



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD.

TÍTULO DE LA TESIS:

**“DISEÑO DE UNA PROPUESTA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN
EN LA CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CANTONAL “DR. JUAN
MONTALVÁN CORNEJO”.**

Previa a la obtención del Grado Académico

MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD.

ELABORADO POR:

MD. JOHANN JOSEPH BURGOS VALVERDE.

DIRECTOR DE TESIS

ING. DIOMEDES RODRIGUEZ VILLACIS.

GUAYAQUIL-ECUADOR.

2014.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD.

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **MD. JOHANN JOSEPH BURGOS VALVERDE**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD.**

DIRECTOR DE TESIS

ING. DIOMEDES RODRIGUEZ VILLACIS.

REVISORES:

C.P.A. LAURA VERA SALAS

MG. CINTHYA GAME VARAS.

DIRECTOR DEL PROGRAMA

ECON. MARÍA DEL CARMEN LAPO MAZA.

Guayaquil, a los 31 días del mes de Octubre año 2014.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

YO, MD. JOHANN JOSEPH BURGOS VALVERDE.

DECLARO QUE:

La Tesis “**DISEÑO DE UNA PROPUESTA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CANTONAL “DR. JUAN MONTALVÁN CORNEJO”**”, previa a la obtención del Grado Académico de Magíster, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de la tesis del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 31 días del mes de Octubre año 2014.

EL AUTOR

MD. JOHANN JOSEPH BURGOS VALVERDE.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD.

AUTORIZACIÓN

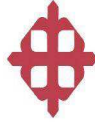
YO, MD. JOHANN JOSEPH BURGOS VALVERDE.

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución de la Tesis de Maestría titulada **“DISEÑO DE UNA PROPUESTA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CANTONAL “DR. JUAN MONTALVÁN CORNEJO”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, Octubre 31 del 2014.

EL AUTOR

MD. JOHANN JOSEPH BURGOS VALVERDE.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD.

ANALISIS URKUND.

The screenshot shows the URKUND web interface. The browser address bar displays the URL: <https://secure.orkund.com/view/10006599-909525-472171#8cGxYAwDATBxhfYOfsK0rDCUQET0zu7b7qcdZxQxiUVs1NFagYSMEhWaaKGNOy488ckb70SgghLl6/sB>. The interface includes a document summary on the left and a 'List of sources' table on the right.

Rank	Path/File Name
	http://www.espace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/11159/2/TESIS%20MGPC.docx
	ESPOCH-SST00165.pdf
	TESIS ALEX Y DIANA.docx
	Alvarado Malena. Servicio de cuidado infantil.pdf
	Investigación y Programación. Centro de Atención Ambulatoria Calceta. docx
	TESIS OCTUBRE 2013.docx
	tesis Hugo Lucero.docx
	3781A_1.m.pdf

1 INTRODUCCIÓN. El Hospital cantonal "Dr. Juan Montalván Cornejo" de Ricaurte ("H.C.J.M.C." Área de Salud N° 4) está ubicado en el Cantón Urdaneta, en la Parroquia Ricaurte; el hospital también presta sus servicios a usuarios del Cantón Pueblo Viejo y a otros usuarios proveniente de otras áreas como son: Cantón Ventanas, Cantón Vinces y de la Provincia de Bolívar. El Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC, 2010), informó que la población asignada del 2008 para Ricaurte como Área fue de 64.399 personas, mientras que la población asignada como Hospital para ese año fue de 11.766 personas, habiendo alcanzado para el 2008 según informes obtenidos del Departamento de Estadísticas del H.C.J.M.C. de Ricaurte, una producción total de 39.416 usuarios entre consultas médicas, obstétricas y odontológicas en la Consulta Externa. El departamento de Coordinación del H.C.J.M.C. (2010) refirió que durante el periodo 2008-2009 en lo que respecta a la atención por consulta o producción, presentó un déficit en lo que respecta a la cobertura en la cual el porcentaje esperado para los diferentes grupos programados de acuerdo a la clasificación por edades era de aproximadamente 100%, habiéndose alcanzado un bajo porcentaje en los siguientes grupos: escolares de 5 a 9 años un 33% y adolescentes de 10 a 19 años un 11.1% correspondiente a la atención por parte de los profesionales de la salud, en lo referente a la atención el parto, este mostró un porcentaje 31.4%, cifra baja con relación a lo esperado para la población asignada durante ese periodo. Información proporcionada por el Departamento de Estadística del H.C.J.M.C. (2010), la población que asignó la Dirección Provincial de Salud de los 2 Ríos (DPSLR) en el 2009 para el área de salud fue de aproximadamente 65.489 habitantes, durante ese periodo se alcanzó una producción total de 27.973 usuarios entre consultas médicas, obstétricas y odontológicas en la Consulta Externa. El H.C.J.M.C. presenta serias deficiencias en lo que concierne a calidad de atención por parte del personal de planta y contratados que labora en esta institución, entre ellos los hallazgos encontrados se evidencia: el personal de estadísticas, profesionales médico, enfermeras, y demás trabajadores que prestan sus servicios en la consulta externa del Hospital de Ricaurte no llegan puntual a la hora de entrada de sus respectivas jornada laboral, no se ubican de inmediato en sus puestos de trabajo, el personal de estadísticas entrega turno de una manera desorganizada en la entrada del hospital, lo que ocasiona que los usuarios (pacientes) se aglomeren en la entrada del mismo y dificulte el paso y/o acceso al resto de usuarios y trabajadores de la institución; el personal de estadísticas no son eficientes al momento de procesar la información del usuario (historia clínica del usuario), lo mismo sucede con el personal de enfermería, en donde se generan demoras en el proceso de preparación del usuario o paciente, causando congestión en el área de preparación; los profesionales médicos, odontólogos y obstétricas atienden una cantidad exagerada de pacientes, mientras que otros atienden una cantidad reducida de pacientes; los profesionales médicos en preparación minimizan los casos cuando dejan no reportados sus historias para programación de

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradezco sinceramente a mi director y tutor de Tesis, Ing. Diomedes Rodríguez, su esfuerzo y dedicación. Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como investigador. Él ha inculcado en mí un sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podría tener una formación completa como investigador. A su manera, ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda con él por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado esta Tesis.

También agradezco a mis antiguos compañeros de trabajo del Hospital Cantonal Dr. Juan Montalván Cornejo de Ricaurte. Gracias por su apoyo incondicional a pesar de la distancia y sobre todo por su colaboración durante el desarrollo de la presente tesis.

Finalmente agradezco infinitamente a mi querida amiga, consejera y profesora, Dra. Mariana Nagua así como también a mis Jefes y compañeros de trabajo. Para mí son los mejores amigos y compañeros que se pueden tener. Su visión, motivación y optimismo me han ayudado en momentos muy críticos de la Tesis, y estoy orgulloso que ellas y ellos me consideren a mí digno de poseer su amistad. Soy un hombre afortunado.

Para ellos,

Muchas gracias por todo.

MD. JOHANN JOSEPH BURGOS VALVERDE.

DEDICATORIA

Dedico esta Tesis a toda mi familia.

A mis padres Jaime y Dolly, por su comprensión y ayuda incondicional en todo tiempo, momento, lugar y circunstancias de mi vida. Me han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio.

Para mi hija, Adriana. Su nacimiento es el motor de muchas inspiraciones, su nacimiento marco mi vida. Ella es lo mejor que nunca me ha pasado, y ha venido a este mundo para darme fuerza y sobretodo el último empujón para terminar el trabajo. Realmente ella me llena por dentro para conseguir un equilibrio que me permita dar el máximo de mí. Es sin duda mi referencia para el presente y para el futuro.

A todos ellos,

Muchas gracias de todo corazón.

MD. JOHANN JOSEPH BURGOS VALVERDE.

INDICE GENERAL

	Pág.
PORTADA.	
CERTIFICACIÓN.	
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD.	
AUTORIZACIÓN.	
ANALISIS URKUND	
AGRADECIMIENTOS.	I
DEDICATORIA.	II
INDICE DE TABLAS.	VIII
INDICE DE FIGURAS.	IX
ABREVIATURAS UTILIZADAS.	X
RESUMEN.	XI
ABSTRACT.	XIII
INTRODUCCIÓN.	1
Objetivos generales.	3
Objetivos específicos.	3

CAPITULO 1.**HOSPITAL CANTONAL DE RICAURTE.**

Historia.	4
1.1. Antecedentes.	5
1.2. Estructura organizacional.	7
1.3. Localización.	9
1.4. Usuarios.	9
1.5. Servicios de salud que ofrece.	11

CAPITULO 2.**PROCESOS DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
CANTONAL DE RICAURTE.**

2.1. Definición de proceso.	14
2.1.1. Definición de gestión por procesos.	15
2.1.2. Tipos de procesos.	15
2.1.3. Proceso sistémico del Hospital Cantonal de Ricaurte.	16
2.2. Modelos de atención.	17
2.2.1. Concepto de modelo.	21
2.2.2. Concepto de modelo de atención.	22
2.2.3. Modelo de atención actual/Modelos de atención integral.	24

2.2.4.	Principios del modelo.	25
2.2.5.	Componentes del modelo de atención.	27
2.3.	El rol del recurso humano o características del recurso humano.	35
2.3.1.	Diseño de cargo.	35
2.3.2.	Concepto de cargo.	36
2.3.3.	Descripción y análisis de cargos.	36
2.4.	Redes de comunicación utilizadas.	37
2.4.1.	Barreras de la comunicación.	39
2.4.2.	Flujo de la comunicación.	42
2.4.3.	Tipos o medios de comunicación.	42
2.4.4.	Sugerencias para la mejora de la comunicación.	43
2.5.	Recursos económicos asignados.	43
2.6.	Consulta externa.	45
2.6.1.	Tipos de consulta externa.	45

CAPITULO 3.

DIAGNÓSTICO DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA.

3.1.	Investigación – Situación Actual.	46
3.1.1.	Proceso de atención de la Consulta externa.	48

3.1.2.	Apertura de Historia Clínica a pacientes por primera vez.	51
3.1.3.	Preparación del paciente (Área de Enfermería).	53
3.1.4.	Atención médica en la Consulta Externa.	54
3.1.5.	Problemas Existentes.	56
3.1.6.	FODA.	62
3.2.	Metodología.	66
3.2.1.	Nivel o tipo de investigación.	67
3.2.2.	Población y muestra.	67
3.2.2.1.	Determinación del tamaño de la muestra.	67
3.2.3.	Fuentes de información.	69
3.2.4.	Obtención de datos.	69
3.2.5.	Plan de recolección de información.	70
3.2.6.	Plan de procesamientos de la información.	71
3.2.7.	Procesos de atención en Consulta Externa.	71
3.2.8.	Encuesta de satisfacción de usuario.	71
3.3.	Análisis de resultados.	87

CAPÍTULO 4.**PROPUESTA DE UN MODELO DE PROCESO.**

4.1.	Plan Estratégico: Descripción.	89
4.1.1.	Definición de la consulta externa en el diseño del proceso.	97
4.1.2.	Misión, Visión y Objetivos propuestos para el H.C.J.M.C.	97
4.2.	Plan de marketing.	98
4.2.1.	Metodología de monitoreo y evaluación.	101
4.2.2.	Plan de contingencia para el control estadístico de procesos.	103
4.3.	Factibilidad económica – financiera.	103
4.4.	Difusión.	105
4.4.1.	Inducción Básica a la norma ISO 9000.	105
4.4.2.	Introducción a la norma ISO 9001:2008.	105
4.4.3.	Identificación de los procesos del Hospital.	106
4.4.4.	Difusión/Capacitación en los Procedimientos e instructivos.	106
4.4.5.	Compromiso de la Dirección del H.C.J.M.C.	106

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	109
--	-----

BIBLIOGRAFIA.	112
----------------------	-----

ANEXOS.	116
----------------	-----

ÍNDICES DE TABLAS

TABLAS.	Pág.
Tabla 1.1: Usuarios Internos.	10
Tabla 1.2: Población Urdaneta y Pueblo viejo 2010 por U. Operativas.	10
Tabla 1.3: Población Urdaneta y Pueblo viejo por Grupos Programáticos.	11
Tabla 1.4: Plis 2010.	13
Tabla 2.1: Modelos de Actividades para mejora continua de la calidad.	22
Tabla 2.2: Modelo de atención integral en salud familiar y comunitario.	25
Tabla 2.3: Características en trabajadores.	35
Tabla 2.4: Tipos de barreras a la comunicación.	40
Tabla 3.1: Especialidades que ofrece el servicio de consulta externa.	50
Tabla 3.2: Clasificación por familia de las causas.	62

ÍNDICE DE FIGURAS.

FIGURAS.	Pág.
Figura 1.1: Organigrama Estructural.	8
Figura 2.1: Proceso de Valor Agregado.	16
Figura 2.2: Procesos determinantes, niveles y tipos de intervención en salud.	28
Figura 2.3: Niveles de prevención.	30
Figura 2.4: Modelo de gestión.	34
Figura 2.5: Sistema de Comunicación.	38
Figura 2.6: Barreras en el proceso de comunicación.	40
Figura 2.7: Cómo funcionan las barreras a la comunicación.	41
Figura 2.8: Flujos de la comunicación.	42
Figura 3.1: Diagrama causa efecto de falta de exámenes previos.	59
Figura 3.2: Diagrama causa efecto de ausentismo del médico.	60
Figura 3.3: Diagrama causa efecto de los datos mal ingresados en estadística.	61
Figura 3.5: F.O.D.A.	63
Figura 4.1: Modelo de proceso de mejora continua en el área de la salud.	91

ABREVIATURAS UTILIZADAS.

DPS: Dirección provincial de Salud.

DPSLR: Dirección provincial de Salud de Los Ríos.

EBAS: Equipo Básico de Salud.

F.O.D.A: Fortaleza, Oportunidad, Debilidad, Amenaza.

FONNIN: Fondo de Inversión para la Nutrición infantil.

H.C.J.M.C.: Hospital Cantonal “Dr. Juan Montalván Cornejo”.

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo.

MOF: Manual Orgánico Funcional.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PLIS: Programación Local Integral de Salud.

POA: Programa Operativo Anual.

RRHH: Recursos Humanos.

SENPLADES: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.

SNS: Sistemas Nacional de Salud.

Resumen.

El Hospital cantonal “Dr. Juan Montalván Cornejo” de Ricaurte en un Hospital básico ubicado en el Cantón Urdaneta, registros del censo poblacional del INEC del 2010 indican que la población fue de aproximadamente 65,740 habitantes, programándose para ese mismo período un total de 36,917 usuarios entre consultas médicas, obstétricas y odontológicas.

El hospital presenta serias deficiencias en lo que concierne a calidad de atención por parte del personal de planta, de los procesos de atención y de la dotación e infraestructura de las instalaciones, por lo que el tiempo de atención y la permanencia del paciente en las Instalaciones es muy complejo, siendo esta de 3 a 4 horas promedio desde la toma del ticket (que indica el turno que le corresponde) hasta la atención por el o los profesionales sanitarios asignados; por lo tanto, el objetivo fue determinar las dificultades en los procesos de atención al usuario y diseñar una propuesta para mejorar la calidad de la atención de la Consulta Externa del H.C.J.M.C.

Se realizó un análisis a través del diagrama de Ishikawa y FODA, y se estableció una Metodología basándonos en Hernández, Fernández y Baptista (2010), por lo que la población encuestada la conformaron los pacientes de 15 a 74 años de edad.

Basándonos en los resultados podemos concluir que el H.C.J.M.C. ofrece una estructura organizacional compleja, de muchos niveles, estructura rígida, poco dinámica y muy burocrática, con gran variedad de prestaciones médicas, con escasez de recursos, con estructura física inadecuada, lo que todo esto se traduce en disminución de calidad en la atención, por lo que se propone implantar un Sistema de Gestión de Calidad (S.G.C.) basado en la Norma ISO 9001:2008, tener un Counter de información (anfitrión), incorporar la utilización de un nuevo software para la gestión de ingreso de la historia clínica de los usuarios o pacientes, independizar el servicio de consulta externa de la demás áreas del H.C.J.M.C., y que la atención dada en la consulta externa sea considerada solo consulta de

especialidad, mientras que actividades como: entrega de micronutrientes, entre otras; sea derivada hacia las unidades operativas de primer nivel con el fin de descongestionar la consulta externa del H.C.J.M.C.

Palabras Claves: Paciente, Usuario interno, Proceso, Sistema de Gestión de la calidad, consulta externa, Historia clínica.

Abstract.

Cantonal Hospital "Dr. Juan Montalván Cornejo." Ricaurte a staple Hospital in Canton Urdaneta, population census records INEC 2010 indicate that the population was about 65.740 inhabitants, and is programmed for the same period a total of 36.917 users among medical, obstetric consultations and dental.

The hospital has serious deficiencies with respect to quality of care by plant personnel, processes of care and the provision of facilities and infrastructure, so that the time of care and the patient remained in the Facilities is very complex, this being an average of 3-4 hours since taking receipt (indicating the rightful duty) to care or health professionals assigned; Therefore, the objective was to determine the difficulties in the process of customer care and design a proposal for improving the quality of outpatient care of HCJMC.

Analysis through the Ishikawa diagram and SWOT was conducted and a methodology was established based on Hernández, Fernández and Baptista (2010), so the population surveyed conformed patients 15 to 74 years old.

Based on the results we can conclude that the HCJMC offers a very dynamic and complex organizational structure of many levels, rigid structure, very bureaucratic, with a variety of medical services, scarce resources, inadequate physical structure, all this results in decreased quality of care, so it is proposed to implement a management System (QMS) based on ISO 9001: 2008, have a Counter information (host), incorporating the use of new software for managing income of clinical history users or patients, wean the outpatient department of HCJMC other areas, and that the attention given in the outpatient clinic is considered only at the specialty, while activities such as delivery of micronutrients, among others; she is referred to the operational units of the first level in order to decongest the outpatient HCJMC.

Keywords: Patient Internal User, Process, System Quality Management, outpatient clinical history.

INTRODUCCIÓN.

El Hospital cantonal “Dr. Juan Montalván Cornejo” de Ricaurte (H.C.J.M.C.) está ubicado en el Cantón Urdaneta, en la Parroquia Ricaurte, esta casa asistencial es considerado como un Hospital de segundo nivel de prestación de servicios en el Sistema Nacional de Salud y cuenta con un área de construcción de 1802m² asentada sobre un terreno de 11766m²; el hospital presta atención médica a la población en donde está asentado, presta también sus servicios a usuarios del Cantón Pueblo viejo y a otros usuarios proveniente de otras áreas como son: Cantón Ventanas, Cantón Vinces y de la Provincia de Bolívar.

En relación a su producción, información proporcionada por el Departamento de Estadística del H.C.J.M.C. (2010), indicó que la población que asigno la Dirección Provincial de Salud de los Ríos (DPSLR) en el 2009 para el área de salud fue de aproximadamente 65,489 habitantes, durante ese período se alcanzó una producción total de 27,973 usuarios entre consultas médicas, obstétricas y odontológicas en la Consulta Externa.

Para el período 2009-2010 como área (hospital y unidades operativas) se evidencio un bajo porcentaje en los siguientes grupos: pre-escolares de 1 a 4 años un 35.6%, en escolares de 5 a 9 años un 44.3% y adolescentes de 10 a 19 años un 2.2% en lo que corresponde a la producción por parte del personal médico; en lo obstétrico, un 10.3% en lo que respecta a control prenatal; en relación a la atención el parto, este mostro un porcentaje 24.8%, cifra baja en comparación a la cobertura esperada para la población asignada en ese período.

El Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC, 2010), informó que la población asignada del 2010 para Ricaurte como Área fue de 65,740 personas, mientras el Departamento de Coordinación del H.C.J.M.C. indico que para ese mismo año, la población asignada por la DPSLR fue de 66,533, y como Hospital es de 12,156 personas, habiéndose

proyectado en la Programación local Integral de Salud (PLIS) un total de 36,917 usuarios que debieron asistir a los diferentes servicios que ofrece la Consulta Externa del H.C.J.M.C.

En relación al servicio que prestado u ofertado, el H.C.J.M.C. presenta serias deficiencias en lo que concierne a calidad de atención por parte del personal de planta y contratados que labora en esta institución, entre los hallazgos encontrados se evidencia: el personal de estadísticas, profesionales médico, enfermeras, y demás trabajadores que prestan sus servicios en la consulta externa del Hospital de Ricaurte no llegan puntual a la hora de entrada de sus respectivas jornada laboral, no se ubican de inmediato en sus puestos de trabajo, el personal de estadísticas entrega turno de un manera desorganizada en la entrada del hospital, lo que ocasiona que los usuarios (pacientes) se aglomeren en la entrada del mismo y dificulte el paso y/o acceso al resto de usuarios y trabajadores de la institución; el personal de estadísticas no son eficientes al momento de procesar la información del usuario (historia clínica del usuario), lo mismo sucede con el personal de enfermería, en donde se generan demoras en el proceso de preparación del usuario o paciente, causando congestionamiento en el área de preparación; los profesionales médicos, odontólogos y obstetrices atienden una cantidad exagerada de pacientes, mientras que otros atienden una cantidad reducidas de pacientes; los profesionales médicos con preparación quirúrgica operan cuando desean, no respetando sus horarios para programación de cirugía, llegando a operar en días que les corresponden dar consultas médicas ocasionando conflictos en los servicios prestados por la institución, adicionalmente se van a la hora que desean, irrespetando sus horas contratadas o de servicio, ocasionando que el paciente no sea atendido, demore en ser atendido y/o sea atendido al apuro, lo cual disminuye la calidad en la atención que debería recibir el usuario.

Otro problema que se presenta en la institución es el déficit o la falta de comunicación entre el personal de planta y/o contratados y entre las áreas, estos son: personal no avisan con

anticipación si van a faltar o si ha pedido permiso para ausentarse de su puesto de trabajo, las áreas o departamentos no avisan si se suspenden las actividades ya sean estas por charlas, capacitaciones, entre otras, generando un conflicto con los usuarios a nivel de la Consulta Externa.

Por lo antes expuesto, los objetivos de la investigación son los que se exponen a continuación:

Objetivo general.

Determinar las dificultades en los procesos de atención al usuario y diseñar una propuesta para el mejoramiento en la calidad de la atención de la Consulta Externa del Hospital Cantonal “Dr. Juan Montalván Cornejo”.

Objetivos específicos.

- a) Realizar el análisis de los procesos de atención de la Consulta Externa mediante la elaboración de Diagramas de Flujo y la medición de indicadores, con la finalidad de obtener un diagnóstico inicial de la situación en dicho Hospital Cantonal.
- b) Identificar los problemas utilizando herramientas como el Diagrama Causa Efecto y el análisis FODA para intervenir en aquellos más representativos.
- c) Analizar la percepción en la calidad de la atención de la Consulta Externa por parte de los usuarios.
- d) Diseñar un modelo de procesos estratégicos para mejorar la calidad en la atención de la Consulta Externa en el Hospital Cantonal.

CAPITULO 1.

HOSPITAL CANTONAL DE RICAURTE.

Historia.

Por la década de los años 70 se reunieron un grupo de hombres y mujeres como: Magali Díaz de Hernández, Átala Fernández de Benavides, Luisa Aspiazu de Aldaz, Luisa Quiñones de Manssur, Rosalía Bajaña de Sandoya, Riña Gavica de Canto, Rosa Huerta de Foyain, Victoria León de Casal, Carlos Hernández y Enrique Canto, quienes contagiados con la brillante idea de Don Emiliano Pinoargote Mieles de construir un hospital para Ricaurte, Catarama y sus alrededores, con lo que se evitaría el largo viaje en lancha o los conocidos transbordos de la época.

Don Emiliano Pinoargote hombre de alto sentido de responsabilidad y de gran corazón para su pueblo ofreció donar, como en efecto lo hizo un terreno de un área de 11.766 m², para la consecución de esta magnífica obra, los miembros del comité Pro construcción, debieron trasladarse a la ciudad de Quito para entrevistarse con Doña Corina Parra de Velasco Ibarra, Primera Dama de la Nación en ese entonces, quien ofreció brindar su apoyo económico y moral en esa brillante idea.

La idea fue haciéndose realidad pese a que el país entró en una era dictatorial, donde hombres como Jaime Aspiazu Seminario, Jorge Chan Vega y el Dr. Francisco Parra Gil, demostraron un interés para que Ricaurte contara con un centro hospitalario. Es así como el Hospital De Ricaurte fue inaugurado el 21 de mayo de 1976, durante la administración del Consejo Supremo del Gobierno, precedido por el Vicealmirante Alfredo Poveda Burbano e integrado por el General de División Guillermo Duran Arcentales, y que lleva el nombre del "Dr. Juan Montalván Cornejo" eminente Médico y científico oriundo de la ciudad de Vinces Provincia de Los Ríos.

Cabe destacar la participación de los miembros del club de Leones de Urdaneta quienes a través de un contacto lograron realizar el relleno del terreno que rodeaba la obra, esto se consiguió con la ayuda del Consejo Provincial de Bolívar. La construcción del Hospital la llevó a cabo una empresa Italiana la misma que doto los implementos y equipos de Quirófano y de todas las áreas del Hospital (Góngora, 2007).

1.1. Antecedentes.

El Hospital cantonal “Dr. Juan Montalván Cornejo” de Ricaurte (H.C.J.M.C.) está ubicado en el Cantón Urdaneta, en la Parroquia Ricaurte; el hospital también presta sus servicios a usuarios del Cantón Pueblo viejo y a otros usuarios proveniente de otras áreas como son: Cantón Ventanas, Cantón Vinces y de la Provincia de Bolívar.

Información proporcionada por el Departamento de Estadística del H.C.J.M.C. (2010), indicó que la población que asigno la Dirección Provincial de Salud de los Ríos (DPSLR) en el 2009 para el área de salud fue de aproximadamente 65,489 habitantes, durante ese período se alcanzó una producción total de 27,973 usuarios entre consultas médicas, obstétricas y odontológicas en la Consulta Externa.

Para el período 2009-2010 como área (hospital y unidades operativas) se evidencio un bajo porcentaje en los siguientes grupos: pre-escolares de 1 a 4 años un 35.6%, en escolares de 5 a 9 años un 44.3% y adolescentes de 10 a 19 años un 2.2% en lo que corresponde a la producción por parte del personal médico; en lo obstétrico, un 10.3% en lo que respecta a control prenatal; en relación a la atención el parto, este mostro un porcentaje 24.8%, cifra baja en comparación a la cobertura esperada para la población asignada en ese período.

El Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC, 2010), informó que la población asignada del 2010 para Ricaurte como Área fue de 65,740 personas, mientras el Departamento de Coordinación del H.C.J.M.C. indico que para ese mismo año, la población

asignada por la DPSLR fue de 66,533, y como Hospital es de 12,156 personas, habiéndose proyectado en la Programación local Integral de Salud (PLIS) un total de 36,917 usuarios que debieron asistir a los diferentes servicios que ofrece la Consulta Externa del H.C.J.M.C.

Sumado a los problemas de productividad, el H.C.J.M.C. presenta serias deficiencias en lo que concierne a calidad de atención por parte del personal de planta y contratados que labora en esta institución, entre ellos los hallazgos encontrados se evidencia: el personal de estadísticas, profesionales médico, enfermeras, y demás trabajadores que prestan sus servicios en la consulta externa del Hospital de Ricaurte no llegan puntual a la hora de entrada de sus respectivas jornada laboral, no se ubican de inmediato en sus puestos de trabajo, el personal de estadísticas entrega turno de un manera desorganizada en la entrada del hospital, lo que ocasiona que los usuarios (pacientes) se aglomeren en la entrada del mismo y dificulte el paso y/o acceso al resto de usuarios y trabajadores de la institución; el personal de estadísticas no son eficientes al momento de procesar la información del usuario (historia clínica), lo mismo sucede con el personal de enfermería, en donde se generan demoras en el proceso de preparación del usuario o paciente, causando congestión en el área de preparación; los profesionales médicos, odontólogos y obstetras atienden una cantidad exagerada de pacientes, mientras que otros atienden una cantidad reducidas de pacientes; los profesionales médicos con preparación quirúrgica operan cuando desean, no respetando sus horarios para programación de cirugía, llegando a operar en días que les corresponden dar consultas médicas ocasionando conflictos en los servicios prestados por la institución, adicionalmente se van a la hora que desean, irrespetando sus horas contratadas o de servicio, ocasionando que el paciente no sea atendido, demore en ser atendido y/o sea atendido al apuro, lo cual disminuye la calidad en la atención que debería recibir el usuario.

Otro factor adicional que se presenta en la institución es el déficit o la falta de comunicación entre el personal de planta y/o contratados y entre las áreas, estos son: personal

no avisan con anticipación si van a faltar o si ha pedido permiso para ausentarse, las áreas o departamentos no avisan si se suspenden las actividades ya sean estas por charlas, capacitaciones, entre otras, generando un conflicto con los usuarios de la Consulta Externa.

1.2. Estructura organizacional.

Los Cantones Urdaneta-Pueblo Viejo de la Provincia de Los Ríos cuenta con 154 trabajadores dentro de la nómina del Ministerio de Salud Pública (MSP) y dispone además de un hospital base (Hospital Dr. Juan Montalván Cornejo), 1 unidad móvil de salud, y de 11 unidades operativas o sub-centros ubicadas de manera periférica con relación al hospital, estas unidades son: Catarama, Sauces, Salampe, La Industria, Santo Domingo, Pijullo, Pueblo viejo, Nuevo Pueblo viejo, Puerto Pechiche, San Juan y Nuevo San Juan.

El Departamento de Coordinación del H.C.J.M.C., indica que las Unidades operativas (sub-centros), al igual que la consulta externa, quirófano y la parte administrativa del hospital trabajan en horarios de lunes a viernes de 8:00 de la mañana a 16:30 de la tarde; el hospital ofrece también los servicios de emergencias, hospitalización y ambulancia las 24 horas del día durante los 365 días del año. Entre los servicios ofertados están: medicina general, pediatría, cirugía general, ginecología, obstetricia, odontología, ecografía, rayos x, laboratorio, hemoteca, farmacia, emergencias, hospitalización y servicio de ambulancia.

Dentro de la estructura organizacional del Hospital Cantonal de Ricaurte, esta se encuentra distribuida por procesos y subprocesos.

La dirección o proceso gobernante del H.C.J.M.C. es la encargada de la parte estratégica, a su vez la dirección interactúa con el proceso de aseguramiento de calidad de gestión, el mismo que está encabezado por coordinación y secundado por el departamento de estadística. También se encuentra el proceso de apoyo y desarrollo organizacional, que está conformado por los sub-procesos de: gestión de Recursos Humanos (RRHH) y servicios institucionales, gestión de hotelería, gestión de farmacia; el proceso de enfermería y proceso de gestión financiera, el mismo que está conformado por los sub-procesos de: contabilidad y administración de caja. Finalmente tenemos los procesos agregadores de valor, que están constituidos por los sub-procesos: emergencia, consulta externa, hospitalización y servicios técnicos complementarios, como lo muestra la siguiente figura:

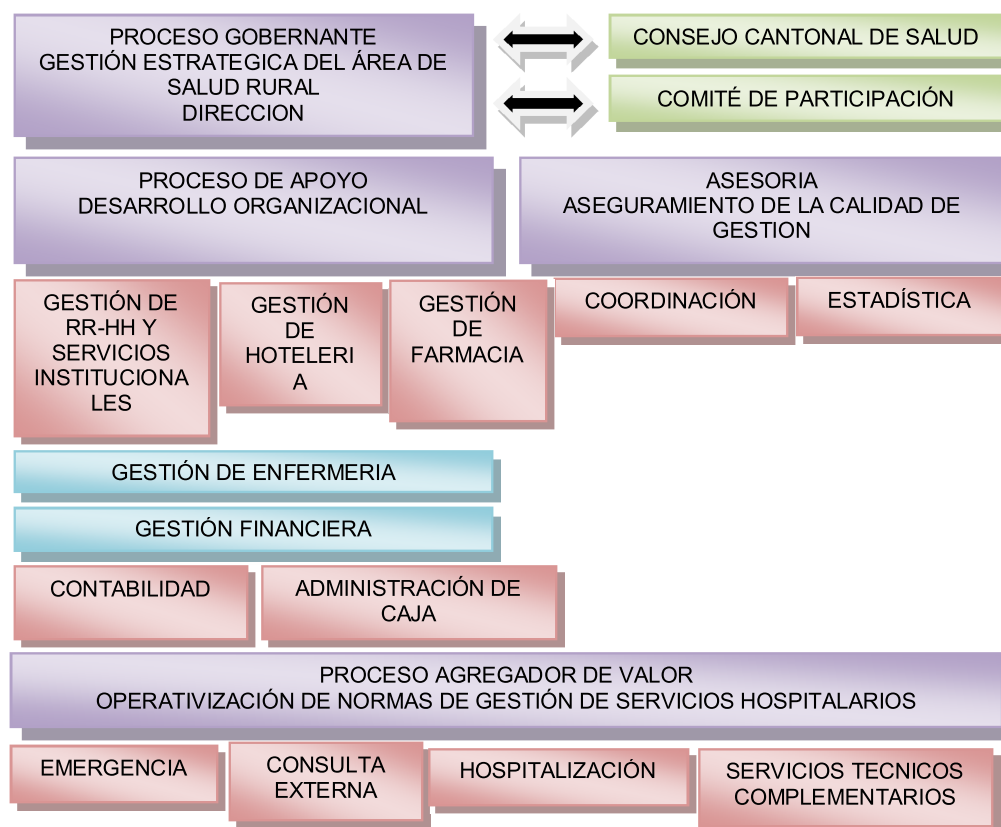


Figura 1.1: Organigrama estructural.

Fuente: Hospital Cantonal “Dr. Juan Montalván C” de Ricaurte - Departamento de Coordinación.

1.3. Localización.

Según datos del Consejo Nacional de Salud (2007), el Hospital de Ricaurte está ubicado en la cabecera cantonal del cantón Urdaneta. Este centro de salud presta atención a la población del sector en donde está asentado, presta también sus servicios a la población de Pueblo viejo y a otros sectores de la Provincia de Los Ríos. Se encuentra situado en el centro de la parroquia Ricaurte, con un área de construcción de 1802m² asentada sobre un terreno de 11766m², y cuenta con servicios de agua, luz y teléfono.

Según Góngora (2007) las áreas de afluencias con que cuenta el hospital son:

Ricaurte, La Norma, Las Caritas, La Pompella, Buenos aires, San Antonio, Roblecito, Los Cerritos, Las Cañitas, Guayacanes, Potosí, Gran vía, Santo Domingo, Buenavista, La Industria, La Muralla, La Troncal, Guapuma, San Isidro, Cristal, Los Linos, Pijullo (**Ver Apéndice I, Pág. 116**).

1.4. Usuarios.

El Hospital Cantonal de Ricaurte alberga 2 tipos de usuarios: Internos y Externos.

Usuarios internos: Están constituido por todo el personal que trabaja para la Institución, los cuales están distribuidos en: empleados, trabajadores, servicios ocasionales por el H.C.J.M.C, servicios ocasionales por DPSLR, rurales, Fondo de Inversión para la Nutrición Infantil (FONNIN), AH1N1, Equipo Básico de Salud (EBAS), nuevos EBAS, emergencia como muestra la tabla 1.1.

Tabla 1.1 *Usuarios internos.*

1	Empleados	17	11,04%
2	Trabajadores	32	20,78%
3	Servicios Ocasionales Por el H.C.J.M.C.	16	10,39%
4	Servicios Ocasionales DPSLR	4	2,60%
5	Rurales	23	14,94%
6	FONNIN	2	1,30%
7	AHINI	7	4,55%
8	EBAS	23	14,94%
9	Nuevos EBAS	27	17,53%
10	Emergencia	3	1,95%
	TOTAL	154	100,00%

Fuente: Hospital Cantonal “Dr. Juan Montalván C”.

Elaborado: Departamento de Gestión de Recursos Humanos.

Usuarios externos: se encuentra a toda la población que abarca el Cantón Urdaneta y Pueblo viejo, así como también los cantones aledaños como son: Ventanas, Vinces, así como también las pacientes provenientes de la Provincia de Bolívar. La población asignada en el 2010 para el área (Ricaurte) está distribuida por unidades operativas como se puede apreciar en la tabla siguiente.

Tabla 1.2 *Población Urdaneta y Pueblo viejo año 2010 por unidades operativas.*

1	Hospital Dr. JMC	12.156	18,27%
2	Salampe	3.052	4,59%
3	Pijullo	2.498	3,75%
4	Santo Domingo	1.132	1,70%
5	La Industria	3.284	4,94%
6	Catarama	6.240	9,38%
7	Los Sauces	2.936	4,41%
8	Pueblo viejo	8.711	13,09%
9	Pueblo viejo Nuevo	4.759	7,15%
10	Puerto Pechiche	4.842	7,28%
11	San Juan	8.658	13,01%
12	Nuevo San Juan	8.265	12,42%
	POBLACION TOTAL	66.533	100,00%

Fuente: Adaptado de la población de Urdaneta y Pueblo viejo 2010.

Elaborado: Departamento de Estadísticas.

La población que corresponde al Hospital Dr. Juan Montalván C. y que se hace referencia en la tabla 1.2 (Población Urdaneta y Pueblo viejo año 2010 por unidades operativas), se distribuyen por grupos programáticos y se muestra en la tabla 1.3.

Tabla 1.3 Población Urdaneta y Pueblo viejo año 2010
por grupos programáticos.

1	Menor de 1 año	224	1,77%
2	12 a 23 meses	243	1,92%
3	1 a 4 años	1.008	7,95%
4	5 a 9 años	1.252	9,87%
5	10 a 14 años	1.303	10,28%
6	15 a 19 años	1.164	9,18%
7	20 a 64 años	6.496	51,23%
8	65 a 74 años	434	3,42%
9	75 y mas años	277	2,18%
10	Embarazadas	280	2,21%
	TOTAL POBLACIÓN PROGRAMÁTICA	12.681	100,00%

Fuente: Adaptado de la población Urdaneta y Pueblo viejo 2010.

Elaborado: Departamento de Estadísticas.

1.5. Servicios de salud que ofrece.

El Hospital Cantonal de Ricaurte ofrece los servicios de atención ambulatoria y de hospitalización, representada por un equipo de profesionales de la salud (personal médico y de servicio), atiende 24 horas al día (emergencias, hospitalización y servicio de ambulancia), y es el eje de referencia y contra referencia de las unidades operativas y otros hospitales cercanos; esta casa asistencial es considerado como un Hospital de segundo nivel de prestación de servicios en el Sistema Nacional de Salud (SNS, 2007).

La consulta externa ofrece los siguientes servicios: Pediatría, Ginecología, Cirugía general, Medicina General, Obstetricia y Odontología. En Hospitalización se ofrece los servicios de Ginecología, Cirugía, Medicina General y Obstetricia; también ofrece los servicios de Emergencias, Laboratorio, Imágenes, Farmacia.

Con lo descrito, se espera que la producción del Hospital de Ricaurte al finalizar el año 2010 sea conforme se muestra en la tabla 1.4.

En resumen, los servicios de salud que ofrece se clasificarían por tipología de la siguiente manera (SNS, 2007):

I NIVEL.

Sub-centro de salud.- Es una unidad operativa que realiza actividades básicas de fomento, prevención, promoción y recuperación de la salud, incluyendo atención del parto normal de emergencia y atención odontológica; promueve acciones básicas de saneamiento ambiental y actividades de participación comunitaria; cumple con las normas y programas del Ministerio de Salud Pública (MSP). Su relación de información y dependencia es con la jefatura de área correspondiente.

Tipo de atención.- La atención es de tipo ambulatoria y lo brinda el equipo conformado por un médico, odontólogo y un auxiliar de enfermería o enfermera, realiza referencia-contrareferencia en función de la complejidad de los casos y su capacidad resolutoria. Se ubica en cabeceras parroquiales con poblaciones mayores a 2.000 habitantes.

II NIVEL.

Hospital básico.- Unidad de salud que brinda atención ambulatoria, de emergencia y hospitalización de corta estancia en medicina general, gineceo-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia; cumple acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y odontología; dispone de auxiliares de diagnóstico clínico como laboratorio e Imagenología. Su tamaño depende de las características demográficas y el perfil epidemiológico de su zona de influencia; su capacidad es de 15 hasta 50 camas de dotación normal. Cumple funciones de control sanitario en el caso de pertenecer al MSP; forma parte y es el eje del sistema de referencia y contrareferencia de los servicios del primer nivel.

Tabla 1.4. Programación local Integral de Salud (PLIS 2010)

1	Total consulta externa	36.917	15,19%
2	Total de consultas de emergencias	20.501	8,44%
3	Total de consulta odontológicas	7.870	3,24%
4	Total de intervenciones quirúrgicas	384	0,16%
5	Total de parto	670	0,28%
6	Total de cesáreas	209	0,09%
7	Total de placas radiográficas	3.029	1,25%
8	Total de determinaciones de laboratorio clínico	70.706	29,10%
9	Total de recetas despachadas por farmacia	102.730	42,27%
	TOTAL	243.016	100,00%

Fuente: Adaptado de la PLIS 2010.

Elaborado: Departamento de Coordinación. Ricaurte.

Tipo de atención.- La atención es de tipo ambulatoria y de hospitalización, realizada por un equipo de profesionales de la salud; atiende 24 horas al día, y es el eje de la referencia- contra referencia. Se ubica en cabeceras cantonales con poblaciones mayores a 30.000 habitantes.

CAPITULO 2.

PROCESOS DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL CANTONAL DE RICAURTE.

2.1. Definición de proceso.

La palabra proceso viene del latín processus, que significa avance y progreso. Un proceso es el conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas que se caracterizan por requerir ciertos insumos (inputs: productos o servicios) y tareas particulares que implican valor añadido, con miras a obtener ciertos resultados.

Proceso no es lo mismo que procedimiento. Un procedimiento es el conjunto de reglas e instrucciones que determinan la manera de proceder o de obrar para conseguir un resultado. Un proceso define qué es lo que se hace, y un procedimiento, como hacerlo. No todas las actividades que se realizan son procesos. Para determinar si una actividad realizada por una organización es un proceso o Subproceso, se debe cumplir los siguientes criterios:

- La actividad tiene una misión o propósito claro.
- La actividad contiene entradas y salidas, se pueden identificar los clientes, proveedores y producto final.
- La actividad debe ser susceptible de descomponerse en operaciones o tareas.
- La actividad puede ser estabilizada mediante la aplicación de la metodología de gestión por procesos (tiempo, recursos, costes).
- Se puede asignar la responsabilidad del proceso a una persona (Gestión por procesos, servicio de calidad de la atención sanitaria, **Sescam**, TOLEDO, 2002).

2.1.1. Definición de gestión por procesos.

Un proceso comprende una serie de actividades realizadas por diferentes departamentos o servicios de la Institución Sanitaria, que añaden valor y que ofrecen un servicio a su cliente, este cliente podrá ser tanto un “cliente interno” (trabajadores) como un “cliente externo” (paciente/acompañante).

La gestión por procesos es una forma de organización diferente de la clásica organización funcional, y en el que prima la visión del cliente sobre las actividades de la organización.

La gestión de procesos aporta una visión y unas herramientas con las que se puede mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de los clientes. No hay que olvidar que los procesos los realizan personas y los productos los reciben personas, y por lo tanto, hay que tener en cuenta en todo momento las relaciones entre proveedores y clientes (Sescam, TOLEDO, 2002).

2.1.2. Tipos de procesos.

Los procesos de la Institución Sanitaria se pueden agrupar en clave, estratégicos y de soporte.

Los procesos claves son aquellos que afectan de modo directo la prestación del servicio asistencial y por lo tanto a la satisfacción del cliente externo (paciente), algunos ejemplos de procesos claves son: hospitalización en planta, atención en urgencias, etc.

Los procesos estratégicos son aquellos que permiten desarrollar e implantar la estrategia de la Institución Sanitaria, algunos ejemplos son: Sistema de Dirección, Planificación Estratégica, etc.

Los procesos de soporte son todos aquellos que permiten la operación de la Institución Sanitaria y que sin embargo no son considerados clave por la misma, en general son los procesos de gestión (pago de nómina, facturación, etc.).

Los procesos pueden ser clasificados también en:

- Procesos multidepartamentales: Sus actividades se realizan integrando varios departamentos, servicios o unidades. Lógicamente, son los más complejos.
- Proceso departamental o unifuncional: Aquel llevado a cabo por un solo departamento (**Sescam**, TOLEDO, 2002).

2.1.3. Proceso sistémico del Hospital Cantonal de Ricaurte.

En la figura 1.1, se puede observar el organigrama estructural del Hospital Cantonal de Ricaurte; este organigrama está distribuido por procesos, los cuales a su vez están distribuidos por sub-procesos. La consulta externa, es un sub-proceso que está dentro del proceso agregado de valor y que se explica en la siguiente figura.

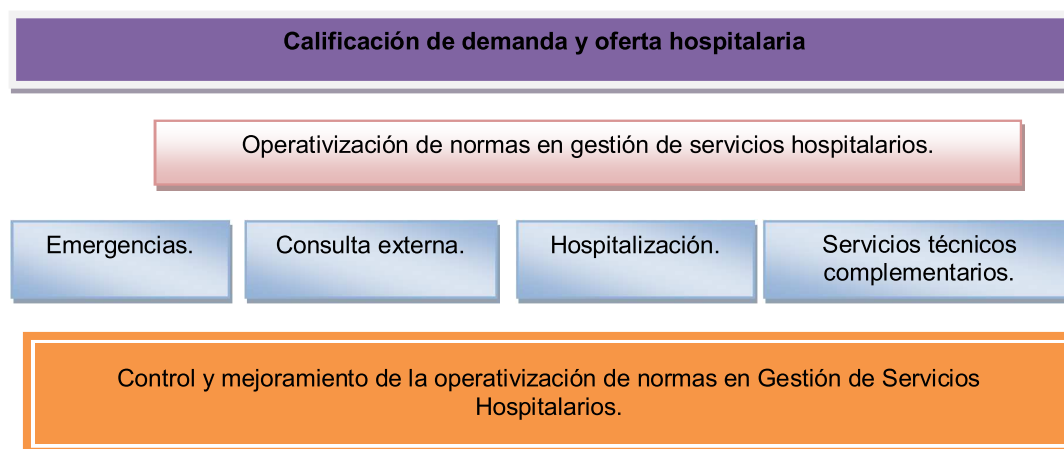


Figura 2.1: Proceso de valor agregado.

Fuente: Hospital Cantonal “Dr. Juan Montalván C” - Departamento de Coordinación.

Los productos del sub-proceso consulta externa son los siguientes:

- Informes de triage.
- Pre-consultas realizadas.
- Consultas realizadas.
- Interconsultas realizadas.
- Procedimientos realizados.
- Post-consulta realizada.
- Plan e informe para educación para clientes.
- Informes de procedimientos y actividades de enfermería.
- Informes de órdenes de admisión.
- Informe de medicamentos e insumos utilizados.
- Informe de auditoría técnica y administrativa.
- Informe de auditoría de los registros clínicos.
- Informe de referencias y contra referencias.
- Tratamientos de fisioterapia y rehabilitación.
- Procedimientos de fisioterapia y rehabilitación.
- Plan e informe de mejoramiento de la calidad (Departamento de Coordinación H.C.J.M.C., 2010).

2.2. Modelos de atención.

De acuerdo a la Base legal de la Asamblea Constituyente (Constitución del Ecuador, 2008), en los siguientes artículos se establece lo siguiente, ***fide:***

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la

cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

La Ley Orgánica de Salud en el Registro oficial. No. 423 (2006), indica, *fide*:

“Art. 1 La ley se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético

Art. 3 La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado: y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Art. 5 La Autoridad Sanitaria Nacional representada por el Ministerio de Salud Pública, creará los mecanismos regulatorios necesarios para que los recursos destinados a salud provenientes del sector público, organismos no gubernamentales y de organismos internacionales, cuyo beneficiario sea el Estado o las instituciones del Sector público, se orienten a la implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, de conformidad con los requerimientos y las condiciones de salud de la población.

Art. 6. Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Inciso 3: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.

Art. 7. Señala que los derechos y deberes de las personas y del Estado, estipula que toda persona sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud los siguientes derechos: Acceso Universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;

Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente a los grupos vulnerables; a vivir en un ambiente sano ecológicamente equilibrado y libre de contaminación al respecto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y sus usos culturales, así como a sus derechos sexuales y reproductivos.

Art. 10. Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.

Art. 189.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud respetarán y promoverán el desarrollo de las medicinas tradicionales, incorporarán el enfoque intercultural en las políticas, planes, programas, proyectos y modelos de atención de salud, e integrarán los conocimientos de las medicinas tradicionales y alternativas en los procesos de enseñanza - aprendizaje.

Art. 192.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud respetarán y promoverán el desarrollo de las medicinas alternativas en el marco de la atención integral de salud.”

En la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud No.80.R.O. No.670 (2002) refiere,

fide:

“Art. 1.- Objeto y Ámbito de la Ley.- La presente Ley tiene por objeto establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que regirá en todo el territorio nacional.

Art. 2.-Finalidad y Constitución del Sistema.- El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

Art. 3.- Objetivos.- El Sistema Nacional de Salud cumplirá los siguientes objetivos:

- **Garantizar** el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.
- **Proteger** integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración.
- **Generar** entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
- **Promover** la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
- **Incorporar** la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.

Art. 5.- Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, el Sistema Nacional de Salud implementará el plan Integral de Salud, el mismo que garantizado por el Estado, como estrategia de Protección Social en Salud, será accesible y de cobertura obligatoria para toda la

población, por medio de la red pública y privada de proveedores y mantendrá un enfoque pluricultural.

Art. 6.-Modelo de Atención.- El Plan Integral de Salud, se desarrollará con base en un modelo de atención, con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, en procesos continuos y coordinados de atención a las personas y su entorno, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas.”

2.2.1. Concepto de modelo.

Hay al menos dos acepciones para modelo. Una se refiere a un sinónimo de algo ejemplar, de conducta a imitar por lo perfecto. La segunda, que es la utilizada en el ámbito científico, es la de modelo como sinónimo de maqueta, una presentación más o menos fiel o idealizada de la realidad que se quiere modelar, realidad que generalmente se entiende mejor utilizando el modelo que la quiere representar. En éste sentido, el modelo será mejor en tanto y en cuanto ésta realidad que se pretende modelar, sea representada luego de una adecuada reestructuración. Si hay componentes de la realidad que no encajan o no tienen cabida en el modelo, se estará ante un modelo incompleto. Un ejemplo de modelo de las actividades a realizar para la mejora continua de la calidad se muestra en la tabla 2.1.

Tabla 2.1. Modelos de actividades para mejora continua de la calidad.

Grupo se Actividades	Punto de Partida	Objetivo Inmediato
Ciclos de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de un problema de calidad u oportunidad de mejora en algún aspecto de los servicios que se ofrecen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solucionar el problema. • Aprovechar la oportunidad de mejora descubierta.
Monitorización.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de aspectos relevante de los servicios que se ofrecen y construcción de indicadores sobre su calidad. • Selección de indicadores sobre problemas que hemos sometido a ciclos de mejora, o servicios rediseñados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de problemas de calidad u oportunidades de mejora.
Diseño.	<ul style="list-style-type: none"> • Programación de un nuevo servicio a ofrecer. • Identificación de nuevas necesidades y expectativas de los usuarios. • Identificación de parámetros y resultados a conseguir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar los procesos de atención para conseguir los resultados deseados predeterminados.

Fuente: Modelos de calidad asistencial en atención primaria. Modelos de gestión de la calidad aplicados a la Atención Primaria.

Este modelo se complementa con la caracterización del enfoque, externo o interno, con que se acometan las actividades. El enfoque externo implica que las decisiones sobre qué y cómo medir se toman desde fuera del centro o institución evaluada, mientras que en el interno todo ello se decide dentro del centro o institución a evaluar; traduce así el compromiso con la calidad del propio personal que ofrece los servicios que se evalúan.

2.2.2. Concepto de modelo de atención.

El modelo de atención es un mecanismo para hacer realidad los derechos y deberes establecidos en la Constitución, con la finalidad de lograr formas equitativas y solidarias de organización, con transformación del Sistema Nacional de Salud, nace como respuesta a las necesidades de la población excluida, con un espacio de interacción Estado-sociedad, en la cual la población asume un papel protagónico dando énfasis a la inclusión social que

garantiza que toda la población recibe atención de salud gratuita según lo expresado en el Art. 7 literal a y b) de la Ley Orgánica de Salud.

El modelo de atención hace énfasis en la estrategia de atención primaria de salud y se define como la “asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, poniéndola al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar”.

Más ahora se complementa con la estrategia de atención primaria de salud renovada que “Se orienta a reconocer y facilitar su importante papel en la promoción de la equidad en salud y del desarrollo humano, exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como; el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención”.

El Modelo de Atención en Salud hace énfasis también, en la promoción de la salud que ha sido definida como: “proveer de los medios necesarios a la población para que mejore su salud y ejerza un mayor control sobre la misma”, es la estrategia mediante la cual se busca vincular a la gente con su entorno, mejorar las condiciones de trabajo y la seguridad laboral, reducir los riesgos ambientales y llevar a cabo estrategias en la población que incluyan a otras partes del sistema de salud o a otros actores sociales, con miras a crear un futuro más saludable ya que combina la elección personal con la responsabilidad social (políticas públicas saludables, organización y participación social, reorientación de los servicios de salud, entornos y ambientes saludables, estilos de vida saludables).

La promoción de la salud se fundamenta en el reconocimiento de que las instituciones de salud no pueden proporcionar, por sí solas, las condiciones ni asegurar las perspectivas

favorables para la salud; exige por lo tanto, la acción coordinada de todos (Carta de Ottawa 1986).

Según la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la promoción de la salud es un “Proceso social, educativo y político que incrementa la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y brinda oportunidades de empoderamiento a la gente para que ejerza sus derechos y responsabilidades en la formación de ambientes, sistemas y políticas favorables a su salud y bienestar”

El Modelo de Atención está centrado en la familia, en un contexto bio-psico-social con necesidades particulares en cada etapa de su ciclo vital.

El Modelo de Atención garantiza el acceso de la población excluida a través de la Protección Social en salud que “Es la garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, mediante el adecuado acceso a los SERVICIOS DEL SISTEMA, o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo.” (Modelo de atención integral en Salud Familiar y Comunitaria, Departamento de Enfermería H.C.J.M.C., 2009).

2.2.3. Modelo de atención actual/ Modelo de atención integral.

En la última década el modelo de Atención prestado por algunas instituciones de salud pertenecientes al estado no han completado en todas sus unidades operativas la transición hacia el modelo de Atención Integral de Salud, actualmente para algunos profesionales así como algunas unidades de salud siguen atendiendo o prestando sus servicios a los usuarios desde un enfoque biológico, en donde solo interesa atender el enfermo o las enfermedades con la finalidad de tratarlas o curarlas; el nuevo modelo de atención integral no solo propone

atender la enfermedad, sino que también busca al usuario, a sus allegados, al igual que en la comunidad donde prestan sus servicios, atenderlos de manera psicológica y social, en donde no solo haya curación de la enfermedad, sino que también promoción, prevención y rehabilitación, contribuyendo de esta forma a la salud de los usuario, al desarrollo humano y a mejorar la calidad de vida, como podemos ver en la tabla siguiente.

Tabla 2.2 *Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria*

Elementos de comparación	El modelo de atención actual	El modelo de Atención Integral de Salud
Propósito	Atender la enfermedad.	Contribuir a la salud, desarrollo humano, calidad de vida.
Estrategia	Curación.	Promoción, prevención, curación y rehabilitación.
Objeto de la atención	Enfermedad.	Individuo, familia y comunidad
Enfoque	Biológico.	Biológico, psicológico y social.

Fuente: Hospital Cantonal “Dr. Juan Montalván C”. (2009). Departamento de Enfermería.

2.2.4. Principios del modelo.

- **Universal en el acceso:** Implica que los mecanismos de financiamiento y organización son suficientes para cubrir a toda la población al eliminar la capacidad de pago como barrera de acceso a los servicios de salud.
- **Integral:** Atención a las personas, a los riesgos y condiciones que afectan su salud; implica acciones de promoción prevención, recuperación y rehabilitación a individuos, familias, comunidad y medio ambiente. Interrelación y complementación con las medicinas tradicionales y alternativas en los tres niveles de atención.
- **Equitativo:** Ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales, es un requisito para las capacidades las libertades y los derechos de las personas.

- **Continuo:** Se entiende como el seguimiento al estado de salud de una persona, que forma parte de una población determinada; así como el seguimiento y atención de cualquier episodio de enfermedad específica.
- **Coordinado e integrado:** Es la coordinación con otros sectores, para garantizar la satisfacción de la demanda y su atención continua en la red plural de servicios de diversa complejidad, mediante el fortalecimiento y sostenibilidad de un sistema de referencia y contra referencia.
- **Participativo:** Convierte a los individuos en socios activos, en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas, y en su auto-cuidado.
- **Planificado:** Participación de los actores sociales en la Planificación Estratégica su ejecución y evaluación; en los Consejos de Salud, como espacios idóneos para la articulación sectorial; en la adaptación de los planes de salud de acuerdo a la realidad local.
- **Descentralizado – desconcentrado:** Delegación permanente pero controlada del ejercicio de una o más atribuciones, y los recursos necesarios, dentro de una misma institución.
- **Eficiente, eficaz y de calidad:** relacionado con la optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto definida como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen un mayor rendimiento de los recursos.
- **Reciprocidad:** Es el trabajo en conjunto de la sociedad para definir y conseguir el bien común, requerido para que las inversiones en salud sean sostenibles

(Modelo de atención integral en Salud Familiar y Comunitaria, Departamento de Enfermería H.C.J.M.C., 2009).

2.2.5. Componentes del modelo de atención.

- 1) La prestación.
- 2) La gestión.
- 3) El financiamiento.

1) La prestación.

Las prestaciones de salud en una sociedad expresan la interacción entre el modo de vida general y las respuestas sociales organizadas en salud y bienestar; las determinantes sociales de la situación de la salud por tanto, pueden ser abordadas por lo menos en tres niveles.

El nivel general, para el conjunto de la sociedad, el nivel particular para los diferentes grupos de la población y el nivel singular para las variaciones individuales (nivel de atención). Según el nivel de abordaje los procesos a través de los que se concreta esta articulación entre las fases biológicas y sociales, estarán en el ámbito de la reproducción del modo de vida, de las condiciones de vida y del estilo de vida, respectivamente y en las características de las respuestas sociales, estrategias o tipos de intervención propias de cada nivel (prestaciones).

Las acciones de salud pueden clasificarse en tres grandes grupos: acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Cada estrategia de intervención (prestaciones) es una combinación, en mayor o menor medida de estos tres tipos de acciones.

Las acciones de curación actúan a nivel de los individuos, aún cuando tienen impacto sobre las condiciones de vida y los perfiles de salud de los grupos, a través de las

modificaciones en los riesgos de morir de los individuos enfermos y del efecto distributivo de bienes y servicios en el ámbito individual.

Las acciones de promoción de la salud en cambio, actúan fundamentalmente a nivel de la sociedad y de los grupos de población. Su impacto sobre la salud y los individuos se producen mediante las modificaciones del modo de vida y de las condiciones de vida de la sociedad y de los grupos humanos, aunque también del estilo de vida de los propios individuos.

Las acciones de prevención, dependiendo del problema y de la actividad específica de que se trate, actúan en tres niveles: la sociedad, los grupos y los individuos. Las acciones de curación son de mayor resolución en el nivel individual, antes que para grupo específicos de población y de la sociedad en general, como lo indica la figura 2.2.

De acuerdo a la integralidad de acciones que propugnan las nuevas políticas de salud, se ha elaborado un listado de prestaciones, en las que se incluyen los nuevos enfoques de género, derechos humanos, interculturalidad y sistemas alternativos.

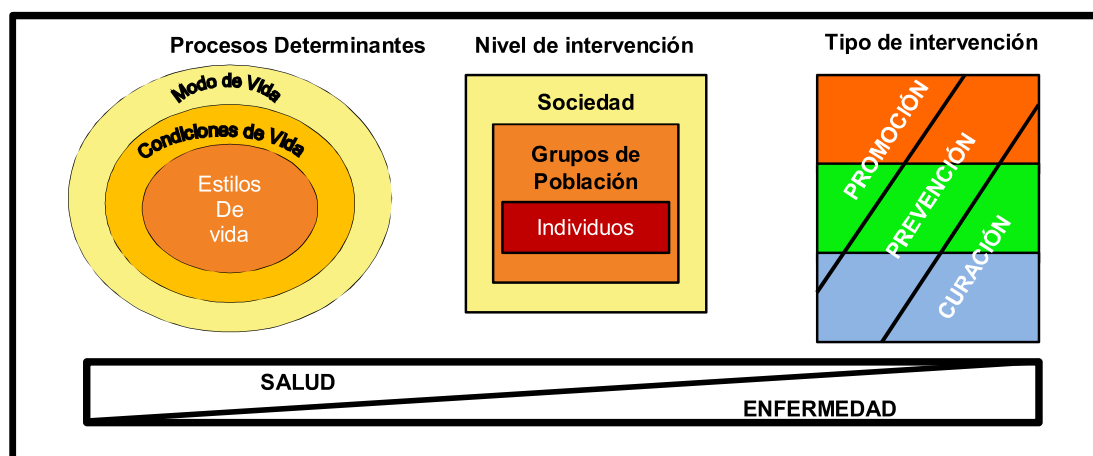


Figura 2.2 (Procesos determinantes, niveles y tipos de intervención en salud pública).

Fuente: Conjuntos de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, Agosto 2007, 4ª edición.

Promoción.- La promoción de la salud se define como el proceso que proporciona a las poblaciones mayor control sobre las determinantes de su propia salud y vida, la capacidad de mejorarlas e influir sobre esos determinantes de la salud, la promoción implica una serie de acciones encaminadas al desarrollo y liberación de capacidades del ser humano.

Entre las acciones consideradas en el presente listado de prestaciones se encuentran, entre otros, los estilos de vida, el fomento de una cultura alimentaria propia, con productos naturales altamente nutritivos; ejercicio físico, recreación y desde el punto de vista intercultural el contacto con la naturaleza. Institucionalmente se consideran aspectos como la coordinación entre los diferentes sectores de la salud pública, consenso interinstitucional e intersectorial para la formulación de políticas, planes y programas y la participación de la sociedad civil en la solución de problemas.

Prevención.- Prevenir es evitar riesgos para la salud, lesiones y daños y por lo tanto engloba leyes sanitarias, medidas laborales, programa de higiene con sentido intercultural, educación vial y de tránsito, entre otras, como podemos apreciar en la figura 2.3.

La historia natural de la enfermedad es el curso de la enfermedad desde el inicio hasta su resolución. En otras palabras es la manera propia de evolucionar que tiene toda enfermedad o proceso, cuando se abandona a su propio curso. El proceso se inicia con la exposición de un huésped susceptible a un agente causal y finaliza con la recuperación, la discapacidad o la muerte.

El período pre patogénico, antes de la enfermedad, refleja el momento de la interacción del agente, el ambiente y el huésped. El período patogénico muestra los cambios que se presentan en el huésped una vez realizado un estímulo efectivo. El horizonte clínico marca el momento en el que la enfermedad es aparentemente clínica, como se aprecia en la figura siguiente.



Figura 2.3: Niveles de prevención.

Fuente: Conjuntos de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, Agosto 2007.

En este modelo se remarca la importancia de las diferentes medidas de prevención que se pueden llevar a cabo dependiendo de la etapa en que se encuentre la enfermedad, así las actividades de prevención primaria se desarrollan en el período pre patogénico y están encaminadas al fomento de la salud y a la protección específica; en la prevención secundaria las acciones corresponden son el diagnóstico precoz, el tratamiento temprano y la limitación del daño; la prevención terciaria se enfoca en la rehabilitación.

Recuperación y rehabilitación.- Pueden resumirse en tres grandes aspectos:

- Atención integral y personalizada del paciente,** tomando en consideración la unidad psicofísica y social que constituye cada ser humano. No es posible una atención integral si en la historia clínica no se le da la debida importancia a la historia patológica personal, elemento que permite descubrir la evolución y significado de la enfermedad.

- b) **Integralidad en las acciones institucionales**, es decir procesos de referencia y contra referencia de acuerdo a las necesidades, integración entre los diferentes niveles de complejidad de los servicios de salud y conformación de redes.
- c) **Interculturalidad**, significa conocimiento de la cosmovisión tradicional y de otras culturas y comprensión de las prácticas ancestrales de curación a partir de la percepción del estado energético y el uso de elementos vivos de la Naturaleza.

Según el Consejo Nacional de Salud (Conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, 2007), el objetivo de plantear las prestaciones desde un ángulo nuevo, que al tomar en consideración la diversidad cultural, permite una nueva metodología de agrupación sindrómica y la oferta simultánea de varios métodos complementarios de diagnóstico y tratamiento, entre los que el usuario puede elegir.

2) La gestión.

El Modelo de Gestión de Salud es un marco de referencia y un mecanismo de gestión de calidad, en el que interviene el Nivel Directivo, con los Procesos de Gestión de la Organización y los resultados esperados, que contribuyen al mejoramiento del nivel de salud de la población.

Para lograr una adecuada gestión hospitalaria, siempre después de una correcta planificación son necesarias dos premisas y seis disciplinas. Las dos premisas se concretan en:

- a. Establecer un sistema contable que permita numéricamente lo conseguido para compararlo con lo que se pretendía conseguir y con lo conseguido por otros. Lo fundamental es poder medir y hacerlo, así como reconocer y recompensar a quien lo consigue.

- b. Disponer de capacidad de decisión, consiste en dar órdenes y ser obedecido, y que en una institución del conocimiento como es la empresa hospitalaria se necesita para ello poder y autoridad. El poder es el que se tiene legalmente, es decir el conferido por el nombramiento oficial, y la autoridad es la aceptada o reconocida por quienes hay que mandar y es consecuencia del prestigio personal. Además, el poder debe ser equilibrado con la responsabilidad, ya que cuando el cociente autoridad/responsabilidad es superior a la unidad, existe el riesgo de actuar como déspota, y cuando es inferior a aquélla, el peligro es de sentirse esclavo en el puesto de trabajo.

Las seis disciplinas necesarias para la gestión hospitalaria, precisamente con la prioridad que se exponen, se resumen a continuación y consisten en:

- a. **Conocimiento de los hechos**, es decir tener formación especializada suficiente y disponer de información adecuada en el momento oportuno. Es necesario tener conocimiento y motivación, ya que el resultado es el producto de ambos factores, y si uno de ellos es igual a cero el resultado es cero.
- b. **Determinación de objetivos**, que se concreta en establecer numéricamente los objetivos, poner fecha a su consecución y nombrar al responsable de conseguirlos.
- c. **Dotación de medios**, tanto arquitectónicos como instrumentales y normativos adecuados a los objetivos previstos.
- d. **Establecimiento de la estructura funcional**, implantando un organigrama que delimite las relaciones jerárquicas, es decir quién manda a quién y quien debe obedecer a quién. Esa es la cuestión a la que ha de responder la estructura funcional. El organigrama es como el plano al edificio, o el mapa a la geografía. No es el edificio, ni la geografía, pero orienta como son ambos.

- e. **Dotación, selección y motivación del personal**, que es la cuestión fundamental de la gestión hospitalaria, pues en definitiva en un lugar con tanta interacción personal como es el hospital, la satisfacción del enfermo y sus familiares está relacionado directamente con la satisfacción de los profesionales que en él trabajan y
- f. **Evaluación**, ya que ningún sistema hospitalario funciona sin problemas. Lo importante es conocer las desviaciones para corregirlas o para, en su caso, cuestionar el sistema o cuestionar todo el plan previsto si eso aconsejara la importancia de las desviaciones observadas al proceder a la evaluación (Consejo Nacional de Salud, Conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, 2007).

Modelo de gestión.

El modelo de gestión debe ser funcional al modelo de prestaciones. Los procesos que se establezcan en los diferentes niveles de atención, deben estar direccionados estratégicamente y cumplir con los objetivos además fortalecer la capacidad gerencial de los servicios de salud tales como:

- Generando e implementando instrumentos de gestión, que faciliten el manejo de los recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos
- Desplegando un sistema de información confiable, transparente y oportuno, que facilite la toma de decisiones
- Evaluando periódicamente la gestión de calidad
- Adaptando servicios y prestaciones según la realidad cultural de los usuarios
- Promover la participación ciudadana y el control social en los procesos de salud (adjunto cuadro descriptivo)

Según el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria, (Departamento de Enfermería) del Hospital Cantonal Dr. “Juan Montalván Cornejo”, el modelo de gestión de salud es un marco de referencia y sobretodo un mecanismo de gestión de calidad, en el que interviene el nivel directivo, con los Procesos de Gestión de la Organización y los resultados esperados, los cuales contribuyen el mejoramiento de salud de la población, tal como se muestra en la figura siguiente:

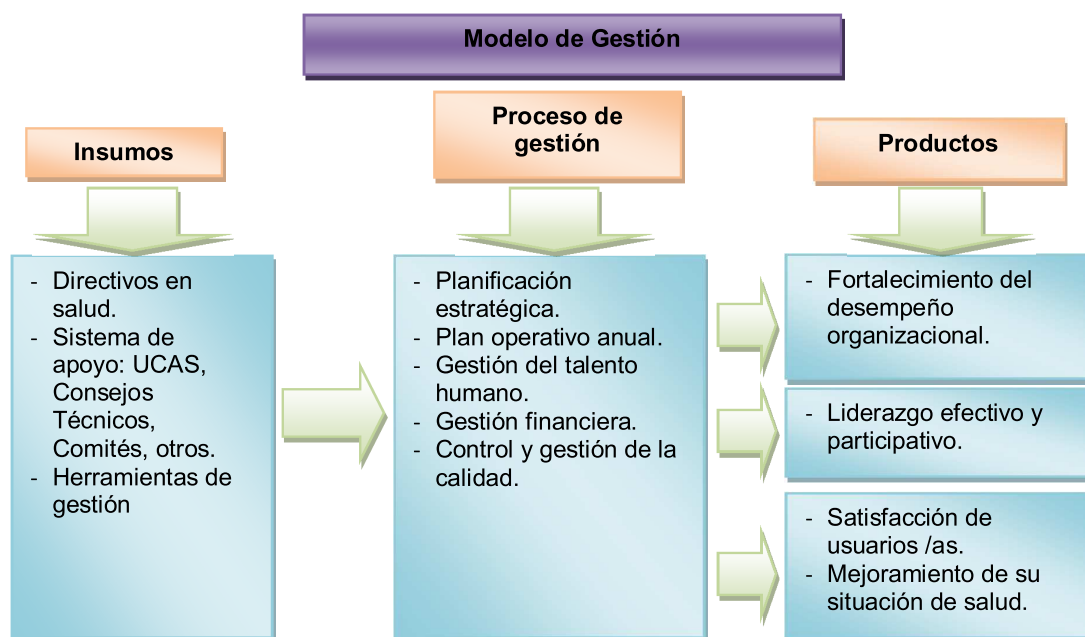


Figura 2.4: Modelo de Gestión.

Fuente: Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria, Departamento de Enfermería. Ricaurte.

3) **Financiamiento.**

Dado que la red de servicios pública y privada es utilizada por los diversos segmentos de usuarios sin discriminación ni control alguno (ocasionando la sobreutilización de unos y la subutilización de otros), se vuelve necesario que el presupuesto público de salud deba ser focalizado hacia los usuarios más pobres (quienes no acceden a los servicios de salud), y que se implementen políticas de tarifas y exoneraciones para cumplir con los principios de

equidad y universalidad en salud (Consejo Nacional de Salud, Conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, 2007).

2.3. El rol del recurso humano o característica del recurso humano.

Las personas que prestan sus servicios a instituciones públicas como privadas deben tener ciertas características que le permitan una buena relación o empatía con los clientes o usuarios, así como también con sus compañeros de trabajo; estas características son necesarias ya que crean un ambiente armonioso de trabajo, en donde la satisfacción de las necesidades y la sensación del deber cumplido son claves para la prestación de un servicio (Chiavenato, Idalberto, 2001), tal como podemos comprobarlo en la tabla siguiente.

Tabla 2.3 *Características en trabajadores.*

Características deseables	Características no deseables
<ul style="list-style-type: none"> • Amabilidad en el trato con las personas. • Facilidad para relacionarse. • Voluntad de agradar al cliente. • Resistencia a la frustración. • Facilidad de expresión. • Facilidad para trabajar en equipo. • Buena memoria. • Concentración visual y mental. • Facilidad para manejar números. 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad. • Introversión. • Impaciencia. • Bajo control emocional. • Dificultad de expresión. • Dificultad para relacionarse. • Poca memoria. • Dispersión mental. • Dificultad para manejar números.

Fuente: Chiavenato, Idalberto. (2001). Administración de Recursos Humanos.

2.3.1. Diseño de cargo.

Las personas trabajan en las organizaciones a través de los cargos que ocupan. Cuando alguien dice que trabajan en determinada empresa, la primera pregunta que se nos ocurre es ¿qué cargo ocupa? Así conocemos que hace en la organización, nos hacemos una idea de su importancia y del nivel jerárquico que ocupa. Para la organización, el cargo es la base de la aplicación de las personas en las tareas organizacionales; pero para la persona, el cargo es una de las mayores fuentes de expectativa y motivación en la organización (Chiavenato, Idalberto, 2001).

2.3.2. Concepto de cargo.

Chiavenato, Idalberto (2001) definen que el concepto de cargo se fundamenta en las nociones de tarea, atribución, función y cargo:

- a. **Tarea.** Actividades realizadas de manera individual por el ocupante del cargo, ejemplo: montar una pieza, enriscar un tornillo, etc.
- b. **Atribución.** Actividad ejecutada de forma individual por la persona que ocupa un cargo, es una tarea un poco más sofisticada, más intelectual y menos material.
- c. **Función.** Tareas o atribuciones ejecutadas por el ocupante del cargo de manera reiterada y sistemática. También puede ejecutarlas un individuo que, sin ocupar un cargo, desempeña una función de manera transitoria o definitiva.
- d. **Cargo.** Conjunto de tareas o atribuciones (funciones) con posición definida en el organigrama o estructura organizacional.

El cargo se compone de todas la actividades desempeñadas por una persona, las cuales puede incluirse en un todo unificado que ocupa una posición formal en el organigrama. La posición del cargo en el organigrama define su nivel jerárquico, la subordinación, los subordinados y el departamento o división donde está situado.”

2.3.3. Descripción y análisis de cargos.

Chiavenato, Idalberto (2001) indican que la descripción del cargo se refiere a las tareas, los deberes y las responsabilidades del cargo, en tanto que las especificaciones del cargo se ocupan de los requisitos que el ocupante necesita cumplir. El ocupante del cargo debe tener características compatibles con las especificaciones del cargo, en tanto que el rol que deberá desempeñar es el contenido del cargo registrado en la descripción. Es necesario describir un cargo, para conocer su contenido.

La descripción del cargo es un proceso que consiste en enumerar las tareas o funciones que lo conforman y lo diferencia de los demás cargos; es la enumeración detallada de las funciones o tareas del cargo (qué hace el ocupante), la periodicidad de la ejecución (cuándo lo hace), los métodos aplicados para la ejecución de las funciones o tareas (cómo lo hace) y los objetivos del cargo (porqué lo hace). Básicamente, es hacer un inventario de los aspectos significativos del cargo y de los deberes y las responsabilidades que comprende.

2.4. Redes de comunicación utilizadas.

La comunicación implica transferencia de información y significado de una persona a otra; es el proceso de transmitir información y comprensión de una persona a otra. Es la manera de relacionarse con otras personas a través de datos, ideas, pensamientos y valores. Toda comunicación necesita al menos dos personas: la que envía un mensaje y la que lo recibe. Las organizaciones no pueden existir ni operar sin comunicación, puesto que ésta es la red que integra y coordina todas sus dependencias.

Para la perfecta comprensión de la comunicación es necesario tener en cuenta tres elementos: dato, información y comunicación.

Dato: Registro de determinado evento o suceso. Cuando un conjunto de datos posee significado, se tiene información.

Información: Conjunto de datos con determinado significado, es decir que reduce la incertidumbre respecto a algo o que permite el conocimiento respecto de algo.

Comunicación: Información transmitida a alguien, con quien entra a compartirse. Para que exista comunicación es necesario que el destinatario de ésta la reciba y la comprenda. La simple transmisión de información, sin recibirla, no es comunicación. Comunicar algo significa volver común a una o varias personas determinada información.

En el proceso de la comunicación están presentes cinco elementos fundamentales, los cuales también podemos ver en la figura 2.5:

- 1) **Emisor o Fuente:** Persona, cosa o proceso que emite un mensaje para alguien, es decir, hacia un destinatario.
- 2) **Transmisor o codificador:** Equipo que conecta la fuente con el canal, es decir, que codifica el mensaje emitido por la fuente para que sea adecuado y esté disponible en el canal.
- 3) **Canal:** Parte del sistema que establece el contacto entre la fuente y el destino, que están físicamente próximos o distantes.
- 4) **Receptor o decodificados:** Equipo situado entre el canal y el destino; decodifica el mensaje para hacerlo comprensible al destino.
- 5) **Destino:** Persona, cosa o proceso hacia el que se envía el mensaje.

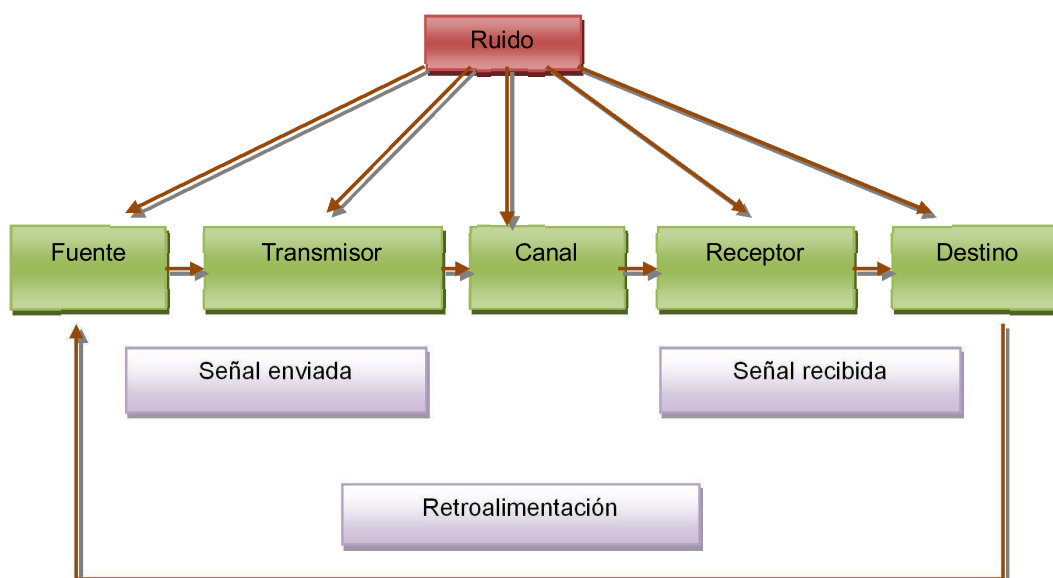


Figura 2.5: Sistema de Comunicación.

Fuente: Chiavenato, Idalberto. (2001). Administración de Recursos Humanos.

Se denomina ruido a cualquier perturbación interna del sistema; la interferencia es cualquier perturbación procedente del ambiente.

La comunicación sólo es efectiva cuando el destinatario interpreta y comprende el mensaje. Esto significa que la comunicación es un proceso de doble vía que implica retroalimentación (Chiavenato, Idalberto, 2001).

2.4.1. Barreras a la comunicación.

El proceso de comunicación humana también está sujeto a lluvias y tempestades, pues existen barreras que sirven de obstáculos o resistencia a la comunicación entre las personas. Estas variables intervienen en el proceso de comunicación y lo afectan profundamente, de modo que el mensaje recibido es muy diferente al enviado como lo podemos observar en la figura 2.6:

Las barreras de comunicación pueden ser personales, físicas y semánticas.

- **Barreras personales:** Interferencias derivadas de las limitaciones, emociones y valores humanos del individuo. Las barreras más comunes en situaciones de trabajo son la escucha deficiente, las emociones, las motivaciones y los sentimientos personales. Estas barreras pueden limitar o distorsionar las comunicaciones con las demás personas.
- **Barreras físicas:** Interferencias que se presentan en el ambiente donde ocurre la comunicación. Un trabajo que pueda distraer, una puerta que se abre en el transcurso de la clase, etc.



Figura 2.6: Barreras en el proceso de comunicación.

Fuente: Chiavenato, Idalberto. (2001). Administración de Recursos Humanos

- **Barreras semánticas:** Limitaciones o distorsiones derivadas de los símbolos utilizados en la comunicación. Las palabras u otras formas de comunicación (gestos, señales, etc.) pueden tener sentidos diferentes para las personas que intervienen en el proceso, lo cual puede distorsionar el significado. Mayor información al respecto se muestra en la tabla siguiente.

Tabla 2.4. Tipos de barreras a la comunicación

Humana	Físicas	Semánticas
Limitaciones personales	Espacio físico	Interpretación de palabras
Hábitos de escucha	Interferencias físicas	Traslación de lenguaje
Emociones	Fallas mecánicas	Significado de señales
Preocupaciones	Ruidos ambientales	Significado de símbolos
Sentimientos personales	Distancia	Decodificación de gestos
Motivaciones	Sucesos locales	Sentido de los recuerdos

Fuente: Chiavenato, Idalberto. (2001). Administración de Recursos Humanos.

Estos tres tipos de barreras se presentan con simultaneidad para filtrar, bloquear o distorsionar el mensaje como lo indica la figura 2.7:

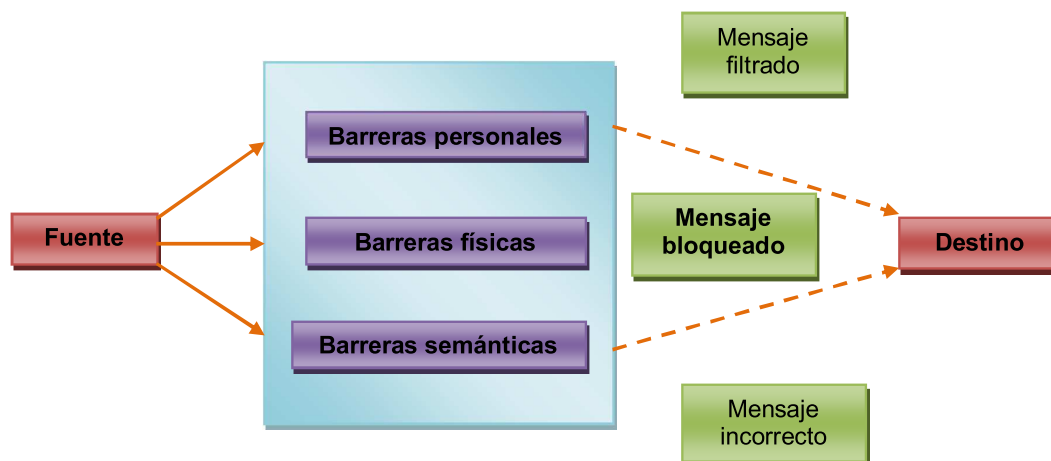


Figura 2.7: Cómo funcionan las barreras a la comunicación.

Fuente: Chiavenato, Idalberto. (2001). Administración de Recursos Humanos

Además de la influencia de las barreras, la comunicación puede experimentar tres dificultades: omisión, distorsión y sobrecarga.

- **Omisión:** Cuando se omiten, cancelan o se cortan por alguna razón ciertas partes o aspectos importantes de la comunicación, ya sea por la fuente o por el destinatario, lo cual impide que la comunicación sea completa, o hace que su significado pierda la esencia.
- **Distorsión:** Cuando el mensaje experimenta alteración, desfiguración, perturbación o modificación, lo cual afecta y modifica el significado original.
- **Sobrecarga:** El volumen o cantidad de información es muy grande y sobrepasa la capacidad personal de procesamiento del destinatario, debido a lo cual se pierde gran parte de ella o se distorsiona su contenido. En ocasiones, la sobrecarga produce un colapso que paraliza el sistema (Chiavenato, Idalberto, 2001).

2.4.2. Flujo de la comunicación.

La comunicación fluye en varias direcciones: hacia abajo, hacia arriba y a los lados. Tradicionalmente se ha hecho énfasis en la comunicación descendente, pero se cuenta con evidencia de que si la información solo fluye hacia abajo, habrá problemas; también podría decirse que la comunicación eficaz debe partir del subordinado, lo que significa primordialmente comunicación ascendente. Pero la comunicación también fluye horizontalmente, esto es, entre personas de iguales o similares niveles organizacionales, y diagonalmente, lo que involucra a personas de diferentes niveles ni relación directa de dependencia entre sí. En la figura siguiente podemos verlo.

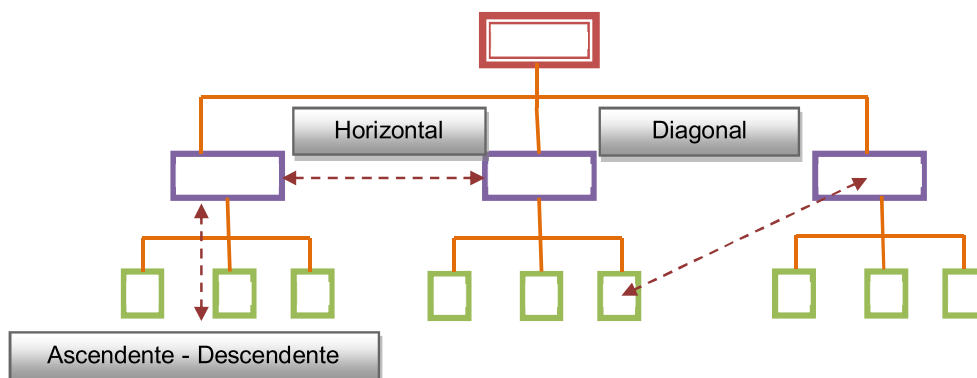


Figura 2.8: Flujos de la comunicación.

Fuente: Koontz, Harold; Weihrich, Heinz. (1999).

2.4.3 Tipos o medios de comunicación.

Existen algunas formas de comunicación, entre ellas tenemos: la comunicación escrita, comunicación oral, la comunicación no verbal y las telecomunicaciones. En la selección de medios se debe considerar el comunicador, el público y la situación

Una buena comunicación es responsabilidad de todos los miembros de una organización, tanto de los administradores como de los empleados en general, los cuales persiguen un propósito común.

2.4.4. Sugerencias para la mejora de la comunicación.

Las siguientes sugerencias pueden ayudar a contribuir a derribar las barreras a la comunicación:

- Los emisores de los mensajes deben concebir claramente lo que se desea comunicar. Esto significa que uno de los primeros pasos de la comunicación es aclarar el propósito del mensaje y trazar un plan para la consecución del fin propuesto.
- Para que la comunicación sea eficaz es preciso que la codificación y decodificación se realicen con símbolos familiares tanto para el emisor como para el receptor del mensaje.
- La planeación de la comunicación no debe hacerse en el vacío. Por el contrario, se debe consultar a otras personas y alentar en la recolección de datos, análisis del mensaje y selección de los medios apropiados.
- Es importante considerar las necesidades de los receptores de la información. Siempre que resulte apropiado hacerlo, se debe comunicar algo que sea valioso para ellos, tanto a corto plazo como en un futuro más lejano.
- Hay un proverbio que dice que el tono hace la música. De igual manera, en la comunicación el tono de voz, las palabras elegidas y la congruencia entre lo que se dice y el modo en que se le dice influye en las reacciones del receptor del mensaje.
- La comunicación eficaz es responsabilidad no solo del emisor, sino también del receptor de la información (Koontz, Weihrich, 1999).

2.5. Recursos económicos asignados.

Presupuesto: Un presupuesto es simplemente un plan financiero. El presupuesto hospitalario presenta en detalle la forma cómo los fondos a obtener se gastarán en la nómina

(el personal), la compra de elementos de consumo, los bienes duraderos y de capital, así como también la forma y el origen de donde provendrán los diferentes dineros para efectuar los gastos. De esta forma el presupuesto sirve, tanto para establecer los límites a los gastos y darle contenido a los planes y programas de la institución mediante la medición de logros obtenidos.

Validez: Debe cumplir con los requisitos básicos de todo plan, es decir:

- Ser dirigido de manera centralizada por un departamento que dé todo los parámetros que se requieren y que consolide los informes de las dependencias.
- Elaborarse con la participación de los diferentes jefes de dependencias quienes serán los responsables de ejecutarlo.
- Ser realista para que la ejecución esté lo más cerca posible de los cálculos en el presupuesto (100%).
- Ser flexible, es decir, adaptarse a las circunstancias y a los cambios.
- Ser lo más sencillo posible para facilitar su manejo y control.
- Debe tener bases estadísticas ajustadas de acuerdo con los propósitos buscados

El presupuesto de salud en el territorio ecuatoriano controlado por el Ministerio de Finanzas y la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), esta última supervisa el presupuesto de salud en base objetivos, los cuales a la vez están desglosados en metas e indicadores; estos indicadores y metas controlan el presupuesto asignado a cada programa en base a producción y resultados los cuales evalúan trimestralmente a través de la matrices de la SENPLADES que están dentro de lo que corresponde al Programa Operativo Anual (POA); estas matrices son consolidadas y los resultados ayudan a establecer el saldo de presupuesto en relación al presupuesto asignado durante un año calendario (**Ver Apéndice II, Pág. 117**), y a la vez ayuda para poder hacer proyecciones presupuestarias para el siguiente periodo.

2.6. Consulta externa.

La consulta externa es un servicio fundamental para pacientes ambulatorios; tiene a su cargo la atención a domicilio y los programas de medicina preventiva.

2.6.1. Tipos de consulta externa.

Aunque el término “consulta externa” se aplica a la unidad o zona del hospital en donde se atiende a pacientes ambulatorios, de acuerdo con los servicios que proporciona se pueden dividir en:

- a. Consulta externa de medicina general.
- b. Consulta externa de especialidades.
- c. Consulta externa mixta.

La consulta externa de medicina general es un verdadero sustituto institucional de los consultorios de los médicos de cabecera que aún se encuentra en los sistema de seguridad social europeo. Este sistema constituye el primer nivel de complejidad de la atención médica. Se trata de policlínicas que normalmente proporciona atención médica a núcleos de 5.000 a 20.000 personas.

Para consulta externas de especialidades hay policlínicas que en la mayor parte de los casos están anexas a hospitales generales o de especialidades, y por lo general las mismas especialidades de la zona de hospitalización.

El tercer caso es aquel en que la clínica periférica no solo ofrece medicina general, sino también especialidades básicas, es decir, las que tienen estadísticamente mayor demanda. Para que este tipo de unidades haya especialidades con un número adecuado de pacientes y además buen rendimiento, deben amparar una población mayor de 40.000 personas (Barquín, 2002).

CAPITULO 3.

DIAGNÓSTICO DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA.

3.1. Investigación - Situación Actual.

El sistema de salud pública en Ecuador, cuenta con una limitada capacidad de atención primaria y especializada, teniendo como consecuencia dificultades en la prestación del servicio.

El Departamento de Consulta Externa es el brazo del hospital extendidos a la comunidad, en estas dependencias se realiza la atención ambulatoria de los pacientes, se deciden las internaciones en determinados casos según la enfermedad y criterio médico, además planea en coordinación con otros servicios determinados, programas y subprogramas de salud para la comunidad a la cual sirve y orienta.

En la Consulta Externa se da atención médica a los enfermos no hospitalizados o ingresados y cuyo problema de salud les crea la necesidad de acudir en busca de atención. La atención médica en consulta externa puede ser de diversa índole pero principalmente consiste en la elaboración de un historial clínico en cuyo contenido se incluye: interrogatorio, examen físico, diagnóstico y un esquema de tratamiento de acuerdo a la signo-sintomatología presentada. Comprende lo que a grandes rasgos se define como Medicina Preventiva, Medicina General y Medicina de Especialidades.



Foto 3.1.- Fachada principal del H.C. Dr. Juan Montalván Cornejo.
Fuente: Autor

En el área de Consulta H.C.J.M.C, diariamente se registran varios inconvenientes con la atención de pacientes, los que no son atendidos a la hora indicada, puesto que deben esperar horas para recibir atención médica, además de que el proceso de atención a pacientes por primera vez, es largo y complejo. Por lo que se hace necesario plantear una propuesta de mejora para el proceso de atención en Consulta Externa.

Relación con otras áreas del Hospital. La Consulta Externa se relaciona de manera principal con el área de Estadística y con la Farmacia. En segundo grado con los laboratorios por lo que se refiere a la toma de muestra, con el Departamento de Radiología y con el de Emergencias. En menor grado con las Oficinas administrativas del hospital.

Locales que integran la Consulta Externa:

- Salas de Espera.
- Sanitarios de Público.
- Sanitarios de personal.
- Cuarto de aseo.
- Consultorios de Medicina General y Pediatría
- Consultorios de Ginecología y Obstetricia
- Cirugía

- Odontología.

3.1.1. Proceso de Atención de la Consulta Externa.

Los usuarios o pacientes que acuden a la consulta externa del H.C.J.M.C., llegan al hospital alrededor de las cinco de la mañana; la entrega de turnos se realiza a través de tickets numerados del uno al veinte y por médicos que tengan turno aperturados de acuerdo a la fecha que acude el usuario o paciente. La entrega de tickets es realizada dos veces al día (mañana y tarde) por el Promotor de Salud, a partir de las 07h00 y 12h30, quién está ubicado en la parte exterior del hospital.

La cantidad de tickets a entregar depende de la cantidad de médicos que vayan a atender. A cada médico se le asignan veinte carpetas en la mañana y veinte carpetas en la tarde, además esto es relativo porque puede ser que atienda menos de veinte y eso es debido a que el paciente elige con que médico desea ser atendido y puede ser más de veinte si es que el médico desea atender más pacientes. Cabe recalcar que los pacientes ya tienen su médico preferido, puede ser que otro médico tenga turno libre para atender, es decir, que todavía tiene cupo y no completa los veinte, entonces el paciente prefiere venir otro día.



Foto 3.2.- Área de entrega de tickets del H.C. Dr. Juan Montalván Cornejo

Fuente: Autor

Una vez que el usuario ha adquirido el ticket, este ingresa a la sala de espera de la consulta externa del H.C.J.M.C., tanto adentro como afuera de las instalaciones se encuentra las ventanillas del departamento de Estadística, la misma es atendida por dos a tres personas y sus actividades laborales inician a partir de las 07h30 de la mañana.

El horario de atención del servicio de Consulta Externa es de 08h00 hasta las 16h30. El tipo de pacientes que acude a esta casa de salud proviene básicamente o en su mayoría del cantón Urdaneta y Cantón Pueblo viejo, y en menor cantidad de otros cantones de la provincia de Los Ríos, los mismos acuden desde las 05h00 para poder alcanzar los tickets de atención.

Cabe destacar que la atención médica en el área de Consulta Externa, tanto para medicina general o para especialidades, así como para los servicios de Laboratorio, Rx, medicina, cirugía, hospitalización, actualmente es gratuita, no tiene costo alguno. Solo tienen costo los permisos o certificados laborales y de funcionamiento.



Foto 3.3.- Área del Dpto. de Estadísticas – H.C. Dr. Juan Montalván Cornejo.
Fuente: Autor.

En el área de consulta externa ingresan en promedio 192 pacientes diarios entre las cuales reciben atención médica ambulatoria alrededor de 140 pacientes, de estos, el 33.8% corresponde a pacientes con citas subsecuentes y el 66.2% a citas por primera vez.

La Consulta Externa cuenta con 5 consultorios; 1 de medicina general y 4 de especialidades distribuidos en 5 áreas en la planta baja, también ofrece servicios adicionales como:

Laboratorio clínico.- Que solo funciona de lunes a viernes y en raras ocasiones los sábados y/o domingos pero en horarios de oficina, o sea de 08h00 a 16h30.

Rayos X.- Que solo funciona de lunes a viernes y en horarios de oficina;

Ecografía.- Que solo funciona de 2 a 3 veces por semana y en ocasiones solo 4 horas, y rara vez las 8 horas;

Cuarto para colocación de yeso.- No hay. Este procedimiento se lo realiza en el área de emergencia, y solo se coloca férulas y no yeso cerrado;

Curación menor.- Hay pero solo en el área de emergencia;

Farmacia.- Trabaja de lunes a viernes y en horarios de oficina, los servicios de Emergencia y de Hospitalización tienen un stock básico de medicamentos en caso de que sea necesario.

El servicio de Consulta Externa cuenta con varias especialidades, las cuales podemos ver en la tabla siguiente.

Tabla 3.1 *Especialidades que ofrece el servicio de consulta externa.*

No.	Consulta Externa	Hospitalización
1	Pediatría	Ginecología,
2	Ginecología,	Cirugía
3	Cirugía General	Medicina General
4	Medicina General	Obstetricia
5	Obstetricia,	Pediatría
6	Odontología,	

Fuente: Dpto. Estadística – H.C. Dr. Juan Montalván Cornejo

A las instalaciones del hospital llegan dos tipos de pacientes, en lo referente a una atención: El primero es aquel paciente que acude por primera vez o no sabe a qué especialidad dirigirse; el segundo es el paciente que sabe a qué especialidad dirigirse.

Cabe anticipar que el Hospital no cuenta con un Médico Admisionista, quién sería el encargado de recibir por primera vez al paciente, pues este sería un médico general que después de llenar una historia clínica y evaluar al paciente, lo enviaría al especialista que posiblemente este paciente necesite.

En el primer caso, el proceso inicia cuando el paciente/familiar se acerca y solicita el ticket de turno al Promotor de Salud para la atención médica y/u Odontológica, este ticket es asignado según el orden de llegada y el médico con el que desea la consulta. El paciente debe esperar a ser llamado según su turno, una vez que es llamado pasa directamente al área de preparación para tomarse los signos vitales. Posteriormente pasa a la consulta para ser evaluado y examinado por el médico general o especialista según sea el caso. Una vez que termina de examinar al paciente, el Médico genera manualmente una o varias órdenes de exámenes si el caso amerita, las firman y le asigna cita abierta para que regrese una vez que se haya realizado los exámenes.

El proceso de atención continúa con la realización de exámenes de laboratorio o imágenes requeridas por los médicos. Los exámenes no tienen costo alguno, pues son gratuitos o subsidiados por el gobierno.

En este proceso el paciente debe ir a las diferentes áreas del Hospital (Imágenes o Laboratorio) a realizarse los exámenes solicitados por el médico tratante. Sin embargo, este recorrido no es de fácil acceso al paciente, ya que depende de la cantidad de pacientes y de si alcanza o no turno para realizarse estos exámenes. Una vez que estén listos los exámenes el paciente reinicia el proceso de madrugar y coger ticket para hacerse atender del médico y que vea los resultados de los exámenes.

3.1.2. Apertura de Historia Clínica a pacientes por primera vez.

Cuando el paciente o usuario acude a las instalaciones de la consulta externa del

H.C.J.M.C. a hacerse atender por primera vez, como requisito inicial se procede a tomar los datos de identificación con la finalidad de aperturar una nueva historia clínica en donde se llevará el registro de todas las atenciones que se de en la institución, una vez ejecutada esta actividad por el departamento de estadísticas se procede a entregar la historia clínica del paciente al personal de enfermería.

La **historia clínica** o **expediente clínico** es un documento médico legal, que surge del contacto entre el médico y el paciente. En ella se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes. Es un documento válido, desde el punto de vista clínico y legal, que recoge información de tipo asistencial, preventivo y social.

Se origina con el primer episodio de enfermedad o control de salud en el que se atiende al paciente, ya sea en el Hospital o en el Centro de Atención Primaria, o en un consultorio médico. El registro de la Historia Clínica constituye un documento principal en el sistema de información del hospital, imprescindible en su vertiente asistencial, administrativa, y además, constituye el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad, de lo que se deriva su trascendencia como documento legal.

La información básica necesaria para la apertura de la historia clínica generalmente es la siguiente:

- 1) N° de Historia clínica. Será el mismo que figura en la tarjeta de citas.
- 2) Apellidos y nombres.
- 3) Fecha de Nacimiento:
- 4) Sexo: F o M. Según corresponda
- 5) Lugar de nacimiento: País, provincia, ciudad, cantón, parroquia o recinto.
- 6) Domicilio: nombre y el número de la calle en que se vive o algún punto de referencia

- 7) Fecha de consulta: Se coloca en números el día, el mes y año en que se realiza la consulta.
- 8) Edad: Se registra la edad actual del paciente.

Por tanto, los cinco componentes principales de la historia clínica son:

- 1) Datos subjetivos proporcionados por el paciente
- 2) Datos objetivos obtenidos de la exploración física y de las exploraciones complementarias
- 3) Diagnóstico
- 4) Pronóstico
- 5) Tratamiento

Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, incorpora los datos de sus antecedentes personales y familiares, sus hábitos, y todo aquello vinculado con su salud biopsicosocial. También incluye el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación. La historia clínica no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que incluye en una sección aparte los juicios, documentos, procedimientos, e informaciones.

3.1.3. Preparación del Paciente (Área de Enfermería).

Una vez finalizada la actividad que le corresponde al departamento de estadísticas en relación a la historia clínica del paciente, la enfermera o la auxiliar de enfermería retira la carpeta o historia clínica del paciente llevándolas a su área para proceder a la toma de signos vitales, preparando de esta de forma al paciente antes de ser atención por el profesional médico, luego permanece sentado en la sala de espera de la consultar externa del H.C.J.M.C. esperando a que el médico al cual fue asignado le llame al consultorio en donde este se

encuentre, por lo general este tiempo de espera puede alcanzar hasta un rango de espera de dos hasta tres horas.



Foto 3.4.- Área de preparación del paciente - Dpto. de Enfermería - H.C. J. M. C.
Fuente: Autor

3.1.4. Atención médica en la Consulta Externa.

La consulta médica es el primer paso en la valoración clínica. Mediante la anamnesis (entrevista) y la exploración física se realiza la primera aproximación al diagnóstico. Durante la entrevista se recaba básicamente la siguiente información:

- Motivo de consulta: Enfermedad actual: preguntar al paciente o al acompañante si el paciente es niño:
- Signos y síntomas: Se pregunta lo más resaltante de la enfermedad que trae al paciente. Ejemplo: Dolor de cabeza, fiebre, tos, dolor, vómitos, etc.
- Tiempo de enfermedad: Se registra en letras los días, semanas o meses que presenta la enfermedad. Tratamiento recibido antes de la consulta.
- Antecedentes: Se pregunta y escribe sobre las enfermedades, accidentes y operaciones que haya presentado antes. Si el paciente es niño pregunta a la madre qué vacunas ha recibido, qué le da de comer, etc.
- Asimismo pregunta por enfermedades familiares como malaria, tuberculosis, diabetes, presión alta, asma, artritis, etc.

En algunas ocasiones son necesarias pruebas complementarias (generalmente de diagnóstico por imagen: radiología, ecografía) para completar el diagnóstico.

Una vez diagnosticado el proceso se establecen las pautas terapéuticas concretas en función de cada paciente.

Durante el examen físico se recaba básicamente la siguiente información:

- Funciones vitales: pulso, temperatura, presión arterial y la frecuencia respiratoria.
- Peso: Anota el valor en kilos y gramos. Ejemplo: 4.050 kg.
- Talla: Anota en centímetros y metros. Ejemplo: 60 cm.

Procede a realizar el examen físico, empezando por la cabeza, el cuello, tórax, abdomen, y por último los miembros superiores e inferiores.

Diagnóstico: En esta sección de la historia clínica, coloca finalmente el o los diagnósticos a los que se ha llegado, sean definitivos o presuntivos.

Tratamiento: Coloca el nombre de los medicamentos, la cantidad y el tiempo a usar. Así mismo las recomendaciones para la casa, tipo(s) de tratamientos dados (clínico o quirúrgico) o la transferencia a otro servicio (interconsulta).

El Diagrama de Flujo del proceso actual de atención en Consulta Externa a pacientes en el H.C.J.M.C., así como los pasos que debe seguir un paciente desde su ingreso al hospital hasta su salida. Estos pasos son largos, complejos y llenos de trámites, y son los siguientes (**Ver Apéndice III, Pág. 118**):

- Ingreso al hospital
- Tomar un ticket
- Sacar turno en el Dpto. de Estadística
- Preparación en enfermería
- Tratamiento ambulatorio

3.1.5. Problemas Existentes.

El proceso de atención es muy complejo ocasionando molestias ya que el tiempo que se toma un paciente que acude por primera vez o subsecuentes es de 3 horas en promedio. Cuando un médico no llega puntual o simplemente no llega al consultorio causa un retraso en la atención por lo que deben esperar hasta ser atendidos y algunos no recibirán atención, por lo que deben entonces ser direccionados hacia otros médicos, lo cual ocasiona mayor tiempo de espera al paciente y mayor sobrecarga de trabajo al médico al cual se le asignan más pacientes de lo habitual.



Foto 3.5.- Área de consulta externa - H.C. J. M. C
Fuente: Autor

La aglomeración en el área de laboratorios para toma de muestras genera malestar entre los pacientes debido a que todos quieren ser atendidos a la vez.

La sala de espera del H.C.J.M.C., a la fecha del presente estudio, luce deteriorada en cuanto a su mobiliario, debido al paso del tiempo, a la falta de mantenimiento, al maltrato de los mismos pacientes y en los días en que hay mayor afluencia de personas resulta estrecha e incómoda para el proceso de espera de turno de los pacientes a cada una de las especialidades médicas que ofrece el hospital.



Foto 3.6.- Área de sala de espera – consulta externa – H.C.J.M.C.

Fuente: Autor

A continuación se presenta un análisis de causa - efecto de los principales problemas encontrados en el servicio de consulta externa.

Análisis de causa - efecto

Según el Dr. Kaoru Ishikawa (padre de la calidad total), el Diagrama Causa-Efecto es una forma de organizar y representar las diferentes teorías propuestas sobre las causas de un problema. Se conoce también como diagrama de Ishikawa (por su creador), o diagrama de Espina de Pescado y se utiliza en las fases de Diagnóstico y Solución de la causa (Gestión de la calidad, Martínez M., 2005).

La mejor manera de identificar problemas es a través de la participación de todos los miembros del equipo de trabajo en que se trabaja y lograr que todos los participantes vayan enunciando sus sugerencias. Los conceptos que expresen las personas, se irán colocando en diversos lugares. El resultado obtenido será un Diagrama en forma de Espina de Ishikawa. Ideado en 1953 se incluye en él los siguientes elementos: El problema principal que se desea analizar, el cual se coloca en el extremo derecho del diagrama. Se aconseja encerrarlo en un rectángulo para visualizarlo con facilidad.

Gráficamente está constituida por un eje central horizontal que es conocida como “línea principal o espina central”. Posee varias flechas inclinadas que se extienden hasta el

eje central, al cual llegan desde su parte inferior y superior, según el lugar adonde se haya colocado el problema que se estuviera analizando o descomponiendo en sus propias causas o razones. Cada una de ellas representa un grupo de causas que inciden en la existencia del problema. Cada una de estas flechas a su vez son tocadas por flechas de menor tamaño que representan las “causas secundarias” de cada “causa” o “grupo de causas del problema” (Gestión de la calidad, Martínez M., 2005).

Para ilustrar de mejor forma el análisis de causas y efectos de los procesos del hospital de Ricaurte “H.C.J.M.C.”, a continuación se presentan los diagramas de:

- Diagrama causa efecto de falta de exámenes previos.
- Diagrama causa efecto de ausentismo del médico.
- Diagrama causa efecto de los datos mal ingresados en estadística.

Los mismos que se encuentran en las figuras siguientes:

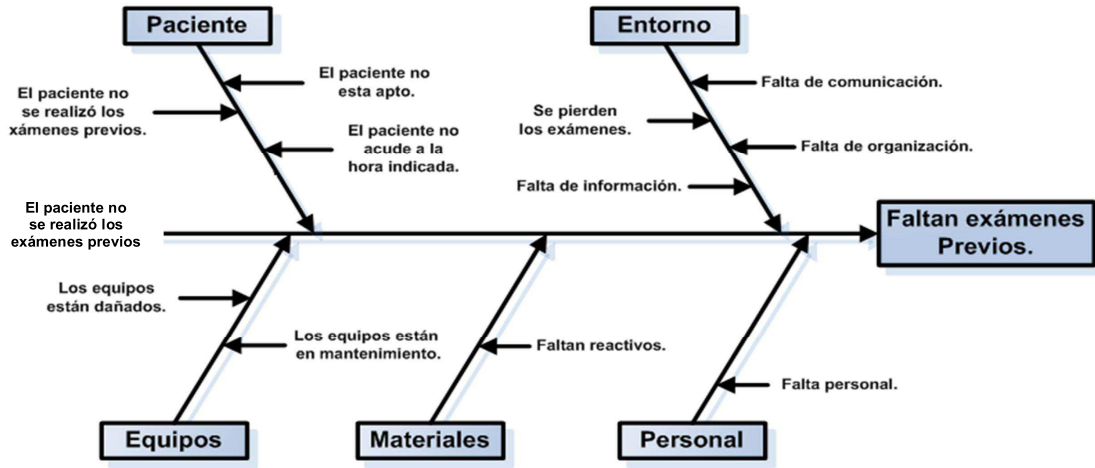


Figura 3.1 Diagrama causa efecto de falta de exámenes previos.

Fuente: Departamento de Estadística del HCJMC

Elaboración: Autor

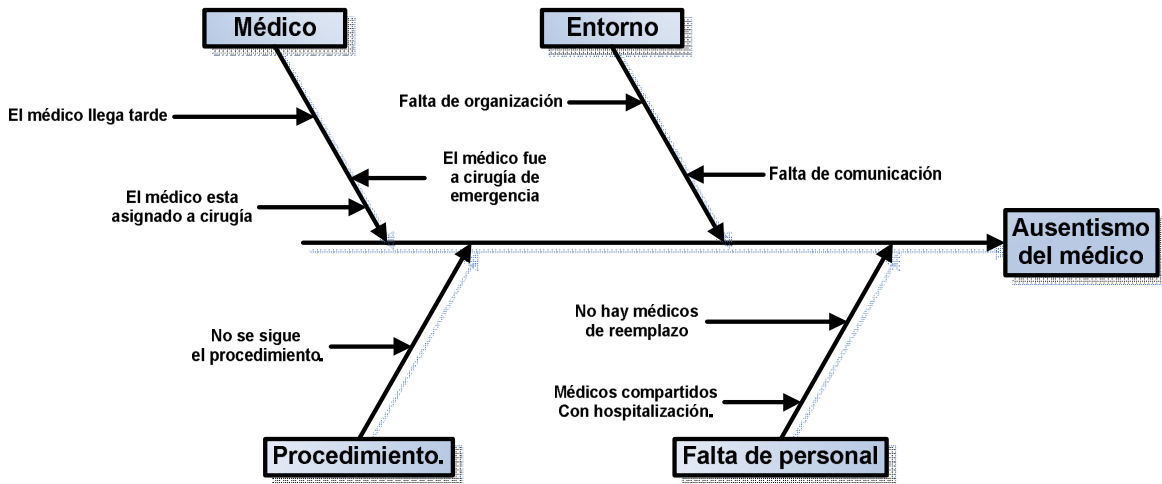


Figura 3.2 Diagrama causa efecto de ausentismo del médico.
Fuente: Departamento de estadística del HCJMC
Elaboración: Autor

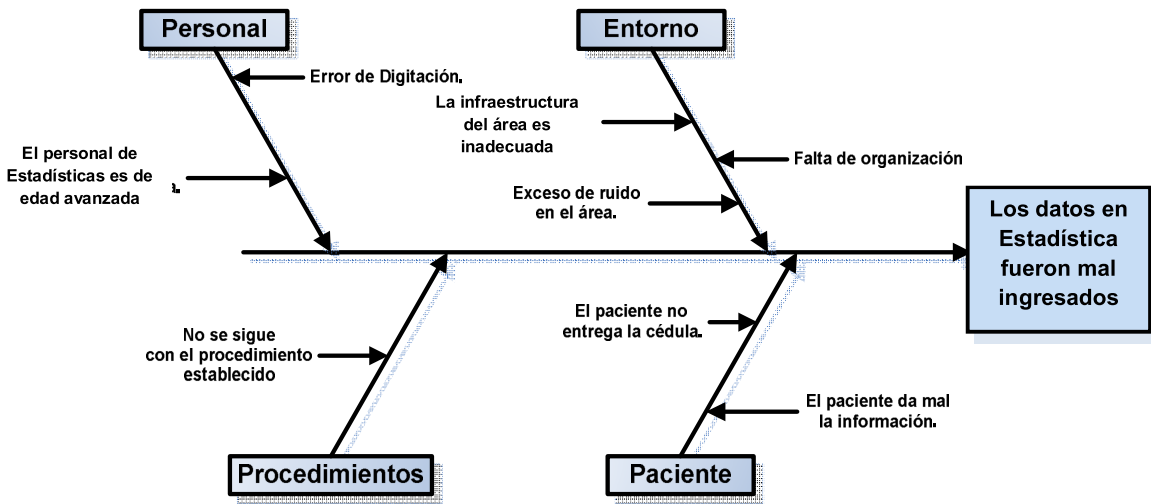


Figura 3.3 Diagrama causa efecto de los datos mal ingresados en estadística.
Fuente: Departamento de estadística del HCJMC
Elaboración: Autor

Con la información registrada en los diagramas causa efecto se obtiene la siguiente tabla.

Tabla 3.2 *Clasificación por familia de las causas.*

Familia	Causa
Organizacional	Falta de comunicación
	Falta de información
	Falta de organización
	No se sigue con el procedimiento
	Se pierden los exámenes
Recurso Humano	El personal de Estadística es de edad
	Error de digitación
	Falta de personal
	Falta de personal médico y enfermeras
	No hay médicos de reemplazo
Pacientes	El paciente da mal la información
	El paciente no se realizó los exámenes
	El paciente no entrega cédula
	El médico fue a cirugía de emergencia
	El médico llega tarde
Infraestructura	Exceso de ruido en el área
	La infraestructura del área de Estadística y de los consultorios es inadecuado
Equipos	No hay equipos.
	Los equipos existentes están dañados
	Los equipos están en mantenimiento

Fuente: Diagramas de Causa – Efecto.

3.1.6. FODA.

El FODA es un instrumento o herramienta utilizada para analizar la situación actual de una institución, empresa u organización, la misma permite obtener información (diagnóstico) precisa o certera sobre la situación actual lo cual permite en función de la información obtenida, tomar decisiones acordes con los objetivos y políticas formulados.

El término FODA es una sigla conformada por las primeras letras de las palabras:

Fortalezas: capacidades que posee o dispone la empresa o institución, y le da una posición privilegiada frente a la competencia.

Oportunidades: factores positivos, explotables y favorables, que debe descubrir la empresa o institución en relación al entorno en el que actúa y que ayudan a obtener sobre la competencia ventajas competitivas.

Debilidades: recursos de los que no dispone o carece la institución o empresa y provocan una posición no favorable frente a la competencia.

Amenazas: situaciones provenientes del medio (entorno) en donde ejecuta sus actividades la empresa o institución y que pueden llegar a atentar contra la supervivencia de la misma (Comunicación Estrategia II, 2011).



Figura 3.5 F.O.D.A.

Fuente: <http://www.comunicacionestrategica2.blogspot.com>

Por lo indicado en párrafos anteriores, se procederá a la elaboración de una matriz FODA con la finalidad de evaluar la situación que presenta la consulta externa del H.C.J.M.C. en relación al entorno en donde este se ubica y da su servicio a la comunidad.

Las principales funciones del FODA es detectar las relaciones entre las variables más importantes para así diseñar estrategias adecuadas, sobre la base del análisis del ambiente interno y externo que es inherente a cada organización.

Es útil considerar que el punto de partida de este modelo son las amenazas ya que en muchos casos las organizaciones proceden a la planeación estratégica como resultado de la percepción de crisis, problemas o amenazas.

Dentro del análisis FODA realizado a la consulta externa del H.C.J.M.C., se evidencio lo siguiente:

Debilidades.

- Falta de un sistema de información estadístico automatizado confiable.
- Tiempo de espera prolongado para poder sacar turno, para ser atendido en preparación, y para ser atendido por el médico.
- Falta de optimización de recursos humanos y físicos.
- Débil estructura funcional.
- Existe la necesidad de contratar más médicos, debido a la alta demanda de pacientes que pertenece al sector urbano y rural del cantón Urdaneta y Pueblo Viejo, así como también de los cantones aledaños de la Provincia de Los Ríos y de otras provincias.
- Falta modernizar instalaciones y sistemas para lograr una mayor operatividad.

Fortalezas.

- Organigrama definido.
- Recurso humano con habilidades y capacidades.
- Personal médico calificado, con muchos años de experiencia.
- Profesionales comprometidos y con gran vocación de servicio.
- Espacio físico optimo, adaptable y utilizable.
- El hospital está ubicado en una avenida con vías de acceso expeditas que le permite a la población acceder de manera rápida.

Oportunidades.

- Ubicación estratégica en el Cantón Urdaneta.
- Construcción de un centro con una mayor superficie e infraestructura.
- Apoyo y asesoría por dependencia inmediata superior.
- Incremento en la demanda o utilización del servicio ambulatorio por parte de la población.
- Alianzas estratégicas con entidades privadas y gubernamentales como son los municipios locales.

Amenazas.

- Cambios continuos de Directores del hospital.
- Sobrepoblación del sector y una estimación que aumenta con el tiempo.
- Inconformidad del servicio prestado ocasionando reclamos por parte de los usuarios que acuden a las instalaciones del H.C.J.M.C.
- Crisis económicas que se pueden presentarse en el país y en los usuarios, los cuales podrían afectar de dos formas: aumento explosivo de pacientes, disminución del presupuesto asignado al Hospital.

Conclusión de la situación actual.

El H.C.J.M.C. ofrece una estructura organizacional compleja, de muchos niveles y una gran departamentalización, lo que hace de esta una estructura rígida, poco dinámica y muy burocrática.

Por otro lado ofrece una gran variedad de prestaciones médicas, servicios y beneficios, orientados al sector con menos recursos de la población. Por ser este una porción mayoritaria del total de la población local, el Hospital tiene un mercado amplio y de carácter cautivo, ya que este no tiene acceso a la salud privada por falta de recursos económicos.

A su vez, el hospital también sufre escasez de recursos, lo que hace que los presupuestos destinados a cubrir necesidades dentro de la organización, y los destinados a bienes y servicios para pacientes, sean incapaces de cubrir los gastos provocados por la alta demanda que soporta. Todo esto se traduce en disminución de calidad en la atención, retraso de la misma, etc.

Analizando el funcionamiento de la organización, nos damos cuenta de la gran lentitud del sistema; su amplia y muy dividida cantidad de personal, que goza de una gran estabilidad laboral y beneficios internos, lo que unido a una escasa fiscalización de funciones, derivan en una frecuente ineficiencia en el cumplimiento de labores, ya sea en pérdida de tiempo o en una mala atención, lo que va en detrimento de la imagen exterior del hospital, en referencia a las diferentes clínicas funcionando en la región.

La burocracia de la organización está lejos de optimizar el tiempo y los recursos disponibles.

A pesar de todo esto, debemos aclarar que el conjunto de servicios prestados a disposición del público es superior a los ofrecidos por cualquier centro asistencial de la región, ya que se poseen especialidades de prestación exclusiva en este centro hospitalario.

Como centro hospitalario es quizás uno de los que mejores implementados de la Provincia de Los Ríos, lo que le permite ejecutar cualquier tipo de tratamiento y cirugía.

Con esto queremos concluir que el H.C.J.M.C. con todas sus limitaciones y debilidades, cumple los objetivos de asegurar atención de salud a las personas de escasos recursos y al público en general.

3.2. Metodología.

La metodología que se desarrolló en éste estudio, tuvo como propósito recopilar datos que permitan documentar los procesos del servicio de Consulta Externa del H.C.J.M.C. del

cantón Ricaurte y la percepción del usuario (cliente externo) respecto de los servicios recibidos en el mismo.

3.2.1. Nivel o tipo de investigación.

Con respecto al nivel de la investigación y basándonos en Hernández, Fernández y Baptista (2010), es un estudio exploratorio-descriptivo; exploratorio ya que se pretendió examinar un tema o problema de investigación poco estudiado y descriptivo debido a que se centró en medir con la mayor precisión posible los conceptos o variables a los que se refiere la investigación, es decir, se tuvo como finalidad examinar un problema de investigación y a su vez, describir los hallazgos y propiedades del fenómeno, sin intentar establecer relaciones causales.

3.2.2. Población y muestra.

La población a estudiar la conformaron los pacientes de 15 a 74 años de edad (ver Tabla 1.3) que acudieron al Servicio de Consulta Externa del H.C.J.M.C.

3.2.2.1. Determinación del tamaño de la muestra.

En este punto se determina el número de personas que se van a encuestar. Para ello, lo usual es hacer uso de la fórmula de la muestra, lo cual permite obtener un número representativo del grupo de personas que se desea estudiar.

La fórmula a aplicar según Hernández, Fernández y Baptista (2010), es la siguiente,

fide:

$$“n = (Z^2pqN) / (Ne^2 + Z^2pq)”$$

Dónde:

- El número de personas a estudiar (**n**), es el número de encuestas a realizar.
- El grupo de personas (**N**), es la población que se va a estudiar.

- Nivel de confianza (**z**). Los niveles de confianza utilizados son: 95% (1.96) o de 90% (1.65). Mientras mayor sea el nivel de confianza, mayor confiabilidad tendrán los resultados, pero mayor será el número encuestas a realizar.
- Porcentaje de error (**e**). Lo usual es utilizar un grado de error de 5% o 10%. Mientras menor margen de error, mayor validez tendrán los resultados, pero mayor será el número de encuestas a realizar.
- Probabilidad de que ocurra el evento (**p**). Probabilidad de ocurrencia del 50%.
- Probabilidad de que no ocurra el evento (**q**). Probabilidad de no ocurrencia del 50%.
- La suma de “p” más “q” siempre debe dar 100%.

Nivel de Confianza (90%); $Z = 1.65$

$$n = (Z^2 pqN) / (Ne^2 + Z^2 pq)$$

$$n = \frac{(1.65)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 8094}{(8094) \times (0.05)^2 + (1.65)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 5508,98 / 2091,06$$

$$n = 263,39$$

$$n = 263 \text{ encuestados}$$

Para determinar el nivel de percepción de satisfacción de calidad del servicio por parte de los pacientes que acuden a las consultas del H.C.J.M.C., se tomó como base la información de la Tabla 1.3 “Población Urdaneta y Pueblo viejo Año 2010 por Grupos Programáticos”, de la cual se estableció un universo de 8094 pacientes (clientes externos) y aplicando la fórmula estadística respectiva, se obtuvo una muestra (n) constituida por 263 pacientes que acudieron a la Consulta Externa de este Centro durante el periodo de tiempo comprendido entre enero y marzo de 2011, y que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Se incluyeron en la muestra todos los pacientes que asistieron por primera vez y subsecuentes (cita médica) para solicitar tratamiento al Servicio de Consulta Externa, cuyas edades están comprendidas entre 15 a 74 años.

Criterios de Exclusión:

- No formaron parte de la muestra aquellos pacientes cuya condición clínica impida la aplicación del instrumento, estos con: pacientes que padezcan trastornos psiquiátricos, discapacidad mental o retraso mental, trisomía 21 o Síndrome de Down, entre otras condiciones clínicas similares que impiden la aplicación del instrumento de recolección de datos.
- Pacientes infanto-juveniles.
- Pacientes de gerontopsiquiatría (demencia senil).

3.2.3. Fuentes de Información.

La totalidad de la información fue posible obtenerla en el mismo Hospital Cantonal, realizando encuestas a los pacientes, utilizando además la observación.

3.2.4. Obtención de los datos.

Las respuestas obtenidas de las encuestas, fueron organizadas en cinco hojas de registros, donde se anotaron los datos de las respuestas dadas por los usuarios que se atendieron en el H.C.J.M.C. durante el período indicado (**Ver Apéndice IV, Pág. 119**). Los segmentos que se investigaron fueron:

Identificación del usuario (Sexo, Sector de residencia, Edad, Nivel escolaridad).

Preguntas básicas para la encuesta.

1. Frecuencia de visita a la Consulta Externa del Hospital.
2. Tipo de servicio por el que acude a la Consulta Externa del Hospital

3. Distancia de traslado desde el domicilio al Hospital.
4. Tiempo empleado en llegar al Hospital.
5. Conocimiento del sistema de entrega de fichas o turnos para las diferentes atenciones que ofrece la Consulta Externa del Hospital.
6. Adecuación de los horarios de entrega de fichas o turnos.
7. Tiempo de espera para sacar turno o ficha.
8. Trato recibido en el Dpto. de Estadísticas o Archivo.
9. Estado de comodidad y salubridad de la sala de consulta externa y los baños.
10. Evaluación de la atención recibida por parte del personal de enfermería en la preparación de pacientes.
11. Tiempo de permanencia en la sala de espera antes de ser atendido por el/la profesional.
12. Importancia o no de ser siempre atendido por el mismo profesional.
13. Conocimiento del nombre del profesional que lo atendió.
14. Pautas importantes a considerar en la recepción de la atención médica.
15. Que se le explique su problema de salud y su significado.
16. Indicaciones recibidas para seguir un tratamiento y mejorar su problema de salud.
17. Trato recibido del o la profesional que lo atendió.
18. Si recibió o no receta y medicamentos
19. Tiempo de permanencia en la farmacia.
20. Grado general de satisfacción por el servicio recibido.

3.2.5. Plan de recolección de información.

La información fue obtenida de una muestra representativa de la población atendida y fue recopilada través de encuestas de satisfacción de usuarios, con el objetivo de

obtener información estadística que permita conocer las necesidades y/o estado de opinión de las personas respecto del servicio, que permitan implementar las medidas correctivas y preventivas necesarias que conduzcan a su mejoramiento. El cuestionario de la encuesta se muestra en el **apéndice IV (Pág. 119)**.

3.2.6. Plan de procesamiento de la información.

Los datos obtenidos de las encuestas a los usuarios (cliente externo) que se hicieron atender, fueron almacenados en una hoja Excel para su posterior comparación y análisis.

De acuerdo con los objetivos propuestos y el tipo de variable, se detallarán las medidas de resumen para cada una de ellas, y se explicarán las pruebas estadísticas y los niveles de significación que se emplearán.

3.2.7. Procesos de atención en Consulta Externa.

En el **Apéndice V (Pág. 125)** se presenta la información estadística de los procesos de atención en el servicio de Consulta Externa, correspondientes al año 2010 y primer trimestre del año 2011, en los que se puede apreciar el comportamiento de las diversas variables que intervienen diariamente en la prestación del servicio, como son: pacientes por primera vez, pacientes subsecuentes, horas de trabajo del personal médico, morbilidad por edades; y, requerimientos del servicio por tipo de sexo.

3.2.8. Encuesta de satisfacción de usuario.

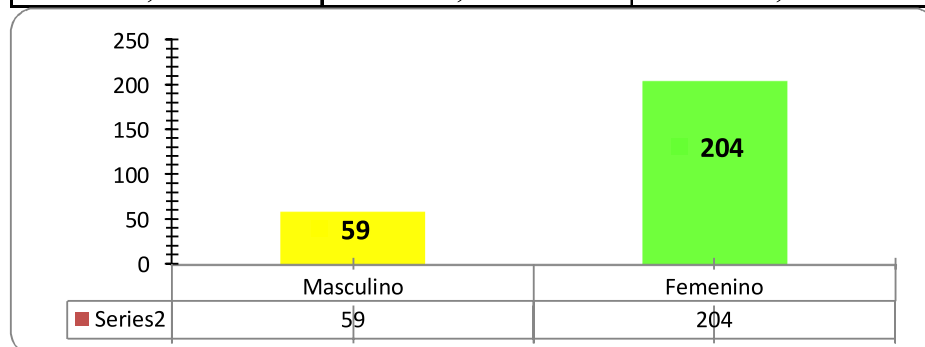
A continuación se presenta la información estadística respecto del punto de vista de las personas que se atienden en el Hospital, en cuanto a la satisfacción de sus problemas de salud. Esta encuesta – evaluación fue realizada durante el primer trimestre del año 2011, en los que se puede apreciar el comportamiento de las diversas variables que intervienen diariamente respecto del nivel de satisfacción del usuario en relación al servicio y trato

recibido por parte del personal médico, paramédico y de servicios del Hospital Cantonal Dr.

Juan Montalván Cornejo (H.C.J.M.C.).

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO - SERVICIO DE CONSULTA EXTERN.
PERÍODO DE REALIZACIÓN : MARZO - ABRIL - 2011**

Identificación del usuario por SEXO		
Masculino	Femenino	Total
59	204	263
22,43%	77,57%	100,00%

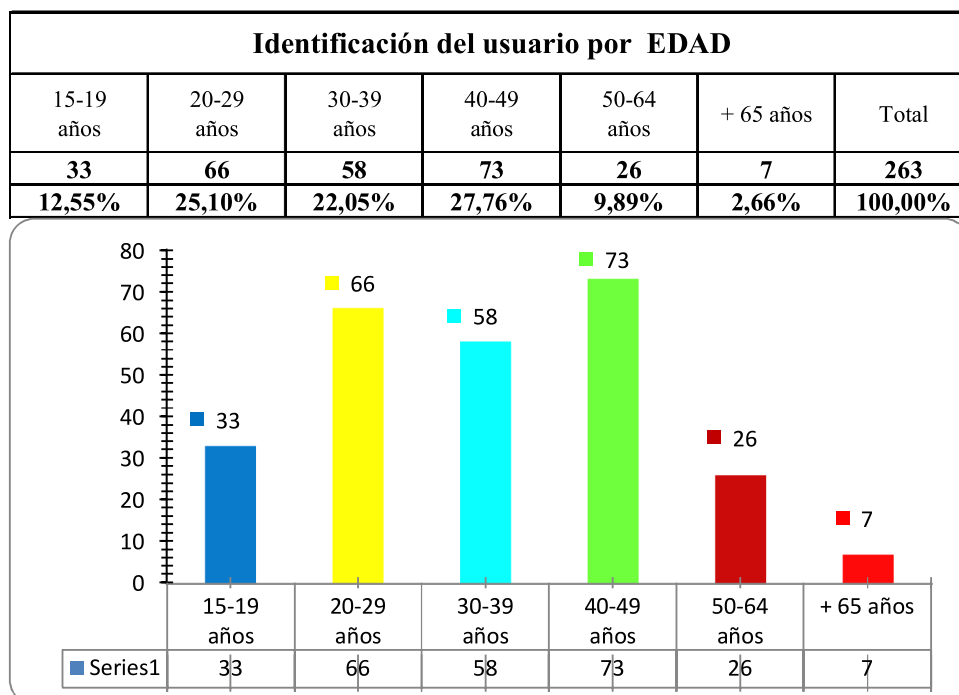


Fuente: Encuestas.

Elaboración: Autor.

Del total de usuarios encuestados, el 77,57% corresponde a personas de sexo femenino y el 22,43% corresponde a personas de sexo masculino; es decir, al servicio de consulta externa del Hospital Cantonal Dr. Juan Montalván Cornejo (H.C.J.M.C.) acuden más mujeres que hombres.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO - SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
PERÍODO DE REALIZACIÓN : MARZO - ABRIL - 2011

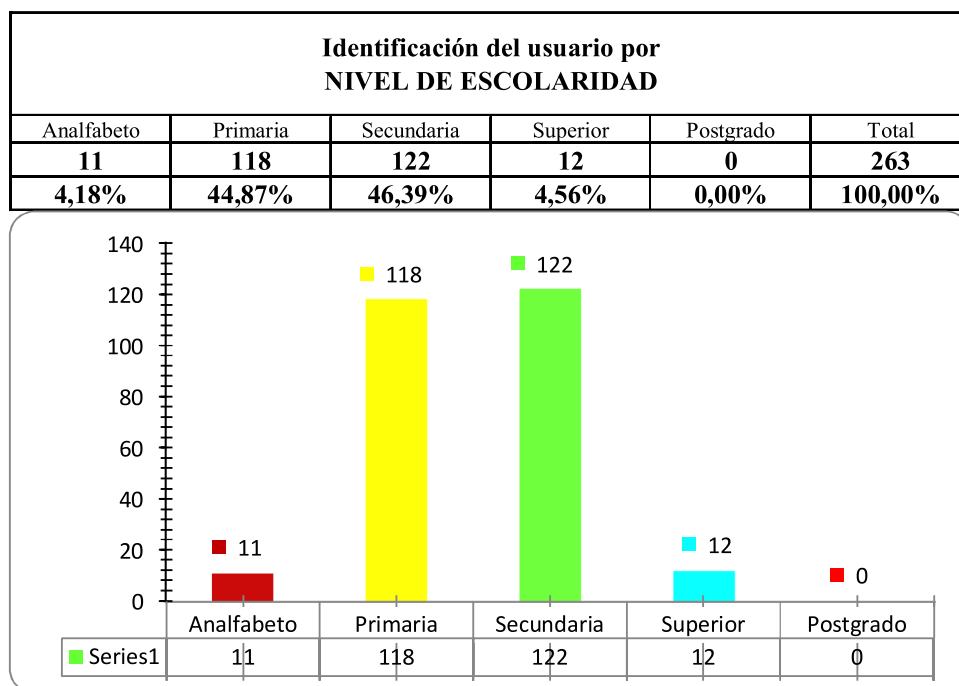


Fuente: Encuestas.

Elaboración: Autor.

En cuanto a la **identificación por edad**, del total de usuarios encuestados, el 27,76% corresponde a personas comprendidas entre 40 y 49 años, el 25,1% corresponde a personas entre 20 y 29 años, el 22,05% corresponde a personas entre 30 y 39 años, el 12,55% corresponde a personas entre 15 a 19 años, el 9,89% corresponde a personas entre 50 y 64 años; y, el 2,66% a personas de más de 65 años. Como resumen de esta parte de la encuesta tenemos que el 74,90% de usuarios está en edad comprendida entre 20 y 49 años y constituyen el grueso de la población que acude al servicio de consulta externa del Hospital Cantonal Dr. Juan Montalván Cornejo (H.C.J.M.C.).

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO - SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
PERÍODO DE REALIZACIÓN : MARZO - ABRIL - 2011**



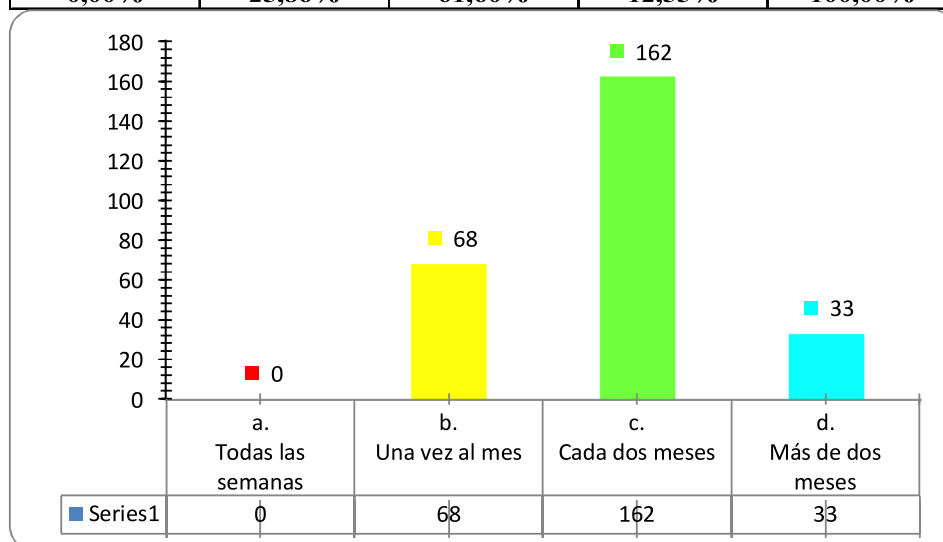
Fuente: Encuestas.

Elaboración: Autor.

En cuanto a la **identificación por nivel de escolaridad**, el 46,39 corresponde a personas con estudios secundarios, el 44,87% corresponde a personas con estudios primarios, el 4,56% corresponde a personas con estudios superiores y el 4,18% muestran un nivel de analfabetismo absoluto. Como resumen de esta parte de la encuesta tenemos que el 91,25% de usuarios encuestados, muestran un nivel de escolaridad comprendido entre estudios primarios y secundarios y constituyen el grueso de la población que acude al servicio de consulta externa del Hospital Cantonal Dr. Juan Montalván Cornejo (H.C.J.M.C.).

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO - SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
PERÍODO DE REALIZACIÓN : MARZO - ABRIL - 2011

Frecuencia de asistencia de los usuarios a la Consulta Externa del Hospital				
a. Todas las semanas	b. Una vez al mes	c. Cada dos meses	d. Más de dos meses	Total
0	68	162	33	263
0,00%	25,86%	61,60%	12,55%	100,00%



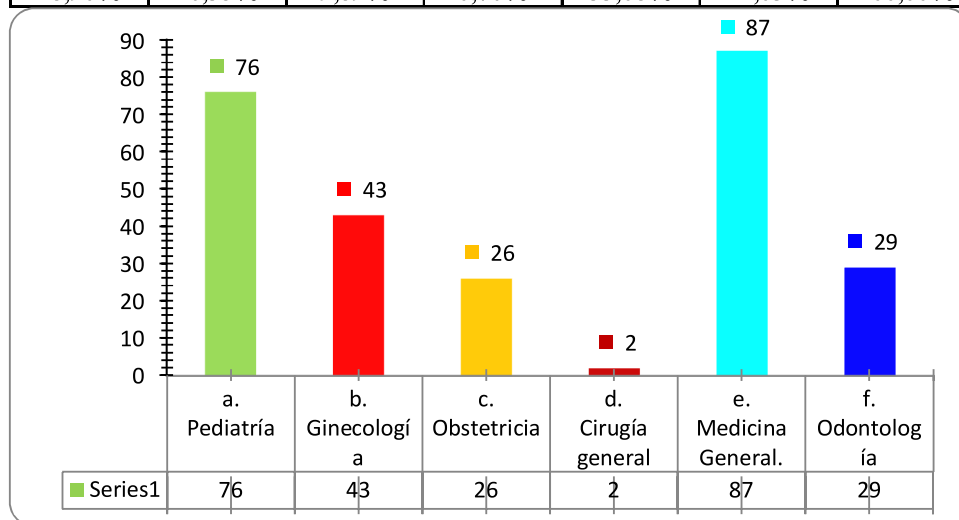
Fuente: Encuestas.

Elaboración: Autor.

En cuanto a la **frecuencia con la que asisten los usuarios al servicio de consulta externa** del Hospital Cantonal Dr. Juan Montalván Cornejo (H.C.J.M.C.), tenemos que el 61,60% asiste cada dos meses, el 25,86% asiste una vez al mes y el 12,55% acude con una frecuencia mayor a dos meses. Como resumen de esta parte de la encuesta tenemos que el 87,45% de usuarios encuestados, acuden con una frecuencia de entre uno y dos meses cada vez. Aquí se puede observar que las personas que acuden cada dos meses igual tienen que soportar las molestias e incomodidades del sistema administrativo operativo vigente en el hospital, con tal de poder ser atendidos en el servicio de consulta externa.

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO - SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
PERÍODO DE REALIZACIÓN : MARZO - ABRIL - 2011**

Servicios más requeridos						
a. Pediatria	b. Ginecología	c. Obstetricia	d. Cirugía general	e. Medicina General.	f. Odontología	Total
76	43	26	2	87	29	263
28,90%	16,35%	9,89%	0,76%	33,08%	11,03%	100,00%



Fuente: Encuestas.

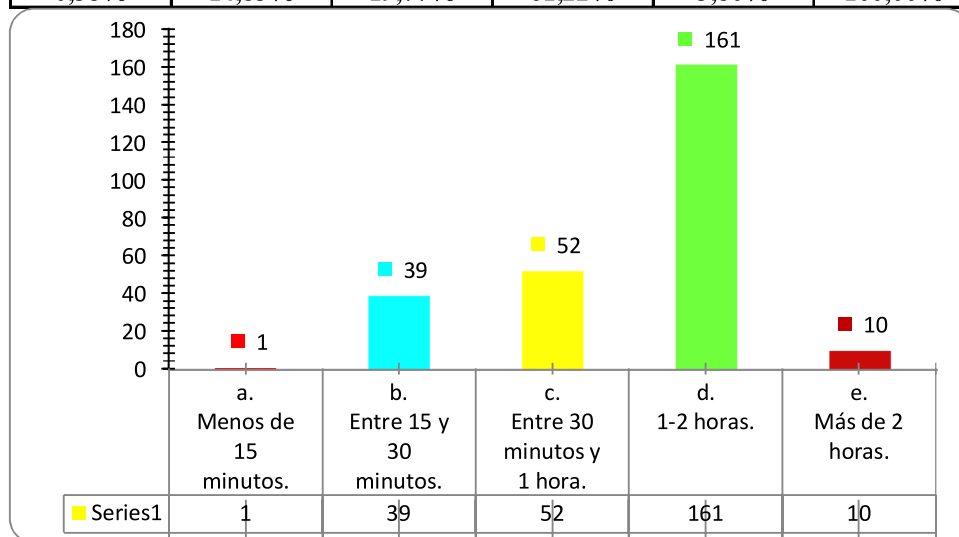
Elaboración: Autor.

En cuanto a la demanda de **servicios más requeridos**, tenemos que el 33,08% corresponde a medicina general, el 28,90% corresponde a pediatría, el 16,35% corresponde a ginecología, el 11,3% corresponde al servicio de odontología, el 9,89% corresponde al servicio de obstetricia el 0,76% corresponde al servicio de cirugía general. Como resumen de esta parte de la encuesta tenemos que los servicios más requeridos son los de medicina general, pediatría y ginecología, respectivamente, con un 78,33% de usuarios demandantes de estos servicios.

Aquí se empiezan a identificar las causas de las demoras en el otorgamiento de estos tres servicios y esto se debe a la falta de personal médico especializado para poder dar cobertura a la demanda con calidad y prontitud como debe ser.

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO - SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
PERÍODO DE REALIZACIÓN : MARZO - ABRIL - 2011**

Tiempo de espera para sacar turno o ficha					
a. Menos de 15 minutos.	b. Entre 15 y 30 minutos.	c. Entre 30 minutos y 1	d. 1-2 horas.	e. Más de 2 horas.	Total
1	39	52	161	10	263
0,38%	14,83%	19,77%	61,22%	3,80%	100,00%



Fuente: Encuestas.

Elaboración: Autor.

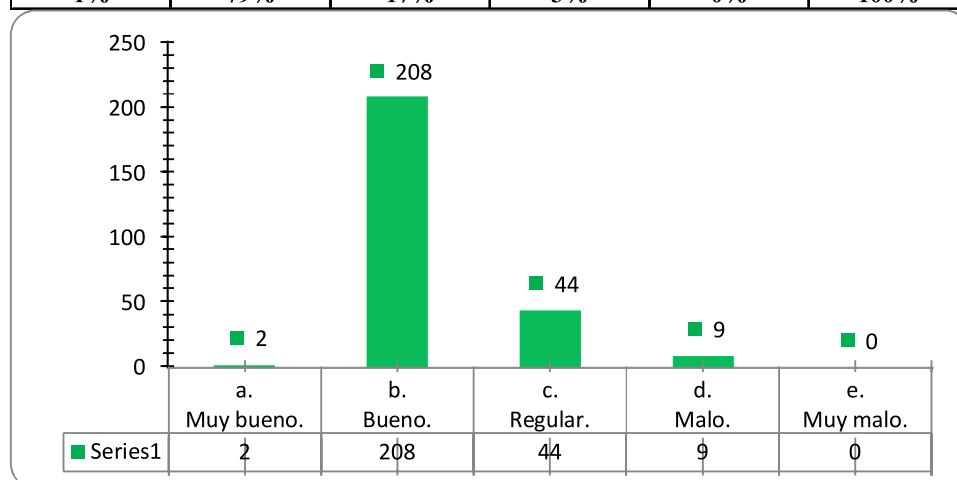
En lo que respecta al **tiempo de espera para sacar turno o ficha en el Dpto. de Estadísticas**, tenemos que el 61,22% de usuarios debe esperar de una a dos horas, el 19,77% de usuarios debe esperar entre treinta minutos y una hora, el 14,83% de usuarios debe esperar entre quince y treinta minutos, el 3,80% de usuarios debe esperar más de dos horas y tan solo el 0,38% de usuarios debe esperar menos de quince minutos que debería ser el tiempo de espera ideal.

Como resumen de esta parte de la encuesta tenemos que el 80,99% de usuarios debe esperar entre treinta minutos y dos horas para poder obtener su turno o ficha en el Dpto. de Estadísticas. Esta problemática se debe a que el proceso de atención en este Dpto. es lento, engorroso conllevando a grandes y prolongadas colas. El sistema de información y manejo

de datos de historias clínicas es deficiente y obsoleto, se lo lleva en forma manual y esto genera aglomeración de usuarios. Este es otro de los motivos de las causas de las demoras en el otorgamiento del servicio de atención médica en consulta externa.

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO - SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
PERÍODO DE REALIZACIÓN : MARZO - ABRIL - 2011**

Trato recibido en el Dpto. de Estadísticas					
a. Muy bueno.	b. Bueno.	c. Regular.	d. Malo.	e. Muy malo.	Total
2	208	44	9	0	263
1%	79%	17%	3%	0%	100%

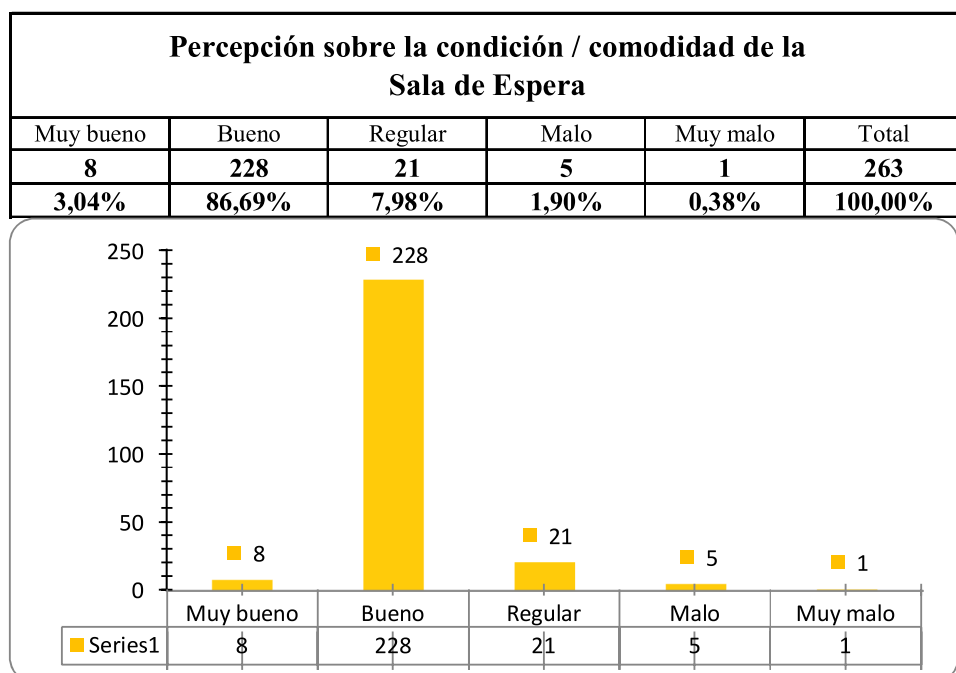


Fuente: Encuestas.

Elaboración: Autor.

En lo que respecta al **trato recibido por el usuario en el Dpto. de Estadísticas**, tenemos que el 79% lo considera como “bueno”, el 17% de usuarios considera el trato recibido como regular, el 3% de usuarios lo considera como “malo” y solamente un 1% de usuarios lo considera como “muy bueno”. Como resumen de esta parte de la encuesta tenemos que el 96% de usuarios considera entre “bueno y regular” el trato recibido en el Dpto. de Estadísticas, pudiéndose detectar por lo tanto, otra oportunidad de mejora en el servicio otorgado al usuario.

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO - SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
PERÍODO DE REALIZACIÓN : MARZO - ABRIL - 2011**



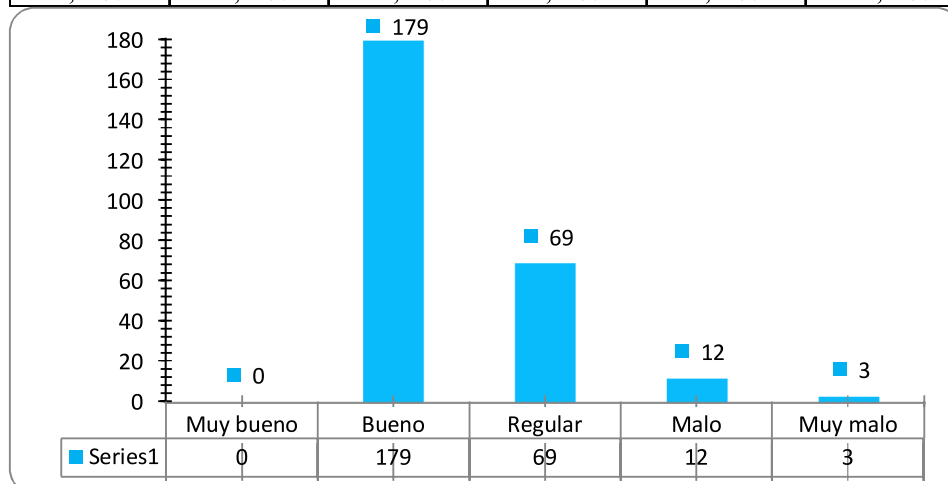
Fuente: Encuestas.

Elaboración: Autor.

En lo que respecta al **estado o condición de la sala de espera en cuanto a comodidad para el usuario**, tenemos que el 3,04% lo considera como muy bueno, el 86,69% lo considera como “bueno”, el 7,98% de usuarios los considera como regular, el 1,90% de usuarios los considera como “malo” y el 0,38% de usuarios los considera como “muy malo”. Como resumen de esta parte de la encuesta tenemos que el 94,68% de usuarios considera entre “bueno y regular” el estado físico de la sala de espera, pudiéndose detectar igualmente otra oportunidad de mejora en lo que se refiere a la infraestructura de ésta área.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO - SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
PERÍODO DE REALIZACIÓN : MARZO - ABRIL - 2011

Percepción sobre el estado de los baños					
Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	Total
0	179	69	12	3	263
0,00%	68,06%	26,24%	4,56%	1,14%	100,00%

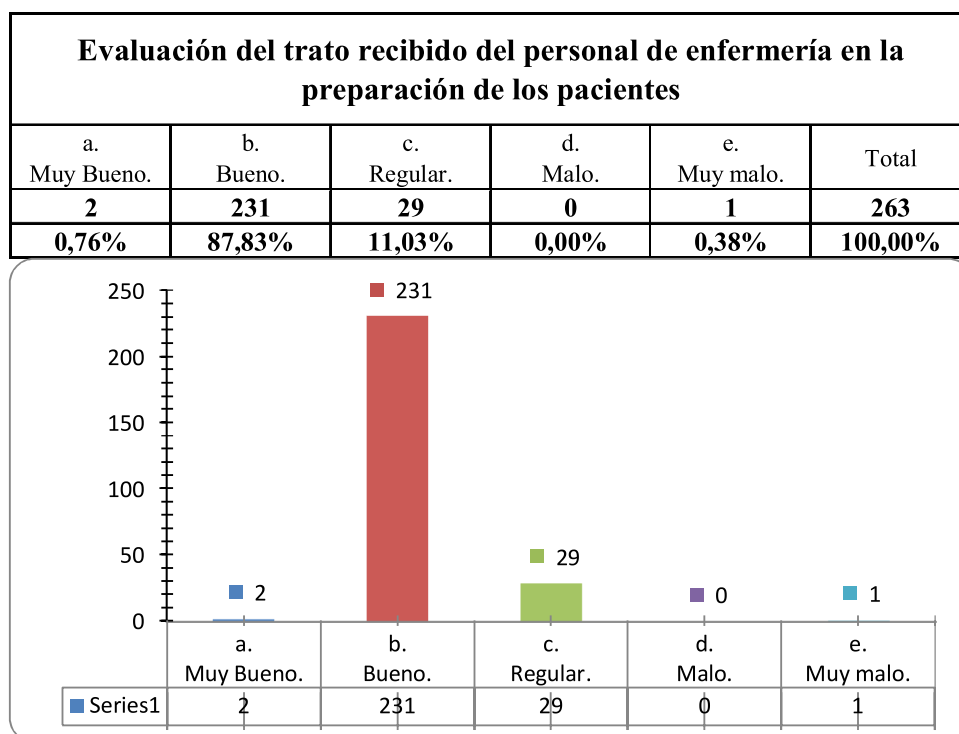


Fuente: Encuestas.

Elaboración: Autor.

En lo que respecta al **estado de los baños** destinados para el uso del usuario, tenemos que el 68,06% lo considera como “bueno”, el 26,24% de usuarios los considera como regular, el 4,56% de usuarios los considera como “malo” y el 1,14% de usuarios los considera como “muy malo”. Como resumen de esta parte de la encuesta tenemos que el 94,30% de usuarios considera entre “bueno y regular” el estado de los baños, pudiéndose detectar igualmente otra oportunidad de mejora en lo que se refiere a la infraestructura de los baños de usuarios.

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO - SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
PERÍODO DE REALIZACIÓN : MARZO - ABRIL - 2011**

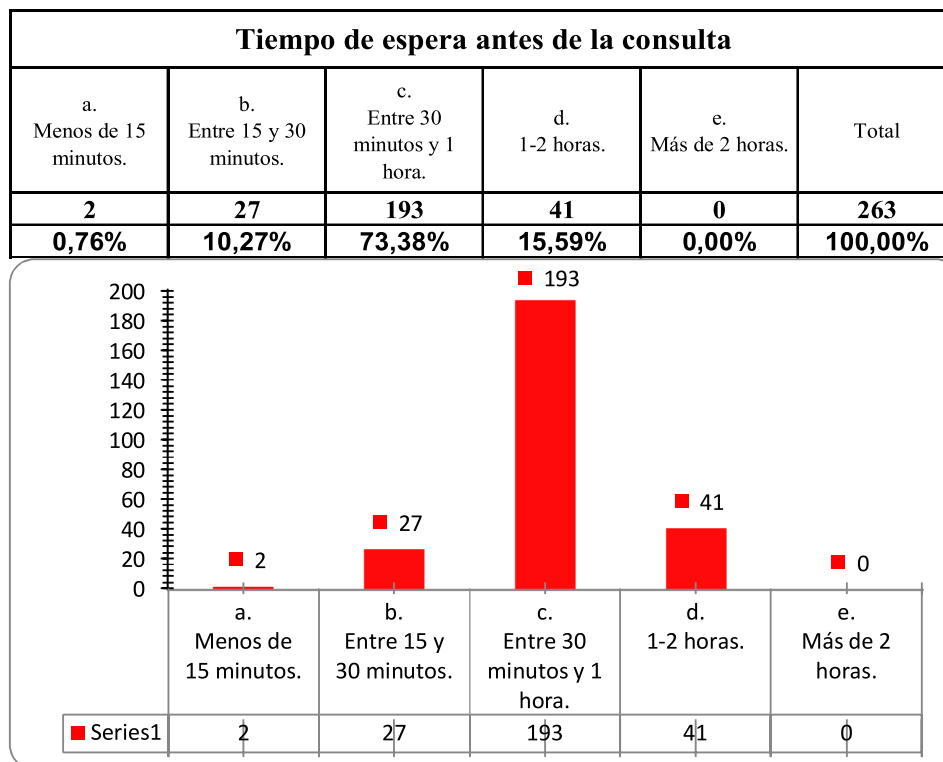


Fuente: Encuestas.

Elaboración: Autor.

En la **evaluación del trato recibido por el usuario por parte del personal de enfermería** (área de preparación), tenemos que el 87,83% lo considera como “bueno”, el 11,03% de usuarios considera el trato recibido como regular, el 0,76% de usuarios lo considera como “ muy bueno” y solamente un 0,38% de usuarios lo considera como “muy malo”. Como resumen de esta parte de la encuesta tenemos que el 98,86% de usuarios considera entre “bueno y regular” el trato recibido del personal de enfermería.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO - SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
PERÍODO DE REALIZACIÓN : MARZO - ABRIL - 2011



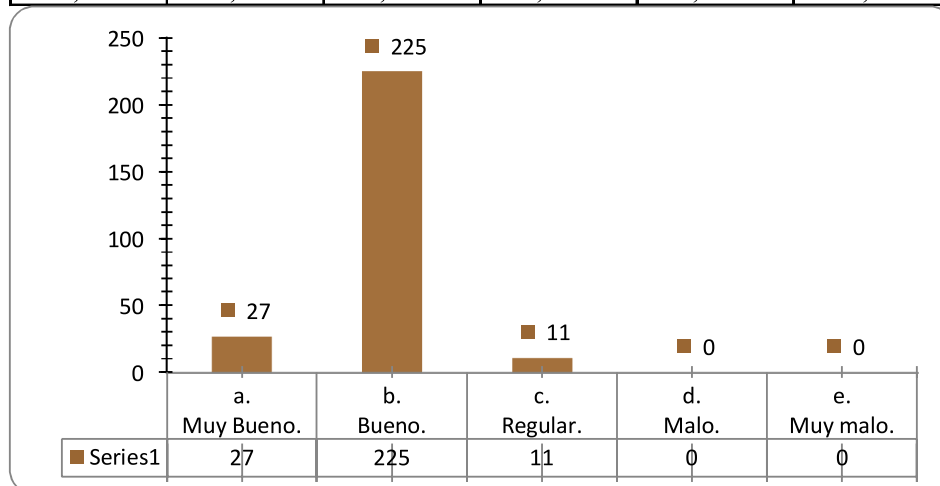
Fuente: Encuestas.

Elaboración: Autor.

El 73,38 % de los usuarios deben esperar entre 30 minutos a 1 hora para ser atendidos, a estos les sigo el 15,59% de los usuarios los cuales deben esperar entre 1 a 2 hora para ser atendidos por los profesionales de la salud de la consulta externa. A continuación esta el 10,27% de los pacientes que esperan entre 15 a 30 minutos, tiempo que es considerado aceptable pese a la gran afluencia de usuarios que acuden por consulta. Se aprecia una desorganización en el manejo de los horarios del personal médico, lo cual conlleva a una congestión y conflictos en el usuario, originados por la atención de los médicos a los pacientes hospitalizados y los de consulta.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO - SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
PERÍODO DE REALIZACIÓN : MARZO - ABRIL - 2011

Trato del profesional durante la consulta					
a.	b.	c.	d.	e.	Total
Muy Bueno.	Bueno.	Regular.	Malo.	Muy malo.	
27	225	11	0	0	263
10,27%	85,55%	4,18%	0,00%	0,00%	100,00%



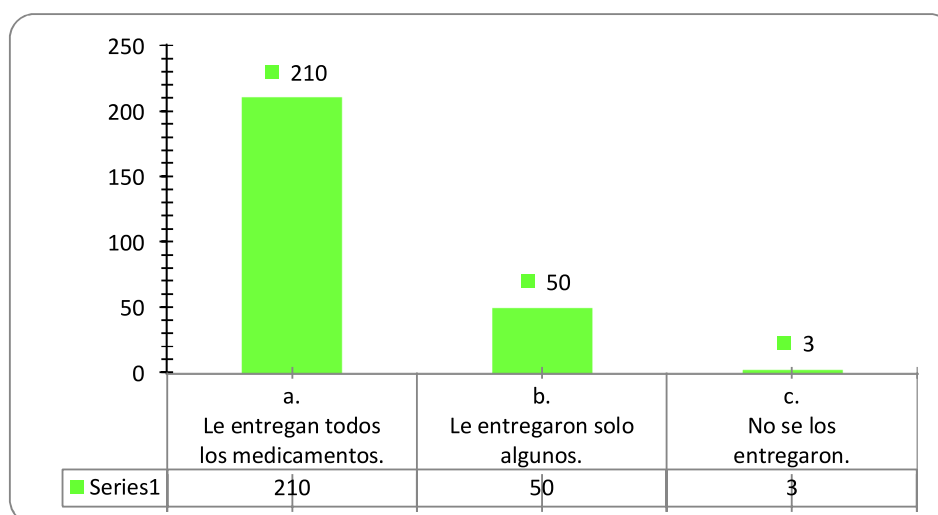
Fuente: Encuestas.

Elaboración: Autor.

Los usuarios que consideran como “bueno” el **trato del médico durante la consulta** representan el 85,55%. El siguiente grupo y en un menor porcentaje, son los usuarios que consideran como “muy bueno” el trato del médico con un 10,27% y finalmente los usuarios que consideran como “regular” el trato del médico, con un 4,18%.

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO - SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
PERÍODO DE REALIZACIÓN : MARZO - ABRIL - 2011**

Entrega de medicamentos en Farmacia			
a. Le entregan todos los medicamentos.	b. Le entregaron solo algunos.	c. No se los entregaron.	Total
210	50	3	263
79,85%	19,01%	1,14%	100,00%

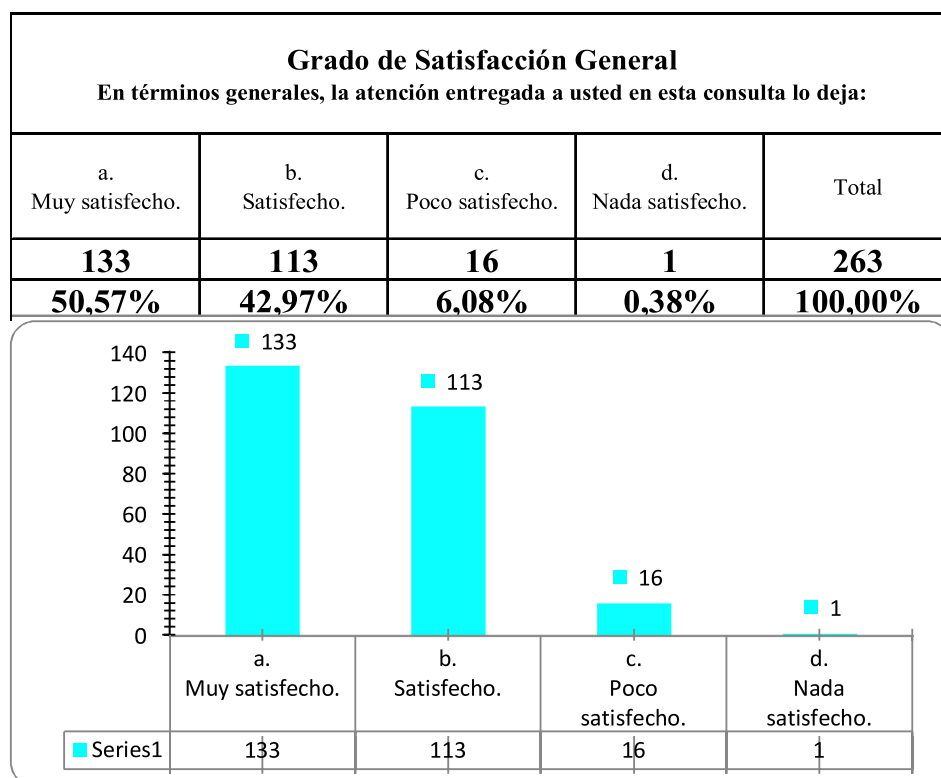


Fuente: Encuestas.

Elaboración: Autor.

Con respecto a la **entrega de los medicamentos en farmacia**, tenemos los usuarios que consideran que sí se les entregan todos los medicamentos y representan el 79,85%. El siguiente grupo y en un menor porcentaje, están los usuarios que consideran que se les entregan solo algunos medicamentos con un 19,01% y finalmente los usuarios que consideran que no se les entregan los medicamentos con un 1,14%.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO - SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
PERÍODO DE REALIZACIÓN : MARZO - ABRIL - 2011

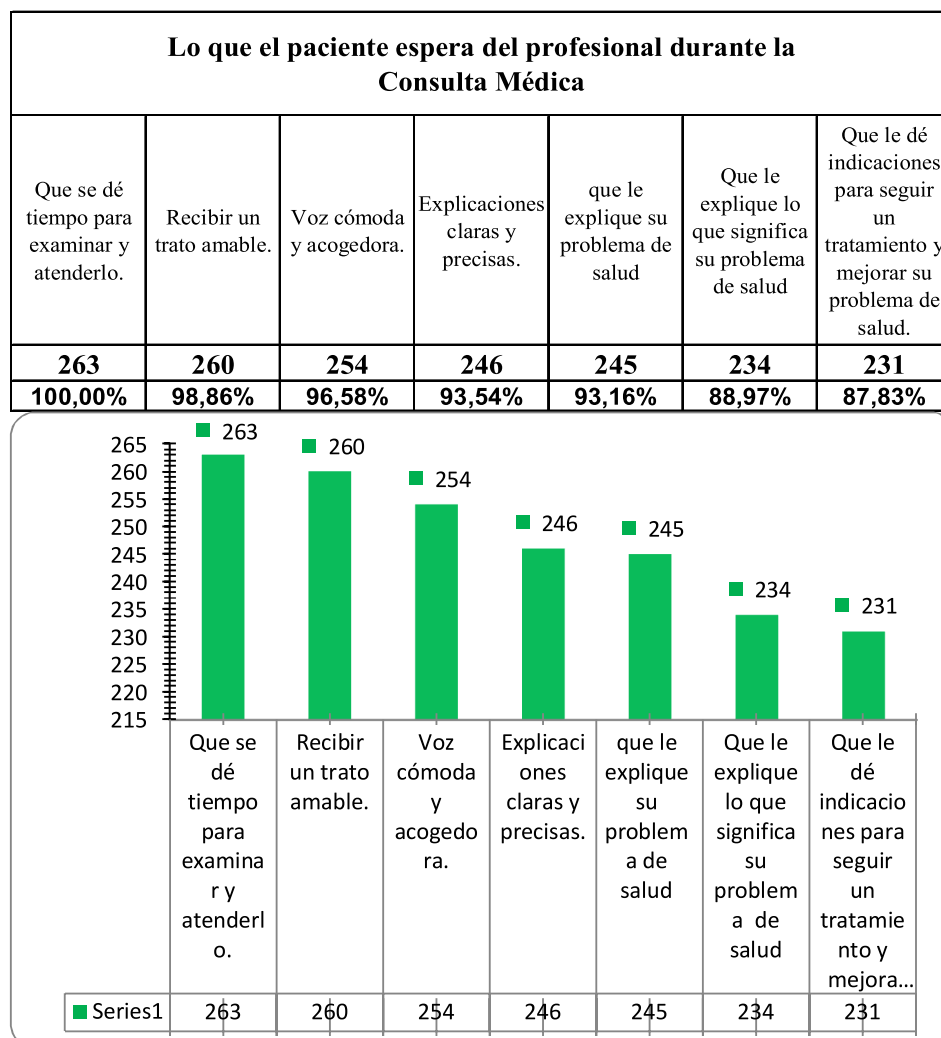


Fuente: Encuestas.

Elaboración: Autor.

Con respecto al **grado de satisfacción general** con la atención médica recibida en el servicio de consulta externa, tenemos los usuarios que consideran como “muy satisfactorio” y representan el 50,57% (133 casos). El siguiente grupo y en un menor porcentaje, están los usuarios que consideran como “satisfactorio” la atención recibida con un 42,97 (113 casos). A continuación están los usuarios que consideran como “poco satisfactorio” la atención recibida con un 6,08% (16 casos) y finalmente los usuarios que consideran como “nada satisfactorio” la atención recibida con un 0,38% (1 caso).

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO - SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
PERÍODO DE REALIZACIÓN : MARZO - ABRIL - 2011



Fuente: Encuestas.

Elaboración: Autor.

Con respecto a lo que el paciente espera del profesional durante la Consulta Médica, tenemos de los usuarios las siguientes expectativas:

- Que se dé tiempo para examinar y atenderlo.
- Espera recibir un trato amable.
- Que se lo trate con voz cómoda y acogedora.
- Espera recibir explicaciones claras y precisas.

- Que se les explique su problema de salud.
- Que se le explique lo que significa su problema de salud.
- Que se le dé indicaciones para seguir un tratamiento y mejorar su problema de salud.

3.3. Análisis de resultados.

Estructura física inadecuada para la demanda espontánea de usuarios.

Proceso de ingreso del paciente es inadecuado por falta de orientación al paciente y deficiente señalización.

Proceso de atención en Estadísticas es lento, engorroso conllevando a grandes y prolongadas colas. No se trabaja con “citas”. El paciente va, toma su ticket o turno, es atendido por la ventanilla de Estadísticas, solicita con que medico desea ser atendido, se llenan los datos en la carpeta, se la envía a preparación, se le toma los signos vitales, y llevan la carpeta al médico que solicitó.

Manejo de datos o información de la historia clínica del paciente es deficiente y obsoleto.

Paciente debe esperar prolongados tiempos para ser atendido por profesional médico.

Congestión es el servicio ofertado debido a:

- Falta de agilidad por parte del personal de estadísticas en el manejo de los datos del paciente para la asignación del turno, así como también, poco personal de enfermería en horas picos para la preparación de pacientes.
- Médicos primero pasan visita a los pacientes hospitalizados y posteriormente atienden a los pacientes de la consulta externa, esto ocasiona insatisfacción en la calidad del servicio por parte de los usuarios debido a los largos tiempos de espera.

- Falta de equipamiento en los consultorios con lo mínimo necesario para poder dar una atención con calidad.
- Los datos registrados en los diferentes formatos de atención se realizan de forma inadecuada y ocasionan que no haya indicadores de desempeño de los subprocesos.
- A pesar de existir guías y protocolos de atención, estos no se aplican en la práctica.
- No existe supervisión efectiva de permanencia del personal asignado a la consulta externa.
- No existe la cultura de medir la calidad de la atención médica lo que hace difícil de evaluarlo.
- No existen registros diarios de los pacientes atendidos provenientes tanto del área urbana como rural. Esta información solo está anotada en la Historia Clínica “carpetas” (H.C.) en lo que respecta a los datos del paciente.

CAPÍTULO 4.

PROPUESTA DE UN MODELO DE PROCESO.

4.1. Plan Estratégico: Descripción.

En los últimos años se ha incrementado la demanda en los servicios ofertados en las Instituciones Hospitalarias y centro de atención del Estado por parte de los usuarios, la razón se debe a la gratuidad de los mismos, sin embargo, las estructuras físicas y la funcional de gran parte de estas sigue siendo la misma, lo que genera insatisfacción del usuario debido al largo tiempo de espera que sufren los mismos hasta ser atendidos en la consulta externa. Por esta razón se propone tomar las siguientes acciones o propuestas, las cuales van encaminadas a brindar una atención con calidad y calidez, con el fin de proporcionar o generar satisfacción del usuario por el servicio recibido, estas propuestas son:

Primera Propuesta: Implantar un Sistema de Gestión de Calidad (S.G.C.) basado en la Norma ISO 9001:2008 con el fin de lograr la calidad en los servicios de salud a través de una eficacia y eficiencia organizacional; calidad en la práctica médica; calidad en la gestión de procesos y sistemas; que resulte en servicios de salud que garanticen la seguridad del paciente, y además, en respuesta a las necesidades o exigencias siguientes:

- Cumplimiento de regulaciones legales.
- Mayor exigencia de los usuarios.
- Eficientar el uso de los recursos (restricciones presupuestales).
- Complejidad de las nuevas enfermedades (cáncer, sida, etc.).
- Reducir errores
- Evaluación e identificación de áreas de mejora en el H.C.J.M.C.
- Fomentar la gestión por procesos como mejora continua asistencial.
- Creación de una unidad de calidad.

- Definición de objetivos de calidad cuantificables para su puesta en marcha en los servicios y unidades.
- Potenciación de los sistemas de evaluación externa de calidad y acreditación.
- Desarrollo de políticas específicas en seguridad hospitalaria.

El propósito de implantar el S.G.C. ISO 9001:2008 que consiste de una estructura organizacional, procesos, procedimientos y recursos, es demostrar capacidad para proveer consistentemente un producto/servicio que cumpla los requisitos del cliente y los reglamentarios y mejorar continuamente la Satisfacción del Usuario.

La Norma ISO 9001:2008 de la Société Générale de Surveillance – SGS (cuarta edición), en el enfoque basado en procesos establece, *fide*:

“Esta norma internacional promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficiencia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

Para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que determinar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí. Una actividad o conjunto de actividades que utiliza recursos, y que se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados, se puede considerar como un proceso. Frecuentemente el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso.

La aplicación de un sistema de procesos dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos, así como su gestión para producir el resultado deseado, puede denominarse como “enfoque basado en procesos.

Una ventaja del enfoque basado en procesos es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como su combinación e interacción.

Un enfoque de este tipo, cuando se utiliza dentro de un sistema de gestión de calidad, enfatiza la importancia de:

- La comprensión y el cumplimiento de los requisitos,
- La necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor,
- La obtención de resultados del desempeño y eficacia del proceso, y
- La mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas.”

Este Sistema de Gestión incluye: Procesos administrativos, procesos de consulta externa, consulta especializada, urgencias, entre otros. Como ejemplo del modelo se tiene:

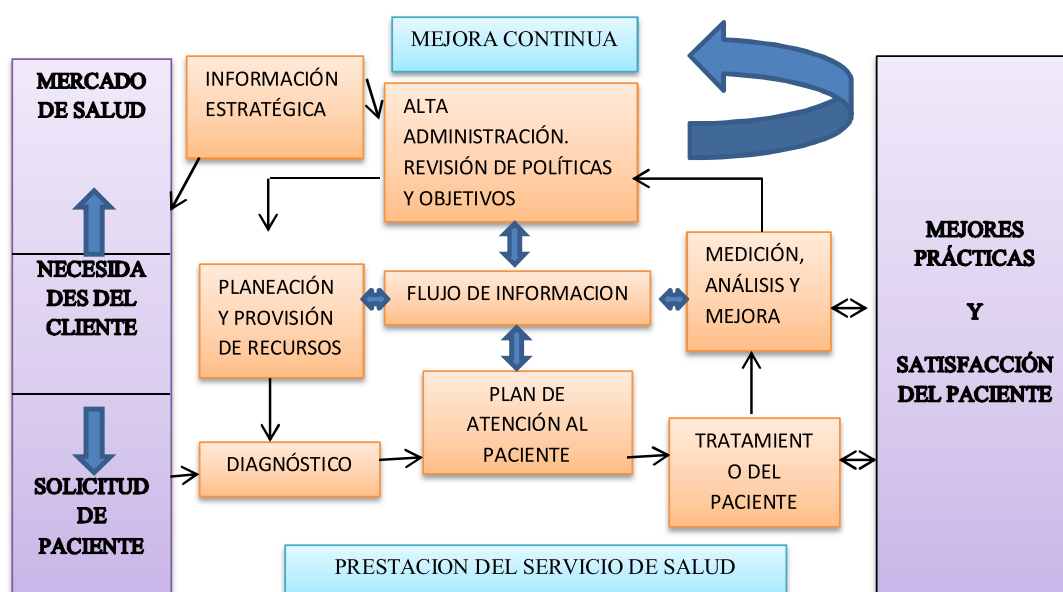


Figura 4.1 Modelo de proceso de mejora continua en el área de la salud.

Fuente: Adaptado de <http://medicablogs.diariomedico.com/>

La figura evidencia que los usuarios (clientes) o pacientes son los que definen los requisitos como elemento de entrada, la evaluación y el seguimiento de la satisfacción del usuario (cliente) o paciente, permiten determinar si la organización ha cumplido sus requisitos.

Es importante definir claramente las exclusiones del Sistema (aquellos requisitos que no aplican total o parcialmente al Sistema), por ejemplo:

7.3 Diseño.

- Guías clínicas, nuevas técnicas quirúrgicas.
- Investigación.
- Planes de Atención.

7.4 Compras.

- Proceso de compras, definición de requisitos de compra.
- Selección de proveedores.
- Verificación de productos comprados.

7.5.2 Validación de Procesos.

- Protocolos de laboratorio.
- Métodos de esterilización.
- Imagenología.

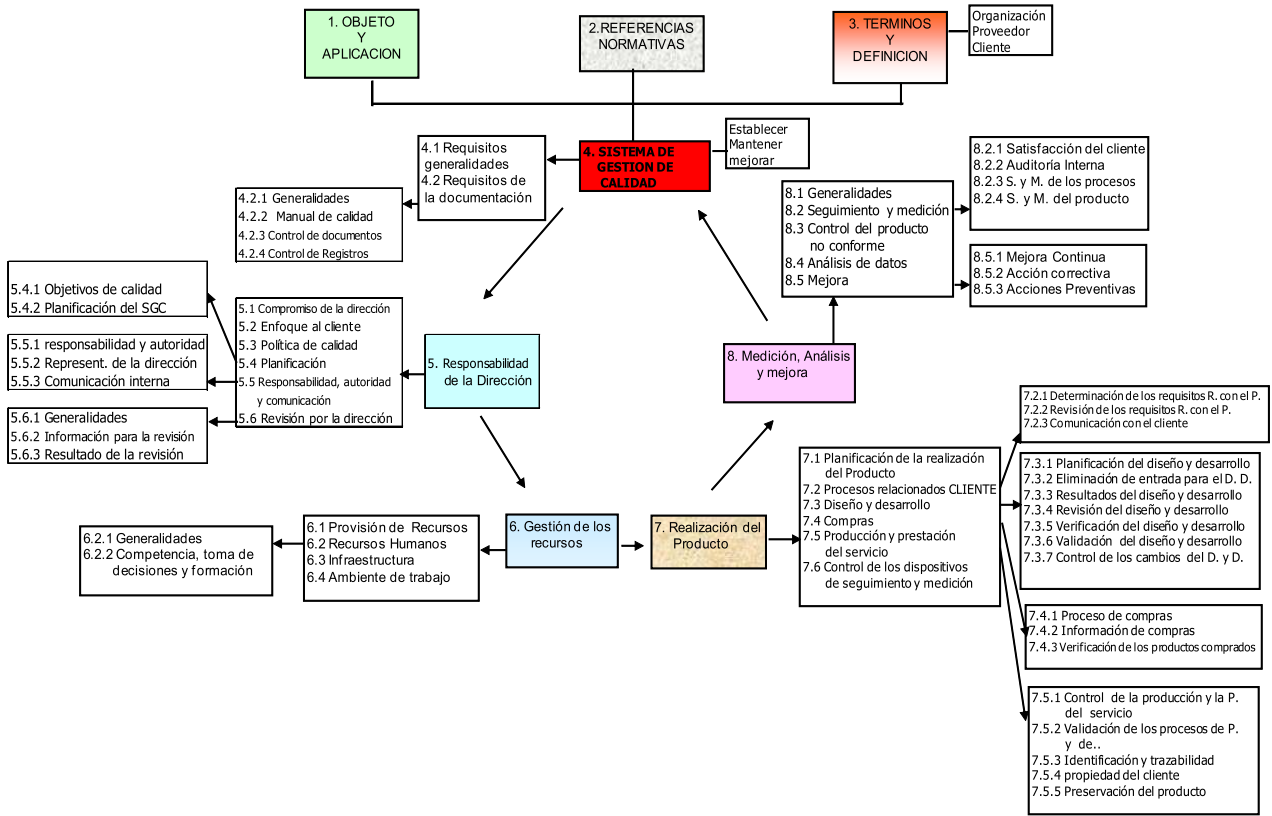
Algunos beneficios que otorga la implantación del Sistema de Gestión de Calidad son:

- Mejora la eficacia y eficiencia de los procesos de la organización
- Permite hacer más eficiente el uso del presupuesto
- Incrementa la satisfacción de los pacientes y clientes
- Fomenta la mejora continua
- Sirve de apoyo para cumplir los requisitos del Ministerio de Salud del Ecuador (Certificación de Establecimientos de Salud)
- Sirve de base para establecer Modelos de Calidad Total.

Procesos y requisitos según Norma ISO 9001:2008

Este apartado se presenta con el objetivo de ilustrar el enfoque del sistema de gestión de la calidad en base a los elementos que intervienen en el proceso. Durante la ejecución del proyecto se hará el enfoque apropiado de los procesos para ubicar los elementos reales del sistema (**ver Apéndice VI. Pág. 133**).

NORMAS ISO 9001 - 2008



Hospital Cantonal "Juan Montalván Cornejo"

Ricaurte - Provincia de Los Ríos

GUIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD - ISO 9001:2008

Actividades		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	Resultado / Producto	Responsable(s).
1	Firma del Contrato y constitución del Comité de Calidad	█					Contrato	Director General + Asesor ISO
2	MOTIVACIÓN E INVOLUCRAMIENTO Introducción a la Norma ISO 9001:2008	█					Enfoque de Calidad	Asesor ISO + Todo el personal involucrado en el S.G.C.
3	AUDITORIA DE DIAGNÓSTICO Diagnóstico de la situación actual del Hospital	█					Diagnóstico y Plan de Ajustes	Asesor ISO + Responsables de Área y/o Procesos
4	ESTUDIO DE LA NORMA ISO 9001:2008 La Norma ISO 9001:2008, su interpretación y Sistema de Calidad	█					Certificado de Conocimiento	Asesor ISO + Todo el personal involucrado en el S.G.C.
5	DEFINICIÓN DE LA FILOSOFÍA DE CALIDAD DEL HOSPITAL Definición de la Política de la Calidad Definición de los Objetivos de Calidad		█				Política de Calidad + Objetivos de Calidad + Alcance del S.G.C.	Asesor ISO + Comité de Calidad
6	Diseño preliminar y Alcance del Sistema de Calidad		█					
7	PROCEDIMIENTOS Elaboración, Revisión, Aprobación, Distribución e Implementación de los Procedimientos del S.G.C.		█	█			Adiestramiento y Elaboración de los Procedimientos	Asesor ISO + Responsables de los Procedimientos
8	PROCESOS Identificación y Elaboración de los Procesos del Hospital.		█	█			Adiestramiento y Elaboración de los Procesos	Asesor ISO + Responsables de los Procesos
9	INSTRUCCIONES DE TRABAJO Identificación y Elaboración de Borradores de las Instrucciones de Trabajo necesarias y/o requeridas Revisión, Aprobación, Distribuc. de las Inst. de Trabajo		█	█			Adiestramiento y Elaboración de las Instrucciones de Trabajo	Asesor ISO + Responsables de Areas o Procesos
10	MANUAL DE CALIDAD Organigrama + Requisitos Legales + Mapeo de los Procesos, Interacción, Funcionamiento. Elaboración, Revisión, Aprobación, Distribución e Implementación.			█			Manual de Calidad	Asesor ISO + Representante de la Dirección + Gerente General
11	LISTA MAESTRA DE DOCUMENTOS Verificar la Listas Maestras de la Documentación (Todos los Niveles)			█	█		Documentos Vigentes y Controlados	Controlador de Documentos
12	DISTRIBUCIÓN DE LOS DOCUMENTOS Actualización/Publicación/Distribución de la documentación Nueva/Actualizada.			█	█		Uso y Aplicación de los Documentos Vigentes	Controladora de Documentos + Responsables de SISTEMAS
13	DIFUSIÓN Retroalimentación a los colaboradores involucrados en los documentos.				█		Adiestramiento en el uso y Aplicación de la documentación del S.G.C.	Responsables de Procedimientos + Responsables de procesos + Asesor ISO
14	IMPLANTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL S.G.C.			█	█		Inicio de la vivencia y aplicación del S.G.C.	Responsables de Procedimientos + Responsables de procesos + Asesor ISO

Hospital Cantonal "Juan Montalván Cornejo"

Ricaurte - Provincia de Los Ríos

GUIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD - ISO 9001:2008

Actividades		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	Resultado / Producto	Responsable(s).
EQUIPO AUDITOR								
15	Designación - Entrenamiento y Entrega de Nombramientos Competencias para los Auditores-Asesores Internos de Calidad.				■		Medición de la eficacia y adecuación del S. G. C.	Auditor Líder + Equipo Auditor + Asesor ISO
16	AUDITORIA INTERNAS DE CALIDAD (DE SUFICIENCIA O ESCRITORIO)				■			
17	Revisión, Aprobación, Distribuc. E Implementac. de la Documentación (Nueva y/o Actualizada).				■			
AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD. (DE CUMPLIMIENTO)								
18	Planificación de una Auditoría				■			
	Conducir la ejecución de una Auditoría Interna				■			
19	Auditar la Política de Calidad. (entendida e implantada)				■			
20	REVISIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD POR LA DIRECCIÓN Asistir y evaluar la reunión de Revisión Gerencial.					■		Director General + Comité de Calidad + Asesor ISO
21	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES	■	■	■	■	■	Conocer grado actual de satisfacción de los Clientes	Director General
22	INDICADORES DE CONTROL OBJETIVOS DE CALIDAD - MEDIDORES DE PROCESOS Capacitación para su control, uso y aplicación	■	■	■	■	■	Medir mensualmente grado de consecución de los Objetivos de Calidad y los Procesos	Asesor ISO + Gerentes/ Jefes de Área
23	CONTROLADORA DE DOCUMENTOS + CONTROLADORA DE REGISTROS Nombrarlos, Capacitarlos y Entregar Nombramientos.	■	■	■			Documentación vigente controlada y disponible en los lugares de uso.	Asesor ISO

OBSERVACIONES.- Actividades consideradas a nivel MACRO. Durante su ejecución se irán desglosando en los respectivos programas Semanales de Trabajo

Segunda Propuesta: Tener un Counter de información (anfitrión) para dar atención a los pacientes o usuarios que acuden a la Institución, la atención se proporcionaría desde la 07 am , dentro de las actividades a ejecutar están: entrega de ticket para atención médica, direccionamiento y orientación del usuario de acuerdo a los servicios que presta la institución.

En el departamento o área de Estadísticas se implementaría la utilización de un nuevo software para la gestión de ingreso de la historia clínica de los usuarios o pacientes que acuden a la Institución, este se enlazaría con el departamento de Enfermería a través de un computador y utilizando el mismo software en donde migraría los pacientes agendados o ingresados por el departamento de estadísticas con la finalidad de proceder a la toma de signos vitales y registrar la información en la historia del paciente, una vez ejecutado, la información migraría al computador del médico o profesional de salud, quien posteriormente llamaría por alto parlante para dar la atención médica.

Tercera Propuesta: Independizar el servicio de consulta externa de la parte administrativa y hospitalaria del H.C.J.M.C., con mayor espacio físico, un área de espera más amplia y mejor distribución de las ventanillas, esto con la finalidad de evitar la aglomeración de usuarios y mejorar el tránsito de paciente o usuarios dentro de las instalaciones.

Cuarta Propuesta: Que la atención dada en la consulta externa del H.C.J.M.C. sea considerada solo consulta de especialidad, mientras que las demás actividades como entrega de micronutrientes, control médico, prenatal y odontológico sea derivada hacia las unidades operativas de primer nivel con el fin de descongestionar la consulta externa del H.C.J.M.C.

4.1.1. Definición de la consulta externa en el diseño del proceso.

Proceso diseñado por la Institución para brindar atención y cuidados de salud ambulatorios de tipo recuperativo y preventivo promocional a las personas que lo demanden. Está a cargo del Área funcional de Consulta Externa de acuerdo al Manual Orgánico Funcional (MOF) de la Dirección.

4.1.2. Misión, Visión y Objetivos propuestos para del Hospital Cantonal Dr. Juan Montalván Cornejo.

Misión nueva propuesta para el H.C.J.M.C.

Somos un equipo multidisciplinario, comprometidos en contribuir a mejorar la calidad de vida de las familias ecuatorianas brindándoles los servicios de salud, de prevención, de recuperación y rehabilitación, basados en los principios de solidaridad, equidad y universalidad para nuestros usuarios - pacientes.

Visión nueva propuesta para el H.C.J.M.C.

Aspiramos ser reconocidos como uno de los primeros Hospitales de la Provincia de Los Ríos y del Ecuador, brindando un servicio con calidez, calidad y capacidad innovadora, con reconocido prestigio de sus profesionales.

Para ello pretendemos:

- Cumplir con nuestra misión y consolidar nuestros valores.
- Ser un hospital ágil y altamente resolutivo, seguro y confortable.
- Ser un hospital accesible, eficaz y que trabaja de forma coordinada entre sus profesionales y con aquellos otros con los que colabora en su área sanitaria.
- Ser un hospital en permanente adaptación a las necesidades asistenciales de sus pacientes, ampliando, cuando así se requiera, su cartera de servicios sin perder su condición y nivel actual en el mapa de salud de la Comunidad.

- Ser un hospital con una permanente preocupación por la formación como medio para la capacitación continua de sus profesionales y su motivación en una política de gestión del conocimiento que incluya a todos los actores y en estrecha relación con la Universidad.
- Ser un hospital permanentemente ocupado en la mejora continua de sus procesos de trabajo, afianzando sus recursos tecnológicos e innovando sus sistemas de información, en un marco de adecuada descentralización de las tareas de gestión de su actividad.

Objetivo general nueva propuesta para el H.C.J.M.C.

- Mejorar la calidad de la atención en consulta externa.
- Mejorar la eficiencia en el desempeño de la gestión administrativa.

Objetivos específicos nueva propuesta para el H.C.J.M.C.

- Impulsar un clima organizacional de trabajo en equipo en el Área de Consulta Externa.
- Brindar calidez en la atención de Consulta Externa.
- Reducir los tiempos de espera en el proceso de atención en Consulta Externa.
- Reducir las fases en los procesos de atención de la Consulta Externa.
- Perfeccionar la gestión y administración de recursos asignados al Área de Consulta Externa.

4.2. Plan de marketing.

A continuación se detallan el conjunto de acciones necesarias de poner en práctica para asegurar el logro de los objetivos específicos propuestos para el Hospital Cantonal Dr. Juan Montalván Cornejo.

Personal Interno.

- Difundir a todo el personal la nueva propuesta de mejoramiento de los procesos del hospital, a través de la provisión de información y la revisión de la documentación existente.
- Desarrollar en el personal el sentido de potenciación o empoderamiento; esto es, delegar poder y autoridad al personal y conferirles el sentimiento de que son dueños de su propio trabajo, a fin de fortalecer los procesos productivos de la institución y promover por ende su mejora continua y desarrollo.
- Promover y fomentar el trabajo en equipo, de manera que permita que la calidad del servicio otorgado al paciente, deje de ser simplemente una filosofía motivacional, desde la perspectiva humana y se convierta en un sistema radicalmente funcional.
- Promover por parte de la dirección, en todos los niveles y en cascada, los objetivos propuesto junto con las siguientes premisas:
 - a. Responsabilidad por áreas o rendimientos designados.
 - b. Control sobre los recursos, sistemas, métodos, equipos.
 - c. Control sobre las condiciones del trabajo.
 - d. Autoridad (dentro de los límites definidos) para actuar en nombre de la institución.
- Implantar el Control Estadístico de Procesos
- Controlar las actividades de las consultas ambulatorias mediante indicadores,
- Diseñar un Plan de Contingencia para el Control Estadístico de Procesos.
- Efectuar reuniones de trabajo de tipo presencial para las actividades de Difusión de la nueva propuesta.

- Introducción a la Norma ISO 9001:2008. Su interpretación y Sistema de Gestión de la Calidad
- Identificación de los procesos del Hospital.
- Difusión / Capacitación en los Procedimientos e Instructivos.
- Compromiso de la Dirección General del Hospital Cantonal Dr. Juan Montalván Cornejo.

Personal Externo.

1. Dar a conocer a la comunidad la existencia del Hospital y los servicios que brinda e informar igualmente acerca del proyecto de mejora que se desarrolla a través de la propuesta de mejoramiento de los procesos del hospital.
2. Hacer campañas permanentes de publicidad / promoción, con el objetivo fundamental de informar al público sobre la calidad de los servicios y de sus logros.
3. Publicar el listado de médicos, especialidades y horarios existentes en la institución, al servicio de las personas del sector que acuden en pos de atención médica preventiva o curativa.
4. Solicitar o conseguir entrevistas gratuitas en los medios de comunicación existentes en la comunidad, para dar a conocer, publicitar o promocionar a la institución, sus servicios y beneficios que brinda a la población.

Buscar el patrocinio o también firmar acuerdos con el sector privado siempre y cuando éstas no estén relacionadas con sustancias perjudiciales para la salud, -por ejemplo las tabaquerías o los fabricantes de bebidas alcohólicas-, o con el juego u otras actividades similares.

5. Organizar Brigadas de Atención Médica Gratuita dirigidas a los sectores urbanos marginales y rurales más vulnerables de la población: niños, niñas y adultos de escasos recursos económicos, que no pueden acceder de manera permanente y oportuna a este tipo de servicio.
6. Para el efecto, se escogerán instituciones educativas, hogares y comunidades que se encuentran ubicadas, principalmente, en sectores urbano-marginales y rurales, que vivan en condiciones de pobreza extrema, sin acceso a servicios básicos y que difícilmente puedan satisfacer sus necesidades de salud. Personas que por múltiples circunstancias, casi nunca reciben atención médica y si lo hacen, en su mayoría no adquieren las recetas por falta de recursos para ello.

4.2.1. Metodología de monitoreo y evaluación

Implantar el Control Estadístico de Procesos para asegurar que las actividades reales se ajusten a las actividades planificadas. El Control Estadístico de Procesos debe cumplir con las siguientes funciones:

1. **De restricción.**- para detectar e impedir conductas y hábitos indeseables (tardanzas, incumplimiento de tareas y actividades, otros).
2. **De administración.**- para asegurar que las cosas se hagan de acuerdo a lo planeado y organizado. Debe señalar fallas y errores para tomar medidas de corrección inmediatas.
3. **De establecimiento de estándares.**- para definir unidades de medida que sirvan de guía o patrón con base en la cual se efectuarán los controles de los procesos.
4. **De verificación.**- permite apreciar si las actividades planeadas son las correctas. También sirve como comparación con estándares.

5. **De medición de resultados.**- permite medir las desviaciones de las actividades de los integrantes de los procesos con respecto a lo planeado y corregir y reprogramar los procesos.
- a) Para mejorar los procesos de atención a los pacientes de las consultas ambulatorias, se debe asegurar que los procesos redefinidos y reestructurados alcancen los objetivos planificados. Para detectar e identificar cualquier variación o desviación de lo esperado, se debe instaurar en el H.C.J.M.C. el Control Estadísticos de Procesos como herramienta científica y segura para corregir actividades y alcancen exitosamente los planes propuestos.
 - b) Para analizar las causas que pueden originar desviaciones de lo planeado, el Control Estadísticos de Procesos debe servir de información permanente acerca de la ejecución de los planes, sirviendo de fundamentalmente para la reestructuración y mejora continua de los procesos. También debe servir para comprobar la efectividad de las acciones y decisiones tomadas.
 - c) Reducirá costos, sobre tiempos, evitaría errores y mejoraría la calidad de atención.
 - d) Su utilización incidirá en la racionalización y productividad de los recursos.
 - e) Detectará a tiempo anormalidades en los nuevos procesos, tanto por corrimientos de la media, como incrementos en la desviación por encima de estándares.

Es importante controlar las actividades de las consultas ambulatorias mediante indicadores, para ello se recomienda:

1. Definición de indicadores para el estudio estadístico de los procesos de atención en las consultas ambulatorias (tiempos, costos, cantidad, atributos de calidad, otros).

2. Establecer métodos de cálculo y de recolección de información para los indicadores.
3. Identificar las causas de variación de los procesos en las atenciones.
4. Indicadores del proceso de atención de Consulta Externa recomendados:
 - N° de Horas Médico (para C.E.) / Mes / Servicio.
 - Rendimiento Hora Médico / Servicio en C.E.
 - Tiempo de espera para cita.
 - Porcentaje de cumplimiento de citas.
 - Porcentaje de rechazo de atención.

4.2.2. Plan de Contingencia para el Control Estadístico de Procesos.

Se busca que ante eventualidades como falta de fluido eléctrico, daño del software se cuente con procedimientos que debe conocer el personal para seguir brindando una atención de calidad. En el caso de falla en el sistema o del fluido eléctrico se trabajará de forma manual: Para el registro de datos de la Historia Clínica, el Dpto. de Estadísticas proporcionará el formato manual de historia clínica, el cual será llenado por el empleado. Para las otras áreas u oficinas involucradas en el Área de Consulta Externa, deberán contar con planes de contingencias.

4.3. Factibilidad económica-financiera.

A continuación se presenta un estimado de todos los recursos y costos de los elementos de la propuesta para implantar un Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 en el Hospital Cantonal Dr. Juan Montalván Cornejo”, con el fin de lograr la calidad en los servicios de salud que garanticen la seguridad y satisfacción del paciente, respecto de los servicios otorgados.

Hospital Cantonal "Dr. Juan Montalván Cornejo"
Cantón Ricaurte - Provincia de Los Ríos
Costo de la Propuesta de Implementación del S.G.C. ISO 9001:2008

	Etapas	# de Areas (1)	# de Procedimientos (2)	# Horas / Actividad	Horas de Esfuerzo Adicional	Asesores	Total esfuerzo	Total actividad	Total acumulado	Resultado / Producto
1	Firma del contrato y constitución del CGC									Contrato
2	Motivación e involucramiento	1	1	8	4	2	35	\$ 1050,00		Enfoque de Calidad
3	Introducción a la Norma ISO 9001:2008	1	1	8	4	2	35	\$ 1050,00	S/. 2.100,00	Conocimiento
4	Diagnóstico de la situación actual	1	1	8	2	1	17,5	\$ 525,00	S/. 2.625,00	Diagnóstico y Plan de Ajustes
5	La Norma ISO 9001:2008, su interpretación y Sistema de Calidad	1	1	8	4	2	35	\$ 1050,00	S/. 3.675,00	Certificado de Conocimiento
6	Identificación de los procesos de la Empresa	1	1	8	8	1	28	\$ 840,00	S/. 4.515,00	Procesos Identificados y Diagramados
7	Definición de la Política (Visión y Misión) y Objetivos de Calidad	1	1	8	4	1	21	\$ 630,00	S/. 5.145,00	Política de Calidad
8	Diseño preliminar y Alcance del Sistema de Calidad	1	1	12	4	1	28	\$ 840,00	S/. 5.985,00	Sistema de Calidad
9	Elaboración de los Procedimientos	1	1	30	20	2	140	\$ 4.200,00	S/. 10.185,00	Procedimientos
10	Capacitación integral en los Procedimientos	1	1	16	4	2	63	\$ 1890,00	S/. 12.075,00	Adiestramiento
11	Implementación de procedimientos: difusión	1	1	16	0	2	56	\$ 1680,00	S/. 13.755,00	Procedimientos Implementados
12	Elaboración del Manual de Calidad	1	1	16	6	2	66,5	\$ 1995,00	S/. 15.750,00	Manual de Calidad
13	Formación de Auditores Internos de Calidad	1	1	40	24	1	112	\$ 3.360,00	S/. 19.110,00	Auditores Internos Calificados
14	Ejecución de las Primeras Auditorías Internas	1	1	8	4	2	35	\$ 1050,00	S/. 20.160,00	Primer Informe de Auditoría Interna
15	Primera Revisión del Sistema de Calidad	1	1	16	4	2	63	\$ 1890,00	S/. 22.050,00	Revisión e Informe del Status

4.4. Difusión.

Para efectos de la etapa de Difusión, se requiere la participación total del personal para la provisión de información y la revisión de la documentación existente. En esta etapa se proveerá la capacitación e instrucción necesaria a los recursos humanos, que involucra temas referidos a la introducción a la norma del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2008, Auditorías de Calidad y todo el proceso de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Las actividades de Difusión se realizarán mediante reuniones de tipo presencial; es decir, en las instalaciones del H.C.J.M.C. ubicadas en el Cantón Ricaurte – Provincia de Los Ríos.

4.4.1. Inducción Básica a las Normas ISO 9000.

Se realizarán sesiones grupales para impartir la capacitación básica en ISO 9000, a fin de que el personal empiece conociendo desde el inicio del proceso, lo que significan los sistemas de gestión basados en estas normas. Las sesiones tienen el carácter de obligatorio y requiere la participación integral de todo el personal.

4.4.2. Introducción a la Norma ISO 9001:2008. Su interpretación y Sistema de Gestión de la Calidad

Esta capacitación / difusión, tipo taller, comprende la capacitación de todos los involucrados y responsables de los procesos del Hospital Cantonal Dr. Juan Montalván Cornejo (H.C.J.M.C.) en lo referente al contenido general de la norma y su interpretación, sus acciones preventivas y correctivas, el Sistema de Gestión de la Calidad y su alcance.

Esto les permitirá adquirir los conocimientos necesarios para el diseño del Sistema de Gestión de la Calidad en cada área, la definición y descripción de los procesos, procedimientos. Requiere la participación integral de todos los colaboradores incluyendo la

Dirección General del Hospital.

4.4.3. Identificación de los procesos del Hospital.

Proceso de identificación y verificación de los procesos principales de la organización, con el propósito de aprender, en forma vivencial, las actividades del hospital, sus características, necesidades y expectativas. Se realizarán entrevistas con responsables de área y sus colaboradores, proveedores y clientes.

4.4.4. Difusión / Capacitación en los Procedimientos e Instructivos.

Talleres de adiestramiento y dominio de los procedimientos, instructivos y registros respectivos. Se realizarán sesiones de simulación de procedimientos, previo a la aplicación real y la generación de registros. Se requiere la participación de los miembros de cada área.

Luego de culminado el proceso de implementación, la Dirección General del Hospital Cantonal Dr. Juan Montalván Cornejo (H.C.J.M.C.) deberá dar mantenimiento a su Sistema de Gestión de la Calidad; es decir, mantenerlo en pleno funcionamiento, realizando sus propias auditorías internas de calidad y revisando continuamente el Sistema

4.4.5. Compromiso de la Dirección General del Hospital Cantonal Dr. Juan Montalván Cornejo.

- Dar la más alta prioridad y demostrar el compromiso gerencial.
- Suministrar los recursos necesarios para la efectiva implantación del Sistema de Gestión de la Calidad como son: Oficina, PC, Infocus, servicio de comunicación vía teléfono, Internet, e-mail, fotocopias, tiempo, personal, etc.
- Suministrar al responsable de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, toda la información técnica, administrativa y necesaria, que permita realizar la difusión / capacitación e implementación efectiva.

- Apoyar y ejecutar el trabajo en equipo, en bien del efectivo desarrollo de la presente propuesta de mejora para los servicios del H.C.J.M.C.
- Dictar las disposiciones necesarias a todo el personal, de acuerdo con el Plan de Difusión, para la eficiente realización de la implementación, y hacer cumplir al personal todas y cada una de las instrucciones y/o tareas que se les impartiera.

La Difusión / capacitación será distribuida durante el tiempo en que se desarrolle el Plan de Difusión propuesto y estará en función del tema o actividad que se esté desarrollando y/o se requiera reforzar para asegurar su efectiva implementación.

A continuación se muestra el “Plan de Difusión” propuesto para este proyecto de mejora del servicio en el Hospital Cantonal Dr. Juan Montalván Cornejo (H.C.J.M.C.) basado en la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2008.

PLAN DE DIFUSIÓN																									
No.	EVENTOS CURSOS / SEMINARIOS	PARTICIPANTES			Nº ORGANIZACIONES	Nº ORGANIZACIONES	TIPO DE EVENTO		SEMANA															OBSERVACIONES	
		ALCANCE	TIEMPO	Nº PERSONAS			INDERSO	INDERSO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
1	Introducción Básica. ¿Qué es ISO 9000?	Personal Administrativo y de Servicios	2 h.	30			X																		
		Personal Médico y Paramédico	2 h.	30			X																		
2	Estudio de la Norma NORMA ISO 9001:2008 La Norma ISO 9001:2008, su interpretación y Sistema de Calidad	Personal Administrativo y de Servicios	8 h.	30			X																		
		Personal Médico y Paramédico	8 h.	30			X																		
3	"INDICADORES DE MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DE PROCESOS" Capacitación para su control, uso y aplicación Indicadores Objetivos de Calidad Indicadores Medidores del Proceso	Personal Administrativo	8 h.	30			X																		
		Personal Médico y Paramédico	8 h.	30			X																		
4	CURSO DE FORMACIÓN DE AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD ISO 9001:2008	Miembros del Equipo Auditor Interno de Calidad (seleccionados)	40	15			X																		
5	Capacitación CONTROLADOR(A) DE DOCUMENTOS + CONTROLADOR(A) DE REGISTROS	Controlador(s) de Documentos y Registros (seleccionados)	16	2			X																		
Capacitación Difusión Integral en los Procedimientos del S.G.C. ISO 9001:2008 (ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN)							X																		
6	Procedimiento de Control de Documentos	Personal Administrativo y de Servicios	2 h.	30			X																		
		Personal Médico y Paramédico	2 h.	30			X																		
7	Procedimiento de Control de Registros	Personal Administrativo y de Servicios	2 h.	30			X																		
		Personal Médico y Paramédico	2 h.	30			X																		
8	Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad	Personal Administrativo y de Servicios	2 h.	30			X																		
		Personal Médico y Paramédico	2 h.	30			X																		
9	Procedimiento de Acciones Correctivas Preventivas	Personal Administrativo y de Servicios	2 h.	30			X																		
		Personal Médico y Paramédico	2 h.	30			X																		
10	Procedimiento para el Control de Producto No Conforme	Personal Administrativo y de Servicios	2 h.	30			X																		
		Personal Médico y Paramédico	2 h.	30			X																		
11	Difusión de la Política de la Calidad a todo el personal	Personal Administrativo y de Servicios	2 h.	30			X																		
		Personal Médico y Paramédico	2 h.	30			X																		
12	Curso de Formación de Brigada contra incendios	Miembros de la brigada Contra Incendios (seleccionados)	40 h.	20			X																		
13	Evaluación de la Satisfacción de los Clientes (usuarios).	Personal Administrativo, Personal Médico, Personal Paramédico	8 h.	20			X																		

Plan de Difusión” propuesto para el proyecto de mejora del servicio en el H.C.J.M.C.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones.

El Hospital Cantonal “Dr. Juan Montalván Cornejo” ofrece una gran variedad de prestaciones médicas, servicios y beneficios orientados al sector con menos recursos de la población. Por ser este una porción mayoritaria del total de la población local, el Hospital tiene un mercado amplio y de carácter cautivo, ya que este no tiene acceso a la salud privada por falta de recursos económicos.

Por el crecimiento demográfico del área en donde presta sus servicios el Hospital Cantonal “Dr. Juan Montalván Cornejo”, del estudio realizado se llega a las siguientes conclusiones:

El hospital sufre escasez de recursos, lo que hace que los presupuestos destinados a cubrir necesidades dentro de la organización, y los destinados a bienes y servicios para pacientes, sean incapaces de cubrir los gastos provocados por la alta demanda que soporta. Todo esto se traduce en disminución de calidad en la atención, retraso de la misma, etc.

Analizando el funcionamiento de la organización, nos damos cuenta de la gran lentitud del sistema que unido a una escasa fiscalización de funciones, derivan en una frecuente ineficiencia en el cumplimiento de labores, ya sea en pérdida de tiempo o en una mala atención.

Para poder realizar un trabajo de mejoramiento de atención de los pacientes se necesitan de la colaboración de cada uno de los trabajadores, personal de las diferentes jefaturas y las autoridades de la institución. Las cuales deben de tomar conciencia de las necesidades tanto de los usuarios – pacientes así como la de sus trabajadores.

Por lo tanto, con el fin de mejorar la calidad en la atención de la consulta externa del H.C.J.M.C, se propone implementar lo siguiente:

- Un Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 con la finalidad de mejorar la eficiencia de los procesos de atención del H.C.J.M.C.
- Un Counter de Información (anfitrión) cuyo actividad principal será la entrega de ticket, direccionamiento y orientación al usuario.
- Independizar el servicio de Consulta externa de la parte Hospitalaria y administrativa del H.C.J.M.C. y que está sea considerada solo consulta de especialidad.

Recomendaciones.

En función de los resultados y de las conclusiones obtenidas con esta investigación, se recomienda las siguientes acciones:

Asumir este documento por parte de todos los Jefes de Departamentos y del Área de Consulta Externa para velar por su aplicación, la cual debe ser monitoreada y evaluada de acuerdo a los indicadores establecidos.

Incentivar el cambio de la Cultura Organizacional iniciándose este con los Jefes de Departamento.

Socializar los procesos, procedimientos y actividades identificados en la consulta externa, con todos los integrantes de las áreas de atención.

Tener en cuenta cambios radicales estructurales y funcionales para el mejor funcionamiento de este diseño, por ello es importante contar con la participación activa de los Jefes de Departamento y Servicios.

Organizar mejor los horarios del personal médico a fin de descongestionar los conflictos actuales originados por la atención a los pacientes hospitalizados y los de consulta externa y de esta manera reducir el tiempo de espera.

Habilitar un counter de información en la entrada de la consulta externa, esta actividad sería ejecutada por un anfitrión con actitudes y aptitudes óptimas en servicio y relaciones humanas, orientando al usuario o paciente y proporcionando información de los servicios que presta la institución en caso que el usuarios lo requiera.

Implementar con computadoras y un nuevo software para agendamiento, apertura y llenado de historia clínica, reforzando de esta forma la base de datos y el sistema informático de la institución con tecnología que le permitan el ingreso y administración de datos del usuario.

BIBLIOGRAFIA.

1. Asenjo, Miguel Ángel (2002). Las Claves de la Gestión Hospitalaria, Ediciones Gestión 2000, SA, Barcelona.
2. Barquín, Manuel (2002). Dirección de Hospitales. México, D.F: Ediciones McGraw-Hill Interamericana. Séptima Edición.
3. Chiavenato, Idalberto. (2001). Administración de Recursos Humanos (Trad. Makron Books Do Brasil). Santafé, Bogotá, Colombia: Ediciones McGraw-Hill Interamericana. Quinta Edición.
4. Hernández Sampieri, R., Fernández Callado, C., & Pilar Baptista, L. (2010). Metodología de la investigación. Quinta edición ed. México: The McGraw Hill Companies.
5. Jones, Gareth y George, Jennifer. (2006). Administración Contemporánea (Trad. McGraw-Hill Companies, Inc). México: Ediciones McGraw-Hill Interamericana. Cuarta Edición.
6. Kerlinger, Fred N (1984). Libro: Enfoque Conceptual De La Investigación Editorial: Interamericana.
7. Koontz, Harold; Weihrich, Heinz. (1999). Administración, una perspectiva global (Trad. McGraw-Hill Interamericana). México, D.F: Ediciones McGraw-Hill Interamericana. Onceava Edición.
8. Consejo Nacional de Salud. Conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, Agosto 2007, 4a edición.
9. Matías Martínez Ferreira (2005). Diagramas causa – efecto Pareto y Flujogramas – Gestión de la calidad.
10. Santos, Enrique. (2009). Metodología de la Investigación I. Obtenido del Sistema de Post-grado de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

11. Sescam, Toledo (2002). Gestión por procesos, servicio de calidad de la atención sanitaria. Obtenido de:
<http://www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/Gestiondeprocesos.pdf>.
12. Training services (Manual). Auditor Interno ISO 9001:2008. Société Générale de Surveillance – SGS. SGS del Ecuador S.A.
13. Briseño CE. Satisfacción laboral en el personal de enfermería del sector salud público. Revista electrónica de medicina intensiva. Obtenido de:
<http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/rs/REMIA030.pdf>.
14. Cairo, Carmen (2007). Procedimiento para la gestión de los Costos de Calidad (CUBA). Obtenido de: <http://es.scribd.com/doc/56199434/costo-de-calidad>
15. Corredores, Francisco y Jara, Washington. (2003). Implementación de un Sistema de Calidad Total en la Consulta Externa del Hospital Naval de Guayaquil (Tesis de maestría). Obtenido del Sistema de Post-grado de La Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
16. Eran, Tamara y Monsalve Daniela. (2003). Abriendo espacios en salud: El significado de una buena atención. Una mirada desde la antropología médica. Valdivia Chile. Obtenido de: http://cybertesis.uach.cl:8080/sdx/uach/notice.xsp?id=uach.2003.ffh531a-principal&qid=pcd-q&base=documents&id_doc=uach.2003.ffh531a&num=&query=&isid=uach.2003.ffh531a&dn=1
17. Góngora, Delia. (2006 – 2007). Informe del Año de Salud Rural realizado en el Hospital “Dr. Juan Montalván C”. Obtenido del Departamento de Enfermería del Hospital de Ricaurte.

18. Comunicación Estratégica II (2011). Obtenido de:
<http://comunicacionestrategica2.blogspot.com/2011/08/foda-una-herramienta-para-la.html>
19. Mendoza, José. Medición de la Calidad del Servicio. Obtenido de:
http://www.pymesonline.com/uploads/tx_icticontent/medicion_calidad.pdf
20. Teoría de los factores de Frederick Herzberg. Obtenido de:
<http://sigma.poligran.edu.co/politecnico/apoyo/administracion/admon1/pags/juego%20carrera%20de%20observacion/HERZBERG2.html>
21. Departamento de Proceso de Gestión de Recursos Humanos. (2009). Hospital Cantonal “Dr. Juan Montalván C”. Ricaurte.
22. Hospital Cantonal “Dr. Juan Montalván C”. (2010). Departamento de Estadísticas. Ricaurte.
23. Hospital Cantonal “Dr. Juan Montalván C”. (2010). Departamento de Coordinación. Ricaurte.
24. Hospital Cantonal “Dr. Juan Montalván C”. (2010). Departamento de Enfermería. Ricaurte.
25. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (2009). Obtenido del Departamento de Enfermería. Hospital del Ricaurte.
26. Modelos de calidad asistencial en atención primaria. Modelos de gestión de la calidad aplicados a la Atención Primaria. Obtenido de:
<http://www.semergen.es/semergen/microsites/opinion/opinion5/modelos.pdf>.
27. Asamblea Constituyente (2008). Constitución del Ecuador. Obtenido de:
http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf.

28. Ley No. 80. R.O. No. 670 (2002). Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
Obtenido de: http://www.gparlamentario.org/spip/IMG/pdf/Ley_80_de_25-9-2002_Sistema_Nacional_de_Salud_-_Ecuador.pdf.
29. Mapa de Cantón Urdaneta y Cantón Pueblo viejo. Obtenido de:
http://www.ecuadorextremo.com/images/mapas/Mapa_Los_Rios_Ecuador.JPG.
30. Proyecciones Población 2001-2010. Obtenido de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/los_rios.pdf
31. Registro Oficial No.423 (2006). Ley Orgánica de Salud. Obtenido de:
http://www.bioetica.org.ec/c_ley_salud.pdf.
32. SENPLADES (2009), Matriz de Plan Plurianual Institucional. Obtenido de:
<http://www.senplades.gov.ec>.
33. Meliá JL, Peiró JM. La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: el cuestionario de satisfacción. Obtenido de:
http://www.uv.es/~meliajl/Research/Art_Satisf/ArtS20_23.PDF.
34. Dirección Provincial de Salud de los Ríos. Obtenido de:
<http://www.msp.gob.ec>.

APÉNDICES.

Apéndice I: Mapa del cantón Urdaneta y cantón Pueblo viejo.

Fuente: <http://www.ecuadorextremo.com>

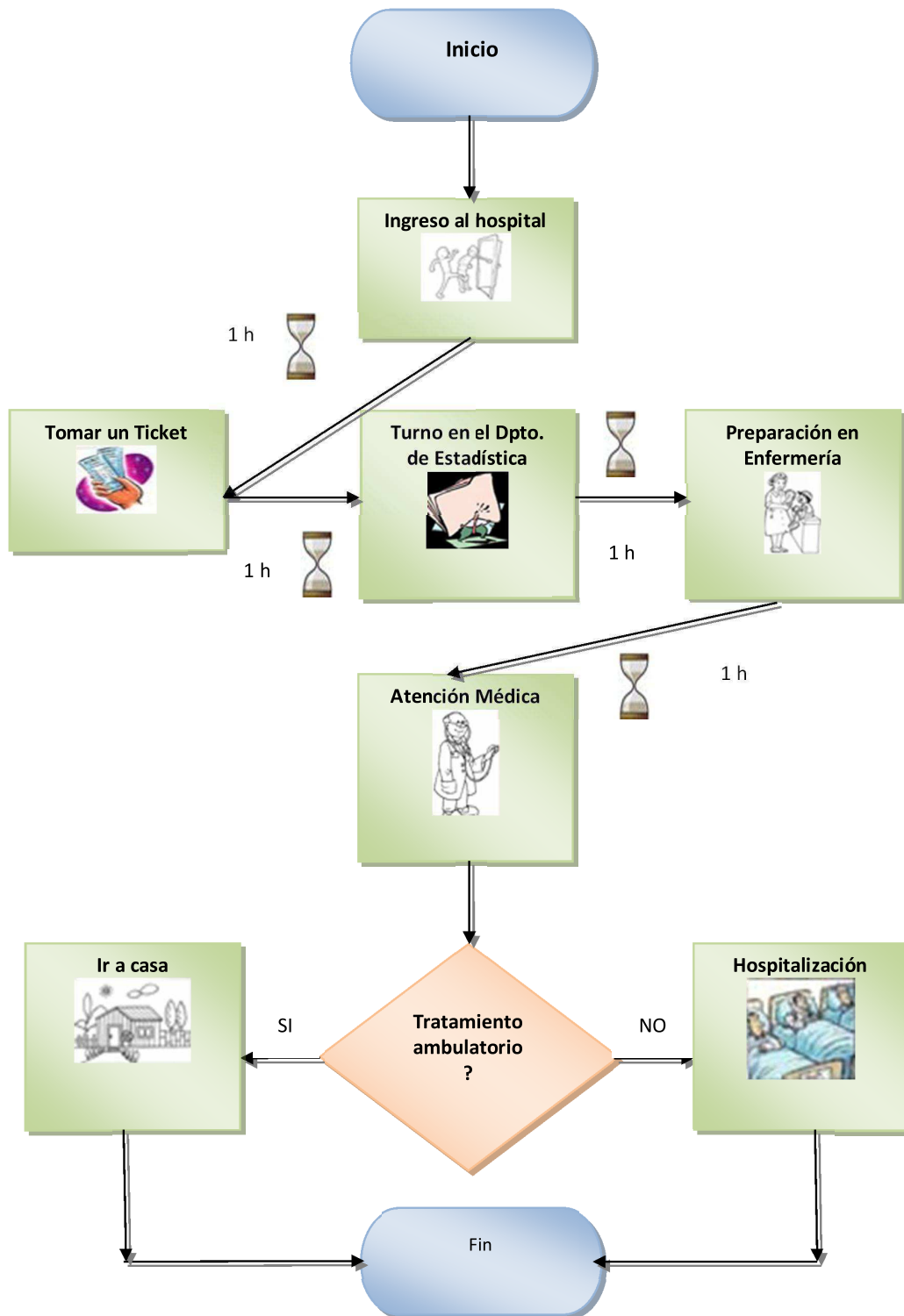


Apéndice II: Matriz del Plan Operativo Anual.

Fuente: Matriz de Plan Plurianual Institucional. Obtenido de: <http://www.senplades.gov.ec>.

MATRIZ DE PLAN OPERATIVO ANUAL (POA)										
año 2009										
DATOS INSTITUCIONALES										
Código Institucional: 130		INSTITUCIÓN: Ministerio de Finanzas								
Función Institucional principal según mandato Legal: Dirigir y administrar las finanzas públicas del país.										
Base Legal:		Tipo de Norma:		Decreto		N° 854		R. O. N° 251		
Fecha:		15-01-2009								
Misión: Dirigir y administrar las finanzas públicas del país, promoviendo su manejo consistente y sostenible para el financiamiento y asignación eficiente, equitativa y transparente de los recursos públicos.										
Visión: Un Ministerio con capacidad de análisis y programación financiera y fiscal, sustentada en el conocimiento de la realidad económica nacional e internacional, que posibilite un desempeño fiscal consistente y sostenible, para un flujo oportuno de los ingresos; desembolsos fiscales y el financiamiento eficaz de la operación e inversión del Sector Público que permita el logro de los objetivos y políticas del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Económico. Un Ministerio que programa y presenta el Presupuesto del Estado con un enfoque plurianual y por resultados; que administra, registra, maneja y evalúa el flujo de ingresos y transferencias de forma transparente, eficiente y responsable, mediante un sistema integrado y en línea de gestión de las finanzas públicas en la Cuenta Única del Tesoro Nacional, con una gestión moderna, eficiente y que sea al servicio del bienestar de la población ecuatoriana.										
PLAN NACIONAL DE DESARROLLO										
Marcar el (o los) Objetivo(s) del Plan Nacional de Desarrollo que corresponda (n):										
1. <input type="checkbox"/> Auspiciar la igualdad, cohesión y la integración social y territorial 2. <input type="checkbox"/> Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía 3. <input type="checkbox"/> Aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población 4. <input type="checkbox"/> Promover un ambiente sano y sustentable, y garantizar el acceso a agua, aire y suelo seguro 5. <input checked="" type="checkbox"/> Garantizar la soberanía nacional, la paz y auspiciar la integración latinoamericana 6. <input type="checkbox"/> Garantizar el trabajo estable, justo y digno 7. <input type="checkbox"/> Construir y fortalecer el espacio público y de encuentro común 8. <input type="checkbox"/> Affirmar la identidad nacional y fortalecer las identidades diversas y la interculturalidad 9. <input type="checkbox"/> Fomentar el acceso a la justicia 10. <input type="checkbox"/> Garantizar el acceso a la participación pública y política 11. <input type="checkbox"/> Establecer un sistema económico sólido y sostenible 12. <input type="checkbox"/> Reformar el Estado para el bienestar colectivo										
Identificar la(s) Meta(s) del (de los) Objetivo(s) del Plan Nacional de Desarrollo que correspondan: Meta 5.1: Aumentar progresivamente la inversión social con recursos propios hasta alcanzar el 33% del Presupuesto.										
Identificar lo(s) Indicador(es) del (de los) Objetivo(s) del Plan Nacional de Desarrollo que correspondan: Meta 5.1: Indicador 1: Participación de la inversión social en el Presupuesto General del Estado; Indicador 2: Tasa de crecimiento anualizada de la inversión en salud; Indicador 3: Tasa de crecimiento anualizada de la inversión en educación; Indicador 4: Tasa de crecimiento anualizada de la inversión en saneamiento básico.										
Línea o eje de acción del Plan o Agenda que le corresponda: Equidad, Inclusión productiva y redistribución del ingreso y la riqueza. (Programa Económico del Gobierno Nacional 2007-2010)										
ESTRATEGIAS DE ACCIÓN INSTITUCIONAL										
Objetivo Estratégico Institucional (OEI)	Indicador de gestión del Objetivo	Meta de gestión del Objetivo	Tiempo previsto para alcanzar la meta (en meses)	Programación trimestral en % de la meta				Presupuesto del Objetivo Estratégico Institucional	Responsable del Objetivo Estratégico Institucional	Programas, proyectos, acciones y actividades claves
				I	II	III	IV			
Garantizar que en el proceso de programación presupuestaria se refleje la prioridad dada por el gasto en inversión social	Participación de la inversión social en el Presupuesto del Gobierno Central.	31.3%	12	0%	0%	0%	100%	1,178,471.53	Subsecretaría de Presupuestos	Ley Orgánica de Responsabilidad Social
	% ejecución presupuestaria del sector social.	98.70%	69.2%	10.3%	10.3%	10.4%	Elaboración y profundización al proceso de cambio hacia una efectiva presupuestación por resultados. Contribuir a los cambios normativos y de procedimiento que agilicen y faciliten el manejo presupuestario. Elaborar informes de evaluación sobre la ejecución presupuestaria global del Gobierno Central. Seguimiento de las evaluaciones de ejecución presupuestaria institucionales. Participar en la revisión y análisis de información para la ejecución del Convenio MF-UNICEF.			
Mejorar el proceso de programación presupuestaria basado en una planificación plurianual con la participación de SENPLADES	% implementación de nuevo modelo para la formulación en la Pro forma presupuestaria anual.	85%	9	0%	30%	70%	0%	1,178,471.53	Subsecretaría de Presupuestos	e-SIGEP. (Sistema de Administración de las Finanzas Públicas) Programa de capacitación y mejora del e-SIGEP a funcionarios del MF y financieros de todas las instituciones del Estado. Ley de Finanzas Públicas. Contribuir desde el campo de las finanzas públicas a los procesos de descentralización y regionalización en coordinación con SENPLADES. Programación plurianual, introducir herramientas y enfoques innovadores en la elaboración del presupuesto, para el próximo 2009. Mejorar el proceso de programación presupuestaria, construcción de la proforma y ejecución del Presupuesto Analizar y establecer la vinculación del presupuesto a la planificación Contribuir a los cambios normativos y de procedimiento que agilicen y faciliten el manejo presupuestario. Dirigir y coordinar el Sistema Nacional del Presupuesto Público. Elaboración y difusión de derechos presupuestarios. Programación de la ejecución presupuestaria de las entidades del Gobierno Central. Generar el Presupuesto General del Estado con las reformas aprobadas por el ente correspondiente. Formular la Pro forma del Presupuesto General del Estado observando las directrices presupuestarias. Elaborar documentos de la presentación de la Pro forma del PGE. Elaborar el documento justificativo de ingresos y gastos que financia el PGE.
				Total presupuesto de la institución	2,356,943.00					

Apéndice III: Diagrama de flujo del proceso actual de atención en consulta externa.
Fuente: Autor.



Apéndice IV: Encuesta de satisfacción de usuario.**Fuente:** Autor.

ENCUESTA N°

Nombre del establecimiento: HOSPITAL CANTONAL DE RICAURTE (CONSULTA EXTERNA).

FECHA:

HORA:

PRESENTACIÓN.

Sr. (a). Buenos días/tardes.

Somos un equipo de investigación de la Universidad Católica de Guayaquil y estamos interesados en conocer el punto de vista de las personas que se atienden en el Hospital, en cuanto a la satisfacción de sus problemas de salud. Le agradeceríamos nos facilitara unos minutos de su tiempo para que nos pudiese responder las siguientes preguntas. **Es importante que Ud. sepa que la encuesta es anónima y que por tanto sus respuestas son totalmente confidenciales.** Opine de la forma más franca posible, esto será de mucha ayuda para que el establecimiento mejore sus servicios de salud y le brinde una mejor atención a sus usuarios.

Le agradecemos desde ya su cooperación.

I. Identificación del usuario.a) Sexo: Masculino. Femenino.

b) Sector de residencia: _____

c) ¿Cuánto tiempo tiene asistiendo a esta casa asistencial?

d) Edad:

15-19 años	20-29 años	30-39 años	40-49 años	50-64 años	+ 65 años
------------	------------	------------	------------	------------	-----------

e) Nivel escolaridad:

Analfabeto	Primaria	Secundaria	Superior
------------	----------	------------	----------

f) Actividad habitual: _____

II. Preguntas.

1. ¿Con que frecuencia viene usted a la Consulta Externa del Hospital?

b. Todas las semanas.

c. Una vez al mes.

d. Cada dos meses.

e. Más de dos meses.

2. En esta ocasión Ud. Acude a la Consulta Externa del Hospital por cuál de estos servicios:

a. Pediatría.

b. Ginecología.

c. Obstetricia.

d. Cirugía general.

e. Medicina General.

f. Odontología.

g. Enfermería.

h. Otros. ¿Cuál(es)? _____

3. La distancia desde su domicilio al Hospital es:
 - a. Menos de 10 cuadras.
 - b. Entre 15-20 cuadras.
 - c. Entre 20-30 cuadras.
 - d. Más de 30 cuadras.
4. ¿Cuánto demora usted en llegar al Hospital?
 - a. Menos de 15 minutos.
 - b. Entre 15-30 minutos.
 - c. 1-2 horas
 - d. Más de dos horas.
5. Para llegar al Hospital, usted debe tomar:
 - a. Un medio de transporte.
 - b. Dos medios de transporte.
 - c. Tres medios de transporte.
 - d. No usa medio de transporte.
6. ¿Qué medio(s) de transporte(s) utiliza?
7. ¿Conoce usted cómo funciona la entrega de fichas o turnos para las diferentes atenciones que ofrece la Consulta Externa del Hospital?
 - a. Si.
 - b. No*.

*Si la respuesta es (b), pasar a pregunta número 9.
8. ¿Le parece adecuado el horario de entrega de fichas o turnos que ofrece la Institución?
 - a. Si.
 - b. No

¿Por qué? _____
9. ¿Cuánto esperó usted para sacar turno o ficha?
 - a. Menos de 15 minutos.
 - b. Entre 15 minutos y 30 minutos.
 - c. Entre 30 minutos y 1 hora.
 - d. 1-2 horas.
 - e. Más de 2 horas.
10. El tiempo de espera le parece:
 - a. Poco.
 - b. Adecuado.
 - c. Largo.
 - d. Muy largo.
11. El trato recibido por usted en el Departamento de Estadísticas o Archivo lo considera:
 - a. Muy bueno.
 - b. Bueno.
 - c. Regular.
 - d. Malo.
 - e. Muy malo.

¿Porqué? _____
12. Cómo encuentra usted: _____

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
La sala de espera					
Los baños					

¿Por qué? _____

13. ¿Cómo evalúa la atención que usted recibió por parte del Personal de enfermería en la preparación de pacientes?

- a. Muy Bueno.
- b. Bueno.
- c. Regular.
- d. Malo.
- e. Muy malo.

¿Por

qué? _____

14. ¿Cuánto debió esperar usted en la sala de espera antes de ser atendido por el/la profesional?

- a. Menos de 15 minutos.
- b. Entre 15 y 30 minutos.
- c. Entre 30 minutos y 1 hora.
- d. 1-2 horas.
- e. Más de 2 horas.

15. ¿Cómo encuentra usted el tiempo que debió esperar para ser atendido por el/la profesional?

- a. Poco.
- b. Adecuado.
- c. Largo.
- d. Muy largo.

16. ¿Para usted es importante ser siempre atendido por el mismo profesional?

- a. Sí.
- b. No.
- c. Da lo mismo siempre y cuando lo atiendan.

17. ¿Para usted es importante conocer el nombre del profesional que lo atendió?

- a. Sí.
- b. No.

18. ¿Conoce usted el nombre del profesional que lo atendió?.

- a. Sí*.
- b. No.

*Si la respuesta es Sí, pasar a la pregunta siguiente si no a la 20.

19. ¿Cómo se informó del nombre del profesional que lo atendió?

- a. El se presentó.
- b. Leyó su identificación.
- c. Por otro funcionario o profesional del Centro de Salud.

- d. De otra forma. ¿Cuál? _____
20. De qué manera la siguiente pauta, ordene de mayo a menor (4 a 1)
 lo que usted considera de importancia para recibir una buena atención.
 _____ Que el profesional se dé tiempo para examinar y atenderlo.
 _____ Recibir del profesional un trato amable.
 _____ Voz cómoda y acogedora.
 _____ Explicaciones claras y precisas.
21. ¿A usted le interesa que el/la profesional le explique su Problema de salud?
 a. Si.
 b. Solo parcialmente.
 c. No.
22. El/la profesional que lo atendió, le explico a usted lo que significa su problema de salud?
 a. Si.
 b. Solo parcialmente.
 c. No.
 Si la respuesta es **a** o **b**, pasar a la siguiente pregunta, sino, pasar a la 24.
23. ¿Entendió usted la explicación que le dio el/la profesional?
 a. Si.
 b. Solo parcialmente*.
 c. No*.
 *Si la respuesta es **b** o **c** ¿Por qué? _____
24. El/la profesional que lo atendió le dio indicaciones para seguir un tratamiento y mejorar su problema de salud.
 a. Si*.
 b. Solo parcialmente*.
 c. No.
 *Si la respuesta es **a** o **b**, pasar a la pregunta siguiente. Sino a La pregunta 26.
25. ¿Cómo le parecen las indicaciones que le dio el/la profesional?
 a. Claras y precisas.
 b. Poco claras.
 c. No entendió.
26. ¿Cómo fue el trato que le ofreció el/la profesional que lo atendió?
 a. Muy bueno.
 b. Bueno.
 c. Regular.
 d. Malo*.
 e. Muy malo*.

*¿Por qué? _____

27. ¿Recibió receta?

- a. Si*.
- b. No.

*Si la respuesta es positiva, formule preguntas del recuadro 28 a 32, de lo contrario continúe desde la 32.

28. Al presentar su receta en la farmacia:
- a. Le entregan todos los medicamentos.
 - b. Le entregaron solo algunos.
 - c. No se los entregaron.
- Si la respuesta es C: ¿Por qué? _____
29. ¿En la farmacia le dieron indicaciones acerca del uso de los medicamentos?
- a. Si*.
 - b. Sólo parcialmente*.
 - c. No le dio indicaciones.
- Formule la siguiente pregunta sólo si la respuesta anterior es **a** o **b**. Si la respuesta es **c** pasar a la pregunta 33.
30. Las indicaciones sobre el uso de los medicamentos que a usted le dieron en la farmacia, le parecen:
- a. Claras y precisas.
 - b. Poco claras.
 - c. No entendió.
31. ¿Cuánto tiempo se demoró en la farmacia?
- a. Menos de 15 minutos.
 - b. Entre 15 minutos y 30 minutos.
 - c. Entre 30 minutos y 1 hora.
 - d. Entre 1 a 2 horas.
 - e. Más de dos horas.
32. ¿Cuándo le recetan medicamentos, usted sigue el tratamiento indicado por el profesional?
- a. Siempre.
 - b. A veces*.
 - c. Nunca*.
- *¿Por qué? _____
33. El tratamiento que le indica el profesional ¿Usted lo complementa con algún otro tipo de remedios, cuidados, terapias, etc.?
- a. Si*.
 - b. No.
- *¿Cuál? _____
¿Dónde acude? _____
34. En términos generales, la atención entregada a usted en esta consulta lo deja:
- a. Muy satisfecho.
 - b. Satisfecho.
 - c. Poco satisfecho.
 - d. Nada satisfecho.
35. Las otras veces que se ha atendido en la consulta externa del Hospital, ¿Ha sido similar a la atención que recibió hoy?
- a. Si.

- b. No.
36. Le gustaría hacer sugerencias para mejorar la atención en la consulta externa del Hospital. ¿Cuál(es)?

a. _____

b. _____

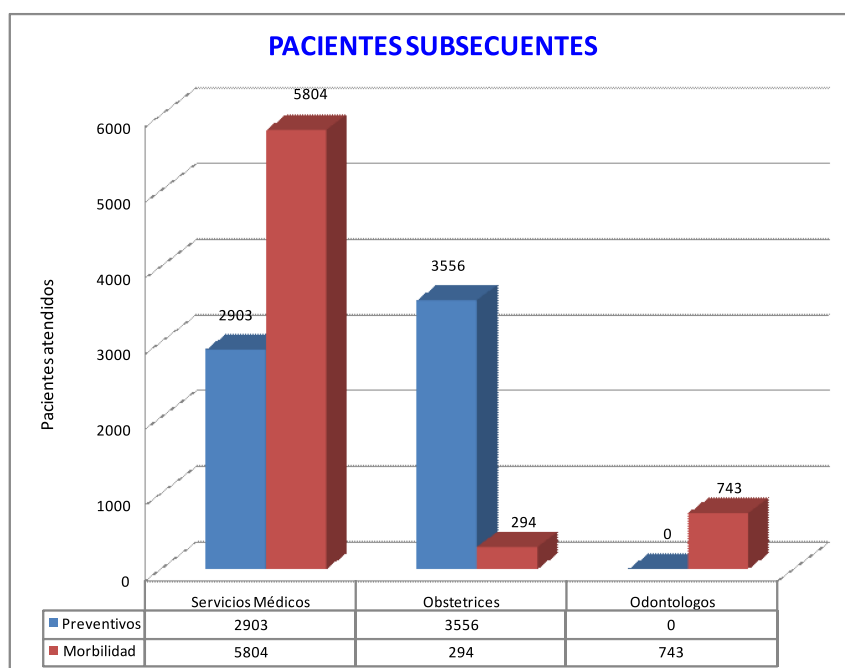
c. _____

Apéndice V: Procesos de atención en consulta externa.

Fuente: Hospital Cantonal “Dr. Juan Montalván C”. Departamento de Estadísticas

HOSPITAL DR. JUAN MONTALVAN CORNEJO - AREA DE SALUD # 4
 CONSOLIDADO ANUAL DE ATENCIONES Y CONSULTAS DE MEDICOS
 AÑOS 2010 Y 1er. TRIMESTRE DEL 2011
PACIENTES SUBSECUENTES

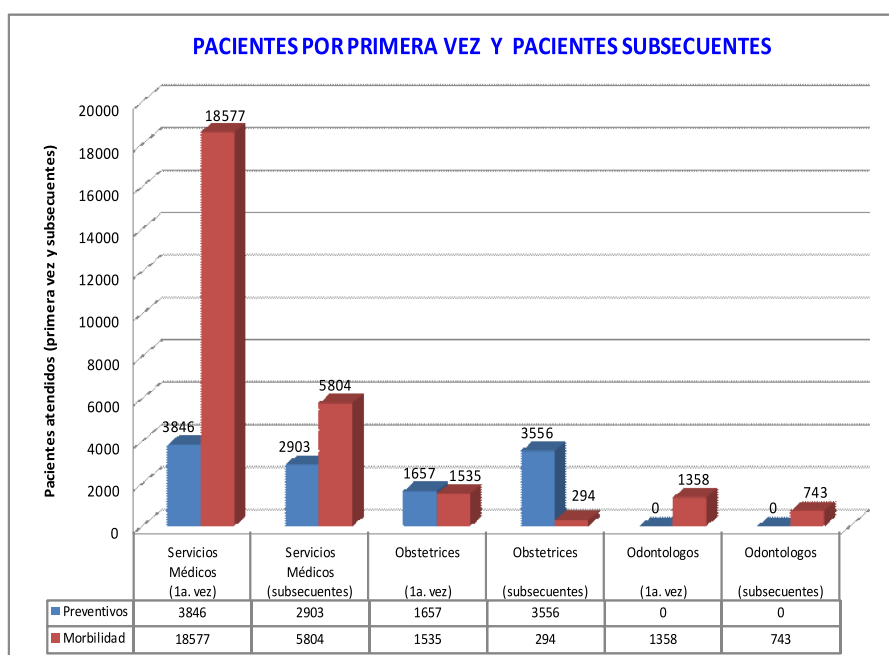
	Servicios Médicos	Obstetricas	Odontologos
Preventivos	2903	3556	0
Morbilidad	5804	294	743
TOTAL	8707	3850	743
GRAN TOTAL	13300		



Fuente: Hospital Cantonal “Dr. Juan Montalván C”. Departamento de Estadísticas.

HOSPITAL DR. JUAN MONTALVAN CORNEJO - AREA DE SALUD # 4
CONSOLIDADO ANUAL DE ATENCIONES Y CONSULTAS DE MEDICOS
AÑOS 2010 Y 1er. TRIMESTRE DEL 2011
PACIENTES POR PRIMERA VEZ Y PACIENTES SUBSECUENTES

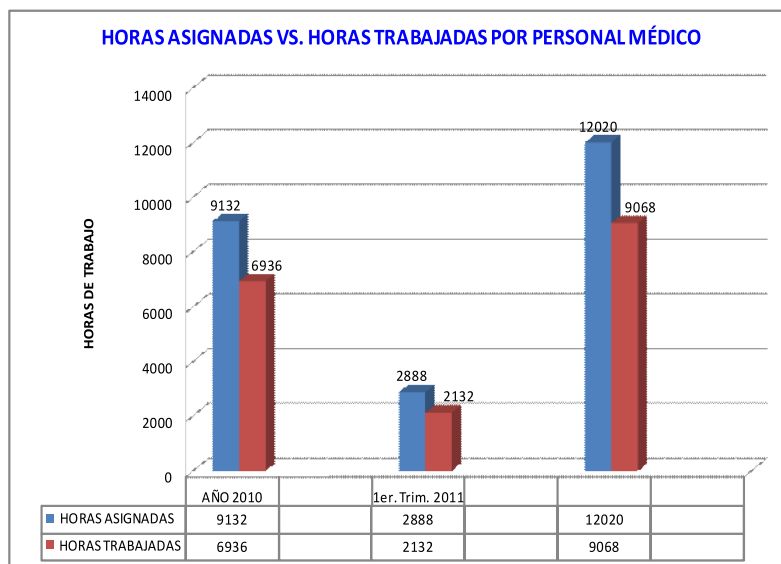
	Servicios Médicos (1a. vez)	Servicios Médicos (subsecuentes)	Obstetricas (1a. vez)	Obstetricas (subsecuentes)	Odontologos (1a. vez)	Odontologos (subsecuentes)
Preventivos	3846	2903	1657	3556	0	0
Morbilidad	18577	5804	1535	294	1358	743
TOTAL	22423	8707	3192	3850	1358	743
GRAN TOTAL	40273					



Fuente: Hospital Cantonal "Dr. Juan Montalván C". Departamento de Estadísticas.

HOSPITAL DR. JUAN MONTALVAN CORNEJO - AREA DE SALUD #4
 CONSOLIDADO ANUAL DE ATENCIONES Y CONSULTAS DE MEDICOS
 AÑOS 2010 Y 1er. TRIMESTRE DEL 2011
HORAS ASIGNADAS VS. HORAS TRABAJADAS POR PERSONAL MÉDICO

TIEMPO	PERÍODO		TOTALES
	AÑO 2010	1er. Trim. 2011	
HORAS ASIGNADAS	9132	2888	12020
HORAS TRABAJADAS	6936	2132	9068

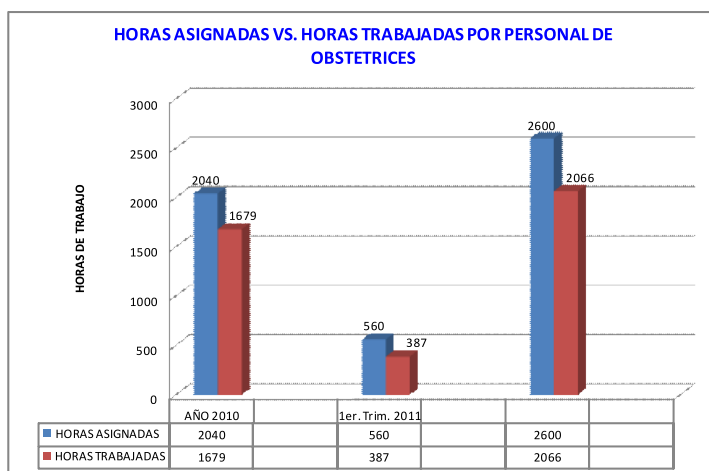


Fuente: Hospital Cantonal “Dr. Juan Montalván C”. Departamento de Estadísticas.

HOSPITAL DR. JUAN MONTALVAN CORNEJO - AREA DE SALUD # 4
 CONSOLIDADO ANUAL DE ATENCIONES Y CONSULTAS DE MEDICOS
 AÑOS 2010 Y 1er. TRIMESTRE DEL 2011

HORAS ASIGNADAS VS. HORAS TRABAJADAS POR PERSONAL DE OBSTETRICES

TIEMPO	PERÍODO		TOTALES
	AÑO 2010	1er. Trim. 2011	
HORAS ASIGNADAS	2040	560	2600
HORAS TRABAJADAS	1679	387	2066

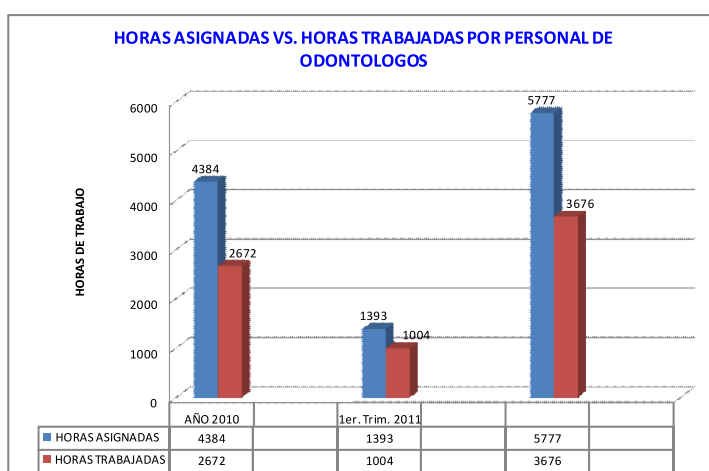


Fuente: Hospital Cantonal "Dr. Juan Montalván C". Departamento de Estadísticas.

HOSPITAL DR. JUAN MONTALVAN CORNEJO - AREA DE SALUD # 4
 CONSOLIDADO ANUAL DE ATENCIONES Y CONSULTAS DE MEDICOS
 AÑOS 2010 Y 1er. TRIMESTRE DEL 2011

HORAS ASIGNADAS VS. HORAS TRABAJADAS POR PERSONAL DE ODONTOLOGOS

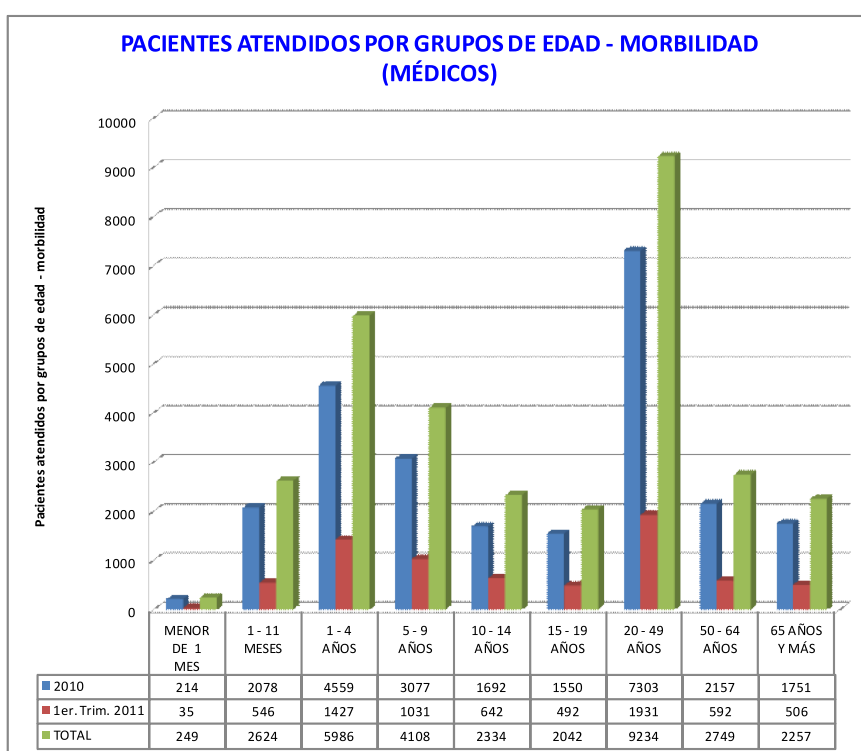
TIEMPO	PERÍODO		TOTALES
	AÑO 2010	1er. Trim. 2011	
HORAS ASIGNADAS	4384	1393	5777
HORAS TRABAJADAS	2672	1004	3676



Fuente: Hospital Cantonal "Dr. Juan Montalván C". Departamento de Estadísticas.

HOSPITAL DR. JUAN MONTALVAN CORNEJO - AREA DE SALUD # 4
 CONSOLIDADO ANUAL DE ATENCIONES Y CONSULTAS DE MEDICOS
 AÑOS 2010 Y 1er. TRIMESTRE DEL 2011
PACIENTES ATENDIDOS POR GRUPOS DE EDAD - MORBILIDAD (MÉDICOS)

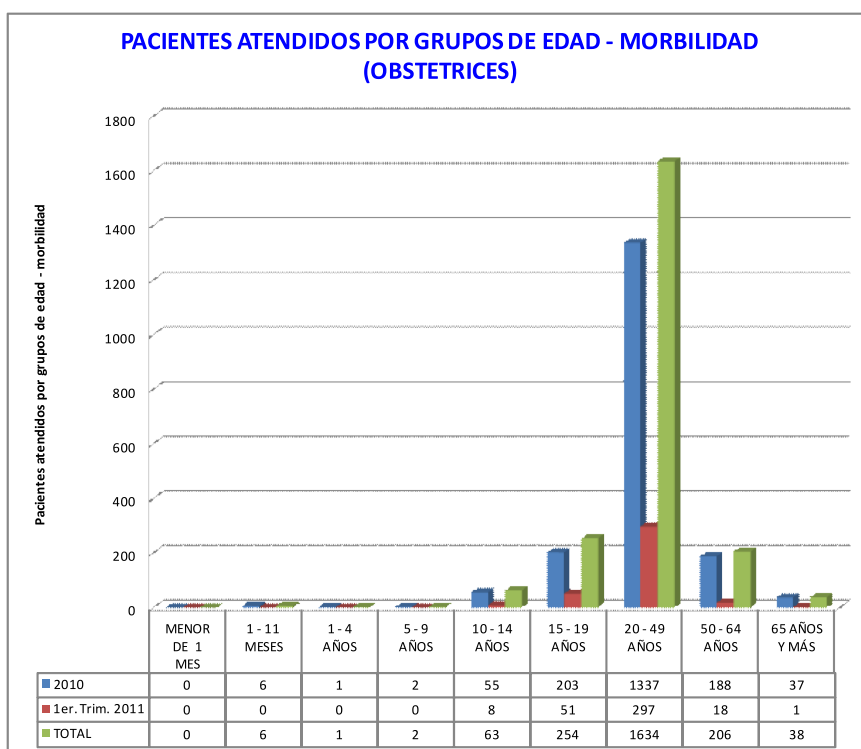
GRUPOS DE EDAD - MORBILIDAD	AÑOS		TOTAL
	2010	1er. Trim. 2011	
MENOR DE 1 MES	214	35	249
1 - 11 MESES	2078	546	2624
1 - 4 AÑOS	4559	1427	5986
5 - 9 AÑOS	3077	1031	4108
10 - 14 AÑOS	1692	642	2334
15 - 19 AÑOS	1550	492	2042
20 - 49 AÑOS	7303	1931	9234
50 - 64 AÑOS	2157	592	2749
65 AÑOS Y MÁS	1751	506	2257
TOTAL CONSULTAS MORBILIDAD	24381	7202	31583
GRAN TOTAL	31583		



Fuente: Hospital Cantonal "Dr. Juan Montalván C". Departamento de Estadísticas.

PACIENTES ATENDIDOS POR GRUPOS DE EDAD - MORBILIDAD (OBSTETRICES)

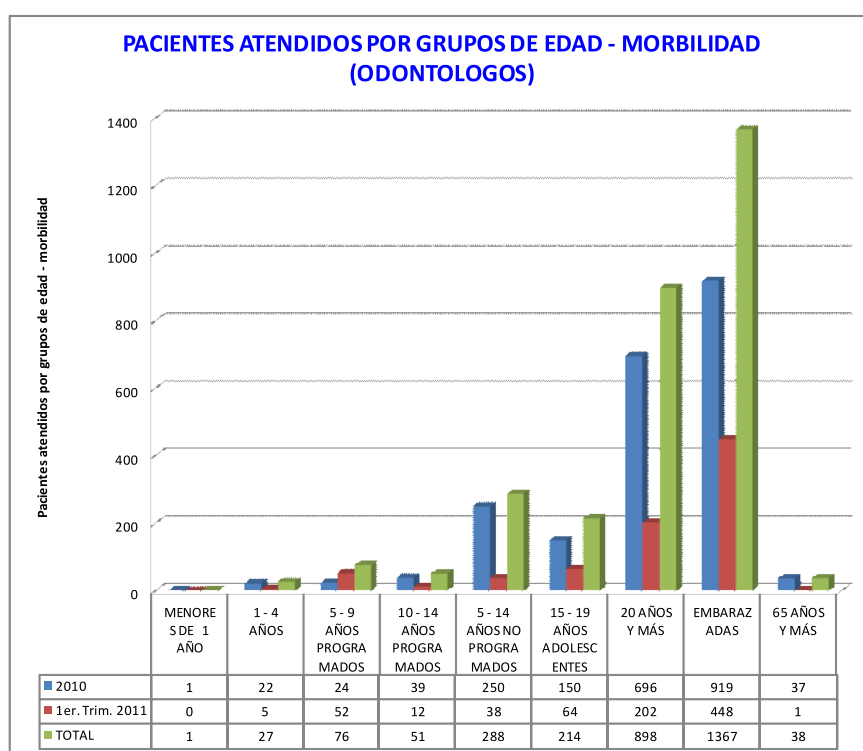
GRUPOS DE EDAD - MORBILIDAD	AÑOS		TOTAL
	2010	1er. Trim. 2011	
MENOR DE 1 MES	0	0	0
1 - 11 MESES	6	0	6
1 - 4 AÑOS	1	0	1
5 - 9 AÑOS	2	0	2
10 - 14 AÑOS	55	8	63
15 - 19 AÑOS	203	51	254
20 - 49 AÑOS	1337	297	1634
50 - 64 AÑOS	188	18	206
65 AÑOS Y MÁS	37	1	38
TOTAL CONSULTAS MORBILIDAD	1829	375	2204
GRAN TOTAL	2204		



Fuente: Hospital Cantonal "Dr. Juan Montalván C". Departamento de Estadísticas.

HOSPITAL DR. JUAN MONTALVAN CORNEJO - AREA DE SALUD # 4
CONSOLIDADO ANUAL DE ATENCIONES Y CONSULTAS DE MEDICOS
AÑOS 2010 Y 1er. TRIMESTRE DEL 2011
PACIENTES ATENDIDOS POR GRUPOS DE EDAD - MORBILIDAD (ODONTOLOGOS)

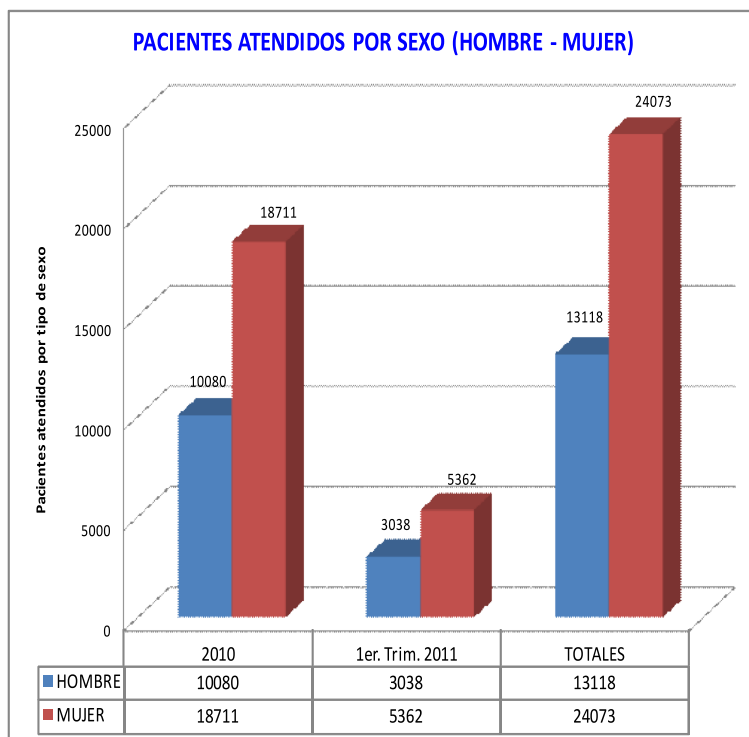
GRUPOS DE EDAD - MORBILIDAD	AÑOS		TOTAL
	2010	1er. Trim. 2011	
MENORES DE 1 AÑO	1	0	1
1 - 4 AÑOS	22	5	27
5 - 9 AÑOS PROGRAMADOS	24	52	76
10 - 14 AÑOS PROGRAMADOS	39	12	51
5 - 14 AÑOS NO PROGRAMADOS	250	38	288
15 - 19 AÑOS ADOLESCENTES	150	64	214
20 AÑOS Y MÁS	696	202	898
EMBARAZADAS	919	448	1367
65 AÑOS Y MÁS	37	1	38
TOTAL CONSULTAS MORBILIDAD	2138	822	2960
GRAN TOTAL	2960		



Fuente: Hospital Cantonal "Dr. Juan Montalván C". Departamento de Estadísticas.

HOSPITAL DR. JUAN MONTALVAN CORNEJO - AREA DE SALUD # 4
 CONSOLIDADO ANUAL DE ATENCIONES Y CONSULTAS DE MEDICOS
 AÑOS 2010 Y 1er. TRIMESTRE DEL 2011
PACIENTES ATENDIDOS POR SEXO (HOMBRE - MUJER)

AÑOS	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
2010	10080	18711
1er. Trim. 2011	3038	5362
TOTALES	13118	24073
	37191	



Fuente: Hospital Cantonal "Dr. Juan Montalván C". Departamento de Estadísticas.

Apéndice VI: Procesos y requisitos según Norma ISO 9001:2008.

Fuente: Adaptado de la Norma ISO 9001:2008 de la Société Générale de Surveillance – SGS (4ª. edición).

