

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSTGRADO

VIII PROMOCIÓN

TESIS

Previa a la obtención del grado de
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

**REINGENIERÍA EN PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y
OPERATIVOS EN CLÍNICA MEDINA**

Tutor:

Ec. María del Carmen Lapo

Autores:

Dr. Christian Medardo Medina Jiménez
Dra. Jessica Jannette Sotomayor Elizalde

Guayaquil, enero del 2013

ÍNDICE GENERAL

Introducción	1
OBJETIVOS.....	7
General	7
Específicos	7
Capítulo 1: La calidad en los servicios de salud	8
1.1. Generalidades.-	8
1.2. La calidad	9
1.2.1. Etapas de la calidad.....	10
1.2.2. Aseguramiento de calidad.....	11
1.2.3. Estrategia competitiva de calidad.....	12
1.3. La Normalización y Norma.	14
1.3.1. Beneficios de las Normas ISO.....	20
1.3.2. Certificación y acreditación.....	21
1.4. Calidad en los Servicios de Salud.....	23
1.5. La calidad en las Instituciones de Salud.	28
1.6. La Reingeniería.....	32
1.6.1. Importancia de la Reingeniería.....	34
1.7. Los procesos.	36
1.7.1. Tipos de procesos	37
1.7.2. Características de los procesos.....	39
1.8. Sectorización de la Salud.	41
1.8.1. Sector primario	41
1.8.2. Sector secundario	41
1.8.3. Sector terciario o de servicios.....	42
1.9. Los sistemas de salud y sus orígenes	43
1.10. Los servicios de Salud en el Ecuador.....	44
1.10.1. Aspectos políticos	44
1.10.2. Aspecto Demográfico	46
1.10.3. Aspecto Socio-Económico.....	47
1.10.4. Aspecto Epidemiológico	48

1.10.5.	Aspecto Cultural	48
1.10.6.	Aspecto Legal	49
CAPÍTULO 2: CLÍNICA MEDINA		51
2.1.	Contexto Histórico y localización	51
2.2.	Organigrama Estructural Organizacional	52
2.3.	Misión	54
2.4.	Visión	55
2.5.	Valores	55
2.6.	Objetivos Institucionales.....	56
2.6.1.	Objetivo General.....	56
2.6.2.	Objetivos Específicos.....	56
2.6.3.	Objetivos Estratégicos.....	57
2.7.	Alcance de los servicios.....	57
2.8.	Filosofía Organizacional.....	58
CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO.....		61
3.1.	Planteamiento del Problema.....	61
3.2.	Tipos de investigación.....	65
3.3.	Variables de la investigación.....	66
3.3.1.	Variables cualitativas.....	66
3.3.2.	Variable cuantitativa.....	66
3.4.	Hipótesis.....	66
3.5.	Población y muestra.....	67
3.5.1.	La población	67
3.5.2.	La muestra	68
3.6.	Selección del Instrumento o Técnica	70
3.7.	Instrumentos de recolección de datos	70
3.8.	Procesamiento de la información.....	71
3.9.	Resultados de la investigación	72
3.9.1.	Resultados de Las Encuestas	73
3.9.2.	Resultados de la Entrevista.....	87
3.10.	Triangulación de la información	89
CAPÍTULO 4: Modelo de reingeniería de procesos para Clínica Medina ..		93
4.1	objetivos de la Reingeniería	95

4.1.1. Objetivo General	95
4.2.1. Objetivos Específicos	95
4.2 Estrategias	95
4.3.1. Definición de los Indicadores para la reingeniería	100
FLUJO DE CAJA PROYECTADO	128
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	143
Conclusiones	143
Recomendaciones	144
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	146
BIBLIOGRAFÍA.....	150
ANEXOS	153

INTRODUCCIÓN

En la actualidad han surgido diferentes filosofías y estrategias para mejorar la eficiencia y la competitividad de los negocios. Una de éstas, es la reingeniería, que se basa en el "rediseño radical de los procesos tanto operativos como administrativos para efectuar mejoras espectaculares en medidas críticas y actuales de rendimiento, tales como costos, calidad, servicio y rapidez".¹

Uno de los desafíos del sector de salud en el Ecuador y en general en toda América Latina, es la de enfrentar en la actualidad y en las próximas décadas, la reducción de la inequidad en el servicio de la salud en lo que se refiere al acceso a los servicios sanitarios y cobertura de salud. Esto ocurre porque el proceso de globalización de la economía, la reforma del estado, y en consecuencia la reforma del sector de la salud, no ha conseguido responder a las demandas de la población en lograr mejores servicios de salud y mejor calidad de vida.

Mientras que el proceso de globalización como las redes financieras de producción y comercio, desarrollo de la información y de las telecomunicaciones, consumismo global, aparición de nuevas culturas y subculturas, se reflejan de manera directa en el plano comercial y, en consecuencia, en lo político, el sector de la salud se ha transformado en un factor importante de negociación, sea por la necesidad de mantener un ambiente más saludable, el saneamiento, la alimentación, la protección de los trabajadores y de los ciudadanos, sea por la necesidad de mantener el consumo de la tecnología médica, incluso de la medicina.

Sin embargo, una de las estrategias utilizadas para disminuir esa inequidad ha sido la búsqueda de una mejora de la calidad de los servicios, a partir de una definición del concepto de calidad, orientada a lograr tanto la satisfacción del usuario externo como la población, y la

¹HERRERA M. Mariana. (2008), "Reingeniería". Costa Rica. Ed. Cosmos.

motivación del usuario interno que corresponde al trabajador del sector salud. También se ha intentado establecer la relación entre calidad, reducción de los costos y la equidad.²

El servicio de Salud general en nuestro país, ha mantenido con el devenir de los años en diferentes etapas de crisis y deficientes servicios, insalubridad y falta de control en las instalaciones, falta de profesionalismo del personal médico y de enfermería, que se deben corregir imperantemente en pro del bienestar de nuestra sociedad al mejorar los servicios de atención médica.

El Gobierno actual, preocupado del caótico Sistema de Servicios de las instituciones de Salud, promueve incansablemente la ardua tarea que se están realizando en los Hospitales y Centros de Salud del Estado, gestiones de modernidad e implementación de nuevos sistemas con tecnología de punta, para perfeccionar los materiales, recursos y el servicio de atención a los pacientes de la comunidad.

Por lo tanto se origina como antecedente que es imperante realizar una estructuración de las Instituciones de Salud privadas, como se considera así la oportunidad de la Clínica "Medina" en la reingeniería de los procesos operativos y administrativos de la misma, que debe ir a la par del crecimiento de las instituciones de Salud de ésta ciudad de Guayaquil, para enlistarse entre las prioridades por parte de los usuarios que requieren los servicios de Salud.

La Problemática o necesidad, consiste en que Guayaquil es una de las ciudades más pobladas del Ecuador, puesto que recoge numerosos grupos de otras ciudades, provincias, cantones, inclusive la mayoría de las personas que viven en las zonas rurales, vienen en busca de atención médica oportuna. Es decir, que la demanda de los Servicios en las Instituciones de Salud es alta, pero muchas veces se encuentra

²ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2008). Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington/ PAHO, Documento oficial. P. 83.

sectorizada por la falta de información y sobre todo por la publicidad muchas veces engañosa de ciertos hospitales públicos que dicen brindar el mejor servicio, gratuito o al menor costo, cuando la realidad es totalmente diferente.

Dado estos casos las preferencias primordiales de la población giran alrededor de estas grandes entidades que muchas veces no brindan el servicio de salud óptimo que los pacientes necesitan.

Muy aparte de éstos problemas mencionados, los hospitales públicos y privados en la ciudad de durante los últimos años han estado inmersos en un proceso continuo de adaptación, fruto de fuertes presiones sociales y políticas, cuyo objetivo es mejorar los niveles de calidad asistencial y reducir los costos operativos. Parece ser ésta la descripción de una situación generalizada del sector si atendemos al contenido de diversas publicaciones relacionadas directa o indirectamente con la gestión en el ámbito sanitario³.

Son numerosos los expertos y gestores sanitarios que han abogado por la adopción de nuevas técnicas de gestión en los hospitales⁴, este problema se origina por la presión ejercida por los contratos y programas gubernamentales, en los que la financiación depende directamente tanto de los niveles asistenciales alcanzados como de los de gestión, que obligaría a los hospitales públicos a competir por captar pacientes-clientes y, consecuentemente, recursos financieros en función de los servicios prestados.

Si un Hospital o Clínica tiene fallas internas, a pesar que estas no son notadas por los clientes, afecta la operacionalidad del establecimiento,

³PADULA C. (2008) Reorganizar los hospitales. España. Ed. Papeles de Economía Española

⁴APARICIO MP, Triadó XM. (2007). Diseño organizativo de los hospitales y estructuras flexibles, un reto asumible. En Parras M. (dir.) España. Ed. Actas del XIV Congreso Nacional de la Asociación de Economía y Dirección de Empresas.

provocando disfuncionalidades que podrían causar una gran crisis organizacional dentro de la misma.⁵

Esta situación de creciente incertidumbre dentro del sector de la Salud, se ha reflejado en las formas de dirección de los gerentes de los hospitales, que han intentado reaccionar para hacer frente a los nuevos escenarios. El resultado ha sido la adopción de diferentes técnicas y métodos de dirección, cuyo éxito en el sector empresarial indujo a prever idénticos resultados en el sector sanitario.

De esta forma se colabora con la asistencia que requiere en la implantación de técnicas como la planificación estratégica y la gestión de la calidad total. En esta línea, una de las últimas modas en gestión de hospitales se denomina reingeniería de procesos que, como las otras prácticas mencionadas, ha recorrido su camino partiendo desde el campo de la gestión de empresas.⁶

La transformación que necesitan las empresas de salud, tanto en la organización, tecnología, operatividad y administración, en nuestro país, con el fin de mejorar la calidad del servicio de salud que necesita la comunidad, origina la realización de trabajos y proyectos de ésta magnitud.

Porque para alcanzar el éxito a nivel empresarial de Servicios a la Salud, inclusive sobrevivir, es necesario realizar cambios fundamentales en la forma como se dirige la Institución. Por lo tanto, en el mundo cambiante de los negocios de hoy día nadie se puede dar el lujo de operar de igual forma a lo largo la vida útil de su establecimiento, ya que las demás Instituciones de salud pertenecientes a la competencia, podrían tomar ventaja de esta gran oportunidad. Los administradores de hoy día deben conocer los aspectos que amenazan el crecimiento y prestigio institucional, esto se refiere a tener en cuenta cómo está marchando

⁵HERRERA M. Mariana. (2008), "Reingeniería". Costa Rica. Ed. Sermas.

⁶HAMMER M, CHAMPY J. (2007). Reingeniería de la empresa. Barcelona. Ed. Parramón.

para tratar de evitar inconvenientes operacionales que afecten a la institución en el futuro.⁷

En la actualidad, con el nuevo gobierno de la revolución ciudadana, se manifiestan muchas modificaciones positivas en el campo de la Salud, con la fuerte inversión en las mejoras del sistema de salud pública.

Durante este periodo de transición, el sector de la Salud privada, necesita acoplarse al nuevo sistema, caso contrario se encuentra en el latente peligro del fracaso institucional, generando pérdidas y el aumento del desempleo de personas profesionales y capacitadas en ésta área de la Salud.

Las Instituciones de salud deben plantearse la necesidad de cambio constante para así atraer a la mayor cantidad de preferencias de los usuarios posible y maximizar el beneficio. Por lo tanto, se justifica el planteamiento del tema de la presente tesis, que tiene por objetivo realizar gestiones de mejoras dentro de la Clínica "Medina" de la ciudad de Guayaquil, con el fin de rediseñar los patrones tradicionales del servicio de Salud, para llevarlos a la calidad y excelencia que tanto se necesita dentro de éste servicio en general.

Este trabajo de investigación presenta, varios puntos referentes a la reingeniería administrativa y operativa de las Instituciones de Salud, específicamente servirá como guía a la alta gerencia de una gestión exitosa.

Se expone el significado de reingeniería dentro de las organizaciones actuales, su importancia, funciones y se explica por qué se lo considera una solución al problema surgido del incremento de procesos operativos, dentro de las actividades que llevan a cumplir un solo objetivo. También se hace mención al papel que cumple un Gerente de Servicios de la

⁷VENEGAS F. Andrea. (2008), "Reingeniería". Costa Rica. Ed. Solas.

Salud dentro de una organización y las tareas que lleva a término para la realización de las metas propuestas.

La Reingeniería de Procesos, o BPR (Business Process Reengineering), puede considerarse como una de las ya mencionadas herramientas de gestión. De hecho, se trata de una de las más recientes puesto que aparece a finales de la década de los ochenta, de la mano de dos autores: Michael Hammer y James Champy. En capítulos posteriores se observará que la Reingeniería de Procesos, no es, ni mucho menos, la única de estas herramientas de gestión que goza de importancia y aplicación práctica, sino que existen otras de cierta relevancia de entre las que destaca TQM (Total Quality Management), o lo que es lo mismo, Gestión de la Calidad Total.

En cuanto a su aplicación en los hospitales y centros asistenciales de Salud, públicos y privados que durante los últimos años han estado inmersos en un proceso continuo de adaptación, fruto de fuertes presiones sociales y políticas, cuyo objetivo es mejorar los niveles de calidad asistencial y reducir los costos operativos. Parece ser ésta la descripción de una situación generalizada del sector si atendemos al contenido de diversas publicaciones relacionadas directa o indirectamente con la gestión en el ámbito sanitario.⁸

El presente estudio se divide en cinco capítulos cuyos contenidos se resumen de la siguiente manera:

La fase introductoria contiene los parámetros generales que delimitan la investigación, presenta los antecedentes que han generado la temática de estudio en mención, el estudio del problema o de la necesidad que existe y que origina el tema de estudio, la justificación que se brinda para llevar a cabo la tesis y el planteamiento de los objetivos que pretende alcanzar la investigación.

⁸BELENES R. (2008). Innovaciones en la gestión: nueva cultura empresarial en los servicios sanitarios. En Gestión de hospitales: nuevos instrumentos y tendencias. Barcelona. Ed. Vicens-Vives

El capítulo uno, denominado como Calidad en los Servicios de Salud, presenta la compilación de referencias bibliográficas con criterios y fundamentos científicos que aclaran la investigación y de todos los parámetros que forman parte del tema del presente estudio.

En el capítulo dos, se presenta el análisis situacional de la Clínica Medina y los servicios que brinda en el área de la Salud, los parámetros institucionales que la representan en nuestra sociedad.

El capítulo tres, Diagnóstico de la Calidad del Servicio en Clínica Medina, el cual presenta el enfoque metodológico que ha sido útil para la obtención de los datos de la investigación bibliográfica y de campo, mediante el estudio de mercado también necesario por medio de entrevistas y encuestas formuladas a profesionales de la Salud y a los Clientes internos y externos de la Institución en estudio, cuyo análisis de resultados brindarán los lineamientos para presentar una propuesta alternativa pertinente en el tema de la reingeniería de procesos.

El capítulo cuatro, el cual hace referencia a un Modelo de reingeniería de procesos para Clínica Medina.

OBJETIVOS

General

Elaborar un proyecto de reingeniería de procesos administrativos y operativos para Clínica Medina.

Específicos

- Revisar el marco conceptual de la calidad de los servicios de la salud.
- Evaluar los procesos administrativos y operativos actuales que rigen en la Clínica.
- Diagnosticar los servicios de salud que actualmente ofrece la Clínica Medina.
- Diseñar un modelo de reingeniería de procesos para mejorar los servicios de la Institución.

CAPÍTULO 1: LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

1.1. Generalidades.-

A la generalización de este tema, se puede exponer el criterio del Dr. Williams G. (2008), quien expresa:

“El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en nuestro país en los últimos años. Esto no implica que históricamente los Servicios de Salud no hayan buscado permanentemente la excelencia. En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia”. (p.4)⁹

Cuando la prestación de servicios se realiza con *equidad*, esto es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con *eficacia*, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con *efectividad*, alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con *eficiencia*, con rendimiento y costos acordes, se puede decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud.

Existen algunas consideraciones importantes respecto del término calidad que vale la pena tener en cuenta. En primer lugar calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que por el contrario la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención. En segundo lugar no constituye un término absoluto sino que es un proceso de mejoramiento continuo. En tercer lugar es una cualidad objetivable y mensurable. Por último no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la organización.

⁹ Williams Guillermo. (2008), Calidad de los servicios de Salud, Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Argentina. Ed. MSAS.

El desafío es poder evaluar este proceso en su conjunto en cada establecimiento de modo tal que pueda ser objetivo y que permita comparación, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas.

Para estos fines es imprescindible introducir la cultura de la evaluación institucional, desarrollando procesos evaluativos y normativos de consenso, pautas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud, así como para la organización y funcionamiento de los servicios y establecimientos asistenciales.

Royder y Angeloni, (2007):

En el año 2004, el Ministerio de Salud y Deportes se refería a la calidad de la atención de la siguiente manera: "La calidad en los servicios es un concepto estrechamente ligado a la prestación de los servicios de salud, tanto desde el punto de vista de recursos humanos como de estructura y procedimientos". (P. 3).

Sin embargo, la calidad de atención afecta muchos otros aspectos, hasta configurar una problemática realmente compleja a la hora de ser abordada. Para una gran parte del sector salud, los factores que influyen en la calidad de atención se limitan al funcionamiento interno de los servicios y a los recursos humanos.

1.2. La calidad

La calidad es un proceso de mejoramiento continuo, en el que participan activamente todas las áreas de la empresa para el desarrollo de productos y servicios, que satisfacen las necesidades del cliente,

logrando una mayor productividad en diferentes sectores como alimenticio, industrial, tecnológico, informático y salud.¹⁰

Existen dos tipos básicos de calidad: Externa e interna.

La calidad externa, corresponde a la satisfacción de los clientes mientras que calidad interna, corresponde al mejoramiento de la operación interna de una compañía. Por consiguiente, el propósito de estos dos tipos de calidad es otorgar al cliente una oferta apropiada con procesos controlados y al mismo tiempo garantizar que esta mejora no se traduzca en costos adicionales.

En conclusión, para que las organizaciones puedan realmente palpar los beneficios reales de los sistemas de gestión de la calidad como son:

- Mejor imagen externa
- Mayor ordenamiento interno
- Mejora de la productividad
- Mejora continua de los procesos
- Apertura de mercados
- Mejor clima laboral
- Otros

1.2.1. Etapas de la calidad.

Entre las etapas o variables de la calidad se pueden anotar los siguientes aspectos:

1.2.1.1. Control de calidad

El control de calidad, mediante la inspección es cuando la producción en serie comienza a tener mucha importancia, ante esta situación se

¹⁰VASQUEZ LEMA, Marcelo. (2007) La Calidad, el concepto actual que debe ser manejado adecuadamente por los gerentes y funcionarios de toda la organización. Bolivia. Ed. Oriente. Pág. 1.

hace necesario ver si el artículo al final de la línea de producción resultaba apto o no para lo que estaba destinado. Por ello, en las fábricas se vio la conveniencia de introducir un departamento especial que estuviera a cargo de la inspección. A este nuevo sistema se le denominó Control de Calidad.

1.2.1.2. Control estadístico

El control estadístico de la calidad surge a partir de la investigación llevada a cabo en la década de los treinta por Bell Telephone Laboratories, originó lo que se denomina Control Estadístico de Calidad, el cual desarrolló un conjunto de tablas de muestreo basado en el concepto de niveles aceptables de calidad.

En ellas se determinaba el máximo por ciento de defectos que se podía tolerar para que la producción de un proveedor pudiera ser considerada satisfactoria. La necesidad de elaborar programas de entrenamiento en asuntos referentes al control de calidad, con la cooperación de importantes universidades de Estados Unidos, fue propicio para que los conceptos y las técnicas de control estadístico se introdujeran en el ámbito universitario. A finales de la década de los cuarenta, el control de calidad era parte de la enseñanza académica. Sin embargo, se consideraba únicamente el punto de vista estadístico y se creía que el ámbito de su aplicación se reducía en la práctica al departamento de manufactura y producción.

1.2.2. Aseguramiento de calidad

El aseguramiento de calidad se da en la década de los 50 y se caracterizó por dos hechos importantes: La toma de conciencia por parte de la administración y el aseguramiento de la calidad, como en la década de los 40 se había centrado la atención en el control estadístico de proceso, se hizo necesario que el mejoramiento de calidad logrado quedara asegurado, motivo por el cual se desarrollaron profesionales

dedicados a este problema, involucrar a todos en el logro de la calidad y que haya un mayor compromiso de la administración. Lo antes mencionado implicaba una partida presupuestal dedicada específicamente a tener programas de calidad, pero la inversión hecha para asegurar la calidad quedaría justificada por el ahorro que significaba evitar el producto defectuoso. El enfoque de calidad sólo se había orientado hacia el proceso de manufactura, no existía la idea de la calidad en servicios de soporte y menos en el servicio al consumidor; por tal razón, a principios de los años 1955, Juran impulsa el concepto del aseguramiento de calidad y da la respuesta económica de la conveniencia de obtener productos de calidad.

1.2.3. Estrategia competitiva de calidad

La calidad como estrategia competitiva, es el cambio profundo de la calidad como rol preponderado en la administración y gestión del mercado, pasando a ser estrategia competitiva, desde el momento en que la alta gerencia toma como punto de partida la planeación estratégica los requerimientos del consumidor y la calidad de los productos de los competidores, consiste en planear todas actividades de la empresa, lo cual permita entregar al consumidor productos que responden a sus requerimientos y con calidad superior a la que ofrecen los competidores; esto implica cambios profundos en la mentalidad de los administradores, en la cultura de los organizadores y en las estructuras de las empresas. La experiencia de las empresas japonesas de implantar un sistema administrativo enfocado al logro de la calidad, le han permitido ver los cambios a realizar y de cómo lograr la excelencia.

La calidad se ha convertido en el mundo globalizado de hoy, en una necesidad ineludible para permanecer en el mercado. Por ello los sistemas de gestión de la calidad basados en las normas ISO 9001, que reflejan el consenso internacional en este tema, han cobrado una gran popularidad, y muchas organizaciones se han decidido a tomar el camino de documentarlo e implementarlo.

La documentación es el soporte del sistema de gestión de la calidad, pues en ella se plasman no sólo las formas de operar de la organización sino toda la información que permite el desarrollo de todos los procesos y proporcionan la información necesaria para la adecuada toma de decisiones.

Las norma ISO 9001 trata sobre los requisitos de los sistemas de gestión de la calidad y, gestionar la calidad, consiste en definir e implantar un conjunto de actividades orientadas a proporcionar a la alta dirección de la empresa la confianza de que se está consiguiendo la calidad prevista a un costo adecuado.

Es importante señalar que la norma no define exactamente el sistema de calidad a aplicar por las empresas, sino que se limita a describir los requisitos mínimos que debe cumplir dicho Sistema de Gestión de la Calidad.

Entre las ventajas o beneficios más evidentes de gestionar los procesos según el modelo de mejora continua planteado en las normas ISO-9001:2000 se pueden mencionar:

- a) Apertura de nuevas oportunidades de mercado.
- b) Generación de valor al optimizar procesos y hacerlos más eficientes.
- c) La certificación es un fuerte elemento de diferenciación frente a mercados potenciales.
- d) Mejora de la planificación general.
- e) Creación de un marco para gestionar adecuadamente los procesos. Definición de estrategias, políticas, objetivos y métodos de trabajo.
- f) Cumplimiento de las especificaciones.
- g) Reducción de los costos asociados a los productos no conformes.
- h) Supresión de costos inútiles debidos a procesos y actividades que no agregan valor al producto.
- i) Mejora de las comunicaciones internas y externas.
- j) Mayor facilidad en la realización de las actividades gracias a documentación de los procedimientos.

- k) Resolución de problemas más fácilmente y rápidamente.
- l) Mayor conciencia de la importancia de los clientes.
- m) Incorporación del cambio y la innovación en un sistema probado internacionalmente e intersectorialmente.¹¹

1.3. La Normalización y Norma.

Actualmente, en las relaciones comerciales de compradores y vendedores requieren de mejores procesos que permitan realizar transacciones con alto grado de confiabilidad en cuanto a la calidad de los productos que se comercializan. Por ello, es importante conocer la función que va a cumplir el bien o servicio que se va a adquirir, y la capacidad del fabricante en responder las expectativas de los clientes. Esto genera distintos niveles de calidad y precios, en donde asegurar la calidad deseada consiste en emplear la normalización.

La normalización es toda actividad que aporta soluciones en el desarrollo de la ciencia, tecnología y economía, con el fin de conseguir un orden óptimo. Son un conjunto de reglas técnicas reconocidas y acatadas que conforman un sistema de normas integradas por la conceptualización, diferenciación y ordenamiento de una serie de principios y procedimientos para establecer unidades y definiciones, métodos de toma y conservación de muestras, métodos de ensayo, además de especificaciones cualitativas y códigos de muestras.

La conveniencia de la normalización en los procesos, consiste en ayudar a la supervivencia o existencia de la organización en el mercado. Su necesidad surge por la homogenización de los componentes a fin de posibilitar el intercambio; facilitar la producción, reparación y mantenimiento posterior de los productos o servicios que se brindan a los

¹¹ Romero A. y Sandor Miranda Drs. (2007) La calidad, su evolución histórica y algunos conceptos y términos asociados. La Habana. Cuba. Ed. Vocl.

consumidores; la preservación, facilidad, mejora continua, simplificación y la reducción de costos por optimización; y automatización de procesos; su aplicación permite eliminar las causas de error, defecto y desperdicios, disminuyendo costos, aumentando la calidad y rentabilidad de las actividades; ordena, sistematiza y desarrolla el impulso de hacer bien y mejorar las cosas; y estimula la participación de quienes intervienen en los procesos.

El contenido de la normalización está dado por parámetros y definiciones que ayudan a mejorar las actividades relacionadas con el producto, servicio o proceso; cuenta con el aporte de la experiencia práctica y teórica de los profesionales involucrados. Tiene un alcance restringido a nivel particular o sectorial, tal como las empresas, asociaciones y la administración.

En cuanto al antecedente de la aparición de las normas hizo, se encuentra que nació de la unión de dos organizaciones, la ISA (International Standardization Assosations) establecida en 1926; y el UNSCC (Union Nations Standards Coordinating Committee) en 1944. En octubre de 1946, se reunieron delegados de 25 países en el Instituto de Ingenieros Civiles de Londres, decidieron crear una nueva organización internacional, cuyo objeto fue facilitar la coordinación y unificación internacional de las normas industriales. La nueva organización, ISO, inició oficialmente sus operaciones el 23 de febrero de 1947 en Zurich, Alemania, su sede se encuentra ubicada en Ginebra, Suiza.¹²

En 1959, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos establece el Programa de Administración de Calidad que se llamó MIL-Q-9858. Cuatro años más tarde se revisó y nació MIL-Q-9858A. En 1963, la OTAN (Organización de Tratados del Atlántico Norte) adaptó la norma MIL-Q-9858A para elaborar la primera Publicación del Aseguramiento de Calidad Aliada (Quality Assurance Publication 1, AQAP-1). En 1970, el

¹²GEISHA. (2010). Calidad y Medio ambiente: Evolución de las normas ISO

Ministerio de Defensa Británico adoptó la norma AQAP-1 en su Programa de Administración de Estandarización para la Defensa, DEF/STAN 05-8. Con esa base, el Instituto Británico de Estandarización (BSI, British Standard Institute) desarrolló en 1979 el primer sistema para la administración de la estandarización comercial conocido como BS 5750; con este antecedente, ISO creó en 1987 la serie de estandarización ISO 9000, adoptando la mayor parte de los elementos de la norma británica BS 5750. En ese mismo año la norma fue adoptada en los Estados Unidos como la serie ANSI/ASQC-Q90 (American Society for Quality Control); y la norma BS 5750 fue revisada con el objetivo de hacerla idéntica a la norma ISO 9000.

La revisión de las normas ISO 9000 y sus componentes ISO 9001, 9002, 9003 y 9004 publicadas en 1987, fue programada en 1992 – 1993, fecha en que se creó el Vocabulario de la Calidad (Estándar ISO 8402), contiene definiciones y terminologías relevantes. Desde ese entonces se han modificado las normas ISO 9000 e ISO 9004, además de agregarse la serie de normas ISO 10000, que enfatiza los criterios para auditorías y la administración de programas de auditorías. La norma ISO 9000 comenzó a implantarse en Estados Unidos desde 1990, debido a que algunos organismos exigían a las empresas que se registraban, certificar a sus proveedores, hecho que obligó a cada uno de los proveedores a certificarse.

Este efecto, se dio en gran parte por la publicidad y los medios de comunicación, que definieron a la norma ISO 9000 como el Pasaporte a Europa, garantizando la competitividad global y empresa que no se certificara se vería incapaz de comercializar con países europeos. Desde 1993 hasta hoy, los anunciantes simplemente enumeran los programas de cursos tales como: ISO 9000 y las Buenas Prácticas de Manufactura, ISO 9000 y la Administración de la Calidad Total, entre otros.

Teniendo como base que las organizaciones del mundo se han preocupado por satisfacer las necesidades de sus clientes y las

tendencias del comercio en reforzar la necesidad de contar con estándares universales de calidad, las normas de mayor aplicación son de la serie ISO 9000, 10000, 14000.¹³

La International Standardization Organization con sus siglas ISO, es una institución consultiva no gubernamental, constituida en 1947, que tiene por misión la de promover el desarrollo de la estandarización y actividades relacionadas, con el propósito de facilitar el intercambio internacional de bienes, productos y servicios mediante colaboración científica, tecnológica y técnica en el campo administrativo, industrial y económico. El nombre ISO deriva del griego ISOS, que significa IGUAL. Su sede se encuentra en Ginebra, está compuesta por 90 países representantes de los cuerpos normativos nacionales, los mismos que actúan en oficinas delegadas de la ISO y se encargan de la normalización en cada país a nivel mundial.¹⁴

Las normas se clasifican de la siguiente manera:

ISO 9000

Consiste en sistemas de Gestión de Calidad, consta de fundamentos, vocabulario, requisitos, elementos del sistema de calidad, calidad en diseño, fabricación, inspección, instalación, venta, servicio post venta, directrices para la mejora del desempeño.

Designa un conjunto de normas sobre calidad y gestión continua de calidad, establecidas por la Organización Internacional de Normalización(ISO). Se pueden aplicar en cualquier tipo de organización o actividad orientada a la producción de bienes o servicios.

Está conformada por:

¹³ VOEHL, MAGAÑA, Pedro. VOEHL, Frank; JACKSON, Meter; y ASHTON, David. (2010). ISO 9000, Guía Instrumental para pequeñas y mediana empresas. Normalización y Normas ISO. Pág. 20-28

¹⁴Monterroso. Elda Lcda. Normas (2010). ISO. Generalidades. Argentina. Ed. Universidad Nacional de Luján.

ISO 9001.- Modelo del aseguramiento de la calidad en el diseño, desarrollo, producción, instalación y servicio.

ISO 9002.- Modelo del aseguramiento de la calidad en producción, instalación y servicio.

ISO 9003.- Modelo del aseguramiento de la calidad en la inspección final y pruebas.

ISO 9004.- Modelo para la gestión de administración de calidad y lineamientos de sistemas de calidad.

ISO 10000

Hace énfasis en la normalización de los sistemas de Auditoría, está compuesta por las siguientes normas:

ISO 10011.- Lineamientos de la Auditoría en sistemas de calidad.

ISO 10012.- Requerimientos de aseguramientos de calidad en equipos de medición.

ISO 14000

Esta serie de normas hace énfasis en la normalización de los sistemas de auditoría en la administración y desempeño ambiental, consta de las siguientes partes:

ISO 14001.- Sistemas de administración ambiental en una organización, requisitos con el propósito de certificación y registro.

ISO 14004.- Sistemas de implementación de un Sistema de Administración Ambiental (SAA).

ISO 14010.- Principios generales y directrices de la Auditoría Ambiental.

ISO 14011.- Procedimientos de auditoría, directrices de Auditoría de Sistemas de Administración Ambiental.

ISO 14012.- Criterios de calificación en los Auditores Ambientales.

El organismo está compuesto por los siguientes miembros:

- Miembros natos.- corresponde a la representación unitaria de los Organismos Nacionales de Normalización de cada país, con derecho a voz y voto.
- Miembros correspondientes.- que son la representación de los países en vías de desarrollo los cuales no poseen un comité nacional de normalización, no conforman la parte activa en el proceso de normalización pero se encuentran permanentemente informados acerca de todos los procesos en desarrollo.
- Miembros suscritos.- Lo conforman los países con reducidas economías, que contribuyen con unas tasas menores de pago.

Sus funciones son:

- Elaborar, discutir y presentar los proyectos de normas técnicas internacionales.
- Facilitar la utilización de las nuevas normas empleadas internacionalmente y dentro de cada nación.
- Coordinar los países miembros las recomendaciones necesarias en la unificación de criterios de las normas ISO nacionales en cada país.
- Elaborar las normas internacionales con el apoyo, participación y aceptación de todos sus miembros.
- Colaborar activamente con organizaciones internacionales dedicadas a la promulgación de la normalización.

Sus objetivos son:

- Desarrollar estándares que faciliten el comercio internacional, publicando las normas o informes técnicos conocidos como las Normas Internacionales ISO.

Las Normas ISO son un conjunto de reglas, cuyo fin primordial es definir las características técnicas de un producto, uso u objeto, que pueda ser utilizada internacionalmente en el campo industrial, de comercio y servicio.

1.3.1. Beneficios de las Normas ISO.

El objetivo principal que se desea alcanzar al implementar la norma ISO, consiste en tener ventajas competitivas, al inicio de proyectos dirigidos hacia la Calidad Total y cumplir con la exigencia de sus clientes. Entre estos beneficios se identifican los siguientes:

- Mejorar el orden interno de las entidades y organizaciones.
- Mejorar el análisis y control de productos y procesos a través de un sistema eficiente organizado de registros.
- Facilitar el trabajo de planeación de todas las actividades.
- Brindar confianza en la capacidad eficiente de controlar productos y procesos.
- Dar mayor precisión en las especificaciones técnicas.
- Identificar errores en las especificaciones técnicas.
- Disminuir las inconformidades.
- Reducir el índice de reclamos por parte de los clientes.
- Optimizar la comunicación y el clima organizacional.
- Mejorar las relaciones comerciales entre clientes y proveedores.
- Incremento de la eficiencia.
- Reducir los costos operativos.
- Tener mayor control sobre contratistas y proveedores.

- Promover la mejora continua.
- Mejorar la posición en el mercado.
- Dar mayor oportunidad al desarrollo de nuevos mercados.

1.3.2. Certificación y acreditación.

Es el rol de la Organización Internacional para la Normalización (ISO) es identificar, desarrollar y publicar especificaciones técnicas (es decir estándares). La ISO no es participe de actividades o relación a servicios de certificación o de acreditación. Acreditación son servicios que proveen organizaciones con tal objetivo para respaldar certificación. La mayoría de estos son entes privados para proveer acreditación.

1.3.2.1. Certificación.

Procedimiento en el que una tercera parte diferente e independiente del proveedor y comprador, da seguridad por escrito que un producto, proceso o servicio cumple con todos los requisitos de calidad especificados, y se convierte en la actividad efectiva en las transacciones de comercio nacionales e internacionales. La certificación se hace presente en el certificado, el mismo que es un documento de aval o garantía, es emitido conforme a las reglas de un sistema de certificación que indica con un nivel suficiente de confianza, que un producto, proceso o servicio debidamente identificado, está conforme a una norma o a otro documento normativo especificado.¹⁵

Un sistema de certificación es el conjunto de actividades implementadas que evalúa la conformidad del producto a requisitos especificados. El objetivo es proporcionar los criterios que aseguren al comprador que el producto que adquiere satisfaga los requisitos pactados. Este sistema está administrado por un organismo de certificación con reglas de procedimiento y de administración propias al momento de proceder en

¹⁵Centro de Estudios de Medición y Certificación de calidad. Certificación. Que es certificación. P. 1

una certificación. Dicho organismo de certificación administra un sistema de certificación, con el fin de proceder a la certificación de un producto, lo que se materializa por la emisión de dos documentos: un certificado para el producto y una licencia a nombre del operador.

La certificación asegura la credibilidad del producto porque proporciona al consumidor la garantía con respecto su origen, método de procesamiento, identificación, rastreabilidad y credibilidad mediante controles por tercera parte, cumpliendo así con las expectativas de los clientes consumidores.

Las ventajas de la certificación son:

- Identificar y relacionar las diferencias del producto o servicio.
- Brindar credibilidad con la garantía de un organismo competente de certificación independiente a la institución.
- Obtener prestigio y reconocimiento institucional.
- Ganar y mantener la confianza de los clientes.
- Obtener el beneficio ocasional de una promoción colectiva.¹⁶

1.3.2.2. Acreditación.

Procedimiento en que incurre un organismo autorizado al otorgar el reconocimiento formal que una organización o individuo es competente en llevar a buen término tareas específicas, proceso que se inicia cuando la entidad productora de un servicio o bien asume en cumplir un modelo estándar del ámbito en que se desarrolla.

El organismo de acreditación es el que acredita al organismo la certificación, su legitimidad se fundamenta en el reconocimiento mutuo y la participación de autoridades públicas dentro de sus estructuras.

¹⁶ Pons, Jean-Claude y Sivardiere, Patrick. (2008). Manual de capacitación, Certificación de Calidad de los Alimentos Orientada a Sellos de Atributos de Valor en Países de América Latina. Certificación y Acreditación. Argentina. Ed. Seresi. P. 3.

A nivel mundial, el Foro Internacional de Acreditación es la estructura que congrega a los organismos de acreditación y les otorga la posibilidad de intercambiar y armonizar sus prácticas, mediante las firmas de acuerdos de reconocimiento mutuo.^{17,18}

Sus características más importantes son:

- Demostrar la competencia institucional en base a los criterios reconocidos por entes internacionales.
- Reconocimiento de terceros (Organismos de Acreditación).
- Acreditación de tareas específicas realizadas por la organización.

1.3.2.3. Ventajas

- Aceptar el reconocimiento de los resultados de inspecciones, ensayos y regulaciones.
- Dar garantía de la seriedad e idoneidad de un certificado o informe de resultados.
- Asegurar que los organismos de certificación que están acreditados trabajan en forma equitativa.
- Sirve como requisito en las operaciones de comercio internacional.
- Facilitar las prácticas regulatorias a las autoridades reglamentarias.
- Optimiza la calidad de los servicios.¹⁹

1.4. Calidad en los Servicios de Salud

La calidad en salud está en su apogeo, ya que hoy se está conociendo su importancia a través de los sistemas de salud de todo el mundo, implementando diversas formas de control de calidad en salud.

¹⁷ Ponds, Jean-Claude y Sivardiere, Patrick. (2009). Manual de capacitación, Certificación de Calidad de los Alimentos Orientada a Sellos de Atributos de Valor en Países de América Latina. Certificación y Acreditación. Argentina. Ed. Seresi. Pág. 3.

¹⁸WALES, Jimmy. (2008). Acreditación. Pág. 1.

¹⁹RODRÍGUEZ, Madrid de, Liza y Padilla, Gabriela. (2009). Acreditación. Pág. 1

El antecedente se remonta al siglo XVII, en Europa ya existían centros de asistencia ambulatoria independientes de los hospitales y dedicados al tratamiento de indigentes. En 1920, en Inglaterra, Lord Dawson of Penn da el concepto de centro de salud primario como un establecimiento encargado de prestar asistencia médica primaria (a cargo de médicos generales) y cuidados preventivos. Con el apoyo de la Fundación Rockefeller, en 1926 se establece en Ceilán uno de los primeros centros de salud primario, que prestaban servicios preventivos de exámenes de salud a madres y lactantes, vacunaciones, saneamiento del medio, educación sanitaria y partería.

En 1931 la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, realiza la Conferencia Europea sobre Higiene Rural, el mismo que da el nombre de centros de salud rurales, que son instituciones que fomentan la salud y bienestar de la población en la zona rural determinada.

En 1938, en Ceilán se siguen estableciendo centros de salud con el mismo modelo de atención primaria. Después de la revolución de 1.918, en URSS se establece la red de centros de salud que ofrecían asistencia preventiva y curativa a la población, estos centros de salud primaria eran parte de una estructura regionalizada de servicios, ya que los hospitales y policlínicos ocupaban los niveles superiores, con el posterior desarrollo de los servicios de salud y el aumento del personal médico - sanitario, la red de centros de salud que daban asistencia ambulatoria se hizo amplia y compleja. Por ello, el Ministerio de Salud establece normas al personal de los policlínicos y centros de salud, que se aplicaron en relación con las condiciones locales de las zonas urbanas y rurales.

A partir de ahí, en países europeos, asiáticos, inclusive en Cuba, han seguido el modelo de la URSS en cuanto a la planificación de los centros de salud integrados. En los países socialistas, el concepto de centro de salud primario apareció después de la Segunda Guerra Mundial. En la India se establece en 1.944 la Comisión de Planificación y Encuestas sobre Salud, y en 1.947 publica un informe que patrocina el

establecimiento de los centros de salud primarios. Luego Estados Unidos establece la política de fomentar la asistencia preventiva en los centros de salud. Su influencia sobre este concepto, afectó a países Latinoamericanos, Grecia y Japón.

Actualmente, en muchos países existen los centros de salud como una institución que facilita la asistencia preventiva. En los países en desarrollo, los centros de salud de las zonas urbanas son diferentes al de las zonas rurales, en las grandes ciudades, los departamentos ambulatorios de los hospitales y los médicos particulares son de fácil acceso y se dedican a la asistencia preventiva; mientras que en las zonas rurales, los servicios curativos son escasos.

A pesar de que la Organización Mundial de la Salud y las Ministerios de Salud Pública de cada país se han preocupado por establecer redes en los centros de salud primarios integrados e invertir en ellos, no quiere decir que den el mismo apoyo financiero que a los hospitales, ya que aún gastan mayores sumas en estos últimos.

El centro médico es un servicio que facilita a la familia la asistencia de salud necesaria, excepto de la que solo puede prestarse en el hospital. Cuenta con la asistencia de: ayudantes médicos, enfermeras, parteras, visitantes e inspectores sanitarios y auxiliares sanitarios. Brinda asistencia en: tratamientos curativos básicos, cuidados preventivos clásicos, planificación familiar, saneamiento del medio, educación sanitaria fuera de los poblados y registros de estadísticas de salud. Las patologías crónicas como cáncer, insuficiencia renal, cardiopatías, y otras, son canalizadas a las clínicas especializadas.

Los servicios de salud son los que tienen la responsabilidad de fomentar las acciones de protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas con enfermedades y/o que necesitan algún tipo de servicio médico ambulatorio y otros problemas de asistencia diversas en el área médica.

En los servicios de salud, la calidad se define como un alto nivel de excelencia profesional, el uso eficiente de recursos, mínimo riesgo del paciente, alto grado de satisfacción y el impacto final en la salud. Es decir, que la calidad consiste en un proceso de mejoramiento continuo y en una cualidad objetiva, que debe ser la misma en todos los niveles de atención, no constituye un término absoluto y se involucra a toda la organización.

Este fin se consigue introduciendo la cultura de la evaluación institucional, mediante el desarrollo de procesos evaluativos y normativos de consenso, pautas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud; así como en la organización y funcionamiento de servicios y establecimientos asistenciales. Es necesario entonces fortalecer institucionalmente sistemas y estructuras gubernamentales de la evaluación, promoción y resguardo de la calidad de atención.

Al aplicar la calidad en el sector de la salud se consideran características típicas como: eficacia, que son los métodos y tecnologías adecuadas empleadas; adecuación, recursos específicos usados en satisfacer la necesidad; disponibilidad, cuando los recursos se ponen a disposición del paciente; puntualidad, cuando la atención se brinda en el momento oportuno; seguridad, cuando el riesgo es mínimo en el paciente; respeto y cuidado; efectividad, mediante la cobertura e impacto; eficiencia, que consiste en el rendimiento y costos accesibles. Estas características dan como resultado la Calidad en los Servicios de Salud.

Los factores que contribuyen a la necesidad de que muchos países incluido el nuestro inicien reformas en sus sistemas sanitarios son: una mayor concientización de parte de los pacientes como usuarios de los servicios de salud, mayor atención de la calidad en todas las ramas de la economía al reconocer que esta es la clave del éxito a largo plazo y la necesidad de controlar los costos de salud.

La reforma del sistema de salud puede considerarse exitosa si la calidad de los servicios de salud mejora como resultado de los cambios, y se considera la reforma un fracaso, si la calidad empeorara aunque los costos bajaran. Esta reforma a nivel de salud se concentra principalmente en su costo y accesibilidad, por ello el desafío de los líderes del sector sanitario es idear e instrumentar sistemas que fomenten el deseo de los profesionales de la salud en mejorar los servicios, y al mismo tiempo satisfacer las exigencias de los pacientes y demás usuarios sobre la calidad en la atención médica.²⁰

La mayor parte de los objetivos de los programas de calidad del Servicio de Salud, se sintetizan de la siguiente manera:

- Servir como instrumento movilizador, coordinador y convocador en el desarrollo de tareas complejas en el sector salud.
- Incrementar la eficiencia y acceso de los sistemas de servicios de salud.
- Mejorar el desarrollo del recurso humano en la atención de la salud.
- Implementar el uso de tecnología apropiada, mecanismos, registros, controles, vigilancia y fiscalización de drogas, medicamentos y alimentos a fin de proteger la salud.
- Reducir los riesgos.
- Concientizar el verdadero concepto de salud y el cambio del estilo de vida.

Gestión de Calidad hacia el sector de la salud, cada vez hace hincapié en los indicadores, mediciones, recopilaciones, análisis de datos y bases de datos comparativas, donde los profesionales e instituciones tendrán una información completa y detallada de los pacientes. Así mismo, los

²⁰Sojo C, Pérez Sainz, JP. (2009). Reinventar lo social en América Latina. En: Desarrollo social en América Latina: temas y desafíos para las políticas públicas. Costa Rica. Ed. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

pacientes tendrán listas de instituciones que le faciliten y ayuden en sus decisiones.

Al realizar programas de gestión de calidad, debe incluirse también la reingeniería, que es elaborado con métodos, instrumentos, principios y análisis de datos, que conlleva a la creación de mejores sistemas para hacer las cosas. Cuenta con un control de calidad básico que monitorea el desempeño de programas de mejoramiento de calidad y de reingeniería, rediseña funciones. Tal es así, que con la recopilación, comparación de datos, la reingeniería y el uso de iniciativas de calidad específicas sirven en la solución de problemas médicos que se puedan originar en el momento.^{21_22}

1.5. La calidad en las Instituciones de Salud.

La más grande responsabilidad y compromiso de las Instituciones de Salud es la de entregar al paciente, su familia y a la comunidad servicios médicos seguros y de calidad. Al contar con el recurso humano profesional y comprometido con el paciente al otorgar un buen servicio; contar con el uso de tecnología de punta que facilite un diagnóstico confiable y el tratamiento integral de la persona, con estándares orientados a brindar una atención eficaz, eficiente y segura; además de tener instalaciones físicas adecuadas hacia la prestación de éstos servicios.

Estos requisitos básicos de calidad en las instituciones de Salud deben darse en forma conjunta en la prestación de servicios de salud oportunos con altos estándares de calidad para beneficio del cliente-paciente.

La calidad de las instituciones de salud se define como la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes, utilizando el menor consumo de recursos; basado en el componente intrínseco, acto asistencial o científico, compuesto por los conocimientos y por el uso de

²¹ Williams, Guillermo I. (2010). Calidad de los servicios de salud. Pág. 1 – 9.

²²Gilmore, Carol M y Novaes, Humberto. Gerencia de la Calidad. Pág. 1 – 7.

la tecnología, y el extrínseco o percibido, que es el aspecto humanitario de la asistencia, en el que influyen desde el trato al enfermo y sus familiares, hasta la información y los aspectos relacionados con el ambiente y la atención hospitalaria.

Algunos de los factores importantes que se deben considerar son:

- La naturaleza de los recursos,
- Las mejores posibilidades tecnológicas,
- La especialización de los profesionales y ;
- El progresivo desplazamiento del enfermo hacia el eje del sistema que configuran la creciente importancia de la calidad en este sector de la sociedad del bienestar.²³

Las actividades intrahospitalarias deben ser susceptibles a mediciones que faciliten la manera objetiva de ver los resultados de los procesos de atención del cliente- paciente y su recuperación; por lo cual deben formularse indicadores que midan la calidad en cuanto a la accesibilidad, pertinencia, oportunidad, seguridad y continuidad. Todos estos procesos de atención deben estar coordinados y autoevaluados continuamente por el equipo asistencial que existe en las instituciones prestadoras de servicios y por los entes de vigilancia y control del estado en el marco del cumplimiento del Sistema de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud (SGCS).

El SGCS (Sistema de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud), es un Sistema Único de Habilitación, de carácter obligatorio en los hospitales, clínicas, centros médicos; que establece normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales registra, verifica y controla las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica; los estados de administración patrimonial y financiera; y capacidad técnico - administrativa, indispensables. Con ello se busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de

²³ Santos Peña, Moisés y Pazos Carranza, Juan. (2009). La gestión de la calidad en las instituciones de salud. Pág. 1.

servicios de salud. Otro de los componentes del SGCS (Sistema de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud), que aporta valor agregado y es de gran impacto en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ISO, son los Programas de Auditorías Internas en el Mejoramiento de la Calidad, el cual determina la importancia del seguimiento, garantiza que los estándares de calidad se mantengan y mejoren en forma permanente.

Las acreditaciones en Salud son voluntarias, en cuyo caso las instituciones de salud prestadoras de servicios aceptan que sus procesos sean auditados transversalmente en sus estándares asistenciales, de gobierno, liderazgo, financiero, apoyo administrativo, gerencia de la información y de ambiente físico, por el ente igualmente acreditado para tal fin. Estos son procesos complejos y completos de evaluación que facilitan detectar las fortalezas y oportunidades para el mejoramiento de los procesos y los planes de acción concretos, eliminan la variación de los mismos y así garantizar la calidad del servicio.

Con la finalidad de que se desarrolle dentro de la organización una cultura de mejoramiento continuo responsable, con ajuste de los procesos, midiendo los resultados alcanzados frente a lo esperado, estableciendo y ejecutando planes de acción que permitan corregir debilidades y garantizar el cumplimiento de estándares.

El compromiso organizacional de entregar un servicio de calidad debe convertirse en un modo de vida, con comportamientos que reflejen que se han interiorizado los reales conceptos de calidad que se viven y practican.

Todas las instituciones de salud deben estar habilitadas en prestar servicios, aunque no estén acreditadas. Sin embargo, con la acreditación se obtiene una ventaja competitiva, crea oportunidades de mejora, favorece el enfoque de la organización en la prestación del servicio,

mejora el trabajo en equipo y genera la cultura de medir y avanzar hacia la excelencia.²⁴

Las instituciones de salud pueden clasificarse de acuerdo a:

- Las funciones de asistencia que prestan.
- El personal, con respecto a la proporción entre médico y personal auxiliar.
- El emplazamiento, sea la zona urbana o rural.
- El organismo patrocinador, como los públicos o particulares.

En base a las funciones que desempeñan pueden ser de tres categorías:

- Centros de asistencia primaria, encargados de la asistencia preventiva o curativa.
- Servicios especializados, encargados del tratamiento de una determinada enfermedad.
- Policlínicos, en que se presta asistencia primaria asociada con la prestación de servicios especializados.

Los centros de atención primaria pueden subdividirse en preventivos, curativos y preventivos curativos, es decir, que brinda los dos servicios.²⁵

En el sector de la salud también se necesita el control de la calidad de los patrones o estándares básicos, como garantía de calidad para el desempeño de los programas de mejoramiento permanente de la calidad de la atención médica podrá ser una alternativa para conseguirlo.

Esta Reingeniería podrá estar complementada con un sistema de información que permita en un futuro realizar la recopilación de datos con el

²⁴ Vásquez Quinteros, Ana. (2008) Importancia de la habilitación y la acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Pág. 5.

²⁵ ROEMER, Milton I. (2009). Evaluación de los Centros de Salud Pública Pág. 1-44

propósito de obtener información útil para la toma de decisiones de la gerencia, independientemente del enfoque, el establecimiento de un programa para mejorar el desempeño de los hospitales debe tener los siguientes principios:

1. El apoyo transferible de los dirigentes para las futuras decisiones relacionadas con la calidad de los servicios.
2. Contar con el ejemplo de dichos dirigentes, para también suponer que todos son responsables de la calidad.
3. Relacionar las prioridades institucionales inmediatas con la misión y el plan estratégico del hospital.
4. Proporcionar educación y capacitación a todo el personal hospitalario.
5. Incluir el estudio, por parte de los dirigentes, de la teoría, los principios y los métodos cuantitativos y cualitativos de las medidas de calidad en materia de salud.
6. Ofrecer capacitación a los facilitadores del proceso para mejorar el desempeño del personal.
7. Estimular el trabajo en equipo, la responsabilidad y los recursos necesarios para esta delegación.

1.6. La Reingeniería

La Reingeniería de procesos se considera como una herramienta de gestión, sus mentalizadores fueron Hammer y Champy los cuales la definen como una herramienta útil que genera el éxito empresarial porque conlleva al cambio dentro de una institución, pretende aportar soluciones que permitan combatir: los retos que imponen los clientes, las barreras que supone la competencia y sobre todo los riesgos que implica el cambio profundo y fugaz de la realidad empresarial.

La reingeniería constituye una recreación y reconfiguración de las actividades y procesos de la empresa, lo cual implica volver a crear y

configurar de manera radical él o los sistemas de la compañía a los efectos de lograr incrementos significativos, y en un corto período de tiempo, en materia de rentabilidad, productividad, tiempo de respuesta, y calidad, lo cual implica la obtención de ventajas competitivas.²⁶

En los últimos años ha surgido una nueva tendencia en el desarrollo de las empresas y que sido el resultado de los cambios cada vez más rápidos dentro del entorno de la misma. La reingeniería operativa y administrativa, brinda la pauta para los nuevos cambios en la forma de operar de las mismas.

Hammer y Champy, definen a la reingeniería como "la revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y contemporáneas de rendimiento, tales como costos, calidad, servicio y rapidez".²⁷

Agudelo y Escobar (2007)

"La reingeniería es una buena oportunidad para intentar la organización de equipos. Sus técnicas no requieren que los equipos realicen los procesos de trabajo propuestos bajo esta metodología, aunque los proyectos de cambio si serán realizados por ellos. La organización del equipo contará con varias alternativas posibles cuando el proyecto de reingeniería ingrese a su fase de implementación. La primera utilizara el equipo de cambio como semillero y dirigirá a los empleados hacia ese equipo para el proceso de implementación y luego institución de una estructura jerárquica tradicional. La segunda alternativa utilizará el equipo de implementación como equipo de trabajo, conservando su organización y nombrando un director permanente. Los integrantes actuarán como equipo, pero el

²⁶ Mora F. Schupnik Walter (2008) La Reingeniería. México. Ed. Mejores prácticas.

²⁷Institute of Industrial Engineers, (2009) "Más allá de la Reingeniería", Ed. CECSA, México, p.4

director asignara el trabajo, mantendrá la motivación y tomara las decisiones".²⁸

1.6.1. Importancia de la Reingeniería

Al hablar de reingeniería de procesos en los servicios de Salud, se da a entender como parte del proceso de simplificación administrativa y operativa, en busca de la eficiencia, eficacia y efectividad de la gestión. En tal sentido, la Reingeniería es una herramienta organizacional que se utiliza para analizar los flujos de procesos, a fin de poder optimizar los flujos de trabajo y servicio de la Organización. En la gestión de las instituciones públicas y privadas se busca constantemente la optimización de los procedimientos administrativos para lo cual se utiliza constantemente la reingeniería de procesos, el objetivo es brindar mejores servicios públicos al ciudadano, se busca alcanzar mejoras en medidas de rendimiento, tales como calidad, costos, y rapidez.

Este objetivo se logra en base a una intensificación de la capacitación, la contribución de los directivos, los trabajadores y la organización misma como un todo unificado para hacer frente a un entorno cada vez más competitivo, tanto en la prestación de servicios como el de la Salud. Para lo cual en el proceso de Reingeniería se establecen metas de cumplimiento y de gestión.

Cabe señalar, que uno de los obstáculos que se presentan en los procesos de reingeniería es la resistencia al cambio, la cual muchas veces es producida por la existencia de algunos paradigmas o mitos, los mismos que tiene que ser enfrentados mediante la concientización del logro de objetivos institucionales los cuales deben ser comunicados a los participantes del citado proceso.

La Reingeniería persigue definir criterios de simplificación y optimización que permiten alcanzar las metas del cambio:

²⁸ Agudelo Luis Fernando, Escobar Jorge, (2007) "Gestión por Procesos", Colombia. Ed. Medellín, 4ta Edición.

- Racionalizar las operaciones
- Reducir los costos
- Mejorar la calidad
- Aumentar los ingresos
- Mejorar la orientación hacia los clientes basándose en los siguientes principios:

The Boston Consulting Group estima en doce los principios clave en los que se basa la BPR (Business Process Reengineering):

1. Se necesita el apoyo de la gerencia de primer nivel o nivel estratégico, que debe liderar el programa.
2. La estrategia empresarial debe guiar y conducir los programas de la BPR.
3. El objetivo último es crear valor para el cliente.
4. Hay que concentrarse en los procesos, no en las funciones, identificando aquellos que necesitan cambios.
5. Son necesarios equipos de trabajo, responsables y capacitados, a los que hay que incentivar y recompensar con puestos de responsabilidad en la nueva organización que se obtendrá tras el proceso de Reingeniería.
6. La observación de las necesidades de los clientes y su nivel de satisfacción son un sistema básico de retroalimentación que permite identificar hasta qué punto se están cumpliendo los objetivos.
7. Es necesaria la flexibilidad a la hora de llevar a cabo el plan. Si bien son necesarios planes de actuación, dichos planes no deben ser rígidos, sino que deben ser flexibles a medida que se desarrolla el programa de BPR y se obtienen las primeras evaluaciones de los resultados obtenidos.
8. Cada programa de Reingeniería debe adaptarse a la situación de cada negocio, de forma que no se puede desarrollar el mismo programa para distintos negocios.

9. Se requiere el establecimiento de correctos sistemas de medición del grado de cumplimiento de los objetivos. En muchos casos, el tiempo es un buen indicador. Sin embargo, no es el único posible y en determinadas ocasiones no es el más adecuado.
10. Se debe tener en cuenta el factor humano a la hora de evitar o reducir la resistencia al cambio, lo cual puede provocar un fracaso, o al menos retrasos en el programa.
11. La BPR no debe ser visto como un proceso único, que se deba realizar una única vez dentro de la organización sino que se debe contemplar como un proceso continuo, en el que se plantean nuevos retos.
12. La comunicación se constituye como un aspecto esencial, no sólo a todos los niveles de la organización, sino traspasando sus fronteras (prensa, comunidad, sistema político, etc.).²⁹

1.7. Los procesos.³⁰

Los procesos en un negocio están definidos como un conjunto de actividades que recibe uno o más insumos para crear un producto o servicio. El objetivo de cualquier proceso es satisfacer con éxito a los clientes y sus necesidades. Para lograrlo, es preciso obtener una retroalimentación continua de los rendimientos. Otro objetivo es entregar rendimiento mejor, más rápido y más barato que la competencia.

Según el aporte conceptual de los siguientes autores que lo definen como:

Harrington (2007) indica: "Cualquier actividad o grupo de actividades que emplee un insumo, le agregue valor a éste y suministre un producto a un cliente externo o interno. Los procesos utilizan los recursos de una organización para suministrar resultados definitivos". (p. 21).

²⁹Schuldt J. (2009) y E. Navarro. Los epígrafes "Principios de la Reingeniería" , "Características de la BPR" e "Instrumentos y técnicas". Sevilla. Ed.: Mateos

³⁰ Escobar L. Norberto. (2011). Propuesta de mejoramiento de los procesos. Quito. Ed. Escuela Politécnica Nacional.

Agudelo (2008) también indica que:

“Proceso es un conjunto de actividades secuenciales o paralelas que ejecuta un productor, sobre un insumo, le agrega valor a este y suministra un producto o servicio para un cliente externo o interno“. (p. 21)

En conclusión se lo puede denominar a proceso al conjunto de actividades que recibe uno o más insumos y crea un producto de valor para el cliente. Este concepto implica que dentro de cada proceso confluyen una o varias tareas. Dichas tareas individuales dentro de cada proceso son importantes, pero ninguna de ellas tiene importancia para el cliente si el proceso global no funciona.

Por tanto las compañías deben mentalizarse de que la importancia de las tareas, objeto de estudio en la mayor parte de las empresas, se encuentra condicionada por la visión de conjunto que implica el proceso.

Otra definición equivalente de proceso de negocio es la del profesor Michael Kutschker, “una ordenación específica de actividades, a lo largo del tiempo y el espacio, con un principio y un fin y con unas entradas y salidas”.

La norma internacional ISO-9001 ISO (2000); define un proceso como “una actividad que utiliza recursos, y que se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados” (p.6)

1.7.1. Tipos de procesos

En cuanto a los procesos generalmente pueden ser clasificados en función de varios criterios. Pero quizá la clasificación de los procesos más habitual en la práctica empresarial es distinguir entre: estratégicos, claves o de apoyo.

- Los procesos clave son también denominados operativos y son propios de la actividad de la empresa, por ejemplo, el proceso de aprovisionamiento, el proceso de producción, el proceso de prestación del servicio, el proceso de comercialización, etc.
- Los procesos estratégicos son aquellos procesos mediante los cuales la empresa desarrolla sus estrategias y define los objetivos. Por ejemplo, el proceso de planificación presupuestaria, proceso de diseño de producto y/o servicio, etc.
- Los procesos de apoyo, o de soporte son los que proporcionan los medios (recursos) y el apoyo necesario para que los procesos clave se puedan llevar a cabo, tales como proceso de formación, proceso informático, proceso de logística, etc.
- También, se pueden distinguir entre procesos clave y procesos críticos. En general, los procesos clave atienden a la definición expuesta anteriormente. Están principalmente orientados hacia la satisfacción del cliente y en ellos se emplean una gran cantidad de los recursos disponibles por la empresa. Por otro lado, un proceso es crítico cuando en gran medida la consecución de los objetivos y los niveles de calidad de la empresa dependen de su desarrollo.

Dentro de la gestión de procesos, se pueden identificar los siguientes tipos:

- **Procesos estratégicos:** Son procesos destinados a definir y controlar las metas de la organización, sus políticas y estrategias. Permiten llevar adelante la organización. Están en relación muy directa con la misión/visión de la organización. Involucran personal de primer nivel de la organización.

Afectan a la organización en su totalidad. Ejemplos: Comunicación interna/externa, Planificación, Formulación estratégica, Seguimiento de resultados, Reconocimiento y recompensa, Proceso de calidad total, etc.

- **Procesos operativos:** Son procesos que permiten generar el producto/servicio que se entrega al cliente, por lo que inciden

directamente en la satisfacción del cliente final. Generalmente atraviesan muchas funciones. Son procesos que valoran los clientes y los accionistas.

Ejemplos: Desarrollo del producto, Fidelización de clientes, Producción, Logística integral, Atención al cliente, etc. Los procesos operativos también reciben el nombre de procesos clave.

- **Procesos de soporte:** Apoyan los procesos operativos. Sus clientes son internos. Ejemplos: Control de calidad, Selección de personal, Formación del personal, Compras, Sistemas de información, etc. Los procesos de soporte también reciben el nombre de procesos de apoyo.

Cuando ya se han identificado todos los grandes procesos de la organización, éstos se representan en un mapa de procesos. Se debe considerar que la clasificación de los procesos de una organización en estratégicos, operativos y de soporte, vendrá determinada por la misión de la organización, su visión, su política, etc. Así por ejemplo un proceso en una organización puede ser operativo, mientras que el mismo proceso en otra organización puede ser de soporte.³¹

1.7.2. Características de los procesos

Entre las características relevantes de los procesos básicos se anotan los siguientes:

- Transforma las entradas en salidas mediante recursos que van agregando valor en su desarrollo
- Cumple una función y es dinámico en el tiempo.
- Su finalidad o consecución está determinada por su resultado

³¹Consulting- Gestión de Calidad (2011). Descargado en: <http://www.gestion-calidad.com/gestion-procesos.html>

- Los procesos contienen un componente social que le conlleva a interactuar con otros procesos, el cual es análogo al comportamiento del ser humano.
- Los procesos deben su accionar a satisfacer necesidades de los distintos clientes (internos y externos).

A partir de los requisitos que todo proceso de Reingeniería debe reunir para alcanzar reducciones de costos, mejoras de la calidad y del servicio al cliente, se puede determinar las características comunes en dichos procesos:

1. **Unificación de tareas:** Unificación de varias tareas en un equipo y como consecuencia se logra una reducción de plazos, al eliminarse supervisiones, a la vez que se mejora la calidad, al evitarse errores.
2. **Participación de los trabajadores en la toma de decisiones:** Los propios trabajadores toman las decisiones y asumen las responsabilidades relacionadas con su trabajo. Contribuyendo a que cada empleado sea su propio jefe. Para que esto se pueda llevar a cabo son necesarios el esfuerzo, el apoyo, la disciplina, la confianza, la flexibilidad y la capacidad de adaptación.
3. **Cambio del orden secuencial por el natural en los procesos:** La finalidad perseguida por esta nueva forma de trabajar es la de ahorrar tiempo y lograr la mayor reducción posible en los plazos.
4. **Realización de diferentes versiones de un mismo producto:** Se pretende dar fin a la estandarización y conseguir una mayor adaptación de dicho producto a las necesidades y gustos del cliente.
5. **Reducción de las comprobaciones y controles:** Se trata de establecer un plan de evaluación y control que contemple solamente los controles que tienen sentido económico. Actuando de esta manera se agiliza y flexibiliza la estructura organizativa.

6. **Papel protagonista del responsable del proceso:** En su figura recae la función de ejercer como único punto de contacto, lo cual permite un trato más eficiente.
7. **Operaciones híbridas:** Las operaciones en todo proceso de Reingeniería de Procesos gozan de una naturaleza dual.³²

Cabe recalcar que el alcance que pretende una empresa con la implementación de la reingeniería de procesos está basado en la búsqueda de la calidad total organizacional.

1.8. Sectorización de la Salud.

El sector de la salud es el conjunto de bienes y servicios que están encaminados a preservar y proteger la salud de las personas.

Este sector se encuentra subdividido de la siguiente manera:

Sector primario

Sector secundario

Sector terciario o de servicios

1.8.1. Sector primario

El sector primario corresponde a la medicina natural o a la tradicional que no ha sido industrializada, la cual se encuentran en las plantas medicinales extraídas directamente de la naturaleza.

1.8.2. Sector secundario

En este sector incluye tanto el proceso de transformación de los alimentos o de las materias primas que aunque no es por vía industrial, se transforman en preparados como por ejemplo las infusiones u otros tipos de bebidas de hojas secas como el té, algunas cremas o ungüentos, entre otros.

³²Villarreal M. Patricio, (2009). "Manual de Procesos y Procedimientos (Guía Básica). España.

En la Industria farmacéutica, se preparan medicamentos para el tratamiento o prevención de enfermedades. Esta industria también abarca la producción de pastillas, cápsulas, soluciones para inyección, óvulos y supositorios; todos bienes económicos que reportan niveles de lucro económico altos. En esta industria, también intervienen las plantas medicinales para la preparación de otras formas galénicas como: comprimidos, cremas, ungüentos, elixires y jarabes.

1.8.3. Sector terciario o de servicios

A través de las empresas de servicios de salud, así como los hospitales y clínicas, y a través de su personal administrativo y de salud, el sector salud produce servicios para satisfacer las necesidades de prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de las personas. Estos, se constituyen en clientes de las empresas de salud a los cuales se les denomina pacientes además de tener, en su calidad de personas, derechos humanos entre los cuales incluyen la salud, también tienen, en su calidad de clientes, derechos de consumidor que exigen calidad tanto en la atención médica como en la administrativa. En este sector, profesionales de salud como los médicos, y farmacéuticos son los que prestan los servicios específicos de la prescripción de fármacos.

Este sector de servicios se subdivide también en:

Sector Público

Sector Privado

La primera se denomina de esta manera porque los bienes y servicios públicos de salud los da el Estado; y la segunda, se refiere a que los bienes y servicios son por iniciativa privada.

- **Salud pública:** Los servicios sanitarios dependen del gobierno. La sanidad pública es la encargada de desarrollar las Políticas de la Salud.
- **Sanidad privada:** Los servicios sanitarios dependen de empresas privadas o personas particulares.

Sonis A. (2007)³³

“La investigación en servicios de Salud puede ser definida entonces como “la producción de conocimientos sobre la estructura, los procesos y los resultados de los servicios personales de atención”, o bien como “la aplicación del método científico en la organización, manejo y evaluación de los servicios de atención de la Salud.” (p.8)

1.9. Los sistemas de salud y sus orígenes

A lo largo de su trayectoria, los servicios médico hospitalarios han sido sometidos a las influencias sociales y depende de ellos, atendiendo las costumbres, creencias y cultura de la época y ha ido evolucionando a la par de los conocimientos del ser humano. Al respecto:

Toro (2009) ³⁴ plantea que desde el punto de vista organizativo se puede decir, que han pasado por varias etapas:

“En la primera etapa, se encuentra la magia en la práctica. En la época de los egipcios y los babilonios, los tratamientos correspondían básicamente a la aplicación de la magia, el milagro aplicado a la salud y donde se buscaba la limpieza y purificación del ser humano, la enfermedad era vista como un pecado, como un castigo de los dioses. La persona enferma era rechazada socialmente. A los templos llegaban enfermos en busca de salud, donde los sacerdotes atendían también las dolencias del cuerpo”. (p.5)

Como segunda etapa, aparece la medicina cuyo objetivo era la asistencia, ya no era practicada por los sacerdotes, sino por los laicos, inspirada en Hipócrates: 460 –380 a.C. – con orientación más racional,

³³Investigación en atención de la Salud: referencia al ámbito hospitalario. Buenos Aires. Ed. El ateneo.

³⁴Toro, Julio (2009). Hospital & Empresa. Segunda reimpresión. Colombia. Ed. Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl.

científica y soportada en la creencia de que todas las enfermedades tenían un origen natural; lo cual es reflejo de que una primera separación de la tradición occidental es de origen religioso: separación entre Dios (lo sagrado) y lo humano (el hombre) y la naturaleza.

Como tercera etapa, bajo la influencia del cristianismo y el impulso a ofrecer atención espiritual aparecen los Hospitales como una respuesta a las obligaciones que tiene el estado de brindar atención a los ciudadanos. Desde el siglo 1800, los hospitales han sido acogidos por el estado, tomando importancia, identidad y responsabilidad frente a los ciudadanos en forma paralela al desarrollo de la tecnología y a los avances de la ciencia.

Finalmente se observa la participación de grupos económicos en la prestación del servicio de salud, el cual cada día toma más auge en el Ecuador por las dificultades que se presentan al estado para cubrir esta necesidad, lo que coincide con el planteamiento de Escobar (2000), al indicar que: "la ecología y el post-desarrollo facilitarían la incorporación de las prácticas económicas, basadas en el lugar, al proceso de delimitación de los órdenes alternativos". (p.158) ³⁵

1.10. Los servicios de Salud en el Ecuador

1.10.1. Aspectos políticos

El Ecuador es un estado unitario, soberano, democrático, pluricultural y multiétnico, con marcadas diferencias geográficas, sociales y económicas en sus cuatro regiones geográficas: la Costa, la Sierra, la Amazonía u Oriente y la insular de Galápagos. Su gobierno, es republicano, presidencial, electivo, representativo, responsable, alternativo, participativo y de administración descentralizada.³⁶

³⁵Escobar, Arturo (2010). El lugar de la naturaleza y la naturaleza del lugar: ¿Globalización o Post-desarrollo? Venezuela. Ediciones FACES/UCV. P. 155-199.

³⁶ Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. (2008). Quito.

El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada. Existen marcadas diferencias geográficas, sociales y económicas en sus cuatro regiones geográficas: La Costa, la Sierra, la Amazonía u Oriente y la región insular constituida por las Islas Galápagos. Para la administración del Estado y la representación política, existen 24 provincias, 221 cantones y 1205 parroquias (408 urbanas y 797 rurales) y las circunscripciones territoriales indígenas y afro ecuatorianas.

La Presidencia de la República, es el organismo responsable de establecer los objetivos nacionales permanentes en materia económica y social, fijando metas de desarrollo a corto, mediano y largo plazo que deberán alcanzarse en forma descentralizada. La Secretaría del Frente Social, conformada por los Ministerios de Salud, Educación, Trabajo, Bienestar Social, Vivienda y Medio Ambiente, es el organismo encargado de la política social.

Los principales problemas políticos y sociales que afectan directamente la situación de salud, incluyen los altos niveles de pobreza y el aumento significativo de la indigencia; el hecho de que entre un 25-30% de la población ecuatoriana no tiene acceso a los servicios institucionales de salud y tres cuartas partes no tiene protección de seguridad social. Incide en ello la falta de un Sistema Nacional de Salud organizado conforme lo establece la Constitución Política del Estado.

Ecuador, país Sudamericano el cual es uno de la región con mayores desigualdades en materia de salud y con menor impacto de los recursos invertidos en salud, sólo superado por Nicaragua, Honduras, Bolivia y Haití.

El Sistema de Salud del Ecuador se caracteriza por su segmentación. Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y

con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres.

La estructura del sector salud en Ecuador, está claramente segmentada. Existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, Seguro Social IESS, ICS, ONG, etc., que actúan independientemente. La cobertura de la seguridad social es relativamente baja (IESS 10% y Seguro Campesino 10%) y la red asistencial pública muy limitada quedando aproximadamente sin cobertura un 30% de la población. Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento son: la Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y los servicios de la Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

1.10.2. Aspecto Demográfico

Según cifras registradas en la Muy Ilustre Municipalidad de Guayaquil y de acuerdo al VII Censo de Población y VI de Vivienda, realizado el 28 de noviembre del 2010, la población de la ciudad de Guayaquil es de 2'350.915 habitantes. Siendo la población urbana de 2'278.691 habitantes y la población rural de 72.224 habitantes. ³⁷

Guayaquil, es la ciudad con mayor densidad de población en Ecuador ³⁸ teniendo en cuenta una tasa anual promedio de crecimiento poblacional de 2,70%. El área metropolitana de Guayaquil está compuesta de 344,5 km² de superficie.

Estructura de edades

0-14 años: 31.1%

15-64 años: 62.7%

65 años y más: 6.2%

³⁷ M.I. Municipalidad de Guayaquil, 2011

³⁸Instituto Nacional de Estadísticas y Censo INEC. (2011). Descargado en: <http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/main.html>

1.10.3. Aspecto Socio-Económico

El sector salud ecuatoriano está constituido por una multiplicidad de instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro. Las principales instituciones del sector, el MSP y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), tienen en conjunto el mayor volumen de la infraestructura de atención. La gestión del MSP se basa en la propuesta de la organización de áreas de salud que constituyen pequeñas redes de servicios con delimitación geográfico-poblacional de atención, con un esquema de desconcentración técnica y de algunas acciones administrativas, y de programación y ejecución del presupuesto.

El IESS tiene un esquema de desconcentración administrativa en 9 regiones, con una red de servicios propios y contratados que operan de acuerdo a directivas de planificación y financiamiento central.

En estas últimas décadas ha persistido un modelo de atención en los servicios de salud centrado en lo curativo, hospitalario e individualista. En las orientaciones estratégicas para la gestión descentralizada de los servicios se ha propuesto desarrollar modelos de atención basados en la realidad local con base a la atención primaria de salud, dando énfasis a la promoción de la salud, y la participación de los individuos, familias y comunidades.

En suma, persisten problemas fundamentales en la organización, gestión y financiamiento del sector salud para garantizar un acceso equitativo a servicios de salud. Un 25-30% de la población ecuatoriana carece de acceso regular a servicios de salud; dos terceras partes no tiene un plan de aseguramiento, hay insuficiente presupuesto para las acciones de salud, subsiste la incoordinación de las instituciones y la centralización de las decisiones sobre asignación de recursos, desafíos que están siendo abordados desde una perspectiva sectorial.³⁹

³⁹Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2009). Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Ecuador. P. 2

1.10.4. Aspecto Epidemiológico

En el Ecuador, más que una transición epidemiológica se evidencia una acumulación epidemiológica, en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas y los problemas de salud colectiva. Entre las primeras predominan las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, la malaria, la tuberculosis pulmonar, las enfermedades inmuno-prevenibles, la desnutrición global, la desnutrición crónica y la anemia.

Entre las segundas están las enfermedades cerebro vasculares, las cardiopatías isquémicas, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los tumores malignos, el SIDA y los problemas de salud mental. Los problemas de salud colectiva más frecuentes son los accidentes de transporte y las agresiones. Este perfil epidemiológico está relacionado con una serie de determinantes tales como los niveles de pobreza y de inequidad en el país; los mismos que se anotan como fines pertinentes en el estudio del contexto de la Salud en el Ecuador.⁴⁰

1.10.5. Aspecto Cultural

En cuanto al aspecto cultural, existe una marcada diferencia de las necesidades poblacionales en el sector rural y urbano, la falta de educación y preparación en la población sobre las medidas que debe tomar para preservar una salud adecuada son claramente observables, ya que la forma del estilo de vida de los ecuatorianos se caracteriza por la mala calidad alimentaria, sea por déficit ó exceso, los malos hábitos alimenticios y falta de dietas balanceadas, el cigarrillo, alcohol y en algunos casos las drogas, contribuyen al deterioro de la salud poblacional.

El servicio de Salud en general se encuentra centralizado, en donde los más pobres no cuentan aun con servicios óptimo de calidad en atención primaria a la Salud de la comunidad. Los Centros de Salud que prestan

⁴⁰OPS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos (2009) .Washington, DC: OPS

sus servicios a la comunidad se encuentran dentro de la ciudad Hospitales Públicos, Clínicas Privadas, Hospitales regentados por la Junta de Beneficencia de Guayaquil, Hospitales Militares y Navales, Hospitales y Centros de atención Municipales, y Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública del Gobierno.

Es una realidad que la mayor parte de la población no está totalmente satisfecha con el sistema de salud ya que no llega a toda la población, se hacen esfuerzos de parte del Ministerio de Salud Pública en captar a la mayor cantidad de pacientes pero resulta insuficiente. Como según lo manifiestan los datos obtenidos mediante el proceso de investigación y la realidad de la deficiencia en los servicios de la Salud, que se evidencia día a día en los Centros de Salud Pública.

1.10.6. Aspecto Legal

El actual gobierno propone nuevos modelos de organización, los que esperan eliminar la fragmentación, promover la articulación funcional institucional y sectorial. El Plan Nacional de Desarrollo incorpora, dentro de una propuesta de inclusión social, objetivos y líneas estratégicas, con las políticas necesarias para alcanzarlos. Cabe destacar que, en base a la estructura actual del Sistema de Salud en el Ecuador, estos objetivos difícilmente serán alcanzados.

En la gestión se plantea viabilizar y hacer factible la desconcentración y descentralización; en el financiamiento mejorar el uso y la disponibilidad de los recursos económicos y, en la atención promover un modelo integral e integrado de salud con servicios que generen prestaciones de calidad, cálidas y oportunas, a través de una red plural de servicios de salud.

La Constitución del 2008, recientemente aprobada en el país, establece el marco jurídico-legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se encuentra salud, para asegurar los objetivos

del régimen de desarrollo. Los textos constitucionales de salud establecen que la misma es un derecho, señalan las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de los principios de universalidad y equidad, con una red pública integral y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional.

En este sentido, los artículos de la nueva Constitución favorecen la reforma del sector, que en el país ha tomado el nombre de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador (TSSE).

Con este marco jurídico, que viabiliza según la estructura Legal del sector de la salud ecuatoriano, en cuanto a la realización de reformas de mejoramiento y optimización en el servicio de la salud a la población, el cual se encuentra vigente y operativo a nivel público, esta también delimita al sector privado a instarlos a realizar las gestiones que se dieran lugar para ser competitivos en el área y brindar servicios de salud eficientes.

A nivel sectorial se trabaja en la actualidad arduamente para que los objetivos del mejoramiento en el sector de la salud sea alcanzado en todos los niveles, por lo tanto, es viable la investigación de campo en donde se pueden identificar los factores que afectan y repercuten en el alcance de dichos objetivos, de tal manera que se pueda implementar una propuesta de reingeniería para incrementar servicios eficientes.

CAPÍTULO 2: CLÍNICA MEDINA

2.1. Contexto Histórico y localización

Clínica Medina fue fundada en Agosto del año 1984, por el Dr. Atahualpa Medina Rojas, el cual inició sus actividades en la ciudad de Guayaquil, en un sector urbano marginal, populoso, ubicada al sur de la ciudad, en las calles Cristóbal Colon y Nicolás Segovia, brindando servicios médicos de calidad y a bajos costos, con buena infraestructura, equipamiento y trato personalizado, con un equipo de trabajo humanizado, capacitado y disciplinado, logrando en poco tiempo posicionarse en la comunidad guayaquileña.

Posteriormente en el año 1992 expande sus servicios de atención médica hacia otros sectores y funda la Clínica de la Mujer "Oriéntame", en las calles Carchi y Luque de esta ciudad; laborando por el lapso de dos años, luego de este periodo, en el año de 1994 procede a la inauguración de la nueva Clínica Medina, ubicada al norte de la ciudad de Guayaquil, en un sector de acelerado crecimiento económico, como lo es la ciudadela Kennedy Norte. Dispone de infraestructura adecuada, tanto en el área hospitalaria como en la administrativa, con equipos médicos de alta tecnología y personal competente, dinámico y capacitado para brindarle atención con eficiencia y calidad. ⁴¹

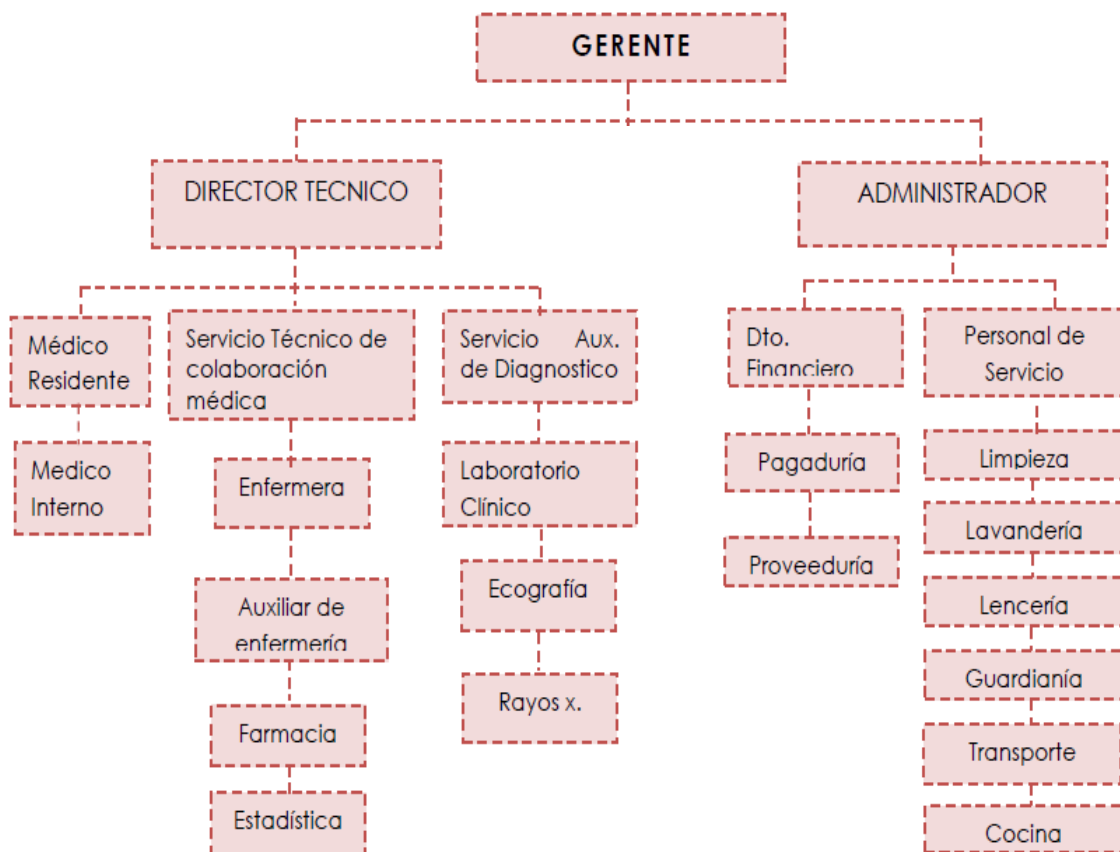
Las Instalaciones de la Clínica "Medina", están ubicadas en el Sector Norte de la ciudad de Guayaquil, en la Ciudadela Kennedy Norte, Calle Justino Cornejo Mz. 91 Solar 14 Sector 33.

Clínica Medina ha incluido equipamiento de punta, y pretende convertirse en uno de los centros de salud más importantes en Ecuador, destacando en varias áreas tales como: Medicina Reproductiva, Traumatología, Cirugía Laparoscópica, Servicio de Hemodinamia y Cirugía General, etc.

⁴¹ Archivos de Clínica Medina, Gerencia General

Clínica Medina Norte cuenta con veinte camas, Clínica Medina Sur cuenta con diez camas, ambas clínicas brindan sus servicios tanto al personal médico que requiere de sus instalaciones, como a los pacientes que buscan sus servicios.

2.2. Organigrama Estructural Organizacional



Fuente: Archivos Manual de Procesos de Clínica Medina – 2011

El organigrama de Clínica Medina indica las diferentes jerarquías para un mejor desempeño en las funciones de cada empleado. Consistiendo en un líder que es el Gerente de la empresa, y se subdivide en tres grupos: primero en el director técnico que abarca el personal médico, personal de enfermería, farmacia y estadística, segundo en el coordinador de seguros y tercero en el administrador que abarca el departamento financiero y el personal de servicio.

Funciones del Departamento Técnico

- Estudiar, adoptar y aplicar las normas emanadas de la dirección.
- Evaluación de las actividades realizadas en el mes.
- Elaborar los programas de actividades para el mes siguiente.
- Poner en marcha los programas aprobados y evaluados semestralmente.
- Establecer las tarifas, para presentarlas a aprobación.
- Las demás que le sean asignadas con la naturaleza de la estructura funcional.

Funciones del Jefe de Médicos Residentes:

- Elaboración del cuadro horario.
- Control de asistencia, y permanencia en sus lugares de trabajo.
- Organizar programas de capacitación para: Médicos Residentes, Internos de Medicina y de Personal de Enfermería.
- Reuniones periódicas con sus compañeros para evaluar cumplimiento de metas.
- Todas las obligaciones del médico residente si se encuentra desempeñando guardias dentro de la institución.

Funciones del Administrador:

- Ser secretario del Comité de Adquisiciones y Suministros.
- Realizar el Plan de Adquisiciones y Suministros.
- Dirigir las actividades de control interno institucional.
- Brindar apoyo logístico para el desarrollo de los planes Programas y proyectos aprobados en la clínica.
- Proponer el plan de cargos y asignaciones de la clínica.
- Elaborar el presupuesto anual para el funcionamiento de la clínica, y presentarlo a aprobación por el Director.
- Llevar el acuerdo mensual de gastos y la ejecución presupuestaria.

- Las demás que le sean asignadas, acorde con la naturaleza de su cargo
- Reportar sus actividades al Director.
- Llevar el control del inventario de bienes de la institución.
- Mantendrá comunicación fluida con el equipo de trabajo
- Observará las necesidades existentes en las diferentes áreas y coordinará la adquisición de dichos requerimientos con el Director.
- Supervisará todas las áreas de la clínica y verificará su mantenimiento.
- Realizará periódicamente reuniones con el personal y observará las fortalezas y debilidades del equipo de trabajo, e informará por escrito al Director las conclusiones de las mismas.
- Elaborará carpeta semanal de informe sobre formulario de sugerencias y presentará a la dirección junto con las observaciones más relevantes.
- Llenará la hoja de registro de los niños que nacen en esta clínica.
- Realizará periódicamente supervisión y evaluación al personal para controlar la calidad del servicio y dar las recomendaciones necesarias como el apoyo logístico indispensable.
- Información estadística mensual de pacientes atendidos en la clínica: Número de Cirugías, de Partos, de Ingresos por hospitalización, de consultas, de exámenes, etc.
- Programará cursos de relaciones humanas para el personal de la clínica.
- Control de asistencia de personal
- Revisión de ingresos y egresos diarios.

2.3. Misión

Desarrollar técnica y gerencialmente los servicios de salud en la ciudad de Guayaquil, para brindar atención de calidad, eficiencia y equidad, buscando la excelencia en el servicio, que satisfaga las necesidades

tanto del paciente como de los profesionales que laboran en la Clínica Medina.

Supervisar y apoyar regularmente al personal en sus respectivos lugares de trabajo, a fin de que tengan un óptimo desempeño, y presten servicios eficientes y de calidad.

2.4. Visión

Procurar en el menor tiempo posible, contar con una Clínica desarrollada moderna, y con liderazgo; que tenga una adecuada infraestructura física, equipamiento y medios de gestión.

Además, que posea una buena capacidad resolutive y general, recursos humano capacitado y motivado, que permitan alcanzar impactos positivos en la situación de salud, para brindar servicios de calidad a la comunidad.

Contribuir al mantenimiento y recuperación de la salud y bienestar de sus clientes, ofreciendo servicios y productos de excelencia, para lograr en el menor tiempo posible, ser reconocidos como una empresa de salud, que brinda sus servicios de alta calidad y a bajos costos.

2.5. Valores

Honradez e Integridad: La solvencia moral y profesional de la institución se verá reflejada en la satisfacción de sus clientes.

Responsabilidad: La atención en las unidades es realizada a través de protocolos de procedimientos estandarizados para certificar la calidad de atención.

Ética: Desarrollan un conjunto de principios y normas morales que regulan las actividades humanas.

Innovación y mejora continua: introducen novedades con el fin de mejorar el servicio. MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS - "CLINICA MEDINA".

Trabajo en equipo: Colaboran todas las personas integrantes de la Clínica, para lograr un fin. Trabajan en forma coordinada y con organización.

Afán de Servicio: La mejor atención con entrega hacia los clientes.

2.6. Objetivos Institucionales

2.6.1. Objetivo General

Promover y promocionar servicios de salud integral con calidad y calidez, con costos asequibles, satisfaciendo las necesidades de los clientes, ayudándolos a que lleven una vida saludable y placentera.

2.6.2. Objetivos Específicos

- Trabajar en permanente comunicación con organizaciones que puedan apoyar, para llevar a cabo las actividades planeadas.
- Identificar y seleccionar médicos, obstetrices, enfermeras, auxiliares de enfermería, administrativos, etc. que tengan voluntad y capacidad, buscando ser líderes en servicios de salud, en cuanto a calidad, productividad y responsabilidad moral ante la sociedad, siendo este un motivo de orgullo y satisfacción, para quienes laboran en la Clínica.
- Asesorar a los profesionales seleccionados en el sistema de atención medica de calidad.
- Brindar los servicios de Orientación / consejería, al usuario(a) que será sometido(a) a un procedimiento quirúrgico.

- Diseñar y distribuir folletería o trípticos informativos, sobre los diversos servicios que brinda la CLÍNICA MEDINA.
- Supervisar el adecuado funcionamiento y equipamiento de las clínicas.
- Establecer contactos con personas, Sociedades científicas, instituciones públicas o privadas, ONGs, que trabajen en el campo de la salud, que permitan fortalecer la imagen de la Institución.
- Contar con el servicio de seguridad privada, zona de parqueo y fácil accesibilidad del paciente al llegar a la clínica en busca de servicio.

2.6.3. Objetivos Estratégicos

- Proveer servicios de salud basándonos en estándares de calidad.
- Optimizar el uso de recursos económicos, material y humano en forma adecuada para obtener la mayor rentabilidad.
- Crear una cultura de aprendizaje para elevar el nivel del desarrollo científico.⁴²

2.7. Alcance de los servicios

Cuenta con las siguientes áreas de servicios:

- Gineco - Obstetricia.
- Cirugía General.
- Cirugía Plástica.
- Cirugía Maxilo - Facial
- Cirugía Torácica.

⁴²Medina A. (2011) Manual de Normas y Procedimientos de Clínica Medina. Ecuador. Ed. Clínica Medina.

- Pediatría-Neonatología.
- Medicina Interna.
- Cardiología.
- Cuidados Intensivos.
- Terapia Respiratoria.
- Angiología - Cirugía Vascular.
- Traumatología.
- Neurocirugía.
- Neurología.
- Urología.
- Gastroenterología.
- Otorrinolaringología.
- Anestesiología.
- Laboratorio Clínico.
- Ecografía.
- Farmacia.
- Rayos X
- Electrocardiograma

2.8. Filosofía Organizacional

• Planificación

Cuenta con un Plan de Trabajo, plan operativo, y el Plan Estratégico, que facilitan el alcance de las metas propuestas, con objetivos bien definidos.

• Organización

La institución cuenta con un equipo de trabajo. Organigrama, Reglamento interno. Manual de normas y procedimientos.

• RR. HH.

Al contar con Recurso humano capacitado, con deseo de superación, y sobretodo motivado.

Es primordial la selección de personas que saben, que quieren y que pueden hacer un trabajo con calidad, los que han sido distribuidos adecuadamente.

• **Dirección**

Estar muy pendientes de la motivación a los empleados, orientar las actividades que realizarán, eligiendo el canal más eficaz de comunicación y resolviendo los conflictos que se presenten en el trabajo. Entender que el dinero es fundamental para lograr el estímulo del personal; por lo que se está por implementar un método de producción, en el que se establezcan remuneraciones específicas, dependiendo del número de pacientes atendidos por el personal, observando los estándares de calidad, de forma tal que a mayor producción se generarán mayores ingresos.

• **Control**

Estar pendientes de vigilar el desempeño, y compararlo con las metas, y corregir todas las desviaciones sustantivas.

• **Planeación**

La planeación parte de una oportunidad, que los llevar a fijar una meta, un objetivo, para lo cual se desarrollarán varias opciones alternativas, que permitan alcanzar dichos objetivos.

Análisis FODA

Fortalezas

- Cuenta con la experiencia necesaria, (+ de 30 años) en brindar servicios de salud con calidad, equidad y eficiencia.
- Los RR.HH, son altamente capacitados, para brindar servicios médicos especializados de calidad y a bajos costos.
- Cuenta con 2 clínicas (Clínica Medina Norte, y Clínica Medina Sur), ubicadas en sectores estratégicos de la ciudad de Guayaquil, con infraestructura propia, y equipadas con tecnología de punta.

Oportunidades

- En la ciudad de Guayaquil tiene un mercado dinámico el que crece aceleradamente, y no ha sido plenamente explotado,
- Competir en el mercado, brindando servicios de salud integral, y especializados, con eficacia y eficiencia.
- Considera que los servicios de salud que brinda el sector público, adolecen de muchas falencias, y los del sector privado son muy costosos, La Clínica Medina, está empeñada en ofrecer sus servicios de alta calidad y a bajos costos.

Debilidad

- Conformidad con el éxito alcanzado hasta el momento y no se ha reaccionado ante los cambios del mercado, en lugar de ser Pro-activos a pesar de tener recursos económicos limitados en comparación a la competencia.

Amenazas

- Competencia de otros servicios con facilidades de pago, como tarjetas de descuento, cuota fácil, prepago, etc.
- Ausencia de directorios.
- Administradores generales empíricos e improvisados.
- Un staff clínico independiente y no involucrado con las direcciones empresariales.

CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Planteamiento del Problema

En la actualidad, según las nuevas normativa legales, las cuales fueron expuestas con anterioridad, durante los últimos años a nivel nacional el sector de la salud se encuentra sumergido en continuos cambios y reestructuraciones organizacionales, debido a las grandes presiones políticas y el cambio en la sociedad en donde se encuentra en acelerado incremento las tasas de morbilidad y mortalidad en la población por varias causas y patologías que se vienen desencadenando de manera alarmante.

A través de estos numerosos problemas de Salud y de la gran deficiencia en el servicio entregado a nivel público y privado, llegando entonces a los límites de que la calidad solo se encuentra en instituciones de Salud de los más altos niveles y seccionando su accesibilidad a los menos privilegiados, cuando en realidad este servicio debe ser de calidad y eficiencia, independientemente del nivel del centro hospitalario y condición económica y social del paciente.

Es allí donde surge el presente problema de investigación, por lo tanto se ha diseñado una metodología adecuada e incorporar la reingeniería como una alternativa al mejoramiento de la calidad del servicio en la institución mencionada a lo largo del estudio.

3.2. Métodos de Investigación

Para la ejecución de la presente Tesis se deben considerar algunos aspectos metodológicos que su utilidad es imprescindible para realizar y llevar a cabo el trabajo de investigación.

Se caracteriza por ser un estudio descriptivo, exploratorio, comparativo y retrospectivo.

La presente investigación se presenta en forma descriptiva y con mediciones de carácter cuantitativo y cualitativo que permiten medir la importancia y las principales características que se presentan en la calidad de los servicios de Salud que brinda la "Clínica Medina".

Es exploratorio, comparativo y retrospectivo, porque necesita la búsqueda de documentos que garanticen la estructura organizacional y funcional de la Clínica, comparación de procesos actuales los cuales se estudian retrospectivamente, es decir, que data de años posteriores al año actual, para determinar la evolución del crecimiento y mejoramiento institucional.

Además la investigación es de tipo bibliográfica y de campo, porque se necesita la recopilación de citas textuales de autores quienes mediante aportaciones científicas que fundamentan los contenidos de la investigación, y la de campo es porque se realiza en el lugar de aplicación de la Institución de Salud en mención, mediante la observación directa que permitirán la evaluación sobre los procesos actuales y el planteamiento de cómo pueden mejorarse para brindar un mejor servicio dentro de ésta.⁴³

La metodología cualitativa y cuantitativa es necesaria para analizar el problema planteado en la investigación, para evaluar y cuantificar las afectaciones de los procesos que se llevan a cabo actualmente dentro de la Clínica, con la finalidad de obtener resultados que cumplan con los objetivos de medición de los índices de prevalencia de la calidad en la atención y prestación de los servicios de Salud a nivel Institucional.

Esta investigación aportó información importante para visualizar el escenario y a las personas desde una perspectiva integral-holística, para evitar reducir y minimizar los riesgos y fallas en la atención médica

⁴³Medina Carrera Matilde Carolina, (2009).Tipos de Investigación. Ed. Mac Hill. México.

prestada dentro del conjunto de variables que se presenten en el estudio.⁴⁴

Los contenidos expuestos son el aporte de la investigación científica, para lo cual ha sido necesario el desarrollo de un marco de referencia y teórico de la calidad de los servicios de la salud y de la reingeniería de procesos, puesto que la reingeniería conlleva a la adecuación de los procesos que se llevan a cabo en la actualidad como una estrategia empresarial para el mejoramiento del servicio y crecimiento institucional.

La investigación consistió en el empleo epistemológico de los siguientes métodos teóricos de la investigación científica:

El método deductivo

Porque permite partir de la percepción general de los pacientes atendidos en la Clínica (pacientes), para deducir las posibilidades de cambio que deben realizarse a partir de éstas.

Método procedimental

Indispensable para la inserción sistematizada de los procesos que se van a incorporar dentro de la Clínica.

En cuanto a los aspectos técnicos:

Es necesario el uso del **método administrativo**, que mediante el uso de la planeación estratégica, análisis FODA, establecimiento de misión, visión y valores dentro de la clínica, se puede iniciar el mejoramiento que otorga la reingeniería en procesos para la institución propuesta en el presente estudio.

Para la ejecución del proyecto, las metodologías empleadas se resumen en las siguientes etapas dentro de la investigación, debido que para la

⁴⁴Hernández, Fernández y Baptista (2003). "Metodología de la Investigación". Ed. Mc Graw Hill. México.

implementación de los métodos en la aplicación de la reingeniería de procesos administrativos y operativos institucionales, es necesario el cumplimiento de los siguientes pasos, según como lo acota Lefcovich (2006)⁴⁵:

En primer lugar se necesita el descubrimiento de los errores comunes o de aquellos procesos que deben mejorarse.

- Identificar objetivos y resultados esperados. (no se incluyen las tareas).
- Análisis de los procesos que se llevan a cabo actualmente.
- Redescubrimiento y redefinición de reglas.
- Consideración de posibles alternativas en la realización del trabajo.
- Observación del proceso a través de los ojos y apreciación de los clientes y pacientes.
- Discusión de ideas y sugerencias.

Como segundo paso es contemplar alternativas:

- Integración de las mismas y objetivos de la unidad en un marco más amplio.
- Rediseñar el proceso dentro del contexto de una nueva misión y de las Tecnologías con que cuenta la Clínica Medina.
- Búsqueda de posibles defectos mediante la ejecución de diferentes pruebas.
- Revisión del nuevo proceso resultante de la reingeniería por parte de los responsables e involucrados en cada área.

⁴⁵Lefcovich (2006), descargado en >www.degerencia.com/articulo/reingenieria_de_procesos

3.2. Tipos de investigación

Los principales tipos de investigación empleados fueron:

- **Investigación Bibliográfica:**

La cual es base esencial para la recolección bibliográfica que aportan el fundamento teórico y científico del presente trabajo.

- **Investigación de Campo:**

Es de vital importancia dentro de la realización de la tesis, porque se lleva a cabo en el lugar de los hechos como es directamente la reingeniería de Procesos en la Clínica "Medina".

- **Investigación Aplicada:**

Porque su principal objetivo se basa en resolver problemas prácticos, con un margen de generalización departamental administrativa y operativa de forma limitada.

- **Investigación de Acción:**

Se centra en generar cambios en una realidad estudiada y no coloca énfasis en lo teórico. Trata de unir la investigación con la práctica a través de la aplicación, y se orienta en la toma de decisiones y es de carácter ideográfico.

- **Investigación Descriptiva:**

Debido a que no existe manipulación de variables, estas se observan y se describen tal como se presentan en su ambiente natural. Su metodología es fundamentalmente descriptiva, aunque puede valerse de algunos elementos cuantitativos y cualitativos.

- **Investigación Analítica:**

Estudia los hechos, se analizan y se concretan en la reingeniería de procesos que aportarán al mejoramiento de la Calidad Institucional de la Clínica "Medina".

3.3. Variables de la investigación

Las variables en una investigación se pueden determinar fácilmente en 2 grandes grupos, que son: Variables Independientes y Variables Dependientes y Variables Cualitativas y Variables Cuantitativas.

Para nuestro estudio hemos utilizado el segundo grupo que lo veremos a continuación

3.3.1. Variables cualitativas.

Las variables cualitativas tomadas en consideración en el presente estudio fueron:

- Requisitos de gestión administrativa
- Requisitos técnicos y operativos
- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Estado civil
- Nivel de educación

3.3.2. Variable cuantitativa.

La variable cuantitativa considerada dentro del segmento de estudio después de haberse realizado el estudio de mercado y encuestas, fue la percepción del paciente por el servicio y la calidad en la atención dentro de la Clínica Medina.

3.4. Hipótesis

Con la implementación de la Reingeniería de procesos administrativos y operativos en la clínica Medina, se mejorarían la calidad de atención y de servicios brindados por esta Institución de Salud.

3.5. Población y muestra

Una población se precisa como un conjunto finito o infinito de personas u objetos que presentan características comunes y una muestra es una representación significativa de las características de una población, en base a estos conceptos damos paso a nuestro análisis.

3.5.1. La población

Constituye el universo del objeto de la investigación, en este caso del personal médico y administrativo de la Clínica "Medina", como de los pacientes que se atienden y requieren los servicios de la misma.

Población Guayaquil

2' 291 158 HAB

Población de pacientes por año en Clínica Medina

2 500

Camas

25

100%

	N°	%
CIRUGIA	17	68%
UCI	2	8%
MATERNIDAD	6	24%

Población del recurso humano en Clínica Medina

Médicos de planta	6
Médicos por contrato	52
Personal Técnico	9
Personal auxiliar	12
Personal administrativo	8
Total Población de Recurso Humano	87

3.5.2. La muestra

Es el grupo enfocado, el cual se extrae de la población, y de los cuales se extrae la información pertinente que ayudan a confirmar las hipótesis que se generan en el proceso de investigación.

La muestra tendrá dos modalidades de selección para la utilización adecuada de los instrumentos de la investigación.

Las muestras seleccionadas corresponden a los siguientes grupos muestrales:

- Población anual de pacientes que se atienden en la Clínica Medina.
- Población de personal médico, técnico y administrativo que laboran dentro de la institución de Salud y que forman parte del grupo humano de la Clínica.

Cálculo de la muestra

Para alcanzar el número determinado de las unidades muestrales, se las determina mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Npq}{\frac{(N-1)E^2}{z^2} + pq}$$

Dónde:

- n** = Tamaño de la muestra
N = Tamaño de la población
p = Posibilidad de que ocurra un evento, $p=0,5$
q = Posibilidad de no ocurrencia de un evento, $q=0,5$
E = Margen de error, $E=0,05$
Z = Nivel de confianza, que para el 95%, $Z=1,96$

Con la aplicación y cálculo de la misma, resulta la siguiente muestra:

$$n = \frac{2500 (0,25)}{(2500 - 1) (0,0025)} + 0,25$$

$$\frac{\quad}{3,84}$$

$$n = \frac{625}{1,88}$$

$$n = 332,45 \qquad \mathbf{n= 332}$$

Para determinar el número muestral del recurso humano de la Clínica, no se consideró la aplicación de la fórmula, puesto que el número poblacional no asciende a 100 individuos, y una de las leyes de la ciencia estadística es aplicar dicha fórmula, cuando el número de individuos que corresponden a la población motivo de estudio ascienden a este número elementos.

En este caso es necesario entonces aplicar una muestra no probabilística intencional, como según lo afirma el siguiente autor, reconocido en el ámbito de aplicación y estudio de las metodologías de investigación.

Hernández, et al., (2006), expresa que la muestra no probabilística es entonces: "él subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación", (p.306) ⁴⁶

La selección de la muestra no probabilística intencional corresponde entonces al 57% de la población, es decir, un número de 50 personas como participantes en el proceso de investigación.

⁴⁶ HERNÁNDEZ Roberto, (2006). Metodología de la Investigación. México, Ed. MC. GRAW HILL.

3.6. Selección del Instrumento o Técnica ⁴⁷

Es importante tener en cuenta que cuando se llega al marco metodológico la selección del instrumento o técnica juegan un papel muy importante, pues de este depende el éxito del trabajo.

Entre los cuales son oportunos para su empleo:

- Entrevistas
- Encuestas
- Observación
- Análisis de contenidos que consiste en la revisión de documentación general y específica.

3.7. Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos utilizados para la recolección de los datos son las fichas de observación, cuestionario de preguntas abiertas para las entrevistas y cuestionario de preguntas cerradas para las encuestas.

Preguntas tipificadas para la entrevista considerada a los directivos de Clínica "Medina".

Cuestionario de Encuestas

El cuestionario para las encuestas, son basadas en medición de evaluación de procesos y servicios de atención al cliente, cuya respuesta se registrará bajo las siguientes escalas:

Para la medición de los aspectos técnicos-operativos:

5. Excelente
4. Muy Buena
3. Buena
2. Regular
1. Mala

⁴⁷Tamayo y Tamayo Mario. (2006) El Proceso de la Investigación. Lima. Editorial. Limusa

Para la medición de los aspectos interpersonales, trato, atención, calidez, eficiencia del personal:

4. Siempre
3. Casi siempre
2. Rara vez
1. Nunca

La encuesta contiene la medición de los indicadores de dimensión técnica e interpersonal, para determinar la valoración del servicio.

Estos items fueron utilizados para la construcción de un instrumento con asignación aleatoria, porque compromete una evaluación de todos los departamentos de la clínica.

Cuestionario de Entrevistas

La característica de este tipo de cuestionario es que son preguntas formuladas en forma libre o de característica abierta, no son cuantificables, es decir ofrecen una evaluación cualitativa en el proceso de investigación de campo.

3.8. Procesamiento de la información

Los datos obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, es decir, los cuestionarios de entrevistas y encuestas, éstas serán procesadas de la siguiente manera:

- Organización de las encuestas según el grupo de muestreo.
 - (paciente-cliente Vs. Recursos humanos: doctores, auxiliares, personal técnico y administrativo)
- Macro tabulación de la información
- Micro tabulación de los datos.
- Representación gráfica de los resultados

- Interpretación y análisis de datos.

3.9. Resultados de la investigación

A continuación se muestran los resultados obtenidos mediante la aplicación de las encuestas a los pacientes que se atienden y reciben los servicios de la Clínica Medina.

El resultado procesado se basó en las siguientes fuentes:

Entrevista —————> Gerencia General- Directivo
Encuesta —————> Pacientes (clientes de Clínica Medina)

3.9.1. Resultados de Las Encuestas

Cuadro N° 1 Evaluación de las instalaciones

Indicadores	Frecuencia					total	Porcentajes					Total
	5	4	3	2	1		5	4	3	2	1	
Accesibilidad	0	32	58	93	149	332	0%	10%	17%	28%	45%	100%
Limpieza	125	142	65	0	0	332	38%	43%	19%	0%	0%	100%
Iluminación	132	122	78	0	0	332	40%	37%	23%	0%	0%	100%
Ventilación	119	145	44	24	0	332	36%	44%	13%	7%	0%	100%
Comodidad	16	18	32	122	144	332	5%	5%	10%	37%	43%	100%

Fuente: Pacientes-clientes atendidos en Clínica Medina/2011

Elaborado por: los investigadores

Gráfico N° 1

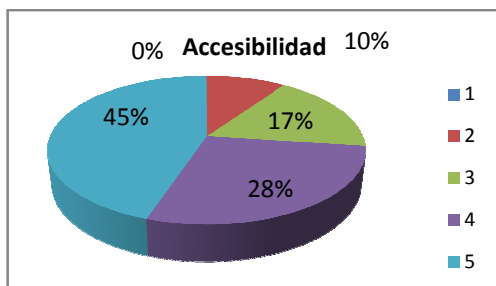


Gráfico N° 2

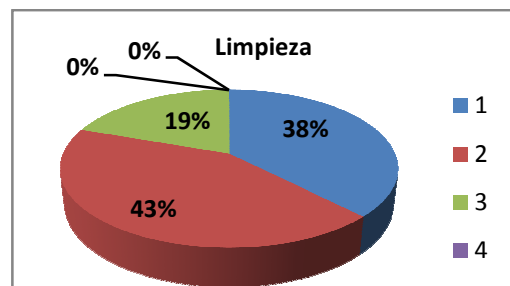


Gráfico N° 3

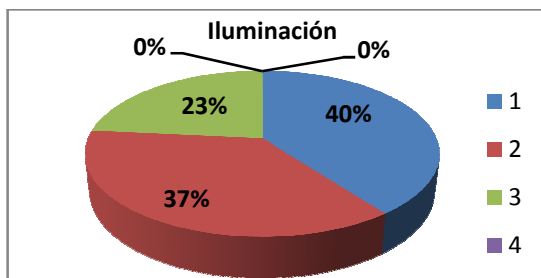


Gráfico N° 4

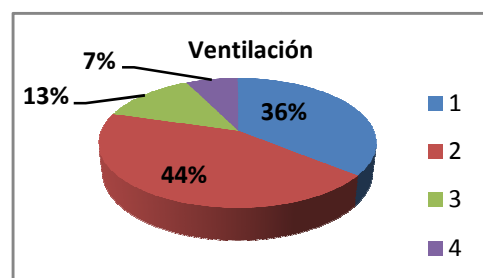
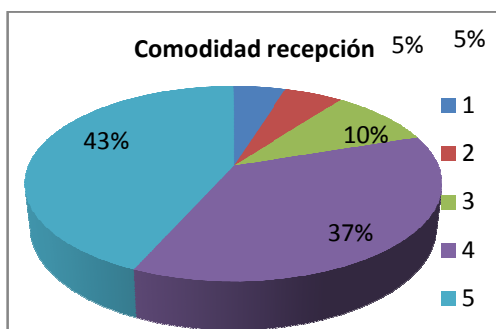


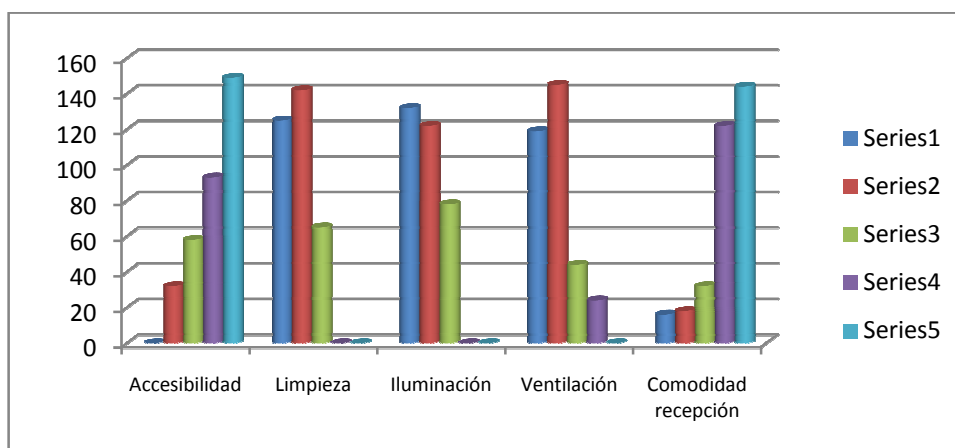
Gráfico N° 5



Fuente: Resultados del Cuadro N°. 1

Elaborado por: los investigadores

Gráfico N°. 6 Evaluación general de las instalaciones de Clínica Medina.



Fuente: Resultados del Cuadro N°. 1

Elaborado por: los investigadores

Análisis de los resultados:

Según las encuestas obtenidas, el criterio de los pacientes-clientes muestra claramente los siguientes indicadores:

La **accesibilidad**, fue considerada en un 45% (149 casos), que dieron una calificación de mala, seguida de un 28% (93 casos), quienes aseguraron es regular. Este criterio se debe porque las instalaciones de la clínica no cuentan con garaje y parqueadero.

La **limpieza**, fue evaluada de la siguiente manera: 38% (125 casos) la calificaron como excelente, un 43% (142 casos), consideró es muy buena.

En cuanto a la **iluminación**, el 40% (132 casos) la consideró excelente y el 37% (122 casos) como muy buena.

La **ventilación** muestra que el 36% (119 casos), la consideró excelente y el 44% (145 casos) como muy buena.

La **comodidad** de las sillas de recepción y sala de espera el 44% (144 casos), las evaluó como mala y el 37% (122 casos) en regular.

Clínica Medina debe mejorar la accesibilidad, y comodidad de las sillas de recepción- sala de espera, para sus usuarios y clientes.

Cuadro N° 2 Evaluación de la atención médica

Indicadores	Calificación					total	Porcentajes					Total
	5	4	3	2	1		5	4	3	2	1	
Rapidez de atención	125	115	57	23	12	332	38%	35%	17%	7%	3%	100%
Expl. del problema de salud	133	126	62	11	0	332	40%	38%	19%	3%	0%	100%
Exp. de tratamiento	141	115	41	23	12	332	42%	35%	12%	7%	4%	100%
Exp. de receta	96	123	89	24	0	332	29%	37%	27%	7%	0%	100%
Inform. de proced.	97	88	51	64	32	332	29%	27%	15%	19%	10%	100%
Anotación H.C.	132	151	14	24	11	332	40%	46%	4%	7%	3%	100%
Exp. Causas	93	82	112	45	0	332	28%	25%	34%	13%	0%	100%
Inform. Prox. cita	148	153	25	6	0	332	45%	46%	7%	2%	0%	100%

Fuente: Pacientes-clientes atendidos en Clínica Medina/2011
Elaborado por: los investigadores

Gráfico N° 7

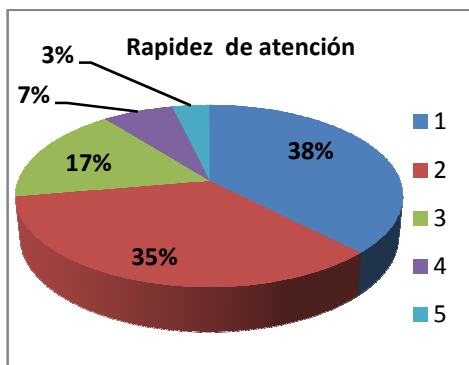


Gráfico N° 8

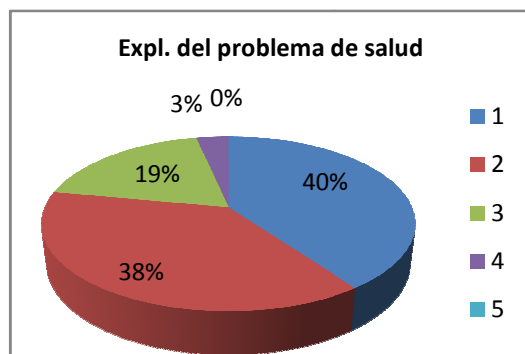


Gráfico N° 9

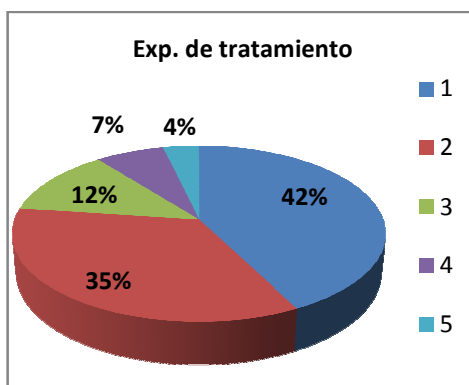


Gráfico N° 10

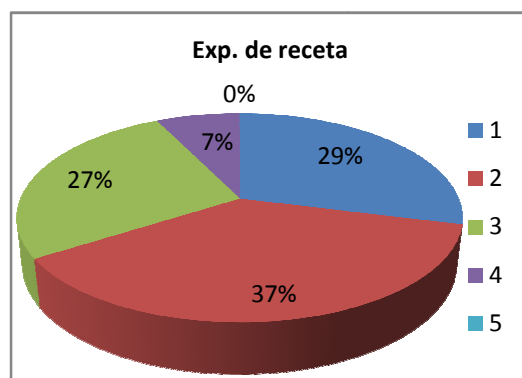


Gráfico N° 11

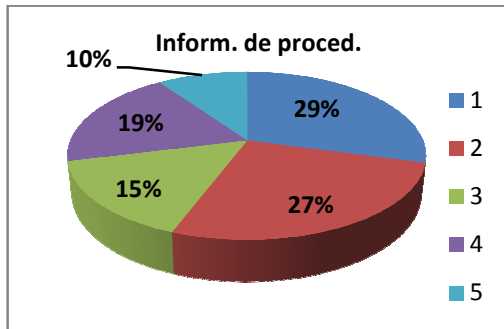


Gráfico N° 12

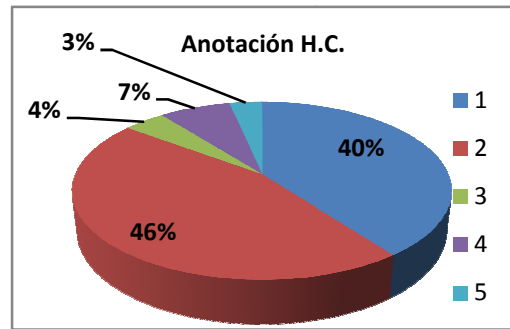


Gráfico N° 13

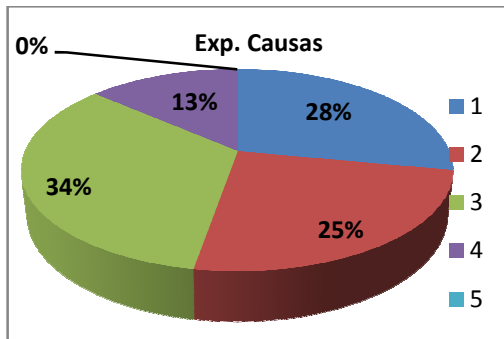


Gráfico N° 14

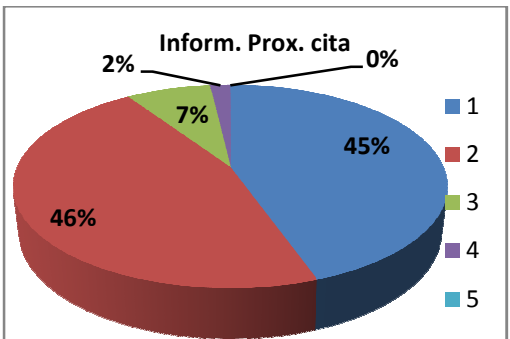
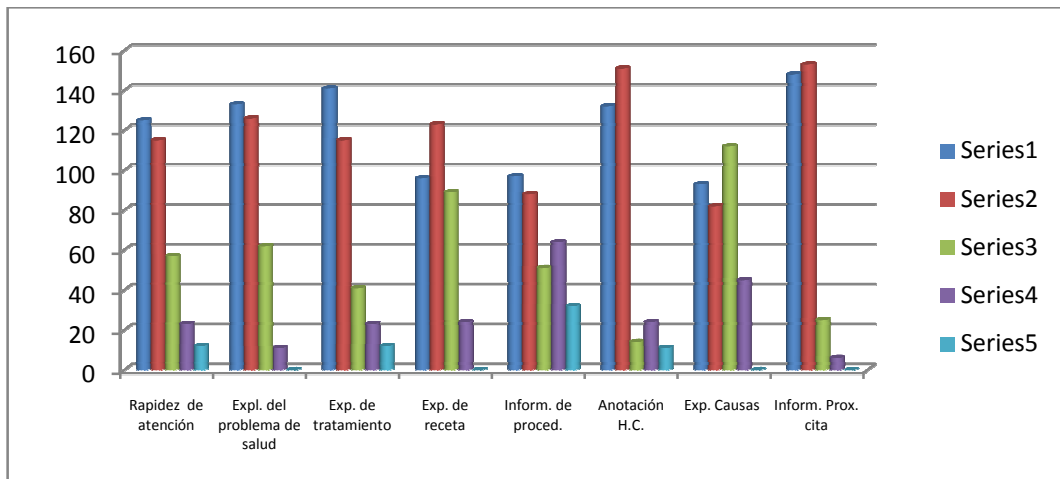


Gráfico N° 15 Evaluación general de la atención médica en Clínica Medina



Fuente: Resultados del Cuadro N°. 2
Elaborado por: los investigadores

Análisis de los resultados:

Según los resultados de la evaluación ofrecida de los clientes por los servicios de atención médica, se obtuvieron los siguientes resultados:

Rapidez de atención por parte de los médicos, el 38% (125 casos), lo calificó como excelente, 35% (115) casos como muy buena.

Explicación de los problemas de salud que aquejan al paciente, un 40% (133 casos) la consideró como excelente y el 38% (126) casos como muy buena.

Explicación del tratamiento para los pacientes, el 42% (141 casos) lo calificó como excelente y el 35% (115) muy buena.

Explicación de la receta emitida por el doctor, el 29% (96 casos) la califica como excelente, 37% (123 casos) muy buena.

El médico le informa antes los procedimientos a realizarle, el 29% (97 casos) la consideró excelente y el 27% (88 casos), muy buena.

Anotaciones del médico en las historias clínicas y expedientes, 40% (132 casos) evaluó como excelente y el 46% (151 casos) muy buena.

Explicación de las causas que originaron el problema de salud en el paciente, el 28% (93 casos) calificaron como excelente, 25% (82 casos) muy buena y el 34% con (112 casos) lo evaluaron como buena.

Información sobre la próxima cita, el 45% (148 casos) lo considera excelente y el 46% (153 casos) muy buena.

Un considerable porcentaje evaluó la atención médica como excelente, muy buena y buena, sin embargo aún se necesitan mejorar los procedimientos para alcanzar el mayor porcentaje de la excelencia en el servicio de la Salud.

Cuadro N° 3 Evaluación administrativa

Indicadores	Frecuencia					total	Porcentajes					Total
	5	4	3	2	1		5	4	3	2	1	
Pago de servicios recibidos	0	21	68	86	157	332	0%	6%	21%	26%	47%	100%
Percepción de capacidad profesional del doctor	131	119	70	12	0	332	39%	36%	21%	4%	0%	100%
Grado en que volvería a regresar	111	134	53	34	0	332	34%	40%	16%	10%	0%	100%
Percepción del servicio brindado	101	123	52	38	18	332	30%	37%	16%	12%	5%	100%

Fuente: Pacientes-clientes atendidos en Clínica Medina/2011

Elaborado por: los investigadores

Gráfico N°. 16

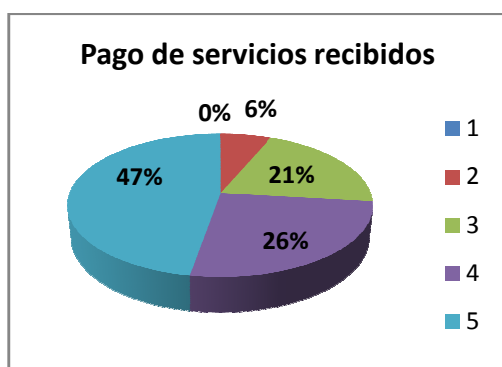


Gráfico N°. 17

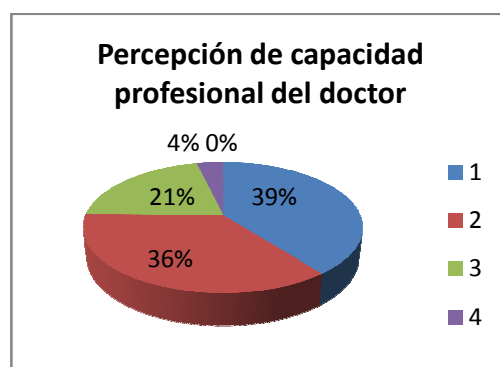


Gráfico N°. 18

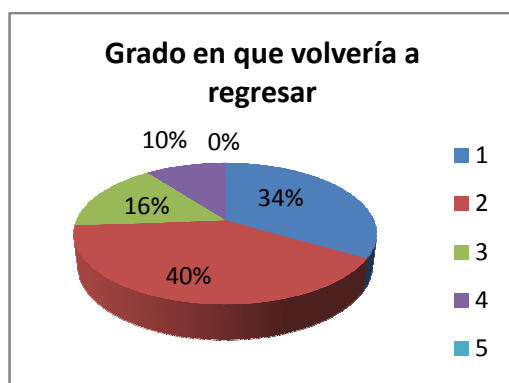
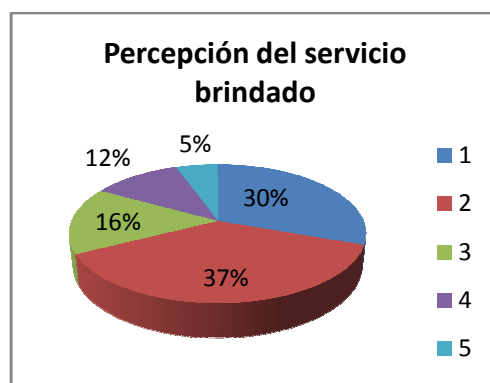


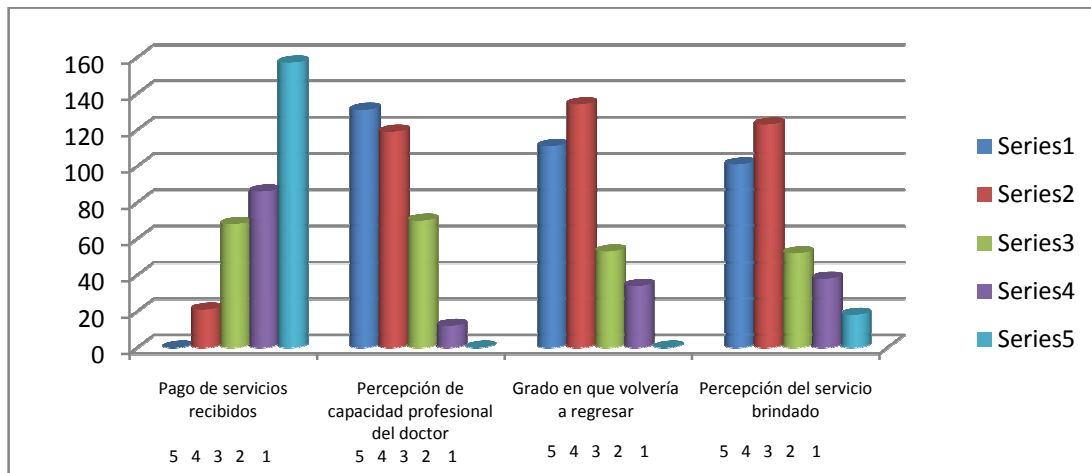
Gráfico N°. 19



Fuente: Resultados del Cuadro N°. 3

Elaborado por: Los investigadores

Gráfico N° 20 Evaluación administrativa



Fuente: Resultados del Cuadro N°. 3
Elaborado por: Los investigadores

Análisis de los resultados:

Opinión sobre el pago que hizo por los servicios recibidos: El predominio de esta calificación es del 47% que afirman que los precios son malos, es decir, no se encuentran conformes con los precios asignados a los servicios. En realidad, el problema de los precios es estándar, la mayoría de los clientes se queja por el precio pagado por los servicios recibidos.

Percepción de la capacidad profesional del doctor: Según las encuestas se ubican en la calificación 5, es decir que el 39% considera que la capacidad profesional de los médicos que prestan sus servicios hospitalarios es excelente.

Grado en que volvería a consultar y utilizar los servicios de la Clínica.: La calificación de este indicador se sitúa en 4, es decir, el 40% lo califica como muy buena y volverían a utilizar los servicios de la Clínica.

Percepción de que le brindan la atención que se merece.: Se lo evaluó en el número 4, es decir, muy bueno el servicio que recibieron los clientes.

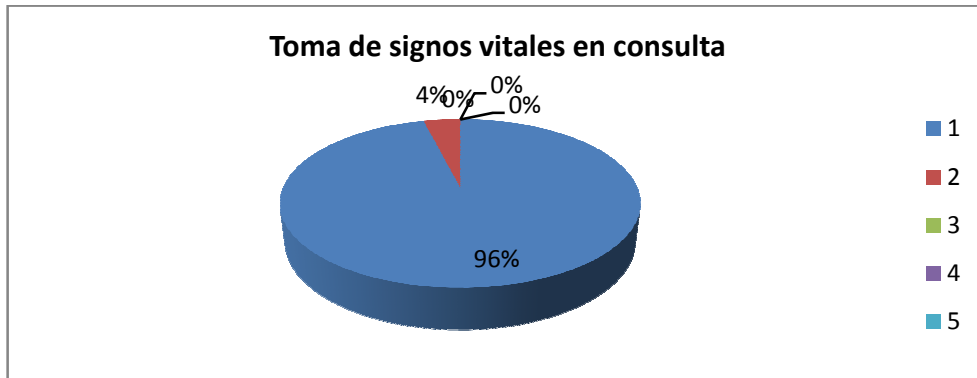
Cuadro N°. 4 Evaluación del trato personal, médico, técnico

Indicadores	Frecuencia				total	Porcentajes				Total
	4	3	2	1		4	3	2	1	
Toma de signos vitales en consulta	319	13	0	0	332	96%	4%	0%	0%	100%
Saludo al llegar	127	98	69	38	332	38%	30%	21%	11%	100%
Orientación del servicio ambulatorio y hospitalario	41	15	98	58	332	12%	41%	30%	17%	100%
Folletos sobre programas de salud	12	19	122	67	332	6%	9%	47%	38%	100%
Recibimiento mediante cita previa	216	62	42	12	332	65%	19%	13%	3%	100%
Tiempo de espera de consulta	189	95	32	16	332	57%	28%	10%	5%	100%
Tiempo de atención médica	124	87	76	45	332	37%	26%	23%	14%	100%
Interés del médico hacia su salud	101	109	72	29	332	30%	33%	22%	15%	100%
Calidez humana en el trato médico	145	121	66	0	332	44%	36%	10%	0%	100%
Cordialidad en saludo y despedida del médico	134	112	73	13	332	40%	34%	22%	4%	100%

Fuente: Pacientes-clientes atendidos en Clínica Medina/2011

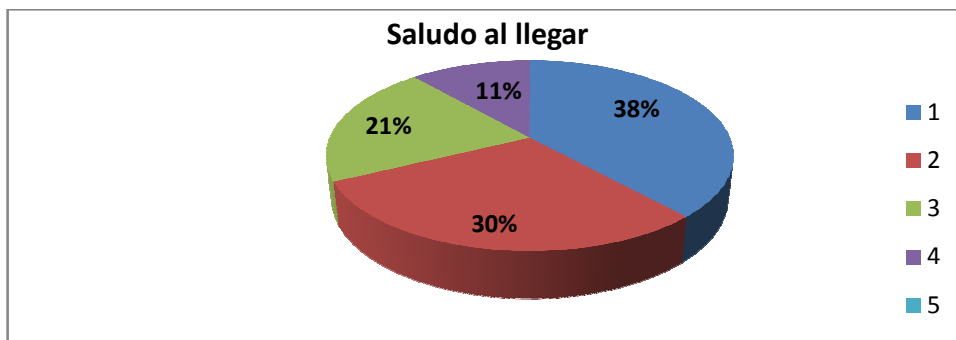
Elaborado por: los investigadores

Gráfico N°. 21



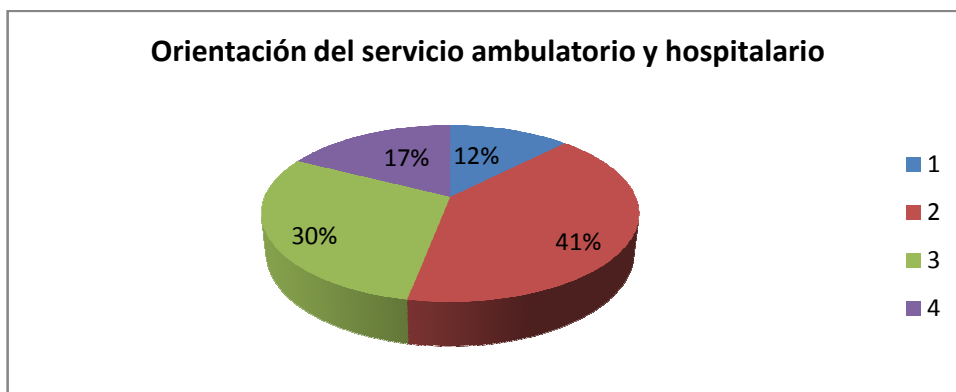
Fuente: Resultados del Cuadro N°. 4
Elaborado por: Los investigadores

Gráfico N°. 22



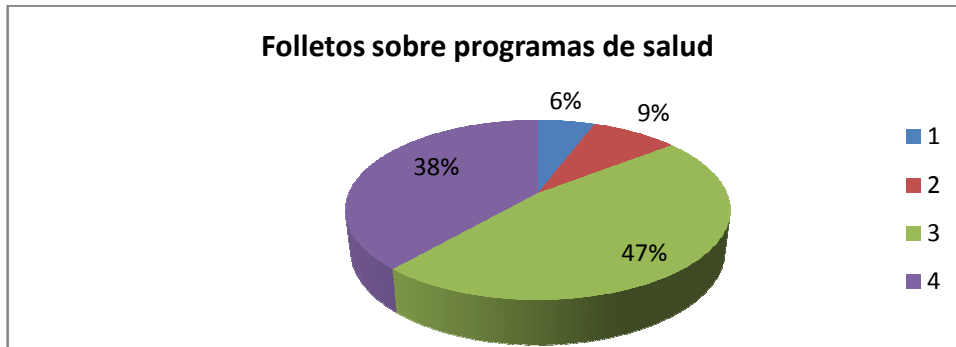
Fuente: Resultados del Cuadro N°. 4
Elaborado por: Los investigadores

Gráfico N°. 23



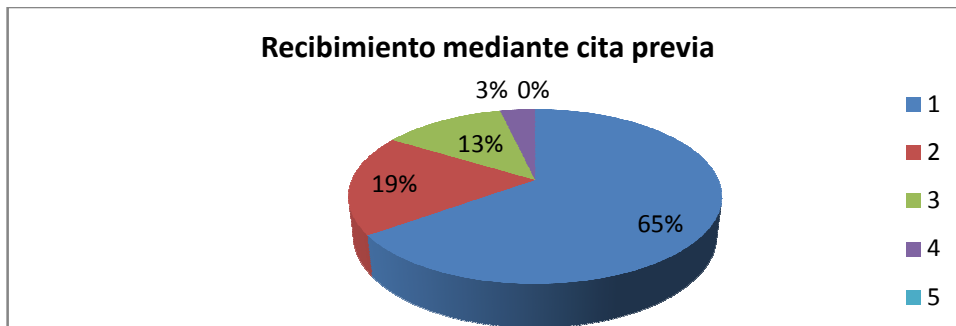
Fuente: Resultados del Cuadro N°. 4
Elaborado por: Los investigadores

Gráfico N°. 24



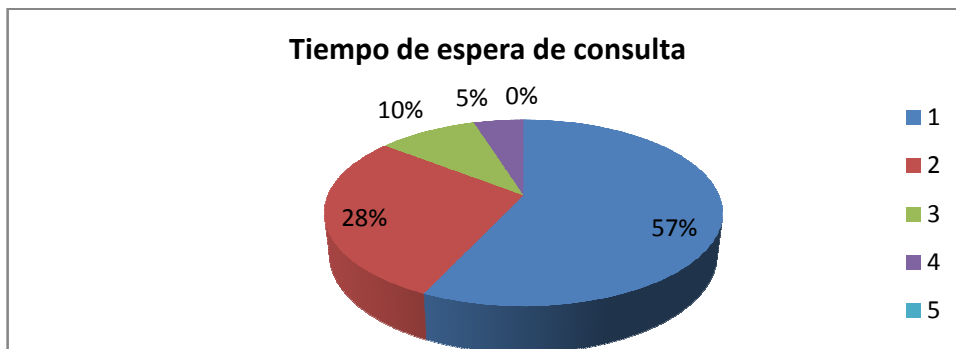
Fuente: Resultados del Cuadro N°. 4
Elaborado por: Los investigadores

Gráfico N°. 25



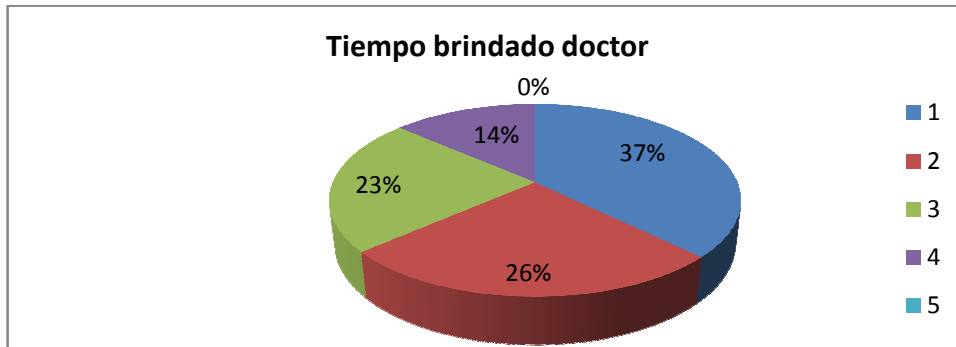
Fuente: Resultados del Cuadro N°. 4
Elaborado por: Los investigadores

Gráfico N°. 26



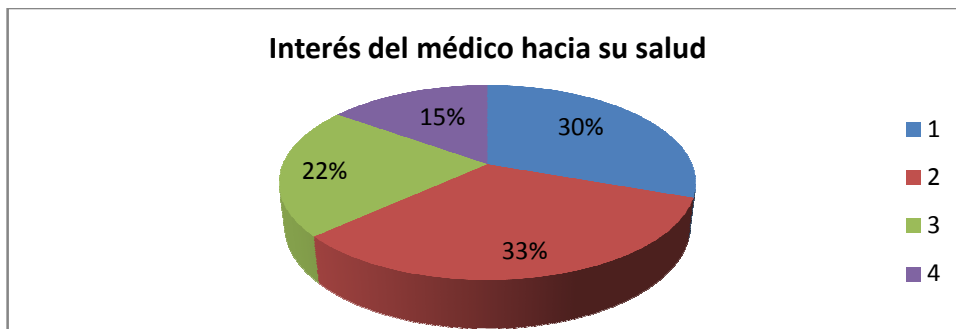
Fuente: Resultados del Cuadro N°. 4
Elaborado por: Los investigadores

Gráfico N°. 27



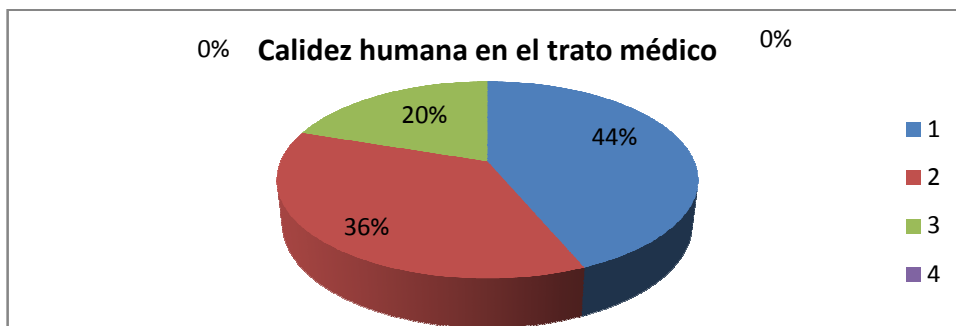
Fuente: Resultados del Cuadro N°. 4
Elaborado por: Los investigadores

Gráfico N°. 28



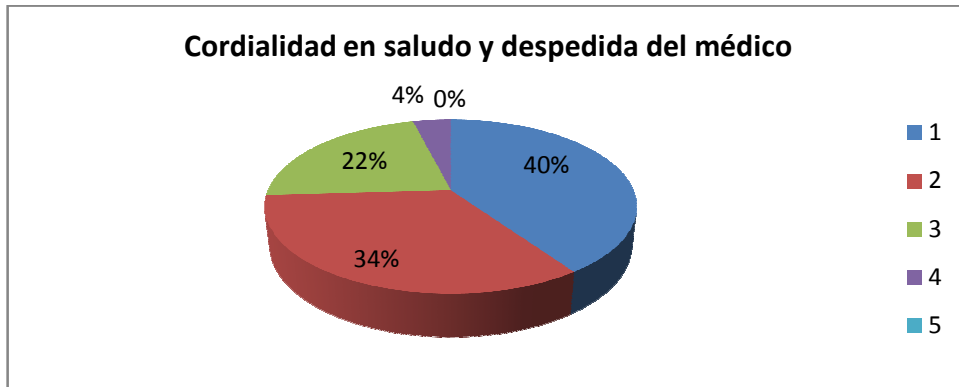
Fuente: Resultados del Cuadro N°. 4
Elaborado por: Los investigadores

Gráfico N°. 29



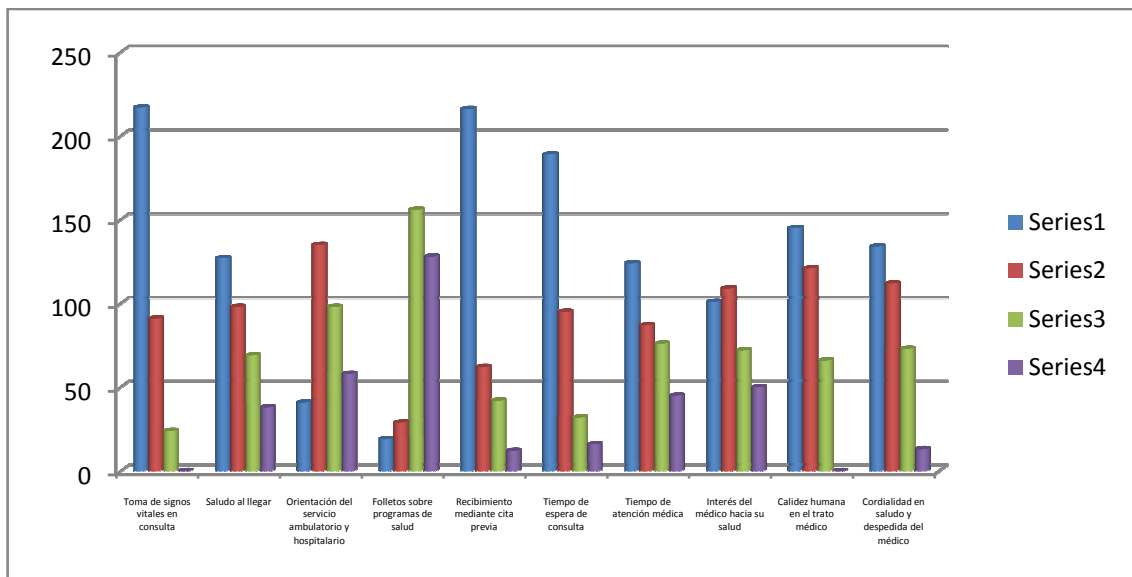
Fuente: Resultados del Cuadro N°. 4
Elaborado por: Los investigadores

Gráfico N°. 30



Fuente: Resultados del Cuadro N°. 4
Elaborado por: Los investigadores

Gráfico N°. 31 Evaluación del trato personal, médico, técnico



Fuente: Resultados del Cuadro N°. 4
Elaborado por: Los investigadores

Análisis de los resultados de las encuestas

Cuando acude a consulta le toman los signos vitales: El 96% de los clientes encuestados aseguraron que Siempre se le toman los signos vitales, talla, peso y presión arterial.

Alguien del personal saluda al llegar a la Clínica: El 38% aseguró que siempre lo reciben con un saludo al llegar a la clínica, el 30% casi siempre.

Alguien en la Clínica le orienta sobre lo que debe de hacer para recibir el servicio: según los encuestados, solo son orientados casi siempre en un 41% y el 30% manifestó que rara vez.

Alguien en la Clínica le ofrece folletos sobre programas de salud: El resultado de las encuestas reflejan que el 47% recibe rara vez un folleto informativo sobre programas de salud y el 38% aseguró que nunca lo recibe.

Al recibir atención en la Clínica, lo hace mediante cita previa: Los encuestados manifestaron en un 65% que siempre son recibidos mediante cita previa.

Espera mucho tiempo para que le den la consulta: Los encuestados expresaron en un 57% que siempre esperan mucho tiempo para que le den la consulta, el 28% casi siempre.

Por lo general el Doctor (a) le da tiempo suficiente para hablar de su problema de salud: Los clientes encuestados manifestaron en un 37% que casi siempre el doctor le atiende un tiempo suficiente para explicarle su problema de salud.

Por lo general el Doctor (a) que le atiende se muestra muy interesado en su salud.: Los clientes expresaron en un 33 % que Siempre, el doctor le muestra interés por su salud personal.

Por lo general el Doctor (a) que le atiende se muestra interesado en usted como ser humano: El 44% de los clientes encuestados manifestaron que siempre el doctor le atiende con trato humano, es decir, con calidez.

Por lo general el Doctor (a) que le atiende le saluda y despide de mano en la consulta: El resultado de la encuesta refleja que el 40% de los clientes expresó que Siempre el doctor le saluda y despide de la mano, es decir, expresa cordialidad en el trato con el paciente.

Se puede interpretar la evaluación del trato personal, médico y técnico como media, necesita mejorarse para alcanzar servicios de calidad, debe mejorarse la cordialidad en cuanto al saludo, tiempos atención médica previa cita, deben evitarse tiempos prolongados previa cita, la clínica debe invertir en folletos informativos acerca de los servicios que ofrece la Clínica, con planes de beneficios para los pacientes, ya que Clínica Medina carece de esta estrategia de marketing.

Los médicos necesitan brindar un poco más de tiempo a todos sus pacientes, ya que solo el 37% se encuentra en total conformidad, dejando un gran porcentaje de conformidad media e inconformes con el tiempo en que el médico explica al paciente sobre sus problemas de salud.

Acerca del interés que muestra el médico solo el 33% de los pacientes se encontraron conformes a cabalidad, es decir, existe un gran porcentaje a quienes se les debe cuidar y prestar más atención.

La falta de calidad de atención en todo sentido, puede ocasionar motivos para que los clientes no elijan a Clínica Medina en la prestación de los servicios de Salud que ofrece.

3.9.2. Resultados de la Entrevista

Cuestionario de Entrevista dirigida al Director de Clínica Medina

- **¿Cómo evalúa el crecimiento organizacional y operativo de la Clínica Medina?**

Se ha mantenido a pesar de diversas dificultades técnicas y operativas, han sido necesaria la implementación de nuevos recursos tecnológicos y de atención al cliente, es decir, ha tenido crecimientos y mejoras de servicio, infraestructura e instalaciones, necesita proyectarse a nivel de crecimiento de la productividad y ventas.

- **¿Conoce usted si los colaboradores y empleados, cumplen a cabalidad los procesos establecidos en los diferentes departamentos de la Clínica?**

Se trata en lo posible supervisar el trabajo de los empleados en todas las áreas del servicio administrativo, médico y de atención al cliente, en espera de que se cumplan a cabalidad todos los procesos, existen falencias que con un poco de empeño pueden ser mejoradas.

- **¿Considera que, deben reestructurarse las políticas institucionales y de servicio al cliente?**

Si deben ser reestructuradas, existen algunos vacíos que deben detectarse para crear políticas institucionales y de servicios al cliente que desarrollen la calidad institucional en el servicio de salud hospitalaria.

- **¿La gerencia y administración, cuentan con un manual de contingencias para la resolución de problemas institucionales internos?**

Se tiene como proyecto su creación, pero aun no se ha concretado el mismo, es decir, no se cuenta con manual de contingencias como herramienta física para la toma de decisiones.

- **¿En qué porcentaje evalúa la optimización de los procesos departamentales y la calidad del servicio al cliente?**

Se encuentra en un 70% de aceptabilidad dentro del mercado de las instituciones que prestan servicios de salud de la magnitud que ofrece Clínica Medina.

Medición cuali-cuantitativa de la entrevista

Resultados

4= óptimo

3= Aceptable

2= Regular

1 = Malo

Crecimiento organizacional= 4

Cumplimiento de procesos establecidos= 3

Políticas institucionales y servicio al cliente= 3

Mediación en la resolución de problemas y conflictos internos= 1

Calidad del servicio= 3

3.10. Triangulación de la información

Para realizar la propuesta planteada en el presente proyecto, han sido necesaria la realización de variables de mediciones en cuanto a todas las áreas de Clínica Medina, para efectuar la respectiva Reingeniería de procesos fue necesaria estudiar el criterio del directivo de la misma, para realizar una evaluación cualitativa del crecimiento y desarrollo institucional actual.

Este resultado permitió observar que la dirección tiene como objetivo principal las mejoras de los servicios y proyectos no ejecutados que podrían realizarse a corto plazo con la incorporación de la propuesta que servirá como directriz al orientar a la calidad de los servicios de salud brindados.

Se realizaron encuestas que permitieron una medición cuali-cuantitativa de los siguientes aspectos, sintetizados en 4 indicadores que son:

1. Evaluación de las instalaciones

La accesibilidad debe mejorarse, si bien es cierto, la ubicación es un factor clave, Clínica Medina tiene una estratégica ubicación sectorial, en una zona de estatus social poblacional medio alto, en donde la mayoría de los clientes poseen vehículo o movilización propia, la clínica debe proyectarse a la apropiación o reserva de espacios para el parqueo.

Se debe realizar un plan de trabajo y presupuesto para la creación de un ascensor, ya que la clínica no lo posee, generando en repetidas ocasiones incomodidad a los clientes y usuarios.

Sus instalaciones fueron calificadas como medianamente limpias, es decir, debe programarse trabajos y organización de limpieza para mejorar la satisfacción de los clientes en cuanto a la presentación de la limpieza en las salas de espera y recepciones, en donde la afluencia de

personas pondera la presentación esporádica de falta de limpieza sectorizada.

Clínica Medina necesita mejorar las salas de recepción con equipamiento de sillas confortables para los clientes que necesitan utilizar este espacio correspondiente a la espera de su atención personal o de familiares ingresados en hospitalización.

2. Evaluación de la atención médica

La atención médica fue calificada en promedio como Muy buena, Clínica Medina necesita fomentar la cultura de atención de medicina de calidad, calidez y compromiso de servicio para llegar a obtener indicadores de excelencia en el área de servicios de Salud.

3. Evaluación administrativa

Clínica Medina fue evaluada dentro del proceso administrativo de la fijación de precios como malos, estos son por lo general en la prestación de servicios de farmacia los cuales en ocasiones no cuenta con suficiente stock surtido, la falta de convenios estratégicos para la provisión de medicamentos y demás farmacológicos no estipula la reconsideración de precios estándares en éste mercado.

Aunque en los aspectos administrativos acerca de la capacidad profesional y en general de los servicios recibidos se encuentran dentro del rango de conformidad hacia el cliente, se necesita reestructurar acciones que garanticen calidad y satisfacción plena de los clientes de Clínica Medina, que garanticen no solo el confort en el uso de los servicios, sino soluciones emergentes en cuanto a los temas relacionados con su salud de la mejor manera posible, con la finalidad de mejorar la cartera de clientes y la predilección por el servicio, así como la disminución de las tasas de morbi-mortalidad poblacional.

4. Evaluación del trato personal, médico, técnico

Se puede interpretar la evaluación del trato personal, médico y técnico un estándar medio de aceptación, se necesita fortalecer y desarrollar la cultura de la cordialidad, evitando que ésta produzca también malos entendidos con los clientes, es decir, que la cordialidad y fijación de objetivos de satisfacción del cliente, debe ser fijada bajo políticas de trabajo y acceso al servicio muy bien definidos y expuestos a los pacientes, usuarios y/o clientes, es decir, mejorar el servicio y cordialidad estableciendo limitaciones con políticas institucionales.

Se hace referencia a este aspecto, debido a que, si bien es cierto, cuando una institución brinda una atención óptima, de calidad, eficiencia, calidez y cordialidad, el desequilibrio de alguno de estos indicadores puede crear confusiones en los pacientes, dando la oportunidad a reclamos injustificados y abusos en los términos del uso de la limitaciones y condiciones de los servicios hospitalarios por parte de los usuarios.

El personal médico, técnico, administrativo y gerencia general, deben incursionar en la reestructuración de políticas de atención y prestación del servicio basada en el respeto, mejora continua y excelencia en el trabajo profesional, que brinde comodidad, confianza y satisfacción al cliente, limitando el trato hacia un sentido humanitario y relación médico-paciente, sin intervenir en los aspectos privados, personales entre personal-cliente.

Evitar los tiempos prolongados de espera de citas previstas para la atención, y considerar que si el cliente pierde su turno o cita por no asistir a la misma, no es responsabilidad de la institución, pero asistiendo a ella y su espera se prolonga creando incomodidad al cliente, previa solicitud éste debe ser reubicado en un nuevo horario y día para ser atendido.

Se debe invertir en folletos informativos acerca de los servicios que ofrece la Clínica, con planes de beneficios para los pacientes, se hace

evidente la inexistencia de estrategias de marketing, ventas y planes de salud.

El tiempo brindado al paciente en la consulta médica es aceptable y evaluada como buena en promedio, aspecto que debe mejorarse estableciendo planes estratégicos en la forma de llevar la consulta, es decir, programación de tiempos para que en el mismo se lleve de mejor manera los procesos o lineamientos que maneja el médico encargado.

Se encuentran debilidad en el aspecto de conformidad total, es decir, el servicio médico es aceptable, pero existen en ocasiones clientes con mayores exigencias en donde los niveles de mediana aceptación no son alcanzables para brindar el 100% de calidad de servicio.

Con estos indicadores evaluados mediante el trabajo de campo por medio de entrevista y encuestas, se procedió al cumplimiento de los objetivos trazados en el presente proyecto de investigación en donde sus objetivos específicos consisten en la evaluación y diagnóstico de los procesos en los servicios actuales en Clínica Medina, en cuanto al diseño del modelo de reingeniería de procesos se expone en el siguiente capítulo que se presenta a continuación del trabajo expuesto.

5. Evaluación cualitativa

En cuanto a los datos cualitativos obtenidos al principal accionista y gerente general de la Clínica Medina, se obtuvo una evaluación media, es decir, que los aspectos observados y evaluados en los procesos actuales son aceptables pero necesitan ser mejorados en su totalidad para garantizar los estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud en la institución, la cual contribuirá la reingeniería de procesos administrativos y operativos en la clínica.

CAPÍTULO 4: MODELO DE REINGENERÍA DE PROCESOS PARA CLÍNICA MEDINA

El incremento de la demanda de los servicios de salud y hospitalario, derivado al crecimiento de la población envejecida y del deterioro de la salud, debido a diferentes agentes ambientales, biológicos o culturales que hace que los malos hábitos creen la propensión a las enfermedades de origen crónico degenerativos, entre otros como virales, estacionales, infecto-contagiosas, accidentes, esto genera el crecimiento de ofertas en la prestación de servicios de salud hospitalarias, debido a que el problema planteado genera por lo general saturación en los servicios de salud pública.

Las Clínicas y hospitales operan en entornos específicos y generan servicios específicos pero son empresas y por tanto pueden y deben ser gestionados con los mismos principios y criterios de dirección. Una cultura empresarial ganadora debe aspirar al mejoramiento continuo, marcando su identidad dentro del mercado que le permitan comprometerse en el desafío de la innovación permanente dentro del servicio que prestan en la comunidad.

El nuevo y cambiante entorno demográfico, sociológico, cultural y tecnológico debe interpretarse como oportunidades de mejora para la asistencia médica hospitalaria y el papel de los médicos como agentes en busca de un cambio radical centrado en "qué queremos ser" y no en "qué somos". La reingeniería de procesos técnicos y administrativos en Clínica Medina, deben fijarse a la obtención de procesos de cambio creativo, de reinventar y renovar las estructuras, los procesos, los sistemas y las maneras de medir los resultados y el desempeño de la organización. La reingeniería está enfocada a los resultados, que se miden de acuerdo con la satisfacción de los usuarios.

La gestión clínica pretende optimizar los resultados de la actividad hospitalaria y ambulatoria, permitir que los profesionales en el área de la Salud, tengan capacidad para organizarse y diseñar estrategias para la

mejora de los resultados y la búsqueda de la satisfacción del paciente-cliente.

El modelo de reingeniería de procesos para Clínica Medina, busca objetivos de descentralización de la responsabilidad, mejora de las relaciones entre profesionales, usuarios y directivos y control de costos, vinculando la financiación a la actividad asistencial. La esencia de la gestión clínica es reducir la brecha entre eficacia, lo que puede conseguirse, y eficiencia de los resultados, mientras que la mejora de la calidad pasa por cruzar el abismo entre el mejor cuidado posible y el cuidado rutinario diario que se brinda a los pacientes.

La clínica en el proceso de reingeniería, deben buscar un punto de encuentro para compartir conocimientos y proporcionar los mejores servicios médicos posibles, con los recursos disponibles teniendo en cuenta que la función de la gerencia general, es evaluar intervenciones y proporcionar al médico información completa de la máxima calidad y la de los clínicos es evaluar pacientes y utilizar la información de la forma más idónea.

La visión clásica de un servicio limitado en Clínica Medina, por un espacio físico, manejado desde la perspectiva de una especialidad con actividad y carga asistencial correlacionada con el número de camas y éste con los recursos humanos, debe dejar paso a una unidad funcional sin límites físicos, centrada en resolver los problemas del paciente, gestionada por una organización horizontal y participativa con equipos multidisciplinarios y que utilice con criterios de calidad los recursos disponibles.

La conducta médica basada en el modelo de ética médica, supone que el médico está fundamentalmente motivado por su deseo de hacer todo lo que sea posible en bien del paciente, al margen del costo que ello suponga. El modelo de reingeniería de procesos, tiene muchos puntos en común con los de calidad ya que ambos persiguen en definitiva lo mismo: hacer bien el trabajo. La reingeniería es un paso para

la gestión de calidad total que supone la búsqueda de la excelencia, ligada a la competitividad, en todo lo referente a resultados y rendimientos de Clínica Medina, mediante la autoevaluación, resaltando puntos fuertes y áreas de mejora y contrastándolo con un modelo de excelencia institucional.

4.1 objetivos de la Reingeniería

4.1.1. Objetivo General

Realizar una propuesta de re ingeniería a los procesos que impliquen un mejoramiento en la calidad del servicio recibido por los pacientes de Clínica Medina; analizando el proceso actual bajo el cual se realiza la prestación del servicio de Salud en General.

4.2.1. Objetivos Específicos

Medir la percepción de la calidad del servicio dada a los usuarios por el personal médico, técnico y administrativo en la Clínica.

Determinar el enfoque cuali-cuantitativo de los indicadores de la oferta-demanda, procesos, impacto de satisfacción al cliente-paciente.

Proponer una mejora al actual del organigrama estructural y el flujo de atención en beneficio de los usuarios de la consulta externa y hospitalización de Clínica Medina.

4.2 Estrategias

La estrategia está basada en la medición de los niveles de atención, para lo cual, es necesario partir de la aceptación de que existe una necesidad de servicios originada en una situación o problema de salud y el grado de complejidad necesario para lograr una capacidad de resolución adecuada.

Con el transcurrir del tiempo, los cambios sociales y tecnológicos han

impuesto profundas transformaciones en el concepto mismo de la Clínica, su organización, manejo y funcionamiento. A pesar de ello y, por múltiples motivos, el primer nivel ha sido deficitario en recursos y calidad, lo que ha estimulado que los usuarios continúen concurriendo, como secularmente lo han hecho, a las consultas externas y emergencia de la Clínica.

Diferentes estándares se han establecido para medir la calidad de un servicio de salud. Aun cuando en muchos hay criterios diversos según la cultura de cada región, se pueden considerar los siguientes como los aceptados más comúnmente:

Consideración de los siguientes parámetros de calidad:

- Puntualidad
- Presentación del personal
- Prontitud en la atención
- Cortesía, amabilidad y respeto.
- Trato humano -Destreza y habilidad para la solución del problema
- Efectividad en los procedimientos
- Comunicación con el usuario y su familia
- Aceptación de sugerencias
- Capacidad profesional
- Ética en todas las fases del proceso
- Equidad
- Presentación adecuada de los utensilios y elementos.

La reingeniería de procesos crea cambios directos y radicales que requieren unas circunstancias en la organización para adoptarse con éxito:

- Sensibilización al cambio.
- Planeación estratégica.
- Automatización.
- Gestión de Calidad Total.
- Reestructuración Organizacional.
- Mejora Continua.
- Valores compartidos.
- Perspectiva individual.
- Comportamiento en el lugar de trabajo.
- Resultados finales.

Para llevar a cabo la reingeniería de procesos se han identificado los siguientes roles:

- Líder.
- Dueño o responsable del proceso.
- Equipo de reingeniería.
- Comité directivo.
- "Zar" de reingeniería.

El Líder

Es un alto ejecutivo que respalda, autoriza y motiva el esfuerzo total de reingeniería. Debe tener la autoridad suficiente para que persuada a la gente de aceptar los cambios radicales que implica la reingeniería. Sin este líder el proceso de reingeniería queda en buenos propósitos sin llegar a culminarse como se espera.

Debe mantener el objetivo final del proceso, necesita la visión para reinventar la empresa bajo nuevos esquemas competitivos, mantiene comunicados a empleados y directivos de los propósitos a lograr, así

como los avances logrados.

Designa a quienes serán los dueños de los procesos y asigna la responsabilidad de los avances en el rendimiento.

Dueño del proceso

Gerente de área responsable de un proceso específico y del esfuerzo de ingeniería correspondiente.

En las empresas tradicionales no se piensa en función de procesos, se departamentalizan las funciones, con lo que se ponen fronteras organizacionales a los procesos.

Los procesos deben de identificarse lo más pronto posible, asignar un líder y éste, a los dueños de los procesos.

Es importante que los dueños de procesos tengan aceptación de los compañeros con los que van a trabajar, aceptar los procesos de cambio que trae la reingeniería, y su función principal es vigilar y motivar la realización de la reingeniería.

El oficio de los dueños no termina cuando se completa el proyecto de reingeniería. Cuando se tiene el compromiso de estar orientado a procesos, cada proceso sigue ocupando de un dueño que se responsabilice de su ejecución.

Equipo de reingeniería.

Formado por un grupo de individuos dedicados a rediseñar un proceso específico, con capacidad de diagnosticar el proceso actual, supervisar su reingeniería y su ejecución.

Es el encargado de realizar el trabajo pesado de producir ideas, planes y convertirlos en realidades.

Cabe mencionar que un equipo sólo puede trabajar con un proceso a la

vez, de tal manera que se debe formar un equipo por cada proceso que se está trabajando.

El equipo debe tener entre 5 y 10 integrantes, máximo, de los cuales una parte debe conocer el proceso a fondo, pero por poco tiempo, para que no lo acepten como algo normal, y otra parte debe ser formada con personal ajeno al proceso, pudiendo ser gente de fuera de la empresa, que lo pueda cuestionar y proponer alternativas.

Comité directivo.

Cuerpo formulador de políticas, compuesto de altos administradores que desarrollan la estrategia global de la organización y supervisan su progreso, normalmente incluye a los dueños de proceso.

Puede estar o no presente en el proceso, da orden de prioridad, opinan sobre cuestiones que van más allá de los procesos y proyectos en particular.

"Zar" de la reingeniería.

Es el responsable de desarrollar técnicas e instrumentos de reingeniería y de lograr sinergia entre los distintos proyectos en la empresa.

Se encarga de la administración directa coordinando todas las actividades de reingeniería que se encuentren en marcha; apoya y capacita a los dueños de proceso y equipos de reingeniería.

4.3 Forma de procedimientos

La tendencia actual es la de considerar a la calidad de atención como una propiedad compleja, que puede ser sometida a un análisis sistémico y a una evaluación aceptable, que es suficiente para los propósitos prácticos de generar información que permita la toma de decisiones, dirigidas a proporcionar una atención de buena calidad para los usuarios del servicio de Salud de Clínica Medina.

Para evaluar la calidad de la atención que se brinda en Clínica Medina,

se debe hacer un análisis científico-administrativo de la prestación del servicio. Asimismo, es importante tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención de la salud.

Existen varios atributos de la calidad a considerar en la evaluación, entre ellos:

La oportunidad en la atención, que corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

La continuidad en el proceso, que se refiere a la aplicación, en secuencia lógica, de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.

La integridad de la atención, que se relaciona a la provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación.

La optimización de los recursos, que es el balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud.

Los indicadores que se proponen para la evaluación de la calidad de atención se relacionan directa o indirectamente con atributos descritos. Teniendo en cuenta la gran amplitud de los mismos, conviene limitar las evaluaciones a los aspectos que provean información práctica para la toma de decisiones.

4.3.1. Definición de los Indicadores para la reingeniería

Cuando se habla de indicadores de gestión, se refiere a aquellos que evalúan: la oferta o estructura, el proceso y el resultado de la entidad de salud. Una buena gestión se refleja en el cumplimiento de los objetivos y,

en último término, en alcanzar metas y el estándar propuesto.

Primero, se debe manejar un marco conceptual unificado para poder comunicarse entre todos los que participan de la gestión de una institución. Inicialmente, se debe definir qué es un indicador y cómo se construye.

Se puede definir al indicador como una expresión cuantitativa, que permite evaluar el comportamiento de una variable a la cual se le está haciendo seguimiento, para observar si se aleja o se acerca de la meta establecida.

Para construir el indicador se debe establecer el nombre, la unidad de medida, el estándar y la periodicidad con la cual se le va a medir. Además, se debe identificar la fuente de información de donde se obtendrán los datos para su cálculo.

Indicadores de la Demanda

Ítem	Definición del indicador	Fórmula	Periodicidad	Fuente
1	Sexo Proporción de usuarios categorizadas por género	$\frac{\text{N}^\circ \text{ usuarios sexo femenino} \times 100}{\text{Total de usuarios de consulta externa y hospitalización}} + \frac{\text{N}^\circ \text{ usuarios sexo masculino} \times 100}{\text{Total de usuarios de consulta externa y hospitalización}}$	Trimestre Enero-marzo 2012	Archivo Dpto. Estadística
2	Edad Proporción de usuarios clasificados por edades	$\frac{\text{N}^\circ \text{ usuarios por grupo de edad} \times 100}{\text{Total de usuarios de consulta externa y hospitalización}}$	Trimestre Enero-marzo 2012	Archivo Dpto. Estadística
3	Procedencia	Nº de usuarios provenientes de la ciudad y número de usuarios que vienen fuera de la ciudad de Guayaquil	Trimestre Enero-marzo 2012	Archivo Dpto. Estadística
4	Morbilidad - Mortalidad	Identificar las 10 primeras causas de morbi-mortalidad en consulta externa y hospitalización	Trimestre Enero-marzo 2012	Archivo Dpto. Estadística
5	Demanda efectiva atendida	Nº de usuarios que reciben atención médica en menos de tres horas / Total de usuarios que solicitaron la atención médica. Número de usuarios hospitalizados y egresados satisfactoriamente sin complicaciones.	Trimestre Enero-marzo 2012.	Archivo Dpto. Estadística

Tabla 4.1. Indicadores de Demanda

Fuente: Clínica Medina

Indicadores de la Oferta

Ítem	Definición del indicador	Fórmula	Periodicidad / Método de obtención de información	Fuente
1	Organización estructural	Análisis de Organigrama	Investigación Entrevista	Dpto. Gestión de Recursos Humanos
2	Organización Funcional	Análisis del Manual de Funciones del personal vinculadas a las actividades de la consulta externa y hospitalización	Investigación Entrevista	Dpto. Gestión de servicios institucionales
3	Recursos humanos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ médicos por especialización}}{\text{Total de usuarios para la especialización}}$	Trimestre Enero-marzo 2012	Archivo Dpto. Estadística
4	Recursos Físicos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de consultorios, N}^\circ \text{ de camas para hospitalización}}{\text{Total de usuarios para la especialización}}$	Investigación	Dpto. Gestión de servicios institucionales
5	Recurso Financiero	Presupuesto para mejoras del área de consulta externa y hospitalización	Investigación Entrevista	Dpto. Gestión estratégica Hospitalaria

Tabla 4.2 Indicador de Oferta

Fuente: Clínica Medina

PROCESOS

Ítem	Definición del indicador	Fórmula	Periodicidad / Método de obtención de información	Fuente
1	Prestación de servicios	Esquematizar en forma secuencial los pasos determinados en el proceso, indicando los promedios de tiempo por actividad y períodos de espera.	Transversal	Investigación en campo

Tabla 4.3 Indicador de Procesos

Fuente: Clínica Medina

RESULTADOS

Ítem	Definición del indicador	Fórmula	Periodicidad / Método de obtención de información	Fuente
2	Rendimiento	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de horas laboradas}}$	Un mes	Archivo Dpto. Estadística

Tabla 4.4 Indicador de Resultados

Fuente: Clínica Medina

IMPACTO

Ítem	Definición del indicador	Fórmula	Periodicidad / Método de obtención de información	Fuente
1	Satisfacción	$\text{N}^\circ \text{ de personas satisfechas} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ personas atendidas}$	Tres meses	Encuesta

Tabla 4.5. Indicador de Impacto-satisfacción del cliente.

Fuente: Clínica Medina

4.5. Propuesta de modelo de evaluación en la reingeniería

Contexto

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Legislación	3	0,3	0,9
Políticas	3	0,3	0,9
Planes y programas	3	0,1	0,3
Relaciones Institucionales	3	0,1	0,3
Relaciones con proveedores	2	0,1	0,2
Relaciones con comunidad	4	0,1	0,4
Total	-	1,0	3,0

Tabla 4.6. Contexto.

Fuente: Clínica Medina

Demanda

1. Clasificar la población por grupos de edad.

Descripción	Niños	Adolescentes	Adultos	
			menores	mayores
Medicina general	20%	16%	54%	10%
Cirugía	11%	16%	60%	14%
Traumatología	7%	14%	62%	17%
Pediatría	86%	13%	1%	0%
Ginecología	0%	6%	91%	3%
Medicina para discapacidades	7%	17%	65%	11%
Neumología	14%	16%	53%	17%
Neurología	8%	10%	64%	18%
Dermatología	18%	26%	49%	10%
Nutrición	6%	6%	67%	21%

Tabla 4.7 Clasificación de usuarios de la consulta externa por grupo de edad.

Fuente: Clínica Medina

2. Clasificar la población por grupos de sexo.

Descripción	Hombres	Mujeres
Medicina general	33%	67%
Cirugía	37%	63%
Traumatología	46%	54%
Pediatría	50%	50%
Ginecología	1%	99%
Medicina para discapacidades	50%	50%
Neumología	49%	51%
Neurología	41%	59%
Dermatología	32%	68%
Nutrición	23%	77%

Tabla 4.8. Clasificación de usuarios de la consulta externa por grupo de sexo.

Fuente: Clínica Medina

Periodo: Enero – Marzo 2012

3. Clasificar la población según procedencia.

Descripción	% Usuarios
Localidad 1	60%
Localidad 2	41%
Total	100%

Tabla 4.9. Demanda de consulta externa según su procedencia.

Fuente: Clínica Medina

Periodo: Enero – Marzo 2012

Localidad 1: comprende a los usuarios que viven en la ciudad de Guayaquil, donde se encuentra la Clínica.

Localidad 2: engloba a todas las parroquias y cantones dentro de la Provincia del Guayas y fuera del cantón.

4. Identificar las 10 primeras causas de morbilidad en consulta externa y hospitalización

Nº	Causas de morbilidad y mortalidad	Cantidad	%
1	Infección respiratoria aguda	1260	36
2	Enfermedad diarreica aguda	150	16
3	Traumatismo - fracturas	28	10
4	Infección vías urinarias	120	8.3
5	Hipertensión	216	5.7
6	Diabetes	123	5.2
7	Lumbalgias	151	4.7
8	Hernias	216	4.2
9	Sobrepeso	115	3.5
10	Obesidad	121	3.2
Total		2.500	100%

Tabla 4.10. Diez primeras causas de morbilidad y mortalidad, en consulta externa y hospitalización. Fuente: Departamento de Estadística Hospital Provincial. Período: Enero – Diciembre 2011.
Fuente: Clínica Medina

5. Identificar la demanda efectiva atendida de usuarios.

Demanda efectiva atendida:

Nº de usuarios que reciben atención médica en menos de 3 horas / Total de usuarios que solicitaron la atención médico.

Descripción	Usuarios
Solicitan atención médica	17.359
Reciben atención médica en menos de 3 horas	5.786
No reciben atención médica	11.573
Demanda efectiva atendida	0,33

Tabla 4.11. Demanda efectiva atendida y no atendida en la consulta externa de la Clínica.

Fuente: Clínica Medina

Oferta

Para este efecto, se debe evaluar la estructura orgánica, estructura funcional, recursos humanos, recursos físicos. Recursos financieros y sistemas de información.

En la estructura orgánica se toma en consideración si existe un organigrama y si éste cuenta con líneas de coordinación, así como de asesoría y apoyo.

Estructura orgánica	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Existe organigrama	3	0,20	0,60
El organigrama posee líneas de coordinación	4	0,30	1,20
El organigrama posee líneas de asesoría	4	0,25	1,00
Su ubicación jerárquica está acorde con las normas internacionales	3	0,25	0,75
Total	-	1,00	3,55

Tabla 4.11. Estructura Orgánica

Fuente: Departamento de Recursos Humanos Clínica Medina.

En la estructura funcional se analiza los siguientes puntos:

Estructura funcional	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Existe manual de funciones	1	0,4	0,4
Existe manual de procedimientos administrativos	2	0,3	0,6
Existe manual de procedimientos técnicos	3	0,3	0,9
Total	-	1,0	1,9

Tabla 4.11. Estructura Funcional.

Fuente: Departamento de Recursos Humanos Clínica Medina.

Recursos humanos

Total de usuarios para la especialización / N° médicos por especialización

Descripción	Cantidad de médicos	N° de atenciones	Índice
Medicina general	8	2500	401,4
Cirugía	2	2300	299
Traumatología	2	1.414	707
Pediatría	5	250	911,8
Ginecología	5	2100	182,2
Medicina para discapacidad	1	46	46
Neumología	1	588	588
Neurología	1	979	979
Dermatología	1	1.066	1.066
Nutrición	1	901	901
Obstetricia	7	2480	440,9

Tabla 4.12. Número de atenciones para cantidad de médicos existentes.

Fuente: Departamento de Recursos Humanos Clínica Medina.

Recurso Humano	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Personal de enfermería	3	0,3	0,9
Personal de estadística	3	0,3	0,9
Médicos	2	0,4	0,8
Total	-	1,0	2,6

Tabla 4.13. Recurso Humano dentro de la consulta externa y hospitalización.

Fuente: Departamento de Recursos Humanos.

Recursos Físicos

Recurso Físico	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Se cuenta con área de espera en general	4	0,3	1,2
Se cuenta con área sanitaria para el área de espera	4	0,3	1,2
Se cuenta con equipo básico para consultorio	4	0,4	1,6
Total	-	1,0	4,0

Tabla 4.14. Recurso Físico Fuente: Departamento de Gestión de Servicios Institucionales de Clínica Medina.

Recurso financiero

Recurso Financiero	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Se cuenta con presupuesto para funcionamiento	4	0,5	2
Se cuenta con presupuesto para inversión	4	0,5	2
Total	-	1,0	4,0

Tabla 4.15. Recurso Financiero Fuente: Departamento Administrativo

PROCESOS

Pacientes	Tiempo de espera para consulta médica (minutos)								Total min	Total horas
	Atención previa cita									
X	60	30	3	45	4	120	20	282	4,7	
Y	70	35	4	60	3	150	17	339	5,65	
Z	45	40	3	60	4	180	18	350	5,83	

Tabla 4.16. Tiempo de espera para la consulta médica.

Fuente: Encuesta

Los pacientes X, Y, Z, corresponden a los promedios de las tres semanas que se realizó la investigación. En ella, da como resultado un promedio de más de cinco horas de espera para recibir la atención médica.

RESULTADOS

Rendimiento: N° de consultas realizadas / N° de horas laboradas.

Rendimiento diario: 40 pacientes / 4 horas = 2.5

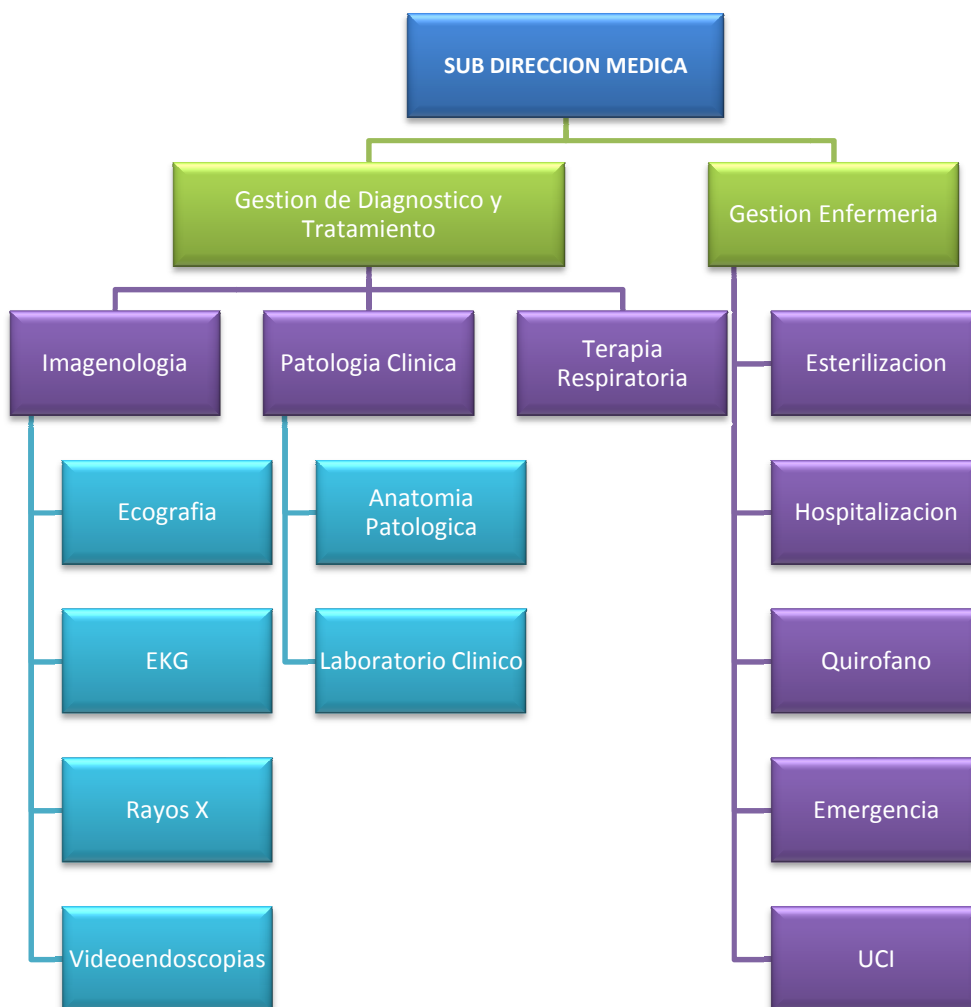
Fuente: Archivo del departamento de estadística.

El rendimiento ideal para el médico es de dos a tres pacientes por hora.

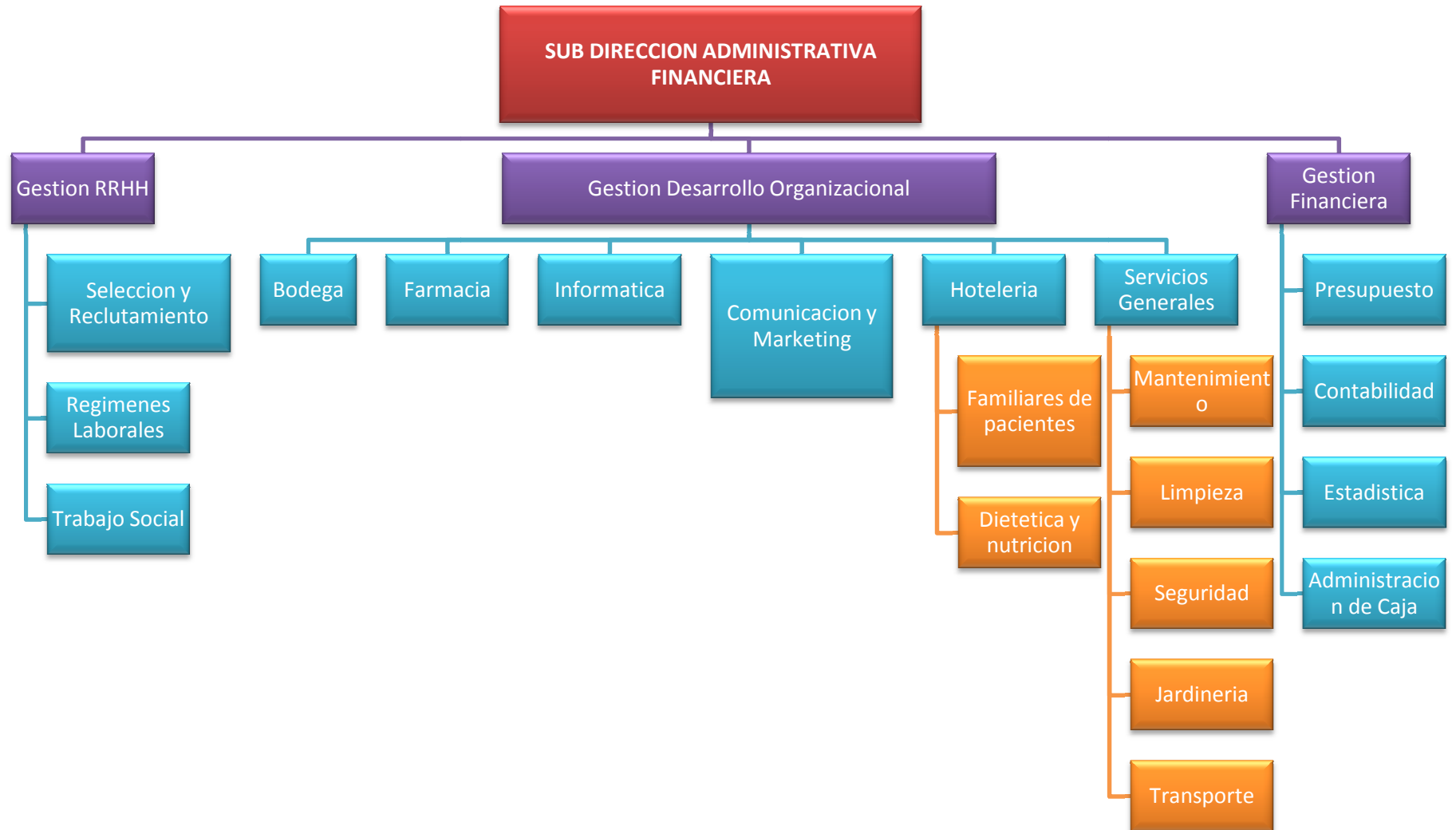
En este caso, el rendimiento de la consulta externa es adecuado.

REESTRUCTURACIÓN DE ORGANIGRAMA FUNCIONAL

Flujogramas de atención re estructuradas:



IMPLEMENTACIÓN DE ORGANIGRAMA DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL



REINGENIERÍA DE PROCESOS EN CLÍNICA MEDINA

PRIORIDADES DE REINGENIERÍA PARA EL AÑO 2013-2014

A continuación se resumen las consideraciones para la reingeniería, ya sean de optimización o de inversión, recomendadas por cada uno de los objetivos estratégicos y estrategias planteadas en los últimos cinco años. Cabe indicar que estas consideraciones se han derivado del análisis de la problemática que se describe en el presente Plan y de los aportes del personal del Hospital que trabajó en conjunto con los investigadores.

Propuestas de reingeniería por áreas

- **Reingeniería en procesos administrativos**
 - Implementación de consultorios de especialidades
 - Adquisición de lámparas para mejorar las luminarias en las instalaciones.
 - Plan de administración y reposición de productos y servicios.
 - Depuración de archivos
 - Detalle de presupuesto para la programación de las compras de materiales y suministros
 - Instrumentos de la elaboración de presupuestos y planeación estratégica organizacional basados en el PEI, y matrices FODA, EFE y EFI.
 - Mejoramiento del sistema de recolección de datos y del sistema contable-financiero.
 - Administración de contratos con terceros (seguros, médicos, especialistas)
 - Administración de los recursos humanos.

- **Reingeniería de procesos operativos**
 - Sectorización de atención a madres adolescentes en servicios de gineco-obstetricia.

- Habilitar áreas para la evacuación y clasificación de desechos hospitalarios.
- Mejoramiento e implementación de la señalización interna en la clínica.
- Supervisión en cada área de trabajo como medida de control de calidad en la atención y los procesos eficientes.
- Creación de mecanismos de apoyo a los pacientes durante su estancia hospitalaria.
- Capacitación del personal de acuerdo a su especialidad.
- Capacitar al personal para mejorar la eficiencia y administración de fichas clínicas.
- Planes de renovación e innovación de instrumentales médicos.
- Incorporación de un sistema de quejas (control de calidad)
- Acciones de desarrollo de salud preventiva a clientes y trabajadores.
- Control de fuga de talentos y personal capacitado.

Matriz de las propuestas de reingeniería

	PROPUESTA RE INGENIERÍA	PROBLEMA A RESOLVER	AREA RESPONSABLE
1	Sectorizar a madres adolescentes para la atención en el Departamento de Gineco-Obstetricia	Madres adolescentes que requieren un trato diferenciado por su condición y por su incidencia. Un 20% de las madres atendidas en el hospital son madres adolescentes, las cuales reciben atención junto a los demás casos.	Dpto. Gineco-Obstetricia
2	Implementar Consultorio de la especialidad de Nefrología.	La especialidad de Nefrología no brinda servicios a los usuarios.	Departamento de Consultorios Externos.
3	Adquirir lámparas cialíticas para Centro Quirúrgicos.	Escaso número de lámparas cialíticas que dificulta el trabajo del personal de Sala de Operaciones.	Personal del Dpto. de Logística
4	Habilitar de áreas de botadero y lavadero en las unidades de Ginecología y Cirugía	Inadecuada espacio de funcionamiento de lavadero en las unidades de Ginecología y Cirugía.	Oficina de Servicios Generales.
5	Detallar el techo presupuestal de cada servicio en el Hospital, para una adecuada programación de sus compras.	Los servicios del Hospital desconocen el monto presupuestal asignado para su área, lo cual le permite una adecuada programación de sus actividades.	Todos los Departamentos
6	Elaborar un Plan Anual de Mantenimiento y Reposición por cada servicio (stock básico de reemplazo de accesorios eléctricos, de sistema de agua, etc.)	Inexistencia de un Plan de Reposición y mantenimiento que permita a cada servicio conocer la cantidad de accesorios que necesitan reponer.	Todos los Departamentos
7	Supervisar la ejecución del presupuesto por cada servicio (Control Interno)	Las ejecuciones presupuestales no consideran los techos presupuestales asignados inicialmente y no hay un respeto por las programaciones iniciales por servicio.	Todos los Departamentos

8	Elaborar disposiciones para garantizar que el personal médico del hospital supervisa al personal interno, encabezado por los Jefes de Guardia.	El personal médico no supervisa adecuadamente a los internos de medicina que laboran en el Hospital.	Oficina de Docencia e Investigación
9	Señalar de manera integral la ubicación de los servicios del Hospital y de las áreas de riesgo de contagio de enfermedades intrahospitalarias.	Usuarios del Hospital desconocen la ubicación de los Dptos. Médicos y otros servicios como Farmacia y Laboratorios. Asimismo los usuarios están en riesgo de contagio de enfermedades intrahospitalarias al transitar por algunas áreas del Hospital de acceso restringido por una inadecuada señalización.	Oficina de Comunicaciones
10	Depurar Archivos Radiológicos antiguos.	Archivos radiológicos antiguos innecesarios generan desorganización y ocupan espacio.	Dpto. Diagnóstico por Imágenes.
11	Actualizar y complementar "Guías de Prácticas Clínicas de atención".	Escaso número de Guías de Prácticas Clínicas en el Hospital. Y las que existen están incompletas o desactualizadas.	Oficina de Gestión de la Calidad
12	Elaborar el MOF de la Oficina de Servicios Generales.	La Oficina de servicios Generales no cuenta con Plan de Gestión y un MOF adecuadamente elaborado.	Oficina de Servicios Generales.
13	Aplicar de manera efectiva la directiva de mantenimiento y ampliación de funciones del Comité Farmacológico.	Se presenta casos de medicamentos vencidos y en mal estado en el almacén.	Dpto. de Farmacia, Unidad de Almacén y Comités responsables.
14	Crear mecanismos de apoyo a los pacientes para disminuir el tiempo de estancia innecesaria de los mismos.	Estancia hospitalaria prolongada de los usuarios por falta de recursos para la compra de medicinas y otros gastos.	Servicio Social, SIS y Damas Voluntarias.
15	Difundir los instrumentos de Organización y Gestión (PEI, ROF, MOF, POI, Presupuesto)	Desconocimiento y confusión por parte del personal de los instrumentos de Gestión y Organización.	Oficina Ejecutiva de Planeamiento estratégico y de Comunicación.

	PROPUESTA DE OPTIMIZACIÓN	PROBLEMA A RESOLVER	ÁREA RESPONSABLE
16	PROPUESTA RE INGENIERÍA Capacitar al personal de acuerdo a su especialidad y en función al ámbito de su labor dentro del Hospital.	El personal requiere interrelacionar su trabajo individual con el colectivo, en el área donde se desempeña, para obtener mejores resultados	Oficina Ejecutiva de Personal y todos los departamentos.
17	Capacitar al personal en la utilización de los resultados que ofrecen los nuevos laboratorios que tiene mayores especificaciones	El personal desconoce algunas de las nuevas utilidades que ofrecen los laboratorios recientemente implementados en el Hospital.	Oficina Ejecutiva de Personal, oficina de comunicaciones y todos los departamentos.
18	Seguimiento al Programa implementado de ampliación de los servicios de Apoyo al Diagnóstico: Laboratorio y Radiología	El programa está recién implementado y se requiere saber su impacto en el servicio en el Hospital.	Dpto. de Diagnóstico por Imágenes, Laboratorio y OEPE.
19	Crear mecanismos de control de la calidad de las órdenes de análisis de laboratorio, resultados de laboratorio y prescripciones médicas en el Hospital.	Órdenes de análisis de laboratorio, resultados de laboratorio y prescripción médica errados.	Oficina de Gestión de la Calidad y Dpto. de Laboratorio.
20	Realizar cursos de sensibilización en: Puntualidad y cumplimiento del horario de atención, Cumplimiento de Procedimientos Médicos y Correcto llenado de Historias Clínicas. Las órdenes de análisis de laboratorio, los resultados de laboratorio y prescripciones médicas.	El personal no cumple con los horarios de atención. El personal asistencial no cumple de manera adecuada los Procedimientos Médico. Asimismo, las Historias Clínicas son llenadas incorrectamente por los médicos y las prescripciones erradas.	Oficina de Personal, Comité de Capacitación de Personal.
21	Mejorar el sistema de recolección de datos en el Hospital.	Indicadores no reflejan la realidad de la problemática hospitalaria.	Oficina de Estadística e Informática.
22	Capacitar al personal en el llenado correcto de fichas médicas nuevas.	El personal médico desconoce el correcto llenado de las nuevas fichas médicas.	Todos los Departamentos
23	Implementar un Plan de renovación de instrumental médico y evaluación integral de los responsables de las compras.	Instrumental médico insuficiente y en mal estado con los que el personal brinda las atenciones a los usuarios.	Personal del Dpto. de Logística
24	Elaborar e Implementar un Plan de mantenimiento, preventivo y correctivo, del equipamiento biomédico.	El equipo médico se malogra por falta de mantenimiento. Y cuando necesita ser reparado, este no es de manera oportuna.	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento (Soporte de Equipos Médicos y Unidad de Mantenimiento)

25	Evaluación integral de los responsables de las compras. Mejorar el sistema de compras para el Abastecimiento de insumos médicos y medicinas para optimizarlo.	Insumos médicos insuficientes que llegan de manera poco oportuna. Médico receta medicina y el usuario no lo encuentra.	Oficina de Logística
26	Realizar el Saneamiento físico y legal	El Hospital no cuenta con el título de propiedad del área que ocupa.	Oficina de Asesoría Jurídica.
27	Optimizar la recolección y venta de artículos reciclados.	Existencia de artículos reciclado en el Hospital, los cuales no están siendo reciclados para su posterior venta.	Oficina de Servicios Generales.
28	Mejora la administración de ambientes con terceros (concesiones)	Actualmente los concesionarios están dispersos en el Hospital, en ambientes poco adecuados para la atención de los usuarios	Oficina de Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
29	Sistema de queja reportado al MINSA (Gestión de calidad)	Actualmente el sistema de quejas no está automatizado ni cuenta con un sistema adecuado de seguimiento.	Oficina de Gestión de Calidad
30	Implementar acciones en desarrollo de la Salud preventiva a los trabajadores.	El personal del Hospital, al igual que los usuarios no desarrolla una actitud de salud preventiva.	Oficina de Personal y Comité de Capacitación de personal.
31	Mejorar el sistema de recolección de información sobre ocupación de camas	Información no refleja la realidad de la problemática hospitalaria.	Oficina de Estadística
32	Crear mecanismos para mantener al personal (control de fuga de talentos y personal capacitado por el Hospital)	Personal capacitado por el hospital se retiran del hospital a laborar en otras instituciones.	Comisión de Capacitación de Personal

Fuente: Investigación de Campo "Clínica Medina"

Elaborado por: Los investigadores

Reingeniería del Proceso General de los Servicios en Clínica Medina

Previamente a la descripción del proceso que siguen los usuarios, para atenderse en la Clínica, a continuación se presenta la cartera de los principales servicios asistenciales en el Macroservicio de Consulta Externa.

En el caso del Macroservicio de Emergencia, se brindan servicios a través de 5 consultorios médicos, Shock Trauma y la Unidad de Cuidados Intensivos. Los consultorios con los que cuenta son:

- Medicina
- Pediatría
- Cirugía
- Traumatología
- Gineco-Obstetricia

El usuario que se acerca al Hospital para atenderse por alguna enfermedad o accidente, pasa por diversos procesos hasta recibir la atención médica requerida y finalmente salir de la Clínica.

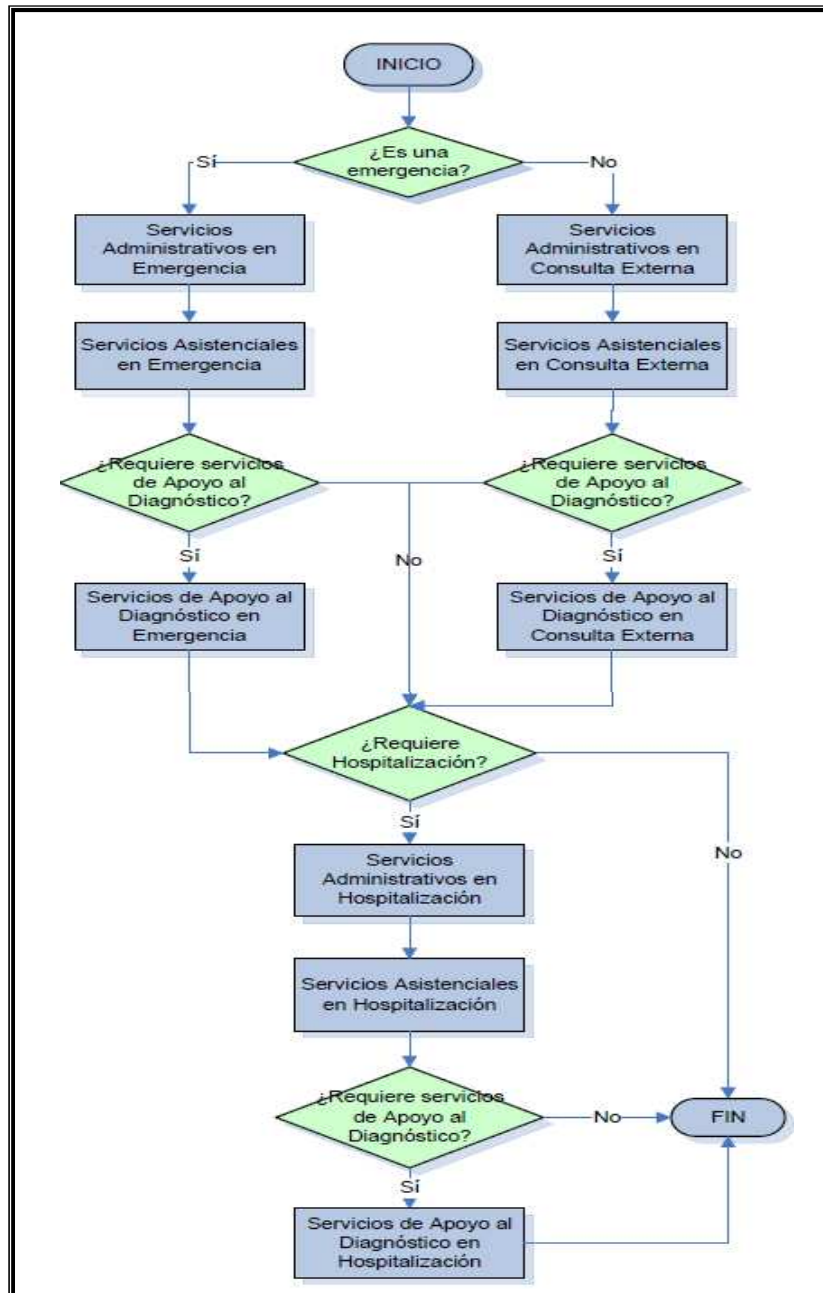
Al inicio de todos los procesos por los que pasa el usuario en su visita a la Clínica, se toma una decisión respecto a la pregunta: ¿Es una emergencia?, si la respuesta es afirmativa se dirige al Macroservicio de Emergencia, si la respuesta es negativa se dirige al Macroservicio de Consulta Externa, en el entendido de que el Hospital tiene estos dos Macroservicios como únicas dos modalidades de ingreso para recibir una atención, dado que el Macroservicio de Hospitalización lo dirige el médico tratante.

Si el usuario se dirige a las especialidades del Macroservicio de Consulta Externa, primero será atendido por el personal de Servicios Administrativos de consultorios externos que comprenden el Servicio de Admisión en caso de ser un usuario nuevo y de Caja en los cuales paga por los servicios. Posteriormente se dirige a recibir los Servicios Asistenciales por parte del personal médico y se dirige a los servicios de Apoyo al Diagnóstico de ser indicado por el médico. A su vez, si el usuario requiere de Hospitalización, es derivado a este Macroservicio pasando por una serie de procesos similares.

En el caso del Macroservicio de Hospitalización, el proceso sucede de manera similar al caso del Macroservicio de Consulta Externa y Macroservicio de Emergencia.

La sucesión de procesos por los que pasa el usuario en el Hospital para recibir los servicios de consultorios externos y emergencia se muestra en el flujograma presentado a continuación.

Flujograma N° 1: Proceso de una atención médica en Clínica Medina



Procesos a Nivel de Macroservicios

La clínica Medina, brinda atenciones de salud a la población a través de tres Macroservicios, antes mencionados. Los usuarios que buscan atención en la clínica, deben realizar determinadas acciones y pasar por todos los procesos para recibir las atenciones de consulta y hospitalarias. A continuación, se describirán los procesos dentro de cada uno de los Macroservicios.

MACROSERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

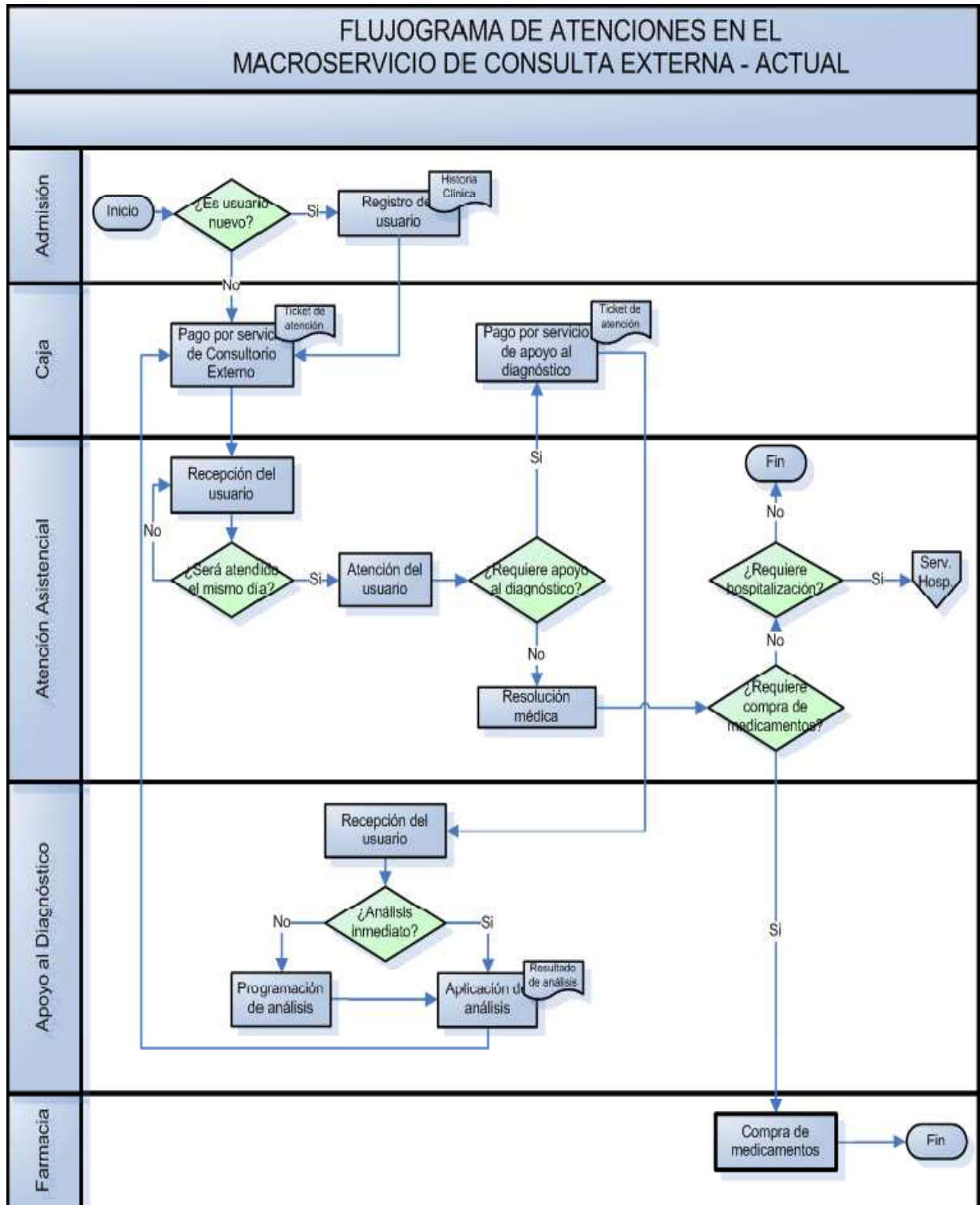
El usuario que por primera vez busca atención en las especialidades del Macroservicio de Consulta Externa de Clínica Medina, se dirige al servicio de Admisión para realizar el registro correspondiente para generar su Historia Clínica. Posteriormente, se dirige a Caja a pagar la consulta, donde le hacen entrega de un ticket de atención.

Con la obtención del ticket de atención espera hasta ser atendido por el especialista donde de ser el caso le indican si es necesario realizarse algún análisis o examen ecográfico o examen radiográfico. Si no requiere de ningún tipo de análisis, el médico dicta su resolución médica y el usuario realiza la compra de medicamentos de ser necesario. En caso de ser requerido el servicio de apoyo al diagnóstico, el usuario se dirige a Caja a realizar el pago del mismo, y luego pasa al Servicio de apoyo al diagnóstico donde le realizan el análisis o la posterior programación del análisis obedeciendo al tipo de análisis y al horario de atención.

Cuando el usuario ya recibió el servicio de Apoyo al Diagnóstico, se dirige nuevamente a Caja para hacer el pago de una nueva consulta junto a los resultados del servicio realizado por Apoyo al diagnóstico. Con los resultados de su análisis, el usuario pasa por el mismo proceso anterior hasta ser atendido por el médico quien dicta la resolución médica y receta el medicamento necesario y/o lo deriva al Macroservicio de Hospitalización de ser el caso.

El flujograma de procesos en el Macroservicio de Consulta Externa termina cuando el usuario hace la compra de medicamentos o cuando es dirigido a otro Macroservicio.

Flujograma N° 2: Proceso la atención en la Clínica: Macroservicio de Consulta Externa



Elaborado por: Los investigadores

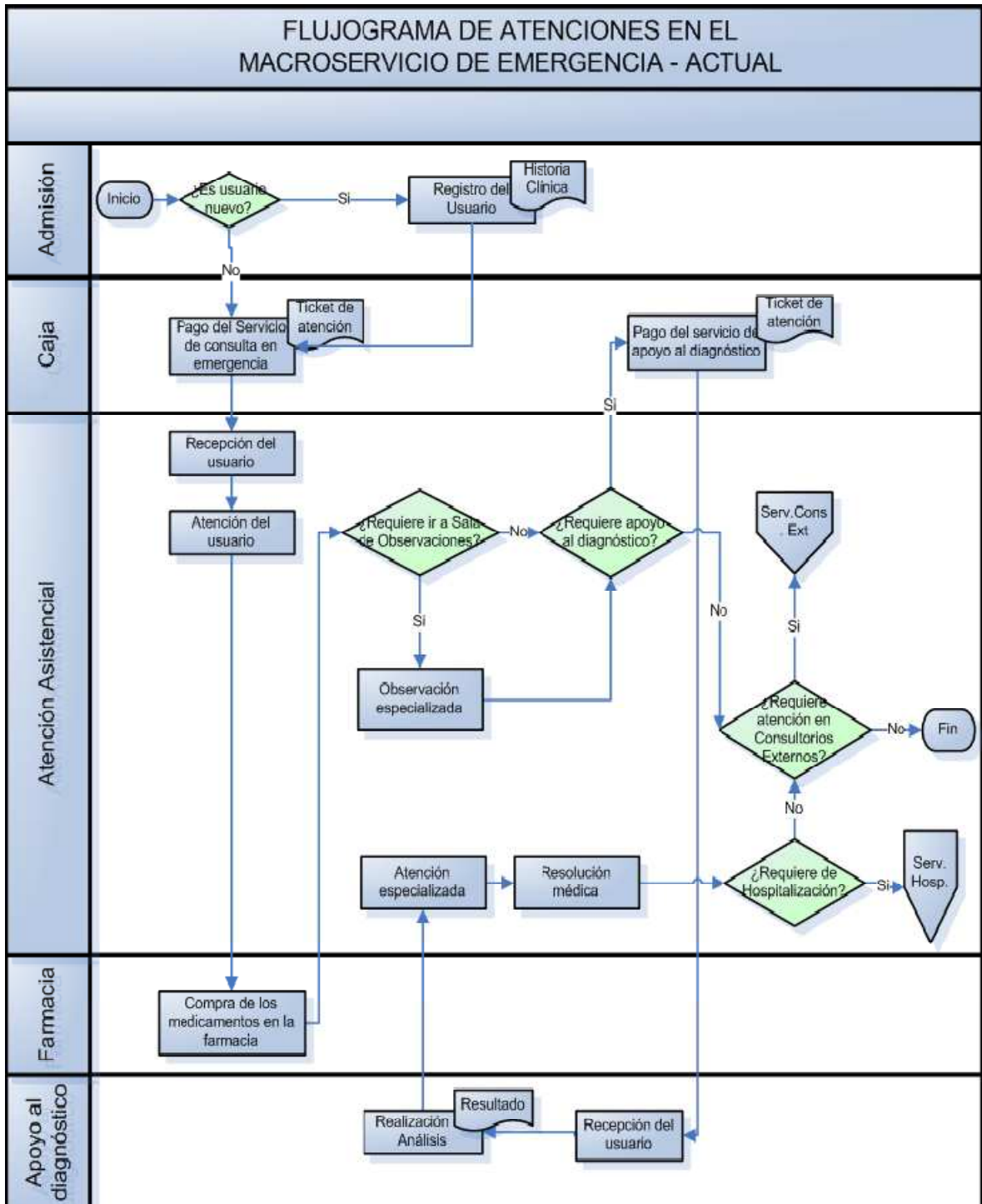
MACROSERVICIO DE EMERGENCIA

En este Macro servicio, si el usuario es nuevo, él o un familiar deben dirigirse al Servicio de Admisión para generar su Historia Clínica como en el caso del Macro servicio de Consulta Externa y seguir el mismo procedimiento hasta la atención del usuario por parte del personal médico asistencial.

Posteriormente a la atención recibida, el usuario o su familiar realiza la compra del medicamento necesario en Farmacia y luego es dirigido a la Sala de Observaciones de ser necesario, para la observación especializada del médico, si este no es requerido entonces el médico le dirá si es necesario recibir el servicio de Apoyo al Diagnóstico para realizar el pago del mismo en Caja y pasar por un proceso similar al de Consulta Externa hasta la resolución médica especializada. Con la resolución del médico el usuario es derivado a otro Macro servicio o finaliza su atención dentro del Hospital.

Para mejorar la prestación de servicios que brinda el Macro servicio de Emergencia, la existencia del servicio de Triage es fundamental debido a que permitirá que los usuarios se acerquen al hospital por una emergencia o urgencia, puedan ser derivados de manera rápida al médico especialista que pueda atenderlo correctamente.

Flujograma N° 3: Proceso de una atención en la Clínica: Macroservicio de Emergencia



Elaborado por: Los investigadores

MACROSERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

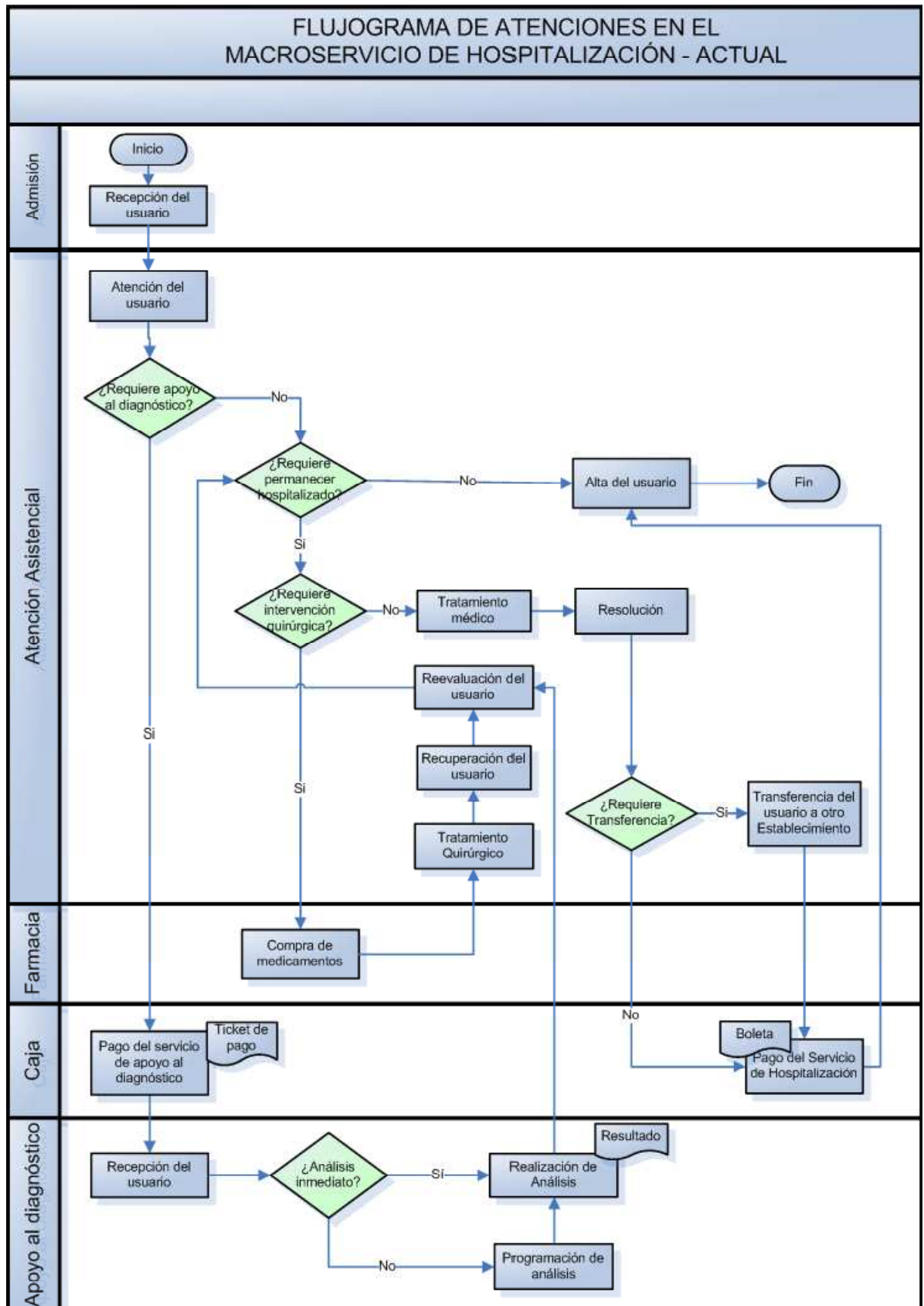
En el MacroserVICIO de Hospitalización, los pacientes ingresan derivados de uno de los otros dos MacroserVICIOS (Consulta Externa o Emergencia).

En hospitalización el paciente es recepcionado y le es asignado una cama, posteriormente si es necesario recibir el servicio de Apoyo al Diagnóstico el usuario se dirige a Caja a pagar dicho servicio y le es realizado el análisis correspondiente de manera inmediata o le es programado la realización del análisis en función del tipo de análisis requerido. En el caso de no requerir los servicios de apoyo al diagnóstico el médico resuelve si es necesario hospitalizarlo para tratamiento o para realizarle una intervención quirúrgica.

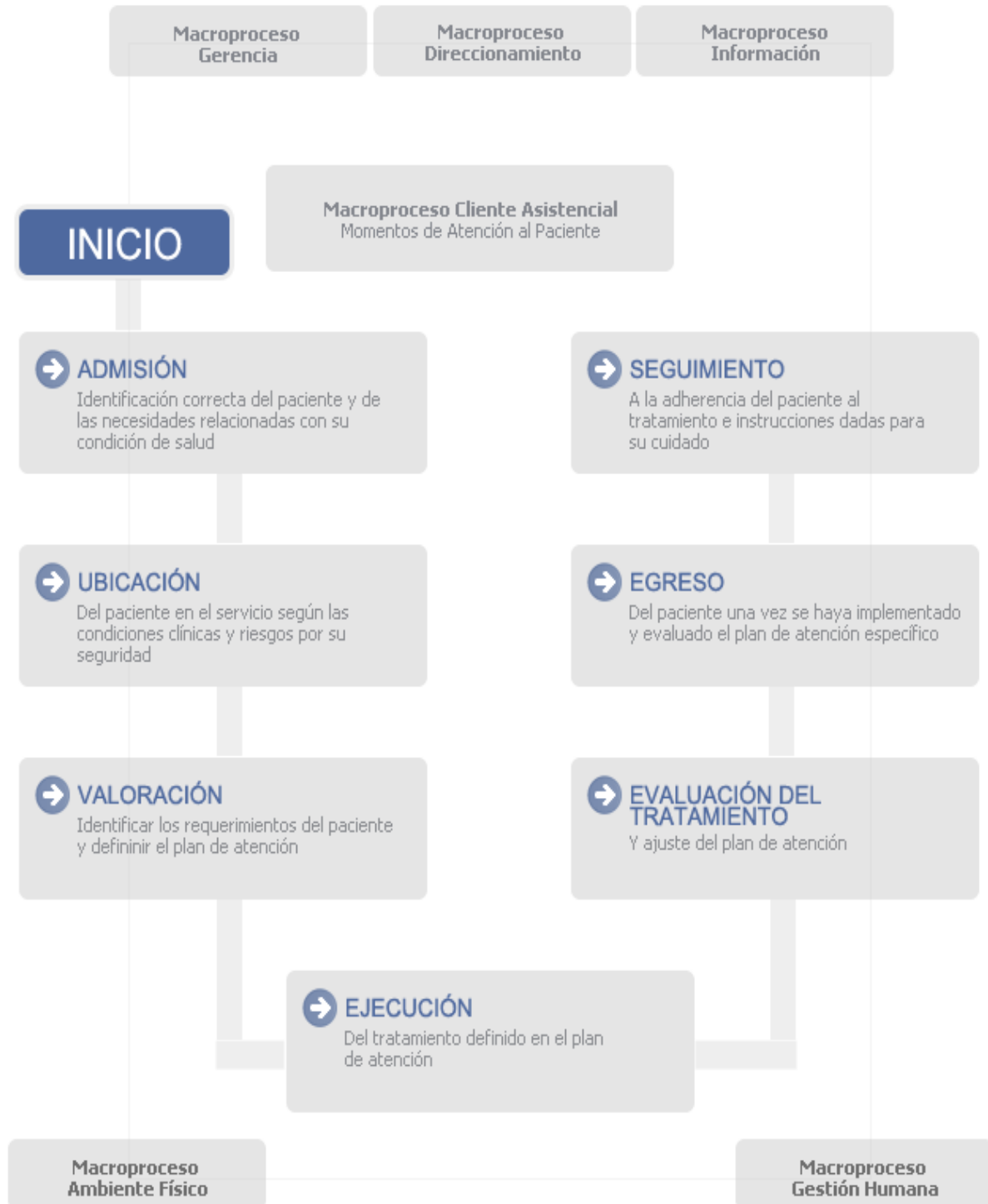
Para el primer caso, el usuario recibe el tratamiento requerido y es dado de alta al final del tratamiento, para el segundo caso si el usuario requiere intervención quirúrgica, se compra el medicamento requerido por el médico en farmacia y es intervenido quirúrgicamente.

Posterior a la intervención quirúrgica, el usuario es trasladado a la sala de recuperación y es revaluado por el personal médico quien resuelve si es necesario que el usuario sea hospitalizado para tratamiento o sea dado de alta.

Flujograma N° 4: Proceso de una atención en la Clínica: Macroservicio de Hospitalización



FLUJOGRAMA GENERAL



ESTADOS FINANCIEROS

FLUJO DE CAJA PROYECTADO

CUENTAS		2012	2013
	Ventas	\$ 201.840,00	\$ 234.450,00
(-)	Costo de Ventas	\$ 17.280,00	\$ 19.950,00
	UTILIDAD BRUTA	\$ 184.560,00	\$ 214.500,00
(-)	Gastos Administrativos	\$ 171.339,12	\$ 176.572,58
(-)	Gastos de Ventas		
	UTILIDAD OPERATIVA	\$ 13.220,88	\$ 37.927,42
(-)	Gastos Financieros	\$ 1.602,13	\$ 1.351,49
	UTILIDAD ANTES DE IMP. Y PART. DE TRAB.	\$ 11.618,75	\$ 36.575,93
(-)	15% Participación Trabajadores	\$ 1.742,81	\$ 5.486,39
	UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	\$ 9.875,94	\$ 31.089,54
(-)	25% Impuestos a la Renta	\$ 2.468,98	\$ 7.772,39
	UTILIDAD NETA	\$ 7.406,95	\$ 23.317,16
	Más:		
	Depreciación	3.570,00	3.570,00
	Mas:		
	Amortizaciones	100,00	100,00
		11.076,95	26.987,16
	Menos:		
	Pago de Capital Préstamo	2.444,65	2.695,28
	FLUJO DE CAJA NETOS	8.632,30	24.291,87
	Inversión Inicial		
	Venta de Inversión al final del Periodo		
	Flujo de Caja Neto	\$ 8.632,30	\$ 24.291,87
	Caja inicial	\$ 8.000,00	\$ 16.632,30
	Flujo de Caja acumulado	\$ 16.632,30	\$ 40.924,17

BALANCE GENERAL

	2012	2013
ACTIVOS		
<u>ACTIVO CORRIENTE</u>		
Caja	\$16.632,30	\$40.924,17
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	\$16.632,30	\$40.924,17
<u>ACTIVOS FIJOS</u>		
Terreno	125.000,00	143.000,00
Edificios	250.000,00	267.000,00
Mobiliario	\$77.300,00	\$77.300,00
Maquinaria/Equipo	\$119.950,00	\$119.950,00
Adecuaciones	\$21.500,00	\$21.500,00
(-) Depreciación Acumulada	-\$23.570,00	-\$27.140,00
TOTAL ACTIVOS FIJOS	\$570.180,00	\$601.610,00
<u>ACTIVOS DIFERIDOS</u>		
Gastos de Constitución	\$1500,00	\$1500,00
(-) Amortización Acumulada	-\$150,00	-\$300,00
TOTAL ACTIVOS DIFERIDOS	\$1.650,00	\$1.800,00
TOTAL ACTIVOS	\$588.462,30	\$644.334,17
PASIVOS		
<u>PASIVOS CORRIENTES</u>		
	\$0,00	\$0,00
TOTAL PASIVOS CORRIENTES	\$0,00	\$0,00
<u>PASIVOS A LARGO PLAZO</u>		
Obligaciones Bancarias L.P.	\$12.555,35	\$9.860,07
TOTAL PASIVOS A LARGO P.	\$12.555,35	\$9.860,07
TOTAL PASIVOS		
PATRIMONIO		
Capital Social	\$568.500,00	\$603.749,99
UT. Del Ejercicio	\$7.406,95	\$23.317,16
Utilidad acumulada		\$30.724,11
TOTAL PATRIMONIO		
PASIVOS + PATRIMONIO	\$588.462,30	\$644.334,17
	\$0,00	\$0,00

ESTADO DE RESULTADOS - PÉRDIDAS Y GANANCIAS

	2012	2013
Ventas	\$ 201.840,00	\$ 234.450,00
Costo de Ventas	\$17.280,00	\$ 19.950,00
UTILIDAD BRUTA	\$ 184.560,00	\$ 214.500,00
Gastos Administrativos	\$ 168.429,12	\$ 173.662,58
Gastos de Ventas		
OTROS GASTOS (Marketing)	\$ 2.910,00	\$ 2.910,00
UTILIDAD OPERATIVA	\$ 13.220,88	\$ 37.927,42
Gastos Financieros	1.602,13	1.351,49
UTILIDAD ANTES DE IMP. Y PART. DE TRAB.	\$ 11.618,75	\$ 36.575,93
15% Participación Trabajadores	\$ 1.742,81	\$ 5.486,39
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	\$ 9.875,94	\$ 31.089,54
25% Impuestos a la Renta	\$ 2.468,98	\$ 7.772,39
UTILIDAD NETA	\$ 7.406,95	\$ 23.317,16

SITUACIÓN ACTUAL

Clínica Medina, del norte, cuenta con buena infraestructura, tecnología de punta en sus equipos médicos y atención médica en todas las especialidades.

Los archivos de estadísticas de ingresos anuales de pacientes, registran una atención de 2.500 pacientes por año en hospitalización.

Cuenta con un total de 25 camas para la atención a los pacientes, distribuidos de la siguiente manera:

Cirugía	17 camas	68%
UCI	2 camas	8%
Maternidad	6 camas	24%

- **ESTRUCTURA**

PLANTA BAJA
Información
Administrativo
Estadística
Trabajo Social
Farmacia
Gerencia
Emergencia
Consultorio 1
Consultorio 2
Consultorio 3
Consultorio 4
Consultorio 5
Ecografía
Rayos X
Laboratorio Clínico
Habitación 101
Habitación 102
Habitación 103
UCI
Quirófano
Neonatología

PRIMER PISO
Estación de enfermería
Habitación 201
Habitación 202
Habitación 203
Habitación 204
Habitación 205
Quirófano
Neonatología

SEGUNDO PISO
Maternidad
Quirófano
Neonatología

IMPACTO SOCIAL EN EL MERCADO

El impacto que Clínica Medina, genera en el mercado en cuanto a la prestación de servicios en salud es que presta servicios a la comunidad para contribuir a reducir los índices de morbilidad y mortalidad por diversas patologías que aquejan a la sociedad.

Ofrece beneficios de tratamientos y asistencia clínica programada y ambulatoria, en pro de la mejora de la salud y en la satisfacción de los pacientes así como mejora en la eficiencia y equidad del sistema sanitario.

Clínica Medina es una empresa familiar que está comprometida a ofrecer servicios de salud tanto al paciente como a los profesionales que laboran en esta institución, ubicada en la ciudad de Guayaquil, brindando atención de calidad, eficiencia y equidad, junto a la tecnología de punta, con la finalidad de la satisfacción como propietarios para nuestros usuarios y colaboradores, reflejándose una imagen de confianza y seguridad.

Genera beneficios económicos con la creación de empleo y las ganancias resultantes de los servicios prestados obtenidos por la actividad productiva dentro del mercado, que generan el pago de impuestos que contribuyen a fortalecer la economía del país.

VISIÓN

Procurar en el menor tiempo posible, contar con una Clínica desarrollada moderna, y con liderazgo; que tenga una adecuada infraestructura física, equipamiento y medios de gestión.

Contribuir al mantenimiento y recuperación de la salud y bienestar de sus clientes, ofreciendo servicios y productos de excelencia, para lograr en el menor tiempo posible, ser reconocidos como una empresa de salud, que brinda sus servicios de alta calidad y a bajos costos.

MISIÓN

Desarrollar técnica y gerencialmente los servicios de salud en la ciudad de Guayaquil, para brindar atención de calidad, eficiencia y equidad, buscando la excelencia en el servicio, que satisfaga las necesidades tanto del paciente como de los profesionales que laboran en la Clínica Medina.

ESTRATEGIA ACTUAL

La Clínica Medina, se encuentra en la actualidad en proceso de mejoramiento de sus instalaciones, debido a que, dentro de sus debilidades se tiene la falta de ascensor.

Como estrategia actual, se está trabajando en las adecuaciones de infraestructura para brindar un mejor servicio a los pacientes y usuarios de la clínica.

VALORES

Honradez e Integridad: La solvencia moral y profesional de la institución se verá reflejada en la satisfacción de sus clientes.

Responsabilidad: La atención en las unidades es realizada a través de protocolos de procedimientos estandarizados para certificar la calidad de atención.

Ética: Desarrollan un conjunto de principios y normas morales que regulan las actividades humanas.

Innovación y mejora continua: introducen novedades con el fin de mejorar el servicio. MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS - "CLINICA MEDINA".

Trabajo en equipo: Colaboran todas las personas integrantes de la Clínica, para lograr un fin. Trabajan en forma coordinada y con organización.

Afán de Servicio: La mejor atención con entrega hacia los clientes.

ANÁLISIS DE COMPETENCIA

Matriz de Factores Externos

MATRIZ EFE

Oportunidades	Ponderal	Calificación	Total
Aumento de la demanda de los servicios	0.10	3	0.3
Políticas del estado en aseguramiento universal de salud	0.15	4	0.6
Convenios con seguros privados	0.15	4	0.6
Expansión	0.05	2	0.1
La tecnología quirúrgica ofrece ahorros del 20%	0.10	3	0.3
Situación económica del país	0.05	2	0.3
Amenazas	Ponderal	Calificación	Total
Situación económica del país	0.05	2	0.1
Nuevas leyes referente a la salud	0.10	3	0.3
Competencia	0.10	3	0.3
Mercado laboral	0.10	3	0.3
Políticas de cobro agresivas de proveedores	0.05	2	0.1
	1		3.1

OPORTUNIDADES

AUMENTO DE DEMANDA DE LOS SERVICIOS

Mediante datos estadísticos se ha comprobado el aumento de la población en Ecuador y sin haber aumentado el número de hospitales, lo que aumenta la demanda de los servicios de salud.

POLÍTICAS DE ESTADO EN ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DE SALUD

En referencia al número de afiliados cada vez mayor y a la falta de infraestructura tanto en el MSP y el IESS, estos han optado por la creación de convenios con las clínicas privadas, previo licenciamiento

CONVENIOS CON SEGUROS PRIVADOS

Una amplia cartera de clientes.

EXPANSIÓN

Clínica medina está conformada por dos clínicas, la sucursal norte trabaja al 100% de su capacidad operativa, pero en el sur apenas al 30%, por lo que explotar este mercado daría excelentes ingresos.

LA TECNOLOGÍA QUIRÚRGICA OFRECE AHORROS DEL 20%

Esta comprobado que el uso de equipos para cirugía mínimamente invasiva como el laparoscópico, producen un ahorro en alrededor del 20% del valor total en cada paciente debido a la disminución de los días de estancia intrahospitalaria, y la recuperación más rápida.

SITUACIÓN ECONÓMICA DEL PAÍS

Durante este año ha disminuido la inflación y ha aumentado el producto interno bruto, la capacidad de ahorro está mejorando, lo que permite que el sector privado acceda a la atención particular.

AMENAZAS

SITUACIÓN ECONOMICA DEL PAIS

Las políticas del estado hacia el sector privado, son inestables, lo que debilita la confianza a los inversores.

NUEVAS LEYES REFERENTE A LA SALUD

La última ley aprobada por la asamblea nacional, para el personal médico ha sido muy agresiva y va en contra de los intereses y principios de la clase médica.

COMPETENCIA

Hay gran variedad de clínicas alrededor de clínica medina, lo que es una amenaza si no se está preparado a evolucionar para brindar un mejor trabajo.

MERCADO LABORAL

El déficit de personal médico y paramédico, a esto se suma mejores remuneraciones en otras instituciones ocasionan una fuga del personal.

POLITICAS DE COBRO AGRESIVAS POR LOS PROVEEDORES

A mayor valor de deuda menor el crédito.

MATRIZ EFI

Fortalezas	Ponderal	Calificación	Total
Localización geográfica	0.025	1	0.025
Infraestructura	0.100	3	0.300
Talento humano altamente capacitado	0.050	2	0.100
Disminución de costos en referencia a la competencia	0.100	3	0.300
Fidelidad de los clientes	0.050	2	0.100
Atención ininterrumpida los 365 días del año	0.025	1	0.025
Empresa familiar	0.050	2	0.100
Debilidades	Ponderal	Calificación	Total
Servicio de alimentación deficiente	0.100	3	0.300
Alta rotación del talento humano	0.150	4	0.600
Ausencia de guardianía	0.050	2	0.100
Bajos salarios al personal	0.100	3	0.300
Ausencia de parqueadero y ascensor	0.025	1	0.025
Altos costos medicamentos	0.050	2	0.100
Sistema de estadística deficiente	0.050	2	0.100
Déficit de ambulancia	0.025	1	0.025
Limpieza inadecuada	0.100	3	0.300
	1		2.8

FORTALEZAS

LOCALIZACION GEOGRAFICA

Se encuentra ubicada en la Cdla Kennedy Norte, una zona de amplia plusvalía en la ciudad de Guayaquil.

TALENTO HUMANO ALTAMENTE CAPACITADO

Personal médico y paramédico en capacitación continua y comprometida en la docencia del personal a su cargo.

DISMINUCION DE COSTOS EN REFERENCIA A LA COMPETENCIA

Precios competitivos que buscan la captación del mayor número de clientes, tanto de médicos como de pacientes

FIDELIDAD DE LOS CLIENTES

Satisfaciendo las necesidades del cliente

ATENCION ININTERRUMPIDA LOS 365 DIAS DEL AÑO

Como una institución que brinda servicios de salud, nuestro deber es la constancia en su atención.

EMPRESA FAMILIAR

El núcleo de esta empresa radica en su familia.

AMENAZAS

SERVICIO DE ALIMENTACION DEFICIENTE

Déficit de la constancia del personal de nutrición y alimentación para servir sus servicios a nuestros clientes.

ALTA ROTACION DEL TALENTO HUMANO

Poco compromiso de parte del personal de enfermería, renunciaciones inesperadas antes de dicho contrato.

AUSENCIA DE GUARDIANIA

Aumento de la tasa de robos a vehículos ubicados en la Cdla Kennedy norte.

BAJOS SALARIOS AL PERSONAL

Salarios que no están acorde al mercado laboral actual.

AUSENCIA DEL PARQUEADERO Y ASCENSOR

Deficiencias en estructuras físicas, lo que imposibilita la colocación de un ascensor y espacio físico reducido con lo que tiene que ver para el parqueadero.

ALTOS COSTOS MEDICAMENTOS

El hecho de ser una institución privada, ocasiona precios elevados en comparación a hospitales del sector público

SISTEMA DE ESTADISTICA DEFICIENTE

El departamento de estadística ya está quedando, obsoleto debido a la avalancha tecnológica

DEFICIT DE AMBULANCIA

El no contar con una ambulancia, disminuye la capacidad resolutive de la institución y ocasiona una debilidad en comparación con clínicas ´de alrededor.

LIMPIEZA INADECUADA

Personal poco comprometido con su labor.

MATRIZ FODA

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
OPORTUNIDADES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infraestructura 2. Talento humano altamente capacitado 3. Disminución de costos en referencia a la competencia 4. Fidelidad de los clientes 5. Empresa familiar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servicio de alimentación deficiente 2. Alta rotación del talento humano 3. Bajos salarios al personal 4. Sistema de estadística deficiente 5. Limpieza inadecuada
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento de la demanda de los servicios. 2. Políticas del estado en aseguramiento universal de salud. 3. Convenios con seguros privados. 4. Expansión. 5. La tecnología quirúrgica ofrece ahorros del 20%. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar convenio con estado y seguros privados ofertando nuestros servicios de salud. 2. Fortalecer el área de cirugía mínimamente invasiva. 3. Remodelar clínica medina sur y ampliar atención medica.
AMENAZAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuevas leyes referentes a la salud. 2. Situación económica del país. 3. Competencia. 4. Mercado laboral. 5. Políticas de cobro agresivas de proveedores. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reingeniería de procesos de alimentación y dietética. 2. Aumento gradual del salario hasta llegar a ser competitivo. 3. Abaratar costos 4. Capacitación personal uso de nuevos equipos. 5. Modernizar área estadística.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar convenios con un mayor número de proveedores para así tener más opciones de crédito. 2. Contratar auditores médicos, para evaluar las historias clínicas previa alta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contratar nutricionista. 2. Realizar protocolos de atención medica para evitar iatrogenias. 3. Ofrecer más beneficios a nuestros trabajadores, aumento progresivo de sueldo hasta equiparar con los del mercado. 4. Contratar mayor personal en el área de mantenimiento y limpieza.

IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS

Creación de Políticas de Apoyo

Objetivos	Política de Apoyo 1	Política de Apoyo 2	Política de Apoyo 3
<p>General:</p> <p>Ampliar el mercado de cobertura de servicios de la Salud en Clínica Medina</p>	<p>Promocionar los servicios en empresas que cuenten con servicios de salud particular y que se tiene convenios</p>	<p>Implementación de ofertas en asistencia médica y servicios de salud para el año 2013.</p>	<p>Ofertar la prestación de servicios de cirugía hospitalización ambulatoria.</p>
<p>Específico 1:</p> <p>Incrementar la producción de las áreas de Consulta Externa y hospitalización</p>	<p>Implementación de rotación de horarios durante las 24 horas de atención en áreas de mayor demanda</p>	<p>Diseño de un plan de marketing para promoción de cirugías programadas</p>	<p>Implementación de programas de información a los usuarios y colaboradores para mejorar la producción de los servicios hospitalarios.</p>
<p>Específico 2</p> <p>Evaluar la calidad de la atención en las áreas de mayor afluencia (Consulta Externa y hospitalización).</p>	<p>Realización de encuestas anuales para evaluar la calidad de la atención a los pacientes y usuarios.</p>	<p>Realización de entrevistas al personal administrativo, técnico y médicos que prestan sus servicios para evaluar el trato al personal.</p>	<p>Realizar inversión de incentivos económicos para los recursos humanos de la Clínica.</p>
<p>Específico 3</p> <p>Realizar programas de capacitación para el recurso humano de la Clínica Medina</p>	<p>Convenios con instituciones que brinden capacitación personal profesional en la prestación de servicios de la Salud y administración</p>	<p>La capacitación deberá ser costeadada en 100% por la directiva de la Clínica.</p>	<p>Cada participante debe aportar con ideas para el mejoramiento de los servicios y crecimiento institucional.</p>

Asignación de Tareas y Recursos

Objetivos:	Fecha	Lugar	Recurso	Responsable
<p>General:</p> <p>Ampliar el mercado de cobertura de servicios de la Salud en Clínica Medina</p>	Cuarto trimestre del año 2012	Ciudad de Guayaquil Sector Norte	Técnico Humano Económico	Departamento Administrativo.
<p>Específico 1:</p> <p>Incrementar la producción de las áreas de Consulta Externa y hospitalización</p>	Todo el año 2013.	Clínica Medina Sector Norte	Técnico Humano Económico	Departamento de Planificación Hospitalaria
<p>Específico 2</p> <p>Evaluar la calidad de la atención en las áreas de mayor afluencia (Consulta Externa y hospitalización).</p>	1 evaluación anual durante el último trimestre del año.	Clínica Medina Sector Norte	Técnico Humano Económico	Departamento de Talento Humano
<p>Específico 3</p> <p>Realizar programas de capacitación para el recurso humano de la Clínica Medina</p>	Según lo estipula en la Ley Orgánica de Servicio Pública y las Políticas institucionales de Clínica Medina	Centro de convenciones	Humano Económico	Departamento de Talento Humano

Cronograma de Capacitación del personal

Temas:	Fecha	Lugar	Participantes	Responsable
Eficacia de los procesos administrativos y de control interno de Auditoría	Primer trimestre del año 2013	Centro de convenciones	Recurso humano del área administrativa	Departamento de Talento Humano
La calidad en la prestación de los servicios de atención hospitalaria y ambulatoria	2 seminarios planificados en el calendario del año 2013	Centro de convenciones	Personal medico y operativo	Departamento de Talento Humano en coordinación con el Dpto. de Planificación Hospitalaria
El liderazgo y cultura organizacional en los servicios de la Salud	Segundo semestre del año 2013	Centro de convenciones	Todo el personal de Clínica Medina	Departamento de Talento Humano
Manual de Procesos de clínica Medina	Durante el mes de enero del año 2013	Centro de convenciones	Todo el personal de Clínica Medina	Departamento de Talento Humano

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Dentro de la propuesta de posibles soluciones de reingeniería de procesos, para Clínica Medina, es bueno tener en cuenta las ventajas competitivas que estos cambios ofrecerán así como los beneficios esperados dentro del sector salud. Cabe anotar que la inversión en tecnología e infraestructura también será fundamental para ganar participación dentro del mercado de servicios hospitalarios y de la Salud, y se pueda destacar como una empresa médica de calidad dentro del país.

La reingeniería de procesos se constituye dentro de su marco conceptual una herramienta fundamental que promueve la mejora continua de las organizaciones. Ella dirige el proceso de negocios de la misma. En su estado actual, ayuda a ajustar a la empresa a partir de antiguos paradigmas hacia uno nuevo de servicio e información dirigido hacia la calidad institucional en todas sus áreas.

La estrategia de este proyecto es realizar mejoras en la atención y la calidad del servicio entregado en Clínica Medina; dentro de estas mejoras se propone en la reestructuración de los flujos de procesos la reducción de tiempos y reorganización del personal.

En la evaluación de los procesos administrativos y operativos que se llevan a cabo en la clínica y la prestación de los servicios de la Salud, se encontró que uno de los factores más importantes que se debe llevar a cabo es la mejora en los tiempos de atención en la consulta externa y la asignación de consultas programadas.

Los objetivos estratégicos planteados están realizados considerando todos los puntos de estudio necesarios para así obtener las mejoras en todas las áreas de atención, las cuales se las va a medir mediante indicadores estratégicos.

Para cada área de macroprocesos de atención se diseñó y desarrolló un flujograma y actividades para la implementación de estrategias en la cual se detalla información como medida base, unidad, fuente de captura de datos, responsable, frecuencia de medición; mediante los cuales se va a determinar el grado de mejora en la implementación de la reingeniería de procesos administrativos y operativos

La formalización de todos los cambios propuestos ya están siendo aplicados, esto implica la reestructuración de algunos cargos y de ciertas partes del proceso.

Recomendaciones

Los indicadores se deben realizar de manera que sean de fácil comprensión e interpretación, para evitar errores en la toma de decisiones.

Los indicadores de calidad a nivel institucional, deben ser evaluados en los tiempos adecuados porque si no pierden la utilidad e importancia que tienen como finalidad mejorar los procesos administrativos y operativos.

Se debe implementar una cultura de mayor comunicación entre los departamentos administrativo, personal médico y operativo de la Clínica Medina.

Optimización de los recursos: Hará más flexible la utilización de los recursos de la clínica, adaptándolos en forma rápida y eficaz a las cambiantes necesidades que se puedan plantear en el sector de la salud; que es la destinataria última de los esfuerzos de la Clínica Medina, es la que demanda pero también aporta los recursos.

Normalización de patologías: Se hace indispensable actualizar las normas de atención y funcionamiento por equipos interdisciplinarios para optimizar el manejo de los pacientes asistidos.

Mejora en la los procesos administrativos: El trabajo en equipo, una mayor atención en la confección y utilización de la historia clínica, con actualizaciones y supervisión diaria y la capacitación continua, redundarán en un aumento de la calidad de atención, el resultado directo son mejores ingresos que suficientemente administrados permitirán una operación autosostenible.

Capacitación del equipo de salud: De todo lo antes citado se desprende que es necesario la capacitación continua del equipo de salud debido a la mayor diversidad de patologías que se deberán abordar.

Crecimiento profesional: Tanto la interdisciplina efectiva como la capacitación continua llevarán a un crecimiento profesional del equipo de salud.

Optimización de los procesos internos de la clínica: Involucra la reducción de los tiempos de hospitalización, reducción de la pérdida de días de trabajo a los familiares, mejora la relación médico-paciente, previene futuras internaciones y minimiza el impacto emocional de la internación.

Mejoramiento de imagen y buen nombre: Realizar la atención del paciente en el día, evitando las visitas repetidas a la clínica, optimizando los recursos humanos y tecnológicos. Fomentar el trabajo en equipo y en forma interdisciplinaria, que mejorará los resultados para el paciente y favorecerá al sostén y la formación continua del médico. Disminuir el riesgo de infecciones intrahospitalarias al reducir el tiempo de exposición.

Enfoque Social: Promover una atención humanizada, incorporando a la familia. Aprovechar el tiempo en que el paciente está en contacto con los profesionales para realizar educación para la salud, colaborar en la enseñanza del manejo de la enfermedad para fomentar una mejor calidad de vida en los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agudelo Luis Fernando, Escobar Jorge, (2007) "Gestión por Procesos", Colombia. Ed. Medellín, 4ta Edición.

APARICIO MP, Triadó XM. (2008). Diseño organizativo de los hospitales y estructuras flexibles, un reto asumible. En Parras M. (dir.) España. Ed. Actas del XIV Congreso Nacional de la Asociación de Economía y Dirección de Empresas.

Archivos de Clínica Medina, (2012). Gerencia General

Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. (2008). Quito.

BELENES R. (2008). Innovaciones en la gestión: nueva cultura empresarial en los servicios sanitarios. En Gestión de hospitales: nuevos instrumentos y tendencias. Barcelona. Ed. Vicens-Vives.

Centro de Estudios de Medición y Certificación de calidad. Certificación. Que es certificación. P. 1

Consulting- Gestión de Calidad (2011). Descargado en: <http://www.gestion-calidad.com/gestion-procesos.html>

Escobar L. Norberto. (2011). Propuesta de mejoramiento de los procesos. Quito. Ed. Escuela Politécnica Nacional.

Escobar, Arturo (2009). El lugar de la naturaleza y la naturaleza del lugar: ¿Globalización o Post-desarrollo? Venezuela. Ediciones FACES/UCV. P. 155-199.

GEISHA. (2010). Calidad y Medio ambiente: Evolución de las normas ISO

Gilmore, Carol M y Novaes, Humberto. (2010). Gerencia de la Calidad. Pág. 1 – 7.

HAMMER M, CHAMPY J. (2007). Reingeniería de la empresa. Barcelona. Ed. Parramón.

HERRERA M. Mariana. (2008), "Reingeniería". Costa Rica. Ed. Cosmos.

Institute of Industrial Engineers, (2009) "Más allá de la Reingeniería", Ed. CECSA, México, p.4

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo INEC. (2011). Descargado en: <http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/main.html>

Investigación en atención de la Salud (2010), Referencia al ámbito hospitalario. Buenos Aires. Ed. El ateneo.

M.I. Municipalidad de Guayaquil, 2011

Medina A. (2011) Manual de Normas y Procedimientos de Clínica Medina. Ecuador. Ed. Clínica Medina.

Medina Carrera Matilde Carolina, (2009).Tipos de Investigación. Ed. Mac Hill. M

Monterroso. Elda Lcda. Normas (2010). ISO. Generalidades. Argentina. Ed. Universidad Nacional de Luján.

Mora F. Schupnik Walter (2008) La Reingeniería. México. Ed. Mejores prácticas.

OPS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos (2008) .Washington, DC: OPS

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2009). Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Ecuador. P. 2

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2009). Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington/ PAHO, Documento oficial. P. 83.

PADULA C. (2008) Reorganizar los hospitales. España. Ed. Papeles de Economía Española

Ponds, Jean-Claude y Sivardiere, Patrick. Manual de capacitación, Certificación de Calidad de los Alimentos Orientada a Sellos de Atributos de Valor en Países de América Latina. Certificación y Acreditación. Argentina. Ed. Seresi. Pág. 3.

RODRÍGUEZ, Madrid de, Liza y Padilla, Gabriela. (2008). Acreditación. Pág. 1

ROEMER, Milton I. (2010). Evaluación de los Centros de Salud Pública Pág. 1-44

Romero A. y Sandor Miranda Drs. (2007) La calidad, su evolución histórica y algunos conceptos y términos asociados. La Habana. Cuba. Ed. Voel.

Santos Peña, Moisés y Pazos Carranza, Juan. (2009). La gestión de la calidad en las instituciones de salud. Pág. 1.

Schuldt J. (2009) y E. Navarro. Los epígrafes "Principios de la Reingeniería" , "Características de la BPR" e "Instrumentos y técnicas". Sevilla. Ed.: Mateos

Sojo C, Pérez Sainz, JP. (2008). Reinventar lo social en América Latina. En: Desarrollo social en América Latina: temas y desafíos para las políticas públicas. Costa Rica. Ed. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

Toro, Julio (2009). Hospital & Empresa. Segunda reimpresión. Colombia. Ed. Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl.

VASQUEZ LEMA, Marcelo. (2007) La Calidad, el concepto actual que debe ser manejado adecuadamente por los gerentes y funcionarios de toda la organización. Bolivia. Ed. Oriente. Pág. 1.

Vásquez Quinteros, Ana. (2009). Importancia de la habilitación y la acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Pág. 5.

VENEGAS F. Andrea. (2008), "Reingeniería". Costa Rica. Ed. Solas.

Villarroel M. Patricio, (2009). "Manual de Procesos y Procedimientos (Guía Básica). España.

VOEHL, MAGAÑA, Pedro. VOEHL, Frank; JACKSON, Meter; y ASHTON, David. (2010). ISO 9000, Guía Instrumental para pequeñas y mediana empresas. Normalización y Normas ISO. Pág. 20-28

WALES, Jimmy. (2008) Acreditación. Pág. 1.

Williams Guillermo. (2008), Calidad de los servicios de Salud, Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Argentina. Ed. MSAS.

Williams, Guillermo I. (2009). Calidad de los servicios de salud. Pág. 1 – 9.

BIBLIOGRAFÍA

Alarcón González, Juan Ángel (2008), "Reingeniería de Procesos", Madrid, Fundación Confemetal.

Arnal, J.; Del Rincón, D.; Latorre, A. (2009). Bases metodológicas de la investigación educativa. Barcelona – España. Editorial: Grup92.

Ander Egg, E. (2008). Técnicas de Investigación Social, Buenos Aires – Argentina. Editorial Humanitas.

Arias, F.G. (1999). El Proyecto de Investigación: Guía para su elaboración. Venezuela. Editorial Episteme.

Barquin, Manuel, (2007), "Dirección de Hospitales", México, Edit. Mc Graw Hill, 7ma Edición

Bavaresco de Pietro, A. M. (2007). Proceso Metodológico de la Investigación (Como hacer un Diseño de Investigación). Venezuela. Editorial de la Universidad del Zulia.

Blanchard, Ken, (2008), Conocimiento es futuro, Colombia. Editorial Norma.

Bunge, M. (2009). La Investigación Científica. España. Editorial Ariel S.A.

Carvajal, L. (2009) Metodología de la Investigación. Curso General y Aplicado. Colombia. Editorial Fald.

Champy, J. ; M. Hammer (2007): Reingeniería, Colombia, Ed. Norma

Deming, W. Edwards. (2007). La Nueva Economía. España. Editorial: Díaz de Santos.

De Valpardo Isabel – Corella José María, (2009), "Dirección y Gestión Hospitalaria de Vanguardía", España, Editorial Díaz de Santos.

F. Sáez Vacas, O. García, J. Palao y P. Rojo, (2008) Reingeniería de Procesos, innovación en las Empresas. España

Hammer Michael y CHAMPY.J ames. (2007). Reingeniería. Colombia. Editorial Norma.

Herrero Hermanos, (20028 Planeación y Desarrollo Comercial del Producto". México.

Ibáñez, Jesús (2009) Más allá de la sociología, España. Editorial Siglo XXI.

Ishikawa, Kaoru. (2009) ¿Qué es el Control Total de Calidad? . Costa Rica. Editorial: Normas.

Joiner, Brian, (2008), ¿Cómo hacer reingeniería? , México Editorial: McGraw-Hill

Kaplan, Robert, (2007). Gestión 2000, Barcelona. Editorial: Empowerment:

Llanova Galvan, Melchor. (2009 Porque fracasan con frecuencia los esfuerzos de reingeniería. INAP. España

Ohmae, Kenichi, (2007). La mente del estratega. España. Editorial: Mc Graw Hill.

MacDonald, John, (2008), Cuadro de Mando Integral, México. Editorial: Panorama

Mateos, P. (2009): Dirección y objetivos de la empresa actual, España. Ed. Centro de estudios Ramón Areces, S.A.

Navarro, E: (2008) Informe "Competitividad y estrategia excelencia operacional" [http// www.improven-consultores.com/paginas/documentos_gratuitos/competitivad](http://www.improven-consultores.com/paginas/documentos_gratuitos/competitivad).

Nieto Irigoyen, Ricardo. (2008) Reingeniería de procesos con enfoque en el benchmarking. V Seminario sobre tendencias informáticas del sector público. INAP. España

Robbins Decenzo, Stephen P – David A., (2009), "Fundamentos de la Administración", México, Edit Prentice may, 3era Edición.

Sampieri Roberto & Coautores (2008) Metodología de la Investigación . México. Editorial Mc. Graw - Hill.

Schuldt, J (2008): Reingeniería de Procesos

<http://www.geocities.com/WallStreet/Exchange/9158/reingen.htm>

Suárez de Paredes, N. (2009) La Investigación Documental Paso a Paso. Venezuela. Consejo de Publicaciones. Facultad de Humanidades y Educación.

Vaughn, R.C.(2007) Introducción a la Ingeniería Industrial. España Editorial Reverté

ANEXOS

ENCUESTAS A LOS PACIENTES – CLIENTES Y USUARIOS DE CLÍNICA MEDINA

Indicadores

- 5. Excelente
- 4. Muy Buena
- 3. Buena
- 2. Regular
- 1. Mala

Evaluación de las instalaciones

DT Accesibilidad

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

DT Limpieza

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

DT Iluminación

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

DT Ventilación

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

DT Comodidad de las Sillas en sala de espera

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

Evaluación de la atención médica

DT Rapidez de Atención

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

DT Explicación del problema de salud por parte del medico

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

DT Explicación del tratamiento por parte del medico

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

Explicación de la receta médica que le extienden

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

DT Información de procedimientos a realizarle.

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

DT Anotaciones en el expediente clínico

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

DT Explicación de causas que provoco el problema de salud

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

DT Informes sobre próxima cita

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

Evaluación administrativa

DT Opinión sobre el pago que hizo por los servicios recibidos

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

DT Percepción de la capacidad profesional del doctor

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

DT Percepción general de la calidad del servicio recibido

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

DT Grado en que volvería a consultar y utilizar los servicios de la Clínica.

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

DT Percepción de que le brindan la atención que se merece.

5. Excelente 4. Muy Buena 3. Buena 2. Regular 1. Mala

En cuanto a la Dimensión Inter personal, en los componentes de estructura, proceso y resultados, los indicadores son los siguientes:

Evaluación del trato personal, médico, técnico

DI Cuando acude a consulta le toman los signos vitales.

4. Siempre 3. Casi siempre 2. Rara Vez 1. Nunca

DI Alguien del personal saluda al llegar a la Clínica

4. Siempre 3. Casi siempre 2. Rara Vez 1. Nunca

- DI** Alguien en la Clínica le orienta sobre lo que debe de hacer para recibir el servicio
4. Siempre 3. Casi siempre 2. Rara Vez 1. Nunca
- DI** Alguien en la Clínica le ofrece folletos sobre programas de salud.
4. Siempre 3. Casi siempre 2. Rara Vez 1. Nunca
- DI** Al recibir atención en la Clínica, lo hace mediante cita previa
4. Siempre 3. Casi siempre 2. Rara Vez 1. Nunca
- DI** Espera mucho tiempo para que le den la consulta.
4. Siempre 3. Casi siempre 2. Rara Vez 1. Nunca
- DI** Por lo general el Doctor (a) le da tiempo suficiente para hablar de su problema de salud
4. Siempre 3. Casi siempre 2. Rara Vez 1. Nunca
- DI** Por lo general el Doctor (a) que le atiende se muestra muy interesado en su salud.
4. Siempre 3. Casi siempre 2. Rara Vez 1. Nunca
- DI** Por lo general el Doctor (a) que le atiende se muestra interesado en usted como ser humano.
4. Siempre 3. Casi siempre 2. Rara Vez 1. Nunca
- DI** Por lo general el Doctor (a) que le atiende le saluda y despide de mano en la consulta.
4. Siempre 3. Casi siempre 2. Rara Vez 1. Nunca