El área del hospital es de 3264 metros cuadrados.

Tabla 13: Capacidad del HEG según área de construcción

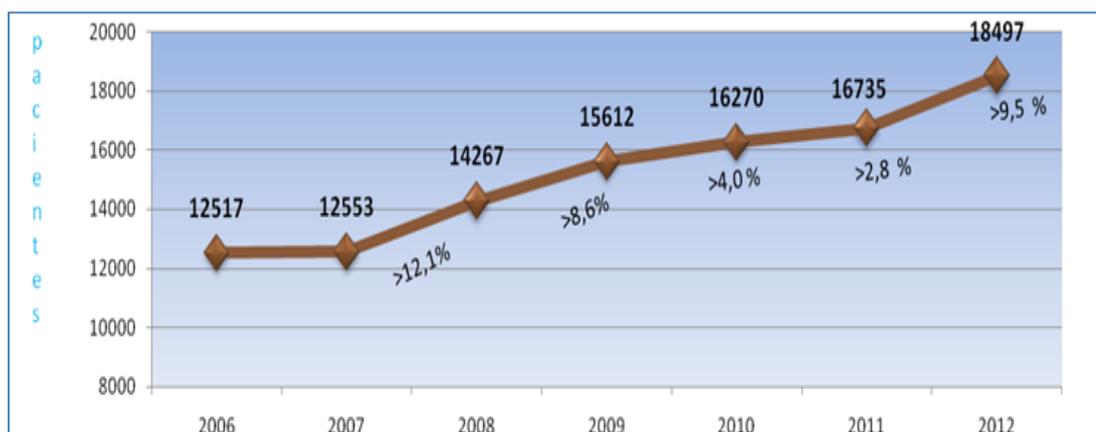
Sector	Metraje	Áreas de atención
Planta baja	2138 m2	Estadística, mantenimiento, patologías, información, lavandería, sala de máquinas, farmacia y trabajo social.
Primer piso	1860 m2	Emergencia, áreas técnicas y administrativas, alimentación y comedor.
Segundo piso	1900 m2	Consulta externa, rayos x, laboratorio.
Tercer piso	1700 m2	Gineco obstetricia, neonatología, centro obstétrico.
Cuarto piso	1490 m2	Ginecología y quirófanos.
Quinto piso	1490 m2	Cirugía y UCI.
Sexto piso	1490 m2	Traumatología y endoscopia.
Séptimo piso	1490 m2	Medicina interna e infectología.
Octavo piso	1490 m2	Pediatría, docencia, investigación y auditorio.
Noveno piso	1490 m2	Salud mental, sala de máquinas, banco de sangre.

Fuente: Departamento de mantenimiento HEG, 2013

Elaborado por: Christian Altamirano

- **Capacidad de internación:** Esta dado por el número de camas que es de 329 sin embargo según estadísticas no se ocupa el 100% de la capacidad, el promedio de la estadía de pacientes es de 5 a 6 días, la capacidad ocupada en los últimos 8 años es la siguiente:

Figura 21. Egresos hospitalarios



Fuente: Aseguramiento de la calidad HEG (MGCP), 2013

Figura 22. Ocupación del hospital



Fuente: Aseguramiento de la calidad HEG (MGCP), 2013

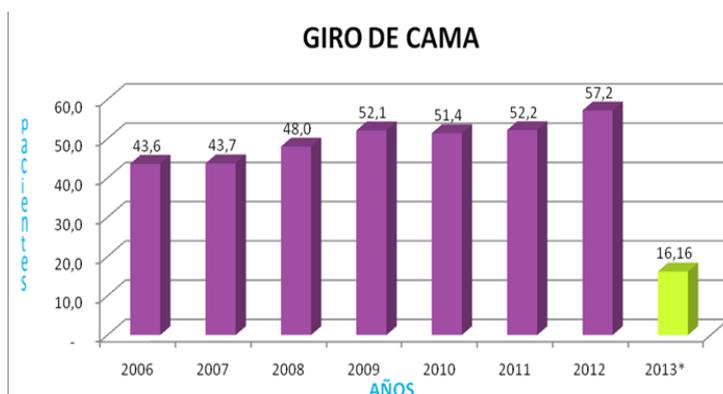
La capacidad de internación con la que cuenta el HEG es de 329 camas, de las cuales el 91,80% están ocupadas actualmente con un giro de cama (rotación de clientes en una misma cama) es de 16,6% debido a la ligerosa en la atención y en la priorización a pacientes de gravedad como se ve en el siguiente gráfico:

Figura 23. Camas por especialidad

SERVICIO	ESPECIALIDAD	N° CAMAS	TOTAL CAMAS POR SERVICIO
MEDICINA INTERNA	MEDICINA GENERAL	52	64
	HIV	12	
CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	50	102
	TRAUMATOLOGÍA	30	
	UROLOGÍA	10	
	CIRUGÍA PLÁSTICA	6	
	CIRUGÍA VASCULAR	2	
	OFTALMOLOGÍA	2	
	CIRUGÍA MAXILO FACIA	2	
GINECO-OBSTETRICA	GINECOLOGÍA	10	92
	OBSTETRICIA	50	
PEDIATRÍA	PEDIATRÍA	51	71
	NEONATOLOGÍA	21	
		TOTAL	329

Fuente: Aseguramiento de la calidad HEG (MGCP), 2013

Figura 24. Giro de camas



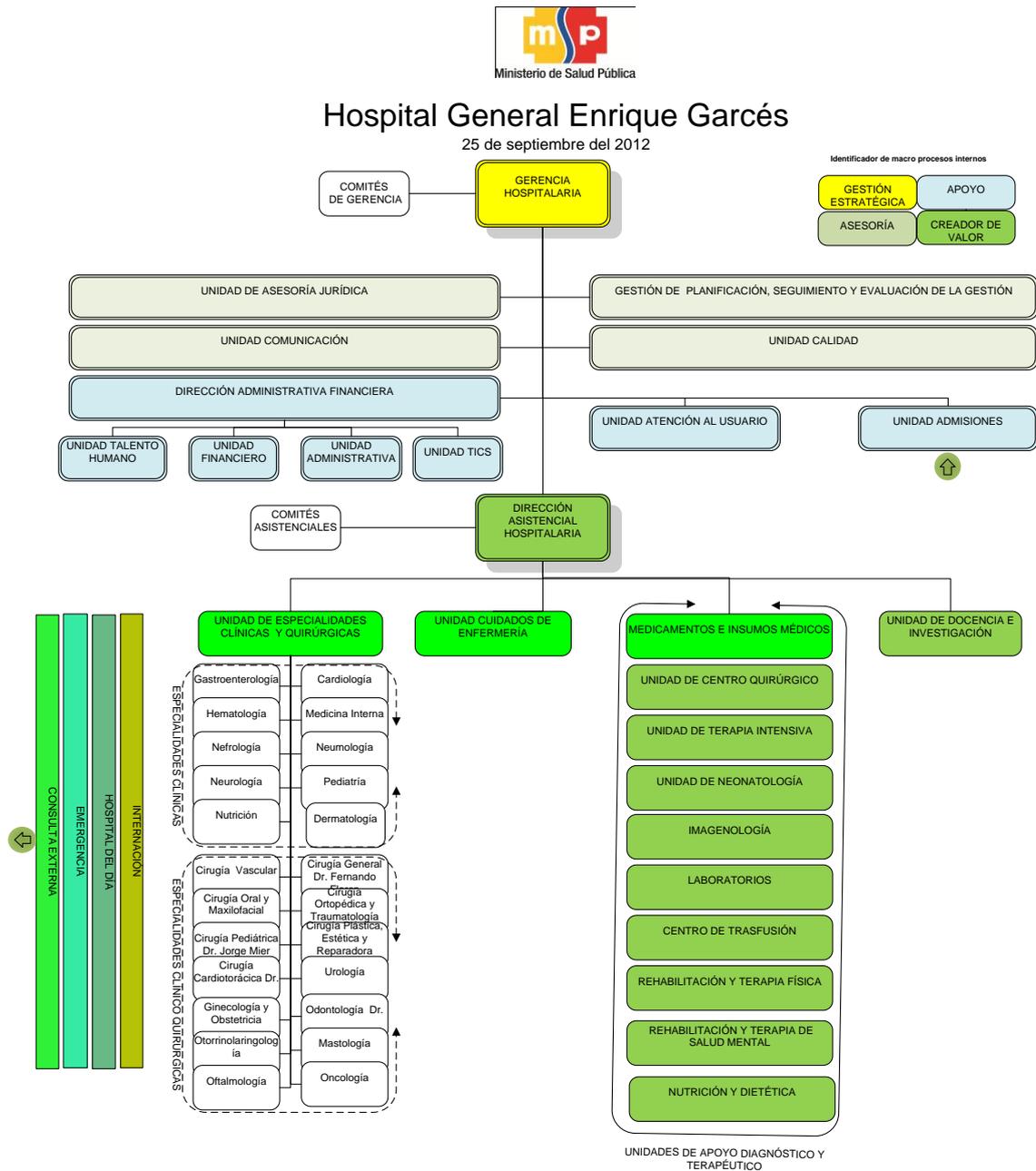
Fuente: Aseguramiento de la calidad HEG (MGCP), 2013

2.3.2. Proceso administrativo

El proceso inicia en la área de emergencia a donde acuden todas las personas las 24 horas del día y los 365 días del año, por lo que es una área crítica de alto riesgo de contaminación, de aquí solo los pacientes que requieren internalización son hospitalizados, los que no son atendidos y enviados a sus hogares, otro grupo de pacientes ingresan por consulta externa y solo son hospitalizados en caso de requerir ser internados por la patología encontrada, por lo que la limpieza debe ser diaria ya que existe un alto grado de contaminación o el riesgo de producirse contaminaciones cruzadas de paciente a paciente afectando de forma directa a los clientes internos y externos durante su permanencia en las diferentes salas de hospitalización.

2.3.3. Organigrama estructural del HEG

Figura 25. Organigrama del HEG



	REALIZADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
NOMBRE	Mgtr. Mirian Lara Amores	Dra. Patricia Coral	Dr. Mgarco Ochoa Medina
PUESTO	Coordinación Aseguramiento de la Calidad	Dirección Asistencial	Gerente Hospital
FECHA	11-Oct-12	14-Oct-12	15-Oct-12
FIRMA :			

Fuente: Aseguramiento de la calidad HEG (MGCP), 2013

2.3.4. Servicios generales del HEG

El departamento de servicios generales depende directamente del coordinador de desarrollo organizacional, está integrado por las siguientes secciones: transporte, limpieza, seguridad y central telefónica.

Misión actual

“Ser una parte integral dentro de la institución, responsable de brindar el servicio necesario de limpieza, transporte, seguridad e información, que son vitales para la institución, contribuyendo de esta manera con la asistencia que proporciona el hospital para garantizar la salud de todos usuarios” (Departamento de servicios generales HEG, 2013).

Visión actual

“Ser una parte integral dentro de la institución que garantice la disponibilidad de los servicios generalmente necesarios para el buen funcionamiento del hospital optimizar el uso de los recursos disponibles” (Departamento de servicios generales HEG, 2013).

Objetivo actual

Alcanzar la optimización en el funcionamiento de los diferentes servicios que conforman la estructura del hospital, para prestación eficiente y eficaz en beneficio directo de los pacientes, del personal y de la organización en general (Departamento de servicios generales HEG, 2013).

Entre las funciones principales están:

- Dirigir, coordinar y supervisar el trabajo asignado a las unidades relacionadas con servicios generales.
- Proyectar y proponer el reajuste de la situación del personal de servicios generales, con el fin de mejorar el servicio, siempre sobre la base de las disposiciones y condiciones que regulen tal procedimiento.
- Participar y coordinar la reunión con los grupos de servicios generales.
- Estructurar y coordinar al personal de acuerdo con las necesidades de los servicios del hospital.

- Programar la distribución de las tareas correspondientes al personal en los diferentes servicios con equidad, justicia y la consecución de los objetivos determinados.
- Organizar, orientar, asesorar, coordinar, supervisar, y evaluar las actividades del personal, velando por la superación del servicio, así como del prestigio del hospital y la armónica convivencia entre el personal.
- Asistir periódicamente al área de trabajo para observar las tareas y evaluar el desarrollo de las mismas, dando en cada caso, las indicaciones conducentes de acuerdo a las necesidades.
- Capacitar al personal del sector en la ejecución de tareas, que puedan ocasionar ciertas dudas del trabajador.
- Estimular la cooperación desinteresada del personal, por el espíritu de solidaridad para el cumplimiento de toda tarea que contribuya a la buena marcha del área.
- Controlar los pedidos y recepciones de los materiales solicitados, según corresponda a sus necesidades, cantidad y/o calidad.
- Distribuir para cada servicio el material de limpieza, herramientas de trabajo y demás materiales que las mismas requieren.
- Prestar la máxima colaboración a las autoridades, en lo pertinente a la marcha de los servicios generales, normas de seguridad e higiene del hospital.
- Reunir periódicamente al personal del área por grupos buscando el cumplimiento de los objetivos y delimitando las estrategias a realizarse (Departamento de servicios generales HEG, 2013).

Cuenta con 146 empleados distribuidos en los 5 ejes que son:

Servicio de transporte: Para dar este servicio la institución cuenta con siete vehículos: 3 ambulancias, 2 camionetas, 1 jeep, 1 microbús para ello posee 13 conductores, 1 mecánico de planta y cuatro conductores contratados para el ECU911, debido a que las ambulancias funcionan 24 horas.

Sus funciones principales son el cumplimiento de las normas del personal, respetar a la autoridad, solicitar a la coordinación de desarrollo organizacional la contratación de talleres mecánicos para el mantenimiento de los vehículos,

elaborar informes y exponer problemáticas del área manteniendo los vehículos limpios y en óptimas condiciones.

Llevar las tarjetas de control de vehículos de forma actualizada, las cuales contendrán la información general de los mismos, así como la capacidad de carga y pasajeros, control de calcomanías y placas de los vehículos del hospital y custodiar y entregar los documentos (vales) para la asignación de combustible, llevando los controles necesarios.

Servicio de limpieza: El hospital tiene un área de 36000mt², desglosado 14000 mts² entre hospitalización, áreas administrativas y 22.000mtrs² de áreas verdes y parqueaderos, para la limpieza de estas áreas cuenta con 81 personas entre personal de planta y personal contratado.

Entre sus principales funciones están la de diseñar un plan anual de limpieza organizando al personal según los turnos, pisos y tareas que deben de realizar administrando los insumos utilizados y los requeridos para la adecuada supervisión y elaboración del mismo.

Realizar la recolección de desechos comunes e infecciosos y especiales para depositar en los lugares asignados, con el uso de prendas de protección (guantes, mascarillas, gorros), supervisando y controlando que los desechos sean transportados en forma correcta a la disposición final.

Servicio de seguridad: Cuenta con un personal de planta de 18 guardias y con guardianía privada en 7 puestos de 24 horas y 4 puestos de 12 horas.

Entre las funciones principales está velar en todo momento por la seguridad de los bienes de la institución, desempeño correcto y eficiente de los guardias de seguridad asegurando que impere el orden y que no se altere la paz dentro de la institución interactuando con la seguridad externa para ello se realiza la revisión de bolsos, paquetes, mochilas, al ingreso y egreso del personal que labora en esta casa de salud, también a familiares, pacientes y otros visitantes, así como la verificación de las credenciales de identificación.

Coordinar todas las acciones de seguridad en actividades que se realicen dentro de la institución ya sea de carácter benéfico o de carácter oficial, el uso adecuado de los parqueaderos y su control para evitar incidentes o agravios a la propiedad de los demás trabajadores de la institución.

Elaborar diariamente el reporte de novedades, registrar el las bitácoras el ingreso y egreso de pacientes de emergencia, revisar que ningún bien salga de la institución sin autorización de la autoridades de la institución.

Central telefónica: Cuenta con 3 personas en horario rotativo (7h30 a 18h00 de lunes a domingo), entre las funciones principales es la de planificar, organizar, dirigir, evaluar y controlar el funcionamiento de los servicios que presta la planta telefónica y atender con esmero y prontitud las llamadas telefónicas entrantes y salientes.

Llevar un control diario de llamadas entrantes y salientes, localizar personal médico, administrativos, trabajadores por medio de voceo y transmitir mensajes previamente autorizados por el gerente de la institución (Departamento de servicios generales HEG, 2013).

2.3.5. El área de limpieza

2.3.5.1. Antecedentes del área de limpieza

El área de limpieza anteriormente se manejaba con personal contratado por las entidades públicas, sin embargo en los últimos años con la compra de renuncias y la necesidad de cubrir esas vacantes a un costo más económico se realiza una contratación de personal privado o externo, el hecho de existir personal contratado de dos formas diferentes ha generado una disociación de las funciones y una descoordinación en el momento de asear las áreas, aunque se manejan cronogramas de acción y se delega los procesos y áreas a limpiarse muchas veces no es suficiente ya que el personal no se encuentra capacitado al 100% para realizar dichas funciones sobre todo en casos donde se puede dar una contaminación ya sea del tipo ambiental o bioquímica, por otro lado se requieren que muchos procesos no sean periódicos sino que se revisen diariamente ya que dependen de la demanda de pacientes que posea el hospital y sus diferentes áreas.

2.3.5.2. Aspectos generales del departamento de limpieza del Hospital Enrique Garcés.

El departamento de limpieza es parte de los servicios generales del hospital, el mismo que es coordinado por Desarrollo Organizacional teniendo como función dirigir, coordinar y supervisar el trabajo del área de limpieza y de las otras áreas asignadas, además de mejorar el servicio y regular los procedimientos del mismo acorde a las necesidades del hospital proveyendo de capacitaciones que estimulen la cooperación y cumplimiento del equipo.

El área de limpieza debe reunirse periódicamente con el fin de:

- Sistematizar, coordinar, articular y evaluar las actividades de área.
- Fomentar la iniciativa y el intercambio de sugerencias y observaciones prácticas del personal del área.
- Distribuir las herramientas necesarias.
- Promover la capacitación del personal.
- Coordinar lo necesario para la ejecución de los trabajos dentro del principio de calidad en bien del hospital.
- Controlar los pedidos y recepciones de los materiales solicitados, según corresponda a sus necesidades, cantidad y/o calidad.

2.3.5.3. Objetivos

2.3.5.3.1. Objetivos generales

Ser una unidad de trabajo especializada en el control y manejo de desechos y áreas manteniendo la salubridad e higiene óptima para los clientes con un equipo de trabajo capacitado y sincronizado entre sí para realizar las respectivas funciones.

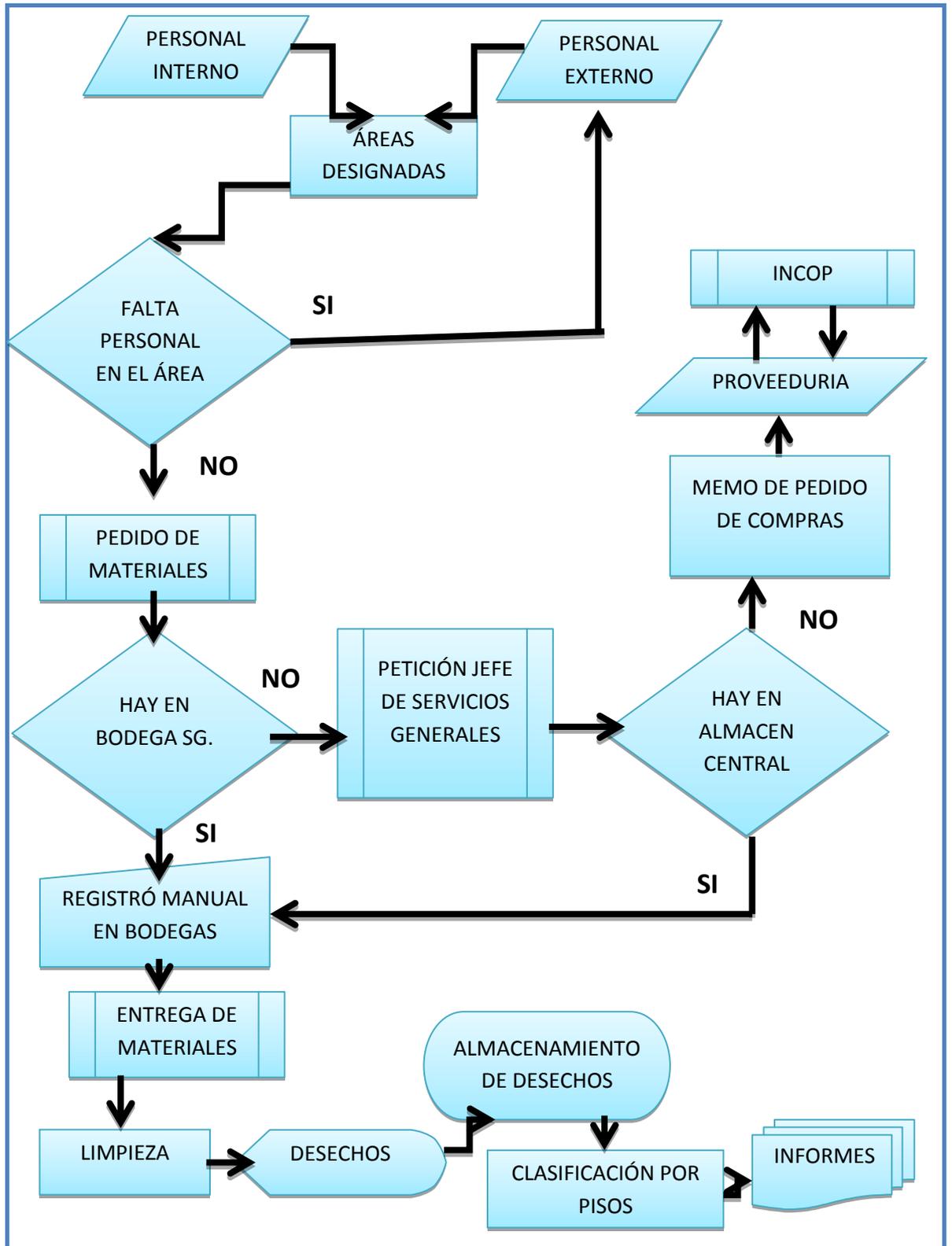
2.3.5.3.2. Objetivos específicos

- Delimitar las áreas descuidadas por el funcionamiento actual.
- Realizar un programa de capacitación y motivación al personal.
- Realizar supervisiones continuas del área
- Realizar un control de desempeño y monitoreo del cumplimiento de las funciones y verificación del estado de las actividades diarias del personal.
- Realizar un manual de procesos para el manejo del área.

2.3.5.4. Procesos implementados en el área

En la actualidad se manejan procesos simples debido a que una persona maneja todo el departamento, además al no existir un sistema computarizado, las labores se hacen de forma manual como se ve en el anexo, el proceso se realiza de la siguiente manera:

Figura 26. Procesos de implementación en el área



Elaborado por: Christian Altamirano

Para las jornadas de trabajo se manejan turnos rotativos con el personal, realizando la limpieza diaria en las siguientes áreas:

- Pediatría
- Medicina interna
- Emergencia
- Laboratorio
- UCI

Recibiendo limpiezas periódicas las áreas de:

- Ginecología obstétrica
- Infectología
- Neonatología
- Ginecología
- Lavandería
- Cirugía
- Centro de esterilización
- Traumatología

No reciben el servicio de limpieza las áreas de

- Estadística

Como se puede ver existen áreas que no son asistidas en la limpieza todos los días por lo cual en el caso de aumentar la demanda existirían problemas, por otro lado existen áreas sensibles como la de neonatología y ginecología obstétrica las cuales deben de tener otro tipo de manejo evitando los problemas por existencia de bacterias que puedan perjudicar a las madres en estado de embarazo y a los neonatos, estos últimos más sensibles por la falta de anticuerpos que poseen.

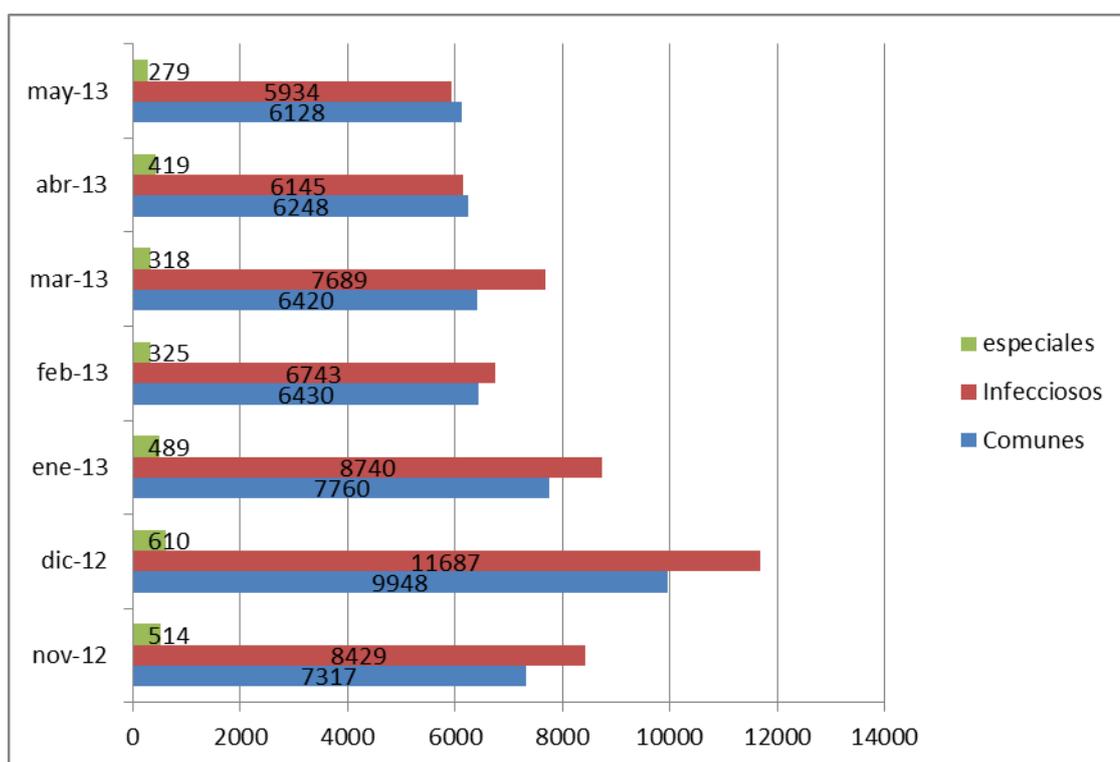
El hecho de haber personal de planta y personal contratado de forma privada ha generado una descoordinación en cuanto al manejo de las áreas de limpieza así como en la coordinación del trabajo, por otro lado el personal no se encuentra debidamente calificado y capacitado para manejar los diferentes tipos de desechos encontrados en el hospital, así como para realizar el adecuado trabajo de desinfección y limpieza de todas las áreas, además no se provee de forma oportuna a los sanitarios

de provisiones como papel y jabón líquido ayudando a que los usuarios se sientan insatisfechos del servicio y no contribuyan a mantener su limpieza.

Uno de los principales problemas encontrados en esta área es el manejo de los desechos teniendo accidentes con materiales corto-punzantes.

- **Control de desechos:** El control de desechos se maneja en todas las áreas clasificando la basura en desechos comunes, infecciosos y especiales, aunque no existe una capacitación exhaustiva del manejo de los mismos como se puede ver en la siguiente figura cada vez es menor sobre todo la cantidad de desechos infecciosos.

Figura 27. Eliminación de desechos



Elaborado por: Christian Altamirano

2.3.5.5. Descripción organizacional estructura interna y actividades que desarrolla el área de limpieza perteneciente a servicios generales.

El personal designado para el área de limpieza se divide en 56 de personal de planta y 25 contratados de empresas privadas teniendo las siguientes funciones a realizar como área:

- Diseñar un plan anual de limpieza.
- Organizar la distribución del personal de limpieza.
- Establecer turnos diarios de trabajo de limpieza para cubrir los diferentes servicios del hospital.
- Administrar los insumos de limpieza, velar que su uso sea adecuado y llevar un control de los mismos.
- Supervisar las actividades de limpieza que se realizan en todo el hospital.
- Realizar la recolección de desechos comunes e infecciosos y especiales para depositar en los lugares asignados.
- Dotar de prendas de protección (guantes, mascarillas, gorros) para la limpieza y manejo de desechos.
- Supervisar y controlar que los desechos sean transportados en forma correcta a la disposición final.

Las actividades a realizar del personal son:

- Limpieza de salas de pacientes de baños, ascensores, cuartos y pisos, recolección de desechos, gradas y baños de los 8 pisos, abrillantado de paredes y vidrios.
- Aseo de baños y lavabos y arreglo de cuartos de residentes.
- Recolección de desechos.
- Cambio de fundas de todos los recipientes. Y de recipientes corto-punzantes y especiales.
- Recolección de desechos parqueaderos y jardines del hospital.
- Traslado de desechos a la disposición final y pesar.

2.3.5.6. Personal requerido ventajas y desventajas

El recurso humano está conformado por 81 personas, las mismas que están divididos en 2 grupos, los cuales presentan las siguientes ventajas y desventajas como se ve en la siguiente tabla:

Tabla 14. Ventajas y desventajas del área de limpieza

CANT	SECTOR	VENTAJAS	DESVENTAJAS
56	Público: Está conformado por el personal contratado por el hospital por medio del Ministerio de Salud pública dependen y pertenecen a la institución directamente.	Están identificados con el hospital. Cumplen objetivos y una dirección. Son estables por ciertos periodos.	Mucho del personal tienen demasiada edad.
25	Privado: Es personal contratado por empresas privadas que a su vez realizan contratos con el Estado por medio del INCOP, con las debidas especificaciones que requiere la entidad.	Personal capacitado en el área específica de limpieza. Menores costos para la institución.	Descoordinación con el personal de planta. Alta rotación. No cumplen reglas ni objetivos directos.

Elaborado por: Christian Altamirano

Los horarios se clasifican en cuatro los cuales son:

M= Mañana 7:30 a 14:00

T= Tarde 13:30 a 20:00

MT= Mañana Tarde = 8:00 a 16:30 o de 10:00 a 18:30

N= Noche

Las diferentes áreas que poseen la empresa y el recurso humano ocupado en cada área es el siguiente:

Tabla 15. Recurso humano en el área de limpieza

ÁREAS	PERSONAS	HORARIOS	DÍAS
Emergencia	7	Mañana, tarde y noche	Lunes a domingo
Estadísticas	1	Mañana tarde	Lunes a viernes
Lavandería	1	Mañana tarde	Lunes a viernes
Laboratorio	2	Mañana tarde	Lunes a viernes
Neonatología	4	Mañana tarde	Lunes a domingo
Centro obstétrico	7	Mañana, tarde y noche.	Lunes a domingo
Salud mental	1	Mañana tarde	Lunes a viernes
Endoscopia	1	Mañana tarde	Lunes a viernes
Infectología	1	Mañana tarde	Lunes a viernes
Rayos x	1	Mañana tarde	Lunes a viernes
Banco de Sangre	1	Mañana tarde	Lunes a viernes
Archivos	1	Mañana tarde	Lunes a viernes
Fisiatría	1	Mañana tarde	Lunes a viernes
Salud ocupacional	1	Mañana tarde	Lunes a viernes
Gineco obstétrica	1	Mañana tarde	Lunes a viernes
Consulta Externa	4	Mañana tarde	Lunes a viernes
Cirugía	4	Mañana y tarde	Rotativo
Ginecología	3	Mañana	Rotativo
UCI	1	Mañana y tarde	Rotativo
Áreas comunes	38	M, T, MT, N	Rotativo

Fuente: Departamento de servicios generales HEG, 2013

Elaborado por: Christian Altamirano

Como se puede ver en el cuadro anterior existen algunas áreas que se encuentran desatendidas los fines de semana ya que poseen personas en horarios de lunes a viernes, de la misma forma hay personas que solo está 1 designada al área y al poseer un horario rotativo sus días libres queda desatendida el área esperando que el personal en áreas comunes sea el que mantenga la limpieza lo que genera confusión en la labor realizada.

Por otro lado el personal contratado por empresas privadas tiene una alta rotación lo que impide el manejo de la capacitación interna, además del control por falta de supervisión.

El sueldo promedio de una persona de limpieza es	555,95
El sueldo de una persona de limpieza privada es	318,00

2.3.6. Resumen de análisis interno

Tabla 16. Análisis interno Fortalezas – Debilidades

Nº	Variable	F	D	Nivel de Impacto
1	Aumento del presupuesto anual del hospital.	X		Alto
2	Dependencia al área de servicios generales.	X		Bajo
3	Falta de gerencia debido a que una persona maneja todo el departamento de servicios generales.		X	Alto
4	Falta de control debido a la falta de equipos e indicadores que permitan realizar una evaluación continua de los procesos.		X	Alto
5	Falta de capacitación en los manejos de desechos, desinfección y contaminación ambiental o bioquímica.		X	Alto
6	Disociación de las funciones del personal tercerizado		X	Alto
7	Existencia de áreas desatendidas en la limpieza.		X	Alto
8	Existencia de áreas sensibles a bacterias como neonatología y ginecología.		X	Alto
9	Personal interno comprometido con el hospital y el cumplimiento de las metas.	X		Medio
10	Personal externo con menores costos.	X		Medio

Elaborado por: Christian Altamirano

Nota: F = Fortalezas y D = Debilidades

2.4. Estudio de mercado del área de limpieza

2.4.1. Población

La población del área de limpieza está dada por los usuarios del hospital, el personal que trabaja en las diferentes áreas médicas y el personal de limpieza como se ve en la siguiente tabla:

Tabla 17. Distribución de la población

POBLACIÓN		%
Usuarios del hospital día	517	30%
Personal médico	879	51%
Personal del área de limpieza	81	5%
Personal administrativo	247	14%
Total	1724	100%

Elaborado por: Christian Altamirano

2.4.2. Muestra

Para realizar el muestreo se aplica la fórmula para población finita:

$$n = Z^2 p * q N / e^2 (N-1) + Z^2 p * q$$

En donde:

n= tamaño de la muestra

N= Población o universo = 1724

Z= nivel de confianza = 1,96

P= Probabilidad a favor= 0,50

Q= Probabilidad en contra= 0,50

e= error muestral= 0,05

N=314

Al tener el tamaño de la muestra de 314 personas, se tomará el 5% del total de la muestra teniendo como resultado 15 personas para efectos de la aplicación de la metodología propuesta, de igual forma se ha clasificado a los grupos dándoles mayor prioridad a los clientes internos que son el personal médico y externo que son los usuarios del hospital como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 18. Población a aplicar el focus group

POBLACIÓN	FOCUS GROUP
Usuarios del Hospital día	4
Personal médico	8
Personal del área de limpieza	1
Personal administrativo	2
Total	15

Elaborado por: Christian Altamirano

2.4.3. Focus group

Para la recopilación y levantamiento de datos se reunieron a 15 personas a las cuales se les realizará las siguientes preguntas obteniendo resultados:

Buenas tardes a todos, esta reunión es con motivo de realizar un Focus Group para medir la satisfacción de la limpieza del Hospital Enrique Garcés.

Tabla 19. Preguntas del focus group

Nº	Preguntas
1.	¿Se considera un usuario del hospital?
2.	¿Cómo califica la limpieza en el hospital?
3.	¿Qué áreas considera que necesitan más atención?
4.	¿Cómo califica la limpieza de los baños en el hospital?
5.	¿Considera que los desechos infecciosos son bien manipulados?
6.	¿Cómo se manipulan los desechos en su área?
7.	¿Qué considera que se puede mejorar en el área de limpieza del hospital?

Elaborado por: Christian Altamirano

De lo cual se obtuvo los siguientes resultados:

Resumen de focus group realizado el lunes 15 de julio del 2013

¿Se considera un usuario del hospital?

Todos los participantes mencionaron sentirse usuarios del hospital, en primer lugar las personas que se encuentran hospitalizadas señalaron que han acudido a este centro de salud en varias ocasiones antes de ser ingresados al servicios de hospitalización en unos casos fueron ingresados por consulta externa previo varias citas y en otros casos fueron ingresados por emergencia.

Por otro lado los médicos se consideraron usuarios internos del hospital tanto médicos tratantes, residentes e internos hacen uso de las diferentes instalaciones y servicios de entre ocho y veinte cuatro horas, los cuales realizan visitas a pacientes en hospitalización tres veces al día o las veces que sea necesario, en general la visita más fuerte y la que demanda más tiempo es en la mañana a la entrega del turno en la cual tanto médico tratante, residente e internos visitan uno a uno a los pacientes hospitalizados para su valoración el horario de este procedimiento es de entre siete y media a nueve de la mañana, también manifiestan que en el caso de los médicos residentes e internos hacen uso de las instalaciones más de veinte y cuatro horas por lo que se les asignan residencias en las cuales descansan.

En cuanto a los auxiliares administrativos de limpieza se consideraron como las personas que dan la limpieza a cada una de las áreas del hospital y de igual manera y cierto grado se consideran usuarios pasivos.

En cuanto al personal administrativo se consideran usuarios internos del hospital a pesar que su campo de acción es muy limitado y no estar en contacto directo con los pacientes.

¿Cómo califica la limpieza en el hospital?

Los usuarios manifestaron que la limpieza es muy esporádica que no es eficiente ya que durante el tiempo de estadía que se encuentran observan que cada personal de limpieza realiza de una forma diferente sus actividades, unos mueven las camas y veladores para realizar la limpieza otros realizan la limpieza sin mover nada, por lo que los usuarios concluyen que la limpieza en una escala del uno al diez le dan una valoración de cinco sobre diez.

Los médicos califican a la limpieza como rudimentaria, pues no es ni buena ni mala pero si hace falta mejorar en todos sus aspectos, manifiestan que no existe una organización para realizar las labores de desinfección que en muchos casos sus actividades de visita a los pacientes en la mañana chocan con las actividades del personal de limpieza que se encuentra realizando su labor de aseo, además mencionan que la limpieza es realizada de forma muy diferente de un servicio a otro, por lo que pueden evidenciar que en unos lugares del hospital se realiza los procedimientos de desinfección de buena manera y cumpliendo con las normas, mientras que en otros lugares no se evidencia el trabajo realizado por lo que es evidente darse cuenta que mientras trabajadores responsables cumplen a cabalidad sus funciones otros solo realizan sus actividades por cumplir la jornada de trabajo, señalan además que hay personal de limpieza que conoce las funciones que tienen que realizar como es en el caso del personal de planta que está laborando por muchos años, su experiencia hace que realicen mejor la limpieza y desinfección, por otro lado indican que el personal de la empresa privada no conoce nada de limpieza y su trabajo es muy precario.

El personal de planta señala que la limpieza realizada es aceptable, pues cada participante del personal manifiesta que las actividades que realizan en cada área son buenas, pero concuerdan que no todos los compañeros cumplen a cabalidad sus funciones, pues cada quien realiza sus funciones como mejor lo a hecho durante años de experiencia acumulada, así mismo indican que la desinfección realizada en la mañana es mucho mejor que en la tarde y concuerdan que en una escala de uno a diez, la limpieza realizada se la califica en siete.

El personal de la empresa privada defiende su trabajo argumentando que son los sacrificados y que su trabajo es excelente que cubren las áreas dejadas por el personal de planta se les pregunta a este grupo si recibieron un curso de instrucción en técnicas de limpieza hospitalaria, bioseguridad, clasificación de desechos y en todos los casos el personal afirma que no han recibido por parte de su empresa este curso para su ingreso, la mayoría del personal contratado jamás ha realizado limpieza hospitalaria y que cuando ingresaron a su primer día solo les indicaron brevemente que tenían que trapear y barrer siguiendo las indicaciones del más antiguo entendiéndose como antiguo al compañero que lleva uno o dos meses trabajando y que le

enseñaron de forma empírica, también hacen referencia a pesar de estar impagos ya más de dos meses siguen cumpliendo sus funciones.

El personal administrativo manifiesta que la limpieza no es buena, que falta mucho por hacer, que hay momentos en que aparentan mejoría pero que esa mejoría no es duradera y vuelve a lo mismo, señalan que falta el cumplimiento de normas técnicas que garanticen la calidad en limpieza, señalan que la empresa privada no satisface en nada los requerimientos del hospital, mientras los trabajadores de planta en algo satisfacen las necesidades de desinfección.

¿Qué áreas considera necesitan atención?

Los médicos señalan que las áreas que necesitan mayor atención son las salas de hospitalización, quirófanos, centro obstétrico, áreas críticas como neonatología y emergencia.

El personal de planta señala que las áreas de mayor complejidad y que deben ser atendidas de forma rápida son las salas de hospitalización, quirófanos, neonatología y emergencias concuerdan con que estas áreas de alto tráfico son muy difíciles de mantenerlas ya que existe gran cantidad de afluencia de gente tanto en la mañana en donde se pasa visita a los pacientes y en la tarde las visitas de los familiares a los pacientes.

El personal de limpieza de la empresa privada no tiene idea de que áreas necesitan mayor atención, pues ellos cubren todas las áreas de la misma forma.

¿Cómo califica la limpieza de los baños en el hospital?

El personal médico señaló que la limpieza en los baños es aceptable pero aún falta mucho más por realizar, mencionan que en las salas de hospitalización dependiendo del área en unos casos los limpian y en otros no, en cuanto a la limpieza de los baños de residentes no es tan buena, deja mucho que desear. Los usuarios que acuden a consultas señalan que la limpieza en los baños es mala, los pacientes de las salas de hospitalización señalan que no es ni buena ni mala, pues ellos consideran que es mas o menos que hay una gran diferencia entre el personal que realiza sus labores de un turno a otro, pues en unos casos solo limpian y barren y en otros si realizan la desinfección completa.

El personal de planta manifiesta que la limpieza en los baños es buena, señalan que hacen todo lo posible por mantenerlos limpios pues los desinfectan cada que lo necesitan. Personal de la empresa privada califica la limpieza de los baños como buena que también complementan el trabajo realizado por el personal de planta, a esto médicos y usuarios discrepan indicando que no es así que de lo que pueden observar es que unos hacen y otros no cumplen con realizar una limpieza correcta.

¿Considera que los desechos infecciosos son bien manipulados?

Los pacientes de las salas de hospitalización señalan que no se les ha indicado el manejo de desechos y que en varias ocasiones mezclaron la basura normal con la infecciosa, ellos mencionan que no hay una correcta manipulación, pues atribuyen esto a que no se les indica al momento de ser internados.

Personal médico indica que ellos si manejan correctamente los desechos infecciosos y que por su parte realizan una correcta clasificación, a esto hay una discrepancia tanto del personal de la empresa privada y de planta quienes indican que son médicos, enfermeras y auxiliares quienes no realizan una correcta clasificación de desechos infecciosos, pues se puede evidenciar al momento de clasificar la basura en su punto de generación material contaminado en medio de la basura común y viceversa, indican también que los objetos corto punzantes también se encuentran en las fundas de basura, el personal de limpieza tanto privado y de planta indica que no hay un buen manejo de los desechos infecciosos.

¿Cómo se manipulan los desechos en su área?

Tanto médicos, enfermeras, personal de limpieza privado y de planta señalaron que para manipular desechos tanto infecciosos, comunes, corto punzantes y especiales siguen las normas de bio-seguridad, pues todos los involucrados concuerdan que todo desecho es un potencial contaminante.

¿Qué considera que se puede mejorar en el servicio de limpieza?

Todos los participantes señalan que se debe mejorar la cobertura de las áreas y la distribución del personal para poder cubrir toda el área del hospital, cambiar los horarios para que no interfieran con otras actividades, capacitar al personal, elaborar

manuales de procedimientos, dotar de material adecuado para organizar tanto a trabajadores privados como personal de planta para que coordinen sus actividades.

2.4.4. Resumen del estudio interno del HEG

Tabla 20. Resumen del estudio interno del HEG

N°	Variable	F	D	Nivel de Impacto
1	Clientes internos y externos identificados con el hospital.	X		Alto
2	Limpieza esporádica sin estándares de calidad.		X	Alto
3	Falta de organización en las labores de limpieza.		X	Alto
4	Falta de coordinación y capacitación en conocer cuáles son las áreas de mayor atención en limpieza por el riesgo bacteriológico que representan.		X	Alto
5	Personal externo no calificado para la limpieza hospitalaria.		X	Alto
6	Falta de cumplimiento de normas técnicas.		X	Alto
7	Falta de limpieza en los baños y estándares de calidad para realizarlos todos de la misma forma.		X	Alto
8	Falta de sociabilización a los clientes externos e internos del manejo de desechos y como deben clasificarse.		X	Alto
9	Mal manejo de los desechos infecciosos.		X	Alto
10	Conocimiento de médicos y personal del hospital en control de bioseguridad.	X		Alto
11	Falta de material adecuado para la asepsia y desinfección de todas las áreas.		X	Alto

Elaborado por: **Christian Altamirano**

Nota: **F = Fortalezas** y **D = Debilidades**

2.5. Análisis FODA

Tabla 21. Resumen de la matriz FODA

FORTALEZAS	IMPACTO			OPORTUNIDADES	IMPACTO		
	A	M	B		A	M	B
Aumento del presupuesto anual del hospital.	X			Creación de políticas basadas en el Plan de Desarrollo y del Buen Vivir.	X		
Dependencia al área de servicios generales.			X	Regulación de la buena práctica médica en áreas privadas y administrativas.	X		
Personal interno comprometido con el hospital y el cumplimiento de las metas.		X		Garantiza el acceso equitativo y universal a los servicios de salud.		X	
Personal externo con menores costos.		X		Protección a la comunidad de los riesgos y daños a la salud y al medio ambiente.	X		
Clientes internos y externos identificados con el hospital.	X			Organismos de control sectorizados por competencias y zonificación del sistema de salud.	X		
Conocimiento de médicos y personal del hospital en control de bioseguridad.	X			Aumento presupuestario para la salud a nivel público e incremento de la relación PIB per cápita VS inversión en la salud.	X		
				Incremento de la confiabilidad en la salud pública.	X		
				Aumento de atención preventiva de salud.		X	
				Disminución de la tasa de mortalidad en niños e incremento de esperanza de vida de la población.			X
				Incremento de médicos 21,5 por cada 10.000 habitantes.		X	
				Incremento del presupuesto para profesionales de la salud.		X	
				División del INH en el INSPI y el ARCA para la investigación, desarrollo y vigilancia de la salud en todos los niveles.	X		
				Mejora de la calidad del agua.			X
				Control de desechos y clasificación de los mismos.	X		
				Aumento del uso de la capacidad del hospital con el aumento de consultas y frecuencias de atención en el hospital.	X		
				Competencia de proveedores por medio del INCOP con plazos cortos de entrega.		X	

DEBILIDADES	IMPACTO			AMENAZAS	IMPACTO		
	A	M	B		A	M	B
			Alta gama de proveedores.	X			
Falta de gerencia debido a que una persona maneja todo el departamento de servicios generales.	X			El 19% de la población posee seguro de salud.		X	
Falta de control debido a la falta de equipos e indicadores que permitan realizar una evaluación continua de los procesos.	X			Alta frecuencia de accidentes por heridas corto punzantes debido al mal manejo de desechos.	X		
Falta de capacitación en los manejos de desechos, desinfección y contaminación ambiental o bioquímica.	X			Falta de control en el proceso de compras debido a que la evaluación de proveedores la realiza el departamento de compras.	X		
Disociación de las funciones del personal tercerizado.	X			Tercerización de parte de personal de limpieza.	X		
Existencia de áreas desatendidas en la limpieza.	X			Demora en la asignación del presupuesto por parte del Ministerio de Finanzas por falta de recursos.	X		
Existencia de áreas sensibles a bacterias como neonatología y ginecología.	X			Evaluación del Ministerio de Salud Pública y la Contraloría en caso de dudas del proceso.			X
Limpieza esporádica sin estándares de calidad.	X			Escasez de personal capacitado, médicos y administradores.	X		
Falta de organización, coordinación y capacitación en conocer cuáles son las áreas de mayor atención en limpieza por el riesgo bacteriológico que representan.	X						
Personal externo no calificado para la limpieza hospitalaria.	X						
Falta de cumplimiento de normas técnicas.	X						
Falta de limpieza en los baños y estándares de calidad para realizarlos todos de la misma forma.	X						
Falta de sociabilización a los clientes externos e internos del manejo de desechos y como deben clasificarse.	X						
Mal manejo de los desechos infecciosos.	X						
Falta de material adecuado para la asepsia y desinfección de todas las áreas.	X						

Elaborado por: Christian Altamirano

Nota: A = Alto, M = Medio y B = Bajo

2.5.1. Matriz de priorización

2.5.1.1. Análisis EFE

Después de elaborar la matriz FODA se procede a analizar los factores externos e internos dándoles un peso ponderado del 1 al 4 dependiendo del grado de repercusión que cada aspecto tiene en la implementación del proyecto y multiplicándolo por el porcentaje relativo que sumando debe dar 1 como se indica en las siguientes tablas.

Tabla 22. Matriz EFE

Ord.	Oportunidades	Impacto	Pon.	% Rel.	P*C
O1	Creación de políticas basadas en el Plan de Desarrollo y del Buen Vivir.	Alto	4	0,03	0,12
O2	Regulación de la buena práctica médica en áreas privadas y administrativas.	Alto	4	0,07	0,28
O3	Garantiza el acceso equitativo y universal a los servicios de salud.	Medio	3	0,02	0,06
O4	Protección a la comunidad de los riesgos y daños a la salud y al medio ambiente.	Alto	4	0,05	0,2
O5	Organismos de control sectorizados por competencias y zonificación del sistema de salud.	Alto	3	0,01	0,03
O6	Aumento presupuestarios para la salud a nivel público e incremento de la relación PIB per cápita VS inversión en la salud.	Alto	4	0,07	0,28
O7	Incremento de la confiabilidad en la salud pública.	Alto	4	0,05	0,2
O8	Aumento de atención preventiva de salud.	Medio	3	0,01	0,03
O9	Disminución de la tasa de mortalidad en niños e incremento de esperanza de vida de la población.	Bajo	3	0,01	0,03
O10	Incremento de médicos 21,5 por cada 10.000 habitantes.	Medio	3	0,01	0,03
O11	Incremento del presupuesto para profesionales de la salud.	Medio	3	0,01	0,03
O12	División del INH en el INSPI y el ARCA para la investigación, desarrollo y vigilancia de la salud en todos los niveles.	Alto	4	0,05	0,2
O13	Mejora de la calidad del agua.	Bajo	3	0,01	0,03
O14	Control de desechos y clasificación de los mismos.	Alto	4	0,08	0,32
O15	Aumento del uso de la capacidad del hospital con el aumento de consultas y frecuencias de atención en el hospital.	Alto	4	0,08	0,32
O16	Competencia de proveedores por medio del INCOP con plazos cortos de entrega.	Medio	3	0,04	0,12
O17	Alta gama de proveedores.	Alto	4	0,04	0,16
Ord.	Amenazas	Impacto	Pon.	% Rel.	P*C
A1	El 19% de la población posee seguro de salud.	Medio	2	0,01	0,02
A2	Alta frecuencia de accidentes por heridas corto punzantes debido al mal manejo de desechos.	Alto	1	0,09	0,09
A3	Falta de control en el proceso de compras debido a que la evaluación de proveedores la realiza el departamento de compras.	Alto	1	0,08	0,08
A4	Tercerización de parte de personal de limpieza.	Alto	1	0,08	0,08
A5	Demora en la asignación del presupuesto por parte del Ministerio de Finanzas por falta de recursos.	Alto	1	0,06	0,06
A6	Evaluación del Ministerio de Salud Pública y la contraloría en caso de dudas del proceso.	Bajo	2	0,02	0,04
A7	Escasez de personal especializado, médicos y administradores.	Alto	1	0,02	0,02
TOTAL				1,00	2,83

Elaborado por: **Christian Altamirano**

2.5.1.2. Análisis EFI

Tabla 23. Matriz EFI

Ord.	Fortalezas	Impacto	Pon.	%Rel.	P*C
F1	Aumento del presupuesto anual del hospital.	Alto	4	0,06	0,24
F2	Dependencia al área de servicios generales.	Bajo	3	0,04	0,12
F3	Personal interno comprometido con el hospital y el cumplimiento de las metas.	Medio	4	0,03	0,12
F4	Personal externo con menores costos.	Medio	4	0,04	0,16
F5	Clientes internos y externos identificados con el hospital.	Alto	4	0,03	0,12
F6	Conocimiento de médicos y personal del hospital en control de bioseguridad.	Alto	4	0,06	0,24
Ord.	Debilidades	Nivel de Impacto	Pon.	%Relativo	P*C
D1	Falta de gerencia debido a que una persona maneja todo el departamento de servicios generales.	Alto	1	0,05	0,05
D2	Falta de control debido a la falta de equipos e indicadores que permitan realizar una evaluación continua de los procesos.	Alto	1	0,05	0,05
D3	Falta de capacitación en los manejos de desechos, desinfección y contaminación ambiental o bioquímica.	Alto	1	0,06	0,06
D4	Disociación de las funciones del personal tercerizado.	Alto	1	0,04	0,04
D5	Existencia de áreas desatendidas en la limpieza.	Alto	1	0,06	0,06
D6	Existencia de áreas sensibles a bacterias como neonatología y ginecología.	Alto	2	0,04	0,08
D7	Limpieza esporádica sin estándares de calidad.	Alto	1	0,05	0,05
D8	Falta de organización, coordinación y capacitación en conocer cuáles son las áreas de mayor atención en limpieza por el riesgo bacteriológico que representan.	Alto	1	0,06	0,06
D9	Personal externo no calificado para la limpieza hospitalaria.	Alto	2	0,06	0,12
D10	Falta de cumplimiento de normas técnicas.	Alto	2	0,06	0,12
D11	Falta de limpieza en los baños y estándares de calidad para realizarlos todos de la misma forma.	Alto	1	0,06	0,06
D12	Falta de sociabilización a los clientes externos e internos del manejo de desechos y como deben clasificarse.	Alto	1	0,03	0,03
D13	Mal manejo de los desechos infecciosos.	Alto	1	0,06	0,06
D14	Falta de material adecuado para la asepsia y desinfección de todas las áreas.	Alto	2	0,06	0,12
TOTAL				1	1,96

Elaborado por: Christian Altamirano

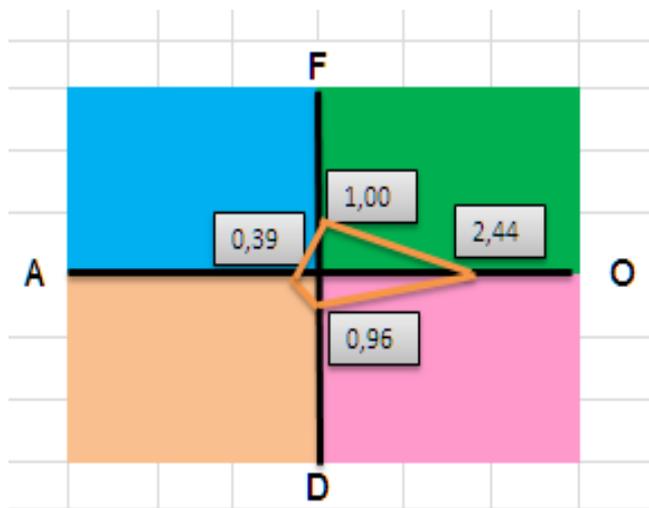
Para la elaboración del análisis EFI se ha dado a las fortalezas un valor de 4 considerándolo como alto y a las oportunidades un valor de 3 siendo este valor bajo, mientras que a las debilidades se les ha asignado un valor de 2 siendo bajo y a las amenazas 1 siendo este alto.

2.5.1.3. Conclusiones del análisis EFE y EFI

Según datos recopilados y sistematizados en el análisis FODA tienen más peso ponderado las variables del análisis interno, en especial las debilidades encontradas en el área de limpieza, como se puede ver para el análisis se le ha dado una calificación del 1 al 4 según la incidencia que tiene hacia el proyecto presentado y un porcentaje relativo que sumado da uno para multiplicado obtener una ponderación.

En el análisis se puede realizar las siguientes figuras tomando en cuenta cada factor de forma individual:

Figura 28. Análisis DAFO



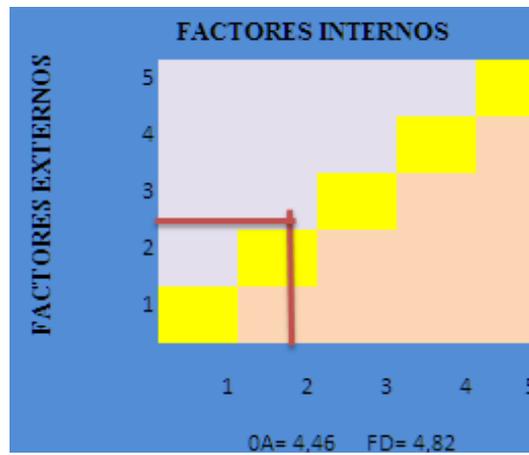
Fuente: Análisis DAFO Hernández, 2013
Elaborado por Christian Altamirano

Como se puede visualizar en la figura anterior hay una gran cantidad de debilidades, pero también hay oportunidades altas lo que podría ayudar a crear estrategias para aprovechando esas oportunidades disminuir las debilidades existentes.

La evaluación interna – externa, nos permite de manera gráfica obtener un diagnóstico de la empresa, en la siguiente figura se pondrá en el eje de las X el ambiente interno y en el eje de las Y el ambiente externo; los cuadrantes rosados simbolizan que hay que cosechar y no invertir, los cuadrantes amarillos que hay que mantenerse y aplicar estrategias que permitan resistir y salir adelante y por último los

cuadrantes lilas significan que hay que seguir creciendo, en conclusión el área de limpieza del hospital se encuentra en el cuadrante amarillo:

Figura 29. Estrategias según el FODA



Fuente: Análisis DAFO Hernández, 2013
Elaborado por Christian Altamirano

CAPÍTULO 3

PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DE UN MODELO DE OPTIMIZACIÓN DEL DESEMPEÑO

3.1 Enfoque de la propuesta

La propuesta se enfoca en mejorar los procesos y el direccionamiento estratégico del área de limpieza de hospitales de segundo nivel, siendo el caso de estudio el Hospital Enrique Garcés.

3.1.1. Título de la propuesta

Modelo de optimización del desempeño en el área de limpieza de servicios generales de hospitales de segundo nivel ubicados en el sur de Quito caso Hospital Enrique Garcés.

3.1.2. Datos informativos del beneficiario de la propuesta

Los beneficiarios de la propuesta serán:

- Los clientes externos e internos del hospital HEG, quienes se beneficiarán por la mejora en los procesos de asepsia al aplicar el modelo.
- El área de servicios generales, en especial el área de limpieza por optimizar su desempeño al aplicar el modelo como una herramienta de mejora continua.
- La administración del Hospital Enrique Garcés por la optimización y sinergia de los recursos.

3.1.3. Justificación de la propuesta

En base a la investigación realizada se encontraron un gran número de falencias en el área de limpieza perteneciente a servicios generales del HEG, en especial la falta de planificación estratégica, la estandarización de los procesos y el uso inadecuado de los recursos por lo que se hace necesaria la implementación de un modelo de optimización de desempeño que permita al personal realizar su trabajo de forma adecuada beneficiándose a sí mismos y a los clientes internos y externos del HEG evitando problemas de contaminación.

3.1.4. Objetivos de la propuesta

La propuesta ha sido elaborada con el fin de lograr los siguientes objetivos a corto, mediano y largo plazo.

3.1.4.1. Objetivo general

- Mejorar los estándares de calidad en el área de limpieza en un periodo de un año optimizando los recursos existentes.

3.1.4.2. Objetivos específicos

- Implementar una gestión por objetivos que permita establecer los pasos necesarios en cada etapa para el cumplimiento de los mismos.
- Crear una planificación estratégica funcional.
- Crear y estandarizar procesos para todas las zonas de desempeño del área de limpieza.
- Mejorar el manejo y el control de desechos reduciendo costos.
- Mejorar la asepsia evitando problemas de contaminación.
- Mantener la salud de los trabajadores del área reduciendo accidentes.
- Optimizar el uso del presupuesto.

3.1.5. Recursos para la propuesta

Para la realización de la propuesta se utilizará recursos económicos asignados al hospital mediante partidas presupuestarias que permitan adquirir hardware y software para la sistematización de procesos administrativos en el área de servicios generales, además será necesario recursos humanos calificados con una continua capacitación, de igual manera se necesitaran recursos materiales de última generación que permitan mejorar el rendimiento y calidad de la limpieza en tiempos estándares con procesos definidos, de igual forma será necesaria la compra de desinfectantes de calidad que permitan mejorar la limpieza de las diferentes unidades de hospitalización.

3.2. Sistematización de problemas

En el capítulo anterior se pudo identificar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades encontradas en el área de limpieza del hospital y los principales problemas, con lo anteriormente determinado se utilizará un árbol de problemas que nos permita analizar las causas y efectos de un problema central, para seguidamente analizarlo parte por parte utilizando la matriz de Ishikawa, obteniendo las siguientes figuras que nos permitan identificar el problema y tener una visión clara del mismo.

3.2.1. Árbol de problemas

Figura 30. Árbol de problemas

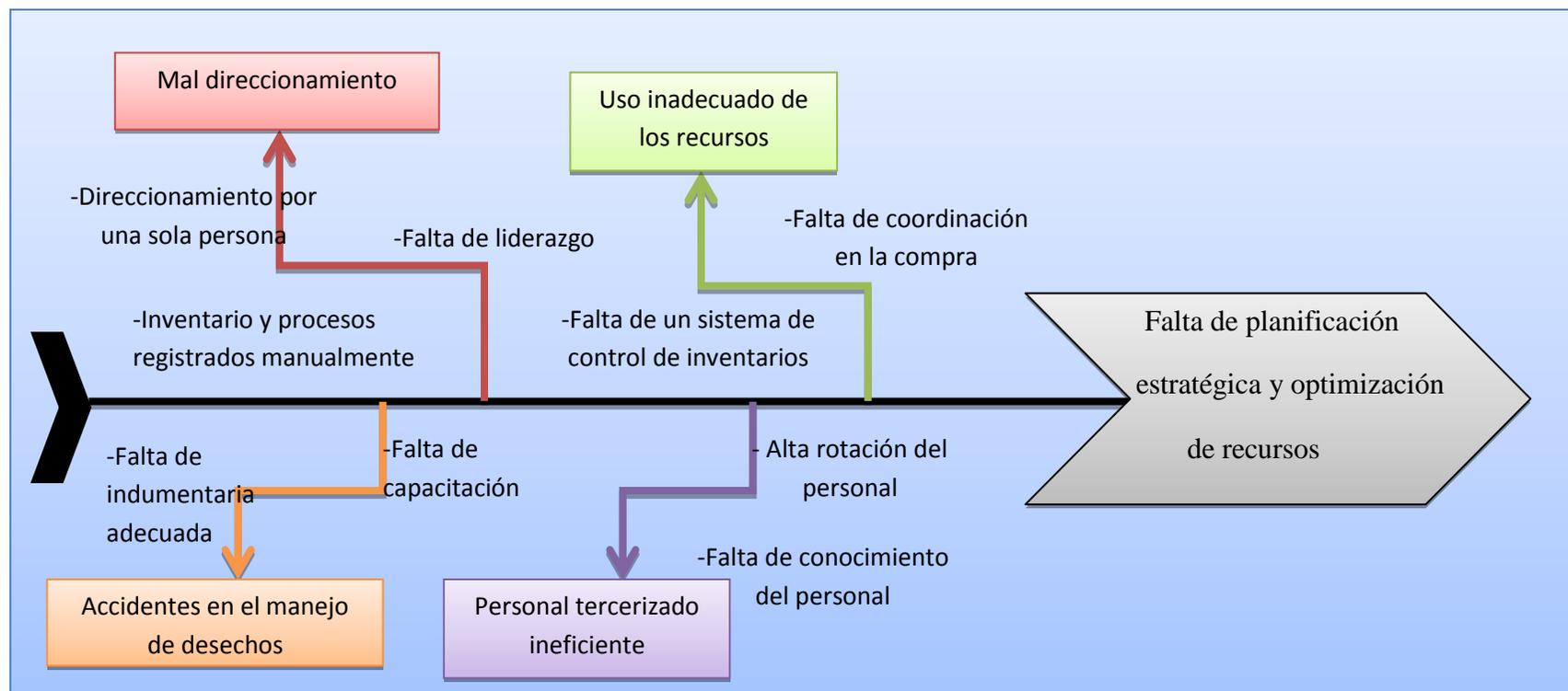


Elaborado por: Christian Altamirano

El árbol de problemas es una técnica que ayuda a analizar las causas y efectos de un problema central.

3.2.2. Matriz de Ishikawa

Figura 31. Matriz Ishikawa



Elaborado por: Christian Altamirano

3.3. Gestión por objetivos

Para realizar una adecuada formulación de los objetivos necesarios para lograr la visión del área se procederá a realizar las siguientes tablas:

3.3.1. Áreas de iniciativas estratégicas

Se consideran las siguientes áreas, mismas que son de importancia para el presente estudio:

3.3.1.1. Ofensivas

Tabla 24. Iniciativas estratégicas ofensivas

		OPORTUNIDADES																	TOTAL	
		O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	O10	O11	O12	O13	O14	O15	O16	O17		
		Creación de políticas basadas en el Plan de Desarrollo y del Buen Vivir.	Regulación de la buena práctica médica en áreas privadas y administrativas.	Garantiza el acceso equitativo y universal a los servicios de salud.	Protección a la comunidad de los riesgos y daños a la salud y al medio ambiente.	Organismos de control sectorizados por competencias y zonificación del sistema de salud.	Aumento presupuestario para la salud a nivel público e incremento de la relación PIB per cápita VS inversión en la salud.	Incremento de la confiabilidad en la salud pública.	Aumento de atención preventiva de salud.	Disminución de la tasa de mortalidad en niños e incremento de esperanza de vida de la población.	Incremento de médicos 21.5 por cada 10000 habitantes.	Incremento del presupuesto para profesionales de la salud.	División del INH en el INSPI y el ARCA para la investigación, desarrollo y vigilancia de la salud en todos los niveles.	Mejora de la calidad del agua.	Control de desechos y clasificación de los mismos.	Aumento del uso de la capacidad del hospital con el aumento de consultas y frecuencias de atención en el hospital.	Competencia de proveedores por medio del INCOP con plazos cortos de entrega.	Alta gama de proveedores.		
FORTALEZAS	F1	Aumento del presupuesto anual del hospital.	0	5	3	3	1	3	1	1	0	0	1	1	0	5	3	1	1	29
	F2	Dependencia al área de servicios generales.	0	1	0	0	5	3	1	1	0	0	1	1	0	0	5	1	1	20
	F3	Personal interno comprometido con el hospital y el cumplimiento de las metas.	0	5	0	1	0	0	3	1	1	3	3	3	0	5	3	1	1	30
	F4	Personal externo con menores costos.	0	5	0	0	0	3	0	0	1	0	5	3	0	0	3	5	3	28
	F5	Clientes internos y externos identificados con el hospital.	0	0	3	5	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	5	0	0	16
	F6	Conocimiento de médicos y personal del hospital en control de bioseguridad.	3	5	3	5	1	3	3	1	3	1	1	5	3	5	3	0	0	45
	TOTAL	3	21	9	14	7	12	8	7	5	4	11	13	3	15	22	8	6	168	

Elaborado por: Christian Altamirano

3.3.1.2. Defensivas

Tabla 25. Iniciativas estratégicas defensivas

		AMENAZAS							TOTAL	
		A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7		
		El 19% de la población posee seguro de salud.	Alta frecuencia de accidentes por heridas corto punzantes debido al mal manejo de desechos.	Falta de control en el proceso de compras debido a que la evaluación de proveedores la realiza el departamento de compras y debería ser en conjunto con servicios generales y el comité de infecciones.	Tercerización de parte de personal de limpieza.	Demora en la asignación del presupuesto por parte del Ministerio de Finanzas por falta de recursos.	Evaluación del Ministerio de Salud Pública y la Contraloría en caso de dudas del proceso.	Escasez de personal especializado, médicos y administradores.		
DEBILIDADES	D1	Falta de gerencia debido a que una persona maneja todo el departamento de servicios generales.	0	3	5	3	1	1	3	16
	D2	Falta de control debido a la falta de equipos e indicadores que permitan realizar una evaluación continua de los procesos.	0	5	5	5	5	3	1	24
	D3	Falta de capacitación en los manejos de desechos, desinfección y contaminación ambiental o bioquímica.	0	5	0	3	1	1	5	15
	D4	Disociación de las funciones del personal tercerizado.	0	3	3	5	1	1	1	14
	D5	Existencia de áreas desatendidas en la limpieza.	0	5	0	3	0	0	1	9
	D6	Existencia de áreas sensibles a bacterias como neonatología y ginecología.	0	3	0	1	0	0	3	7
	D7	Limpieza esporádica sin estándares de calidad.	0	5	0	5	0	3	5	18
	D8	Falta de organización, coordinación y capacitación en conocer cuáles son las áreas de mayor atención en limpieza por el riesgo bacteriológico que representan.	0	5	1	5	1	5	5	22
	D9	Personal externo no calificado para la limpieza hospitalaria.	0	5	3	5	1	3	5	22
	D10	Falta de cumplimiento de normas técnicas.	0	5	3	3	1	3	3	18
	D11	Falta de limpieza en los baños y estándares de calidad para realizarlos todos de la misma forma.	0	5	1	1	1	1	3	12
	D12	Falta de sociabilización a los clientes externos e internos del manejo de desechos y como deben clasificarse.	5	5	0	3	0	3	3	19
	D13	Mal manejo de los desechos infecciosos.	0	5	1	3	0	3	3	15
	D14	Falta de material adecuado para la asepsia y desinfección de todas las áreas.	0	5	5	5	5	3	3	26
TOTAL		5	64	27	50	17	30	44	237	

Elaborado por: Christian Altamirano

3.3.2. Identificación de estrategias

3.3.2.1. Ofensivas

Tabla 26. Estrategias ofensivas

TIPO DE ESTRATEGIA	ESTRATEGIA	FASEAMIENTO	OBJETIVOS
F1 - O2	Creación de un sistema de control de inventarios y presupuestario.	Largo	Optimizar el presupuesto del área.
F1 - O14	Creación de estadísticas de control de desechos.	Corto	Mejorar la dirección gerencial.
F2 - O5- O15	Contratar una persona que se encargue de dirigir el área de limpieza.	Corto	Mejorar la dirección gerencial.
F3 - O2 - O14	Implementación de capacitación integral en limpieza y control de desechos.	Corto	Fortalecer la calidad del servicio.
F4 - O2- O11 – O16	Poner como cláusula en la contratación de personal realizado por el INCOP la fijación del personal por un año, no se acepta rotación del mismo.	Mediano	Optimizar el desempeño del recurso humano.
F5 - O4 - O15	Poner como cláusula en la contratación de personal realizado por el INCOP la fijación del personal por un año, no se acepta rotación del mismo.	Corto	Incrementar la satisfacción del cliente interno y externo.
F6 - O2 - O4 - O12- O14	Implementación de mecanismos de control de calidad en el servicio.	Largo	Fortalecer la calidad del servicio.

Elaborado por: Christian Altamirano

3.3.2.2. Defensivas

Tabla 27: Estrategias defensivas

TIPO DE ESTRATEGIA	ESTRATEGIA	FASEAMIENTO	OBJETIVOS
D1 - A3	Implementar un proceso de compra que se coordine entre los departamentos de servicios generales, compras y comité de infecciones.	Mediano	Mejorar la dirección gerencial.
D2 - A2 - A3 - A4 - A5	Creación de un sistema computarizado para coordinar y gestionar todos los procesos.	Mediano	Implementación tecnológica.
D3 - A2 - A7	Implementación de capacitación integral en limpieza, control de desechos y normas técnicas de bioseguridad.	Corto	Fortalecer la calidad del servicio.
D4 - A4	Tercerizar personal capacitado, fijo por un año y creación de mecanismos de control para evaluar su desempeño.	Mediano	Optimizar el desempeño del recurso humano.
D5 - A2	Implementar mecanismos de control de las áreas atendidas.	Mediano	Mejorar la dirección gerencial.
D7 - A2- A4 - A7	Implementación de capacitación integral en limpieza, control de desechos y normas técnicas de bioseguridad.	Corto	Fortalecer la calidad del servicio.
D8 - A2 - A4 - A6 - A7	Implementación de capacitación integral en limpieza, control de desechos y normas técnicas de bioseguridad.	Corto	Fortalecer la calidad del servicio.
D9 - A2 - A4 - A7	Tercerizar personal capacitado, fijo por un año y creación de mecanismos de control para evaluar su desempeño.	Mediano	Optimizar el desempeño del recurso humano.
D10 - A2	Implementación de un programa de normas técnicas.	Corto	Fortalecer la calidad del servicio.
D11 - A2	Creación de gestión por procesos para estandarizarlos.	Largo	Fortalecer la calidad del servicio.
D12 - A1 - A2	Implementación de capacitación integral en limpieza, control de desechos y normas técnicas de bioseguridad.	Corto	Fortalecer la calidad del servicio.
D13 - A2	Implementación de indumentaria adecuada para la manipulación de desechos.	Corto	Optimizar el desempeño del recurso humano.
D14 - A2	Implementar una opción de compra sistematizada que permita obtener alertas para provisionarse de inventario.	Mediano	Mejorar la dirección gerencial.

Elaborado: Christian Altamirano

3.3.3. Despliegue de objetivos

Tabla 28. Despliegue de objetivos

ORD.	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	PLAZO			ESTRATEGIAS
		Corto	Mediano	Largo	
1	Optimizar el presupuesto del área.			X	Creación de un sistema de control de inventarios y presupuestario.
2	Mejorar la dirección gerencial.	X			Creación de estadísticas de control de desechos.
		X			Contratar una persona que se encargue de dirigir el área de limpieza.
			X		Implementar un proceso de compra que se coordine entre los departamentos de servicios generales, compras y comité de infecciones.
			X		Implementar mecanismos de control de las áreas atendidas.
			X		Implementar una opción de compra sistematizada que permita obtener alertas para provisionarse de inventario.
3	Fortalecer la calidad del servicio.	X			Implementación de capacitación integral en limpieza, control de desechos y normas técnicas de bioseguridad.
				X	Implementación de mecanismos de control de calidad en el servicio.
		X			Implementación de un programa de normas técnicas.
				X	Creación de gestión por procesos para estandarizarlos.
4	Optimizar el desempeño del recurso humano.		X		Poner como cláusula en la contratación de personal realizado por el INCOP la fijación del personal por un año, no se acepta rotación del mismo.
			X		Tercerizar personal capacitado, fijo por un año y creación de mecanismos de control para evaluar su desempeño.
		X			Implementación de indumentaria adecuada para la manipulación de desechos.
5	Incrementar la satisfacción del cliente interno y externo.	X			Poner como cláusula en la contratación de personal realizado por el INCOP la fijación del personal por un año, no se acepta rotación del mismo.
6	Implementación tecnológica.		X		Creación de un sistema computarizado para coordinar y gestionar todos los procesos.

Elaborado por: Christian Altamirano

3.3.4. Antecedentes para la fijación de objetivos por el método estratégico

Los objetivos estratégicos se deben formular para aprovechar las oportunidades, evitar las amenazas, impulsar las fortalezas y superar las debilidades, para ello los objetivos deben de ser específicos, medibles en el tiempo, alcanzables y realistas, además de conocer la realidad actual y las tendencias, para ello se realizarán las siguientes preguntas:

Tabla 29. Antecedentes para la fijación de objetivos estratégicos

No	PASO	OBJETIVOS SIMPLES		
		Optimizar el presupuesto del área.	Mejorar la dirección gerencial.	Fortalecer la calidad del servicio.
0	Tipo	Financiero	Productividad	Marketing
1	¿Dónde estamos?	No existe un control de inventarios que permita la optimización del presupuesto destinado al área, así como conocer las cantidades que se necesitaran para realizar la desinfección anual.	La gerencia está realizada por una sola persona de forma manual, no existe una planificación estratégica.	No existen procesos estandarizados que permitan el adecuado uso de los materiales, además hay desconocimiento de como brindar de forma adecuada el servicio.
2	¿Dónde vamos según la tendencia?	Si se sigue así y con el incremento de la demanda en el uso del hospital existirán periodos de tiempo sin la desinfección adecuada por falta de materiales.	Se corre el riesgo de cometer errores en la dirección lo que podría ocasionar una descoordinación en el personal y reflejarse en la asepsia del hospital.	El cliente externo e interno del hospital insatisfecho con la asepsia pudiendo crear problemas de imagen con el MSP.
3	¿A dónde deseamos llegar?	Se desearía llegar para el año 2016 a la automatización de todos los sistemas del hospital.	Se desearía llegar a manejar todas las áreas de servicios generales de forma independiente.	Se desearía llegar a todos los clientes internos y externos satisfechos.
4	¿A dónde debemos llegar?	Se debe llegar a la automatización del área de limpieza para mejorar el cálculo del inventario anual.	Se debe llegar a manejar de forma autónoma el área de limpieza conectándola con los departamentos afines.	Se debe llegar a tener una imagen corporativa con procesos estandarizados que permitan un control adecuado.
5	Fijación del Objetivo	Implementar para el 2014 un sistema de control de inventarios que permita realizar un cálculo adecuado de los materiales requeridos por año.	Mejorar la dirección gerencia del área de limpieza con el nombramiento de un encargado del área que gestione, supervise y lidere el equipo de limpieza e implementando cuadros de desempeño.	Optimizar la calidad del servicio de limpieza para el 2014 garantizando la satisfacción del cliente interno y externo, además del personal del mismo.

Elaborado por: Christian Altamirano

Tabla 30. Antecedentes para la fijación de objetivos estratégicos

		OBJETIVOS SIMPLES		
No	PASO	Optimizar el desempeño del recurso humano.	Incrementar la satisfacción del cliente interno y externo.	Implementación tecnológica.
0	Tipo	Recurso humano	Responsabilidad social	Innovación
1	¿Dónde estamos?	Existe personal tercerizado, además de una alta rotación del mismo.	Existe un alto número de quejas sobre algunas áreas del hospital.	No existen sistemas de control computarizados, toda la gestión se lleva de forma manual.
2	¿Dónde vamos según la tendencia?	Personal insatisfecho realiza mal sus labores lo que puede causar accidentes laborales y problemas de infecciones.	A tener problemas con el MSP si algunos pacientes se quejan de diferentes áreas por cómo se realiza la limpieza.	Una descoordinación de los procesos y falta de control al personal.
3	¿A dónde deseáramos llegar?	Se desearía que los dos equipos de trabajo laboraran con sinergia de forma equitativa, coordinada y responsable.	Se desearía llegar a tener completamente satisfechos con los servicios de limpieza del hospital los clientes externos como internos.	Optimizar todos los recursos del área.
4	¿A dónde debemos llegar?	Se debe llegar en el 2014 que todos tengan un área y trabajen de forma coordinada.	Se desea llegar a que el personal trabaje en equipo de forma coordinada y capacitada por todo el año.	Se debe llegar en el 2014 a sistematizar todos los procesos conectando a todas las áreas afines al área de limpieza.
5	Fijación del Objetivo	Optimizar la calidad del servicio de limpieza para el 2014 garantizando la satisfacción del cliente interno y externo, además del personal del mismo.	Implementar para el 2014 cláusulas en la contratación de personal de limpieza para que el mismo esté capacitado y no puede ser cambiado durante la duración del contrato.	Implementar para el 2014 un sistema de control de inventarios que permita realizar un cálculo adecuado de los materiales requeridos por año

Elaborado por: Christian Altamirano

3.3.5. Fijación de objetivos

Una vez realizada la tabla anterior se sintetiza toda la información en la siguiente tabla:

Tabla 31. Objetivos

Nº	Tipo de objetivo	Descripción
1	Financiero e innovación	Implementar para el 2014 un sistema de control de inventarios que permita realizar un cálculo adecuado de los materiales requeridos por año.
2	Productividad	Mejorar la dirección gerencia del área de limpieza con el nombramiento de un encargado del área que gestione, supervise y lidere el equipo de limpieza e implementando cuadros de desempeño.
3	Marketing y responsabilidad social	Optimizar la calidad del servicio de limpieza para el 2014 garantizando la satisfacción del cliente interno y externo, además del personal del mismo.
4	Recurso humano	Optimizar el desempeño del recurso humano evitando la rotación del mismo y creando equipos de trabajo mixtos.

Elaborado por: Christian Altamirano

3.4. Desarrollo del plan estratégico e implementación del BSC

Para la implementación del Balance Score Card en el servicio de limpieza del hospital se requiere seguir los siguientes puntos:

3.4.1. Planeación estratégica

La planificación estratégica ayudará al personal a conocer y conectarse con los objetivos del área, comprometiéndose a trabajar juntos para lograr los mismos para ello se planteará lo siguiente:

3.4.1.1. Misión

Para tener un correcto planteamiento de la misión se debe conocer cuáles son los servicios que presta y las personas que están a cargo del área de limpieza del Hospital Enrique Garcés, por esta razón se debe realizar las siguientes preguntas:

Tabla 32. Planteamiento de la misión

MISIÓN		
1	¿Cuál es la institución?	Área de limpieza del HEG.
2	¿Cuál es el propósito básico de la institución?	Garantizar la calidad, seguridad y eficacia en la asepsia del hospital evitando problemas por infecciones bacteriológicas y nocosomiales.
3	¿Cuáles son las competencias distintivas en la institución?	Desinfección. Provisión de materiales. Manejo y control de desechos.
4	¿Quiénes son los clientes de la institución?	Pacientes ambulatorios y hospitalarios del hospital, Personal médico y Personal administrativo.
5	¿Cuáles son los servicios presentes y futuros?	El Servicio de limpieza es el encargado de garantizar la asepsia de todas las áreas de la empresa evitando contaminaciones bacteriológicas y nocosomiales, además del control de desechos; a futuro se deberá mejorar la gestión del área y estandarizar los procesos de limpieza para garantizar y medir el desempeño de todos los que conforman el área.
6	¿Cuáles son los valores que agregamos al servicio?	Respeto, trabajo en equipo y responsabilidad en la realización de las labores, formación y educación al personal administrativo y médico en el control de desechos.

Elaborado por: Christian Altamirano

La misión planteada para el área de limpieza es:

Garantizar la calidad, seguridad y eficacia en la asepsia del hospital evitando problemas por infecciones bacteriológicas e infecciones intra-hospitalarias brindando un servicio eficaz a los pacientes ambulatorios, personal médico y personal administrativo trabajando con respeto y en equipo, mejorando la gestión del área y estandarizando los procesos del mismo.

3.4.1.2. Visión

Tabla 33. Planteamiento de la visión

VISIÓN		
1	¿Si el proceso tuviera éxito como sería 3 años después?	Un servicio de limpieza modelo para los hospitales de segundo nivel con potencial humano altamente calificado.
2	¿Qué logros nos gustaría recordar dentro de algunos años?	Ser un servicio especializado y diferenciado acorde a los estándares de calidad en asepsia y control de desechos del hospital.
3	¿Qué innovaciones podría hacerse a futuro a nivel de la institución?	Sistematización del control de los procesos y el desempeño del área.
4	¿Qué otras expectativas de las partes interesadas se podría satisfacer?	Mejoramiento continuo de los procesos de desinfección de áreas críticas y Semi críticas. Capacitación continua para el personal de planta y tercerizado en las normas de calidad y formas correctas de realizar la desinfección.

Elaborado por: Christian Altamirano

La visión propuesta para el área de limpieza es:

Hasta el año 2016 ser un servicio de limpieza modelo para los hospitales de segundo nivel con potencial humano altamente calificado.

3.4.1.3. Valores

Los valores propuestos para el área son:

Tabla 34. Planteamiento de los valores

VALOR	QUÉ ES	CÓMO SE DEMOSTRARÍA
Aplicación de los principios que inspiran confianza	Es la garantía de que los servicios y procesos desarrollados por el área de limpieza del HEG, satisfagan los niveles exigibles de responsabilidad, compromiso, receptividad y manejo oportuno de quejas de los clientes y partes interesadas, que permitan construir la confianza en los servicios evitando epidemias y contaminaciones por falta de asepsia.	Midiendo índices de desempeño de competencias de los miembros del área de limpieza, supervisando sus labores y la aptitud brindada en el servicio.
Trabajo en equipo y cooperación	Es la intención genuina de los colaboradores de planta y tercerizado del área de limpieza de trabajar cooperativamente con los demás siendo proactivos con sus labores.	Midiendo índices inter-funcionales de eficiencia y eficacia en el cumplimiento de los objetivos del área.
Orientación de servicio al cliente	Es el interés de los colaboradores de servir a sus clientes internos y externos, garantizando la seguridad física de salud de todos.	Midiendo índices inter-funcionales de satisfacción de clientes y revisando el cumplimiento de las normas de bioseguridad.

Elaborado por: **Christian Altamirano**

3.4.2. Perspectiva del cliente

Como se puede ver en ítems anteriores la mayor parte de las estrategias están enfocadas en mejorar la experiencia del cliente interno y externo, el mismo que tiene una percepción negativa actualmente del servicio pidiendo mejoras en el cumplimiento de normativas de bioseguridad para evitar accidentes y problemas de contaminación.

3.4.3. Perspectiva interna

Los miembros del equipo de limpieza no trabajan de forma coordinada debido a que existe personal tercerizado con una alta rotación generando inconvenientes al momento de realizar sus actividades de limpieza, por otro lado no existen procesos estandarizados, ni manuales de procedimientos que permitan al personal mejorar su trabajo cumpliendo las normativas de bioseguridad y calidad, siendo necesaria la

implementación de cláusulas en las contrataciones externas para evitar la rotación del personal, así como para obtener capacitaciones periódicas tanto para el personal externo como interno del área de limpieza del hospital

3.4.3.1. Delimitación de procesos

Los procesos principales para optimizar el desempeño del área son:

- Compras
- Limpieza de zonas específicas
- Manejo del personal
- Control de inventarios

3.4.4. Perspectiva de innovación y mejora

Es necesaria la implementación de un sistema computarizado que permita innovar la forma de gestionar los procesos, ya que actualmente se realizan de forma manual evitando llevar una estadística exacta que permita optimizar el uso de los recursos y provisionar de forma adecuada, por otra parte es necesario implementar un plan de capacitaciones que permita que todo el personal trabaje acorde a los conocimientos y normas de bioseguridad estandarizadas cuidando su salud y la de los demás.

3.4.4.1. Recursos

Los recursos necesarios para mejorar la labor del área son:

- Capacitaciones
- Indumentaria adecuada: Uso de guantes más resistentes para evitar las heridas corto-punzantes por la manipulación de los desechos.
- Implementación de un sistema informático que permita mejorar los procesos.

3.4.4.2. Plan de capacitaciones

El plan de capacitaciones necesario para mejorar el rendimiento y desempeño del equipo es el siguiente:

Tabla 35. Plan de capacitaciones

PLAN DE CAPACITACIONES				
TEMAS	CONTENIDOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	PRESUPUESTO
Normas de bioseguridad y estándares de calidad en la limpieza.	Cumplimiento de procesos. Normas vigentes. Exigencias por MSP, etc.	Capacitación con las temáticas.	Diapositivas. Material de trabajo. Computador. Proyector.	2 capacitaciones anuales con un costo aproximado de \$3.000,00.
Planificación estratégica.	Entrega de la planificación estratégica. Planteamiento de los objetivos y la planificación estratégica.	Presentación de los procesos, procedimientos, indicadores, misión y visión del equipo. Juegos de integración.	Carpetas con la información. Papelógrafos. Diapositivas. Aplicación de test para medir el conocimiento.	2 capacitaciones anuales realizadas por el personal. Costo de recursos aproximado de 300,00.
Control de desechos y desinfección adecuada de áreas.	Limpieza de cada área según su criticidad y necesidad de asepsia, manejo de los materiales y maquinarias.	Capacitación en las temáticas y manejos de materiales y recursos.	Folleto de información y materiales y maquinarias para mostrar su adecuado uso.	2 capacitaciones anuales sin costo, serán exigidas a los proveedores.

Elaborado por: Christian Altamirano

3.4.5. Perspectiva financiera

Actualmente no existe un mecanismo de control que permita revisar de forma adecuada la optimización de los recursos que tiene el área de limpieza, se propone que una vez implementado el sistema de cómputo, el presupuesto pueda ser de forma automatizada, para efectos del proyecto se realizará una comparación del presupuesto actual y el propuesto para el año 2014.

3.4.5.1. Presupuesto actual

Tabla 36. Presupuesto actual

Nombre	Productos (insumos necesarios)	UNI.	CANT.	COSTO	Partida presupuestaria	Total
Contratación de empresa de limpieza	Otros insumos	n/a	12	11.049,50	530209 Servicio de aseo vestimenta de trabajo fumigación desinfección y limpieza de las instalaciones del sector publico	132.594,00
Transporte de desechos infecciosos	Otros insumos	n/a	12	1,68	530202 Fletes y maniobras	119.629,44
Material de aseo	Cepillo para sanitario	unidad	144	0,83	730805 Materiales de aseo	119,19
Material de aseo	Cera líquida para pisos antideslizante	galón	180	3,68	730805 Materiales de aseo	662,40
Material de aseo	Hipoclorito de sodio al 10 % (cloro)	galón	300	2,27	730805 Materiales de aseo	680,49
Material de aseo	Desinfectante líquido varias fragancias	galón	720	2,61	730805 Materiales de aseo	1.879,20
Material de aseo	Detergente en polvo doméstico de 1000 gramos (1 kilo)	unidad	1.920	1,66	730805 Materiales de aseo	3.178,94
Material de aseo	Discos pad de 20 " blanco (para abrillantar)	unidad	60	13,50	730805 Materiales de aseo	810,00
Material de aseo	Discos pad de 20 " negro (para rasquetear)	unidad	120	13,50	730805 Materiales de aseo	1.620,00
Material de aseo	Discos pad de 20 " rojo (para lavar y abrillantar)	unidad	60	13,50	730805 Materiales de aseo	810,00
Material de aseo	Escoba fibra negra o cerda de coco	unidad	60	1,72	730805 Materiales de aseo	102,94
Material de aseo	Escoba plástica fibra suave para parquet	unidad	240	1,60	730805 Materiales de aseo	384,19
Material de aseo	Otros insumos	n/a	50	34,60	730805 Materiales de aseo	1.730,00
Material de aseo	Funda negra grande 2.5 micras de 85 x 120 cm	unidad	30.000	0,25	730805 Materiales de aseo	7.557,00
Material de aseo	Funda negra pequeña de 70 x 60 cm x 1.5 micras	unidad	120.000	0,12	730805 Materiales de aseo	13.956,00
Material de aseo	Funda roja grande de 2.5 micras de 85 x 120 cm	unidad	30.000	0,07	730805 Materiales de aseo	1.986,00
Material de aseo	Funda roja pequeña de 70 x 60 cm x 1.5 micras	unidad	120.000	0,08	730805 Materiales de aseo	9.576,00
Material de aseo	Galones (envase) de plástico grueso para material rígido corto punzante	unidad	3.000	0,50	730805 Materiales de aseo	1.500,00

Material de aseo	Guantes de aseo n 8 y 8.5 bicolor c- 25	Par	960	1,12	730805 Materiales de aseo	1.070,50
Material de aseo	Jabón tocador 125 gramos antibacterial proactive	unidad	960	0,69	730805 Materiales de aseo	661,54
Material de aseo	Otros insumos	unidad	20	39,00	730805 Materiales de aseo	780,00
Material de aseo	Lija de agua a-99 / 500	unidad	180	0,70	730805 Materiales de aseo	126,00
Material de aseo	Lustres 3 en 1	unidad	144	0,09	730805 Materiales de aseo	12,96
Material de aseo	Otros insumos	n/a	150	12,00	730805 Materiales de aseo	1.800,00
Material de aseo	Rasqueteador de piso	unidad	120	0,59	730805 Materiales de aseo	70,73
Material de aseo	Fibra verde suave (vileda)	unidad	840	0,18	730805 Materiales de aseo	151,20
Material de aseo	Otros insumos	litros	50	8,35	730805 Materiales de aseo	417,50
Material de aseo	Otros insumos	litros	20	23,34	70805 Materiales de aseo	466,80
Material de aseo	Otros insumos	unidad	20	47,03	730805 Materiales de aseo	940,60
Material de aseo	Trapeador de algodón (caja de 40 cm y mango de 1.50 cm.)	unidad	240	3,24	730805 Materiales de aseo	777,60
Material de aseo	Papel higiénico doble hoja de 25 metros de largo	unidad	960	0,25	730805 Materiales de aseo	238,18
Material de aseo	Palas plásticas para basura (recogedor)	unidad	120	1,24	730805 Materiales de aseo	149,28
Mantenimiento de equipos de limpieza	Otros insumos	unidad	4	500,00	530704 Mantenimiento y reparación de equipos y sistemas informáticos	2.000,00
Mantenimiento de equipos de limpieza	Otros insumos	unidad	6	400,00	530704 Mantenimiento y reparación de equipos y sistemas informáticos	2.400,00
TOTAL						310.833,67

Fuente: Servicios Generales Hospital HEG
Elaborado por Christian Altamirano

3.4.5.2. Presupuesto propuesto

Tabla 37: Presupuesto propuesto

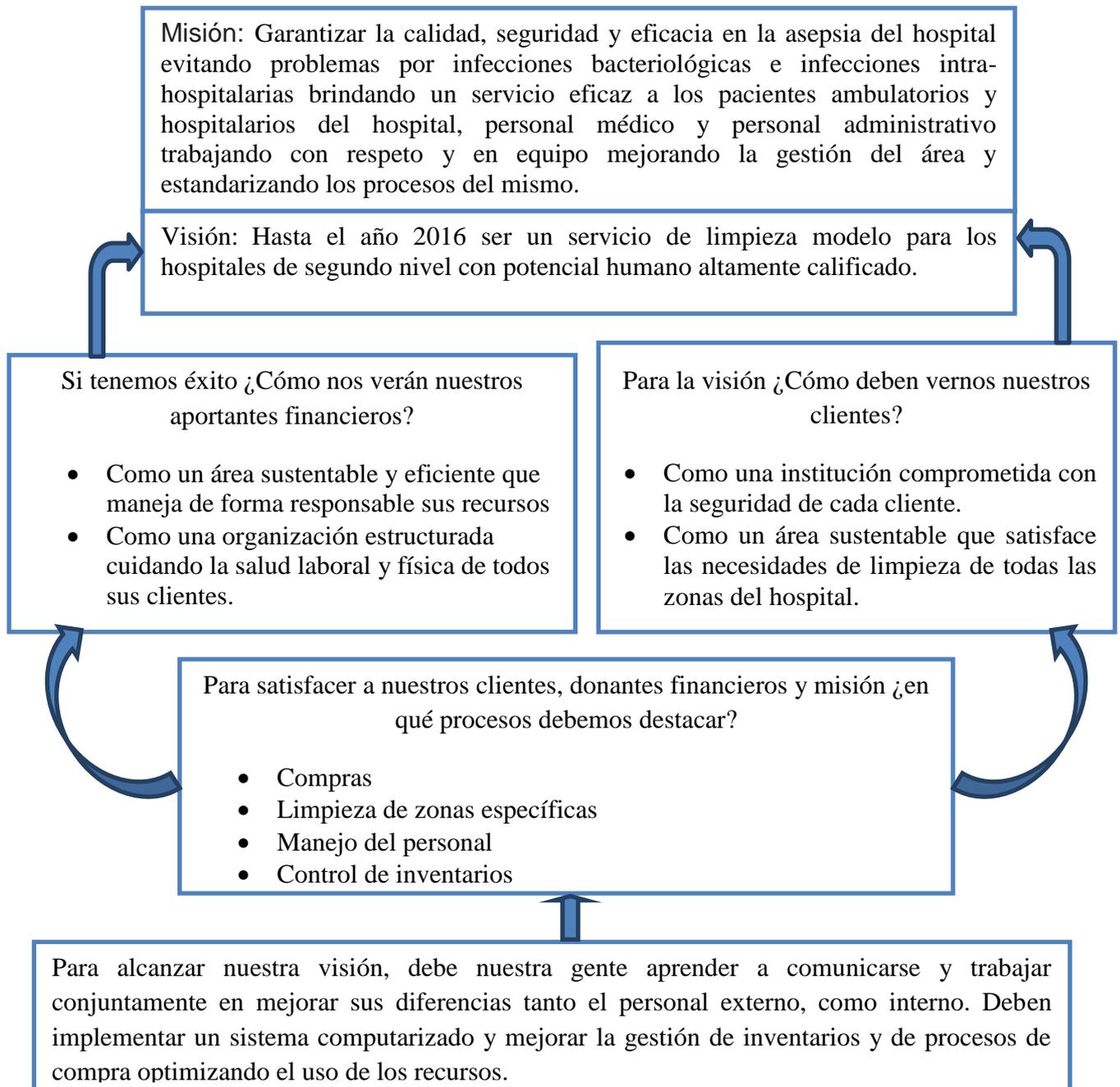
Nombre	Productos (insumos necesarios)	UNI.	CANT.	COSTO	Partida presupuestaria	Total
Contratación de empresa de limpieza	Otros insumos	n/a	12	11.049,50	530209 Servicio de aseo	132.594,00
Transporte de desechos infecciosos	Otros insumos	n/a	22113,80	1,68	530202 Fletes y maniobras	37.319,18
Material de aseo	Cepillo para sanitario	unidad	144	0,83	730805 Materiales de aseo	119,19
Material de aseo	Cera líquida para pisos antideslizante	galón	180	3,68	730805 Materiales de aseo	662,40
Material de aseo	Amonio cuaternario	galón	120	4,50	730805 Materiales de aseo	540,00
Material de aseo	Cidex opa	galón	120	6,75	730805 Materiales de aseo	810,00
Material de aseo	Detergente en polvo doméstico de 1000 gramos (1 kilo)	unidad	1.920	1,66	730805 Materiales de aseo	3.178,94
Material de aseo	Discos pad de 20 " blanco (para abrillantar)	unidad	60	13,50	730805 Materiales de aseo	810,00
Material de aseo	Discos pad de 20 " negro (para rasquetear)	unidad	120	13,50	730805 Materiales de aseo	1.620,00
Material de aseo	Discos pad de 20 " rojo (para lavar y abrillantar)	unidad	60	13,50	730805 Materiales de aseo	810,00
Material de aseo	Escoba fibra negra o cerda de coco	unidad	60	1,72	730805 Materiales de aseo	102,94
Material de aseo	Escoba plástica fibra suave para parquet	unidad	240	1,60	730805 Materiales de aseo	384,19
Material de aseo	Otros insumos	n/a	50	34,60	730805 Materiales de aseo	1.730,00
Material de aseo	Funda negra grande 2.5 micras de 85 x 120 cm	unidad	30.000	0,25	730805 Materiales de aseo	7.557,00
Material de aseo	Funda negra pequeña de 70 x 60 cm x 1.5 micras	unidad	120.000	0,12	730805 Materiales de aseo	13.956,00
Material de aseo	Funda roja grande de 2.5 micras de 85 x 120 cm	unidad	30.000	0,07	730805 Materiales de aseo	1.986,00
Material de aseo	Funda roja pequeña de 70 x 60 cm x 1.5 micras	unidad	120.000	0,08	730805 Materiales de aseo	9.576,00
Material de aseo	Galones (envase) de plástico grueso para material rígido corto punzante	unidad	3.000	0,50	730805 Materiales de aseo	1.500,00
Material de aseo	Guantes de aseo n 8 y 8.5 bicolor c- 25	par	960	1,12	730805 Materiales de aseo	1.070,50
Material de aseo	Jabón tocador 125 gramos antibacterial proactive	unidad	960	0,69	730805 Materiales de aseo	661,54

Material de aseo	Otros insumos	unidad	20	39,00	730805 Materiales de aseo	780,00
Material de aseo	Lija de agua a-99 / 500	unidad	180	0,70	730805 Materiales de aseo	126,00
Material de aseo	Lustres 3 en 1	unidad	144	0,09	730805 Materiales de aseo	12,96
Material de aseo	Otros insumos	n/a	150	12,00	730805 Materiales de aseo	1.800,00
Material de aseo	Rasqueteadores de piso	unidad	120	0,59	730805 Materiales de aseo	70,73
Material de aseo	Fibra verde suave (vileda)	unidad	840	0,18	730805 Materiales de aseo	151,20
Material de aseo	Otros insumos	litros	50	8,35	730805 Materiales de aseo	417,50
Material de aseo	Otros insumos	litros	20	23,34	730805 Materiales de aseo	466,80
Material de aseo	Otros insumos	unidad	20	47,03	730805 Materiales de aseo	940,60
Material de aseo	Trapeador de algodón (caja de 40 cm y mango de 1.50 cm.)	unidad	240	3,24	730805 Materiales de aseo	777,60
Material de aseo	Papel higiénico doble hoja de 25 mts de largo	unidad	960	0,25	730805 Materiales de aseo	238,18
Material de aseo	Palas plásticas para basura (recogedor)	unidad	120	1,24	730805 Materiales de aseo	149,28
Mantenimiento de equipos de limpieza	Otros insumos	unidad	4	500,00	530704 Mantenimiento y reparación de equipos y sistemas informáticos	2.000,00
Mantenimiento de equipos de limpieza	Otros insumos	unidad	6	400,00	530704 Mantenimiento y reparación de equipos y sistemas informáticos	2.400,00
Equipos de computo	Otros	unidad	1	3.000,00	Mantenimiento y realización de un sistema	3.000,00
Capacitaciones	Otros	unidad	1	3.300,00	Capacitaciones en desechos	3.300,00
TOTAL						241.669,23

Elaborado por: Christian Altamirano

3.4.6. Direccionamiento del plan estratégico para el área de limpieza del HEG bajo el Balanced Score Card

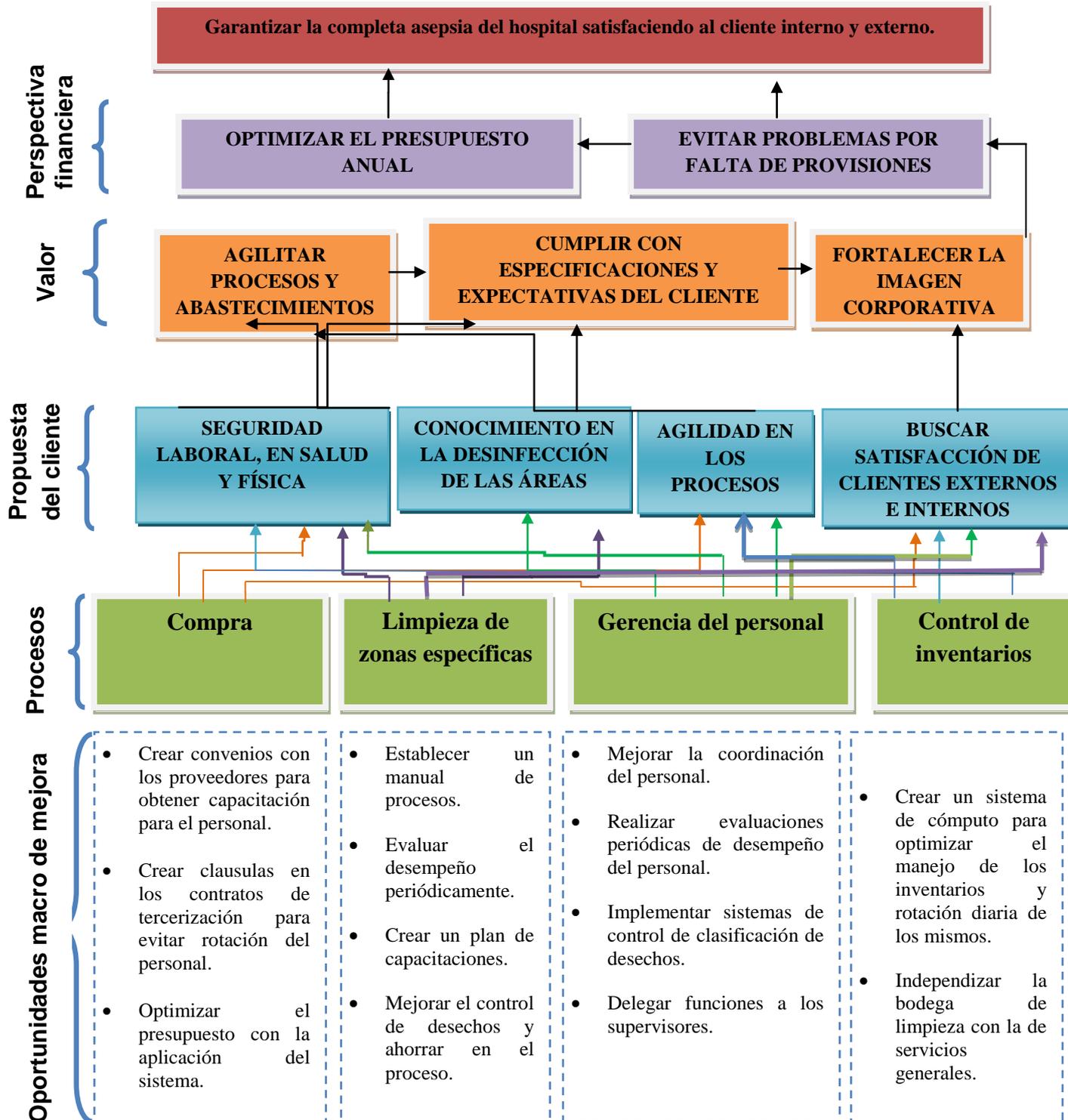
Figura 32. Direccionamiento del plan estratégico



Elaborado por: Christian Altamirano

3.4.7. Árbol de BSC

Figura 33. Árbol de Balanced Score Card



Elaborado por: Christian Altamirano

3.5. Gestión por procesos

Como se puede ver en el Balanced Score Card es necesaria la aplicación de los procesos y la adecuada gestión de los mismos por ello es necesario el liderazgo en la dirección:

3.5.1. Liderazgo de la dirección

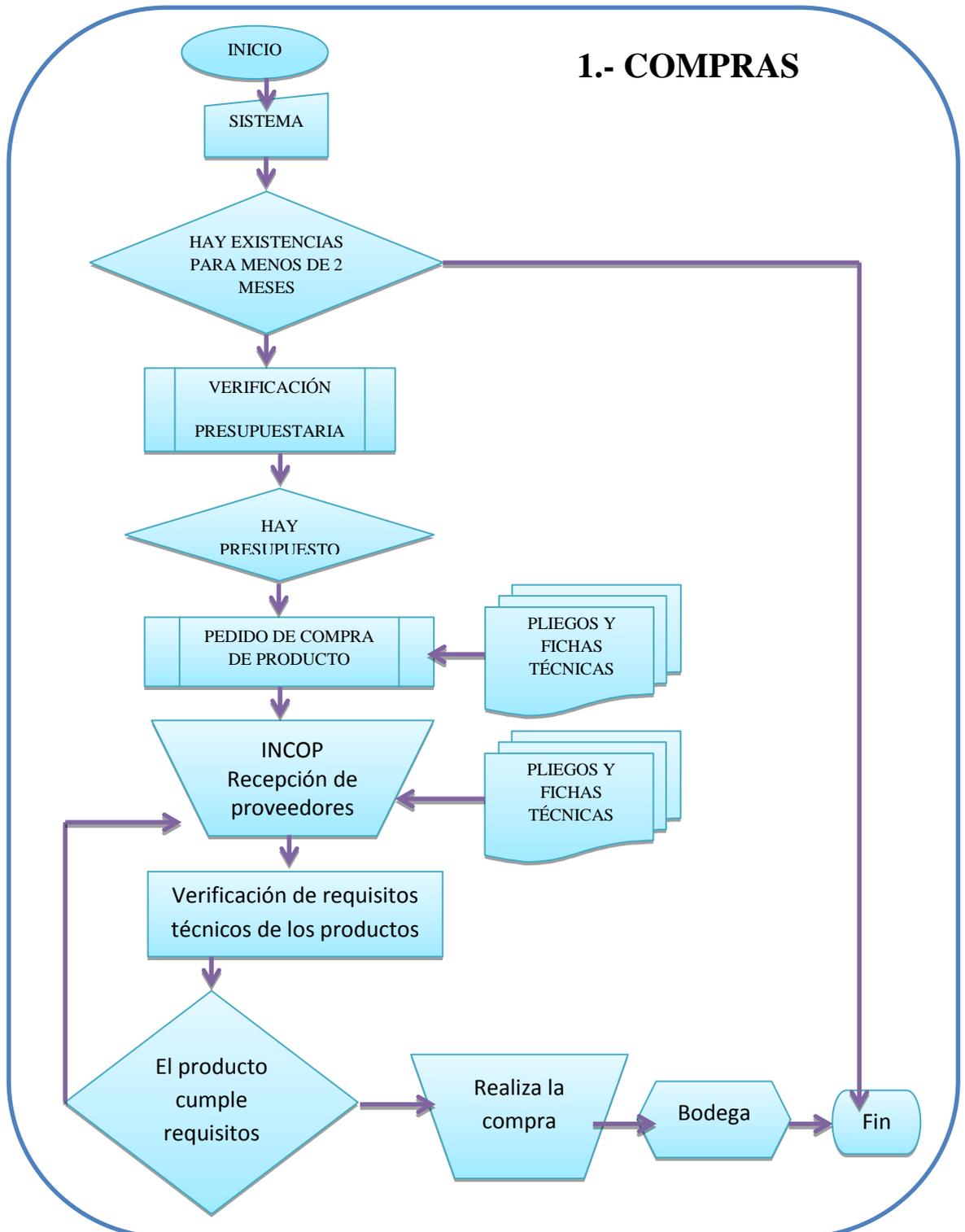
Para controlar la gestión de los procesos se delegaran supervisores del equipo de forma aleatoria semanalmente el mismo que para mostrar su liderazgo y buena gestión en el cumplimiento de los procesos, optimización de recursos y materiales de aseo debe:

- Delegar su autoridad.
- Hacer asignaciones claras y definidas.
- Supervisar a base de resultados.
- Emplear poca presión.
- Entrenar y recordar los procesos al grupo al que supervisa.
- Motivar e inducir a la buena comunicación e integración del equipo.
- Optimizar el uso de los recursos, reduciendo desperdicios.
- Vigilar que el personal asignado cumpla sus funciones y se encuentre con la vestimenta adecuada.
- Gestionar las quejas y darle la atención adecuada según su grado de complejidad.
- Verificar que la clasificación de los desechos en el punto de generación sea el correcto.

Por otro lado es necesaria la implementación de una persona encargada del área de limpieza que trabaje directamente con el personal y los supervisores, así como con el jefe de servicios especiales con el fin de crear un ambiente de liderazgo interno que mejore las relaciones existentes y ayude a la satisfacción del cliente interno y externo.

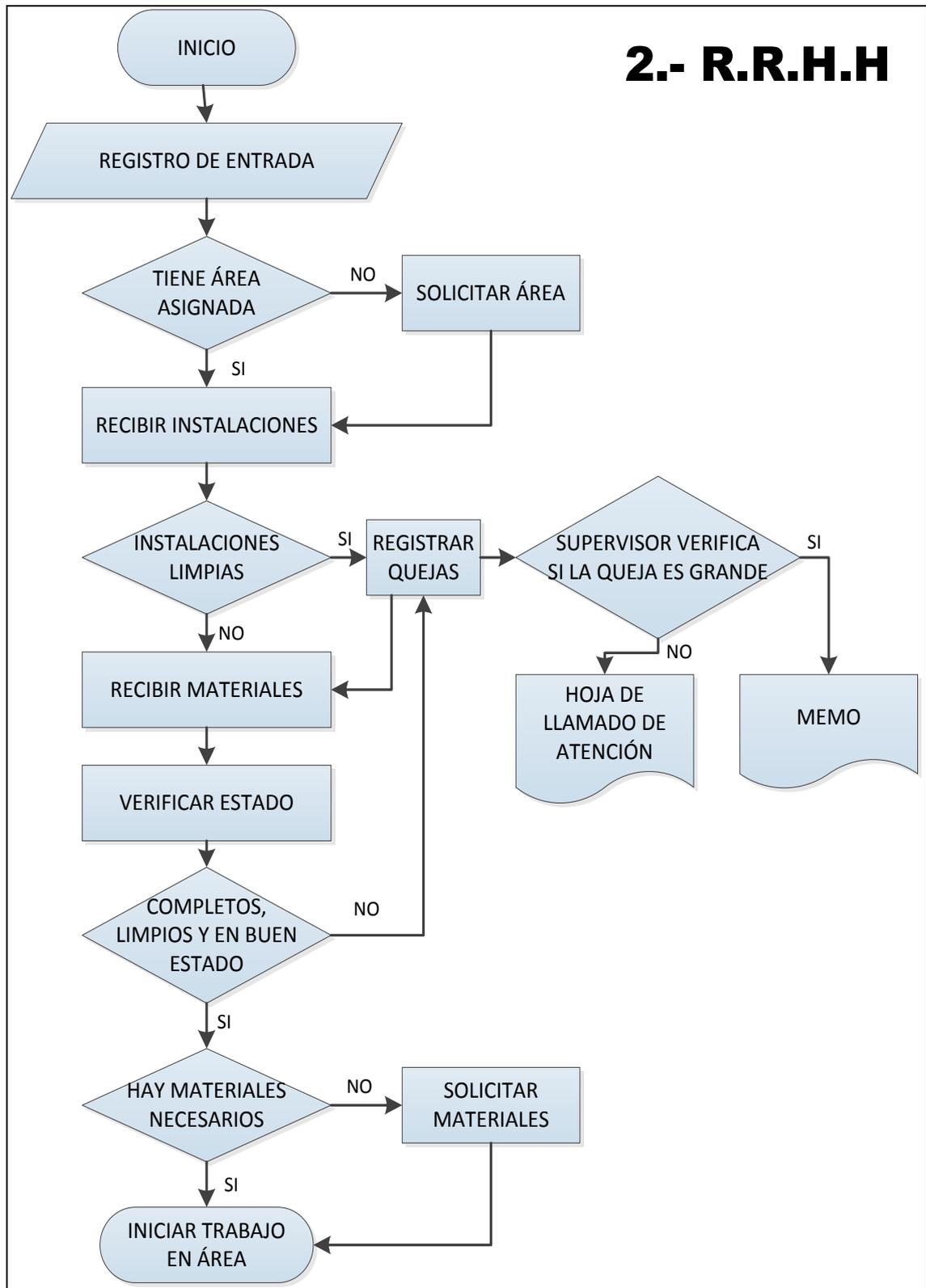
3.5.2. Flujogramas de procesos

Figura 34. Proceso de compras



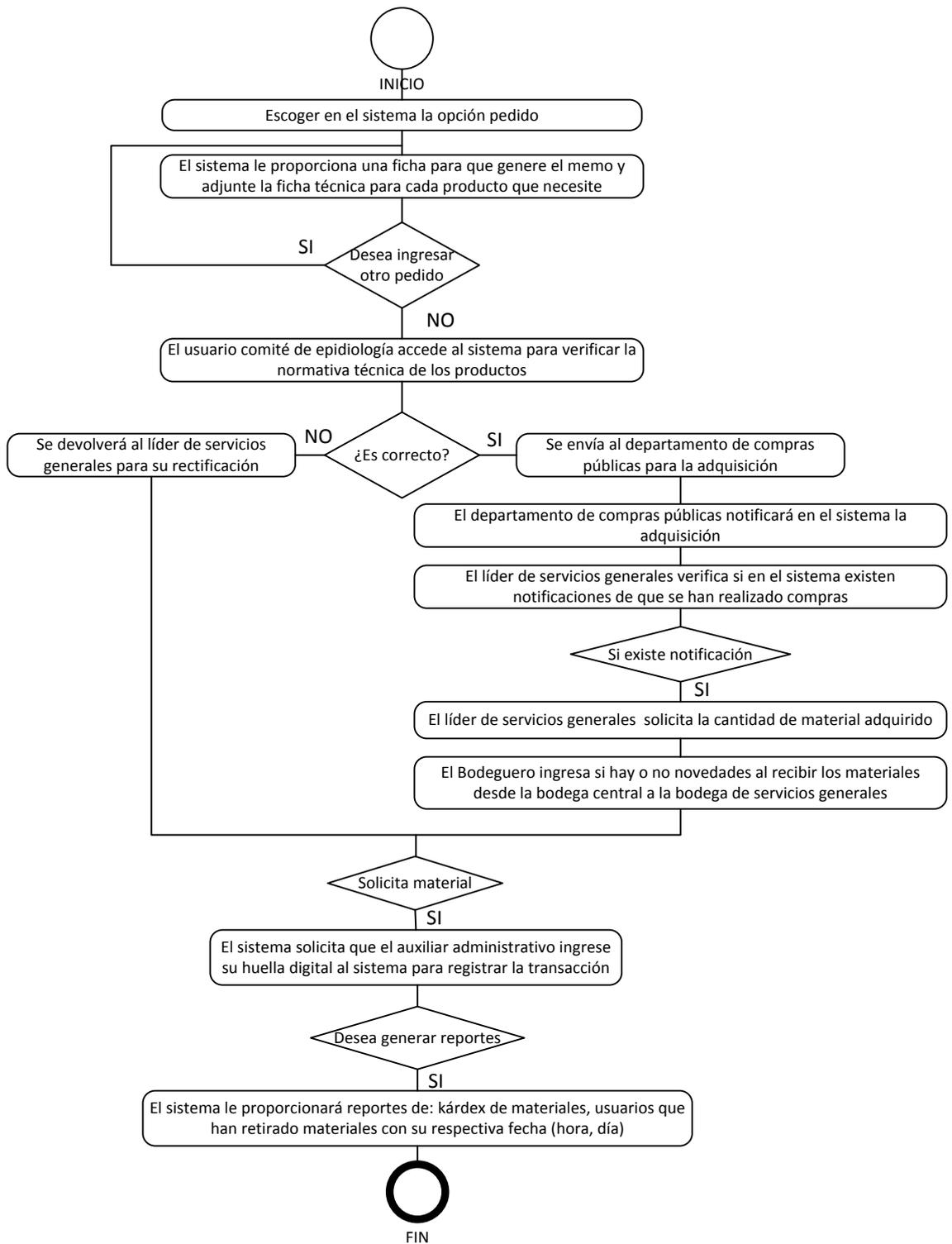
Elaborado por: Christian Altamirano

Figura 35. Proceso de recursos humanos



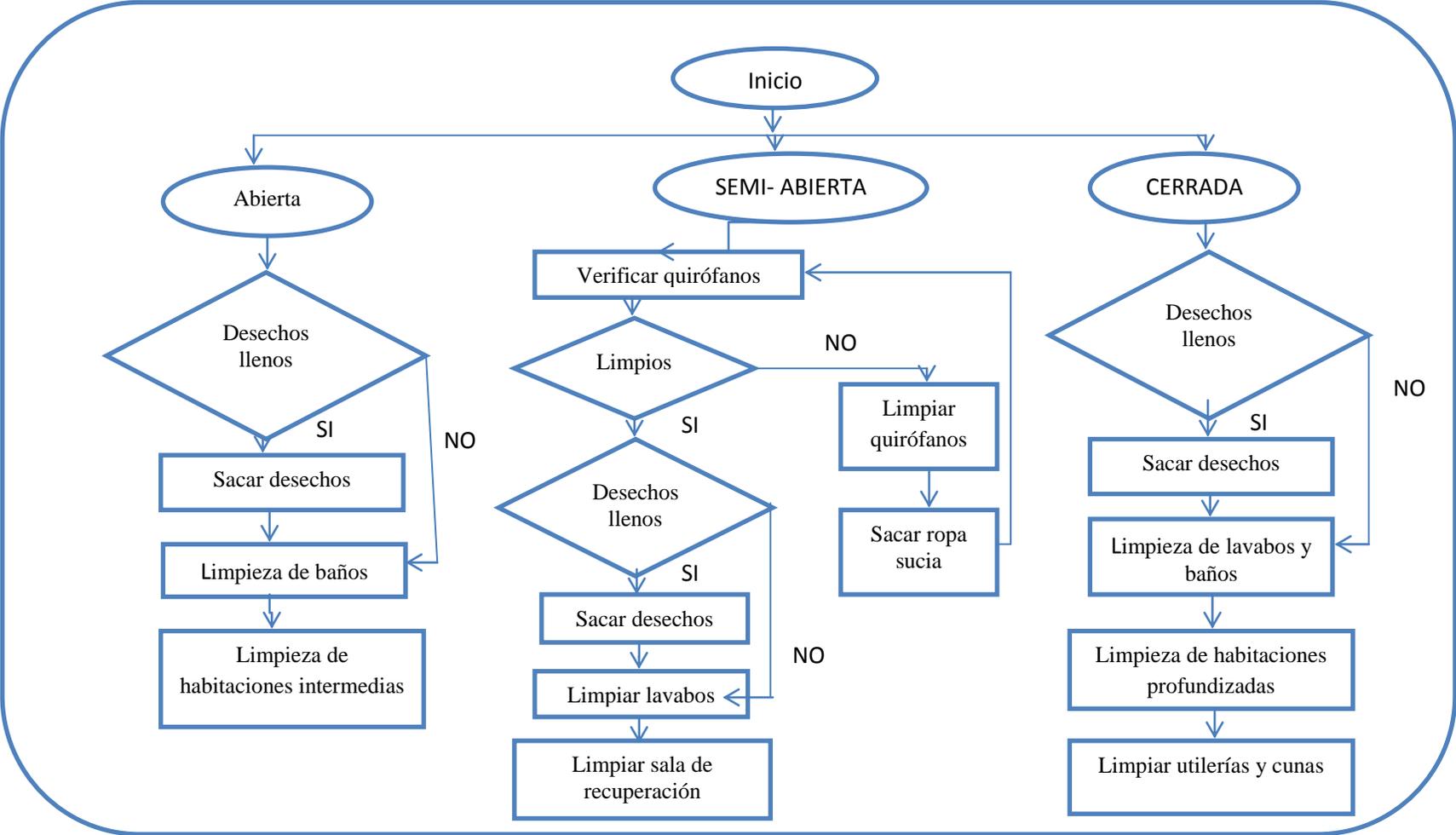
Elaborado por: Christian Altamirano

Figura 36. Proceso de control de inventarios



Elaborado por: Christian Altamirano

Figura 37. Proceso de limpieza de áreas



Elaborado por: Christian Altamirano

3.6. Gestión por resultado

Para el control de los procesos y el cumplimiento de los objetivos es necesario la aplicación de los indicadores que permitan optimizar el presupuesto:

Tabla 38. Planificación estratégica a base de resultados:

N°	Objetivo estratégico	Actividades del BSC	2014			2015			Facilitador	Indicadores para resultados			
			1	2	3	1	2	3		Índice	Formula	Medición	Verificación de resultado
1	Mejorar la dirección gerencial.	<ul style="list-style-type: none"> Nombrar un encargado para el área. Realizar convenios con los proveedores. Implementar el manual de procesos para el área. Capacitar al personal sobre los procesos. 							Sr. Fernando Prieto	Desempeño de procesos claves	Valor de medición por observación de supervisores	Semanal	Tabla de calificación de supervisores sobre el cumplimiento de los procesos.
2	Implementación tecnológica.	<ul style="list-style-type: none"> Implementar un software para el control de inventarios y manejo de proveeduría. 							No definido	Optimización de tiempo	Organización	Diaria	Actualización del sistema y estadísticas de productos.
3	Optimizar el desempeño del recurso humano.	<ul style="list-style-type: none"> Capacitaciones. 							No definido	Desempeño personal	Calificación desempeño personal	Diario	Verificar si ponen en práctica lo aprendido.
4	Optimizar el presupuesto del área.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar un control detallado de desechos. 							Personal del área	Optimización de recursos	% de ahorro	Diario	Verificar estadísticas de desechos.
5	Incremento de la satisfacción del cliente interno y externo.	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar la sepsia total del hospital. 							Personal del área	Satisfacción del cliente	% de disminución quejas	Mensual	Estadísticas de quejas.

Elaborado por: Christian Altamirano

CONCLUSIONES

1. Al implementar un plan estratégico y optimizar los recursos se logra un ahorro sustentable en el presupuesto anual lo que permite obtener mayor cantidad de recursos para otras áreas, ya que actualmente el manejo de inventarios manuales no asegura una correcta optimización de los recursos y correcto control de inventarios por lo cual se demuestra que la implementación de un sistema computarizado optimizaría la gestión de los procesos y el aprovisionamiento correcto.
2. La alta rotación que tiene el personal de la empresa privada no permite que los procesos de limpieza se puedan estandarizar y realizarlos con calidad.
3. La ejecución de los procesos ayuda al equipo a trabajar de forma correcta y la asignación de supervisores dentro del equipo mantiene el compromiso con la optimización de los recursos y su correcto desempeño.
4. Al designar una persona que maneje el área de limpieza la gerencia se mejora, el equipo trabajara acorde a los procesos y la resolución de problemas se manejara con liderazgo.
5. La ejecución de capacitaciones proporciona una mejor integración del equipo, aumenta el conocimiento y disminuye la cantidad de desechos infecciosos contribuyendo a un ahorro en el presupuesto.
6. El cambio constante de los diferentes procedimientos realizados en las diferentes unidades de hospitalización, así como la continua afluencia de usuarios y la proliferación cada vez de diferentes tipos de bacterias, hace que los procesos de limpieza estén continuamente cambiando.
7. Al brindar servicios de salud las veinte y cuatro horas del día durante todo el año la cobertura de la limpieza en todo el hospital deberá ser constante, por lo que todas sus unidades operativas deberán ser cubiertas en su totalidad.

RECOMENDACIONES

1. Implementar mecanismos de control de inventarios diarios en el sistema de cómputo con el fin de optimizar cada uno de los recursos.
2. Es necesario que las cláusulas en los documentos de contratación de servicios externos permitan obtener las capacitaciones constantes de forma gratuita y eviten la rotación del personal. También se recomienda pedir todos los materiales al inicio del año y dispensar los mismos de forma correcta para no quedarse sin provisiones de materiales de aseo en el año para de esta manera evitar la compra de los mismos a un costo superior a mitad de año.
3. Es recomendable que al implementar el modelo de gestión por procesos se realice una inducción del mismo a todo el personal del área de limpieza, de igual forma para la asignación de supervisores se deberá realizar un concurso de méritos y oposición, para de esta forma garantizar el compromiso y el buen desempeño de todos los funcionarios pertenecientes al departamento de servicios generales.
4. La persona seleccionada para la supervisión operativa del área de limpieza deberá tener conocimiento en el manejo de los diferentes procesos a implementarse y de igual forma deberá contar con el respaldo de todo el personal para la resolución de problemas.
5. Las capacitaciones a realizarse no solo deberán ser para el personal que labora en el área de limpieza, estas tendrán que ser extensiva para todo el personal médico y administrativo que labora en la institución, para de esta manera formar una responsabilidad social de todos los actores en el proceso de salud.
6. Revisar mensualmente los procesos diseñados con el fin de corregir posibles desfases en los mismos, con la información obtenida evaluar los indicadores en cada proceso de limpieza con la finalidad de mejorar el proceso continuamente.

7. Realizar una mejor distribución de horarios de trabajo con 3 turnos de 8 horas diarias c/u, con la implementación del modelo se recomienda realizar la limpieza y desinfección de áreas grandes en la noche con personal específico para esos lugares.

LISTA DE REFERENCIAS

- Benavente B. (2008), *Administración por Objetivos*, Colombia, Alfa Omega
- Chiavenato I. (2008), *Introducción a la teoría general de la administración*, Colombia, Konzt
- Harrington J, (1993), *Mejoramiento de los Procesos de la Empresa*, México, editorial mc. Graw Hill interamericana, s.a
- Mariño H. (2013), *Gestión por Procesos*, Colombia, Alfa Omega
- Porter, (2003), *ser competitivos: nuevas aportaciones y conclusiones*, editorial mc. Graw Hill interamericana, s.a
- Rosen, (2004), *Surfactants and Interfacial Phenomena*, New York, 3rd edition, Wiley – Interscience
- Benavente Borbolla J., (2012), *Administración por Objetivos APO/*, Pág. 1 a la 9 Recuperado el 3/octubre/2013 de la consulta de: <http://www.slideshare.net/vanecubillos/administracion-por-objetivos-8893139>
- CONSTRUMATICA, (2013), *Descontaminación*, Recuperado el 4/octubre/2013 de la consulta de: <http://www.construmatica.com/construpedia/descontaminaci%c3%b3n>
- Campos H., (2012), *Qué es el Balanced Score Card*, Recuperado el 14/octubre/2013 de la consulta de: <http://www.plusformacion.com/Recursos/r/Que-es-Balanced-Scorecard>
- Definición ABC, (2013), *Indicadores*, Recuperado el 4/octubre/2013 de la consulta de: <http://www.definicionabc.com/general/indicadores.php>
- Enciclopedia del Ecuador, Avilés E., (2012), *Ministerio de Salud Pública*, Recuperado el 16/septiembre/2013 de la consulta de: <http://www.encyclopediadelecuador.com/temasopt.php?ind=1431&let=>
- Enfermería Básica, (2003), *Asepsia y Antisepsia*, Recuperado el 6/octubre/2013 de la consulta de: <http://enfermeriasbasica.galeon.com/asepsia.html>
- Ekosnegocios, (2012), *PIB*, Recuperado el 12/octubre/2013 de la consulta de: [http://www.indexmundi.com/es/china/producto_interno_bruto_\(pib\).html](http://www.indexmundi.com/es/china/producto_interno_bruto_(pib).html)

- Glagovsky, (2006), *Análisis FODA*, Pág. 5 y 9, Recuperado el 13/octubre/2013 de la consulta de: <http://es.scribd.com/doc/71766897/Anailisis-FODA-y-Estrategias-para-Instituciones-Educativas>
- Humphrey, (2004), *Análisis DOFA y análisis PESTN*, Recuperado el 23/septiembre/2013 de la consulta de: <http://www.degerencia.com/articulos.php?artid=544>
- Hernández N. (2013), *Análisis DAFO*, Recuperado el 16/octubre/2013 de la consulta de: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/142413.pdf> y <http://www.eumed.net/ce/2011a/domh.htm>
- Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública, (2013), *INH*, Recuperado el 28/septiembre/2013 de la consulta de: http://www.inspi.gob.ec/?page_id=1758
- Lañes E., (2013), *curso de microbiología general, acción de los agentes químicos sobre las bacterias*, Recuperado el 6/octubre/2013 de la consulta de: http://www.biologia.edu.ar/microgeneral/micro-ianez/19_micro.html
- Ministerio de Fomento, (2005), *Elaboración de un análisis DAFO en organizaciones de transporte*, Pág. 3 y 4, Recuperado el 15/septiembre/2013 de la consulta de: <http://www.fomento.es/nr/rdonlyres/286fb432-2d3c-4596-94b3-1b2d96af526d/19424/iva3.pdf>
- Ministerio de Salud Pública, (2005), *Marco de la Reforma estructural de Salud en el Ecuador*, Recuperado el 19/septiembre/2013 de la consulta de: <http://msp.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública, (2012), / *Datos esenciales de la salud: una mirada a la década*, Recuperado el 26/septiembre/2013 de la consulta de: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/datos-esenciales-de-salud-2000-2010.pdf>
- MSP, (2011), *Indicadores Básicos de la Salud*, Recuperado el 26/septiembre/2013 de la consulta de: http://www2.paho.org/ecu/dmdocuments/indi_bs_%202011.pdf
- MSP, (2012), *salud: la base del buen vivir*, Recuperado el 29/septiembre/2013 de la consulta de: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/salud-la-base-del-buen-vivir.pdf>

- Mariño H., (2001), *Gestión por Procesos*, Pág. 43, 44, Recuperado el 9/octubre/2013 de la consulta de: http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2265/mod_resource/content/1/modulo_1/gestiondeprocesos.pdf
- Macario E., (2012), *Modelo de las 5 fuerzas de Porter y su aplicación al sistema bancario de Guatemala*, Recuperado el 13/octubre/2013 de la consulta de: Maestría en negocios internacionales publicado en: <http://clubensayos.com/Negocios/MODELO-DE-LAS-5-FUERZAS/458545.html>
- MSP, (2013), *Integración de la Salud*, Recuperado el 17/octubre/2013 de la consulta de: <http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/002-case-nilda%20villacres.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, (2001), *Desigualdades en el acceso, uso y gasto con el agua potable en América Latina y el Caribe*, Recuperado el 2/octubre/2013 de la consulta de: <http://web.archive.org/web/20070928010333/http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacg/e/fulltext/ecuador/ecuador.pdf>
- Orietta, (2011), *Epidemiología*, Recuperado el 15/octubre/2013 de la consulta de: http://www.esevictoria.gov.co/sitio2/guias_protocolos/epidemiologia/protocolos%20epidemiologia/limpieza%20y%20desinfeccion.pdf
- Pacheco, (2002), *Indicadores Integrales de Gestión*, Recuperado el 18/septiembre/2013 de la consulta de: <http://www.oocities.org/es/medinajeannette/seminario/t3.html>
- Pérez O, (2013), *Director del diario público El Telégrafo analiza el fenómeno político que representa Rafael Correa*, Recuperado el 23/septiembre/2013 de la consulta de: http://www.eltiempo.com/mundo/latinoamerica/articulo-web-new_nota_interior-12594209.html.
- Plan Nacional del Buen Vivir, (2013), *Planificación Nacional*, Recuperado el 2/octubre/2013 de la consulta de: http://plan.senplades.gob.ec/c/document_library/get_file?uuid=e61d1472-6a61-4149-8771-23256af4ffc5&groupid=10136

- Universidad Politécnica Salesiana, (2013), *Exposición Ocupacional*, Recuperado el 30/septiembre/2013 de la consulta de: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/3633/1/ups-gt000348.pdf>
- Vargas, (2004), *Análisis de aguas y líquidos residuales*, Pág. 163-166, Recuperado el 11/septiembre/2013 de la consulta de: http://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/2784/mod_resource/content/0/2_Aguas_residuales_protegido_.pdf
- Vara G., (1996), *Contribución al estudio sobre el comportamiento ambiental y degradación de jabones. tesis de doctorado*, Recuperado el 12/octubre/2013 de la consulta de: http://www.inapiprojecta.cl/605/articles-1667_recurso_1.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Factura Plasti-Limpio



Siempre a su servicio!
Calle Vicente Duque N77-443 y Juan Salas
Teléfonos 247 8082 / 247 8063
E-mail: pauline@plasti-astnet.net
Quito - Ecuador
RUC 1792092109001

FACTURA
Nº 001-001- 000012011

Autorización SRI: 1111328897
Fecha Autorización SRI: 03 JULIO 2012
***PF: 1000012011

CLIENTE: HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS		CODIGO: 121213	
RUC / C.I.: 1768034320001		TELÉFONO: 2648093	D M A 5 11 2012
ATENCIÓN: Adquisiciones		PROVINCIA: PICHINCHA	CIUDAD: QUITO
DIRECCIÓN: CHILIBULO SAN Y AV. ENRIQUE GARCÉS			

PEDIDO No.	GUÍA DE REMISIÓN	CONDICIONES DE PAGO	VENCEDOR	ZONA	FECHA VENCIMIENTO		
					D	M	A
0	S/N	Crédito: 30 DÍAS	43	03	5	12	2012

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Nro. LOTE	UND.	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
103052	PD NEGRA 70X60		UND	80000.00	0.09000	7200.00
103	PD ROJA 70X60		UND	40000.00	0.10000	4000.00
1030213	PD NEGRA 85X120 EG		UND	10000.00	0.32610	3261.00
1030213	PD ROJA 85X120 EG		UND	15000.00	0.32000	4800.00

CANCELAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE PLASTILIMPIO S.A.		SUBTOTAL	19411.0000
Debo y pagaré a la orden de PLASTILIMPIO S.A. El valor de esta factura, En el plazo estipulado contado desde hoy, en caso de mora me sujeto a los intereses máximos previstos en la ley, a ser demandado en juicio ejecutivo o verbal sumario a elección del actor ante los jueces de la ciudad, para lo cual renuncio a otro domicilio		0% IVA	0.0000
		12 % IVA	2329.3200
ELABORADO POR:		TOTAL FACTURA	21740.3200
AUTORIZADO POR:		RECIBI CONFORME: HERRERA ENRIQUE GARCÉS	

ELABORADO POR: **ELABORADO POR:**
Econ. Jorge Paul C.
LICER ALMACEN CENTRAL

PLASTILIMPIO S.A.
RUC 1792092109001

VERIFICAR PARA SU EMISIÓN HASTA 03 JULIO 2013

ORIGINAL / CLIENTE / COPIA VERDE / EMISOR / COPIA AMARILLA / FISCAL / SIN DERECHO A CREDITO TRIBUTARIO

Fuente:

<https://www.compraspublicas.gob.ec/ProcesoContratacion/compras/PC/informacionProcesoContratacion2.cpe?idSoliCompra=c-1AXm4Kt4ml-0ORZFgzq3SVDfWbMgQzNi3K1KUW5NE>,

Anexo 2. Ficha técnica para compra de productos

CANT.	PRES.	CONCEPTO	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	V.UNITARIO USD	V. TOTAL USD
10.000	UNID	FUNDAS NEGRA GRANDE 2.5MICRAS DE 85X120 CM	MATERIALES PLASTICOS BIODEGRADABLE/COLOR NEGRO/DE 2.5 MICRAS/ DE 85X120 CM / CON LOGOTIPO Y ROTULACION "DESECHOS COMUNES"	0.230	2.300,00
10.000	UNID	FUNDAS ROJAS GRANDES 2.5 MICRAS DE 85X120 CM	MATERIALES PLASTICOS BIODEGRADABLE/COLOR ROJO /DE 2.5 MICRAS/ DE 85X120 CM / CON LOGOTIPO Y ROTULACION "DESECHOS INFECCIOSOS"	0.241	2.410,00
30.000	UNID	FUNDAS NEGRAS PEQUEÑAS 1.5 MICRAS DE 70 X 60 CM	MATERIALES PLASTICOS BIODEGRADABLE/COLOR NEGRO/DE 1.5 MICRAS/ DE 60X70 CM / CON LOGOTIPO Y ROTULACION "DESECHOS COMUNES"	0.050	1.500,00
30.000	UNID	FUNDA ROJA PEQUEÑA 1.5 MICRAS DE 70X60 CM	MATERIALES PLASTICOS BIODEGRADABLE/COLOR ROJO/DE 1.5 MICRAS/ DE 60X70 CM / CON LOGOTIPO Y ROTULACION "DESECHOS INFECCIOSOS"	0.053	1.590,00
SUBTOTAL					7.800,00
12 % IVA					936,00
TOTAL					8.736,00

Anexo 3. Factura ImporPlast



CABRERA ARISS BERNARDO
 Antonio Castillo Oe 1387
 y N77A Juan De Selis
 Teléfono: 248-5755 / 247-7249
 Quito - Ecuador

R.UC. 1707977789001

FACTURA 001-001- 0002711

Autorización SRI:1110926595

"OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD"

CLIENTE: HOSPITAL ENRIQUE GARCES	CÓDIGO:						
RUC / C.I.: 1788034520001							
ATENCIÓN: ADQUISICIONES	TELÉFONO: 614456						
	<table border="1"> <tr> <th>D</th> <th>M</th> <th>A</th> </tr> <tr> <td>13</td> <td>06</td> <td>12</td> </tr> </table>	D	M	A	13	06	12
D	M	A					
13	06	12					
DIRECCIÓN: CALLE CHILIBULO S/N ENRIQUE GARCES	PROVINCIA: PICHINCHA						
	CIUDAD: QUITO						

PEDIDO No.	FECHA PEDIDO			GUÍA DE REMISIÓN	CONDICIONES DE PAGO	VENDEDOR	ZONA	FECHA VENCIMIENTO		
	D	M	A					D	M	A
				3620-3621	CREDITO 30 DIAS	E.R.		14	07	12

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UND.	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
	GALONES (EMBASE) DE PLASTICO GRUESO PARA MATERIAL RIGIDO COFT	FCO	2000 ✓	\$ 0.50 ✓	\$1,000.00 ✓
	GUANTES DE NITRILO (MEDIANO) X 100 UNIDADES	GL	250 ✓	\$ 13.80 ✓	\$3,450.00 ✓
	GUANTES DE NITRILO (SMALL) X 100 UNIDADES	UNID	45 ✓	\$ 13.80 ✓	\$621.00 ✓
	LAVAJILLAS DE 55 GALONES OLI, (JABON DESINCRASANTE)	UNID	4 ✓	\$ 209.20 ✓	\$836.80 ✓
	LJAS DE AGUA	UNID	50 ✓	\$ 0.70 ✓	\$35.00 ✓
	LUSTRES 3 EN UNO.	UNID.	600 ✓	\$ 0.09 ✓	\$51.20 ✓
	PAPEL TOALLA DE 100 METROS C/ ROLLO DOBLE HOJA X 500 U	UNID	300 ✓	\$ 3.40 ✓	\$1,020.00 ✓
	PAPEL TOALLA DE 180 METROS	PAQ	50 ✓	\$ 6.86 ✓	\$343.00 ✓
	PAPEL TOALLA DE MANOS DE 360/365 METROS	UNID.	100 ✓	\$ 17.00 ✓	\$1,700.00 ✓
	TRAPEADOR DE ALGODON (CAJA DE 40 CM Y MANO DE 1,50 CM)	UNID.	200 ✓	\$ 3.24 ✓	\$648.00 ✓

HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCES
 LIDER ALMACEN CENTRAL
 QUITO - ECUADOR
 Recibido 20-06-2012

CANCELAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE IMPORPLAST	SUBTOTAL	\$9,705.00
Debo y pagaré a la orden de IMPORPLAST El valor de esta factura. En el plazo estipulado contado desde hoy, en caso de mora me sujeto a los intereses máximos previstos en la ley, a ser demandado en juicio ejecutivo o verbal sumarios a elección del actor ante los jueces de la ciudad, para lo cual renuncio a otro domicilio	0% IVA	
	12 % IVA	\$1,164.60
ELABORADO POR:	AUTORIZADO POR:	TOTAL FACTURA
		\$10,869.60

COPIA AMBULIA EMISOR / COPIA CELESTE SIN DERECHO A CREDITO TRIBUTARIO / COPIA VERDE SIN DERECHO A CREDITO TRIBUTARIO