



**MAESTRÍA EN GERENCIA DE SISTEMAS Y
TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN**

**PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA
INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES PARA ORGANIZACIONES DEL
SECTOR DE LA SALUD. CASO DE ESTUDIO HOSPITAL, CLÍNICA Y
CENTRO DE SALUD DE LAS HERMANAS HOSPITALARIAS**

**"Trabajo de titulación presentado en conformidad a los requisitos establecidos
para optar por el título de Magister en Gerencia de Sistemas y Tecnologías de
la Información"**

Profesor Guía

Javier Wilfrido Córdor Cruz

Autores

María Teresa Figueroa Arguello

Luis Ricardo Guacán Tandayamo

Año

2014

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

"Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con los estudiantes, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación"

Javier Wilfrido Cóndor Cruz

Ingeniero Mtr.

1708558430

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaramos que este trabajo es original, de nuestra autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

María Teresa Figueroa Arguello

C.C. 0917823338

Luis Ricardo Guacán Tandayamo

C.C.1711762516

DEDICATORIA

Con todo mi cariño a Dios y a mis padres que me inculcaron valores para formarme como una mujer perseverante en mis metas. Gracias por motivarme en cada momento bueno y malo que se ha presentado en el camino. En especial quiero dedicar esta tesis a mi padre Luis Figueroa, que es un hombre luchador día a día, y que me ha enseñado la fortaleza para no rendirme nunca y luchar siempre hasta el final.

María Teresa

DEDICATORIA

Para mi amor y esposa Judith que con mucho cariño y comprensión está a mi lado, y con la fuerza suficiente para culminar una etapa más de mi carrera.

A mi querido hijo Isaac, a quien veo un niño fuerte y con ganas de ganar todo, para él mi esfuerzo y dedicación.

A mis padres, hermanos, hermanas y toda mi familia, gracias por su apoyo y ánimo incondicional.

Con mi sincero agradecimiento

Ricardo

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios por darme la bendición y fortaleza para culminar la maestría. A mis amados padres, hermanos y familia que siempre me han apoyado para cumplir mis sueños; a mis queridos sobrinos que con una mirada y una sonrisa han colmado mi alma de entusiasmo, para hacer todo con amor.

A la Universidad de las Américas y a nuestros profesores, que a lo largo de la maestría nos impartieron conocimientos valiosos, y en especial a nuestro profesor guía Ing. Javier Córdor, quien nos encaminó de manera profesional en todo este trayecto, para la culminación de nuestra tesis.

Un agradecimiento especial a la Congregación Hermanas Hospitalarias Ecuador; sus colaboradores nos dieron toda la apertura para realizar el trabajo de tesis en beneficio de mejoras en la institución.

María Teresa Figueroa Arguello

AGRADECIMIENTO

A la Universidad de las Américas que me siento parte de ella, y orgulloso de pertenecer a tan prestigiosa Institución.

A nuestro amigo, consejero y tutor Ing. Javier Córdor, quien nos guio desde un inicio y recogiendo su consejo, aquí estamos culminando una etapa más.

El pilar fundamental para que esto sea posible, nuestros profesores que supieron llevar de excelente manera cada una de las materias impartidas.

A la Congregación de la Hermanas Hospitalarias Ecuador, quienes nos permitieron acceder a realizar esta tesis previa obtención del título.

Luis Ricardo Guacán Tandayamo

RESUMEN

La presente tesis de Planificación Estratégica de Tecnologías de la Información y la Comunicación, PETIC, pretende definir la estrategia a seguir en la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús del Ecuador, en los próximos seis años.

La PETIC se ha realizado con un enfoque en los procesos de la cadena de valor de la Congregación y alineado estrechamente a la estrategia actual de la misma, para lo cual se ha utilizado varios insumos para el levantamiento y procesamiento de la información, entre ellos tenemos estrategias, procesos de la cadena de valor, organización, entrevistas, metodología PETIC.

En base a la tesis realizada, se determina que existen proyectos tecnológicos, considerados de alta prioridad, dentro de los cuales están:

La Implementación de un nuevo SISTEMA DE PLANIFICACION DE RECURSOS EMPRESARIALES "ERP", que brinde todas funcionalidades en la gestión médica asistencial e integración con los centros de la Congregación y las partes interesadas.

Al alinear las tecnologías de la información al negocio la arquitectura orientada a servicios "SOA" soportará varios servicios vinculados al entorno del sector salud, beneficiando a la Congregación y a sus partes interesadas.

Se pudo identificar que la debilidad está en su entorno de comunicación, por lo que estratégicamente se requiere de una administración basada en la relación con los clientes "CRM" que se integre totalmente con el "ERP"

Al realizar las entrevistas se evidencia la necesidad de mejorar, difundir los procesos y crear nuevos proyectos con herramientas tecnológicas, que ayudarán a cumplir los objetivos organizacionales alineados con la estrategia corporativa.

ABSTRACT

The present investigation of Strategic Information Technology Planning, is intended to define the strategy to follow for the Congregation of the Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús del Ecuador , in the next five years.

The PETIC has been done with a focus on the processes of the value chain of the Congregation and closely aligned to the current strategy, it has been used various inputs for the collection and processing of the information, among them are, The Congregation strategies, Value Chain processes, Organizational Structure, Staff interviews until a third level of hierarchy, PETIC Methodology and other confidential information of the Congregation.

Based on this assessment, it is determined that there are technological projects considered high priority, which are:

The implementation of a new Enterprise Resource Planning "ERP" that provides all functionalities in health care management and integration with centers Congregation and stakeholders.

By aligning information technology to Service Oriented Architecture "SOA" will support various services related to the environment of the health sector, benefiting the Congregation and its stakeholders

The weakness in its communicational environment, which strategically requires the implementation of a Customer Relationship Management "CRM" that is integrated with "ERP".

From the interviews are clearly state the need to improve processes and create new projects with technological tools that will help meet organizational goals aligned with corporate strategy.

ÍNDICE

CAPÍTULO I	1
1. Marco Teórico	1
1.1 Planificación Estratégica	1
1.1.1 Historia y evolución de la Planificación Estratégica.	1
1.1.2 Planeación	2
1.1.3 Estrategia.....	3
1.1.4 Planeación Estratégica	4
1.1.5 Dimensiones de Planeación Estratégica	5
1.2 Diseño por Procesos	7
1.3 La organización orientada a procesos	8
1.3.1 Gestión por procesos	9
1.3.2 Mapa de procesos	10
1.4 Tecnologías de la Información	13
1.4.1 Antecedentes.....	13
1.4.2 Estrategia y plan de acción sobre e-Salud.....	15
1.4.3 Importancia de Estándares de Información en el Sector Salud	18
1.4.4 Las TICs y los Estándares en Salud	18
1.5 Arquitecturas de la Tecnología de la Información	19
1.5.1 Arquitectura de datos	19
1.5.2 Arquitectura de Aplicaciones.....	21
1.5.3 Arquitectura Geográfica de la Red	21
CAPÍTULO II	23
2. Situación Actual de la Congregación	23
2.1 Antecedentes	23

2.1.1	Clínica Nuestra Señora de Guadalupe.....	23
2.1.2	Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón	24
2.1.3	Centro de Salud Mental Emmett Dalton	25
2.2	Plan Estratégico.....	26
2.2.1	Estrategias.....	26
2.2.2	Objetivos.....	26
2.2.3	Misión	27
2.2.4	Visión	27
2.3	Organigrama.....	27
2.4	Procesos.....	28
2.4.1	Clasificación de los Procesos e Interacciones	28
2.5	Inventario de las TIC.....	31
CAPÍTULO III.....		36
3. Metodología para Planificación Estratégica de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones		36
3.1	Antecedentes.....	36
3.2	Objetivos del PETIC	37
3.3	Metodología PETIC.....	37
3.4	Esquema de Trabajo de PETIC.....	38
3.4.1	Modelo de la Empresa.....	39
3.4.2	Entrevistas Ejecutivas	44
3.4.3	Planeamiento de las Arquitecturas de la Tecnología Informática ..	50
3.4.4	Análisis del Soporte Actual.....	53
3.4.5	Recomendaciones y estrategias de PETIC.....	56

CAPÍTULO IV	57
4. Aplicación de PETIC a la Congregación	57
4.1 Modelo de Empresa	57
4.1.1 Estrategias Institucionales.....	57
4.1.2 Organización.....	58
4.1.3 Procesos de la Cadena de Valor.....	58
4.1.4 Entidades.....	58
4.2 Matrices	59
4.3 Entrevistas	59
4.4 Ajustes a las Matrices	60
4.4.1 Matriz Estrategia vs Organización.....	60
4.4.2 Matriz Procesos vs Organización	62
4.4.3 Matriz Entidades vs Organización	63
4.4.4 Matriz Procesos vs Estrategias	63
4.4.5 Matriz Procesos vs Entidades	65
4.4.6 Matriz Entidades vs Estrategias	65
4.5 Matriz en Bruto	66
4.6 Normalización a la Matriz	70
4.7 Ponderación a la Matriz	71
4.7.1 Alternativa 1:.....	71
4.7.2 Alternativa 2:.....	72
Tabla 14. Matriz Ponderada: Alternativa 2	72
4.7.3 Alternativa 3:.....	73
4.7.4 Alternativa 4:.....	74
4.8 Matriz de Priorización	75

CAPÍTULO V	77
5. Análisis de la Matriz de Priorización	77
5.1 Entidad Historias Clínicas	77
5.2 Entidad Pacientes	79
5.3 Proceso Plan de Manejo al Paciente	82
5.4 Solución Tecnológica	84
CAPÍTULO VI	85
6. Conclusiones y Recomendaciones	85
6.1 Conclusiones	85
6.1.1 Estado Actual.....	85
6.1.2 Brechas Identificadas	86
6.1.3 Modelo Propuesto.....	87
6.2 Recomendaciones.....	87
6.2.1 Estratégicas	88
6.2.2 Tecnología	88
6.2.3 Congregación	89
6.2.4 Sector Salud	89
6.2.5 Recursos Humanos TIC	89
REFERENCIAS	91
GLOSARIO	93
ANEXOS	94

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Dimensiones de la Estrategia	4
Figura 2. Concepto inicial de la Planeación Estratégica	4
Figura 3. Dimensiones de la Planeación Estratégica	6
Figura 4. Proceso	7
Figura 5. Elementos Sistema	9
Figura 6. Clico PHVA de Deming	10
Figura 7. Cadena de valor según Michael Porter	12
Figura 8. Aportaciones de las TIC	14
Figura 9. Organigrama a tercer nivel Congregación	27
Figura 10. Mapa de Procesos Cadena de Valor	28
Figura 11. Infraestructura de TI de la Congregación	32
Figura 12. Esquema de trabajo de PETIC	38
Figura 13. Matriz Estrategias Vs. Organización	40
Figura 14. Matriz Procesos vs. Organización.....	41
Figura 15. Matriz Procesos vs. Estrategias	41
Figura 16. Matriz Procesos vs. Entidades	42
Figura 17. Matriz Entidades vs. Estrategias	43
Figura 18. Matriz Entidades vs. Organización.....	43
Figura 19. Esquema de trabajo de PETIC – Entrevistas Ejecutivas	44
Figura 20. Objetivo de las Entrevistas Ejecutivas	45
Figura 21. Formulario de Oportunidades de Información	46
Figura 22. Oportunidades de Información.....	47
Figura 24. Esquema de trabajo de PETIC – Arquitecturas	50
Figura 25. Planeamiento Estratégico de TIC	51
Figura 26. Matriz Procesos vs. Entidades	53
Figura 27. Matriz de Sistema de Información vs. Organización.....	54
Figura 28. Matriz de Sistema de Información vs. Procesos	55
Figura 29. Matriz Sistema vs. Entidad.....	55
Figura 30. Matriz Sistema vs. Ubicación	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Agrupar Procesos / Entidades de la Organización	48
Tabla 2. Calificación de los factores de éxito	49
Tabla 3. Matriz sin normalizar	50
Tabla 4. Matriz de Estrategias vs. Organización.....	61
Tabla 5. Matriz de Procesos vs. Organización.....	62
Tabla 6. Matriz Entidades vs. Organización.....	63
Tabla 7. Matriz de Procesos vs. Estrategias	64
Tabla 8. Matriz de Procesos vs. Entidades	65
Tabla 9. Matriz de Entidades vs. Estrategias	66
Tabla 10. Matriz en Bruto (1).....	68
Tabla 11. Matriz en Bruto (2).....	69
Tabla 12. Matriz Normalizada	70
Tabla 13. Matriz Ponderada: Alternativa 1	71
Tabla 14. Matriz Ponderada: Alternativa 2	72
Tabla 15. Matriz Ponderada: Alternativa 3	73
Tabla 16. Matriz Ponderada: Alternativa 2	74
Tabla 17. Matriz de Priorización	75
Tabla 18. Matriz de Priorización Ordenada	76
Tabla 19. OI de la Entidad Historias Clínicas.....	77
Tabla 20. OI de Entidad Pacientes.....	80
Tabla 21. OI del Proceso Plan de Manejo al Paciente.....	82

CAPÍTULO I

1. Marco Teórico

En este capítulo se mencionan los conceptos principales de planificación estratégica. Por no haber encontrado mayor diferencia entre los términos planeación estratégica y planificación estratégica, los trataremos como sinónimos.

1.1 Planificación Estratégica

En esta sección se abarca la historia, elementos principales de la planificación estratégica, como son misión, visión, objetivos, estrategias, entre otros.

1.1.1 Historia y evolución de la Planificación Estratégica.

Es importante conocer cómo fueron los inicios de la planificación estratégica y quienes fueron sus precursores y las etapas que se dieron en el transcurso del tiempo. Con lo cual tendremos una idea de cómo fue evolucionando la planificación tradicional en comparación con la actual.

Al principio del siglo XX, se menciona que uno de los precursores de la planificación estratégica, fue el francés Henry Fayol en base a su teoría clásica de la administración que consistía en las funciones administrativas, como la acción de prever, organizar, dirigir, coordinar y controlar, para concebir y ejecutar un plan con éxito.

En base a la teoría de Fayol aparece la escuela de administración científica liderada por Frederick Winslow Taylor, los estudios tuvieron un enfoque para conocer los problemas y actitudes de los trabajadores para aumentar la eficiencia en la producción. Los principios teóricos, se reafirman el uso de la ciencia, la cooperación en el grupo, el logro de la producción máxima y el desarrollo de los trabajadores.

Después de la segunda guerra mundial las organizaciones empiezan a prever y organizarse de un modo sistemático para crecer y orientar sus actividades,

aquí aparecen las aportaciones de Chester Barnard, el cual recomendaba un enfoque de sistemas sociales para que las organizaciones mantengan un sistema de esfuerzo cooperativo en una organización.

En la década de los sesenta aparece la denominada planeación organizacional centrada en la comunión entre la estrategia externa de la organización y su estructura interna, y llegamos al punto de la aparición del pensamiento administrativo moderno en el año 1974 con Peter F Drucker. El control de calidad lo introdujo Edwards Deming; en el año 1982 William Ouchi, algunas prácticas del Japón adaptadas al medio occidental. (Marcelo López Trujillo, 2007, págs. 15-17)

1.1.2 Planeación

“La planeación es un proceso que supone la elaboración y la evaluación de cada parte de un conjunto interrelacionado de decisiones antes de que se inicie una acción, en una situación en la que se crea que a menos que se emprenda tal acción, no es probable que ocurra el estado futuro que se desea, y que si se adopta la acción apropiada, aumentará la probabilidad de obtener un resultado favorable” (Ackoff, 1985, pág. 15).

La planeación se ajusta a las necesidades particulares que tiene una empresa y en la situación que este atravesando.

La planeación es un proceso continuo y nunca se puede decir que es definitiva. Se lo puede ver como un informe eventual, que se podrán hacer los ajustes que sean necesarios para cumplir con los objetivos de una organización.

Partes de la Planeación

Las partes de un plan y las fases de un proceso de planeación al cual pertenecen, deben actuar entre sí.

Las partes que comprenden la planeación se las menciona a continuación:

Fines. Especificar metas y objetivos.

Medios. Elegir políticas, programas, procedimientos y prácticas para alcanzar los objetivos.

Recursos. Determinar los tipos y cantidades de recursos necesarios para alcanzar los objetivos.

Control. Diseñar un procedimiento para prever y detectar los errores o fallas del plan, y también para prevenir y corregir.

Realización. Diseñar los procedimientos para tomar decisiones.

No podemos optimizar un plan completo, sin embargo, podemos llevar nuestros esfuerzos de planeación hasta las fronteras de la metodología y, quizá, más allá de ellas. La Planeación no es el único campo donde es necesario que se combinen adecuadamente tanto el sentido común, como los métodos científicos.

1.1.3 Estrategia

“La estrategia debe considerarse en un concepto multidimensional que abarca a toda la organización, otorgándole un sentido de sistema abierto perfectamente delimitada con su entorno, con el que interacciona, en el que los diferentes tipos de procesos, operaciones, información y decisiones son reconocibles y orientados” (Marcelo López Trujillo, 2007, pág. 19).



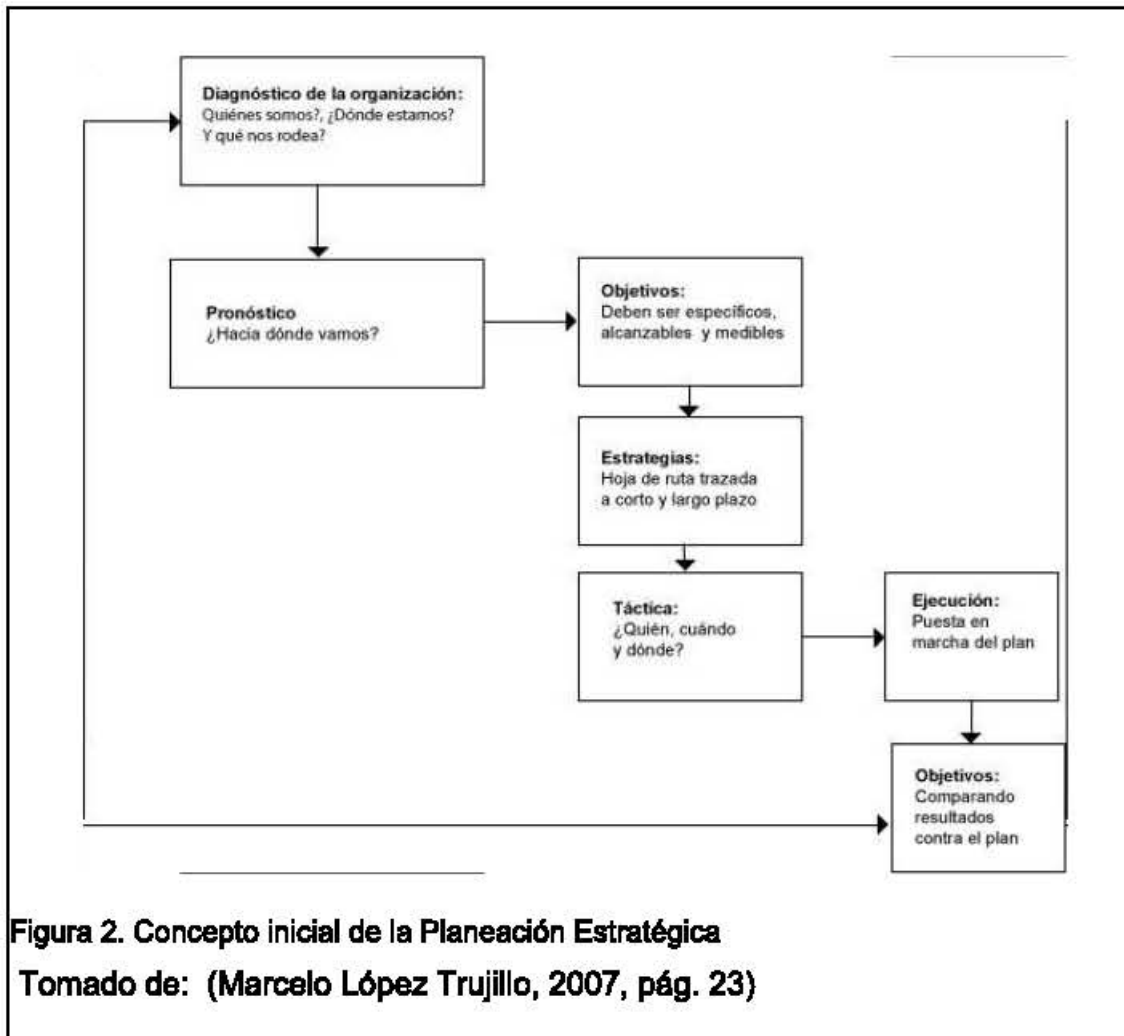
Figura 1. Dimensiones de la Estrategia

Tomado de: (Marcelo López Trujillo, 2007, pág. 19)

Las dimensiones son para definir la estrategia de la organización, lo cual conlleva a un proceso deductivo-inductivo con cada dimensión, enriqueciendo el concepto de la estrategia y de la organización, teniendo siempre presente la visión global de cada dimensión como una parte de la estrategia. Ver figura 1.

1.1.4 Planeación Estratégica

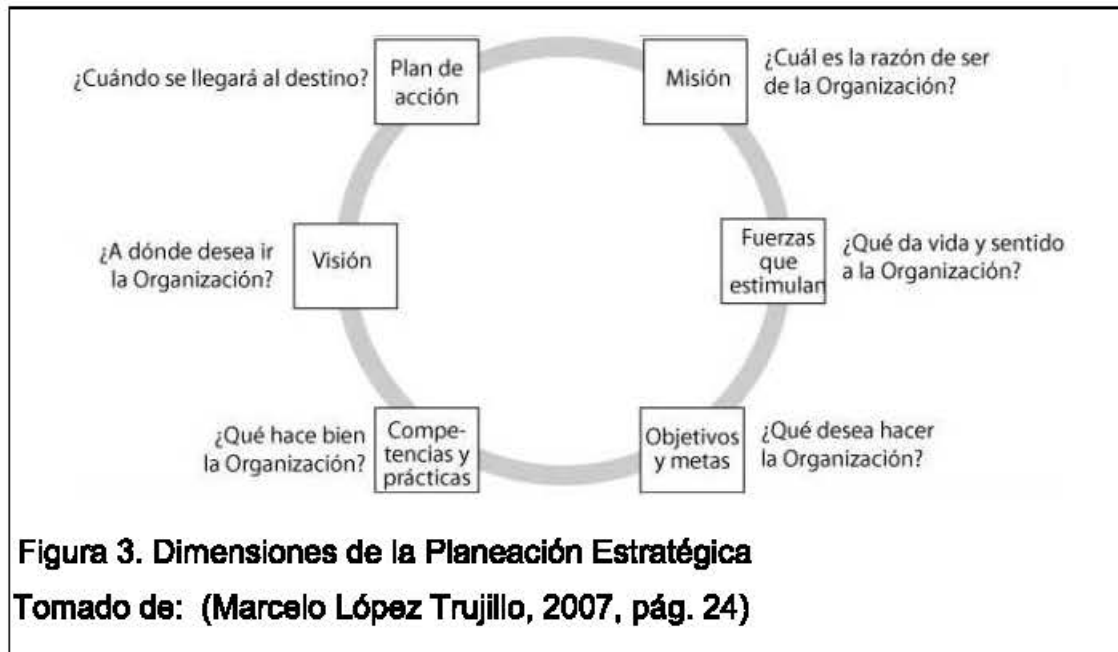
La Planeación estratégica incorpora el diagnóstico de quienes somos, donde estamos, teniendo en cuenta la matriz de FODA (análisis de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas).



En la figura 2. se muestra el concepto inicial de la Planeación Estratégica en la cual se ve el ciclo o funcionamiento de la misma, y finalmente se debe tener en constante monitoreo que los objetivos y los resultados que se vayan generando estén de acuerdo al plan establecido.

1.1.5 Dimensiones de Planeación Estratégica

Entre los componentes principales que se tiene en la Planeación estratégica se puede ver en la figura 3.



Misión

La Misión es uno de los componentes más importantes de una organización, es tener clara la razón de su existencia, propósitos o funciones y hacia quién va dirigido. Es por ello que la misión debe enfocarse en lo interno de la organización y no en lo externo.

Visión

La visión direcciona a una organización hacia dónde debe dirigirse e implica la creencia de que ciertos aspectos del futuro que pueden ser influenciados y modificados en función de lo actual.

Objetivos

Son los fines hacia los cuales deben dirigirse los recursos y esfuerzos para dar cumplimiento a la misión, es hacia donde se orienta la organización en un determinado tiempo.

Valores

Son aquellos aspectos del comportamiento importantes para la organización. Reflejan lo que ésta pretende privilegiar en sus actividades y en el comportamiento de las personas.

Políticas

Son las reglas que marcan los límites dentro de los cuales deben ocurrir las acciones. Las políticas son decisiones contingentes que reducen los conflictos cuando se definen los objetivos, se diferencian dentro del espectro de una amplia jerarquía. Las que repercuten en la dirección o la viabilidad a la organización o en sus unidades, se llaman políticas estratégicas.

Programas

Constituyen una secuencia, paso por paso, de las acciones necesarias para alcanzar los objetivos, se asignan los recursos previstos en función del tiempo, y son monitoreados los avances logrados.

Tácticas

Las estrategias se descomponen en tácticas para el mediano plazo, es decir, al ejercicio anual, lo cual permite efectuar realineaciones para poder alcanzar de inmediato algunos objetivos limitados, y corresponden a cada departamento o unidad de la organización.

1.2 Diseño por Procesos

Establece la modalidad de desarrollo de las actividades en función del tipo de producto o servicio a elaborar. Reside en la elección de las entradas, las operaciones, los flujos y los métodos para la operación. Ver figura 4

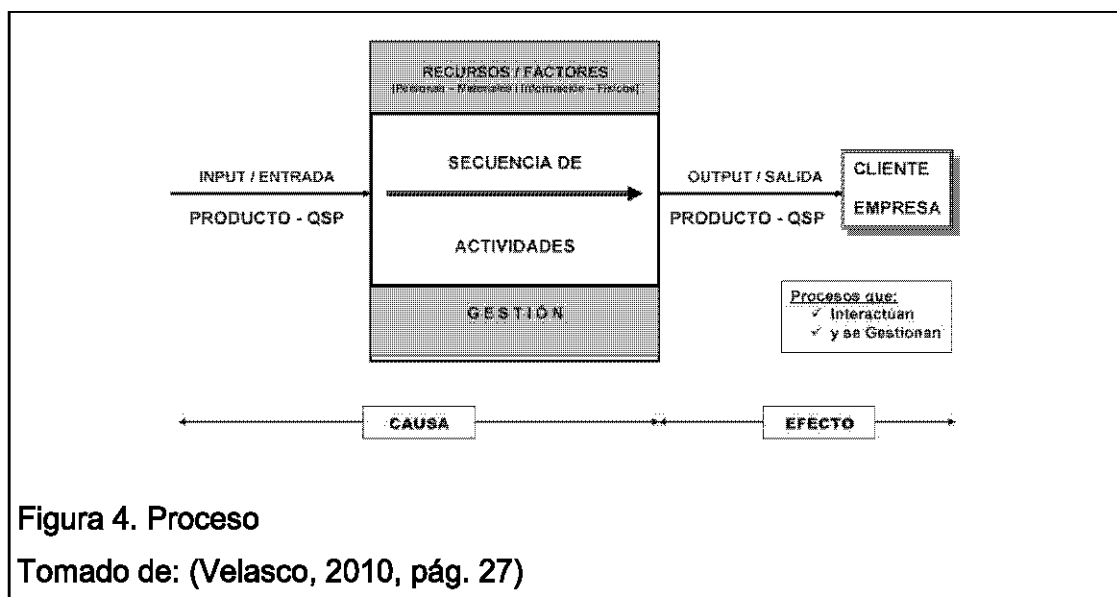


Figura 4. Proceso

Tomado de: (Velasco, 2010, pág. 27)

1.3 La organización orientada a procesos

A través de los años las empresas se desarrollaron con orientación funcional, se definieron departamentos que trabajan en forma independiente, generando de este modo barreras jerárquicas. En la actualidad se abandonó el pensamiento departamental para pasar a un pensamiento orientado hacia los procesos.

Lo que a su vez a derivado la necesidad de adoptar herramientas y metodologías que permitan a las organizaciones configurar su sistema de gestión, dentro de un marco de referencia se ofrece a las organizaciones diferentes normas en las que se establecen los requisitos mínimos para el desarrollo y creación de sistemas de gestión de la calidad. Como base se encuentra especialmente la norma ISO 9001 aplicable no solo en organizaciones productoras sino también en organizaciones de servicios.

Dicha norma presenta un modelo de los procesos que se realizan en una organización, partiendo del cliente para establecer los requerimientos y llegando al cliente ya sea con un producto o bien con un servicio para satisfacerlo.

Proceso

“Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados” (Organización Internacional de Normalización, 2008).

Actividad

Es el conjunto de tareas necesarias para la obtención de un resultado.

Sistema

Es como un conjunto de procesos interrelacionados que tienen por finalidad la consecución de perseguir un objetivo en común. Ver figura 5. (Velasco, 2010).



Figura 5. Elementos Sistema
Tomado de: (Velasco, 2010, pág. 10)

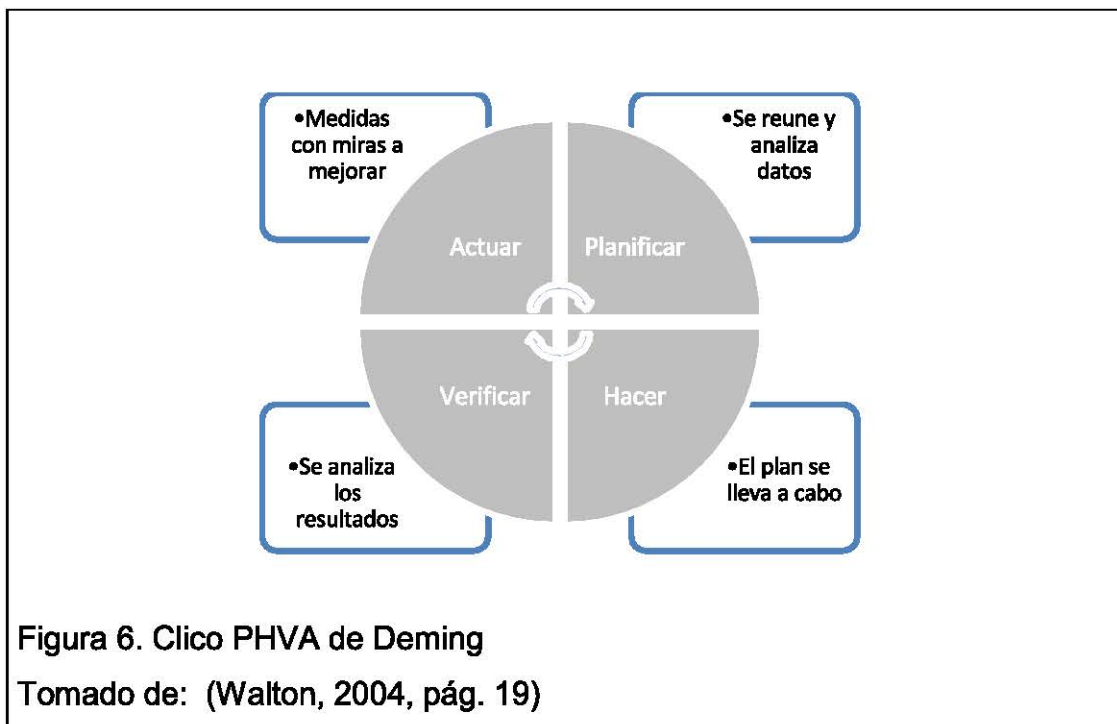
1.3.1 Gestión por procesos

La gestión por procesos es la actividad coordinada para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad.

Ciclo de la Gestión PHVA

Tiene cuatro etapas, en donde la empresa planifica un cambio, lo realiza, verifica los resultados y según los resultados actúa para normalizar el cambio o para empezar el ciclo de mejoramiento.

La fase "PLANIFICAR" solicita planificar un cambio, reuniendo y analizando datos sobre los motivos para el cambio. El plan se lleva a cabo en la fase "HAGA", en la fase "VERIFIQUE", se debe analizar los resultados para averiguar si en la práctica, el cambio se realizó de acuerdo a lo planificado. En la fase "ACTUE", se decide si se conserva el cambio, se lo depura, o si se toma otra medida para mejorar, ver figura 6. (Velasco, 2010, págs. 25-32,111-132)



1.3.2 Mapa de procesos

Permite evaluar cómo se entrelazan las distintas tareas que se requieren para completar el trabajo, si son paralelas o secuenciales. Los mapas de procesos se representan cada uno de los procesos que componen un sistema así como sus relaciones principales.

En los tipos de procesos no existe normalización ni práctica aceptada para agruparlos, pero se puede distinguir por su misión; de esta manera tenemos la siguiente clasificación:

Procesos Operativos

Estos procesos son los responsables de conseguir los objetivos de la empresa, en donde interactúan y se concatenan en la conocida cadena de valor y lo que se denomina "proceso del negocio".

Procesos de Apoyo

En este proceso se proporciona el recurso humano y recursos necesarios de acuerdo a las necesidades del cliente interno. Entre estos procesos están: Proceso de Gestión de Recursos Humanos, Proceso de Aprovisionamiento, Proceso de Gestión de Proveedores, Elaboración.

Procesos de Gestión

Este proceso al encargarse de evaluar, controlar, hacer seguimiento y medir, aseguran el funcionamiento controlado del resto de procesos, además de proporcionar la información que necesitan para tomar decisiones y elaborar planes de mejoras. Entre estos procesos están: Proceso de Gestión Económica y Proceso de Gestión de la Calidad / Medio Ambiente.

Procesos de Dirección

Estos procesos son transversales al resto de procesos de la empresa y entre estos procesos se encuentran: proceso de formulación, comunicación, seguimiento y revisión de la estrategia, determinación, despliegue, seguimiento y evaluación de objetivos, comunicación interna, aunque su ejecución corresponda normalmente al área de personal, y revisión de resultados por la dirección. (Velasco, 2010, págs. 84-89)

1.3.2.1 Cadena de valor según Michael Porter

El obtener y mantener la ventaja competitiva depende no sólo de comprender la cadena de valor, sino cómo encaja la empresa en el sistema de valor general. Las diferentes actividades que realiza una empresa se dividen en dos amplios tipos:

Primarias

Son directamente las actividades en la creación del servicio o producto, su venta o transferencia al cliente, así como su asistencia posterior.

Apoyo

Se encarga de garantizar recursos y plataformas a las actividades primarias.

El comparar las cadenas de valor de los competidores se expondrán las diferencias que determinan la ventaja competitiva. Ver figura 7.

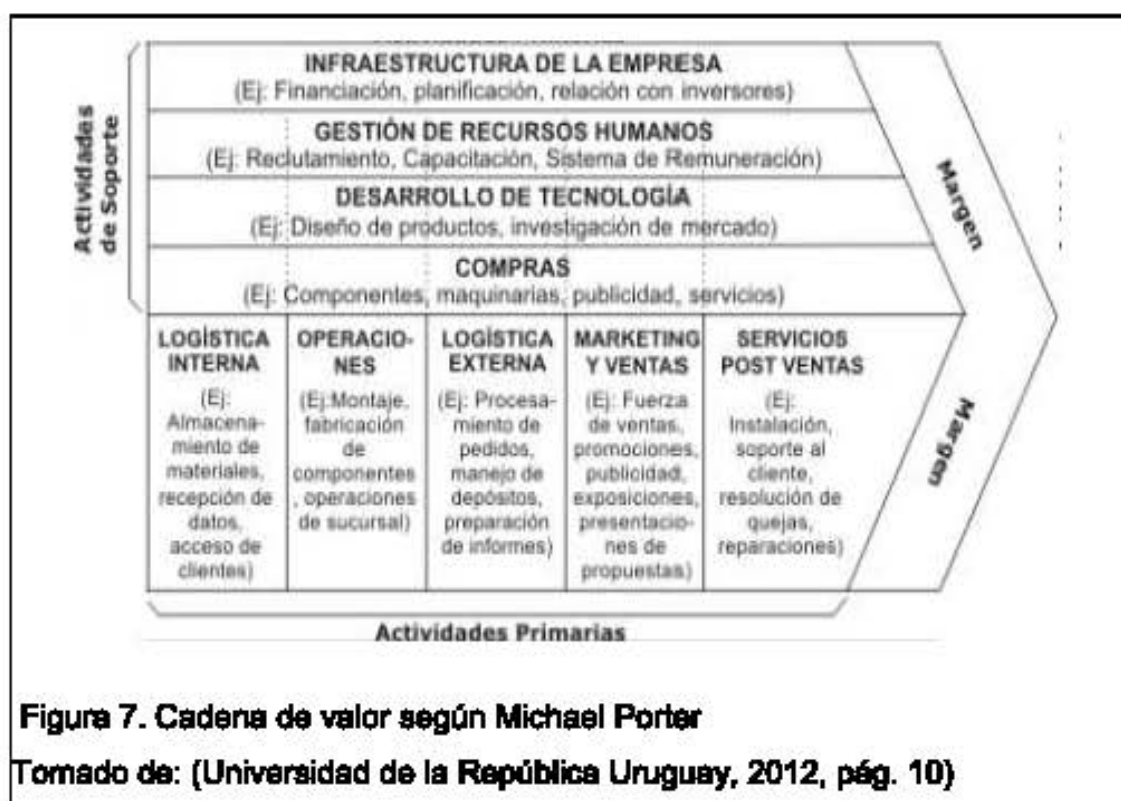


Figura 7. Cadena de valor según Michael Porter

Tomado de: (Universidad de la República Uruguay, 2012, pág. 10)

Definición de la Cadena de Valor

Para determinar la ventaja competitiva, es necesario definir la cadena de valor de una empresa para que compita en un sector industrial o de servicios en particular. Iniciando con la cadena genérica, las actividades de valor individuales se identifican en la empresa de manera particular.

El definir las actividades de valor relevantes requiere que las actividades con economía y tecnologías discretas se aislen. Las funciones amplias como manufactura o mercadotecnia deben ser subdivididas en actividades. El flujo del producto, el flujo de pedidos o el flujo de papel pueden ser útiles para hacer

esto. El subdividir actividades puede conducir al nivel de estrechar cada vez más las actividades que son hasta cierto punto discretas.

El grado apropiado de desagregación depende de la economía de las actividades y de los propósitos para los que se analiza la cadena de valor. (Universidad de la República Uruguay, 2012, págs. 5-22)

1.4 Tecnologías de la Información

Las Tecnologías de la Información y Comunicación TIC hacen referencia a la utilización de medios informáticos para almacenar, procesar y difundir todo tipo de información. Estas se encargan del estudio, desarrollo, implementación, almacenamiento y distribución de la información mediante la utilización de hardware y software como medio de sistema informático.

1.4.1 Antecedentes

Las Tecnologías de la Información y Comunicación TIC, en el sector Salud, hoy en día se lo realiza en forma intensiva, inclusive se presenta como un sector prototipo basado en el conocimiento, en ámbitos de análisis de: hospitalización, accesibilidad, farmacia, diagnóstico, laboratorio, consulta externa, urgencias.

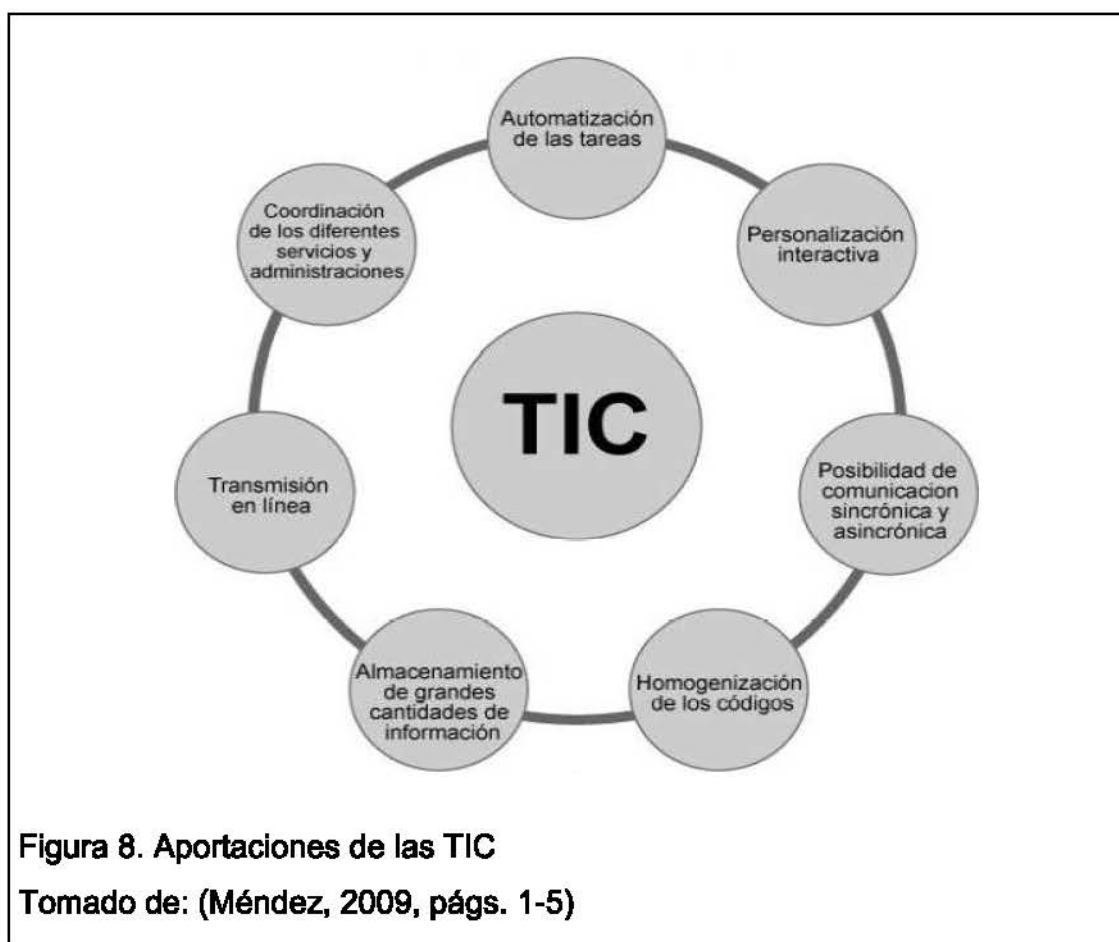
El empuje que las TIC está dando al sector Salud va de la mano hacia un cambio, para la mejora de calidad orientada a los ciudadanos, favoreciendo el desarrollo de herramientas dirigidas a dar respuesta a áreas de planificación, investigación, prevención, la información, promoción, la gestión, en el diagnóstico o en el tratamiento.

El reto en la TIC se basa en la implementación de herramientas útiles, en donde las actividades de investigación y de transferencia al sistema de Salud en entorno de colaboración en donde estén involucrados todos los interesados "stake-holders" y centrado en los pacientes. (Organización mundial de la Salud, 2010).

Las funciones básicas de las TIC son: Acceso a la información, procesamiento de la información, y canales de comunicación.

Para que se produzcan cambios es necesario que existan efectos indispensables en la implementación de Tecnologías de la Información para el desarrollo a través de: mejor toma de decisiones, mayor acceso a recursos y oportunidades, mayor eficiencia en el uso de los recursos localmente disponibles, mayor compromiso en el proceso de desarrollo y mayor participación en sus beneficios, y utilización más apropiada de las TIC por parte de las comunidades e individuos.

Las TIC muestran un valor muy importante dentro de su desarrollo evolutivo dentro de la tecnología y la manera en cómo deben usarse, tanto para recursos de apoyo para el aprendizaje y como la adquisición y desarrollo de nuevas competencias específicas encaminadas en la tecnología e información y como estas pueden ser herramientas para un mayor desarrollo intelectual y tecnológico. Ver figura 8.



1.4.2 Estrategia y plan de acción sobre e-Salud

La estrategia y plan de acción sobre e-Salud (2012-2017) de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, es contribuir al desarrollo sostenible de los sistemas de salud. Con su adopción se busca mejorar el acceso a los servicios y su calidad, gracias a la utilización de las TIC, la formación en alfabetización digital y TIC, el acceso a información basada en pruebas científicas y formación continua y la implementación de diversos métodos, permite avanzar hacia sociedades más informadas, equitativas, competitivas y democráticas. En este tipo de sociedades, el acceso a la información sobre salud es un derecho fundamental de las personas. (Organización Panamericana de Salud, 2011, págs. 1-25)

Los componentes de e-Salud pueden abarcar varios servicios que están ligados medicina – salud, tecnologías de la información y comunicaciones:

Registro médico electrónico (o historia clínica electrónica)

Es el registro en formato electrónico de información sobre la salud del paciente, permite una fácil comunicación de datos de los pacientes entre los diferentes profesionales de salud para la toma de decisiones en el tratamiento a prescribir.

Tele-Salud (incluida la telemedicina)

Consiste en la prestación de servicios de salud utilizando las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente donde la distancia es una barrera para recibir atención de salud. Dentro de las aplicaciones de la telemedicina podemos tomar en cuenta:

Asistencia a distancia, gestión de pacientes y administración, información sanitaria a la población, formación e información a profesionales.

La telemedicina puede tener ventajas competitivas tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud, pero el intercambio de la información no está exento de riesgos.

Las ventajas que la Telemedicina ofrece, es la optimización de recursos asistenciales, mejora en la gestión de la demanda, reducción de las estancias hospitalarias, disminución de la repetición de los actos médicos, disminución de los desplazamientos, mejor comunicación entre los profesionales y mejor accesibilidad de los pacientes.

Las desventajas en la telemedicina es el intercambio de una información sensible, gran volumen de información almacenada, compromiso de la confidencialidad, compromiso de la seguridad, obtención de la información de los pacientes de fuentes poco fiables, amenaza en la continuidad en la asistencia y equidad en el acceso a la tecnología.

m-Salud (o salud por dispositivos móviles)

Es un término empleado para designar el ejercicio de la medicina y la salud pública con apoyo de los dispositivos móviles, como teléfonos móviles, dispositivos de monitoreo de pacientes y otros dispositivos inalámbricos. Para recoger datos de salud a nivel global, proporcionando información sanitaria a profesionales, investigadores y pacientes, monitoreo en tiempo real de los signos vitales del paciente y de la prestación directa a asistencia, a través de la telemedicina móvil.

e-Learning (incluida la formación o aprendizaje a distancia)

Consiste en la aplicación de las TIC al aprendizaje y puede utilizarse para mejorar la calidad de la educación, aumentar el acceso a la educación y crear formas nuevas e innovadoras de enseñanza al alcance de un mayor número de personas.

Consumidores de la informática de la salud

Se refiere a los individuos sanos y pacientes que desean ser informados sobre temas médicos.

Equipos de Salud Virtual

Integrado por profesionales de la salud que colaboran y comparten información sobre pacientes a través de equipos digitales.

Educación continua en tecnologías de la información y la comunicación

Desarrollo de cursos o programas de salud profesionales (no necesariamente acreditados formalmente), que facilitan habilidades en tecnologías de la información y la comunicación de aplicación en la salud. Esto incluye los métodos actuales para el intercambio de conocimiento científico como la publicación electrónica, el acceso abierto, la alfabetización digital y el uso de las redes sociales.

Estandarización e interoperabilidad

La interoperabilidad hace referencia a la comunicación entre diferentes tecnologías y aplicaciones de software para el intercambio y uso de datos de forma eficaz, precisa y sólida. Esto requiere del uso de estándares, es decir, de normas, regulaciones, guías o definiciones con especificaciones técnicas para hacer viable la gestión integrada de los sistemas de salud en todos los niveles.

Robótica

Constituye un paso más para mejorar la precisión en Medicina, y más concretamente en cirugía. Las nuevas tecnologías han irrumpido en los quirófanos reduciendo los márgenes de error al intervenir y esas características han resultado muy útiles especialmente en traumatología.

Gracias a este aparato se reducen los errores. Sin embargo, las aplicaciones de las nuevas tecnologías demandan un trabajo muy intenso del cirujano y "nunca podrán sustituirle". Además, el profesional tiene que exponer el campo quirúrgico y realizar un seguimiento posterior muy intenso. El gran problema de la utilización de estos aparatos es que el coste de la operación se incrementa considerablemente y esa inversión impide que la robótica se aplique de forma generalizada.

1.4.3 Importancia de Estándares de Información en el Sector Salud

Partiendo de que los estándares tecnológicos en salud constituyen consensos básicos de funcionamiento, sobre los cuales las organizaciones públicas y privadas pueden desplegar sus políticas, en beneficio, principalmente, de la calidad en la entrega de servicios sanitarios a la población del país, para esto existe el desarrollo de una propuesta de las alternativas de estandarización, entre las instituciones y organismos de desarrollos de estándares tenemos:

1.4.4 Las TICs y los Estándares en Salud

HL7: Health Level 7

Conjunto de estándares desarrollada por la organización HL7 Internacional, para el intercambio de información de sistemas heterogéneos: clínico, asistencial, administrativo y logístico.

DICOM: Digital Imaging and Communication in Medicine

Los objetivos del estándar son: promover la comunicación de información de imágenes digitales en forma independiente del productor de dispositivos, el desarrollo, expansión de PACS (servidor de almacenamiento digital) y la relación con otros sistemas de información.

CCR: Continuity of Care Record

Estándar del estado de salud, documento flexible, que contiene información relevante del paciente, basado en xml.

HISA: Health Informatics Service Architecture

Arquitectura orientada a servicios, útil para grandes organizaciones, (empresa, información, computacional).

HIPAA: Health Insurance Portability and Accountability Act

Estándares de privacidad de la información, se aplica a planes de salud, centros de salud, proveedores que transmiten información médica de forma electrónica.

OpenEHR: Electronic health record

Estándar abierto para el manejo, almacenamiento, intercambio y recuperación de datos en Historias Clínicas electrónicas, además está orientado a la gestión de conocimiento clínico para ayudar a crear sistemas semánticamente abiertos, durables en el tiempo y económicamente viables.

1.5 Arquitecturas de la Tecnología de la Información

La arquitectura de la tecnología de la información está relacionada con la creación de un modelo de TI, que defina lineamientos estratégicos, y establezca la integración de los componentes tecnológicos. El propósito es identificar soluciones de TI permitiendo a la empresa alcanzar una ventaja estratégica y competitiva, así como el soporte operacional correspondiente. (Julio Clempner Kerik, 2002)

1.5.1 Arquitectura de datos

Las aplicaciones existentes en las empresas pueden no estar integradas, no necesariamente hacen uso de bases de datos, las aplicaciones elaboradas sobre bases de datos relacionales no están normalizadas ni en ambiente Web. El desarrollo cliente/servidor define el modelo de datos como una consecuencia de las aplicaciones y no como el sitio de partida.

En conclusión, la arquitectura de datos se obtiene durante el desarrollo de proyectos y no a nivel estratégico.

Entidad del Negocio

Algo de interés duradero para la empresa, de los cuales se puede almacenar datos y que pueden tener una identificación única. Los datos pueden ser de dos tipos tangibles e intangibles, y están relacionados a través de una asociación entre dos entidades, Modelo Entidad Relación o con una herramienta para la elaboración de la arquitectura de datos.

Se construye identificando y definiendo las entidades del negocio y sus relaciones, luego se elabora el diagrama de Arquitectura de Datos, para lo cual se clasifique las relaciones y la identificación de sus atributos.

Administración de datos

- Formular políticas de datos
- Desarrollar y mantener estándares y procedimientos
- Monitorear/Reforzar políticas, estándares y procedimientos
- Crear y mantener la arquitectura de Datos
- Investigar, evaluar y aprobar la tecnología de bases de datos
- Comunicaciones

Políticas sobre datos

Los datos deben ser considerados como recurso primario de la empresa. Para ello, los sistemas y procedimientos deben ser establecidos para asegurarlos de la siguiente manera:

- Los datos son capturados con legitimidad y en forma adecuada para el reporte, la planeación, el control, y la operación.
- Debe establecerse responsabilidad para la creación de los datos.
- Los datos serán diseñados y almacenados de tal manera que permitan compartirlos entre los usuarios autorizados.
- El compartir los datos debe ser consistente con las políticas de la organización sobre privacidad, seguridad y auditoría.

Desarrollar y mantener estándares y procedimientos

Estructuras corporativas de codificación, convenciones de nombramiento de datos, mecanismo para diseñar y mantener bases de datos, procedimiento para la integridad de datos, asignación de responsabilidades, mediciones de calidad, procedimiento para la autorización de los datos y estándares del diccionario de datos.

Comunicaciones

Filosofía de compartir los datos y los conceptos a usuarios y sistemas.

- Políticas, estándares y procedimientos a usuarios y sistemas.
- Problemas relacionados a las políticas de datos con la coordinación de Sistemas y el Comité de Dirección.
- Empleo del diccionario.

(Daccach, 2012)

1.5.2 Arquitectura de Aplicaciones

La arquitectura de sistemas de información determina el portafolio de aplicaciones necesario para sostener las estrategias, operación y estructura de la organización. Es fundamental en el proceso de planeación, tener en consideración: Determinar la visión global de los recursos de información, definiendo su alcance y asegurando su integración con los otros sistemas de información; establecer el orden de desarrollo de los sistemas, y clarificar la relación que existe entre las aplicaciones y las necesidades de información de las áreas funcionales.

Su construcción se basa en el establecimiento de las relaciones que existen entre las clases de objetos de la arquitectura de información y los procesos del modelo operativo. (Daccach, 2012)

1.5.3 Arquitectura Geográfica de la Red

Una vez que se consolida la arquitectura de sistemas, el siguiente paso involucra la especificación de los elementos claves y las características de la arquitectura tecnológica, que incluye la especificación de computadoras, impresoras, redes de computadoras, puertos, etc.

Los componentes tecnológicos; donde los sistemas y procesos van a ejecutarse; las características de almacenamiento de datos; la ubicación de los usuarios, y la manera cómo van a estar conectados. Esta actividad se lleva a cabo considerando como antecedente la arquitectura de los Sistemas de

Información y el modelado de la organización, los cuales permiten establecer el detalle de las necesidades de hardware y redes de comunicaciones.

Se debe seleccionar la infraestructura tecnológica que mejor se adapte a las necesidades de la empresa y establecer sus costos.

Las estrategias de negocio y las estrategias de TI hasta un nivel operativo, y en una transformación de las mismas en procesos funcionales que modelan el comportamiento de la función informática.

Una representación de las ubicaciones físicas del soporte de información (aplicaciones y datos) requeridos por una organización.

La arquitectura incluye dónde residirán las aplicaciones, almacenarán las clases de datos, flujo de datos entre las localidades y administración de la distribución.(Daccach, 2012).

CAPÍTULO II

2. Situación Actual de la Congregación

2.1 Antecedentes

La congregación de las Hermanas Hospitalarias Ecuador, cuenta con tres centros dos en la ciudad de Quito: la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe y el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón y en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas el Centro de Salud Mental Emmett Dalton. Los centros de la ciudad de Quito tienen atención hospitalaria y consulta externa, en el centro de Santo Domingo solamente consulta externa.

2.1.1 Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Fue fundada en el año 1967 por la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús que son las responsables de su gestión. La clínica está ubicada en la Ciudad de Quito, Provincia de Pichincha; con una capacidad instalada de 105 camas para hospitalización en diferentes áreas que cubren diversos aspectos de la Salud Mental.

La misión es de proporcionar asistencia médica especializada, humana y de calidad, promoviendo en ciertos casos su reinserción social. Paralelamente se incorporó la asistencia hospitalaria y ambulatoria , con estancias cortas, para el género masculino.

Con el transcurrir del tiempo, se ha logrado responder a las necesidades de la comunidad, superando en gran medida la marginación absoluta del enfermo mental; aunque es importante reconocer que aún existen factores políticos, sociales y económicos, que impiden una atención eficiente y eficaz a grupos vulnerables de la población, situación que ha obligado a la institución a buscar un cambio positivo y a incorporado estrategias de desarrollo para una gestión administrativa moderna, una mayor participación de la comunidad laica, y la difusión clara del estilo de atención en la prestación de sus servicios.

Su oferta de servicios ha ido diversificándose, apoyada en un equipo multidisciplinario de profesionales y en la reconstrucción de la planta física, gracias a una gestión eficiente de la Comunidad de Hermanas Hospitalarias.

Esta organización ha logrado un excelente posicionamiento en el ámbito asistencial basado en el crecimiento y el desarrollo de sus centros, lo que le ha valido el reconocimiento en los ámbitos local, regional y nacional.

La autogestión del Centro Asistencial puesto que se trata de una institución sin ánimo de lucro está sustentada en, ver anexo 1:

Unidad de Ingresos: Los datos obtenidos señalan que existe un porcentaje de ocupación del 71% a mayo del 2013 y una estancia media de 7 días, teniendo 13 camas instaladas.

Unidad Agudos: con un porcentaje de ocupación alcanzado en la actualidad del 44% y 12 días de estancia media, teniendo 17 camas instaladas.

Unidad Psicogeriatría: con un porcentaje de ocupación alcanzado en la actualidad del 95% y 71 días de estancia media, teniendo 43 camas instaladas.

Unidad Residencia: con un porcentaje de ocupación alcanzado en la actualidad del 98% y 350 días de estancia media, teniendo 23 camas instaladas.

2.1.2 Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón

El Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, propiedad de la Fundación Muñoz Vega, de beneficencia privada, tiene como representante legal al Arzobispo de Quito como consta en los estatutos vigentes y aprobados el 13 de Marzo de 1970 por el entonces Ministerio de Previsión Social y Trabajo, y como Directora General y administradora a la representante de la Congregación de Hermanas Hospitalarias de Sagrado Corazón de Jesús, como se asienta en el Registro Oficial de 1992. Fundado en el antiguo seminario San Luís, en la vía a la Mitad del Mundo, en la provincia de Pichincha, con el objeto de albergar a 150 pacientes mujeres, con la misión de proporcionar asistencia médica

especializada, humana y de calidad, promoviendo en ciertos casos su reinserción social.

Paralelamente se incorporó la asistencia hospitalaria, con estancias cortas al género masculino.

Los indicadores generales de la Institución dependiendo de la unidad son, ver anexo 1:

Unidad de Ingresos: porcentaje de ocupación en el último año de 71% y una estancia media de 13 días.

Media Estancia: con un porcentaje de ocupación alcanzado en la actualidad del 68% y 263 días de estancia media.

Unidad de Psicogeriatría: con un porcentaje de ocupación alcanzado en la actualidad del 94% y 1,134 días de estancia media.

Unidad E: con porcentaje de ocupación de 86% y estancia media de 1,992 días.

Unidad C: con porcentajes de ocupación de 79% y estancia media de 267.

Unidad de Citabm: Programas especiales de alcoholismo y fármaco dependencia internación parcial (hospital de la noche) e internación total.

2.1.3 Centro de Salud Mental Emmett Dalton

Con sede en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas, en el año xxx se fundó el centro de salud Emmett Dalton, dirigido a la atención ambulatoria de pacientes con discapacidad mental, los servicios que presta el centro desde su tiempo de creación son: consulta de psicología, consulta de psiquiatría y terapia de apoyo psicológico. En el área de atención se cuenta con profesionales altamente calificados, tiene cuatro médicos para la atención ambulatoria en el área de psicología y psiquiatría. Las atenciones ambulatorias en promedio anual son de 5400 consultas realizadas a los pacientes. (Hermanas Hospitalarias Ecuador, 2012).

2.2 Plan Estratégico

En virtud del plan institucional tomando como insumos los factores políticos, sociales y económicos, sintetizados en el Sistema Nacional de Salud, considerando la necesidad de una mayor participación de la comunidad laica y la necesidad de una difusión del estilo del centro asistencial en la prestación en lo referente a sus servicios, creando así la Planificación Estratégica 2013 - 2018. Ver anexo 2. Plan Estratégico.

2.2.1 Estrategias

Fortalecer los procesos interdisciplinarios de atención al usuario, buscando mejorar el posicionamiento de la Institución.

Planear y desarrollar proyectos compartidos y redes de relaciones inter-centros en orden a un mejor aprovechamiento de oportunidades y recursos

Aplicar modelo hospitalario en los planes y programas según el marco de identidad, con especial referencia a la pastoral de la salud, el voluntariado y la ética, para que su acción sea más significativa en el proceso asistencial

Implementar, socializar y evaluar el modelo de gestión y administración del Marco de Identidad.

Articular el Plan de Pastoral de la Salud con los planes y programas de Talento Humano.

Modelo de Relación con los Colaboradores (Hermanas Hospitalarias Ecuador, 2012)

2.2.2 Objetivos

- Atención Integral a personas con enfermedades psiquiátricas.
- Adaptación institucional al entorno innovador.
- Ser efectivos con la mejor calidad profesional.
- Ser éticos en la asistencia, la organización y la gestión.

2.2.3 Misión

Responder ante las necesidades de Salud Mental de la comunidad Ecuatoriana, como centro de referencia nacional; sin ánimo de lucro; con un equipo técnico multidisciplinario, calificado, ajustado a la actividad asistencial y docente de la especialidad, a través de una gestión institucional comprometida e integrada, participando de los valores y el carisma fundacional de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús a usuarios internos y externos.

2.2.4 Visión

Responder en el próximo sexenio ante las necesidades de servicios de Salud Mental, proporcionados a la comunidad Ecuatoriana, en un ambiente laboral de comunicación bidireccional efectiva en beneficio del enfermo mental y paliativo, participando de los valores y el carisma fundacional de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús a usuarios internos y externos, liderando una gestión administrativa moderna de servicio.

2.3 Organigrama

A continuación se muestra el organigrama de la Congregación hasta un tercer nivel, Ver figura 9. Ver Anexo 3. Estructura organizacional completa.



2.4 Procesos

A continuación se muestra la cadena de valor de la Congregación hasta un tercer nivel, ver figura 10. Ver anexo 4. Mapa de procesos.

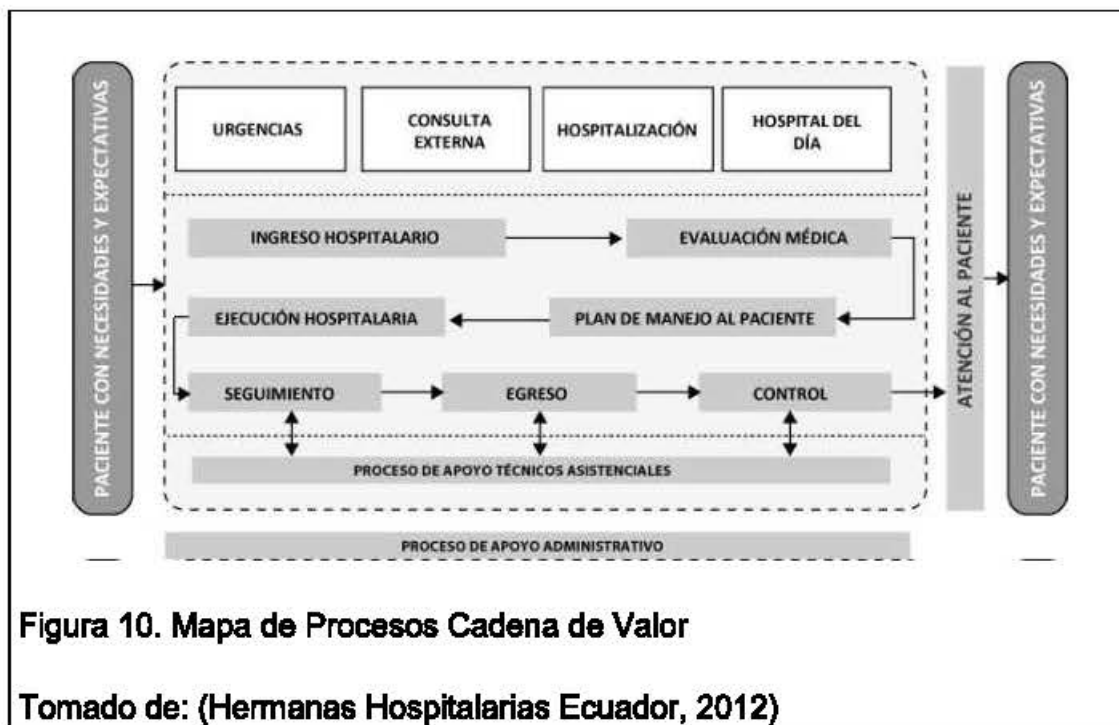


Figura 10. Mapa de Procesos Cadena de Valor

Tomado de: (Hermanas Hospitalarias Ecuador, 2012)

2.4.1 Clasificación de los Procesos e Interacciones

Los tipos de procesos que forman el Sistema de gestión de la Congregación se clasifican en cuatro grupos que se describen a continuación:

2.4.1.1 Procesos de Direccionalmento

Son aquellos procesos de responsabilidad de la Dirección y Gerencia de la Congregación necesarios para la planificación, mantenimiento y progreso de la organización. En este nivel encontramos básicamente dos procesos así:

- Dirección del Plan Estratégico
- Gestionar la calidad

2.4.1.2 Procesos Asistenciales

Son los procesos a través de los que se desarrolla la actividad asistencial. En ellos, partiendo desde los macro procesos: urgencias, consulta externa, hospitalización y hospital día; llegando a los procesos desde la solicitud realizada por el paciente, hasta la realización del servicio solicitado, tenemos el detalle que abarca a cada uno de los macro procesos.

Ingreso Hospitalario

Desde que el paciente y familiares ingresan al centro, registro de datos personales, y el direccionamiento del paciente para la asistencia médica.

Evaluación Médica

Decisión del tipo de asistencia: ambulatorio u hospitalario de acuerdo a evaluación médica al paciente. Registro de historia clínica, e indicación a enfermería de ingreso en curso.

Plan de Manejo

Indicaciones médicas con la prescripción de medicación a administrar y procedimientos médicos a ejecutarse, tiempos de permanencia, asignación del médico tratante y de la unidad en la que permanecerá.

Ejecución Hospitalaria

Se abre registro de enfermería y se implementa las indicaciones prescritas por el médico. Registro de los servicios hospitalarios y medicación administrada al paciente.

Seguimiento

Enfermería está pendiente de la evolución del paciente y trabajo social es el vínculo entre familiares y la institución.

Egreso Hospitalario

El médico dispone la salida del paciente dando el alta con las respectivas indicaciones y la oficina de administración recoge todos los insumos registrados al paciente (servicios y medicación) y realiza la facturación.

Control Calidad

Hacer cumplir los protocolos médicos y de enfermería hacia el paciente, seguimiento en el trato humanizado entre personal y paciente, registro de encuesta de calidad.

2.4.1.3 Procesos de Apoyo Técnico Asistencial

Comprenden los procesos que son complementarios a los asistenciales, es decir, garantizan la integralidad en la atención en salud de la población objetivo que está constituida prioritariamente por personas con enfermedad mental. Ellos son:

- Generar Atención de Psicoterapia
- Generar Atención de Terapia Ocupacional
- Generar Atención de Psico - educación al Paciente y su Familia
- Entregar Medicamentos
- Vigilar Administración Farmacológica

En igual forma cada uno de los procesos de apoyo técnico asistencial tiene su caracterización y documentación pertinentes.

2.4.1.4 Procesos de Soporte

Son aquellos que dan soporte a los procesos asistenciales para que estos cumplan adecuadamente su misión.

- Gestionar Talento Humano
- Gestionar Insumos y Suministros
- Gestionar el Ambiente Físico
- Gestión de Recursos Económicos
- Gestión de Recursos de Información
- Gestionar Hostelería

2.5 Inventario de las TIC

Arquitectura tecnológica

Los principales componentes de la arquitectura tecnológica de la Congregación son los equipos de almacenamiento, la infraestructura de comunicaciones, el software de apoyo y los sistemas de información.

Equipos de Almacenamiento

Con esta infraestructura se pretende inicialmente hacer un reconocimiento de la plataforma de hardware existente en la Congregación de las Hermanas Hospitalarias, al igual que la proyección de los recursos de hardware y de comunicación que se requieran acorde con los avances tecnológicos del medio y que permitan un cabal cumplimiento de la misión y objetivo de la entidad, la Congregación cuenta con:

- Dos data center con acceso restringido por tarjeta electrónica, equipados con aire acondicionado, sistema de alimentación continua y reguladores de voltaje.
- Rack IBM de 42 unidades, con una ocupación del 70%.
- Dos servidores IBM Blade Center S, ubicados uno al norte de Quito y el otro en el Centro, equipos de gran escalabilidad, redundancia en discos, ventilación, fuentes de poder. Para el almacenamiento de datos se tienen arreglos de discos con capacidades de 450 GB y de 660 GB, con una ocupación total cercana al 20%.
- Sesenta y cinco computadoras de uso personal.
- Veinte mini laptops.
- Diez impresoras entre equipos de impresión de impacto, de tinta y laser, en toda la institución.
- Siete Swich de fibra óptica Dlink.

La disponibilidad de los equipo debe ajustarse a las necesidades que deriven de la inserción tecnológica deseada.

Infraestructura de Comunicaciones

En la Congregación existe una red local, con sistemas tolerantes a fallas y capacidad para conectar a los funcionarios con sistemas de información automatizados y conexiones remotas. Ahora, en vista de la importancia que reviste la conectividad y las nuevas tendencias móviles de la comunicación, resulta necesario evolucionar hacia el aprovechamiento de esas potencialidades tecnológicas en la gestión administrativa y médica. Ver figura 11.

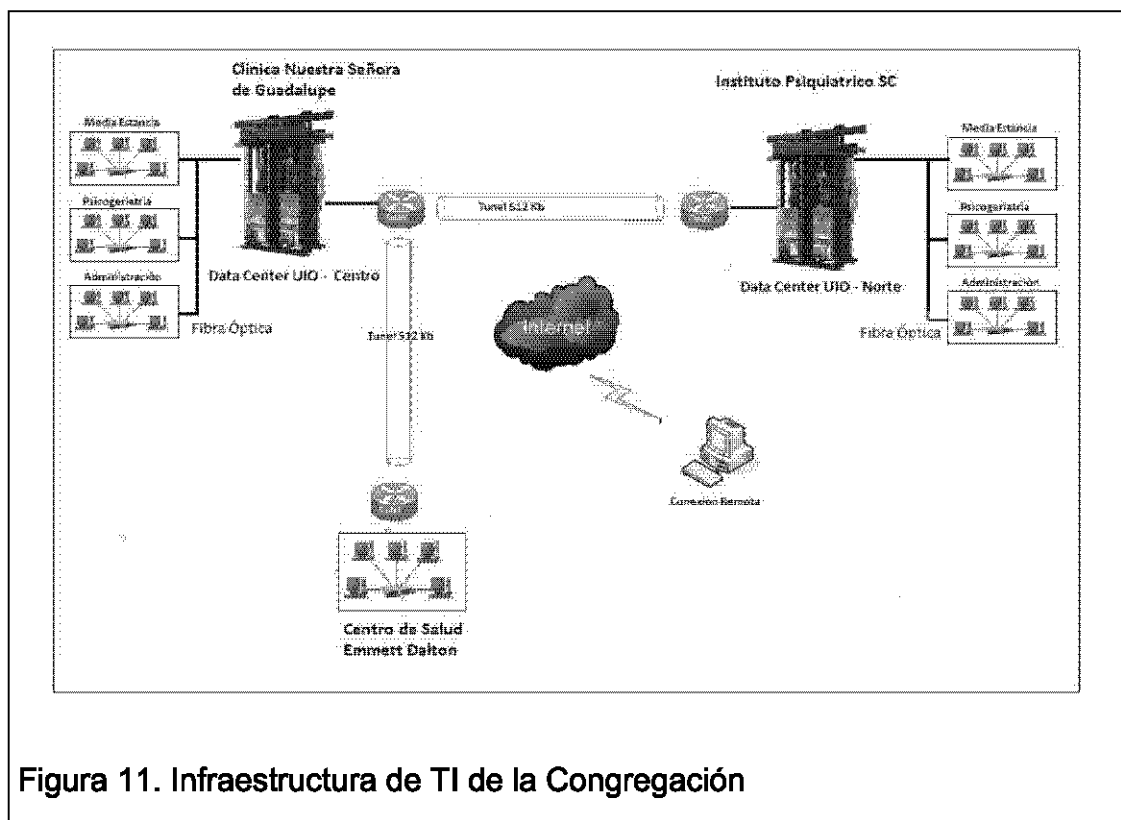


Figura 11. Infraestructura de TI de la Congregación

La red corporativa está compuesta por los siguientes elementos:

- Red Interna principal, cableado estructurado, conexión por fibra óptica 1024 Kbps. Conectividad de swich de fibra óptica.
- Red interna horizontal, cableado estructurado, conexión por cable utp categoría 5e. Conectividad de equipos de trabajo.
- Internet Dedicado 1024 Kbps, horarios de soporte del servicio 24x7x365, disponibilidad del servicio 99.6%, tiempo máximo de respuesta 3 horas.

- Red inter-institucional túnel de datos 512 Kbps 1/1, horarios de soporte del servicio 24x7x365, disponibilidad del servicio 99.6%, tiempo máximo de respuesta 4 horas.
- Dos cámaras de video conferencia, inter-institucionales y alcance internacional.

Software de apoyo

Las computadoras personales cuentan con sistemas operativos, con interfaz gráfica, paquetes de ofimática de oficina, y acceso a sistemas de información. Además, la Congregación utiliza software antivirus, administrador de las direcciones del protocolo de Internet (IP), el directorio activo de todos los funcionarios de la Congregación. Lo anterior, representa una base tecnológica que requiere ser complementada con: software colaborativo, software especializado para administrar el ancho de banda y filtrar el acceso a Internet, la administración del firewall, los certificados privados, software para registro de atención de averías, el software de capacitación en línea, y la vigilancia de la seguridad de las instalaciones, entre otros, que permitan una gestión ampliamente soportada en tecnología de punta.

Sistemas de información

La Congregación cuenta con varios sistemas de información que soportan tanto las tareas sustantivas como las de apoyo al nivel institucional. Se considera que hay funciones y sistemas de TIC dispersos, o bien no integrados en algunas áreas de la institución, tal como el caso de diseño y programación de soluciones tecnológicas individuales, por lo que el modelo de arquitectura de información debe ser revisado y actualizado. Esta situación debe evolucionar hacia la interoperabilidad de sistemas en función de un modelo de arquitectura de información bien determinado.

Sistemas sustantivos o misionales

Los más importantes de la Congregación son:

- Sistema Administrativo Contable Financiero, el cual cuenta con los módulos: Contable (balances - presupuestos), Tesorería (conciliación), Ventas y Cuentas por Cobrar (manejo de clientes), Compras y cuentas por Pagar (manejo de proveedores).
- Sistema de Historias Clínicas, registro electrónico de la evolución de cada uno de los pacientes con plantillas como: Admisión y Alta, Anamnesis y examen físico, evolución médica y enfermería, epicrisis, emergencias, pedido y resultado de laboratorio clínico. Además permite la generación de documentación electrónica con firma digital y en formato pdf, archivos planos para entregar al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- Sistema de Nómina, permite la generación del rol de pagos en forma mensual o quincenal, el resultado son reportes de recibos individuales a cada uno de los empleados, reporte general del rol de pagos y procesos como generación de Cash Management para el banco, archivos planos para el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social "IESS", archivos XML (eXtensible Markup Language) para el Servicio de Rentas Internas.
- Registro de Matriz de Producción, registro de eventos en cada una de las unidades para la presentación de estadísticas asistenciales de la organización, (giro de cama, ocupación).

Sistemas de apoyo

Entre los más importantes:

- Encuestas Electrónicas.
- Reporte de guardia de médicos y enfermeras.
- Citas médicas.
- Hoja de signos vitales.

Potencial humano

En la actualidad, la Congregación cuenta con funcionarios capacitados en materia de TIC, lo que es un factor relevante para la ejecución del plan estratégico de las Tecnologías.

El Departamento de Sistemas y Tecnologías de Información cuenta con:

- Dos ingenieros en sistemas, encargados de soporte de los sistemas misionales de la Congregación.
- Un tecnólogo en sistemas, encargado de la infraestructura tecnológica de la Congregación.

Colaboradores que apoyan en las distintas tareas, no obstante y de acuerdo al más reciente diagnóstico realizado por el departamento y en coordinación con la Dirección General, para determinar requerimientos de apoyo tecnológico, las diferentes dependencias solicitan capacitación en materia tecnológica sobre sistemas institucionales en gestión de salud.

CAPÍTULO III.

3. Metodología para Planificación Estratégica de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones

Metodología para la Planificación Estratégica de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones o también llamada PETIC, es la metodología que se va a utilizar y cubre todas las áreas de las TI, priorizando los proyectos que apoyan las estrategias de la Congregación. (Daccach, 2012)

3.1 Antecedentes

La metodología PETIC que se va a utilizar para el estudio, tiene su inicio en el año 1966, desarrollado por IBM para sus propios requerimientos en los problemas de información, luego fue evolucionando a través de los años. En 1987 se desarrolla la metodología BSP/SA(Business System Planning / Strategical Alignment), la cual tiene como objetivo principal proveer de una planeación de los sistemas de información y tecnología informática de corto a largo plazo del negocio. La Planeación Estratégica debe estar alineada con las estrategias de la organización y el compromiso de la alta Gerencia.

En 1990 la empresa colombiana DELTA Asesores hace modificaciones en la metodología BSP/SA de IBM, y la ajusta al mercado colombiano y latinoamericano. Los cambios principales que se realizaron en la metodología, fue reducción en los tiempos de desarrollo del plan estratégico en comparación con la metodología tradicional y actualmente se ha incorporado algunos elementos importantes como es el concepto de Gobierno de TI, se evalúa el impacto de los conceptos de SOA que pueda tener sobre esta metodología, y finalmente están trabajando en la otra versión que incluye la alineación con COBIT.

3.2 Objetivos del PETIC

- Proveer un método formal para establecer prioridades para TI.
- Desarrollo de sistemas que tengan larga vida.
- Validar que los recursos de tecnología que se aplican, sean de la manera más eficiente y efectiva para soportar los objetivos del negocio.
- Aumentar la confianza de los ejecutivos, en sistemas que se desarrollarán y de los cuales se obtendrán un alto retorno.
- Mejorar las relaciones entre el área de TI y el resto de la organización para proveer de sistemas de información que atiendan las necesidades de los usuarios y del negocio.
- Identificar la tecnología informática como un recurso corporativo que debe ser planeado, administrado y controlado para que sea usado efectivamente por todos.

3.3 Metodología PETIC

La Planificación Estratégica de Tecnologías de la Información y comunicaciones - PETIC, es una metodología muy dinámica que permite estar alineado con las estrategias de la organización y permite priorizar proyectos, diseño e implementación de estrategias en las tecnologías de la información.

La metodología se fundamenta principalmente, en la transformación de las estrategias de negocios en componentes operativos y de TI. Esto va a dar como resultado una arquitectura organizacional que incluye modelos operativos, sistemas de información, hardware y comunicaciones, y estructura de la organización.

En esta metodología se muestran los factores críticos de soporte a las estrategias de la organización, de tal manera que la inversión que se priorice en tecnología pueda ser fácilmente sustentada.

3.4 Esquema de Trabajo de PETIC

Para iniciar el desarrollo de PETIC, es necesario realizar primero las reuniones con las autoridades, para obtener el apoyo y compromiso para la realización de PETIC. Una vez que se cuenta con las autorizaciones del caso, se procede con la recolección de todos los insumos para el análisis y obtener una radiografía de la situación actual de la organización, ver figura12.

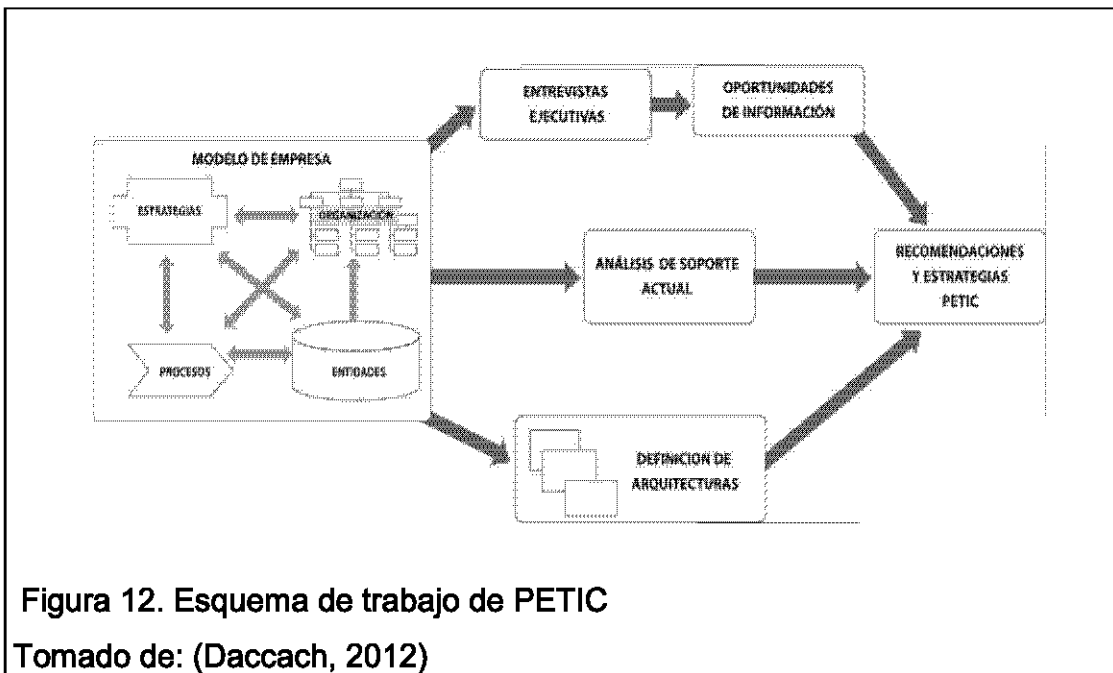


Figura 12. Esquema de trabajo de PETIC

Tomado de: (Daccach, 2012)

El esquema de trabajo de PETIC es muy completo y se comienza con el modelo de empresa, el cual consiste en identificar las estrategias, mapa organizacional, procesos, y actividades de información que se utiliza para elaborar las relaciones de matrices de: estrategias, organización, procesos y entidades, para hacer un análisis de cómo se interrelacionan entre sí, en base a estas matrices se realizan entrevistas a los ejecutivos para obtener las oportunidades de información y paralelamente se hace una evaluación y análisis del soporte que actualmente tiene TI, como son la arquitecturas de aplicaciones de base de datos, red, etc; para finalmente dar las recomendaciones y contar con el Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información. A continuación se detalla cada uno de los pasos a seguir para la aplicación de la metodología PETIC.

3.4.1 Modelo de la Empresa

Es la forma como se interactúa con el cliente, proveedores y los diferentes procesos. En el modelo de la empresa se identifica las estrategias de la organización, mapa organizacional, procesos, actividades de información.

Todos estos insumos los encontramos en los documentos de la organización, el cual nos permite evaluar y realizar un análisis de la situación actual de la organización.

3.4.1.1 Análisis de Empresa

En análisis de empresa se debe revisar el documento de Planificación estratégica de la organización, en el cual define el futuro próximos años siguientes.

El documento de Planificación estratégica se lo debe revisar en conjunto con las autoridades, y aclarar cualquier inquietud que se tenga que despejar. Se deben identificar los departamentos y responsables; en el cual se debe dar el alcance del estudio que se va a realizar para evitar falsas expectativas y relacionar las estrategias con la organización.

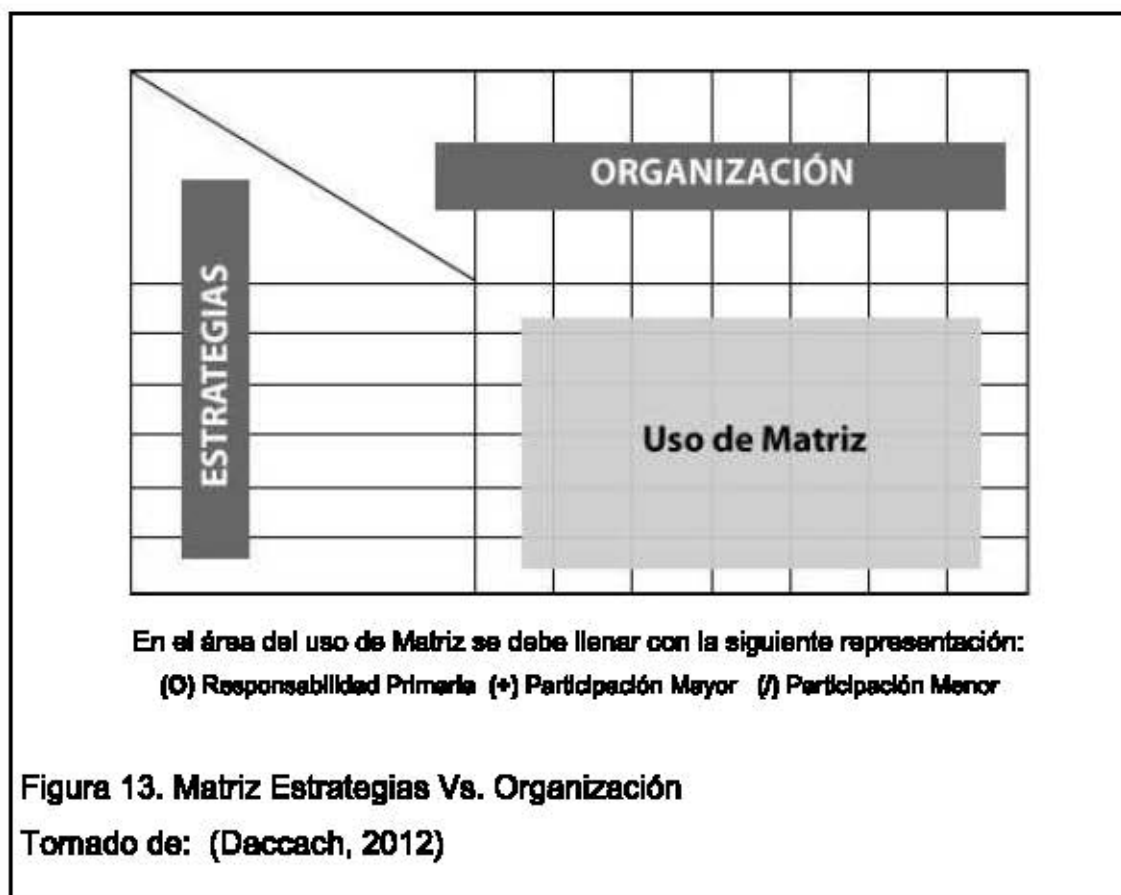
En el análisis de empresa se elaboran cruces de matrices para ver las relaciones que existentes entre sí. Las matrices que se van a elaborar son las siguientes: Estrategias vs Organización, Procesos vs. Estrategias, Procesos vs Organización, Entidades vs. Estrategias, Entidades vs. Organización y Entidades vs. Procesos.

Estas seis matrices conforman el modelo de empresa como base fundamental del desarrollo de la metodología y adicionalmente es el punto de entrada para ajustar todos los cambios que se den con cambios en el entorno o en la empresa.

3.4.1.2 Matriz Estrategias vs. Organización

Esta matriz ayuda a identificar el rol de cada unidad organizacional para implantar las estrategias de la organización, se identifica la unidad organizacional con responsabilidad primaria sobre cada estrategia de la

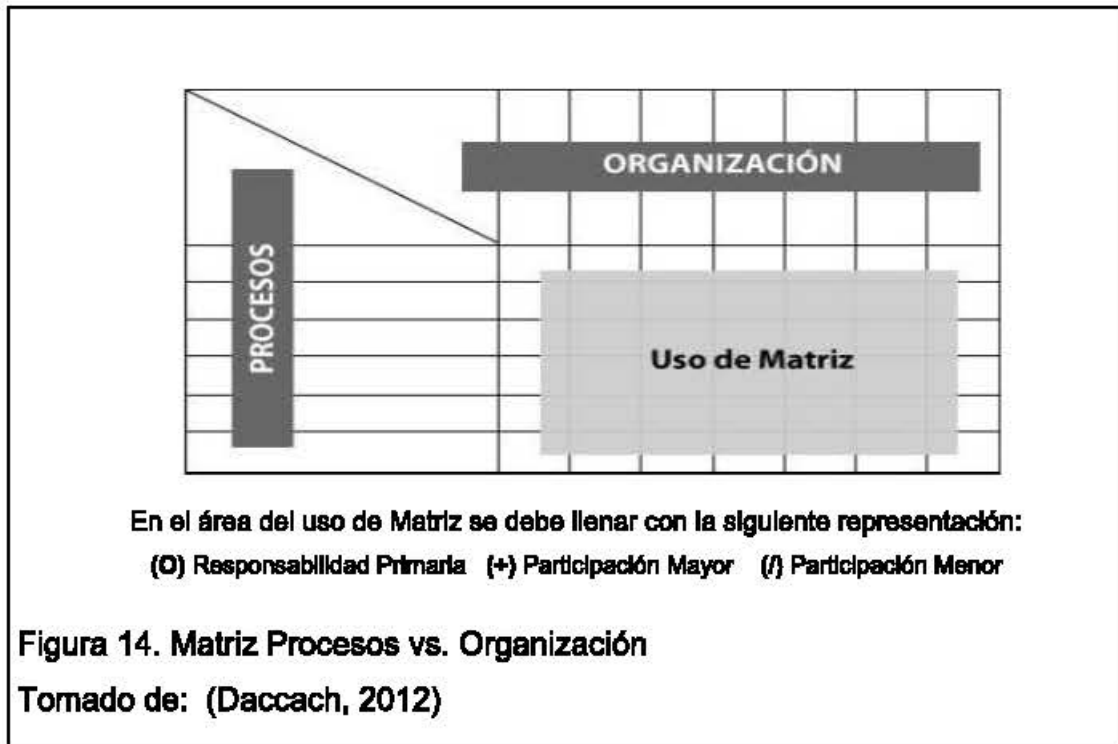
organización. Se selecciona al personal que se va a entrevistar para determinar las oportunidades de información, de preferencia se debe entrevistar al personal hasta el nivel tres del organigrama de la empresa. Ver figura 13.



3.4.1.3 Matriz Procesos vs. Organización

En esta matriz se va a identificar quién tiene la responsabilidad primaria del proceso, los que están involucrados y tienen una participación menor en el proceso o los procesos.

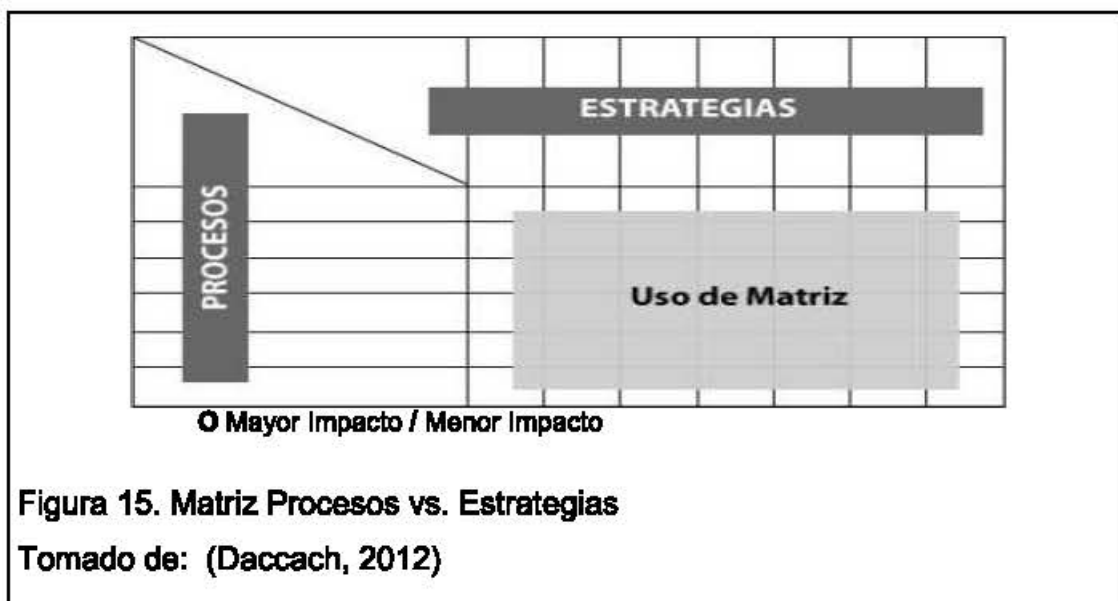
Con esta matriz también se determina a quién se va a realizar las entrevistas ejecutivas, para obtener las oportunidades de información. En las entrevistas obtiene sugerencias de reorganización. Ver figura 14



3.4.1.4 Matriz Procesos vs. Estrategias

Indica el impacto relativo de cada proceso sobre las estrategias de la organización y muestra el impacto estratégico de cada proceso.

Con esta matriz se logra establecer prioridades para el soporte TI de los procesos. Ver figura 15.



3.4.1.5 Matriz Procesos vs. Entidades

Esta matriz refleja las necesidades de información de la organización, determina qué proceso crea o utiliza la entidad. Además muestra cómo se comparten los datos y ayuda a identificar las dependencias de las aplicaciones, definir el alcance de la base de datos y definir las acciones de los procesos. Ver figura 16.

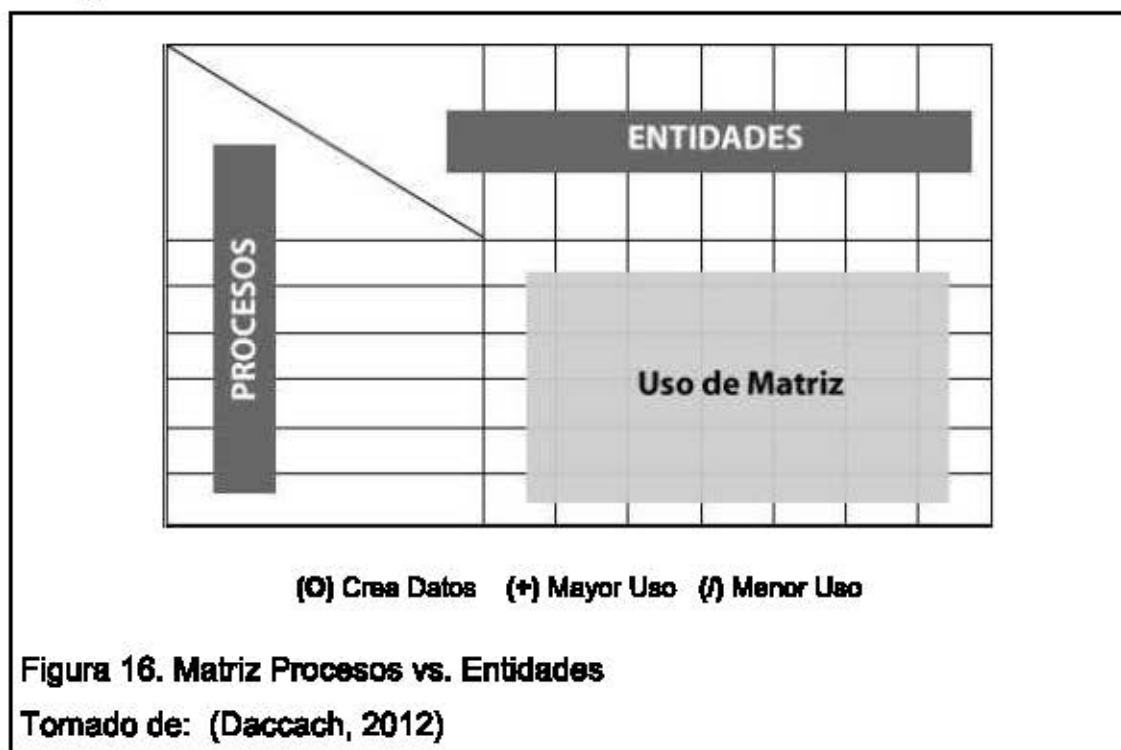
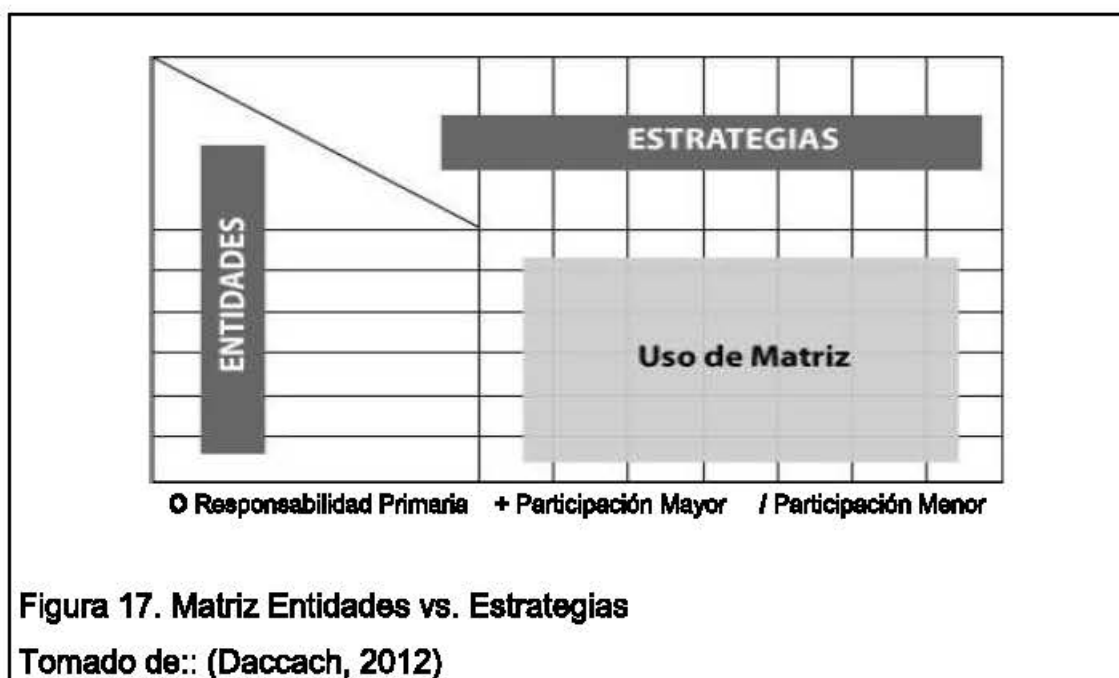


Figura 16. Matriz Procesos vs. Entidades

Tomado de: (Daccach, 2012)

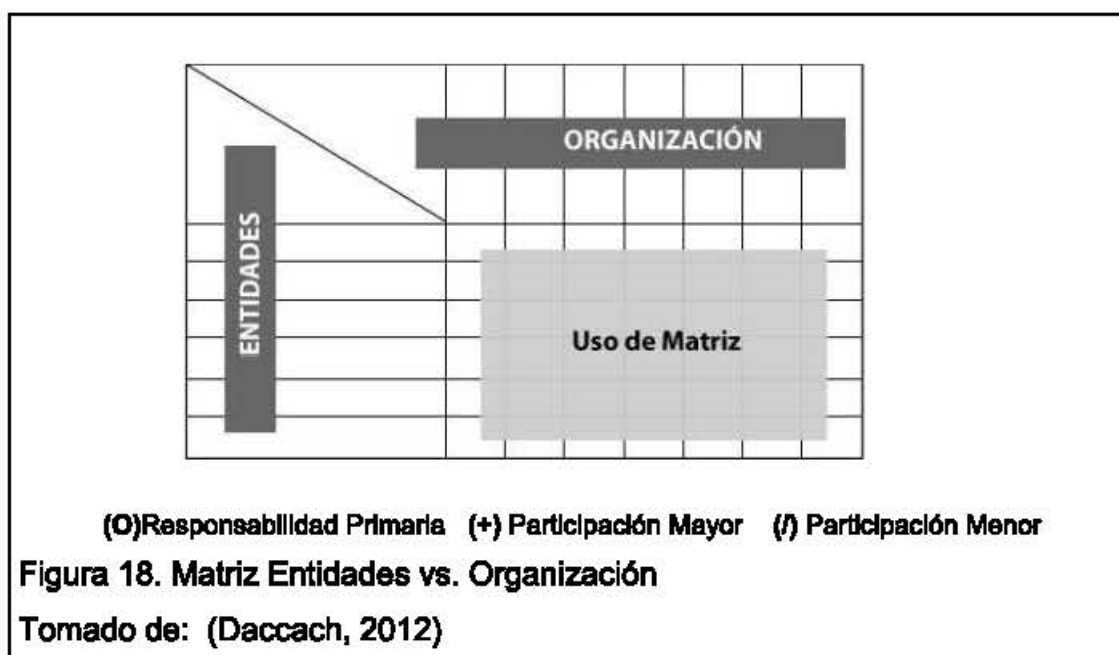
3.4.1.6 Matriz Entidades vs. Estrategias

Esta matriz ayuda a determinar el impacto de las entidades en las estrategias e ilustra la importancia relativa de los datos de cada entidad respecto a las estrategias de la empresa. Finalmente ayuda en la asignación de prioridades, luego de valorarlos. Ver figura 17.



3.4.1.7 Matriz Entidades vs. Organización

En esta matriz se determina a quién entrevistar para determinar las oportunidades de información y se van a identificar las posibilidades de compartir datos, e identifica el punto focal para los datos que corresponden a cada entidad. Restringe la entrevista a las entidades mencionadas ordenándolas de acuerdo a su importancia. Ver figura 18.



3.4.2 Entrevistas Ejecutivas

Las entrevistas ejecutivas constituyen uno de los métodos más usados, se debe determinar la prioridad de los entrevistados y establecer quienes participan en un mayor número de procesos. Las entrevistas permiten identificar, explicar y cuantificar las oportunidades de información, siguiendo el esquema de trabajo de PETIC, ver figura 19.

El rendimiento de la entrevista depende de factores como la experiencia, conocimientos y la predisposición de las partes que participan.

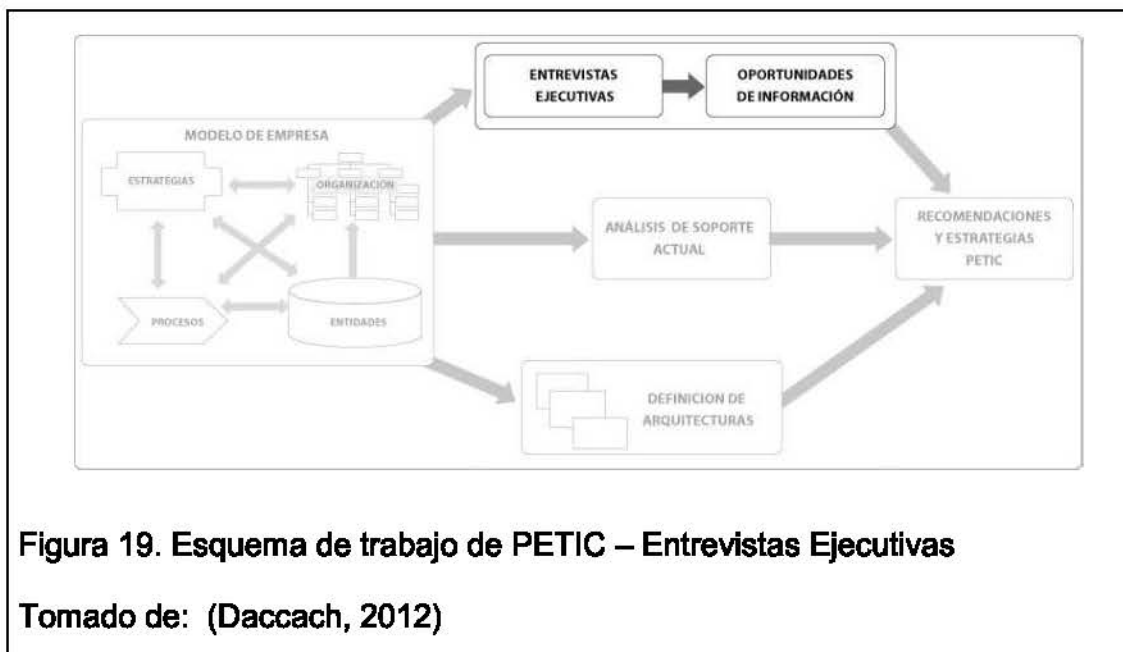


Figura 19. Esquema de trabajo de PETIC – Entrevistas Ejecutivas

Tomado de: (Daccach, 2012)

El principal objetivo que persiguen las entrevistas es encontrar las oportunidades de información, ver figura 20, en la cual se identifica aspectos como: la participación en la estrategia, responsabilidad en el proceso y los requerimientos que tienen las entidades.



En las entrevistas se deben validar las relaciones entre las estrategias, procesos y entidades. Una vez que se han realizado las entrevistas se pueden sacar cada una de las oportunidades de información, con sus respectivas soluciones de los problemas encontrados.

Los entrevistados deben pertenecer al grupo de planeamiento y también del tercer al cuarto nivel. Deben ser los representantes con experiencia de las áreas que conocen bien las necesidades de la organización y sus procesos.

Primero se deben entrevistar a los ejecutivos que pertenecen al tercer nivel, los ejecutivos del segundo y primer nivel al final.

En las entrevistas se usa como insumos las matrices normales, estructurándolas desde la perspectiva de tecnología, con las cuales se valida y dan como resultado las matrices ajustadas, éstas servirán de insumo para las matrices ponderadas. En la conducción de la entrevista se debe hacer preguntas en referencia a la participación en la estrategia, la responsabilidad en el proceso y los requerimientos de entidades de datos; y otras preguntas que resulten de interés.

3.4.2.1 Oportunidades de Información

Como recurso para la entrevista se utiliza un formulario para las oportunidades de la información, ver figura 21.

En las oportunidades de información se obtiene un criterio completamente numérico asignado por el entrevistado, por tanto pueden cambiar cuantas veces quieran estos números, esta evaluación permite tener tres tipos de proyectos: proyectos que no tiene nada que ver con TI; que se puedan resolver antes de la planeación; y otros que van a requerir una estructuración de proyectos a largo plazo.

Departamento:		Entrevistado:		OI No:			
		Sor Inés					
Oportunidad o Problema							
Descripción de la implementación de la solución:							
RELACIONES							
ESTRATEGIAS	PROCESOS		ENTIDADES				
Beneficios Potenciales							
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo		5	4	3	2	1	Firma del Entrevistado:

Figura 21. Formulario de Oportunidades de Información

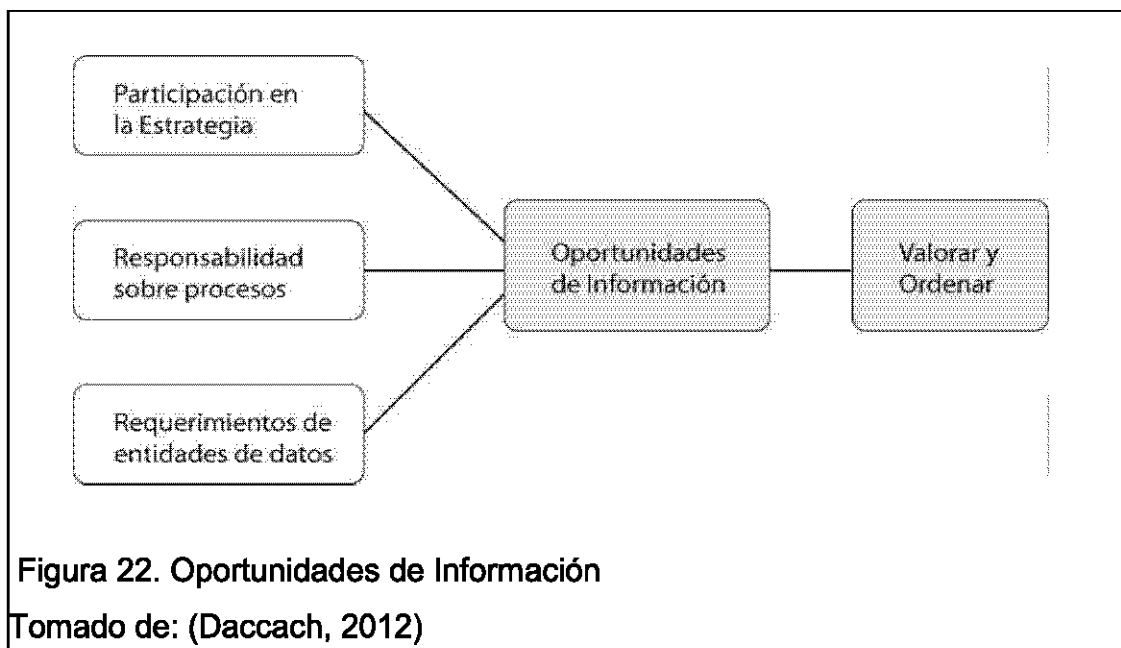
Tomado de: (Daccach, 2012)

3.4.2.2 Análisis de las Oportunidades de Información

Una vez recopilado las oportunidades de información, se realiza un análisis, en el cual se evalúan las oportunidades de solución rápida, se agrupan las oportunidades de Información por procesos/entidades. Luego se asignan prioridades para el soporte a procesos/entidades. Ver figura 22.

Se deben evaluar las oportunidades de información, e identificar las que son de solución rápida y cumplan las siguientes características: apalancamiento en recursos existentes, implantación a corto plazo y pequeñas inversiones en recursos.

Se deben evaluar primero las oportunidades de solución rápida, para que se realicen a la brevedad y los beneficios sean inmediatos. Con lo cual se logra reducir las quejas constantes y construir a la marcha el compromiso para la implementación de PETIC.



Se debe utilizar la experiencia de la empresa para identificar programas y datos disponibles, revisar el soporte de aplicaciones y datos existentes. Se debe revisar por proceso/entidad cada oportunidad de información con el soporte existente. Ver tabla 1.

Tabla 1. Agrupar Procesos / Entidades de la Organización

		OI Oportunidad de Información				
PROCESOS	Ingreso Hospitalario	OI1	OI3	OI4		
	Evaluación Médica	OI1	OI2	OI3	OI5	
	Plan de Manejo al Paciente	OI1	OI3	OI5		
	Ejecución Hospitalaria	OI1	OI3	OI5		
	Seguimiento Hospitalario	OI1	OI3	OI5		
	Egreso Hospitalario	OI1	OI3	OI5		
	Control calidad al Paciente	OI1	OI2	OI3	OI5	
ENTIDADES	Personal	OI1	OI2	OI3	OI4	OI5
	Pacientes	OI1	OI2	OI3	OI4	OI5
	Proveedores	OI1	OI2	OI3		
	Ubicación	OI2				
	Inventario medicinas	OI3				
	Historias Clínicas	OI3	OI4	OI5		
	Facturación	OI3				

3.4.2.3 Establecer Prioridades para el Soporte a Procesos y Entidades

Se determina criterios evaluando el soporte a procesos y entidades, es necesario identificar las prioridades altas y confrontar estas con proyectos pendientes.

Determinar Criterios

IMPACTO: Ventaja competitiva y soporte a las estrategias, se determina mediante calificación numérica de las matrices: procesos vs. estrategias y entidades vs. estrategias, se califica con tres puntos el mayor impacto y con un punto el menor impacto.

DEMANDA: Número de entrevistados y requerimientos legales, se obtiene del número de veces que aparece el proceso o la entidad en las entrevistas como sujeto de las oportunidades de información.

BENEFICIO: A largo plazo y a corto plazo, se obtiene de la suma de la calificación asignada a cada oportunidad de información, bajo cada proceso o entidad que afecte.

ÉXITO: Recursos requeridos, complejidad tecnológica y riesgo.

El resultado de los valores puede ser no comparable y se debe normalizar los factores obtenidos.

Factores de Éxito

Posibilidad de ser exitoso en la implantación de la solución con base a:

- **Tamaño:** Magnitud de recursos requeridos para desarrollar e implantar.
- **Aprendizaje:** Experiencia requerida para desarrollar e implantar
- **Organización:** Unidades de la organización que usarán el soporte del proceso y entidad.
- **Impacto sobre el usuario:** Cambios requeridos por el usuario para usar el soporte del proceso y entidad.

Ver tabla 2.

Tabla 2. Calificación de los factores de éxito

Tamaño	1 = muchos recursos 5 = pocos recurso
Aprendizaje	1 = mucha experiencia, 5 = ninguna experiencia
Organización	1 = ninguno 5 = muchos
Impacto sobre el usuario	1 = muchos cambios 5 = pocos cambios

Nota: (Daccach, 2012)

Dado que el valor para cada columna no es comparable con las demás, se hace necesario un proceso de normalización, se divide cada columna por el mayor valor en la misma. Ver tabla 3.

Tabla 3. Matriz sin normalizar

		MATRIZ NORMALIZADA							
		Impacto	Beneficio	Demanda	FACTOR DE ÉXITO				Factor Éxito Total
					Tamaño	Aprendizaje	Organización	Impacto	
PROCESOS	P1: Ingreso Hospitalario	0.58	0.52	0.50	1.00	1.00	0.40	1.00	0.85
	P2: Evaluación Médica	0.42	0.44	0.38	1.00	0.33	0.40	1.00	0.68
	P3: Plan de Manejo al Paciente	0.58	0.93	0.88	1.00	0.33	0.40	1.00	0.68
	P4: Ejecución Hospitalaria	0.58	1.00	1.00	0.25	0.33	1.00	0.75	0.58
	P5: Seguimiento Hospitalario	0.50	0.81	0.75	0.25	0.33	1.00	0.75	0.58
	P6: Egreso Hospitalario	0.42	0.74	0.75	0.50	1.00	0.40	0.75	0.66
	P7: Control Calidad al Paciente	1.00	0.30	0.25	1.00	0.33	0.40	0.25	0.50
ENTIDADES	En1: Personal	0.91	0.35	0.33	0.25	0.25	1.00	0.75	0.56
	En2: Pacientes	0.82	1.00	1.00	0.25	1.00	1.00	0.50	0.69
	En3: Proveedores	0.36	0.00	0.00	0.75	0.75	0.50	1.00	0.75
	En4: Ubicación	0.36	0.00	0.00	1.00	1.00	0.50	1.00	0.88
	En5: Inventario Medicinas	0.45	0.10	0.08	0.50	0.50	0.75	0.75	0.63
	En6: Historias Clínicas	1.00	0.83	0.75	0.50	0.50	1.00	0.50	0.63
	En7: Facturación	0.45	0.00	0.00	1.00	0.75	0.50	0.25	0.63

3.4.3 Planeamiento de las Arquitecturas de la Tecnología Informática

Es importante dentro del planeamiento de las arquitecturas de la tecnología informática abarcar cada una de ellas: la arquitectura de base de datos, arquitectura de aplicaciones y arquitectura geográfica de la red. Dentro del esquema de trabajo del PETIC, se muestra en la figura 24.

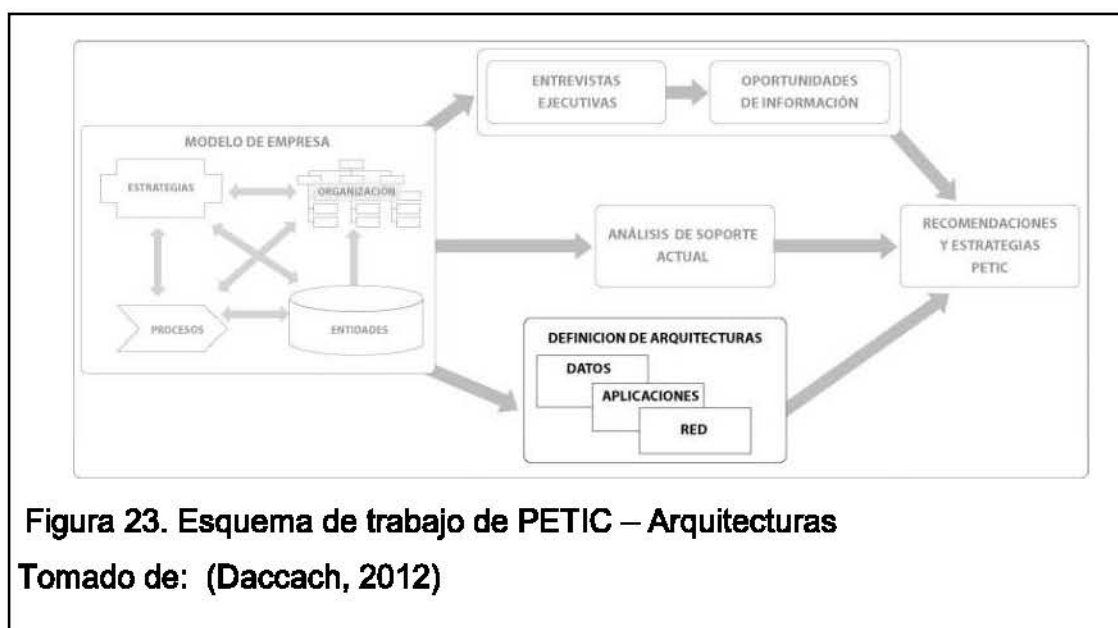
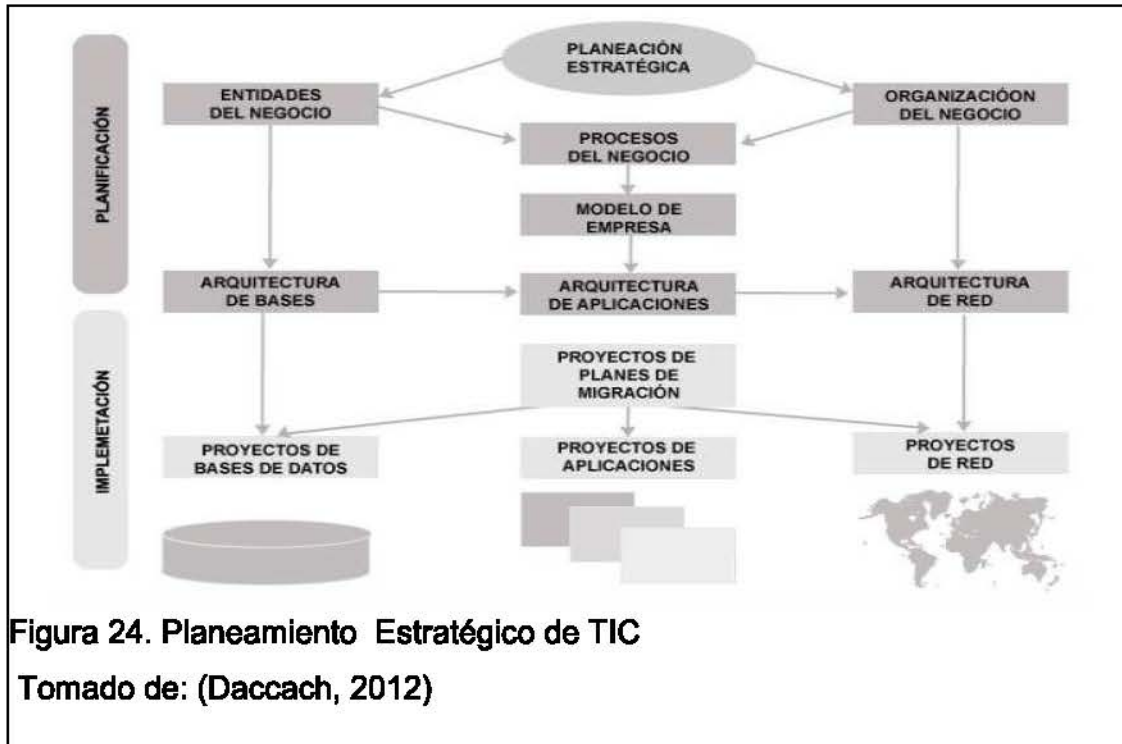


Figura 23. Esquema de trabajo de PETIC – Arquitecturas

Tomado de: (Daccach, 2012)

Para cada una de las arquitecturas descritas: datos, aplicaciones y red se obtendrá proyectos en este contexto se puede visualizar el Planeamiento estratégico de TIC en la figura 25.



3.4.3.1 Arquitectura de datos

La arquitectura de datos tiene como objetivo definir los principales tipos y fuentes de datos necesarios para el soporte del negocio.

Se deben definir las entidades de datos correspondientes a la empresa, no para el diseño de sistemas de almacenamiento lógicos o físicos.

Las aplicaciones existentes en la empresa pueden no estar integradas y las aplicaciones existentes en las empresas no necesariamente hacen uso de bases de datos.

Las aplicaciones elaboradas sobre bases de datos relacionales no están normalizadas ni en ambiente web y el desarrollo cliente/servidor define el modelo de datos como una consecuencia de las aplicaciones y no como el sitio de partida.

La arquitectura de datos se obtiene durante el desarrollo de los proyectos y no a nivel estratégico.

3.4.3.2 Arquitectura de Aplicaciones

Es un modelo para el soporte de los requerimientos de información de la organización que describe las áreas de aplicaciones requeridas y las relaciones entre ellas.

Es necesaria la arquitectura de aplicaciones porque comunica independencia de datos, e identifica las aplicaciones existentes como bloques de construcción; además planea para bases de datos integrales y sus aplicaciones, controla el progreso de implementación a través del tiempo.

Para la arquitectura de datos, se debe realizar la matriz de Procesos vs. Entidades.

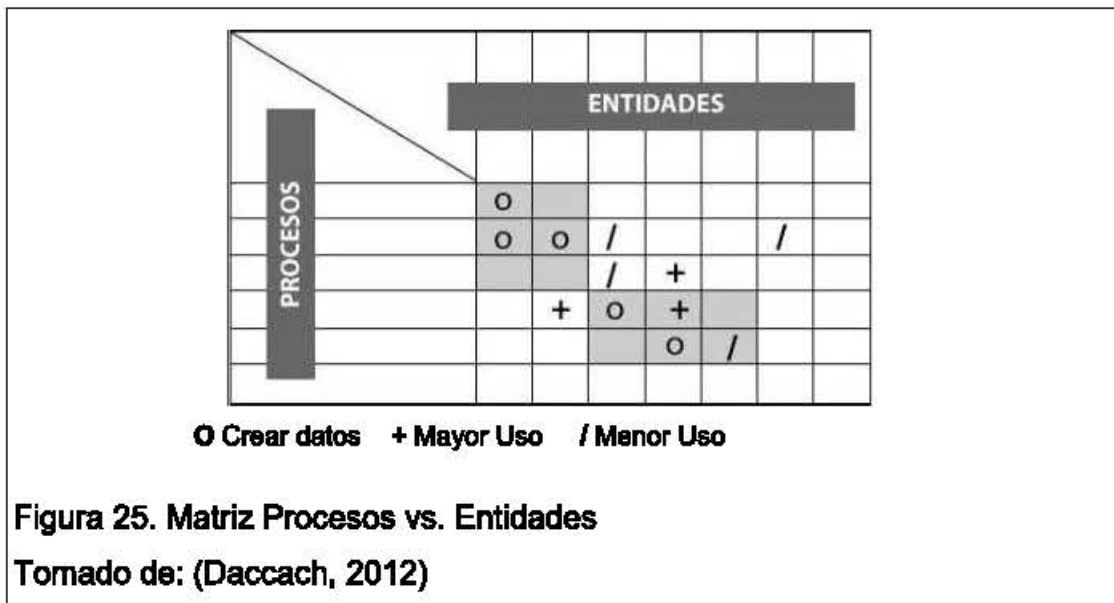
Matriz Procesos vs. Entidades

Se utiliza la matriz Procesos vs. Entidades, para organizar los procesos iniciando con la infraestructura de la empresa y terminando con las actividades primarias o cadena de valor.

Se debe revisar que la asignación del proceso que crea los datos es adecuada y la mejor fuente para garantizar la integridad de la información.

Se deben organizar en diagonal las entidades que son creadas por los procesos, luego se debe agrupar procesos / entidades y definir relaciones. Ver figura 26

.



3.4.3.3 Arquitectura Geográfica de la Red

Una representación de las ubicaciones físicas del soporte de información aplicaciones y datos requeridos por la organización.

La arquitectura incluye dónde residirán las aplicaciones, almacenarán las clases de datos, flujo de datos entre las localidades y administración de la distribución.

Se debe identificar localidades y unidades de negocio, además asignar procesos y entidades a las unidades de negocio, y requerimientos de niveles de servicio. Además se debe ubicar aplicaciones, datos y optimizar arquitectura.

Se debe decidir si se centraliza o se distribuyen tanto las aplicaciones como los datos para ofrecer soporte local o centralizado. Las matrices reflejan necesidades pero no volumen de información y debe levantar información sobre el soporte requerido tanto de las aplicaciones como de los datos.

3.4.4 Análisis del Soporte Actual

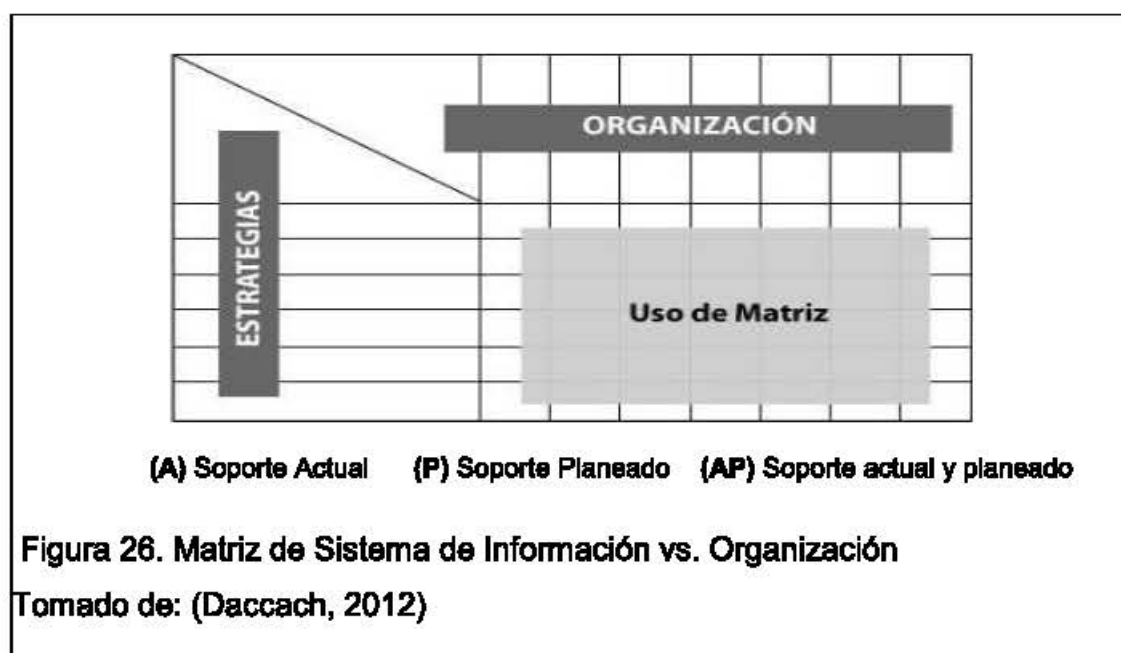
Determinan el soporte que los sistemas de información actuales brindan a la organización y a los procesos

Determinan el grado de uso de los datos que hacen las aplicaciones y establecen la brecha entre el soporte actual y el requerido para satisfacer las arquitecturas y las necesidades de los usuarios.

Para realizar un análisis del soporte actual se debe realizar el cruce de matrices: Sistemas de Información vs. Organización, Sistemas de Información vs. Procesos, Sistemas de Información vs. Entidad y Sistemas de Información vs. Ubicación.

3.4.4.1 Matriz de Sistema de Información vs. Organización

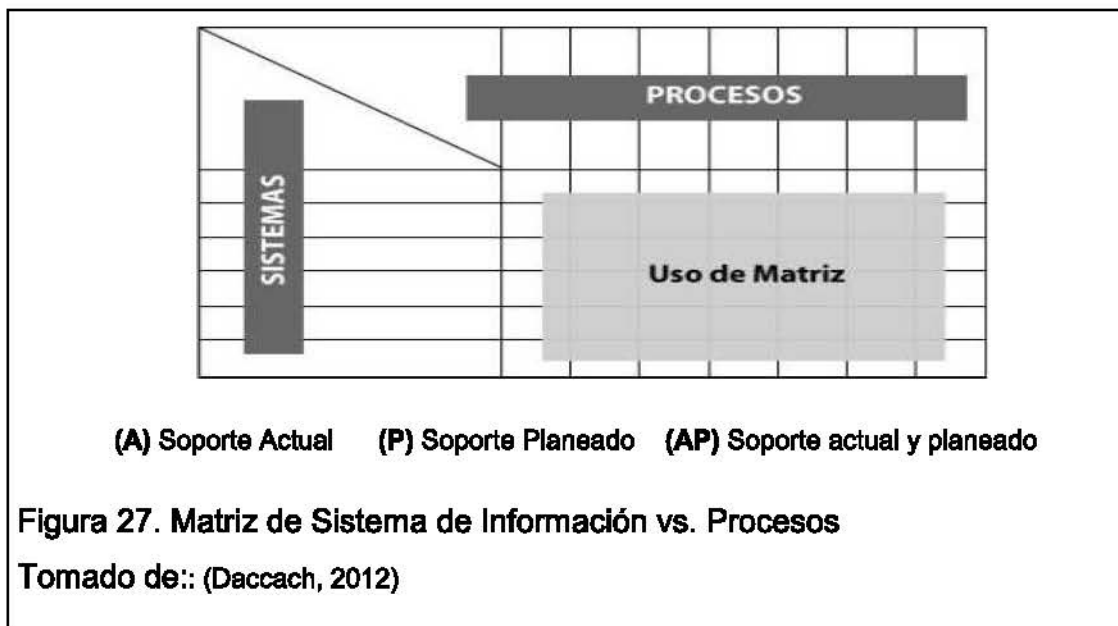
En esta matriz se va a identificar qué departamentos de la organización reciben soporte de los sistemas actuales y cuáles carecen de él. No se califica la calidad del soporte actual, ni el nivel de servicio requerido. Ver figura 27.



3.4.4.2 Matriz de Sistema de Información vs. Procesos

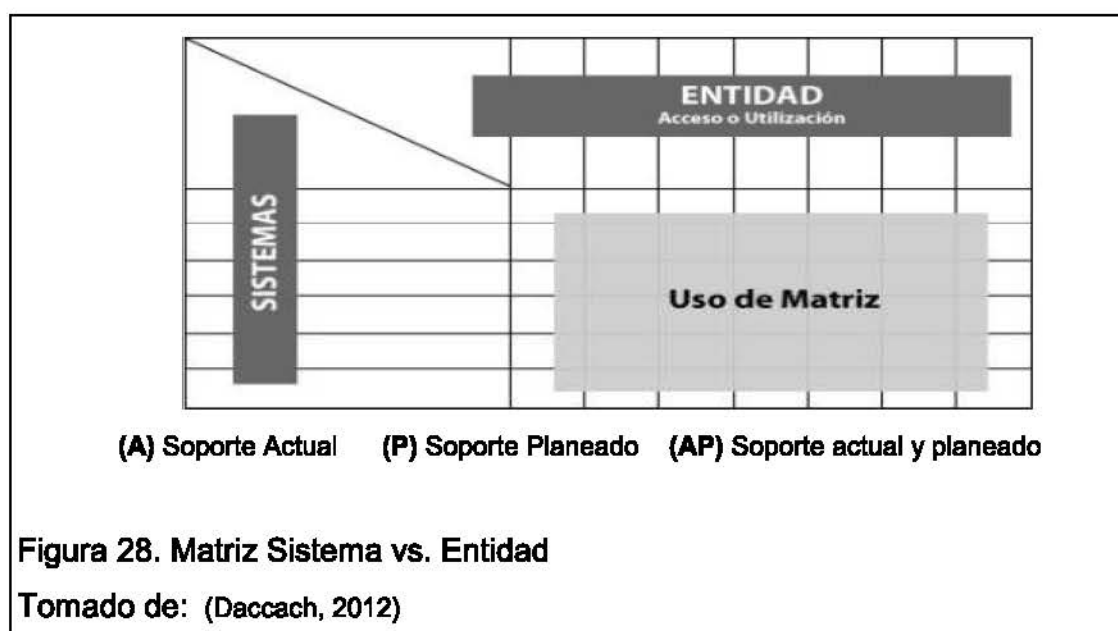
En esta matriz se va a identificar los procesos soportados por los sistemas actuales o que están en proyecto de ser soportados. Con la calificación de prioridad, se definen los proyectos a emprender, pero no se califica la calidad del

soporte actual, ni el nivel de servicio requerido, al igual que la anterior matriz. Ver figura 28.



3.4.4.3 Matriz de Sistema de Información vs. Entidad

En esta matriz se va a identificar las entidades utilizadas por los sistemas actuales o que están en proyecto de ser soportados. Se da la calificación de prioridad, para definir los proyectos a emprender. No califica la calidad del soporte actual, ni el nivel de servicio requerido. Ver figura 29.



3.4.4.4 Matriz de Sistema de Información vs. Ubicación

En esta matriz se va a identificar desde dónde se accede a cada uno de los sistemas y qué soporte se da actualmente a cada ubicación. No se califica la calidad del soporte actual, ni el nivel de servicio requerido. Ver figura 30.

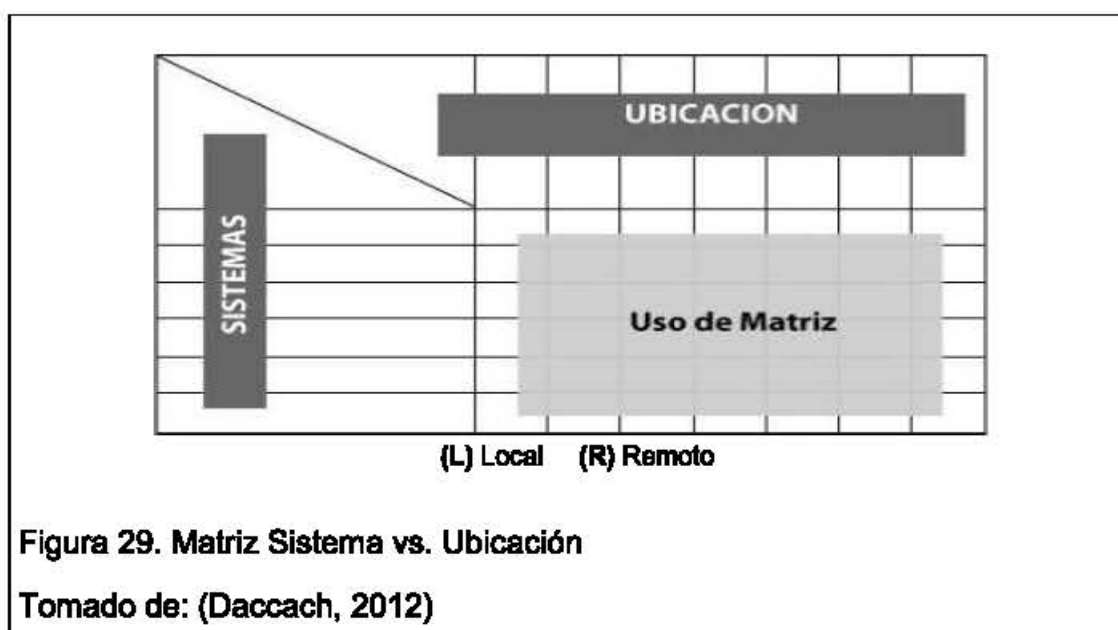


Figura 29. Matriz Sistema vs. Ubicación

Tomado de: (Daccach, 2012)

Los demás componentes a tomar en cuenta es: tener la estructura organizacional, las habilidades y competencias del personal del área de TI; también la infraestructura, equipos, bases de datos, sistemas operativos, políticas, estrategias y procedimientos.

3.4.5 Recomendaciones y estrategias de PETIC

Finalmente se va a concluir con un informe del Plan Estratégico de Tecnología de la Información y Comunicaciones, en el cual se darán las recomendaciones como resultado del análisis realizado a soluciones de corto plazo y proyectos de largo plazo, que estén claramente estructurados.

CAPÍTULO IV

4. Aplicación de PETIC a la Congregación

Para iniciar con la aplicación de PETIC, contamos con todo el respaldo y autorización de las autoridades de la Congregación Hermanas Hospitalarias de Sagrado Corazón de Jesús, ver anexo 5. Carta de Autorización.

4.1 Modelo de Empresa

En la recopilación de información para la elaboración de la Planificación Estratégica de las Tecnologías y Comunicaciones, en las Estrategias Institucionales se considera un enfoque global de la empresa, por lo que se basa en objetivos y estrategias generales, la Congregación se ha planteado el periodo de cinco años para lograrlo.

4.1.1 Estrategias Institucionales

Las estrategias utilizadas para la aplicación del PETIC son:

- Fortalecer los procesos interdisciplinarios de atención al usuario, buscando mejorar el posicionamiento de la Institución.
- Planear y desarrollar proyectos compartidos y redes de relaciones inter-centros en orden a un mejor aprovechamiento de oportunidades y recursos
- Aplicar modelo hospitalario en los planes y programas según el marco de identidad , con especial referencia a la pastoral de la salud, el voluntariado y la ética, para que su acción sea más significativa en el proceso asistencial
- Implementar, socializar y evaluar el modelo de gestión y administración del Marco de Identidad.
- Articular el Plan de Pastoral de la Salud con los planes y programas de Talento Humano.
- Estructurar el modelo de relación con los colaboradores, con una política de talento humano y de comunicación, enmarcadas en el marco de identidad.

4.1.2 Organización

La identificación de las unidades organizacionales relacionando con las estrategias institucionales, y para la aplicación de la metodología, la base es el organigrama funcional hasta el tercer nivel: Dirección General, Gerencia General, Dirección Médica, Dirección Administrativa, Área Médica, Enfermería, Farmacia, Área Administrativa, Financiero, Talento Humano, ver Figura 9.

4.1.3 Procesos de la Cadena de Valor

Los procesos Institucionales que se encuentran en la cadena de valor son los insumos principales para el desarrollo de la metodología, estos muestran el compromiso hacia la calidad, responsabilidades compartidas para trabajar más eficazmente y conseguir objetivos comunes.

- Ingreso Hospitalario
- Evaluación Médica
- Plan de Manejo Hospitalario
- Ejecución Hospitalario
- Seguimiento Hospitalario
- Egreso Hospitalario
- Control de Calidad al paciente

4.1.4 Entidades

En conjunto con el Departamento de Sistemas se definen que entidades poseen en la Congregación y que estén relacionados a los procesos de la cadena de valor, y recogiendo el conocimiento de cada una de las áreas visitadas tanto en las Entrevistas como en los recorridos realizados, se presenta la siguiente información:

- En1 Personal
- En2 Pacientes
- En3 Proveedores
- En4 Ubicación

- En5 Inventario de Medicinas
- En6 Historias Clínicas
- En7 Facturación

4.2 Matrices

El departamento de Tecnología, desde la perspectiva y/o visión objetiva sistemática y de procesos, elabora seis matrices:

1. Estrategias - Organización
2. Procesos - Organización
3. Procesos - Estrategias
4. Procesos - Entidades
5. Entidades - Estrategias
6. Entidades – Organización

Ver anexo 6. Matrices Originales.

4.3 Entrevistas

Del resultado de las matrices realizadas con ayuda de Tecnología, constituye la base para orientar las preguntas en la entrevista, con esta primera vista se verifica quienes intervienen en forma directa para realizar las entrevistas.

- Dirección General
- Gerente General
- Director Médico
- Dirección Financiera
- Enfermería
- Talento Humano
- Área Médica

Antes de realizar las entrevistas se ha considerado:

- Selección de la unidad y personal a ser entrevistado.
- Planificación de las entrevistas.
- Comunicación a los entrevistados, informando el mecanismo y el porqué de la entrevista e información a tratarse, para lograr el objetivo de obtener una oportunidad de información.
- Realización de la entrevista.

Durante la entrevista se toma en cuenta las siguientes prioridades:

- Indicaciones generales del modelo de la Empresa.
- Se pregunta acerca del liderazgo en las estrategias.
- se pregunta el involucramiento en los procesos.
- Qué información o entidades requiere.
- Se solicita asignación de priorización en la oportunidad de información.
- Otras preguntas.

En la entrevista se utiliza las matrices estrategias/organización, procesos/organización y entidades/organización; como base para llevar a cabo la entrevista y sin dejar de lado preguntas que se considere importantes.

Ver Anexo 7. Cronograma y Guía de Entrevistas.

Ver Anexo 8. Oportunidades de Información.

4.4 Ajustes a las Matrices

Con las seis matrices realizadas con Tecnología, en el proceso de recopilación de información y entrevistas, se ajustan las matrices acorde a los resultados encontrados y mencionados por el líder del proceso o de la estrategia.

4.4.1 Matriz Estrategia vs Organización

La matriz contiene las estrategias institucionales y es en donde se identifica a la organización con la responsabilidad de implantar las mismas. Lo sombreado en la tabla 4, son ajustes a esta matriz en cuanto a estrategias que son o no lideradas, de acuerdo a entrevistas a líderes de la Congregación.

Tabla 4. Matriz de Estrategias vs. Organización

MATRIZ DE ESTRATEGIAS VS. ORGANIZACIÓN								
Organización Estrategias	Dirección General	Director Medico	Gerencia General	Área Médica	Área Administrativa	Enfermería	Farmacia	Talento Humano
Fortalecer procesos de atención al usuario, buscando mejorar el posicionamiento de la Institución.	+	+	O	+	+	+		/
Planear y desarrollar proyectos compartidos entre los Centros	+	+	O	/	+			+
Aplicar modelo hospitalario en los planes y programas según el Marco de identidad, con especial referencia a la pastoral de la salud, el voluntariado y la ética, para que su acción sea más significativa en el proceso asistencial.	O	+	O		+	+	+	/
Implementar, socializar y evaluar el modelo de gestión y administración del Marco de Identidad.	+	+	O		+			+
Articular el Plan de Pastoral de la Salud con los planes y programas de Talento Humano	O							+
Estructurar el modelo de relación con los colaboradores, con una política de talento humano y de comunicación, enmarcadas en el marco de identidad.	+	+	+		+	+		O

Responsabilidad Primaria (O) Participación Mayor (+) Participación Menor (/)

En la tabla 4 podemos concluir que la Gerencia General, quien es el encargado de la dirección y gestión general de la Organización, y la Dirección General, encargado de la representación y gestión de la organización asistida por la Dirección Médica y Gerencia General, son quienes tienen la responsabilidad de liderar las estrategias de la congregación.

4.4.2 Matriz Procesos vs Organización

La matriz contiene los procesos de la cadena valor, haciendo referencia al proceso asistencial. Lo sombreado en la tabla 5 son ajustes a la matriz de acuerdo a entrevistas a líderes de la Congregación.

Tabla 5. Matriz de Procesos vs. Organización

MATRIZ DE PROCESOS VS. ORGANIZACIÓN								
Procesos Cadena de Valor	Organización							
	Dirección General	Director Medico	Gerencia General	Área Medica	Área Administrativa	Enfermería	Farmacia	Talento Humano
Ingreso hospitalario		+		O		+	+	
Evaluación medica		+		O		/		
Plan de manejo al paciente		+		O			+	
Ejecución hospitalaria		+		+		O	+	/
Seguimiento hospitalario	/	+	/	+		O	+	
Egreso hospitalario	/	+	/	O	+	+	+	
Control de calidad orientado al paciente	+	O	O	/	/	+	+	+

Responsabilidad Primaria (O) Participación Mayor (+) Participación Menor (/)

En esta matriz de la tabla 5, se puede notar que el **área médica**, encargados de asumir la responsabilidad de definir las alteraciones psicopatológicas del paciente y de la elaboración del plan terapéutico de las diferentes etapas del proceso asistencial; y **enfermería** encargada de la prestación del servicio asistencial en salud integral en cada una de las áreas de la Institución, con énfasis en el cuidado directo, administración de medicación e integración de las diferentes disciplinas; son los líderes en el proceso asistencial, ya que en la organización los médicos son quienes están involucrados y presentes en todos de procesos de la cadena de valor.

4.4.3 Matriz Entidades vs Organización

La matriz identifica dentro de la organización la posibilidad de intercambiar y compartir la información (entidades) además determina dentro de la organización quiénes participarán en las entrevistas. Lo sombreado en la tabla 6, son ajustes a esta matriz de acuerdo a entrevistas a líderes de la Congregación.

Tabla 6. Matriz Entidades vs. Organización

MATRIZ DE ENTIDADES VS. ORGANIZACIÓN								
Entidades	Organización							
	Dirección General	Director Medico	Gerencia General	Área Médica	Área Administrativa	Enfermería	Farmacia	Talento Humano
Personal						+		O
Pacientes				O	+	O		
Proveedores	/		/		O		O	
Ubicación				+	+	+	+	+
Inventario Medicinas				/		+	O	
Historias Clínicas		+		O		O		
Facturación			/	+	O	+	+	

Responsabilidad Primaria (O) Participación Mayor (+) Participación Menor (/)

En la matriz de la tabla 6, se visualiza la importancia de la información dentro de la organización, y que la posibilidad de compartir los datos tanto la parte asistencial como la administrativa se vuelve vital para poder dar respuesta con información veraz, confiable y de calidad.

4.4.4 Matriz Procesos vs Estrategias

La matriz identifica los procesos de la cadena de valor de la organización y el impacto que tiene con las estrategias institucionales. Lo sombreado de la tabla 7, son ajustes a esta matriz de acuerdo a entrevistas a líderes de la Congregación.

Tabla 7. Matriz de Procesos vs. Estrategias

MATRIZ DE PROCESOS VS. ESTRATEGIAS						
Estrategias	Fortalecer procesos de atención al usuario, Fortalecer procesos de atención al usuario, buscando mejorar el posicionamiento de la Institución.		Aplicar modelo hospitalario en los planes y programas según el Marco de identidad, con especial referencia a la pastoral de la salud, el voluntariado y la ética, para que su acción sea más significativa en el proceso asistencial.	Implementar, socializar y evaluar el modelo de gestión y administración del Marco de Identidad.	Articular el Plan de Pastoral de la Salud con los planes y programas de Talento Humano	Estructurar el modelo de relación con los colaboradores, con una política de talento humano y de comunicación, enmarcadas en el marco de identidad.
	Procesos	Planear y desarrollar proyectos compartidos entre los Centros				
P1. Ingreso hospitalario	+		O			+
P2. Evaluación medica		+	O			
P3. Plan de manejo al paciente	+		O			+
P4. Ejecución hospitalaria	+		O			+
P5. Seguimiento hospitalario	+		O		/	
P6. Egreso hospitalario			O	+		

Responsabilidad Primaria (O) Participación Mayor (+) Participación Menor (/)

En la matriz de la tabla 7 los procesos asistenciales tienen un impacto sobre la estrategia "Aplicar modelo hospitalario en los planes y programas según el Marco de identidad, con especial referencia a la pastoral de la salud, el voluntariado y la ética, para que su acción sea más significativa en el proceso asistencial", en donde esta estrategia comprende cuatro aspectos: 1. modelo asistencial, 2. modelo propio de gestión y administración, 3. modelo de relación con los colaboradores y 4. Diálogo con la sociedad, de acuerdo al marco de identidad de la Congregación, ver Anexo 9.

4.4.5 Matriz Procesos vs Entidades

La matriz identifica los procesos de la cadena de valor de la organización y el impacto que tiene con la información institucional.

Tabla 8. Matriz de Procesos vs. Entidades

MATRIZ DE PROCESOS VS. ENTIDADES							
Procesos	Entidades						
	Personal	Pacientes	Proveedores	Ubicación	Inventario Medicinas	Historias Clínicas	Facturación
P1. Ingreso hospitalario		O		/		+	
P2. Evaluación medica		O					
P3. Plan de manejo al paciente		+		/	+	O	
P4. Ejecución hospitalaria		O		/	+	+	+
P5. Seguimiento hospitalario		+		/		O	
P6. Egreso hospitalario		+		/		+	O
P7. Control calidad al paciente	+	O	/			/	+

Crea Datos (O) Mayor Uso (+) Menor Uso (/)

Se observa en la tabla 8, que la entidad de datos de pacientes - historias clínicas y facturación, refleja las necesidades de la información de la Congregación, para compartir los datos y de esta manera definir el alcance de la base de datos, además se observa las dependencias de las aplicaciones asistenciales para de esta manera poder definir las acciones de los procesos de la cadena de valor.

4.4.6 Matriz Entidades vs Estrategias

La matriz determina el impacto de los datos en las estrategias institucionales. Ver tabla 9.

Tabla 9. Matriz de Entidades vs. Estrategias

MATRIZ DE ENTIDADES VS. ESTRATEGIAS						
Estrategias	Fortalecer procesos de atención al usuario, Fortalecer procesos de atención al usuario, buscando mejorar el posicionamiento de la Institución.	Planear y desarrollar proyectos compartidos entre los Centros	Aplicar modelo hospitalario en los planes y programas según el Marco de identidad, con especial referencia a la pastoral de la salud, el voluntariado y la ética, para que su acción sea más significativa en el proceso asistencial.	Implementar, socializar y evaluar el modelo de gestión y administración del Marco de Identidad.	Articular el Plan de Pastoral de la Salud con los planes y programas de Talento Humano	Estructurar el modelo de relación con los colaboradores, con una política de talento humano y de comunicación, enmarcadas en el marco de identidad.
Entidades						
Personal	+	+	+	+	+	O
Pacientes	+	+	O	+		
Proveedores		O	/			
Ubicación		O				/
Inventario Medicinas		+	O			
Historias Clínicas	/	+	O	+	/	/
Facturación	O	+				

Responsabilidad Primaria (O) Participación Mayor (+) Participación Menor (/)

Según la tabla 9, la información de las entidades personal - pacientes e historias clínicas, determina el impacto que tienen sobre las estrategias, de allí su importancia en poner atención en la información generada en estas entidades.

4.5 Matriz en Bruto

Representa el detalle de los procesos y de las entidades, cuantificadas de acuerdo a la metodología expuesta. Se coloca las matrices de procesos y de entidades y se determinan los diferentes criterios:

- **Impacto:** para dar un valor a este criterio se asigna un valor de tres puntos para aquellos procesos y entidades que se calificó como responsabilidad primaria (o), un valor de dos para la calificación de participación mayor (+) y una calificación de uno para participación menor (/).
- **Beneficio:** este valor se recupera de todas las oportunidades de información recopiladas durante las encuestas esto permite calificar los proyectos a corto, mediano y largo plazo.
- **Demanda:** el valor a considerar se basa en el número de veces que mencionan a cada uno de los procesos y entidades durante las encuestas realizadas.
- **Factor de Éxito:** Este valor se determina de acuerdo a cuatro parámetros: recursos requeridos para desarrollar o implantar, experiencia requerida para desarrollar e implantar, departamentos de la organización que usarán el soporte del proceso o la entidad, cambios requeridos en el usuario para usar el soporte del proceso o la entidad. Con estos cuatro valores se calcula el valor promedio y el resultado es el factor de éxito.

Ver tabla 10 y 11.

Tabla 10. Matriz en Bruto (1)

		ESTRATEGIAS						OI Oportunidad de Información
		Fortalecer procesos de atención al usuario,	Planear y desarrollar proyectos compartidos entre los Centros	Aplicar modelo hospitalario en los planes y programas según el Marco de Identidad, con especial referencia a la pastoral de la salud, el voluntariado y la ética, para que su acción sea más significativa en el proceso asistencial.	Implementar, socializar y evaluar el modelo de gestión y administración del Marco de Identidad.	Articular el Plan de Pastoral de la Salud con los planes y programas de Talento Humano	Estructurar el modelo de relación con los colaboradores, con una política de talento humano y de comunicación, enmarcadas en el marco de identidad.	
PROCESOS	P1: Ingreso Hospitalario	+		○			+	7-11-14-16-20
	P2: Evaluación Médica		+	○				11-15-16-18
	P3: Plan de Manejo al Paciente	+		○			+	4-8-11-13-15-16-17-18-19
	P4: Ejecución Hospitalaria	+		○			+	1-4-9-10-11-15-16-17-20
	P5: Seguimiento Hospitalario	+		○		/		1-4-11-15-16-17
	P6: Egreso Hospitalario			○	+			1-2-10-11-15-16-20
	P7: Control Calidad al Paciente	○	+	+	/	+	+	11-16
ENTIDADES	En1: Personal	+	+	+	/		○	3-5-12-13-20
	En2: Pacientes	+	+	○	+			4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-16-18-19
	En3: Proveedores		○	/				
	En4: Ubicación		○				/	20
	En5: Inventario Medicinas		+	○				4
	En6: Historias Clínicas	/	+	○	+	+	/	1-2-4-8-9-10-15-16-17
	En7: Facturación	○	+					

Las oportunidades de información, de acuerdo a su número ubicado en la parte superior derecho (ver anexo 8), son colocados uno a uno en los procesos y entidades mencionados, ver tabla 10, para luego ser valorizados. ver tabla 11

Continuación de Matriz en Bruto

Tabla 11. Matriz en Bruto (2)

		MATRIZ ORIGINAL							
		Impacto	Beneficio	Demanda	FACTOR DE ÉXITO				Factor Éxito Total
					Tamaño	Aprendizaje	Organización	Impacto	
PROCESOS	P1: Ingreso Hospitalario	7	17	5	4	3	2	4	3.25
	P2: Evaluación Medica	5	17	4	4	1	2	4	2.75
	P3: Plan de Manejo al Paciente	7	39	9	4	1	2	4	2.75
	P4: Ejecución Hospitalaria	7	30	9	1	1	5	3	2.50
	P5: Seguimiento Hospitalario	6	22	6	1	1	5	3	2.50
	P6: Egreso Hospitalario	5	23	7	2	3	2	3	2.50
	P7: Control Calidad al Paciente	12	8	2	4	1	2	1	2.00
ENTIDADES	En1: Personal	10	17	5	1	1	4	3	2.25
	En2: Pacientes	9	49	14	1	4	4	2	2.75
	En3: Proveedores	4	0	0	3	3	2	4	3.00
	En4: Ubicación	4	3	1	4	4	2	4	3.50
	En5: Inventario Medicinas	5	4	1	2	2	3	3	2.50
	En6: Historias Clínicas	11	38	10	2	2	4	2	2.50
	En7: Facturación	5	0	0	4	3	2	1	2.50
	12	40	12						3.50

4.6 Normalización a la Matriz

La normalización se lo realiza tomando el valor más alto de cada columna de los criterios: impacto, beneficio, demanda, factor de éxito, según tabla 11, para unificar criterios y poder comparar estos parámetros; y con el valor individual se divide para el máximo, obteniendo así un valor estándar en los criterios antes mencionados, con el siguiente resultado. Ver tabla 12.

Tabla 12. Matriz Normalizada

		Impacto	Beneficio	Demanda	Factor Éxito Total
PROCESOS	P1: Ingreso Hospitalario	0.58	0.35	0.36	0.93
	P2: Evaluación Medica	0.42	0.35	0.29	0.79
	P3: Plan de Manejo al Paciente	0.58	0.80	0.64	0.79
	P4: Ejecución Hospitalaria	0.58	0.61	0.64	0.71
	P5: Seguimiento Hospitalario	0.50	0.45	0.43	0.71
	P6: Egreso Hospitalario	0.42	0.47	0.50	0.71
	P7: Control Calidad al Paciente	1.00	0.16	0.14	0.57
ENTIDADES	En1: Personal	0.83	0.35	0.36	0.64
	En2: Pacientes	0.75	1.00	1.00	0.79
	En3: Proveedores	0.33	0.00	0.00	0.86
	En4: Ubicación	0.33	0.06	0.07	1.00
	En5: Inventario Medicinas	0.42	0.08	0.07	0.71
	En6: Historias Clínicas	0.92	0.78	0.71	0.71
	En7: Facturación	0.42	0.00	0.00	0.71

4.7 Ponderación a la Matriz

Al aplicar la metodología para poder continuar en el proceso y sacar las matrices ponderadas, se toma cada uno de los valores resultantes de la matriz normalizada y se multiplica por cuatro alternativas y se obtiene cuatro matrices ponderadas como se presenta a continuación:

4.7.1 Alternativa 1:

Impacto 25 - Beneficio 25 - Demanda 25 - Factor Éxito 25

Tabla 13. Matriz Ponderada: Alternativa 1

		MATRIZ PONDERADA 1				
		Impacto	Beneficio	Demanda	Factor Éxito Total	Total
PROCESOS	P1: Ingreso Hospitalario	14.58	8.67	8.93	23.21	55.40
	P2: Evaluación Medica	10.42	8.67	7.14	19.64	45.88
	P3: Plan de Manejo al Paciente	14.58	19.90	16.07	19.64	70.20
	P4: Ejecución Hospitalaria	14.58	15.31	16.07	17.86	63.82
	P5: Seguimiento Hospitalario	12.50	11.22	10.71	17.86	52.30
	P6: Egreso Hospitalario	10.42	11.73	12.50	17.86	52.51
	P7: Control Calidad Al Paciente	25.00	4.08	3.57	14.29	46.94
ENTIDADES	En1: Personal	20.83	8.67	8.93	16.07	54.51
	En2: Pacientes	18.75	25.00	25.00	19.64	88.39
	En3: Proveedores	8.33	0.00	0.00	21.43	29.76
	En4: Ubicación	8.33	1.53	1.79	25.00	36.65
	En5: Inventario Medicinas	10.42	2.04	1.79	17.86	32.10
	En6: Historias Clínicas	22.92	19.39	17.86	17.86	78.02
	En7: Facturación	10.42	0.00	0.00	17.86	28.27
		Valor Máximo	25	25	25	25

Como se puede visualizar en la tabla 13, el valor máximo da resultado de la matriz ponderada-Alternativa 1, e indica que la entidad paciente es la que tiene mayor prioridad, esta entidad forma parte de la información asistencial.

4.7.2 Alternativa 2:

Impacto 50, Beneficio 0, Demanda 0, Factor Éxito 50

Tabla 14. Matriz Ponderada: Alternativa 2

		MATRIZ PONDERADA 2				
		Impacto	Beneficio	Demanda	Factor Éxito Total	Total
PROCESOS	P1: Ingreso Hospitalario	29.17	0.00	0.00	46.43	75.60
	P2: Evaluación Medica	20.83	0.00	0.00	39.29	60.12
	P3: Plan de Manejo al Paciente	29.17	0.00	0.00	39.29	68.45
	P4: Ejecución Hospitalaria	29.17	0.00	0.00	35.71	64.88
	P5: Seguimiento Hospitalario	25.00	0.00	0.00	35.71	60.71
	P6: Egreso Hospitalario	20.83	0.00	0.00	35.71	56.55
	P7: Control Calidad Al Paciente	50.00	0.00	0.00	28.57	78.57
ENTIDADES	En1: Personal	41.67	0.00	0.00	32.14	73.81
	En2: Pacientes	37.50	0.00	0.00	39.29	76.79
	En3: Proveedores	16.67	0.00	0.00	42.86	59.52
	En4: Ubicación	16.67	0.00	0.00	50.00	66.67
	En5: Inventario Medicinas	20.83	0.00	0.00	35.71	56.55
	En6: Historias Clínicas	45.83	0.00	0.00	35.71	81.55
	En7: Facturación	20.83	0.00	0.00	35.71	56.55
	Valor Máximo	50	0	0	50	81.55

Como se puede visualizar en la tabla 14 el valor máximo, da como resultado de la matriz ponderada – Alternativa 2, e indica que la entidad historias clínicas es la que tiene mayor prioridad, esta entidad engloba toda la información de trazabilidad en la gestión asistencial.

4.7.3 Alternativa 3:

Impacto 34 - Beneficio 33 - Demanda 33 - Factor Éxito 33

Tabla 15. Matriz Ponderada: Alternativa 3

		MATRIZ PONDERADA 3				
		Impacto	Beneficio	Demanda	Factor Éxito Total	Total
PROCESOS	P1: Ingreso Hospitalario	19.83	11.45	11.79	30.64	73.71
	P2: Evaluación Medica	14.17	11.45	9.43	25.93	60.97
	P3: Plan de Manejo al Paciente	19.83	26.27	21.21	25.93	93.24
	P4: Ejecución Hospitalaria	19.83	20.20	21.21	23.57	84.82
	P5: Seguimiento Hospitalario	17.00	14.82	14.14	23.57	69.53
	P6: Egreso Hospitalario	14.17	15.49	16.50	23.57	69.73
	P7: Control Calidad Al Paciente	34.00	5.39	4.71	18.86	62.96
ENTIDADES	En1: Personal	28.33	11.45	11.79	21.21	72.78
	En2: Pacientes	25.50	33.00	33.00	25.93	117.43
	En3: Proveedores	11.33	0.00	0.00	28.29	39.62
	En4: Ubicación	11.33	2.02	2.36	33.00	48.71
	En5: Inventario Medicinas	14.17	2.69	2.36	23.57	42.79
	En6: Historias Clínicas	31.17	25.59	23.57	23.57	103.90
	En7: Facturación	14.17	0.00	0.00	23.57	37.74
	Valor Máximo	34	33	33	33	117.43

Como se puede ver en la tabla 15, el valor máximo, da como resultado de la matriz ponderada-Alternativa 3, e indica que la entidad paciente es la que tiene mayor prioridad, entidad de información que forma parte de la gestión asistencial.

4.7.4 Alternativa 4:

Impacto 100 - Beneficio 0 - Demanda 0 - Factor Éxito 0

Tabla 16. Matriz Ponderada: Alternativa 2

		MATRIZ PONDERADA 4				
		Impacto	Beneficio	Demanda	Factor Éxito Total	Total
PROCESOS	P1: Ingreso Hospitalario	58.33	0.00	0.00	0.00	58.33
	P2: Evaluación Medica	41.67	0.00	0.00	0.00	41.67
	P3: Plan de Manejo al Paciente	58.33	0.00	0.00	0.00	58.33
	P4: Ejecución Hospitalaria	58.33	0.00	0.00	0.00	58.33
	P5: Seguimiento Hospitalario	50.00	0.00	0.00	0.00	50.00
	P6: Egreso Hospitalario	41.67	0.00	0.00	0.00	41.67
	P7: Control Calidad al Paciente	100.00	0.00	0.00	0.00	100.00
ENTIDADES	En1: Personal	83.33	0.00	0.00	0.00	83.33
	En2: Pacientes	75.00	0.00	0.00	0.00	75.00
	En3: Proveedores	33.33	0.00	0.00	0.00	33.33
	En4: Ubicación	33.33	0.00	0.00	0.00	33.33
	En5: Inventario Medicinas	41.67	0.00	0.00	0.00	41.67
	En6: Historias Clínicas	91.67	0.00	0.00	0.00	91.67
	En7: Facturación	41.67	0.00	0.00	0.00	41.67
	Valor Máximo	100	0	0	0	100.00

Como se puede visualizar en la tabla 16, el valor máximo, da como resultado de la matriz ponderada-Alternativa 4, e indica que el proceso control calidad paciente es la que tiene mayor prioridad.

4.8 Matriz de Priorización

Con el resultado de las cuatro matrices ponderadas, se obtiene valores asignados y con pesos equilibrados en los cuatro criterios de evaluación, y el resultado obtenido es:

Tabla 17. Matriz de Priorización

		MATRIZ DE PRIORIZACIÓN								
		Ponderación 1	Orden Alternativa 1	Ponderación 2	Orden Alternativa 2	Ponderación 3	Orden Alternativa 3	Ponderación 4	Orden Alternativa 4	Sumatoria
PROCESOS	P1: Ingreso Hospitalario	55.40	5	75.60	4	73.71	5	58.33	5	19
	P2: Evaluación Medica	45.88	10	60.12	10	60.97	10	41.67	7	37
	P3: Plan de Manejo al Paciente	70.20	3	68.45	6	93.24	3	58.33	5	17
	P4: Ejecución Hospitalaria	63.82	4	64.88	8	84.82	4	58.33	5	21
	P5: Seguimiento Hospitalario	52.30	8	60.71	9	69.53	8	50.00	6	31
	P6: Egreso Hospitalario	52.51	7	56.55	12	69.73	7	41.67	7	33
	P7: Control Calidad al Paciente	46.94	9	78.57	2	62.96	9	100.00	1	21
ENTIDADES	En1: Personal	54.51	6	73.81	5	72.78	6	83.33	3	20
	En2: Pacientes	88.39	1	76.79	3	117.43	1	75.00	4	9
	En3: Proveedores	29.76	13	59.52	11	39.62	13	33.33	8	45
	En4: Ubicación	36.65	11	66.67	7	48.71	11	33.33	8	37
	En5: Inventario Medicinas	32.10	12	56.55	12	42.79	12	41.67	7	43
	En6: Historias Clínicas	78.02	2	81.55	1	103.90	2	91.67	2	7
	En7: Facturación	28.27	14	56.55	12	37.74	14	41.67	7	47

Con la información proporcionada de la tabla 17 se procede a verificar qué procesos o entidades tienen prioridad y se visualiza en la tabla 18.

En la tabla 18 se visualiza los valores resultantes del orden que tiene cada uno de los procesos y entidades asignadas de acuerdo a la metodología PETIC, y de acuerdo a la columna "Sumatoria" se ordena de menor a mayor.

Tabla 18. Matriz de Priorización Ordenada

	Orden Alternativa 1	Orden Alternativa 2	Orden Alternativa 3	Orden Alternativa 4	Sumatoria
En6: Historias Clínicas	2	1	2	2	7
En2: Pacientes	1	3	1	4	9
P3: Plan de Manejo al Paciente	3	6	3	5	17
P1: Ingreso Hospitalario	5	4	5	5	19
En1: Personal	6	5	6	3	20
P4: Ejecución Hospitalaria	4	8	4	5	21
P7: Control Calidad al Paciente	9	2	9	1	21
P5: Seguimiento Hospitalario	8	9	8	6	31
P6: Egreso Hospitalario	7	12	7	7	33
P2: Evaluación Medica	10	10	10	7	37
En4: Ubicación	11	7	11	8	37
En5: Inventario Medicinas	12	12	12	7	43
En3: Proveedores	13	11	13	8	45
En7: Facturación	14	12	14	7	47

El resultado refleja que la entidad de "Historias Clínicas" en donde la información es relevante y vital para la organización, se debe poner atención y las oportunidades de información referentes a esta entidad, servirán como base para el planteamiento de proyectos tecnológicos o administrativos. De igual manera la entidad "Pacientes" y el proceso "Plan de Manejo al Paciente", reflejan prioridades que se debe tomar en cuenta para el mejoramiento del manejo de las entidades y procesos.

CAPÍTULO V

5. Análisis de la Matriz de Priorización

5.1 Entidad Historias Clínicas

Las oportunidades de información a analizar en la entidad, con un puntaje de 7, según tabla 18. (Matriz de Priorización Ordenada), a continuación detallamos de acuerdo a la tabla 19:

Tabla 19. OI de la Entidad Historias Clínicas

OI	UND	DETALLE	CAL
1	ENF	Registro deficiente en información de Historias Clínicas por equipos informáticos sin mantenimiento.	2
2	ENF	Registro oportuno de información para poder continuar el proceso.	4
4	ENF	Comunicación de cambios realizados en los procesos de plan, ejecución y seguimiento hospitalario.	4
8	ADM	Información más estructurada, en las historias clínicas, para obtener resultados óptimos siguiendo protocolos.	5
9	ADM	Cambios realizados desde el área médica no es revisada a tiempo en el área de enfermería, ocasionando que la orden médica sea ejecutada a tiempo.	3
10	ADM	Información ingresada debe ser a tiempo, (falta de indicadores en los procesos), para poder continuar los procesos.	2
15	DIRG	Se debe mejorar los procesos asistenciales con una auditoría interna a la historia clínica, control en los procesos y crear el proceso de calidad y mejoramiento continuo.	4
16	GER	Mejorar el sistema de planificación de recursos de la empresa para que se integren todos los procesos asistenciales y administrativos.	5
17	GER	Falta de comunicación entre todos los procesos, se debe entregar indicadores asistenciales y administrativos.	4
18	DIRM	En el ingreso de información permitir el ingreso de datos de acuerdo a protocolos o guías médicas, para que sea de forma estructurada y mejorar la calidad de dato.	5
		BENEFICIO	38

OI: Oportunidad de Información, ENF: Enfermería, ADM: Administración, DIRG: Dirección General, GER: Gerencia, DIRM: Dirección Médica.

Se evidencia que la entidad Historias Clínicas tiene un impacto en las estrategias de la Congregación, ver tabla 9. (Matriz Entidad vs Estrategias), a esto validaremos la entidad acorde a los hallazgos encontrados.

Situación Actual

El Sistema de Historias Clínicas, tiene un tiempo de operación de dos años y medio, fue desarrollado y puesto en marcha en octubre del 2011, bajo la necesidad de cubrir el requerimiento solicitado por la Seguridad Social, socio estratégico, para cubrir demandas de información de historia clínica y archivos necesarios para cobrar la facturación de los pacientes que están bajo el cuidado de la Congregación.

El software fue desarrollado a medida pero en tiempos muy cortos por la urgencia de empezar a utilizarlo, se orienta al ingreso de información de todas las plantillas entregadas por la Seguridad Social, desde la admisión del paciente hasta el egreso en el caso de ser hospitalizado, con esta información cada mes se genera archivos en formato PDF incluido firma electrónica de todos los soportes necesarios para sustentar la facturación emitida en archivos planos y a detalle paciente por paciente, información de los servicios recibidos y medicación administrada.

Brecha Identificada

El sistema de Historias Clínicas no cubre todas las necesidades integrales de la Congregación, la gestión asistencial es muy amplia y compleja y el desarrollo del software asistencial se ha orientado a satisfacer las necesidades de un solo actor que es la Seguridad Social.

Propuesta

El objetivo a alcanzar en el software es que permita gestionar y administrar el cuidado de la salud y la investigación para mejorar la calidad en el cuidado y seguridad de los pacientes y disminuir los costos, debe permitir transformar todos los datos existentes de los centros de salud (cualquier formato, cualquier plataforma) en información que sirva de soporte a la toma de decisiones del negocio en todos los ámbitos: administrativos, financieros, clínicos, logísticos, entre otros.

Para el entorno clínico se debe proveer accesos inmediatos y seguros a la información es un punto importante en el cuidado de los pacientes así como en el control y la gestión de los recursos del hospital, tanto de personas como de instrumentos, equipos, materiales y medicamentos, para esto las soluciones móviles deben ser dispositivos capaces de poseer interoperabilidad y compatibilidad entre diversos sistemas y ambientes, proveer la flexibilidad para trabajar e integrarse con cualquier otro dispositivo.

Y que permita a las partes interesados del sector salud incrementar la agilidad en sus negocios, reducir el costo de los desarrollos sin necesidad de crear un sistema, embebiendo reglas de negocio y relaciones entre procesos sin interrumpir ni afectar la operación actual.

5.2 Entidad Pacientes

Las oportunidades de información a analizar en la entidad, con un puntaje de 9, según tabla 18. (Matriz de Priorización Ordenada), a continuación detallamos de acuerdo a la tabla 20.

Tabla 20. OI de Entidad Pacientes

OI	UND	DETALLE	CAL
4	ENF	Comunicación de cambios realizados en los procesos de plan, ejecución y seguimiento hospitalario.	4
5	TH	Contar con el personal idóneo y con la especialidad exacta para la atención al paciente.	5
6	ENF	Afianzar los lazos con los pacientes y a dar el mejor servicio a los pacientes.	1
7	ADM	Establecer una área de admisiones para direccionar y dar las indicaciones tanto al paciente como al familiar de todo el proceso de admisión hospitalaria.	4
8	ADM	Información más estructurada, en las historias clínicas, para obtener resultados óptimos siguiendo protocolos.	5
9	ADM	Cambios realizados desde el área médica no es revisada a tiempo en el área de enfermería, ocasionando que la orden médica sea ejecutada a tiempo.	3
10	ADM	Información ingresada debe ser a tiempo, (falta de indicadores en los procesos), para poder continuar los procesos.	2
11	DIRG	Falta de comunicación entre todos los procesos, se debe entregar indicadores asistenciales y administrativos.	3
12	DIRG	La integración de los tres centros asistenciales es fundamental, para poder ampliar la atención al paciente y mejorar la comunicación inter-centros.	1
13	DIRG	Para la aplicación del modelo hospitalario, es importante conformar el comité pastoral y el de ética y bioética, lo cual conlleva a ayudar al mejoramiento en la parte asistencial.	5
14	DIRG	Existe errores en el ingreso de datos de los pacientes, tener controles de validación más precisos ayudaría a la calidad de la información	2
16	GER	Mejorar el sistema de planificación de recursos de la empresa para que se integren todos los procesos asistenciales y administrativos.	5
18	DIRM	En el ingreso de información permitir el ingreso de datos de acuerdo a protocolos o guías médicas, para que sea de forma estructurada y mejorar la calidad de dato.	5
19	DIRM	En el plan de manejo del paciente, existe el proceso establecido, pero se debe dar seguimiento, para mejorar	4
		BENEFICIO	49

OI: Oportunidad de Información, ENF: Enfermería, TH: Talento Humano, ADM: Administración, DIRG: Dirección General, GER: Gerencia, DIRM: Dirección Médica.

Se evidencia que la entidad Pacientes tiene un impacto en las estrategias de la Congregación, ver tabla 9 (Matriz Entidad vs Estrategias), a esto validaremos la entidad acorde a los hallazgos encontrados.

Situación Actual

La información de pacientes desde la admisión, este dato es la clave fundamental para el funcionamiento de todos los procesos asistenciales de la cadena de valor, el registro del paciente se lo hace a través de la unidad de consulta externa y comparten esta responsabilidad con la unidad de ingresos, cubriendo así las 24 horas de atención.

Información como datos personales, fecha y hora de ingreso, tipo de ingreso, asignación de unidad, médico tratante, diagnóstico médico inicial, procedencia, tipo de seguro, etc, información registrada en el Sistema Administrativo Contable y alimentado para la gestión médica.

Brecha Identificada

No se valida la información del paciente, en forma automática con el organismo contratante del servicio (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas, Ministerio de Salud Público), lo que permite al usuario ingresar datos inconsistentes y al no poseer el sistema una inteligencia de validación de los parámetros o información, los datos van perdiendo calidad.

Propuesta

Alineando las tecnologías de la información al negocio se pretende aumentar la agilidad empresarial, la arquitectura orientada a servicios (SOA) debe soportar la transformación de la Organización en un conjunto de servicios vinculados, estos servicios pueden realizar una tarea empresarial específica aprovechando

este servicio a nivel de una red local, internet, o bien una red geográfica y tecnológicamente distinta.

5.3 Proceso Plan de Manejo al Paciente

Las oportunidades de información a analizar en la entidad, con un puntaje de 17, de acuerdo a la tabla 18. (Matriz de Priorización Ordenada), a continuación detallamos según tabla 21:

Tabla 21. OI del Proceso Plan de Manejo al Paciente

OI	ENT	DETALLE	CAL
4	ENF	Comunicación de cambios realizados en los procesos de plan, ejecución y seguimiento hospitalario.	4
8	ADM	Información más estructurada, en las historias clínicas, para obtener resultados óptimos siguiendo protocolos.	5
11	DIR	Falta de comunicación entre todos los procesos, se debe entregar indicadores asistenciales y administrativos.	3
13	DIRG	Para la aplicación del modelo hospitalario, es importante conformar el comité pastoral y el de ética y bioética, lo cual conlleva a ayudar al mejoramiento en la parte asistencial.	5
15	DIRG	Se debe mejorar los procesos asistenciales con una auditoría interna a la historia clínica, control en los procesos y crear el proceso de calidad y mejoramiento continuo.	4
16	GER	Mejorar el sistema de planificación de recursos de la empresa para que se integren todos los procesos asistenciales y administrativos.	5
17	GER	Falta de comunicación entre todos los procesos, se debe entregar indicadores asistenciales y administrativos.	4
18	DIRM	En el ingreso de información permitir el ingreso de datos de acuerdo a protocolos o guías médicas, para que sea de forma estructurada y mejorar la calidad de dato.	5
19	DIRM	En el plan de manejo del paciente, existe el proceso establecido, pero se debe dar seguimiento, para mejorar	4
		BENEFICIO	39

OI: Oportunidad de Información, ENF Enfermería, ADM Administración, DIRG Dirección, GER Gerencia, DIRM Dirección Médica.

Se evidencia que el proceso Plan de Manejo al Paciente tiene un impacto en las estrategias de la Congregación, ver Tabla 7. (Matriz de Procesos vs. Estrategias), a esto validaremos el proceso acorde a los hallazgos encontrados.

Situación Actual

El proceso de Plan de Manejo al Paciente, se realiza una vez decidido la hospitalización del paciente, registrando los datos según la experiencia del profesional de la salud (médico psiquiatra), el tratamiento a seguir con la medicación que incluye; fecha de inicio del tratamiento, medicamento, dosis, frecuencia, vía de administración, cantidad, fecha de finalización de tratamiento con las indicaciones necesarias, para posteriormente dar un seguimiento al estado de salud del paciente.

La información registrada permite al departamento de farmacia que pueda entregar día a día la medicación necesaria a las unidades de la Congregación y a su vez las unidades puedan administrar la medicación a los pacientes según las indicaciones del médico tratante, y registro en el sistema de la ejecución hospitalaria, finalmente verificando que todo el ciclo asistencial sea correcto.

Brecha Identificada

No existen guías médicas que ayuden al profesional de la salud a decidir sobre tratamientos para que el plan de manejo orientado al paciente, sea de acuerdo a una experiencia exitosa, y/o pueda comparar con lo que el médico propone y sea él quien decida el cómo va a manejar la salud integral que se aplica al paciente hospitalizado.

Propuesta

El software debe convertirse en un sistema de inteligencia en la decisión clínica, en donde se consolide la información clínica, farmacéutica, financiera, operacional, incluido lo más vanguardista que existe para el estudio de los

genomas, y otros datos del paciente en una sola vista para que ayude ágilmente al médico a proveer las mejores prácticas de cuidado para el paciente.

Orientar a la prevención de errores en el momento de prescribir y garantizar calidad en la atención del paciente y eliminar los eventos adversos generados por prescripciones inadecuadas. Con identificación automática de pacientes, medicamentos (a través de tecnología rfid "radio frequency identification" y/o código de barras) que genere alertas de interacciones, dobles prescripciones, alergias, dosificaciones máximas por características particulares del paciente (edad, peso, tratamientos vigentes, etc), alerta en errores en la administración (medicamentos no prescritos, dosis administrada diferente a la prescrita) entre otros.

5.4 Solución Tecnológica

Como podemos visualizar en la tabla 18. (Matriz de Priorización Ordenada), las entidades "Historias Clínicas" y "Pacientes" y el proceso "Plan de Manejo al Paciente" constituye una prioridad alta, ya que la información debe relacionarse entre sí y de manera que se asegure la consolidación de los datos y la gestión de los procesos de forma integral, requiriendo un nuevo Sistema de Planificación de Recursos Empresariales, este integrado a la administración basada en la relación con los clientes "CRM" y alineado a las tecnologías de la información del negocio la arquitectura orientada a servicios "SOA" debe soportar varios servicios vinculados al entorno del sector salud, beneficiando a la Congregación y a sus partes interesadas.

Sin dejar de lado el resto de procesos y entidades que se priorizaron al final como son "Inventarios de Medicación", "Proveedores" y "Facturación", en donde los requerimientos particulares y puntuales son tomados en cuenta y listados en las Conclusiones y Recomendaciones del capítulo VI.

CAPÍTULO VI

6. Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

Las conclusiones finales para la implementación exitosa del Plan Estratégico de Tecnología y Comunicaciones en la Congregación, se establecen considerando elementos importantes de la Congregación: estado actual, brechas identificadas y modelo propuesto:

6.1.1 Estado Actual

La Congregación demanda y produce grandes cantidades de información clínica, y la obligación de proveer la información al sector salud.

La infraestructura tecnológica es robusta cuenta con tecnología de punta en cuanto a procesamiento, almacenamiento, y conectividad.

El entorno asistencial se convierte en un elemento fundamental para determinar la calidad de la atención integral que se le prodiga a las personas que padecen enfermedades mentales.

Se evidencia debilidad en la socialización de los procesos, y no existe compromiso para la ejecución de planes y proyectos.

Actualmente en los centros clínicos de la Congregación no existe un modelo integrado de servicios institucionales y tecnológicos, que genere información coherente para la Congregación y el sector salud.

La Congregación tiene una responsabilidad y dependencia del IESS **Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social**, existe cambios de procesos y procedimientos constantes, lo que constituye una labor compleja y dificulta el adecuado control sobre la oportunidad y calidad de información.

El modelo de información responde a necesidades dispuestas por el ente contratista (IESS), pero no está diseñado para responder en forma integral y estructural para poder llegar a las estrategias de la Congregación.

6.1.2 Brechas Identificadas

El diseño e implementación actual del Sistema de Información de Historias Clínicas, no cubre todas las necesidades integrales de información de los centros, para asegurar la generación de conocimiento y la toma de decisiones.

En cuanto al sistema de recursos humanos, solo procesa nómina sin contemplar lo relacionado con gestión de talento humano.

La Congregación no cuenta con un sistema integrado de gestión de conocimiento ni con un repositorio de información centralizado, completo y ordenado.

No existe un sistema de Inteligencia de Negocios que permita la integración de diferentes fuentes de datos.

No poseen sistemas de información geo-referenciada, generando la desinformación del importante aporte de la comunidad en el sector salud mental.

No existen acuerdos de servicio formales entre procesos, de manera que se asegure la continuidad de información entre unidades de toda la Congregación y con instituciones del Gobierno.

No se cuenta con una interfaz de servicios del negocio que permita compartir, consolidar y agregar la información generada por los interesados.

Se evidencia falencias en la administración de la plataforma informática relacionadas con la falta de aseguramiento de niveles de servicio adecuados al interior de la Congregación.

Las unidades no comunican a tiempo los requerimientos y novedades ocurridas, y a la vez no se cuenta con un sistema de mesa de ayuda para gestionar los incidentes que asegure una solución efectiva y oportuna de dichos requerimientos.

El funcionamiento de la Organización está estructurado por áreas funcionales, lo cual no genera el involucramiento global de los procesos institucionales y se crea necesidades de información de cada unidad.

La Congregación no cuenta con un modelo de gobierno de tecnología para la administración y el manejo de la información.

El Departamento de Sistemas, demanda de políticas para evolucionar a un gobierno de TIC que soporte adecuadamente los procesos y asegure la gestión hacia sus clientes.

6.1.3 Modelo Propuesto

El PETIC, alineado con la estrategia de la Congregación, constituye en una guía que proyecta las metas a cumplirse, conformándose así una línea base para la implementación de actividades y soluciones informáticas.

El PETIC planteado refiere una solución de negocio más que de Tecnología y esto requiere el compromiso de toda la Congregación.

El departamento de sistemas de la Congregación debe ser considerado y entendido como una unidad de servicios que aseguren elementos estratégicos y de apoyo para la organización.

Debe existir una normalización y definición de estructuras de Bases de Datos y Data Ware House para generar la información agregada para inteligencia de negocios.

Las políticas y reglas de negocio deberán servir de marco de trabajo para estructurar los procesos de TI.

6.2 Recomendaciones

Las recomendaciones se enfocan a evidenciar hallazgos en forma estratégica y se direcciona de acuerdo a la Congregación en las áreas de: tecnología, congregación, sector salud, recursos humanos:

6.2.1 Estratégicas

Es primordial el empoderamiento de los directivos en la promoción de los diferentes proyectos del negocio y tecnología.

Es fundamental que la implementación de las recomendaciones que se plantean, mantengan la integralidad que se propone, de lo contrario es posible que las inversiones no se materialicen en soluciones que potencialicen la gestión de la Congregación.

6.2.2 Tecnología

Es recomendable diseñar y asegurar la documentación de los procesos misionales relacionados, como requisito para iniciar las implementaciones de las soluciones de TI.

Se debe seguir la metodología de priorización de proyectos de tecnología que integre criterios como la necesidad y la urgencia de los mismos, que soporte integralmente las necesidades del negocio.

Se recomienda implementar la priorización generada por PETIC: Prioridad 1. Implementación de Sistema de Planificación de Recursos Empresariales "ERP", Prioridad 2 Arquitectura Empresarial Orientado al Servicio "SOA", Prioridad 3. Administración basada en la relación con los clientes "CRM".

Disponer de una herramienta informática que soporte adecuadamente la planeación, ejecución, seguimiento y control de los diferentes proyectos y programas, de tal manera que se asegure el cumplimiento de los objetivos, tanto por la organización como por todos los interesados.

Contar con un sistema basado en una metodología de trabajo como de un Balanced Scorecard que ayude a traducir la estrategia en términos de mediciones.

Se propone el uso de herramientas de tecnología abierta y estándar para integrar la información generada desde y para los centros y el sector salud,

como son los Web Services, soluciones sentencias que son publicados e invocados a través de la red de Internet, por los interesados.

El implementar cada una de estas soluciones propuestas en forma integrada y sistemática, permitirá a la Congregación contar con el soporte tecnológico para un apoyo más efectivo a las unidades en la generación de datos, información y conocimiento con el fin de gestionar los riesgos que se presenten en el Sistema de la Congregación.

6.2.3 Congregación

Contar con un esquema de continuidad de negocio ya que es vital para la Congregación, más aun teniendo en cuenta los cambios que se han presentado en la dirección los últimos años.

Se definen para la Congregación diferentes entidades de información que se relacionan entre sí, de manera que se asegure la consolidación de los datos y la gestión de los procesos de forma integral.

6.2.4 Sector Salud

La información del sector salud debe ser obtenida, canalizada, agregada y consolidada bajo los lineamientos de la Congregación, con la Oficina de Tecnología como orquestador de dichos lineamientos, de tal manera que se asegure su oportunidad, calidad y disponibilidad para todos los interesados.

En referencia a los estándares HL7 se recomienda que se empiece adoptar los mecanismos necesarios, lo que facilitaría el intercambio de información entre diferentes entidades del sector salud.

6.2.5 Recursos Humanos TIC

Para que la planeación estratégica de TIC y su portafolio de planes de acción y proyectos, generen valor estratégico, es indispensable contar con un modelo de gestión de TIC, donde se posicione como una unidad estratégica de servicio

Se plantea que esta tesis incorpore y articule tanto los proyectos de tecnología como proyectos de negocio, en los cuales el liderazgo sea de las Direcciones y Unidades de la Congregación, siendo el Departamento de Sistemas el garante de la integración de la tecnología con los procesos.

REFERENCIAS

- Ackoff, R. L. (1985). Un concepto de planeación de empresas. Limusa.
- Bedoya, Á. R. (2007). Los Clásicos de la Gerencia. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Boar, B. (Enero 2001). The art of Strategic for information Technology. Wiley.
- Daccach, J. C. (2012). Planeación de IT. Obtenido de deltaasesores: <http://www.deltaasesores.com/planeacion-estrategica/532-planeacion-estrategica-de-tecnologia-informatica>
- Española, R. A. (s.f.). Real Academia Española. Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=inductivo>
- Fernán González Bernaldo de Quirós, D. L. Incorporación de tecnologías de la información y de las comunicaciones en el Hospital Italiano de Buenos Aires. CEPAL.
- Hermanas Hospitalarias Ecuador. (2009). Mapa de Procesos. QUITO.
- Hermanas Hospitalarias Ecuador. (2012). Planificación Estratégica Hermanas Hospitalarias 2012-2018, Ecuador . Quito.
- Hermanas Hospitalarias Ecuador. (2012). Reglamento Interno Institucional. Quito.
- J, M. (1989). Information Engineering, Book II: Planning & Analysis. New Jersey: Prentice Hall.
- Julio Clempner Kerik, A. G. (2002). Administración y Ejecución de un Plan Estratégico de Tecnología de Información. Revista Digital Universitaria .
- Julio Clempner Kerik, A. G. (2001). Planeación Estratégica de Tecnología de Información en Entornos Dinámicos e Inciertos. <http://www.revista.unam.mx/vol.2/num4/art4/> .
- King, W. R. (1978). Strategic planning for management information systems. Minneapolis, MN, USA : MIS Quarterly.
- Leonard Goodstein, T. N. Applied Strategic Planning. McGraw-Hill.

- Marcelo López Trujillo, J. I. (2007). Planeación Estratégica de Tecnologías Informáticas y Sistemas de Información. Universidad de Caldas.
- Méndez, R. (Junio de 2009). Uso de las Tecnologías de la Información en la India. México, México, México.
- Organización Internacional de Normalización. (2008). Norma Internacional 9001 (Vol. Cuarta Edición). Ginebra, Suiza: Organización Internacional de Normalización.
- Organizacion mundial de la Salud. (2010). <http://www.slideshare.net/Nanducci/las-tics-en-el-sector-salud>.
- Organizacion Panamerica de Salud. (09 de 2011). Organizacion Mundial de la Salud. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5723&itemid=4139&lang=es
- Project Management Institute. Guía de los Fundamentos de la Dirección de Proyectos.
- Sethi, A. L. The Implementation of Strategic Information Systems Planning Methodologies. MIS Quarterly.
- Valcárcel, I. G. (2001). CRM: Gestión de la relación con los clientes. Madrid: Fc Editorial.
- Velasco, J. P. (2010). Gestión por Procesos. Madrid: Esid Editorial.
- Villalobos, D. M. (2013). Informe Mensual Estadísticas. Quito.
- Voip-Info. (s.f.). Obtenido de Voip-Info: <http://www.voip-info.org/wiki/view/Asterisk+Appliances>
- Walton, M. (2004). El Metodo Deming. BOGOTA: NORMA.

GLOSARIO

Chester Irving Barnard: Fue un ejecutivo empresario, administrador público y destacado economista estadounidense, autor de trabajos pioneros en teoría de la administración y en el estudio de las organizaciones. Autor de *The Functions of the Executive*(1938).

Deductivo: Que obra o procede por deducción. **Inductivo:** Que se hace por inducción. (Española)

Peter Ferdinand Drucker: Fue un abogado y tratadista austríaco, quien es considerado el mayor filósofo de la administración en el siglo XX. Fue autor de más de 35 libros, y sus ideas fueron decisivas en la creación de la Corporación moderna. En 1974 escribió en su libro "La sociedad post-capitalista".

William Edwards Deming: (14 de octubre de 1900 - 20 de diciembre de 1993). Estadístico estadounidense, profesor universitario, autor de textos, consultor y difusor del concepto de calidad total. Su nombre está asociado al desarrollo y crecimiento de Japón después de la Segunda Guerra Mundial.

William Ouchi: Profesor Norteamericano y autor del campo de dirección de empresas. Nació en Honolulu, Hawai, E.U.A. Obtuvo un MBA del colegio de Williams (1965), y su doctorado en filosofía en la Administración de empresas de la Universidad de Chicago

COBIT: Gobierno de TI, se fundamenta en una estructura que vinculan los procesos de TI, y está enfocada analizar las mejores estrategias para asegurar una operación de TI alineada a los requerimientos de negocio y garantizando la aplicación de las mejores prácticas de la industria.

SOA: Arquitectura Orientada a Servicios establece un modelo arquitectónico que apunta a ampliar la eficiencia, agilidad y productividad de una empresa posicionando los servicios como el medio primario a través de los cuales se representa la lógica de solución, como soporte a la consecución de las metas estratégicas asociadas con la computación orientada a servicios

Entidad: es cualquier cosa de interés para la empresa, acerca de la cual se puede almacenar datos y que tiene una identificación única.

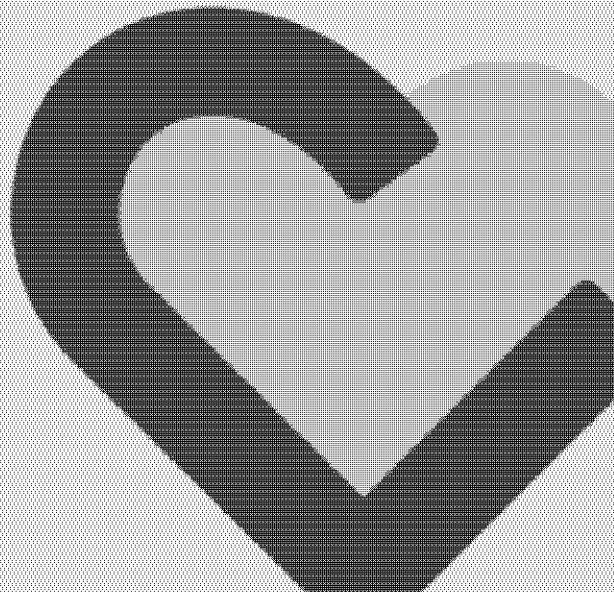
ANEXOS

ANEXO 1

INFORME ESTADÍSTICO DE ENFERMERÍA

Mayo 2013

Hermanas Hospitalarias
del Sagrado Corazón de Jesús



ENFOQUE ASISTENCIAL



45. El Modelo Asistencial Hospitalario abarca la prevención, tratamiento y rehabilitación, las tres etapas en las que es posible incidir en la patología o minusvalía y sus consecuencias.

Prevención

El enfoque preventivo, en sus aspectos primarios, secundarios y terciarios, y a partir de la toma en consideración de las causas biológicas y ambientales que influyen en la aparición de la enfermedad o discapacidad, realiza actuaciones con el fin de evitar, retrasar o minimizar sus consecuencias.

Tratamiento



El enfoque terapéutico se fundamenta inicialmente en un riguroso proceso diagnóstico que culmina en la realización de planes individuales e interdisciplinarios de tratamiento, basados en las buenas prácticas dictadas por la evidencia científica.

Rehabilitación

El enfoque rehabilitador se inicia en fases incipientes del tratamiento y pretende la plena recuperación de las capacidades y la reinserción en el entorno habitual.

Desarrolla dicho proceso bien en régimen de ingreso, bien en régimen ambulatorio, mediante programas transversales que integran aspectos asistenciales, educativos, sociales y laborales.

Nuestro Modelo Asistencial determina la continuidad del proceso de atención, ofreciendo una respuesta modulada en cualquier estadio, en función de las necesidades existentes. Para ello, disponemos de recursos asistenciales comunitarios y de hospitalización, así como de protocolos de coordinación y continuidad de cuidados. Tenemos en cuenta el importante rol activo que tanto el receptor de cuidados como las familias deben desempeñar en el proceso terapéutico y rehabilitador.



Hermanas
Hospitalarias

ESTADÍSTICAS

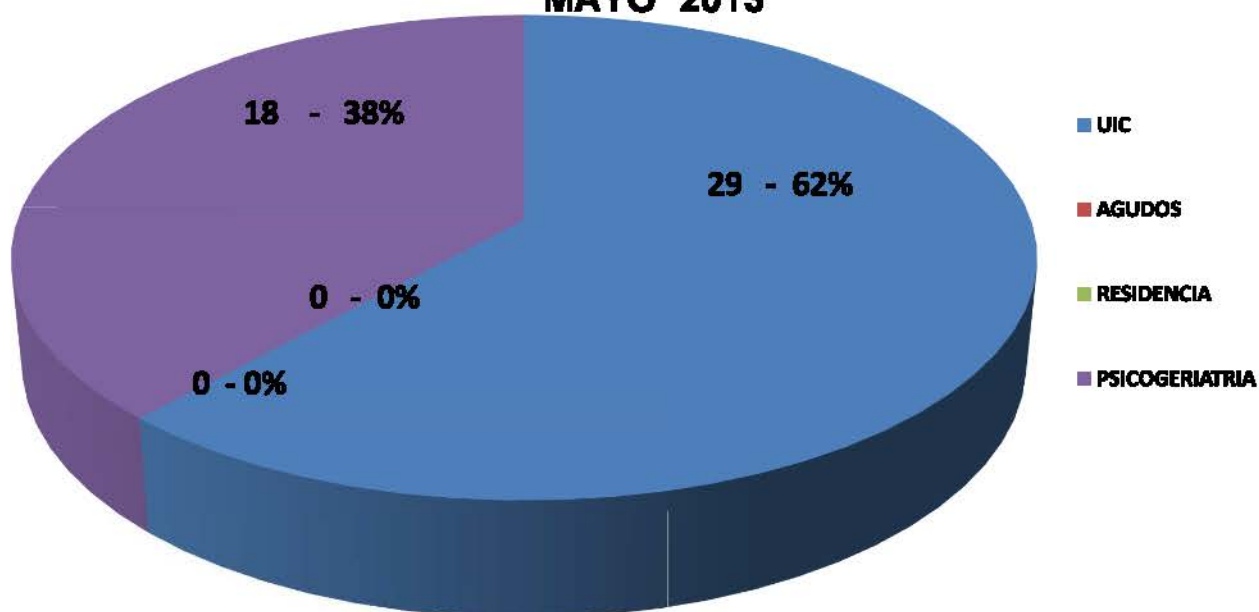
ESTADISTICA DE INGRESOS Y REINGRESOS MAYO 2013



No	AREA	INGRESOS	REINGRESOS		TOTAL
			MENOS 3 M	MAS 3 M	
1	UIC	21	3	5	29
2	AGUDOS	0	0	0	0
3	RESIDENCIA	0	0	0	0
4	PSICOGERIATRIA	16	2	0	18
5	TOTAL	37	5	5	47

Fuente: Matriz de Producción CNSG
 Fecha: Mayo 2013
 Elaborado: Dra. Mónica Villalobos PhD.

ESTADISTICA DE INGRESOS Y REINGRESOS MAYO 2013



Fuente: Matriz de Producción CNSG
 Fecha: Mayo 2013
 Elaborado: Dra. Mónica Villalobos PhD.

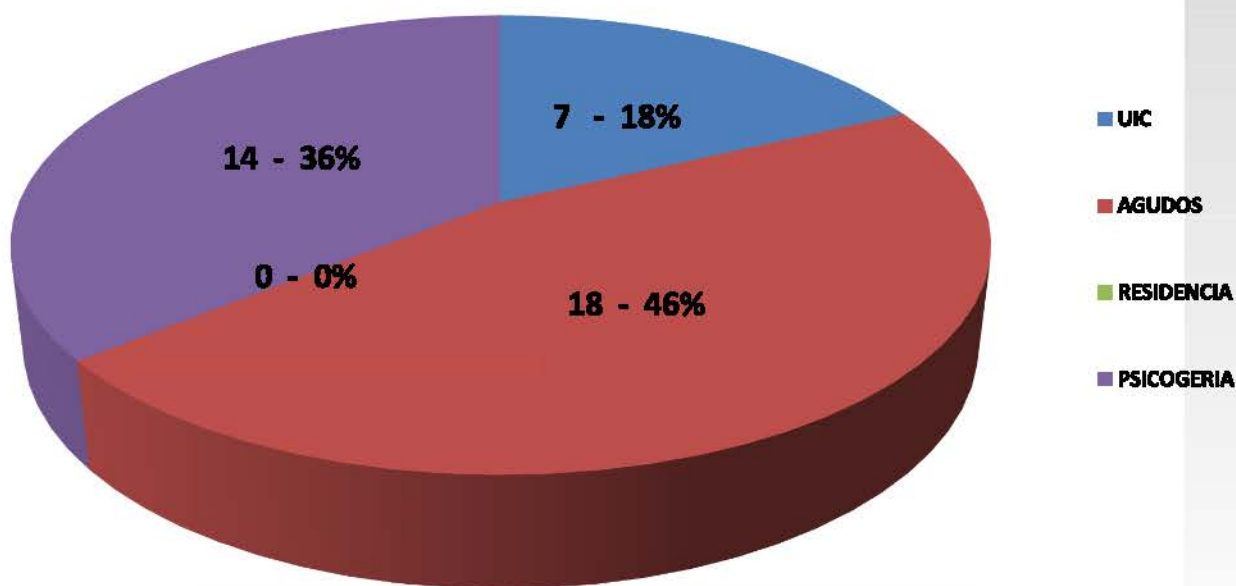
ESTADISTICA DE ALTAS DEFUNCIONES Y TRANSFERENCIAS MAYO 2013



No	AREA	ALTAS	DEFUNCIONES	TRANSFERENCIAS	FUGAS	TOTAL
1	UIC	6	0	1	0	7
2	AGUDOS	14	0	4	0	18
3	RESIDENCIA	0	0	1	0	0
4	PSICOGERIATRIA	2	10	2	0	14
5	TOTAL	22	10	8	0	39

Fuente: Matriz de Producción CNSG
 Fecha: Mayo 2013
 Elaborado: Dra. Mónica Villalobos PhD

ESTADISTICA DE ALTAS DEFUNCIONES TRANSFERENCIAS Y FUGAS MAYO 2013



Fuente: Matriz de Producción CNSG
 Fecha: Mayo 2013
 Elaborado: Dra. Mónica Villalobos PhD

ESTADISTICA DE ESTANCIA MEDIA MAYO 2013



No	AREA	CAMA INSTALADA	CAMA DISPONIBLE	ESTANCIA MEDIA	SEMANAS			
1	UIC	13	11	7.13	7.57	8.0	6.8	6.45
2	AGUDOS	17	17	12.16	4.10	6.50	8.86	17.80
3	RESIDENCIA	23	23	350	158	154	159	230
4	PSICOGERIATRIA	43	43	70.56	56.20	95.67	72.25	68.83

Fuente: Matriz de Producción CNSG

Fecha: Mayo 2013

Elaborado: Dra. Mónica Villalobos PhD

ESTADISTICA DEL PORCENTAJE DE OCUPACION MAYO 2013



No	AREA	PORCENTAJE DE OCUPACION	TOTAL
1	UIC	71.10	71.10
2	AGUDOS	43.83	43.83
3	RESIDENCIA	98.32	98.32
4	PSICOGERIATRIA	95.27	95.27
5	TOTAL	77.13	77.13

Fuente: Matriz de Producción CNSG

Fecha: Mayo 2013

Elaborado: Dra. Mónica Villalobos PhD

ESTADISTICA DEL PORCENTAJE DE OCUPACION MAYO 2013



Fuente: Matriz de Producción CNSG
Fecha: Mayo 2013
Elaborado: Dra. Mónica Villalobos PhD

GIRO DE CAMAS MAYO 2013



No	AREA	GIRO DE CAMAS
1	UIC	2.36
2	AGUDOS	1.12
3	RESIDENCIA	0.04
4	PSICOGERIATRIA	0.37



Hermanas
Hospitalarias

EVENTOS ADVERSOS

EVENTOS ADVERSOS MAYO 2013

INDICADOR	No INFECCIONES	% DE E. E. E.
ESCARAS	1	100%
N. ENTERAL	0	100%
VIAS CENTRALES	0	100%
VIAS PERIFERICAS	0	100%
NEUMONIA X ASP	0	100%

FUENTE:
HISTORIA CLINICA, INFORMES DE ENFERMERIA, REGISTRO DE PINCHAZOS, HOJA DE CAMBIO DE TURNO





EVENTOS ADVERSOS MAYO 2013

INDICADOR	No	% DE E. E. E.
CAIDAS	0	100 %
* FUGAS	0	100%
PINCHAZOS	0	100 %

FUENTE:
HISTORIA CLINICA, INFORMES DE ENFERMERIA, REGISTRO DE PINCHAZOS,
HOJA DE CAMBIO DE TURNO.



Hermanas
Hospitalarias

ACTIVIDADES

TALENTO HUMANO



- **ELABORACION, MONITOREO Y SEGUIMIENTO MENSUAL, DE HORARIOS DE TRABAJO, PERMISOS, VACACIONES, CALAMIDADES DOMESTICAS, CERTIFICADOS MEDICOS. (ENFERMERIA)**
- **ROTACION DE LOS ESTUDIANTES DE AUX. DE ENF. UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL. (ULTIMO MES)**
- **ROTACION DE ESTUDIANTES DE LICENCIATURA PUCE (SD)**

ACTIVIDADES



- **CONMEMORACION DEL ANIVERSARIO DE SAN BENITO MENNI (TRIADA).**
- **NOVENA DE LA VIRGEN DEL SAGRO CORAZON**
- **MONITOREO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO AMBIENTAL.**
- **INGRESO DE DOCUMENTOS DPSP. PARA EL PERMISO DE FUNCIONAMIENTO.**
- **SUPERVISION CARPETAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENF.**
- **DESARROLLO DE PROCESOS ASISTENCIALES
INFORME DE ENFERMERIA**

CAPACITACION



- **BALANCE HIDRICO LIC. LORENA PILLAJO.**
- **TRABAJO DE IDENTIDAD Y MISION SOLICITADO POR LA PROVINCIA.**

COMITES



- **DIRECTIVO**
- **AUDITORIA MEDICA**



TRAMITES PENDIENTES

- **PERMISO DE FUNCIONAMIENTO MSP.**
- **AUDITORIA DE MEDIO AMBIENTE 2013.**
- **ACTUALIZACION PLAN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES.**
- **LEGALIZACION DEL COMITE**
- **MAPA DE RIESGOS**
- **REGLAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL**
- **ACTUALIZACION DEL MANUAL DE DESECHOS**
- **ACTUALIZACION DE LOS CARNETS OCUPACIONES**
- **CAPACITACION EN RIESGOS DE TRABAJO**



Hermanas
Hospitalarias

ENCUESTAS DE SATISFACCION



ENCUESTAS DE SATISFACCION IESS

RESPUESTAS	%	PUNTAJE
167	23.59	EXCELENTE
46	6.50	BUENO
5	0.71	REGULAR
8	1.13	MALO
482	68.08	NO RESPONDEN
708	100	
59		TOTAL ENCUESTAS
FUENTE:		<i>ENCUESTA DE SATISFACCION DE MAYO LLENADA POR LOS PACIENTES O SUS FAMILIARES</i>



ACCESIBILIDAD %

No	PREGUNTA	POSITIVO	NEGATIVO	NO RESPONDE	% POSITIVO
1	TIEMPO ESPERA	19		40- 67%	100
2	TURNO FACIL CONSEGUIR	16	3	40 - 67%	94.9
3	TRAMITES DE INGRESO	19		40- 67%	100

MEDICOS%



No	PREGUNTA	POSITIVO	NEGATIVO	NO RESPONDE	% POSITIVO
1	TRATO MEDICO	12 - 6	1	40- 67%	81.3
2	HABILIDAD CONOCIMIENTOS	14 - 4	1	40- 67%	81.3
3	TIEMPO DE DEDICACION	12 - 6	1	40- 67%	81.3

ENFERMERIA %



No	PREGUNTA	POSITIVO	NEGATIVO	NO RESPONDE	% POSITIVO
1	TRATO	13 - 5	1	40 - 67%	81.3
2	HABILIDAD	13 - 5	1	40 -67%	81.3
3	EXPLICACION	10 -8	1	40- 67%	81.3

SERVICIO %

No	PREGUNTA	POSITIVO	NEGATIVO	NO RESPONDE	% POSITIVO
1	COMODIDAD E HIGIENE	12 - 6	1	40 - 67%	81.3
3	ALIMENTACION	11 - 6	1	41 - 67%	98.00

IESS % DISCRIMINACION

Personas 16 - 27.1 %
NO EXISTE

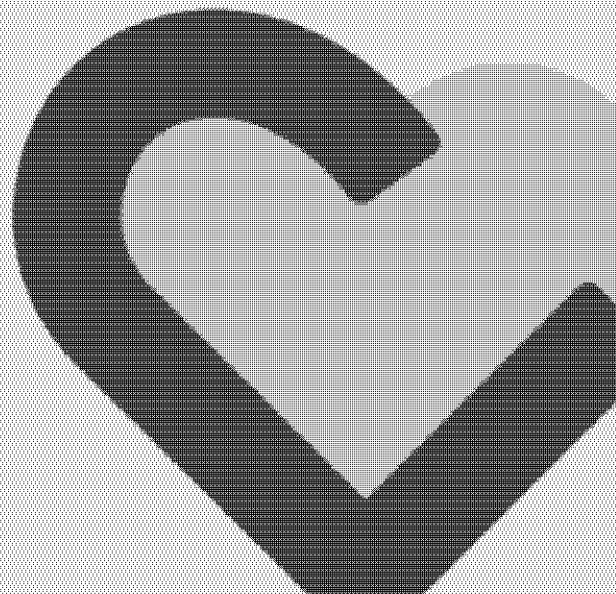
Personas 2 - 3.3%
SI EXISTE

Personas 41- 67%
NO RESPONDEN

ANEXO 2

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2013 - 2018

Hermanas Hospitalarias
del Sagrado Corazón de Jesús



Plan Estratégico 2013 – 2018

CONGREGACIÓN HERMANAS HOSPITALARIAS D

PREAMBULO

El día de Pentecostés de 2012 la Congregación clausuró en Roma el XX Capítulo General, acontecimiento pascual que nos lanza, bajo el impulso de Espíritu, a recrear la hospitalidad.

El documento final del Capítulo pretende ser un texto inspirador de la vida y misión de la Congregación para el próximo sexenio (2012-2018), enmarcado por dos pasajes evangélicos que nos “ponen en camino” hacia una hospitalidad renovada: el envío de los setenta y dos discípulos (Lc 10,1-11; 16-20) y la visitación de María a su prima Isabel (Lc 1,39-45).

El itinerario que estamos llamados a recorrer para dar un nuevo rostro a la hospitalidad se enmarca en cinco (5) Caminos de revitalización, considerando la reorganización canónica como una transversal a todo el proceso de reestructuración.

Estos dos caminos de revitalización son:

- i. Renovar la opción por Jesús en la vida consagrada hospitalaria.
- ii. Impulsar en nuestra vida comunitaria la unión de corazones y el compromiso apostólico.
- iii. Convocar e integrar a nuevas generaciones.
- iv. **Asumir creativamente la misión como proyecto común.**
- v. **Hacer visible la buena noticia en el mundo del sufrimiento psíquico.**

Cada camino, metodológicamente, presenta una parte inspiradora, que recoge convicciones y desafíos que pretenden “provocar” nuestra creatividad y otra parte más operativa cuyas líneas de acción nos orientarán para concretar la andadura hospitalaria en el mundo de hoy y en los diferentes contextos culturales en los que está presente en la Congregación. Esta concretización se hará en los diferentes niveles: general, provincia, local, según orientaciones oportunas.

Para el caso nuestro, la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón – Ecuador, nos corresponde cumplir con los caminos IV “**Asumir creativamente la misión como proyecto común**” y V “**Hacer visible la buena noticia en el mundo del sufrimiento psíquico**”, con sus respectivas líneas, para cada uno de los cuales se formularon estrategias, actividades e indicadores con sus correspondientes metas, que se ven reflejadas en este Plan Estratégico 2013 – 2018.



CAMINOS

IV. ASUMIR CREATIVAMENTE LA MISIÓN COMO PROYECTO COMÚN

LÍNEAS DE ACCIÓN

4.1. IMPULSAR UNA FORMACIÓN CONTINUA Y SISTEMÁTICA EN IDENTIDAD Y CULTURA HOSPITALARIA PARA TODOS LOS NIVELES DE LA ORGANIZACIÓN, TENIENDO COMO REFERENTE EL MARCO DE IDENTIDAD

ESTRATEGIAS	RESPONSABLE
4.1.1. Articular el Plan de Pastoral de la Salud con los planes y programas de Talento Humano.	GERENCIA GENERAL
4.1.1.1. Socializar el marco de identidad, a través de diferentes estrategias. (entrega del impreso, presentación de temas en diferentes espacios de reuniones de medios de comunicación electrónicos)	DIRECCIÓN GENERAL
4.1.1.2. Realizar evaluación y seguimiento de adherencia al marco de identidad.	TALENTO HUMANO

INDICADORES

Nro	Nombre del Indicador	LÍNEA BASE	META	
			MINIMA	IDEAL
1	Proporción de Conocimiento del marco de identidad	En Construcción	60%	80%
2	Proporción de Adherencia al Marco de Identidad	En construcción	40%	60%



LÍNEAS DE ACCIÓN	
4.2. IMPULSAR UNA FORMACIÓN CONTINUA Y SISTEMÁTICA EN IDENTIDAD Y CULTURA HOSPITALARIA PARA TODOS LOS NIVELES DE LA ORGANIZACIÓN, TENIENDO COMO REFERENTE EL MARCO DE IDENTIDAD	
ESTRATEGIAS	RESPONSABLE
4.2.2. Estructurar el modelo de relación con los colaboradores, con una política de talento humano y de comunicación, enmarcadas en el marco de identidad.	GERENCIA GENERAL DIRECCIÓN GENERAL
4.2.2.1. Fortalecer el proceso de inducción, re inducción y entrenamiento en puestos de trabajo a todos los colaboradores.	DIRECCIÓN MÉDICA TALENTO HUMANO
4.2.2.2. Desarrollar, realizar seguimiento y ajustar el Programa Institucional de Capacitación (PIC) que responda a las necesidades reales de todas las áreas, proceso y mejoramiento de las competencias del personal.	
4.2.2.3. Programar las actividades de capacitación en conjunto con los líderes y establecer el plan de cubrimiento de los servicios, asegurando la participación equitativa.	
4.2.2.4. Establecer lineamientos y hacer seguimiento al proceso de retroalimentación hacia los diferentes niveles por parte de los colaboradores que asisten a las capacitaciones.	

INDICADORES				
Nro	Nombre del Indicador	LÍNEA BASE	META	
			MINIMA	IDEAL
1	Proporción de colaboradores con proceso de inducción.	En construcción	90%	100%
2	Proporción de colaboradores con proceso de reinducción.	En construcción	70%	80%
3	Proporción de colaboradores que cumplen con requisitos de egreso.	En construcción	80%	90%
4	Proporción de ejecución del PIC.	En construcción	70%	80%
5	Cobertura de colaboradores con programa de Talento Humano.	En construcción	70%	80%
6	Proporción de capacitaciones retroalimentadas.	En construcción	70%	80%
7	Tasa de satisfacción de cliente interno	En construcción	70%	80%
8	Clima organizacional	En construcción	70%	85%



CAMINOS

V. HACER VISIBLE LA BUENA NOTICIA EN EL MUNDO DEL SUFRIMIENTO PSIQUICO

LÍNEAS DE ACCIÓN

5.1. ANALIZAR LAS OBRAS DESDE CRITERIOS CARISMÁTICOS Y ASISTENCIALES, DEFINIENDO EL POSICIONAMIENTO ESTRATÉGICO DE LA INSTITUCIÓN Y ESTUDIANDO NUEVAS FORMAS JURÍDICAS PARA DARLES CONTINUIDAD.

ESTRATEGIAS	RESPONSABLE
5.1.1. Fortalecer procesos de atención al usuario, buscando mejorar el posicionamiento de la Institución.	GERENCIA GENERAL
5.1.1.1. Crear y poner en funcionamiento oficina atención al usuario.	DIRECCIÓN GENERAL
5.1.1.2. Definir mecanismos y procedimientos para dar respuesta oportuna a PQRS.	DIRECTOR MÉDICO
5.1.1.3. Elaborar e implementar el procedimiento pos-egreso.	
5.1.1.4. Fortalecer proceso de análisis de no satisfacción de usuarios e identificar necesidades de mejora.	
5.1.1.5. Establecer mecanismos de retroalimentación de los resultados de acciones de mejora con base en los requerimientos y nivel de satisfacción de usuarios.	
5.1.1.6. Establecer mecanismos de divulgación de Deberes y Derechos, reglamento de hospitalización y valores congregacionales.	
5.1.1.7. Análisis de causas de reingresos y fallas en el tratamiento desde el equipo de investigación de Eventos adversos.	

INDICADORES

Nro	Nombre del Indicador	LÍNEA BASE	META	
			MINIMA	IDEAL
1	Tasa de Satisfacción de Usuario	72%	85%	90%
2	Proporción de respuestas oportunas de PQRS (Petición Queja y Reclamo)	En construcción	80%	90%
3	Gestión de reingresos	En construcción	70%	80%
4	Índice de seguimiento a pacientes post egreso	En construcción	50%	70%



LÍNEAS DE ACCIÓN	
5.2. ESTABLECER ALIANZAS Y ACUERDOS ESTRATÉGICOS Y OPERATIVOS CON OTRAS INSTITUCIONES A FAVOR DE LA MISIÓN	
ESTRATEGIAS	RESPONSABLE
5.2.1. Planear y desarrollar proyectos compartidos y redes de relaciones de los centros en orden a un mejor aprovechamiento de oportunidades y recursos.	GERENCIA GENERAL DIRECCIÓN GENERAL
5.2.1.1. Planear y desarrollar compras conjuntas de alto volumen y costo en alianzas intercentros (Medicamentos, tecnología, insumos de seo y papelería, hotelería, soporte técnico en servicios)	DIRECCIÓN MÉDICA
5.2.1.2. Planear y ejecutar referenciación competitiva de procesos prioritarios intercentros	
5.2.1.3. Lograr la estandarización del sistema de información asistencial en los centros de la provincia de Colombia.	
5.2.1.4. Promover la docencia e investigación a través de la herramienta de video conferencia.	

INDICADORES				
Nro	Nombre del Indicador	LÍNEA BASE	META	
			MINIMA	IDEAL
1	Proporción de ejecución de proyectos compartidos en alianza intercentros.	En construcción	40%	60%



LINEAS DE ACCIÓN	
5.3. MODELO HOSPITALARIO	
ESTRATEGIAS	RESPONSABLE
<p>5.3.1. Aplicar el modelo hospitalario en los planes y programas según el marco de identidad, con especial referencia a la pastoral de la salud, el voluntariado y la ética, para que su acción sea más significativa en el proceso asistencial.</p>	<p>GERENCIA GENERAL</p> <p>DIRECCIÓN GENERAL</p> <p>DIRECCIÓN MÉDICA</p>
<p>5.3.1.1. Capacitar en humanización del cuidado y despliegue para adherencia de valores hospitalarios.</p>	
<p>5.3.1.2. Dar continuidad al análisis interdisciplinario de casos clínicos a través de las reuniones de estancias.</p>	
<p>5.3.1.3. Identificar y gestionar el riesgo clínico de los pacientes desde todas las áreas de atención.</p>	
<p>5.3.1.4. Socializar, implementar y medir adherencia a guías de práctica clínica, procesos y procedimientos misionales.</p>	
<p>5.3.1.5. Reestructurar y fortalecer comité de ética institucional.</p>	
<p>5.3.1.6. Realizar seguimiento y análisis a indicadores de Gestión clínica.</p>	
<p>5.3.1.7. Implementar y medir la adherencia a los programas de fármaco vigilancia y tecno vigilancia.</p>	
<p>5.3.1.8. Realizar autoevaluación estándares de acreditación y seguimiento al Plan de Mejoramiento.</p>	
<p>5.3.1.9. Lograr y mantener la acreditación como institución práctica educativa.</p>	
<p>5.3.1.10. Promover estudios de investigación.</p>	
<p>5.3.1.11. Diseñar y difundir políticas de investigación.</p>	
<p>5.3.1.12. Generar y desarrollar políticas de formación e incentivos para el personal que cumple la función docente.</p>	



INDICADORES				
Nro	Nombre del Indicador	LÍNEA BASE	META	
			MINIMA	IDEAL
1	Efectividad de Comités	16,6%	60%	80%
2	Proporción de cumplimiento indicadores POA	28,57%	60%	80%
3	Cumplimiento de estándares de Habilitación (SUH) Servicio de urgencias Hospitalarios	73,1%	80%	100%
4	Cumplimiento de estándares de Acreditación	3	2.5	3.5
5	Oportunidad de atención por psiquiatría en consulta primera vez	6 días	10 días	3 días
6	Oportunidad de atención psicología en consulta primera vez	En construcción	15 días	10 días
7	Oportunidad de atención por Neuropsicología (medico neurólogo mas psiquiatra) en consulta primera vez	En construcción	30 días	15 días
8	Oportunidad de atención en urgencias Diagnóstico	30 minutos	15 minutos	10 minutos
9	Oportunidad de atención en urgencias Diagnóstico II	30 minutos	30 minutos	15 minutos
10	Giro cama (cuantas veces fue ocupada la cama por un paciente)	1,76	1,5	2,0
11	Promedio días estancia	18,48 días	18 días	12 días
12	Tasa de reingresos por la misma causa antes de 72 horas	En construcción	8%	2%
13	Tasa de reingresos por la misma causa antes de 20 días	En construcción	30%	10%
14	Gestión de eventos adversos	60%	70%	85%
15	Índice de eventos adversos por medicamentos	En construcción	40%	60%
16	Proporción de pacientes que ingresan al programa del Hospital día	En construcción	70%	90%
17	Proporción de inasistencia al programa Hospital día	En construcción	30%	10%
18	Tasa de hospitalización en pacientes agudos del programa Hospital día	En construcción	10%	5%
19	Índice de adherencia a Guías de Práctica Clínica	En construcción	75%	80%
20	Índice de estudios de investigación aprobados	En construcción	80%	100%
21	Proporción de cumplimiento evaluación convenios docente asistencial según acuerdo 003	En construcción	80%	100%
22	Índice de ausentismo de personal (Permisos y/o Incapacidades)	0,91	3%	2%
23	Índice de accidentes laborales gestionados	35,71%	50%	80%



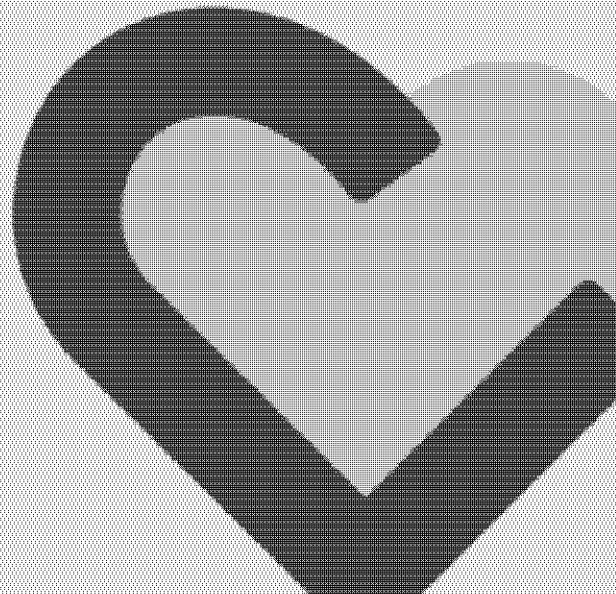
LÍNEAS DE ACCIÓN	
5.4. GESTIONAR EL ÁREA ECONÓMICO-FINANCIERO BUSCANDO LA SOSTENIBILIDAD Y LA VIABILIDAD DE LAS OBRAS Y DIVERSIFICANDO LAS FUENTES DE FINANCIACIÓN	
ESTRATEGIAS	RESPONSABLE
<p>5.4.1. Implementar, socializar y evaluar el modelo de gestión y administración del Marco de Identidad.</p> <p>5.4.1.1. Realizar estudio de mercado para el análisis de competencia y demanda no atendida y disminuir la dependencia económica de un solo asegurador</p> <p>5.4.1.2. Implementar una herramienta de información que alimente el sistema de costo en línea con axioma y sistema uno.</p> <p>5.4.1.3. Monitorear estado financiero de las aseguradoras a través de las entidades públicas, para evitar riesgos financieros.</p> <p>5.4.1.4. Implementar y medir mensualmente el plan de mantenimiento preventivo.</p> <p>5.4.1.5. Realizar el aseguramiento de la estructura física y equipos.</p> <p>5.4.1.6. Implementar una política de ahorro progresivo que cumpla con las obligaciones mínimas de la clínica.</p> <p>5.4.1.7. Realizar el levantamiento de los activos fijos para lograr un mayor control de existencias, mantenimiento, estado de los mismos y vida útil.</p>	<p>GERENCIA GENERAL</p> <p>DIRECCIÓN GENERAL</p> <p>DIRECCIÓN MÉDICA</p> <p>FINANCIERO</p> <p>ADMINISTRATIVO</p>

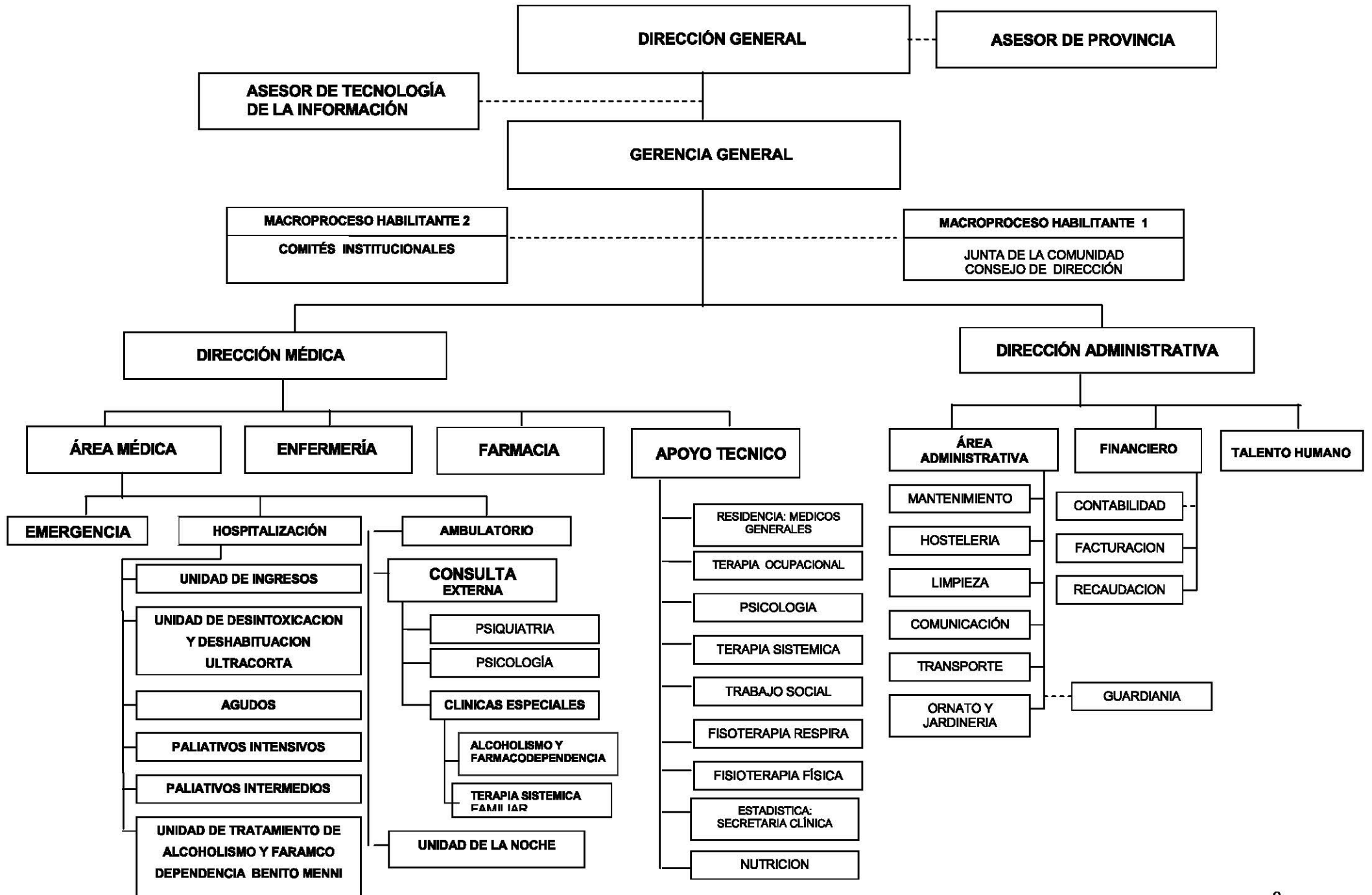
INDICADORES				
Nro	Nombre del Indicador	LÍNEA BASE	META	
			MINIMA	IDEAL
1	Gestión de procesos judiciales y/o disciplinarios.	En construcción	90%	100%
2	Proporción de cumplimiento Plan de Mantenimiento.	95,67%	85%	95%
3	Proporción de cumplimiento Plan de Compras bienes y servicios.	83,64%	85%	95%
4	Liquidez Financiera.	4,56%	3%	4%
5	Porcentaje de ejecución presupuestal de ingreso.	29,7%	93%	95%
6	Porcentaje de ejecución presupuestal de gasto.	En construcción	90%	95%
7	Porcentaje de ejecución presupuestal de costo.	En construcción	90%	95%
8	Porcentaje de ejecución presupuestal de inversión.	En construcción	90%	100%
9	Grado de utilidad o Equilibrio financiero.	En construcción	1	1,3
10	Porcentaje de gestión de cartera y valoración del riesgo.	En construcción	80%	90%

ANEXO 3

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Hermanas Hospitalarias
del Sagrado Corazón de Jesús

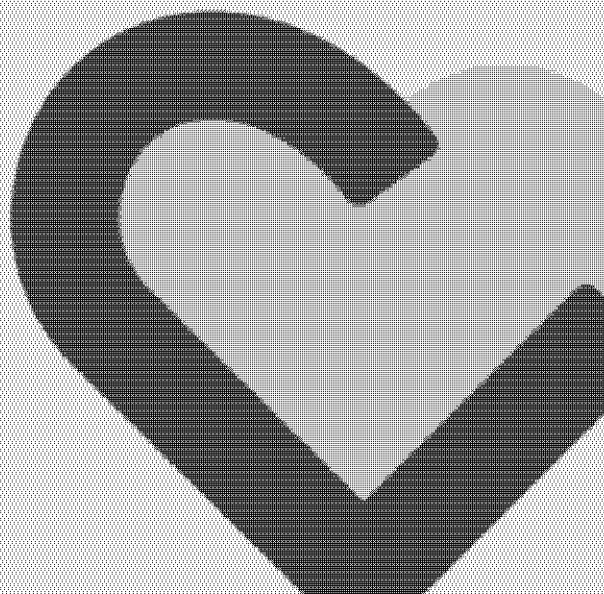




ANEXO 4

MAPA DE PROCESOS

Hermanas Hospitalarias
del Sagrado Corazón de Jesús

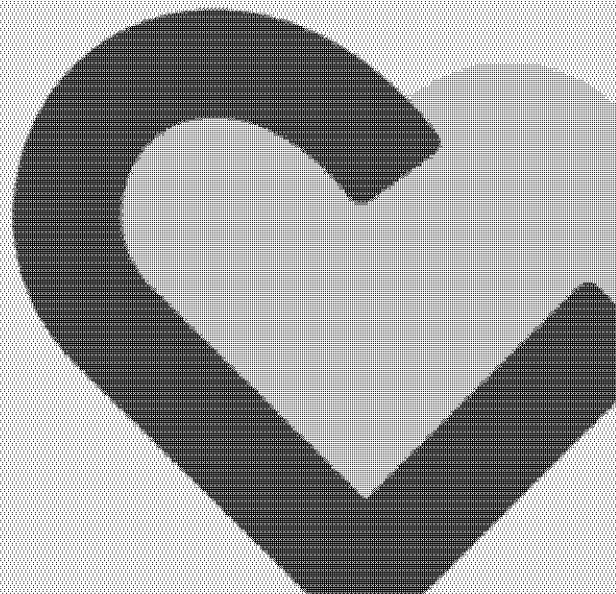




ANEXO 5

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Hermanas Hospitalarias
del Sagrado Corazón de Jesús





Quito, 15 de julio de 2013

CARTA DE AUTORIZACIÓN

La Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, del Ecuador, autoriza y cuentan con todo el apoyo que necesiten para realizar su tema tesis de:

“PLANIFICACION ESTRATEGICA DE LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y COMUNICACIONES PARA ORGANIZACIONES DEL SECTOR DE LA SALUD - Caso de estudio Hospital, Clínica y Centro de Salud de las Hermanas Hospitalarias.”

A los maestrantes Lcda. Maria Teresa Figueroa y el Ing. Ricardo Guacán de la Universidad de las Américas – UDLA.

La Directora de las de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús de Ecuador, considera que este trabajo va beneficiar y nos va a dar directrices para la toma de decisiones. Se va a contar con un documento que nos va direccionar en qué áreas debemos fortalecernos e implementar soluciones que van ayudar y aportar en la cadena de valor de la Congregación.

Inés López López

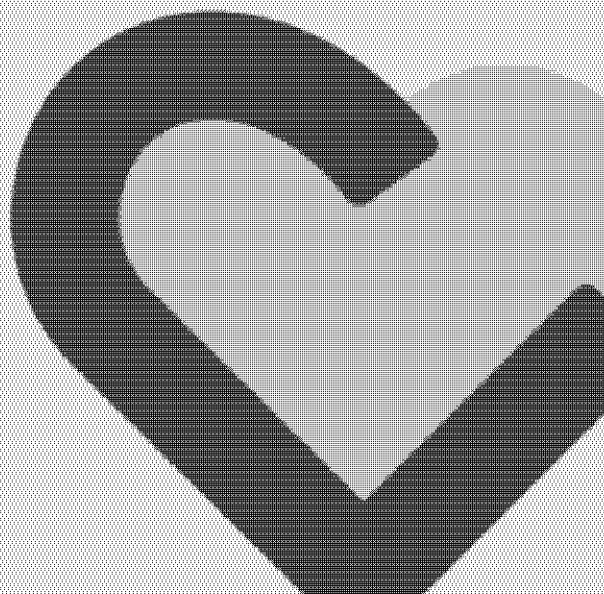
Directora

Hermanas Hospitalarias del Ecuador

ANEXO 6

MATRICES ORIGINALES

Hermanas Hospitalarias
del Sagrado Corazón de Jesús





MATRICES ORIGINALES

MATRIZ DE ESTRATEGIAS VS. ORGANIZACIÓN								
Estrategias	Organización							
	Dirección General	Director Medico	Gerencia General	Área Medica	Área Administrativa	Enfermería	Farmacia	Talento Humano
Fortalecer procesos de atención al usuario, buscando mejorar el posicionamiento de la Institución.	O	+	O		+	+		/
Planear y desarrollar proyectos compartidos entre los Centros	+	/	O		+			+
Aplicar modelo hospitalario en los planes y programas según el Marco de identidad, con especial referencia a la pastoral de la salud, el voluntariado y la ética, para que su acción sea más significativa en el proceso asistencial.	O	+	+	+	+	+	+	/
Implementar, socializar y evaluar el modelo de gestión y administración del Marco de Identidad.	+	+	O		+			+
Articular el Plan de Pastoral de la Salud con los planes y programas de Talento Humano	O							+

Responsabilidad Primaria (O) Participación Mayor (+) Participación Menor (/)

MATRICES ORIGINALES



Procesos Cadena de Valor		MATRIZ DE PROCESOS VS. ORGANIZACIÓN									
		Organización	Dirección General	Director Medico	Gerencia General	Área Medica	Área Administrativa	Enfermería	Farmacia	Talento Humano	
Ingreso hospitalario						O			+	+	
Evaluación medica				+		O			/		
Plan de manejo al paciente						O				+	
Ejecución hospitalaria				+		+			O	O	/
Seguimiento hospitalario				/		+			O	O	+
Egreso hospitalario				/		+			O	O	+
Control de calidad orientado al paciente				O		O			/	/	+

Responsabilidad Primaria (O) Participación Mayor (+) Participación Menor (/)

Procesos		MATRIZ DE PROCESOS VS. ESTRATEGIAS					
		Estrategias	Fortalecer procesos de atención al usuario, Fortalecer procesos de atención al usuario, buscando mejorar el posicionamiento de la Institución.	Planear y desarrollar proyectos compartidos entre los Centros	Aplicar modelo hospitalario en los planes y programas según el Marco de identidad, con especial referencia a la pastoral de la salud, el voluntariado y la ética, para que su acción sea más significativa en el proceso asistencial.	Implementar, socializar y evaluar el modelo de gestión y administración del Marco de Identidad.	
Ingreso hospitalario			+			O	
Evaluación medica				+		O	
Plan de manejo al paciente						O	
Ejecución hospitalaria						O	
Seguimiento hospitalario						O	
Egreso hospitalario						O	
Control calidad al paciente						O	

Responsabilidad Primaria (O) Participación Mayor (+) Participación Menor (/)



MATRICES ORIGINALES

MATRIZ DE PROCESOS VS. ENTIDADES							
Procesos \ Entidades	Entidades						
	Personal	Pacientes	Proveedores	Ubicación	Inventario Medicinas	Historias Clínicas	Facturación
Ingreso hospitalario	+	O		+			
Evaluación médica		O					
Plan de manejo al paciente	+	O		/	+	+	
Ejecución hospitalaria	O			/	+	+	
Seguimiento hospitalario	O	+		/		+	
Egreso hospitalario	+	O		/			O
Control calidad al paciente	+	O	/	/		/	

Responsabilidad Primaria (O) Participación Mayor (+) Participación Menor (/)

MATRIZ DE ENTIDADES VS. ESTRATEGIAS				
Estrategias \ Entidades	Estrategias			
	Fortalecer procesos de atención al usuario	Planear y desarrollar proyectos compartidos	Aplicar modelo hospitalario en los planes y programas según el Marco de identidad, con especial referencia a la pastoral de la salud, el voluntariado y la ética, para que su acción sea más significativa en el proceso asistencial.	Implementar, socializar y evaluar el modelo de gestión
Personal	+	+	+	O
Pacientes	+	+	O	
Proveedores		O	/	
Ubicación		O		
Inventario Medicinas		+	O	
Historias Clínicas	/	+	O	
Facturación		+		O

Responsabilidad Primaria (O) Participación Mayor (+) Participación Menor (/)



MATRICES ORIGINALES

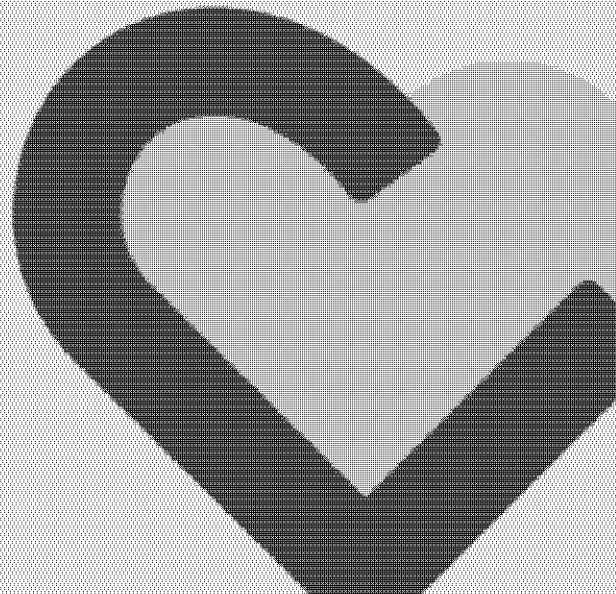
MATRIZ DE ENTIDADES VS. ORGANIZACIÓN								
Entidades	Organización							
	Dirección General	Director Medico	Gerencia General	Área Medica	Área Administrativa	Enfermería	Farmacia	Talento Humano
Personal						+		○
Pacientes				○	+	+		
Proveedores	/		/		○		+	
Ubicación				+	+	+	+	+
Inventario Medicinas				/		/	○	
Historias Clínicas		/		○		+		
Facturación			/	+	○		+	

Responsabilidad Primaria (○) Participación Mayor (+) Participación Menor (/)

ANEXO 7

CRONOGRAMA Y GUÍA DE PREGUNTAS PARA LAS ENTREVISTAS

Hermanas Hospitalarias
del Sagrado Corazón de Jesús



**CRONOGRAMA DE ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN
DE HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha	Nombre y Apellido	Cargo	Departamento
15/nov/2013	Lcda. Laura Antamba	Jefa de Enfermería	ENFERMERIA
15/11/2013	Sra. Yolanda Espín	Jefa Talento Humano	TALENTO HUMANO
17/nov/2013	Ing. Elizabeth Burneo	Jefe Administrativo	ADMINISTRACION
19/nov/2013	Inés López	Directora General	DIRECCION
14/ene/2014	Dr. Ericson Toscano	Director Medico IPSC	DIRECCION MEDICA
15/ene/2014	Ing. Santiago Guaygua	Gerente	GERENCIA

Entrevistadores:

María Teresa Figueroa

Ricardo Guacán

Guía de preguntas entrevistas al personal de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús

Estrategias

E1: Fortalecer procesos de atención al usuario, buscando mejorar el posicionamiento de la Institución.

E2: Planear y desarrollar proyectos compartidos entre los Centros

E3: Aplicar modelo hospitalario en los planes y programas según el Marco de identidad, con especial referencia a la pastoral de la salud, el voluntariado y la ética, para que su acción sea más significativa en el proceso asistencial.

E4: Implementar, socializar y evaluar el modelo de gestión y administración del Marco de Identidad.

E5: Articular el Plan de Pastoral de la Salud con los planes y programas de Talento Humano

E6: Modelo de relación con los colaboradores

Preguntas para las estrategias

1. ¿Es usted responsable de (E_n)¹? (Se Valida con la matriz original de Estrategias vs. Organización), ver anexo 6 – Matrices Originales.
2. Si la respuesta a la anterior es no: ¿De qué estrategias se encarga usted?
3. ¿Cuál es su Participación? Mayor - Menor - No participa
4. ¿Qué está haciendo usted o su unidad organizacional para fortalecerla?
5. ¿Qué problema o dificultad tiene para cumplir o llevarla a cabo?
6. ¿Qué información o datos se requiere para llevarla a cabo?
7. ¿Cuál es el valor si se satisfacen estas oportunidades de información?

¹ (E_n) E se refiere a la estrategia y n el número de la estrategia.

Procesos

P1: Ingreso hospitalario

P2: Evaluación medica

P3: Plan de manejo hospitalario integral del paciente

P4: Cuidado y mejoría al paciente

P5: Seguimiento de la evolución del paciente

P6: Egreso hospitalario

P7: Control de calidad orientado al paciente, en el cumplimiento de estándares y protocolos establecidos.

PREGUNTAS PARA LOS PROCESOS

1. ¿En qué $(P_n)^2$ está involucrado y qué tanto? (Validar la matriz original de Procesos Vs. Organización), ver anexo 6 – Matrices Originales.
2. ¿Cuáles son los obstáculos que se le presentan para ejecutar estos procesos más efectiva y eficientemente?
3. ¿Cuáles son las oportunidades para mejorar el costo y el desempeño de estos procesos?
4. ¿Qué información necesita y desea tener para vencer los obstáculos y sacar ventaja de las oportunidades?

ENTIDADES

EN1: Personal

EN2: Pacientes

EN3: Proveedores

EN4: Ubicación

EN5: Inventario Medicinas

EN6: Historias Clínicas

EN7: Facturación

² (P_n) P se refiere al proceso y n el número de proceso.

PREGUNTAS PARA LAS ENTIDADES

1. ¿De qué (E_n)³ requiere usted datos o información, y qué tanto? (Validar la matriz original de Entidades vs. Organización), ver anexo 6 – Matrices Originales.
2. ¿Qué problemas u oportunidades puede observar con los datos de estas entidades?
3. ¿Cuál es el valor de tener estos datos realmente disponibles?
4. ¿Otras Entidades que considere importantes?

OTRAS PREGUNTAS

1. ¿Cuál considera que es la mayor competencia de la institución?
2. ¿Cuales cambios prevé en su área funcional dentro de los siguientes cinco años? ¿Cuál puede ser su impacto sobre los requerimientos de información?
3. ¿Qué tan satisfecho está con el soporte del actual sistema de información?
Si la respuesta es afirmativa ¿Por qué?

³ (E_n) E se refiere a la entidad y n el número de la entidad.

ANEXO 8

OPORTUNIDADES DE INFORMACIÓN

Hermanas Hospitalarias
del Sagrado Corazón de Jesús





**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha de Entrevista: 15/noviembre/2013 Entrevistado por: María Teresa Figueroa Arguello

Departamento:		Entrevistado:		OI No:	
Enfermería (JEFE DE ENFERMERAS)		Lcda. Laura Antamba		1	
Oportunidad o Problema					
Los computadores se cuelgan, razón por la cual no permite hacer los registros oportunamente en el sistema. Como resultado cuando se revisan las historias clínicas no coincide y provoca que se realice doble trabajo.					
Descripción de la Implementación de la solución:					
Mantenimiento de las computadores para que no se cuelguen y trabajen de manera óptima. Contar con soporte técnico informático 7/24, ya sea presencial o remotamente.					
RELACIONES					
ESTRATEGIAS		PROCESOS		ENTIDADES	
E1		P4 Ejecución Hospitalaria		En6 Historias Clínicas	
		P5 Seguimiento Hospitalario			
		P6 Egreso Hospitalario			
Beneficios Potenciales					
Contar con equipos óptimos para realizar el trabajo sin contratiempos. Contar este año con un servicio de soporte 24/7.					
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo		5 4 3 2 1		Firma del Entrevistado:	



**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha de Entrevista: 15/noviembre/2013 Entrevistado por: María Teresa Figueroa Arguello

Departamento:		Entrevistado:	OI No:
Enfermería (JEFE DE ENFERMERAS)		Lcda. Laura Antamba	2
Oportunidad o Problema			
<p>Problemas con el uso del sistema, porque no se realizan los procesos como deben. En el <u>egreso hospitalario</u>, suelen olvidarse los responsables de sacar a los pacientes del alta en el sistema y consta en los registros de pacientes activos, y esto se debe a que los procesos no se los están realizando como deberían. Los procesos los realizan con y sin el sistema lo cual involucra doble trabajo y más tiempo, se debe dar más capacitación del sistema. Los datos de los pacientes no se los ingresan completos.</p>			
Descripción de la Implementación de la solución:			
<p>Realizar más capacitaciones a todo el personal de los procesos y el uso del sistema. Tener disponibilidad de manual del uso de los procesos y sistemas. Revisar proceso de alta del paciente, antes de salir debe estar la documentación firmado y sellado. Mientras no se da el alta no se entrega medicación.</p>			
RELACIONES			
ESTRATEGIAS	PROCESOS		ENTIDADES
E1	P6 Egreso Hospitalario	En6 Historias Clínicas	
E3			
Beneficios Potenciales			
<p>Mejorar los procesos y uso oportuno de los sistemas informáticos. La información de la Base de datos estará al día y evitar doble trabajo en un 90% Sistema orientado con mas procesos de enfermería.</p>			
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo	5	<input checked="" type="checkbox"/> 4	3 2 1
		Firma del Entrevistado:	



**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha de Entrevista: 15/noviembre/2013 Entrevistado por: María Teresa Figueroa Arguello

Departamento:	Entrevistado:	OI No:
Enfermería (JEFE DE ENFERMERAS)	Lcda. Laura Antamba	3
Oportunidad o Problema		
<p>Falta de difusión del marco de identidad en la institución, son pocas personas del personal que conocen bien el marco institucional.</p> <p>Actualmente los procesos que se llevan a cabo en las diferentes unidades, no se habla el mismo idioma entre las diferentes unidades y no se los realizan como debe ser.</p>		
Descripción de la Implementación de la solución:		
<p>Motivación del personal, difusión del marco de identidad a través de talleres y compartiendo la documentación necesaria entre todos.</p>		
RELACIONES		
ESTRATEGIAS	PROCESOS	ENTIDADES
E4		En1 Personal
Beneficios Potenciales		
<p>Motivación del personal en aprender el marco institucional y difundirlo. Al finalizar el año se espera que el 95% del personal conozca el marco institucional.</p> <p>Contar con una herramienta que permita compartir la documentación necesaria.</p>		
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo	5 4 3 2 1	Firma del Entrevistado:



**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha de Entrevista: 15/noviembre/2013 Entrevistado por: María Teresa Figueroa Arguello

Departamento:		Entrevistado:	OI No:
Enfermería (JEFE DE ENFERMERAS)		Lcda. Laura Antamba	4
Oportunidad o Problema			
En la <u>administración de los medicamentos</u> , muchas veces no se administran la medicación porque el médico da la indicación de suspenderla. Al ser devuelto los medicamentos a farmacia, ellos no tienen idea de por qué no se le administro al paciente, esto sucede por falta de comunicación en este proceso y de no contar con un mecanismo de aviso o alerta. También existe dificultad en el proceso de entrega del turno para la atención al paciente se lo haga adecuadamente.			
Descripción de la Implementación de la solución:			
El sistema debe tener un mecanismo de alerta que avise cuando se dan indicación de suspender medicamentos.			
RELACIONES			
ESTRATEGIAS	PROCESOS		ENTIDADES
E1	P3 Plan de Manejo del Paciente	EN2 Pacientes	
	P4 Ejecución Hospitalaria	EN5 Inventario Medicinas	
	P5 Seguimiento Hospitalario	EN6 Historias Clinicas	
Beneficios Potenciales			
Contar con un sistema que de alertas oportunas. Mejorar los procesos y la comunicación entre áreas.			
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo	5 <input checked="" type="checkbox"/> 4 3 2 1	Firma del Entrevistado:	



**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha de Entrevista: 15/noviembre/2013 Entrevistado por: María Teresa Figueroa Arguello

Departamento:		Entrevistado:	OI No:
Talento Humano (JEFE DE TALENTO HUMANO)		Sra. Yolanda Espín	5
Oportunidad o Problema			
<p>No hay procedimiento de evaluación formal establecido para la selección del personal.</p> <p>La falta de experiencia de médicos o quizás no están preparados, no tiene la especialidad con la que se atiende muchas veces a los pacientes. Cuando hay una emergencia, es un inconveniente no contar con las especialidades de los médicos para atender casos específicos.</p> <p>En la parte asistencial, falta de compromiso del personal y no se identifican con el puesto.</p>			
Descripción de la Implementación de la solución:			
<p>Tener un sistema de evaluación para el personal. Realizar talleres de preparación y motivación para el personal.</p>			
RELACIONES			
ESTRATEGIAS	PROCESOS		ENTIDADES
E3	P2 Evaluación Médica	En1 Personal	
E6	P3 Plan de manejo al Paciente	En2 Pacientes	
Beneficios Potenciales			
<p>Contar con el personal idóneo para cubrir cada una de las áreas y dar un servicio de calidad.</p>			
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo		<input checked="" type="checkbox"/> 5 4 3 2 1	Firma del Entrevistado:



**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha de Entrevista: 15/noviembre/2013 Entrevistado por: María Teresa Figueroa Arguello

Departamento:		Entrevistado:	OI No:			
Enfermería (JEFE DE ENFERMERAS)		Lcda. Laura Antamba	6			
Oportunidad o Problema						
No se da seguimiento y evaluación a la atención al cliente, recordando al paciente la próxima cita. En casos excepcionales trabajo social llaman, pero esto no se lo realiza siempre.						
Descripción de la Implementación de la solución:						
Realizar una estrategia para llamadas periódica, para el control de calidad del paciente luego de su alta o egreso.						
RELACIONES						
ESTRATEGIAS	PROCESOS		ENTIDADES			
E1	P7 Control de Calidad al Paciente		EN2 Paciente			
E3						
Beneficios Potenciales						
Afianzar los lazos con nuestros clientes y dar el mejor servicio a los pacientes.						
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo	5	4	3	2	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Firma del Entrevistado:

**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**



Fecha de Entrevista: 17/noviembre/2013 Entrevistado por: Ricardo Guacán

Departamento:		Entrevistado:	OI No:
Administración (JEFE ADMINISTRATIVO)		Ing. Elizabeth Burneo	7
Oportunidad o Problema			
No hay un departamento encargado de Admisiones para atender al paciente y familiar, informar la disponibilidad e instruir en el proceso de registro de documentos.			
Descripción de la Implementación de la solución:			
Establecer una área de admisiones.			
RELACIONES			
ESTRATEGIAS	PROCESOS		ENTIDADES
E1	P1 Ingreso Hospitalario		EN2 Paciente
E3			
E6			
Beneficios Potenciales			
Direccionar e indicar procedimiento al paciente y familiares, para el ingreso hospitalario.			
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo		5 4 3 2 1	Firma del Entrevistado:



**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha de Entrevista: 17/noviembre/2013 Entrevistado por: Ricardo Guacán

Departamento:		Entrevistado:	OI No:
Administración (JEFE ADMINISTRATIVO)		Ing. Elizabeth Burneo	8
Oportunidad o Problema			
<p>Al momento de la facturación , la mayor dificultad que tienes es que no se detalla bien los procedimientos médicos en las historias clínicas. En las historias clínicas al escribir las indicaciones generales para el paciente, falta un detalle más explícito para poder ejecutar de manera más correcta el proceso.</p>			
Descripción de la Implementación de la solución:			
<p>Estructurar de alguna manera para que los datos ingresados estén claros y completos, siguiendo protocolos y de esta manera se continua en el proceso.</p>			
RELACIONES			
ESTRATEGIAS	PROCESOS		ENTIDADES
E1	P3 Plan de manejo al Paciente		EN2 Pacientes
E3			EN6 Historias Clínicas
E6			
Beneficios Potenciales			
<p>Mejoramiento al sistema de historias clínicas actual y dando una adecuada capacitación para el ingreso de la información.</p>			
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo		<input checked="" type="checkbox"/> 5 4 3 2 1	Firma del Entrevistado:



**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha de Entrevista: 17/noviembre/2013 Entrevistado por: Ricardo Guacán

Departamento:		Entrevistado:		OI No:	
Administración (JEFE ADMINISTRATIVO)		Ing. Elizabeth Burneo		9	
Oportunidad o Problema					
La información desde la parte médica no es revisada a tiempo por las diferentes unidades, ocasionando la no ejecución de la orden médica en forma inmediata.					
Descripción de la Implementación de la solución:					
Alertar en toda la parte asistencial cambios realizados por el área médica para que ejecuten en forma inmediata.					
RELACIONES					
ESTRATEGIAS		PROCESOS		ENTIDADES	
E3		P4 Ejecución Hospitalaria		EN2 Paciente	
				EN6 Historia Clínica	
Beneficios Potenciales					
Sistema de alertas on line, comunicación.					
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo		5 4 3 2 1		Firma del Entrevistado:	



**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha de Entrevista: 17/noviembre/2013 Entrevistado por: Ricardo Guacán

Departamento:		Entrevistado:	OI No:
Administración (JEFE ADMINISTRATIVO)		Ing. Elizabeth Burneo	10
Oportunidad o Problema			
Registro de información del paciente, se debe mejorar para que en el proceso de la ejecución hospitalaria no exista ninguna eventualidad.			
Descripción de la Implementación de la solución:			
Se debe estructurar para que todo lo dispuesto por la parte médica: indicaciones y medicación sea ejecutada por las unidad asistencial, para mejorar en tiempos en el momento del egreso del paciente.			
RELACIONES			
ESTRATEGIAS	PROCESOS		ENTIDADES
E3	P4 Ejecución Hospitalaria	EN2 Paciente	
	P6 Egreso Hospitalario	EN6 Historia Clínica	
Beneficios Potenciales			
Sistema de gestión asistencial para que los procesos sean más exactos.			
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo	5	4	3 <input checked="" type="checkbox"/> 2 1
		Firma del Entrevistado:	



**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha de Entrevista: 19/noviembre/2013 Entrevistado por: María Teresa Figueroa Arguello

Departamento:	Entrevistado:	OI No:
Dirección General	Inés López	11
Oportunidad o Problema		
<p>No están claros y definidos los procesos de atención al usuario, los cuales deben llevarse con la colaboración del área Médica y ser liderada por la Dirección General que apoya a las otras áreas. El responsable es la Gerencia con la participación de la Dirección General, es una responsabilidad compartida, pero con una ejecución más directa de la Gerencia. Se deben definir los responsables de cada proceso.</p> <p>Actualmente solo se está enfocando al paciente, y no se les da importancia a los otros usuarios que son familiares, personas externas que llegan a la institución y que forman parte del proceso, solo se está enfocando más al paciente.</p> <p>Los procesos muchas veces se tienen en el papel y no se llega a los ejecutores.</p> <p>Falta un proceso de consulta externa, se debe organizar de tal manera que el ingreso hospitalario sea a través de consulta externa que lo deriva al área pertinente.</p>		
Descripción de la Implementación de la solución:		
<p>Definir los procesos, socializarlo, implementarlo, dar seguimiento y evaluarlo.</p> <p>Fortalecer los procesos de comunicación interna para socializar internamente cada unos de los procesos existentes.</p>		
RELACIONES		
ESTRATEGIAS	PROCESOS	ENTIDADES
E1	P1 Ingreso Hospitalario	EN1 Personal
E3	P2 Evaluación Médica	EN2 Paciente
	P3 Palan de Manejo al Paciente	
	P4 Ejecución Hospitalaria	
	P5 Seguimiento Hospitalario	
	P6 Egreso Hospitalario	
	P7 Control de Calidad al Paciente	
Beneficios Potenciales		
<p>Mejorar la ejecución de los procesos y la comunicación entre áreas. Define los responsables de cada proceso.</p>		
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo	5 4 3 2 1	Firma del Entrevistado:



**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha de Entrevista: 19/noviembre/2013 Entrevistado por: María Teresa Figueroa Arguello

Departamento:	Entrevistado:	OI No:
Dirección General	Inés López	12
Oportunidad o Problema		
<p>Hubo falta de implicación desde la Dirección, actualmente se han hecho cambios. Adicional existen barreras de los diferentes procesos que se llevan a cabo, cada área o centro los realiza de diferente manera. Eliminar barreras personales y competencias y mejorar la relación conjunta entre todos. Actualmente no hay una atención especializada y personalizada en la parte infanto-juvenil.</p>		
Descripción de la Implementación de la solución:		
<p>Establecer encuentro frecuentes entre ambas instituciones, incluyendo la posibilidad por video conferencia. Proyecto Asistencial, lo cual conlleva atención al usuario. Es pertinente realizar convenios de los servicios que se ofrece con IESS y otras instituciones públicas y privadas. Crear el área especializada en la Atención Infanto Juvenil, en la salud mental que va más allá de la psiquiatría.</p>		
RELACIONES		
ESTRATEGIAS	PROCESOS	ENTIDADES
E2		EN1 Personal
E6		EN2 Paciente
Beneficios Potenciales		
<p>Fortalecer, mejorar y ampliar el área asistencial que es la atención al usuario de la prestación de servicios que se ofrecen. Mejorar la comunicación entre los centros.</p>		
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo	5 4 3 2 1	Firma del Entrevistado:



**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha de Entrevista: 19/noviembre/2013 Entrevistado por: María Teresa Figueroa Arguello

Departamento:		Entrevistado:	OI No:
Dirección General		Inés López	13
Oportunidad o Problema			
<p>No hay conformado un comité pastoral, tampoco tienen un comité de ética o bioética, esto es una debilidad para la organización y no permite aplicar el modelo hospitalario. Al momento hay comité pero no están bien organizados y son piezas sueltas, lo cual no permite una articulación sólida y se lo realiza de forma esporádica.</p> <p>En el modelo de gestión hospitalaria en la parte asistencial, pastoral en el ámbito de talento humano formación, modelo de gestión y en el modelo de gestión con los colaboradores, es un ámbito que hay que cuidar mucho.</p> <p>Actualmente no se tiene bien estructurada la parte de postulación, selección, perfil de los diferentes niveles de los colaboradores. No hay re inducción, se produce cambios frecuentes del personal a diferentes áreas, cada área es diferente.</p>			
Descripción de la Implementación de la solución:			
<p>Estructurar los Comités Pastoral y definir los contenidos de actuación de cada comité.</p> <p>Trabajar en un proyecto de desarrollo de Talento Humano para la formación de la incorporación del personal, re inducción en las áreas que cada uno se desempeña. Reformular los procesos de incorporación del personal.</p>			
RELACIONES			
ESTRATEGIAS	PROCESOS		ENTIDADES
E3	P4 Ejecución Hospitalaria		EN1 Personal
E4			EN2 Paciente
E5			
E6			
Beneficios Potenciales			
<p>Contar con los comités para que sean los tomadores de decisiones en el tema pastoral y de modelo de gestión. Se mejora la selección del personal y se motiva capacitándolos bien en las áreas en la cual se va a desenvolver con la inducción o re-inducción.</p>			
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo		5 4 3 2 1	Firma del Entrevistado:



**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha de Entrevista: 19/noviembre/2013 Entrevistado por: María Teresa Figueroa Arguello

Departamento:		Entrevistado:	OI No:	
Dirección General		Inés López	14	
Oportunidad o Problema				
<p>Hay muchos errores en el ingreso de los datos del paciente en el sistema. La importancia que tiene cualquiera que sea el proceso, si los datos ingresados no son correctos, tiene repercusión y hay pacientes con nombres parecidos, número de cédula mal ingresado y duplicación de información.</p>				
Descripción de la Implementación de la solución:				
<p>El sistema informático debe tener filtros de seguridad, verificación de los datos. Establecer el responsable de la validación de los datos.</p>				
RELACIONES				
ESTRATEGIAS	PROCESOS		ENTIDADES	
E3	P1 Ingresos Hospitalario	EN2 Paciente		
Beneficios Potenciales				
<p>Validación de los datos en el sistema. Que los datos sean consistentes a un 100%.</p>				
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo	5	4	3 2 1	Firma del Entrevistado:



**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha de Entrevista: 19/noviembre/2013 Entrevistado por: María Teresa Figueroa Arguello

Departamento:		Entrevistado:	OI No:
Dirección General		Inés López	15
Oportunidad o Problema			
<p>El proceso de Evaluación médica se debe mejorar por los médicos. Los protocolos ya existen, pero es el sistema universal y son tan pocos que siempre ponen lo mismo, esto depende del médico.</p> <p>En el proceso de cuidado y mejoría al paciente, hay una falta de responsabilidad de la persona que ejecuta la indicación final. Debe haber un proceso de control y evaluación constante y permanente inducción y re-inducción para evitar errores.</p> <p>Plan de manejo del paciente debe mejorarse, las indicaciones deben ser más claras y precisas, esto se mejora con la auditoria de historia clínica. Si el médico da las indicaciones precisas, a veces se necesita que el médico especifique.</p> <p>En la ejecución hospitalaria los errores que aparecen en el cotidiano es por el mal manejo del área, no revisión de la historia clínica para verificar las indicaciones precisas, descuido en la administración de medicamentos, falta de responsabilidad del proceso en la persona que ejecuta la indicación final de la historia clínica.</p> <p>Egreso hospitalario, debilidades la información a las familias a la red de apoyo del paciente, mejorar la comunicación interna entre medico tratante, familiar, red de apoyo del paciente, e indicaciones a seguirle en el proceso de salida de alta.</p> <p>No hay el proceso de control de calidad, la encuesta que se tiene actualmente solo sirve como un insumo y es orientado al usuario</p>			
Descripción de la Implementación de la solución:			
<p>Proceso de mejoramiento de la auditoria de la historia clínica. Auditor para la historia clínica, para mejorar los procesos de evaluación médica y plan de manejo del paciente. Proceso de control y evaluación permanente por parte de enfermería, y de inducción y re inducción del trabajo. Crear el Proceso de control de calidad y mejoramiento continuo.</p>			
RELACIONES			
ESTRATEGIAS	PROCESOS		ENTIDADES
E1	P2 Evaluación Médica		EN6 Historia Clínica
E3	P3 Plan de manejo al Paciente		
E6	P4 Ejecución Hospitalaria		
	P5 Seguimiento Hospitalario		
	P6 Egreso Hospitalario		
	P7 Control de Calidad al Paciente		
Beneficios Potenciales			
Se fortalece los procesos en la atención al paciente.			
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo	5	4	3 2 1
			Firma del Entrevistado:



**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha de Entrevista: 14/enero/2014 Entrevistado por: Ricardo Guacán

Departamento:		Entrevistado:	OI No:
Gerencia		Ing. Santiago Guaygua	16
Oportunidad o Problema			
Mejorar la Información de registros médicos y administrativos y apuntalar a que las gestión médica sea más eficiente, perfeccionar en forma estructurada los datos capturados en toda la institución.			
Descripción de la Implementación de la solución:			
Posibilidad de mejorar ERP actual, adquirir uno pero orientado a la gestión asistencial y que integre todos los procesos asistenciales, administrativos y de apoyo o implementar software de la Provincia importarlo para uso local.			
RELACIONES			
ESTRATEGIAS	PROCESOS		ENTIDADES
E1	P1 Ingreso Hospitalario		En2 Paciente
E3	P2 Evaluación Médica		En6 Historia Clínica
	P3 Palan de Manejo al Paciente		
	P4 Ejecución Hospitalaria		
	P5 Seguimiento Hospitalario		
	P6 Egreso Hospitalario		
	P7 Control de Calidad al Paciente		
Beneficios Potenciales			
Mejorar la toma de decisión en los procesos asistenciales, con registro de información orientado a datos médicos.			
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo		5 4 3 2 1	Firma del Entrevistado:



**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha de Entrevista: 14/enero/2014 Entrevistado por: Ricardo Guacán

Departamento:		Entrevistado:	OI No:
Gerencia		Ing. Santiago Guaygua	17
Oportunidad o Problema			
La comunicación dentro de la institución no fluye en forma ágil, fácil e inmediata.			
Descripción de la Implementación de la solución:			
Se debe hacer un estudio para implementar una forma de mejorar y poder estar comunicados, en la institución se maneja cambios de turnos, en donde lo sucedido durante el primer turno debe ser reportado y registrado para que los que ingresan conozcan cada particularidad del paciente y novedades relevantes sean puestas como prioridad en el momento de realizar la ejecución de la atención asistencial.			
RELACIONES			
ESTRATEGIAS	PROCESOS		ENTIDADES
E2	P3 Plan de Manejo al Paciente	En6 Historia Clínica	
E3	P4 Ejecución Hospitalaria		
	P5 Seguimiento Hospitalario		
Beneficios Potenciales			
Mejorar la toma de decisión, en los procesos asistenciales, con registro de información orientado a datos médicos.			
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo		5 <input checked="" type="checkbox"/> 4 3 2 1	Firma del Entrevistado:



**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha de Entrevista: 14/enero/2014 Entrevistado por: Ricardo Guacán

Departamento:	Entrevistado:	OI No:
Dirección Médica IPSC	Dr. Ericson Toscano	18
Oportunidad o Problema		
<p>El ingreso de información de la historia clínica, depende en un alto porcentaje del área médica, y la calidad de los datos ingresados se direcciona de acuerdo a la especialidad y al paciente, en donde se nota una falta de compromiso, en colocar toda la información necesaria para sustentar a detalle la evolución del paciente.</p>		
Descripción de la Implementación de la solución:		
<p>Los médicos deben responsabilizarse de pacientes según su especialidad psiquiatría y paliativos. Para el ingreso de información debería existir protocolos y guías médicas, para que los datos sean más estructurados y sea fuente para las estadísticas.</p>		
RELACIONES		
ESTRATEGIAS	PROCESOS	ENTIDADES
E1	P2: Evaluación Medica	En2: Pacientes
E3	P3: Plan de Manejo al paciente	En6: Historias Clínicas
Beneficios Potenciales		
<p>Mejorar la calidad de datos al estructurar la información, bajo los parámetros de la gestión médica y esto mejorará la toma de decisiones en los procesos asistenciales.</p>		
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo	5 4 3 2 1	Firma del Entrevistado:



**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

Fecha de Entrevista: 14/enero/2014 Entrevistado por: Ricardo Guacán

Departamento:		Entrevistado:	OI No:
Dirección Médica IPSC		Dr. Ericson Toscano	19
Oportunidad o Problema			
Para el plan de manejo existe el proceso establecido y documentado en cada una de las unidades, hay que realizar el seguimiento respectivo para mejorar la atención hacia el paciente.			
Descripción de la Implementación de la solución:			
Hacer retroalimentación al proceso en la Institución y lo ideal sería que el médico de a conocer el plan de manejo al paciente y al familiar en forma detallada.			
RELACIONES			
ESTRATEGIAS	PROCESOS		ENTIDADES
E1	P3: Plan de Manejo al paciente		En2: Pacientes
Beneficios Potenciales			
Mejora continua a los procesos asistenciales.			
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo	5	<input checked="" type="checkbox"/> 4	3 2 1
Firma del Entrevistado:			



**ENTREVISTAS AL PERSONAL DE LA CONGREGACIÓN DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**

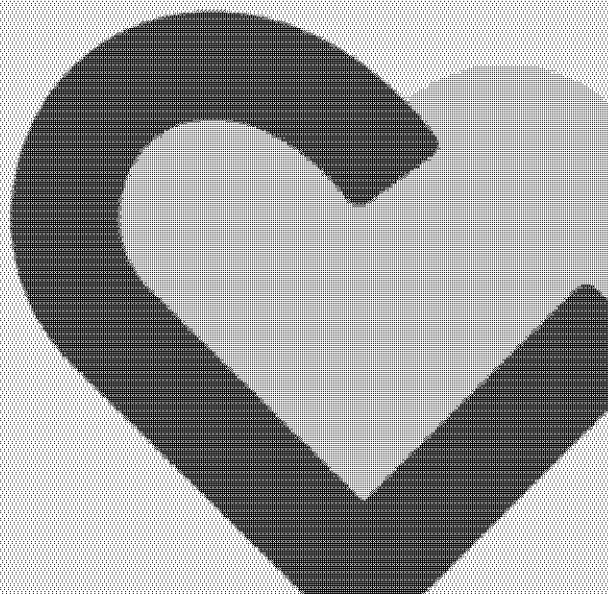
Fecha de Entrevista: 14/enero/2014 Entrevistado por: Ricardo Guacán

Departamento:		Entrevistado:	OI No:			
Dirección Médica IPSC		Dr. Ericson Toscano	20			
Oportunidad o Problema						
<p>Al momento de realizar la salida del paciente, existe información incompleta del mismo, ocasionando demoras para el egreso y retrasando al resto de los procesos. Se debe mantener un control desde el ingreso del paciente hasta su salida de la Institución.</p>						
Descripción de la Implementación de la solución:						
<p>La responsabilidad del área médica hacia los pacientes hospitalizados, se mejorará si la distribución de las unidades se las sectoriza de acuerdo a la especialidad y creando áreas en donde los pacientes estarán ubicados de manera continua y uniforme, para que el médico responsable .</p>						
RELACIONES						
ESTRATEGIAS	PROCESOS		ENTIDADES			
E3	P1: Ingreso hospitalario	En1: Personal				
	P4: Ejecución hospitalario	En4: Ubicación				
	P6: Egreso hospitalario					
Beneficios Potenciales						
<p>Implementación de servicio de seguimiento al paciente para conocer ha detalle información relevante para la toma de decisiones.</p>						
Calificación: 5 = Alto... 1= Bajo	5	4	3	2	1	Firma del Entrevistado:

ANEXO 9

MARCO DE IDENTIDAD

Hermanas Hospitalarias
del Sagrado Corazón de Jesús



MARCO DE IDENTIDAD DE LA INSTITUCIÓN

Hermanas Hospitalarias
del Sagrado Corazón de Jesús



MARCO DE IDENTIDAD DE LA INSTITUCIÓN

Hermanas Hospitalarias

del Sagrado Corazón de Jesús

Roma 2010

Edita: Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

Depósito legal: M. 45.610-2010

Diseño de cubierta: Escriña

Maquetación e Impresión: ADVANTIA, Comunicación Gráfica, S.A.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
1. HISTORIA HOSPITALARIA	13
2. COMUNIDAD HOSPITALARIA	25
3. MISIÓN HOSPITALARIA	35
4. VALORES HOSPITALARIOS	45
5. MODELO HOSPITALARIO	61
MIRADA AL FUTURO	81

PRESENTACIÓN

Vivimos una hora inédita de la historia. Estamos pasando de una época de cambios a un cambio de época. Podemos hablar de un escenario en tránsito. Reconocemos la existencia de una crisis no sólo económica sino más profunda, de carácter cultural. Y, al mismo tiempo, encontramos signos emergentes de una nueva civilización que está llegando. Nos encontramos, ciertamente, en un nuevo contexto social, económico, cultural y religioso.

Las instituciones de la Iglesia, y la nuestra lo es en el campo sanitario y socio-sanitario, han de ubicarse en esta novedad. Es preciso hacerlo en los países desarrollados y en aquellos que están en desarrollo. La causa que moviliza esta búsqueda no radica en la defensa interesada de la continuidad de dichas instituciones sino en su permanente vocación de servicio a la sociedad desde el Evangelio.

Nuestra Congregación se siente llamada a plantear su misión en este cambio epocal. El reto fundamental consiste en lograr que hermanas y cuantos trabajamos en la Misión Hospitalaria, que la Acción Hospitalaria mediante su Proyecto Integral, que la Obra Hospitalaria a través de cada uno de sus centros y dispositivos, que..., en una palabra, *toda la Institución Hospitalaria acertemos a dar hoy respuesta humana, actualizada y significativa desde la identidad que nos es propia, a las personas con sufrimiento, exclusión y necesidad en el mundo de la salud y la limitación, preferentemente psíquicas.*

Por ello, al XIX Capítulo General le pareció oportuno y necesario formular precisamente el **Marco de Identidad de nuestra Institución**. Se trata, nos dice¹, de hacer explícita la identidad del Proyecto Hospitalario en la realidad de la Obra Hospitalaria describiendo el marco conceptual que sirva de referencia común pa-

Presentación

ra todos y para todo nuestro hacer en cada lugar donde estemos presentes o decidamos estar.

Este ejercicio de recreación hospitalaria no es fácil, pero lo hacemos con paz, sin temores y con esperanza. Nos guía el Concilio Vaticano II².

Bajo su luz, lo primero que hemos de hacer es remontar, “ir río arriba hasta *la fuente de nuestra misión*”. El manantial de la Hospitalidad es el amor, el amor visto y aprendido de Jesús, Buen Samaritano, que quiere mostrar el amor de Dios en realizaciones humanas de hacer el bien sanando enfermos, necesitados y empobrecidos.

También nos pide el Concilio adentrarnos, “ir río abajo hasta *el mundo de la salud, hoy*”: hasta la realidad socio-sanitaria de nuestros días, hasta los avances del progreso profesional en este campo, hasta los retos actualmente existentes para que la atención adecuada llegue, de hecho, a todas las personas con sufrimiento psíquico.

San Benito Menni funde ambos empeños, manantial y actualización, en un axioma: “unir caridad y ciencia³”.

El Concilio nos invita también a: “navegar, por ese río, el río de la Hospitalidad, *en misión compartida*⁴”. Los documentos conciliares⁵ fundamentan este modo renovado de hacer por parte de las instituciones temporales de la Iglesia, entendiendo a ésta como pueblo de Dios solidario con todas las personas de buena voluntad. Esta es nuestra propuesta: servir hospitalariamente hermanas y colaboradores en comunión y solidaridad.

Nuestro Fundador completa esta visión con una alentadora perspectiva de futuro. La imagen del barco que atraviesa las aguas, día tras día, día y noche, para llevar la Hospitalidad al otro lado del mar, despierta en él la actitud que definió su vida y tarea: “*adelante*⁶”, hacia el puerto del servicio encomendado, siempre hacia delante.

Presentación

Fieles a estos cuatro criterios, asumiendo la centenaria historia hospitalaria, estamos dando un paso histórico de profundo calado y de horizonte nuevo en el planteamiento y realización de nuestra misión.

En este proceso es preciso garantizar la identidad institucional. Un instrumento imprescindible es que todos tengamos documentado el referente objetivado que ilumine, fortalezca, revise y alienante lo que somos y hacemos⁷, desde las políticas de dirección, organización y gestión hasta la actividad de cada servicio y los comportamientos concretos de cada uno de nosotros.

El presente documento tiene este valor irremplazable y esta finalidad creadora. El Marco de Identidad de nuestra Institución nos presenta de manera articulada los elementos identificadores de la singularidad y calidad del servicio que ofrecemos. Es, pues, un texto fundamental de obligada referencia.

Está estructurado en cinco partes que brevemente presentamos.

Nuestra Institución tiene una *Historia* centenaria con un origen especial, un código específico y un recorrido aleccionador. Sólo desde ese relato podemos conocerla y reconocernos en ella. Y lo que es más importante, sólo desde esa herencia podemos entrar en una etapa nueva.

La entidad hospitalaria se autocomprende como *Comunidad* en la que prima el tejido interpersonal. Reconociendo que nuestra actividad requiere una estructura contractual al modo de las organizaciones de la sociedad a la que pertenecemos, nuestra propuesta es entendernos y vivirnos como grupo humano y humanizador.

Somos para la *Misión* y nos definimos por ella; es la causa de nuestra existencia. Nuestra carta de presentación no son las palabras, son los hechos⁸ de atención con los que traducimos a la realidad el por qué y el para qué de nuestra Institución.

Presentación

Es imprescindible presentar los *Valores* identificadores de nuestra Hospitalidad. Ellos manifiestan humanamente la hondura de sentido de nuestro actuar, confieren originalidad a nuestro proyecto, conforman significativamente el modo propio de ser y de hacer. Ellos cualifican y diferencian nuestra Institución.

Todos los factores identitarios se traducen operativamente en el *Modelo* propio de nuestra Institución: asistencial, que integra los principios nucleares de la atención directa; de gestión y administración, que explicita las bases directivas; de relación con los colaboradores, que determina su perfil profesional y los elementos de su desarrollo; y un plan de comunicación con la sociedad.

Hemos elaborado también una *síntesis*, con la misma estructura, que condensa el contenido del documento, facilita una primera aproximación a su comprensión y sirve para la divulgación de nuestra identidad.

Estamos, pues, ante un Documento que tiene un valor constitucional; es decir, un texto básico para la concepción, compartida por hermanas y colaboradores, de nuestra Institución. La identidad de ésta nos une, nos define y nos compromete.

Por esta razón hemos cuidado en su elaboración *la participación* de todas las Provincias y Viceprovincias. Una participación que calificamos de iluminadora, detenida y enriquecedora. Se ha desarrollado en tres fases: para iniciar el planteamiento, para trabajar el borrador y para ultimar la formulación. Este hecho motiva nuestro agradecimiento y favorece que sea más asumido por todos aquello en lo que todos han participado.

Valoramos poder reconocer en todos sus apartados *la síntesis deseada entre memoria y novedad*. Los fundamentos están tomados de nuestros orígenes y de nuestra historia en coherencia fiel con nuestros documentos más oficiales. La realidad de hoy, la actualidad científica y el nuevo planteamiento de la Hospitalidad, con los pasos ya dados entre nosotros, están presentes alumbrando el futuro.

Presentación

Sobre todo, *este Marco logra su objetivo*⁹: ofrecer el código de identidad del proyecto hospitalario como guía para la misión compartida en cada entorno de nuestra presencia en el mundo. De este modo, proporciona la necesaria unidad abierta a traducciones inculturadas y promueve un trabajo progresivamente en red con una visión globalizada de nuestro hacer.

Este logro y esta propuesta nos exigen su *transmisión conceptual y práctica*. La densidad del texto proporciona un material fuente de formación. La creatividad aplicará en cada lugar las metodologías más adecuadas en relación a los distintos destinatarios y según niveles de responsabilidad.

La presente aprobación oficial del documento ha de traducirse en *un dinamismo institucional clarificador y operativo*. En relación a sus orientaciones hemos de precisar los indicadores que verifiquen su aplicación. Es expresión mayor de la cultura hospitalaria y ha de ser instrumento privilegiado para una fecunda inmersión en ella y para su difusión.

Creemos que constituye un acontecimiento decisivo de nuestra historia; nace del atrevimiento ilusionado por abrir una nueva etapa en el camino hospitalario. En este empeño no nos mueve otro deseo que el de servir: **permanece viva en nosotros la pasión de ofrecer al mundo la siempre necesaria Hospitalidad.**

Roma, 30 de octubre de 2010.

María Camino Agós
Superiora general

5.

MODELO HOSPITALARIO

Modelo Hospitalario

INTRODUCCIÓN

Modelo hospitalario 41. La Institución define e integra aquellos elementos dinámicos y estructurales más relevantes, en orden a configurar un modelo que dé respuesta a los retos actuales desde la inspiración del carisma fundacional y conforme a los valores hospitalarios.

La atención a la persona en su integridad, su reinserción en la sociedad y la defensa de su propia dignidad, constituyen premisas irrenunciables y son la base del Modelo Hospitalario.

Elementos del modelo El MODELO HOSPITALARIO comprende, en primer lugar, un modelo asistencial; en segundo lugar, un modelo propio de gestión y administración; en tercer lugar, un modelo de relación con los colaboradores; y en cuarto lugar, el diálogo con la sociedad.

I. MODELO ASISTENCIAL

En el presente epígrafe se exponen los principios nucleares que fundamentan e integran el Modelo Asistencial Hospitalario, con una breve descripción de sus elementos esenciales.

ASISTENCIA INTEGRAL A LA PERSONA

Integralidad de la asistencia 42. El Modelo Asistencial Hospitalario se fundamenta en el respeto a la dignidad de la persona, considerada en su unicidad y globalidad. Atiende a las dimensiones anteriormente ya señaladas, biológica, psicológica, social, espiritual y religiosa, las cuales se integran en pautas de atención y tratamiento personalizadas e interdisciplinarias.

ACERCAMIENTO INTERDISCIPLINAR Y TRABAJO EN EQUIPO

*Interdisciplinaria-
riedad
y calidad
asistencial* 43. La realización de una asistencia que dé cumplimiento a los estándares de calidad más altos, supone, entre otras exigencias, un acercamiento interdisciplinar. De este modo los profesionales de distintas especialidades aportan sus conocimientos dentro de un trabajo conjunto, con el fin de elaborar planes terapéuticos adaptados a las necesidades y requerimientos de cada persona, de manera articulada e integral.

*Trabajo
en equipo* El trabajo en equipo se fundamenta tanto en la responsabilidad individual de cada profesional cuanto en la corresponsabilidad de todo el equipo. Consecuentemente, las acciones y decisiones de los profesionales acreditan una dimensión personal y, a su vez, otra compartida e institucional como miembros de una organización.

CALIDAD TÉCNICA Y HUMANA

*Integración de
técnica y
humanismo* 44. Una señal inequívoca de nuestra identidad se explicita en el compromiso con la mejora continua de la calidad, integrando las dimensiones técnicas y humanísticas. Esto lleva consigo la incorporación de los últimos avances científicos en nuestros procedimientos y, al mismo tiempo, la consideración holística de la persona, mediante el respeto a su dignidad y la atención de sus necesidades espirituales.

*Adecuación
de las
estructuras* Dentro de esta dinámica, es preciso adecuar estructuras y procesos, en un marco de maximización de la eficiencia como compromiso social y en una clara orientación a las necesidades de las personas que reciben atención y sus familiares.

Modelo Hospitalario

- Mejora de la calidad* Los planes de gestión de los centros definen de manera prioritaria políticas y estrategias de mejora de la calidad, atendiendo a aspectos de análisis, planificación, actuación y evaluación, en una búsqueda constante de la excelencia que contempla los siguientes factores:
- Enfoque hacia la persona atendida y sus familias.
 - Implicación y desarrollo de las personas.
 - Innovación y aprendizaje.
 - Orientación a resultados.
 - Desarrollo de cooperaciones y alianzas con otras instituciones.
 - Responsabilidad social de la Institución.

ENFOQUE ASISTENCIAL

- Enfoque y continuidad asistencial* 45. El Modelo Asistencial Hospitalario abarca la prevención, tratamiento y rehabilitación, las tres etapas en las que es posible incidir en la patología o minusvalía y sus consecuencias.
- Prevención* El enfoque preventivo, en sus aspectos primarios, secundarios y terciarios, y a partir de la toma en consideración de las causas biológicas y ambientales que influyen en la aparición de la enfermedad o discapacidad, realiza actuaciones con el fin de evitar, retrasar o minimizar sus consecuencias.
- Tratamiento* El enfoque terapéutico se fundamenta inicialmente en un riguroso proceso diagnóstico que culmina en la realización de planes individuales e interdisciplinarios de tratamiento, basados en las buenas prácticas dictadas por la evidencia científica.
- Rehabilitación* El enfoque rehabilitador se inicia en fases incipientes del tratamiento y pretende la plena recuperación

Modelo Hospitalario

de las capacidades y la reinserción en el entorno habitual. Desarrolla dicho proceso bien en régimen de ingreso, bien en régimen ambulatorio, mediante programas transversales que integran aspectos asistenciales, educativos, sociales y laborales.

Nuestro Modelo Asistencial determina la continuidad del proceso de atención, ofreciendo una respuesta modulada en cualquier estadio, en función de las necesidades existentes. Para ello, disponemos de recursos asistenciales comunitarios y de hospitalización, así como de protocolos de coordinación y continuidad de cuidados. Tenemos en cuenta el importante rol activo que tanto el receptor de cuidados como las familias deben desempeñar en el proceso terapéutico y rehabilitador.

LA ATENCIÓN PASTORAL

Atención espiritual y religiosa en la asistencia integral 46. La Institución, fiel a su tradición y valores, desde el absoluto respeto a la dignidad de la persona, considera la atención integral a los asistidos un pilar fundamental del proceso terapéutico, en el que se incluye el derecho a la atención espiritual y religiosa.

Integración del servicio pastoral El liderazgo e iniciativa de esta tarea corresponde al servicio de pastoral, el cual cuenta con el apoyo activo de los distintos profesionales que prestan sus servicios en el centro. Lo integramos efectivamente en la dinámica asistencial de cada centro y dispositivo.

Misión de la Pastoral Este servicio, bajo la responsabilidad eclesial pertinente y organizativamente integrado, abarca una amplitud dinámica y abierta de funciones.

Modelo Hospitalario

Prepara y anima el encuentro de las personas creyentes con Jesús, el Señor. Desde Él, invita a la experiencia entrañable de la ternura de Dios Padre, de la humanización fraterna y de la gratuita salvación. Alienta, de modo adecuado a los destinatarios, la vivencia de las distintas expresiones de la fe¹⁰².

Facilita positivamente, también, la asistencia religiosa a quienes profesan otras creencias. Mantiene siempre una actitud acogedora y acompaña espiritualmente a todos según sus necesidades, requerimientos y posibilidades.

INVESTIGACIÓN, FORMACIÓN Y DOCENCIA

Relevancia de la investigación y formación 47. La Institución, en coherencia con su compromiso permanente por la mejora de la asistencia y el progreso profesional de sus colaboradores, potencia y desarrolla las iniciativas de investigación, formación y docencia.

Contribuimos, mediante el desarrollo de proyectos de investigación tanto en su vertiente básica como aplicada, al incremento cuantitativo y cualitativo de los conocimientos científicos, a una mayor comprensión de los procesos fisiopatológicos que subyacen en la enfermedad y, consecuentemente, a la optimización efectiva de los procesos asistenciales.

Asimismo, a través de los planes de formación permanente, promovemos significativamente el desarrollo de las capacidades de los profesionales que forman la Comunidad Hospitalaria.

La docencia en nuestros Centros Finalmente, la docencia impartida en nuestros centros exige una rigurosa actualización científica, lo cual

Modelo Hospitalario

constituye un desafío permanente para los profesionales y la Institución, acreditando una significativa aportación a la formación de los especialistas futuros.

VOLUNTARIADO

Gratuidad y humanización de la asistencia 48. El voluntariado se integra plenamente en el Modelo Asistencial, potenciando la atención hospitalaria basada en los principios de gratuidad y solidaridad.

Constituye hoy en día una dimensión que está presente en la relación individualizada con cada persona asistida, contribuyendo a la humanización de la asistencia y a la implicación de la sociedad.

II. MODELO DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN

La Institución dispone de un Modelo propio de Gestión y Administración, cuyas bases se encuentran en el importante legado de San Benito Menni¹⁰³. Seguidamente se exponen sus características esenciales.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

49. El P. Menni fue un avanzado a su tiempo. Sus obras y sus escritos atesoran una indiscutible faceta de líder, directivo y emprendedor. Proseguimos su gestión innovadora y caracterizamos, en lenguaje actual, nuestro modelo con estos rasgos:

Dirección de personas:

Selección y cuidado de las personas La Institución, desde siempre, ha prestado una especial atención a las personas que han colaborado en el desarrollo de la misión hospitalaria. Atiende,

Modelo Hospitalario

de modo especial, el aprendizaje, el cuidado de un buen clima laboral, el establecimiento de políticas de retribución y promoción justas y equitativas, y la selección de personas competentes y vocacionadas por el servicio a la persona que sufre.

Competencias de eficacia personal:

Cualidades para el liderazgo Conciernen esencialmente a las cualidades de liderazgo personal, evidenciándose, a modo de ejemplo, en una actitud proactiva, la capacidad de tomar decisiones y la integridad personal.

Competencias estratégicas:

Mirada y respuesta al entorno Comprenden los ámbitos de relación de la Institución con el entorno externo, desarrollándose a través de la orientación hacia las necesidades de pacientes y familiares, la gestión de la visión corporativa en términos éticos y asertivos, el desarrollo del conocimiento y la responsabilidad social de la Institución.

Gestión de los recursos:

Optimización de recursos Su optimización implica un adecuado control de los recursos económicos, así como el equilibrio en la gestión financiera a corto y largo plazo.

Gestión del sistema de calidad:

Organización de calidad Una visión global de Institución, evidencia, entre otros, compromiso de la dirección, enfoque a la persona y una voluntad de mejora permanente.

Capacidades operativas:

Personas y temas Destacan en este campo las capacidades de comunicación efectiva, delegación de tareas, trabajo en equipo, apoyo y escucha de personas, y fundamentalmente liderazgo expresado en servicio a los demás.

PRINCIPIOS INSPIRADORES

Principios de gestión, consecuencia de nuestra misión y valores 50. Los principios inspiradores del Modelo de Gestión de la Institución son una consecuencia de la misión, la historia y los valores de la Congregación, reflejándose en una serie de elementos que sustentan la actuación directiva en la gestión diaria de los centros. Los clasificamos en principios básicos y principios operativos:

Principios básicos:

Coherencia con nuestra identidad:

Hace práctica la fidelidad a unos principios que siempre han mantenido su presencia y tienen actualidad en el contexto de la misión universal de la Obra Hospitalaria. Constituyen un sello característico que acredita la continuidad entre lo que se proclama y lo que se actúa.

Legalidad y ética:

Implican respeto a los derechos humanos y sociales, así como el cumplimiento de la legislación vigente.

Orientación de los recursos económicos en bien del destinatario:

El necesario rigor que demanda una buena administración se ordena al fin último de la misión hospitalaria, integrando gestión y asistencia.

Equidad y solidaridad:

Ofrece recursos similares a necesidades semejantes, en orden al servicio de la comunidad, especialmente los más necesitados.

*Modelo Hospitalario**Sobriedad:*

Compromete a una gestión económica y financiera austera y rigurosa.

Sin ánimo de lucro:

Nuestra Institución actúa sin ánimo de lucro, precisando de autofinanciación para poder desarrollar su misión y garantizar su continuidad.

Transparencia:

Nos vincula con la claridad exigible a todo tipo de actuación directiva, así como con los principios de registro contable legalmente establecidos.

Principios operativos:*Capacidad técnica:*

Se fundamenta en una óptima interacción entre competencia profesional, procedimientos y estructuras.

Integración de las nuevas tecnologías:

Promueve la progresiva incorporación de nuevos elementos tecnológicos que implican la optimización de la calidad de los servicios.

Establecimiento de alianzas y colaboraciones:

Plantea y desarrolla proyectos compartidos y redes de relaciones con instituciones del sector, en orden a un mejor aprovechamiento de oportunidades y recursos.

Eficacia y eficiencia:

Exigen un uso racional de los recursos para poder ofrecer una asistencia de calidad.

*Modelo Hospitalario**Autofinanciación y sostenibilidad:*

Precisan una rigurosa adecuación de los recursos económicos a la actividad asistencial que la Institución desarrolla.

Proactividad en relación a nuevas necesidades:

Implica una efectiva orientación a las necesidades de los destinatarios y sus familias, cuidando los detalles de la relación, y procurando dar respuesta a las peticiones y sugerencias acerca de problemas actuales o futuros.

Sinergias entre centros y provincias:

Maximizan la eficiencia operativa y la utilización de los recursos identificando y coordinando las potencialidades que ofrece la Institución; es expresión de solidaridad corporativa y favorece la pervivencia de la misión, la corresponsabilidad y el compromiso.

Fomento de la innovación:

Establece una cultura innovadora, basada en la actitud proactiva y conjunta de profesionales de distintas áreas o disciplinas y en la incorporación de nuevos conocimientos.

III. MODELO DE RELACIÓN CON LOS COLABORADORES

PERFIL DEL PROFESIONAL HOSPITALARIO

Visión y rasgos 51. En nuestra visión institucional consideramos colaborador a toda persona que trabajando en nuestras obras, está al servicio de los destinatarios de la misión¹⁰⁴.

Señalamos a continuación los siguientes *rasgos identitarios*:

Compromiso institucional

Integración y compromiso 52. Características básicas de la identificación institucional son: la valoración integral del colaborador en un marco que posibilite su progreso personal y profesional; su integración en la Comunidad Hospitalaria compartiendo la identidad de la Institución y aportando sus conocimientos; y su compromiso siempre activo con el Proyecto Hospitalario.

Identificación con la cultura hospitalaria

Cultura hospitalaria 53. Las obras hospitalarias tienen identidad propia, una historia, una misión, una finalidad, unos principios, unos valores y un modelo. La realización concreta de un proyecto común supone la necesidad de una progresiva identificación con los elementos centrales de la cultura hospitalaria, con los que todos podamos orientarnos, dialogar, discernir y actuar.

Solidaridad efectiva con el destinatario

Centralidad de la persona 54. Constituye para nosotros un valor irrenunciable la consideración del enfermo y necesitado como centro de nuestra misión y verdadera razón de ser de la Institución. Conlleva la necesidad de coherencia entre el Marco de Identidad y las prácticas y actitudes de todos los agentes de la Hospitalidad.¹⁰⁵

Responsabilidad profesional

Aportación responsable 55. Implica compromiso en cada una de las acciones que lleva a cabo el profesional en el ámbito propio de su actuación, siendo un valor que se ubica en su conciencia y en su praxis, implicando la plena

Modelo Hospitalario

asunción de las consecuencias de sus decisiones. Finalmente, la responsabilidad profesional conlleva una insoslayable dimensión jurídica que surge del Derecho.

Capacitación técnica

Ciencia como dimensión al servicio del paciente 56. La dimensión técnica y científica en la asistencia se garantiza atendiendo a los estándares de calidad exigidos por la ciencia, integrándose en un modelo global de atención en el que tienen especial centralidad el respeto a la persona y su inviolable dignidad, sus derechos e ideología¹⁰⁶, así como su dimensión espiritual.

EL DIRECTIVO HOSPITALARIO

Especial cometido del directivo hospitalario 57. Al directivo hospitalario, en su calidad de técnico, le son predicables los mismos atributos reseñados en el perfil general del profesional hospitalario. Es preciso añadir las características de su especial cometido, atendiendo en primer lugar a la necesaria integración de los elementos axiológicos con su perfil técnico-competencial. Ello es extensible a los cuadros intermedios en correlación a su grado de responsabilidad dentro de la Institución.

Visión de conjunto La calidad de su trabajo en los centros, que con una vida propia responden de manera flexible a los requerimientos de la sociedad, exige al directivo hospitalario aprehender la realidad de la Congregación y considerar su aportación a la luz del conjunto de la Obra Hospitalaria, acreditando una visión global de la misma.

Modelo Hospitalario

- Capacidad de comunicación interna y externa* La complejidad del entorno y la especialización de los roles profesionales, requiere una especial capacidad de comunicación interna y externa, estableciéndose con discreción, transparencia y precisión.
- Prospectiva de futuro* La continuidad de la Obra Hospitalaria supone un análisis permanente y su proyección hacia el futuro, ponderando situaciones y escenarios; exige una capacidad de percepción del cambio y de anticipación que comprende un riguroso análisis, intuición y previsión.
- Competencia y actualización* El directivo hospitalario dispone de unos conocimientos adecuados y actualizados para el desarrollo de su cometido con la solvencia necesaria.
- Eficacia personal y profesional* La responsabilidad que asume se apoya en una serie de competencias personales que permiten garantizar la eficacia de su actuación personal y profesional; entre otras, escucha activa, integridad, prudente arbitrio, iniciativa y toma de decisiones.
- Ejemplo y coherencia de los directivos* Los directivos hospitalarios, en los diferentes niveles de la organización, por la especial responsabilidad que a cada uno concierne, son llamados a impulsar y dar ejemplo y coherencia de vida con la identidad y dinámica institucionales, procurando influir con su esfuerzo y ejemplo en las personas que dirige.

POLITICAS DE DESARROLLO DE PERSONAS

58. Tienen como objetivo fundamental la efectiva integración de los colaboradores en la misión institucional, fundamentándose en el sentido de pertenencia a la Comunidad Hospitalaria. Comprenden diversos elementos.

Proceso de incorporación

Fases y contenidos del proceso 59. Iniciamos el proceso de incorporación en la fase de convocatoria, continuamos en la selección y culminamos con la acogida de la persona en la organización.

Procedemos a valorar tanto el perfil profesional, a partir de una adecuada definición del mismo, como los valores personales y la actitud de respeto y comprensión de la identidad y cultura hospitalarias.

Formación permanente

Necesidad de formación técnica y humana 60. Ofrecemos procesos de formación continuada, integrando elementos científicos, técnicos, humanos, relacionales y de cultura hospitalaria para garantizar la necesaria correspondencia entre las capacidades de los colaboradores y la actividad a desarrollar.

Relaciones laborales

Un modelo de relación basado en la ética y la confianza mutua 61. La Institución pretende establecer una relación con sus colaboradores que dé respuesta a las necesidades de ambas partes y motive la superación personal y la promoción profesional, en base a criterios objetivos. Dentro de este marco, las relaciones laborales se rigen por la ética social, que comprende la legalidad vigente, la justicia y la doctrina social de la Iglesia.

Comunicación interna y corresponsabilidad

Canales y objetivos 62. La implicación y la participación de todos los colaboradores, así como un elevado grado de co-

Modelo Hospitalario

responsabilidad, requiere la promoción de una comunicación interna transparente y ágil entre los distintos niveles de la organización; el establecimiento de espacios y elementos que permitan expresar la pluralidad existente; y la potenciación de la capacidad de iniciativa, asumiendo las responsabilidades derivadas en cada ámbito de decisión.

Cauces de participación

Ambitos y fórmulas 63. La participación activa de los profesionales en la vida de los centros, como parte comprometida en el proyecto institucional, constituye un aspecto fundamental en orden al desarrollo de la misión. Nuestros cauces de participación se instrumentan en una variedad de fórmulas pertenecientes a diversos ámbitos de la vida de los centros, entre otras, las comisiones asistenciales y de investigación, los foros de relaciones laborales y los diversos grupos interdisciplinarios.

IV. DIÁLOGO CON LA SOCIEDAD**COMUNICACIÓN EXTERNA**

Institución y sociedad 64. Nuestra Institución establece relaciones bidireccionales con la sociedad, en cuanto parte integrante y activa de la misma. Con esta finalidad estructuramos y codificamos canales de diálogo y comunicación con el entorno social de referencia: instituciones políticas, sanitarias, sociales, religiosas, culturales, académicas y científicas.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Líneas que orientan nuestra comunicación 65. Los objetivos que motivan y orientan nuestra comunicación son:

Concienciar a la sociedad de la realidad y necesidades existentes en el ámbito de nuestra misión y escuchar las demandas de los posibles destinatarios.

Presentar con calidad objetiva el modelo de atención que prestamos para que nuestra oferta sea reconocida entre otras posibles y sea valorada en su identidad y calidad.

Establecer diálogo con las instituciones públicas para posibilitar nuestra colaboración en los servicios asistenciales que la sociedad precisa, especialmente a favor de los más desfavorecidos.

Desarrollar la relación y la cooperación con instituciones, asociaciones, organismos y fuerzas sociales afines a nuestra misión.

PLANES DE COMUNICACIÓN ADECUADOS A CADA CULTURA

Comunicación efectiva 66. Los centros hospitalarios aportamos a la sociedad no sólo la prestación de unos servicios asistenciales concretos, sino su cultura y estilo propios expresados en una forma determinada de entender la asistencia, fundamentada en los valores y principios institucionales.

Todo ello exige un adecuado conocimiento de los elementos culturales que predominan en el entorno para establecer planes de comunicación efectivos acordes a las circunstancias de tiempo y lugar.

INVITACIÓN AL COMPROMISO

Relevancia de la comunicación externa 67. Estamos plenamente comprometidos en potenciar nuestra presencia en los distintos foros de nuestro campo de actuación y motivamos que cada colaborador sea un entusiasta comunicador de nuestros proyectos.

Esta comunicación hacia el exterior conlleva también la invitación para que la sociedad conozca los centros y se acerque a la realidad de las personas que sufren. Se dirige especialmente a los jóvenes; con ellos y para ellos se promueven acciones de sensibilización y experiencia de misión hospitalaria y de solidaridad.

LA RESPONSABILIDAD EN FAVOR DE LA SOCIEDAD

Compromiso social de la Institución 68. La Institución, fiel a sus principios de implicación social, asume un compromiso activo y voluntario que va más allá de las disposiciones legales existentes.

Nuestra organización basa su actividad y gestión en valores éticos favorecedores del compromiso social ayudando a mejorar el ámbito económico, social y medioambiental de su entorno en un contexto de diálogo con los grupos de interés de la organización.

Este compromiso se integra plenamente en los planes directivos de la Institución, impregnando todas las actuaciones y niveles de la misma, y posibilitando su medida y evaluación.

MIRADA AL FUTURO

MIRADA AL FUTURO

Nuevo desafío El futuro del Proyecto Hospitalario supone para nosotros un claro compromiso institucional hacia su desarrollo sostenible en fidelidad a nuestra misión.

Hoy, una nueva situación ha motivado la necesidad de expresar actualizadamente la identidad de toda la Institución para compartir todos juntos la tarea y caminar procesualmente.

Hemos de priorizar que la preparación de los colaboradores que se incorporan garantice su identificación con la Hospitalidad para trabajar en “misión compartida”.

Compromiso compartido Reconocemos que preparar el futuro significa trabajar responsablemente el presente con la mirada abierta al tiempo nuevo que viene.

Toda la Institución estamos en búsqueda permanente de medios que nos permitan aportar soluciones a los actuales desafíos que hemos de afrontar.

Nuestra visión del mundo del sufrimiento, especialmente psíquico, ha de ser global con la amplitud que exige nuestra presencia en los distintos continentes, con sensibilidad para las distintas culturas y con disponibilidad para atender a los más desfavorecidos en el campo de nuestro servicio.

Permanente creatividad Desde nuestros inicios, siguiendo la voluntad expresa de nuestro Fundador, hemos recreado el espíritu hospitalario adaptándonos a las exigencias de cada época y lugar. Hoy nos encontramos ante retos que nos piden, una vez más, creatividad.

Mirada al Futuro

*El marco de
identidad
al servicio de
una nueva etapa* Este marco de identidad es, precisamente, un signo de esa creatividad hospitalaria que nos alumbra como guía para adentrarnos¹⁰⁷ en una etapa nueva de la Hospitalidad.

*Sumario***SUMARIO**

	Pág.
PRESENTACIÓN	5
1. HISTORIA HOSPITALARIA	13
Hacer memoria	15
Comunidades de memoria	15
Los Fundadores	16
Evangelio de la Hospitalidad	17
La Hospitalidad	19
Finalidad	20
Nuestra Institución	20
El Marco de Identidad	22
2. COMUNIDAD HOSPITALARIA	25
Lo principal del proyecto, las personas	27
La comunidad hospitalaria	27
Los miembros de la comunidad	28
La centralidad de los enfermos y necesitados	29
Corresponsabilidad de todos	30
Identidad y pertenencia	30
Misión de la comunidad religiosa	31
El tejido relacional de la institución	32
3. MISIÓN HOSPITALARIA	35
Permanente fidelidad	37
Relato de nuestra misión	37
Universalidad e Interculturalidad	38
La obra hospitalaria	39
Un servicio necesario y actualizado	40
Globalización solidaria	41
Justicia y amor	42
Significación y dimensiones	42
Sentido específico y finalidad última	43
4. VALORES HOSPITALARIOS	45
Identidad y valores	47
Valores humanos	47
Respeto y exigencia	47
Universalidad e inculturación	48
Formulación de nuestros valores	49
<i>Hospitalidad, valor síntesis</i>	50
1. <i>Sensibilidad por los excluidos</i>	51
2. <i>Servicio a los enfermos y necesitados</i>	52

Sumario

3. <i>Acogida liberadora</i>	53
4. <i>Salud integral</i>	54
5. <i>Calidad profesional</i>	55
6. <i>Humanidad en la atención</i>	56
7. <i>Ética en toda actuación</i>	58
8. <i>Conciencia histórica</i>	59
Vivencia cotidiana de los valores	60
5. MODELO HOSPITALARIO	61
Introducción	63
I. Modelo asistencial	63
Asistencia integral a la persona	63
Acercamiento interdisciplinar y trabajo en equipo	64
Calidad técnica y humana	64
Enfoque asistencial	65
La atención pastoral	66
Investigación, formación y docencia	67
Voluntariado	68
II. Modelo de Gestión y administración	68
Características principales	68
Principios inspiradores	70
<i>Principios básicos</i>	70
<i>Principios operativos</i>	71
III. Modelo de relación con los colaboradores	72
Perfil del profesional hospitalario	72
<i>Compromiso institucional</i>	73
<i>Identificación con la cultura hospitalaria</i>	73
<i>Solidaridad efectiva con el destinatario</i>	73
<i>Responsabilidad profesional</i>	73
<i>Capacitación técnica</i>	74
El directivo hospitalario	74
Políticas de desarrollo de personas	75
<i>Proceso de incorporación</i>	76
<i>Formación permanente</i>	76
<i>Relaciones laborales</i>	76
<i>Comunicación interna y corresponsabilidad</i>	76
<i>Cauces de participación</i>	77
IV. Diálogo con la sociedad	77
Comunicación externa	77
Líneas de actuación	78
Planes de comunicación adecuados a cada cultura	78
Invitación al compromiso	79
La responsabilidad en favor de la sociedad	79
MIRADA AL FUTURO	81



Hermanas Hospitalarias

del Sagrado Corazón de Jesús

GOBIERNO GENERAL