

**FACULTAD DE INGENIERÍA**

Escuela Académico Profesional de Ingeniería Industrial

Trabajo de Suficiencia Profesional

**Informe de implementación de mejora de procesos  
por medio de un análisis basado en BPM y el ciclo  
PDCA para la atención de consultas, reclamos y  
denuncias en una institución prestadora de servicios  
de salud (IPRESS), en la ciudad de Huancayo**

Joseph Franco Arriaran Vergara

Para optar el Título Profesional de  
Ingeniero Industrial

Huancayo, 2023

Repositorio Institucional Continental  
Trabajo de suficiencia profesional



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

## **DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD**

Yo, JOSEPH FRANCO ARRIARAN VERGARA, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad No. 72793983, de la E.A.P. de Ingeniería Industrial de la Facultad de Ingeniería la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El trabajo de suficiencia profesional titulado: "INFORME DE IMPLEMENTACIÓN DE MEJORA DE PROCESOS POR MEDIO DE UN ANÁLISIS BASADO EN BPM Y EL CICLO PDCA PARA LA ATENCIÓN DE CONSULTAS, RECLAMOS Y DENUNCIAS EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS), EN LA CIUDAD DE HUANCAYO", es de mi autoría, la misma que presento para optar el Título Profesional de Ingeniero Industrial.
2. El trabajo de suficiencia profesional no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. El trabajo de suficiencia profesional es original e inédita, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.



16 de agosto de 2023.

---

JOSEPH FRANCO ARRIARAN VERGARA

DNI. No. 72793983

# TSP - ARRIARAN VERGARA JOSEPH FRANCO

## INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	2%
2	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	2%
3	<a href="http://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="http://repositorio.puce.edu.ec">repositorio.puce.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1%
5	<a href="http://ri.ues.edu.sv">ri.ues.edu.sv</a> Fuente de Internet	<1%
6	<a href="http://repositorio.continental.edu.pe">repositorio.continental.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
7	<a href="http://repositorio.utp.edu.pe">repositorio.utp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
8	<a href="http://www.clubensayos.com">www.clubensayos.com</a> Fuente de Internet	<1%
9	<a href="http://cdn.www.gob.pe">cdn.www.gob.pe</a> Fuente de Internet	<1%

10	<a href="http://incyt.upse.edu.ec">incyt.upse.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
11	<a href="http://cybertesis.unmsm.edu.pe">cybertesis.unmsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
12	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
13	<a href="http://moam.info">moam.info</a> Fuente de Internet	<1 %
14	<a href="http://www.coursehero.com">www.coursehero.com</a> Fuente de Internet	<1 %
15	<a href="http://www.hnhu.gob.pe">www.hnhu.gob.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
16	<a href="http://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	<1 %
17	<a href="http://vdocumento.com">vdocumento.com</a> Fuente de Internet	<1 %
18	<a href="http://kipdf.com">kipdf.com</a> Fuente de Internet	<1 %
19	Submitted to Universidad Anahuac México Sur Trabajo del estudiante	<1 %
20	<a href="http://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	<1 %
21	<a href="http://www.cm.com">www.cm.com</a>	

Fuente de Internet

<1 %

22

[repositorio.upn.edu.pe](http://repositorio.upn.edu.pe)

Fuente de Internet

<1 %

23

[www.repositorio.usac.edu.gt](http://www.repositorio.usac.edu.gt)

Fuente de Internet

<1 %

24

[qdoc.tips](http://qdoc.tips)

Fuente de Internet

<1 %

25

[documents.mx](http://documents.mx)

Fuente de Internet

<1 %

26

[www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)

Fuente de Internet

<1 %

27

[www.slideshare.net](http://www.slideshare.net)

Fuente de Internet

<1 %

28

[repositorio.utp.edu.co](http://repositorio.utp.edu.co)

Fuente de Internet

<1 %

29

[busquedas.elperuano.pe](http://busquedas.elperuano.pe)

Fuente de Internet

<1 %

30

[issuu.com](http://issuu.com)

Fuente de Internet

<1 %

31

[docobook.com](http://docobook.com)

Fuente de Internet

<1 %

32

[pdfcoffee.com](http://pdfcoffee.com)

Fuente de Internet

<1 %

33	Submitted to Universitat Politècnica de València Trabajo del estudiante	<1 %
34	busquedas.elperuano.com.pe Fuente de Internet	<1 %
35	prezi.com Fuente de Internet	<1 %
36	repositorio.uees.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
37	repositorio.icte.ejercito.mil.pe Fuente de Internet	<1 %
38	www.mintrabajo.gov.co Fuente de Internet	<1 %
39	es.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
40	rpmesp.ins.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
41	upc.aws.openrepository.com Fuente de Internet	<1 %
42	purl.org Fuente de Internet	<1 %
43	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
44	www.mintra.gob.pe	

Fuente de Internet

<1 %

45

[www2.ilo.org](http://www2.ilo.org)

Fuente de Internet

<1 %

46

[repositorio.umsa.bo](http://repositorio.umsa.bo)

Fuente de Internet

<1 %

47

[unplandenegocios.com](http://unplandenegocios.com)

Fuente de Internet

<1 %

48

[repositorio.upsc.edu.pe](http://repositorio.upsc.edu.pe)

Fuente de Internet

<1 %

49

Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru

Trabajo del estudiante

<1 %

50

[repositorio.ulvr.edu.ec](http://repositorio.ulvr.edu.ec)

Fuente de Internet

<1 %

51

[repositorio.usil.edu.pe](http://repositorio.usil.edu.pe)

Fuente de Internet

<1 %

52

[tesis.pucp.edu.pe](http://tesis.pucp.edu.pe)

Fuente de Internet

<1 %

53

[empleodehoy.blogspot.com](http://empleodehoy.blogspot.com)

Fuente de Internet

<1 %

54

[www.hospitalsjl.gob.pe](http://www.hospitalsjl.gob.pe)

Fuente de Internet

<1 %

55

Submitted to Universidad Catolica De Cuenca

Trabajo del estudiante

<1 %

56

Submitted to Universidad Tecnologica del Peru

Trabajo del estudiante

<1 %

57

fr.slideshare.net

Fuente de Internet

<1 %

58

Submitted to Universidad Nacional Abierta y a Distancia, UNAD,UNAD

Trabajo del estudiante

<1 %

59

espace.curtin.edu.au

Fuente de Internet

<1 %

60

pirhua.udep.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

61

reaxion.utleon.edu.mx

Fuente de Internet

<1 %

62

repositorioacademico.upc.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

63

dspace.esoch.edu.ec

Fuente de Internet

<1 %

64

Submitted to Universidad Inca Garcilaso de la Vega

Trabajo del estudiante

<1 %

65

arc.cnea.gov.ar

Fuente de Internet

<1 %

66	<a href="http://core.ac.uk">core.ac.uk</a> Fuente de Internet	<1 %
67	<a href="http://documentop.com">documentop.com</a> Fuente de Internet	<1 %
68	<a href="http://es.slideshare.net">es.slideshare.net</a> Fuente de Internet	<1 %
69	<a href="http://emprendedores.tv.pe">emprendedores.tv.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
70	<a href="http://repositorio.unap.edu.pe">repositorio.unap.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
71	<a href="http://repository.uniminuto.edu">repository.uniminuto.edu</a> Fuente de Internet	<1 %
72	<a href="http://www.ingentaconnect.com">www.ingentaconnect.com</a> Fuente de Internet	<1 %
73	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
74	<a href="http://repository.usta.edu.co">repository.usta.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
75	<a href="http://tesis.ucsm.edu.pe">tesis.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
76	<a href="http://www.itsa.edu.co">www.itsa.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
77	<a href="http://www.minsalud.gov.co">www.minsalud.gov.co</a>	

Fuente de Internet

<1 %

78

[manualzz.com](http://manualzz.com)

Fuente de Internet

<1 %

79

[dspace.ucuenca.edu.ec](http://dspace.ucuenca.edu.ec)

Fuente de Internet

<1 %

80

[portal.inen.sld.pe](http://portal.inen.sld.pe)

Fuente de Internet

<1 %

81

[repositorio.urp.edu.pe](http://repositorio.urp.edu.pe)

Fuente de Internet

<1 %

82

[www.dirislimaeste.gob.pe](http://www.dirislimaeste.gob.pe)

Fuente de Internet

<1 %

83

Submitted to Infile

Trabajo del estudiante

<1 %

84

[repositorio.unjbg.edu.pe](http://repositorio.unjbg.edu.pe)

Fuente de Internet

<1 %

85

[sfa.michoacan.gob.mx](http://sfa.michoacan.gob.mx)

Fuente de Internet

<1 %

86

[vdocuments.pub](http://vdocuments.pub)

Fuente de Internet

<1 %

87

Submitted to Universidad Europea de Madrid

Trabajo del estudiante

<1 %

88

[red.uao.edu.co](http://red.uao.edu.co)

Fuente de Internet

<1 %

89	<a href="https://repositorio.ug.edu.ec">repositorio.ug.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
90	"Modelos de negocios y financiamiento aplicados al desarrollo, desde idea a startup, del emprendimiento tecnológico bucketgift, la nueva forma de regalar.", Pontificia Universidad Catolica de Chile, 2019 Publicación	<1 %
91	<a href="https://bioseguridad.minam.gob.pe">bioseguridad.minam.gob.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
92	<a href="https://empleosdesdecasa70.blogspot.com">empleosdesdecasa70.blogspot.com</a> Fuente de Internet	<1 %
93	<a href="https://piurasuperfoods.com">piurasuperfoods.com</a> Fuente de Internet	<1 %
94	<a href="https://www.umcervantes.cl">www.umcervantes.cl</a> Fuente de Internet	<1 %
95	<a href="https://www.webtenerife.com">www.webtenerife.com</a> Fuente de Internet	<1 %
96	Submitted to Fundacion Universidad de America Trabajo del estudiante	<1 %
97	<a href="https://catalogo.udes.edu.co">catalogo.udes.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
98	<a href="https://edoc.pub">edoc.pub</a> Fuente de Internet	<1 %

99	<a href="https://repositorio.utc.edu.ec">repositorio.utc.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
100	<a href="http://www.ins.gov.co">www.ins.gov.co</a> Fuente de Internet	<1 %
101	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	<1 %
102	<a href="https://es.wikipedia.org">es.wikipedia.org</a> Fuente de Internet	<1 %
103	<a href="https://repositorio.ulasalle.edu.pe">repositorio.ulasalle.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
104	<a href="https://repositorio.unfv.edu.pe">repositorio.unfv.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
105	<a href="https://docslide.us">docslide.us</a> Fuente de Internet	<1 %
106	<a href="https://repositoriodemo.continental.edu.pe">repositoriodemo.continental.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
107	<a href="http://www.suarezdefigueroa.es">www.suarezdefigueroa.es</a> Fuente de Internet	<1 %
108	Submitted to Universidad Militar Nueva Granada Trabajo del estudiante	<1 %
109	Submitted to Universidad de Las Palmas de Gran Canaria Trabajo del estudiante	<1 %

110	<a href="http://canela112125.blogspot.com">canela112125.blogspot.com</a> Fuente de Internet	<1 %
111	<a href="http://idoc.pub">idoc.pub</a> Fuente de Internet	<1 %
112	<a href="http://marketing.oncosalud.pe">marketing.oncosalud.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
113	<a href="http://pt.scribd.com">pt.scribd.com</a> Fuente de Internet	<1 %
114	<a href="http://revistasum.umanizales.edu.co">revistasum.umanizales.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
115	Submitted to ucss Trabajo del estudiante	<1 %
116	<a href="http://ugelcusco.gob.pe">ugelcusco.gob.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
117	<a href="http://www.mafp2.gov.co">www.mafp2.gov.co</a> Fuente de Internet	<1 %
118	<a href="http://www.scribd.com">www.scribd.com</a> Fuente de Internet	<1 %
119	Submitted to Centro Europeo de Postgrado - CEUPE Trabajo del estudiante	<1 %
120	Submitted to Universidad Nacional de Colombia Trabajo del estudiante	<1 %

121	Submitted to Universidad San Ignacio de Loyola Trabajo del estudiante	<1 %
122	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
123	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
124	repositorioslatinoamericanos.uchile.cl Fuente de Internet	<1 %
125	www.agendalocal21huelva.com Fuente de Internet	<1 %
126	Submitted to indoamerica Trabajo del estudiante	<1 %
127	silو.tips Fuente de Internet	<1 %
128	uqobevoru.hatenablog.com Fuente de Internet	<1 %
129	www.ecolex.org Fuente de Internet	<1 %
130	www.simmgla.com Fuente de Internet	<1 %
131	www.uniminuto.edu Fuente de Internet	<1 %
132	Submitted to Fundación Universitaria CEIPA	

Trabajo del estudiante

<1 %

133

Submitted to Universidad Andina Nestor  
Caceres Velasquez

Trabajo del estudiante

<1 %

134

Submitted to Universidad Catolica Los  
Angeles de Chimbote

Trabajo del estudiante

<1 %

135

Submitted to Universidad Católica San Pablo

Trabajo del estudiante

<1 %

136

Submitted to Universidad Internacional de la  
Rioja

Trabajo del estudiante

<1 %

137

Submitted to Universidad Peruana de  
Ciencias Aplicadas

Trabajo del estudiante

<1 %

138

ECOLOGIA Y TECNOLOGIA AMBIENTAL S.A.C.  
"MEIA para la Implementación del Proyecto  
Implementar Línea de Cal, Mejoras  
Ambientales e Integración de Instrumentos  
Ambientales en la Planta Condorcocha-  
IGA0006877", R.D. N° 081-2018-  
PRODUCE/DVMYPE-I/DIGGAM, 2020

Publicación

<1 %

139

Submitted to Escuela De Ingenieria De  
Antiquia - Columbia

Trabajo del estudiante

<1 %

140	Submitted to Universidad Tecnológica Centroamericana UNITEC Trabajo del estudiante	<1 %
141	es.wikisource.org Fuente de Internet	<1 %
142	imgstock.naver.com Fuente de Internet	<1 %
143	repositorio.ucp.edu.co Fuente de Internet	<1 %
144	www.netec.com Fuente de Internet	<1 %
145	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1 %
146	Submitted to Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco Trabajo del estudiante	<1 %
147	easy.dans.knaw.nl Fuente de Internet	<1 %
148	repositoriotec.tec.ac.cr Fuente de Internet	<1 %
149	www.asesoresempresarialperu.com Fuente de Internet	<1 %
150	www.dykinson.com Fuente de Internet	<1 %

151	<a href="http://www.e-potecario.com.ar">www.e-potecario.com.ar</a> Fuente de Internet	<1 %
152	<a href="http://www.grafiati.com">www.grafiati.com</a> Fuente de Internet	<1 %
153	Submitted to Universidad EAN Trabajo del estudiante	<1 %
154	Submitted to Universidad de Guadalajara Trabajo del estudiante	<1 %
155	Submitted to Universidad de Jaén Trabajo del estudiante	<1 %
156	<a href="http://docs.bvsalud.org">docs.bvsalud.org</a> Fuente de Internet	<1 %
157	<a href="http://fliphtml5.com">fliphtml5.com</a> Fuente de Internet	<1 %
158	<a href="http://geofocus.rediris.es">geofocus.rediris.es</a> Fuente de Internet	<1 %
159	<a href="http://graveyards.co.nz">graveyards.co.nz</a> Fuente de Internet	<1 %
160	<a href="http://noesis.uis.edu.co">noesis.uis.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
161	<a href="http://pt.slideshare.net">pt.slideshare.net</a> Fuente de Internet	<1 %
162	<a href="http://repositorio.ute.edu.ec">repositorio.ute.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %

163	<a href="http://repository.unipiloto.edu.co">repository.unipiloto.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
164	<a href="http://tesis.usat.edu.pe">tesis.usat.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
165	<a href="http://www.nanta.es">www.nanta.es</a> Fuente de Internet	<1 %
166	<a href="http://www.theibfr.com">www.theibfr.com</a> Fuente de Internet	<1 %
167	"Encyclopedic Dictionary of Landscape and Urban Planning", Springer Science and Business Media LLC, 2010 Publicación	<1 %
168	"Relación entre la formación inicial, las creencias y las prácticas de instrucción matemática desplegadas por docentes en formación de educación básica.", Pontificia Universidad Católica de Chile, 2020 Publicación	<1 %
169	APS INGENIEROS S.A.C.. "PAMA de Instalaciones de Comercialización de Residuos Sólidos-IGA0001480", R.D. N° 0412-2017/DSA/DIGESA/SA, 2020 Publicación	<1 %
170	<a href="http://doczz.net">doczz.net</a> Fuente de Internet	<1 %
171	<a href="http://fullseguridad.net">fullseguridad.net</a>	

Fuente de Internet

<1 %

---

172 [fundacionlasirc.org](http://fundacionlasirc.org)  
Fuente de Internet

<1 %

---

173 [indigopaints.com](http://indigopaints.com)  
Fuente de Internet

<1 %

---

174 [km.worldbank.org](http://km.worldbank.org)  
Fuente de Internet

<1 %

---

175 [negociosyempresa.com](http://negociosyempresa.com)  
Fuente de Internet

<1 %

---

176 [openaccess.uoc.edu](http://openaccess.uoc.edu)  
Fuente de Internet

<1 %

---

177 [repositorio.ulasamericas.edu.pe](http://repositorio.ulasamericas.edu.pe)  
Fuente de Internet

<1 %

---

178 [repositorio.unac.edu.pe](http://repositorio.unac.edu.pe)  
Fuente de Internet

<1 %

---

179 [repositorio.une.edu.pe](http://repositorio.une.edu.pe)  
Fuente de Internet

<1 %

---

180 [repositorio.unican.es](http://repositorio.unican.es)  
Fuente de Internet

<1 %

---

181 [repositorio.upao.edu.pe](http://repositorio.upao.edu.pe)  
Fuente de Internet

<1 %

---

182 [repositorio.upeu.edu.pe](http://repositorio.upeu.edu.pe)  
Fuente de Internet

<1 %

---

183	<a href="http://vdocuments.mx">vdocuments.mx</a> Fuente de Internet	<1 %
184	<a href="http://www.clinicasanfelipe.com">www.clinicasanfelipe.com</a> Fuente de Internet	<1 %
185	<a href="http://www.cocesna.org">www.cocesna.org</a> Fuente de Internet	<1 %
186	<a href="http://www.ingenierosasesores.com">www.ingenierosasesores.com</a> Fuente de Internet	<1 %
187	<a href="http://www.investironline.com.br">www.investironline.com.br</a> Fuente de Internet	<1 %
188	<a href="http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe">www.repositorioacademico.usmp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
189	<a href="http://www.semanticscholar.org">www.semanticscholar.org</a> Fuente de Internet	<1 %
190	<a href="http://www.yumpu.com">www.yumpu.com</a> Fuente de Internet	<1 %
191	Submitted to Carlos Test Account Trabajo del estudiante	<1 %
192	F.J. Pino. "Adaptation of the standards ISO/IEC 12207:2002 and ISO/IEC 15504:2003 for the assessment of the software processes in developing countries", IEEE Latin America Transactions, 4/2006 Publicación	<1 %

193	Submitted to Instituto Superior de Artes, Ciencias y Comunicación IACC Trabajo del estudiante	<1 %
194	NINALAYA VILA RAFAEL ERNESTO. "Diagnóstico Preliminar de la Planta de Valorización de Residuos Sólidos de la Construcción y Demolición-IGA0021014", R.D. N° 01077-2021-MINAM/VMGA/DGRS, 2022 Publicación	<1 %
195	baixardoc.com Fuente de Internet	<1 %
196	banrep.org Fuente de Internet	<1 %
197	bibliotecavirtualoducal.uc.cl Fuente de Internet	<1 %
198	cgservicios.df.gob.mx Fuente de Internet	<1 %
199	conama.cl Fuente de Internet	<1 %
200	diagnosticoveterinario.com Fuente de Internet	<1 %
201	eliech7med.wixsite.com Fuente de Internet	<1 %
202	gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

203	<a href="https://patents.google.com">patents.google.com</a> Fuente de Internet	<1 %
204	<a href="https://raccefyn.co">raccefyn.co</a> Fuente de Internet	<1 %
205	<a href="https://repositorio.espe.edu.ec">repositorio.espe.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
206	<a href="https://repositorio.uide.edu.ec">repositorio.uide.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
207	<a href="https://repositorio.uisek.edu.ec">repositorio.uisek.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
208	<a href="https://repositorio.uladech.edu.pe">repositorio.uladech.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
209	<a href="https://repositorio.unheval.edu.pe">repositorio.unheval.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
210	<a href="https://repositorio.up.edu.pe">repositorio.up.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
211	<a href="https://repositorio.uta.edu.ec">repositorio.uta.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
212	<a href="https://repositorio.uts.edu.co:8080">repositorio.uts.edu.co:8080</a> Fuente de Internet	<1 %
213	<a href="https://worldwidescience.org">worldwidescience.org</a> Fuente de Internet	<1 %
214	<a href="https://www.camaratru.org.pe">www.camaratru.org.pe</a> Fuente de Internet	<1 %

215 [www.escuelaeuropeaexcelencia.com](http://www.escuelaeuropeaexcelencia.com) <1 %  
Fuente de Internet

---

216 [www.itagui.gov.co](http://www.itagui.gov.co) <1 %  
Fuente de Internet

---

217 [www.mesearcher.com](http://www.mesearcher.com) <1 %  
Fuente de Internet

---

218 [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx) <1 %  
Fuente de Internet

---

219 [www.userlike.com](http://www.userlike.com) <1 %  
Fuente de Internet

---

220 HIDROSUELOS S.A.S., SUCURSAL DEL PERU. <1 %  
"Instrumento de Gestión Ambiental  
Complementario al SEIA, del Proyecto  
Recuperación de Áreas Degradadas por  
Residuos Sólidos en el Sector Rosa Roja,  
Distrito de Pariñas, Provincia de Talara,  
Departamento de Piura-IGA0020976", R.S. N°  
001-2022-SGAS-GSP-MPT, 2022  
Publicación

---

221 [doaj.org](http://doaj.org) <1 %  
Fuente de Internet

---

222 [www.nbteamconsulting.com](http://www.nbteamconsulting.com) <1 %  
Fuente de Internet

---

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

# TSP - ARRIARAN VERGARA JOSEPH FRANCO

---

[INFORME DE GRADEMARK](#)

---

NOTA FINAL

COMENTARIOS GENERALES

**/0**

---

PÁGINA 1

---

PÁGINA 2

---

PÁGINA 3

---

PÁGINA 4

---

PÁGINA 5

---

PÁGINA 6

---

PÁGINA 7

---

PÁGINA 8

---

PÁGINA 9

---

PÁGINA 10

---

PÁGINA 11

---

PÁGINA 12

---

PÁGINA 13

---

PÁGINA 14

---

PÁGINA 15

---

PÁGINA 16

---

PÁGINA 17

---

PÁGINA 18

---

PÁGINA 19

---

PÁGINA 20

---

## **AGRADECIMIENTOS**

Principalmente, le agradezco a mi tío, Abraham Vergara,  
a mi tía, María Arriaran,  
a mis padres y a mi hermana,  
por hacer posible la realización de este trabajo apoyándome incondicionalmente en todo  
este largo proceso para convertirme en un profesional de bien, que contribuya con la  
sociedad de manera productiva y, sobre todo, para ser una persona ética, con valores bien  
establecidos, que actúa en favor de mi amado país.

Agradezco, también, a la institución en la que laboré, donde estuve asignado al Área de  
Calidad y Procesos.

Gracias por brindarme la posibilidad de desarrollarme profesionalmente en su prestigiosa  
clínica y ser testigo del gran crecimiento institucional que están logrando gracias al gran  
talento humano que poseen, bajo la dirección de la Gerencia General y la Gerencia de  
Salud.

Finalmente, le agradezco al asesor externo de la entidad, encargado de la evaluación del  
Sistema Integrado de Gestión, por todo el asesoramiento en las labores realizadas debido a  
su gran experiencia en el campo desarrollado.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a toda mi familia, porque son el pilar incondicional en todos los logros y éxitos que consigo en mi vida profesional y personal.

## ÍNDICE GENERAL

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>3</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>4</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	<b>13</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA EMPRESA Y/O INSTITUCIÓN</b> .....	<b>16</b>
1.1. Datos generales de la institución .....	16
1.2. Actividades principales de la institución y/o empresa.....	16
1.3. Reseña histórica de la institución y/o empresa.....	16
1.4. Organigrama de la institución y/o empresa.....	17
1.5. Misión, visión y cultura de valores .....	20
1.6. Bases legales o documentos administrativos .....	20
1.6.1. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo.....	21
1.6.2. Política de calidad. ....	22
1.6.3. Reglamento Interno de Trabajo. ....	22
1.6.4. Manual de Organización y Funciones.....	23
1.6.5. Manual de calidad. ....	23
1.6.6. Manual de procesos y procedimientos.....	23
1.6.7. Plan de vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a covid-19. ....	24
1.6.8. Manual de bioseguridad. ....	25
1.6.9. Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo. ....	25
1.6.10. Política antisoborno. ....	25
1.6.11. Plan anual de formación continua. ....	26
1.6.12. Manual de identidad corporativa. ....	26
1.6.13. Protocolo de atención de consultas, reclamos y denuncias. ....	26
1.7. Descripción del área donde realiza sus actividades profesionales.....	27
1.8. Descripción del cargo y de las responsabilidades del bachiller en la institución y/o empresa .....	28
<b>CAPÍTULO II: ASPECTOS GENERALES DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES</b> .....	<b>30</b>
2.1. Antecedentes o diagnóstico situacional .....	30
2.2. Identificación de oportunidad o necesidad en el área de actividad profesional.....	33
2.3. Objetivos de la actividad profesional.....	42
2.4. Justificación de la actividad profesional .....	42
2.4.1. Justificación teórica. ....	42
2.4.2. Justificación práctica. ....	43
2.4.3. Justificación metodológica. ....	43
2.5. Resultados esperados.....	44
<b>CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>45</b>
3.1. Bases teóricas de las metodologías o actividades realizadas .....	45

3.1.1. Antecedentes internacionales. ....	45
3.1.2. Antecedentes nacionales. ....	52
3.1.3. Bases teóricas. ....	57
3.1.3.1. Gestión de procesos. ....	57
3.1.3.2. Administración de la calidad total. ....	59
3.1.3.3. Herramientas Genéricas de la Calidad. ....	60
3.1.3.4. Gestión de Procesos de Negocio (BPM). ....	61
3.1.3.5. Ciclo PHVA: planear, hacer, verificar y actuar. ....	64
3.1.3.6. Indicadores de gestión administrativa. ....	67
<b>CAPÍTULO IV: DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES.....</b>	<b>70</b>
4.1. Descripción de actividades profesionales .....	70
4.1.1. Enfoque de las actividades profesionales. ....	85
4.1.2. Alcance de las actividades profesionales. ....	86
4.1.3. Entregables de las actividades profesionales. ....	87
4.2. Aspectos técnicos de la actividad profesional.....	89
4.2.1. Metodologías. ....	89
4.2.2. Técnicas. ....	94
4.2.2.1. Identidad corporativa. ....	94
4.2.2.2. Organigrama funcional. ....	94
4.2.2.3. Mapa de procesos. ....	94
4.2.2.4. Inventario de procedimiento. ....	94
4.2.2.5. Flujograma de procedimientos. ....	94
4.2.2.6. Ficha técnica de procedimiento.....	95
4.2.2.7. Diagrama de análisis de procesos. ....	95
4.2.2.8. Análisis de Pareto.....	95
4.2.2.9. Diagrama de control de incidencias. ....	95
4.2.2.10. Árbol de problemas. ....	95
4.2.2.11. Indicadores de desempeño. ....	95
4.2.3. Instrumentos.....	96
4.2.3.1. Clasificación de tipos de reclamos.....	96
4.2.3.2. Formato de consultas.....	97
4.2.3.3. Hoja de reclamaciones.....	97
4.2.3.4. Hoja de investigación del caso.....	97
4.2.3.5. Hoja de notificación de resultados. ....	97
4.2.3.6. Formato de memorándum.....	97
4.2.3.7. Modelo de descargo admitido. ....	98
4.2.3.8. Registro de consultas, reclamos y denuncias.....	98
4.2.4. Equipos y materiales utilizados en el desarrollo de las actividades. ....	98
4.3. Ejecución de las actividades profesionales.....	100
4.3.1. Implementación de misión, visión y cultura de valores.....	100

4.3.2. Implementación de organigrama funcional. ....	101
4.3.3. Implementación de mapa de procesos. ....	102
4.3.4. Implementación de inventario de procedimientos. ....	103
4.3.5. Flujograma de Procedimientos.....	108
4.3.6. Ficha técnica de procedimiento.....	118
4.3.7. Diagrama de Análisis de Procedimiento. ....	127
4.3.8. Cronograma de actividades realizadas. ....	148
4.3.9. Proceso y secuencia operativa de las actividades profesionales. ....	149
<b>CAPÍTULO V: RESULTADOS.....</b>	<b>151</b>
5.1. Resultados finales de las actividades realizadas.....	151
5.2. Logros alcanzados .....	156
5.3. Dificultades encontradas .....	157
5.4. Planteamiento de mejoras .....	157
5.4.1. Metodologías propuestas .....	157
5.4.2. Descripción de la implementación.....	169
5.5. Análisis .....	180
5.6. Aporte del bachiller en la empresa y/o institución .....	186
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>187</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>190</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>191</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>198</b>
ANEXO 1: CONFORMACIÓN DE EQUIPO DE TRABAJO Y CAPACITACIÓN PARA EL PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN <i>BPM</i> Y <i>PHVA</i> .....	198
ANEXO 2: MODELO DE CHECKLIST DE LÍNEA BASE .....	203
ANEXO 3: ESTÁNDARES DE IMPLEMENTACIÓN PARA FASES AS-IS/TO-BE.....	205
ANEXO 4: FORMATOS PARA GESTIÓN EN LA ATENCIÓN DE CONSULTAS, RECLAMOS Y DENUNCIAS .....	209
ANEXO 5: CAUSAS DE RECLAMOS SEGÚN SUSALUD.....	216
ANEXO 6: PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS RECLAMOS Y DENUNCIAS .....	219
ANEXO 7: MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ACP .....	220
ANEXO 8: ACUERDOS DE COMITÉ DE GESTIÓN DE CALIDAD .....	221

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estructura organizacional de “La IPRESS” anterior al año 2022.....	18
Figura 2. Estructura organizacional de “La IPRESS” año 2022.....	19
Figura 3. Estructura funcional del Área de Calidad y Procesos.....	28
Figura 4. Diagnóstico línea base de todas las áreas de “La IPRESS” .	32
Figura 5. Mapa de procesos del Área de Calidad y Procesos: etapa AS-IS.	33
Figura 6. Flujo de atención de quejas y reclamos: línea base.	35
Figura 7. Gráfico estadístico de la evolución de los números de reclamos (01/2021-02/2022).	38
Figura 8. Gráfico estadístico de la evolución de las denuncias (12/2021-01/2022).	39
Figura 9. Administración de la organización basada en la Total Quality Management (TQM).....	59
Figura 10. Pasos para el éxito del Business Process Management.	62
Figura 11. Mantenimiento de procesos.	66
Figura 12. Mejoramiento de procesos.	67
Figura 13. Corrección de procesos.	67
Figura 14. Ejemplo de indicador de desempeño.....	69
Figura 15. Alcance de participación en el procedimiento de atención de consultas, reclamos y denuncias.	86
Figura 16. Captura de Registro y Control documentario de “La IPRESS”.....	88
Figura 17. Misión, visión y cultura de valores: etapa AS-IS/ACP.	100
Figura 18. Misión, visión y cultura de valores: etapa TO-BE/ACP.....	101
Figura 19. Organigrama funcional: etapa AS-IS/ACP.....	101
Figura 20. Organigrama funcional: etapa TO-BE/ACP.	102
Figura 21. Mapa de procesos etapa: AS-IS/ACP.....	102
Figura 22. Mapa de procesos: etapa TO-BE/ACP.	103
Figura 23. Inventario de procedimiento: etapa AS-IS/ACP.....	104
Figura 24. Inventario de procedimiento: etapa TO-BE/ACP.	107
Figura 25. Flujograma de procedimiento de quejas: etapa AS-IS/ACP.....	108
Figura 26. Flujograma de procedimiento de reclamos: etapa AS-IS/ACP.....	109
Figura 27. Flujograma de procedimiento de denuncias: etapa AS-IS/ACP.....	110
Figura 28. Flujograma de procedimiento judicial: etapa AS-IS/ACP.	111
Figura 29. Flujograma de procedimiento de consulta: etapa TO-BE/ACP.	112
Figura 30. Flujograma de procedimiento de reclamo: etapa TO-BE/ACP.....	113
Figura 31. Flujograma de procedimiento de denuncias: etapa TO-BE/ACP.	114
Figura 32. Flujograma de procedimiento de consulta virtual: etapa TO-BE/ACP.....	115
Figura 33. Flujograma de procedimiento de consulta por call center.	116
Figura 34. Flujograma de procedimiento judicial: etapa TO-BE/ACP.....	117
Figura 35. Ficha técnica de procedimiento de quejas: etapa AS-IS/ACP.....	118
Figura 36. Ficha técnica de procedimiento de reclamos: etapa AS-IS/ACP.....	119
Figura 37. Ficha técnica de procedimiento de denuncias: etapa AS-IS/ACP.....	120

Figura 38. Ficha técnica de procedimiento judicial: etapa AS-IS/ACP. ....	121
Figura 39. Ficha técnica de procedimiento de consultas: etapa TO-BE/ACP. ....	122
Figura 40. Ficha técnica de procedimiento de reclamos: etapa TO-BE/ACP. ....	123
Figura 41. Ficha técnica de procedimiento de denuncias: etapa TO-BE/ACP. ....	124
Figura 42. Ficha técnica de procedimiento de consulta virtual: etapa TO-BE/ACP.....	125
Figura 43. Ficha técnica de procedimiento de consulta por call center: etapa TO-BE/ACP. ....	126
Figura 44. Ficha técnica de procedimiento judicial: etapa TO-BE/ACP.....	127
Figura 45. Diagrama de análisis de procedimiento de quejas: etapa AS-IS/ACP. ....	130
Figura 46. Diagrama de análisis de procedimiento de reclamos: etapa AS-IS/ACP. ....	132
Figura 47. Diagrama de análisis de procedimiento de denuncias: etapa AS-IS/ACP. ....	134
Figura 48. Diagrama de análisis de procedimiento judicial: etapa AS-IS/ACP.....	135
Figura 49. Diagrama de análisis de procedimiento de consultas: etapa TO-BE/ACP. ....	138
Figura 50. Diagrama de análisis de procedimiento de reclamo: etapa TO-BE/ACP. ....	141
Figura 51. Diagrama de análisis de procedimiento de denuncias: etapa TO-BE/ACP.....	143
Figura 52. Diagrama de análisis de procedimiento de gestión de consulta virtual: etapa TO-BE/ACP..	145
Figura 53. Diagrama de análisis de procedimiento de gestión telefónica: etapa TO-BE/ACP. ....	146
Figura 54. Diagrama de análisis de procedimiento judicial: etapa TO-BE/ACP. ....	147
Figura 55. Cronograma de proyecto de implementación BPM y PHVA para gestión de consultas, reclamos y denuncias. ....	149
Figura 56. Secuencia operativa de actividades para implementación BPM y PHVA para gestión de consultas, reclamos y denuncias. ....	150
Figura 57. Comparación del total de disconformidad etapa AS-IS vs etapa TO-BE. ....	158
Figura 58. Nivel de resolución y solución brindada en primera instancia (enero 2021-febrero 2022): etapa AS-IS. ....	160
Figura 59. Nivel de resolución y solución brindada en primera instancia (marzo 2021-mayo 2022): etapa TO-BE.....	161
Figura 60. Nivel de resolución y solución brindada en segunda y tercera instancia (enero 2021-febrero 2022): etapa AS-IS. ....	163
Figura 61. Nivel de resolución y solución brindada en segunda y tercera instancia (marzo 2021-mayo 2022): etapa TO-BE. ....	164
Figura 63. Soluciones del ACP antes de ser rellenados en el libro de reclamaciones vs total de reclamos: etapa AS-IS. ....	167
Figura 64. Nivel de resolución y solución brindada en cuarta instancia (marzo 2022-mayo 2022): etapa TO-BE.....	168
Figura 65. Soluciones del ACP antes de ser rellenados en el libro de reclamaciones vs total de reclamos: etapa TO-BE.....	169
Figura 66. Tiempo medio de atención de consultas para marzo 2022. ....	171
Figura 67. Tiempo medio de atención de consultas para abril 2022. ....	173
Figura 68. Tiempo medio de atención de consultas para mayo 2022. ....	175
Figura 69. Tiempo medio de atención de reclamos para marzo 2022.....	176

Figura 70. Tiempo medio de atención de reclamos para abril 2022. .... 177

Figura 71. Tiempo medio de atención de reclamos para mayo 2022. .... 178

Figura 72. Diagrama de análisis de Pareto para los periodos enero 2021-febrero 2022. .... 182

Figura 73. Diagrama de análisis de Pareto para los periodos marzo 2022-mayo 2022. .... 184

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Funciones realizadas por el Área de Calidad y Procesos.....	29
Tabla 2. Resumen de línea base del Área de Calidad y Procesos.....	30
Tabla 3. Data de reclamos presentados en la IPRESS .....	36
Tabla 4. Resumen de gestión de reclamos comprendido en los periodos: 01/2021-02/2022.....	37
Tabla 5. Resumen de gestión de denuncias (01/2021-02/2022) .....	39
Tabla 6. Resumen de gestión de quejas o “incidencias” (12/2021-02/2022).....	40
Tabla 7. Resumen de gestión de quejas o “incidencias”, reclamos y denuncias (12/2021-02/2022)...	41
Tabla 8. Pasos del ciclo de PHVA.....	65
Tabla 9. Actividades realizadas en el proceso de implementación BPM y PHVA.....	70
Tabla 10. Cronograma de presentación de equipo de trabajo a dueños del proceso .....	75
Tabla 11. Cronograma de auditoría interna para todas las áreas de “La Clínica” .....	78
Tabla 12. Programación de levantamiento de procedimientos .....	80
Tabla 13. Codificación para sistema de registros de documentos .....	83
Tabla 14. Codificación para sistema de registros de documentos .....	85
Tabla 15. Ejemplo de codificación de protocolo de atención de consultas, reclamos y denuncias.....	85
Tabla 16. Porcentaje de resolución esperada para solución de consultas, reclamos y denuncias. ....	87
Tabla 17. Metodología aplicada al levantamiento de procedimiento de atención de consultas, reclamos y denuncias .....	89
Tabla 18. Tipos de indicadores de desempeño .....	96
Tabla 19. Registro de equipos, materiales y softwares utilizados en el proceso de implementación de BPM y PHVA para gestión de consultas, reclamos y denuncias .....	99
Tabla 20. Comparación de etapa AS-IS y etapa TO-BE.....	151
Tabla 21. Resumen de gestión de consultas, reclamos y denuncias (03/2022-05/2022) .....	158
Tabla 22. Capacidad de resolución y solución en primera instancia, para “incidentes” o quejas: etapa AS-IS .....	159
Tabla 23. Capacidad de resolución y solución en primera instancia, para consultas: etapa TO-BE .	161
Tabla 24. Capacidad de resolución y solución en segunda y tercera instancia, para “incidentes” o quejas: etapa AS-IS.....	162
Tabla 25. Capacidad de resolución y solución de colaboradores de segunda y tercera instancia, para consultas: etapa TO-BE .....	164
Tabla 26. Capacidad de solución y resolución del ACP en cuarta instancia (enero 2021-febrero 2022): etapa AS-IS .....	165
Tabla 27. Capacidad de resolución del área ACP en cuarta instancia para el análisis TO-BE.....	168
Tabla 28. Tiempo medio de resolución de consultas para el mes de marzo.....	170
Tabla 29. Tiempo medio de resolución de consultas para el mes de abril .....	172
Tabla 30. Tiempo medio de resolución de consultas para el mes de mayo .....	174
Tabla 31. Tiempo medio de resolución de reclamos para el mes de marzo .....	175

Tabla 32. Tiempo medio de resolución de reclamos para el mes de abril.....	176
Tabla 33. Tiempo medio de resolución de reclamos para el mes de mayo.....	177
Tabla 34. Resolución al primer contacto marzo, abril y mayo .....	178
Tabla 35. Tasa de retención de clientes marzo, abril y mayo .....	179
Tabla 36. Satisfacción de clientes marzo, abril y mayo .....	179
Tabla 37. Análisis de Pareto para disconformidades presentadas con mayor frecuencia: etapa AS-IS .....	180
Tabla 38. Análisis de Pareto para incidentes presentados con mayor frecuencia TO-BE .....	183
Tabla 39. Análisis de causa raíz para incidentes encontrados en análisis de Pareto: etapa AS-IS...	185
Tabla 40. Análisis de causa raíz para incidentes encontrados en análisis de Pareto: etapa TO-BE .	186

## RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo refleja un caso real de implementación de una metodología basada en la gestión total de procesos *BPM (Business Process Management)* y PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) aplicada a una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) con un nivel de atención II-2, considerada como una clínica de mayor nivel de especialización.

El proyecto planteado fue establecido para todas las áreas funcionales de esta entidad, sin embargo, para este caso, se relata la experiencia en referencia al proceso de gestión de consultas, reclamos y denuncias, gestionado por el Área de Calidad y Procesos. Este procedimiento es considerado como una actividad prioritaria por parte de la Gerencia General y Gerencia de Salud debido a la connotación legal y la regulación establecida por "SUSALUD" para una atención adecuada a los pacientes, usuarios o terceros legitimados ante posibles prejuicios o afectaciones (disconformidades) generados a los mismos. Por lo cual, el equipo de trabajo con el que se realizó la implementación siguió la misma metodología para todos los procesos mapeados en el análisis de línea base. Las etapas establecidas fueron:

1. Análisis AS-IS (como está gestionado en la clínica). Para este caso, se utilizaron herramientas de gestión como: Identidad Corporativa, Organigrama Funcional, Mapa de Procesos, Inventario de Procedimientos, Flujograma de Procedimientos, Ficha Técnica de Procedimiento y Diagrama de Análisis de Procesos.

2. Etapa TO-BE (como debería ser). A través de un análisis, se determinaron cómo se deben de ejecutar las actividades previstas, para lo cual, se establecieron indicadores de gestión (*KPI's*). Después de la etapa de socialización e implementación, se procesaron datos estadísticos para el control de procesos y el posterior planteamiento de mejora basado en resultados.

Al finalizar este análisis, se elaboró un manual de calidad del área, donde se establecen los lineamientos de calidad esperados. También se realizó un manual de procesos y procedimientos donde se reflejan los procedimientos, las actividades y las tareas establecidas para esta área funcional. Por último, se elaboró un protocolo de atención de consultas, reclamos y denuncias, donde se detallaron las normativas en las que se basa el protocolo.

**Palabras clave:** gestión de procesos, mejora continua, calidad total, estandarización, indicadores de gestión.

## INTRODUCCIÓN

La presente institución, en la cual se basó el desarrollo del presente trabajo, será llamada “La IPRESS” a lo largo del desarrollo de este informe, por motivos de confidencialidad y seguridad de datos. Se puede mencionar que es una clínica que ejerce su actividad económica en la ciudad de Huancayo, que cuenta con un gran número de especialidades médicas al servicio de los pobladores de la región centro. Esta entidad se encuentra en un crecimiento constante, con el fin de mejorar la calidad de, servicio y obtener resultados que permitan establecerse como una clínica con los más elevados estándares de calidad. Por ello, a través de la creación del área SIG (Sistemas Integrados de Gestión), se pretendió tener un soporte basado en los requerimientos de las normativas aplicables para el sector, a través de la gestión de calidad, gestión de seguridad y salud en el trabajo y gestión del medio ambiente. Tras evaluar que los resultados esperados no estaban cumpliendo con lo planificado en un inicio, es que se decide separar esta área en el Área de Calidad y Procesos (ACP) y Área de Seguridad y Salud en el Trabajo, Salud Ocupacional y Medio Ambiente (SSOMA), con el fin de que los aspectos relacionados con estas áreas se trabajen con mayor nivel de especialización y tengan un enfoque más preciso, procurando tener mejores resultados de gestión.

En el Perú, toda entidad privada o pública debe contar con mecanismos que permitan recoger las inconformidades presentadas por parte de los clientes externos, usuarios o terceros legitimados. En el caso de la gestión de quejas y reclamos, la entidad fiscalizadora es INDECOPI. En materia de gestión de consultas, reclamos y denuncias se considera a SUSALUD, con el objetivo de preservar la integridad de los pacientes ante cualquier posible negligencia presentada por una entidad prestadora de servicios de salud. Es en este aspecto que “La IPRESS” dispone todos los recursos necesarios para dar cumplimiento a esta regulación. También se considera de gran importancia conocer los puntos fuertes y débiles referentes al servicio asistencial, administrativo y operativo brindado con la finalidad de mejorar los estándares de calidad y posicionarse como una institución sólida y líder en el mercado huancaíno, posibilitando el expandir la marca a otras localidades donde se reafirme la capacidad de gestión liderada por la Gerencia General, en temas administrativos y operativos, y la Gerencia de Salud, en temas médicos y asistenciales.

En este trabajo, se consideraron cinco capítulos.

En el primer capítulo, se dan a conocer las características de la entidad donde se desarrolló el proyecto, reflejando su actividad económica, su estructura orgánica, su reseña histórica y las características del área donde se desarrollaron las actividades profesionales.

En el segundo capítulo, se engloba la identificación de oportunidades de mejora, donde se justifica el motivo por el que se decidió llevar a cabo la implementación de las metodologías empleadas en el presente trabajo.

El capítulo número tres describe el marco teórico, detallando los fundamentos teóricos empleados para la metodología utilizada, presentando trabajos previos donde se utilizaron estos conceptos, además de presentar las teorías, opiniones y afirmaciones de diferentes autores referentes a estos apartados.

En el cuarto capítulo, se refleja la implementación de las metodologías en cuestión, donde se explican las etapas del proyecto, los recursos y materiales utilizados, las técnicas e instrumentos empleados; detallando cada una de las actividades realizadas y cómo se llegaron a ejecutar de acuerdo al *BPM* y *PHVA* propuesto para este fin.

En el capítulo número cinco, se detallan los resultados obtenidos de todo el proceso de implementación, donde se hace un análisis estadístico y una interpretación basada en el criterio del autor, detallando los logros alcanzados, las dificultades presentadas y los planteamientos de mejora.

Finalmente, se describen las conclusiones y recomendaciones que se llegaron, de manera general, a través de la síntesis de todos los resultados obtenidos por medio de la utilización del enfoque presentado a lo largo del trabajo en mención.

## **CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA EMPRESA Y/O INSTITUCIÓN**

### **1.1. Datos generales de la institución**

#### **a. Ubicación:**

Distrito: El Tambo.

Provincia: Huancayo.

Departamento: Junín.

De acuerdo a la consulta RUC de la entidad, Universidadperu (1) menciona la fecha de inicio de actividades y el tipo de empresa de “La IPRESS”:

**b. Fecha Inicio Actividades:** La organización inicio sus actividades el 01 de abril del 2002.

**c. Tipo Empresa:** Sociedad Anónima.

**d. Categoría:** Categoría II-2. Corresponde a los hospitales y clínicas con mayor especialización Ministerio de Salud (2).

### **1.2. Actividades principales de la institución y/o empresa**

#### **a. CIU Principal:** 85111

Pertenece al giro de servicios hospitalarios (1).

#### **b. CIU secundaria:** 4772

Venta al por menor de productos farmacéuticos y médicos, cosméticos y artículos de tocador en comercios especializados<sup>1</sup>.

### **1.3. Reseña histórica de la institución y/o empresa**

“La IPRESS”, en principios, constituida como una sociedad de responsabilidad limitada, es una clínica privada que inició sus actividades el 10 de enero del año 2003. Esta entidad tuvo un origen familiar motivado por el padre de la actual Gerente General, quien vislumbraba la posibilidad de formar una entidad de salud, ya que su hijo iba a terminar la especialidad de ginecología y obstetricia. Todo esto sumado a la visión del esposo de la gerente general, médico ginecólogo, egresado de la Universidad Cayetano Heredia, quien producto de sus años de especialización estaba decidido a poner una clínica en la ciudad de Huancayo.

Estos tres socios vislumbraron la posibilidad de constituir una clínica el 24 de noviembre del año 2000. Para este fin, el local seleccionado fue el antiguo salón de recepciones “Los Pinos” ubicado en El Tambo, Huancayo. Cuyo terreno fue cedido por el padre de la actual gerente general.

Es así que, en el año 2003 (solo con 5 médicos y 4 camas), empiezan con sus primeros periodos de funcionamiento. Gracias a la visión de la gerente general, con gran capacidad administrativa, comienzan a crecer rápidamente implementando más personal asistencial, administrativo y auxiliar, a la vez que se iban abriendo más áreas y consultorios de especialización.

En la actualidad (año 2023), la clínica cuenta con más de 30 especialidades médicas, más de 100 médicos especialistas, un Área de Emergencia con médicos cirujanos (disponible las 24 horas), un Área de Laboratorio Clínico y banco de sangre con los equipos de muestra y análisis más modernos de la región, un Área de Diagnóstico por Imágenes con equipos modernos que permiten una alta precisión en los resultados auxiliares y un Área de Farmacia con una gran implementación de medicamentos necesarios para un adecuado tratamiento que requieran los pacientes. Además, la clínica posee una Sala de Operaciones para intervenciones de alta complejidad, una de Unidad de Recuperación Posanestésica especializada para el rápido restablecimiento de los pacientes, Áreas de Hospitalización y Unidades de Cuidados Intensivos bien implementados con personal asistencial altamente capacitado para el cuidado de todos los pacientes. A esto se suma el fortalecimiento de la clínica en las relaciones interinstitucionales, que gracias a su Área de Salud Ocupacional; permite que cientos de trabajadores de muchas instituciones se atiendan en las instalaciones de este establecimiento de salud. También, es importante mencionar el crecimiento de la clínica a nivel administrativo, con Áreas de Atención al Cliente distribuidas en todos los pisos de la torre quirúrgica, para agilización y comodidad del paciente, además de contar con Áreas para el aseguramiento de la calidad en la atención médica.

#### **1.4. Organigrama de la institución y/o empresa**

Si se analiza el organigrama anterior al 2022, se puede apreciar que la entidad poseía una línea de mando principal que estuvo dada por una Junta General de Particioncitas, con una Unidad de Control Interno por sobre la Gerencia General. También, se observa una relación de Asesoría Interna, que según Brume (3), son aquellos órganos de carácter permanente y pertenecen a la organización, de estos hay dos tipos: los que trabajan permanentemente y aquellos que únicamente sesionan esporádicamente. Como segunda línea jerárquica se aprecia las direcciones, relacionada directamente a la Dirección Médica. Por último, como tercera línea jerárquica, se aprecian los departamentos correspondientes a las tres direcciones existentes.

En conclusión, el organigrama de acuerdo al contenido es estructural, ya que tiene por objeto la presentación gráfica de la estructura procesal (Unidades Administrativas) de la institución, así como de las relaciones que se dan entre sus órganos. De acuerdo al formato se considera como mixto debido a que se combinan entre el formato vertical, para algunos niveles, y el horizontal para otros, presentándose una jerarquía bien establecida y una relación de asesoría directa (3).

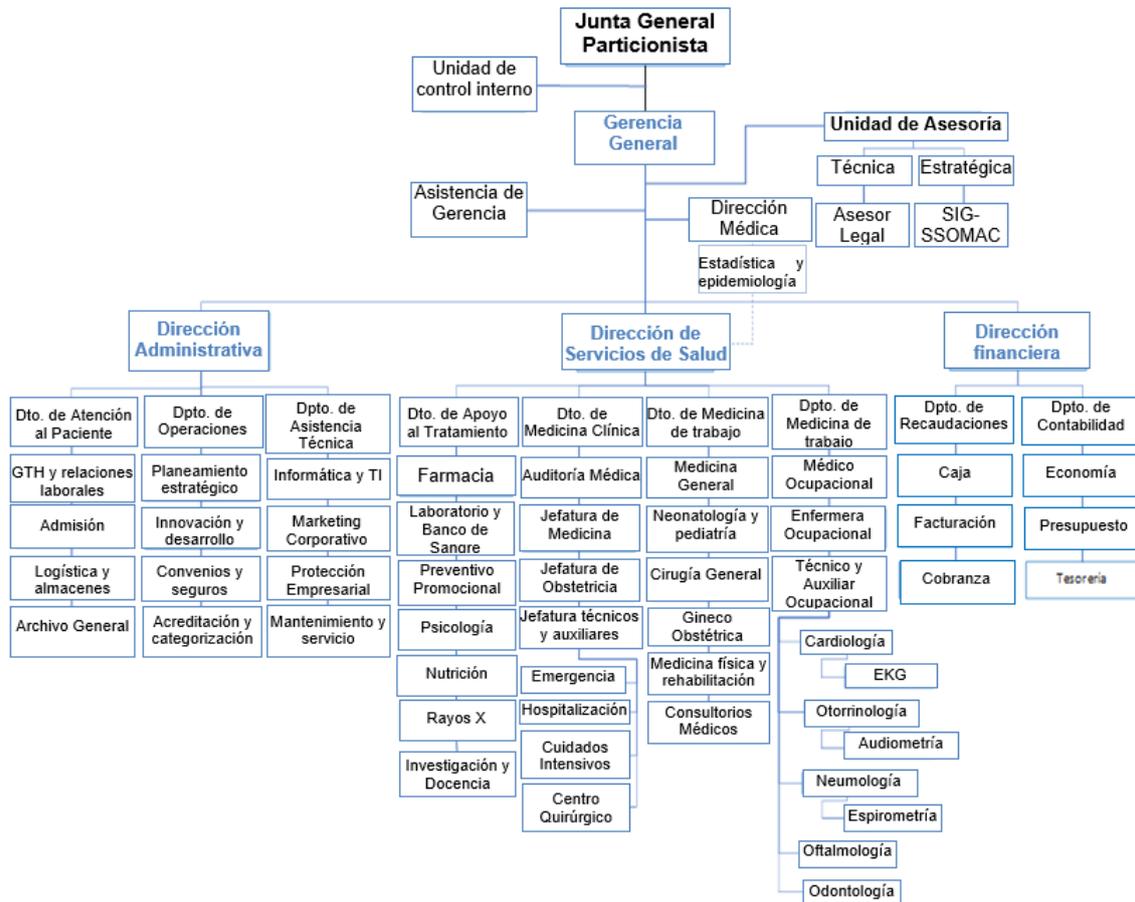


Figura 1. Estructura organizacional de “La IPRESS” anterior al año 2022. Adaptada de «Manual de Organizaciones y Funciones (MOF)», por La IPRESS-a (4).

Referente a la Unidad de Asesoría, se aprecia que se realizó una división técnica: legal y estratégica (SIG/SSOMAC). Por lo cual, para las actividades estratégicas se cuenta con un Sistema Integrado de Gestión que, según Gisbert et al. (5), permite integrar en una sola dirección diversos procesos, normativas, criterios y áreas correspondientes a los objetivos y funciones comprendidos en los aspectos de calidad, salud y seguridad, medio ambiente, personal, finanzas, seguridad, etc.

Para el periodo 2021/2022, se plantearon algunos cambios en el organigrama estructural de la entidad, esto debido a que se tenía la necesidad de reestructurar las jerarquías y

funciones basándonos en el crecimiento organizacional, promoviendo la mejora continua. Ante esto, las teorías de las empresas han ido ofreciendo distinto modelo de organizaciones y soluciones. Estos se han enfocado desde diferentes visiones de la realidad empresarial y, por tanto, su impacto ha sido heterogéneo. Lo importante, sin embargo, es que los distintos modelos están orientados hacia un mismo objetivo y, que lejos de ser excluyentes, son complementarios y se enriquecen unos a otros (3).

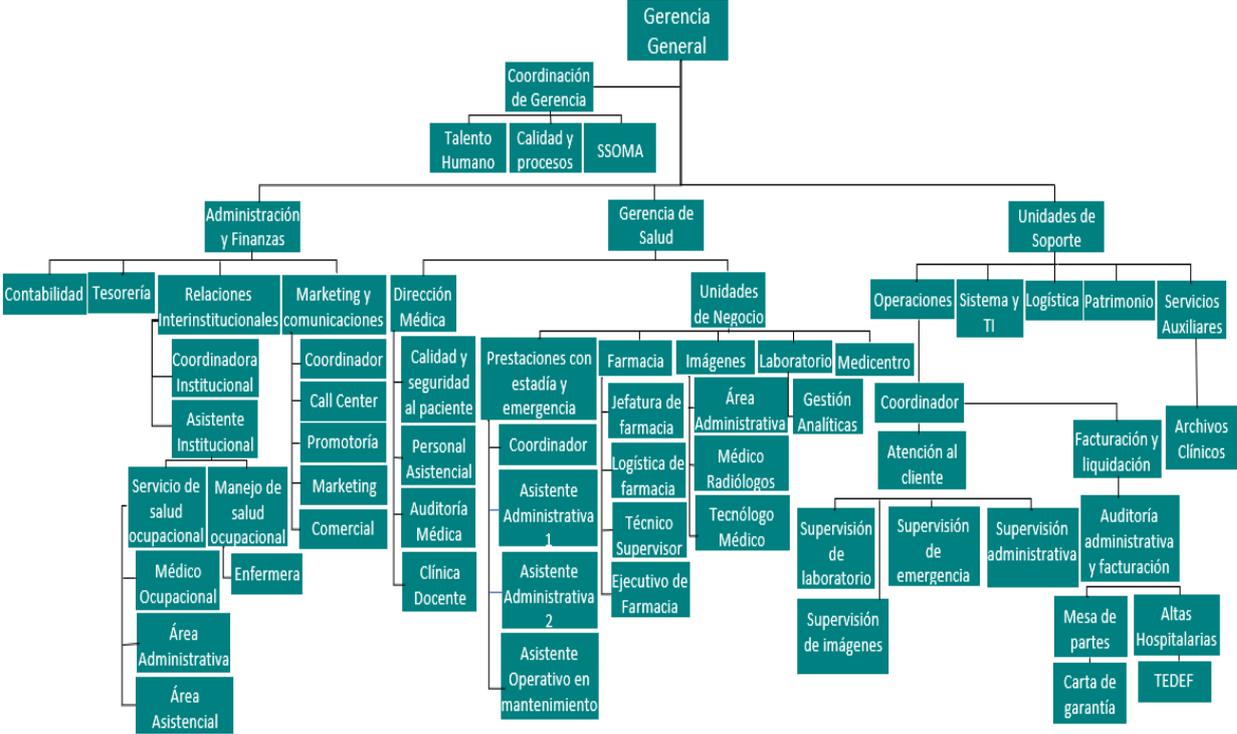


Figura 2. Estructura organizacional de “La IPRESS” año 2022. Cada departamento correspondiente a las áreas administrativas posee un coordinador administrativo, mientras que las áreas asistenciales están bajo el mando de la Dirección Médica y la Gerencia de Salud. Adaptada de «Manual de Organizaciones y Funciones (MOF)», por La IPRESS-b (6).

Para este modelo de organigrama se aprecia que se planteó dos enfoques de gerencia. La primera es la Gerencia General, encargada de los aspectos administrativos y financieros, apoyándose de la Unidad de Soporte y la Unidad de Administración y Finanzas. Mientras que, la Gerencia de Salud está encargada de todos los aspectos asistenciales, apoyándose principalmente de la Dirección Médica y la Unidad de Negocio.

Como área de coordinación directa, para la Gerencia General, se encuentra el Área de Coordinación de Gerencia; respaldado principalmente del Área de Talento Humano, Área de Calidad y Procesos y SSOMA.

## **1.5. Misión, visión y cultura de valores**

Según el manual de identidad corporativa de La IPRESS-c<sup>7</sup> la misión, la visión y la cultura de valores expresan:

### **a. Misión**

Busca transmitir una atención con excelencia y calidez humana.

### **b. Visión**

Llegar a ser la mejor opción en términos de salud con la mayor capacidad de gestión.

### **c. Cultura de valores**

1. Tener vocación para atención con un buen servicio.
2. Tener perseverancia en todas las acciones realizadas.
3. Tener responsabilidad en las funciones asignadas.
4. Tener respeto por todas las personas que ingresen en las instalaciones de “La IPRESS”.

## **1.6. Bases legales o documentos administrativos**

El sistema de salud del Perú tiene dos sectores: el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en el régimen subsidiado o contributivo indirecto y el contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social.

Para este caso, “La IPRESS” se encuentra dentro del sector privado.

Como menciona Alcalde et al. (8):

En el sector privado se distingue el privado lucrativo y el privado no lucrativo. Forman parte del privado lucrativo las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras (p. 247).

Como IPRESS, esta clínica está supeditada a ser regulada por diversas entidades reguladoras, según el D. S. N.º 034-2015-SA(9), se establece que la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) es un organismo técnico especializado adscrito al Ministerio de Salud, que cuenta con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera, teniendo bajo su competencia a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), así como a todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y a las Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS).

Esto, según Benites et al. (10), es correcto, ya que:

La supervisión del trabajo realizado en una institución prestadora de servicios de salud (IPRESS) contribuye positivamente en el correcto funcionamiento de la misma y busca garantizar la calidad de la asistencia brindada. Una atención en salud de calidad conlleva al logro del ejercicio pleno de los derechos en salud de los ciudadanos (p. 402).

Por otro lado, la supervisión de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) logra contribuir al incremento de la calidad y seguridad de la atención de salud; así como garantizar la satisfacción de los usuarios (necesidades y expectativas), que se brindan en los establecimientos de la Red Proveedora de Servicios de Salud del MINSA-GR y en representación al Gobierno Regional a través de la Dirección Regional de Salud, a sus órganos de dirección regional y a sus órganos desconcentrados de gestión local (11).

Según la Ley N.º 28806 (12), que regula el Sistema de Inspección de Trabajo, su composición, estructura orgánica, facultades y competencias, de conformidad con el Convenio N.º 81 de la Organización Internacional del Trabajo, “La IPRESS” esta supedita a las inspecciones, supervisiones y fiscalizaciones por parte de la SUNAFIL en cumplimiento del ordenamiento jurídico sociolaboral y el de seguridad y salud en el trabajo.

#### **1.6.1. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo.**

Es un documento donde se expresan las intenciones de la institución referente a la preservación de la seguridad y salud de todos los trabajadores (usuarios internos) tanto a nivel físico como psicológico, aminorando al máximo los peligros y riesgos a los que pueden estar expuestos dentro del desarrollo de sus funciones. Generalmente, es un documento redactado en una sola cara, donde se describen los lineamientos a los que todos los trabajadores deben de estar comprometidos en realizar acciones que promuevan el cumplimiento de los mismos.

Como menciona Dedios (13):

La política de seguridad y salud en el trabajo constituye el fundamento a partir del cual se desarrollan los objetivos y fines en esta materia. Es, además, fundamento de que al empleador se le atribuyan responsabilidades, ya que en ella se establece toda la planificación e implementación de medidas de prevención y control de los riesgos profesionales (p. 21).

Por esta razón, “La IPRESS” toma como eje central la política de SST para designar todos los recursos y capital humano necesarios para llegar a hacer efectivos los puntos declarados, cumpliendo con las normativas vigentes (14).

### **1.6.2. Política de calidad.**

La política de calidad es un documento de declaración de intenciones de los estándares de servicio, atención, satisfacción, tecnología, recursos, materiales, etc. A los que una organización se plantea conseguir con grandes niveles de excelencia operativa y estratégica, a través de la mejora continua de los procesos internos que involucren a todas las áreas de la entidad. Mientras que Camisón et al. (15) (p. 379) mencionan que son “intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección”.

Además, se trata de dar a entender que los ocho principios en los que se basa la norma ISO 9001 (en su versión más reciente), pueden servir como una base para establecimiento de todos los lineamientos previstos para la misma (15).

De esta manera, se puede apreciar que la entidad plantea los lineamientos en función de un sistema de gestión de calidad, tratando de cumplir los estándares ideales para una entidad prestadora de servicios de salud en la categoría en que se encuentra la institución. Cabe mencionar que, a diferencia de la política de SST, este documento no está regulado por normativas o leyes de cumplimiento obligatorio, es más parte de una intención voluntaria para mejorar la gestión de calidad para un servicio más óptimo.

### **1.6.3. Reglamento Interno de Trabajo.**

Por medio de este documento, la organización plantea las normativas internas que todo trabajador debe acatar en relación con el comportamiento, la ética laboral, los derechos y deberes de todo colaborador que se encuentre prestando servicios profesionales, técnicos o de consultoría externa dentro de las instalaciones de la organización. Algunos aspectos están regulados por las normativas peruanas, como en el caso del Decreto Supremo N.º 039-91-TR (16), que establece las condiciones a los que deben sujetarse los empleadores que ocupen a más de 100 trabajadores, para lo cual debe implementar disposiciones de la normativa laboral en cuestión. Es así que, los colaboradores que consideren que el presente reglamento viola disposiciones legales en el centro del trabajo puedan presentar un accionar por la vía judicial.

Esto, como menciona Ulloa (17) (p. 90): “La jurisprudencia lo ha considerado muchas veces para evaluar la validez de un despido o la existencia de una relación laboral”. En este sentido, el reglamento Interno de Trabajo sirve como un medio de sustento frente a una desvinculación laboral en caso de mal comportamiento, acoso sexual, malas prácticas profesionales, entre otros.

En este caso, el RIT está sujeto al régimen laboral de la actividad privada que realicen labores asistenciales de salud, administrativas y de soporte en las instalaciones de “La IPRESS”.

#### **1.6.4. Manual de Organización y Funciones.**

Este instrumento permite organizar las funciones generales y específicas de cada unidad orgánica basándose en la dependencia directa de las líneas jerárquicas establecidas. Para este fin, también se reflejan los requisitos mínimos, deberes, responsabilidades del cargo que desempeñan y su ubicación dentro de la estructura de la unidad orgánica donde desarrollan sus labores. Por ello, se considera que “es el documento de gestión que permite a los diferentes niveles jerárquicos tener un conocimiento integral de la organización y las funciones generales de cada cargo, basado en el ROF y CAP” (18) (p. 24).

En el caso de “La IPRESS”, todas las funciones están determinadas en relación con el cumplimiento exigido por las entidades reguladoras correspondientes y las necesidades requeridas por la clínica en función de la experiencia, el nivel de formación, las aptitudes profesionales, los conocimientos técnicos, entre otros., para las actividades establecidas dentro del manual de procesos y procedimientos.

#### **1.6.5. Manual de calidad.**

Se considera como una base del sistema de gestión de calidad, donde se plantean los objetivos, el alcance y las metas que se van a tener para cumplir los requisitos mínimos exigidos, en cuanto a la percepción de calidad, por los usuarios externos, los colaboradores y los aliados estratégicos. Para este fin, se detallan los procedimientos, actividades, medidas de control, recursos y responsables que se asignarán para el cumplimiento de este sistema de gestión.

El manual de calidad es el documento guía del Sistema de Gestión de Calidad (SGC), desarrolla todos los epígrafes de la Norma ISO 9001 aplicándolos a la organización e incluye todos los procedimientos y normas que se aplican en el SGC. El manual de calidad contiene la descripción detallada de todo el Sistema de Gestión de Calidad de la organización, manual de consulta básico para la implantación, mantenimiento y mejora continua del SGC (19) (p. 19).

En “La IPRESS” cada área funcional posee un manual de calidad, donde se reflejan los estándares esperados para el cumplimiento de los procesos, actividades y tareas planteadas para las áreas funcionales establecidas.

#### **1.6.6. Manual de procesos y procedimientos.**

El manual de procesos y procedimientos es un documento donde se plasman los procesos, procedimientos, actividades y tareas realizadas en cada área funcional de una organización. Para este fin, se utilizan diagramas de flujo donde se determina la secuencia de acciones que deben de seguir los colaboradores dependiendo al tipo de función a cumplir. En el mismo,

están descritos las fases, las áreas y los tiempos que están involucrados en todo el proceso (área funcional) que sea parte de los servicios o productos brindados por la institución.

Con respecto al fundamento para la realización de este documento, Stagnaro et al. (20) menciona que forma parte del sistema de gestión de calidad, donde se parten de una fuente del ámbito legislativo: Una norma. Mencionando que las normas /ISO son por lo general los más utilizados. Sin embargo, para otros tipos de entidades se pueden utilizar normas especialmente diseñadas para el tipo del rubro.

En el caso de “La IPRESS” se estableció un plan de trabajo donde se realizó un mapeo de las áreas funcionales, a las que se consideró como macroprocesos (unidades funcionales superiores) y procesos (unidades funcionales inferiores), jerarquizadas por un diagrama de codificación funcional para su identificación y su delimitación de actividades. Todas las operaciones realizadas a través de un conjunto de pasos, fundamentadas en los marcos legales correspondientes, se denominaron procedimientos. Los mismos se estratificaron a través de un inventario de procedimientos. Posterior a ello, se realizó un mapa de procesos para determinar los niveles estratégicos, tácticos y de soporte. Con los procesos bien establecidos, se pasa a realizar los diagramas de flujo, los diagramas de análisis de procesos, los diagramas de recorridos, los indicadores de gestión (*KPI's*) y el plan de mejora continua basada en el ciclo PDCA.

#### ***1.6.7. Plan de vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a covid-19.***

Este plan fue implementado en respuesta a la emergencia sanitaria presentada por el virus SARS-CoV-2. Según la normativa más reciente “RM 675-2022-MINSA”, donde «se establece las disposiciones para la vigilancia, prevención y control de salud de los trabajadores con riesgo a exposición a SARS-COV-2» (21) (párr. 10). Se explican todas las modificaciones que las entidades deberán de aplicar para la protección de todos los trabajadores en función de las actividades que realizan y la modalidad de trabajo aplicable a las mismas.

La clínica debe estar constantemente actualizando las modificaciones presentadas por las normativas vigentes, para realizar las implementaciones necesarias con el fin de la protección de los trabajadores expuestos a la enfermedad por COVID-19. Debido a que es un establecimiento de salud, se considera como un centro laboral de riesgo alto. Para lo cual se deben realizar notas complementarias anexadas al documento principal, para su actualización constante.

### **1.6.8. Manual de bioseguridad.**

Según menciona Erika (22) (p. 813): “La bioseguridad es considerada una disciplina para alcanzar actitudes y conductas que aminoren el riesgo del operador en salud de obtener infecciones en el medio laboral, incluye además a individuos del ambiente asistencial”.

Por consiguiente, el manual de bioseguridad debe ser realizado en función de la evaluación de riesgos para todos los trabajadores que realicen actividades que tengan contacto directo con Organismos Vivos Modificados, con el fin de proteger la salud humana, la preservación del ambiente y la diversidad biológica (23).

En “La IPRESS” se presenta un nivel bajo de riesgo biológico para las áreas administrativas y de atención directa al cliente, mientras que las áreas asistenciales que tengan contacto directo con pacientes, poseen un riesgo medio-alto a los organismos vivos modificados, áreas como el Laboratorio Clínico deben presentar medidas rigurosas para los procedimientos realizados por el personal técnico/asistencial.

### **1.6.9. Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo.**

Este documento transmite los lineamientos a cumplir por parte de todo el personal de una organización en materia del sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, con la finalidad de prevenir incidentes o accidentes laborales, por lo cual es importante que este documento sea promovido por las diferentes áreas funcionales, a través de la Alta Dirección.

Según Rímac Seguros (24) (párr. 1):

Tiene un carácter normativo, regulador de las relaciones laborales, con sustento disciplinario (permite sancionar los incumplimientos por parte del trabajador), estándar (porque da competencia en el mercado), legal, técnico y dinámico (porque los cambios en los procesos y formas de trabajar deben ser reflejados en su contenido).

En el caso de “La IPRESS”, el reglamento interno de trabajo es difundido a todos los colaboradores en su programa de inducción al personal por parte del área de SSOMA (Seguridad y Salud en el Trabajo, Salud Ocupacional y Medio Ambiente). A través de inspecciones

### **1.6.10. Política antisoborno.**

La política antisoborno es un documento que plantea las normativas en cuanto a la ética laboral con el fin de prevenir actos de corrupción que favorezcan a algún trabajador, entidad, proveedor, cliente, funcionario, en relación de tomar algún favorecimiento injusto en contra de los intereses de la organización.

Para la Internacional Organization for Standardization (25) (p. 1):

Este documento es aplicable solo para el soborno. En él se establecen los requisitos y se proporciona una guía para un sistema de gestión diseñado para ayudar a una organización a prevenir, detectar y enfrentar al soborno y cumplir con las leyes antisoborno y los compromisos voluntarios aplicables a sus actividades.

#### **1.6.11. Plan anual de formación continua.**

Se entiende por formación continua al conjunto de acciones formativas por medio de las cuales, los empleados de una empresa adquieren en su vida laboral una mejora de sus competencias y cualificaciones de aplicación en su puesto de trabajo, y por otro, aumentan el nivel de formación individual del trabajador (26).

En el caso de la clínica se cuenta con un plan de formación continua, la cual es elaborada por el Área de Talento Humano, en función de las competencias que se busca reforzar para los colaboradores de “La IPRESS”, referente a las capacitaciones a realizarse en temas específicos en materia de SST, gestión de calidad, procedimientos médicos o administrativos. ATH solicita el plan de formación continua a las áreas respectivas, planificando las fechas a realizarse. Para este fin, el Área de Calidad y Procesos, junto al Área de Coordinación de Gerencia, aprueban los planes formativos en representación de la Gerencia General.

#### **1.6.12. Manual de identidad corporativa.**

El manual de identidad corporativa está relacionado con los aspectos de la imagen y directrices corporativas que la organización quiere reflejar a todas las esferas sociales. La imagen corporativa hace referencia a aspectos visuales como la estandarización de colores, el uniforme, el logo, entre otros. Por otro lado, la identidad corporativa engloba la filosofía, visión, misión, valores, políticas que la organización quiere reflejar.

El manual de identidad visual corporativa, por tanto, contiene todas las normas bajo las cuales se puede y debe hacer uso de la imagen empresarial. Tiene que ver con las variadas presentaciones de la identidad visual en diferentes materiales: aquellas permitidas y aquellas prohibidas (27).

En “La IPRESS” este manual se aplica para regularizar el uso de material y vestimenta corporativa, respetando los colores, las formas, el logo y los tamaños establecidos en el presente manual. Así mismo, contiene todos los lineamientos en cuanto a la cultura organizacional para que todos los colaboradores puedan alinearse a lo que la clínica busca como organización.

#### **1.6.13. Protocolo de atención de consultas, reclamos y denuncias.**

Por medio de este documento, se establece los procedimientos, a seguir, para la gestión oportuna y eficiente de toda consulta, reclamo y/o denuncia generada por la presunta

vulneración de los derechos de los pacientes, usuarios o terceros legitimados, en un establecimiento de salud; facilitando, de buena fe, todos los mecanismos de solución en beneficio de las partes interesadas. En el mismo, se establecen los indicadores de cumplimiento de atención de consultas, reclamos y denuncias, además de establecer la secuencia de procedimientos a realizar en caso suceda alguno de estos incidentes. Así mismo, aquí están descritos todos los documentos a utilizar para este proceso de gestión, con el fin de mantener una mejora continua en los servicios prestados por la entidad, en referencia a las “presuntas” faltas cometidas en el proceso de atención asistencial o administrativa, basándose en la Resolución de superintendencia 030 -2020-SUSALUD, Decreto Supremo N.º 002-2019-SA, Resolución Ministerial N.º 667-2017-MINSA y procedimientos y normas internas de “La IPRESS” y relacionados.

### **1.7. Descripción del área donde realiza sus actividades profesionales**

El área donde se realizaron las funciones profesionales es denominada “Área de Calidad y Procesos” (ACP). Anteriormente, estaba incluida en el Área SIG, donde se consideraban la integración de los conceptos de calidad, seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente. Por motivos estratégicos se decidió separarlo en dos subáreas (ACP y SSOMA), colocándolos en la misma línea jerárquica al Área de Talento Humano, bajo la supervisión de Coordinación de Gerencia, y planificación directa con Gerencia General.

Se considera que esta área funcional tiene la facultad de supervisión directa sobre todos los departamentos y los mandos jerárquicos en la clínica, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las actividades, funciones, procesos, normativas y reglamentos. Así mismo, se puede mencionar que esta área no cumple una función sancionadora, pero si tiene incidencia en las decisiones que se puedan tomar en función de los cambios en el ámbito de la Alta Dirección, dando recomendaciones, sugerencias y propuestas de mejora, tras un análisis detallado del estado de eficiencia de la organización en todos sus ámbitos. Para este fin, el ACP se divide en tres subáreas principales: Área de Planificación Estratégica, Área de Control y Procesos y Área de Mejora Continua.

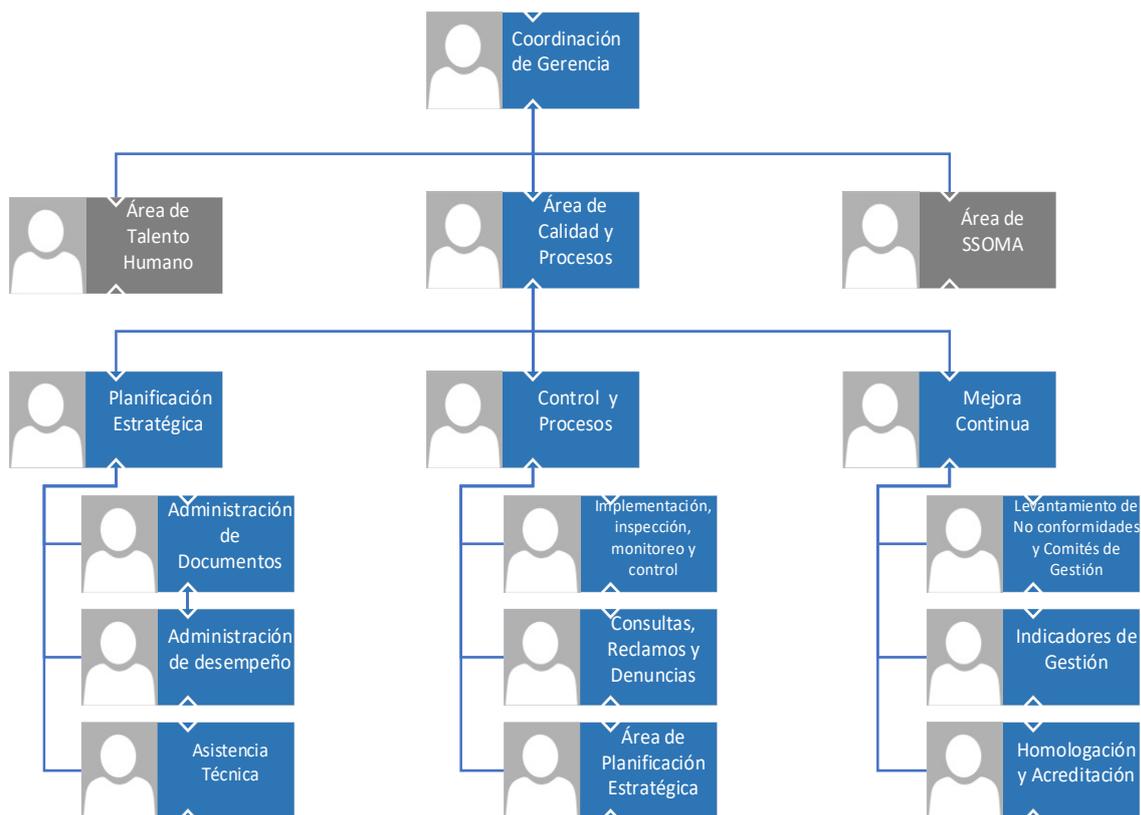


Figura 3. Estructura funcional del Área de Calidad y Procesos. Adaptada de «Manual de Procesos y Procedimientos del Área de Calidad y Procesos», por La IPRESS-d (28).

Las subáreas abarcadas por el autor del presente trabajo comprenden:

1. Administración de documentos.
2. Implementación, inspección, monitoreo y control.
3. Gestión de consultas, reclamos, denuncias, denuncia por proceso judicial, consulta por Call Center.
4. Levantamiento de no conformidades y comités de gestión.
5. Indicadores de gestión.

### 1.8. Descripción del cargo y de las responsabilidades del bachiller en la institución y/o empresa

Las funciones comprendidas en el cargo propuesto se pueden ver reflejado en la tabla 1.

Tabla 1.

Funciones realizadas por el Área de Calidad y Procesos

Código	Macroproceso	Código	Proceso	Código	Subprocesos	Código	Procedimientos
1	Gerencia General	1.5.	Calidad y Proceso	1.5.1.	Planeamiento estratégico	1.5.1.1.	Administración de documentos *
						1.5.1.2.	Administración de desempeño
						1.5.1.3.	Asistencia técnica
				1.5.2.	Control de calidad y gestión de procesos	1.5.2.1.	Implementación, inspección, monitoreo y control *
						1.5.2.2.	Gestión de consultas*
						1.5.2.3.	Gestión de reclamos*
						1.5.2.4.	Gestión de denuncias*
						1.5.2.5.	Proceso judicial*
						1.5.2.6.	Consulta virtual *
						1.5.2.7.	Gestión call center*
						1.5.2.8.	Auditoría de gestión interna
						1.5.2.9.	Auditoría de gestión externa
				1.5.3.	Mejora continua	1.5.3.1.	Levantamiento de no conformidades y comité de gestión *
						1.5.3.2.	Indicadores de gestión*
						1.5.3.3.	Homologación y acreditación

*Nota:* Las actividades realizadas por el autor están colocadas con \* al costado de la actividad. Adaptado de La IPRESS-d (28).

El autor del presente trabajo fue designado en el cargo de asistente de ACP, con coordinación directa de un asesor externo experto en los sistemas SIG y Coordinación de Gerencia. En el tema de la supervisión directa de funciones, fue bajo las directrices de la Gerencia General. El cargo fue asumido a los pocos meses de implementado el nuevo cambio estructural, para lo cual fue asignada la responsabilidad de evaluar y mejorar los procesos que presentaban deficiencias, con base en las actividades descritas en el inventario de procesos reflejadas en la tabla 1.

## CAPÍTULO II: ASPECTOS GENERALES DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES

### 2.1. Antecedentes o diagnóstico situacional

Tras la designación de las funciones encargadas, para la mejora y optimización de procesos, se planteó la metodología de trabajo en función a los conceptos del ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar). Para este fin, al iniciar se realizó un mapeo de procesos (AS-IS) para describir la realidad actual de la empresa. Además, se planificó realizarlo por etapas, aplicándolo a todas las áreas funcionales de la clínica, incluido las Gerencias (Gerencia General y Gerencia de Salud).

En cuanto al mapeo AS-IS del Área de Calidad y Procesos, se encontró el siguiente diagnóstico reflejado en la tabla 2.

Tabla 2.

*Resumen de línea base del Área de Calidad y Procesos*

Checklist del estudio de línea base						
ITEM	Área intervenida:	Cuenta		No cuenta	No apli ca	Fecha:01/02/2022
	HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	Físico	Digital			OBSERVACIÓN
1	Estudio de línea base (previo)			x		
2	Visión, misión y cultura de valores.		x			Falta validar
3	Organigrama estructural y funcional		x			Falta validar
4	Inventario de procesos			x		
5	Mapa de procesos			x		
6	Diagramas de flujos			x		
7	Fichas técnicas de procedimiento			x		
8	Diagrama de análisis de procesos			x		
9	Política de gestión de la calidad	x	x			Colocada en un área visible
10	Política de SST			x		
11	Reglamento interno de trabajo		x			
12	Reglamento de seguridad y salud en el trabajo			x		

13	Manual de identidad corporativa		x		
14	Manual de organización y funciones		x		
15	Manual de bioseguridad				x
16	Plan covid-19		x		
17	Plan de riesgos contra accidentes y desastres		x		
18	Protocolo de atención de consultas, reclamos y denuncias.		x		Falta validar
19	Política antisoborno				x
20	Libro de gestión de comité		x		
21	Plan de formación continua				x
22	Guías, protocolos, procedimientos estandarizados, requerimientos técnicos, requerimientos legales, registros.				x
23	Manual de gestión de calidad del área				x
24	Manual de gestión de procesos y procedimientos del área				x
25	Informes periódicos de las condiciones del área y su desempeño.		x		Falta validar
26	Otros materiales y/o herramientas administrativas relacionadas	x	x		Se cuenta con registros, archivadores, resoluciones y documentos que deben de ser validados

*Nota:* Adaptado de La IPRESS-e (29).

Con relación al diagnóstico realizado para todas las demás áreas de la clínica, se muestran los resultados reflejados en la figura 4.

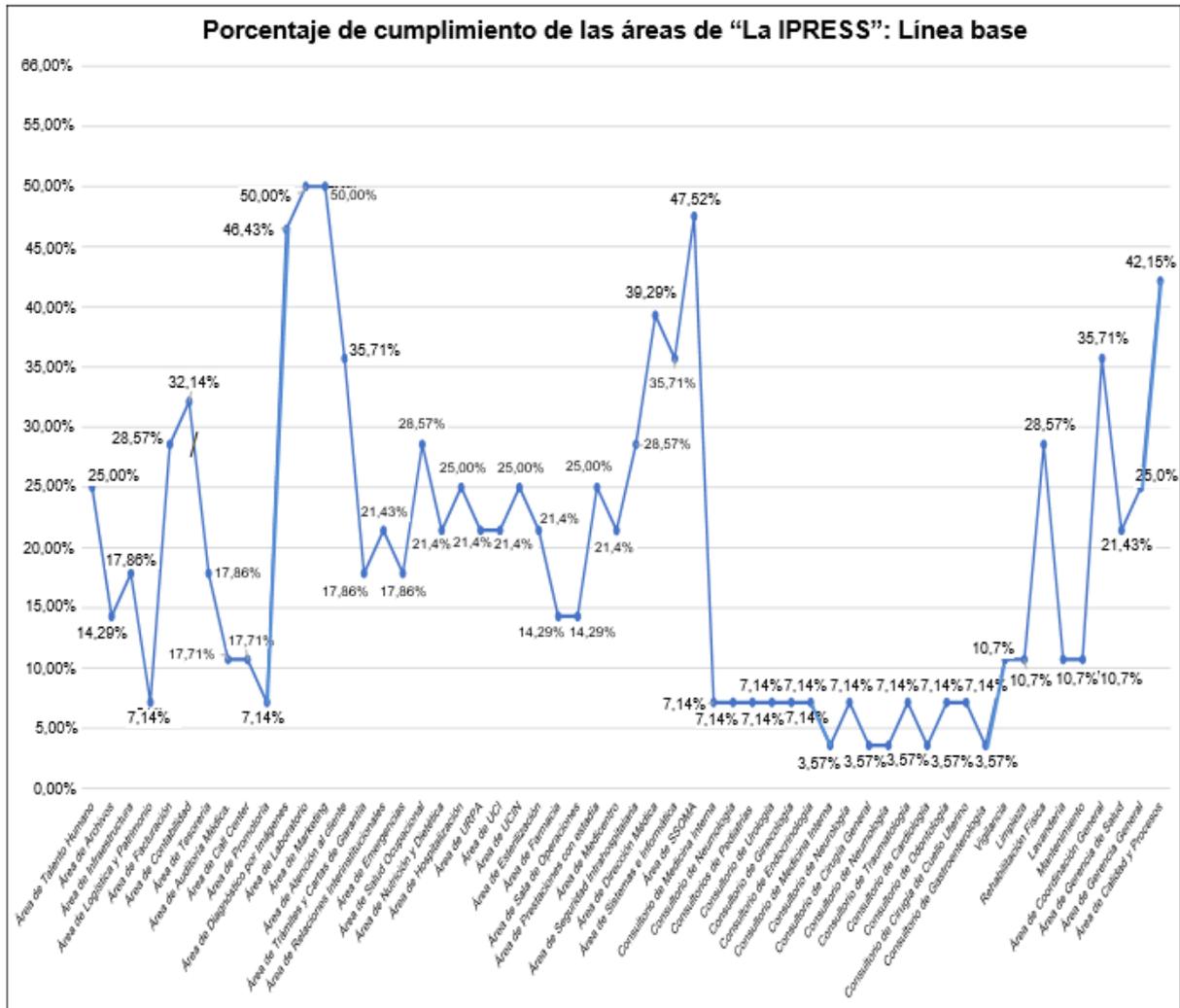


Figura 4. Diagnóstico línea base de todas las áreas de “La IPRESS”. Adaptada de «Informe de Línea Base», por La IPRESS-e (29).

Como se aprecia en la imagen, ninguna área contaba con el cumplimiento de los requerimientos planteados en la fase I (por encima del 50 %), contándose con un avance general de toda la clínica del 19.39 % para la primera etapa. Como conclusión, se necesitaba realizar un mapeo de procesos para poder evaluar la eficiencia de los procedimientos, actividades y tareas realizadas con el fin de estandarizar los mismos. De igual manera, era importante reforzar la identidad corporativa y la regulación de documentos administrativos (exigidos por normativa y requerimientos internos) para que todas las áreas tengan estas nociones bien definidas desde un principio.

Referente al Área de Calidad y Procesos, se realizó el mapeo de procesos, para delimitar los niveles estratégicos, claves y de soporte, los cuales se reflejan en la figura 5.

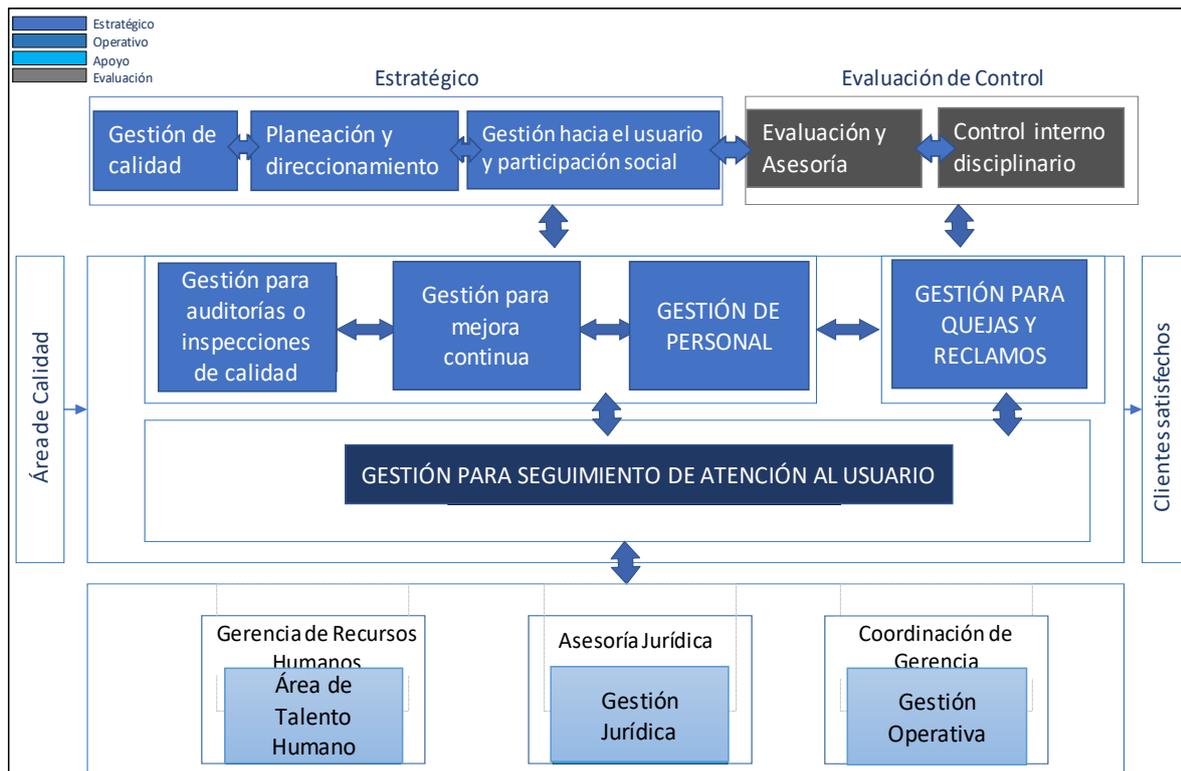


Figura 5. Mapa de procesos del Área de Calidad y Procesos: etapa AS-IS. Adaptada de «Manual de procesos y procedimientos del ACP», por La IPRESS-d (28).

## 2.2. Identificación de oportunidad o necesidad en el área de actividad profesional

Uno de los procesos más importantes a considerar en la designación de funciones del ACP, fue la gestión de consultas, reclamos y denuncias. Anteriormente regulado por el Decreto Supremo N.º 030-2016-SA (30 artículo 1) como:

Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.

Los puntos más relevantes encontrados en la gestión de este proceso se resumen en:

1. No se contaba con un protocolo de atención actualizado, que permita tener procedimientos estandarizados, en cumplimiento de las normas vigentes; para la atención de las insatisfacciones presentadas por los pacientes, usuarios o terceros legitimados.
2. No se tenía un mecanismo de análisis de datos adecuado por tipo de consulta, reclamo o denuncia realizado, con el fin de implementar las correcciones y mejoras en los puntos débiles encontrados en la prestación de los diferentes servicios de la clínica. Todo ello reflejado a través de los pacientes, usuarios o terceros legitimados.

3. En cuanto al procesamiento de datos, se hacía uso de Microsoft Excel, en el cual se rellenaban los datos en las celdas correspondientes por cada hoja de reclamaciones. Se pudo apreciar que no se profundizaba acerca de los tipos de reclamos, sus causas o las medidas correctivas, preventivas, de mantenimiento o mejoramiento a implementar; se priorizaba más las fechas de respuesta de reclamos a los pacientes, usuarios o terceros legitimados, por medio de notificaciones al personal involucrado, en los plazos establecidos.
4. Se cuenta con un libro de reclamaciones, de acuerdo con la normativa establecida por SUSALUD, el cual se encontraba vigente hasta la fecha de desvinculación laboral del autor del presente trabajo con la entidad en estudio. También se contaba con un formulario digital y un buzón de sugerencias.
5. Por medio del Área de Calidad y Procesos se programaban reuniones con los coordinadores de área para dar el resumen mensual de las principales disconformidades ocurridas en sus áreas encargadas. Se pudo apreciar que no existía involucramiento por parte de los coordinadores de áreas para que puedan ser gestores de las medidas correctivas, preventivas, de mantenimiento o mejoramiento a realizar; además de no participar activamente en la resolución “incidentes” o quejas generadas. Así mismo, se programaban capacitaciones en materia de atención de quejas y reclamos, con el fin de reforzar las aptitudes transversales del personal asistencial y administrativo.
6. Se mostraba un bajo nivel de resolución por parte de los colaboradores de primera línea para “incidentes” o quejas generadas, por lo cual se solía, derivar los casos al Área de Calidad y Procesos, lo cual generaba mayor inconformidad en los afectados por los tiempos tomados y tener que explicar los sucesos, nuevamente, al encargado del ACP, además de ocupar mucho tiempo del área en mención en la resolución de conflictos que se podían resolver en primera instancia, si se tuviera un mayor nivel de resolución.
7. El flujo de procesos utilizado para atender incidentes se encontraba documentado en el protocolo de atención de quejas, reclamos y denuncias, donde se reflejaban los dueños del proceso, las actividades realizadas, el tiempo designado para cada uno y los tipos de incidentes, ya sean quejas o reclamos. Los mismos se reflejan en la figura 6.

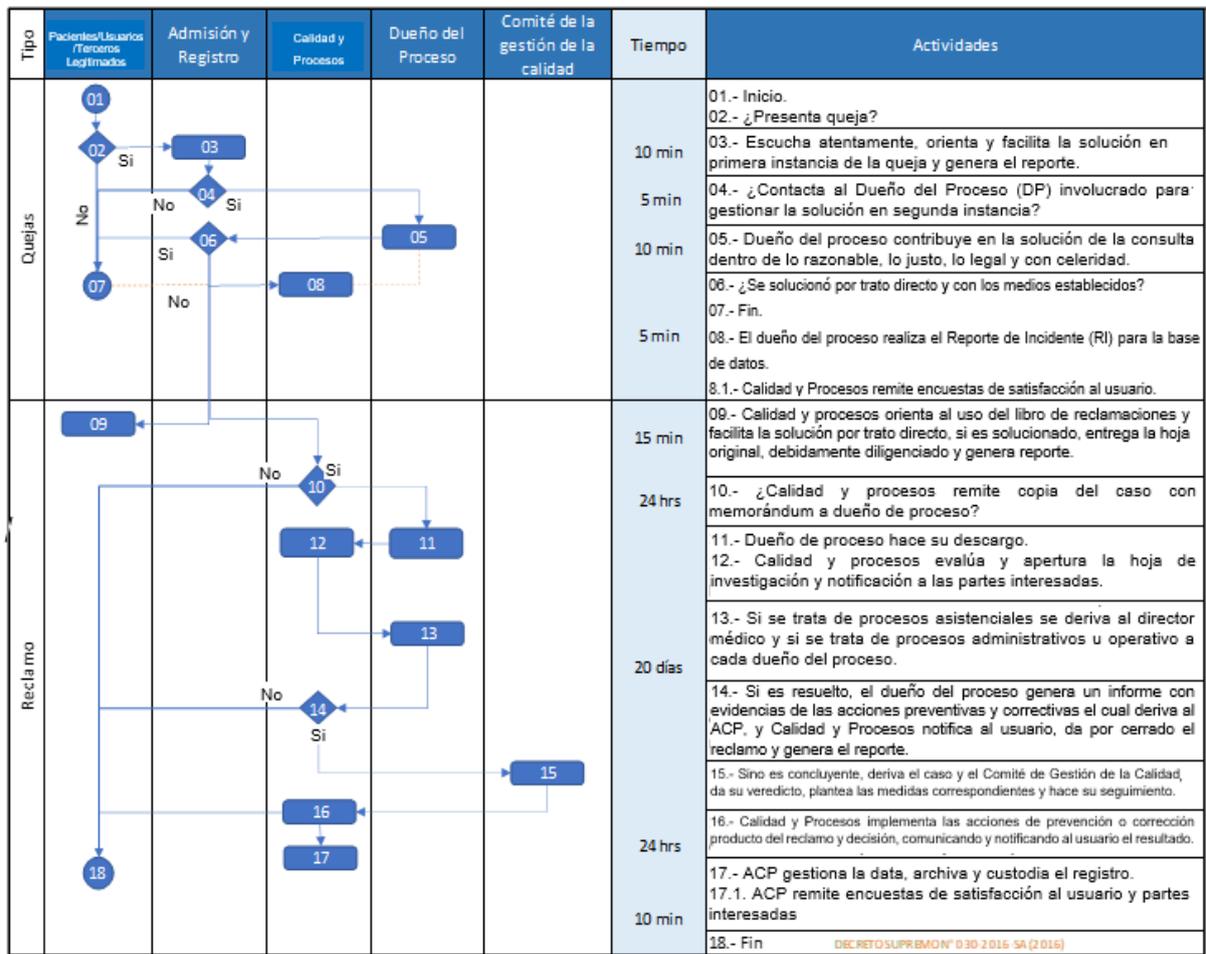


Figura 6. Flujo de atención de quejas y reclamos: línea base. Adaptada de «Protocolo de atención de quejas, reclamos y denuncias 2020», por La IPRESS-f (31).

Referente a los datos recopilados para el procesamiento, los parámetros utilizados se reflejan en la tabla 3.

Tabla 3.

*Data de reclamos presentados en la IPRESS*

ID	Tipo	Marca Temporal	Reclamante	Personal Involucrado	Mes	Fecha de reclamo	Fecha de memorándum	Fecha de descargo	Fecha de notificación	Detalles de los reclamos
01	Reclamo	04/02/22	Rocío Martínez	Pedro Santos	Febrero	01/02/22	03/02/22	15/02/22	28/02/22	El mal trato del personal, no escucha el porqué de nuestra tardanza en la cita, y no nos atienden.
Estado	Causa de reclamo	Solicitud del paciente	Notificación	Medida/s	Plan de acción					
Fundado	Personal no capacitado	Que el personal sea más amable	A partir de la fecha se programará un mayor número de capacitaciones sobre atención adecuada a los pacientes y de ser reiterativo se hará amonestaciones verbales.	Preventivo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resocialización del manual de atención.</li> <li>2. Explicación del flujo de procesos de atención para no realizar funciones que no corresponden.</li> <li>3. Programación de capacitaciones en atención adecuada a pacientes</li> </ol>					

*Nota:* Se presenta un ejemplo del caso descrito para protección de datos del paciente y/o usuario, sin embargo, todos los ítems son verdaderos en cuanto a los registros de cada caso.

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de reclamos con los procesos descritos por los periodos comprendidos desde los periodos de enero de 2021 a febrero de 2022 se reflejan en la tabla 4.

Tabla 4.

*Resumen de gestión de reclamos comprendido en los periodos: 01/2021-02/2022*

<b>Meses</b>	<b>N.º de reclamos</b>	<b>Fundado</b>	<b>Infundado</b>	<b>Improcedente</b>	<b>Anulado</b>	<b>Conclusión anticipada</b>
Enero	38	14	10	1	3	10
Febrero	44	18	14	1	1	10
Marzo	34	13	14	0	3	4
Abril	27	7	10	0	3	7
Mayo	35	5	7	2	15	6
Junio	30	10	12	2	2	4
Julio	35	17	10	0	4	4
Agosto	15	5	5	0	2	3
Septiembre	28	10	8	0	6	4
Octubre	18	6	5	0	1	6
Noviembre	25	9	11	1	1	3
Diciembre	10	2	4	0	0	4
Enero	18	6	6	1	4	1
Febrero	13	4	3	2	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>370</b>	<b>126</b>	<b>119</b>	<b>10</b>	<b>46</b>	<b>69</b>
<b>% De incidencia</b>	<b>100%</b>	<b>34,05%</b>	<b>32,16%</b>	<b>2,70%</b>	<b>12,43%</b>	<b>18,65%</b>

*Nota:* Se presenta un resumen de toda la gestión de reclamos comprendidos entre los periodos 01/2021 a 02/2022.

Fuente: Elaboración propia.

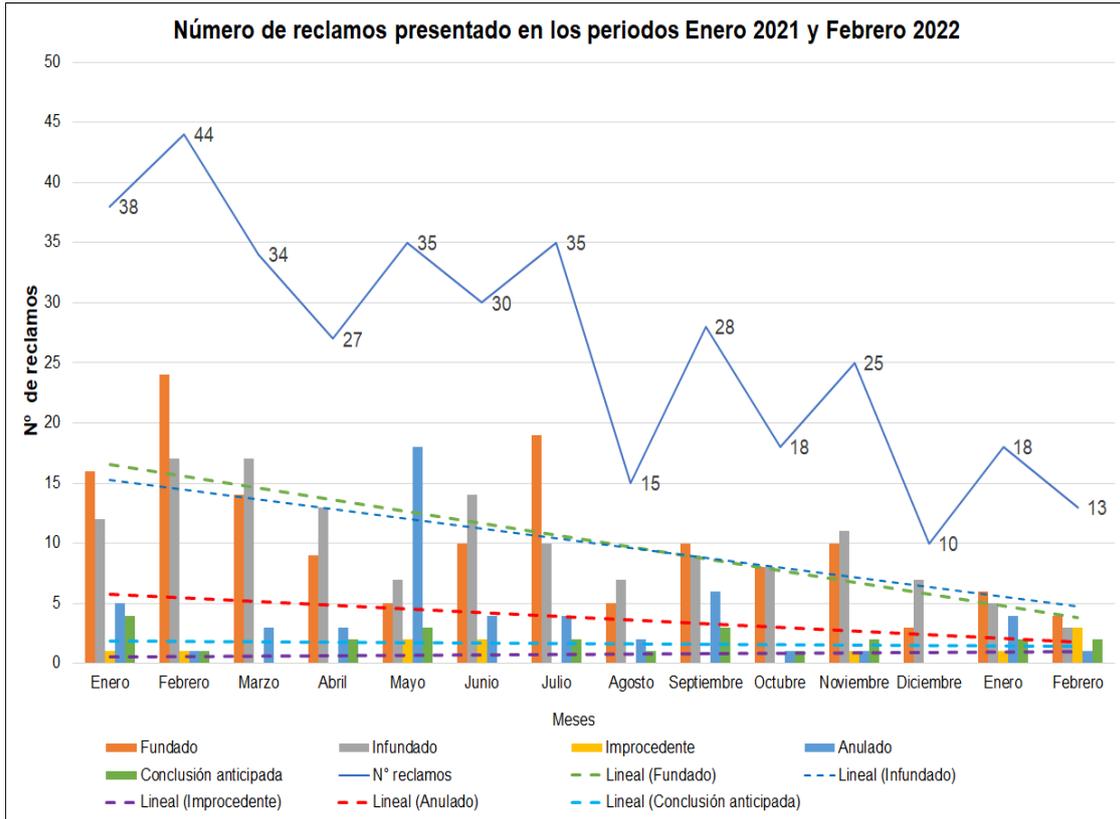


Figura 7. Gráfico estadístico de la evolución de los números de reclamos (01/2021-02/2022). Elaboración propia.

\*Los reclamos con solución anticipada y anulados presentan una leve tendencia descendente en el tiempo.

\*Los reclamos fundados e infundados presentan una tendencia descendente en el tiempo.

\*Los reclamos improcedentes presentan una continuidad en el tiempo.

Las conclusiones que se obtienen del proceso de gestión de reclamos para los periodos analizados se comprenden como:

1. El promedio aproximado de reclamos mensual es de 26, estando un 160 % por encima del nivel esperado por la entidad, en un principio, era de 10 reclamos por mes.
2. Se cuenta con un número mayor de reclamos fundados, siendo un 34,05 % del total.
3. La incidencia de conclusión anticipada solo representa el 18,65 %, mostrando poca capacidad de resolución de conflictos por parte de ACP.
4. La cantidad de reclamos fue disminuyendo con el paso de los meses, siendo el más bajo en el mes de diciembre.

En referencia a las denuncias presentadas para los periodos comprendidos del 01/2021 al 02/2022, el resumen se muestra en la tabla 5.

Tabla 5.

Resumen de gestión de denuncias (01/2021-02/2022)

Meses	N.º denuncias	Conciliada	En proceso judicial	Pendiente de conciliación
Enero	0	0	0	0
Febrero	0	0	0	0
Marzo	0	0	0	0
Abril	0	0	0	0
Mayo	0	0	0	0
Junio	0	0	0	0
Julio	0	0	0	0
Agosto	0	0	0	0
Septiembre	0	0	0	0
Octubre	0	0	0	0
Noviembre	0	0	0	0
Diciembre	1	0	0	1
Enero	1	0	1	0
Febrero	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>% De incidencia</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>

Fuente: Elaboración propia.

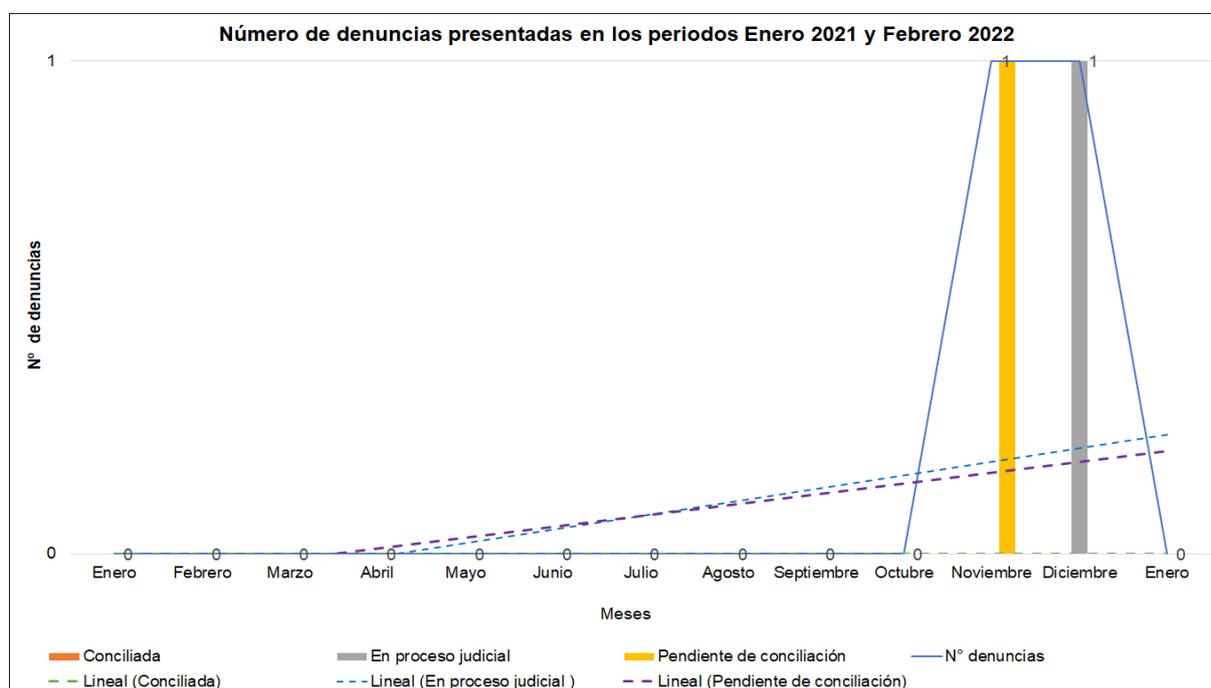


Figura 8. Gráfico estadístico de la evolución de las denuncias (12/2021-01/2022). Los incidentes que llegaron a denuncias y quedaron como proceso judicial y de conciliación continuaron sin resolver posterior a la salida del autor del presente trabajo.

Fuente: Elaboración propia.

Como se aprecia en el resumen de la gestión de denuncias, se puede concluir que:

1. No se realizó ninguna conciliación en los periodos mencionados, lo que podría evidenciar dificultades en los procesos de resolución de conflictos.
2. Se cuenta con un caso judicial, lo que refleja que no se llegó a ninguna conciliación en centros arbitrarios de conciliación (CENCONAR).

En cuanto a la gestión de consultas, anteriormente denominada quejas, se tiene una data que fue llevada como "INCIDENCIAS" la cual carece de rigurosidad de la información colocada, ya que este formulario fue compartido a todo el personal, por lo cual la información contenida está incompleta en muchos casos y se quita cierta credibilidad a esta información, los cuales deben de estar regulados por el área de supervisión correspondiente (ACP); para su posterior procesamiento de medidas pertinentes. Sin embargo, esto no exime que se hayan presentado soluciones a los incidentes generados a pacientes, usuarios o terceros legitimados. El resumen se muestra en la tabla 6.

Tabla 6.

*Resumen de gestión de quejas o "incidencias" (12/2021-02/2022)*

<b>Meses</b>	<b>N.º de quejas o "incidentes" que no pasaron a ser reclamo o denuncia</b>
Enero	63
Febrero	69
Marzo	51
Abril	49
Mayo	55
Junio	46
Julio	55
Agosto	34
Septiembre	47
Octubre	37
Noviembre	41
Diciembre	23
Enero	25
Febrero	21
<b>Total</b>	<b>616</b>

*Nota:* Las quejas o "incidentes" pasan a ser considerados como reclamos o denuncias si tienen las condiciones descritas en las figuras 26 y 27.

Fuente: Elaboración propia.

Se considera que el proceso de gestión de reclamos, consultas y denuncias, es de vital importancia porque contempla dos aspectos relevantes:

1. Las entidades prestadoras de servicio de salud están sujetas a sanciones (graves o leves), por parte de SUSALUD (Ley N.º 29414 y DS-002-2019-SA), ante el incumplimiento de la atención oportuna a los reclamos o denuncias, presentados por los pacientes, usuarios o terceros legitimados después de realizar una investigación profunda a los hechos acontecidos y responder a los mismos en los plazos establecidos por ley.
2. La imagen corporativa se puede ver afectada ante casos reiterativos de negligencia, faltas o errores cometidos por la entidad en los procesos de intervención asistencial, administrativa u operacional. Si no se aplican las medidas pertinentes, se puede llegar a procesos judiciales, fiscalizaciones y daño a la imagen institucional por parte de medios de comunicación, ya sean locales, regionales o nacionales.

El resumen general de la gestión de quejas, reclamos y denuncias para las etapas comprendidas en los periodos de enero de 2021 a febrero de 2022, antes de realizar la etapa TO-BE, se refleja en la tabla 7.

Tabla 7.

*Resumen de gestión de quejas o “incidencias”, reclamos y denuncias (12/2021-02/2022)*

<b>Meses</b>	<b>N.º de quejas</b>	<b>N.º de reclamos</b>	<b>N.º de denuncias</b>	<b>Total de disconformidades</b>
Enero	63	38	0	101
Febrero	69	44	0	113
Marzo	51	34	0	85
Abril	49	27	0	76
Mayo	55	35	0	90
Junio	46	30	0	76
Julio	55	35	0	90
Agosto	34	15	0	49
Septiembre	47	28	0	75
Octubre	37	18	0	55
Noviembre	41	25	0	66
Diciembre	23	10	1	34
Enero	25	18	1	44
Febrero	21	13	0	34
<b>Total</b>	<b>616</b>	<b>370</b>	<b>2</b>	<b>988</b>

*Nota:* Elaboración propia.

## **2.3. Objetivos de la actividad profesional**

### **a. Objetivo general**

Establecer un método de gestión total de procesos basado en *Business Process Management (BPM)* y mejora continua (ciclo PHVA) para optimizar el proceso de gestión de reclamos, consultas y denuncias de “La IPRESS”.

### **b. Objetivos específicos**

1. Realizar un análisis situacional (AS-IS) con referencia a la gestión del proceso de atención de reclamos, consultas y denuncias.
2. Analizar los procedimientos, actividades y tareas comprendidas en el proceso de gestión de reclamos, consultas y denuncias, por medio del mapeo de procesos.
3. Proponer una mejora de procesos (TO-BE) en función de la evaluación del resultado de línea base y mapeo de procesos (AS-IS).
4. Proponer los planes estratégicos, tácticos y operacionales para la mejora continua del proceso de gestión de reclamos, consultas y denuncias por medio del análisis *BPM* y PHVA.
5. Fundamentar los cambios procedimentales en función del marco normativo de regulación para la atención de reclamos, consultas y denuncias.

## **2.4. Justificación de la actividad profesional**

### **2.4.1. Justificación teórica.**

Es importante considerar que todo tipo de organización posee procesos que están en constante interacción, pudiendo ser algunos de mayor complejidad dada la naturaleza de los mismos u otros que se pueden simplificar con mayor facilidad realizando pequeños reajustes en el flujo de los procesos. Por esta razón, la generación de valores percibida por los clientes va mucho más allá de optimizar los procesos por medio del análisis de las interrelaciones entre los procedimientos, actividades y tareas. Consiste en entender la implicancia individual y colectiva de los factores que intervienen en el desarrollo del proceso a un nivel profundo.

Una disciplina que ayuda en la gestión integrada de los procesos del negocio es el *Business Process Management (BPM)*. Según la Association of Business Process Management Professionals (32):

La Gestión de Procesos de Negocio (*BPM*) es una disciplina de gestión que integra las estrategias y los objetivos de una organización con las expectativas y necesidades del cliente a través de un enfoque en los procesos de un extremo a otro. El *BPM* abarca estrategias, objetivos, cultura, estructuras organizacionales, roles, políticas, métodos

y tecnología para analizar, diseñar, implementar, administrar el desempeño, transformar y establecer la gobernanza de procesos.

Gracias a este modelo, Sydle-a (33) explica que los beneficios que se pueden obtener son: un control sobre los procesos más caóticos o difíciles, entendimiento más completo de los procesos que ocurren en la organización, mayor agilidad en el flujo de los procesos, operaciones diarias más eficientes, lograr metas cada vez mayores, posibilidad de evolución a la transformación digital y el seguimiento constate para monitorizar un buen desempeño de los procesos.

En referencia al ciclo PHVA, se debe comprender que la calidad para las organizaciones de hoy en día está basada en la gestión de los procesos, el establecimiento y gestión de las diversas actividades que se relacionan entre sí permite que una entidad funciones eficazmente. Para lo cual se puede utilizar la metodología basada en el círculo de Deming, compuesta por el ciclo PHVA, considerando ocho principios fundamentales: enfoque basado en el cliente, liderazgo de la alta dirección, participación de los colaboradores, enfoque basado en procesos, enfoque del sistema para la gestión organizacional, mejora continua de procesos, enfoque basado en hechos para toma de decisiones y relaciones de beneficios mutuo con las partes interesadas (34).

#### ***2.4.2. Justificación práctica.***

A través del presente trabajo, se pretende evidenciar como la gestión de procesos repercute en la eficiencia y calidad de los servicios ofrecidos por la organización, creando una mejor perspectiva en los pacientes y/o usuarios. En conclusión, generar mayor confianza para la utilización de los servicios asistenciales, administrativos u operacionales llevados en “La IPRESS”. De igual manera, se busca generar beneficios para la entidad, creando una cultura basada en los procesos y la mejora continua para la toma de decisiones a nivel estratégico, táctico u operacional.

#### ***2.4.3. Justificación metodológica.***

Se espera que este trabajo sirva como una referencia vivencial y documentada para diferentes tipos de organizaciones que se están planteando realizar la implementación de este tipo de metodologías y enfoques, basados en la administración de procesos y mejora continua, para obtener resultados más óptimos en sus gestiones.

## 2.5. Resultados esperados

Los resultados que eran esperados después de la planificación para la implementación de las herramientas de gestión *BPM* y *PHVA* eran:

1. Reducir la cantidad de consultas en un 5 % de forma anual con una meta de un 60 % de capacidad de resolución en primera instancia, un 20 % en segunda instancia y un 10 % en tercera instancia, como consultas mensuales en un lapso de 10 años como máximo del total de disconformidades.
2. Reducir la cantidad de reclamos en un 9 % de forma anual con una meta de un 8% de capacidad de resolución de reclamos en cuarta instancia y un 1,5 % en quinta instancia por mes, en un lapso de 10 años como máximo del total de disconformidades.
3. Reducir la cantidad de demandas en un 20 % de forma anual con una meta de un 0,5 % de denuncias permisibles cada año como máximo, en un lapso de 5 años como máximo.
4. Generar mayor compromiso por parte de los coordinadores de cada área en el control para realizar el seguimiento y la implementación de medidas correctivas y preventivas, de mejoramiento o continuidad que son requeridas en la clínica, además de participar activamente en los procesos de resolución de disconformidades generadas por pacientes, usuarios o terceros legitimados.
5. Crear una cultura de resolución de conflictos por parte de todo el personal de la clínica, motivando a través de recompensas, reconocimiento o promociones a las mejores propuestas de mejora en cada puesto funcional, con base en las consultas, reclamos o denuncias presentados, en función de la tabla 16 (porcentaje de resolución esperada para solución de consultas, reclamos y denuncias).
6. Mejorar el proceso de análisis de datos por medio de herramientas tecnológicas más sofisticadas para procesamiento de datos más robusto, ayudando a una toma de decisiones más precisa, como el caso de *Microsoft Power BI*.
7. Ratificar el compromiso de la Gerencia General para liderar los cambios previstos en benéfico de la entidad, a través de su participación en las reuniones del comité de la gestión de la calidad, reuniones de coordinadores y reuniones de urgencia.
8. Promover las inspecciones de calidad mediante una programación más eficiente para el control de los cambios realizados y se pueda tener una mejora continua en los mecanismos de gestión por resultados.
9. Ratificar la autoridad del Área de Calidad y Procesos en la toma de decisiones a nivel estratégico, táctico y operacional en todos los niveles funcionales de la clínica.

## CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

### 3.1. Bases teóricas de las metodologías o actividades realizadas

#### 3.1.1. Antecedentes internacionales.

El presente trabajo presentado por Cordero et al. (35) titulado: “*Gestión de Procesos de Negocio (BPM) para el Proceso de Titulación Universitaria*”, ejecuta una propuesta de Gestión de Procesos de Negocio para elevar los niveles de competitividad y productividad, con el objetivo de mejorar continuamente y ser respaldado por las tecnologías de la información. Ante la problemática que existe en el proceso administrativo para la titulación, que presenta inconvenientes en los tiempos de los mismos.

Como objetivo del mismo se planteó la implementación de la Gestión de Procesos de Negocio (BPM) en las actividades administrativas correspondientes al proceso de titulación de la Universidad Católica de Cuenca, a través del análisis de procesos administrativos, con el fin de optimizar los procesos para reducir significativamente el tiempo y la excesiva utilización de recursos humanos.

Los objetivos específicos se plantearon como:

1. Caracterizar los procesos administrativos para la titulación de los estudiantes, a través de la filosofía de BPM.
2. Diagnosticar el proceso administrativo para la titulación de los estudiantes que se lleva actualmente, en base a la información y documentación proporcionada que permita identificar los factores críticos que conlleva al retraso del proceso.
3. Proponer la Gestión de Procesos de Negocio estandarizando el proceso administrativo para la titulación de los estudiantes dentro de cada uno de los departamentos administrativos, con la finalidad de obtener la eficacia del proceso y la reducción en su tiempo de ejecución.

La metodología aplicada se basó en las fases de:

- a. Definición:** Identificación de los *Six Sigmas* para no utilizar excesivamente los recursos que intervienen en el proceso administrativo, entendiéndose que puede haber duplicidad de esfuerzos, recursos utilizados innecesariamente, cantidad de tiempo mal utilizado.
- b. Medición:** En esta fase se identifica los indicadores que se consideren para el proceso de titulación, por medio de las áreas que intervienen: Colecturía, Secretaría de las Unidades Académicas, Fiscalización de Carpetas, y secretaria general; además, de la intervención del estudiante.
- c. Análisis:** Después de los datos obtenidos durante los meses de estudio, se trata de detallar los motivos de los valores obtenidos y sus posibles causas.

**d. Fase de Mejora:** Plan de acciones a tomar de acuerdo al análisis realizado, además se cuenta con los responsables y fechas de cumplimiento.

**e. Fase de control:** Se encuentra el control de los indicadores propuestos.

Como parte de los resultados se encuentra que:

1. Se logró caracterizar los procedimientos correspondientes al proceso de gestión administrativa de titulación, encontrándose 14 procedimientos claves.
2. Para evaluar los indicadores claves se utilizó el Six Sigma, para lo cual se definió, midió, mejoró y planteó el control en base a los datos obtenidos en los diferentes meses.
3. Se elaboró el diagrama de flujo indicado para la secuencia de procedimientos, iniciándose con el envío del listado del estudiante y terminando con el procedimiento de investidura.
4. El resultado obtenido en la aplicación de la técnica en el estudio es de  $T_e = 5,791$ , lo que determina que este valor es superior al tabulado, lo cual permite rechazar la hipótesis nula, existiendo diferencias significativas entre ambas medias, es decir, los resultados permiten rechazar la hipótesis nula  $H_0$  demostrando que la Gestión de Procesos de Negocio (BPM) permitirá agilizar y medir el proceso administrativo para la titulación de los estudiantes.

Como conclusión, se rescata que el *BPM* es una metodología que se puede aplicar a cualquier tipo de empresa, permitiendo que los procesos administrativos de la Universidad católica de Cuenca tengan una incidencia positiva, al implementar indicadores de calidad que antes no poseía. Así mismo, permite que el proceso en estudio se vuelva más ágil, permitiendo monitorear el desempeño en tiempo real.

Finalmente, se concluye que la aplicación de *BPM* permite analizar de forma integral los actores internos y externos que interactúan con el proceso y de esta forma proponer mejoras en la productividad y tiempo de respuesta, todo ello permitiendo que se genere una mayor satisfacción estudiantil.

Referente a la aplicación de la herramienta PHVA, Cortez et al. (36) presenta el trabajo para obtención de título profesional denominado: *“Diseño de un sistema de mejora continua para aumentar la productividad basado en el ciclo PHVA (planear, hacer, verificar, actuar), en la empresa “Grupo Electromecánica, S.A. de C.V.” en el municipio de San Salvador”*, para el cual se realizó una propuesta basada en los conceptos relacionados a la calidad, mejora continua y generalidades de ciclo PHVA con el fin de mejorar la calidad de los productos y servicios ofrecidos, aumentando la satisfacción del cliente y así optimizar la productividad mediante los esfuerzos en conjunto de los empleados y encargados del área.

Como objetivo se planteó presentar un diseño de un sistema basado en el ciclo PHVA para aumentar la productividad de la empresa por medio de una nueva distribución de planta que

permita acortar los tiempos de elaboración, la proporción de una herramienta de control de productos terminados y una guía de aplicación.

Los objetivos específicos se consideran como:

1. Identificar factores internos que inciden en el proceso de producción de la empresa “Grupo Electromecánica, S.A. de C.V.”, con el fin de determinar sus limitantes.
2. Establecer las principales dificultades del proceso actual con el fin de diseñar un sistema de producción.

Para la metodología utilizada se empleó las herramientas 5s antes de implementar el ciclo PHVA con el fin de ayudar en la implementación prevista. Para la metodología propuesta se siguieron los siguientes pasos:

- a. Planear:** Se identifica y analiza las causas que disminuyen la productividad. Posteriormente, se realiza un plan de acción y el cronograma de actividad para la aplicación del ciclo PHVA y la herramienta de las 5s.
- b. Hacer:** Se realiza la implementación de los planes, para ello se realiza el levantamiento de información, se elabora el manual de procedimientos y se realiza una evaluación e implementación de las 5s. En esta etapa también se considera la redistribución del área de producción, determinación de la capacidad productiva y finalmente se realiza la proyección de ventas.
- c. Verificar:** Se realiza el diagrama de flujo después de la propuesta de redistribución, estipulando los tiempos de trabajo para cada actividad.
- d. Actuar:** Se implementan las acciones para un adecuado control y seguir con la mejora continua, para que se mantenga a lo largo del tiempo.

Los resultados presentados para el diagnóstico de la empresa presentan los siguientes apartados:

1. Después de realizar el análisis de procesos se encontró que la empresa tiene una total de 15 actividades, encontrándose con: 6 operaciones, 6 transporte, 1 inspección, 0 esperas, 5 almacenamiento. Para lo cual se tiene un total de 47 minutos.
2. Se logró establecer un diagrama de recorrido en un espacio de 40 m<sup>2</sup> lo cual permite que los procesos productivos se tarden menos en ejecutarse.
3. Para la mejora del sistema de gestión de inventarios se estableció un sistema de costos por órdenes de producción (por lotes, por pedidos u órdenes de trabajo) de acuerdo a la especificación de los clientes. Para este fin, se estableció un instrumento de recolección de información que permitió ayudar al control de producto terminado por cada pedido.
4. Con respecto a la productividad se realizó la recolección de la información a través de la entrevista con el gerente general en la pregunta: ¿Cómo se mide la productividad del

recurso humanos en la empresa? Para lo cual se determinó que la productividad se media a través de un cronograma programado por semana, el cual ayuda a estimar los tiempos en cuanto a pedido. Esto a través de la utilización de Microsoft Project.

5. Se estableció el esquema para el esquema del ciclo productivo, donde se establecen las etapas de: necesidad del cliente, oferta de servicio o proceso al cliente, retroalimentación de oferta con cliente, producción de piezas necesarias, solicitud a proveedores, orden de compra o aceptación de cotización, instalación o mantenimiento.

Como conclusiones se encuentran que realizar un análisis profundo permite ahondar en las necesidades de los clientes, lo cual sirve para acortar o disminuir los tiempos de respuesta. Por medio de la herramienta PHVA se puede llevar un control sobre los tiempos de fabricación de los productos, disminuyendo los tiempos de ocio. Así mismo, se logra cuidar la imagen empresarial en materia de calidad, garantizando los productos y servicios ofrecidos.

Es importante considerar que se logra la estandarización de los procesos productivos, con el fin de que los trabajadores no ejecuten acciones a criterio propio. Para este fin, es necesario crear una unidad de auditoría interna que ayude a supervisar y controlar los procesos en la empresa, tanto productivos como contables.

Otra referencia internacional referente a la aplicación de BPM para mejora en la gestión de reclamos, es la presentada por Espinoza (37), el cual fue titulado: *“Mejoramiento y propuesta de implementación del proceso de reclamos en el Área de Operaciones del Banco Solidario aplicando BPM Business Process Management”*. Para lo cual, se buscó el mejoramiento y brindar una propuesta de implementación del proceso de sugerencias, quejas y reclamos que se ejecuta dentro de Banco Solidario.

Como objetivo de la investigación se tiene la propuesta de mejora del Banco Solidario a través de la implementación de BPM.

Para el fin planteado para el trabajo de investigación se plantean objetivos específicos:

1. Analizar y valorar la situación actual del proceso actual de atención de sugerencias, quejas y reclamos del Banco Solidario.
2. Identificar las fallas y oportunidades de mejora para el proceso de sugerencias, quejas y reclamos.
3. Analizar las ventajas de aplicación del ciclo BPM.

Para el proceso de investigación del trabajo se realizaron las siguientes etapas:

- a. Entorno de la empresa:** Se realiza la descripción de la reseña del banco, el ranking de bancos en Ecuador, con el fin de contextualizar la capacidad del banco en temas de patrimonio, liquidez, etc.
- b. Levantamiento de información sobre procesos:** Por medio del mismo se busca identificar los puntos de mejora y generar de esta manera procesos más efectivos, por

medio de la Administración de la Calidad Total, Mejoramiento de Procesos, Business Process Management.

- c. Ámbito de aplicación:** se refiere al proceso de sugerencias, quejas y reclamos, el cual está destinado a la atención del cliente, identificándose como puntos críticos el tiempo de resolución a las quejas y reclamos, la obtención de información que se puede reunir para gestionar un requerimiento, el control realizado para las soluciones propuestas.
- d. Situación actual del proceso de reclamo:** Se realiza una descripción actual del proceso (Análisis FODA del proceso de sugerencias, quejas y reclamos), actores que intervienen dentro del proceso de sugerencias, quejas y reclamos (recursos empleados en el proceso de sugerencias, quejas y reclamos), estadísticas de quejas y reclamos y levantamiento del proceso actual de sugerencias de quejas y reclamos.

Con referencia a la propuesta de mejora mediante la metodología BPM se establecen los siguientes criterios:

- a. Identificación de fallas y oportunidades de mejora:** En primer lugar, se plantea el análisis del proceso de sugerencia, quejas y reclamos mediante el análisis de valor agregado. En segundo lugar, se plantea la identificación de fallas y oportunidades mediante el análisis de actividades manuales y automáticas para sugerencias, quejas y reclamos, los costos mensuales y anuales, problemas determinados en base a entrevistas, actividades por mejorar, fusionar o eliminar.
- b. Análisis y propuestas de mejora BPM:** Se realiza por medio de la identificación y descripción de la aplicación del BPM, elaboración de propuesta de implementación del proceso de sugerencia, quejas y reclamos y la aplicación del ciclo BPM para el proceso de sugerencias, quejas y reclamos.

Como resultados se obtuvieron:

1. Se determinaron las principales causas de las quejas en los meses enero a julio de 2014 por medio del análisis de Pareto, para lo cual se considera 5 tipos de reclamos que representa el 78,5 % del total de quejas presentadas en el Banco Solidario.  
Para el caso de los reclamos se determinó que el 82,61 % de problemas se encuentran acumulados en seis tipos de causas, a través del análisis de Pareto.
2. Se realizó el levantamiento de procesos para sugerencias, quejas y reclamos para lo cual se cuenta con la identificación de cinco ejecutores principales y 32 actividades en general.
3. Se identifica que el 100 % de las actividades de sugerencia son manuales, los cuales son realizados por un formulario. Dentro de las quejas se encuentra que tiene un tiempo de respuesta de 15 días máximo, pudiendo acumular quejas recibidas y no brindar solución

hasta cinco días que se caducan, solamente el 20 % de las actividades del proceso de quejas brinda valor agregado a la empresa.

4. En cuanto a los reclamos se puede demorar en promedio de recepción dos días, pero puede variar en función del tiempo de recolectar y entrega de documentos por parte del perjudicado. Y en cuanto al tiempo de respuesta se puede demorar 15 días, esto debido a que el 73 % de actividades son realizadas de forma manual. El mayor porcentaje se encuentra concentrados en actividades de preparación de documentación de soporte y gestionar formularios mediante correos electrónicos.

Como conclusiones encontradas para el presente trabajo, se lograron identificar los factores críticos dentro del proceso de sugerencia, quejas y reclamos, los cuales fueron:

1. El tiempo de resolución que se brinde a la queja o reclamo.
2. La obtención de información que se encuentre en diferentes áreas.
3. El control de respuestas y soluciones brindadas a los reclamos, por parte de las autoridades, Instituciones públicas e instituciones de control.

La automatización de este proceso, permite integrar actividades, simplificando la ejecución de las mismas, aprovechando los recursos existentes como lo son: el tiempo, el dinero, la tecnología y el recurso humano.

El uso de esta propuesta permite tener un beneficio tanto del cliente externo como del cliente interno, permitiendo realizar un trabajo más ordenado, de manera sencilla y brindar solución a un mayor número de requerimiento en un tiempo menor.

Como último antecedente de estudio relacionado al mejoramiento de las peticiones, quejas y reclamos mediante el ciclo PHVA, se tiene el trabajo de especialización realizado por Toloza et al.<sup>38</sup> denominado: "Plan de mejoramiento en el manejo de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS) mediante la aplicación del ciclo PHVA en Thyssenkrupp Elevadores S.A." En el mismo, se busca mejorar el trámite de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS) de los clientes para la empresa Thyssenkrupp Elevadores S.A. aplicando el ciclo PHVA. Por el mismo se plantea los siguientes objetivos:

1. Realizar un diagnóstico situacional en el manejo de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS).
2. Diseñar un diagrama de flujo de la secuencia a cumplir en la atención de las PQRS.
3. Realizar un sistema de medición que permita evaluar los resultados del indicador del proceso de atención de las PQRS.

Para la aplicación metodológica se siguieron las siguientes etapas:

- a. Diagnóstico situacional:** Se realizaron cuadros comparativos y análisis con base a la información entregada por la empresa del estado de las PQRS, para lo cual se evaluó cada proceso y procedimiento comprendido en el manual de procesos y procedimientos de la entidad, con el fin de identificar los procesos claves.
- b. Resultados de diagnóstico;** Se realizan diseño de políticas y objetivos encaminados al mejoramiento de la atención del PQRS. Con el fin de mejorar la calidad de procesos internos, fortalecer vínculos con el cliente, establecer relaciones a largo plazo con los clientes, fidelización de clientes, promover la calidad de trabajo y compromiso, etc.
- c. Plan de mejoramiento:** Para el mismo se realiza el establecimiento de elemento consecutivos del plan de mejoramiento y el desarrollo del plan de mejoramiento para el cual se realiza el diagnóstico inicial de las PQRS, configurando cuadros cuantitativos y comparativos de las peticiones, quejas y reclamos correspondientes al cuarto trimestre de 2017, primer trimestre de 2018 y el detallado porcentual por cada área del primer trimestre de 2018. Seguidamente se realiza el diagrama de flujo de la secuencia de PQRS, permitiendo establecer una secuencia lógica en la atención y seguimiento de las PQRS. Por último, se estable el sistema de medición y seguimiento, el cronograma de desarrollo del plan de mejoramiento y los costos estimados del plan de mejoramiento.

Los resultados de la presente investigación muestran que:

1. En el año 2017 se tuvieron un total de 150 de PQRS recibidas, 150 tramitadas, 123 solucionadas y 27 no solucionadas. Por lo cual se considera que se tiene un 82 % de cumplimiento y un 18 % de PQRS no solucionados.
2. En el año 2018 se tuvieron un total de 148 PQRS recibidas, 148 tramitadas, 103 solucionadas y 45 no solucionadas. Considerándose que el 70 % fue solucionado y el 30 % no fue solucionado.
3. Las causas que más reclamos recibieron fueron en un 14 % por qué no se reflejan los abonos realizados oportunamente por los clientes, el 10 % por el área de mantenimiento por la no atención de las solicitudes cargadas a esta dependencia, con referencia al almacén se tuvo un porcentaje del 5 %.
4. Se estableció un diagrama de flujo de secuencias de PQR siguiendo un flujo de inicio a fin, empezando con la comunicación de PQR y terminando con el cierre de respuesta de PQR.
5. Se estimó un costo de implementación de \$ 110.550.000 para el proyecto en cuestión.
6. Luego de realizar la aplicación PHVA el resultado que se obtiene tiene que tener un indicador dentro del 90 % dentro de los estándares de calidad.

Como conclusiones, se obtuvieron los siguientes resultados:

1. El diagnóstico inicial permitió visualizar la problemática que se estaba generando en el indicador del área de atención al cliente, debido a que no se gestionó adecuadamente las PQRS como parte fundamental de la organización en la atención de clientes.
2. Mediante el diseño de diagrama de flujos se pudo establecer una secuencia lógica para mejorar la gestión de las PQRS.
3. A través del seguimiento de indicadores, se puede obtener un diagnóstico oportuno del estado de atención de las PQRS, y se logra aplicar correctivos necesarios en beneficio del cliente de la empresa.
4. El ciclo PHVA ayuda actuar sobre un proceso, permitiendo resolver desviaciones en los resultados esperados, pudiendo aplicarse a cualquier nivel organizacional y en cualquier tipo de procesos, tanto a nivel estratégicos como operacionales.

### **3.1.2. Antecedentes nacionales.**

Referente a estudios nacionales, se cuenta con el trabajo de Junco et al. (39) denominado: “Implementación de BPM-CRM para mejorar los procesos de atención en una organización - caso ONG XYZ”. En el mismo se realizó una implementación de las herramientas BPM-CRM con el fin de profundizar en la mejora de procesos para generar la experiencia del cliente, aumentando la eficiencia en la atención y estándares de calidad; permitiendo un mejor contacto con los clientes.

Como objetivo se plantea implementar las herramientas *BPM* y *CRM* para mejorar los procesos de atención en una ONG de apoyo social, a través del análisis, mejora e innovación de los procesos para lograr mayor eficiencia y eficacia.

Los objetivos específicos para la presente investigación fueron:

1. Mapear, analizar y modelar los procesos para hallar los puntos de mejora existentes.
2. Analizar la información y enfocarla para la toma de decisiones dentro de la organización.
3. Implementar mejoras basadas en BPM con influencia de la estrategia CRM para mejorar el proceso de atención.
4. Implementar el enfoque de experiencia del cliente en la organización, así como indicadores y estándares relacionados.

Como metodología para la implementación del *BPM* se siguen las siguientes fases:

- a. Diseño de proceso:** Por medio de esta fase se puede mapear los procesos, incluyendo el levantamiento de información y entrevistas para contrastarlos con la realidad.
- b. Modelado:** Esta fase se encuentra estrechamente relacionada con la parte técnica de la organización, a través de la información recogida con el BPMS.
- c. Ejecución:** Consiste en la implementación y ejecución de los procesos por parte del personal previamente capacitado.

- d. Monitoreo y análisis:** Se realiza el monitoreo de la implementación con el fin de analizar la información recogida para encontrar mejoras potenciales.
- e. Optimización:** Se establecen planes para corregir los procesos y puntos a optimizar los procesos evidenciados en la fase 4.

Para el caso del *CMR* se utilizan las siguientes etapas:

- a. Fase 1-Nuevos clientes:** Consiste en potenciar la imagen corporativa a través de la publicidad y los *Insights* que se puedan crear como marca.
- b. Fase 2-Potenciar la marca:** Se busca crear experiencias memorables con base en la empatía, orientación al servicio, identificación de la marca y experiencias *WOW*.
- c. Fase 3-Mejorar las relaciones con los clientes:** Esta etapa se centra en las relaciones postventas con los clientes, potenciando los canales de sugerencia que los clientes puedan ofrecer para idear estrategias.
- d. Fase 4-Mejora y explotación de la información:** Se valida información referente a los puntos de mejora que la empresa puede ofrecer para saber cómo mejorar las necesidades del cliente y poder captar nuevos clientes para fidelizarlos.

Referente a los resultados se encuentra que:

1. Referente a los resultados encontrados tras la situación de la ONG referente a enero-julio se encuentra que se tenía un promedio de llamadas recibidas de 942, un total promedio de llamadas atendidas de 932, un promedio de llamadas abandonadas de 10 y en cuanto a la recurrencia de llamadas se tuvo un promedio de 34,57 %.
2. Tras realizar la implementación de la metodología realizada se aprecia que se tuvo de agosto a diciembre un promedio de 490, en cuanto a las llamadas abandonadas el promedio fue de 487, referente a las llamadas abandonadas el promedio disminuyó a cuatro.
3. El proceso de atención de la ONG con los defectos presente muestra que se tiene un tiempo mínimo de atención de 0,0833 minutos, un tiempo máximo de 27,0833 minutos y un tiempo promedio de 13,1813 minutos. Se cuenta con un tiempo total de 13181.333 de enero a julio.
4. El proceso de atención de la ONG con las mejoras de proceso muestra que se tiene un tiempo mínimo de atención de 0,300 minutos, un tiempo máximo de 27,183 minutos y un tiempo promedio de 11.85 minutos. Se cuenta con un tiempo total de 12360,400 de enero a julio.

Como conclusiones se tiene que gracias a la implementación de las mejoras basadas en *BPM* y estrategias *CRM* se obtuvieron resultados favorables a través del levantamiento de la

información y cumpliendo las fases según lo planificado. Del mismo modo, se implementaron mejoras basadas en *BPM*, permitiendo mapear, analizar y modelar los procesos de atención y tomar decisiones importantes dentro de la organización en función del análisis estadístico con la información recolectada. Además, se permitió establecer un estándar de calidad que permite la medición de la efectividad de las mejoras, implementando indicadores que ayuden en el cumplimiento de metas y medición de la satisfacción del cliente.

Referente al trabajo de titulación presentado por Bautista et al. (40) titulado: *“Aplicación del ciclo PHVA para mejorar la productividad en el área de Laboratorio de la empresa Agrícola Cerro Prieto. La Libertad - 2020”*, demuestra la mejora en la productividad, pasando de una valoración de 0.41 a una valoración de 0.78, a través del enfoque de mejora continua conocida como PHVA.

Para este fin, se tomó como objetivo determinar la eficiencia generada en el área de laboratorio a través de la aplicación del ciclo PHVA. Tomando como hipótesis general que la aplicación del círculo de calidad mejora significativamente la eficiencia en el Área de Laboratorio.

En referencia a las fases realizadas para la implementación de esta herramienta se considera lo siguiente:

- 1. Planear:** En primer lugar, se busca definir y analizar las dimensiones de los problemas, posteriormente se buscan las causas probables para indagar cuál es la causa más importante y finalmente se consideran las mejores soluciones.
- 2. Hacer:** Se ponen en práctica las medidas propuestas en el paso anterior.
- 3. Verificar:** En este paso se revisan los resultados obtenidos por medio de herramientas de análisis estadísticos.
- 4. Actuar:** Se busca la prevención de recurrencia de problemas presentados, por medio de inspecciones, supervisiones y verificaciones. Finalmente, se planea el trabajo a futuro.

Como conclusiones a los resultados encontrados, se obtiene que tras la aplicación de la herramienta PHVA, las medias de productividad pasaron de 0.41 a 0.78. Así mismo, la eficiencia fue un 0.22 más elevada en comparación de la evaluación inicial, siendo la mejora total un 25.71 % mayor en cuanto a la eficiencia total generada.

En el trabajo presentado por Ampuero<sup>41</sup> denominado: *“Modelo de gestión Business Process Management para mejorar los resultados del Centro de Salud de Morales - San Martín, 2020”*, se presenta una propuesta para mejorar los resultados del Centro de Salud por medio de la aplicación del modelo “Business Process Management”.

Para lo cual se plantearon los siguientes objetivos de investigación:

1. Caracterizar la gestión del Centro de Salud Morales.
2. Evaluar la gestión del Centro de Salud Morales.

3. Diseñar un modelo de gestión por procesos para mejorar los resultados de gestión.
4. Validar el modelo a través de juicio de expertos.

Como parte de la metodología utilizada para la propuesta se siguieron las siguientes etapas de desarrollo:

#### **Etapa I: Caracterización y Diagnóstico**

Por medio de esta etapa se requiere conocer las necesidades de la institución, logrando tener la participación de los *stakeholders*, esto con el fin de evaluar constantemente las actividades realizadas para generar información del diagnóstico presentadas para el mismo.

#### **Etapa II: Análisis y Automatización**

Por medio de la utilización de TICs se realiza el establecimiento de estrategias adecuadas de organización y comunicación, después del análisis de las actividades desarrolladas.

#### **Etapa III: Seguimiento**

Se realizan pruebas de cumplimiento, evaluando los resultados presentados, para realizar los ajustes correspondientes en caso de no lograr los objetivos planteados para este trabajo.

#### **Etapa IV: Mejora de procesos**

Por medio de esta etapa se busca socializar, actuar o corregir las mejoras realizadas a todo el equipo de interés, realizando una retroalimentación para estudiar nuevas mejoras al sistema.

Como parte del universo se consideró a 110 colaboradores que corresponden al personal del Centro de Salud Morales y como parte de la muestra se seleccionó a 62 colaboradores, por medio de la técnica de muestreo no probabilística aleatorio simple.

La técnica seleccionada fue la encuesta y el análisis documental, como instrumentos se utilizaron los cuestionarios y las guías de análisis documental.

El análisis de resultados y discusión para el proyecto de investigación refleja que:

1. El 72,2 % de los encuestados correspondientes a los responsables del área administrativa califican como “malo y muy malo” su colaboración en elaboración de documentos normativos.
2. Un 60 % califica como regular la pertinencia de los instrumentos de gestión administrativa.
3. El 72,6 % considera un nivel de compromiso alto en el desempeño institucional, adecuándose fácilmente a los cambios que ocurren en la institución.
4. En cuanto a la mejora de los procesos, el 100 % de los encuestados califican como pésimo el proceso de simplificación administrativa.

Como conclusiones presentadas para el presente trabajo se concluye que:

1. El 53 % califica como regular los resultados de la gestión actual, referente a la planificación estratégica, responsabilidad, desempeño y compromiso institucional, monitoreo y

evaluación y desarrollo de personal. Referente a la gestión administrativa un 85% los calificó a un nivel pésimo, probablemente esto se deba a que los colaboradores no son convocados en el proceso de planificación.

2. Los resultados de la caracterización de la gestión actual, por medio de la aplicación del BPM, reflejan en los resultados su utilidad y pertinencia para la mejora de los procesos de la institución y su contribución a la calidad del servicio.
3. Se validó el modelo de gestión sometido a juicio de expertos, dando como resultado que el modelo es pertinente y aplicable para la gestión.

Por último, se presenta el trabajo de titulación realizado por Huamán<sup>42</sup> el cual se denomina: *“Aplicación de la metodología PHVA para mejorar la calidad del servicio al cliente en la empresa Emcasur Contratista E.I.R.L.”*. A través del mismo se realizó una propuesta por medio de la metodología PHVA, con el fin de mejorar la calidad del servicio de la empresa Emcasur Contratista E.I.R.L.

Para el propósito de la investigación se planteó los siguientes objetivos:

1. Diagnosticar la situación del área a investigar mediante la técnica de recolección de datos.
2. Analizar resultados obtenidos en el diagnóstico, con el fin de obtener oportunidades de mejora.
3. Implementar la metodología PHVA en base a oportunidades de mejora identificadas, mejorando la calidad de servicio.

Como parte de la metodología para las soluciones del problema se siguieron las siguientes etapas:

1. **Análisis situacional:** Para este fin se realizó la descripción de la empresa, los valores, la estructura organizacional, servicios prestados, diagnóstico de la empresa (análisis de competidores-MPC, tormenta de ideas, diagrama de causa y efecto, técnica de grupo nominal, Pareto, Indicadores cuantitativos de las causas identificadas).
2. **Alternativas de solución:** Se realizó una matriz de ponderación, bajo cuatro criterios (costo de implementación, facilidad de aplicación, resultados perdurables, conocimiento de la metodología).
3. **Solución del problema:** Se realizó las etapas del PHVA, mediante:
  - a. **Planificar:** Liderazgo y compromiso, objetivos, roles y responsables.
  - b. **Hacer:** Plan de mejora para el procedimiento con los clientes, Plan de entrenamiento, implementación de lista de verificación, implementación de registros, estrategia para mejorar el proceso de seguimiento al cliente.
  - c. **Verificar:** Monitoreo, seguimiento, revisión por la dirección.
  - d. **Actuar:** Acciones correctivas y no conformidades, mejora continua.

Como parte de los resultados se aprecia que:

1. Los meses que se tardan las obras ejecutadas en un mes refleja una diferencia entre el tiempo de culminación reales y la proyección después de la implementación de un 60 %.
2. La cantidad de reclamos en un periodo de un año representa una mejora importante del 60 %.
3. Con la mejora de procesos se espera un incremento de contratos del 30 %.

Como parte de las conclusiones de la investigación se encontró que:

1. Con el diagnóstico realizado a través de las herramientas; tales como tormenta de ideas, Diagrama Ishikawa, TGN y un Pareto, se agruparon las causas, obteniendo que existía falta de procedimientos, auditorías, stock de materiales y no había un proceso de seguimiento al cliente. Todo esto evidencia la baja calidad del servicio, que impactaban negativamente el volumen de ventas en un 32 %.
2. Se identificaron cuatro principales causas para los problemas de calidad de servicio, y se plantearon diferentes medidas de control a las mismas: falta de procedimiento en los procesos, se implementó tres procedimientos de actividades y un DAP, alta de auditoría, con la implementación se realizarán auditorías cada seis meses, Faltante de Stocks en los materiales, se implementó registros para resolver el 100 % de la causa, no hay un proceso de seguimiento al cliente, se implementó registros, encuestas y un seguimiento continuo.
3. Por medio de la implementación de PHVA se planteó tener una mejora de la calidad del servicio en más de un 60 %, reduciendo el número de reclamos en un 60 % y aumentar los contratos de servicio en más de un 30 %.

### **3.1.3. Bases teóricas.**

#### **3.1.3.1. Gestión de procesos.**

Según explica Bravo (43), la gestión de procesos se considera como una disciplina de gestión que aumenta la productividad en las organizaciones a través de la identificación, representación, diseño, formalización, control y mejora de todos los procesos de la organización, con el fin de lograr mejorar la confianza del cliente. Para este fin, se considera:

1. El enfoque de esta metodología es el cliente.
2. Se considera el motivo de la finalidad, entendiendo qué resultados se obtienen a través de su existencia.
3. Es muy importante la colaboración de todos los “clientes internos”, sintiéndose parte del cambio y cooperando en la mejora, a través de la aportación de su creatividad; siendo apoyados por el área de gestión de procesos. Para este fin es necesario motivarlos, sensibilizarlos, entrenarlos y empoderarlos.

4. Se considera que se debe tener responsabilidad social liderada por parte del dueño del proceso a nivel gerencial.
5. Se decide optar por esta herramienta cuando se ha decidido dejar de hacer mal las cosas: reprocesos, reclamos, stocks y procesos que no corresponden en generar valor para la empresa.
6. El rendimiento de los procesos está alineado por una estructura de incentivos de la organización, facilitando el cambio y motivación de personal.
7. Los procesos deben de ser estables, con resultados dentro de los estándares esperados de la calidad del producto y rendimiento. Debiendo ser eficientes, eficaces y estar controlados mediante indicadores de gestión a los cuales se hace seguimientos.
8. De igual manera, se considera que los procesos deben de ser diseñados en las mejores prácticas, rediseñados de forma programada y mejorados en forma continua.

Referente a este modelo, los ciclos comprendidos en el modelo de gestión de procesos son: Ciclo 1 (desde la estrategia), Ciclo 2 (modelamiento visual), ciclo 3 (intervención de procesos), ciclo 4 (durante la vida útil). Los 4 ciclos culminan la gestión integral del cambio<sup>43</sup>.

Referente a las fases, Bravo (43) menciona que son 9, definiéndolas como:

- a. **Incorporar la gestión de procesos en la organización:** Se busca crear un área de procesos y designar el equipo de trabajo, definir las grandes líneas de trabajo de gestión de procesos, posteriormente se identifica la tecnología necesaria y realizar la preparación adecuada del personal del área.
- b. **Diseñar el mapa de procesos:** Se plantea identificar todos los procesos de la organización (estratégicos, de negocio y apoyo). Con esta visión se procede a segmentar y detallar.
- c. **Representar los procesos mediante modelos visuales:** Se realizan los flujogramas de información y lista de tareas.
- d. **Gestión estratégica de procesos:** Se da una priorización de procesos, incluyendo la definición de indicadores y dueños del proceso.
- e. **Mejorar procesos:** Definir y aplicar las mejoras propuestas con el fin de cumplir objetivos de rendimientos de los procesos de acuerdo a los indicadores señalados.
- f. **Rediseñar procesos:** Se suman los aportes de la gestión de proyectos anteriores, orientándose a un cambio mayor.
- g. **Formalizar procesos:** Consiste en elaborar el procedimiento como detalle completo de un proceso optimizado. Asegurándose que las nuevas prácticas se incorporen y mantengan en la organización.
- h. **Controlar procesos:** Se considera que el dueño del proceso debe dar seguimiento al proceso, cumpliendo los estándares definidos para todos los procesos.
- i. **Mejora continua:** Se plantea el perfeccionamiento de los procesos por medio de la evaluación de la interacción con la realidad y la capitalización de innovaciones.

### 3.1.3.2. Administración de la calidad total.

El *Total Quality Management (TQM)* se focaliza en necesidades del cliente y en la mejora continua de los procesos, de esta manera elimina los problemas antes de que aparezcan. Por consiguiente, se trata de crear un ambiente que responda rápidamente a las necesidades y requerimientos del cliente, generando que muchas veces las salidas puedan superar las expectativas que tienen los clientes de la organización<sup>44</sup>.

De igual manera, referente a la filosofía de calidad total Carro et al.<sup>44</sup> mencionan que, a diferencia del enfoque de Frederick Taylor, las personas que están más cerca de la operación son las que más conocen sobre la misma, y sin la participación de los mismos la mejora nunca se podrá llevar a cabo. En conclusión, se asume que el 90 % de los problemas son generados por los procesos y no por el personal.

Como síntesis se puede mencionar que el TQM permite gerenciar toda la organización con el fin de lograr satisfacer los requerimientos esperados por sus consumidores o clientes, por medio de la mejora de calidad de sus productos y procesos (44).

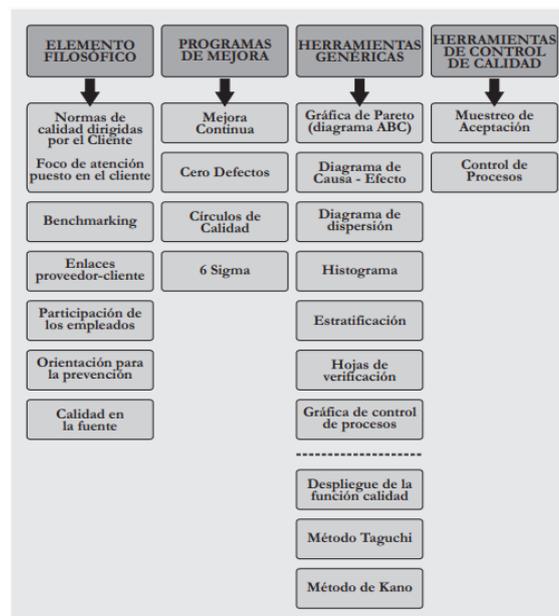


Figura 9. Administración de la organización basada en la Total Quality Management (TQM). Tomado de «Administración de la Calidad Total», por Carro et al. (44) (p. 6).

#### a. Benchmarking

Se utiliza como punto de referencia para procesos o actividades similares que la organización ejecuta. Se realiza una comparación con procesos exitosos y se estandariza el desempeño conocido que representa al mejor de los procesos.

Para este fin, primero se determina el estándar de referencia, se arma un equipo para cada tarea, se identifica organizaciones socios en *benchmarking*, se recolecta y analiza información

sobre estándares de referencia y por último se toma acción para superar o tener los mismos estándares del *benchmark* (44).

Los programas de mejora según Carro et al. (44) se clasifican en:

### **1. Mejora continua (Kaizen)**

Esta metodología se puede aplicar cuando se deseen resultados a corto plazo y con poca inversión, creando una organización basada en mejorar procesos (humanos y productivos). Para este fin, Kaizen se sustentan en dos pilares: los equipos de trabajo y la ingeniería industrial. Para este fin se requiere un equipo integrado por diferentes áreas que se consideren necesarios.

El objetivo principal es incrementar la productividad, reducción de tiempos de ciclo, estandarización de criterios de calidad y de los métodos de trabajo por cada operación. Por lo cual se busca detectar las mudas, previniéndolas y eliminando cada una de ellas:

- Las mudas por sobreproducción.
- Las mudas por excesos de inventarios.
- Las mudas de procesamiento.
- Las mudas por transporte.
- Las mudas por movimiento.
- Las mudas por tiempo de espera.
- Las mudas por fallas y reparaciones.

Entre los principales instrumentos del Kaizen se encuentran: el círculo de Deming, las 5s, las siete herramientas estadísticas para la solución de problemas y el trabajo en equipo.

### **3.1.3.3. Herramientas Genéricas de la Calidad.**

Para Carro et al. (44) son siete las herramientas que se deben de utilizar en los procesos de control estadístico para la mejora de la calidad, siendo: gráficas de frecuencia (histogramas), diagramas de Pareto, diagrama de causa-efecto, hoja de verificación, estratificación, gráficas de dispersión y gráficos de control.

#### **a. Gráfica de frecuencias-Histograma**

Es una representación gráfica, en forma de barra, donde se realiza una distribución de un conjunto de datos, por medio de una distribución de una población o muestra; respecto a valores cuantitativos y que sea continuo.

#### **b. Diagrama de Pareto**

Es un diagrama que ordena causas según su impacto y/o relevancia. Así, el 80% de los problemas lo origina el 20% de las causas. De esta manera, mediante una gráfica de barras se muestra la frecuencia relativa de problemas en ciertos procesos.

### **c. Diagrama de Causa-Efecto**

El propósito es generar una vista gráfica de un conjunto de posibles causas de los problemas, permitiendo que la organización pueda identificarlos y gestionar su control para poder dar posibles soluciones.

### **d. Estratificación**

Permite la clasificación de datos de acuerdo a un conjunto de variables en común y esto permita que en una situación dada se encuentren las causas de la variación.

### **e. Gráficos de Control**

Es una gráfica que ayuda a controlar que un proceso no se salga del límite superior e inferior de control. Para lo cual se hace un cálculo de la media de todos los datos y su dispersión de distribución.

#### **3.1.3.4. Gestión de Procesos de Negocio (BPM).**

Es importante mencionar como las organizaciones actuales buscan modelos que den respuestas más óptimas y sean flexibles a los cambios en diferentes contextos. Según explica Díaz (45), hoy en día se busca el cumplimiento de normas, agilizando los negocios a través de la optimización totalmente integrada a soluciones globales de *BPM*.

El autor también explica que las acciones de cambio sobre los procesos son evaluadas teniendo en cuenta las siguientes dimensiones:

1. El talento humano: promueve el desarrollo de habilidades y competencias necesarias para la operación de los procesos.
2. Las políticas, normas y reglas: los procesos se evalúan revisando e identificando el cumplimiento de las políticas, normas y reglas del negocio y de entidades reguladoras de la actividad económica en cuestión.
3. Las condiciones de la infraestructura física: se consideran las condiciones ambientales y geográficas para determinar mejoras o reducciones en la generación de valor de los procesos.
4. La infraestructura implementada en tecnologías de información y comunicaciones: esta dimensión plantea la facilitación de repositorios de información con las secuencias de desarrollos de los procesos modelados por *BPM*. Así mismo, se pueden integrar las actividades y roles involucrados en los procesos, con el fin de gestionar barreras culturales, paradigmas, conocimientos y competencias requeridas.

Las funcionalidades de la tecnología *BPM* según Díaz (45) son:

1. Permite gestionar los procesos de manera online y offline.
2. Permite tener un control para procesos empresariales con alta exigencia basados en personas y sistemas.

3. Cambio de filosofía organizacional combinando tecnologías con capital en función del conocimiento.
4. Se puede gestionar todos los procesos de todas las áreas en tiempo real.
5. Se puede tener auditorías, controles y trazabilidades de todos los procesos en tiempo real.
6. Permite tener indicadores (*Key Performance Indicators*) claves que permiten medir el desempeño del cumplimiento de los procesos.
7. Mejora la comunicación y coordinación para las partes involucradas en el desarrollo de los procesos, independientemente de factores externos.
8. Permite el crecimiento de nuevos horizontes, minimizando el uso de recursos.
9. Se realiza una integración total con terceras partes (clientes, procesos, organismos públicos y otros) participando en los procesos de forma automatizada, directa y con una eficiencia medible en el tiempo.

Referente a las etapas necesarias para la implementación del enfoque metodológico según el Club Business Process Management (46) se presentan en siete pasos para el éxito hacia el negocio, aprovechando las tecnologías de hoy en día para uso más eficiente de *BPM*.



Figura 10. Pasos para el éxito del Business Process Management. Adaptada de «El libro del BPM 2011: Tecnologías, Conceptos, Enfoques, Metodológicos y Estándares», por Club Business Process Management (46) (p. 45).

### **Paso 1 – Proceso de descubrimiento y simplificación**

El propósito de esta fase es entender lo que está aconteciendo en la organización, identificando por medio del involucramiento de los colaboradores maneras fáciles y rápidas para simplificar los procesos. También es importante considerar la identificación de normas, puntos de interrupción en los procesos y la identificación de la interacción del cliente con los procesos: Los procesos inician y terminan en el cliente.

Es importante que el grupo sea lo más multidisciplinario posible para asegurar diferentes puntos de vista. Así mismo, se recomienda no utilizar tecnología en esta etapa, ya que puede llegar a ralentizar las cosas.

### **Paso 2 - Proceso de captura y documentación**

En esta etapa, se busca capturar, documentar y clasificar toda información correspondiente a los procesos, utilizando herramientas que sean familiares para los colaboradores. Es importante considerar que muchas organizaciones no tienen sus procesos y procedimientos capturados de manera significativa. Pudiéndose encontrar diagramaciones en programas como *Visio* o procesamiento de información con herramientas como *Excel*. Por esto, es importante aprovechar esos activos llevándolos en un almacenamiento central que utilice un mismo lenguaje, ya sea utilizando herramientas de modelamiento más especializadas o utilizando herramientas de mayor familiaridad para los colaboradores.

### **Paso 3 - Proceso de publicación y animación**

En este punto se busca compartir datos e información relevante a los procesos. Se debe encontrar el medio adecuado que facilite la comunicación, pudiendo hacerse por *intranets*, portales, aplicativos especializados, reuniones programadas, entre otros. Se debe entender que es más fácil hacer una presentación animada que permita una mejor comprensión.

Esta etapa se puede considerar después de la etapa 4, dependiendo de la planificación realizada para el levantamiento de procesos. Los cuales pueden ser plasmados en manuales, protocolos, guías o procedimientos organizacionales que después pueden ser compartidos con los dueños de los procesos.

### **Paso 4 - Proceso de diseño y mejora**

Este puede ser la etapa más larga por el hecho de que se tendrá que rediseñar muchos procesos, vinculándolos o desvinculándose de otros. Es probable que se necesite considerar modelos de la organización o de otras (Benchmarking) que tengan casos de éxitos para apoyar los cambios en el proceso. Por consiguiente, es importante usar herramientas que permitan un modelado profesional.

La clave para esta etapa es efectivizar los procesos por medio la conexión con los datos, aplicaciones, estrategias, metas y con múltiples procesos. Todo esto con el fin de que las piezas encajen.

### **Paso 5 - Simulación y optimización de procesos**

Esta etapa puede considerarse de elección para la organización, debido a que existen diferentes puntos de vista en la comunidad *BPM* referente a su utilidad en el impacto de la implementación de los nuevos procesos. Si la organización opta por simular los procesos antes de su ejecución en la realidad, puede reducir los riesgos asociados a posibles errores, permitiendo optimizar los recursos con mayor detalle.

Así mismo, la precisión de la simulación y la data calculada, dependerá del nivel tecnológico del programa de simulación. Para ello el reto será el nivel de comprensión de los que utilicen esta herramienta.

### **Paso 6 - Generación y ejecución de proceso**

Es importante considerar el diseño de *workflows* como una parte del desafío de conectar diversos procesos en conjunto, lo que permite realizar un análisis de impacto al cambiar de flujos. El desafío recae en tener mayor precisión sobre los procesos a expresarse, inicialmente se debería buscar vincular modelos de flujos precisos con modelos imprecisos, y después de generar los flujos previstos para ejecutarlos en el motor elegido.

### **Paso 7 - Monitorización y Gestión de Procesos**

Es importante considerar los cuadros de mando para tener acceso a los datos a través de dispositivos móviles o con posibles alertas por correo electrónico, siendo el propósito principal del panel el seguimiento y la alerta. A través de estos paneles, la alta dirección permitirá ver que está ocurriendo en la organización, y de esta manera estará en la capacidad de asignar el personal necesario de una manera más apropiada, optimizando los recursos, corrigiendo los errores y simulando nuevos rediseños en los procesos.

#### **3.1.3.5. Ciclo PHVA: planear, hacer, verificar y actuar.**

Es una herramienta fundamental para administrar procesos, a través de su mantenimiento y mejoramiento continuo de los resultados obtenidos por la organización y sus diferentes áreas (47).

Se debe comprender en primer lugar la estandarización con gestión de control de la calidad, para lo cual CírculoTec (47) (p. 14) define a los estándares como:

Conjunto de políticas, objetivos y metas, normas, especificaciones, manuales, procedimientos, reglamentos, instrucciones de trabajo, guías, diagramas, moldes, ayudas visuales o sensoriales, etc., escritos, eléctricos, electrónicos, mecánicos,

gráficos o perceptibles por medio de los sentidos, junto con sus instrucciones de uso, necesarios para que el trabajo se realice de manera consistente y se tenga el soporte apropiado para el mejoramiento continuo.

El ciclo PHVA según CirculoTec<sup>47</sup> consiste en:

1. **Planear:** Es el primer paso que se debe realizar, planteándose políticas, objetivos y metas. Para lo cual debe haber una congruencia entre necesidades y expectativas de clientes y partes interesadas.
2. **Hacer:** Implica comunicar resultados de la etapa anterior a través de las actividades y el registro de los datos.
3. **Verificar:** Se comparan los avances, tendencias y resultados obtenidos en relación con lo ejecutado.
4. **Actuar:** Se toma decisiones relacionadas con las verificaciones y control hechos para realizar modificaciones si el proceso lo requiere.

Tabla 8.

*Pasos del ciclo de PHVA*

<b>Planear</b>	1	-Establecer políticas, determinar objetivos y metas.
	2	-Establecer métodos para alcanzar los objetivos y las metas/estandarización.
<b>Hacer</b>	3	-Comunicación, toma de conciencia y formación.
	4	-Ejecución de las actividades/registro de datos.
<b>Verificar</b>	5	-Verificar los procesos y resultados obtenidos.
<b>Actuar</b>	6	-Tomar las acciones.

*Nota:* Adaptado del CírculoTec (47).

Como menciona CírculoTec (47) los indicadores, controles, comunicación, ejecución y verificación consisten en:

**a. Indicadores de verificación**

Se consideran como índices numéricos (mano de obra, personal, maquinaria, método, materia prima y medio ambiente) sobre factores causales que afecten el resultado. Un indicador de verificación puede ser un indicador de control referente al proceso anterior.

**b. Indicador de Control**

Los indicadores de control son índices numéricos que están asociados a seis dimensiones: calidad intrínseca (especificaciones), precio, entrega, seguridad, medio ambiente y motivación. Mostrando el nivel de cumplimiento de los requisitos del cliente (interno y externo).

**c. Comunicación, toma de conciencia y formación**

Es importante que la alta dirección o personal con atribuciones de mando mantenga informado al personal, potenciando las competencias necesarias para cumplir con las actividades que

se les asignen. Para este fin, se debe asegurar que las herramientas de trabajo sean leídas, entendidas y se apliquen de acuerdo a los programas y estándares establecidos.

**d. Ejecución de las actividades/registro de datos**

En esta etapa, se ejecutan las actividades de acuerdo a los programas, métodos o procedimientos previstos en la etapa de planificación, para esto es importante llevar un registro oportuno de los controles referente a los factores causales.

**e. Verificar los procesos y resultados obtenidos**

En esta etapa, por medio de herramientas gráficas y estadísticas, se comprueban que los procesos están dentro de los límites esperados y no se presentan potenciales incumplimientos a través de las tendencias. Referente a las acciones correctivas se cuenta con acciones de mantenimiento, mejoramiento y corrección<sup>47</sup>.

Para CírculoTec (47), estas acciones se clasifican en los siguientes sub ciclos:

**f. Tomar las acciones adecuadas**

Se puede optar por tres subciclos, de acuerdo a los resultados obtenidos en la etapa de verificación.

**f.1. Subciclo de mantenimiento**

Cuando se obtiene resultados conformes se puede mantener con la ejecución de las actividades establecidas. Es importante considerar que los procesos en la actualidad tienden a cambiar en ciclos muy cortos, por lo que si estancamiento proporcionaría estancamiento en la competitividad.

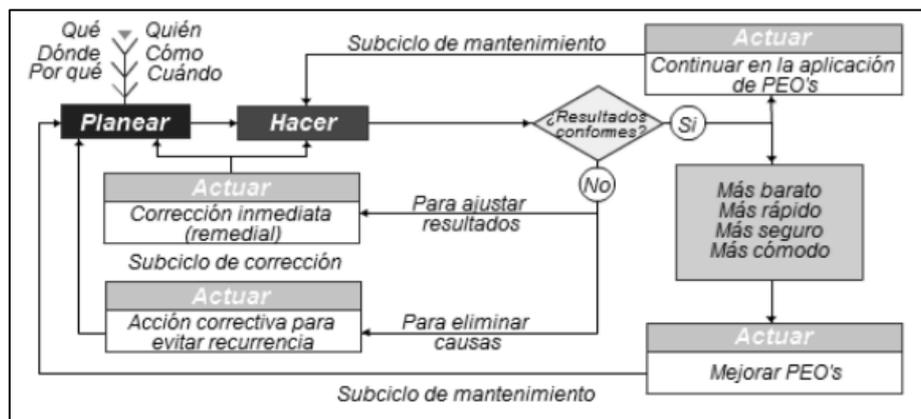


Figura 11. Mantenimiento de procesos. Tomado de «El ciclo PHVA: Planear, Hacer, Verificar y Actuar» CírculoTec (47) (p. 24).

**f.2. Subciclo de mejoramiento**

Cuando el resultado es conforme se puede evaluar la estabilidad del proceso, solo así es factible su mejoraría. Para ello, se debe administrar ideas y propuestas de los colaboradores con el fin de hacer los procesos más fáciles, más seguros, más económicos y en conclusión más óptimos.

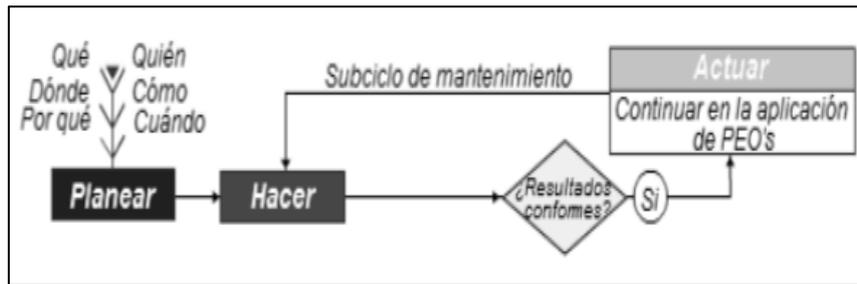


Figura 12. Mejoramiento de procesos. Tomado de «El ciclo PHVA: Planear, Hacer, Verificar y Actuar» CírculoTec (47) (p. 26).

### f.3. Subciclo de corrección

Cuando se cuentan con “no conformidades” se debe poseer un análisis de procesos, identificado las raíces de los problemas. Una vez detectados se deberá contemplar medidas correctivas que eviten que se vuelvan a presentar.

Es importante considerar que cuando se encuentra que las medidas adoptadas son eficientes, se debe realizar una revisión a los métodos, normas o indicadores para evaluar su estado de vigencia y mantenerlos controlados.

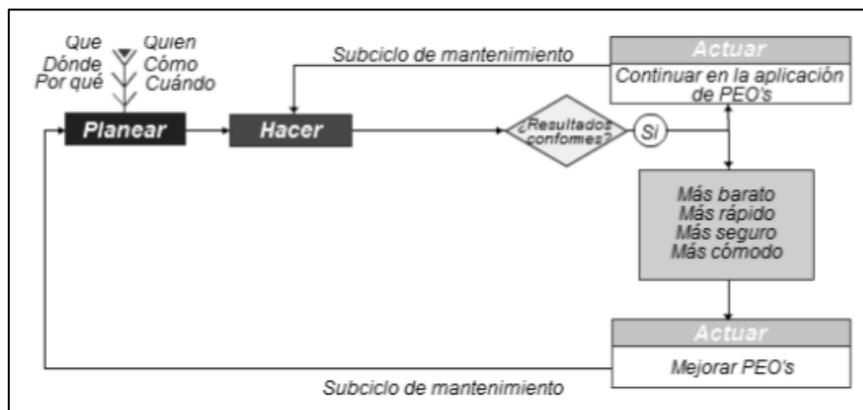


Figura 13. Corrección de procesos. Tomado de «El ciclo PHVA: Planear, Hacer, Verificar y Actuar» CírculoTec (47) (p. 26).

### 3.1.3.6. Indicadores de gestión administrativa.

Estos indicadores se entienden como expresiones cuantitativas referentes a los desempeños de todas las partes que intervienen en un proceso, cuyos resultados son comparados con un punto de referencia, en la cual se puede mostrar desviaciones que pueden ayudar en la toma de decisiones (correctivas, preventivas) según sea el caso. Los indicadores según Ríos (48) pueden ser:

#### a. Indicador de resultados críticos

Son resultados críticos que reflejan indicadores históricos de desempeños organizacionales.

#### b. Indicador de performance

Indican información sobre las acciones a realizar para optimizar los procesos.

### **c. Indicador de resultados**

Indican lo que se ha logrado y qué actividades o procesos han sido los que más éxito han tenido.

### **d. Indicador de desempeño**

Indican las métricas de información relevante, los cuales según Sydle-b (49) pueden ser:

#### **d.1. KPI de calidad**

- Porcentaje de productos con fallos.
- Índice de quejas, reclamos de los clientes.
- Eficiencia de la actividad productiva.
- Efectividad de calidad de productos terminados.

#### **d.2. KPI financieros**

- Índice de rentabilidad (Beneficio/Ingreso x 100).
- Índice de rendimiento sobre una inversión.
- Índice de ingresos y costos durante un periodo de tiempo.

#### **d.3. KPI aplicados al cliente**

- Índice de satisfacción de los clientes.
- Tasa de retención de clientes en el tiempo.
- Índice de *Net Promoter Score*.
- Tiempo de atención en primera instancia.

#### **d.3. KPI de productividad**

- Índice de capacidad para dar respuesta a ciertos procesos.
- Horas trabajadas por los colaboradores.
- Número de clientes que finalizaron una relación con los clientes.

#### **d.4. KPI estratégicos**

- Índice de crecimiento promedio de la empresa.
- Rentabilidad.
- Participación en el mercado.

MES	NOMBRE DE ASOCIADO	FECHA DE REGISTRO	HORA DE ENTRADA	FECHA DE REGISTRO	HORA DE SALIDA	INDICADOR	NUMERO DE ASOCIADO
Octubre	LOPEZ MEDINA BERNARDO	01/10/2012	09:10	01/10/2012	17:00	● 07:50	1149
	JULIO CESAR CEBALLOS RIVERA	01/10/2012	09:01	01/10/2012	17:00	● 07:59	1148
	GILBERTO PRADO REYES	01/10/2012	10:00	01/10/2012	18:00	● 08:00	1138
	LUIS CARLOS RAMIREZ ONTIVEROS	01/10/2012	10:55	01/10/2012	19:00	● 08:05	1150
	GONZALEZ PEREZ SALAZAR JESUS	01/10/2012	09:20	01/10/2012	17:28	● 08:08	1139
	DOROTEA AMADA ALONZO Uc	01/10/2012	09:16	01/10/2012	17:28	● 08:12	1132
	ADRIANA MARTINEZ CRUZ	01/10/2012	09:18	01/10/2012	17:30	● 08:12	1129
	FABIOLA LOPEZ AVALOS	01/10/2012	09:10	01/10/2012	17:28	● 08:18	1135
	JOSE LUIS CARVAJAL SALCEDO	01/10/2012	09:10	01/10/2012	17:31	● 08:21	1144
	ALEJANDRA OCOTOXTLE MEDINA	01/10/2012	09:00	01/10/2012	17:28	● 08:28	1130
	JORGE SEGUNDO JUAREZ	01/10/2012	09:01	01/10/2012	17:29	● 08:28	1142
	FRANCO RINCON GENARO	01/10/2012	08:59	01/10/2012	17:28	● 08:29	1136
	GARCIA RODRIGUEZ DINORA JUDITH	01/10/2012	09:00	01/10/2012	17:31	● 08:31	1137
	EDWIN EDUARDO TURCIOS ROQUE	01/10/2012	09:01	01/10/2012	17:33	● 08:32	1133
	LUIS AGUIRRE SALCIDO	01/10/2012	09:00	01/10/2012	17:32	● 08:32	1145
	MARIO JESUS GARZA MEJIA	01/10/2012	09:01	01/10/2012	17:35	● 08:34	1151
	JOSE GUSTAVO TORRES PENICHE	01/10/2012	09:10	01/10/2012	17:51	● 08:41	1143
	MON IDANIA REGALADO JIMENEZ	01/10/2012	09:11	01/10/2012	17:55	● 08:44	1141
	GORDILLO NATAREN JESUS FAUSTINO	01/10/2012	09:11	01/10/2012	18:00	● 08:49	1140
	ALVA MARTINEZ AIMEE	01/10/2012	09:00	01/10/2012	17:55	● 08:55	1131
	ERICKA DEL CARMEN ALVARADO VILLEGAS	01/10/2012	08:30	01/10/2012	17:25	● 08:55	1134
	JOSE PRUDENCIO SOLIS GAMBOA	01/10/2012	08:55	01/10/2012	18:00	● 09:05	1146
	ADME ORLANDO MOTA PEREZ	01/10/2012	09:00	01/10/2012	18:10	● 09:10	1128
JUAN JUVENCIO ESCAMILLA MEJIA	01/10/2012	08:59	01/10/2012	19:00	● 10:01	1147	

Figura 14. Ejemplo de indicador de desempeño. Tomado de «Key Performance Indicators», por Ríos (48) (p. 47).

## CAPÍTULO IV: DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES

### 4.1. Descripción de actividades profesionales

El proyecto de implementación de sistema *BPM* y *PHVA* se realizó por etapas consideradas en la tabla 9. Los cronogramas y las fechas están mencionados en la figura 56.

Tabla 9.

*Actividades realizadas en el proceso de implementación BPM y PHVA*

PHVA	Fases del Proyecto	Actividades	BPM
<b>Planear</b>	Conformación de equipo	Búsqueda de colaboradores con los requisitos necesarios	<b>Etapas preliminar</b>
		Capacitación inicial a equipo de trabajo	<b>Etapas preliminar</b>
		Asignación de procesos a equipo de trabajo	<b>Etapas preliminar</b>
		Presentación de equipo de trabajo a dueños de procesos	<b>Etapas preliminar</b>
	Fase I: Etapa Línea Base	Primera reunión con encargados de área	<b>Etapas 1: Descubrir y simplificar</b>
<b>Hacer</b>	Fase II: Etapa As-IS	Revisión de la documentación y condiciones de áreas	<b>Etapas 1: Descubrir y simplificar</b>
		Reunión con personal de las diferentes áreas para levantamiento de procesos	<b>Etapas 2: Capturar y documentar</b>
		Identidad corporativa	<b>Etapas 2: Capturar y documentar</b>
		Mapa de procesos	<b>Etapas 2: Capturar y documentar</b>
		Inventario de procedimientos	<b>Etapas 2: Capturar y documentar</b>
		Flujograma de procedimientos	<b>Etapas 2: Capturar y documentar</b>
		Ficha técnica de procesos	<b>Etapas 2: Capturar y documentar</b>
		Diagrama de análisis de procedimiento	<b>Etapas 2: Capturar y documentar</b>
		Establecimiento KPI's	<b>Etapas 2: Capturar y documentar</b>
		Reunión formal con Gerencia General con los resultados obtenidos	<b>Etapas 3: Publicar y animar</b>
		Rediseño de identidad corporativa	<b>Etapas 4: Diseñar y mejorar</b>
		Rediseño de mapa de procesos	<b>Etapas 4: Diseñar y mejorar</b>
		Rediseño de inventario de procedimientos	<b>Etapas 4: Diseñar y mejorar</b>
Fase III: Etapa To-BE	Rediseño de flujograma de procedimientos	<b>Etapas 4: Diseñar y mejorar</b>	
	Rediseño de ficha técnica de procesos	<b>Etapas 4: Diseñar y mejorar</b>	
	Rediseño de diagrama de análisis de procesos	<b>Etapas 4: Diseñar y mejorar</b>	
	Establecimientos de KPI's de desempeño	<b>Etapas 4: Diseñar y mejorar</b>	

<b>Verificar</b>		Elaboración de manual de calidad del área	<b>Etapas 4: Diseñar y mejorar</b>
		Elaboración de manual de procesos y procedimientos del área	<b>Etapas 4: Diseñar y mejorar</b>
		Reunión con la Gerencia General y Gerencia de Salud	<b>Etapas 5: Simular y optimizar</b>
		Socialización del cambio de procesos	<b>Etapas 6: Generar y ejecutar</b>
		Ejecución de los nuevos procesos en cada área funcional	<b>Etapas 6: Generar y ejecutar</b>
	Fase IV: Implementación y Monitoreo	Monitoreo y supervisión de la ejecución de los procesos establecidos	<b>Etapas 7: Monitorizar y gestionar</b>
		Evaluación estadística del desempeño	<b>Etapas 7: Monitorizar y gestionar</b>
		Reuniones mensuales con coordinadores de áreas y gerencia general	<b>Etapas 7: Monitorizar y gestionar</b>
	Fase V: Mejora Continua	Medidas de mantenimiento	<b>Etapas 7: Monitorizar y gestionar</b>
	<b>Actualizar</b>	Medidas de prevención	<b>Etapas 7: Monitorizar y gestionar</b>
	Medidas de mejoramiento	<b>Etapas 7: Monitorizar y gestionar</b>	
	Medidas de corrección	<b>Etapas 7: Monitorizar y gestionar</b>	

Fuente: Elaboración propia.

### a. Búsqueda de colaboradores con los requisitos necesarios

Se realizó una solicitud al Área de Talento Humano para la Convocatoria a personal con los siguientes requisitos:

1. Puesto Disponibles: 9.

2. Área: Calidad y Procesos.

3. Formación profesional:

Estudiantes, egresados o bachiller de Ingeniería Industrial, Administración de Empresas, Ingeniería de Sistemas, Ingeniería Informática, Ingeniería Empresarial, Ingeniería de Métodos y/o similares.

4. Experiencia:

Un año de experiencia en el área de calidad administrativa o relacionada (Sector Producción o Sector Servicio). Deseable: Un año de experiencia en gestión de procesos y mejora continua.

5. Conocimientos:

*Business Procces Managment* (deseable), Ciclo PHVA, Mejora continua (*Kaizen*), 5S (deseable), Metodologías Ágiles (deseable).

6. Manejo de ofimática:

*Excel* (avanzado), *Word* (avanzado), *Project* (avanzado), *Visio* (avanzado), *Bizaggi Modeler* (avanzado), *Power BI* (deseable).

7. Funciones:

Levantamiento de procedimientos para todas las áreas funcionales (asistenciales, administrativas, operativas y auxiliares) de "La IPRESS".

En el Anexo 1, se puede apreciar la conformación del equipo de trabajo.

#### **b. Capacitación inicial a equipo de trabajo**

El asesor externo de "La IPRESS" es el encargado de capacitar al equipo referente a la metodología de trabajo, las metas, los objetivos, los indicadores y los entregables de todas las fases de desarrollo del proyecto para implementación de *BPM* y *PHVA*. Para lo cual, el asesor líder del proyecto explica las fases a realizar en cada etapa del proyecto para el equipo de trabajo.

En el Anexo 1, se puede apreciar la capacitación al equipo de trabajo.

#### **Fase I: Etapa línea base**

1. Documentos y condiciones presentes en las áreas.
2. Primera reunión de coordinación con los encargados de área.

#### **Etapa II: AS-IS**

1. Reunión con personal de las diferentes áreas para levantamiento de procesos.
2. Identidad corporativa (organigrama funcional, visión, misión y cultura de valores del área).
3. Inventario de procedimientos (todas las actividades que se realizan en el área).
4. Mapa de procesos (procesos claves, estratégicos y auxiliares considerados).
5. Flujogramas de procedimientos (secuencia de actividades y tareas como se están realizando).
6. Ficha técnica de procesos (se fundamenta las bases legales, los recursos, materiales, entradas y salidas que se esperan de cada proceso).
7. Diagrama de análisis de procedimiento (estimación de tiempos realizados por cada actividad).
8. Establecimiento de KPI's para la evaluación de desempeño en la condición actual.
9. Reunión formal con la Gerencia General para evaluar los resultados obtenidos.

#### **Fase III: To-Be**

1. Rediseño de organigrama funcional, visión, misión e identidad corporativa.
2. Rediseño de inventario de procedimientos.
3. Rediseño de mapa de procesos.

4. Rediseño de flujograma de procedimientos.
5. Rediseño de ficha técnica de procesos.
6. Rediseño de diagrama de análisis de procesos.
7. Establecimientos de KPI's de desempeño.
8. Elaboración de manual de calidad del área.
9. Elaboración de manual de procesos y procedimientos del área.
10. Elaboración de documento alternativo requerido para el proceso.
11. Reunión con la Gerencia General y Gerencia de Salud.

#### **Fase IV: Implementación y monitoreo**

1. Socialización del cambio de procesos (programación de capacitación a personal involucrado por áreas y entrega de manuales a personal responsable).
2. Ejecución de los nuevos procesos en cada área funcional.
3. Monitoreo y supervisión de la ejecución de los procesos establecidos.
4. Evaluación estadística del desempeño.
5. Reuniones mensuales con coordinadores de áreas y gerencia general.

#### **Fase V: Mejora continua**

1. Medidas de mantenimiento.
2. Medidas de prevención.
3. Medidas de corrección.
4. Medidas de mejoramiento.

#### **c. Asignación de procesos a equipo de trabajo**

##### **Colaborador 1:**

Área de Logística y Patrimonio, Área de Archivos, Área de Infraestructura, Área de Talento Humano.

##### **Colaborador 2:**

Área de Facturación, Área de Contabilidad, Área de Tesorería, Área de Auditoría Médica.

##### **Colaborador 3:**

Área de Diagnóstico por Imágenes, Área de Laboratorio, Área de Promotoría, Área de Call Center.

**Colaborador 4:**

Área de Atención al cliente, Área de Trámites y Cartas de Garantía, Área de Marketing, Área de Relaciones Interinstitucionales.

**Colaborador 5:**

Área de Nutrición y Dietética, Área de Salud Ocupacional, Área de Emergencias, Área de Hospitalización.

**Colaborador 6:**

Área de URPA, Área de UCI, Área de UCIN, Área de Esterilización.

**Colaborador 7:**

Área de Farmacia, Área de Medicentro, Área de Sala de Operaciones, Área de Prestaciones con estadía.

**Colaborador 8:**

Área de Dirección Médica, Área de Seguridad Intrahospitalaria, Área de Relaciones Interinstitucionales, Área de SSOMA.

**Colaborador 9:**

Consultorios externos.

**Bachiller Joseph Arriaran Vergara:**

Área de Gerencia de Salud, Área de Gerencia General, Área de Coordinación de Gerencia, Área de Calidad y Procesos, Área de Servicios Auxiliares (Limpieza, Mantenimiento, Vigilancia, rehabilitación física).

**d. Presentación de equipo de trabajo a dueños de procesos**

Se solicitó al Área de Talento Humano el recorrido a los colaboradores para presentación de dueños de procesos, con los siguientes criterios:

Tabla 10.

*Cronograma de presentación de equipo de trabajo a dueños del proceso*

<b>Colaborador</b>	<b>Procesos</b>	<b>Hora de recorrido</b>	<b>Piso</b>	<b>Pabellón</b>	<b>Fecha</b>
Colaborador 1	Área de Talento Humano	08:00-08:05	2	Pabellón externo administrativo	31/01/2022
Colaborador 2	Área de Facturación	08:05-08:10	2	Pabellón externo administrativo	31/01/2022
Colaborador 2	Área de Contabilidad	08:10-08:15	2	Pabellón externo administrativo	31/01/2022
Colaborador 2	Área de Tesorería	08:15-08:20	2	Pabellón externo administrativo	31/01/2022
Colaborador 3	Área de Call Center	08:20-08:25	2	Pabellón externo administrativo	31/01/2022
Colaborador 4	Área de Marketing	08:25-08:30	2	Pabellón externo administrativo	31/01/2022
Joseph Arriaran	Vigilancia	08:35-08:40	1	Patio principal	31/01/2022
Colaborador 7	Área de Farmacia	08:40-08:45	1	Patio principal	31/01/2022
Colaborador 4	Área de Atención al cliente	08:45-08:50	1	Patio principal	31/01/2022
Colaborador 3	Área de Promotoría	08:50-08:55	1	Patio principal	31/01/2022
Colaborador 4	Área de Trámites y Cartas de Garantía	08:55-09:00	1	Patio principal	31/01/2022
Colaborador 5	Área de Emergencias	09:00-09:05	1	Patio principal	31/01/2022
Colaborador 9	Consultorio de Medicina Internista	09:05-09:10	1	Patio principal	31/01/2022
Colaborador 9	Consultorio de Neumología	09:10-09:15	1	Patio principal	31/01/2022
Colaborador 8	Área de Seguridad Intrahospitalaria	09:15-09:20	1	Pabellón posterior	31/01/2022
Colaborador 1	Área de Archivos	09:20-09:25	1	Pabellón B	31/01/2022
Colaborador 4	Área de Relaciones Interinstitucionales	09:25-09:30	1	Pabellón B	31/01/2022
Colaborador 5	Área de Salud Ocupacional	09:30-09:35	1	Pabellón B	31/01/2022
Colaborador 1	Área de Infraestructura	09:35-09:40	0	Sótano	31/01/2022
Colaborador 3	Área de Diagnóstico por Imágenes	09:40-09:45	0	Sótano	31/01/2022
Joseph Arriaran	Limpieza	09:45-09:50	1	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 3	Área de Laboratorio	09:50-09:55	2	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 9	Consultorios de Pediatrías	09:55-10:00	3	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 9	Consultorio de Urología	10:00-10:05	3	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 9	Consultorios de Ginecología	10:05-10:10	3	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 9	Endocrinología	10:10-10:15	3	Pabellón A	31/01/2022
Joseph Arriaran	Rehabilitación Física	10:15-10:20	3	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 9	Consultorio de Medicina Interna	10:20-10:25	4	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 9	Consultorio de Neurología	10:25-10:30	4	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 9	Consultorio de Cirugía General	10:30-10:35	4	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 9	Consultorio de Neumología	10:35-10:40	4	Pabellón A	31/01/2022

Colaborador 9	Consultorio de Traumatología	10:40-10:45	4	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 9	Consultorio de Cardiología	10:45-10:50	4	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 5	Área de Nutrición y Dietética	10:50-10:55	5	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 9	Consultorio de Odontología	10:55-11:00	5	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 9	Consultorio de Cirugía de Cuello Uterino	11:00-11:05	5	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 9	Consultorio de Urología	11:05-11:10	5	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 9	Consultorio de Cardiología	11:10-11:15	5	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 9	Consultorio de Gastroenterología	11:15-11:20	5	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 9	Consultorio de Neurología	11:20-11:25	5	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 2	Área de Auditoría Médica.	11:25-11:30	6	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 8	Área de Dirección Médica	11:30-11:35	6	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 5	Área de Hospitalización	11:35-11:40	7	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 5	Área de Hospitalización	11:40-11:45	8	Pabellón A	31/01/2022
Joseph Arriaran	Lavandería	11:45-11:50	8	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 7	Área de Sala de Operaciones	11:50-11:55	9	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 6	Área de URPA	11:55-12:00	10	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 6	Área de UCI	12:00-12:05	10	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 6	Área de UCIN	12:05-12:10	10	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 6	Área de Esterilización	12:10-12:15	10	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 8	Área de Sistemas e Informática	12:15-12:20	11	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 9	Consultorios	12:20-12:25	11	Pabellón A	31/01/2022
Joseph Arriaran	Mantenimiento	12:25-12:30	11	Pabellón A	31/01/2022
Colaborador 7	Área de Prestaciones con Estadía	12:30-12:35	3	Pabellón C	31/01/2022
Colaborador 8	Área de SSOMA	12:35-12:40	2	Pabellón C	31/01/2022
Joseph Arriaran	Área de Gerencia de Salud	12:40-12:45	2	Pabellón C	31/01/2022
Joseph Arriaran	Área de Gerencia General	12:45-12:50	2	Pabellón C	31/01/2022
Joseph Arriaran	Área de Coordinación de Gerencia	12:50-12:55	2	Pabellón C	31/01/2022
Joseph Arriaran	Área de Calidad y Procesos	12:55-13:00	2	Pabellón C	31/01/2022
Colaborador 1	Área de Logística y Patrimonio	13:15-13:25	1	Parte exterior de clínica	31/01/2022
Colaborador 7	Área de Medicentro	13:45-13:55	1	Local externo	31/01/2022

Fuente: Elaboración propia.

#### **e. Primera reunión con encargados de área**

En esta actividad se realiza la explicación del proyecto de implementación a los coordinadores de las áreas en cuestión. Para lo cual se solicita su compromiso, apoyo y liderazgo en el proceso de mejora, mencionando los requerimientos del sistema, basándose en los siguientes criterios:

1. Reunión de los coordinadores con los colaboradores de su área para explicar el proceso de inspección que realizará el equipo encargado del levantamiento de procedimientos.
2. Tener toda la documentación (física y digital) preparada para el registro, en el programa maestro de registros de documentos.
3. No realizar ningún cambio, orden y/o remodelación de las áreas antes de realizar la línea base, y ante cualquier cambio avisar al área del ACP para poder registrar el evento.
5. Toda guía, protocolo, procedimiento, manual, requerimiento legal que se quiera implementar en el área deber ser avisado al ACP para su respectivo control, registro y aprobación para ser usado como documento oficial de “La IPRESS”.
5. Cualquier reasignación, despido, o ingreso de personal al área deberá ser avisado al área de ACP para poder actualizar la información en la base de datos.
6. Todo cambio de procesos, actividades o tareas que se quieran modificar, adaptar o eliminar será notificado al Área de Calidad y Procesos.
7. El coordinador deberá contemplar no que el personal a su cargo no realice reuniones o actividades que interfieran con el proceso de auditoría en la fecha y hora programada, salvo emergencias o motivos de fuerza mayor.

#### **f. Revisión de la documentación y condiciones de áreas**

Se realizó la auditoría de línea base en las áreas programadas, de acuerdo al *Checklist* mencionado en el Anexo 2. El cronograma de auditoría e intervención de las áreas se reflejan en la tabla 11.

Tabla 11.

*Cronograma de auditoría interna para todas las áreas de “La Clínica”*

Colaborador	Procesos	Periodo de auditoría	Cumplimiento de Checklist de los 28 ítems	
			Cantidad	Porcentaje
Colaborador 1	Área de Talento Humano	07:30-08:30	7	25.00 %
Colaborador 1	Área de Archivos	08:45-09:45	4	14.29 %
Colaborador 1	Área de Infraestructura	10:00-11:00	5	17.86 %
Colaborador 1	Área de Logística y Patrimonio	11:15-12:15	2	7.14%
Colaborador 2	Área de Facturación	09:00-10:00	8	28.57 %
Colaborador 2	Área de Contabilidad	10:15-11:15	9	32.14 %
Colaborador 2	Área de Tesorería	11:30-12:30	5	17.86 %
Colaborador 2	Área de Auditoría Médica.	12:45-13:45	3	10.71 %
Colaborador 3	Área de Call Center	08:00-09:00	3	10.71 %
Colaborador 3	Área de Promotoría	09:15-10:15	2	7.14 %
Colaborador 3	Área de Diagnóstico por Imágenes	10:30-11:30	13	46.43 %
Colaborador 3	Área de Laboratorio	11:45-12:45	14	50.00 %
Colaborador 4	Área de Marketing	08:45-09:45	14	50.00 %
Colaborador 4	Área de Atención al cliente	10:00-11:00	10	35.71 %
Colaborador 4	Área de Trámites y Cartas de Garantía	11:15-12:15	5	17.86 %
Colaborador 4	Área de Relaciones Interinstitucionales	12:30-13:30	6	21.43 %
Colaborador 5	Área de Emergencias	09:15-10:15	5	17.86 %
Colaborador 5	Área de Salud Ocupacional	10:30-11:30	8	28.57 %
Colaborador 5	Área de Nutrición y Dietética	11:45-12:45	6	21.43 %
Colaborador 5	Área de Hospitalización	13:00-14:00	7	25.00 %
Colaborador 6	Área de URPA	08:30-09:30	6	21.43 %
Colaborador 6	Área de UCI	09:45-10:45	6	21.43 %
Colaborador 6	Área de UCIN	11:00-12:00	7	25.00 %
Colaborador 6	Área de Esterilización	12:15-13:15	6	21.43 %
Colaborador 7	Área de Farmacia	15:00-16:00	4	14.29 %
Colaborador 7	Área de Sala de Operaciones	16:15-17:15	4	14.29 %
Colaborador 7	Área de Prestaciones con Estadía	17:30-18:30	7	25.00 %
Colaborador 7	Área de Medicentro	18:45-19:45	6	21.43 %
Colaborador 8	Área de Seguridad Intrahospitalaria	14:30-15:30	8	28.57 %
Colaborador 8	Área de Dirección Médica	15:45-16:45	11	39.29 %
Colaborador 8	Área de Sistemas e Informática	17:00-18:00	10	35.71 %
Colaborador 8	Área de SSOMA	18:15-19:15	16	47.52 %

Colaborador 9	Consultorio de Medicina Interna	16:45-16:55	2	7.14%
Colaborador 9	Consultorio de Neumología	17:00-17:10	2	7.14%
Colaborador 9	Consultorios de Pediatrías	17:15-17:25	2	7.14%
Colaborador 9	Consultorio de Urología	17:30-17:40	2	7.14%
Colaborador 9	Consultorio de Ginecología	17:45-17:55	2	7.14%
Colaborador 9	Consultorio de Endocrinología	18:00-18:10	2	7.14%
Colaborador 9	Consultorio de Medicina Interna	18:15-18:25	1	3.57 %
Colaborador 9	Consultorio de Neurología	18:30-18:40	2	7.14%
Colaborador 9	Consultorio de Cirugía General	18:45-18:55	1	3.57 %
Colaborador 9	Consultorio de Neumología	19:00-19:10	1	3.57 %
Colaborador 9	Consultorio de Traumatología	19:15-19:25	2	7.14%
Colaborador 9	Consultorio de Cardiología	19:30-19:40	1	3.57 %
Colaborador 9	Consultorio de Odontología	19:45-19:55	2	7.14%
Colaborador 9	Consultorio de Cirugía de Cuello Uterino	18:00-18:10	2	7.14%
Colaborador 9	Consultorio de Gastroenterología	18:15-18:25	1	3.57 %
Joseph Arriaran	Vigilancia	08:00-08:30	3	10.71 %
Joseph Arriaran	Limpieza	08:40-09:10	3	10.71 %
Joseph Arriaran	Rehabilitación Física	09:20-09:50	8	28.57 %
Joseph Arriaran	Lavandería	10:00-10:30	3	10.71 %
Joseph Arriaran	Mantenimiento	10:40-11:10	3	10.71 %
Joseph Arriaran	Área de Coordinación General	11:20-11:50	10	35.71 %
Joseph Arriaran	Área de Gerencia de Salud	12:00-12:30	12	21.43 %
Joseph Arriaran	Área de Gerencia General	12:40-13:10	15	25.00 %
Joseph Arriaran	Área de Calidad y Procesos	13:20-13:55	19	40.74 %

*Nota.* Elaboración propia.

Posterior a la auditoría, realizada en las diferentes áreas programadas, se realizó el registro y se trabajó el procesamiento de la información recabada por un lapso aproximado de 15 días.

#### **g. Reunión con personal de las diferentes áreas para levantamiento de procesos**

El levantamiento de procedimientos se realizó con relación a la revisión de la documentación auditada, según se muestra en la tabla 11 donde se refleja el nivel de cumplimiento de los ítems auditados, para su posterior levantamiento. Se encontró que algunas áreas poseían flujogramas y/o inventarios de las actividades realizadas, mientras que la gran mayoría no poseía estas herramientas. Para facilitar el levantamiento se agrupó a las áreas entre las que tenían estas herramientas para validar la información y modificar los procedimientos, actividades o tareas que no eran correctas, y en áreas que no poseían estas herramientas, en los cuales se realizó un bosquejo de los procedimientos desde el inicio. Para este fin,

reunieron los representantes del Área de Calidad y Procesos, con los coordinadores y sus respectivos jefes de áreas para el levantamiento de procedimientos. Como se muestra en la tabla 12.

Tabla 12.

*Programación de levantamiento de procedimientos*

Grupo	Colaborador	Procesos	Periodo de auditoría	Dueños de procesos
Grupo 1	Colaborador 3	Área de Laboratorio	07:30-8:30	1. Coordinador de laboratorio. 2. Asistente administrativo. 3. Asistente técnico de laboratorio. 4. Jefe de anatomía patológica.
	Colaborador 3	Área de Diagnóstico por imágenes	8:45-9:45	1. Coordinador del área de diagnóstico por imágenes. 2. Asistente administrativo. 3. Asistente de diagnóstico por imágenes.
	Colaborador 8	Área de SSOMA	10:00-11:00	1. Asesor externo. 2. Asistente SSOMA.
	Colaborador 7	Área de Farmacia	11:15-12:15	1. Coordinador de farmacia. 2. Asistente de farmacia. 3. Supervisor comercial. 4. Asistente de logística de farmacia.
	Colaborador 2	Área de Facturación	09:00-10:00	1. Coordinador de operaciones. 2. Asistente administrativo. 3. Auditor administrativo.
	Colaborador 2	Área de Contabilidad	10:15-11:15	1. Coordinadora de gerencia. 2. Jefe de contabilidad.
	Colaborador 2	Área de Tesorería	11:30-12:30	1. Coordinador de operaciones. 2. Supervisora de caja.
	Colaborador 4	Área de Marketing	12:45-13:45	1. Coordinador de marketing. 2. Supervisor de marketing digital. 3. Supervisor de marketing comercial.
	Joseph Arriaran	Área de Calidad y Procesos	08:00-09:00	1. Asesor externo. 2. Asistente de ACP.
Grupo 2	Colaborador 1	Área de Talento Humano	09:15-10:15	1. Coordinadora del área de talento humano. 2. Asistente de reclutamiento. 3. Asistente de desarrollo y bienestar laboral. 4. Asistente de Planillas.
	Colaborador 1	Área de Archivos	10:30-11:30	1. Coordinador de operaciones. 2. Asistente administrativo
	Colaborador 1	Área de Infraestructura	11:45-12:45	1. Coordinadora de gerencia. 2. Arquitecta en jefe.
	Colaborador 1	Área de Logística y Patrimonio	08:45-09:45	1. Coordinadora de gerencia. 2. Jefe de logística y almacenes.
	Colaborador 2	Área de Auditoría Médica.	10:00-11:00	1. Asistente de gerente de salud. 2. Director médico.

Colaborador 3	Área de Call Center	11:15-12:15	1. Coordinador comercial. 2. Asistente administrativo.
Colaborador 3	Área de Promotoría	12:30-13:30	1. Coordinador comercial. 2. Asistente administrativo.
Colaborador 4	Área de Atención al cliente	09:15-10:15	1. Coordinador de operaciones. 2. Supervisora de atención al cliente admisión. 3. Supervisora de atención al cliente emergencia. 4. Supervisora de atención al cliente Laboratorio, 5. Supervisora de atención al cliente diagnóstico imágenes. 6. Supervisora de atención al cliente consulto Externos.
Colaborador 4	Área de Trámites y Cartas de Garantía	10:30-11:30	1. Coordinador de operaciones. 2. Supervisora de tramites. 3. Supervisora de cartas de garantía.
Colaborador 4	Área de Relaciones Interinstitucionales	11:45-12:45	1. Coordinadora de RI. 2. Asistente administrativo 1. 3. Asistente administrativo 2.
Colaborador 5	Área de Emergencias	13:00-14:00	1. Director médico. 2. Jefe de médicos. 3. Jefe de enfermeros.
Colaborador 5	Área de Salud Ocupacional	08:30-09:30	1. Asistente de gerencia de salud. 2. Asistente administrativa.
Colaborador 5	Área de Nutrición y Dietética	09:45-10:45	1. Director médico. 2. Supervisora de nutrición.
Colaborador 5	Área de Hospitalización	11:00-12:00	1. Director médico. 2. Asistente director médico. 3. Supervisora administrativa.
Colaborador 6	Área de URPA	12:15-13:15	1. Director médico. 2. Asistente director médico. 3. Supervisora administrativa.
Colaborador 6	Área de UCI	15:00-16:00	1. Director médico. 2. Asistente director médico. 3. Supervisora administrativa.
Colaborador 6	Área de UCIN	16:15-17:15	1. Director médico. 2. Asistente director médico. 3. Supervisora administrativa.
Colaborador 6	Área de Esterilización	17:30-18:30	1. Director médico. 2. Asistente director médico. 3. Supervisora administrativa.
Colaborador 7	Área de Sala de Operaciones	18:45-19:45	1. Director médico. 2. Asistente director médico. 3. Supervisora administrativa.
Colaborador 7	Área de Prestaciones con estadía	14:30-15:30	1. Asistente de gerencia general. 2. Asistente de control de consultorios.
Colaborador 7	Área de Medicentro	15:45-16:45	1. Coordinador comercial. 2. Supervisora administrativa.

Colaborador 8	Área de Seguridad Intrahospitalaria	17:00-18:00	1. Director médico. 2. Supervisora de seguridad al paciente. 3. Asistente asistencial.
Colaborador 8	Área de Dirección Médica	18:15-19:15	1. Director médico. 2. Asistente de director médico.
Colaborador 8	Área de Sistemas e Informática	16:45-16:55	1. Coordinadora de gerencia. 2. Supervisor de TI. 3. Supervisor de soporte y mantenimiento. 4. Supervisora de arquitectura de redes.
Colaborador 9	Consultorio de Medicina Interna	17:00-17:10	1. Director médico. 2. Asistente de consultorio.
Colaborador 9	Consultorio de Neumología	17:15-17:25	1. Director médico. 2. Asistente de consultorio.
Colaborador 9	Consultorios de Pediatrías	17:30-17:40	1. Director médico. 2. Asistente de consultorio.
Colaborador 9	Consultorio de Urología	17:45-17:55	1. Director médico. 2. Asistente de consultorio.
Colaborador 9	Consultorio de Ginecología	18:00-18:10	1. Director médico. 2. Asistente de consultorio.
Colaborador 9	Consultorio de Endocrinología	18:15-18:25	1. Director médico. 2. Asistente de consultorio.
Colaborador 9	Consultorio de Medicina Interna	18:30-18:40	1. Director médico. 2. Asistente de consultorio.
Colaborador 9	Consultorio de Neurología	18:45-18:55	1. Director médico. 2. Asistente de consultorio.
Colaborador 9	Consultorio de Cirugía General	19:00-19:10	1. Director médico. 2. Asistente de consultorio.
Colaborador 9	Consultorio de Neumología	19:15-19:25	1. Director médico. 2. Asistente de consultorio.
Colaborador 9	Consultorio de Traumatología	19:30-19:40	1. Director médico. 2. Asistente de consultorio.
Colaborador 9	Consultorio de Cardiología	19:45-19:55	1. Director médico. 2. Asistente de consultorio.
Colaborador 9	Consultorio de Odontología	18:00-18:10	1. Director médico. 2. Asistente de consultorio.
Colaborador 9	Consultorio de Cirugía de Cuello Uterino	18:15-18:25	1. Director médico. 2. Asistente de consultorio.
Colaborador 9	Consultorio de Gastroenterología	08:00-08:30	1. Director médico. 2. Asistente de consultorio.
Joseph Arriaran	Vigilancia	08:40-09:10	1. Coordinadora de gerencia. 2. Jefe de vigilancia.
Joseph Arriaran	Limpieza	09:20-09:50	1. Coordinadora de gerencia. 2. Jefe de limpieza.
Joseph Arriaran	Rehabilitación Física	10:00-10:30	1. Coordinadora de gerencia. 2. Jefe de limpieza.
Joseph Arriaran	Lavandería	10:40-11:10	1. Coordinadora de gerencia.

			2. Jefe de lavandería.
Joseph Arriaran	Mantenimiento	11:20-11:50	1. Coordinadora de gerencia. 2. Jefe de mantenimiento.
Joseph Arriaran	Área de Coordinación General	12:00-12:30	1. Coordinadora de gerencia. 2. Asistente administrativa 1. 3. Asistente administrativo 2.
Joseph Arriaran	Área de Gerencia de Salud	12:40-13:10	1. Gerente de salud. 2. Asistente de gerencia de salud.
Joseph Arriaran	Área de Gerencia General	13:20-13:55	1. Gerente general. 2. Asistente de gerencia general.

*Nota:* El grupo 1 corresponde a las áreas donde se encontraron flujogramas o inventarios de procedimientos. Los grados de cumplimiento se aprecian en la figura 4, realizados en función del Checklist del anexo 2.

Fuente: Elaboración propia.

Para la elaboración de la documentación, se realizó la codificación en función del cuadro de jerarquización de documentos de acuerdo al siguiente cuadro:

Tabla 13.

*Codificación para sistema de registros de documentos*

N.º Macroproc	Nivel jerárquico	Descripción	Código	Nivel jerárquico	Proceso	Descripción
1	GG	Gerencia General	1.1.	Nivel 1	GG	Gerencia General
			1.4.	Nivel 2	CG	Coordinación de Gerencia
			1.5.	Nivel 3	CP	Calidad y Procesos
			1.6.	Nivel 3	TH	Talento Humano
			1.7.	Nivel 3	SS	Área SSOMA
2	GS	Gerencia de Salud	2.1.	Nivel 1	GS	Gerencia de Salud
			3.1.	Nivel 1	DM	Dirección Médica
			3.2.	Nivel 2	SI	Seguridad Intrahospitalaria
			3.3.	Nivel 2	SS	Auditoría Médica
			3.4.	Nivel 2	EM	Emergencia
			3.5.	Nivel 2	HP	Hospitalización
			3.6.	Nivel 2	URP	Unidad de Recuperación Post Anestésica
			3.7.	Nivel 2	UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
			3.8.	Nivel 2	UCNN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
			3.9.	Nivel 2	SOP	Sala de Operaciones
			3.10.	Nivel 2	ES	Esterilización
			3.11.	Nivel 2	ND	Nutrición y Dietética
			3.12.	Nivel 2	RF	Rehabilitación Física
3.13.	Nivel 2	CMI	Consultorio de Medicina Interna			

				3.14.	Nivel 2	CNE	Consultorio de Neumología
				3.15.	Nivel 2	CPE	Consultorios de Pediatrías
				3.16.	Nivel 2	CUR	Consultorio de Urología
				3.17.	Nivel 2	CGI	Consultorio de Ginecología
				3.18.	Nivel 2	CEN	Consultorio de Endocrinología
				3.19.	Nivel 2	CNR	Consultorio Neurología
				3.20.	Nivel 2	CCG	Consultorio Cirugía General
				3.21.	Nivel 2	CTR	Consultorio de Traumatología
				3.22.	Nivel 2	CCR	Consultorio de Cardiología
				3.23.	Nivel 2	COD	Consultorio de Odontología
				3.24.	Nivel 2	CCU	Consultorio de Cirugía de Cuello Uterino
				3.25.	Nivel 2	CGA	Consultorio de Gastroenterología
<b>4</b>	<b>DUN</b>	Nivel 2	<b>Departamento de Unidad de Negocios</b>	4.1.	Nivel 2	LCL	Laboratorio Clínico
				4.2.	Nivel 2	DIM	Diagnóstico por Imágenes
				4.3.	Nivel 2	FA	Farmacia
				4.4.	Nivel 2	SO	Salud Ocupacional
				4.5.	Nivel 2	ME	Medicentro
<b>5</b>	<b>DAF</b>	Nivel 2	<b>Departamento de Administración y Finanzas</b>	5.1.	Nivel 2	FA	Facturación
				5.2.	Nivel 2	CO	Contabilidad
				5.3.	Nivel 2	LA	Tesorería
				5.4.	Nivel 2	MA	Marketing
				5.5.	Nivel 2	PR	Promotoría
				5.6.	Nivel 2	CC	Call Center
				5.7.	Nivel 2	AC	Atención al cliente
				5.8.	Nivel 2	TG	Trámites y Cartas de Garantía
<b>6</b>	<b>DUS</b>	Nivel 2	<b>Departamento de Unidades de Soporte</b>	6.1.	Nivel 2	SI	Sistemas e Informática
				6.2.	Nivel 2	LP	Logística y Patrimonio
				6.3.	Nivel 2	AR	Archivos
				6.4.	Nivel 2	IN	Infraestructura
				6.5.	Nivel 2	VI	Vigilancia
				6.6.	Nivel 2	LP	Limpieza
				6.7.	Nivel 2	LA	Lavandería
				6.8.	Nivel 2	MN	Mantenimiento

Nota: Elaboración propia.

En cuanto al tipo de documento se sigue el siguiente sistema de jerarquización:

Tabla 14.

*Codificación para sistema de registros de documentos*

<b>Jerarquía</b>	<b>Tipo de documento</b>
1	<b>RL</b> Requerimiento Legal
2	<b>RT</b> Requerimiento Técnico
3	<b>MA</b> Manual
4	<b>PS</b> Protocolo
5	<b>GS</b> Guía
6	<b>PR</b> Procedimiento
7	<b>IN</b> Instructivo
8	<b>AR</b> Archivo
9	<b>RE</b> Registro
10	<b>FO</b> Formato
11	<b>ES</b> Estándar

Nota: Elaboración propia.

Un ejemplo de codificación documentario se puede apreciar el protocolo de atención de consultas, reclamos y denuncias de “La IPRESS” en el siguiente ejemplo:

Tabla 15.

*Ejemplo de codificación de protocolo de atención de consultas, reclamos y denuncias*

<b>Codificación documentaria</b>			
<b>Tipo de documento</b>	<b>Macroproceso</b>	<b>Proceso</b>	<b>N.º Macroproceso</b>
PS	GG	CP	01
Código de documento: <b>PS-GG-CP-01</b>			

Nota: Elaboración propia.

Posterior a esta actividad, el equipo de trabajo realizó el modelamiento de las herramientas de gestión en función de lo visto en el apartado 4.3, ejecución de las actividades profesionales.

**4.1.1. Enfoque de las actividades profesionales.**

La implementación del proyecto por medio del sistema *BPM* y *PHVA* estuvo centrada en realizar la gestión de procesos de todas las áreas de “La IPRESS”, sin embargo, el presente trabajo estuvo enfocado en el mejoramiento del procedimiento correspondiente a la gestión de consultas, reclamos y denuncias correspondientes al Área de Calidad y Procesos, de acuerdo al inventario de procedimientos reflejados en la Tabla 1. Por lo cual, este levantamiento de procedimientos sigue la misma secuencia que los demás procesos. Se considera que las actividades profesionales tienen un enfoque mixto. Por el lado cuantitativo se tiene el procesamiento estadístico de la data recabada por el establecimiento de KPI’s y por medio de la estratificación de los datos obtenidos del procedimiento de atención de consultas, reclamos y denuncias. Por el lado cualitativo, se tiene valores correspondientes a las variables relacionadas con las características, motivaciones, conductas y acciones contempladas, tanto por el lado de los colaboradores involucrados en el proceso de estudio, como los pacientes, usuario o terceros legitimados. Con el fin de contemplar medidas de

corrección, prevención, mejoramiento o mantenimiento del proceso por medio de las evaluaciones pertinentes de ambos enfoques.

#### 4.1.2. Alcance de las actividades profesionales.

El presente trabajo tiene alcance para todas las áreas de la organización. Para lo cual, el procedimiento de atención de consultas, reclamos y denuncias contempla los siguientes niveles de atención:

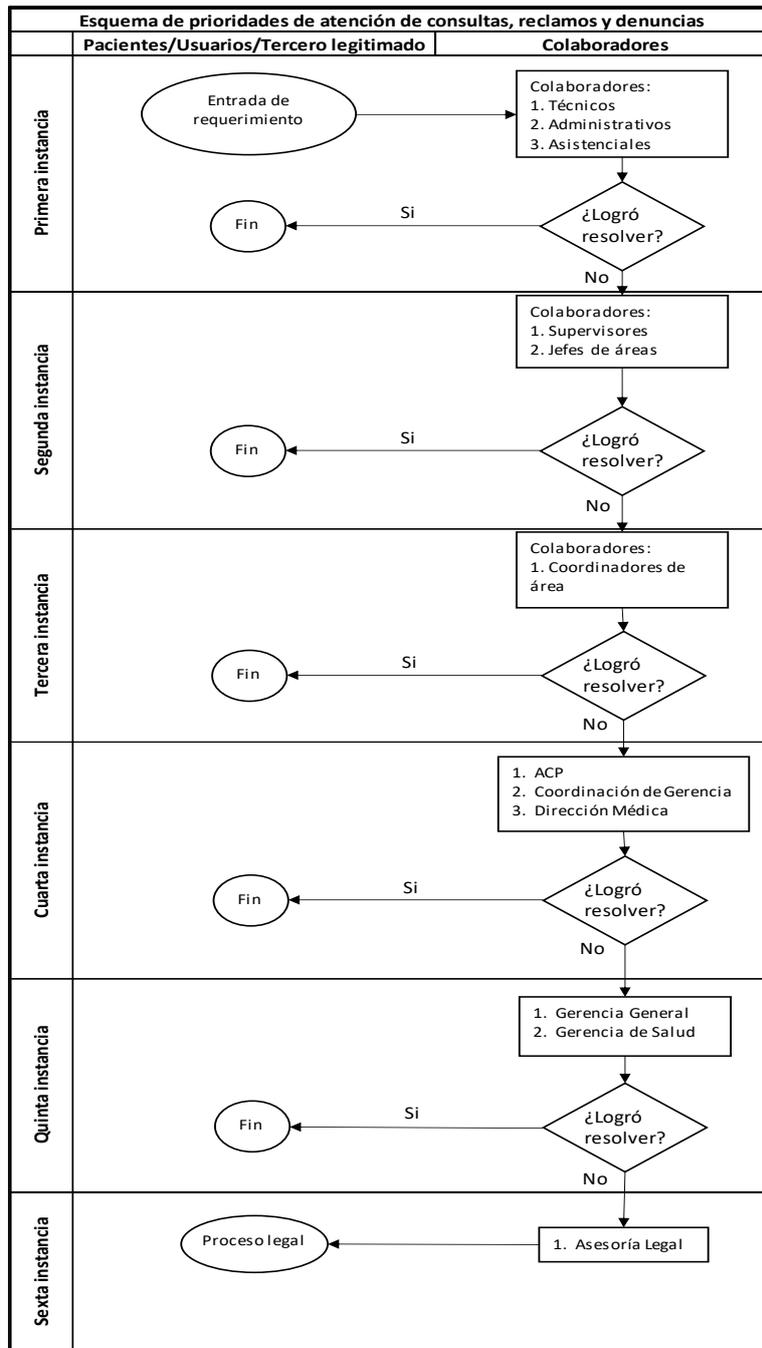


Figura 15. Alcance de participación en el procedimiento de atención de consultas, reclamos y denuncias.

Fuente: Elaboración Propia.

El porcentaje de participación esperado para solución de disconformidades según el nivel acción se refleja en la tabla 16, según los problemas encontrados en el punto 2.2 (oportunidades de mejora). Los porcentajes fueron establecidos de acuerdo con el comité de Gestión de Calidad reflejado en el anexo 8.

Tabla 16.

*Porcentaje de resolución esperada para solución de consultas, reclamos y denuncias.*

Nivel de acción	Porcentaje de resolución esperada para disconformidades	Colaboradores participantes	Porcentaje de solución esperada por colaboradores	Porcentaje de solución ideal por colaboradores	Tipo de procedimiento esperado
Primera instancia	60%	Personal administrativo, técnico o asistencial de primera línea	≥ 80 %	100 %	Consultas
Segunda instancia	20%	Supervisores o jefes de área	≥ 80 %	100 %	Consultas
Tercera instancia	10%	Coordinadores de área	≥ 80 %	100 %	Consultas
Cuarta instancia	8 %	ACP, Coordinación de Gerencia o Dirección Médica	≥ 60 %	100 %	Reclamos
Quinta instancia	1.5%	Gerencia General o Gerencia de Salud	≥ 60%	100 %	Reclamos
Sexta instancia	0.5%	Asesoría Legal	≥ 60%	100 %	Denuncias

*Nota:* Se espera que, del total de disconformidades, el 90% no pase de la tercera instancia (quedándose como consultas), el 9.5 % se considere como reclamo y solamente el 0.5% llegue a la sexta instancia, considerándose como denuncias a la organización. *Fuente:* Elaboración propia.

\*Se considera como disconformidades a la suma de consultas más reclamos más denuncias.

\*Se espera que un porcentaje de solución mayor o igual al 80% para colaboradores de primera, segunda y tercera instancia, Mientras que para los colaboradores de cuarta, quinta y sexta instancia se espera un nivel de solución superior o igual al 60%. Si el nivel de solución es cercano al 100%, se alcanzará el nivel de resolución establecido.

#### **4.1.3. Entregables de las actividades profesionales.**

Los documentos entregados para el levantamiento de procesos del sistema de gestión de consultas, reclamos y denuncias, se realizó mediante el sistema y control de registros de “La IPRESS”, los cuales se reflejan en la figura 16.

Fecha de Requerimiento	N° Requerimiento	Nombre del Documento Solicitado	Tipo de Doc.	Macroproceso	Proceso	N° del RE	Origen del Requerimiento	Tipo de Estándar	Quien Elabora	Quien Revisa	Quien Aprueba	Fecha de Entrega	REV.	VER.	Autoridad que lo RQ	Dueño del Proceso	Prioridad	Periodo de entrega (Días)	Fecha de Aprobación	Condición Actual	% Avance	Evidencia de Control	Observaciones
01/02/2022	20	Informe de Línea Base del Área de Calidad y Procesos	RT	GG	CP	1	RQ del Área	Levantamiento de procesos	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	02/02/2022	1	1	RQ Interno	ACP	importante	1	04/02/2022	Cerrada	100%	Informe Digital	
02/02/2022	22	Misión, Visión y Cultura de Valores ACP	ES	GG	CP	1	RQ del Área	Levantamiento de procesos	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	02/02/2022	1	1	RQ Interno	ACP	importante	0	04/02/2022	Cerrada	100%	Documento digital	
02/02/2022	23	Organigrama Funcional del ACP	ES	GG	CP	2	RQ del Área	Levantamiento de procesos	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	02/02/2022	1	1	RQ Interno	ACP	importante	0	04/02/2022	Cerrada	100%	Documento digital	
03/02/2022	24	Mapa de procesos del ACP	ES	GG	CP	3	RQ del Área	Levantamiento de procesos	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	03/02/2022	1	1	RQ Interno	ACP	importante	0	07/02/2022	Cerrada	100%	Documento digital	
04/02/2022	25	Inventario de procedimientos del ACP	ES	GG	CP	4	RQ del Área	Levantamiento de procesos	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	05/02/2022	1	1	RQ Interno	ACP	importante	1	07/02/2022	Cerrada	100%	Documento digital	
05/02/2022	26	Flujogramas de procedimientos del ACP	ES	GG	CP	5	RQ del Área	Levantamiento de procesos	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	15/02/2022	1	1	RQ Interno	ACP	importante	10	21/02/2022	Cerrada	100%	Documento digital	
16/03/2022	27	Ficha técnica de procedimiento del ACP	ES	GG	CP	6	RQ del Área	Levantamiento de procesos	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	26/03/2022	1	1	RQ Interno	ACP	importante	10	30/03/2022	Cerrada	100%	Documento digital	
16/03/2022	34	Diagrama de Análisis de procedimientos del ACP	ES	GG	CP	7	RQ del Área	Levantamiento de procesos	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	26/03/2022	1	1	RQ Interno	ACP	importante	10	30/03/2022	Cerrada	100%	Documento digital	
12/04/2022	35	Informe AS-IS del Área de Calidad y Procesos	RT	GG	CP	2	RQ del Área	Levantamiento de procesos	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	14/04/2022	1	1	RQ Interno	ACP	importante	2	15/04/2022	Cerrada	100%	Documento digital	
12/02/2022	28	Formato de Consultas	FO	GG	CP	1	RQ del Área	Gestión de Consultas, Reclamos y Denuncias	J. Arriaran	Coordinación de Referencia	Gerencia General	15/02/2022	1	1	RQ Interno	ACP	importante	3	18/02/2022	Cerrada	100%	Documento digital y Físico	
12/02/2022	29	Formato de Memorándums	FO	GG	CP	2	RQ del Área	Gestión de Consultas, Reclamos y Denuncias	J. Arriaran	Coordinación de Referencia	Gerencia General	15/02/2022	1	1	RQ Interno	ACP	importante	3	18/02/2022	Cerrada	100%	Documento digital y Físico	
12/02/2022	30	Formato de Investigación de Caso	FO	GG	CP	3	RQ del Área	Gestión de Consultas, Reclamos y Denuncias	J. Arriaran	Coordinación de Referencia	Gerencia General	15/02/2022	1	1	RQ Interno	ACP	importante	3	18/02/2022	Cerrada	100%	Documento digital y Físico	
12/02/2022	31	Formato de notificación de resultados	FO	GG	CP	4	RQ del Área	Gestión de Consultas, Reclamos y Denuncias	J. Arriaran	Coordinación de Referencia	Gerencia General	15/02/2022	1	1	RQ Interno	ACP	importante	3	18/02/2022	Cerrada	100%	Documento digital y Físico	
12/02/2022	32	Formato de Descarga admitido	FO	GG	CP	5	RQ del Área	Gestión de Consultas, Reclamos y Denuncias	J. Arriaran	Coordinación de gerencia	Gerencia General	15/02/2022	1	1	RQ Interno	ACP	importante	3	18/02/2022	Cerrada	100%	Documento digital y Físico	
15/02/2022	34	Registro de consultas, reclamos y denuncias	RE	GG	CP	1	RQ del Área	Gestión de Consultas, Reclamos y Denuncias	J. Arriaran	Coordinación de gerencia	Gerencia General	17/02/2022	1	1	RQ Interno	ACP	importante	2	21/02/2022	Cerrada	100%	Documento digital y Físico	
18/04/2022	36	Misión, Visión y Cultura de Valores del ACP	ES	GG	CP	8	RQ del Área	Levantamiento de procesos	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	18/04/2022	2	1	RQ Interno	ACP	importante	0	19/04/2022	Cerrada	100%	Documento digital	
18/04/2022	37	Organigrama Funcional del ACP	ES	GG	CP	9	RQ del Área	Levantamiento de procesos	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	18/04/2022	2	1	RQ Interno	ACP	importante	0	19/04/2022	Cerrada	100%	Documento digital	
19/04/2022	38	Mapa de procesos del ACP	ES	GG	CP	10	RQ del Área	Levantamiento de procesos	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	19/04/2022	2	1	RQ Interno	ACP	importante	0	20/04/2022	Cerrada	100%	Documento digital	
20/04/2022	39	Inventario de procedimientos del ACP	ES	GG	CP	11	RQ del Área	Levantamiento de procesos	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	20/04/2022	2	1	RQ Interno	ACP	importante	0	22/04/2022	Cerrada	100%	Documento digital	
21/04/2022	40	Flujogramas de procedimientos del ACP	ES	GG	CP	12	RQ del Área	Levantamiento de procesos	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	25/04/2022	2	1	RQ Interno	ACP	importante	4	29/04/2022	Cerrada	100%	Documento digital	
22/04/2022	41	Ficha técnica de procedimiento del ACP	ES	GG	CP	13	RQ del Área	Levantamiento de procesos	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	26/04/2022	2	1	RQ Interno	ACP	importante	4	02/05/2022	Cerrada	100%	Documento digital	
22/04/2022	41	Diagrama de Análisis de procedimientos del ACP	ES	GG	CP	14	RQ del Área	Levantamiento de procesos	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	26/04/2022	2	1	RQ Interno	ACP	importante	4	02/05/2022	Cerrada	100%	Documento digital	
25/04/2022	42	Informe TO-BE del Área de Calidad y Procesos	RT	GG	CP	3	RQ del Área	Levantamiento de procesos	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	26/04/2022	1	1	RQ Interno	ACP	importante	1	05/05/2022	Cerrada	100%	Documento digital	
01/03/2022	33	Protocolo de Gestión de Atención de Consultas, Reclamos y Denuncias	PS	GG	CP	1	RQ del Área	Gestión de Consultas, Reclamos y Denuncias	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	07/03/2022	1	1	RQ Interno	ACP	importante	6	11/03/2022	Cerrada	100%	Documento digital	
09/05/2022	43	Manual de procesos y procedimientos del Área de Calidad y Procesos	MA	GG	CP	1	RQ del Área	Levantamiento de procesos	J. Arriaran	Asesor Técnico	Gerencia General	23/05/2022	1	1	RQ Interno	ACP	importante	14	30/05/2022	Cerrada	100%	Documento digital	

Figura 16. Captura de Registro y Control documentario de “La IPRESS”. Las fechas de algunos registros difieren de la secuencia del proceso de implementación BPM y PHVA del ACP debido a que hay algunos registros pertenecientes al requerimiento del sistema de gestión de consultas, reclamos y denuncias. Fuente: Elaboración propia.

## 4.2. Aspectos técnicos de la actividad profesional

### 4.2.1. Metodologías.

Las metodologías aplicadas al sistema de gestión de atención de consultas, reclamos y denuncias corresponden al apartado descrito en la tabla 7 (actividades realizadas en el proceso de implementación BPM y PHVA), con la diferencia que, para este sistema, se agrega el apartado de análisis de los tipos de causa que originen los incidentes presentes, en las Consultas, Reclamos o Denuncias, por medio del diagrama de Pareto y el árbol de problemas para identificación de los problemas centrales. Adicional al mismo se realiza el establecimiento de KPI's basados en: Tiempo Medio de Resolución (TMR) de consultas, reclamos o denuncias, Resolución al Primer Contacto (RPC), Tasa de Retención de Clientes (TRC), Indicador de Satisfacción del Cliente (ISC).

Adicional al manual de procesos y procedimientos del Área de Calidad y Procesos, se elaboró un protocolo perteneciente a la atención de consultas, reclamos y denuncias. En este apartado, se consideran el alcance, los objetivos, las normativas, los indicadores, los registros, los formatos y procedimientos de atención correspondientes al sistema en mención. Por último, para la etapa de socialización se realizó la estrategia basada en la capacitación tanto al personal administrativo, asistencial y operativo de "La IPRESS".

Tabla 17.

*Metodología aplicada al levantamiento de procedimiento de atención de consultas, reclamos y denuncias*

BPM	PHVA	Actividad
Etapa descubrir y simplificar	Etapa planear	Reunión con encargada del Área de Calidad y Procesos que gestionaba el procedimiento; para conocer las condiciones, las herramientas y los documentos con los que se cuenta.
		Revisión documentaria encontrada en el área:
Etapa descubrir y simplificar	Etapa hacer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protocolo de atención de quejas, reclamos y denuncias.</li> <li>2. Registro de reclamos.</li> <li>3. Registro de quejas (incidentes).</li> <li>4. Formato de memorándum.</li> <li>5. Formulario de satisfacción del cliente.</li> </ol>
		Se hace la reunión con dueños del proceso para entender el procedimiento:
Capturar y documentar	Etapa hacer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Encargado del ACP (atención de reclamos y notificación al paciente, usuario o tercero legitimado).</li> <li>2. Director médico (investigación de caso y Notificación de resultados).</li> </ol>

		3. Vigilancia (recepción del reclamo, comunicación al ACP).
		Se utiliza la identidad corporativa para el Área de Calidad y Procesos.
Capturar y documentar	Etapa hacer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Misión del ACP.</li> <li>2. Visión del ACP.</li> <li>3. Cultura de valores del ACP.</li> <li>4. Organigrama del ACP,</li> </ol>
		Se utiliza el mapa de procesos del Área de Calidad y Procesos.
Capturar y documentar	Etapa hacer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procesos estratégicos.</li> <li>2. Procesos operativos.</li> <li>3. Procesos de apoyo.</li> </ol>
		Se estratifican las actividades y tareas comprendidas dentro del procedimiento de:
Capturar y documentar	Etapa hacer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención de quejas (incidentes).</li> <li>2. Atención de reclamos.</li> <li>3. Atención de denuncias.</li> </ol>
		Se realiza flujogramas para cada actividad contenida en los procedimientos de:
Capturar y documentar	Etapa hacer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención de quejas (incidentes).</li> <li>2. Atención de reclamos.</li> <li>3. Atención de denuncias.</li> </ol>
		Se realiza la ficha técnica de proceso para tener conocimientos de:
Capturar y documentar	Etapa hacer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Objetivo del proceso.</li> <li>2. Dueño del proceso.</li> <li>3. Alcance del proceso.</li> <li>4. Referencia legal.</li> <li>5. Indicador de desempeño.</li> <li>6. Controles.</li> <li>7. Recursos.</li> </ol>
		Se realiza el análisis de cada procedimiento, con el fin de analizar el tiempo de ejecución de cada actividad, correspondiente a:
Capturar y documentar	Etapa hacer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención de quejas (incidentes).</li> <li>2. Atención de reclamos.</li> <li>3. Atención de denuncias.</li> </ol>

			<p>Establecimiento KPI's para medición del desempeño del sistema de atención de quejas, reclamos y denuncias:</p>
Capturar y documentar	y	Etapa hacer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quejas: Tiempo Medio de Resolución (TMR), Resolución al Primer Contacto (RPC).</li> <li>2. Reclamos: Tiempo Medio de Resolución (TMR), Tasa de retención de clientes (TRC), Indicador de Satisfacción del Cliente (ISC).</li> <li>3. Denuncias: Tasa de Retención de Clientes (TRC), Indicador de Satisfacción del Cliente (ISC).</li> </ol>
Publicar y animar	y	Etapa hacer	<p>Realización de diagrama de Pareto con los principales problemas y sus posibles orígenes, a través del árbol de problemas, de todas las áreas involucradas, encontrados en el registro de incidentes y reclamos del último año.</p>
Publicar y animar	y	Etapa hacer	<p>Se realiza una reunión con la Gerencia General y los coordinadores de las diferentes áreas para dar a conocer los resultados encontrados en la etapa I y II.</p>
			<p>Diseño de formatos y registros para mejorar el proceso de atención de consultas, reclamos y denuncias:</p>
Diseñar y mejorar	y	Etapa hacer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formato de consultas.</li> <li>2. Formato de investigación de caso.</li> <li>3. Formato de notificación de resultados.</li> <li>4. Formato de memorándums.</li> <li>5. Formato de descargos admitidos.</li> <li>6. Registro de consultas, reclamos y denuncias para base de datos en línea.</li> <li>7. Formulario digital para atención de consultas y reclamos.</li> <li>8. Formato PAUS (Plataforma de Atención de Usuarios de Salud)</li> </ol>
Diseñar y mejorar	y	Etapa hacer	<p>Rediseño o mantenimiento de la identidad corporativa correspondiente al Área de Calidad y Procesos referente a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cultura de valores del ACP.</li> <li>2. Organigrama del ACP.</li> </ol>
Diseñar y mejorar	y	Etapa hacer	<p>Rediseño de Mapa de Procesos correspondiente al Área de Calidad y Procesos considerando la mejora en la identificación de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procesos estratégicos.</li> <li>2. Procesos operativos.</li> <li>3. Procesos de apoyo.</li> </ol>
Diseñar y mejorar	y	Etapa hacer	<p>Se rediseñan las actividades y tareas comprendidas dentro del procedimiento de:</p>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención de consultas.</li> <li>2. Atención de reclamos.</li> <li>3. Atención de denuncias.</li> </ol>
			Se rediseñan los flujogramas para cada actividad contenida en los procedimientos de:
Diseñar y mejorar	y	Etapa hacer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención de consultas.</li> <li>2. Atención de reclamos.</li> <li>3. Atención de denuncias.</li> </ol>
			Se rediseña la ficha técnica de procesos para identificar mejor:
Diseñar y mejorar	y	Etapa hacer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Objetivo del proceso.</li> <li>2. Dueño del proceso.</li> <li>3. Alcance del proceso.</li> <li>4. Referencia legal.</li> <li>5. Indicador de desempeño.</li> <li>6. Controles.</li> <li>7. Recursos.</li> </ol>
			Se realiza el rediseño de cada procedimiento correspondiente a:
Diseñar y mejorar	y	Etapa hacer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención de consultas</li> <li>2. Atención de reclamos.</li> <li>3. Atención de denuncias.</li> </ol>
			Con el fin de analizar la optimización del tiempo de ejecución de cada actividad.
			Establecimiento KPI's para medición del desempeño del sistema de atención de consultas, reclamos y denuncias:
Diseñar y mejorar	y	Etapa hacer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consultas: Tiempo Medio de Resolución (TMR), Resolución al Primer Contacto (RPC).</li> <li>2. Reclamos: Tiempo Medio de Resolución (TMR), Tasa de Retención de Clientes (TRC), Indicador de Satisfacción del Cliente (ISC).</li> <li>3. Denuncias: Tasa de Retención de Clientes (TRC), Indicador de Satisfacción del Cliente (ISC).</li> </ol>
Diseñar y mejorar	y	Etapa hacer	Se realiza el protocolo de atención de consultas, reclamos y denuncias.

Simular y optimizar	Etapa hacer	Reunión con la Gerencia General y los coordinadores de las diferentes áreas para comunicar los cambios realizados en los procedimientos y los resultados que se esperan obtener de los mismos.
Generar y ejecutar	Etapa hacer	Programación de capacitación para socialización del protocolo de atención de consultas, reclamos y denuncias.
		Ejecución de los nuevos procesos por parte de colaboradores asistenciales, administrativos y operativos teniendo en consideración:
Generar y ejecutar	Etapa hacer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Áreas involucradas.</li> <li>2. Colaboradores intervinientes.</li> <li>3. Tiempos de intervención.</li> <li>4. Secuencia de pasos según flujogramas.</li> <li>6. Utilización de canales de comunicación.</li> </ol>
		Monitoreo y supervisión de la ejecución de los procedimientos considerados:
Monitorizar y gestionar	Etapa verificar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consultas.</li> <li>2. Reclamos.</li> <li>3. Denuncias.</li> </ol>
		Evaluación estadística basada en:
Monitorizar y gestionar	Etapa verificar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Número de consultas: límite superior y límite inferior de las consultas generadas y resueltas.</li> <li>2. Número de reclamos: límite superior y límite inferior de los reclamos fundados, infundados, improcedentes, anuladas y con solución anticipada.</li> <li>3. Número de denuncias: límite superior y límite inferior de las denuncias generadas y resueltas.</li> </ol>
		Reuniones mensuales con coordinadores de áreas y Gerencia General para presentar:
Monitorizar y gestionar	Etapa verificar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reporte estadístico de la cantidad de consultas, reclamos y denuncias. Por tipo de incidente, áreas involucradas y personal involucrado.</li> <li>2. Reporte de Indicadores de desempeño de la administración de consultas, reclamos y denuncias.</li> </ol>
Monitorizar y gestionar	Etapa actuar	En función de la evaluación se aplican medidas de mantenimiento, prevención, mejoramiento y corrección.

Fuente: *Elaboración propia.*

## **4.2.2. Técnicas.**

### **4.2.2.1. Identidad corporativa.**

En referencia a la misión, se considera como un estándar en el cual se quiere reflejar la dirección hacia donde se pretende llegar como Área de Calidad y Procesos, entendiendo las fortalezas, limitaciones y oportunidades, referente a otras áreas de “La IPRESS” en un horizonte de corto a mediano plazo. En cuanto a la Visión, se prevé un panorama con un horizonte a largo plazo, donde el ACP de la clínica pueda igualar o superar a otras entidades prestadoras de servicio de salud, tanto a nivel local como regional.

En cuanto a la cultura de valores, se pretende identificar las cualidades que se esperan de los colaboradores referentes a las virtudes que debe poseer el Área de Calidad y Procesos. El estándar se puede apreciar en el Anexo 3 (apartado a).

### **4.2.2.2. Organigrama funcional.**

Por medio del organigrama funcional se pretende realizar una jerarquización de los puestos previstos para Área de Calidad y Procesos en lo que se refiere a las funciones y grados de responsabilidad asignados para cada uno de los mismos. El estándar se puede apreciar en el Anexo 3 (apartado b).

### **4.2.2.3. Mapa de procesos.**

Por medio de este estándar se busca realizar un mapeo general de los procesos estratégicos, operativos y de apoyo. Entendiendo su relación y como interactúan entre sí para aportar en la cadena de valor de “La IPRESS”. El estándar se puede apreciar en el Anexo 3 (apartado c).

### **4.2.2.4. Inventario de procedimiento.**

A través de este estándar se pretende realizar la estratificación de macroprocesos, procesos, subprocesos, procedimientos, tareas y actividades correspondientes al Área de Calidad y Procesos. Para el mismo se hace utilización de las funciones asignadas por medio del organigrama funcional del área. El estándar se puede apreciar en el Anexo 3 (apartado d).

### **4.2.2.5. Flujograma de procedimientos.**

El flujograma de procedimientos representa la secuencia lógica de pasos seguidos por el Dueño del Proceso para completar un procedimiento, en el cual se refleja las áreas y colaboradores intervinientes a lo largo de las actividades o tareas seguidas. El estándar se puede apreciar en el Anexo 3 (apartado e).

#### **4.2.2.6. Ficha técnica de procedimiento.**

Con este estándar se pretende conocer el lado técnico de un procedimiento, comprendiendo el objetivo, el dueño del proceso, el alcance, las referencias legales, los proveedores, las entradas, las salidas y el receptor final, los indicadores de desempeño, los controles y recursos comprendidos en este apartado. El estándar se puede apreciar en el Anexo 3 (apartado f).

#### **4.2.2.7. Diagrama de análisis de procesos.**

Por medio de este estándar se prevé el análisis de las actividades conociendo su interacción entre sí por medio de operaciones, inspecciones, transportes y esperas, con el fin de conocer el tiempo analizado de ejecución de un procedimiento. El estándar se puede apreciar en el Anexo 3 (apartado g).

#### **4.2.2.8. Análisis de Pareto.**

Por medio del diagrama de Pareto se realiza una estimación de las incidencias principales que generan la mayor cantidad de problemas en los servicios prestados por “La IPRESS” reflejados en: reclamos, consultas o denuncias, a través de una relación de 80/20. El estándar se puede apreciar en el Anexo 3 (apartado h).

#### **4.2.2.9. Diagrama de control de incidencias.**

Con este diagrama se logra tener un control sobre las incidencias generadas, con el fin de que no se salgan de los límites establecidos por “La IPRESS”. El estándar se puede apreciar en el Anexo 3 (apartado i).

#### **4.2.2.10. Árbol de problemas.**

Por medio de esta herramienta se realiza la identificación de posibles causas a los incidentes encontrados tras la utilización del análisis del diagrama de Pareto.

#### **4.2.2.11. Indicadores de desempeño.**

Por medio de los indicadores de desempeño se logra medir el grado de rendimiento generado por parte de la mejora de procesos implementados en la administración de consultas, reclamos y denuncias en “La Clínica”.

Tabla 18.

*Tipos de indicadores de desempeño*

Tiempo Medio de Resolución (TMR) de consultas	$TMR_{\text{consultas}}(\text{minutos}) = \left( \frac{ (H_0 - H_f)_{C1} + (H_0 - H_f)_{C2} + \dots + (H_0 - H_f)_{Cn} }{C1 + C2 + \dots + Cn} \right) \cdot 60;$ <p>donde  <math>H_0</math>=Hora inicial de atención de consulta (decimales); <math>H_f</math>=Hora final de atención de consulta (decimales); <math>C_1</math>=Consulta 1; <math>C_2</math>=Consulta 2; <math>C_n</math>=Consulta n.</p>
Tiempo Medio de Resolución (TMR) de reclamos	$TMR_{\text{reclamos}}(\text{días}) = \left( \frac{ (F_0 - F_f)_{r1} + (F_0 - F_f)_{r2} + \dots + (F_0 - F_f)_{rn} }{R1 + R2 + \dots + Rn} \right);$ <p>donde <math>F_0</math>=Fecha inicial de atención de reclamos; <math>F_f</math>=Fecha final de atención de reclamos; <math>R_1</math>=Reclamo 1; <math>R_2</math>=Reclamo 2; <math>R_n</math>=Reclamo n.</p>
Tiempo Medio de Resolución (TMR) de denuncias	$TMR_{\text{denuncias}}(\text{días}) = \left( \frac{ (F_0 - F_f)_{d1} + (F_0 - F_f)_{d2} + \dots + (F_0 - F_f)_{dn} }{D1 + D2 + \dots + Dn} \right);$ <p>donde <math>F_0</math>=Fecha inicial de atención de denuncias; <math>F_f</math>=Fecha final de atención de denuncias; <math>D_1</math>=Denuncia 1; <math>D_2</math>=Denuncia 2; <math>D_n</math>=Denuncia n.</p>
Resolución al Primer Contacto (RPC)	$RPC = \left( \frac{NDR}{NC + NR + ND} \right) * 100;$ <p>donde NDR=Número de Disconformidades Resueltas; NC=Número de consultas; NR=Número de reclamos; ND=Número de denuncias.</p>
Tasa de retención de clientes (TRC)	$TRC = \left( \frac{NPA_{pi}P1 + NPA_{pi}P2 + \dots + NPA_{pi}Pn}{NPA_{ai}P1 + NPA_{ai}P2 + \dots + NPA_{ai}Pn} \right) * 100;$ <p>donde <math>NPA_{pi}</math>=Número promedio de atenciones post incidente; <math>NPA_{ai}</math>=Número promedio de atenciones antes del incidente; <math>P1</math>=Paciente 1; <math>P2</math>=Paciente 2; <math>Pn</math>=Paciente n.</p>
Indicador de Satisfacción del Cliente (ISC).	$ISC = (\%Promotores - \%Detractores);$ <p>donde 9,10=Promotores; 7,8=Pasivos; 0,1,2,3,4,5,6=Detractores.</p>

Fuente: Elaboración propia.

### 4.2.3. Instrumentos.

Los instrumentos utilizados para la gestión de consultas, reclamos y denuncias fueron diseñados con el fin de facilitar la recolección de la data de todos los incidentes acontecidos en “La IPRESS”.

#### 4.2.3.1. Clasificación de tipos de reclamos.

Por medio de esta clasificación, se puede realizar la identificación de los tipos de consultas, reclamos o denuncias generados en una IPRESS durante la prestación de servicios de salud. El formato se puede apreciar en el Anexo 5.

#### **4.2.3.2. Formato de consultas.**

A través de la hoja de consultas se realiza el registro de los datos pertenecientes al paciente, usuario o tercero legitimado, detallando los acontecimientos del incidente ocurrido. Así como las áreas, el personal involucrado, la fecha, la hora, la solución demandada y la solución brindada por el personal que atendió dicha consulta. Dicho formato es rellenado por el personal correspondiente de manera física o virtual (a través de un formulario), pudiendo entregar una copia a los reclamantes en caso lo soliciten. El formato se puede apreciar en el Anexo 4 (apartado a).

#### **4.2.3.3. Hoja de reclamaciones.**

Este es un documento legitimado por parte de entidades reguladoras de salud (SUSALUD) que permite expresar los reclamos de manera escrita por parte de los pacientes, usuarios o terceros legitimados. Este documento debe estar al alcance del reclamante si este lo solicitara y se debe brindar una copia de la hoja a los afectados para que quede evidencia de la solución a su demanda, en caso lo amerite, y la fecha de recepción para su posterior respuesta; en el plazo establecido según la normativa vigente. El formato está en el Anexo 4 (apartado b).

#### **4.2.3.4. Hoja de investigación del caso.**

Por medio de este documento se pretende realizar una investigación profunda sobre la consulta o reclamo generado, donde se colocan las acciones realizadas para recabar evidencias que sustenten la exoneración del área en el incidente, caso contrario se establecen acciones a tomar, medidas correctivas o medidas preventivas. El formato se puede apreciar en el Anexo 4 (apartado c).

#### **4.2.3.5. Hoja de notificación de resultados.**

Por medio de este documento se realiza la resolución por parte del director médico, en caso de que el incidente forme parte de los procesos asistenciales y médicos, en representación de la Gerencia de Salud. En caso de los procesos administrativos u operativos, el área de Coordinación de Gerencia será la que tome las decisiones en representación de la Gerencia General. El formato se puede apreciar en el Anexo 4 (apartado d).

#### **4.2.3.6. Formato de memorándum.**

Por el presente estándar se realiza la notificación sobre las consultas o reclamos generados, que involucren a diferentes áreas o personal de "La IPRESS". Por esta razón, es importante identificar a las partes interesadas e involucradas en los hechos acontecidos. Por medio del mismo se puede solicitar al responsable del área que realice la investigación de la consulta o reclamo generado y presente el descargo adjunto a la hoja de investigación de caso y el

modelo de descargo admitido que es gestionado por el responsable del Área de Calidad y Procesos. El formato se puede apreciar en el Anexo 4 (apartado e).

#### **4.2.3.7. Modelo de descargo admitido.**

A través de este instrumento, se presenta el descargo del área involucrada en los acontecimientos suscitados, correspondiente a una consulta o reclamo, de manera formal y estandarizada. Este documento va dirigido a la Gerencia de Salud o Gerencia General, dependiendo del tipo de proceso presentado en el servicio brindado por “La IPRESS”. El formato se puede apreciar en el Anexo 4 (apartado f).

#### **4.2.3.8. Registro de consultas, reclamos y denuncias.**

En este registro, se plasma todos los detalles del incidente, recabados a través de las hojas de consultas, hojas de reclamaciones o formularios digitales. Después se coloca el plan de acción a realizar basándose en el análisis realizado por el Área de Calidad de Procesos, una vez admitido la notificación de resultados emitidos por Dirección Médica o Coordinación de Gerencia, para que finalmente sea procesado estadísticamente con las herramientas previstas para análisis de datos. El formato se puede apreciar en el Anexo 4 (apartado g).

#### **4.2.4. Equipos y materiales utilizados en el desarrollo de las actividades.**

Los equipos, materiales y softwares utilizados se reflejan en la tabla 19.

Tabla 19.

*Registro de equipos, materiales y softwares utilizados en el proceso de implementación de BPM y PHVA para gestión de consultas, reclamos y denuncias*

<b>Bienes Muebles</b>					
<b>Durables</b>	<b>Medida</b>	<b>Total</b>	<b>No durables</b>	<b>Medida</b>	<b>Total</b>
Escritorios	Unidades	4	Hojas bond	Millar	5
Estante de pared	Unidades	1	Lapiceros	Paquete x 2 U	5
Sillas giratorias	Unidades	2	Lápices	Paquete x 4 U	4
Sillas metálicas	Unidades	4	Borradores de goma	Unidades	10
CPU Intel Core i5	Unidades	1	Pegamento en barra	Unidades	3
Pantalla de CPU 24"	Unidades	1	Plumones acrílicos	Unidades	5
Panta táctil Intel Core i5	Unidades	1	Post-it	Paquete x 5 U	2
Teclados PC Genius	Unidades	2	Clips	Paquete x 100 U	3
Mouses PC Genius	Unidades	2	Grapas	Millar	5
Estabilizador eléctrico	Unidades	1	Broche aprieta papel	Unidades	10
Impresora laser	Unidades	1	Correctores	Unidades	3
Celular empresarial	Unidades	1	Almohadillas para sello	Unidades	2
Teléfono de oficina	Unidades	1	Cinta de embalaje	Unidades	1
Walkie Talkie	Unidades	1	Cinta scotch	Unidades	1
Pizarra acrílica	Unidades	1	Micas para folder	Paquete x 10 U	20
Canastilla metálica	Unidades	1	Espirales para anillado	Unidades	20
Archivadores	Unidades	20	Resaltadores	Unidades	5
Libros de actas	Unidades	10	Tajadores	Unidades	2
Sellos	Unidades	2	Chinchetas doradas	Paquete X 100 U	2
Engrampadores	Unidades	1	Alcohol etílico 70°	Unidades x 1 L	2
Tijeras	Unidades	2	Pañuelos de limpieza	Paquete x 5 U	10
Desgrapador	Unidades	1	Mascarilla quirúrgica	Unidades	60
Pulverizador de 2 litros	Unidades	1	Mascarilla KN95	Unidades	20
Reglas metálicas	Unidades	2			
Tarjetero	Unidades	1			
Tacho de basura	Unidades	2			
Extintor de seguridad	Unidad x 12 kg	1			
<b>Bienes Inmuebles</b>					
<b>Bien</b>	<b>Medias</b>		<b>Utilización</b>		
Oficina administrativa 1	H:5 m	L:2 m	Funciones del ACP		
Oficina administrativa 2	H:1.5 m	L:1.5 m	Atención de consultas y reclamos		
Auditorio	H:5 m	L:7 m	Capacitaciones y reuniones programadas		
<b>Capital Humano</b>					
<b>Colaborador</b>	<b>Cargo</b>		<b>Función</b>		
Joseph Arriaran Vergara	Asistente de Calidad y Procesos		Gestión de consultas, reclamos y denuncias		
Jefe de proyecto	Asesor externo		Aprobación de la mejora de procesos		
<b>Softwares</b>					

Programas	Versión	Tarea
Microsoft Excel	2019	Procesamiento de datos, diagramación estadística, cálculo de indicadores.
Microsoft Visio	2019	Diseño de organigramas funcionales, Diagramas de recorrido, flujogramas de actividades y mapa de procesos.
Microsoft Word	2019	Elaboración de documentos de gestión: manuales, protocolos, guías, etc.
Microsoft Power Point	2019	Elaboración de diapositivas para capacitaciones o presentaciones.
Microsoft Project	2019	Diseño, control y seguimiento de etapas de proyecto.
Bizagi Modeler	3.9.0.015	Elaboración de flujograma de procedimientos.
AutoCAD	2018	Rediseño de planos de la clínica.
SISCAH	1.1	Visualización de historial de atención de paciente, tipos de pacientes, seguros, etc.
Google Drive	Desktop	Almacenamiento de archivos, creación de formularios, reuniones virtuales ( <i>Google Meet</i> )

Fuente: Elaboración propia.

### 4.3. Ejecución de las actividades profesionales

#### 4.3.1. Implementación de misión, visión y cultura de valores.

##### a. Implementación AS-IS del Área de Calidad y Procesos

Logo Aquí	ESTÁNDAR: Misión, Visión y Cultura de Valores		ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS		
			Código: ES-GG-CP-01		
			Revisión: 01	Versión: 01	
				A: 04/02/2022	Pág. 1
Logo Aquí	<b>MISIÓN DEL ÁREA</b>				
	"Somos el área estratégica que promovemos las buenas prácticas organizacionales y el buen gobierno corporativo a todo nivel y con la participación de los comités de gestión contribuimos a garantizar y mantener la prestación de servicios de salud centrados en el paciente"				
Logo Aquí	<b>VISIÓN DEL ÁREA</b>				
	"Ser el área estratégica de soporte, acompañamiento y de asistencia técnica para todos los procesos administrativos, asistenciales y operativos incorporando la mejora continua que permita garantizar la prestación de servicios asistenciales de salud centrados en el paciente"				
Logo Aquí	<b>CULTURA DE VALORES</b>				
	1. Responsabilidad. 2. Compromiso. 3. Innovación. 4. Calidad.				
Control:	Apellidos y Nombres	Proceso:	Firma y sello	Fecha	
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph	ACP		02/02/2022	
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		02/02/2022	
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		04/02/2022	

Figura 17. Misión, visión y cultura de valores: etapa AS-IS/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

## b. Implementación TO-BE del Área de Calidad y Procesos

Logo Aquí	ESTÁNDAR: Misión, Visión y Cultura de Valores			REA DE CALIDAD Y PROCESOS	
				Código: ES-GG-CP-08	
				Revisión: 01	Versión: 02
				A: 19/04/2022	Pág. 1
Logo Aquí	<b>MISIÓN DEL ÁREA</b>				
"Promovemos una gestión de calidad basada en la estandarización y mejora continua, garantizando a nuestros pacientes y usuarios un servicio con excelencia; por parte de todos nuestros colaboradores"					
Logo Aquí	<b>VISIÓN DEL ÁREA</b>				
"Llegar a ser, al 2030, un área que lidere los procesos administrativos, asistenciales y operativos basados en la gestión de la calidad total, permitiendo que la clínica mantenga los estándares más elevados en servicios de salud de toda la región Junín"					
Logo Aquí	<b>CULTURA DE VALORES</b>				
1. Cultura de calidad y prevención. 2. Pensamiento crítico. 3. Inteligencia emocional.					
Control:	Apellidos y Nombres	Procesos	Firma y sello	Fecha	
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph	ACP		18/04/2022	
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		18/04/2022	
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		19/04/2022	

Figura 18. Misión, visión y cultura de valores: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

### 4.3.2. Implementación de organigrama funcional.

## a. Implementación AS-IS del Área de Calidad y Procesos

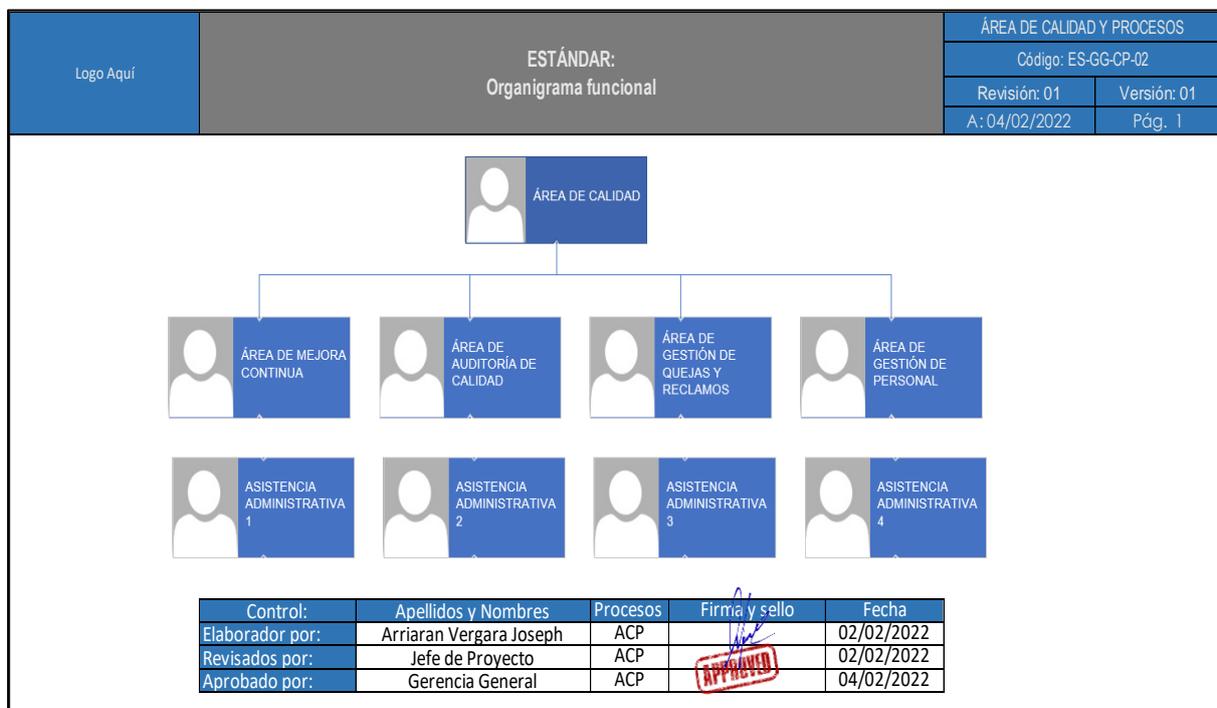


Figura 19. Organigrama funcional: etapa AS-IS/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

## b. Implementación TO-BE del Área de Calidad y Procesos

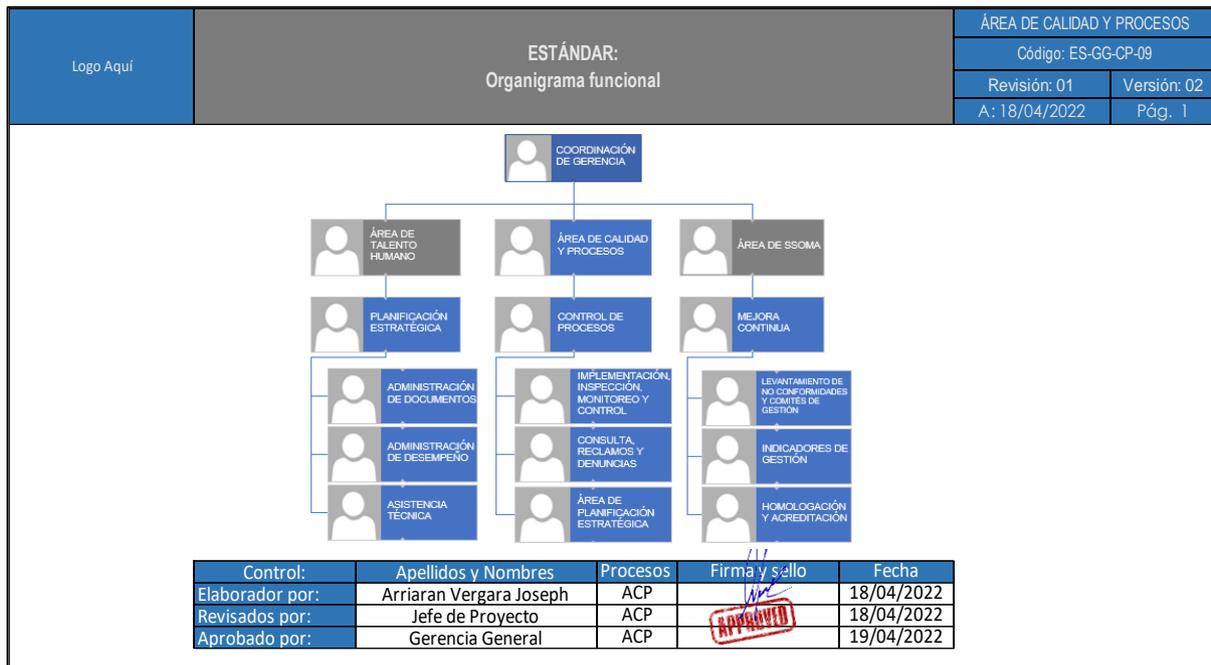


Figura 20. Organigrama funcional: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

### 4.3.3. Implementación de mapa de procesos.

## a. Implementación AS-IS del Área de Calidad y Procesos

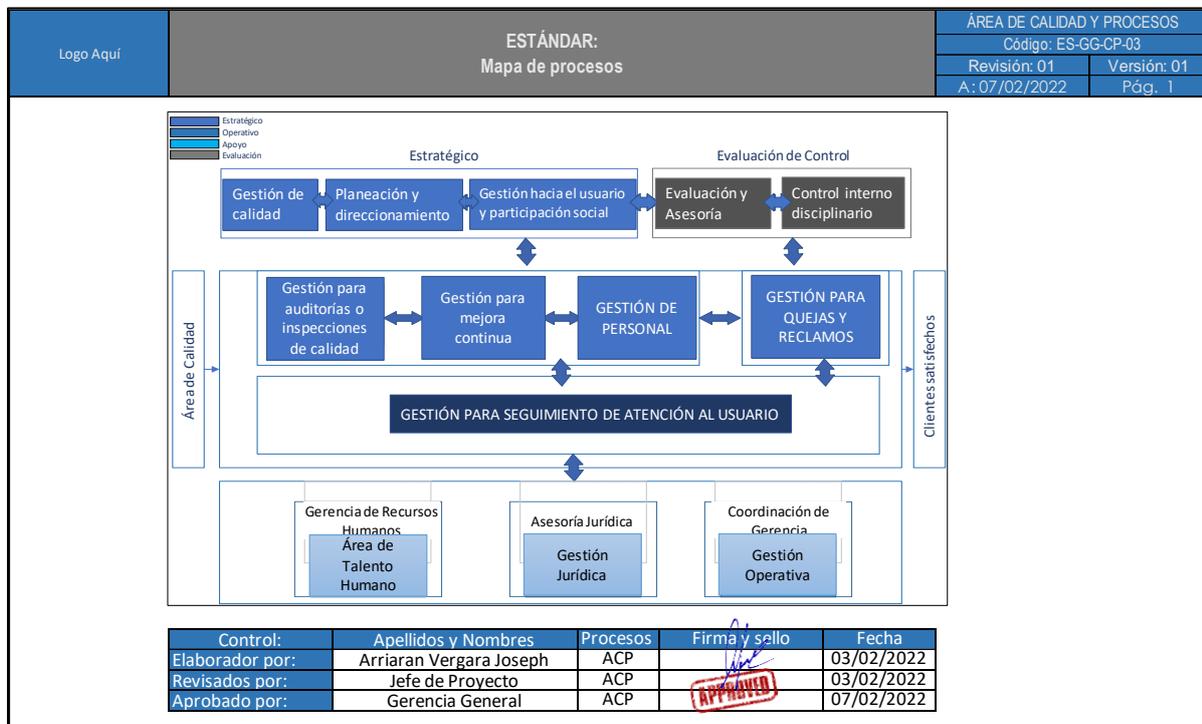


Figura 21. Mapa de procesos etapa: AS-IS/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

## b. Implementación TO-BE del Área de Calidad y Procesos

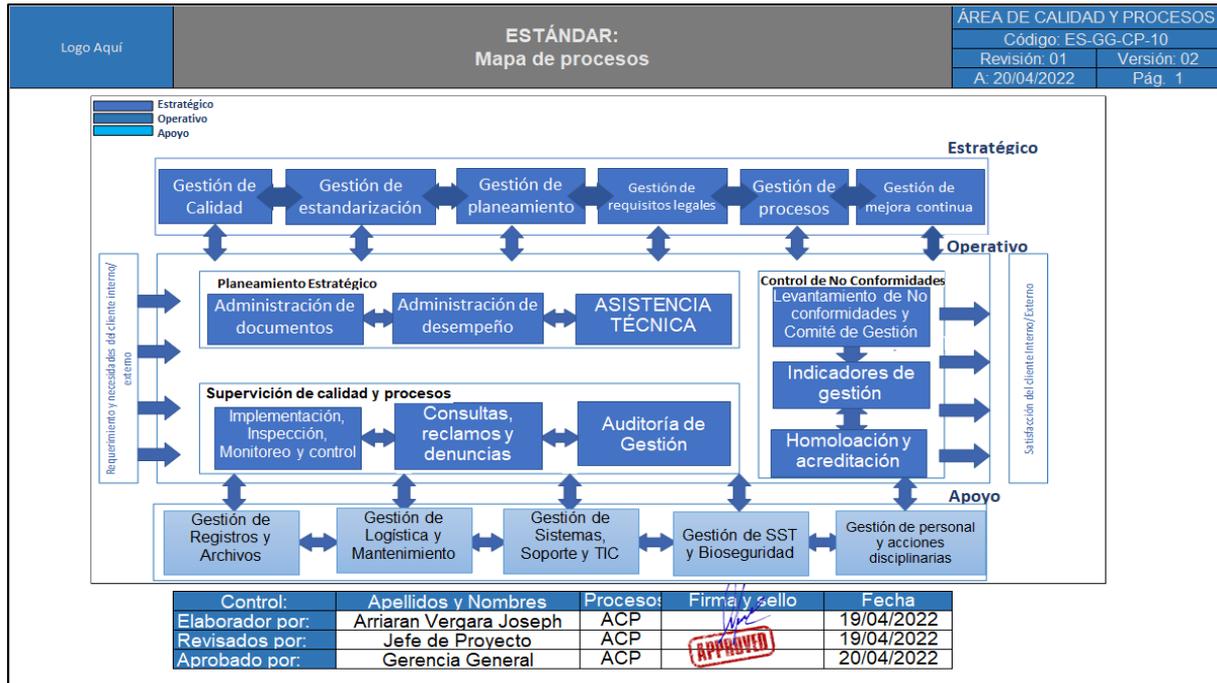


Figura 22. Mapa de procesos: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

### 4.3.4. Implementación de inventario de procedimientos.

## a. Implementación AS-IS del Área de Calidad y Procesos

Logo aquí	<b>ESTÁNDAR:</b> Inventario de procedimientos										<b>ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS</b>	
											Código: ES-GG-CP-04	
											Revisión: 01    Versión: 01 A: 07/02/2022    Pág. 1	

CODIGO	MACROPROCESO	CODIGO	PROCESO	CÓDIGO	SUB-PROCESO	CÓDIGO	PROCEDIMIENTOS	Código	ACTIVIDADES	TAREAS	
						1.5.1.1.	Inspecciones para identificación de no conformidades	1.5.1.1.1	Programación de inspecciones	Realizar cronograma	
						1.5.1.1.2		Ejecución de inspección	Preparación de registros y materiales de inspección		
						1.5.1.1.3		Registro y control de no conformidades	Llenar registros de control		
						1.5.1.1.4		Evaluación de no conformidades	Vaciar registros a una base de datos		
						1.5.1.1.5		Informe de no conformidades	Notificar a Coordinación de Gerencia		
				1.5.1.	Mejora continua	1.5.1.2.	Reuniones con dueños de proceso	1.5.1.2.1	Preparación de reporte de no conformidades	Realizar diapositivas	
						1.5.1.2.2		Programación de reunión	Realizar cronograma de reunión		
						1.5.1.2.3		Reporte de resultados de la inspección	Notificar a partes interesadas		
						1.5.1.2.4	Realización de medidas correctivas	Presentación de estadísticas	Realizar lluvia de ideas		
						1.5.1.3.	Implementación de medidas correctivas	1.5.1.3.1	Documentación de compromiso de medidas	Documentar acuerdos	
						1.5.1.3.2		Aprobación de medidas correctivas	Hacer firmar las medidas a los dueños del proceso		
						1.5.1.3.3		Programación de inspecciones de monitoreo	Registrar medidas correctivas en una base de datos.		
						1.5.1.3.4		Informe de no conformidades de medidas correctivas	Realizar cronograma		
				1.5.2.	Auditorías de calidad	1.5.2.1.	Auditorías internas	1.5.2.1.1	requerimientos legales o técnicos para la IPRESS	Notificar a coordinación de gerencia	
								1.5.2.1.2	Verificación base de datos de los documentos implementados en las diferentes áreas	Buscar normas, leyes, resoluciones actualizadas	Buscar en la lista maestra
								1.5.2.1.3	Verificación de reportes de inspecciones pasadas	Buscar en la base de datos	
								1.5.2.1.4	Preparación de criterios a auditar	Revisar condiciones del área registradas, documentación validada hasta la fecha	
								1.5.2.1.5	Programación de auditoría	Realizar cronograma de auditorías en función de las áreas críticas	
								1.5.2.1.6	Ejecución de auditoría	Preparación de registros y materiales para auditoría	
								1.5.2.1.7	Resultados de auditoría	Registro de resultados de auditoría	
								1.5.2.1.8	Análisis de resultados	Subir resultados al Google Drive	
								1.5.2.1.9	Levantamiento de irregularidades	Comparar resultados con los requisitos exigidos	
								1.5.2.1.10	Validación de levantamiento de irregularidades	Notificar al área sobre los criterios a subsanar	

1	Gerencia General	1.5.	Calidad y Procesos	1.5.3.	Gestión de quejas, reclamos y denuncias	1.5.2.2.	Auditorías externas	1.5.2.2.1.	Gestión de requerimiento de entidades reguladoras	Clinica Validar criterios de inspección Validar fecha y Hora de las áreas a evaluar
								1.5.2.2.2.	Gestión de requisitos de Inspección	Notificar a las áreas de interés sobre los requisitos solicitados Establecer plazo de entrega de requisitos Revisar documentación entregada
								1.5.2.2.3.	Preparación de documentación y condiciones a auditar	Subsanación de no conformidades Presentar los documentos en función de la solicitud de la entidad
								1.5.2.2.4.	Acompañamiento de inspecciones a la clínica	Presentar la documentación solicitada Validar las observaciones realizadas
								1.5.2.2.5.	Levantamiento de observaciones	Archivar la evidencia solamente si levantamiento de observaciones señalada
						1.5.3.1.	Gestión de quejas	1.5.3.1.1.	Registro de incidentes	Registro en base de datos de Excel/ de quejas y reclamos
								1.5.3.1.2.	Seguimiento al caso	Se valida que se cumpla el proceso de atención de quejas
								1.5.3.1.3.	Valida que se cumpla la compensación en el tiempo previsto	Rellenar la base datos en Excel
								1.5.3.1.4.	Almacenamiento de datos	Se almacena en la base de datos de compensación al afectado
								1.5.3.2.1.	Solución en tercera instancia	Orientar a paciente para ser atendido por colaborador administrativo
								1.5.3.2.2.	Rellenado de libro de reclamaciones	ACP orienta a paciente en el relleno de la hoja de reclamaciones
								1.5.3.2.3.	Entrega de hoja de reclamaciones	ACP entrega hoja blanca de reclamaciones a reclamante
								1.5.3.2.4.	Trato directo	ACP rellena motivo de trato directo ACP anula hoja de reclamaciones
								1.5.3.2.5.	Identificación de área involucradas	Notificación a responsables de área
								1.5.3.2.6.	Notificación de área involucrada	Realiza memorándum para área involucrada Registrar fecha de entrega
				1.5.3.2.	Gestión de reclamos	1.5.3.2.7.	Notificación a Dirección Médica	ACP envía descargo con los formatos a Dirección Médica		
						1.5.3.2.8.	Validación de estado de reclamo	Se valida si el reclamo es fundado, infundado, improcedente, anulado o con solución anticipada		
						1.5.3.2.9.	Registro en base de datos	Se registra detalles del incidente en el registro de quejas y reclamos		
						1.5.3.2.10.	Notificación virtual a reclamante	Se realiza una respuesta por gmail/ corporativo		
						1.5.3.2.11.	Notificación física a reclamante	Se realiza una notificación física por medio de courier		
						1.5.3.2.12.	Cumplimiento de solución brindada	ACP verifica que se brinden las facilidades para cumplir con las soluciones brindadas		
						1.5.3.3.1.	Traslado de información	Se debe trasladar toda la información relevante al caso a Dirección Médica		
						1.5.3.3.2.	Revisar correo institucional	Revisar si llega citación de CENCONAR a la clínica		
						1.5.3.3.3.	Poner en conocimiento a las partes interesadas	Informa a las partes interesadas para asistir a la citación		
						1.5.3.3.4.	Seguimiento de cierre de medidas	ACP verifica que se cumpla las medidas previstas		
				1.5.3.3.	Gestión de denuncias	1.5.3.3.5.	Informe final	ACP realiza informes finales		
						1.5.3.4.1.	Recopilación de toda la información	Se adjunta documentos físicos		
						1.5.3.4.2.	Traslado de evidencias	Se hace un desplazamiento al área legal		
						1.5.3.4.3.	Entrega de evidencia	Se entrega la información solicitada al área legal		
						1.5.3.4.4.	Registra en la base de datos	Registro del estado de denuncias y se almacena caso		
				1.5.4.	Gestión de personal	1.5.4.1.	Gestión de desempeño	1.5.4.1.1.	Indicadores de desempeño	Utilización de Excel para formulación de indicadores
								1.5.4.1.2.	Monitoreo de desempeño	Verificación de registro de horas trabajadas por el ATH Verificación de registro de amonestaciones, faltas y sanciones por el ATH Verificación de reporte de desempeño de jefe de áreas
								1.5.4.1.3.	Análisis de desempeño	Cálculo de desempeño laboral Informe de resultados encontrados
1.5.4.1.4.	Reunión con dueños de procesos	Preparación de diapositivas de resultados Exposición de resultados								
1.5.4.2.1.	Evaluación de desvinculación laboral	Recepción de hoja de recorrido Averiguar el motivo de desvinculación laboral Firma de conformidad de desvinculación laboral Registro de personal desvinculado								
1.5.4.2.	Gestión de rotación de personal	1.5.4.2.2.	Proceso de desvinculación			de ATH				
		1.5.4.2.3.	Plan de acción para reducir la desvinculación laboral			Reunión con el ATH Coordinación sobre medidas de acción frente a la desvinculación Establecimiento de propuesta Presentación a Gerencia General Establecimiento de fecha de implementación				
		1.5.4.2.4.	Implantación de plan de acción			Notificación al personal sobre medidas a adoptar				
		1.5.4.3.1.	Identificación de temas de capacitación			Revisión de orden de requerimiento Realizar cronograma de capacitación con los temas identificados				
		1.5.4.3.2.	Planificación de ejecución de capacitación			Preparación de material de capacitación Reserva de auditorio de la clínica Presentación de formatos de capacitación al ATH				
1.5.4.3.	Gestión de formación continua	1.5.4.3.3.	Ejecución de capacitación	Aplicación de pre test Desarrollo de capacitación Aplicación de post test						

Control:	Apellidos y Nombres	Procesos	Firma y sello	Fecha
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph	ACP		03/02/2022
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		03/02/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		07/02/2022

Figura 23. Inventario de procedimiento: etapa AS-IS/ACP. Los procedimientos correspondientes a la gestión de quejas, reclamos y denuncias están enmarcados de color rojo. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

## b. Implementación TO-BE del Área de Calidad y Procesos

ESTÁNDAR										ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS				
Inventario de procedimientos										Código: ES-GG-CP-12				
										Revisión: 01	Versión: 02			
										A: 22/04/2022	Pág. 1			
Logo aquí														
Código	Macroproceso	Código	Proceso	Código	Subproceso	Código	Procedimientos	Código	Actividades	Tareas				
1	Calidad y Procesos	1.5.	Calidad y Proceso	1.5.1.	Planeamiento estratégico	1.5.1.1.	Administración de documentos	1.5.1.1.1.	Gestión de la calidad	Actualización de registro de seguimiento y control de documentos				
									Actualización de lista maestra de documentos	Actualización de codificación funcional				
									Actualización de documento de estandarización y control documentario	Revisión de documentación de todas las áreas de la clínica				
									Selección de documentos actualizados según normativa	Revisión de documentación de todas las áreas de la clínica				
									Notificación a áreas sobre cronograma de implementación de documentos faltantes	Selección de documentos actualizados según normativa				
									Compartir documento de estandarización y control documentario a todas las áreas	Notificación a áreas sobre cronograma de implementación de documentos faltantes				
					1.5.1.1.2.	Programa y cronograma del Sistema de Gestión de la Calidad	Compartir documento de estandarización y control documentario a todas las áreas							
						Hacer firmar ficha de compromiso para realización de documentos administrativos y técnicos	Compartir documento de estandarización y control documentario a todas las áreas							
						1.5.1.1.3.	Compromiso de gestión documentaria	Hacer firmar ficha de compromiso para realización de documentos administrativos y técnicos						
							1.5.1.1.4.	Administración de documentos corporativos	Compartir codificación documentaria a los dueños de proceso según tipo de documento					
						Verificar y validar la lista maestra de documentos a crearse en todas las áreas		Compartir codificación documentaria a los dueños de proceso según tipo de documento						
						Registrar documentos entregados y aprobados por Gerencia General	Compartir codificación documentaria a los dueños de proceso según tipo de documento							
				1.5.1.1.5.	Administración de documentos técnicos	Verificar y validar la lista maestra de documentos a crearse en todas las áreas								
					Registrar documentos entregados y aprobados por Gerencia General	Verificar estado de cumplimiento de documentación								
				1.5.1.1.6.	Sistema de gestión de documentos y registros	Verificar estado de aprobación documentario								
					Subir todos los documentos de la clínica en la nube	Verificar estado de cumplimiento de documentación								
				1.5.1.	Calidad y Proceso	1.5.1.	Calidad y Proceso	1.5.1.1.	Control de calidad y gestión de procesos	1.5.1.2.	Administración de desempeño	1.5.1.2.1.	Control de actividades de formación continua: inducción y capacitación	Realización de programa de formación continua
													Realización de cronograma de capacitación	Realización de cronograma de capacitación
													Socialización de programa de capacitación a las partes interesadas	Socialización de programa de capacitación a las partes interesadas
													amonestaciones, faltas y sanciones por el ATH	Socialización de programa de capacitación a las partes interesadas
													Verificación de reporte de desempeño de jefes de áreas	amonestaciones, faltas y sanciones por el ATH
													Calculo de desempeño laboral	Verificación de reporte de desempeño de jefes de áreas
								1.5.1.2.2.	Evaluación y mejora del desempeño	Calculo de desempeño laboral				
									Socialización de plan de mejora del desempeño a dueños de procesos	Socialización de plan de mejora del desempeño a dueños de procesos				
Revisión de registro de rotación de personal	Socialización de plan de mejora del desempeño a dueños de procesos													
1.5.1.2.3.	Evaluación y mejora del clima organizacional	Revisión de registro de rotación de personal												
	Encuesta de satisfacción cliente interno	Análisis de motivos de rotación de personal												
Verificación de índices de rotación por motivos de clima organizacional	Encuesta de satisfacción cliente interno													
1.5.1.2.4.	Encuesta de satisfacción cliente interno	Realización de preguntas de encuesta												
	Socialización de preguntas a colaboradores de la clínica	Socialización de preguntas a colaboradores de la clínica												
1.5.1.2.5.	Encuesta de satisfacción cliente externo	Análisis y realización de informe												
	Socialización de preguntas a pacientes y/o usuarios	Análisis y realización de informe												
1.5.1.2.6.	Investigación, desarrollo e innovación	Análisis y realización de informe												
	Innovación	Investigación, desarrollo e innovación												
Busqueda de información sobre el tema de innovación	Innovación													
Realización de presupuesto de proyecto de innovación	Busqueda de información sobre el tema de innovación													
Realización de cronograma de proyecto de innovación	Realización de presupuesto de proyecto de innovación													
Ejecución y mantenimiento de innovación	Realización de cronograma de proyecto de innovación													
Realización de cronograma de asistencia técnica	Ejecución y mantenimiento de innovación													
1.5.1.3.	Asistencia técnica	1.5.1.3.1.	Acompañamiento a todas las áreas y partes interesadas	Preparación de registros y materiales de inspección										
				Llenar registros de verificación de asistencia técnica										
				Vaciar registros a una base de datos										
1.5.1.3.2.	Programación de asistencia técnica	Llenar registros de verificación de asistencia técnica												
	Notificar a partes interesadas	Vaciar registros a una base de datos												
	Presentación de estadísticas	Notificar a partes interesadas												
1.5.2.1.	Implementación, inspección, monitoreo y control	1.5.2.1.1.	Programación de implementación	Caracterización de procesos y procedimientos										
				Identificación de procesos y procedimientos de todas las áreas de la										
				Socialización de procesos y procedimientos a la nube	Identificación de procesos y procedimientos de todas las áreas de la									
				Subir cambios de procesos y procedimientos a la nube	Socialización de procesos y procedimientos a la nube									
				Notificación de resultados a dueños de procesos	Subir cambios de procesos y procedimientos a la nube									
1.5.2.1.2.	Socialización de procesos y procedimientos	Notificación de resultados a dueños de procesos												
	Inspección de cumplimiento de requisitos legales y normativas internas	Revisión de posibles cambios normativos y legales												
1.5.2.1.3.	Programación de implementación	Inspección de cumplimiento de requisitos legales y normativas internas												
	Validación de normas legales	Programación de implementación												
1.5.2.1.4.	Inspección de cumplimiento de requisitos legales y normativas internas	Validación de normas legales												
	Evaluar plan de acción referente a los informes de no conformidades	Inspección de cumplimiento de requisitos legales y normativas internas												
1.5.2.1.5.	Acciones correctivas (no conformidades)	Evaluar plan de acción referente a los informes de no conformidades												
	Inspección de cumplimiento de requisitos legales y normativas internas	Acciones correctivas (no conformidades)												





### 4.3.5. Flujograma de Procedimientos

#### a. Implementación AS-IS del Área de Calidad y Procesos

##### a.1. Procedimiento de quejas

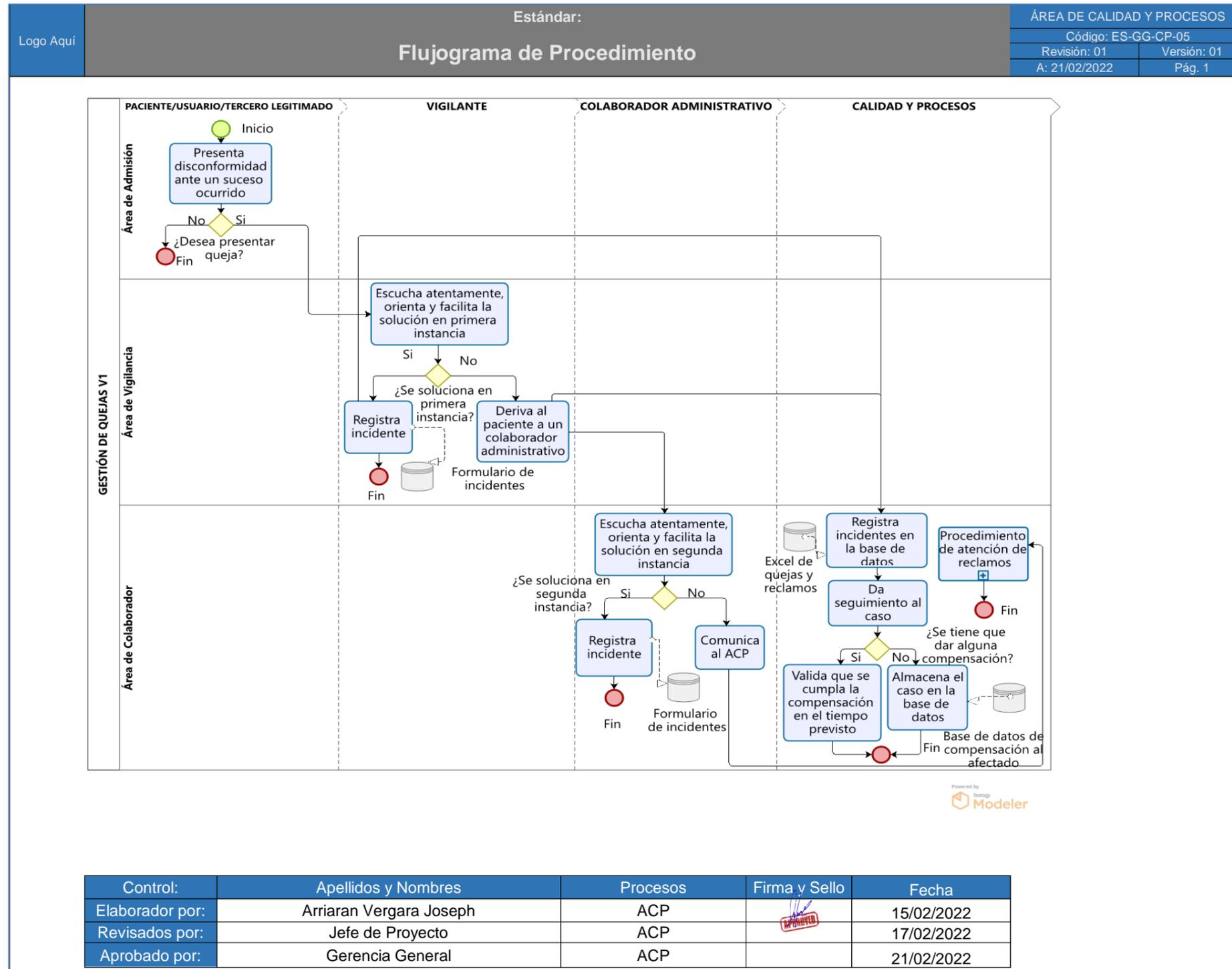


Figura 25. Flujograma de procedimiento de quejas: etapa AS-IS/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

a.2. Procedimiento de reclamos

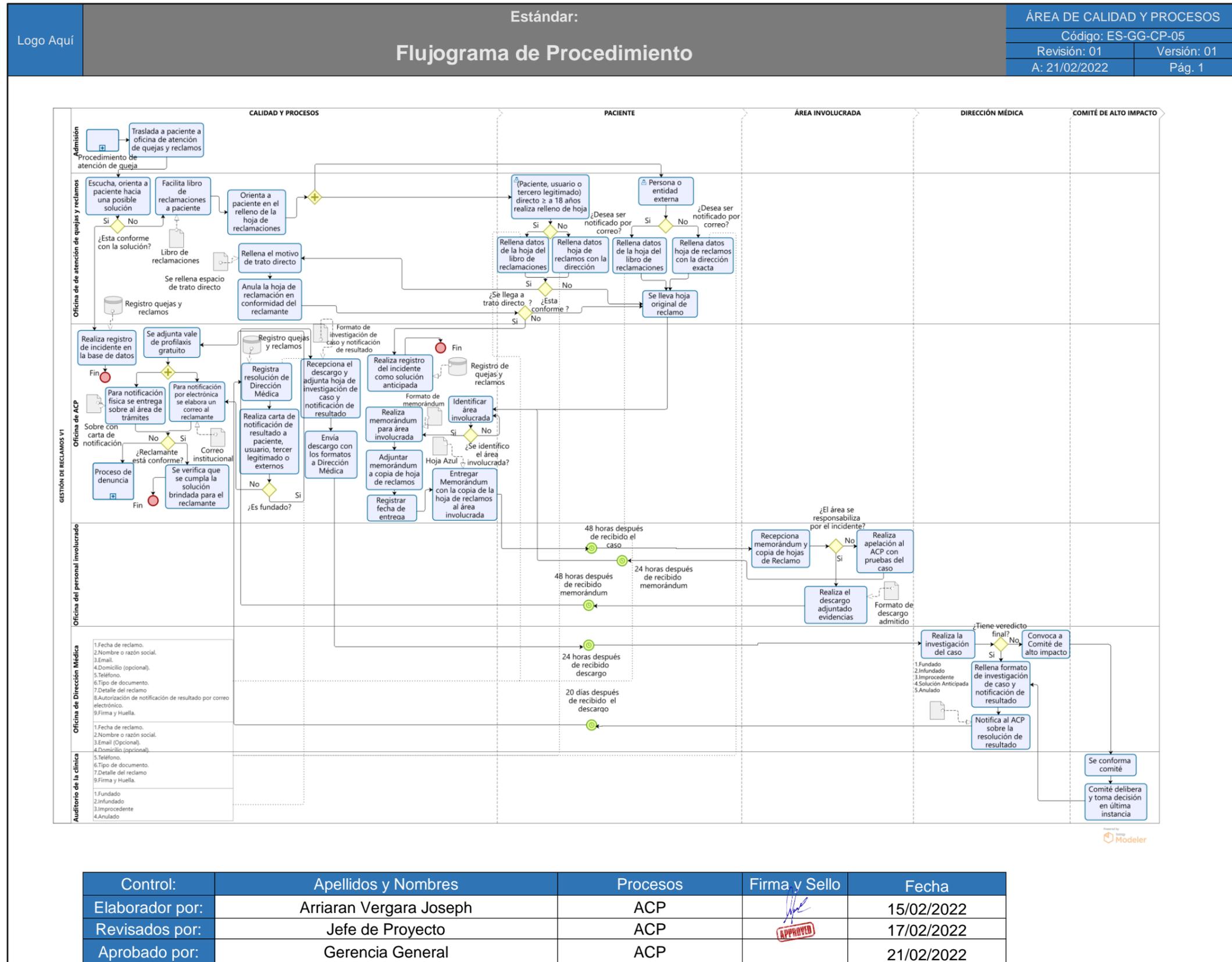


Figura 26. Flujograma de procedimiento de reclamos: etapa AS-IS/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

a.3. Procedimiento de denuncias

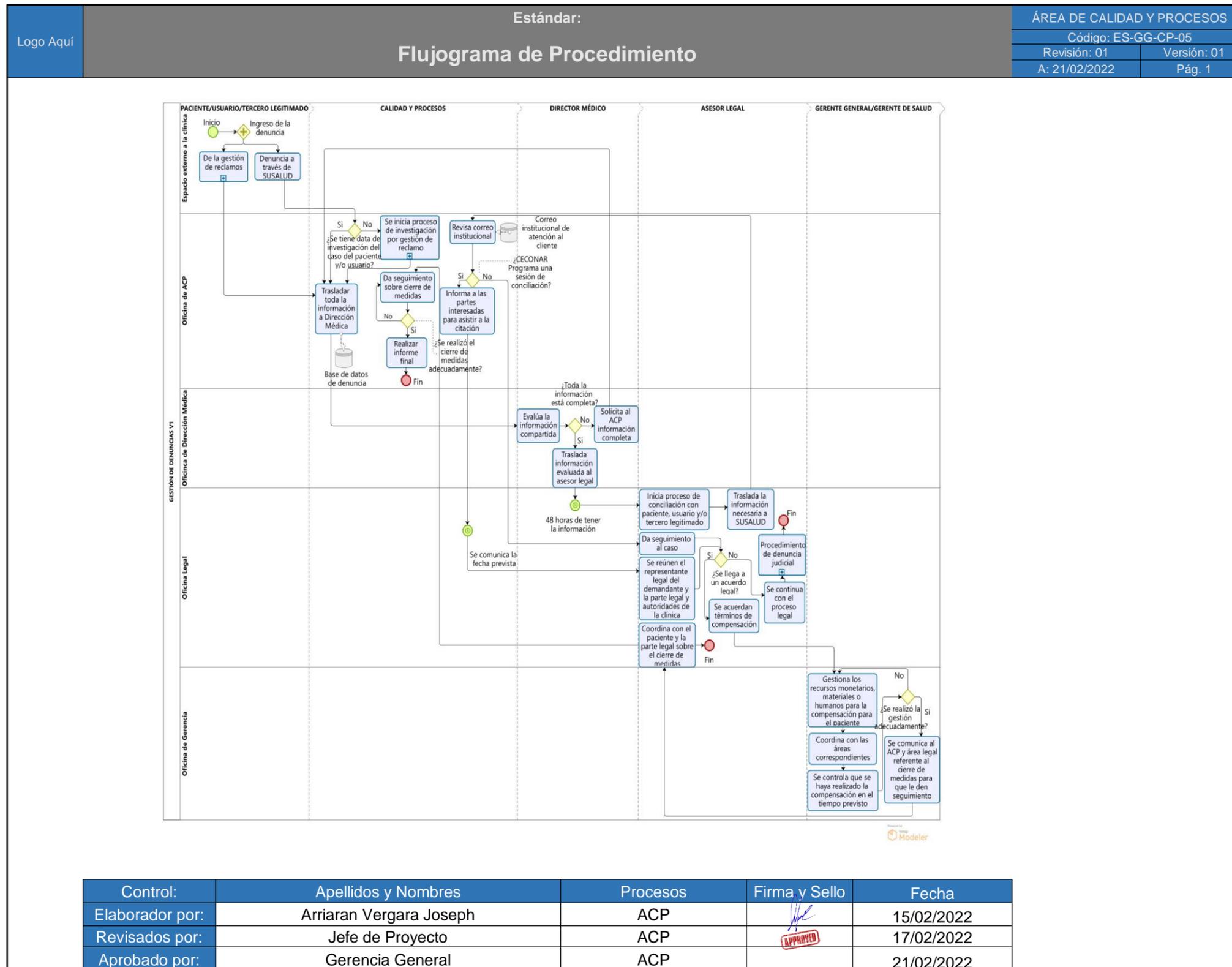


Figura 27. Flujograma de procedimiento de denuncias: etapa AS-IS/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

a.4. Procedimiento judicial

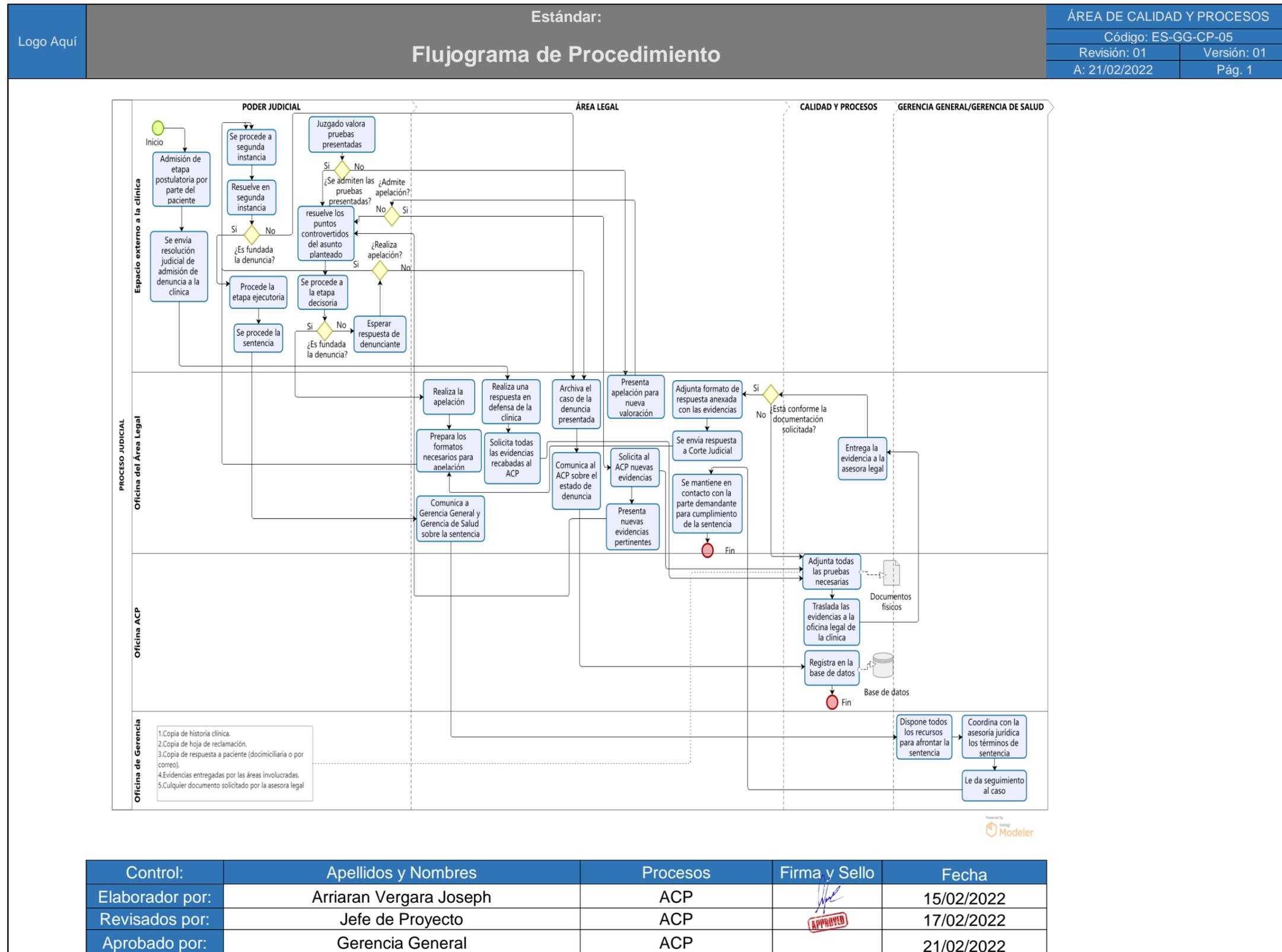


Figura 28. Flujograma de procedimiento judicial: etapa AS-IS/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

## b. Implementación TO-BE del Área de Calidad y Procesos

### b.1. Procedimiento de consulta

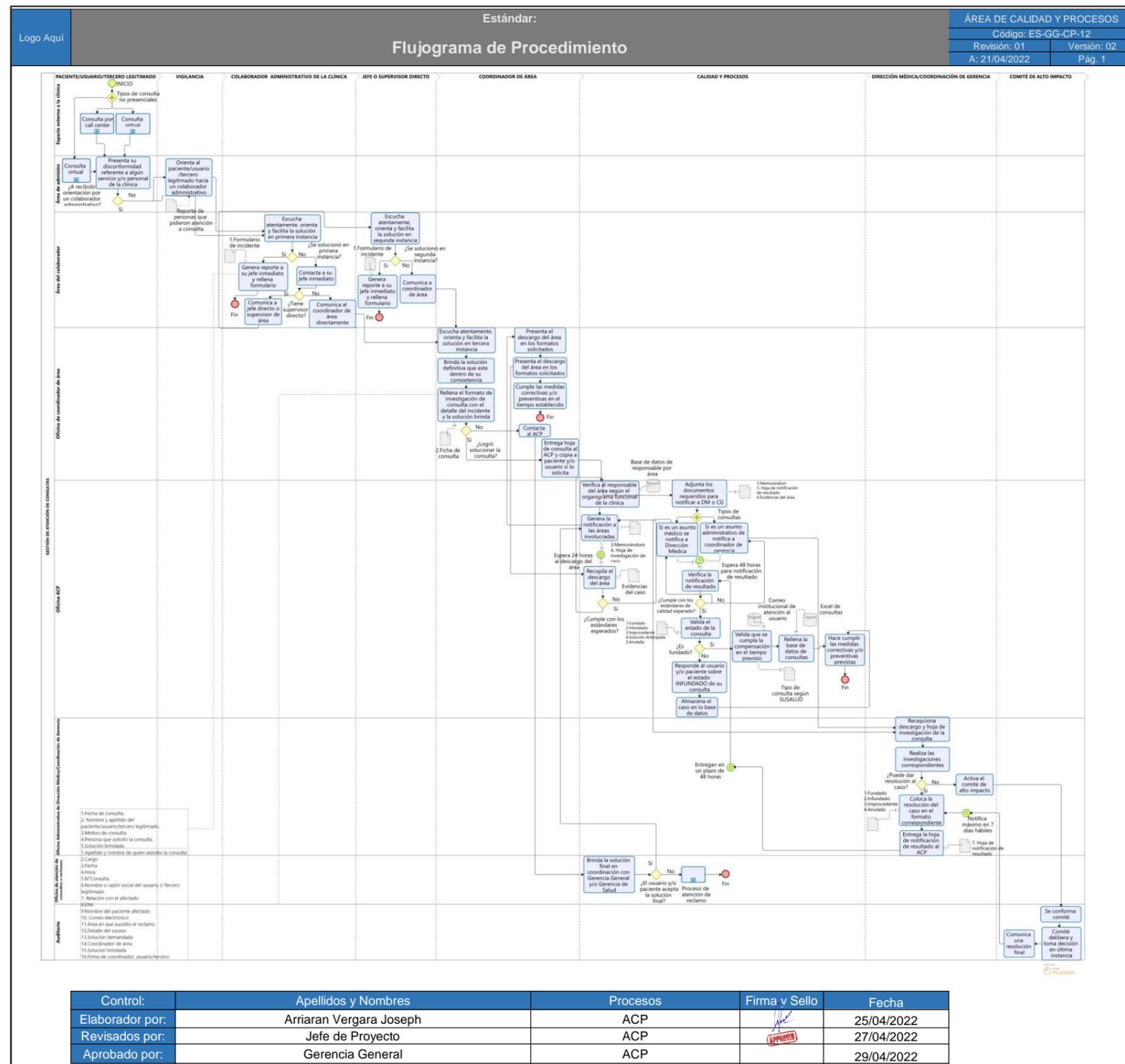


Figura 29. Flujograma de procedimiento de consulta: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

b.2.Procedimiento de reclamo

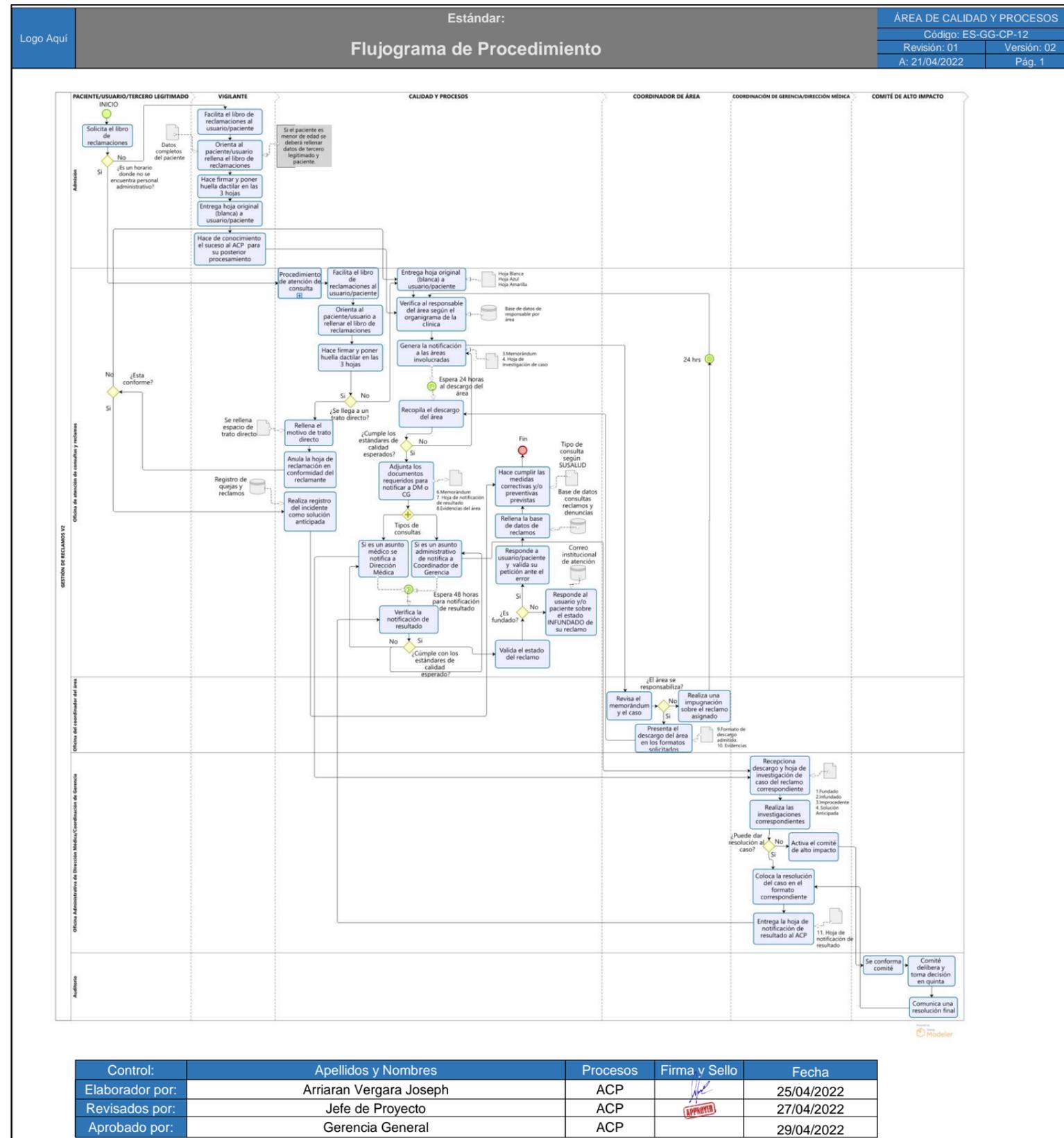


Figura 30. Flujograma de procedimiento de reclamo: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

b.3.Procedimiento de denuncia

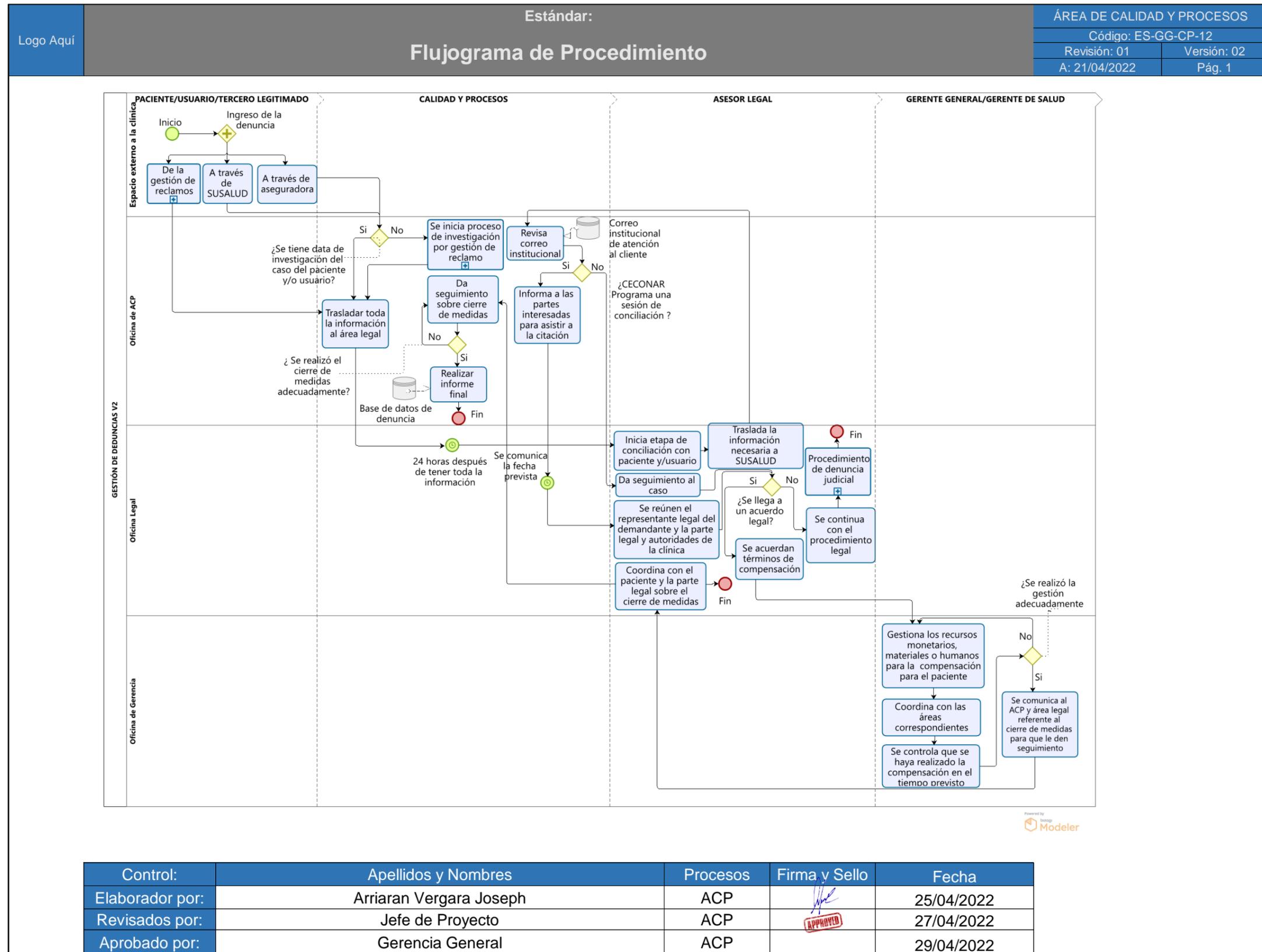


Figura 31. Flujograma de procedimiento de denuncias: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

b.4.Procedimiento de consulta virtual

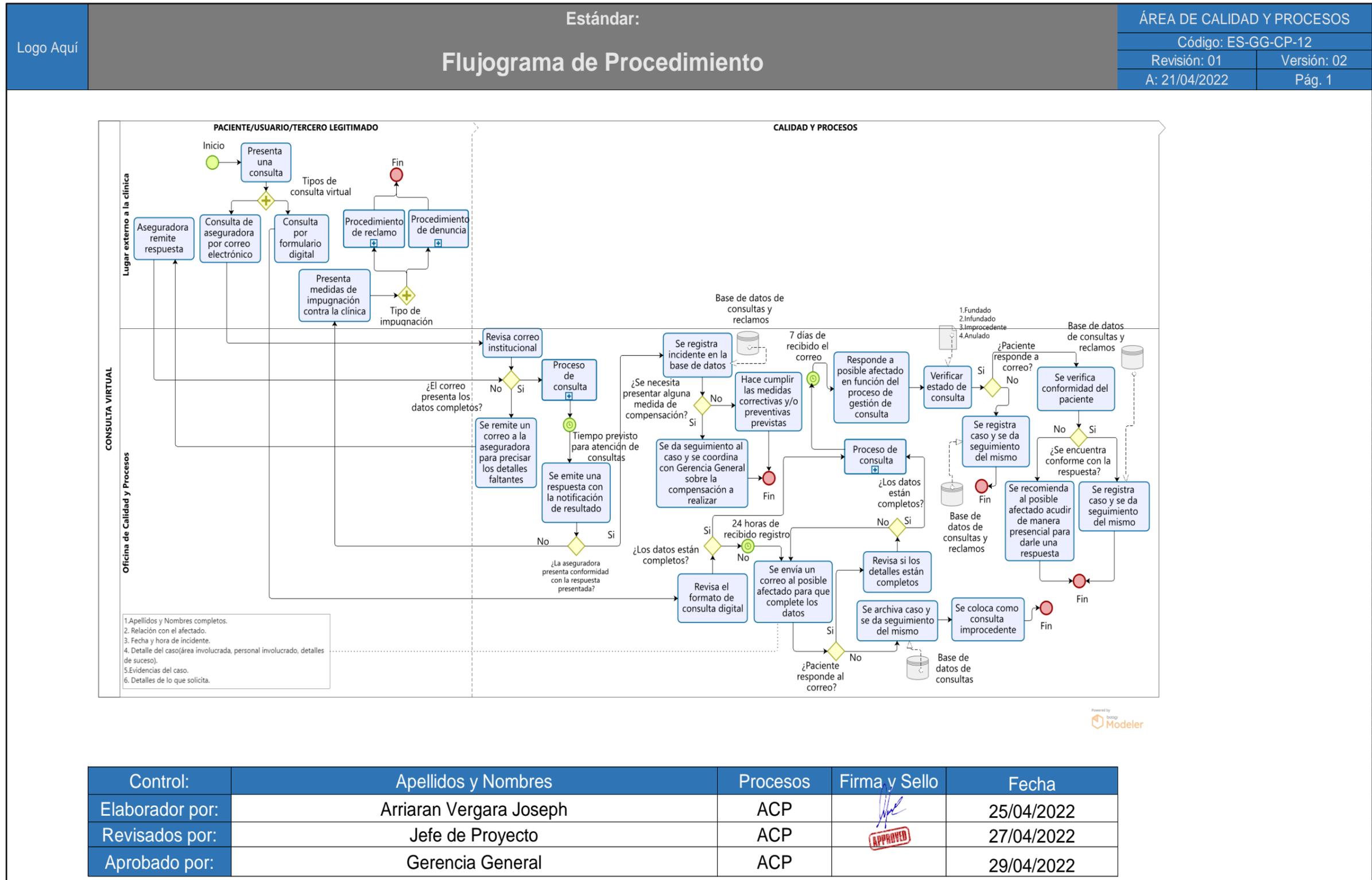
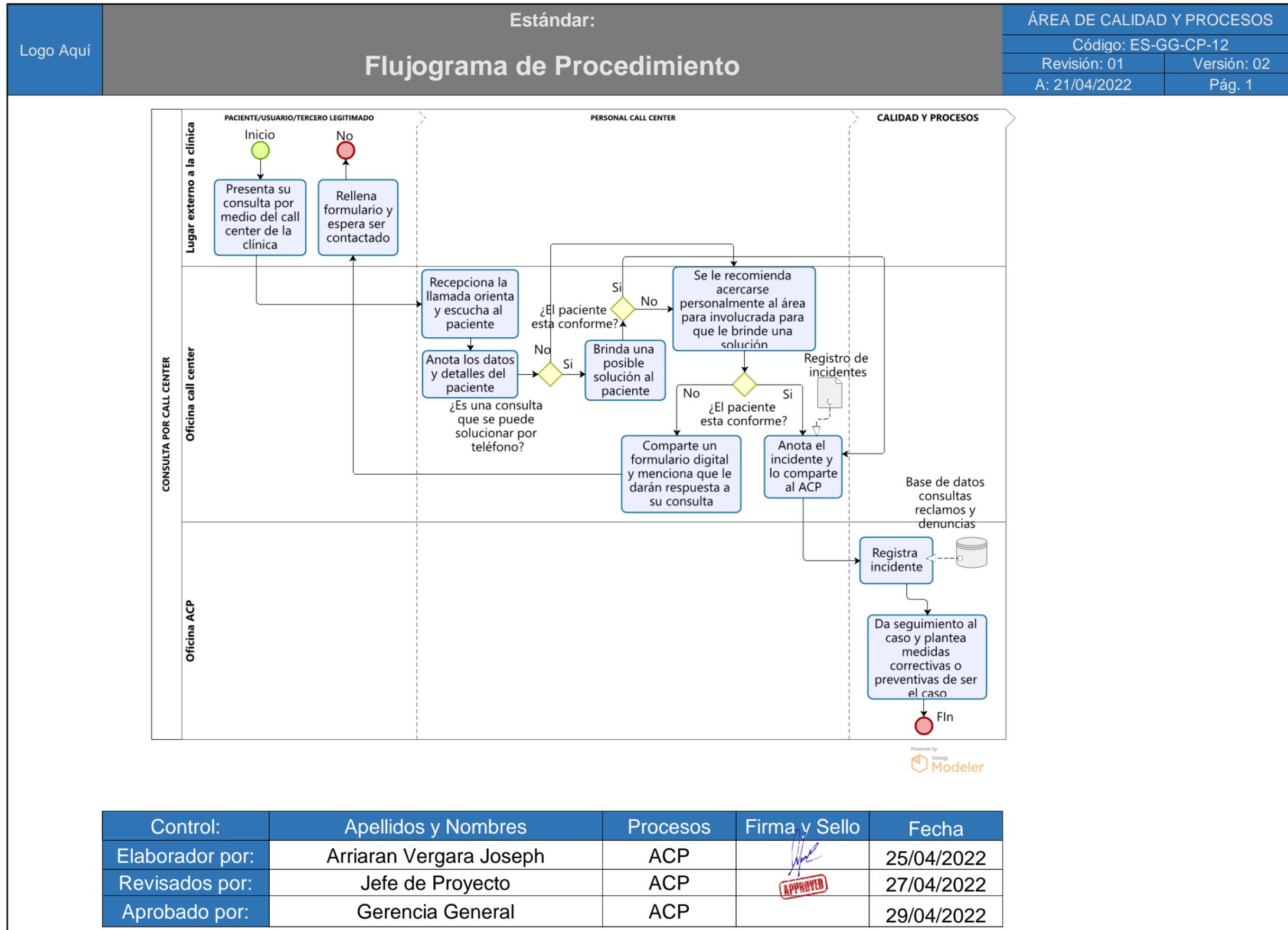


Figura 32. Flujograma de procedimiento de consulta virtual: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

b.5.Procedimiento de consulta por call center



Control:	Apellidos y Nombres	Procesos	Firma y Sello	Fecha
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph	ACP		25/04/2022
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		27/04/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		29/04/2022

Figura 33. Flujograma de procedimiento de consulta por call center. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

b.6.Procedimiento judicial

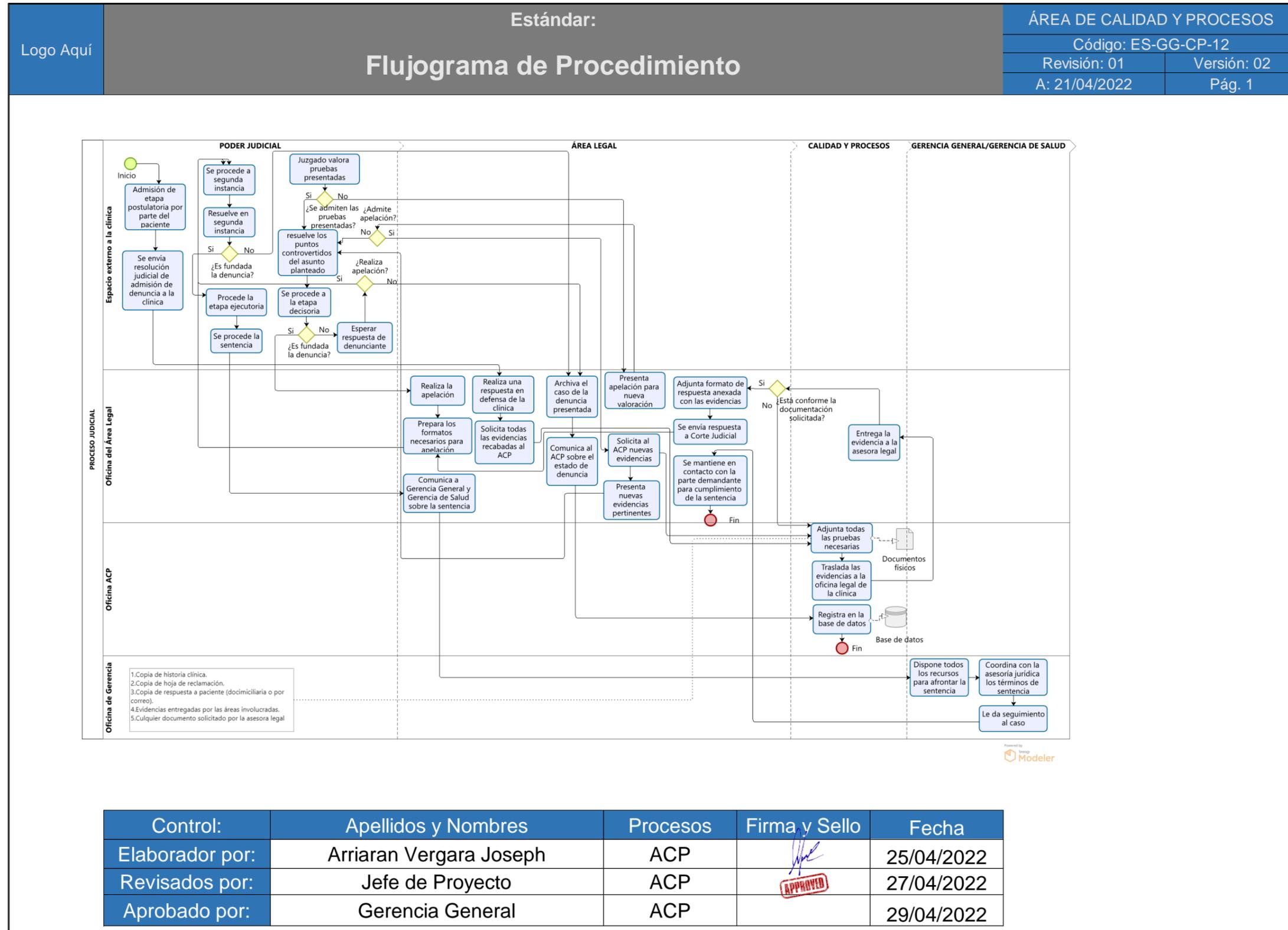


Figura 34. Flujograma de procedimiento judicial: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

#### 4.3.6. Ficha técnica de procedimiento.

##### a. Implementación AS-IS

##### a.1. Procedimiento de quejas

Logo Aquí	ESTÁNDAR:			ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS	
	Ficha Técnica de Procedimiento			Código: ES-GG-CP-06	
				Revisión: 01	Versión: 01
				A: 30/03/2022	Pág.4
<b>Ficha de Técnica del Proceso</b>			<b>Fecha:</b>	16-mar-22	
<b>CALIDAD Y PROCESOS</b>			<b>Código:</b>	FT 1.1.	
			<b>Versión:</b>	1	
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Gestión de quejas		<b>TIPO DE PROCESO:</b>	Clave	
<b>OBJETIVO DEL PROCESO:</b>	Gestionar adecuadamente la atención de quejas generadas en el proceso de atención de servicios de salud, administrativos u operativos de "La IPRESS"				
<b>DUÑO DEL PROCESO:</b>	Vigilante/Colaborador Administrativo/Asistente de Calidad y Procesos				
<b>ALCANCE:</b>	Este procedimiento esta comprendido para todas las áreas de "La IPRESS"				
<b>REFERENCIA LEGAL:</b>	Ley General de Salud (Ley 26842) Ley N° 29414: LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD Decreto Supremo N°030-2016-SA Procedimientos y normas internas de la clínica y relacionadas (protocolo de atención de quejas, reclamos y denuncias)				
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Proceso Nivel 2</b>	<b>Salidas / Productos</b>	<b>Receptor final del Producto</b>	
<b>Internos:</b> 1.Vigilancia 2.Colabor administrativo 3. Asistente de Calidad y Procesos	Inconformidad de grado menor o medio presentada por algún procedimiento de salud, administrativo u operativo en perjuicio de los posibles proveedores externos	Calidad y Procesos	1. Soluciones a inconformidad 2. Proceso de reclamo	1.Pacientes 2.Usuarios 3.Tercero legitimado 4.Externo	
<b>Externos:</b> 1.Pacientes 2.Usuarios 3.Tercero legitimado 4.Externo					
<b>Otros:</b>					
<b>Indicador de Desempeño</b>	Nº quejas atendidos				
<b>Controles</b>	1.Observación directa 2.Diagrama de control de incidentes				
<b>Recursos:</b>					
<b>Humanos</b>	1.Personal de servicio de vigilancia 2.Personal administrativo 3.Asistente de Calidad y Procesos 4.Personal administrativo de alto mando	<b>Sistemas Informáticos</b>	1.Software y servidor del SISCAH 2.Excel 3.Google Drive 4.Correo Institucional		
<b>Instalaciones</b>	1.Área de admisión 2.Áreas administrativas 3. Área de calidad y procesos	<b>Equipos</b>	1.Computadora 2.Registros 3.Teléfono corporativo		
<b>Control:</b>	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Proceso</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>	
<b>Elaborador por:</b>	Arriaran Vergara Joseph	ACP		16/03/2022	
<b>Revisados por:</b>	Jefe de Proyecto	ACP		26/03/2022	
<b>Aprobado por:</b>	Gerencia General	ACP		30/03/2022	

Figura 35. Ficha técnica de procedimiento de quejas: etapa AS-IS/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

## a.2. Procedimiento de reclamos

Logo Aquí	ESTÁNDAR:		ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS	
	Ficha Técnica de Procedimiento		Código: ES-GG-CP-06	
			Revisión: 01	Versión: 01
			A: 30/03/2022	Pág.4
<b>Ficha de Técnica del Proceso</b>		<b>Fecha:</b>	16-mar-22	
<b>CALIDAD Y PROCESOS</b>		<b>Código:</b>	FT 1.2.	
		<b>Versión:</b>	1	
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Gestión de reclamos	<b>TIPO DE PROCESO:</b>	Clave	
<b>OBJETIVO DEL PROCESO:</b>	Gestionar adecuadamente la atención de reclamos generadas en el proceso de atención de servicios de salud, administrativos u operativos o posterior a la atención de una queja de "La			
<b>DUEÑO DEL PROCESO:</b>	Calidad y Procesos/Colaborador de área involucrada/Dirección Médica/Comité de alto Impacto/			
<b>ALCANCE:</b>	Este procedimiento esta comprendido para todas las áreas de "La IPRESS"			
<b>REFERENCIA LEGAL:</b>	Ley General de Salud (Ley 26842)			
	Ley N° 29414: LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD			
	Decreto Supremo N° 011-2011-PCM, Reglamento del libro de reclamaciones			
	Decreto Supremo N° 030-2016-SA Procedimientos y normas internas de la clínica y relacionadas (protocolo de atención de quejas, reclamos y denuncias)			
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Proceso Nivel 2</b>	<b>Salidas / Productos</b>	<b>Receptor final del Producto</b>
<b>Internos:</b> 1. Área de Calidad y Procesos 2. Área involucrada 3. Área de dirección 4. Comité de alto Impacto  <b>Externos:</b> 1. Pacientes 2. Usuarios 3. Tercero legitimado 4. Externo	Inconformidad de grado mayor presentada por algún procedimiento de salud, administrativo u operativo en perjuicio de los posibles proveedores externos	Calidad y Procesos	1. Soluciones a inconformidad 2. Compensación por afección sin autorización 3. Proceso de denuncia	1. Pacientes 2. Usuarios 3. Tercero legitimado 4. Externo
<b>Otros:</b>				
<b>Indicador de Desempeño</b>	N° reclamos atendidos			
<b>Controles</b>	1. Observación directa 2. Diagrama de control de incidentes			
<b>Recursos:</b>				
<b>Humanos:</b>	1. Personal de servicio de vigilancia 2. Personal administrativo 3. Asistente de Calidad y Procesos	<b>Sistemas Informáticos</b>	1. Software y servidor del SISCAH 2. Excel 3. Google Drive	
<b>Instalaciones :</b>	1. Áreas administrativas 2. Oficina de atención de reclamos 3. Oficina del ACP 4. Oficina de Dirección Médica	<b>Equipos:</b>	1. Computadora 2. Registros 3. Teléfono corporativo 4. Libro de reclamaciones	
<b>Control:</b>	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Proceso</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph	ACP		16/03/2022
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		26/03/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		30/03/2022

Figura 36. Ficha técnica de procedimiento de reclamos: etapa AS-IS/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

### a.3. Procedimiento de denuncias

Logo Aquí	ESTÁNDAR:			ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS	
	Ficha Técnica de Procedimiento			Código: ES-GG-CP-06	
				Revisión: 01	Versión: 01
				A: 30/03/2022	Pág.4
<b>Ficha de Técnica del Proceso</b>			<b>Fecha:</b>	16-mar-22	
<b>CALIDAD Y PROCESOS</b>			<b>Código:</b>	FT 1.3.	
			<b>Versión:</b>	1	
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Gestión de denuncias	<b>TIPO DE PROCESO:</b>	Clave		
<b>OBJETIVO DEL PROCESO:</b>	Gestionar adecuadamente la atención de denuncias generadas en el proceso de atención de servicios de salud, administrativos u operativos o posterior a la atención de un reclamo de "La IPRESS".				
<b>DUEÑO DEL PROCESO:</b>	Calidad y Procesos/Asesor Legal/Dirección Médica/Gerencia General/Gerencia de Salud				
<b>ALCANCE:</b>	Este procedimiento esta comprendido para las áreas involucradas en el proceso de denuncia de "La IPRESS"				
<b>REFERENCIA LEGAL:</b>	Ley General de Salud (Ley 26842)				
	Ley N° 29414: LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS				
	Decreto Supremo N°030-2016-SA				
	Ley N° 29414 - Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud Procedimientos y normas internas de la clínica y relacionadas (protocolo de atención de quejas, reclamos y denuncias)				
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Proceso Nivel 1</b>	<b>Salidas / Productos</b>	<b>Receptor final del Producto</b>	
<b>Internos:</b> 1. Área de Calidad y Procesos 2. Área Legal 3. Área de Dirección Médica 4. Área de Gerencia General 5. Área de Gerencia de Salud  <b>Externos:</b> 1. Demandante 2. Afectado 3. Parte legal	Denuncia por posible afectación grave presentada en la ejecución de algún procedimiento de salud, administrativo u operativo.	Gerencia General/Gerencia de Salud	1. Soluciones a demanda 2. Proceso judicial	1. Afectado	
<b>OTROS:</b>					
<b>Indicador de Desempeño</b>	Nº de denuncias atendidas				
<b>Controles</b>	1.Reuniones cenconar 2.Diagrama de control de denuncias				
<b>Recursos:</b>					
<b>Humanos:</b>	1.Asesor legal 2.Responsable área involucrada 3.Asistente de Calidad y Procesos 4.Gerente general/Dirección Médica 5.Gerente de salud/Coordinación de	<b>Sistemas Informáticos</b>	1.Excel 2.Google Drive 3.Correo institucional		
<b>Instalaciones :</b>	1.Área de Calidad y Procesos 2.Áreas de Asesoría Legal 3.Área de Dirección Médica 4. Área de Gerencia General	<b>Equipos:</b>	1. Hoja de reclamaciones 2.Formatos de investigación del caso 3.Evidencias del caso 4. Computadora		
<b>Control:</b>	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Proceso</b>	<b>Firma: y Sello</b>	<b>Fecha</b>	
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph	ACP		16/03/2022	
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		26/03/2022	
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		30/03/2022	

Figura 37. Ficha técnica de procedimiento de denuncias: etapa AS-IS/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

#### a.4. Procedimiento judicial

Logo Aquí	ESTÁNDAR:		ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS	
	Ficha Técnica de Procedimiento		Código: ES-GG-CP-06	
			Revisión: 01	Versión: 01
			A: 30/03/2022	Pág. 4
<b>Ficha de Técnica del Proceso</b>		<b>Fecha:</b>	16-mar-22	
<b>CALIDAD Y PROCESOS</b>		<b>Código:</b>	FT 1.4.	
		<b>Versión:</b>	1	
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Gestión de procedimiento judicial	<b>TIPO DE PROCESO:</b>	Misional	
<b>OBJETIVO DEL PROCESO:</b>	Dar respuesta a las denuncias judiciales, facilitando los documentos requeridos por las entidades encargadas de dictar sentencia en los procesos civiles.			
<b>DUEÑO DEL PROCESO:</b>	/Asesor Legal/Calidad y Procesos/Gerencia General/Gerencia de Salud			
<b>ALCANCE:</b>	Este procedimiento esta comprendido para el área legal de "La IPRESS"			
<b>REFERENCIA LEGAL:</b>	Ley General de Salud (Ley 26842)			
	Ley N° 29414: LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS			
	Ley N° 30137, Ley que establece criterios de priorización para la atención del pago de sentencias			
	Ley N° 29414 - Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud			
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Proceso Nivel 1</b>	<b>Salidas / Productos</b>	<b>Receptor final del Producto</b>
<b>Internos:</b> 1. Área de Calidad y Procesos 2. Área legal 3. Área de Gerencia General 4. Área de Gerencia de Salud <b>Externos:</b> 1. Demandante 2. Afectado 3. Parte legal 4. Poder Judicial	Notificación de denuncia judicial por parte de la corte de justicia de la región Junín	Gerencia General/Gerencia de Salud	1. Sentencia para reposición a demandante 2. Sentencia de desestimación de demanda	1. Demandante
<b>OTROS:</b>				
<b>Indicador de Desempeño</b>	1. N° de casos ganados en la corte judicial			
<b>Controles</b>	1. Sentencia Corte Superior de Justicia			
<b>Recursos:</b>				
<b>Humanos:</b>	1. Asesor Legal 3. Asistente Calidad y Procesos 4. Gerente General 5. Gerente de Salud	<b>Sistemas Informáticos</b>	1. Excel 2. Google Drive 3. Correo institucional	
<b>Instalaciones :</b>	1. Área de Calidad y Procesos 2. Áreas de Asesoría Legal 3. Área de Gerencia General 4. Corte Superior de la Región Junín	<b>Equipos:</b>	1. Hoja de reclamaciones 2. Formatos de investigación del caso 3. Evidencias del caso 4. Computadora	
<b>Control:</b>	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Proceso</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph	ACP		16/03/2022
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		26/03/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		30/03/2022

Figura 38. Ficha técnica de procedimiento judicial: etapa AS-IS/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

## b. Implementación TO-BE del Área de Calidad y Procesos

### b.1. Procedimiento de consultas

Logo Aquí	ESTÁNDAR:		ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS	
	Ficha Técnica de Procedimiento		Código: ES-GG-CP-13	
			Revisión: 01	Versión: 02
			A: 2/05/2022	Pág.5
<b>Ficha de Técnica del Proceso</b>		<b>Fecha:</b>	22-abr-22	
<b>CALIDAD Y PROCESOS</b>		<b>Código:</b>	FT 2.1.	
		<b>Versión:</b>	2	
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Gestión de consultas	<b>TIPO DE PROCESO:</b>	Clave	
<b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Gestionar adecuadamente la atención de consultas generadas en el proceso de atención de servicios de salud, administrativos u operativos de "La IPRESS"			
<b>DUEÑO DEL PROCESO:</b>	Vigilante/Colaborador Administrativo de la Clínica/Jefe o Supervisor Directo/Coordinador de Área/Calidad y Procesos/Dirección Médica/Coordinación de Gerencia/Comité de Alto Impacto			
<b>ALCANCE:</b>	Este procedimiento esta comprendido para todas las áreas de "La IPRESS"			
<b>REFERENCIA LEGAL:</b>	Ley General de Salud (Ley 26842) Ley N° 29414: LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS DECRETOS SUPREMOS N° 002-2019-SA Procedimientos y normas internas de la clínica y relacionadas (protocolo de atención de consultas, reclamos y denuncias, manual de calidad de ACP, manual de procesos y procedimientos ACP)			
<b>Proveedores Internos:</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Proceso Nivel 2</b>	<b>Salidas / Productos</b>	<b>Receptor final del Producto</b>
1.Área de vigilancia 2.Área de colaborador administrativo de la clínica. 3.Área de jefe o supervisor administrativo de la clínica. 4. Área de calidad y procesos. 5.Área de Dirección Médica. 6.Área de Coordinación de Gerencia. 7.Comité de Alto Impacto.	Inconformidad degradado menor o medio presentada por algun procedimiento de Salud, Administrativo u Operativo en perjuicio de los posibles proveedores externos	Calidad y Procesos	1. Soluciones a inconformidad 2. Proceso de reclamo	1.Pacientes 2.Usuarios 3.Tercero legitimado 4.Externo
<b>Externos:</b>				
1.Pacientes 2.Usuarios 3.Tercero legitimado 4.Externo				
<b>Otros:</b>				
<b>Indicador de Desempeño</b>	1.Tiempo Medio de Resolución (TMR) de consultas 2.Resolución al Primer Contacto (RPC) 3.Tasa de Retención de Clientes (TRC) 4.Indicador de Satisfacción del Cliente (ISC)			
<b>Controles</b>	1.Observación directa 2.Diagrama de control de incidentes 3.Registro de gestión de consultas, reclamos y denuncias			
<b>Recursos:</b>				
<b>Humanos</b>	1.Personal de servicio de vigilancia 2.Personal administrativo 3.Jefe o Supervisor administrativo 4.Coordinador de área 5.Asistente de calidad y procesos 6.Director médico 7.Coordinador de gerencia 8.Comité de Alto Impacto	<b>Sistemas Informáticos</b>	1.Software y servidor del SISCAH 2.Excel 3.Google Drive 4.Correo institucional 5.Formulario digital	
<b>Instalaciones</b>	1.Área de admisión 2.Áreas administrativas	<b>Equipos o Materiales</b>	1.Computadora 2.Registros 3.Teléfono corporativo 4.Hoja de consulta 5.Hoja de investigación de caso y notificación de resultados	
<b>Control:</b>	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Proceso</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph	ACP		22/04/2022
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		26/04/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		02/05/2022

Figura 39. Ficha técnica de procedimiento de consultas: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

## b.2. Procedimiento de reclamos

Logo Aquí	ESTÁNDAR:		ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS	
	Ficha Técnica de Procedimiento		Código: ES-GG-CP-13	
			Revisión: 01	Versión: 02
			A: 2/05/2022	Pág.5
<b>Ficha de Técnica del Proceso</b>		<b>Fecha:</b>	22-abr-22	
<b>CALIDAD Y PROCESOS</b>		<b>Código:</b>	FT 2.2.	
		<b>Versión:</b>	2	
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Gestión de reclamos	<b>TIPO DE PROCESO:</b>	Clave	
<b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Gestionar adecuadamente la atención de reclamos generadas en el proceso de atención de servicios de salud, administrativos u operativos o posterior a la atención de una queja de "La IPRESS".			
<b>DUEÑO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Vigilante/Calidad y Procesos/Coordinador de Área/Coordinación de Gerencia/Dirección Médica/Comité de alto Impacto			
<b>ALCANCE:</b>	Este procedimiento esta comprendido para todas las áreas de "La IPRESS"			
<b>REFERENCIA LEGAL:</b>	Ley General de Salud (Ley 26842)			
	Ley N° 29414: LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS			
	Decreto Supremo N° 011-2011-PCM, Reglamento del Libro de Reclamaciones			
	DECRETO SUPREMO N° 002-2019-SA Procedimientos y normas internas de la clínica y relacionadas (protocolo de atención de consultas, reclamos y denuncias, manual de calidad de ACP, manual de procesos y procedimientos ACP)			
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Proceso Nivel 2</b>	<b>Salidas / Productos</b>	<b>Receptor final del Producto</b>
<b>Internos:</b> 1.Área de Vigilancia 2.Área de Calidad y Procesos 3.Área de Coordinador administrativo 4.Área de Coordinación de Gerencia 5.Área de Dirección Médica 6.Comité de Alto Impacto  <b>Externos:</b> 1.Pacientes 2.Usuarios 3.Tercero Legitimado 4.Externo	Inconformidad de grado mayor presentada por algún procedimiento de salud, administrativo u operativo en perjuicio de los posibles proveedores externos	Calidad y Procesos	1. Soluciones a inconformidad 2. Compensación por afección sin autorización 3. Procedimiento de Denuncia	1.Pacientes 2.Usuarios 3.Tercero Legitimado 4.Externo
<b>Otros:</b>				
<b>Indicador de Desempeño</b>	1.Tiempo Medio de Resolución (TMR) de reclamos 2.Resolución al Primer Contacto (RPC) 3.Indicador de Satisfacción del Cliente (ISC) 4.Tasa de Retención de Clientes (TRC)			
<b>Controles</b>	1.Observación directa 2.Diagrama de control de incidentes			
<b>Recursos:</b>				
<b>Humanos:</b>	1.Personal de servicio de vigilancia 2.Asistente de Calidad y Procesos 3.Coordinador de Gerencia 4.Coordinador administrativo 5.Director Médico 6.Comité de Alto Impacto	<b>Sistemas Informáticos</b>	1.Software y servidor del SISCAH 2.Excel 3.Google Drive 4.Correo institucional	
<b>Instalaciones :</b>	1.Áreas administrativas 2.Oficina de atención de reclamos 3. Oficina ACP 4.Oficina de Dirección Médica	<b>Equipos:</b>	1.Computadora 2.Registros 3.Teléfono corporativo 4.Libro de reclamaciones	
<b>Control:</b>	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Proceso</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph	ACP		22/04/2022
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		26/04/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		02/05/2022

Figura 40. Ficha técnica de procedimiento de reclamos: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

### b.3. Procedimiento de denuncia

Logo Aquí	ESTÁNDAR:		ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS	
	Ficha Técnica de Procedimiento		Código: ES-GG-CP-13	
			Revisión: 01	Versión: 02
			A: 2/05/2022	Pág.5
<b>Ficha de Técnica del Proceso</b>		<b>Fecha:</b>	22-abr-22	
<b>CALIDAD Y PROCESOS</b>		<b>Código:</b>	FT 2.3.	
		<b>Versión:</b>	2	
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Gestión de denuncias	<b>TIPO DE PROCESO:</b>	Clave	
<b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Gestionar adecuadamente la atención de denuncias generadas en el proceso de atención de servicios de salud, administrativos u operativos o posterior a la atención de un reclamo de "La IPRESS".			
<b>DUEÑO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Calidad y Procesos/Asesor Legal/Dirección Médica/Gerencia General/Gerencia de Salud			
<b>ALCANCE:</b>	Este procedimiento esta comprendido para las áreas involucradas en el proceso de denuncia de "La IPRESS"			
<b>REFERENCIA LEGAL:</b>	Ley General de Salud (Ley 26842)			
	Ley N° 29414: LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS			
	DECRETO SUPREMO N° 002-2019-SA			
	Ley N° 29414 - Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud			
Procedimientos y normas internas de la clínica y relacionadas (protocolo de atención de quejas, reclamos y denuncias)				
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Proceso Nivel 1</b>	<b>Salidas / Productos</b>	<b>Receptor final del Producto</b>
<b>Internos:</b> 1. Área de Calidad y Procesos 2. Área Legal 3. Área de Gerencia General 4. Área de Gerencia de Salud  <b>Externos:</b> 1. Demandante 2. Afectado 3. Parte legal	Denuncia por posible afectación grave presentada en la ejecución de algún procedimiento de salud, administrativo u operativo.	Gerencia General/Gerencia de Salud	1. Soluciones a demanda 2. Proceso judicial	1. Afectado
<b>OTROS:</b>				
<b>Indicador de Desempeño</b>	1. Indicador de Satisfacción del Cliente (ISC) 2. Tasa de Retención de Clientes (TRC)			
<b>Controles</b>	1. Reuniones CENCONAR 2. Diagrama de control de denuncias			
<b>Recursos:</b>				
<b>Humanos:</b>	1. Asesor Legal 2. Responsable área involucrada 3. Asistente Calidad y Procesos 4. Gerente General/Dirección Médica 5. Gerente de Salud/Coordinación de Gerencia	<b>Sistemas Informáticos</b>	1. Excel 2. Google Drive 3. Correo Institucional	
<b>Instalaciones:</b>	1. Área de Calidad y Procesos 2. Áreas de Asesoría Legal 3. Área de Gerencia General	<b>Equipos:</b>	1. Hoja de reclamaciones 2. Formatos de investigación del caso 3. Evidencias del caso 4. Computadora 5. Teléfono corporativo	
<b>Control:</b>	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Proceso</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph	ACP		22/04/2022
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		26/04/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		02/05/2022

Figura 41. Ficha técnica de procedimiento de denuncias: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

#### b.4. Procedimiento de consulta virtual

Logo Aquí	ESTÁNDAR:		ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS	
	Ficha Técnica de Procedimiento		Código: ES-GG-CP-13	
			Revisión: 01	Versión: 02
			A: 2/05/2022	Pág.5
<b>Ficha de Técnica del Proceso</b>		<b>Fecha:</b>	22-abr-22	
<b>CALIDAD Y PROCESOS</b>		<b>Código:</b>	FT 2.4.	
		<b>Versión:</b>	1	
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Gestión de consultas virtual	<b>TIPO DE PROCESO:</b>	Clave	
<b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Gestionar adecuadamente la atención de consultas virtuales generadas en el proceso de atención de servicios de salud, administrativos u operativos de "La IPRESS"			
<b>DUEÑO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Calidad y Procesos			
<b>ALCANCE:</b>	Este procedimiento esta comprendido para todas las áreas de "La IPRESS"			
<b>REFERENCIA LEGAL:</b>	Ley General de Salud (Ley 26842) Ley N° 29414: LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS DECRETOS SUPREM N° 002-2019-SA Procedimientos y normas internas de la clínica y relacionadas (protocolo de atención de consultas, reclamos y denuncias, manual de calidad de ACP, manual de procesos y procedimientos ACP)			
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Proceso Nivel 2</b>	<b>Salidas / Productos</b>	<b>Receptor final del Producto</b>
<b>Internos:</b> 1. Área de Calidad y Procesos	Inconformidad de grado menor o medio presentada de manera virtual por algún procedimiento de salud, administrativo u operativo en perjuicio de los posibles proveedores externos	Calidad y Procesos	1. Soluciones a inconformidad 2. Proceso de consulta presencial 3. Procedimiento de reclamo	1. Pacientes 2. Usuarios 3. Tercero legitimado 4. Externo
<b>Externos:</b> 1. Pacientes 2. Usuarios 3. Tercero legitimado 4. Externo				
<b>Otros:</b>				
<b>Indicador de Desempeño</b>	1. Tiempo Medio de Resolución (TMR) de quejas 2. Resolución al Primer Contacto (RPC) 3. Tasa de Retención de Clientes (TRC) 4. Indicador de Satisfacción del Cliente (ISC)			
<b>Controles</b>	1. Observación directa 2. Diagrama de control de incidentes 3. Registro de gestión de Consultas, Reclamos y Denuncias 4. Formulario Digital			
<b>Recursos:</b>				
<b>Humanos</b>	1. Asistente de calidad y procesos	<b>Sistemas Informáticos</b>	1. Google Drive 2. Correo institucional	
<b>Instalaciones</b>	1. Área de admisión 2. Espacio externo a la clínica	<b>Equipos o Materiales</b>	1. Computadora 2. Registros digitales 3. Teléfono corporativo	
<b>Control:</b>	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Proceso</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph	ACP		22/04/2022
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		26/04/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		02/05/2022

Figura 42. Ficha técnica de procedimiento de consulta virtual: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

## b.5. Procedimiento de consulta por call center

Logo Aquí	ESTÁNDAR:		ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS	
	Ficha Técnica de Procedimiento		Código: ES-GG-CP-13	
			Revisión: 01	Versión: 02
			A: 2/05/2022	Pág.5
<b>Ficha de Técnica del Proceso</b>		<b>Fecha:</b>	15-oct-21	
<b>CALIDAD Y PROCESOS</b>		<b>Código:</b>	FT 1	
		<b>Versión:</b>	2	
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Gestión de consultas call center	<b>TIPO DE PROCESO:</b>	Clave	
<b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Gestionar adecuadamente la atención de consultas por call center generadas en el proceso de atención de servicios de salud, administrativos u operativos de "La IPRESS"			
<b>DUÑO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Personal call center			
<b>ALCANCE:</b>	Este procedimiento esta comprendido para todas las áreas de "La IPRESS"			
<b>REFERENCIA LEGAL:</b>	Ley General de Salud (Ley 26842)			
	Ley N° 29414: LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS DECRETOS SUPREMOS N° 002-2019-SA			
	Procedimientos y normas internas de la clínica y relacionadas (protocolo de atención de consultas, reclamos y denuncias, manual de calidad de ACP, manual de procesos y procedimientos ACP)			
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Proceso Nivel 2</b>	<b>Salidas / Productos</b>	<b>Receptor final del Producto</b>
<b>Internos:</b> 1. Personal administrativo de call center	Inconformidad de grado menor o medio presentada por llamada telefónica por algun procedimiento de salud, administrativo u operativo en perjuicio de los posibles proveedores externos	Calidad y Procesos	1. Soluciones a inconformidad 2. Procedimiento de consulta presencial 3. Procedimiento de reclamo	1. Pacientes 2. Usuarios 3. Tercero Legitimado 4. Externo
<b>Externos:</b> 1. Pacientes 2. Usuarios 3. Tercero legitimado 4. Externo				
<b>Otros:</b>				
<b>Indicador de Desempeño</b>	1. Tiempo Medio de Resolución (TMR) de consultas 2. Resolución al Primer Contacto (RPC)			
<b>Controles</b>	1. Formulario Digital			
<b>Recursos:</b>				
<b>Humanos</b>	1. Operador de Call Center	<b>Sistemas Informáticos</b>	1. Software y servidor del SISCAH 2. Google drive	
<b>Instalaciones</b>	1. Área de Call Center 2. Áreas externas a la clínica	<b>Equipos o Materiales</b>	1. Registros digitales 2. Teléfono corporativo	
<b>Control:</b>	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Proceso</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph	ACP		22/04/2022
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		26/04/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		02/05/2022

Figura 43. Ficha técnica de procedimiento de consulta por call center: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

## b.6. Procedimiento judicial

Logo Aquí	ESTÁNDAR:			ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS	
	Ficha Técnica de Procedimiento			Código: ES-GG-CP-13	
				Revisión: 01	Versión: 02
				A: 2/05/2022	Pág.5
<b>Ficha de Técnica del Proceso</b>			<b>Fecha:</b>	16-mar-22	
<b>CALIDAD Y PROCESOS</b>			<b>Código:</b>	FT 1.4.	
			<b>Versión:</b>	1	
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Gestión de procedimiento judicial	<b>TIPO DE PROCESO:</b>	Misional		
<b>OBJETIVO DEL PROCESO:</b>	Dar respuesta a las denuncias judiciales, facilitando los documentos requeridos por las entidades encargadas de dictar sentencia en los procesos civiles.				
<b>DUEÑO DEL PROCESO:</b>	/Asesor Legal/Calidad y Procesos/Gerencia General/Gerencia de Salud				
<b>ALCANCE:</b>	Este procedimiento esta comprendido para el área legal de "La IPRESS"				
<b>REFERENCIA LEGAL:</b>	Ley General de Salud (Ley 26842) Ley N° 29414: LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS Ley N° 30137, Ley que establece criterios de priorización para la atención del pago de sentencias Ley N° 29414 - Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud				
<b>Proveedores</b>	<b>Entradas / Insumos</b>	<b>Proceso Nivel 1</b>	<b>Salidas / Productos</b>	<b>Receptor final del Producto</b>	
<b>Internos:</b> 1.Área de Calidad y Procesos 2.Área legal 3.Área de Gerencia General 4.Área de Gerencia de Salud <b>Externos:</b> 1.Demandante 2.Afectado 3.Parte legal 4. Poder Judicial	Notificación de denuncia judicial por parte de la corte de justicia de la región Junín	Gerencia General/Gerencia de Salud	1. Sentencia para reposición a demandante 2. Sentencia de desestimación de demanda	1. Demandante	
<b>OTROS:</b>					
<b>Indicador de Desempeño</b>	1. Nº de casos ganados en la corte judicial				
<b>Controles</b>	1.Sentencia Corte Superior de Justicia				
<b>Recursos:</b>					
<b>Humanos:</b>	1.Asesor Legal 3.Asistente Calidad y Procesos 4.Gerente General 5.Gerente de Salud	<b>Sistemas Informáticos</b>	1.Excel 2.Google Drive 3.Correo institucional		
<b>Instalaciones :</b>	1.Área de Calidad y Procesos 2.Áreas de Asesoría Legal 3. Área de Gerencia General 4. Corte Superior de la Región Junín	<b>Equipos:</b>	1. Hoja de reclamaciones 2.Formatos de investigación del caso 3.Evidencias del caso 4. Computadora		
<b>Control:</b>	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Proceso</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>	
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph	ACP		22/04/2022	
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		26/04/2022	
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		02/05/2022	

Figura 44. Ficha técnica de procedimiento judicial: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

### 4.3.7. Diagrama de Análisis de Procedimiento.

#### a. Implementación AS-IS del Área de Calidad y Procesos

### a.1. Procedimiento de quejas

Logo Aquí		ESTÁNDAR: Diagrama de Análisis de Procedimiento					ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS				
							Código: ES-GG-CP-6				
							Revisión: 01		Versión: 01		
							A: 30/03/2022		Pág. 15		
DAP		DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO					AS-IS				
Diagrama N°:	20	Hoja N°:	1	Código:	FAPV1.1.						
PROCESO:	Calidad y procesos					SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%		
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos					●	Operación	3	50,0%		
PROCEDIMIENTO:	Gestión de quejas					→	Transporte	0	0,0%		
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:		JAV		⬇	Espera / Demora	2	33,3%		
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:		16/mar/2022		■	Inspección	1	16,7%		
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	DE (m)	▽	Almacenamiento	0	0,0%	
Vigilante	Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en primera instancia	1	9,5	12,0	7,0	-	Total de actividades realizadas				
Vigilante	Registra incidente en el formulario de incidentes	1	7,5	10,0	5,0	0	DT = Distancia Total (m)		0	Metros	
Calidad y Procesos	Registra incidentes en la base de datos	1	4,0	5,0	3,0	0	TE = Tiempo Estándar (min)		17.661	Minutos / Hombre	
Calidad y Procesos	Da seguimiento al caso	1	6120,0	10800,0	1440,0	0	SIMBOLOGÍA				
Calidad y Procesos	Valida que se cumpla la compensación en el tiempo previsto	1	11520,0	21600,0	1440,0	0	●	→	⬇	■	▽
Total:		5	17661	32427	2895	0	3	0	2	1	0
OBSERVACIÓN											
Control:		Apellidos y Nombres			Proceso		Firma y Sello		Fecha		
Elaborador por:		Ariaran Vergara Joseph			ACP				16/03/2022		
Revisados por:		Jefe de proyecto			ACP				26/03/2022		
Aprobado por:		Gerencia General			ACP				30/03/2022		

Logo Aquí		ESTÁNDAR: Diagrama de Análisis de Procedimiento					ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS				
							Código: ES-GG-CP-6				
							Revisión: 01		Versión: 01		
							A: 30/03/2022		Pág. 15		
DAP		DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO					AS-IS				
Diagrama N°:	20	Hoja N°:	2	Código:	FAPV1.2.						
PROCESO:	Calidad y procesos					SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%		
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos					●	Operación	3	50,0%		
PROCEDIMIENTO:	Gestión de quejas					→	Transporte	0	0,0%		
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:		JAV		⬇	Espera / Demora	1	16,7%		
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:		16/mar/2022		■	Inspección	1	16,7%		
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	DE (m)	▽	Almacenamiento	1	16,7%	
Vigilante	Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en primera instancia	1	9,5	12,0	7,0	-	Total de actividades realizadas				
Vigilante	Registra incidente en el formulario de incidentes	1	7,5	10,0	5,0	0	DT = Distancia Total (m)		0	Metros	
Calidad y Procesos	Registra incidentes en la base de datos	1	4,0	5,0	3,0	0	TE = Tiempo Estándar (min)		6.169	Minutos / Hombre	
Calidad y Procesos	Da seguimiento al caso	1	6120,0	10800,0	1440,0	0	SIMBOLOGÍA				
Calidad y Procesos	Almacena el caso en la base de datos	1	27,5	30,0	25,0	0	●	→	⬇	■	▽
Total:		5	6169	10857	1480	0	3	0	1	1	1
OBSERVACIÓN											
Control:		Apellidos y Nombres			Proceso		Firma y Sello		Fecha		
Elaborador por:		Ariaran Vergara Joseph			ACP				16/03/2022		
Revisados por:		Jefe de proyecto			ACP				26/03/2022		
Aprobado por:		Gerencia General			ACP				30/03/2022		

DAP						DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO						AS-IS			
Diagrama N°:		20	Hoja N°:		3	Código:		FAPV1.3.				RESUMEN			
PROCESO:		Calidad y procesos										SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%
SUB PROCESO:		Control de calidad y gestión de procesos										●	Operación	3	37,5%
PROCEDIMIENTO:		Gestión de quejas										→	Transporte	1	12,5%
Dueño del Proceso:		Asistente de calidad y procesos		Elaborador por:		JAV				●	Espera / Demora	2	25,0%		
Tamaño Lote:		-		Fecha Inicio:		16/mar/2022				■	Inspección	2	25,0%		
Participantes		DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES				TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmín admitido (min)	DE (m)	SIMBOLOGÍA			OBSERVACIÓN	
Vigilante		Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en primera instancia				1	9,5	12,0	7,0	-	●				
Vigilante		Deriva a paciente a colaborador administrativo				1	7,5	10,0	5,0	0	→				La distancia es medida en función del área donde ocurrió el suceso
Colaborador administrativo		Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en segunda instancia				1	15,0	20,0	10,0	0	●				
Colaborador administrativo		Registra incidente en el excel de incidencias				1	4,0	5,0	3,0	0,0	■				
Calidad y Procesos		Da seguimiento al caso				1	6120,0	10800,0	1440,0	0	▽				
Calidad y Procesos		Valida que se cumpla la compensación en el tiempo previsto				1	11520,0	21600,0	1440,0	0					
		<b>Total:</b>				<b>6</b>	<b>17676</b>	<b>32447</b>	<b>2905</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	

<b>Control:</b>	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Proceso</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph	ACP		16/03/2022
Revisados por:	Jefe de proyecto	ACP		26/03/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		30/03/2022

DAP						DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO						AS-IS			
Diagrama N°:		20	Hoja N°:		4	Código:		FAPV1.4.				RESUMEN			
PROCESO:		Calidad y procesos										SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%
SUB PROCESO:		Control de calidad y gestión de procesos										●	Operación	3	37,5%
PROCEDIMIENTO:		Gestión de quejas										→	Transporte	1	12,5%
Dueño del Proceso:		Asistente de calidad y procesos		Elaborador por:		JAV				●	Espera / Demora	1	12,5%		
Tamaño Lote:		-		Fecha Inicio:		16/mar/2022				■	Inspección	2	25,0%		
Participantes		DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES				TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmín admitido (min)	DE (m)	SIMBOLOGÍA			OBSERVACIÓN	
Vigilante		Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en primera instancia				1	9,5	12,0	7,0	-	●				
Vigilante		Deriva a paciente a colaborador administrativo				1	7,5	10,0	5,0	0	→				La distancia es medida en función del área donde ocurrió el suceso
Colaborador administrativo		Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en segunda instancia				1	15,0	20,0	10,0	0	●				
Colaborador administrativo		Registra incidente en el excel de incidencias				1	4,0	5,0	3,0	0,0	■				
Calidad y Procesos		Da seguimiento al caso				1	6120,0	10800,0	1440,0	0	▽				
Calidad y Procesos		Almacena el caso en lo base de datos				1	27,5	30,0	25,0	0					
		<b>Total:</b>				<b>6</b>	<b>6184</b>	<b>10877</b>	<b>1490</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

<b>Control:</b>	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Proceso</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph	ACP		16/03/2022
Revisados por:	Jefe de proyecto	ACP		26/03/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		30/03/2022

Logo Aquí		ESTÁNDAR: Diagrama de Análisis de Procedimiento					ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS						
							Código: ES-GG-CP-6						
							Revisión: 01	Versión: 01					
							A: 30/03/2022	Pág. 15					
DAP		DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO					AS-IS						
Diagrama N°:	20	Hoja N°:	5	Código:	FAPV1.5.					RESUMEN			
PROCESO:		Calidad y procesos					SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%			
SUB PROCESO:		Control de calidad y gestión de procesos					●	Operación	3	50,0%			
PROCEDIMIENTO:		Gestión de quejas					→	Transporte	1	16,7%			
Dueño del Proceso:		Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:		JAV					●	Espera / Demora	0	0,0%
Tamaño Lote:		-	Fecha Inicio:	16/mar/2022					■	Inspección	2	33,3%	
Participantes		DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES					▼	Almacenamiento	0	0,0%			
Vigilante		Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en primera instancia					Total de actividades realizadas					6	100,0%
Vigilante		Deriva a paciente a colaborador administrativo					DT = Distancia Total (m)					0	Metros
Colaborador administrativo		Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en segunda instancia					TE = Tiempo Estándar (min)					34	Minutos / Hombre
Colaborador administrativo		Comunica al ACP					SIMBOLOGÍA					OBSERVACIÓN	
Total:		4	34	44	23	0	●	→	●	■	▼		
Control:		Apellidos y Nombres			Proceso	Firma y Sello		Fecha					
Elaborador por:		Arriaran Vergara Joseph			ACP			16/03/2022					
Revisados por:		Jefe de proyecto			ACP			26/03/2022					
Aprobado por:		Gerencia General			ACP			30/03/2022					

Figura 45. Diagrama de análisis de procedimiento de quejas: etapa AS-IS/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

## a.2. Procedimiento de reclamos

Logo Aquí		ESTÁNDAR: Diagrama de Análisis de Procedimiento					ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS						
							Código: ES-GG-CP-6						
							Revisión: 01	Versión: 01					
							A: 30/03/2022	Pág. 15					
DAP		DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO					AS-IS						
Diagrama N°:	21	Hoja N°:	6	Código:	FAPV2.1.					RESUMEN			
PROCESO:		Calidad y procesos					SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%			
SUB PROCESO:		Control de calidad y gestión de procesos					●	Operación	2	50,0%			
PROCEDIMIENTO:		Gestión de reclamos					→	Transporte	1	25,0%			
Dueño del Proceso:		Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:		JAV					●	Espera / Demora	0	0,0%
Tamaño Lote:		-	Fecha Inicio:	16/mar/2022					■	Inspección	1	25,0%	
Participantes		DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES					▼	Almacenamiento	0	0,0%			
Calidad y Procesos		Traslada a paciente a oficina de atención de quejas y reclamos					Total de actividades realizadas					4	100,0%
Calidad y Procesos		Escucha, orienta a paciente hacia una posible solución					DT = Distancia Total (m)					10	Metros
Calidad y Procesos		Realiza registro de incidente en la base de datos					TE = Tiempo Estándar (min)					18	Minutos / Hombre
Total:		3	18,0	23,0	13,0	10	●	→	●	■	▼	OBSERVACIÓN	
Control:		Apellidos y Nombres			Proceso	Firma y Sello		Fecha					
Elaborador por:		Arriaran Vergara Joseph			ACP			16/03/2022					
Revisados por:		Jefe de proyecto			ACP			26/03/2022					
Aprobado por:		Gerencia General			ACP			30/03/2022					

Logo Aquí		ESTÁNDAR: Diagrama de Análisis de Procedimiento					ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS							
							Código: ES-GG-CP-6							
							Revisión: 01 Versión: 01							
							A: 30/03/2022 Pág. 15							
<b>DAP</b>		<b>DIAGRAMA DE ANALISIS DE PROCESO</b>					<b>AS-IS</b>							
Diagrama N°:	21	Hoja N°:	7	Código:	FAPV2.2.					<b>RESUMEN</b>				
PROCESO:	Calidad y procesos						Operación	18	72,0%					
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos						Transporte	1	4,0%					
PROCEDIMIENTO:	Gestión de reclamos						Espera / Demora	3	12,0%					
							Inspección	3	12,0%					
							Almacenamiento	0	0,0%					
Total de actividades realizadas							25	100,0%						
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:	JAV			DT = Distancia Total (m)		40	Metros					
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:	16/mar/2022			TE = Tiempo Estándar (min)		40.053	Minutos / Hombre					
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	DE (m)	<b>SIMBOLOGÍA</b>					OBSERVACIÓN		
Calidad y Procesos	Traslada a paciente a oficina de atención de quejas y reclamos	1	6,5	8	5	-						La distancia es medida en función del área donde ocurrió el suceso		
Calidad y Procesos	Escucha atentamente, orienta y facilita la solución	1	7,5	10,0	5,0	0,0								
Calidad y Procesos	Facilita libro de reclamaciones a paciente	1	2,0	3,0	1,0	0,0								
Calidad y Procesos	Orienta a paciente en el relleno de la hoja de reclamaciones	1	4,0	5,0	3,0	0,0								
Calidad y Procesos	Entrega hoja original de reclamo	1	1,5	2,0	1,0	0,0								
Calidad y Procesos	Identificar área involucrada	1	8,0	10,0	6,0	0,0								
Calidad y Procesos	Realiza memorándum para área involucrada	1	15,0	20,0	10,0	0,0								
Calidad y Procesos	Adjuntar memorándum a copia de hoja de reclamos	1	11,0	14,0	8,0	0,0								
Calidad y Procesos	Registrar fecha de entrega	1	4,0	5,0	3,0	0,0								
Calidad y Procesos	Entregar memorándum con la copia de la hoja de reclamos al área involucrada	1	2440,0	2880,0	2000,0	-						La distancia es medida en función del área donde ocurrió el suceso		
Coordinador de área involucrada	Recepciona memorándum y copia de hojas de reclamo y realiza impugnación de ser el caso	1	1320,0	1440,0	1200,0	0,0								
Coordinador de área involucrada	Realiza el descargo adjuntado evidencias	1	2440,0	2880,0	2000,0	0,0								
Calidad y Procesos	Recepciona el descargo y adjunta hoja de investigación de caso y notificación de resultado	1	105,0	120,0	90,0	0,0						La distancia es medida en función del área donde ocurrió el suceso		
Calidad y Procesos	Envía descargo con los formatos a Dirección Médica	1	210,0	240,0	180,0	0,0								
Dirección Médica	Realiza la investigación del caso	1	2610,0	2820,0	2400,0	0,0								
Dirección Médica	Rellena formato de investigación de caso y notificación de resultado	1	55,0	60,0	50,0	0,0								
Dirección Médica	Notifica al ACP sobre la resolución de resultado	1	55,0	60,0	50,0	40,0								
Calidad y Procesos	Registra resolución de Dirección Médica	1	25,0	30,0	20,0	0,0								
Calidad y Procesos	Realiza carta de notificación de resultado a paciente, usuario, tercer legítimo o	1	1220,0	1440,0	1000,0	0,0								
Calidad y Procesos	Realiza notificación electrónica a reclamante	1	29520,0	30240,0	28800,0	0,0								
<b>Total:</b>		19	40053	42279	37827	40	18	1	3	3	0			

Control:	Apellidos y Nombres	Proceso	Firma y Sello	Fecha
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph	ACP		16/03/2022
Revisados por:	Jefe de proyecto	ACP		26/03/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		30/03/2022

Logo Aquí		ESTÁNDAR: Diagrama de Análisis de Procedimiento					ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS				
							Código: ES-GG-CP-6				
							Revisión: 01 Versión: 01				
							A: 30/03/2022 Pág. 15				
Diagrama N°: 21		Hoja N°: 8		Código: FAPV2.3		RESUMEN					
PROCESO:		Calidad y procesos					SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%	
SUB PROCESO:		Control de calidad y gestión de procesos					●	Operación	20	74,1%	
PROCEDIMIENTO:		Gestión de reclamos					→	Transporte	1	3,7%	
Dueño del Proceso:		Asistente de calidad y procesos		Elaborador por: JAV		⏸	Espera / Demora	3	11,1%		
Tamaño Lote:		-		Fecha Inicio: 16/mar/2022		⏴	Inspección	3	11,1%		
Participantes		DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES					⏵	Almacenamiento	0	0,0%	
		TA (N°)					SIMBOLOGÍA				
		Tm (min)					●				
		Tmáx admitido (min)					→				
		Tmín admitido (min)					⏸				
		DE (m)					⏴				
							⏵				
							OBSERVACIÓN				
Calidad y Procesos		Traslada a paciente a oficina de atención de quejas y reclamos					La distancia es medida en función del área donde ocurrió el suceso				
Calidad y Procesos		Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en primera instancia									
Calidad y Procesos		Facilita el libro de reclamaciones a paciente									
Calidad y Procesos		Orienta a paciente en el relleno de la hoja de reclamaciones									
Calidad y Procesos		Entrega hoja original de reclamo									
Calidad y Procesos		Identificar área involucrada									
Calidad y Procesos		Realiza memorándum para área involucrada									
Calidad y Procesos		Adjuntar memorándum a copia de hoja de reclamos									
Calidad y Procesos		Registrar fecha de entrega									
Calidad y Procesos		Entregar memorándum con la copia de la hoja de reclamos al área involucrada					La distancia es medida en función del área donde ocurrió el suceso				
Coordinador de área involucrada		Recepciona memorándum y copia de hojas de Reclamo y realiza impugnación de ser el caso									
Coordinador de área involucrada		Realiza el descargo adjuntado evidencias									
Calidad y Procesos		Recepciona el descargo y adjunta hoja de investigación de caso y notificación de resultado					La distancia es medida en función del área donde ocurrió el suceso				
Calidad y Procesos		Envía descargo con los formatos a Dirección Médica									
Dirección Médica		Realiza la investigación del caso									
Comité de alto Impacto		Se conforma comité									
Comité de alto Impacto		Comité delibera y toma decisión en última instancia									
Dirección Médica		Rellena formato de investigación de caso y notificación de resultado									
Dirección Médica		Notifica al ACP sobre la resolución de resultado									
Calidad y Procesos		Registra resolución de Dirección Médica									
Calidad y Procesos		Realiza carta de notificación de resultado a paciente, usuario, tercer legitimado o externos									
Calidad y Procesos		Realiza notificación domiciliar a reclamante									
Total:		21 40367 41986 38687 40					20 1 3 3 0				
Control:		Apellidos y Nombres			Proceso		Firma y Sello		Fecha		
Elaborador por:		Amiarian Vergara Joseph			ACP				16/03/2022		
Revisados por:		Jefe de proyecto			ACP				26/03/2022		
Aprobado por:		Gerencia General			ACP				30/03/2022		

Logo Aquí		ESTÁNDAR: Diagrama de Análisis de Procedimiento					ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS				
							Código: ES-GG-CP-6				
							Revisión: 01 Versión: 01				
							A: 30/03/2022 Pág. 15				
Diagrama N°: 21		Hoja N°: 9		Código: FAPV2.4		RESUMEN					
PROCESO:		Calidad y procesos					SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%	
SUB PROCESO:		Control de calidad y gestión de procesos					●	Operación	6	75,0%	
PROCEDIMIENTO:		Gestión de reclamos					→	Transporte	1	12,5%	
Dueño del Proceso:		Asistente de calidad y procesos		Elaborador por: JAV		⏸	Espera / Demora	0	0,0%		
Tamaño Lote:		-		Fecha Inicio: 16/mar/2022		⏴	Inspección	1	12,5%		
Participantes		DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES					⏵	Almacenamiento	0	0,0%	
		TA (N°)					SIMBOLOGÍA				
		Tm (min)					●				
		Tmáx admitido (min)					→				
		Tmín admitido (min)					⏸				
		DE (m)					⏴				
							⏵				
							OBSERVACIÓN				
Calidad y Procesos		Traslada a paciente a oficina de atención de quejas y reclamos					La distancia es medida en función del área donde ocurrió el suceso				
Calidad y Procesos		Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en primera instancia									
Calidad y Procesos		Facilita el libro de reclamaciones a paciente									
Calidad y Procesos		Orienta a paciente en el relleno de la hoja de reclamaciones									
Calidad y Procesos		Rellena el motivo de trato directo									
Calidad y Procesos		Anula la hoja de reclamación en conformidad del reclamante									
Calidad y Procesos		Realiza registro del incidente como solución anticipada									
Total:		7 41 51 30 0					6 1 0 1 0				
Control:		Apellidos y Nombres			Proceso		Firma y Sello		Fecha		
Elaborador por:		Amiarian Vergara Joseph			ACP				16/03/2022		
Revisados por:		Jefe de proyecto			ACP				26/03/2022		
Aprobado por:		Gerencia General			ACP				30/03/2022		

Figura 46. Diagrama de análisis de procedimiento de reclamos: etapa AS-IS/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

### a.3. Procedimiento de denuncias

ESTÁNDAR:										ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS			
Logo Aquí										Código: ES-GG-CP-6			
Diagrama de Análisis de Procedimiento										Revisión: 01		Versión: 01	
										A: 30/03/2022		Pág. 15	
DAP		DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO								AS-IS			
Diagrama N°:	22	Hoja N°:	10	Código:	FAPV3.1.					RESUMEN			
PROCESO:	Calidad y procesos									SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos									●	Operación	9	52.9%
PROCEDIMIENTO:	Gestión de denuncias									→	Transporte	3	17.6%
Dueño del Proceso:		Asistente de calidad y procesos		Elaborador por:		JAV				⏸	Espera / Demora	2	11.8%
Tamaño Lote:		-		Fecha Inicio:		16/mar/2022				⚠	Inspección	3	17.6%
										📦	Almacenamiento	0	0.0%
										Total de actividades realizadas		17	100.0%
										DT = Distancia Total (m)		80	Metros
										TE = Tiempo Estándar (min)		20.982	Minutos / Hombre
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmín admitido (min)	DE (m)	SIMBOLOGÍA				OBSERVACIÓN		
Calidad y Procesos	Traslada toda la información a Dirección Médica	1	6,5	8	5	40	●	→	⏸	⚠	▼		
Director Médico	Evalúa la información compartida	1	7,5	10,0	5,0	0,0							
Director Médico	Traslada información evaluada a asesor legal	1	1420,0	1440,0	1400,0	-						El área legal se encuentra en un espacio externo a la clínica	
Asesor Legal	Inicia proceso de conciliación con paciente, usuario y/o tercero legitimado	1	10040,0	10080,0	10000,0	0,0						SUSALUD se encuentra en un espacio externo a la clínica el tiempo de entrega debe ser en función del requerimiento de SUSALUD	
Asesor Legal	Traslada la información necesaria a SUSALUD	1	-	-	-	-							
Calidad y Procesos	Revisa correo institucional	1	7,5	10,0	5,0	0,0							
Calidad y Procesos	Informa a las partes interesadas para asistir a la citación	1	15,0	20,0	10,0	0,0							
Gerencia General/Asesor Legal/Calidad y Procesos	Se reúnen el representante legal del demandante y la parte legal y autoridades de la clínica	1	150,0	180,0	120,0	-						Se hace reunión virtual	
Asesor Legal	Se acuerdan términos de compensación	1	1420,0	1440,0	1400,0	0,0							
Gerencia General	Gestiona los recursos monetarios, materiales o humanos para la compensación para el paciente	1	2440,0	2880,0	2000,0	-						La distancia es medida en función del área donde ocurrió el suceso	
Gerencia General	Coordina con las áreas correspondientes	1	2440,0	2880,0	2000,0	0,0							
Calidad y Procesos	Se controla que se haya realizado la compensación en el tiempo previsto	1	105,0	120,0	90,0	0,0						La distancia es medida en función del área donde ocurrió el suceso	
Gerencia General	Se comunica a I ACP y área legal referente al cierre de medidas para que le de seguimiento	1	210,0	240,0	180,0	0,0							
Área legal	Coordina con el paciente y la parte legal sobre el cierre de medidas	1	2610,0	2820,0	2400,0	0,0							
Calidad y Procesos	Da seguimiento sobre cierre de medidas	1	55,0	60,0	50,0	0,0							
Calidad y Procesos	Realizar informe final	1	55,0	60,0	50,0	40,0							
Total:		16	20982	22248	19715	80	9	3	2	3	0		
Control:		Apellidos y Nombres				Proceso		Firma y Sello		Fecha			
Elaborador por:		Ariaran Vergara Joseph				ACP				16/03/2022			
Revisados por:		Jefe de proyecto				ACP				26/03/2022			
Aprobado por:		Gerencia General				ACP				30/03/2022			

ESTÁNDAR:										ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS			
Logo Aquí										Código: ES-GG-CP-6			
Diagrama de Análisis de Procedimiento										Revisión: 01		Versión: 01	
										A: 30/03/2022		Pág. 15	
DAP		DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO								AS-IS			
Diagrama N°:	22	Hoja N°:	11	Código:	FAPV3.2.					RESUMEN			
PROCESO:	Calidad y procesos									SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos									●	Operación	2	22.2%
PROCEDIMIENTO:	Gestión de denuncias									→	Transporte	3	33.3%
Dueño del Proceso:		Asistente de calidad y procesos		Elaborador por:		JAV				⏸	Espera / Demora	2	22.2%
Tamaño Lote:		-		Fecha Inicio:		16/mar/2022				⚠	Inspección	2	22.2%
										📦	Almacenamiento	0	0.0%
										Total de actividades realizadas		9	100.0%
										DT = Distancia Total (m)		40	Metros
										TE = Tiempo Estándar (min)		3.027	Minutos / Hombre
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmín admitido (min)	DE (m)	SIMBOLOGÍA				OBSERVACIÓN		
Calidad y Procesos	Traslada toda la información a Dirección Médica	1	6,5	8	5	40	●	→	⏸	⚠	▼		
Director Médico	Evalúa la información compartida	1	7,5	10,0	5,0	0,0							
Director Médico	Traslada información evaluada a asesor legal	1	1420,0	1440,0	1400,0	-						El área legal se encuentra en un espacio externo a la clínica	
Asesor Legal	Inicia proceso de conciliación con paciente, usuario y/o tercero legitimado	1	1420,0	1440,0	1400,0	-						SUSALUD se encuentra en un espacio externo a la clínica el tiempo de entrega debe ser en función del requerimiento de SUSALUD	
Asesor Legal	Traslada la información necesaria a SUSALUD	1	-	-	-	-							
Calidad y Procesos	Revisa correo institucional	1	7,5	10,0	5,0	0,0							
Calidad y Procesos	Informa a las partes interesadas para asistir a la citación	1	15,0	20,0	10,0	0,0							
Gerencia General/Asesor Legal/Calidad y Procesos	Se reúnen el representante legal del demandante y la parte legal y autoridades de la clínica	1	150,0	180,0	120,0	-						Se hace reunión virtual	
Asesor Legal	Se continua con el proceso legal	1	-	-	-	0,0							
Total:		8	3027	3108	2945	40	2	3	2	2	0		
Control:		Apellidos y Nombres				Proceso		Firma y Sello		Fecha			
Elaborador por:		Ariaran Vergara Joseph				ACP				16/03/2022			
Revisados por:		Jefe de proyecto				ACP				26/03/2022			
Aprobado por:		Gerencia General				ACP				30/03/2022			

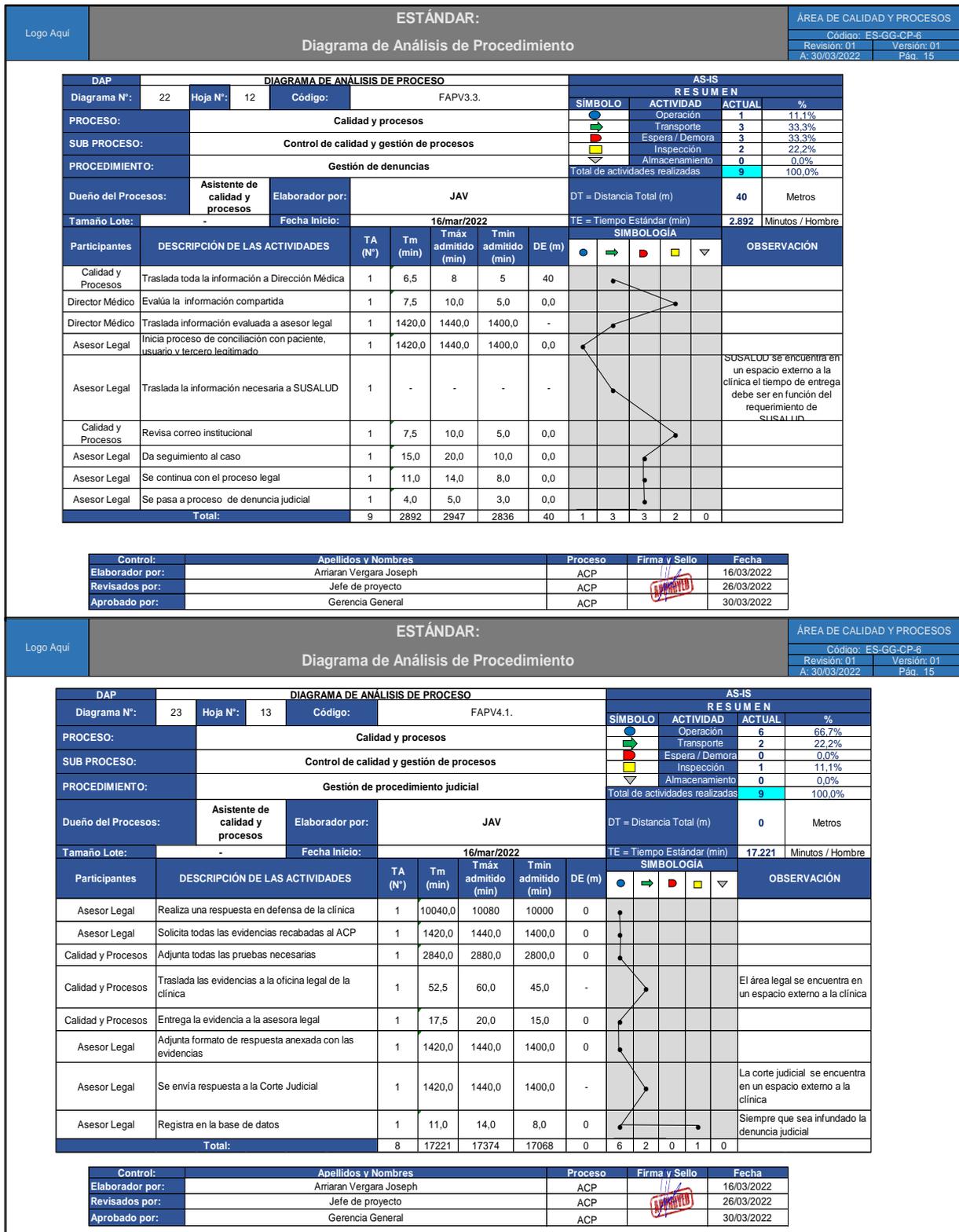


Figura 47. Diagrama de análisis de procedimiento de denuncias: etapa AS-IS/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

#### a.4. Procedimiento judicial

Logo Aquí		ESTÁNDAR:				ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS					
		Diagrama de Análisis de Procedimiento				Código: ES-GG-CP-6 Revisión: 01 Versión: 01 A: 30/03/2022 Pág. 15					
DAP		DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO				AS-IS					
Diagrama N°:	23	Hoja N°:	14	Código:	FAPV4.2.	SIMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%		
PROCESO:	Calidad y procesos				Operación	7	70,0%				
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos				Transporte	2	20,0%				
PROCEDIMIENTO:	Gestión de procedimiento judicial				Espera / Demora	0	0,0%				
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:		JAV	Inspección	1	10,0%				
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:	16/mar/2022	TE = Distancia Total (m)	Almacenamiento	0	0,0%				
				TE = Tiempo Estándar (min)	27.310	Minutos / Hombre					
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	DE (m)	SIMBOLOGÍA		OBSERVACIÓN		
Asesor Legal	Realiza una respuesta en defensa de la clínica	1	10040,0	10080	10000	0	●	→			
Asesor Legal	Solicita todas las evidencias recabadas al ACP	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	●				
Calidad y Procesos	Adjunta todas las pruebas necesarias	1	2840,0	2880,0	2800,0	0	●				
Calidad y Procesos	Traslada las evidencias a la oficina legal de la clínica	1	52,5	60,0	45,0	-	●		El área legal se encuentra en un espacio externo a la clínica		
Calidad y Procesos	Entrega la evidencia a la asesora legal	1	17,5	20,0	15,0	0	●				
Asesor Legal	Adjunta formato de respuesta anexada con las evidencias	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	●				
Asesor Legal	Se envía respuesta a Corte Judicial	1	1420,0	1440,0	1400,0	-	●		La corte judicial se encuentra en un espacio externo a la clínica		
Asesor Legal	Presenta apelación para nueva valoración	1	10040,0	10080,0	10000,0	0	●				
Calidad y Procesos	Registra en la base de datos	1	60,0	60,0	40,0	0	●		Siempre que sea infundado la denuncia judicial		
Total:		9	27310	27500	27100	0	7	2	0	1	0
Control:	Apellidos y Nombres		Proceso	Firma y Sello	Fecha						
Elaborador por:	Ariaran Vergara Joseph		ACP		16/03/2022						
Revisados por:	Jefe de proyecto		ACP		26/03/2022						
Aprobado por:	Gerencia General		ACP		30/03/2022						

Logo Aquí		ESTÁNDAR:				ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS					
		Diagrama de Análisis de Procedimiento				Código: ES-GG-CP-6 Revisión: 01 Versión: 01 A: 30/03/2022 Pág. 15					
DAP		DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO				AS-IS					
Diagrama N°:	23	Hoja N°:	15	Código:	FAPV4.3.	SIMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%		
PROCESO:	Calidad y procesos				Operación	13	81,3%				
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos				Transporte	2	12,5%				
PROCEDIMIENTO:	Gestión de procedimiento judicial				Espera / Demora	1	6,3%				
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:		JAV	Inspección	0	0,0%				
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:	16/mar/2022	TE = Distancia Total (m)	Almacenamiento	0	0,0%				
				TE = Tiempo Estándar (min)	185.010	Minutos / Hombre					
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	DE (m)	SIMBOLOGÍA		OBSERVACIÓN		
Asesor Legal	Realiza una respuesta en defensa de la clínica	1	10040,0	10080	10000	0	●	→			
Asesor Legal	Solicita todas las evidencias recabadas al ACP	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	●				
Calidad y Procesos	Adjunta todas las pruebas necesarias	1	2840,0	2880,0	2800,0	0	●				
Calidad y Procesos	Traslada las evidencias a la oficina legal de la clínica	1	52,5	60,0	45,0	-	●		El área legal se encuentra en un espacio externo a la clínica		
Calidad y Procesos	Entrega la evidencia a la asesora legal	1	17,5	20,0	15,0	0	●				
Asesor Legal	Adjunta formato de respuesta anexada con las evidencias	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	●				
Asesor Legal	Se envía respuesta a Corte Judicial	1	1420,0	1440,0	1400,0	-	●		La corte judicial se encuentra en un espacio externo a la clínica		
Asesor Legal	Presenta apelación para nueva valoración	1	10040,0	10080,0	10000,0	0	●				
Asesor Legal	Solicita al ACP nuevas evidencias	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	●				
Asesor Legal	Presenta nuevas evidencias pertinentes	1	10040,0	10080,0	10000,0	0	●				
Asesor Legal	Presenta apelación para segunda instancia	1	10040,0	10080,0	10000,0	0	●		Siempre que sea fundado la denuncia judicial		
Asesor Legal	Comunica a Gerencia General y Gerencia de salud sobre la sentencia	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	●		Siempre que sea fundado la denuncia judicial		
Gerencia General/Gerencia de salud	Dispone todos los recursos para afrontar la sentencia	1	41600,0	43200,0	40000,0	0,0	●				
Gerencia General/Gerencia de salud	Coordina con la asesoría jurídica los términos de sentencia	1	10040,0	10080,0	10000,0	0	●				
Calidad y Procesos	Le da seguimiento al caso	1	41600,0	43200,0	40000,0	0,0	●				
Asesor Legal	Se mantiene en contacto con la parte demandante para cumplimiento de la sentencia	1	41600,0	43200,0	40000,0	0,0	●				
Total:		16	185010	190160	179860	0	13	2	1	0	0
Control:	Apellidos y Nombres		Proceso	Firma y Sello	Fecha						
Elaborador por:	Ariaran Vergara Joseph		ACP		16/03/2022						
Revisados por:	Jefe de proyecto		ACP		26/03/2022						
Aprobado por:	Gerencia General		ACP		30/03/2022						

Figura 48. Diagrama de análisis de procedimiento judicial: etapa AS-IS/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

## b. Implementación TO-BE para el Área de Calidad y Procesos

### b.1. Procedimiento de consultas

Logo Aquí	ESTÁNDAR: Diagrama de Análisis de Procedimiento						ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS							
							Código: ES-GG-CP-13		Revisión: 01		Versión: 02			
							A: 02/05/2022		Pag: 21					
DAP	DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO						AS-IS							
Diagrama N°:	24	Hoja N°:	1	Código:	FAPV5.1.		RESUMEN							
PROCESO:	Calidad y procesos						SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%				
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos						●	Operación	3	75.0%				
PROCEDIMIENTO:	Gestión de consulta						→	Transporte	1	25.0%				
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:		JAV		⏸	Espera / Demora	0	0.0%					
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:		22/abr/2022		⏪	Inspección	0	0.0%					
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES			TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	DE (m)	SIMBOLOGÍA			OBSERVACIÓN		
Vigilancia	Orienta al paciente/usuario/tercero legitimado hacia un colaborador administrativo			1	2,5	3	2	-	●	→	⏸	⏪	⏩	La distancia esta en función del área involucrada
Colaborador de clínica	Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en primera instancia			1	7,5	10,0	5,0	-	→	●	⏸	⏪	⏩	
Colaborador de clínica	Genera reporte a su jefe inmediato y rellena formulario			1	6,5	8,0	5,0	-	⏸	●	→	⏪	⏩	
ACP	Registra incidentes en la base de datos			1	2,5	3,0	2,0	-	⏪	⏩	●	→	⏸	
Total:				4	19	24	14	0	3	1	0	0	0	
Control:		Apellidos y Nombres		Proceso		Firma y Sello		Fecha						
Elaborador por:		Ariaran Vergara Joseph		ACP				22/04/2022						
Revisados por:		Jefe de Proyecto		ACP				26/04/2022						
Aprobado por:		Gerencia General		ACP				02/05/2022						
Logo Aquí	ESTÁNDAR: Diagrama de Análisis de Procedimiento						ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS							
							Código: ES-GG-CP-13		Revisión: 01		Versión: 02			
							A: 02/05/2022		Pag: 21					
DAP	DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO						AS-IS							
Diagrama N°:	24	Hoja N°:	2	Código:	FAPV5.2.		RESUMEN							
PROCESO:	Calidad y procesos						SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%				
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos						●	Operación	6	85.7%				
PROCEDIMIENTO:	Gestión de consulta						→	Transporte	1	14.3%				
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:		JAV		⏸	Espera / Demora	0	0.0%					
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:		22/abr/2022		⏪	Inspección	0	0.0%					
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES			TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	DE (m)	SIMBOLOGÍA			OBSERVACIÓN		
Vigilancia	Orienta al paciente/usuario/tercero legitimado hacia un colaborador administrativo			1	2,5	3	2	-	●	→	⏸	⏪	⏩	La distancia esta en función del área involucrada
Colaborador de clínica	Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en primera instancia			1	7,5	10,0	5,0	0	→	●	⏸	⏪	⏩	
Colaborador de clínica	Contacta a su jefe inmediato			1	2,5	3,0	2,0	0	⏸	●	→	⏪	⏩	
Colaborador de clínica	Comunica a jefe directo o supervisor de área			1	4,0	5,0	3,0	0	⏪	⏩	●	→	⏸	
Jefe o Supervisor de área	Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en segunda instancia			1	7,5	10,0	5,0	0	⏪	⏩	●	→	⏸	
Jefe o Supervisor de área	Genera reporte a su jefe inmediato y rellena formulario			1	6,5	8,0	5,0	0	⏪	⏩	●	→	⏸	
ACP	Registra incidentes en la base de datos			1	2,5	3,0	2,0	0	⏪	⏩	●	→	⏸	
Control:		Apellidos y Nombres		Proceso		Firma y Sello		Fecha						
Elaborador por:		Ariaran Vergara Joseph		ACP				22/04/2022						
Revisados por:		Jefe de Proyecto		ACP				26/04/2022						
Aprobado por:		Gerencia General		ACP				02/05/2022						
Logo Aquí	ESTÁNDAR: Diagrama de Análisis de Procedimiento						ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS							
							Código: ES-GG-CP-13		Revisión: 01		Versión: 02			
							A: 02/05/2022		Pag: 21					
DAP	DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO						AS-IS							
Diagrama N°:	24	Hoja N°:	3	Código:	FAPV5.3.		RESUMEN							
PROCESO:	Calidad y procesos						SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%				
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos						●	Operación	16	61.5%				
PROCEDIMIENTO:	Gestión de consulta						→	Transporte	4	15.4%				
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:		JAV		⏸	Espera / Demora	3	11.5%					
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:		22/abr/2022		⏪	Inspección	3	11.5%					
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES			TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	DE (m)	SIMBOLOGÍA			OBSERVACIÓN		
Vigilancia	Orienta al paciente/usuario/tercero legitimado hacia un colaborador administrativo			1	2,5	3	2	-	●	→	⏸	⏪	⏩	La distancia esta en función del área involucrada
Colaborador de clínica	Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en primera instancia			1	7,5	10,0	5,0	0	→	●	⏸	⏪	⏩	
Colaborador de clínica	Contacta a su jefe inmediato			1	2,5	3,0	2,0	0	⏸	●	→	⏪	⏩	
Colaborador de clínica	Comunica a jefe directo o supervisor de área			1	4,0	5,0	3,0	0	⏪	⏩	●	→	⏸	
Jefe o Supervisor de área	Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en segunda instancia			1	7,5	10,0	5,0	0	⏪	⏩	●	→	⏸	
Jefe o Supervisor de área	Comunica a coordinador de área			1	4,0	5,0	3,0	0	⏪	⏩	●	→	⏸	
Coordinador de área	Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en segunda o tercera instancia			1	6,0	8,0	4,0	0	⏪	⏩	●	→	⏸	
Coordinador de área	Brinda la solución definitiva que este dentro de su competencia			1	12,5	15,0	10,0	0	⏪	⏩	●	→	⏸	
Coordinador de área	Rellena el formato de investigación de consulta con el detalle del incidente y la solución brinda			1	7,5	10,0	5,0	0	⏪	⏩	●	→	⏸	
Coordinador de área	Entrega hoja de consulta al ACP y copia a paciente y/o usuario si lo solicita			1	52,5	60,0	45,0	-	⏪	⏩	●	→	⏸	La distancia esta en función del área involucrada
Control:		Apellidos y Nombres		Proceso		Firma y Sello		Fecha						
Elaborador por:		Ariaran Vergara Joseph		ACP				22/04/2022						
Revisados por:		Jefe de Proyecto		ACP				26/04/2022						
Aprobado por:		Gerencia General		ACP				02/05/2022						

Calidad y Procesos	Verifica al responsable del área según el organigrama funcional de la clínica	1	13,5	15,0	12,0	0														
Calidad y Procesos	Genera la notificación a las áreas involucradas	1	1420,0	1440,0	1400,0	0														
Calidad y Procesos	Recopila el descargo del área	1	1420,0	1440,0	1400,0	0														
Calidad y Procesos	Adjunta los documentos requeridos para notificar a DM o CG	1	52,5	60,0	45,0	0														
Calidad y Procesos	Se notifica a Dirección Médica o Coordinación de Gerencia	1	1420,0	1440,0	1400,0	0														
Dirección Médica/Coordinación de Gerencia	Recepciona descargo y hoja de investigación de la consulta correspondiente	1	27,5	30,0	25,0	0														
Dirección Médica/Coordinación de Gerencia	Realiza las investigaciones correspondientes	1	2840,0	2880,0	2800,0	0														
Dirección Médica/Coordinación de Gerencia	Coloca la resolución del caso en el formato correspondiente	1	52,5	60,0	45,0	0														
Calidad y Procesos	Entrega la hoja de notificación de resultado al ACP	1	82,5	90,0	75,0	40														
Calidad y Procesos	Verifica la notificación de resultado	1	75,0	90,0	60,0	0														
Calidad y Procesos	Valida el estado de la consulta	1	25,0	30,0	20,0	0														
Calidad y Procesos	Responde al usuario y/o paciente sobre el estado fundado o infundado de su consulta	1	1420,0	1440,0	1400,0	0														
Calidad y Procesos	Rellena la base de datos de consultas	1	27,5	30,0	25,0	0														
Calidad y Procesos	Valida que se cumpla la compensación en el tiempo previsto	1	6120,0	10800,0	1440,0	0														
Calidad y Procesos	Hace cumplir las medidas correctivas, preventivas o de mantenimiento previstas	1	21300,0	21600,0	21000,0	0														
<b>Total:</b>		<b>25</b>	<b>36403</b>	<b>41574</b>	<b>31231</b>	<b>40</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>									

<b>Control:</b>	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Proceso</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborador por:	Ariaran Vergara Joseph	ACP		22/04/2022
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		26/04/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		02/05/2022

Logo Aquí	<b>ESTÁNDAR:</b>				<b>ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS</b>	
	<b>Diagrama de Análisis de Procedimiento</b>				Código: ES-GG-CP-13	
					Revisión: 01      Versión: 02 A: 02/05/2022      Pág 21	

DAP		DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO						AS-IS				
Diagrama N°:	24	Hoja N°:	4	Código:	FAPV5.4.			RESUMEN				
PROCESO:	Calidad y procesos						SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%		
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos							Operación	18	60,0%		
PROCEDIMIENTO:	Gestión de consulta							Transporte	4	13,3%		
								Espera / Demora	4	13,3%		
								Inspección	3	10,0%		
								Almacenamiento	1	3,3%		
								<b>Total de actividades realizadas</b>	<b>30</b>	<b>100,0%</b>		
Dueño del Procesos:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:	JAV			DT = Distancia Total (m)	40	Metros				
Tamaño Lote:	-	Fecha inicio:	22/abr/2022			TE = Tiempo Estándar (min)	31.850	Minutos / Hombre				
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmax admitido (min)	Tmin admitido (min)	DE (m)	SIMBOLOGÍA					
												OBSERVACIÓN
Vigilancia	Orienta al paciente/usuario/tercero legitimado hacia un colaborador administrativo	1	2,5	3	2	-						La distancia esta en función del área involucrada
Colaborador de clínica	Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en primera instancia	1	7,5	10,0	5,0	0						
Colaborador de clínica	Contacta a su jefe inmediato	1	2,5	3,0	2,0	0						
Colaborador de clínica	Comunica a jefe directo o supervisor de área	1	4,0	5,0	3,0	0						
Jefe o Supervisor de área	Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en segunda instancia	1	7,5	10,0	5,0	0						
Jefe o Supervisor de área	Comunica a coordinador de área	1	4,0	5,0	3,0	0						
Coordinador de área	Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en segunda o tercera instancia	1	6,0	8,0	4,0	0						
Coordinador de área	Brinda la solución definitiva que este dentro de su competencia	1	12,5	15,0	10,0	0						
Coordinador de área	Rellena el formato de investigación de consulta con el detalle del incidente y la solución brinda	1	7,5	10,0	5,0	0						
Coordinador de área	Entrega hoja de consulta al ACP y copia a paciente y/o usuario si lo solicita	1	52,5	60,0	45,0	-						La distancia esta en función del área involucrada
Calidad y Procesos	Verifica al responsable del área según el organigrama funcional de la clínica	1	13,5	15,0	12,0	0						
Calidad y Procesos	Genera la notificación a las áreas involucradas	1	1420,0	1440,0	1400,0	0						
Calidad y Procesos	Recopila el descargo del área	1	1420,0	1440,0	1400,0	0						
Calidad y Procesos	Adjunta los documentos requeridos para notificar a DM o CG	1	52,5	60,0	45,0	0						
Calidad y Procesos	Se notifica a Dirección Médica o Coordinación de Gerencia	1	1420,0	1440,0	1400,0	0						
Dirección Médica/Coordinación de Gerencia	Recepciona descargo y hoja de investigación de la consulta correspondiente	1	27,5	30,0	25,0	0						
Dirección Médica/Coordinación de Gerencia	Realiza las investigaciones correspondientes	1	2840,0	2880,0	2800,0	0						
Dirección Médica/Coordinación de Gerencia	Activa el comité de alto impacto	1	1420,0	1440,0	1400,0	0						
Comité de Alto Impacto	Se conforma comité	1	27,5	30,0	25,0	0						
Comité de Alto Impacto	Comité delibera y toma decisión en última instancia	1	52,5	60,0	45,0	0						
Comité de Alto Impacto	Comunica una resolución final	1	27,5	30,0	25,0	0						
Dirección Médica/Coordinación de Gerencia	Coloca la resolución del caso en el formato correspondiente	1	75,0	90,0	60,0	0						
Calidad y Procesos	Entrega la hoja de notificación de resultado al ACP	1	82,5	90,0	75,0	40						
Calidad y Procesos	Verifica la notificación de resultado	1	75,0	90,0	60,0	0						
Calidad y Procesos	Valida el estado de la consulta	1	25,0	30,0	20,0	0						
Calidad y Procesos	Responde al usuario y/o paciente sobre el estado fundado o infundado de su consulta	1	1420,0	1440,0	1400,0	0						
Calidad y Procesos	Rellena la base de datos de consultas	1	27,5	30,0	25,0	0						
Calidad y Procesos	Almacena el caso en lo base de datos	1	17,5	20,0	15,0	0						
Calidad y Procesos	Hace cumplir las medidas correctivas, preventivas o de mantenimiento previstas	1	21300,0	21600,0	21000,0	0						
<b>Total:</b>		<b>29</b>	<b>31850</b>	<b>32384</b>	<b>31316</b>	<b>40</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	

<b>Control:</b>	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Proceso</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborador por:	Ariaran Vergara Joseph	ACP		22/04/2022
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		26/04/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		02/05/2022

Logo Aquí		ESTÁNDAR:				ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS					
		Diagrama de Análisis de Procedimiento				Código: ES-GG-CP-13					
						Revisión: 01 Versión: 02					
						A: 02/05/2022 Pág. 21					
DAP		DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO				AS-IS					
Diagrama N°:	24	Hoja N°:	5	Código:	FAPV5.5.						
PROCESO:	Calidad y procesos										
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos										
PROCEDIMIENTO:	Gestión de consulta										
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:	JAV								
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:	22/abr/2022			TE = Tiempo Estándar (min)	10.642	Minutos / Hombre			
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	DE (m)	SIMBOLOGÍA		OBSERVACIÓN		
Vigilancia	Orienta al paciente/usuario/tercero legitimado hacia un colaborador administrativo	1	2,5	3	2	-	●	→	La distancia esta en función del área involucrada		
Colaborador de clínica	Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en primera instancia	1	7,5	10,0	5,0	0	●	→			
Colaborador de clínica	Contacta a su jefe inmediato	1	2,5	3,0	2,0	0	●	→			
Colaborador de clínica	Comunica a jefe directo o supervisor de área	1	4,0	5,0	3,0	0	●	→			
Jefe o Supervisor de área	Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en segunda instancia	1	7,5	10,0	5,0	0	●	→			
Jefe o Supervisor de área	Comunica a coordinador de área	1	4,0	5,0	3,0	0	●	→			
Coordinador de área	Escucha atentamente, orienta y facilita la solución en segunda o tercera instancia	1	6,0	8,0	4,0	0	●	→			
Coordinador de área	Brinda la solución definitiva que este dentro de su competencia	1	12,5	15,0	10,0	0	●	→			
Coordinador de área	Rellena el formato de investigación de consulta con el detalle del incidente y la solución brinda	1	7,5	10,0	5,0	0	●	→			
Coordinador de área	Contacta al ACP	1	77,5	90,0	65,0	0	●	→			
Calidad y Procesos	Brinda la solución final en coordinación con Gerencia General y/o Gerencia de Salud	1	110,0	120,0	100,0	0	●	→			
Calidad y Procesos	Proceso de atención de reclamo	1	10400,0	10800,0	10000,0	0	●	→			
Total:		12	10642	11079	10204	0	10	1	1	0	0
Control:	Apellidos y Nombres		Proceso		Firma y Sello		Fecha				
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph		ACP				22/04/2022				
Revisados por:	Jefe de Proyecto		ACP				26/04/2022				
Aprobado por:	Gerencia General		ACP				02/05/2022				

Figura 49. Diagrama de análisis de procedimiento de consultas: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

## b.2. Procedimiento de reclamo

Logo Aquí		ESTÁNDAR:				ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS			
		Diagrama de Análisis de Procedimiento				Código: ES-GG-CP-13			
						Revisión: 01 Versión: 02			
						A: 02/05/2022 Pág. 21			
DAP		DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO				AS-IS			
Diagrama N°:	25	Hoja N°:	6	Código:	FAPV6.1.				
PROCESO:	Calidad y procesos								
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos								
PROCEDIMIENTO:	Gestión de reclamos								
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:	JAV						
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:	22/abr/2022			TE = Tiempo Estándar (min)	32.270	Minutos / Hombre	
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	DE (m)	SIMBOLOGÍA		OBSERVACIÓN
Vigilancia	Facilita el libro de reclamaciones al usuario/paciente	1	4,0	5	3	0	●	→	La distancia esta en función del área involucrada
Vigilancia	Orienta al paciente/usuario rellena el libro de reclamaciones	1	4,0	5,0	3,0	0	●	→	
Vigilancia	Hace firmar y poner huella dactilar en las 3 hojas	1	2,0	3,0	1,0	0	●	→	
Vigilancia	Entrega hoja original (blanca) a usuario/paciente	1	2,0	3,0	1,0	0	●	→	
Vigilancia	Hace de conocimiento el suceso al ACP para su posterior procesamiento	1	710,0	720,0	700,0	0	●	→	
Calidad y Procesos	Verifica al responsable del área según el organigrama de la clínica	1	17,5	20,0	15,0	0	●	→	
Calidad y Procesos	Genera la notificación a las áreas involucradas	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	●	→	
Coordinador del área	Revisa el memorándum y el caso	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	●	→	
Coordinador del área	Presenta el descargo del área en los formatos solicitados	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	●	→	
Calidad y Procesos	Recopila el descargo del área	1	710,0	720,0	700,0	0	●	→	

Calidad y Procesos	Adjunta los documentos requeridos para notificar a DM o CG	1	710,0	720,0	700,0	0														
Coordinación de Gerencia/Dirección Médica	Recepciona descargo y hoja de investigación de caso del reclamo correspondiente	1	27,5	30,0	25,0	0														
Coordinación de Gerencia/Dirección Médica	Realiza las investigaciones correspondientes	1	2840,0	2880,0	2800,0	0														
Coordinación de Gerencia/Dirección Médica	Coloca la resolución del caso en el formato correspondiente	1	52,5	60,0	45,0	0														
Coordinación de Gerencia/Dirección Médica	Entrega la hoja de notificación de resultado al ACP	1	82,5	90,0	75,0	40														
Calidad y Procesos	Verifica la notificación de resultado	1	75,0	90,0	60,0	0														
Calidad y Procesos	Valida el estado del reclamo	1	25,0	30,0	20,0	0														
Calidad y Procesos	Responde al usuario y/o paciente sobre el estado fundado o infundado de su reclamo	1	1420,0	1440,0	1400,0	0														
Calidad y Procesos	Rellena la base de datos de consultas, reclamos o denuncias	1	27,5	30,0	25,0	0														
Calidad y Procesos	Hace cumplir las medidas correctivas y/o preventivas previstas	1	21300,0	21600,0	21000,0	0														
<b>Total:</b>		<b>20</b>	<b>32270</b>	<b>32766</b>	<b>31773</b>	<b>40</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0</b>									

Control:	Apellidos y Nombres	Proceso	Firma y Sello	Fecha
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph	ACP		22/04/2022
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		26/04/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		02/05/2022

Logo Aquí	<b>ESTÁNDAR:</b>		<b>ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS</b>	
	<b>Diagrama de Análisis de Procedimiento</b>		Código: ES-GG-CP:13	
			Revisión: 01	Versión: 02
				Pág 21

DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO										AS-IS RESUMEN			
DAP	Diagrama N°:	Hoja N°:	Código:							SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%
PROCESO:	25	7	FAPV6.2	Calidad y procesos							Operación	16	80,0%
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos							Transporte	1	5,0%			
PROCEDIMIENTO:	Gestión de reclamos							Espera / Demora	3	15,0%			
								Inspección	4	20,0%			
								Almacenamiento	0	0,0%			
Dueño del Proceso:		Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:	JAV						Total de actividades realizadas		24	120,0%
Tamaño Lote:		-	Fecha Inicio:	22/abr/2022						DT = Distancia Total (m)		40	Metros
										TE = Tiempo Estándar (min)		33,797	Minutos / Hombre
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	DE (m)	SIMBOLOGÍA				OBSERVACIÓN		
Vigilancia	Facilita el libro de reclamaciones al usuario/paciente	1	4,0	5	3	0						La distancia esta en función del área involucrada	
Vigilancia	Orienta al Paciente/Usuario rellena el libro de reclamaciones	1	4,0	5,0	3,0	0							
Vigilancia	Hace firmar y poner huella dactilar en las 3 hojas	1	2,0	3,0	1,0	0							
Vigilancia	Entrega hoja original (blanca) a usuario/paciente	1	2,0	3,0	1,0	0							
Vigilancia	Hace de conocimiento el suceso al ACP para su posterior procesamiento	1	710,0	720,0	700,0	0							
Calidad y Procesos	Verifica al responsable del área según el organigrama de la clínica	1	17,5	20,0	15,0	0							
Calidad y Procesos	Genera la notificación a las áreas involucradas	1	1420,0	1440,0	1400,0	0							
Coordinador del área	Revisa el memorándum y el caso	1	1420,0	1440,0	1400,0	0							
Coordinador del área	Presenta el descargo del área en los formatos solicitados	1	1420,0	1440,0	1400,0	0							
Calidad y Procesos	Recopila el descargo del área	1	710,0	720,0	700,0	0							
Calidad y Procesos	Adjunta los documentos requeridos para notificar a DM o CG	1	710,0	720,0	700,0	0							
Coordinación de Gerencia/Dirección Médica	Recepciona descargo y hoja de investigación de caso del reclamo correspondiente	1	27,5	30,0	25,0	0							
Coordinación de Gerencia/Dirección Médica	Realiza las investigaciones correspondientes	1	2840,0	2880,0	2800,0	0							
Coordinación de Gerencia/Dirección Médica	Activa el comité de alto impacto	1	1420,0	1440,0	1400,0	0							
Comité de Alto Impacto	Se conforma comité	1	27,5	30,0	25,0	0							
Comité de Alto Impacto	Comité delibera y toma decisión en última instancia	1	52,5	60,0	45,0	0							
Comité de Alto Impacto	Comunica una resolución final	1	27,5	30,0	25,0	0							
Coordinación de Gerencia/Dirección Médica	Coloca la resolución del caso en el formato correspondiente	1	52,5	60,0	45,0	0							
Coordinación de Gerencia/Dirección Médica	Entrega la hoja de notificación de resultado al ACP	1	82,5	90,0	75,0	40							
Calidad y Procesos	Verifica la notificación de resultado	1	75,0	90,0	60,0	0							
Calidad y Procesos	Valida el estado del reclamo	1	25,0	30,0	20,0	0							
Calidad y Procesos	Responde al usuario y/o paciente sobre el estado fundado o infundado de su reclamo	1	1420,0	1440,0	1400,0	0							
Calidad y Procesos	Rellena la base de datos de consultas, reclamos o denuncias	1	27,5	30,0	25,0	0							
Calidad y Procesos	Hace cumplir las medidas correctivas y/o preventivas previstas	1	21300,0	21600,0	21000,0	0							
<b>Total:</b>		<b>24</b>	<b>33797</b>	<b>34326</b>	<b>33268</b>	<b>40</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>0</b>		

Control:	Apellidos y Nombres	Proceso	Firma y Sello	Fecha
Elaborador por:	Arriaran Vergara Joseph	ACP		22/04/2022
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		26/04/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		02/05/2022

DAP		DIAGRAMA DE ANALISIS DE PROCESO					AS-IS							
Diagrama N°:	25	Hoja N°:	8	Código:	FAPV6.3					RESUMEN				
PROCESO:	Calidad y procesos					SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%					
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos					●	Operación	13	65.0%					
PROCEDIMIENTO:	Gestión de reclamos					→	Transporte	2	10.0%					
						⏸	Espera / Demora	1	5.0%					
						🔍	Inspección	4	20.0%					
						📦	Almacenamiento	0	0.0%					
							Total de actividades realizadas	20	100.0%					
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:			JAV					DT = Distancia Total (m)	40	Metros		
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:	22/abr/2022			TE = Tiempo Estándar (min)	31.854	Minutos / Hombre						
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	DE (m)	SIMBOLOGÍA					OBSERVACIÓN		
Calidad y Procesos	Procedimiento de atención de consulta	1	274,0	288,0	260	-	●	→	⏸	🔍	📦		La distancia esta en función del área involucrada	
Calidad y Procesos	Facilita el libro de reclamaciones al usuario/paciente	1	17,5	20,0	15,0	0	●							
Calidad y Procesos	Orienta al paciente/usuario a rellenar el libro de reclamaciones	1	12,5	15,0	10,0	0	●							
Calidad y Procesos	Hace firmar y poner huella dactilar en las 3 hojas	1	1,5	2,0	1,0	0	●							
Calidad y Procesos	Entrega hoja original (blanca) a usuario/paciente	1	0,6	1,0	0,2	0	●							
Calidad y Procesos	Verifica al responsable del área según el organigrama de la clínica	1	17,5	20,0	15,0	0	●							
Calidad y Procesos	Genera la notificación a las áreas involucradas	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	●							
Coordinador del área	Revisa el memorándum y el caso	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	●							
Coordinador del área	Presenta el descargo del área en los formatos solicitados	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	●							
Calidad y Procesos	Recopila el descargo del área	1	710,0	720,0	700,0	0	●							
Calidad y Procesos	Adjunta los documentos requeridos para notificar a DM o CG	1	710,0	720,0	700,0	0	●							
Coordinación de Gerencia/Dirección Médica	Recepciona descargo y hoja de investigación de caso del reclamo correspondiente	1	27,5	30,0	25,0	0	●							
Coordinación de Gerencia/Dirección Médica	Realiza las investigaciones correspondientes	1	2840,0	2880,0	2800,0	0	●							
Coordinación de Gerencia/Dirección Médica	Coloca la resolución del caso en el formato correspondiente	1	52,5	60,0	45,0	0	●							
Coordinación de Gerencia/Dirección Médica	Entrega la hoja de notificación de resultado al ACP	1	82,5	90,0	75,0	40	●							
Calidad y Procesos	Verifica la notificación de resultado	1	75,0	90,0	60,0	0	●							
Calidad y Procesos	Valida el estado del reclamo	1	25,0	30,0	20,0	0	●							
Calidad y Procesos	Responde al usuario y/o paciente sobre el estado fundado o infundado de su reclamo	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	●							
Calidad y Procesos	Rellena la base de datos de consultas, reclamos o denuncias	1	27,5	30,0	25,0	0	●							
Calidad y Procesos	Hace cumplir las medidas correctivas y/o preventivas revisadas	1	21300,0	21600,0	21000,0	0	●							
	<b>Total:</b>	20	31854	32356	31351	40	13	2	1	4	0			

Control:	Apellidos y Nombres	Proceso	Firma y Sello	Fecha
Elaborador por:	Ariaran Vergara Joseph	ACP		22/04/2022
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		26/04/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		02/05/2022

DAP		DIAGRAMA DE ANALISIS DE PROCESO					AS-IS							
Diagrama N°:	25	Hoja N°:	9	Código:	FAPV6.4					RESUMEN				
PROCESO:	Calidad y procesos					SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%					
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos					●	Operación	15	62.5%					
PROCEDIMIENTO:	Gestión de reclamos					→	Transporte	2	8.3%					
						⏸	Espera / Demora	3	12.5%					
						🔍	Inspección	4	16.7%					
						📦	Almacenamiento	0	0.0%					
							Total de actividades realizadas	24	100.0%					
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:			JAV					DT = Distancia Total (m)	40	Metros		
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:	22/abr/2022			TE = Tiempo Estándar (min)	33.381	Minutos / Hombre						
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	DE (m)	SIMBOLOGÍA					OBSERVACIÓN		
Calidad y Procesos	Procedimiento de atención de consulta	1	274,0	288,0	260	-	●	→	⏸	🔍	📦		La distancia esta en función del área involucrada	
Calidad y Procesos	Facilita el libro de reclamaciones al usuario/paciente	1	17,5	20,0	15,0	0	●							
Calidad y Procesos	Orienta al Paciente/Usuario a rellenar el libro de reclamaciones	1	12,5	15,0	10,0	0	●							
Calidad y Procesos	Hace firmar y poner huella dactilar en las 3 hojas	1	1,5	2,0	1,0	0	●							
Calidad y Procesos	Entrega hoja original (blanca) a usuario/paciente	1	0,6	1,0	0,2	0	●							
Calidad y Procesos	Verifica al responsable del área según el organigrama de la clínica	1	17,5	20,0	15,0	0	●							
Calidad y Procesos	Genera la notificación a las áreas involucradas	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	●							
Coordinador del área	Revisa el memorándum y el caso	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	●							
Coordinador del área	Presenta el descargo del área en los formatos solicitados	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	●							
Calidad y Procesos	Recopila el descargo del área	1	710,0	720,0	700,0	0	●							
Calidad y Procesos	Adjunta los documentos requeridos para notificar a DM o CG	1	710,0	720,0	700,0	0	●							
Coordinación de Gerencia/Dirección Médica	Recepciona descargo y hoja de investigación de caso del reclamo correspondiente	1	27,5	30,0	25,0	0	●							
Coordinación de Gerencia/Dirección Médica	Realiza las investigaciones correspondientes	1	2840,0	2880,0	2800,0	0	●							
Coordinación de Gerencia/Dirección Médica	Activa el comité de alto impacto	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	●							
Comité de Alto Impacto	Se conforma comité	1	27,5	30,0	25,0	0	●							

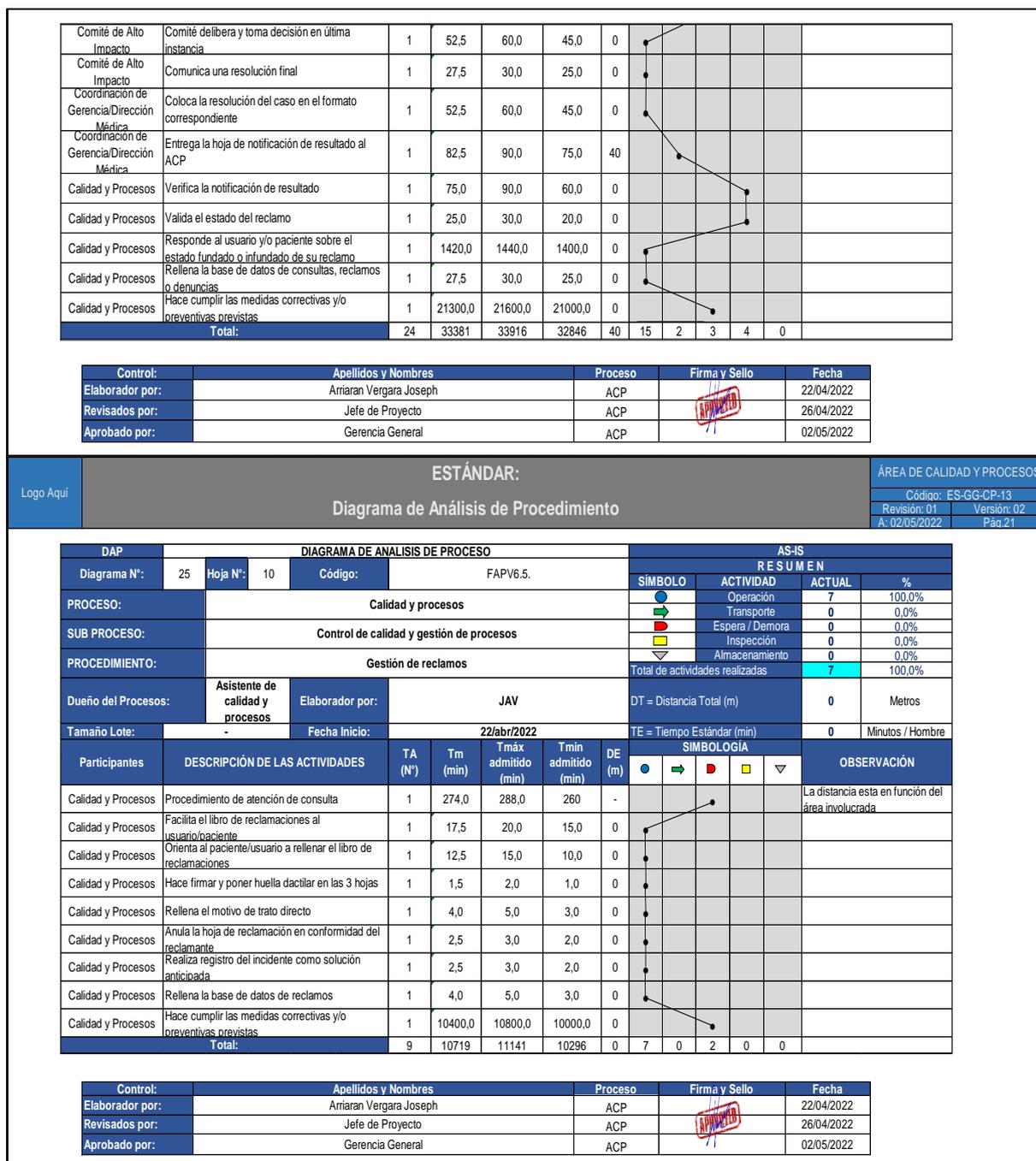


Figura 50. Diagrama de análisis de procedimiento de reclamo: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).



Logo Aquí		ESTÁNDAR:					ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS			
		Diagrama de Análisis de Procedimiento					Código: ES-GG-CP-13			
							Revisión: 01		Versión: 02	
							A: 02/05/2022		Pág. 21	
DAP		DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO					AS-IS			
Diagrama N°:	26	Hoja N°:	13	Código:	FAPV7.3.	RESUMEN				
PROCESO:	Calidad y procesos					SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%	
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos					●	Operación	1	12,5%	
PROCEDIMIENTO:	Gestión de denuncias					→	Transporte	3	37,5%	
Dueño del Proceso:		Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:		JAV	●	Espera / Demora	3	37,5%	
Tamaño Lote:		-	Fecha Inicio:	22/abr/2022		■	Inspección	1	12,5%	
Participantes		DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES				▼	Almacenamiento	0	0,0%	
Calidad y Procesos	Traslada toda la información a Dirección Médica				TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	DE (m)	SIMBOLOGÍA
Calidad y Procesos	Traslada información evaluada a asesor legal				1	6,5	8	5	40	●
Asesor Legal	Inicia proceso de conciliación con paciente, usuario y tercero legitimado				1	1420,0	1440,0	1400,0	0,0	→
Asesor Legal	Traslada la información necesaria a SUSALUD				1	-	-	-	-	●
Calidad y Procesos	Revisa correo institucional				1	7,5	10,0	5,0	0,0	■
Asesor Legal	Da seguimiento al caso				1	15,0	20,0	10,0	0,0	▼
Asesor Legal	Se continua con el proceso legal				1	11,0	14,0	8,0	0,0	●
Asesor Legal	Se pasa a proceso de denuncia judicial				1	4,0	5,0	3,0	0,0	→
Total:					8	2884	2937	2831	40	1 3 3 1 0
DT = Distancia Total (m)		40		Metros		TE = Tiempo Estándar (min)		2.884	Minutos / Hombre	
Control:	Apellidos y Nombres				Proceso	Firma y Sello		Fecha		
Elaborador por:	Ariaran Vergara Joseph				ACP			22/04/2022		
Revisados por:	Jefe de Proyecto				ACP			26/04/2022		
Aprobado por:	Gerencia General				ACP			02/05/2022		

Figura 51. Diagrama de análisis de procedimiento de denuncias: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

#### b.4. Procedimiento de gestión de consulta virtual

Logo Aquí		ESTÁNDAR:					ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS			
		Diagrama de Análisis de Procedimiento					Código: ES-GG-CP-13			
							Revisión: 01		Versión: 02	
							A: 02/05/2022		Pág. 21	
DAP		DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO					AS-IS			
Diagrama N°:	27	Hoja N°:	14	Código:	FAPV7.4.	RESUMEN				
PROCESO:	Calidad y procesos					SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%	
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos					●	Operación	3	50,0%	
PROCEDIMIENTO:	Gestión de consulta virtual					→	Transporte	0	0,0%	
Dueño del Proceso:		Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:		JAV	●	Espera / Demora	1	16,7%	
Tamaño Lote:		-	Fecha Inicio:	22/abr/2022		■	Inspección	2	33,3%	
Participantes		DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES				▼	Almacenamiento	0	0,0%	
Calidad y Procesos	Revisa correo institucional				TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	DE (m)	SIMBOLOGÍA
Calidad y Procesos	Proceso de consulta				1	5760,0	10080,0	1440,0	0	●
Calidad y Procesos	Se emite una respuesta con la notificación de resultado				1	2840,0	2880,0	2800,0	0	→
Calidad y Procesos	Se registra incidente en la base de datos				1	50,0	60,0	40,0	0	●
Calidad y Procesos	Hace cumplir las medidas correctivas, preventivas o de mantenimiento previstas				1	10040,0	10080,0	10000,0	0	■
Total:					5	18705	23120	14290	0	3 0 1 2 0
DT = Distancia Total (m)		0		Metros		TE = Tiempo Estándar (min)		18.705	Minutos / Hombre	
Control:	Apellidos y Nombres				Proceso	Firma y Sello		Fecha		
Elaborador por:	Ariaran Vergara Joseph				ACP			22/04/2022		
Revisados por:	Jefe de Proyecto				ACP			26/04/2022		
Aprobado por:	Gerencia General				ACP			02/05/2022		

Logo Aquí	ESTÁNDAR:					ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS						
	Diagrama de Análisis de Procedimiento					Código: ES-GG-CP-13						
						Revisión: 01		Version: 02				
					A: 02/05/2022		Página: 21					
DAP		DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO					AS-IS					
Diagrama N°:	27	Hoja N°:	15	Código:	FAPV7.5.	RESUMEN						
PROCESO:	Calidad y procesos					SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%			
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos					●	Operación	3	50.0%			
PROCEDIMIENTO:	Gestión de consulta virtual					→	Transporte	0	0.0%			
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:		JAV		⏸	Espera / Demora	1	16.7%			
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:		22/abr/2022		🟡	Inspección	2	33.3%			
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	⚪	Almacenamiento	0	0.0%			
Calidad y Procesos	Revisa correo institucional	1	15,0	20	10	0	Total de actividades realizadas	6	100.0%			
Calidad y Procesos	Proceso de consulta	1	5760,0	10080,0	1440,0	0	DT = Distancia Total (m)	0	Metros			
Calidad y Procesos	Se emite una respuesta con la notificación de resultado.	1	2840,0	2880,0	2800,0	0	TE = Tiempo Estándar (min)	14.785	Minutos / Hombre			
Calidad y Procesos	Se registra incidente en la base de datos	1	50,0	60,0	40,0	0	SIMBOLOGÍA					
Calidad y Procesos	Se da seguimiento al caso y se coordina con Gerencia General sobre la compensación a	1	6120,0	10800,0	1440,0	0	●	→	⏸	🟡	⚪	OBSERVACIÓN
Total:		5	14785	23840	5730	0	3	0	1	2	0	
Control:		Apellidos y Nombres		Proceso		Firma y Sello		Fecha				
Elaborador por:		Arriaran Vergara Joseph		ACP				22/04/2022				
Revisados por:		Jefe de Proyecto		ACP				26/04/2022				
Aprobado por:		Gerencia General		ACP				02/05/2022				

Logo Aquí	ESTÁNDAR:					ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS						
	Diagrama de Análisis de Procedimiento					Código: ES-GG-CP-13						
						Revisión: 01		Version: 02				
					A: 02/05/2022		Página: 21					
DAP		DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO					AS-IS					
Diagrama N°:	27	Hoja N°:	16	Código:	FAPV7.6.	RESUMEN						
PROCESO:	Calidad y procesos					SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%			
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos					●	Operación	2	33.3%			
PROCEDIMIENTO:	Gestión de consulta virtual					→	Transporte	0	0.0%			
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:		JAV		⏸	Espera / Demora	1	16.7%			
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:		22/abr/2022		🟡	Inspección	1	16.7%			
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	⚪	Almacenamiento	0	0.0%			
Calidad y Procesos	Revisa correo institucional	1	15,0	20	10	0	Total de actividades realizadas	4	66.7%			
Calidad y Procesos	Proceso de consulta	1	5760,0	10080,0	1440,0	0	DT = Distancia Total (m)	0	Metros			
Calidad y Procesos	Se emite una respuesta con la notificación de resultado.	1	2840,0	2880,0	2800,0	0	TE = Tiempo Estándar (min)	29.915	Minutos / Hombre			
Calidad y Procesos	Proceso de gestión de reclamos o denuncia	1	21300,0	21600,0	21000,0	0	SIMBOLOGÍA					
Calidad y Procesos	Proceso de gestión de reclamos o denuncia	1	21300,0	21600,0	21000,0	0	●	→	⏸	🟡	OBSERVACIÓN	
Total:		4	29915	34580	25250	0	2	0	1	1	0	
Control:		Apellidos y Nombres		Proceso		Firma y Sello		Fecha				
Elaborador por:		Arriaran Vergara Joseph		ACP				22/04/2022				
Revisados por:		Jefe de Proyecto		ACP				26/04/2022				
Aprobado por:		Gerencia General		ACP				02/05/2022				

Logo Aquí	ESTÁNDAR:					ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS						
	Diagrama de Análisis de Procedimiento					Código: ES-GG-CP-13						
						Revisión: 01		Version: 02				
					A: 02/05/2022		Página: 21					
DAP		DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO					AS-IS					
Diagrama N°:	27	Hoja N°:	17	Código:	FAPV7.7.	RESUMEN						
PROCESO:	Calidad y procesos					SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%			
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos					●	Operación	1	16.7%			
PROCEDIMIENTO:	Gestión de consulta virtual					→	Transporte	0	0.0%			
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:		JAV		⏸	Espera / Demora	2	33.3%			
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:		22/abr/2022		🟡	Inspección	2	33.3%			
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	⚪	Almacenamiento	0	0.0%			
Calidad y Procesos	Revisa el formato de consulta digital	1	55,0	60	50	0	Total de actividades realizadas	5	83.3%			
Calidad y Procesos	Proceso de consulta	1	5760,0	10080,0	1440,0	0	DT = Distancia Total (m)	0	Metros			
Calidad y Procesos	Responde a posible afectado en función del proceso de gestión de consulta	1	2840,0	2880,0	2800,0	0	TE = Tiempo Estándar (min)	8.710	Minutos / Hombre			
Calidad y Procesos	Verificar estado de consulta: fundado o infundado	1	55,0	60,0	50,0	0	SIMBOLOGÍA					
Calidad y Procesos	Se registra caso y se da seguimiento del mismo	1	10040,0	10080,0	10000,0	0	●	→	⏸	🟡	OBSERVACIÓN	
Calidad y Procesos	Se registra caso y se da seguimiento del mismo	1	10040,0	10080,0	10000,0	0	1	0	2	2	0	
Total:		5	8710	23160	14340	0	1	0	2	2	0	
Control:		Apellidos y Nombres		Proceso		Firma y Sello		Fecha				
Elaborador por:		Arriaran Vergara Joseph		ACP				22/04/2022				
Revisados por:		Jefe de Proyecto		ACP				26/04/2022				
Aprobado por:		Gerencia General		ACP				02/05/2022				

Logo Aquí		ESTÁNDAR: Diagrama de Análisis de Procedimiento					ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS	
							Código: ES-GG-CP-13	
							Revisión: 01 Versión: 02	
							A: 02/05/2022 Pág. 21	
DAP	DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO					AS-IS		
Diagrama N°:	27	Hoja N°:	18	Código:	FAPV7.8.	SÍMBOLO	ACTIVIDAD	RESUMEN
PROCESO:	Calidad y procesos					ACTUAL	%	
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos					Operación	1	16.7%
PROCEDIMIENTO:	Gestión de consulta virtual					Transporte	0	0.0%
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:			JAV	Espera / Demora	1	16.7%
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:	22/abr/2022		Inspección	3	50.0%	
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	Almacenamiento	0	0.0%
Calidad y Procesos	Revisa el formato de consulta digital	1	55,0	60	50	0	0	0.0%
Calidad y Procesos	Proceso de consulta	1	5760,0	10080,0	1440,0	0	0	0.0%
Calidad y Procesos	Responde a posible afectado en función del proceso de gestión de consulta	1	2840,0	2880,0	2800,0	0	0	0.0%
Calidad y Procesos	Verificar estado de consulta	1	55,0	60,0	50,0	0	0	0.0%
Calidad y Procesos	Se verifica conformidad del paciente	1	10040,0	10080,0	10000,0	0	0	0.0%
Calidad y Procesos	Se recomienda al posible afectado acudir de manera presencial para darle una respuesta	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	0	0.0%
Total:		6	8710	24600	15740	0	1	0
Control:		Apellidos y Nombres			Proceso	Firma y Sello	Fecha	
Elaborador por:		Arriaran Vergara Joseph			ACP	[Firma]	22/04/2022	
Revisados por:		Jefe de Proyecto			ACP	[Firma]	26/04/2022	
Aprobado por:		Gerencia General			ACP	[Firma]	02/05/2022	

Logo Aquí		ESTÁNDAR: Diagrama de Análisis de Procedimiento					ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS	
							Código: ES-GG-CP-13	
							Revisión: 01 Versión: 02	
							A: 02/05/2022 Pág. 21	
DAP	DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO					AS-IS		
Diagrama N°:	27	Hoja N°:	19	Código:	FAPV7.9.	SÍMBOLO	ACTIVIDAD	RESUMEN
PROCESO:	Calidad y procesos					ACTUAL	%	
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos					Operación	2	33.3%
PROCEDIMIENTO:	Gestión de consulta virtual					Transporte	0	0.0%
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:			JAV	Espera / Demora	0	0.0%
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:	22/abr/2022		Inspección	1	25.0%	
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	Almacenamiento	1	25.0%
Calidad y Procesos	Revisa el formato de consulta digital	1	55,0	60	50	0	0	0.0%
Calidad y Procesos	Se envía un correo al posible afectado para que complete los datos	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	0	0.0%
Calidad y Procesos	Se archiva caso y se da seguimiento del mismo	1	55,0	60,0	50,0	0	0	0.0%
Calidad y Procesos	Se coloca como consulta improcedente	1	55,0	60,0	50,0	0	0	0.0%
Total:		4	1585	1620	1550	0	2	0
Control:		Apellidos y Nombres			Proceso	Firma y Sello	Fecha	
Elaborador por:		Arriaran Vergara Joseph			ACP	[Firma]	22/04/2022	
Revisados por:		Jefe de Proyecto			ACP	[Firma]	26/04/2022	
Aprobado por:		Gerencia General			ACP	[Firma]	02/05/2022	

Figura 52. Diagrama de análisis de procedimiento de gestión de consulta virtual: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

### b.5. Procedimiento de gestión de consulta telefónica

Logo Aquí		ESTÁNDAR: Diagrama de Análisis de Procedimiento					ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS	
							Código: ES-GG-CP-13	
							Revisión: 01 Versión: 02	
							A: 02/05/2022 Pág. 21	
DAP	DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO					AS-IS		
Diagrama N°:	28	Hoja N°:	20	Código:	FAPV8.1.	SÍMBOLO	ACTIVIDAD	RESUMEN
PROCESO:	Calidad y procesos					ACTUAL	%	
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos					Operación	4	66.7%
PROCEDIMIENTO:	Gestión de consulta telefónica					Transporte	0	0.0%
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:			JAV	Espera / Demora	1	16.7%
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:	22/abr/2022		Inspección	1	16.7%	
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmin admitido (min)	Almacenamiento	1	16.7%
Personal Call Center	Recepciona la llamada orienta y escucha al paciente	1	12,5	15	10	0	0	0.0%
Personal Call Center	Anota los datos y detalles del paciente	1	4,0	5,0	3,0	0	0	0.0%
Personal Call Center	Brinda una posible solución al paciente	1	13,5	15,0	12,0	0	0	0.0%
Personal Call Center	Anota el incidente y lo comparte al ACP	1	5,5	7,0	4,0	0	0	0.0%
Calidad y Procesos	Registra incidente	1	4,0	5,0	3,0	0	0	0.0%
Calidad y Procesos	Da seguimiento al caso y plantea medidas correctivas o preventivas de ser el caso	1	21300,0	21600,0	21000,0	0	0	0.0%
Total:		6	21340	21647	21032	0	4	0
Control:		Apellidos y Nombres			Proceso	Firma y Sello	Fecha	
Elaborador por:		Arriaran Vergara Joseph			ACP	[Firma]	22/04/2022	
Revisados por:		Jefe de Proyecto			ACP	[Firma]	26/04/2022	
Aprobado por:		Gerencia General			ACP	[Firma]	02/05/2022	

Logo Aquí	ESTÁNDAR: Diagrama de Análisis de Procedimiento						ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS				
									Código: ES-GG-CP-13		
									Revisión: 01		Versión: 02
									A: 02/05/2022		Pag. 21
DAP	DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO						AS-IS				
Diagrama N°:	28	Hoja N°:	21	Código:	FAPV8.2.		RESUMEN				
PROCESO:	Calidad y procesos						SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%	
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos						●	Operación	5	83.3%	
PROCEDIMIENTO:	Gestión de consulta telefónica						→	Transporte	0	0.0%	
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:		JAV		⬇	Espera / Demora	1	16.7%		
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:		22/abr/2022		■	Inspección	0	0.0%		
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmín admitido (min)	DE (m)	▽	Almacenamiento	0	0.0%	
Personal Call Center	Recepciona la llamada orienta y escucha al paciente	1	12,5	15	10	0	Total de actividades realizadas				
Personal Call Center	Anota los datos y detalles del paciente	1	4,0	5,0	3,0	0	DT = Distancia Total (m)				
Personal Call Center	Brinda una posible solución al paciente	1	13,5	15,0	12,0	0	TE = Tiempo Estándar (min)				
Personal Call Center	Se le recomienda acercarse personalmente al área para involucrada para que le brinde una	1	4,0	5,0	3,0	0	43 Minutos / Hombre				
Personal Call Center	Comparte un formulario digital y menciona que le darán respuesta a su consulta	1	8,5	10,0	7,0	0	SIMBOLOGÍA				
Total:		5	43	50	35	0	●	→	⬇	▽	OBSERVACIÓN
Control:		Apellidos y Nombres				Proceso	Firma y Sello		Fecha		
Elaborador por:		Arriaran Vergara Joseph				ACP			22/04/2022		
Revisados por:		Jefe de Proyecto				ACP			26/04/2022		
Aprobado por:		Gerencia General				ACP			02/05/2022		

Figura 53. Diagrama de análisis de procedimiento de gestión telefónica: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

## b.6. Procedimiento judicial

Logo Aquí	ESTÁNDAR: Diagrama de Análisis de Procedimiento						ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS				
									Código: ES-GG-CP-13		
									Revisión: 01		Versión: 02
									A: 02/05/2022		Pag. 21
DAP	DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO						AS-IS				
Diagrama N°:	23	Hoja N°:	13	Código:	FAPV4.1.		RESUMEN				
PROCESO:	Calidad y procesos						SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%	
SUB PROCESO:	Control de calidad y gestión de procesos						●	Operación	6	66.7%	
PROCEDIMIENTO:	Gestión de procedimiento judicial						→	Transporte	2	22.2%	
Dueño del Proceso:	Asistente de calidad y procesos	Elaborador por:		JAV		⬇	Espera / Demora	0	0.0%		
Tamaño Lote:	-	Fecha Inicio:		16/mar/2022		■	Inspección	1	11.1%		
Participantes	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	TA (N°)	Tm (min)	Tmáx admitido (min)	Tmín admitido (min)	DE (m)	▽	Almacenamiento	0	0.0%	
Asesor Legal	Realiza una respuesta en defensa de la clínica	1	10040,0	10080	10000	0	Total de actividades realizadas				
Asesor Legal	Solicita todas las evidencias recabadas al ACP	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	DT = Distancia Total (m)				
Calidad y Procesos	Adjunta todas las pruebas necesarias	1	2840,0	2880,0	2800,0	0	TE = Tiempo Estándar (min)				
Calidad y Procesos	Traslada las evidencias a la oficina legal de la clínica	1	52,5	60,0	45,0	-	17.221 Minutos / Hombre				
Calidad y Procesos	Entrega la evidencia a la asesora legal	1	17,5	20,0	15,0	0	SIMBOLOGÍA				
Asesor Legal	Adjunta formato de respuesta anexada con las evidencias	1	1420,0	1440,0	1400,0	0	●	→	⬇	▽	OBSERVACIÓN
Asesor Legal	Se envía respuesta a la Corte Judicial	1	1420,0	1440,0	1400,0	-	El área legal se encuentra en un espacio externo a la clínica				
Asesor Legal	Registra en la base de datos	1	11,0	14,0	8,0	0	La corte judicial se encuentra en un espacio externo a la clínica				
Total:		8	17221	17374	17068	0	●	→	⬇	▽	Siempre que sea infundado la denuncia judicial
Control:		Apellidos y Nombres				Proceso	Firma y Sello		Fecha		
Elaborador por:		Arriaran Vergara Joseph				ACP			22/04/2022		
Revisados por:		Jefe de Proyecto				ACP			26/04/2022		
Aprobado por:		Gerencia General				ACP			02/05/2022		

DAP							DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO							AS-IS			
Diagrama N°:							Código:							RESUMEN			
23							FAPV4.2							SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%
PROCESO:							Calidad y procesos							Operación	7	70,0%	
SUB PROCESO:							Control de calidad y gestión de procesos							Transporte	2	20,0%	
PROCEDIMIENTO:							Gestión de procedimiento judicial							Espera / Demora	0	0,0%	
Dueño del Proceso:							Asistente de calidad y procesos							Inspección	1	10,0%	
Elaborador por:							JAV							Almacenamiento	0	0,0%	
Tamaño Lote:							Fecha Inicio:							Total de actividades realizadas			
-							16/mar/2022							DT = Distancia Total (m)	0	Metros	
Participantes							DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES							TE = Tiempo Estándar (min)			
														27.310 Minutos / Hombre			
														SIMBOLOGÍA			
														OBSERVACIÓN			
Asesor Legal	Realiza una respuesta en defensa de la clínica	1	10040,0	10080	10000	0											
Asesor Legal	Solicita todas las evidencias recabadas al ACP	1	1420,0	1440,0	1400,0	0											
Calidad y Procesos	Adjunta todas las pruebas necesarias	1	2840,0	2880,0	2800,0	0											
Calidad y Procesos	Traslada las evidencias a la oficina legal de la clínica	1	52,5	60,0	45,0	-									El área legal se encuentra en un espacio externo a la clínica		
Calidad y Procesos	Entrega la evidencia a la asesora legal	1	17,5	20,0	15,0	0											
Asesor Legal	Adjunta formato de respuesta anexada con las evidencias	1	1420,0	1440,0	1400,0	0											
Asesor Legal	Se envía respuesta a Corte Judicial	1	1420,0	1440,0	1400,0	-									La corte judicial se encuentra en un espacio externo a la clínica		
Asesor Legal	Presenta apelación para nueva valoración	1	10040,0	10080,0	10000,0	0											
Calidad y Procesos	Registra en la base de datos	1	60,0	60,0	40,0	0									Siempre que sea infundado la denuncia judicial		
Total:		9	27310	27500	27100	0	7	2	0	1	0						

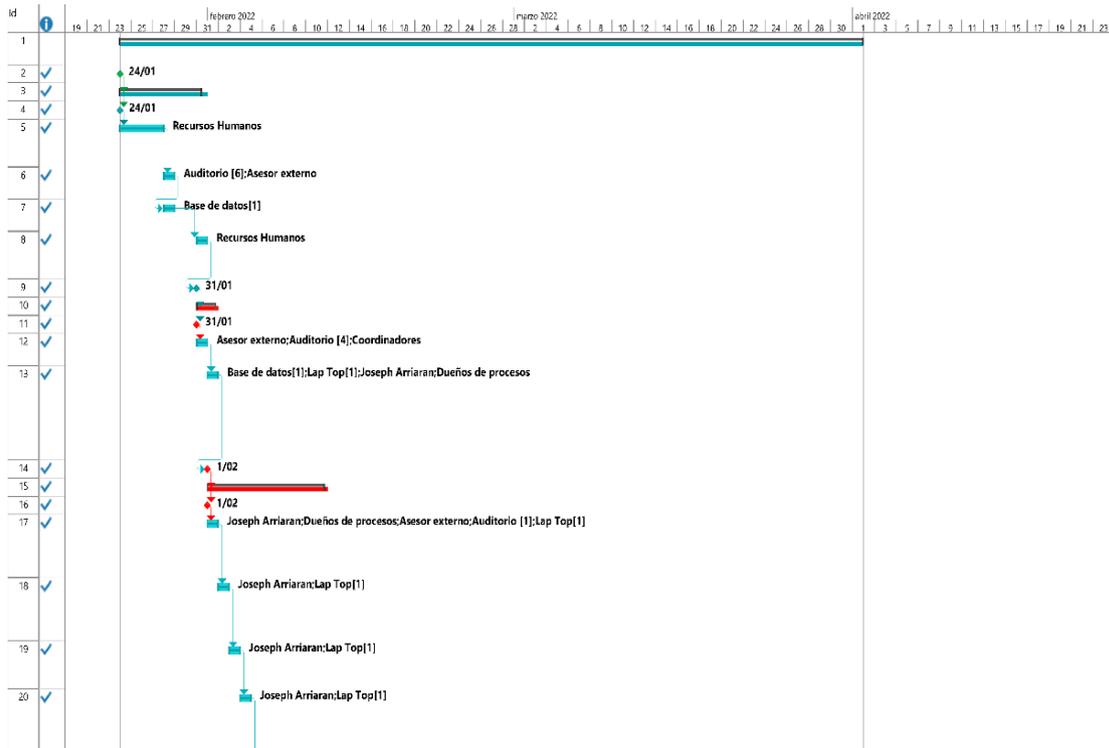
Control:	Apellidos y Nombres	Proceso	Firma y Sello	Fecha
Elaborador por:	Ariaran Vergara Joseph	ACP		22/04/2022
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		26/04/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		02/05/2022

DAP							DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESO							AS-IS			
Diagrama N°:							Código:							RESUMEN			
23							FAPV4.3							SÍMBOLO	ACTIVIDAD	ACTUAL	%
PROCESO:							Calidad y procesos							Operación	13	81,3%	
SUB PROCESO:							Control de calidad y gestión de procesos							Transporte	2	12,5%	
PROCEDIMIENTO:							Gestión de procedimiento judicial							Espera / Demora	1	6,3%	
Dueño del Proceso:							Asistente de calidad y procesos							Inspección	0	0,0%	
Elaborador por:							JAV							Almacenamiento	0	0,0%	
Tamaño Lote:							Fecha Inicio:							Total de actividades realizadas			
-							16/mar/2022							DT = Distancia Total (m)	0	Metros	
Participantes							DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES							TE = Tiempo Estándar (min)			
														185.010 Minutos / Hombre			
														SIMBOLOGÍA			
														OBSERVACIÓN			
Asesor Legal	Realiza una respuesta en defensa de la clínica	1	10040,0	10080	10000	0											
Asesor Legal	Solicita todas las evidencias recabadas al ACP	1	1420,0	1440,0	1400,0	0											
Calidad y Procesos	Adjunta todas las pruebas necesarias	1	2840,0	2880,0	2800,0	0											
Calidad y Procesos	Traslada las evidencias a la oficina legal de la clínica	1	52,5	60,0	45,0	-									El área legal se encuentra en un espacio externo a la clínica		
Calidad y Procesos	Entrega la evidencia a la asesora legal	1	17,5	20,0	15,0	0											
Asesor Legal	Adjunta formato de respuesta anexada con las evidencias	1	1420,0	1440,0	1400,0	0											
Asesor Legal	Se envía respuesta a Corte Judicial	1	1420,0	1440,0	1400,0	-									La corte judicial se encuentra en un espacio externo a la clínica		
Asesor Legal	Presenta apelación para nueva valoración	1	10040,0	10080,0	10000,0	0											
Asesor Legal	Solicita al ACP nuevas evidencias	1	1420,0	1440,0	1400,0	0											
Asesor Legal	Presenta nuevas evidencias pertinentes	1	10040,0	10080,0	10000,0	0											
Asesor Legal	Presenta apelación para segunda instancia	1	10040,0	10080,0	10000,0	0									Siempre que sea fundado la denuncia judicial		
Asesor Legal	Comunica a Gerencia General y Gerencia de salud sobre la sentencia	1	1420,0	1440,0	1400,0	0									Siempre que sea fundado la denuncia judicial		
Gerencia General/Gerencia de salud	Dispone todos los recursos para afrontar la sentencia	1	41600,0	43200,0	40000,0	0,0											
Gerencia General/Gerencia de salud	Coordina con la asesoría jurídica los términos de sentencia	1	10040,0	10080,0	10000,0	0											
Calidad y Procesos	Le da seguimiento al caso	1	41600,0	43200,0	40000,0	0,0											
Asesor Legal	Se mantiene en contacto con la parte demandante para cumplimiento de la sentencia	1	41600,0	43200,0	40000,0	0,0											
Total:		16	185010	190160	179860	0	13	2	1	0	0						

Control:	Apellidos y Nombres	Proceso	Firma y Sello	Fecha
Elaborador por:	Ariaran Vergara Joseph	ACP		22/04/2022
Revisados por:	Jefe de Proyecto	ACP		26/04/2022
Aprobado por:	Gerencia General	ACP		02/05/2022

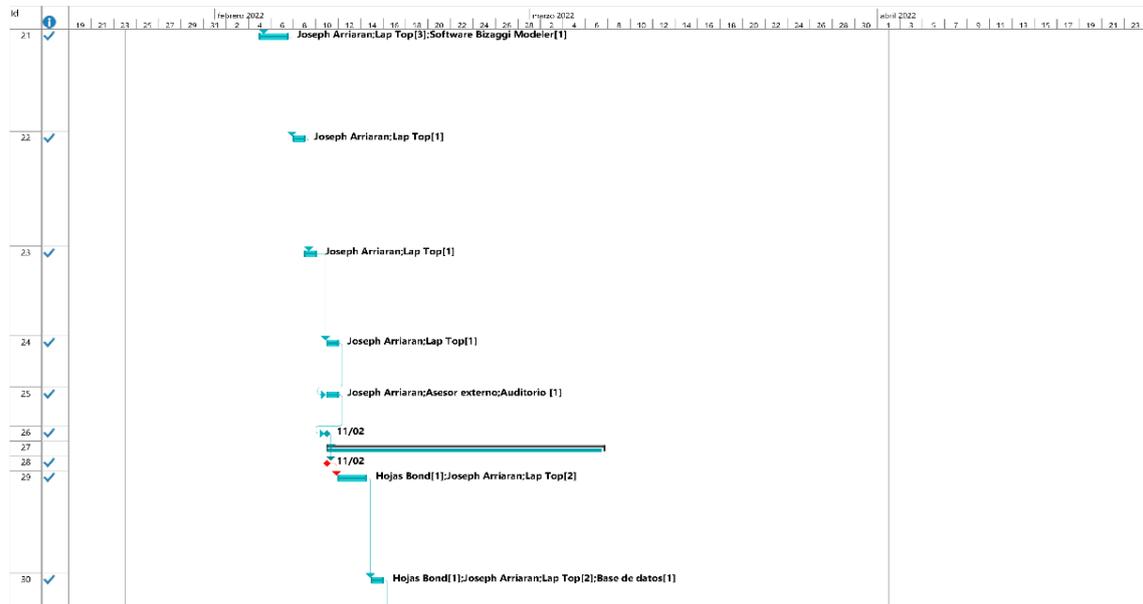
Figura 54. Diagrama de análisis de procedimiento judicial: etapa TO-BE/ACP. Adaptado de «Manual de Procesos y Procedimientos del ACP», por IPRESS-d (28).

### 4.3.8. Cronograma de actividades realizadas.



Proyecto: Proyecto1	Tarea	Resumen del proyecto	Tarea manual	solo el comienzo	Fecha límite	↓
Fecha: vie 18/11/22	División	Tarea inactiva	solo duración	solo fin	Progreso	—
	Hito	Hito inactivo	informa de resumen manual	tareas externas	Progreso manual	—
	Resumen	Resumen inactivo	Resumen manual	Hito externo		◇

Página 1



Proyecto: Proyecto1	Tarea	Resumen del proyecto	Tarea manual	solo el comienzo	Fecha límite	↓
Fecha: vie 18/11/22	División	Tarea inactiva	solo duración	solo fin	Progreso	—
	Hito	Hito inactivo	informa de resumen manual	tareas externas	Progreso manual	—
	Resumen	Resumen inactivo	Resumen manual	Hito externo		◇

Página 2

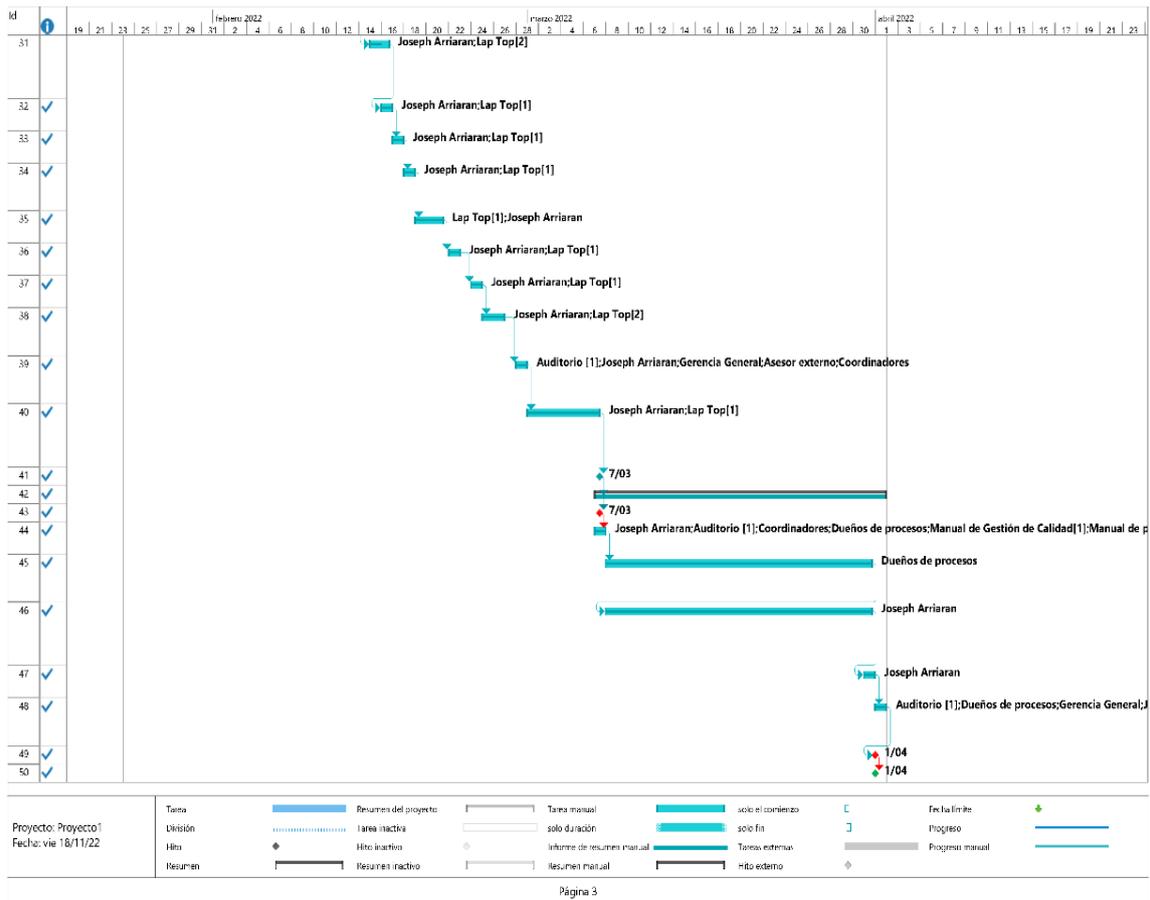


Figura 55. Cronograma de proyecto de implementación BPM y PHVA para gestión de consultas, reclamos y denuncias.

Fuente: Elaboración propia.

#### 4.3.9. Proceso y secuencia operativa de las actividades profesionales.

Id	Modo de tarea	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin	Predec	Nombres de los recursos
1	🚀	<b>Proyecto de implementación de BPM y PHVA</b>	57,75 días	lun 24/01/22	vie 01/04/22		
2	✓🚀	Inicio del proyecto	0 días	lun 24/01/22	lun 24/01/22		
3	✓🚀	<b>Conformación de equipo</b>	6 días	lun 24/01/22	lun 31/01/22	2	
4	✓🚀	Inicio	0 días	lun 24/01/22	lun 24/01/22	2	
5	✓🚀	Búsqueda de colaboradores con los requisitos necesarios	4 días	lun 24/01/22	jue 27/01/22	4	Recursos Humanos
6	✓🚀	Capacitación inicial a equipo de trabajo	1 día	vie 28/01/22	vie 28/01/22	5	Auditorio [6];Asesor externo
7	✓🚀	Asignación de procesos a equipo de trabajo	1 día	vie 28/01/22	vie 28/01/22	6	Base de datos[1]
8	✓🚀	Presentación de equipo de trabajo a dueños de procesos	1 día	lun 31/01/22	lun 31/01/22	7	Recursos Humanos
9	✓🚀	Fin	0 días	lun 31/01/22	lun 31/01/22	8	
10	✓🚀	<b>Fase I: Etapa línea base</b>	2 días	lun 31/01/22	mar 01/02/22	9	
11	✓🚀	Inicio	0 días	lun 31/01/22	lun 31/01/22	9	
12	✓🚀	Primera reunión con encargados de área	1 día	lun 31/01/22	lun 31/01/22	11	Asesor externo;Auditorio [4];Coordinadores
13	✓🚀	Revisión de la documentación (correspondiente a gestión de consultas, reclamos y denuncias) y condiciones de áreas	1 día	mar 01/02/22	mar 01/02/22	12	Base de datos[1];Lap Top[1];Joseph Arriaran;Dueños de procesos
14	✓🚀	Fin	0 días	mar 01/02/22	mar 01/02/22	13	

Id	Modo de tarea	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin	Predec	Nombres de los recursos	22
15	✓	<b>Fase II: Etapa AS-IS</b>	<b>10 días</b>	<b>mar 01/02/22</b>	<b>vie 11/02/22</b>	<b>14</b>		
16	✓	Inicio	0 días	mar 01/02/22	mar 01/02/22	14		
17	✓	Reunión con personal de las diferentes áreas para levantamiento de procesos	1 día	mar 01/02/22	mar 01/02/22	16	Joseph Arriaran;Dueños de procesos;Asesor	
18	✓	Identidad corporativa (organigrama funcional, visión, misión y cultura de valores del área)	1 día	mié 02/02/22	mié 02/02/22	17	Joseph Arriaran;Lap Top[1]	
19	✓	Mapa de procesos (cuáles son los procesos claves considerados)	1 día	jue 03/02/22	jue 03/02/22	18	Joseph Arriaran;Lap Top[1]	
20	✓	Inventario de procedimientos (todas las actividades que se realizan en el área)	1 día	vie 04/02/22	vie 04/02/22	19	Joseph Arriaran;Lap Top[1]	
21	✓	Flujogramas de procedimientos de gestión de consulta, reclamos o denuncias (secuencia de actividades y tareas como se están realizando)	1 día	sáb 05/02/22	lun 07/02/22	20	Joseph Arriaran;Lap Top[3];Software Bizaggi Modeler[1]	
22	✓	Ficha técnica de procesos de gestión de consultas, reclamos y denuncias (donde se fundamenta las bases legales, los recursos, materiales, entradas y salidas que se esperan de cada proceso)	1 día	mar 08/02/22	mar 08/02/22	21	Joseph Arriaran;Lap Top[1]	
23	✓	Diagrama de análisis de procedimiento de gestión de consultas, reclamos y denuncias (estimación de tiempos realizados por cada actividad)	1 día	mié 09/02/22	mié 09/02/22	22	Joseph Arriaran;Lap Top[1]	
24	✓	Establecimiento de KPI's para Evaluación de desempeño en la condición actual	1 día	vie 11/02/22	vie 11/02/22	23	Joseph Arriaran;Lap Top[1]	
25	✓	Reunión formal con Gerencia General con los resultados obtenidos	1 día	vie 11/02/22	vie 11/02/22	24	Joseph Arriaran;Asesor externo;Auditorio [1]	
26	✓	Fin	0 días	vie 11/02/22	vie 11/02/22	25		
27	✓	<b>Fase III: Etapa TO-BE</b>	<b>20 días</b>	<b>vie 11/02/22</b>	<b>lun 07/03/22</b>	<b>26</b>		
28	✓	Inicio	0 días	vie 11/02/22	vie 11/02/22	26		
29	✓	Creación de formato de consultas, formatos de memorándums, formato de investigación de caso, formato de notificación de resultados, formato de descargo admitido	1 día	sáb 12/02/22	lun 14/02/22	28	Hojas Bond[1];Joseph Arriaran;Lap Top[2]	
30	✓	Creación de registro de gestión de consultas, reclamos y denuncias	1 día	mar 15/02/22	mar 15/02/22	29	Hojas Bond[1];Joseph Arriaran;Lap Top[2];Base de	
31	✓	Rediseño de organigrama funcional, visión, misión e identidad corporativa	2 días	mar 15/02/22	mié 16/02/22	30	Joseph Arriaran;Lap Top[2]	
32	✓	Rediseño de mapa de procesos	1 día	mié 16/02/22	mié 16/02/22	31	Joseph Arriaran;Lap Top[1]	
33	✓	Rediseño de inventario de procedimientos	1 día	jue 17/02/22	jue 17/02/22	32	Joseph Arriaran;Lap Top[1]	
34	✓	Rediseño de flujograma de procedimientos	1 día	vie 18/02/22	vie 18/02/22	33	Joseph Arriaran;Lap Top[1]	
35	✓	Rediseño de ficha técnica de procesos	1 día	sáb 19/02/22	lun 21/02/22	34	Lap Top[1];Joseph Arriaran	
36	✓	Rediseño de diagrama de análisis de procesos	1 día	mar 22/02/22	mar 22/02/22	35	Joseph Arriaran;Lap Top[1]	
37	✓	Establecimientos de KPI's de desempeño	1 día	jue 24/02/22	jue 24/02/22	36	Joseph Arriaran;Lap Top[1]	
38	✓	Realización de diagrama de Pareto con las incidencias de las áreas	2,13 días	vie 25/02/22	sáb 26/02/22	37	Joseph Arriaran;Lap Top[2]	
39	✓	Reunión con la Gerencia General y coordinadores de todas las áreas	1 día	lun 28/02/22	mar 01/03/22	38	Auditorio [1];Joseph Arriaran;Gerencia	
40	✓	Realización de protocolo de atención de consultas, reclamos y denuncias	5 días	mar 01/03/22	lun 07/03/22	39	Joseph Arriaran;Lap Top[1]	
41	✓	Fin	0 días	lun 07/03/22	lun 07/03/22	40		
42	✓	<b>Fase IV: Implementación</b>	<b>22,25 días</b>	<b>lun 07/03/22</b>	<b>vie 01/04/22</b>	<b>41</b>		
43	✓	Inicio	0 días	lun 07/03/22	lun 07/03/22	41		
44	✓	Socialización del cambio de procesos	1 día	lun 07/03/22	lun 07/03/22	43	Joseph Arriaran;Auditorio [1];Co	
45	✓	Ejecución de los nuevos procesos en cada área funcional	20 días	mar 08/03/22	jue 31/03/22	44	Dueños de procesos	
46	✓	Monitoreo y supervisión de la ejecución de los procesos establecidos	20 días	mar 08/03/22	jue 31/03/22	45	Joseph Arriaran	
47	✓	Evaluación estadística del desempeño	1 día	jue 31/03/22	jue 31/03/22	46	Joseph Arriaran	
48	✓	Reuniones mensuales con coordinadores de áreas y Gerencia General	1 día	vie 01/04/22	vie 01/04/22	47	Auditorio [1];Dueños de procesos;Gerencia	
49	✓	Fin	0 días	vie 01/04/22	vie 01/04/22	48		
50	✓	Fin del proyecto	0 días	vie 01/04/22	vie 01/04/22	49		

Figura 56. Secuencia operativa de actividades para implementación BPM y PHVA para gestión de consultas, reclamos y denuncias.

Fuente: Elaboración propia.

## CAPÍTULO V: RESULTADOS

### 5.1. Resultados finales de las actividades realizadas

Por medio de la implementación de esta metodología de gestión de procesos se logró alcanzar resultados reflejados en la tabla 20.

Tabla 20.

*Comparación de etapa AS-IS y etapa TO-BE*

Etapa AS-IS	Etapa TO-BE
Gestión de Quejas	Gestión de Consultas
<p>El procedimiento consideraba al Área de Vigilancia para la atención en primera instancia, si el “incidente” era leve. En el caso de que existiera desconocimiento del suceso, se derivaba a un colaborador administrativo de primera línea, y si los mismos no podían dar solución llamaban directamente al Área de Calidad y Procesos. De cada 100 casos, los colaboradores administrativos en primera línea llegaban a solucionar 22 casos en promedio (22,24%) aproximadamente, el resto era responsabilidad del ACP, siendo un 71,27% del total de quejas o incidentes, y en el caso de vigilancia representaba un 6,19% en la participación de soluciones del total de casos. Aquí se demostraba la poca capacidad de solución de los colaboradores administrativos, siendo el ACP el que más casos resolvía. Lo cual contraviene a los puntos establecidos en el apartado 2.5 (resultados esperados).</p>	<p>Se determinó que el área de vigilancia solo actúe como un área de orientación y protección de los clientes internos y externos de la clínica. Para lo cual, al involucrar a los colaboradores administrativos de primera instancia de atención (atención al cliente, asistentes de consultorio, entre otros) lograron dar solución en un 40.32% de los datos analizados entre marzo y mayo del 2022. Es decir, de cada 100 casos lograban dar solución a 40 casos aproximadamente, representando un 21.83 % más de eficiencia en su capacidad de solución referente al análisis AS-IS y estando un 8 % por ciento por debajo del nivel esperado de solución y como instancia un 19,68% debajo del nivel de resolución ideal (tabla 16), que se estableció en torno al 60%. Mientras que el Área de vigilancia y el ACP no tuvieron incidencia alguna, según lo planificado. Esto significa un mejoramiento en la capacidad de solución por parte de colaboradores administrativos referente a la etapa AS-IS, cumpliendo con los principios de mejora continua PHVA. Teniendo un lapso de 10 años para llegar al nivel ideal de solución y resolución considerados según los apartados 2.3 (objetivos de la actividad profesional) y 2.5 (resultados esperados).</p>
<p>Los jefes de área, supervisores o coordinadores no se llegaban a enterar de un gran número de incidentes y cómo se gestó su solución; no participaban en el proceso de</p>	<p>Se estableció que se dé una participación activa de los jefes, supervisores o coordinadores de áreas en la solución de los incidentes, recibiendo reportes de lo que sucede cada vez que se dé una solución a</p>

---

solución y seguimiento de los casos, por lo cual tenían una incidencia de participación de 0,32 % del total de solución de quejas por parte de los coordinadores y 0% de los jefes de área. Lo cual contraviene a los puntos establecidos en el apartado 2.5 (resultados esperados).

un incidente, para su posterior seguimiento y aplicar las medidas necesarias y participando activamente en la solución de consultas de darse el caso. Por medio de este establecimiento se logró alcanzar un nivel de solución en segunda instancia por parte de los jefes de área de un 35,48%, estando un 19,48% del nivel esperado de solución en segunda instancia y un 15,48% del nivel ideal (tabla 16). Mientras que los coordinadores llegaron a tener un nivel de solución del 24.19%, estando un 16,19% del nivel esperado y un 14,19% del nivel ideal de resolución (tabla 16), como solución en tercera instancia. Se cumplió con los niveles esperados según los apartados 2.3 (objetivos de la actividad profesional) y 2.5 (resultados esperados).

---

ACP no consideraba las quejas solucionadas como “incidentes” que se deban de dar un seguimiento prioritario para aplicar medidas correctivas, preventivas, de mantenimiento o mejoramiento. Solo se consideraban como datos estadísticos para su posterior presentación, en su informe mensual, ante la Gerencia General.

Se procuró que las consultas fueran tratadas con la importancia de la gestión de reclamos, como se refleja en el flujograma de gestión de consultas (figura 29), con el fin de que las disconformidades presentadas sean todos analizados para conocer el origen, las causas e implicados en los sucesos, y de esta manera se puedan aplicar las medidas correctivas, preventivas, de mantenimiento o mejoramiento requeridos; para que el input de incidentes de la misma naturaleza no se vuelva a presentar.

---

Según el análisis AS-IS, por medio del diagrama de análisis de procesos, se encontró que el tiempo estimado de atención de quejas para la atención en primera instancia era de hasta 21 minutos en promedio. Mientras que el tiempo promedio de atención de segunda instancia, hasta que se registra el incidente, era de 36 minutos. Referente al tiempo promedio de compensación, sobre la queja presentada, es de 8 días; con un tiempo máximo de 15 días y un tiempo mínimo de 1 día. Se debe considerar que estos tiempos fueron establecidos de manera teórica para

Según el análisis TO-BE, por medio del diagrama de análisis de procesos, se estableció un tiempo estimado promedio de atención de consultas para la atención en primera instancia, desde que se recepciona la consulta hasta que se registre el incidente y se genere un reporte a su jefe de área, de 18 minutos. Mientras que el tiempo promedio de atención en segunda instancia, hasta que se registra el incidente y se genere reporte a su jefe inmediato, se estableció con un tiempo promedio de 25,5 minutos. El tiempo promedio de compensación, sobre la consulta presentada, es de 8 días; con un tiempo máximo de 15 días y un tiempo mínimo de 1 día. Referente al tiempo establecido para las

---

conocer los tiempos promedios de solución según el análisis AS-IS.

No se contaron con medición de tiempo en la resolución de estas disconformidades para poder conocer el Tiempo Medio de Resolución (TMR).

soluciones en tercera instancia, hasta que se entregue la hoja de consulta a ACP, es de 48 minutos en promedio. Encontrándose que el tiempo promedio de compensación sobre la consulta presentada es de 4 días, con un tiempo máximo de 7 días y un tiempo mínimo de 1 día. Las medidas correctivas, preventivas o de mantenimiento previstos; tuvieron un establecimiento de 14 días.

Por medio del análisis TO-BE se determinó que los tiempos de solución reales fueron en promedio 9,67 minutos para solución en primera instancia, estando un 31% por debajo del tiempo teórico para esta instancia. Referente a segunda instancia, se tuvo un tiempo de solución promedio de 17 minutos, estando un 33.33% por debajo del tiempo teórico establecido. Por último, para tercera instancia se tuvo un tiempo promedio de 36 minutos, estando por debajo del tiempo teórico en un 25%.

---

La normativa que se utilizaba era el Decreto Supremo N.º 030-2016-SA: reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS), Públicas, privadas o mixtas.

La normativa establecida fue el Decreto Supremo N.º 002-2019-SA: Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS), públicas, privadas o mixtas.

---

No se contaba con un procedimiento de atención de consultas virtuales.

Se estableció un procedimiento de atención de consultas virtuales con un tiempo promedio de respuesta, después del análisis del caso, de 6 días. Se considera un tiempo máximo de 9 días de respuesta y un mínimo de 2 días. Si se requiere una compensación al afectado, se estima un tiempo promedio de compensación igual a 4 días, con un máximo de 7 días y un mínimo de 1 día. Las medidas correctivas, preventivas o de mantenimiento previstos se establecieron con un tiempo promedio de cumplimiento de 14 días.

---

	No se realizaron soluciones de consultas virtuales en estas instancias.
No se contaba con un procedimiento de atención de consultas por Call Center.	Se determinó un procedimiento de consulta por Call Center, con un tiempo promedio de atención de 39.5 minutos. Del mismo modo, no se brinda una compensación posible por medio telefónico. Las medidas correctivas, preventivas o de mantenimiento previstos se establecieron con un tiempo medio de cumplimiento de 14 días.
	No se realizaron soluciones de consultas por Call Center en estas instancias.
<b>Gestión de Reclamos</b>	<b>Gestión de Reclamos</b>
Se apreciaba que el ACP poseía poca capacidad de solución en cuarta instancia, antes de orientar al posible afectado sobre el llenado del libro de reclamaciones; siendo solo de un 18,65% del total de los reclamos. Siendo un 81,35% el total de disconformidades, no solucionadas en instancias previas, que se rellenaron en el libro de reclamaciones.	Por medio de la implementación de la gestión de procesos, se encuentra que el ACP tuvo un nivel de solución del 61.90% referente del total de casos que pasaron a la cuarta instancia; antes de ser rellenados en el libro de reclamaciones. Mientras que del total de disconformidades presentados entre marzo y abril de 2022 se llenaron en el libro de reclamaciones un 13.79% de los casos, siendo un 5.79% mayor al nivel esperado.
Se aprecia que, para la cuarta instancia, se tuvo un 336,23% más disconformidades esperadas, lo cual generó que no se cumpliera con el 8% de resolución esperada (tabla 16), dando la percepción que, si se estuvo en los límites deseados de solución, por la mayor cantidad de casos que pasaron a esta instancia. Lo cual contraviene a los puntos establecidos en el apartado 2.5 (resultados esperados).	Se aprecia que, para la cuarta instancia, se tuvo un 216,74%% más disconformidades esperadas, lo cual género que no se cumpliera con el 8% de resolución esperada (tabla 16), dando la percepción que, si se estuvo en los límites deseados de solución, por la mayor cantidad de casos que pasaron a esta instancia. Sin embargo, si se aprecia una mejoría en la capacidad de solución de las disconformidades que pasan a cuarta instancia por parte del ACP, cumpliendo los principios de mejora continua PHVA. Para lo cual, en los próximos 10 años se deberá llegar al nivel de resolución planteado en el apartado 2.5 (resultados esperados).
Los memorándums para investigación de los casos eran notificados directamente al	Se estableció que el memorándum debía de ser adjuntado con la hoja de investigación de caso, y

personal involucrado, los cuales respondían al ACP sin que el coordinador o jefe del área tuviera conocimiento del caso.	posteriormente tendría que ser notificado al coordinador del área para que realice la investigación del caso y de respuesta al ACP.
Solo se consideraba que la notificación de resultado final del caso debía ser respondido por Dirección Médica. Esto generaba confusiones para dar respuesta ante temas administrativos u operativos por parte del director médico.	Se determinó que Dirección Médica debía de notificar los resultados solo para casos médicos y asistenciales. En cuanto a los temas administrativos u operativos, Coordinación de Gerencia era el responsable de dar respuesta de notificación de resultados. Esta decisión mejoró el criterio de evaluación de los casos.
No se consideraba el análisis de las causas de los casos de reclamos, priorizando dar respuesta a los usuarios del estado del reclamo, para dar cumplimiento a la normativa.	Se estableció la priorización de medidas correctivas, preventivas, de mantenimiento o mejoramiento, basándose en el análisis de los casos realizados con los coordinadores de las diferentes áreas, Área de Calidad y Procesos y representantes de la Gerencia General y Gerencia de Salud, reduciendo el número de disconformidades por tipo de reclamo o consulta.
El tiempo de ejecución promedio de la gestión de reclamos se estableció en 27.81 días, desde el ingreso del reclamo hasta la notificación de resultado al usuario, paciente o tercero legitimado. Así mismo, si se tenía que realizar una compensación por posibles afectaciones, se tenía un tiempo promedio de 18.5 días con un tiempo máximo de respuesta de 30 días y un tiempo mínimo de 7 días.	El tiempo promedio determinado para la gestión de reclamos, desde que se ingresa el reclamo hasta la notificación al usuario, fue de 8.37 días en promedio. Para el tiempo de compensación establecidas para los afectados, se priorizó como tiempo máximo de respuesta 15 días y un tiempo mínimo de 1 día; teniendo un tiempo promedio de 8 días.
No se contaron con medición de tiempo en la resolución de estas disconformidades para poder conocer el Tiempo Medio de Resolución (TMR).	Por medio del análisis TO-BE se determinó que los tiempos de solución reales fueron en promedio 9,95 días para solución en cuarta instancia, estando un 24,38% por encima del tiempo teórico para esta instancia.
No se consideraban medidas correctivas, preventivas, de mantenimiento o mejoramiento.	Las medidas correctivas, preventivas, de mantenimiento o mejoramiento se establecieron en 14 días en promedio.
<b>Gestión de Denuncias</b>	<b>Gestión de Denuncias</b>
Se encontró que en la gestión de denuncias se tenía la intervención del Área de Dirección Médica para coordinar con el Área de Asesoría Legal, incrementando un tiempo adicional de 23 horas aproximadamente.	Se estableció que el ACP coordine directamente con el Área de Dirección Médica, eliminando las 23 horas de estimación de la duración de todo el procedimiento de denuncias.

---

Se tuvo dos casos en los periodos comprendidos entre diciembre de 2020 y enero de 2021, los cuales no tuvieron conciliación incluso después de terminado el periodo laboral del autor.

Tras la nueva implementación no se tuvieron casos de denuncias, por lo que no se pudo comprobar los tiempos de gestión estimados.

---

El proceso judicial se estableció en función de los criterios manejados en los procesos de denuncias civiles enmarcados en las leyes del estado peruano.

Se utilizó el mismo proceso de gestión analizado en la etapa AS-IS, siendo importante su evaluación ante posibles cambios normativos.

---

Fuente: Elaboración propia.

## 5.2. Logros alcanzados

Los datos estadísticos analizados después de la implementación de la metodología *Business Process Managment* y el ciclo PHVA muestran una mejoría en los *KPI's* e indicadores de gestión establecidos para su evaluación. En el presente trabajo se detalló el logro alcanzado para el procedimiento de gestión de consultas, reclamos y denuncias. En el mismo, se priorizó la satisfacción de los clientes externos en cuanto a la capacidad de solución de la clínica ante posibles afectaciones de los mismos. A través de esta implementación, se busca que las disconformidades presentadas en los servicios asistenciales, administrativos u operativos, que ocasionen daños o prejuicios a pacientes, usuario o terceros legitimados, no se vuelvan a repetir. Esto permitió mejorar la capacidad de solución de disconformidad por parte de los colaboradores de la clínica y, en conclusión, la calidad de servicio ofrecido en su propuesta de valor; cumpliendo con el ciclo de mejora continua (PHVA) establecido.

Se puede mencionar que:

1. Se logró realizar la implementación de *BPM* y PHVA para el proceso de gestión de consultas, reclamos y denuncias en el tiempo establecido.
2. Todas las etapas del proyecto se realizaron satisfactoriamente, los dueños del proceso y colaboradores se adaptaron al cambio de procedimiento establecido para este apartado.
3. Se logró un mayor nivel de participación por parte de los altos mandos, al tener conocimiento de los incidentes que suceden en sus áreas y participando en el análisis de las causas. Esto ayudo, sin lugar a dudas, a comprometerse en la gestión de todos los recursos necesarios para implementar las medidas requeridas.
4. Se logró actualizar todos los formatos, registros, protocolos y manuales en relación con el requerimiento interno y normativo vigente, estandarizando y teniendo control sobre el procedimiento de atención de Consultas, Reclamos y Denuncias de "La IPRESS".

5. Se establecieron indicadores de gestión (*KPI's*) que permitieron medir los rendimientos reales encontrados en función de los valores esperados para este procedimiento.
6. Se logró que el ACP tenga una mayor capacidad de resolución frente a los incidentes presentados, cuando lleguen a las instancias correspondientes.
7. La capacidad resolutoria de colaboradores de primera línea, jefes de área o coordinadores mejoró en función de la gestión anterior. Se espera que los valores de medición aumenten progresivamente en base al concepto de PHVA.
8. Se incorporó una cultura basada en resultados y mejora continua, a través de la estandarización de la elaboración y presentación de documentos, ejecución de plan de acción de acuerdo a la línea jerárquica, implementación de medidas correctivas, preventivas, de mantenimiento o mejoramiento.

### **5.3. Dificultades encontradas**

Las dificultades presentadas se resumen como:

1. Resistencia al cambio por parte de los colaboradores y partes interesadas de la clínica, en un inicio, debido al desconocimiento sobre la metodología y creencia sobre posibles fallos en el desarrollo de las actividades a las cuales estaban acostumbrados.
2. Incertidumbre por parte de ambas gerencias y coordinadores de las diferentes áreas de la clínica, mostrando incredulidad sobre los beneficios de la metodología y los resultados que se puedan obtener en el tiempo establecido.
3. El análisis de una empresa perteneciente al sector de servicios, por lo general, es más complejo de medir debido a las características del flujo de procesos presentados en la cadena de valor. Los inputs generados en el desarrollo de las actividades y operaciones establecidas presentan variaciones de caso en caso.
4. No se contaba con un equipo con experiencia en el sector de salud, por lo cual se generó cierto retraso al inicio del proyecto al tratar de comprender los procedimientos involucrados en la clínica.
5. No se contaba directamente con un coordinador de área, la supervisión fue realizada por parte de un asesor externo.

### **5.4. Planteamiento de mejoras**

#### **5.4.1. Metodologías propuestas**

A través de la metodología propuesta y la mejora TO-BE, se obtuvieron los resultados de las disconformidades a nivel general como se refleja en la tabla 21.

Tabla 21.

*Resumen de gestión de consultas, reclamos y denuncias (03/2022-05/2022)*

Meses	N.º de consultas	N.º de reclamos	N.º de denuncias	Total de disconformidades
Marzo	19	6	0	25
Abril	21	7	0	28
Mayo	22	8	0	30
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>21</b>	<b>0</b>	<b>83</b>

Fuente: Elaboración propia.

Si se realiza la comparación del total de disconformidades presentadas durante la etapa TO-BE, en comparación con la etapa AS-IS (tabla 7). Se aprecia que se redujo la cantidad de disconformidades totales pasando de 251 disconformidades (comparación con los meses de marzo, abril y mayo de la etapa AS-IS) a 83 disconformidades en la etapa TO-BE, representando un 202,41% menos de disconformidades referente a la etapa AS-IS.

El resultado se refleja en la figura 57.

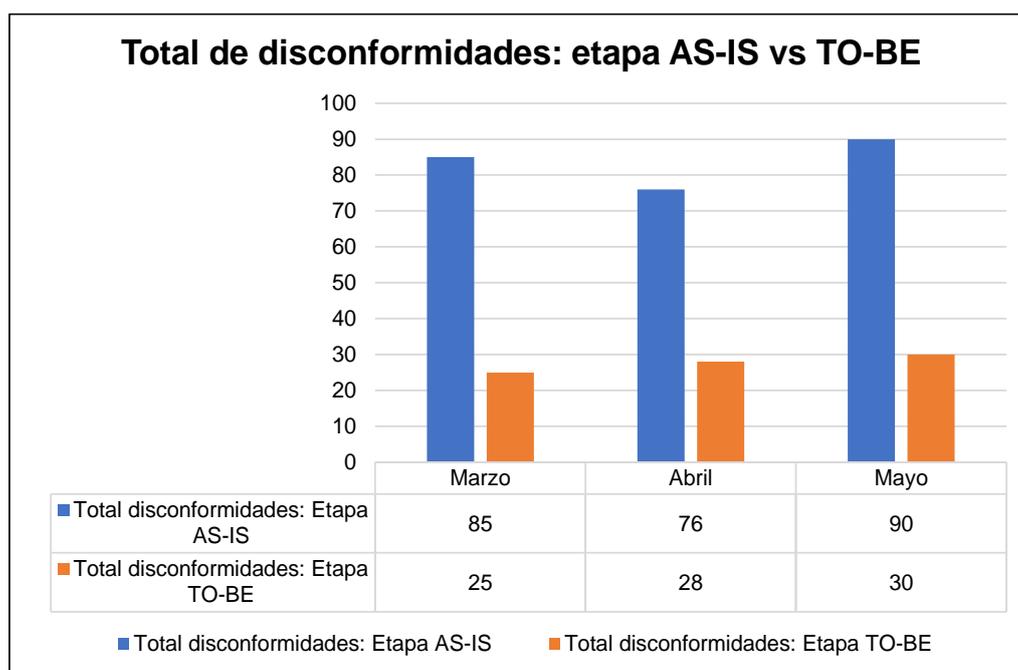


Figura 57. Comparación del total de disconformidad etapa AS-IS vs etapa TO-BE.

Fuente: Elaboración propia.

Si se realiza el análisis de resultados de la etapa AS-IS con la etapa TO-BE a nivel de solución y resolución por parte de los colaboradores, según la tabla 16, se tienen los siguientes resultados:

Tabla 22.

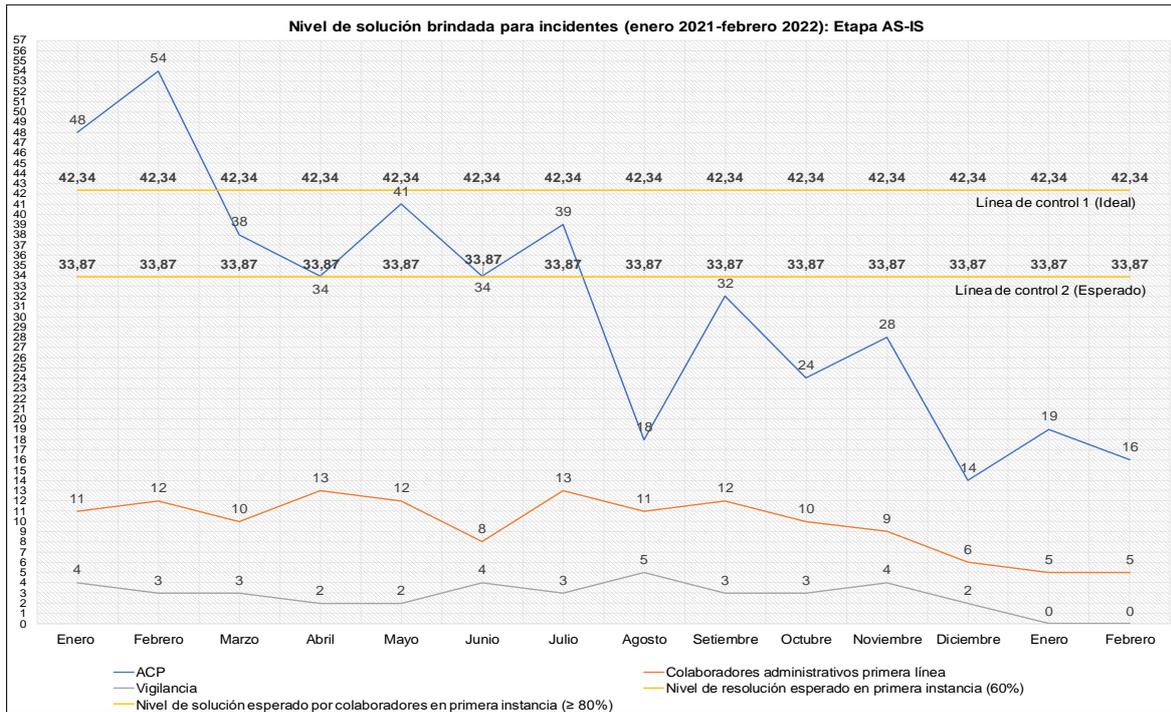
*Capacidad de resolución y solución en primera instancia, para “incidentes” o quejas: etapa AS-IS*

Meses	Vigilancia	Colaboradores administrativos de primera instancia	ACP	Total de incidentes (quejas)	Nivel de resolución esperado en primera instancia (60%)	Nivel de solución esperado por colaboradores en primera instancia (≥ 80%)
Enero	4	11	48	63	<b>42,34</b>	<b>33,87</b>
Febrero	3	12	54	69	<b>42,34</b>	<b>33,87</b>
Marzo	3	10	38	51	<b>42,34</b>	<b>33,87</b>
Abril	2	13	34	49	<b>42,34</b>	<b>33,87</b>
Mayo	2	12	41	55	<b>42,34</b>	<b>33,87</b>
Junio	4	8	34	46	<b>42,34</b>	<b>33,87</b>
Julio	3	13	39	55	<b>42,34</b>	<b>33,87</b>
Agosto	5	11	18	34	<b>42,34</b>	<b>33,87</b>
Setiembre	3	12	32	47	<b>42,34</b>	<b>33,87</b>
Octubre	3	10	24	37	<b>42,34</b>	<b>33,87</b>
Noviembre	4	9	28	41	<b>42,34</b>	<b>33,87</b>
Diciembre	2	6	14	23	<b>42,34</b>	<b>33,87</b>
Enero	0	5	19	25	<b>42,34</b>	<b>33,87</b>
Febrero	0	5	16	21	<b>42,34</b>	<b>33,87</b>
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>137</b>	<b>439</b>	<b>616</b>	<b>592,76</b>	<b>474,21</b>

*Nota:* Los valores de resolución en primera instancia son calculados en base al 60 % (línea de control 1) del total de disconformidades (tabla 7) de todos los meses comprendidos en el análisis AS-IS, mientras que el nivel de solución es considerado en base al 80 % (línea de control 2) del nivel de resolución esperado; fundamentados en la tabla 16. Elaboración propia.

\*La consideración de primera instancia, para el análisis AS-IS, solo es hipotética por motivos de comparación con la implementación de estas instancias en la etapa TO-BE, sin embargo, los valores de soluciones son reales.

\*Tanto el ACP como el Área de Vigilancia no deberían estar considerados en la solución de primera instancia, según la jerarquización realizada en la etapa TO-BE (tabla 16), sin embargo, se realizaron intervenciones reales (en estas instancias) por parte de estos colaboradores, según lo reflejado en la presente tabla.



**Figura 58.** Nivel de resolución y solución brindada en primera instancia (enero 2021-febrero 2022): etapa AS-IS. *Nota.* Se espera que la solución de casos por parte de los colaboradores administrativos de primera instancia se encuentre por encima o, como mínimo, al mismo nivel de la línea de control (2); siendo lo ideal llegar al mismo nivel o ligeramente por encima de la línea de control (1). En el caso del ACP y el Área de Vigilancia, se espera que no tengan incidencia alguna en estas instancias.

*Fuente:* Elaboración Propia.

En este caso, se aprecia que, en la etapa AS-IS, el ACP era el que mayores números de incidentes o “quejas” resolvía, lo cual contraviene a los puntos establecidos en los apartados 4.1.2 (alcance de las actividades profesionales) y 2.5 (resultados esperados). Con referencia a los colaboradores administrativo de primera línea, se tuvo un porcentaje de solución del 13,86 % del total de disconformidades, estando muy por debajo del nivel de solución esperada.

Respecto de la mejora implementada por el análisis TO-BE, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 23.

Capacidad de resolución y solución en primera instancia, para consultas: etapa TO-BE

Meses	Vigilancia	Colaboradores administrativos de primera instancia	ACP	Total de consultas	Nivel de resolución esperado en primera instancia (60%)	Nivel de solución esperado por colaboradores en primera instancia ( $\geq 80\%$ )
Marzo	0	7	0	19	16,60	13,28
Abril	0	9	0	21	16,60	13,28
Mayo	0	9	0	22	16,60	13,28
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>62</b>	<b>49,80</b>	<b>39,84</b>

Nota: Los valores de solución en primera instancia son calculados en base al 60 % (línea de control 1) del total de disconformidades presentados en los meses de marzo, abril y mayo, comprendidos en el análisis TO-BE. El nivel de solución es considerado en base al 80% (línea de control 2) del nivel de resolución esperado, fundamentados en la tabla 16.

\*Tanto el ACP como el Área de Vigilancia no están considerados en la solución de primera instancia, solo están considerados, en este apartado, por motivos de comparación con la etapa AS-IS.

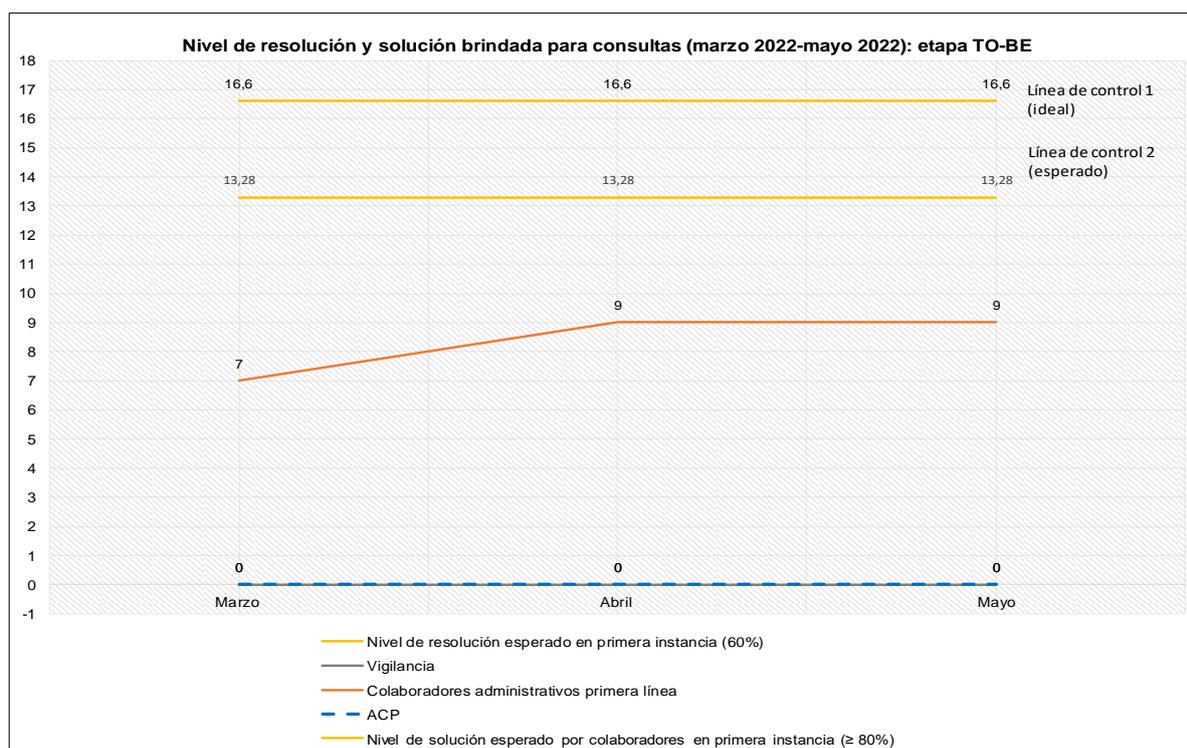


Figura 59. Nivel de resolución y solución brindada en primera instancia (marzo 2021-mayo 2022): etapa TO-BE. Se espera que la solución de casos por parte de los colaboradores administrativos de primera instancia se encuentre por encima o, como mínimo, al mismo nivel de la línea de control (2); siendo lo ideal llegar al mismo nivel o ligeramente por encima de la línea de control (1). En el caso de ACP y Vigilancia, se espera que no tengan incidencia alguna.

Fuente: Elaboración propia.

En este caso, se aprecia que, en la etapa TO-BE, los colaboradores administrativos mostraron una capacidad de solución del 30,12 % del total de disconformidades, como se muestra en la tabla 20 (etapa TO-BE: gestión de consultas), estando por debajo del nivel esperado, pero cumpliendo los principios de mejora continua (PHVA); acercándose al cumplimiento de los puntos señalados en el apartado 4.1.2 (alcance de las actividades profesionales) y 2.5 (resultados esperados). En cuanto al ACP y el Área de Vigilancia, no tuvieron participación activa, como se preveía en los niveles de instancia establecidos (tabla 16).

En el caso de la solución de segunda y tercera instancia, para la etapa AS-IS, se encontraron los siguientes valores:

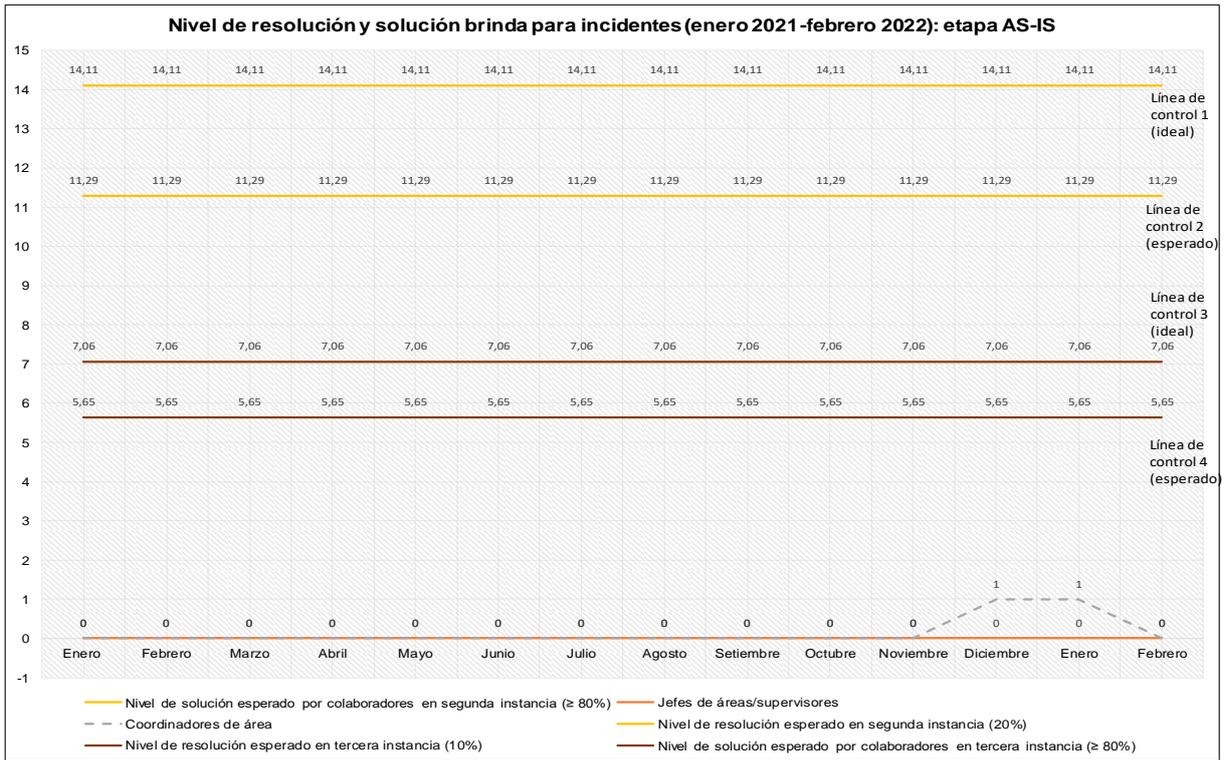
Tabla 24.

*Capacidad de resolución y solución en segunda y tercera instancia, para "incidentes" o quejas: etapa AS-IS*

Meses	Jefes de áreas/supervisores	Coordinadores de área	Total de incidentes (quejas)	Nivel de resolución esperado en segunda instancia (20%)	Nivel de solución esperado por colaboradores en segunda instancia ( $\geq$ 80%)	Nivel de resolución esperado en tercera instancia (10%)	Nivel de solución esperado por colaboradores en tercera instancia ( $\geq$ 80%)
Enero	0	0	63	14,11	11,29	7,06	5,65
Febrero	0	0	69	14,11	11,29	7,06	5,65
Marzo	0	0	51	14,11	11,29	7,06	5,65
Abril	0	0	49	14,11	11,29	7,06	5,65
Mayo	0	0	55	14,11	11,29	7,06	5,65
Junio	0	0	46	14,11	11,29	7,06	5,65
Julio	0	0	55	14,11	11,29	7,06	5,65
Agosto	0	0	34	14,11	11,29	7,06	5,65
Setiembre	0	0	47	14,11	11,29	7,06	5,65
Octubre	0	0	37	14,11	11,29	7,06	5,65
Noviembre	0	0	41	14,11	11,29	7,06	5,65
Diciembre	0	1	23	14,11	11,29	7,06	5,65
Enero	0	1	25	14,11	11,29	7,06	5,65
Febrero	0	0	21	14,11	11,29	7,06	5,65
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>616</b>	<b>197,60</b>	<b>158,08</b>	<b>98,80</b>	<b>79,04</b>

*Nota:* Los valores de resolución en segunda instancia son calculados en base al 20% (línea de control 1) del total de disconformidades (tabla 7) de todos los meses comprendidos en el análisis AS-IS, mientras que, en tercera instancia, la resolución es considerada en base al 10% (línea de control 3) del total de disconformidades (tabla 7). En cuanto al nivel de solución por parte de colaboradores de segunda y tercera instancia, se considera el 80% (línea de control 2 y 4) del total de resolución esperado, fundamentados en la tabla 16. Elaboración propia.

\*La consideración de segunda y tercera instancia, para el análisis AS-IS, solo es hipotética por motivos de comparación con la implementación de estas instancias en la etapa TO-BE, sin embargo, los valores de resoluciones son reales.



*Figura 60.* Nivel de resolución y solución brindada en segunda y tercera instancia (enero 2021-febrero 2022): etapa AS-IS. Se espera que la solución de casos por parte de los jefes de área, de segunda instancia, se encuentre por encima o, como mínimo, al mismo nivel de la línea de control (2); siendo lo ideal llegar al mismo nivel o ligeramente por encima de la línea de control (1). En el caso de los coordinadores de área, de tercera instancia, se espera que se encuentren por encima o, como mínimo, al mismo nivel de la línea de control (4); siendo lo ideal llegar al mismo nivel o ligeramente por encima de la línea de control (3).

*Fuente:* Elaboración propia.

Para la etapa AS-IS, los coordinadores de área solo tuvieron incidencia en la resolución de incidentes o “quejas” del 0,2 % del total de disconformidades, mientras que los supervisores o jefes de área no tuvieron incidencia alguna; lo cual contraviene a los puntos establecidos en el apartado 4.1.2 (alcance de las actividades profesionales) y 2.5 (resultados esperados).

Respecto de la mejora implementada por el análisis TO-BE, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 25.

Capacidad de resolución y solución de colaboradores de segunda y tercera instancia, para consultas: etapa TO-BE

Meses	Jefes de áreas/supervisores	Coordinadores de área	Total de consultas	Nivel de resolución esperado en segunda instancia (20%)	Nivel de solución esperado por colaboradores en segunda instancia ( $\geq$ 80%)	Nivel de resolución esperado en tercera instancia (10%)	Nivel de solución esperado por colaboradores en tercera instancia ( $\geq$ 80%)
Marzo	7	5	19	5,53	4,42	2,77	2,22
Abril	8	4	21	5,53	4,42	2,77	2,22
Mayo	7	6	22	5,53	4,42	2,77	2,22
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>15</b>	<b>62</b>	<b>16,59</b>	<b>13,26</b>	<b>8,31</b>	<b>6,66</b>

Nota: Los valores de resolución en segunda instancia son calculados en base al 20% (línea de control 1) del total de disconformidades de todos los meses comprendidos en el análisis TO-BE, mientras que, en tercera instancia, la resolución es considerada en base al 10% (línea de control 3) del total de disconformidades presentados en los meses de marzo, abril y mayo. En cuanto al nivel de solución por parte de colaboradores de segunda y tercera instancia, se considera el 80% (línea de control 2 y 4) del total de resolución esperado, fundamentados en la tabla 16.

Fuente: Elaboración propia.

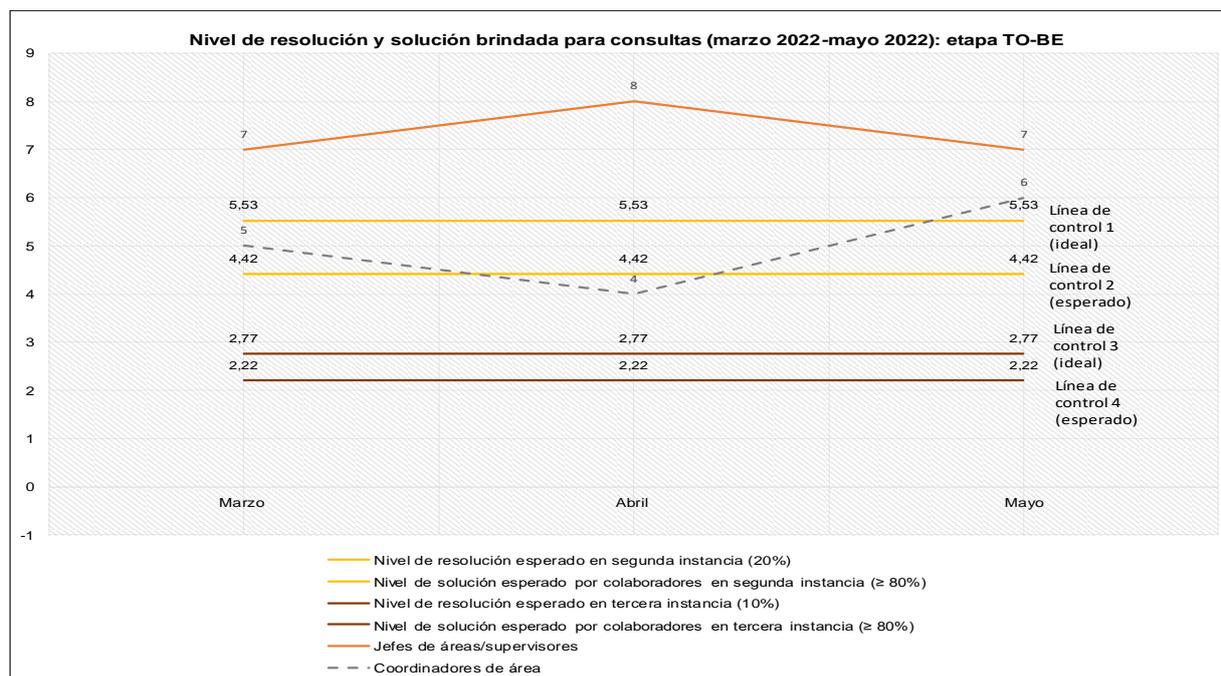


Figura 61. Nivel de resolución y solución brindada en segunda y tercera instancia (marzo 2021-mayo 2022): etapa TO-BE. Se espera que la solución de casos por parte de los jefes de área, de segunda instancia, se encuentre por encima o, como mínimo, al mismo nivel de la línea de control (2); siendo lo ideal llegar al mismo nivel o ligeramente por encima de la línea de control (1). En el caso de los coordinadores de área, de tercera instancia, se espera que se encuentren por encima o, como mínimo, al mismo nivel de la línea de control (4); siendo lo ideal llegar al mismo nivel o ligeramente por encima de la línea de control (3).

Fuente: Elaboración propia.

Para este apartado, en la etapa TO-BE, los jefes o supervisores de área mostraron una capacidad de solución del 26,50 % del total de disconformidades, y por parte de los coordinadores de área mejoraron la capacidad de solución con un 18,07 del total de disconformidades, como se muestra en la tabla 20 (etapa TO-BE: Gestión de consultas), lo cual cumple con los puntos señalados en el apartado 4.1.2 (alcance de las actividades profesionales) y 2.5 (resultados esperados).

En referencia a la capacidad de resolución del ACP, antes de que los incidentes lleguen al libro de reclamaciones (para la etapa AS-IS), se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 26.

*Capacidad de solución y resolución del ACP en cuarta instancia (enero 2021-febrero 2022): etapa AS-IS*

Meses	Número de soluciones del ACP antes de ser rellenados en libro	Reclamos rellenados en el libro de reclamaciones	Total de reclamos	Nivel de resolución esperado en cuarta instancia (8%)	Nivel de solución esperado por colaboradores en segunda instancia (≥ 60%)
Enero	10	28	38	5,65	3,39
Febrero	10	34	44	5,65	3,39
Marzo	4	30	34	5,65	3,39
Abril	7	20	27	5,65	3,39
Mayo	6	29	35	5,65	3,39
Junio	4	26	30	5,65	3,39
Julio	4	31	35	5,65	3,39
Agosto	3	12	15	5,65	3,39
Setiembre	4	24	28	5,65	3,39
Octubre	6	12	18	5,65	3,39
Noviembre	3	22	25	5,65	3,39
Diciembre	4	6	10	5,65	3,39
Enero	1	17	18	5,65	3,39
Febrero	3	10	13	5,65	3,39
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>301</b>	<b>370</b>	<b>79,10</b>	<b>47,46</b>

*Nota:* Los valores de resolución en cuarta instancia son calculados en base al 8% (línea de control 1) del total de disconformidades (tabla 7) de todos los meses comprendidos en el análisis AS-IS, fundamentados en la tabla 16. En cuanto al nivel de solución por parte de colaboradores de cuarta instancia, se considera el 60% (línea de control 2) del total de resolución esperado, fundamentados en la tabla 16. \*La consideración de cuarta instancia, para el análisis AS-IS, solo es hipotética por motivos de comparación con la implementación de estas instancias en la etapa TO-BE, sin embargo, los valores de resoluciones son reales”.

*Fuente:* Elaboración propia.

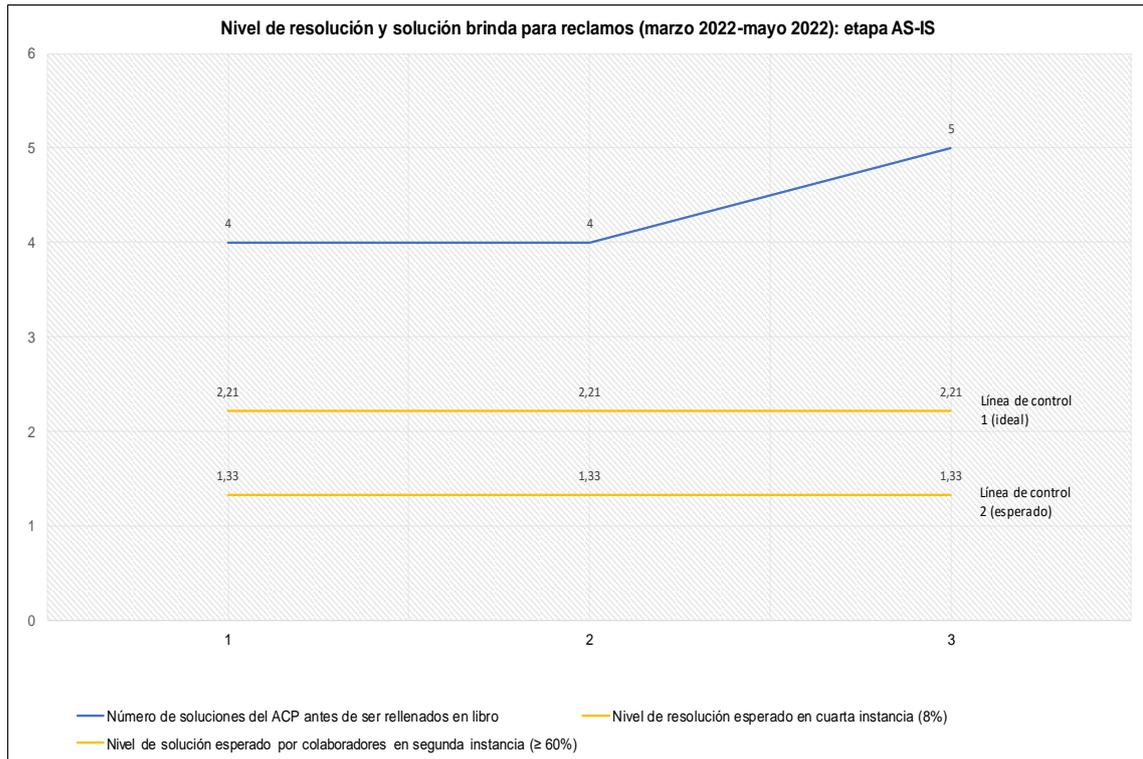


Figura 62. Nivel de resolución y solución brindada en cuarta instancia (enero 2021-febrero 2022): etapa AS-IS. Se espera que la solución de casos, antes de ser rellenados en el libro por parte del ACP (cuarta instancia), se encuentre por encima o, como mínimo, al mismo nivel de la línea de control (2); siendo lo ideal llegar al mismo nivel o ligeramente por encima de la línea de control (1).

Fuente: Elaboración propia.

En el caso de los reclamos rellenados en el libro de reclamaciones, se aprecia que es un 336,23 % mayor al número de soluciones brindado por el ACP antes de ser rellenados en el libro de reclamaciones, lo cual contraviene a los puntos establecidos en el apartado 4.1.2 (alcance de las actividades profesionales) y 2.5 (resultados esperados).

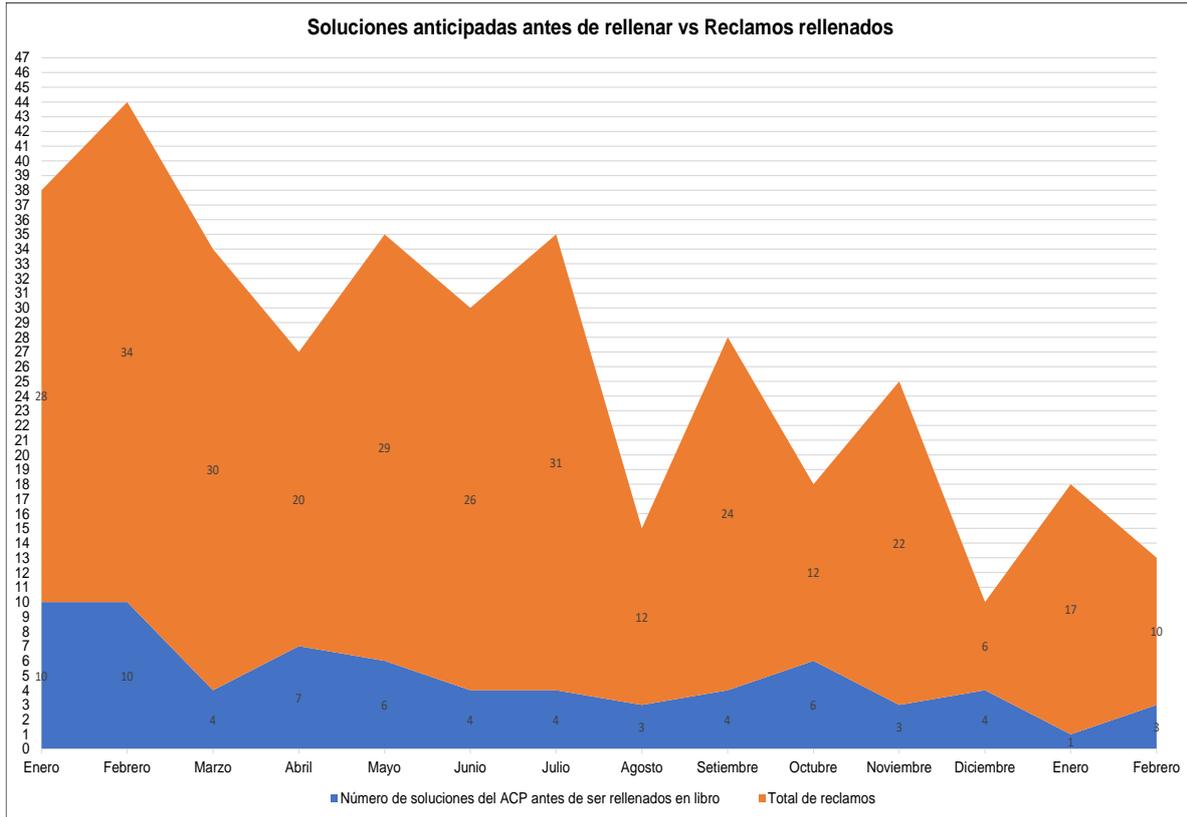


Figura 63. Soluciones del ACP antes de ser rellenados en el libro de reclamaciones vs total de reclamos: etapa AS-IS. Se espera que el número de soluciones del ACP, antes de ser rellenados en el libro de reclamaciones, sea mayor al número de reclamos rellenados en el libro.

Fuente: Elaboración propia.

En el caso del nivel de solución, se aprecia que el ACP solucionó un 6,98 %, respecto del total de disconformidades presentadas en el análisis AS-IS. Lo cual, aparentemente, cumple los puntos establecidos en el apartado 4.1.2 (alcance de las actividades profesionales). Sin embargo, referente a la resolución presentada en cuarta instancia, se aprecia que se acumularon disconformidades que no fueron solucionadas en instancias previas, por lo cual para esta instancia se tuvo un 297,84 % más de disconformidades esperadas. Cabe señalar que la acumulación de disconformidades (reclamos) se generaron por la poca capacidad de solución de los colaboradores en instancias previas.

Respecto de la mejora implementada, por el análisis TO-BE, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 27.

Capacidad de resolución del área ACP en cuarta instancia para el análisis TO-BE

Meses	Número de soluciones ACP antes de ser rellenados en libro	Reclamos rellenados en el libro de reclamaciones	Total de reclamos	Nivel de resolución esperado en cuarta instancia (8%)	Nivel de solución esperado por colaboradores en segunda instancia ( $\geq 60\%$ )
Marzo	4	2	6	2,21	1,33
Abril	4	3	7	2,21	1,33
Mayo	5	3	8	2,21	1,33
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>21</b>	<b>6,63</b>	<b>3,99</b>

Nota: Los valores de solución en cuarta instancia son calculados en base al 8% del total de incidentes para el área del ACP entre el total de meses de análisis TO-BE.

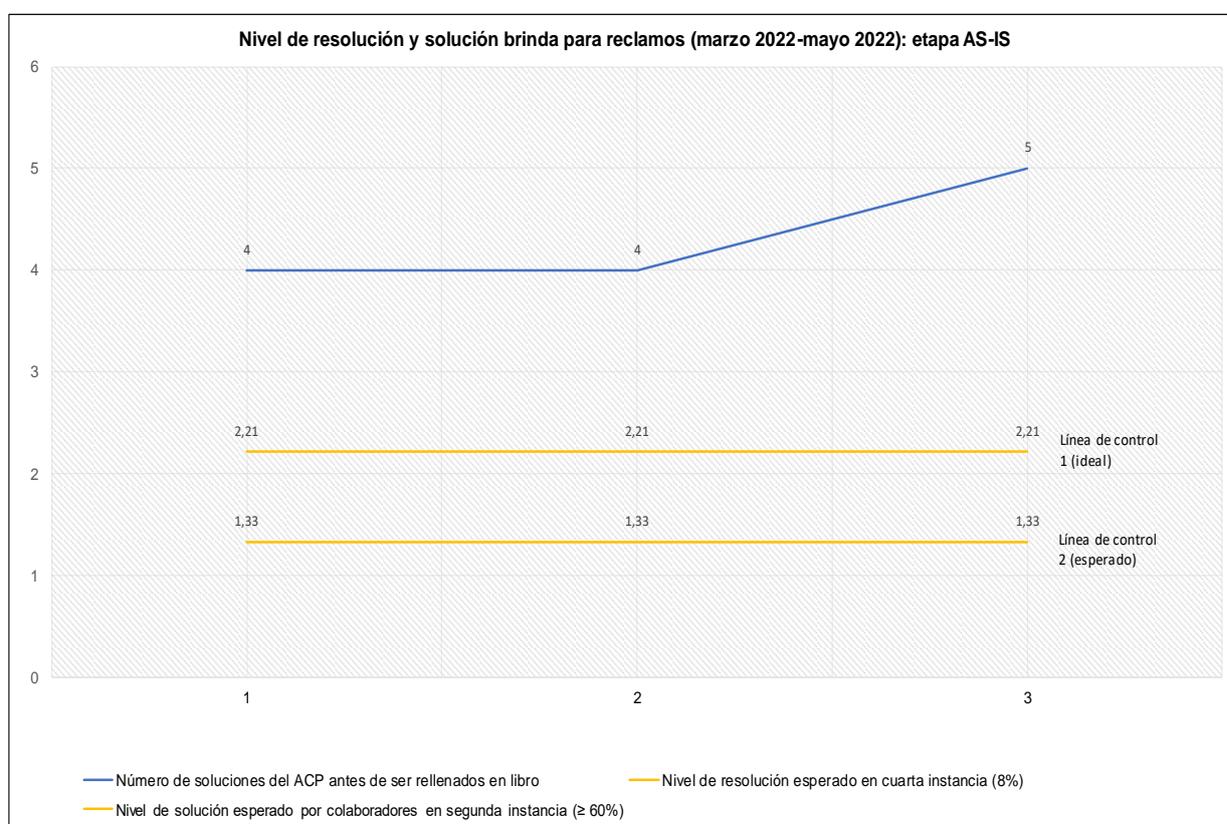


Figura 64. Nivel de resolución y solución brindada en cuarta instancia (marzo 2022-mayo 2022): etapa TO-BE. Se espera que la solución de casos, antes de ser rellenados en el libro, por parte del ACP, de cuarta instancia, se encuentre por encima o, como mínimo, al mismo nivel de la línea de control (2); siendo lo ideal llegar al mismo nivel o ligeramente por encima de la línea de control (1).

Fuente: Elaboración propia.

En el caso de las soluciones brindadas por el ACP, antes de ser rellenados en el libro de reclamaciones, se tuvo una incidencia mayor a un 38,46 % referente a los reclamos rellenados en el libro de reclamaciones, lo cual cumple con los puntos establecidos en el 2.5 (resultados esperados).

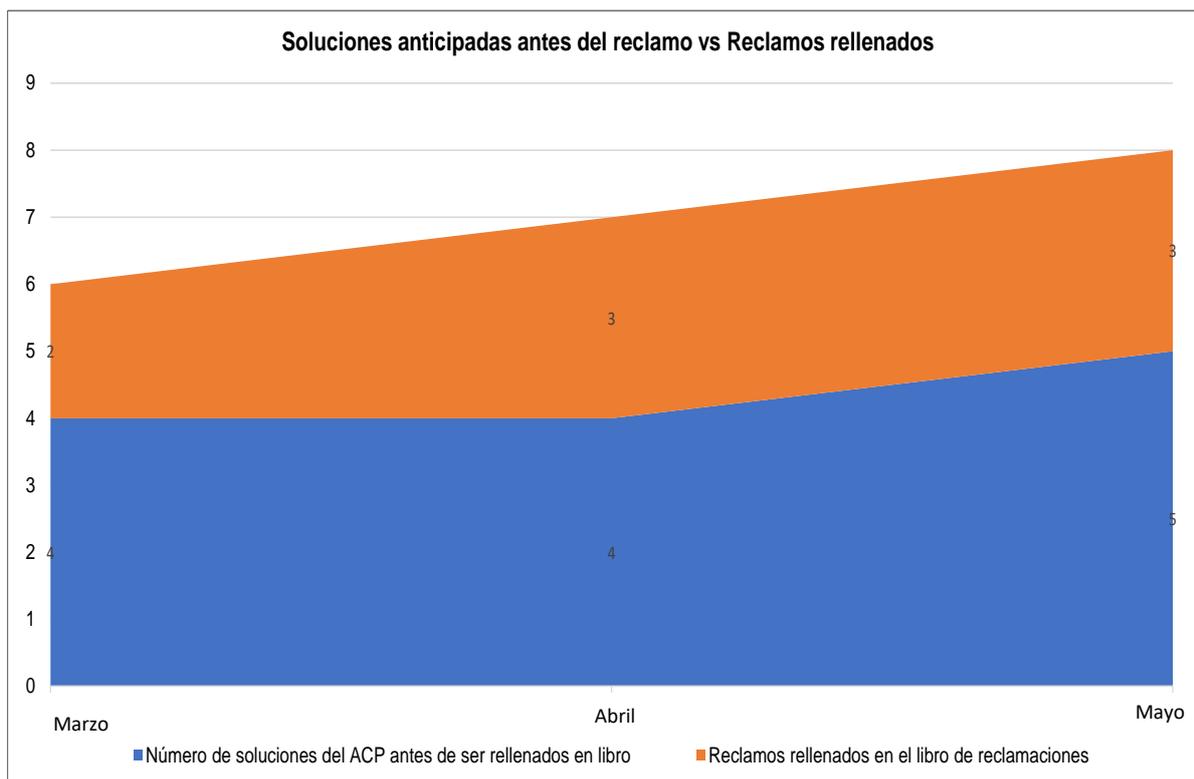


Figura 65. Soluciones del ACP antes de ser rellenos en el libro de reclamaciones vs total de reclamos: etapa TO-BE. Se espera que el número de soluciones del ACP, antes de ser rellenos en el libro de reclamaciones, sea mayor al número de reclamos rellenos en el libro.

Fuente: Elaboración propia.

En el caso del nivel de solución, se aprecia que el ACP solucionó un 15,66 %, referente a los reclamos, del total de disconformidades presentadas en el análisis TO-BE. Lo cual, aparentemente, cumple los puntos establecidos en el apartado 4.1.2 (alcance de las actividades profesionales). Sin embargo, referente a la resolución presentada en cuarta instancia, se aprecia que se acumularon disconformidades que no fueron solucionadas en instancias previas, por lo cual para esta instancia se tuvo un 166,16% más de disconformidades esperadas. Cabe señalar que la acumulación de disconformidades (reclamos) se generaron, principalmente, por la menor capacidad de resolución en primera instancia, ya que, aunque se haya mejorado referente al análisis AS-IS, no se ha cumplido con el nivel de resolución ideal en primera instancia (60% del total de disconformidades).

En cuanto a la segunda instancia y tercera instancia, si se cumplieron con los niveles de resolución esperadas.

#### 5.4.2. Descripción de la implementación

Cabe mencionar que para la etapa AS-IS no se logró medir los indicadores presentados, debido a que no se estableció medidas de control para los meses comprendidos desde enero de 2021 hasta febrero de 2022, por lo cual solo se tiene la medición de indicadores

comprendidos en el establecimiento de la etapa TO-BE para los meses de marzo, abril y mayo de 2022. A través de los indicadores de gestión, se obtuvieron los siguientes resultados:

#### a. Tiempo Medio de Resolución (TMR) de consultas

Tabla 28.

*Tiempo medio de resolución de consultas para el mes de marzo*

Marzo							
N.º de consulta	Instancia	H0	Hf	(Hf-H0) *60 (minutos)	Minutos de control primera instancia	Minutos de control segunda instancia	Minutos de control tercera instancia
1	Primera	11,24	11,35	7	14	25,5	48
2	Primera	14,27	14,36	5	14	25,5	48
3	Primera	14,25	14,34	5	14	25,5	48
4	Primera	17,42	17,52	6	14	25,5	48
5	Primera	16,24	16,32	5	14	25,5	48
6	Primera	14,23	14,42	11	14	25,5	48
7	Primera	15,54	15,8	16	14	25,5	48
8	Segunda	8,25	8,49	14	14	25,5	48
9	Segunda	17,23	17,52	17	14	25,5	48
10	Segunda	9,42	9,56	8	14	25,5	48
11	Segunda	12,35	12,48	8	14	25,5	48
12	Segunda	8,21	8,58	22	14	25,5	48
13	Segunda	11,24	11,54	18	14	25,5	48
14	Segunda	12,35	12,55	12	14	25,5	48
15	Tercera	16,51	17,12	37	14	25,5	48
16	Tercera	15,53	16,24	43	14	25,5	48
17	Tercera	13,52	14,15	38	14	25,5	48
18	Tercera	12,55	13,25	42	14	25,5	48
19	Tercera	10,58	11,35	46	14	25,5	48

*Nota:* El TMR es calculado con base a la tabla 18. Los tiempos de control para la primera, segunda y tercera instancia fueron tomados del análisis DAP (Figura 49).

*Fuente:* Elaboración propia.

\*Se calcula un TMR aproximado de 8 minutos de atención de consultas hasta primera instancia.

\*Se calcula un TMR aproximado de 14 minutos de atención de consultas hasta segunda instancia.

\*Se calcula un TMR aproximado de 41 minutos de atención de consultas hasta tercera instancia.

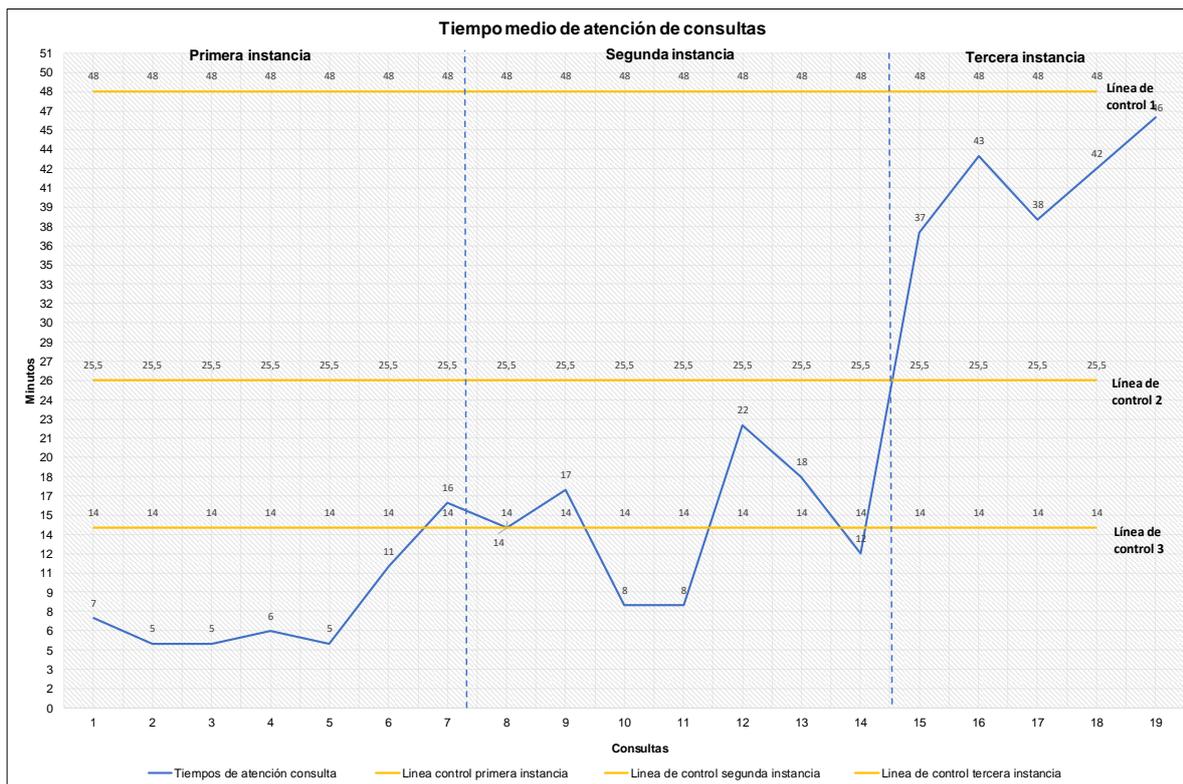


Figura 66. Tiempo medio de atención de consultas para marzo 2022. Se espera que los tiempos de atención de consultas de primera instancia se encuentren por debajo de la línea de control (3), de segunda instancia por debajo de la línea de control (2) y la tercera instancia por debajo de la línea de control (1).

Fuente: Elaboración propia.

Se aprecia que, para las tres instancias, se tuvo un Tiempo Medio de Resolución menor a los tiempos esperadas. Para la primera instancia se contó con un 42,85 % menos de tiempo del total de minutos de control de primera instancia, para segunda instancia un 45,10 % menos de tiempo del total de minutos de control de segunda instancia y para tercera instancia un 14,58 % menos de tiempo del total de minutos de control de tercera instancia.

Tabla 29.

Tiempo medio de resolución de consultas para el mes de abril

Abril							
N.º de consulta	Instancia	H0	Hf	(Hf-H0) *60 (minutos)	Minutos de control primera instancia	Minutos de control segunda instancia	Minutos de control tercera instancia
1	Primera	15,24	15,42	11	14	25,5	48
2	Primera	13,24	13,38	8	14	25,5	48
3	Primera	18,23	18,38	9	14	25,5	48
4	Primera	11,44	11,56	7	14	25,5	48
5	Primera	12,35	12,63	17	14	25,5	48
6	Primera	15,35	15,62	16	14	25,5	48
7	Primera	18,38	18,55	10	14	25,5	48
8	Primera	15,24	15,42	11	14	25,5	48
9	Primera	12,25	12,39	8	14	25,5	48
10	Segunda	8,24	8,62	23	14	25,5	48
11	Segunda	14,36	14,72	22	14	25,5	48
12	Segunda	18,35	18,61	16	14	25,5	48
13	Segunda	8,25	8,59	20	14	25,5	48
14	Segunda	14,15	14,41	16	14	25,5	48
15	Segunda	10,36	10,78	25	14	25,5	48
16	Segunda	14,25	14,55	18	14	25,5	48
17	Segunda	7,5	7,79	17	14	25,5	48
18	Tercera	13,56	14,12	34	14	25,5	48
19	Tercera	17,52	18,00	29	14	25,5	48
20	Tercera	18,56	18,98	25	14	25,5	48
21	Tercera	8,45	9,15	42	14	25,5	48

Nota. El TMR es calculado con base a la tabla 18. Los tiempos de control para la primera, segunda y tercera instancia fueron tomados del análisis DAP (Figura 49).

Fuente: Elaboración propia.

\*Se calcula un TMR aproximado de 11 minutos de atención de consultas hasta primera instancia.

\*Se calcula un TMR aproximado de 19 minutos de atención de consultas hasta segunda instancia.

\*Se calcula un TMR aproximado de 32 minutos de atención de consultas hasta tercera instancia.

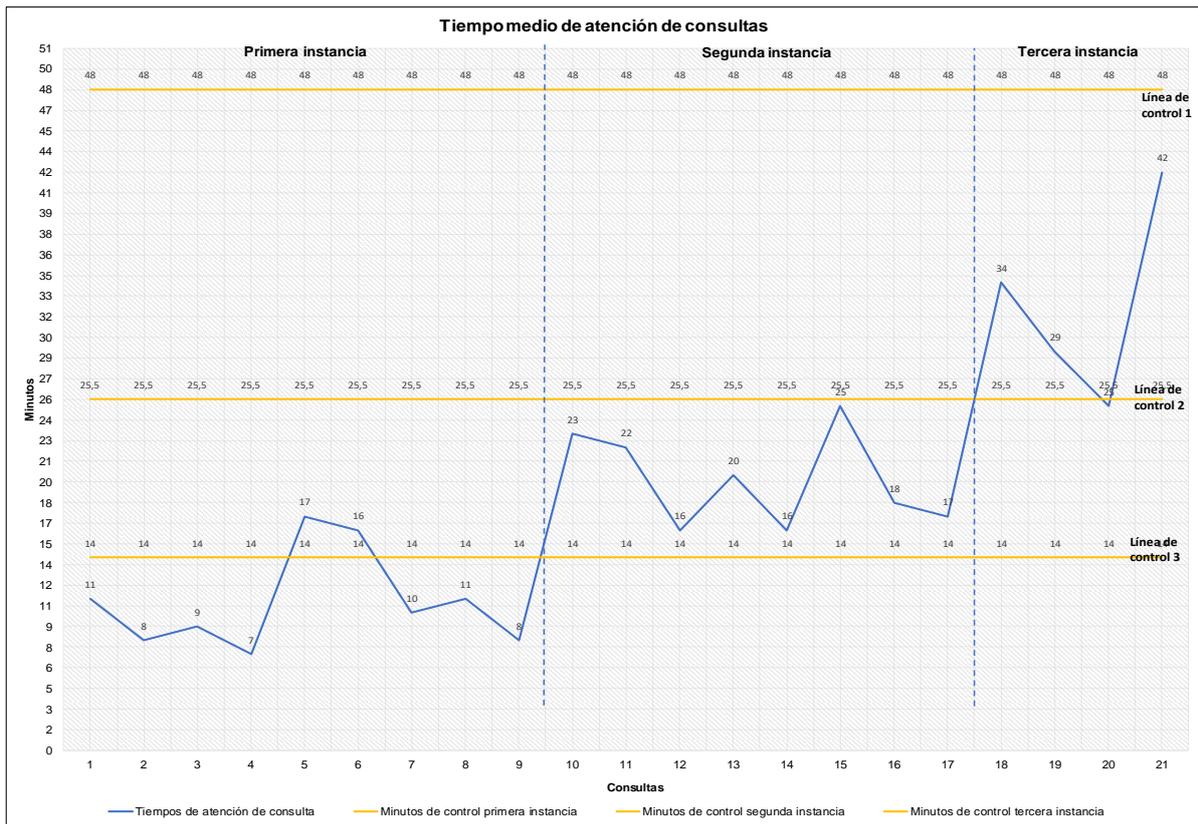


Figura 67. Tiempo medio de atención de consultas para abril 2022. Se espera que los tiempos de atención de consultas de primera instancia se encuentren por debajo de la línea de control (3), de segunda instancia por debajo de la línea de control (2) y la tercera instancia por debajo de la línea de control (1).

Fuente: Elaboración propia.

Se aprecia que, para las tres instancias, se tuvo un Tiempo Medio de Resolución menor a los tiempos esperados. Para la primera instancia se contó con un 21,42 % menos de tiempo del total de minutos de control de primera instancia, para segunda instancia un 25,49 % menos de tiempo del total de minutos de control de segunda instancia y para tercera instancia un 33,33 % menos de tiempo del total de minutos de control de tercera instancia.

Tabla 30.

*Tiempo medio de resolución de consultas para el mes de mayo*

<b>Mayo</b>							
<b>N.º de consulta</b>	<b>Instancia</b>	<b>H0</b>	<b>Hf</b>	<b>(Hf-H0) *60 (minutos)</b>	<b>Minutos de control primera instancia</b>	<b>Minutos de control segunda instancia</b>	<b>Minutos de control tercera instancia</b>
1	Primera	18,52	18,68	10	14	25,5	48
2	Primera	14,36	14,58	13	14	25,5	48
3	Primera	15,27	15,48	13	14	25,5	48
4	Primera	9,35	9,52	10	14	25,5	48
5	Primera	14,26	14,4	8	14	25,5	48
6	Primera	18,52	18,61	5	14	25,5	48
7	Primera	14,27	14,47	12	14	25,5	48
8	Primera	8,36	8,54	11	14	25,5	48
9	Primera	13,48	13,65	10	14	25,5	48
10	Segunda	13,48	13,59	19	14	25,5	48
11	Segunda	15,32	15,45	20	14	25,5	48
12	Segunda	12,24	12,35	23	14	25,5	48
13	Segunda	11,25	11,38	20	14	25,5	48
14	Segunda	10,32	10,45	15	14	25,5	48
15	Segunda	13,24	13,36	19	14	25,5	48
16	Segunda	15,32	15,45	13	14	25,5	48
17	Tercera	11,56	12,32	46	14	25,5	48
18	Tercera	17,54	18,21	40	14	25,5	48
19	Tercera	10,35	10,81	28	14	25,5	48
20	Tercera	12,52	13,08	34	14	25,5	48
21	Tercera	16,32	16,74	25	14	25,5	48
22	Tercera	10,57	11,21	38	14	25,5	48

*Nota:* El TMR es calculado con base a la tabla 18. Los tiempos de control para la primera, segunda y tercera instancia fueron tomados del análisis DAP (Figura 49).

Fuente: Elaboración propia.

\*Se calcula un TMR aproximado de 10 minutos de atención de consultas hasta primera instancia.

\*Se calcula un TMR aproximado de 18 minutos de atención de consultas hasta segunda instancia.

\*Se calcula un TMR aproximado de 35 minutos de atención de consultas hasta tercera instancia

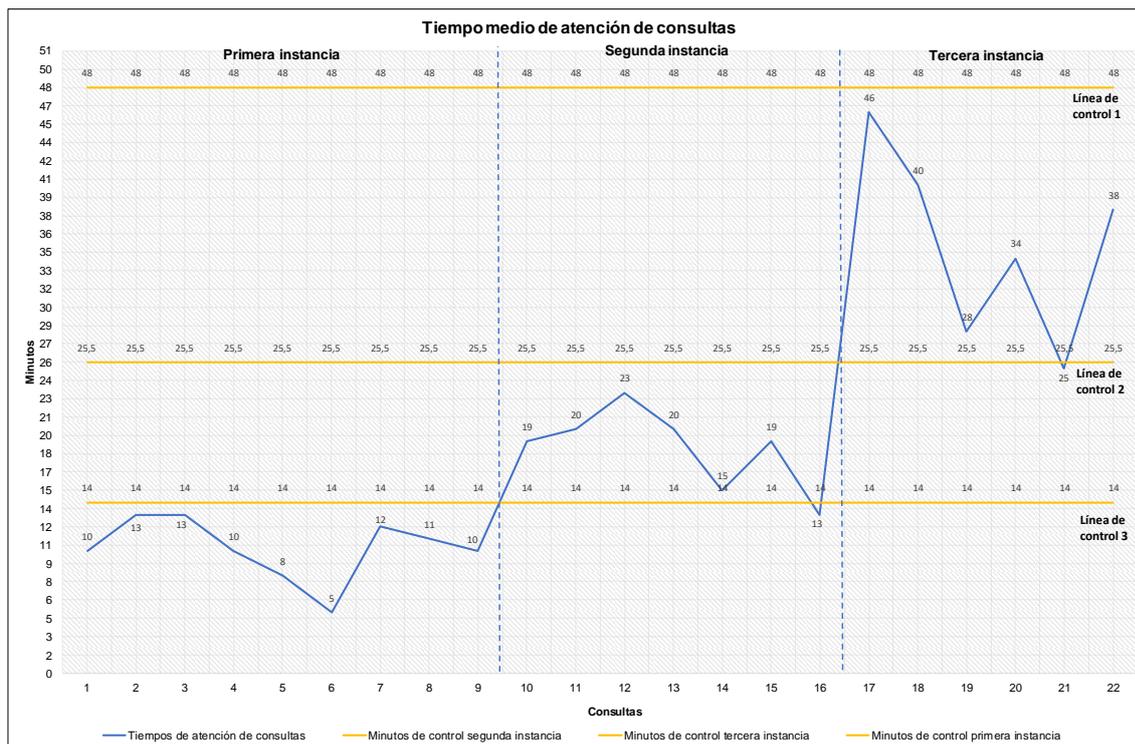


Figura 68. Tiempo medio de atención de consultas para mayo 2022. Se espera que los tiempos de atención de consultas de primera instancia se encuentren por debajo de la línea de control (3), de segunda instancia por debajo de la línea de control (2) y la tercera instancia por debajo de la línea de control (1).

Fuente: Elaboración propia.

Se aprecia que, para las tres instancias, se tuvo un Tiempo Medio de Resolución menor a los tiempos esperados. Para la primera instancia se contó con un 28,57 % menos de tiempo del total de minutos de control de primera instancia, para segunda instancia un 29,41 % menos de tiempo del total de minutos de control de segunda instancia y para tercera instancia un 27,08 % menos de tiempo del total de minutos de control de tercera instancia.

### b. Tiempo Medio de Resolución (TMR) de reclamos

Tabla 31.

Tiempo medio de resolución de reclamos para el mes de marzo

$F_0$	$F_f$	Tiempos de atención reclamo (días)	Tiempo de control para respuesta media esperada (días)
2/03/2022	14/03/2022	12	8,37
8/03/2022	15/03/2022	7	8,37

Nota: El TMR es calculado con base a la tabla 18. Los tiempos de control para la primera, segunda y tercera instancia fueron tomados del análisis DAP (Figura 50). Fuente: Elaboración propia.

\*Se calcula un TMR de 9,5 días de atención de reclamos.

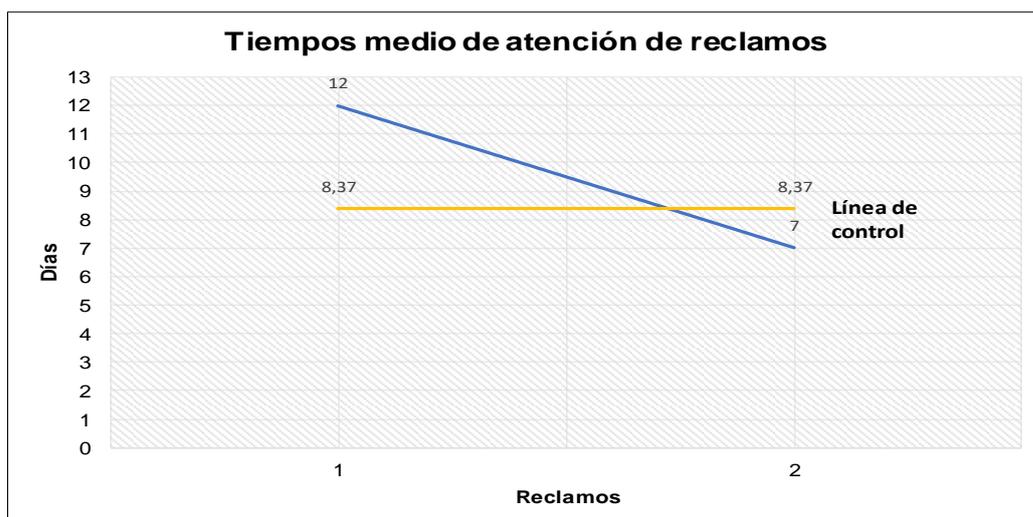


Figura 69. Tiempo medio de atención de reclamos para marzo 2022. Se espera que los tiempos de atención de reclamos se encuentren por debajo de la línea de control.

Fuente: Elaboración propia.

Se aprecia que, para la cuarta instancia, se tuvo un Tiempo Medio de Resolución superior al tiempo esperado en un 13,50% del Tiempo de control para respuesta media esperada (días).

Tabla 32.

Tiempo medio de resolución de reclamos para el mes de abril

F <sub>0</sub>	F <sub>f</sub>	Tiempos de atención reclamo (días)	Tiempo de respuesta media esperada (días)
15/04/2022	24/04/2022	9	8,37
18/04/2022	1/05/2022	13	8,37
19/04/2022	29/04/2022	10	8,37

Nota: El TMR es calculado con base a la tabla 18. Los tiempos de control para la primera, segunda y tercera instancia fueron tomados del análisis DAP (Figura 50).

Fuente: Elaboración propia.

\*Se calcula un TMR de 10,67 días de atención de reclamos.

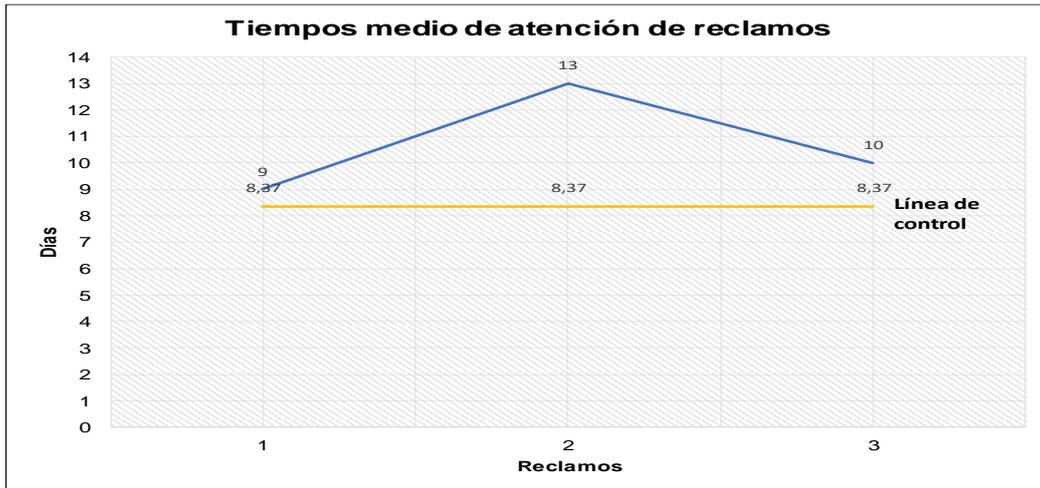


Figura 70. Tiempo medio de atención de reclamos para abril 2022. Se espera que el tiempo de atención de reclamos este por debajo de las líneas de control establecida por instancia de solución.

Fuente: Elaboración propia.

Se aprecia que, para la cuarta instancia, se tuvo un Tiempo Medio de Resolución superior al tiempo esperado en un 27,48 % del Tiempo de controla para respuesta media esperada (días).

Tabla 33.

Tiempo medio de resolución de reclamos para el mes de mayo

$F_0$	$F_f$	Tiempos de atención reclamo (días)	Tiempo de respuesta media esperada (días)
12/05/2022	24/05/2022	12	8,37
16/05/2022	26/05/2022	10	8,37
17/05/2022	24/05/2022	7	8,37

Nota: El TMR es calculado con base a la tabla 18. Los tiempos de control para la primera, segunda y tercera instancia fueron tomados del análisis DAP (Figura 50).

Fuente: Elaboración propia.

\*Se calcula un TMR de 9,67 días de atención de reclamos.

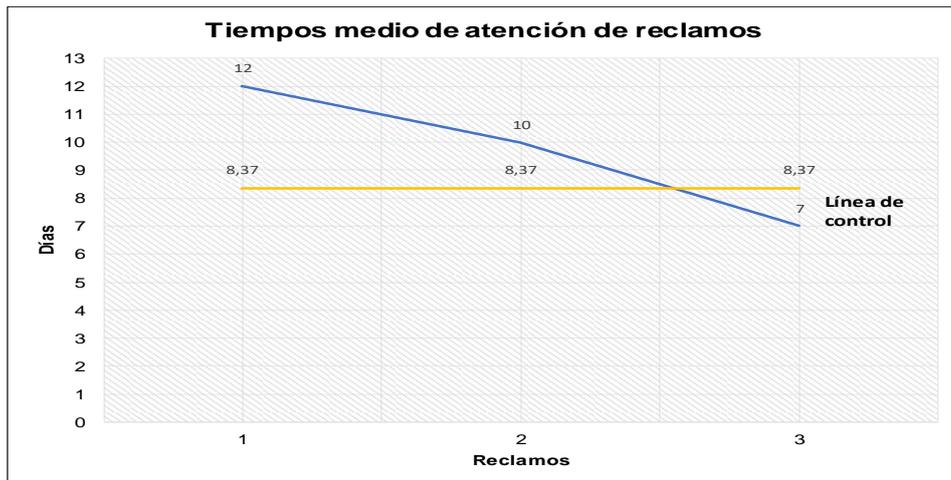


Figura 71. Tiempo medio de atención de reclamos para mayo 2022. Se espera que el tiempo de atención de reclamos este por debajo de las líneas de control establecida por instancia de solución.

Fuente: Elaboración propia.

Se aprecia que, para la cuarta instancia, se tuvo un Tiempo Medio de Resolución superior al tiempo esperado en un 15,53 % del tiempo de control para la respuesta media esperada (días).

### c. Tiempo Medio de Resolución (TMR) de denuncias

No se cuenta con resoluciones de denuncias comprendidas para la etapa de análisis

### d. Resolución al Primer Contacto (RPC)

Tabla 34.

Resolución al primer contacto marzo, abril y mayo

Meses	Número de			
	disconformidades resueltas hasta cuarta instancia	Número de disconformidades	Número de Reclamos	Número de denuncias
Marzo	23	25	2	0
Abril	25	28	3	0
Mayo	27	30	3	0
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>83</b>	<b>8</b>	<b>0</b>

Nota: El cálculo del RPC está fundamentado en la tabla 18.

Fuente: Elaboración propia.

\*Se calcula un RPC de 90,36 %.

Se aprecia que del total de disconformidades presentadas durante los meses de marzo, abril y mayo se tuvo una resolución de disconformidades, en primer contacto, del 90,36 % antes de que pasara a ser un reclamo rellenado en el libro de reclamaciones o pase a ser una denuncia a la institución como se muestra en la figura 30 y figura 31 respectivamente.

#### e. Tasa de Retención de Clientes (TRC)

Tabla 35.

*Tasa de retención de clientes marzo, abril y mayo*

Meses	Número de atenciones post disconformidad	Número de atenciones pre disconformidad
Marzo	24,12	25,71
Abril	25,42	27,14
Mayo	27,54	30,00
<b>Total</b>	<b>77,82</b>	<b>82,85</b>

*Nota:* El TRC es calculado con base a la tabla 18.

*Fuente:* Elaboración propia.

\*Se calcula un TRC de 93.93 %.

Se aprecia que después de solucionar las disconformidades presentadas durante los meses de marzo, abril y mayo se tuvo una tasa de retención de clientes del 93,10 %, siendo solo un 6,90 % el total de clientes que no volvieron a tomar los servicios de la clínica.

#### f. Indicador de Satisfacción del Cliente (ISC)

Tabla 36.

*Satisfacción de clientes marzo, abril y mayo*

Meses	%Promotores	%Detractores
Marzo	75,62	24,38
Abril	56,23	43,77
Mayo	62,35	37,65
<b>Promedio Total</b>	<b>64,73</b>	<b>35,27</b>

*Nota:* El ISC es calculado con base a la tabla 18.

*Fuente:* Elaboración propia.

\*Se calcula un ISC de 29,46 %.

Se aprecia que después de solucionar las disconformidades presentadas durante los meses de marzo, abril y mayo se tuvo una satisfacción de los clientes del 29,46 % por encima de los detractores, siendo, más del 60 %, promotores de los servicios de la clínica.

## 5.5. Análisis

El análisis de Pareto para las causas más frecuentes analizadas en los periodos de enero 2021 a febrero 2022 los resultados se muestran en la tabla 37.

Tabla 37.

*Análisis de Pareto para disconformidades presentadas con mayor frecuencia: etapa AS-IS*

Tipos de incidentes presentados a la IPRESS (enero 2021-febrero2022)					
Ítem	Problema	Frecuencia	Porcentaje Acumulado	Acumulado	Línea de control 80-20
1	12. Disconformidad con el trato recibido. 12.4. Descortesía en el personal médico.	108	10,93%	108	80%
2	12. Disconformidad con el trato recibido. 12.5. Descortesía del personal no médico.	79	18,93%	187	80%
3	10. Disconformidad con los cobros por la atención. 10.6. Otros relacionados con los cobros por la atención.	75	26,52%	262	80%
4	10. Disconformidad con los cobros de atención. 10.1. Relativos a Copagos fijo (deducible) y variable (coaseguro).	73	33,91%	335	80%
5	4. Deficiencia en la información, brindada en la entidad vinculada. 4.1. Por plataforma de atención de entidad vinculada.	71	41,09%	406	80%
6	4. Deficiencia en la información brindada en la entidad vinculada. 4.2. Por otras instancias de la entidad vinculada.	68	47,98%	474	80%
7	14. Calidad de la atención de salud. 14.8. Relacionados con el examen y procedimiento auxiliar.	65	54,55%	539	80%
8	10. Disconformidad con los cobros de atención. 10.5. Cobros de emergencia.	64	61,03%	603	80%
9	2. Demora en la entrega de formatos de la entidad vinculada. 2.3. Demora en la entrega de otros formatos.	57	66,80%	660	80%

10	6. Dificultad al acceso de servicios de atención al usuario. Demora en la atención al afiliado en la entidad vinculada.	6.1.	54	72,27%	714	80%
11	6. Dificultad al acceso de servicios de atención al usuario. Demora en la atención del afiliado en el Call Center.	6.3.	51	77,43%	765	80%
12	2. Demora en la entrega de formatos de la entidad vinculada. De solicitud de beneficios.	2.1.	48	82,29%	813	80%
13	7. Disconformidad con la carta de garantía. 7.6. Otros relacionados con disconformidad de carta de garantía.		46	86,94%	859	80%
14	6. Dificultad de acceso de servicio de atención al usuario. 6.11. Cambio de médico tratante sin consentimiento expreso del afiliado.		45	91,50%	904	80%
15	14. Calidad de atención de salud. 14.7. Relacionados con la hospitalización.		43	95,85%	947	80%
16	15. Deficiencia en el orden y limpieza de la entidad vinculado. Ambientes.	15.2.	41	100,00%	988	80%

*Nota:* Las disconformidades son consideradas en función de la tabla de causas de reclamos según SUSALUD (anexo 5). Fuente: Elaboración propia.

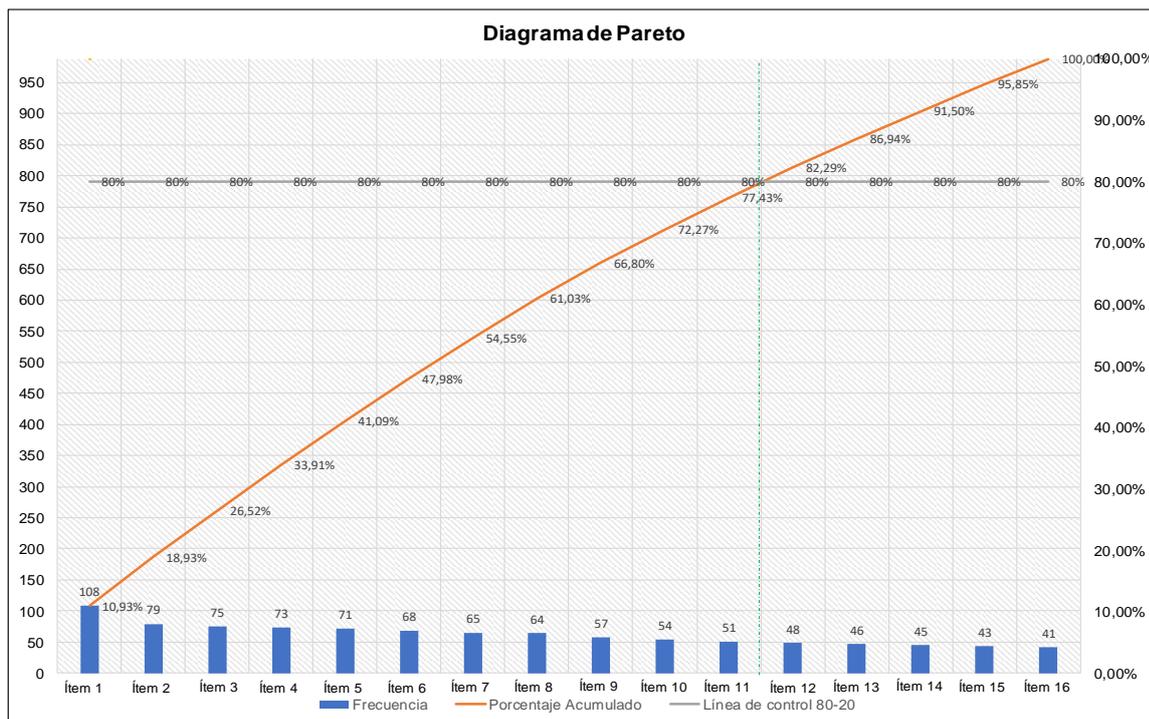


Figura 72. Diagrama de análisis de Pareto para los periodos enero 2021-febrero 2022. Las disconformidades consideradas dentro del 80 % de los problemas están comprendidas desde el ítem 1 al 11.

Fuente: Elaboración Propia.

Se considera que el 68,75 % de las causas están generando el 77,43 % de los problemas de la clínica, esto se debe entender debido a que, al ser un servicio de salud, existen muchas más posibilidades de causas de disconformidades.

Referente al análisis de Pareto para las causas más frecuentes, analizadas en los periodos de marzo 2022 a mayo 2022, los resultados se muestran en la tabla 38.

Tabla 38.

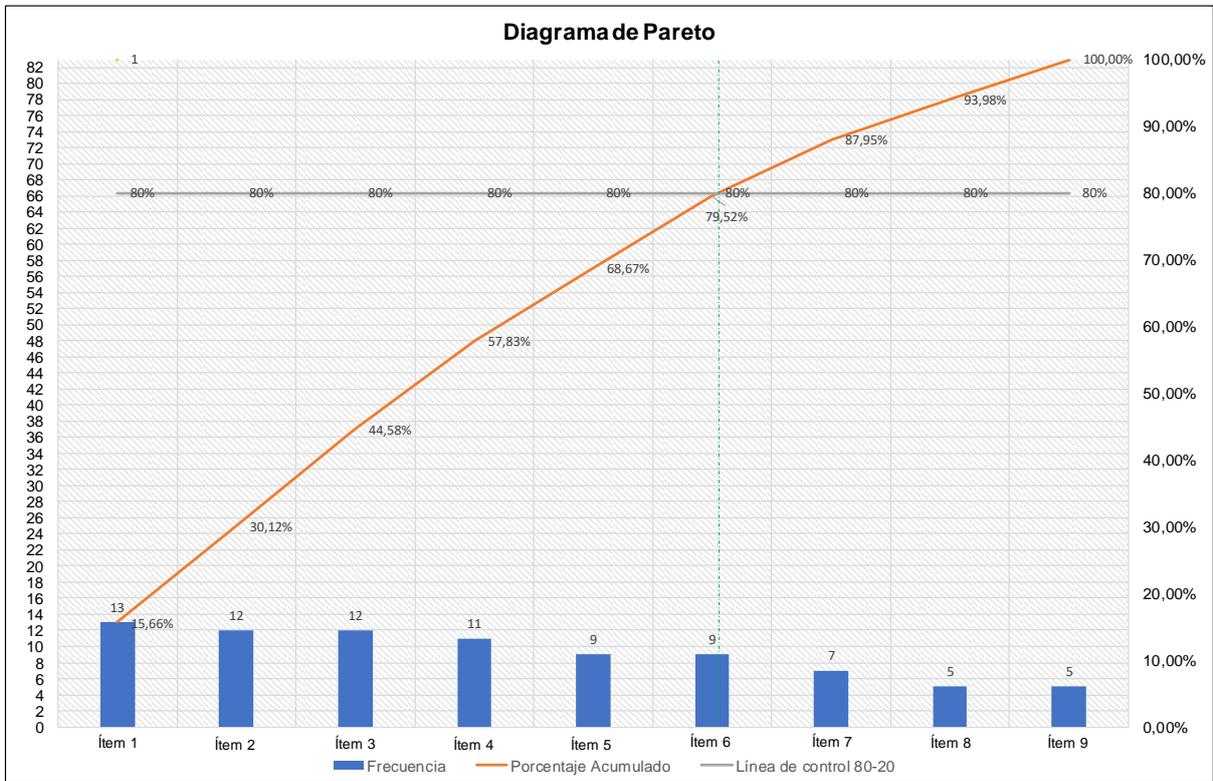
*Análisis de Pareto para incidentes presentados con mayor frecuencia TO-BE*

<b>Tipos de incidentes presentados a la IPRESS (marzo 2022-mayo2022)</b>					
<b>Ítem</b>	<b>Problema</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>	<b>Acumulado</b>	<b>Línea de control 80-20</b>
1	6. Dificultad de acceso a los servicios de atención al usuario. 6.1. Demora de atención al afiliado en la entidad vinculada.	13	15,66%	13	80%
2	14. Calidad de atención. 14.9. Relacionado con la información al paciente por el médico.	12	30,12%	25	80%
3	6. Dificultad al acceso de servicios de atención al usuario. 6.3. Demora en la atención del afiliado en el Call Center.	12	44,58%	37	80%
4	17. No conformidad con el suministro de medicamentos o insumos en la entidad vinculada. 17.3. No conformidad con el medicamento indicado.	11	57,83%	48	80%
5	6. Dificultad de acceso de servicio de atención al usuario. 6.11. Cambio de médico tratante sin consentimiento expreso del afiliado.	9	68,67%	57	80%
6	14. Calidad de atención de salud. 14.8. Relacionados con el examen y procedimiento auxiliar.	9	79,52%	66	80%
7	4. Deficiencia en la información brindada por la entidad vinculada. 4.1. Por las plataformas vinculadas de la entidad asociada.	7	87,95%	73	80%
8	12. Disconformidad con el trato recibido. 12.4. Descortesía del personal médico.	5	93,98%	78	80%

16. Relativos a la infraestructura y					
9	equipamiento.	5	100,00%	83	80%
16.2. Equipamiento.					

*Nota:* Las disconformidades son consideradas en función de la tabla de causas de reclamos según SUSALUD (anexo 5).

*Fuente:* Elaboración propia.



*Figura 73.* Diagrama de análisis de Pareto para los periodos marzo 2022-mayo 2022. Las disconformidades consideradas dentro del 80 % de los problemas están comprendidas desde el ítem 1 al 11.

*Fuente:* Elaboración propia.

Se considera que el 66,67 % de las causas están generando el 79,52 % de los problemas de la clínica, esto se debe entender debido a que, al ser un servicio de salud, existen muchas más posibilidades de causas de disconformidades.

Se puede apreciar el análisis de causa raíz para las disconformidades analizadas en la etapa AS-IS en la tabla 39, y las causas para la etapa TO-BE se reflejan en la tabla 40.

Tabla 39.

*Análisis de causa raíz para incidentes encontrados en análisis de Pareto: etapa AS-IS*

ÍTEMES ANALIZADOS EN EL DIAGRAMA DE PARETO PARA LOS PERIODOS DE ENERO 2021-FEBRERO 2022											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>Motivo Causa 1</b>	No se está generando un buen clima laboral en áreas asistenciales	No se está generando un buen clima laboral en áreas administrativas	No se está transmitiendo el valor de atención reflejado en los cobros por los servicios	Posible error en los cálculos de cobro en referencia a los copagos	Falta de conocimiento sobre información importante del proceso de atención de coberturas para el plan de salud	No se controla adecuadamente la información brindada por otras instancias de la clínica	Posibles errores en los procedimientos de exámenes auxiliares del área de diagnóstico por imágenes	Error en los cobros de atención por parte del área de atención de emergencia	Falta de organización en el lugar de trabajo	Posibles retrasos en los horarios de atención por parte de los médicos	Falta de personal para atención de Call Center
<b>Motivo causa 2</b>	Los antiguos colaboradores o jefes de área, no están orientando a los nuevos colaboradores en procesos asistenciales	Los antiguos colaboradores, jefes o coordinadores de área no están orientando a los nuevos colaboradores en los procesos administrativos	Algunos consultorios no están realizando una atención con la prontitud y calidad debida y están transmitiendo conformidad en los pagos por los pacientes	Falla del sistema en las tasas deducibles	Falta de capacitación a personal sobre todas las coberturas disponibles a los pacientes	El personal responsable de otras instancias de la clínica no recibió la capacitación adecuada de las coberturas disponibles a los pacientes	Errores en las entregas de los informes de los exámenes auxiliares	El personal asistencial no está colocando adecuadamente los detalles de la atención por emergencia	Jefe de área no organiza bien las entregas de resultados	No se controla adecuadamente la hora de las citas programadas de los médicos	Falta de espacio para más módulos de atención
<b>Motivo Causa 3</b>	El área no se está organizando bien, por ello existe sobrecarga de trabajo	No se está fomentando el compañerismo por disputa de intereses	Se está priorizando la atención rápida de pacientes para tener más atenciones por día y los pacientes pueden tener la percepción de pagar de más por el tiempo de atención brindada	Descontentación del personal al momento de efectuar los cobros a asegurados	Coordinadores o jefes de área no orientan bien al personal, referente al uso de plataformas para información de los pacientes	Desconocimiento de las plataformas para brindar información adecuada al paciente	Posibles errores en las máquinas de diagnóstico por imágenes	El personal no está explicando adecuadamente las tarifas de la atención por emergencia	Personal está realizando muy lento la emisión de formatos correspondientes	Se está programando las citas en horarios equivocados	Personal se demora más del tiempo previsto para atención de Call Center

*Nota:* Los números de ítems, para esta fase, corresponden a los ítems analizados en el diagrama de Pareto, correspondiente al análisis AS-IS.

*Fuente:* Elaboración propia.

Tabla 40.

*Análisis de causa raíz para incidentes encontrados en análisis de Pareto: etapa TO-BE*

ÍTEMS ANALIZADOS EN EL DIAGRAMA DE PARETO PARA LOS PERIODOS DE MARZO 2022-MAYO 2022						
Motivos	1	2	3	4	5	6
<b>Motivo Causa 1</b>	Consultorios priorizan la atención de pacientes particulares sobre los afiliados	Posible dificultad de algunos médicos para explicar adecuadamente la información necesaria a sus pacientes	Falta de capacitación específica a personal nuevo	Pacientes no asegurados están teniendo una percepción de precios más elevados (de ciertos medicamentos) referente a pacientes asegurados	Falta de información adecuada para conocimiento de los medicamentos cubiertos por parte de la aseguradora	No se están ejecutando adecuadamente ciertos procesos para toma de exámenes auxiliares en laboratorio
<b>Motivo causa 2</b>	Demora en la respuesta de la aseguradora para activación del coaseguro	Médicos están atendiendo de manera más apresurada a los pacientes	Posible falta de compañerismo por parte de otros trabajadores	Proveedores elevaron los precios de ciertos medicamentos	Los proveedores locales no cuentan con ciertos medicamentos especializados	Posible falla de algunos exámenes por error de algunos equipos clínicos
<b>Motivo Causa 3</b>	Los pacientes no traen documentación completa para que sean atendidos en el tiempo previsto	Falta de personal asistencial para apoyar a los médicos en el llenado del historial médico	No se cuenta con cierta información al momento para brindar información por Call Center	Aumento de precios de ciertos medicamentos debido a la escasez (de algunos de ellos) por parte de proveedores locales	Posibles dificultades con la aseguradora para la dispensa de ciertos medicamentos	El personal nuevo no se adapta adecuadamente a los nuevos equipos de toma de imágenes auxiliares

*Nota:* Los números de ítems, para esta fase, corresponden a los ítems analizados en el diagrama de Pareto, correspondiente al análisis TO-BE.

*Fuente:* Elaboración propia.

### 5.6. Aporte del bachiller en la empresa y/o institución

El aporte generado a la institución se refleja en la mejora de procesos de las áreas asignadas según la metodología de trabajo prevista. Logrando cumplir con las tareas asignadas en un 90 %, quedando solamente algunas áreas que no se llegaron a evaluar hasta la etapa final de la implementación. Referente al Área de Calidad y Procesos, se trabajó bajo un enfoque de estandarización, ordenando el área en función del requerimiento de la metodología y resultados esperados por ambas gerencias. Así mismo, se trabajó con registros de control documentario, lista maestra de documentos, registro de control y avance de actividades y otros softwares que permitieron tener un seguimiento, control y análisis del proyecto de manera más profunda y eficiente, mientras se realizaban las funciones intrínsecas al área. Por medio del levantamiento de procesos del Área de Calidad y Procesos se establecieron los parámetros ideales de trabajo, el equipo requerido y los recursos a utilizar, todo en referencia del análisis realizado por parte del autor del presente trabajo, bajo la supervisión del asesor externo y aprobación de la Gerencia General y Gerencia de Salud.

## CONCLUSIONES

Las metodologías *BPM* y *PHVA* permitieron realizar un análisis profundo de la eficiencia de la gestión realizada para la atención de consultas, reclamos y denuncias, llegando a las siguientes conclusiones:

1. No se contaba con la normativa vigente que regule la atención de este procedimiento, por lo cual se corría el riesgo de no atender las disconformidades en función de los parámetros normativos exigidos por su SUSALUD. Para lo cual, a través de la ficha técnica de procedimientos se establecieron las normativas legales y los requerimientos técnicos exigidos para este apartado.
2. Se determinó que, en la gestión de quejas, no se consideraba un nivel de atención centrada en la capacidad de resolución esperada. En esta etapa, se consideró de gran importancia que, casi el total de disconformidades (el 90 %) debe ser solucionado hasta la tercera instancia, para que no pase como una reclamación o denuncia. Para este fin, en la etapa TO-BE se determinó que el proceso de consulta debía contar con un nivel mayor de capacidad resolutive por parte de los colaboradores administrativos, jefes de área y coordinadores de áreas. Se evaluó que, después de la implementación de la metodología, se pasó de un nivel de solución del 14,07 % (de los colaboradores administrativos, jefes y coordinadores de área), antes de que pase a ser un reclamo o denuncia, al 74,70 %. Es decir que, del total de disconformidades, solamente el 9,64 % pasaron a ser rellenados en el libro de reclamaciones, comparado con el 30,47 % que pasaba anteriormente como reclamaciones, demostrando también una mejoría en la capacidad de solución por el ACP en la instancia correspondiente.
3. Referente a la gestión de denuncias, se estableció que el Área de Calidad y Procesos coordine directamente con el Área de Asesoría Legal, permitiendo que, de manera teórica, se ahorre un tiempo de gestión de 1440 minutos, eliminando la participación de la Dirección Médica en esta etapa del procedimiento. Cabe resaltar que no se contó con denuncias en la etapa de análisis de esta actividad, solo con registros históricos de dos denuncias presentadas en el periodo comprendido desde enero de 2021 hasta el enero de 2022.
4. Referente a los reclamos presentados, para el análisis AS-IS se determinó que la disconformidad más frecuente correspondía principalmente al ítem 12 (disconformidad con el trato recibido), representando el 10,93 % del total de casos, esto por parte del personal asistencial de la clínica. Después de realizar el análisis TO-BE y la implementación de las

medidas correspondientes, esta disconformidad pasó a ser la penúltima de los casos presentados en el análisis de Pareto para la etapa TO-BE, representando ahora solo el 6,03 % de incidencia del total de casos presentados. La nueva disconformidad más frecuente fue el ítem 6 (dificultad de acceso a los servicios de atención de salud), el que era anteriormente la incidencia número 10 en la etapa AS-IS, representando ahora el 15,66 % del total de casos. Esto se generó por la demora en la atención al afiliado en la entidad vinculada.

5. A través de la metodología *Business Process Management (BPM)* y el ciclo de PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), se logró tener una gestión total de los procesos correspondientes a la atención de consultas, reclamos y denuncias. Esto se realizó a través de un diagnóstico de línea base, con el fin de conocer las condiciones en que el Área de Calidad y Procesos gestionaba la atención de estos ítems. Posteriormente, se realizó un análisis AS-IS para validar como se gestionaban los procesos (anteriormente considerado como atención de quejas, reclamos y denuncias), considerando cómo el ACP gestionaba los procesos de atención de quejas, reclamos y denuncias; y evaluar los niveles de solución presentados para esta etapa, considerando el número total de disconformidades resueltas. Luego, se realizó la implementación del análisis TO-BE, en el cual se actualizó el procedimiento en función de la normativa actualizada (a la fecha de realización de la implementación): Decreto Supremo N.º 002-2019 S.A, evaluado a través de la ficha técnica de procedimientos para la gestión de consultas, reclamos y denuncias. Así mismo, se realizó la mejora de procesos a nivel operativo, por medio de las herramientas de gestión consideradas para esta metodología: cultura organizacional, organigrama funcional, mapa de procesos, inventario de procedimientos, flujos de procedimientos, fichas técnicas de procedimientos y diagrama de análisis de procesos. Finalmente, se establecieron los indicadores de gestión (KPI's) a nivel táctico, que permitan reflejar los resultados obtenidos, de manera objetiva, tras las implantaciones realizadas, e implementar medidas de control, de ser necesario (de prevención, de corrección, de mantenimiento, de mejoramiento). Cada etapa de implementación de las metodologías en mención se refleja a través de la tabla 9 (Actividades realizadas en el proceso de implementación BPM y PHVA gestión de consultas, reclamos y denuncias).
6. De igual manera, a través del ciclo de PHVA, se establecieron los criterios de mejora continua a nivel estratégico, como se puede ver en la Tabla 16 (Porcentaje de resolución esperada para solución de consultas, reclamos y denuncias), los niveles de resolución ideales y los niveles de solución esperados, como parte de la gestión de todas las partes interesadas en el procedimiento de atención de quejas, reclamos y denuncias. Mientras

“La IPRESS” se acerque más a dichos valores, se tendrá una mejora en la calidad de servicio hacia los pacientes, usuarios y/o terceros legitimados.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda a “La IPRESS” tomar las decisiones estratégicas, tácticas u operativas, basándose en el manual de calidad, el manual de procesos y procedimientos, los indicadores KPI's y los informes de gestión y protocolo de atención de consultas, reclamos y denuncias. Todo ello con el fin de evaluar los resultados obtenidos gracias a la estandarización de los procedimientos, las actividades y las tareas consideradas para la gestión de este apartado. Considerando siempre el enfoque de mejora continua (PHVA), adaptándose a posibles cambios y mejorando el nivel de servicio hacia los parámetros ideales esperados.

Es importante considerar la participación continua de los colaboradores de las diferentes áreas, bajo el liderazgo de la Gerencia General y la Gerencia de Salud, con sus respectivas áreas de soporte. Todo esto, con el fin de impulsar las medidas de cambio necesarias en función del análisis de los indicadores de gestión establecidos. Cualquier implementación tecnológica que se quiera realizar, como un sistema ERP, debe considerar el *BPM* como punto de partida para establecer los flujos de trabajo y alimentar al sistema en función de las actividades debidamente estandarizadas, por cada área funcional de la clínica.

A través del análisis de procesos, se determinaron los puestos funcionales idóneos del Área de Calidad y Procesos, siendo altamente recomendable que la Gerencia General gestione los recursos necesarios para mantener un flujo de trabajo ideal en el área y se puedan cumplir todas las funciones determinadas para la misma. Esto se consideró de gran relevancia para mantener estándares de calidad elevados y tener un nivel de ejecución óptimo para ejecutar un trabajo más eficiente y organizado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNIVERSIDADPERU. Consulta RUC. s.f. [fecha de consulta: 15 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.universidadperu.com>.
2. MINISTERIO DE SALUD (MINSA). Sistema de Gestión de la Calidad y Salud. 2008 [fecha de consulta: 16 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Calidad/Presentacion/Documentos/PLANES/SistemaGestionCalidadSalud.pdf>.
3. BRUME, M. *Estructura Organizacional* [en línea]. Barranquilla: Institución Universitaria ITSA, 2019 [fecha de consulta: 16 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.unibarranquilla.edu.co/docs/ESTRUCTURA-ORGANIZACIONAL.pdf>.
4. LA IPRESS-A. Manual de Organizaciones y Funciones (MOF). 2022.
5. GISBERT, V., Y ESENGELDIEV, R. Sistemas Integrados de Gestión y los Beneficios. Revista 3C Empresa [en línea]. Agosto-noviembre, 2014, 3(4), 246-257 [fecha de consulta: 20 de enero de 2023]. ISSN: 2254 – 3376. Disponible en: [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/6431/5/IV\\_UC\\_LI\\_Manual\\_para\\_citar\\_y\\_referenciar\\_fuentes\\_en\\_textos\\_2019.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/6431/5/IV_UC_LI_Manual_para_citar_y_referenciar_fuentes_en_textos_2019.pdf).
6. LA IPRESS-B. Manual de Organizaciones y Funciones (MOF). 2023.
7. LA IPRESS-C. Manual de Identidad Corporativa (MIC). 2020.
8. ALCALDE, J., LAZO, O., & NIGENDA, G. Sistema de salud de Perú. Salud pública México [en línea]. 2011, 53(2), 243-254 [fecha de consulta: 25 de enero de 2023]. ISSN 0036-3634. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800019&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800019&script=sci_abstract).
9. D. S. N.º 034-2015-SA. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Supervisión de Superintendencia Nacional de Salud aplicable a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Instituciones Prestadores de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud [en línea]. Lima, Perú, 24 de febrero de 2017 [fecha de consulta: 29 de enero de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1035542/RS036.pdf>.

10. BENITES ZAPATA, V., SARAVIA CHONG, H., MEZONES HOLGUIN, E., AQUIJE DÍAZ, A., VILLEGAS ORTEGA, J., ROSSEL DE ALMEIDA, G., ACOSTA SAAL, C., & PHILIPPS CUBA, F. Modelo de supervisión basado en el riesgo para instituciones prestadoras de servicios de salud como herramienta para la protección de los derechos en salud en Perú. *Revista Perú med. exp. Salud pública* [en línea]. 2016, 33(3), pp. 401-410 [fecha de consulta: 05 de febrero de 2023]. ISSN 1726-4634. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342016000300003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000300003).
11. N T N.º 021-MINSA / DGSP V.01. Categorías de Establecimientos de Sector Salud [en línea]. Lima, Perú, 2005 [fecha de consulta: 10 de febrero de 2023]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/103\\_N.T.021Categoria.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/103_N.T.021Categoria.pdf).
12. LEY 28806. Ley general de Inspección del Trabajo. *Diario Oficial El Peruano*, Lima, Perú, 10 de mayo de 2020.
13. DEDIOS-CÓRDOVA, C. El sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, según la OIT: aplicación de los principios en el Perú. Tesis (Título de licenciado en derecho). Lima: Universidad de Piura, 2014, 103 pp. [fecha de consulta: 12 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://pirhua.udep.edu.pe/bitstream/handle/11042/2176/DER\\_015.pdf%3Bsequ](https://pirhua.udep.edu.pe/bitstream/handle/11042/2176/DER_015.pdf%3Bsequ).
14. LEY 29783. Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Diario Oficial El Peruano*, Lima, Perú, 20 de agosto de 2011.
15. CAMISÓN, C., CRUZ, S., Y GONZÁLES, T. Gestión de la calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas [en línea]. Madrid: Pearson Prentice Hall, 2006 [fecha de consulta: 14 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://porquenotecallas19.files.wordpress.com/2015/08/gestion-de-la-calidad.pdf>.
16. D. S. N.º 039-91-TR. Decreto supremo por el que se establece el reglamento interno de trabajo, que determine las condiciones a que deben sujetarse los empleadores y trabajadores en el cumplimiento de sus prestaciones [en línea]. Lima, Perú, 30 de diciembre de 1991 [fecha de consulta: 30 de enero de 2023]. Disponible en: [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/C193CFC944F42B4805257E2700599F8F/\\$FILE/2\\_DECRETO\\_SUPREMO\\_039\\_91\\_TR.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/C193CFC944F42B4805257E2700599F8F/$FILE/2_DECRETO_SUPREMO_039_91_TR.pdf).

17. ULLOA, D. El Reglamento Interno de Trabajo como fuente de Derecho: importancia y visión jurisprudencial. IUS ET VERITA [en línea]. 2016, 53, 90-100 [fecha de consulta: 02 de febrero de 2023]. ISSN 1995-2. Disponible en: <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/iusetveritas/article/view/16537/16883>.
18. VILLALBA, R. Elaboración del MOF y MAPRO para una gestión por procesos y la propuesta de desarrollo de un sistema de control de documentos en la facultad de odontología. Tesis (Título de Ingeniero en Computación y Sistemas). Lima: Universidad San Martín de Porres, 2016, 125 pp. [fecha de consulta: 18 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2064/villalba\\_lra.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2064/villalba_lra.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
19. MIRANDA, B. Estandarización de procesos de producción en la empresa Calzamatrix Multimoquetas. Tesis (Título de Ingeniero Industrial). Ambato: Universidad Técnica de Ambato, 2015, 345 pp. [fecha de consulta: 20 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8606/1/Tesis\\_t964id.pdf](https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8606/1/Tesis_t964id.pdf).
20. STAGNARO, D., CAMBLONG, J., & NICOLINI, J. *El manual de procedimientos: ¿QUIÉN?, ¿QUÉ?, ¿CÓMO? Y ¿CUÁNDO?* [en Línea]. UNGS, s.f. [fecha de consulta: 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://wac.colostate.edu/docs/books/encarrera/stagnaro.pdf>.
21. R.M.N. ° 675-2022-MINSA. Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las circunstancias que afectan la vida y salud de las personas como consecuencia de la COVID-19. Diario Oficial El Peruano, Lima, Perú, 02 de septiembre del 2022.
22. Erika, T. Bioseguridad [en línea]. 2011, 15, 813-817 [fecha de consulta: 21 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://docplayer.es/91179137-Revista-de-actualizacion-clinica-volumen.html>.
23. LEY 27104. Ley de Prevención de Riesgos Derivados del uso de la Biotecnología. Diario Oficial El Peruano, Lima, Perú, 25 de abril de 2017.

24. RÍMAC SEGUROS. El reglamento interno de seguridad y salud en el trabajo según la Ley N.º 29783 y el DS N.º 005-2012-TR. 2022 [fecha de consulta: 21 de febrero de 2023]  
 Disponible en:  
[https://www.prevencionlaboralrimac.com/Cms\\_Data/Contents/RimacDataBase/Media/fasciculo-prevencion/FASC-8588494764616194560.pdf](https://www.prevencionlaboralrimac.com/Cms_Data/Contents/RimacDataBase/Media/fasciculo-prevencion/FASC-8588494764616194560.pdf).
  
25. INTERNACIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO) [en línea]. Ginebra: ISO, 2016 [fecha de consulta: 21 de febrero de 2023]. Disponible en:  
[https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/08/ISO\\_37001\\_2016.pdf](https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/08/ISO_37001_2016.pdf).
  
26. GUINJOAN, M., Y RIERA, J. *Instrumentos para la gestión de la formación continua con criterios de calidad ISO 9000*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2000. 210 pp. ISBN: 84-7978-462-8.
  
27. SUÁREZ, A. COMUNICACIÓN E IDENTIDAD VISUAL: manual de identidad visual corporativa para empresa Importadora Mega-Repuestos. Tesis (Título de Licenciada en Comunicación Social). Quito: Universidad Central del Ecuador, 2015, 98 pp. [fecha de consulta: 24 de febrero de 2023].  
 Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/3382>.
  
28. LA IPRESS-D. Manual de Procesos y Procedimientos (MPP). 2023.
  
29. LA IPRESS-E. Informe de Línea Base. 2023.
  
30. D. S. N.º 030-2016-SA. Decreto supremo que aprueba el Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, Públicas, privadas o mixtas, que consta de tres (03) capítulos [en línea]. Lima, Perú, 26 de julio de 2016 [fecha de consulta: 25 de febrero de 2023]. Disponible en:  
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/192080-030-2016-sa>.
  
31. LA IPRESS-E. Protocolo de atención de quejas y reclamos. 2020.
  
32. ASSOCIATION OF BUSINESS PROCESS MANAGMENT PROFESSIONALS. *Guide to the Business Process Management Common Body of Knowledge*. Pensacola: ABPMP, 2013. 446 pp. ISBN: 9781490516592.
  
33. SYDLE-A. ¿Qué es BPM (Business Process Management)? Aprende todo sobre Gestión de Procesos de Negocio. 2022 [fecha de consulta: 26 de febrero de 2023]. Disponible en:  
<https://www.sydle.com/es/blog/kpi-615de90225ce5d3ef29a5570/>.

34. CUBILLOS, M., Y RODRÍGUEZ, D. El Concepto de Calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. *Revista de la Universidad de La Salle* [en línea]. 2009, 48, 80-99 [fecha de consulta: 25 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.studocu.com/co/document/universidad-de-la-salle-colombia/estudios-de-calidad/el-concepto-de-calidad-historia-evolucion-e-importancia-para-la-competitividad/16645017>.
  
35. CORDERO, D., BELÉN, G., & ORTEGA, J. Gestión de Procesos de Negocio (BPM) para el Proceso de Titulación de la Universidad. *Revista Científica y Tecnológica UPSE* [en línea]. 2019, 6(1), 88-96 [fecha de consulta: 27 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://incyt.upse.edu.ec/ciencia/revistas/index.php/rctu/article/view/442/355>.
  
36. CORTEZ, I., DÍAZ, R., Y RAMOS, J. Diseño de un sistema de mejora continua para aumentar la productividad basado en el ciclo PHVA (planear, hacer, verificar, actuar), en la empresa. Tesis (Título de Ingeniero en Sistemas, Electrónica e Industrial). Ambato: Universidad Técnica de Ambato, 2015, 345 pp. [fecha de consulta: 27 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8606/1/Tesis\\_t964id.pdf](https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8606/1/Tesis_t964id.pdf).
  
37. ESPINOSA, A. Mejoramiento y propuesta de implementación del proceso de reclamos en el área de operaciones del banco solidario aplicando BPM Business Process Management. Tesis (Título de Ingeniero Comercial). Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2015, 135 pp. [fecha de consulta: 27 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8840/Trabajo%20de%20Titulación.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
  
38. TOLOZA, C. Y PEÑA, F. Plan de mejoramiento en el manejo de las peticiones, quejas y reclamos (PQR) mediante la aplicación del ciclo PHVA en Thyssenkrupp elevadores S.A. Tesis (Título de Licenciado en Administración de Empresas). Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios, 2018, 43 pp. [fecha de consulta: 27 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://uniminuto-dspace.scimago.es:8080/bitstream/10656/8151/1/02.%20APLICACIÓN%20DEL%20CICLO%20PHVA%20EN%20THYSSENKRUPP%20ELEVADORES.pdf>.
  
39. JUNCO, C. Y RAMÍREZ, G. Implementación de BPM-CRM para mejorar los procesos de atención en una organización - caso ONG XYZ. Tesis (Título de Ingeniero en Sistemas). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2021, 114 pp. [fecha de consulta: 02 de marzo de 2023]. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16895/Junco\\_vc.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16895/Junco_vc.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

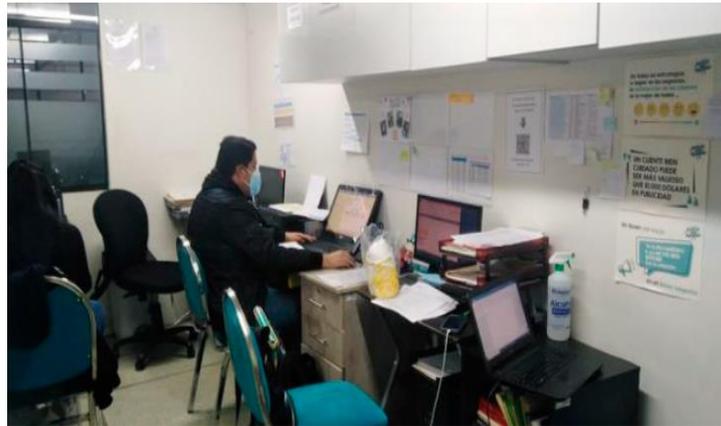
40. BAUTISTA, E. Y SÁNCHEZ, J. Aplicación del ciclo PHVA para mejorar la productividad en el área de Laboratorio de la empresa Agrícola Cerro Prieto. Tesis (Título de Ingeniero Industrial). Chiclayo: Universidad César Vallejo, 2020, 114 pp. [fecha de consulta: 02 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/83053/Bautista\\_MREM-Sánchez\\_NSJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/83053/Bautista_MREM-Sánchez_NSJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
41. MESCUA, L. Modelo de Gestión "Business Process Management" para mejorar los resultados del Centro de Salud de Morales - San Martín. Tesis Doctora en Gestión Empresarial y Productiva). Tarapoto: Universidad César Vallejo, 2021, 124 pp. [fecha de consulta: 02 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/57357/Mescua\\_AL E-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/57357/Mescua_AL E-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
42. HUAMÁN, G. Aplicación de la metodología PHVA para mejorar la calidad del servicio al cliente en la empresa Emcasur Contratista E.I.R.L., 2021, 151 pp. [fecha de consulta: 02 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12867/5021/G.Huaman\\_Trabajo\\_de\\_Suficiencia\\_Profesional\\_Titulo\\_Profesional\\_2021.pdf?sequence=1](https://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12867/5021/G.Huaman_Trabajo_de_Suficiencia_Profesional_Titulo_Profesional_2021.pdf?sequence=1).
43. BRAVO, J. Gestión de Procesos: Alineados con la Estrategia [en línea]. Santiago de Chile: Editorial evolución S.A., 2011 [fecha de consulta: 02 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://hsjd.org/seminariogestion2013/docs/02-Dia5-TercerModeloProcesos.pdf>.
44. CARRO, R., Y GONZÁLES, D. *Administración de la Calidad Total* [en línea]. Mar de Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, s.f. [fecha de consulta: 02 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://nulan.mdp.edu.ar/id/eprint/1614/1/09\\_administracion\\_calidad.pdf](https://nulan.mdp.edu.ar/id/eprint/1614/1/09_administracion_calidad.pdf).
45. DÍAZ, F. Gestión de procesos de negocio BPM (Business Process Management), TICs y crecimiento empresarial: ¿Qué es BPM y cómo se articula con el crecimiento empresarial? [en línea]. 2008, 7(15), 151-176 [fecha de consulta: 03 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1872/187214457007.pdf>.
46. CENTRO OFICIAL DEL BUSINESS PROCESS MANAGMENT (Club-BPM). *El libro del BPM: Tecnologías, conceptos, enfoques metodológicos y estándares*. Madrid: BPM, 2011. 277 pp. ISBN: 978-84-614-8367-9.

47. CÍRCULOTEC. El ciclo PHVA: planear, hacer, verificar y actuar [en línea]. Monterrey: Universidad TecVirtual del Sistema Tecnológico de Monterrey, 2012 [fecha de consulta: 04 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://fullseguridad.net/wp-content/uploads/2017/11/phva-sgsst.pdf>.
48. RÍOS, O. *Key Performance Indicators (KPI)* [en línea]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, s.f. [fecha de consulta: 05 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24174w/S8\\_desarrollo\\_aplicacion\\_gestion.pdf](https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24174w/S8_desarrollo_aplicacion_gestion.pdf).
49. SYDLE-B. (2022a, enero 19). KPIs: ¿Qué son, ¿cuál es su importancia y cómo utilizarlos? s.f. [fecha de consulta: 27 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.sydle.com/es/blog/kpi-615de90225ce5d3ef29a5570/>.

## ANEXOS

### ANEXO 1: CONFORMACIÓN DE EQUIPO DE TRABAJO Y CAPACITACIÓN PARA EL PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN *BPM* Y *PHVA*

a. Fotos de evidencia de equipos de conformación de equipos de trabajo.



## b. Cronograma de capacitación.

OBJETIVOS GENERAL		Orientada al desarrollo de sus capacidades, destrezas, habilidades, valores y competencias fundamentales																							
OBJETIVO ESPECIFICO		Aumenta la retención del talento dentro de la clínica																							
META PROYECTADA		Cumplir al 90% con las actividades de formación programas					Indicador: Capacitaciones Realizadas / N° Capacitaciones Programadas * 100																		
PRESUPUESTO EST.		S/. 700,00	Recursos:		Formatos de seguimiento	formatos de pretest y post test	materiales de capacitación, etc.																		
N°	CONTENIDO TEMATICO	FACILITADOR	BENEFICIARIO	Requerimiento por Ley	Mes Programado 2022		Estándar y Sistema de Evaluación	Horas Impartidas (Minutos)	N° Participantes	es Ejecutado / Año: 20															
					Costo	Fecha / Día				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
1	Capacitación a asistentes para proceso de levantamiento de BPM de todas las áreas asistenciales de la clínica	ACP	Personal asignado para ACP	Electivo	50	ENERO	Capacitación 25-ene Pre test- Post test	60		x															
2	Socialización de nuevo protocolo de atención de consultas, reclamos y denuncias	ACP	Personal administrativo y Asistencial	Electivo	50	MARZO	Capacitación 07-mar Pre test- Post test	60				x													
3	Enfoque basado en el paciente y mejora continua	ACP	Personal administrativo y Asistencial	Electivo	50	ABRIL	Capacitación 11-abr Pre test- Post test	60					x												
4	Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones	ACP	Personal administrativo y Asistencial	Electivo	50	MAYO	Capacitación 20-may Pre test- Post test	60						x											
5	Calidad en el servicio y satisfacción del paciente	ACP	Personal administrativo y Asistencial	Electivo	50	JUNIO	Capacitación 15-jun Pre test- Post test	60																x	
6	Seguridad en la Atención Clínica	ACP	Personal Asistenciales	Electivo	50	JULIO	Capacitación 11-jul Pre test- Post test	60																	x
7	Guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención	ACP	Personal administrativo y Asistencial	Electivo	50	SEPTIEMBRE	Capacitación 12-sep Pre test- Post test	60																	x
8	Hacia la excelencia en gestión hospitalaria. Un modelo de gestión estratégica	Expositor especializado	Coordinadores y alta dirección de clínica	Electivo	300	NOVIEMBRE	Capacitación 18-nov Pre test- Post test	120																	x
9	Desafíos en el área de la salud	ACP	Personal administrativo y Asistencial	Electivo	50	DICIEMBRE	Capacitación 12-dic Pre test- Post test	60																	x

LEYENDA		Elaborado por:		Revisado por:		Aprobado por:	
Cop. Programado	5	<i>Juan Carlos Calderón y Paredes</i>					
Cop. Ejecutado	5	Fecha: 13/01/2022		Fecha: 16/01/2022		Fecha: 18/01/2022	
Cop. Anticipada	0						
Total de horas de PCFC	240	Horas					

c. Registro de capacitación.

Formato:		Área de Talento Humano		
Registro de Asistencia		Código: FO-TH-CG-01		
		Revisión: 03	Versión: 01	
		A: 30/May/21	Pág: 1/1	
Competencia:	<input type="checkbox"/> Obligatorio <input type="checkbox"/> Electivo <input checked="" type="checkbox"/> Reunión <input type="checkbox"/> Clínica Diaria <input type="checkbox"/> Ordinaria <input type="checkbox"/> Extraordinaria			
Tipo de Sesión:	<input type="checkbox"/> Inducción <input type="checkbox"/> Entrenamiento <input checked="" type="checkbox"/> Capacitación <input type="checkbox"/> Simulacro <input type="checkbox"/> Simulación <input type="checkbox"/> Otras			
Fecha:	28/10/2022	Unidad / Área:	Área de calidad y procesos	
Facilitador:	Ing. Edgar de la Cruz		<input checked="" type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Externo	
Tema:	Fases de implementación BPM y PIVA			
Beneficiarios:	Colaboradores involucrados de implementación BPM y PIVA			
Material Entregado:	Proposiciones Registra	Hora Inicio:	08:00 a.m.	
		Hora Término:	13:00 a.m.	
Nº	Apellidos y Nombres	DNI/COD.	Cargo	Firma
1	Aurizman Vergara Joseph E.	Acc-BPM01	Asesor de Calidad y Proceso	[Firma]
2	Barron Cardenas Ceina	Rep-BPM02	Colaborador	[Firma]
3	Jady Katherine Alia Surocha	Acc-BPM03	Colaborador	[Firma]
4	Yuky Alce Palacios	Acc-BPM04	Colaborador	[Firma]
5	Juan Pablo Santiago Zúñiga	Acc-BPM05	Colaborador	[Firma]
6	Propósito Riteyza HERNANDEZ	Acc-BPM06	Colaborador	[Firma]
7	Yilcayana Sapanza Brígida	Acc-BPM07	Colaborador	[Firma]
8	Tardelena Yola Sotomayor	Acc-BPM08	Colaborador	[Firma]
9	Araucay Ingrid Santiago	Acc-BPM09	Colaborador	[Firma]
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

**Consideraciones para el INSTRUCTOR / FACILITADOR:** Al hacer entrega del Registro de Asistencia debe verificar:

- Todos los espacios que correspondan deben estar debidamente diligenciado, legibles y sin borrones o enmendaduras.
- El facilitador debe firmar el Registro de Asistencia culminada la actividad de FC, de lo contrario carece de toda validez.
- El Registro debe ser entregado al área de Talento Humanos de la CCH, para el registro, certificación y archivo.
- El dueño del proceso promotor de la actividad de FC debe llevar el control de registros en una carpeta paralela y las HRC.

**Comentarios:**

La capacitación se realizó con normalidad, hubo una participación a la capacitación, se realizó la capacitación con el colaboración de varios personal.

Facilitador / instructor	Revisado por:	Aprobado por:
[Firma]	[Firma]	[Firma]
Fecha:	Fecha:	Fecha:

d. Plan de lección de capacitación.

FORMATO:		ÁREA DE TALENTO HUMANO	
<b>Plan de Lección</b>		CÓDIGO: FO-TH-CG-02	
		Revisión: 01	Versión: 01
		A: 15/May/21	PÁG. 1 / 1

Planificación de Actividades de Formación Continua					
EJECUTOR / SOLICITANTE	Ing. Edgardo de la Cruz / Área de Calidad y Procesos				
TEMA	Fases de implementación BPM y PLVP				
OBJETIVO	Hacer de revisión a todos los colaboradores que participan de la implementación BPM y PLVP sobre los resultados de los				
MÉTODO	Explicación colaborativa con participación activa				
DIRIGIDO A	Colaboradores ACP				
FACILITADOR	Ing. Edgardo de la Cruz				
CARGO / ESPECIALIDAD	Asesor Externo / Especialista en Mejora de procesos				
LUGAR	Auditorio clínica 3º piso				
TIPO DE EVENTO	Capacitación Asesoria				
MODALIDAD	Presencial				
INDICE DE CONTENIDOS:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fases (SPM: (Línea Base) Ac-21/10-15F)</li> <li>- Herramientas de gestión: Calidad (compartir experiencias buenas de unidades) eventos no de procedimiento y flujo de procedimientos DAP/PLVP record</li> <li>- Fundamentos de mejora continua e indicadores de gestión</li> <li>- Método de trabajo con las áreas de interés</li> </ul>					
Materiales de Trabajo:					
MP: MATERIAL DEL PARTICIPANTE	<input type="checkbox"/>				
MI: MATERIAL DEL INSTRUCTOR	<input checked="" type="checkbox"/>				
MD: MATERIAL DE DISTRIBUCIÓN	<input type="checkbox"/>				
MR: MATERIAL DE REFERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>				
Desarrollo del Plan de Lección:					
A) PRESENTACIÓN - INTRODUCCIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>				
B) DESARROLLO DE CONTENIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>				
C) REPASO y EVALUACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>				
D) CIERRE DEL EVENTO	<input checked="" type="checkbox"/>				
Apoyo Didáctico: <u>Diapositivas y Pizarra</u>					
Modo de Evaluación: <u>Oral</u>					
Nº de Participantes	10	Hora Inicio:	08:00 a.m.	Hora Fin:	04:30 a.m.
Fecha Programada	28/01/2022	Fecha Ejecutada	Programado = registro de actividades		
Observaciones:					
Competencias que se buscan producto de la socialización:				Aprobado Por:	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Comprensión sobre la metodología planteadas</li> <li>2.- Participación activa de toda la base de datos</li> <li>3.- Comunicación efectiva por equipo</li> <li>4.- Análisis de procesos o eventos</li> </ol>					
				Fecha: 26/01/2022	

Nota: La copia digital del plan de lección debidamente foliado debe ser remitido al ATH de la CCH para su sistematización y custodia dentro de las 24 horas culminado el evento.

e. Galería de evidencias.

	<b>FORMATO:</b>  Galería de Evidencias	ÁREA DE TALENTO HUMANO	
		CÓDIGO: FO-TH-CG-04	
		Revisión: 01	Versión: 01
		A: 30/May/21	PÁG. 1 / 1

UNIDAD / AREA:	ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS	NP Correlativo:01-2022
Actividad:	CAPACITACIÓN A COLABORADORES ACP	Fecha:28/01/2022
Responsable:	ING. EDGAR DE LA CRUZ	Hora: 08:00 a.m.



INICIO DE SESIÓN



EVALUACIÓN DE MAPA DE PROCESOS



EVALUACIÓN DE MAPA DE FLUJOGRAMAS DE PROCEDIMIENTO



REPASO Y EVALUACION ORAL

## ANEXO 2: MODELO DE CHECKLIST DE LÍNEA BASE

Checklist del Estudio de Línea Base							
	Área Intervenida:	Cuenta			No	Aplica	Fecha:
ITEM	HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	Físico	Digital				OBSERVACIÓN
1	Estudio de línea base (previo)						
2	Visión, Misión y Cultura de Valores						
3	Organigrama estructural y funcional						
4	Inventario de procesos						
5	Mapa de procesos						
6	Diagramas de flujos						
7	Fichas técnicas de procedimiento						
8	Diagrama de Análisis de Procesos						
9	Layout-Diagrama de recorrido						
10	Política de Gestión de la Calidad						
11	Política SST						
12	Reglamento Interno de Trabajo						
13	Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo						
14	Manual de Identidad Corporativa						
15	Manual de Organización y Funciones						
16	Manual de Bioseguridad						
17	Plan Covid-19						
18	Plan de riesgos contra accidentes y desastres						
19	Protocolo de atención de consultas, reclamos y denuncias.						
20	Política Antisoborno						
21	Libro de gestión de comité						
22	Plan de formación continua						

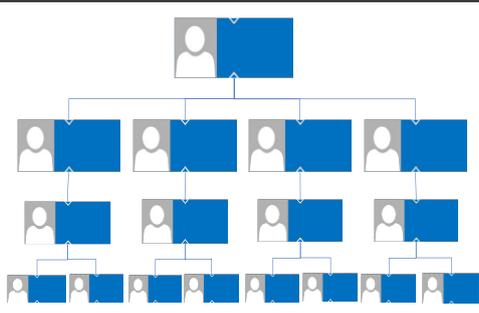
23	Guías, protocolos, procedimientos estandarizados, requerimientos técnicos, requerimientos legales, registros.
24	Manual de Gestión de Calidad del área
25	Manual de Gestión de Procesos y Procedimientos del área
26	Informes periódicos de las condiciones del área y su desempeño.
27	Otros materiales y/o herramientas administrativas relacionadas

## ANEXO 3: ESTÁNDARES DE IMPLEMENTACIÓN PARA FASES AS-IS/TO-BE

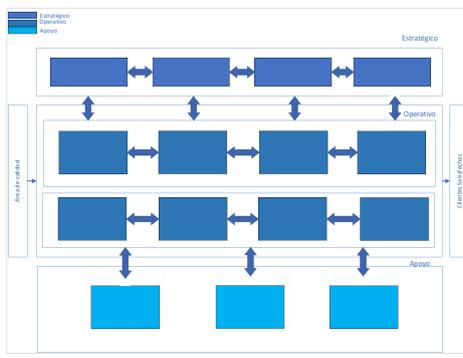
### a. Misión, Visión y Cultura de Valores

Logo Aquí	ESTÁNDAR: Misión, Visión y Cultura de Valores	ÁREA:	
		Revisión:	Versión:
		A:	Pág.
Logo Aquí	MISIÓN DEL ÁREA		
Logo Aquí	VISION DEL ÁREA		
Logo Aquí	CULTURA DE VALORES		
Control:	Apellidos y Nombres	Procesos	Firma y sello
Elaborador por:			
Revisados por:			
Aprobado por:			

### b. Organigrama funcional

Logo Aquí	ESTÁNDAR: Organigrama funcional	ÁREA:	
		Revisión:	Versión:
		E:	Pág.
			
Control:	Apellidos y Nombres	Procesos	Firma y sello
Elaborador por:			
Revisados por:			
Aprobado por:			

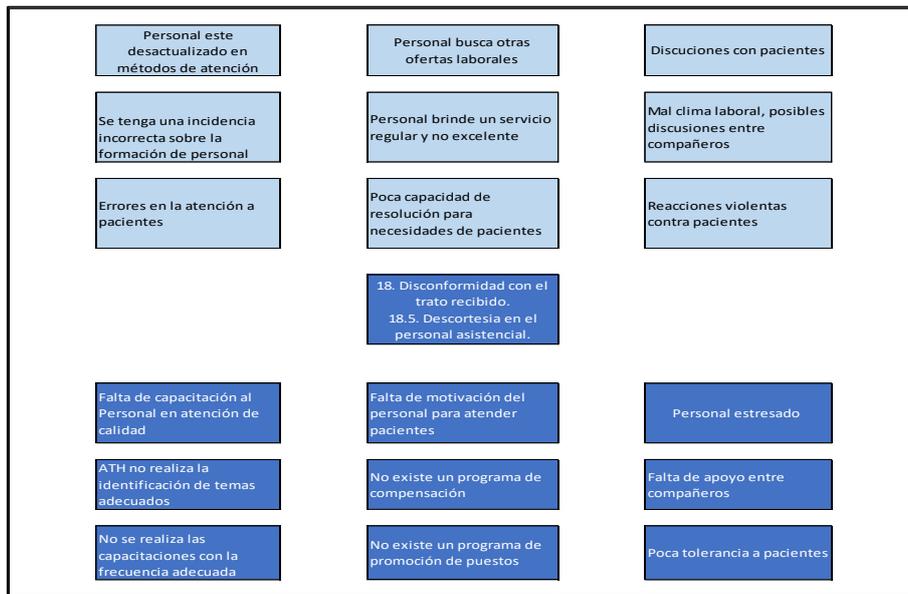
### c. Mapa de procesos

Logo Aquí	ESTÁNDAR: Mapa de procesos	ÁREA:	
		Revisión:	Versión:
		E:	Pág.
			
Control:	Apellidos y Nombres	Procesos	Firma y sello
Elaborador por:			
Revisados por:			
Aprobado por:			





## j. Diagrama de árbol de problemas



## ANEXO 4: FORMATOS PARA GESTIÓN EN LA ATENCIÓN DE CONSULTAS, RECLAMOS Y DENUNCIAS

### a. Hoja de consultas

Logo Aquí	Formato: Hoja de Consultas	ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS Código: FO-95-CP-01 Revisión: 01      Versión: 01 A: 15/03/2022      Pág. 1
-----------	-------------------------------	---

Apellido y Nombre (Atendió la consulta) ..... Cargo: ..... Fecha: <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> Hora: <input style="width: 100px;" type="text"/>	<div style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px; font-weight: bold; font-size: small;">Formato de atención de Consultas</div> Consulta N°: <input style="width: 100px;" type="text"/>
--	---

**1. Identificación del usuario o tercero legitimado:**

Nombre o razón social: ..... Relación con el afectado/a: ..... DNI: .....

**2. Identificación del paciente afectado:**

Nombre o razón social: ..... DNI: ..... Correo o teléfono: .....

**3. Detalle del caso**

**a. ¿En qué áreas sucedió el reclamo?**

Área involucrada	Responsable	Fecha	Hora

**b. ¿Qué sucedió exactamente? (detallar: ¿A qué hora sucedió el incidente?; ¿Dónde sucedió el incidente?; ¿Cómo sucedió el incidente?, información relevante al caso)**

.....

.....

.....

.....

.....

**c. ¿Qué solución demanda el(los) afectado(s)?**

.....

.....

**d. ¿El(los) coordinador(es) del área atendieron la consulta?**

Sí       No      Observación: .....

**e. ¿Qué solución le brindó el responsable?**

.....

.....

Coordinador de área	Paciente o Tercero legitimado	ACP



c. Hoja de investigación de caso

Logo Apaf	Formato: Investigación de Caso	AREA ESCUELAS Y PROCESOS Código: P000-0240 Revisión: 01      Versión: 01 A: 15/03/2022      Pág. 1								
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;">Número de incidente</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Número de hoja de consulta/reclamo</td> <td></td> </tr> </table>	Número de incidente		Número de hoja de consulta/reclamo					
Número de incidente										
Número de hoja de consulta/reclamo										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">Clasificación</th> <th style="width: 30%;">Código</th> <th style="width: 40%;">Item</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Clasificación	Código	Item				Fecha: <input style="width: 100%;" type="text"/> Hora: <input style="width: 100%;" type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;">Vencimiento</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> </table>	Vencimiento	
Clasificación	Código	Item								
Vencimiento										
<b>INVESTIGACIÓN DE CASO</b>										
NOMBRE DEL PERSONAL RESPONSABLE:		ÁREA IMPLICADA:								
<b>DETALLE DEL INCIDENTE</b>										
<b>PROCEDIMIENTOS EJECUTADOS EN LA INVESTIGACIÓN</b>										
( Para ser llenada por el personal a cargo del caso )										
Fecha	Descripción de Acciones									
DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS QUE SE ADJUNTAN (listado): Para ser llenado obligatoriamente por el personal responsable)										
✓	.....									
✓	.....									
✓	.....									
✓	.....									
<b>ESTADO DE LA CONSULTA/RECLAMO</b>										
Fundado	Infundado	Improcedente	Conclusión Anticipada							
<b>MEDIDAS ADOPTADAS</b>										
ACCIONES A TOMAR	MEDIDA CORRECTIVA	MEDIDA PREVENTIVA								
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center; font-size: small;">FECHA DE ACCIÓN A TOMAR O IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDA</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> </table>	FECHA DE ACCIÓN A TOMAR O IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDA						
FECHA DE ACCIÓN A TOMAR O IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDA										
FIRMA DE RESPONSABLE	FIRMA DE JEFE DE AREA IMPLICADA	FIRMA DE RESPONSABLE DE CIERRE DE MEDIDAS								

**d. Hoja de notificación del resultado**

Logo Apsal	<b>Formato:</b> Notificación de Resultados	Área de Clamros y Reclamos Código Institucional Versión: 01 Actualización: Pág. 1
------------	---	--

Número de Incidente	
Número de hoja de consulta/reclamo	

Clasificación	Código	Item		Fecha:	Hora:
				Vencimiento	

**NOTIFICACIÓN DEL RESULTADO**

Señor(a)

Sirva el presente para saludarlo(a) y hacer llegar el resultado al reclamo presentado a nuestra institución, el cual detallo a continuación; Agradecemos de antemano la información brindada, ya que gracias a los reclamos y sugerencias presentadas podemos mejorar;

DETALLE DEL CASO			
ACCIONES A TOMAR	MEDIDA CORRECTIVA	MEDIDA PREVENTIVA	
..... ..... ..... ..... .....			
			FECHA DE ACCIÓN A TOMAR O IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDA
ESTADO FINAL DEL RECLAMO			
Fundado	Infundado	Improcedente	Conclusión Anticipada

Esperamos haber resuelto sus dudas, ya que cada uno de nuestros pacientes es importante para la institución.

Atentamente:

\*De conformidad con lo dispuesto en el artículo 22 del Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud- IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas, de no encontrarse de acuerdo, en todo o en parte, con el resultado de su reclamo, puede acudir en Queja ante la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD\*

RESPONSABLE DE PAUS



f. Estándar de descargo admitido

Logo-Asp	Formato: Descargo Admitido	ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS	
		Código FORD-CP-08	
		Revisión: 01	Revisión: 01
		A: 18/03/2023	Pág. 1

**DESCARGO DEL ÁREA DE LABORATORIO N°**

PARA : Director Médico

DE :

ASUNTO :

Referencia :

FECHA :

---

Es grato saludarlo cordialmente a nombre del área de laboratorio y por intermedio del presente pongo de su conocimiento.

Para lo cual adjunto los siguientes documentos de sustento al caso en mención.

Pidiendo las disculpas de caso, esperando su comprensión estamos para servirles.

Atentamente,

Coordinador de Laboratorio.

## g. Registro de consultas, reclamos y denuncias

Logo Aquí		Registro: De Consultas, Reclamos y Denuncias												ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS												
														Código: RE-GG-CP-01		Versión: 01										
														Revisión: 01		Versión: 01										
														A: 15/02/2022		Pag: 1										
D.	Tipo	Marca temporal	N° LIBRO	Reclamante	Alelado	Personal Involucrado	Personal Involucrado	Personal Involucrado	Mes	Fecha de Reclam.	Fecha de Memo	Fecha de Descarga	Fecha de notificación	AREA 1	AREA 2	AREA 3	Severidad	Detalle del reclamo	ESTADO	CAUSA DE RECLAMO	QUE SOLICITA EL PACIENTE	TIPO DE NOTIFICACIÓN	NOTIFICACIÓN	MEDIDAS	PLAN DE ACCIÓN	
116	Reclamo	29/01/2022	1257	Juan Perez Sanchez	Juan Perez Sanchez	Dr. Rodrigo Palacios			Enero	27/1/2022	1/2/2022	3/2/2022	23/2/2022	Emergencia				Medio	El doctor no me atendió en un tiempo prudente, más estaba con el celular y no estaba pendiente de sus pacientes, pese a que tenía mucho dolor de estomago. Exijo mayor involucramiento y empatía a los pacientes por parte de los doctores de esta clínica	Infundado	Calidad de atención en salud	Que se mejore el proceso de atención por parte de los médicos del área de Emergencia.	E mail	El Doctor, en ese momento se encontraba realizando coordinaciones para entrega de análisis del paciente, se le brindó el tratamiento adecuado y el paciente se fue tranquilo	Promedio	El Doctor no tiene que estar solicitando los análisis de los pacientes. Se debe explicar al personal el procedimiento correcto para entrega de análisis de laboratorio a los pacientes.

## ANEXO 5: CAUSAS DE RECLAMOS SEGÚN SUSALUD

TABLA DE CLASIFICACIÓN Y CALIFICACIÓN DE CAUSAS DE RECLAMOS								
Código	Denominación del Tipo de reclamo	Item	Detalle	DEFINICIÓN / EXPLICACIÓN	Tipo de Reclamo	Tiempo Máximo	Ámbito	Investigación sumaria y Peritos
<b>OPORTUNIDAD Y ACCESIBILIDAD</b>								
01	Demora en la entrega de formatos por la EPS	01	De la Solicitud de Beneficio	Cuando la EPS no ha entregado oportunamente los formatos de Solicitud de Beneficios a la empresa o si el afiliado lo solicita al personal autorizado a emitir la Solicitud de Beneficios y se genera alguna demora que dificulta la atención.	Inmediato	10	AD	NO
		02	De la Solicitud de Beneficio Preventivo	Cuando la EPS no ha entregado oportunamente los formatos de Solicitud de Beneficios Preventivos a la empresa o si el afiliado lo solicita al personal autorizado y se genera alguna demora que dificulta la atención.	Inmediato	10	AD	NO
		03	De Solicitud Beneficio generado por la WEB	Si el asegurado lo solicita al personal autorizado de emitir la Solicitud de Beneficios y se ha generado alguna demora en la transmisión por la Web que dificulta la atención	Inmediato	10	AD	SI
		04	De la Solicitud de Afiliación	Cuando la EPS no ha entregado oportunamente a la empresa los formatos de afiliación -exclusión	Inmediato	10	AD	NO
		05	Demora en la entrega de otros formatos	Cuando la EPS no ha entregado oportunamente algún otro formato generando demora en la atención.	Inmediato	10	AD	NO
02	Demora en la entrega de formatos en la Entidad Vinculada	01	De Solicitud de Beneficio	Cuando la Entidad Vinculada no ha entregado oportunamente el formato de Solicitud de Beneficio al afiliado y se genera alguna demora que dificulta la atención.	Mediato	35	AD	SI
		02	De Solicitud Beneficio generado por la WEB	Cuando la Entidad Vinculada tiene dificultades con el acceso a la Web o con la impresión del formato de Solicitud de Beneficio debiendo comunicarse con la	Mediato	35	AD	SI
		03	Demora en la entrega de otros formatos	Cuando la Entidad Vinculada tiene problemas con el abastecimiento de otros formatos	Mediato	35	AD	SI
03	Deficiencia en la información brindada a través de la EPS	01	Por la plataforma de atención de la EPS en la entidad vinculada	Por falta de información sobre los procedimientos de la atención (información inadecuada sobre las coberturas de su plan de salud, exclusiones, carencias, periodo de espera o preexistencias, etc.) en plataforma de atención	Inmediato	10	AD	SI
		02	Por el call center de la EPS	Por falta de información sobre los procedimientos de la atención (información inadecuada sobre las coberturas de su plan de salud, exclusiones, carencias, periodo de espera o preexistencias, etc.) en el área comercial	Inmediato	10	AD	SI
		03	Durante la difusión del sistema de EPS o del plan de salud.	Por falta de información sobre los procedimientos de la atención (información inadecuada sobre las coberturas de su plan de salud, exclusiones, carencias, periodo de espera o preexistencias, etc.) en el área comercial	Inmediato	10	AD	SI
		04	Afiliado no recibió información de los beneficios, coberturas o exclusiones de su plan de salud	El Afiliado no recibió información por escrito sobre los beneficios, coberturas, carencias, espera o exclusiones de su plan de salud, al momento de su afiliación.	Inmediato	10	AD	SI
		05	Otros relacionados con la información que brinda la EPS	Otro tipo de información brindada por la EPS	Inmediato	10	AD	SI
04	Deficiencia en la información, brindada en la Entidad Vinculada	01	Por plataforma de atención de entidad vinculada	Por falta de información sobre los procedimientos de la atención (información inadecuada sobre las coberturas de su plan de salud, exclusiones, carencias, periodo de espera o preexistencias, etc.) en plataforma de la entidad vinculada.	Mediato	35	AD	SI
		02	Por otras instancias de la Entidad Vinculada	Por falta de información sobre los procedimientos de la atención (información inadecuada sobre las coberturas de su plan de salud, exclusiones, carencias, periodo de espera o preexistencias, etc.) en otras instancias de la entidad vinculada	Mediato	35	AD	SI
05	Acreditación del Afiliado y/o asegurado	01	Base de datos de movimiento de afiliación no actualizada por EPS	Base de datos desactualizada	Inmediato	10	AD	NO
		02	Demora de la EPS en la carga de datos al sistema de afiliación. (SITEDES)	Demora en la actualización de datos generando problemas con la atención del afiliado	Inmediato	10	AD	NO
		03	Error en los datos de filiación, cobertura y estado del afiliado en la EEV	Error en los datos del afiliado por la Entidad Vinculada que generan problemas con la atención del afiliado.	Mediato	35	AD	SI
		04	Error en los datos de filiación, cobertura y estado del afiliado en la EPS	Error en los datos relacionados con las coberturas, exclusiones y preexistencias en el Plan de Salud del afiliado	Inmediato	10	AD	SI
		05	Del carné de afiliado	Cuando la EPS no ha entregado oportunamente el carné a la empresa o al afiliado	Inmediato	10	AD	SI
		06	Otros relacionados con la acreditación del afiliado	Error en otros datos del afiliado o demora en la actualización de los mismos.	Inmediato	10	AD	NO
06	Dificultad de acceso a los servicios de atención al usuario	01	Demora de atención al afiliado en la entidad vinculada	Dificultad durante el proceso de atención al afiliado en la Entidad Vinculada por parte del personal no médico (administrativos, enfermería, personal técnico, entrega de resultados, citas para análisis o exámenes médicos, etc)	Mediato	35	AD	SI
		02	Demora en llegada de ambulancia o atención a domicilio	Aplicable tanto a la atención de consultas y emergencias a domicilio	Mediato	35	AD	SI
		03	Demora de atención al afiliado en el call center	Dificultad durante el proceso de atención telefónica al afiliado (no están cargadas las coberturas, información del afiliado no aparece en el sistema de la EPS o es incorrecta, etc.)	Inmediato	10	AD	NO
		04	Demora en la atención al afiliado en la Plataforma de Atención de la EPS	Dificultad durante el proceso de atención al afiliado de parte del personal de la EPS: Coordinadora de Clínica o Ejecutivos de EPS	Inmediato	10	AD	NO
		05	Demora de atención al cliente en la Plataforma de Admisión de la Entidad Vinculada	Dificultad durante el proceso de atención al afiliado por parte del personal de atención al cliente de la Entidad Vinculada	Mediato	35	AD	SI
		06	Incumplimiento de citas en la Entidad Vinculada o infraestructura propia de la EPS	Casos en que el médico por alguna emergencia no cumplió con llegar a la cita o llegó con cierta tardanza. Cuando citan a una hora y el médico deja esperando al paciente, etc.	Mediato	35	PR	SI
		07	El afiliado no está de acuerdo con el horario de atención en la EPS	Generado por la demora o ausencia del personal de EPS. Cuando no reciben respuesta o atención fuera del horario administrativo o por falta de reemplazo en horario de refrigerio.	Inmediato	10	AD	SI
		08	No está de acuerdo con el horario de atención en la Entidad Vinculada	Cuando la entidad vinculada no cuenta con los horarios solicitados por el afiliado. Por falta de reemplazo en horario de refrigerio.	Mediato	35	AD	SI
		09	Oportunidad de referencia a Essalud	Todo reclamo referido al proceso de referencia a EsSalud	Inmediato	10	AD	SI
		10	Cambio de médico tratante en la EPS sin consentimiento expreso del afiliado	Generado por la renovación del personal médico en la EPS u otra causa	Inmediato	10	PR	SI
		11	Cambio de médico tratante en la Entidad Vinculada sin consentimiento expreso del afiliado	Generado por la renovación del personal médico en la Entidad Vinculada u otra causa	Mediato	35	PR	SI
		12	No disponibilidad de Servicios de Salud en lugar de residencia	Generado porque el afiliado no cuenta con un proveedor de salud en o cerca a su lugar de residencia	Mediato	35	AD	SI
		13	Otros relacionados con el acceso a los servicios	Dificultad con el acceso a los beneficios de su plan de salud.	Mediato	35	AD	SI

07	Disconformidad con la carta de garantía	01	Demora en emisión de carta de garantía por la EPS	Generado por falta de información en la solicitud emitida por el proveedor, por la complejidad del caso, por solicitud de informe ampliatorio de parte de la EPS cuando ha sido observada o porque no incluía el presupuesto.	Mediato	35	AD	SI
		02	Error en emisión de carta de garantía por la EPS	Generado cuando la EPS ha consignado información errada en la carta de garantía o emitido	Mediato	35	AD	SI
		03	Negación de la carta de garantía por la EPS	Rechazo de la solicitud emitida por la entidad vinculada.	Mediato	35	AD	SI
		04	Negación de ampliación de carta de garantía por la EPS	Generado cuando la EPS desaprueba la ampliación (diversos motivos)	Mediato	35	AD	SI
		05	Problemas de transmisión electrónica	Generada por problemas tecnológicos (mal funcionamiento del fax o web)	Inmediato	10	AD	NO
		06	Otros relacionados con disconformidad con las cartas de garantía	Inconformidad con el proceso de emisión o aprobación de la carta de garantía y otros.	Mediato	35	AD	SI
08	Latencia (Relacionados a derechos y obligaciones del usuario)	01	Demora en la emisión de carta de latencia	Generado por falta de información relacionada a los procedimientos del trámite de la carta de latencia.	Inmediato	10	AD	NO
		02	No conformidad con la variación de coberturas en el plan de salud.	No conformidad con la modificación en las coberturas propias del periodo de latencia	Inmediato	10	AD	NO
		03	No figura sus datos de afiliación en la base de datos de EEV	Falta de actualización de los sistemas de la Entidad Vinculada o demora de la EPS en cargar al asegurado	Mediato	35	AD	SI
		04	Dificultad de acceso por no cumplir con requisitos exigidos por la EPS para acceder al beneficio	Generado cuando el afiliado no presenta los requisitos solicitados por la EPS para otorgar el beneficio o por no estar de acuerdo con el periodo otorgado por la EPS	Inmediato	10	AD	NO
		05	Otros relacionados con la latencia	No conformidad con el proceso de emisión o cobertura de latencia y otros relacionados con la latencia.	Inmediato	10	AD	NO
09	Disconformidad por el cobro de gastos no cubiertos	01	Por error de la EPS al momento de definir la cobertura	Generado cuando la EPS no definió adecuadamente los beneficios y las coberturas	Mediato	35	AD	SI
		02	Por error de la Entidad Vinculada al momento de definir la cobertura	Generado cuando la Entidad Vinculada no explicó adecuadamente que algunos procedimientos o servicios no están cubiertos por el plan de salud	Mediato	35	AD	SI
		03	Por cobro de beneficios otorgados en exceso a los límites de cobertura.	Cuando la EPS o Entidad Vinculada solicitan el pago por los excesos en un procedimiento o atención no cubiertos por el Plan de Salud.	Inmediato	10	AD	NO
		04	Por encontrarse en periodo de carencia	Generado cuando el afiliado presenta atenciones no cubiertas por encontrarse en periodo de carencia.	Inmediato	10	AD	NO
		05	Por estar excluido en el plan de salud y contrato.	Generado cuando el afiliado presenta atenciones o procedimientos que están excluidos de su Plan de Salud	Inmediato	10	AD	NO
		06	Otros relacionados con gastos no cubiertos	Generado cuando el afiliado no se encuentra conforme con los gastos que tiene que asumir al no estar cubiertos por su Plan de Salud.	Mediato	35	AD	SI
10	Disconformidad con los cobros por la atención	01	Relativos a Copagos fijo (deducible) y variable (coaseguro)	El afiliado no está conforme en relación a los copagos cancelados en la entidad vinculada.	Mediato	35	AD	SI
		02	Carga de planes	Cuando el Plan de Salud correcto no se encuentra cargado en el sistema	Mediato	35	AD	SI
		03	Cobertura	Cuando las coberturas son diferentes a las que figuran en su Plan de Salud	Mediato	35	AD	SI
		04	Cobros adicionales a las tarifas contractualmente pactadas	Cuando la Entidad Vinculada presenta gastos adicionales no pactados por un procedimiento	Mediato	35	AD	SI
		05	Cobros en Emergencia	Se genera cuando el médico tratante determina que el diagnóstico no se considera emergencia cubierta al 100% y se cobra por la atención	Mediato	35	AD	SI
		06	Otros relacionados con los cobros por la atención	Otros gastos no cubiertos	Mediato	35	AD	SI
11	Disconformidad en el proceso de reembolso	01	Demora en pago de reembolso	Por demora en los documentos que sustenten el trámite de reembolso, por casos complejos que requieren mayor verificación de información, por error en datos de solicitud de reembolso, etc	Inmediato	10	AD	NO
		02	No está de acuerdo con el monto a reembolsar o reembolsado	Cuando el reembolso es por un porcentaje diferente al que se indica en su Plan de Salud o diferente los gastos presentados por una atención.	Mediato	35	AD	SI
		03	No está de acuerdo con rechazo de reembolso	Cuando la EPS lo rechaza al no encontrar sustento según su Plan de Salud.	Mediato	35	AD	SI
		04	No está de acuerdo con el monto reembolsado originado en la consignación de un diagnóstico errado.	Cuando se aplica en la liquidación un diagnóstico diferente al consignado en la atención.	Mediato	35	AD	SI
		05	Otros relacionados con el reembolso	Cuando su Plan no contempla reembolso o no está conforme con el procedimiento.	Mediato	35	AD	SI
12	Disconformidad con el trato recibido	01	Descortesía en personal administrativo en la Entidad Vinculada	Personal poco amable en la Entidad Vinculada cuyo trato o desinterés genera malestar al usuario	Mediato	35	AD	SI
		02	Descortesía en personal administrativo en plataforma de atención de EPS	Personal poco amable en la EPS cuyo trato o desinterés genera malestar al usuario	Inmediato	10	AD	NO
		03	Discriminación al usuario en los servicios de la Entidad Vinculada	Se genera cuando el asegurado por EPS percibe un trato diferente al que se brinda a los pacientes particulares en la Entidad Vinculada, al momento de solicitar la atención o al ser atendido.	Mediato	35	AD	SI
		04	Descortesía en el personal médico	Cuando el asegurado percibe un trato inadecuado o desinterés en la atención del médico de la Entidad Vinculada	Mediato	35	AD	SI
		05	Descortesía en el personal asistencial no médico	Cuando el asegurado percibe un trato inadecuado o desinterés en la atención del personal asistencial no médico de la Entidad Vinculada	Mediato	35	AD	SI
13	Otros administrativos	01	En los casos que el reclamo, de orden administrativo, no corresponda a las causales señaladas.	Cualquier causa de reclamo administrativo que no esté considerado en los tipos de reclamos especificados.	Mediato	35	AD	SI
14	Calidad de la atención de salud	01	Relacionado con la evaluación durante la consulta médica ambulatoria o en emergencia	Cuando el asegurado percibe que el médico tratante no realizó una evaluación adecuada o suficiente en consulta ambulatoria o emergencia	Mediato	35	PR	SI
		02	Relacionado con el diagnóstico	Cuando el usuario no está conforme con el diagnóstico (ambulatorio, emergencia, hospitalización, u otro)	Mediato	35	PR	SI
		03	Relacionado con la atención de consulta médica y emergencia a domicilio y servicio de ambulancia	Cuando el usuario no esta conforme con el tratamiento o resultados del mismo	Mediato	35	PR	SI
		04	Relacionado con el tratamiento médico ambulatorio o en emergencia	Cuando el usuario no esta conforme con el tratamiento o resultados del mismo	Mediato	35	PR	SI
		05	Demora en la atención en el servicio de emergencia	Demora de la atención de una emergencia por demanda del servicio, por falta o demora del personal de emergencia	Mediato	35	PR	SI
		06	Relacionado con el tratamiento quirúrgico	Cuando el usuario no está conforme con el tratamiento quirúrgico recibido	Mediato	35	PR	SI
		07	Relacionado con la Hospitalización	Cuando el usuario no está conforme con la atención recibida durante su hospitalización	Mediato	35	PR	SI
		08	Relacionado con el examen o procedimiento auxiliar	Cuando el usuario no está conforme con los exámenes auxiliares realizados (ambulatorio, emergencia, hospitalización, u otro)	Mediato	35	PR	SI
		09	Relacionado con la información al paciente por el médico	Cuando el usuario percibe que la información alcanzada ha sido insuficiente o inadecuada	Mediato	35	PR	SI
		10	Otros relacionados con la calidad de la atención	Deficiencias en la atención del personal médico y asistencial no médico.	Mediato	35	PR	SI

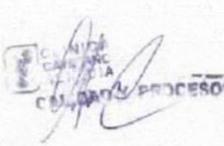
15	Deficiencia en el orden y limpieza de la Entidad Vinculada	01	Indumentaria del personal asistencial	Cuando el personal de la Entidad Vinculada no cumple con una presentación adecuada.	Mediato	35	PR	SI
		02	Ambientes	Cuando los ambientes de la Entidad Vinculada no son apropiados para la atención médica por falta de orden y/o limpieza	Mediato	35	PR	SI
		03	Equipos	Cuando el paciente considera que los equipos no están adecuadamente conservados.	Mediato	35	PR	SI
		04	Otros relacionados con la salubridad	Cuando el paciente percibe que hay deficiencia de otros factores que influyen en su tratamiento.	Mediato	35	PR	SI
16	Relativos a la infraestructura y el equipamiento	01	Infraestructura	Cuando el afiliado percibe que la Entidad Vinculada no cuenta con infraestructura adecuada para la atención de los usuarios (falta sala de espera, estacionamiento, iluminación, agua, etc)	Mediato	35	PR	SI
		02	Equipamiento	Cuando el afiliado percibe que los equipos se encuentran malogrados o deteriorados o no cuentan con equipos adecuados	Mediato	35	PR	SI
		03	Otros	Cuando el afiliado percibe que hay deficiencia de otros factores relacionados a infraestructura y equipos.	Mediato	35	PR	SI
		01	Cambio de medicamento	Cuando se cambia de medicamento durante el tratamiento al afiliado o la farmacia le entrega un medicamento diferente al prescrito por el médico tratante.	Mediato	35	PR	SI
17	No conformidad con el suministro de medicamentos o insumos en la entidad vinculada	02	Demora en la entrega de medicamentos	Cuando la Entidad Vinculada no cumple oportunamente con la entrega de los medicamentos	Mediato	35	PR	SI
		03	No conformidad con el medicamento indicado	Cuando el afiliado no se encuentra de acuerdo con el medicamento prescrito.	Mediato	35	PR	SI
		04	Falta de medicamento en la entidad vinculada	Cuando el médico receta un fármaco que no hay en farmacia de la misma Entidad Vinculada	Mediato	35	PR	SI
		05	Error en la entrega de medicamento	Cuando el afiliado recibe menos cantidad de medicinas, recibe medicinas que están vencidas o por vencer, etc.	Mediato	35	PR	SI
		06	Negación en la entrega de medicamentos	Cuando el servicio de farmacia de la Entidad Vinculada niega la entrega del medicamento	Mediato	35	PR	SI
		07	Medicamento no cubierto o excluido	Cuando la Entidad Vinculada niega la entrega de medicamentos al no estar cubiertos por la EPS o estar excluidos de su Plan de Salud.	Mediato	35	PR	SI
		08	Falta de insumos médicos	Cuando la Entidad Vinculada no cuenta con algún insumo médico que debe ser adquirido por el usuario.	Mediato	35	PR	SI
		09	Otros relacionados con el suministro de medicamentos e insumos médicos	Otros relacionados con el suministro de medicamentos e insumos médicos	Mediato	35	PR	SI
18	Otros relativos a la prestación	01	En los casos que el reclamo de carácter prestacional no corresponda a las causales señaladas.	Otros casos de reclamos relacionados directamente con la prestación de salud y que no puedan ser clasificados en los tipos antes señalados.	Mediato	35	PR	SI

## ANEXO 6: PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS RECLAMOS Y DENUNCIAS

	PROTOCOLO:	ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS	
	Consultas, reclamos y denuncias	CÓDIGO: PS-GG-CP-01	
		REVISIÓN: 01	VERSIÓN: 01
		A: 11/MAR/22	PÁG. 1 / 45

# PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS RECLAMOS Y DENUNCIAS

2022-2023

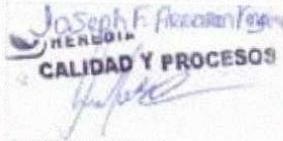
Elaborador Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
 C. NIVE CALIDAD Y PROCESOS	 C. NIVE CALIDAD Y PROCESOS	 Marta Flores Merino GERENTE GENERAL
Fecha: 01/MAR/2022	Fecha: 07/MAR/2022	Fecha: 11/MAR/2022

**ANEXO 7: MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ACP**

MANUAL: Procesos y Procedimientos	ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS	
	CÓDIGO: MA-GG-CP-01	
	REVISIÓN: 01	VERSIÓN: 01
	A: 30/MAY/22	PÁG. 1 / 100

# MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL ÁREA DE CALIDAD Y PROCESOS

2022-2023

Elaborador Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
 CALIDAD Y PROCESOS		 GERENTE GENERAL
Fecha: 09/MAY/2022	Fecha: 23/MAY/2022	Fecha: 30/MAY/2022

## ANEXO 8: ACUERDOS DE COMITÉ DE GESTIÓN DE CALIDAD

Reunión:	<input checked="" type="checkbox"/> Ordinaria	<input type="checkbox"/> Extraordinaria	Fecha:	31/ene
			Hora:	07:00 a

En atención al comunicado interno emitido por coordinación de gerencia y habiéndose verificado quórum, se da por inicio la reunión para tratar:

**I. AGENDA:**

- 1.1. Modificación de protocolo para gestión de consultas, reclamos y denuncias.
- 1.2. Reporte de gestión de consultas, reclamos y denuncias.
- 1.3. Presentación del nuevo representante del área de Calidad y Procesos de la CCH.

**II. ACUERDOS:**  
Luego de la exposición de cada uno de los ítems de la agenda, escuchar los fundamentos causales y defracciones, se delibera por unanimidad llegar a los siguientes acuerdos:

- 2.1. PRIMERO.-  
Revisión de reporte de gestión de las consultas, reclamos y denuncias de la CCH
- 2.2. SEGUNDO.-  
Adecuación de nuevo proceso de atención de consultas y reclamos por parte de coordinadores responsables de cada área.
- 2.3. TERCERO.-  
Acuerdo para establecimiento del nivel de solución de consultas, reclamos y denuncias.
- 2.4. Otros.-
  - Se encarga a cada dueño de proceso involucrado en el CVPCIIH-CCH, hacer inventario de sus necesidades como área las cuales serán tratadas en la siguiente reunión.

**III. COMPROMISOS DE GESTIÓN:**

Actividad	RQ Legal	Responsable	Fecha de Compromiso
- Supervisión de las soluciones brindadas por colaboradores de cada área	-	Todos coordinadores del área.	12/feb/2018
- Actualización y validación de protocolo de atención de consultas, reclamos y denuncias	-	Joseph Arriaran.	01/mar/2018
- Auditoría para cumplimiento de protocolo	-	Joseph Arriaran	08/mar/2018

*Gestión basada en resultados*