



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA ADMINISTRATIVA

TÍTULO DE MAGÍSTER EN GESTIÓN EMPRESARIAL

“Propuesta de implementación de un Modelo de Gestión de Calidad basado en Procesos para mejorar el servicio en el Hospital Cantonal de Girón Aida León de Rodríguez Lara”

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Delgado Guzmán, Cecilia Margarita

DIRECTOR: Quezada Terán, Guillermo Antonio, Mgs.

CENTRO UNIVERSITARIO CUENCA

2015



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2015

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Magíster

Guillermo Antonio Quezada Terán

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

El presente Trabajo de Titulación “Propuesta de implementación de un Modelo de Gestión de Calidad basado en Procesos para mejorar el servicio en el Hospital Cantonal de Girón, Aida León de Rodríguez Lara” realizado por Delgado Guzman, Cecilia Margarita, ha sido revisado y orientado durante su ejecución por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Abril de 2015

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Delgado Guzmán Cecilia Margarita declaro ser autora del presente Trabajo de Titulación: “Propuesta de implementación de un Modelo de Gestión de Calidad basado en Procesos para mejorar el servicio en el Hospital Cantonal de Girón, Aida León de Rodríguez Lara”, de la Titulación Magíster en Gestión Empresarial, siendo el Mgs. Guillermo Antonio Quezada Terán el Director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis o trabajos de fin de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.”

Loja, Abril de 2015

f).....

Autora: Delgado Guzmán Cecilia Margarita

Cédula: 0103422481

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis hijos Angie y Martín, a mi esposo Efrén, quien con su apoyo incondicional me ha ayudado a conseguir mis objetivos y metas en todo momento con el afán de ver culminada esta etapa más en mi vida.

CECILIA

AGRADECIMIENTO

A Dios por sobre todas las cosas por darme la vida y salud para disfrutar tanto en la vida, a mis padres y hermanos quienes siempre me inculcaron la honestidad, humildad y sacrificio para alcanzar mis metas, a mi esposo e hijos por soportar con prudencia algunas veces mi ausencia entre ellos con el fin de que alcance esta meta trazada en mi carrera profesional.

Mi agradecimiento al Personal de la Universidad Técnica Particular de Loja por darnos la oportunidad de superación a nivel profesional, de manera especial mi gratitud sincera al Mgs. Guillermo Quezada Terán, por ser mi guía y apoyo a lo largo del desarrollo de este trabajo.

Al Personal del Hospital Cantonal de Girón “Aida León de Rodríguez Lara” por su colaboración y predisposición para facilitarme información que finalmente servirá para fortalecer el funcionamiento de la Institución en bien de quienes día a día laboramos en ella.

¡Gracias, mil gracias a todos!

CECILIA

CONTENIDO

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
CONTENIDO.....	VI
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1 Definición del problema.....	6
1.2 Diagnóstico.	7
1.3 Delimitación del problema.....	8
1.4 Objetivos.	8
1.5 Hipótesis.	9
1.6 Objeto de estudio.....	9
1.7 Justificación.	10
1.8 Viabilidad.	11
1.9 Marco contextual.	11
1.9.1 <i>Historia del Cantón Girón.</i>	11
1.10. Metodología.....	15
CAPÍTULO II	17
MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 Antecedentes.	18
2.2. Sistema de gestión de calidad.....	20
2.2.1 <i>Calidad, conceptos y análisis.</i>	20
2.2.2 <i>Calidad en los servicios de salud.</i>	21

2.2.3	<i>Sistemas de gestión de calidad</i>	22
2.2	Principios de gestión de la calidad.....	25
2.3.1	<i>Gestión orientada al cliente</i>	25
2.3.2	<i>Liderazgo de la dirección</i>	26
2.3.3	<i>Participación del personal</i>	27
2.3.4	<i>Gestión orientada a procesos</i>	28
2.3.5	<i>Enfoque de sistema para la gestión</i>	29
2.3.6	<i>Mejora continua</i>	30
2.3.7	<i>Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones</i>	31
2.3.8	<i>Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores</i>	32
2.4	Satisfacción del Cliente.....	32
2.5	Gestión por procesos, consideraciones generales y análisis.....	33
2.5.1	Proceso.....	34
2.5.2	<i>Elementos de un proceso</i>	36
2.5.3	<i>Componentes del proceso según el “Diseño de Reglamento o Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos”</i>	37
2.5.4	<i>Clasificación y diseño de los procesos</i>	39
2.5.6	<i>Límites y factores de un proceso</i>	40
2.6	Procedimiento para la propuesta implementación de gestión por procesos...42	
2.6.1	<i>Identificación y secuencia de los procesos</i>	42
2.6.2	<i>Descripción de los procesos</i>	44
2.6.3	<i>Seguimiento y medición para conocer los resultados</i>	47
2.6.4	<i>- Mejora de los procesos</i>	50
2.7	Marco conceptual Hospitalario.....	51
CAPÍTULO III.....		56
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....		56
3.1	<i>Unidad de análisis, universo y muestra</i>	57
3.2	Métodos de Investigación.....	58

3.3 Técnicas de Investigación.....	59
3.4 Instrumentos de Investigación.	59
3.5 Técnicas de análisis de datos (estadísticas).....	60
CAPÍTULO IV	64
SITUACIÓN ACTUAL INSTITUCIONAL Y ANÁLISIS DE RESULTADOS OBTENIDOS SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR EL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN.....	64
4.1 Aspectos generales.	65
4.2 Estructura Organizacional de Gestión por Procesos del Hospital Cantonal de Girón “Aida León de Rodríguez Lara”	69
4.3 Análisis del grado de insatisfacción del usuario sobre la calidad de servicio brindado en el Hospital Cantonal de Girón “Aida León de Rodríguez Lara”	71
4.4 Análisis de resultados obtenidos en encuestas a usuarios por áreas de servicio	71
4.4.1. Área de Admisión (estadística)	72
4.4.2. Análisis del grado de insatisfacción en el área de Emergencia.....	74
4.4.3. Análisis del grado de insatisfacción de los usuarios en el servicio de Enfermería.	76
CAPÍTULO V	81
PROPUESTA DE REESTRUCTURACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTION POR PROCESOS EN LAS ÁREAS DE ESTUDIO EN EL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN.....	81
5.1 Levantamiento de procesos en el área de Emergencia.	82
5.1.1 Mapa de Procesos actuales en el Área de Emergencia.....	83
5.1.2. Reestructuración de los procesos actuales en el área de Emergencia. ...	83
5.1.3. Propuestas y recomendaciones a los procesos de atención en emergencia.	84
5.2 Levantamiento de procesos en el Área de Enfermería.	86
5.2.1. Descripción de actividades y diseño de procesos propuestos para el área de enfermería.....	87
5.2.2. Mapa de Procesos propuestos para La Gestión de Enfermería. (Coordinación Administrativa).	87

5.2.3. <i>Propuestas y recomendaciones a los procesos de la gestión de enfermería.</i>	89
5.3 Levantamiento de procesos en el área de admisión / estadística.....	90
5.4. Observaciones al área de servicios generales.	93
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	94
CONCLUSIONES:	95
RECOMENDACIONES	97
La implementación de un Modelo de Gestión de Calidad basado en Procesos en el Hospital Cantonal de Girón Aida León de Rodríguez Lara, ha sido propuesta en función del grado de satisfacción de los usuarios o pacientes que acuden a recibir el servicio diariamente, por lo que es recomendable que se difunda y se aplique en la institución en pos de mejorar la organización y desarrollo de la misma. Las siguientes recomendaciones se hicieron en función de las debilidades detectadas en cada área o servicio de mayor contacto con los usuarios y pacientes que acuden al Hospital Cantonal de Girón, los cuales requieren cambios a corto y mediano plazo para alcanzar niveles superiores de satisfacción al usuario.....	97
BIBLIOGRAFÍA.....	99
ANEXOS	101

RESUMEN

La elaboración de la presente propuesta tuvo lugar en el Hospital Cantonal de Girón Aida León de Rodríguez Lara; en vista de que se han presentado múltiples observaciones que recaen en la falta de organización interna, evidenciándose por ende la necesidad de proponer la implementación de un sistema de gestión de calidad basada en procesos para mejorar la calidad de los servicios.

Se propuso definir procesos que direccionen y apoyen estratégicamente a la calidad de atención, con énfasis en las áreas que mediante encuestas han demostrado tener debilidades en el aspecto organizacional, mediante la elaboración de documentos se plasmó la información necesaria para definir los procedimientos y diseñar la propuesta de implementación de un Sistema de Gestión de Calidad, tomando como referente metodológico básico la norma ISO 9001: 2000.

Para lograr el desarrollo óptimo del presente trabajo, se buscó el involucramiento no sólo del área administrativa y operativa de la institución sino también del personal asistencial, quienes tienen relación directa con los usuarios externos, buscando siempre la eficiencia en la gestión y la excelencia en la prestación de los servicios de salud que garanticen calidad, calidez, oportunidad y eficiencia en el desarrollo de las actividades encomendadas en cada área.

PALABRAS CLAVE: procesos, sistema de gestión, calidad, estrategia, propuesta.

ABSTRACT

The preparation of this proposal took place at the Cantonal Hospital of Girón Aida León de Rodríguez Lara; because there have been multiple observations of the lack of internal organization, thus proving the need to propose the implementation of a management system to improve the quality of service.

It was proposed to define processes which direct and strategically support the quality of care, with emphasis on areas that have demonstrated weaknesses in the organizational aspect, documents were prepared for the demonstration of necessary information, defining the procedures for designing a Quality Management System, taking as reference basic methodological ISO 9001: 2000.

Involvement was sought not only of the administrative and operational branches of the institution but also of the caregivers who are related directly to the external users, always looking for not only efficiency in management and excellence in the provision of health services but also to ensure quality, warmth, convenience and efficiency in the development of activities in each area.

KEYWORDS: processes, management system, quality, strategy, proposal.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las empresas sean estas de producción o servicios buscan optimizar sus procesos, ser competitivas y obtener buenos resultados para poder subsistir o mantenerse a la par en este mundo globalizado.

Si bien la preocupación continua sobre la calidad de la atención en salud no es nueva, en los últimos años ha acrecentado el interés en este tema, por tal motivo el sector salud ha ocupado un espacio privilegiado en las decisiones gubernamentales, se notan cambios relevantes en cuanto a adecuaciones, equipamiento y organización de las Casas de Salud.

La razón fundamental del cambio se basa en la aplicación de herramientas para la mejora continua y en ello se particulariza el motivo de este estudio, la mejora continua no significa únicamente mejorar el desarrollo de los procesos operativos sino preocuparse también del entorno en el desarrollo de dichas actividades, aspectos como análisis del clima organizacional, niveles de motivación, grado de compromiso del personal con la institución, etc.

Para alcanzar un alto nivel de competitividad, es necesario gestionar las actividades y recursos con miras a la consecución de los objetivos; para esto es necesario aplicar metodologías que permitan a las organizaciones configurar su sistema de gestión que ayude a establecer las técnicas, las responsabilidades, los recursos, las actividades, etc. que le permitan una gestión orientada hacia la competitividad y vocación de servicio que lleve a la consecución de los objetivos establecidos.

Con esta finalidad, muchas organizaciones utilizan modelos o normas de referencia reconocidos, para establecer, documentar y mantener sistemas de gestión que permitan dirigir y controlar el desarrollo y evolución de sus respectivas organizaciones.

En virtud de lo expuesto anteriormente, en este trabajo se proponerla implementación de un Modelo de Gestión de Calidad basado en Procesos para mejorar el servicio en el Hospital Cantonal de Girón "Aida León de Rodríguez Lara", si bien antes han existido propuestas de programas de mejora de la calidad a los usuarios, no han sido analizados desde el ámbito interno, sino únicamente basado en la imagen que se proyecta a los usuarios, por lo que se han obtenido cambios temporales mientras permanece en la Institución el personal involucrado en la ejecución de dichos programas. En vista de estas situaciones se propone implementar y mantener cierta documentación que servirá de aporte y control para mejorar los servicios mediante el desarrollo de procesos que contribuirán a la interrelación de actividades dentro de la organización con el único afán de alcanzar las metas y objetivos

institucionales mediante la aplicación de estrategias organizacionales que contribuyen a mejorar la calidad del servicio brindado.

En el Capítulo uno se analiza la problemática de manera exhaustiva, lo que evidenciará la situación actual e inicial que impulsó el desarrollo de este trabajo, se hace una descripción de las actividades, servicios que presta, producción alcanzada y más aspectos relacionados al objeto de estudio.

El aspecto teórico se desarrolla en el Capítulo dos, el mismo que fundamenta el desarrollo de este trabajo, contiene los elementos conceptuales para comprender los procesos de gestión y los aspectos más relevantes de la teoría de la organización para estructurar un modelo de gestión, se analiza lo que es un proceso, cuál es su rol en la organización, la forma de identificación de procesos, su clasificación, la gestión basada en procesos y el enfoque de acuerdo a las normas internacionales de la Organización Internacional de Normalización con sus siglas (ISO) y la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad sus siglas en inglés EFQM.

En el Capítulo tres se explica la metodología empleada para el desarrollo de este trabajo, el tamaño de la muestra, las técnicas e instrumentos empleados para la investigación y desarrollo del presente trabajo.

El capítulo cuatro aborda el análisis de la situación actual, rumbo estratégico, producción, estructura organizacional, factores externos, así como los resultados obtenidos en las encuestas sobre la calidad de los servicios prestados en el Hospital Cantonal de Girón, con énfasis en las áreas que mantienen debilidades en su organización interna, por último se describe el Modelo de Gestión aplicado actualmente por el MSP, relacionado principalmente con las actividades descritas para cada puesto lo que sirvió de fundamento para desarrollar el siguiente capítulo.

En el capítulo final, se hace la propuesta de reestructuración e implementación de una gestión por procesos en ciertas áreas del Hospital Cantonal de Girón, se define el mapa de procesos, la estructura organizacional y el levantamiento de procesos de cada área, concluyendo con propuestas y recomendaciones en por áreas de estudio en pos de mejorar la organización y los procesos internos así como la calidad del servicio brindado por cada área de servicio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Definición del problema.

La estructura organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública se encuentra alineada con su misión y las políticas determinadas en la Constitución de la República del Ecuador, las Políticas del Estado, las leyes, normas vigentes y el modelo de gestión institucional.

Si bien este modelo de Gestión debe ser aplicada en las Instituciones de Salud, se trata de aplicar lo más semejante posible a lo teórico, pero en la práctica es imposible aplicar en su totalidad puesto que existen una serie de limitaciones las mismas que han sido descubiertas y analizadas por medio de encuestas tanto a nivel interno (ambiente laboral y cumplimiento de funciones) como a nivel externo, basada principalmente en la imagen percibida y calidad de atención recibida por diagnóstico.

El Hospital Cantonal de Girón, "Aida León de Rodríguez Lara" carece de aplicación una buena gestión por procesos, debido al desconocimiento del valor que le puede generar ésta en el desarrollo de la prestación de servicios.

Desde su creación se ha venido desarrollando las actividades tradicionales en cada puesto de trabajo ya que no contamos con un manual de funciones que permita regular las actividades inherentes a cada puesto y así mismo controlar el cumplimiento en el desarrollo de las actividades, se han realizado actividades internas para mejorar la calidad de la atención, como son charlas educativas y motivacionales impartidas por personal de la Dirección Provincial de Salud del Azuay y por el Departamento de Psicología del Hospital, las mismas que han logrado mejorar en un mínimo porcentaje el desarrollo de sus actividades en ciertas áreas críticas en las cuales se enfocará con más profundidad el desarrollo de este trabajo.

Al paciente se puede mejorar la atención en varios aspectos, como tratar con amabilidad, disponibilidad de tiempo, mejorar características físicas del lugar donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento que solicita el ticket para su turno y el que efectivamente la recibe son características que puede evaluar fácilmente y determinan la calidad de atención.

Un área de gran importancia en todas las instituciones es la de personal, ya que constituye el "capital humano", por lo tanto se lo debe administrar de una manera correcta para aumentar sus capacidades, lo que se consigue invirtiendo en la obtención de un personal idóneo a través de un apropiado reclutamiento, selección y posterior capacitación.

Los aspectos a fortalecer y mejorar en el Hospital son múltiples, los más relevantes según las opiniones de los pacientes encuestados van dirigidas a la disminución del tiempo de espera desde que se obtiene el ticket para solicitar el turno para la consulta, por cuánto manifiestan que tienen que madrugar desde las 4H00 para obtener el ticket y esperar hasta las 7H30 que ingresa el personal de Estadística para asignar el turno respectivo, que en la actualidad todos los pacientes son atendidos por los médicos del Primer Nivel de Atención para posteriormente mediante un formulario de Referencia poder lograr la atención del Médico especialista. Este aspecto mejorará en gran parte con la implementación de un sistema de agendamiento y entrega de citas previas.

Otro aspecto relevante para mejorar la calidad de la atención y por ende la imagen institucional es la limpieza y dotación de insumos necesarios en las diferentes áreas de acceso a todos los usuarios, concretamente en lo que se refiere a los baños y a las salas de espera, para lo cual se gestionará recursos para atender estas necesidades y brindar un buen ambiente de salud a los usuarios.

Finalmente, podemos citar la preocupación por mejorar los canales de información existentes en la Institución, al momento contamos con una centralilla telefónica que recepta las llamadas y posteriormente se transfiere a los departamentos que poseen extensión telefónica, caso contrario se manifiesta por parlantes desde la Farmacia Institucional, lugar donde se cuenta con un micrófono para solicitar la presencia del personal o cualquier otro aspecto, gestionarán recursos como ampliación de extensiones telefónicas a los lugares que no poseen este servicio y contar con una sola persona que sea quien recepta las llamadas y a su vez comunica por altavoz los asuntos que requieran ser publicados.

1.2 Diagnóstico.

En el Hospital Cantonal de Girón “Aida León de Rodríguez Lara”, se ha logrado mejorar la percepción y aceptación de los pacientes en un mínimo porcentaje comparando los resultados de encuestas sobre satisfacción del usuario realizadas en el años 2012 frente las realizadas en el mes de Agosto del año 2014, base fundamental para el desarrollo de este trabajo, por lo que hasta el momento se observa que los pacientes mantienen el descontento sobre la atención en ciertas áreas del Hospital como en Estadística, Emergencia, Consulta Externa, Laboratorio y Hospitalización, sobre todo en la imagen visual como es limpieza de las áreas de las baterías sanitarias, que por la afluencia de pacientes se convierte en un área crítica que necesita concentrar su atención y limpieza durante todo el día.

Esta problemática demuestra la falta de una buena Gestión por procesos en cada una de las áreas, que permita establecer metodologías y responsabilidades, especialmente en las que están enfocados dichos problemas, se necesita gestionar las actividades y recursos con la finalidad de orientarlos hacia la consecución de resultados satisfactorios, que las quejas sean mínimas y así mejorar la prestación de servicios y por ende la imagen institucional. La aplicación de este modelo de gestión, servirá de guía especialmente en las áreas críticas, en las que de una forma u otra afectan a la imagen del Hospital, a nivel interno servirá para que todos los miembros de la Institución hablemos un mismo idioma y lleguemos a un solo objetivo cómo es lograr el 100% de Satisfacción del Usuario.

1.3 Delimitación del problema.

Esta investigación iniciará con conocer la opinión de los usuarios tanto internos como externos para determinar cuáles son las áreas en las que se originan los problemas y conllevan al descontento y quejas de los pacientes por la mala atención médica en el Hospital Cantonal de Girón, lo que servirá de base para analizar la situación actual y proyectar a mejorar los resultados obtenidos mediante la aplicación de un Modelo de Gestión de calidad basado en procesos para mejorar los servicios que presta el Hospital Cantonal de Girón “Aida León de Rodríguez Lara”. Esta investigación se realizará durante los meses de Agosto, Septiembre y Octubre y Noviembre de 2014, Se tomará como base los resultados de encuestas anteriores, la situación actual y proyectar la implementación de este estudio para incrementar en un 80% la percepción y aceptación de los usuarios, lo que conllevará a mejorar la calidad de los servicios prestados.

La falta de una gestión basada en procesos permite que se mantenga este grado de descontento en los usuarios, ya que de una forma u otra perciben la falta de organización en ciertas áreas por las cuales el paciente tiene que pasar hasta lograr su atención de manera íntegra, efectiva y eficiente.

1.4 Objetivos.

Objetivo general.

Implementar un Modelo de Gestión de Calidad basado en procesos para mejorar los servicios en el Hospital Cantonal de Girón “Aida León de Rodríguez Lara”

Objetivos específicos.

1. Conocer mediante encuestas el grado de satisfacción de los usuarios y gestionar recursos para implementar actividades que mejoren la calidad de los servicios.
2. Identificar las debilidades en la atención de los servicios prestados a todos los pacientes que acuden al Hospital Cantonal de Girón "Aida León de Rodríguez Lara".
3. Realizar un diagnóstico de la situación actual del Hospital Cantonal de Girón "Aida León de Rodríguez Lara" para identificar las debilidades y fortalezas de la institución.
4. Diseñar los procesos y procedimientos que permitan mejorar la atención a los usuarios del Hospital Cantonal de Girón "Aida León de Rodríguez Lara"
5. Aplicar esta propuesta para conseguir que los usuarios se sientan satisfechos con la calidad de atención brindada en las diferentes áreas del Hospital Cantonal de Girón.

1.5 Hipótesis.

¿La Implementación de un Modelo de Gestión de Calidad basado en procesos, mejorará los servicios en el Hospital Cantonal de Girón "Aida León de Rodríguez Lara"?

1.6 Objeto de estudio.

El desarrollo de este trabajo de investigación se enmarca dentro del área Administrativa, se hace el análisis de dos variables, el modelo de gestión por procesos y la calidad de los servicios de salud. A su vez se enmarca dentro de un análisis profundo de la Estructura Organizacional, ya que los modelos de estructura aplicados en los Hospitales públicos del Ecuador han contribuido para que los servicios prestados bajo esta estructura no sean de satisfacción para el usuario, pues se ha caído en una serie de trámites y procesos burocráticos que han entorpecido la administración pública, llegando a concluir en un incremento de costos al estado. A más de analizar el ámbito administrativo, se enfocará también en las Leyes y Reglamentos que regulan los derechos y obligaciones de los servidores públicos, cualquiera sea la modalidad de su ingreso o permanencia en la institución, así como todos los aspectos

legales relacionados con el trabajo y que son emitidos por el Ministerio de Relaciones Laborales y otros organismos rectores en las Instituciones Públicas ecuatorianas.

1.7 Justificación.

La salud es la base fundamental para el desarrollo de un país, En el sector salud han surgido cambios radicales en la manera como se presentan los servicios de salud, en las instituciones públicas se propaga atención de calidad como una política de estado, cuyo principal objetivo es asegurar a la población los servicios de salud de calidad, calidez, oportuno y eficiente.

El Hospital Cantonal de Girón, "Aida León de Rodríguez Lara" carece de una buena gestión técnica de la calidad de los servicios prestados, se han realizado actividades internas para mejorar la calidad de la atención, como son charlas educativas y motivacionales impartidas por personal de la Dirección Provincial de Salud del Azuay y por el Departamento de Psicología del Hospital, las mismas que han logrado mejorar lentamente la aceptación de los usuarios sobre el trato brindado y por ende la imagen de la institución.

Al implementar un Modelo de Gestión de calidad basado en procesos en el Hospital Cantonal de Girón, el mismo que cuenta con el apoyo y conocimiento de la máxima autoridad y órganos rectores, permitirá retribuir en la mejora de la prestación de los servicios y por ende la imagen tanto interna como externa del Hospital, El impacto social que alcance se medirá en relación al beneficio que reciban los actores con los que se relaciona un hospital, el éxito de este impacto social a nivel externo se verá marcado en el incremento de pacientes que acuden a los servicios brindados, los mismos que se encontrarán con un alto nivel de satisfacción y un concepto favorable sobre la imagen del Hospital. A nivel interno el implementar un modelo de Gestión por procesos, nos ayudará a establecer las metodologías, las responsabilidades, los recursos y las actividades lo que conllevará a mejorar la cultura existente y que todos los empleados, trabajadores y demás miembros de la Institución nos enfoquemos a lograr la Misión de la Institución en forma conjunta, y sobre todo a la consecución de los objetivos institucionales establecidos, para lo cual se recibirán aportes de los jefes departamentales de las diferentes áreas y así definir estrategias y políticas propias que mediante auditorías se pueden evaluar periódicamente y ver el avance y los efectos positivos en su aplicación, para lo cual se tomarán medidas correctivas viables y oportunas, en caso de ser necesarias.

Para este estudio se cuenta con los recursos humanos, operativos y financieros necesarios, los mismos que permitirán tener una óptima culminación. Se cuenta con recursos económicos

y materiales propios del investigador que solventará todos gastos y recursos necesarios hasta culminar con este trabajo.

1.8 Viabilidad.

El desarrollo de esta investigación se hace factible, debido a que como funcionaria del Hospital Cantonal de Girón, durante 14 años en el área administrativa, he podido observar y conocer más profundamente los problemas de la institución, se cuenta con la aprobación e interés de la Máxima autoridad de la Institución, quien coincide en la concepción que la implementación de un modelos de Gestión de Calidad basada en procesos, servirá para mejorar a nivel interno la comunicación interpersonal, tanto dentro de los equipos multidisciplinarios de profesionales que trabajan juntos como en la relación entre el profesional hospitalario y el usuario, observándose la necesidad de desarrollar un estilo comunicativo adecuado. Para proyectar la mejora en la calidad de los servicios prestados por el Hospital Cantonal de Girón a nivel externo, se ha realizado encuestas para evidenciar la percepción actual de la gente sobre la imagen y los servicios brindados por los servidores de la salud, lo que nos servirá de base fundamental para desarrollar esta propuesta.

Se cuenta con presupuesto para capacitación de profesionales y usuarios en diferentes ámbitos de la salud, por lo que la implementación de este modelo de gestión será considerada como una actividad positiva de desarrollo organizacional, con la única diferencia que será con el aporte y esfuerzo común de todos los funcionarios desde sus distintas áreas de trabajo.

El tiempo dedicado a esta investigación se torna un tanto limitado por encontrarme ejerciendo mis funciones dentro de la institución, pero con esfuerzo y sacrificio he recopilado la información necesaria para desarrollar este trabajo.

1.9 Marco contextual.

El Hospital Cantonal de Girón “Aida León de Rodríguez Lara” se encuentra ubicado en las calles Antonio Flor y Leopoldo Peñaherrera, Al suroeste del cantón Girón.

1.9.1 Historia del Cantón Girón.

Antes de la llegada de los europeos se conocía como Kañaribamba, quienes tenían una creencia religiosa en Leoquina hoy conocida como Laguna de Busa. En 1534 tiempo de la colonia los españoles allanan este territorio al mando de Sebastián de Benalcázar, la

expedición venía de Piura, lo integraba un capitán de nombre Francisco Hernández Xirón, desde ese entonces se conoce con el nombre de Girón. Se cantoniza y se suspende por varias ocasiones, hasta que el 26 de marzo de 1897 la Asamblea Nacional restituye la calidad de cantón a Girón.

El 27 de febrero de 1829, Girón aportó con provisiones al ejército gran colombiano en el tiempo de la guerra, hubo gran festejo por el triunfo.

Actualmente, la Municipalidad promueve el Desarrollo cantonal financiando las obras y servicios que presta a la comunidad con la asignación del 15% del presupuesto gubernamental, fondos de FODESEC, FONVIAL, impuestos, tasas, contribuciones y venta de bienes y servicios en el ámbito local atendiendo a sus tres parroquias, la cabecera cantonal como urbana, las rurales San Gerardo y la Asunción. En lo que respecta a Salud en 1999 se retiró el área 11 y se anexó a Santa Isabel como Unidad de Salud del Área 7. Luego de protestas se obtuvo el presupuesto propio, cuenta con las siguientes autoridades:

Autoridades:

Alcalde Sr. Jose Miguel Uzhca

Jefe Político Sr. Rodrigo Garzón

Comisaria Nacional Ab. Marcela Bermeo G.

1.9.1.1 Datos de Población.

(Del área de salud y Censo Poblacional)

En lo que respecta a la población del Cantón Girón, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) publica en base a los datos del Censo de Población y V de Vivienda, realizado en el año 2010, que posee un total de 12.607 habitantes, y de ellos la población femenina correspondía al 54.18% y la masculina el 45.82%., con una densidad poblacional de 35,6 hab/km², Altitud: 2 162 m; Superficie: 337 Km

Límites:

Al Norte parroquia baños Victoria del Portete y Cumbe, perteneciente al cantón Cuenca.

Al Este la parroquia Jima y la jurisdicción de la cabecera cantonal de Nabón.

Al Sur con las parroquias las Nieves y el Progreso (Nabón), la parroquia Abdón Calderón (La Unión, Santa Isabel).

Al Oeste Cantón San Fernando y parroquia Chumblín.

Accesibilidad: desde Cuenca se toma la vía Girón – Pasaje (Plan de desarrollo estratégico del cantón, 2008)

Datos demográficos.

Número de habitantes por sexo, por etnia y edad.

Tabla 1. Población atribuida al Cantón Girón por sexo y edad.

	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
De 0 a 4 años	639	5,07	599	4,75	1.238	9,82
De 5 a 9 años	643	5,10	691	5,48	1.334	10,58
De 10 a 14 años	685	5,43	680	5,39	1.365	10,83
De 15 a 19 años	636	5,04	632	5,01	1.268	10,06
De 20 a 24 años	566	4,49	620	4,92	1.186	9,41
De 25 a 29 años	424	3,36	535	4,24	959	7,61
De 30 a 34 años	287	2,28	407	3,23	694	5,50
De 35 a 39 años	208	1,65	339	2,69	547	4,34
De 40 a 44 años	178	1,41	343	2,72	521	4,13
De 45 a 49 años	222	1,76	311	2,47	533	4,23
De 50 a 54 años	210	1,67	293	2,32	503	3,99
De 55 a 59 años	202	1,60	291	2,31	493	3,91
De 60 a 64 años	187	1,48	256	2,03	443	3,51
De 65 a 69 años	216	1,71	251	1,99	467	3,70

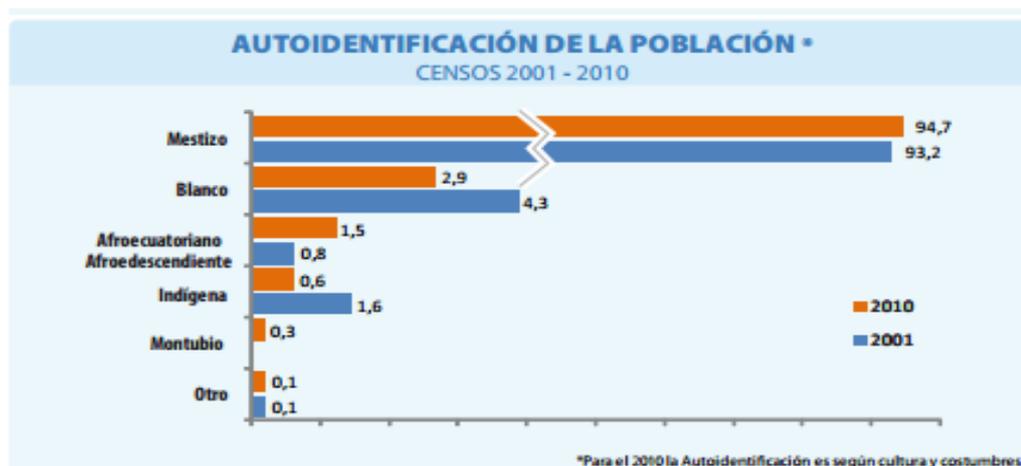
De 70 a 74 años	169	1,34	200	1,59	369	2,93
De 75 a 79 años	117	0,93	148	1,17	265	2,10
De 80 a 84 años	94	0,75	112	0,89	206	1,63
De 85 a 89 años	64	0,51	79	0,63	143	1,13
De 90 a 94 años	24	0,19	25	0,20	49	0,39
De 95 a 99 años	5	0,04	17	0,13	22	0,17
De 100 años y más	1	0,01	1	0,01	2	0,02
Total	5.777	45,82	6.830	54,18	12.607	100,00

Fuente: VII Censo Poblacional y VI de Vivienda 2010

Elaborado por: Cecilia Delgado, 2014

En este cuadro podemos observar que la población predominante en el Cantón se encuentra comprendido entre los 10 a 14 años representado por un 10.83% de la población total, seguido por el grupo entre 5 a 9 años con un 10.58% y finalmente el de 15 a 19 años con un 10.06%. Existe un predominio notable de mujeres con un 54.18% en general, el mismo que es mayor al porcentaje de los hombres en casi todos los grupos de edad.

Fig. 1 Población atribuida al Cantón Girón por etnia según el VII Censo Poblacional y de Vivienda 2010



Fuente: INEC

Elaboración: INEC

En este gráfico podemos observar que el 94.7 % de la población se auto identifica de etnia mestiza, el 2.9% como blanca, 1.5 % afro ecuatoriano, indígena el 0.6% y montubio 0.3%. Lo que se puede atribuir a los grandes movimientos de población que el Ecuador a vivido en los últimos años, desde una ciudad a otra. Datos que no difieren mucho si se los compara con la información del Censo previo del 2001, donde el porcentaje de etnia mestiza era del 93.2%, blanca 4.3%, afroecuatoriana 0.8%, indígena 1.6% y montubio no se lo consideraba.

1.10. Metodología.

La metodología a usarse en esta investigación de tipo descriptiva, ya que al contar con la implementación de un Modelo de Gestión de calidad basada en procesos será un factor de medición del impacto que genere la aplicación del mismo en la calidad de los servicios, la satisfacción del usuario y en la imagen institucional.

Para el inicio de la investigación se partió del análisis de la población estratificada por grupos de edades, se consideró a pacientes de 25 -55 años de edad, sin considerar ningún otro factor por cuanto la atención brindada en el Hospital de Girón es integral y sin ningún tipo de particularidad, por cuanto el derecho a la salud es de todas las personas que asisten a recibir atención médica en el Hospital.

Inicialmente se tomó los siguientes datos poblacionales del Cantón Girón por grupos de edad proporcionados por el INEC con resultados del último Censo en el año 2010.

Población del Cantón Girón por: Grandes grupos de edad	Hombre	Mujer	Total
Población del Cantón Girón por: De 0 a 14 años	1967	1970	3937
Población del Cantón Girón por: De 15 a 64 años	3120	4027	7147
Población del Cantón Girón por: De 65 años y más	690	833	1523
Población del Cantón Girón por: Total	5777	6830	12607

Con referencia a estos datos, se procede al cálculo de la muestra, obteniendo un total de 356 personas a las cuales se debería aplicar la encuesta para conocer la situación actual y partir de estas concepciones para la aplicación de la presente investigación.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.

En la actualidad, el contexto económico está fundamentado por la gran competitividad y globalización de los mercados, los modelos de calidad han evolucionado hacia la consecución de la excelencia en la gestión. Así, cada vez un mayor número de empresas adoptan planteamientos para mejorar su gestión y asumen que la calidad en los bienes o servicios que ofrece supone una nueva forma de gestión empresarial para alcanzar la eficiencia económica, su nivel competitivo y la proyección de su imagen.

Para notar el avance en este tema, se puede decir que anteriormente las empresas centraban su interés en producir y competir con todo aquello que el mercado demandaba; el entorno competitivo era a nivel local o a lo mucho nacional. Con la internacionalización que constituye el proceso de integración de los mercados nacionales a un mercado global, se ha logrado que las relaciones entre los países tiendan a incrementarse en su ampliación y profundización, aumentando la competencia y las oportunidades para los consumidores, análisis de sus necesidades y sobre todo las expectativas del cliente crecen y se convierte en el elemento vital de las .empresas, ofreciendo cada vez con mayor intensidad producto y servicios de calidad. Luego su satisfacción será el objeto principal y prioritario, al tiempo que orienta e impulsa la toma de decisiones.

Internamente la vida de la empresa está en cambio para responder a las demandas de mayor participación de la parte social. Personas más formadas y con experiencia reclaman cauces internos de participación en la toma de decisiones como forma de desarrollo personal y profesional.¹

La base de la excelencia empresarial ha variado trascendentalmente. De estar fundamentada en estrategias de potenciación de las capacidades relacionadas con la producción, ha pasado a sostenerse en la capacidad de aprendizaje y adaptación constante a los cambios del entorno, para lo cual la gestión de la calidad es un complemento indispensable de las técnicas de gestión tradicionales.

Para lograr buenos resultados las organizaciones necesitan gestionar sus actividades y recursos con la finalidad de orientarlos hacia la consecución de sus objetivos, para lo cual se hace necesario aplicar herramientas y métodos que permitan a las empresas configurar su Sistema de Gestión, estableciendo las metodologías, responsabilidades, recursos,

¹ Pérez José Antonio; "Gestión de calidad orientada a los procesos", pág. 24.

actividades, etc. para que estos resultados obtenidos sean de satisfacción tanto interna como externa.

En el Hospital Cantonal de Girón, se ha manejado el concepto de calidad de una forma aislada, se han realizado estudios, trabajos de investigación, tesis y propuestas para mejorar la calidad de los servicios en algunas áreas, las mismas que han dado respuestas favorables en el momento de implementar la propuesta, especialmente porque el personal involucrado al momento se encuentra en esa área, tal es el caso de una tesis realizada en estos últimos años por personal de enfermería “ Implementación de un programa para mejorar la calidad de atención del usuario externo en el Hospital Aida León de Rodríguez Lara. Girón 2011 – 2012”² pero debido a la rotación del personal o por políticas gubernamentales el personal médico y de enfermería han tenido que abandonar la institución o rotar hacia otro servicio y al no existir continuidad en la aplicación de normas o protocolos propios de cada servicio poco a poco ha ido decayendo. Esto demuestra claramente que al no considerar a la calidad como un tema general que debe ser implementado desde la Dirección o Gerencia e involucrar a todos en el proceso de aplicación de normas y procedimientos relacionados con la Gestión de Calidad en cada una de las áreas o servicios, lo único que se conseguirá es disminuir la calidad de los servicios ofrecidos y que los usuarios incrementen el porcentaje de insatisfacción y descontento con la calidad de los servicios prestados.

Como base de esta investigación están las encuestas aplicadas a los usuarios, en las mismas que se observa un grado considerable de insatisfacción de los usuarios o pacientes que acuden al Hospital, en algunos de los servicios que se han considerado puntos críticos y en los cuales se pondrá énfasis en desarrollar métodos, normas, técnicas y procedimientos para mejorar la calidad en las áreas de: Información, Departamento de Estadística, Servicio de Emergencia, Servicio de Laboratorio Médico, Odontología, y área de Hospitalización.

La implementación o Gestión de calidad con un enfoque basado en procesos, permite a las organizaciones identificar indicadores para poder evaluar el rendimiento de las distintas actividades que se llevan a cabo, no de forma aislada sino formando parte de un todo que se encuentra estrechamente interrelacionado dentro de la organización. Esta evaluación es un paso importante para la mejora continua que requiere adoptar de manera efectiva y permanente para poder satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.

Para comprender mejor todos estos términos empleados, a continuación se presenta el marco conceptual que será utilizado en el desarrollo de este presente trabajo.

² Alvarracín Ordóñez, A. (2012). Implementación de un programa para mejorar la calidad de atención del usuario externo en el Hospital Aida León de Rodríguez Lara. Girón 2011 – 2012. Tesis.

2.2. Sistema de gestión de calidad

2.2.1 *Calidad, conceptos y análisis.*

La palabra calidad se utiliza a diario y cada vez con más frecuencia en todos los ámbitos, desde el doméstico, docente, político, de salud, industrial, etc., variando su significado en función del contexto. Así podemos definir según algunos autores:

- **J.M. Jurán:** “La idoneidad para el uso”.
- **A. Feigenbaum:** “El conjunto de características del producto (bien o servicio) de marketing, ingeniería, fabricación y mantenimiento a través del cual el producto satisface las expectativas del cliente”.
- **Norma ISO 8402:** “El conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas”.

Como se observa en los conceptos antes descritos, el concepto de calidad ya sea de bienes o servicios, va dirigido en dos dimensiones: calidad para el cliente o usuario y la calidad para la empresa.

Calidad para el cliente o usuario.- Para ofrecer calidad y mejorar cada vez más debemos:

- **Estudiar las necesidades del cliente**, en base a encuestas de satisfacción del usuario y analizar las necesidades inherentes en ella.
- **Mejorar las prestaciones actuales y aumentar el nivel de satisfacción.**
- **Controlar la satisfacción** para conocer si vamos bien encaminados con la estrategia aplicada.

Calidad para la Empresa.- Sin que afecte a los clientes, es indispensable mejorar la calidad para la empresa, lo cual estará reflejada en la imagen y prestigio de la misma, para esto debemos empeñarnos en lo siguiente:

- **Mejora tecnológica de procesos**, hacer cambios y reconvertirlos para conseguir mejorar los productos o servicios.
- **Mejora económica de procesos**, evitando desperdicios en recursos tanto materiales como humanos.

- **Mantener la supervivencia como objetivo prioritario**, demostrando que la calidad no es sólo un asunto de oportunidad sino un objetivo estratégico permanente en la vida de la empresa.

2.2.2 Calidad en los servicios de salud.

Como hemos observado anteriormente, son muchas las acepciones al término “calidad” sin embargo en el ámbito salud uno de los conceptos más aceptados es el de Avedis Donabedian que manifiesta:

“La calidad en la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario”³

La calidad de los servicios se diferencia de la calidad de los productos ya que los servicios son intangibles porque no se pueden ver ni tocar, por consiguiente, es un tanto complicado determinar que rasgos de la calidad de los servicios son más importantes para los usuarios y cómo la organización está cumpliendo con la demanda de calidad en cada servicio.

La calidad en la prestación de servicios es un tema a nivel mundial, la misma que va cobrando trascendencia positiva en muchos países. En el Ecuador, la mayoría de Ministerios y servicios públicos han fijado sus bases en función de los Objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir, hablamos de calidad en todos los ámbitos, en el Ministerio de Salud Pública y por medio de algunas subsecretarías y direcciones como es el caso de la Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, la misma que tiene como Misión: “Garantizar la calidad y mejora continua de los servicios de salud que presta el Ministerio de Salud Pública, mediante la definición de estándares de calidad, infraestructura y equipamiento sanitario, para contribuir a mejorar la salud de la población; en concordancia con las políticas sectoriales, normativa vigente y modelos de atención aprobados”.⁴

Igualmente la Dirección Nacional de la Calidad de los Servicios de Salud, que tiene como Misión: “Garantizar la calidad, eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios de salud que brinda el Ministerio de Salud Pública, en el marco de los derechos de las personas, con

³ Salazar, R. (2011). *Calidad en la Atención Materno Infantil*. Costa Rica.

⁴<http://www.salud.gob.ec/subsecretaria-nacional-de-garantia-de-la-calidad-de-los-servicios-de-la-salud/>

el propósito de lograr la excelencia en los servicios; conforme a las políticas sectoriales, modelos de calidad, normativas y lineamientos estratégicos establecidos”⁵

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, empeñado en que las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud cumplan con estas normas vigentes sobre calidad, se han implantado mecanismos de control y evaluación de la aplicación de ciertos procesos de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud, para lo cual se requiere la implementación de las normas médicas y técnicas, estándares y/o indicadores para la gestión de la calidad de los servicios en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública que permitan el óptimo uso de los recursos. Posteriormente monitorear y evaluar la calidad los procesos de auditorías de la calidad, para luego proponer mejoras, si fuera necesario.

2.2.3 Sistemas de gestión de calidad.

Un Sistema de calidad es la estructura organizativa, las responsabilidades, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para llevar a cabo la gestión de la calidad. Se aplica en todas las actividades realizadas en una empresa y afecta a todas las fases del proceso⁶

Un **Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)** no es más que una serie de actividades coordinadas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos para lograr la calidad de los productos o servicios que se ofrecen al cliente, es decir, es planear, controlar y mejorar aquellos elementos de una organización que influyen en el cumplimiento de los requisitos del cliente y en el logro de la satisfacción del mismo.⁷

Los **Sistemas de Gestión de la Calidad** son un conjunto de normas y estándares internacionales que se interrelacionan entre sí para hacer cumplir los requisitos de calidad que una empresa requiere para satisfacer los requerimientos acordados con sus clientes a través de una mejora continua, de una manera ordenada y sistemática.⁸

Los estándares internacionales han contribuido a incrementar la efectividad de los productos y servicios que usamos diariamente. Nos ayudan a asegurar que dichos materiales, productos, procesos y servicios son los adecuados para sus propósitos.

⁵<http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-calidad-de-los-servicios-de-salud/>

⁶López Rey, S. Sistemas de Calidad. Implantación de diferentes sistemas en la organización. Bogotá: Editorial ideas propias, Ediciones de la U.

⁷Rafael J, Mateo C. “Sistemas de Gestión de la Calidad – Un camino hacia la satisfacción del cliente – Parte I”. Suprema Qualitas. Disponible en <http://qualitytrends.squalitas.com/item/108-sistemas-de-gestion-de-la-calidad>. 2009.

⁸ <http://www.sistemasycalidadtotal.com>

Existen varios Sistemas de Gestión de la Calidad, que dependiendo del giro de la organización, es el que se va a emplear. Todos los sistemas se encuentran normados bajo un organismo internacional no gubernamental llamado ISO, International Organization for Standardization (Organización Internacional para la Estandarización).

ISO se encuentra integrada por representantes de organismos de estándares internacionales de más de 160 países, teniendo como misión:

- Promover el desarrollo de la estandarización.
- Facilitar el intercambio internacional de productos y servicios.
- Desarrollo de la cooperación en las actividades intelectuales, científicas, tecnológicas y económicas a través de la estandarización.

Los Sistemas de Gestión de la Calidad basados en la familia de normas de la serie ISO 9000 está compuesta por:

ISO 9000 “Sistemas de gestión de la calidad. Principios y vocabulario”: contiene los fundamentos de los SGC, términos y definiciones.

ISO 9001 “Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos”: incluye los requisitos en los que se debe basar y cumplir un Sistema de Gestión de Calidad.

ISO 9004 “Gestión para el éxito sostenido de una organización. Enfoque de gestión de la calidad”: comprende las directrices para mejorar el desempeño de una organización y garantizar el éxito sostenido.

La familia de normas **ISO 9000** citadas a continuación se han elaborado para asistir a las organizaciones, de todo tipo y tamaño, en la implementación y la operación de Sistemas de Gestión de la Calidad eficaces.

ISO 9000: 2005 - Describe los términos fundamentales y las definiciones utilizadas en las normas.

ISO 9001: 2008 - Valora la capacidad de cumplir con los requisitos del cliente.

ISO 9004: 2009 - Considera la eficacia y la eficiencia de un Sistema de Gestión de la Calidad y por lo tanto el potencial de mejora del desempeño de la organización. (Mejora Continua).

Todas estas normas juntas forman un conjunto coherente de normas de Sistemas de Gestión de la Calidad que facilitan la mutua comprensión en el comercio nacional e internacional.

De las normas mencionadas hasta el momento, el estándar **ISO 9001:2008** es el que debe ser utilizado durante la implantación de los Sistemas de Gestión de Calidad y la que permite obtener la certificación correspondiente.

2.2.3.1 Sistema de Gestión de la Calidad en Salud en el Ecuador.

El MSP del Ecuador ha venido impulsando iniciativas para mejorar la calidad de las prestaciones de salud, Una actividad relevante es el proceso de acreditación de establecimientos de salud como una estrategia de garantía de la calidad. La acreditación responde a la decisión gubernamental de que la red pública de salud alcance estándares internacionales de calidad en atención y prestación de servicios a la ciudadanía.

El Ministerio de Salud pública, por medio de la Dirección Nacional de Normatización, la misma que tiene como Misión “Desarrollar y definir todas las normas, manuales, protocolos, guías y otras normativas relacionadas a la gestión de la salud, a fin de que el Ministerio ejerza la rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud, garantizando la calidad y excelencia en los servicios; y, asegurando la actualización, inclusión y socialización de la normativa entre los actores involucrados.”⁹

En 1996, mediante Acuerdo Ministerial N° 3339, el Ministerio de Salud creó el “Programa Nacional de Mejoramiento de la Calidad” que capacitó a Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC), en 7 hospitales y 16 Áreas de Salud de 7 provincias. Poco a poco se ha ido extendiendo hacia el resto de provincias.

Un Sistema de Garantía de la Calidad en Salud contribuye al mejoramiento de la salud de los habitantes de un país a través de sus mecanismos de regulación externa de la calidad de atención (Licenciamiento, Acreditación, Certificación), y mecanismos internos de monitoreo y mejora continua de la calidad en los servicios.¹⁰

En el año 2001, la Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud (PAIS) y la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (UEMGYAI), desarrollaron una investigación operativa para demostrar que la aplicación del “Modelo de Gestión para la Calidad” mejora la calidad a través del cumplimiento de estándares clínicos. En 2006, mediante Acuerdo Ministerial N° 0284, se aprobó y autorizó la publicación del “manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención materno infantil”

⁹<http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-normatizacion>. Recuperado el 23 de Octubre de 2014.

¹⁰Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal, MSP. 2008.

que ha venido siendo utilizado por los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC), en muchas provincias.

En el caso concreto del Hospital Cantonal de Girón, se mantiene funcionando el Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad, únicamente en el área Materno – Infantil, el mismo que está sujeto a controles y evaluaciones de cumplimiento por parte de personal de la Coordinación Zonal 6 de Salud del Azuay, quienes emiten un informe sobre el grado de cumplimiento positivo, así como las deficiencias encontradas.

2.2 Principios de gestión de la calidad.

Para que una organización funcione con éxito es necesario que la misma dirija y controle las actividades de forma sistemática y clara, para lo cual hay que implantar y mantener un sistema de gestión que esté diseñado para mejorar continuamente el desempeño con la intervención de todas las personas involucradas.

La gestión de calidad es una de las disciplinas aplicadas en la gestión de las organizaciones.

Existen ocho principios de gestión de calidad que pueden utilizarse desde la Dirección, con el objetivo de conducir a la organización a una mejora del desempeño. Las normas de la serie ISO 9000 se sustentan en estos ocho principios, los mismos que se analizan brevemente cada uno de ellos.¹¹

2.3.1 Gestión orientada al cliente.

Las organizaciones deben poner mayor atención en las necesidades actuales y futuras de los clientes, tratar de satisfacer las mismas y si es posible superar sus expectativas. La metodología a aplicar es la siguiente:

- Analizar las necesidades y expectativas de los clientes.
- Vincular los objetivos de la organización a las necesidades de los clientes.
- Difundir a todos los integrantes de la organización estas necesidades.
- Actuar acorde a los resultados obtenidos.

¹¹López Rey, S. (Sistemas de Calidad. Implantación de diferentes sistemas en la organización. Bogotá: Editorial ideas propias, Ediciones de la U. Pág. 36

- Gestionar sistemáticamente las relaciones con los clientes.
- Mantener un equilibrio entre la satisfacción del cliente y todos los grupos de interés.

VENTAJAS:

- Aumento de los beneficios y oportunidades de atraer nuevos clientes.
- Aumento de la eficacia en el uso de los recursos e incrementar la satisfacción del cliente.
- Aumenta la fidelidad de los clientes.

2.3.2 Liderazgo de la dirección.

Los buenos líderes coordinan los objetivos con la dirección de la organización, creando y manteniendo un ambiente interno comunicativo con la finalidad que el personal se involucre totalmente en la consecución de los objetivos de la organización. La Metodología a aplicar es la siguiente:

- Tener presente todas las necesidades de todas las partes interesadas o grupos de interés.
- Establecer claramente la visión de la organización.
- Crear y mantener valores y modelos éticos en todos los niveles de la organización.
- Crear un ambiente de confianza, atenuando los temores que pueden afectar al personal.
- Proporcionar capacitación y recursos para formación del personal, así como la libertad para ejercer autoridad y actuar con responsabilidad.
- Impulsar, fomentar y reconocer la participación y contribución del personal.

VENTAJAS:

- Comprensión de los objetivos de la empresa y motivar al personal para alcanzar los objetivos.
- Implantación integrada de las actividades.
- Minimizar la falta de comunicación entre los diferentes niveles de la organización.

2.3.3 Participación del personal.

El personal es vital para la organización, es la esencia de la misma y sus habilidades deben ser utilizadas para beneficio de la organización, por lo tanto es importante y un aspecto clave la motivación al personal y si es posible contar con planes de incentivos y reconocimientos para mantener al personal comprometido con el éxito de la organización.

La metodología a aplicar es la siguiente:

- Valorar el papel de las personas y su contribución en la organización.
- Identificar las limitaciones en las actividades del personal.
- Evaluar la actuación del personal de acuerdo a sus propios objetivos.
- Incrementar las competencias de cada uno e impulsar a su formación y capacitación.
- Compartir los conocimientos y experiencias de los integrantes de la organización.
- Discutir abiertamente los problemas y buscar conjuntamente una solución.

VENTAJAS:

- Personal motivado, involucrado y comprometido con la organización.
- Personal innovador y creativo para alcanzar los objetivos de la organización.
- Personal reconocido y valorado por su trabajo.
- Personal dispuesto a participar en programas de mejora continua.

2.3.4 Gestión orientada a procesos.

Toda actividad que utiliza recursos para formar elementos de entrada en resultados, se lo puede considerar como un proceso. Dentro de las organizaciones hay que identificar y gestionar algunos procesos que interactúan y se interrelacionan entre sí, es decir, el resultado de un proceso se convierte en la entrada de otro proceso.

La metodología a aplicar es la siguiente:

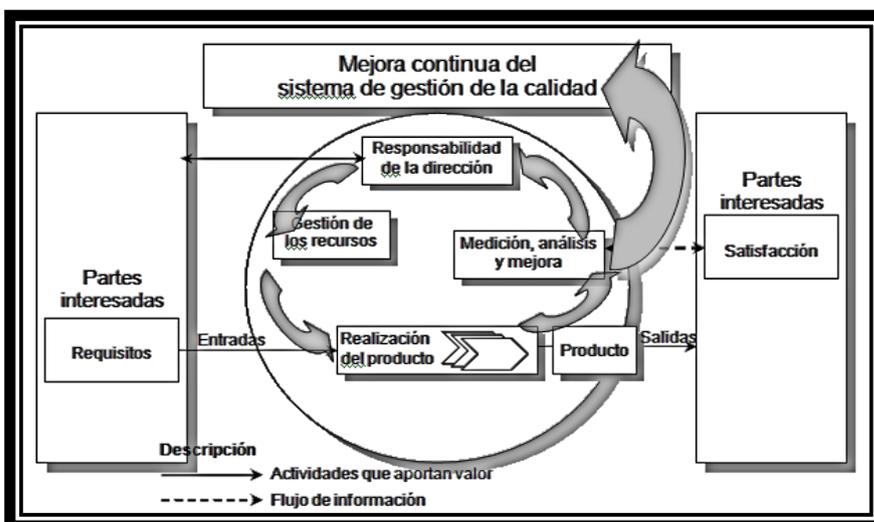
- Identificar La las actividades necesarias para lograr el resultado deseado.
- Establecer responsabilidades para la gestión de las actividades clave.
- Analizar y medir la capacidad de dichas actividades.
- Identificar las interfaces de las actividades dentro y entre las funciones de la organización.
- Concretarse en aspectos como recursos, métodos y materiales a emplear para mejorar las actividades clave en la organización.
- Evaluar los riesgos de las actividades y las consecuencias que puede traer sobre los grupos de interés.

VENTAJAS:

- Reducción de costos y tiempos, mediante la utilización efectiva de los recursos de la organización.
- Mejora de los resultados, su consistencia y predictibilidad.
- Las oportunidades de mejora continua

Gráficamente el Modelo de un sistema de Gestión de Calidad basado en procesos es el siguiente:

Figura 2. Modelo de un sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos.



Fuente: Sistemas de Calidad-Implantación de diferentes sistemas en la Organización

2.3.5 Enfoque de sistema para la gestión.

La identificación, comprensión y gestión de los procesos interrelacionados como un sistema contribuyen a la eficiencia y eficacia de la organización en el logro de los objetivos.

La metodología a aplicar es la siguiente:

- Estructurar un sistema para alcanzar los objetivos de la organización.
- Establecer las interdependencias existentes entre los distintos procesos del sistema.
- Interpretar claramente las responsabilidades exigibles para alcanzar los objetivos comunes.
- Reducir barreras entre funciones, interpretando mejor los papeles y responsabilidades.
- Asumir las capacidades y limitaciones de la organización y los recursos disponibles.
- Definir cómo han de desarrollarse las actividades del Sistema.
- Evaluar continuamente el sistema a fin de tomar medidas correctivas y seguir mejorando.

VENTAJAS:

- Integrar los procesos para lograr los resultados deseados

- Ofrecer facilidades para orientar los esfuerzos en los procesos principales.
- Los grupos de interés ganan en confianza.

2.3.6 Mejora continua.

La mejora continua debe ser un objetivo permanente de la organización, en la gestión de calidad, el objetivo de la mejora continua es incrementar la satisfacción del cliente y de las partes interesadas.

La Metodología a seguir es la siguiente:

- Análisis y evaluación de la situación actual para identificar áreas para mejora.
- Establecimiento de los objetivos para la mejora.
- Búsqueda de posibles soluciones y selección.
- Implementación de la solución seleccionada.
- Medición, verificación y análisis de los resultados para verificar el alcance de los objetivos.
- Formalización de los cambios.

VENTAJAS:

- Mejoras en las capacidades de la organización, aumentando la ventaja competitiva.
- Integración de las actividades de mejora de los distintos niveles y alinear a la estrategia de la organización.
- Flexibilidad para reaccionar ante las oportunidades.

2.3.6.1 Ciclo de Mejora Continua.

El ciclo de mejora continua en inglés PDCA, (plan, do, check, Act) y en español PHVC, (planear, hacer, verificar, actuar), denominado Ciclo Deming en Japón, en honor a su autor, puede sintetizarse en las siguientes etapas:

- **Planificar:** este primer paso consiste en analizar, identificar áreas de mejora, establecer metas, objetivos y métodos para alcanzar y elaborar un plan de acción.
- **Hacer:** este segundo paso consistiría en implantar o desarrollar lo planificado anteriormente. es deseable poder controlar los efectos y aprovechar sinergias y economías de escala en la gestión del cambio. para ello, en muchas ocasiones será preciso comenzar con un proyecto piloto, modelando el cambio y extrayendo conclusiones y conocimientos de los resultados aplicables al resto de la organización o de los procesos implicados.
- **Verificar:** consiste en analizar los efectos de lo realizado anteriormente.
- **Actuar:** en esta etapa se implantarán las correcciones oportunas de forma que se actualizará la planificación.

2.3.7 Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones.

Las decisiones tomadas en la organización deben basarse en el análisis de datos como en la información precisa. Tanto a los datos como a los métodos de análisis deben tener acceso todos los miembros que requieran.

La metodología a aplicar es la siguiente:

- Asegurarse de que la información y los datos son precisos y fiables.
- Hacer la información accesible a quien la necesite.
- Analizar la información con métodos válidos.
- Tomar y emprender decisiones y acciones en base a análisis objetivo, equilibrando con la experiencia y la institución.

VENTAJAS:

- Decisiones tomadas en base a una información.
- Demostrar mediante registros la eficacia de las decisiones anteriores.
- Aumento de la capacidad para revisar, cuestionar y cambiar las opiniones y decisiones.

2.3.8. Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores.

Las relaciones con el proveedor son de gran importancia, sirve de herramienta de respuestas a cambios y nuevas expectativas de los clientes. La relación existente debe ser de confianza para poder intercambiar información y trabajar conjuntamente.

La Metodología a aplicar es la siguiente:

- Identificar y elegir adecuadamente los suministradores.
- Compartir información, experiencia, recursos y actividades de mejora.
- Orientar, respaldar y reconocer las mejoras que obtengan los proveedores.
- Comunicarse de forma clara y abierta.

VENTAJAS:

- Aumento de la capacidad de crear valor para ambas partes.
- Flexibilidad y rapidez de respuesta ante un mercado cambiante ante las necesidades y expectativas de los clientes.
- Optimización de costos y recursos¹²

2.4 Satisfacción del Cliente.

Otro concepto importante, que debemos entender es el de satisfacción del cliente, éste término lo hemos escuchado a diario; “el cliente es lo primero”, sin embargo en nuestra sociedad, en ciertas empresas parece no importar tanto la satisfacción del cliente sino su satisfacción personal, especialmente en organizaciones que prestan servicios.

Todo proceso está enfocado al cliente, por lo que es necesario satisfacer las necesidades que suelen ser objetivas y fácilmente entendibles, otras se refieren a aquellos elementos implícitos que no se especifican por su propia evidencia. Corresponden a aquellas necesidades, que el cliente espera ver satisfechas pero no siente la necesidad de detallar o explicar.

¹²López Rey, S. (Sistemas de Calidad. Implantación de diferentes sistemas en la organización. Bogotá: Editorial ideas propias, Ediciones de la U.Pag. 44.

Las expectativas, por su propia naturaleza, son básicamente subjetivas y más cambiantes que las necesidades; aunque el cliente no las hace explícitas, su satisfacción determina en gran medida la percepción de satisfacción.

En cada organización influye la cultura y el clima empresarial, nuestras estrategias competitivas, los sistemas de control, de información y la estructura organizativa, éstos elementos determinan la calidad de producto o servicio que la empresa ofrezca a sus clientes.

2.5 Gestión por procesos, consideraciones generales y análisis.

En la Administración Pública la tradicional jerarquización de la estructura organizativa alcanza un grado más que notable. En ella, suelen ser muy elevadas la proliferación de actividades sin valor adicional y la reducción de la eficiencia.

Cuando se orienta la gestión hacia los procesos, se lleva implícita la idea de que el proceso es la forma natural de organización del trabajo. Igualmente, debería significar la posibilidad de centrar las actividades de la organización en el cliente que, es quien recibe el resultado final del conjunto de los procesos.

Este enfoque, las empresas privadas ya han venido gestionando sus actividades y poseen ya cierta experiencia y que ha sido exitosa, en los últimos años está comenzando a ser utilizado por algunas administraciones públicas como un valioso instrumento para gestionar recursos cada vez más escasos, y para afrontar la presión de una sociedad que demanda acciones, procedimientos y resultados más eficaces. Al mismo tiempo, permite ofrecer respuestas más ágiles para procurar la satisfacción de los clientes.

En definitiva, prestar atención a los procesos y gestionarlos decididamente, constituye en la actualidad una alternativa consistente para la mejora de la eficiencia de las administraciones y servicios públicos, su eficacia y calidad.

Las entidades de salud en la actualidad han tomado un rumbo diferente en su enfoque de gestión, la gestión tradicional basada en la burocracia, liderazgo en jerarquías, mala planificación administrativa – financiera; incremento de gastos innecesarios de recursos; baja productividad, servicios aislados y poco eficientes frente a una gestión por procesos que orienta a toda la organización a resultados, enfocándose continuamente a elevar la satisfacción del cliente, elevando la calidad en la prestación de servicios de salud.

Los beneficios de dejar atrás las políticas tradicionales de la gestión hospitalaria e implementar una gestión por procesos permitirá que la entidad de salud cumpla los objetivos

planteados, y demostrar resultados altamente beneficiosos como son: reducir costos innecesarios, aumento de actividades agregadoras de valor; eliminación de tiempos muertos, servicios o áreas eficaces, eficientes y potencialmente productivas enfocadas en todo momento a satisfacer las necesidades de los pacientes con servicios de salud de calidad con calidez y en el momento oportuno.¹³

En el ESTATUTO ORGÁNICO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, en su **Art. 3.- Estructura Organizacional de Gestión por Procesos** nos dice “La estructura organizacional del Ministerio de Salud Pública se encuentra alineada con su misión y las políticas determinadas en la Constitución de la República del Ecuador, las Políticas del Estado, leyes y otras normas vigentes. Se sustenta en la filosofía y enfoque de gestión por procesos determinando claramente su ordenamiento orgánico a través de la identificación de procesos, clientes, productos y/o servicios”.

Art. 4.- Procesos del Ministerio de Salud Pública: “Los procesos del Ministerio de Salud Pública se ordenan y clasifican en función de su grado de contribución o valor agregado al cumplimiento de la misión institucional. Estos son:

- **Los Procesos Gobernantes** orientan la gestión institucional a través de la formulación de políticas, directrices, normas, procedimientos, planes, acuerdos y resoluciones para la adecuada administración y ejercicio de la representación legal de la institución.
- **Los Procesos Agregadores de Valor** son los encargados de generar y administrar los productos y servicios destinados a usuarios internos y externos y permiten cumplir con la misión institucional y los objetivos estratégicos.
- **Los Procesos Habilitantes de Asesoría y de Apoyo** generan productos y servicios para los procesos gobernantes, agregadores de valor y para sí mismos, apoyando y viabilizando la Gestión Institucional.
- **Los Procesos desconcentrados** generan productos y servicios destinados a los usuarios finales acercándolos al territorio.

2.5.1. Proceso.

La palabra proceso, a lo largo del tiempo ha cobrado relevancia dentro de las empresas ya sean productoras de bienes o prestadoras de servicios, para poder gestionar procesos, éste término debe tener alto grado de comprensión e interpretación a nivel de la organización.

¹³ Delgado, C. 2015.

Según algunos autores la palabra proceso, definen a la secuencia de actividades, para alcanzar una meta o fin determinado; dependiendo del enfoque y perspectiva de estudio.

Según la ISO 9000 - 2005, se define proceso como:

“Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados”.

Lo definiremos de forma más sencilla, y que será utilizado a lo largo del presente trabajo:

Proceso: Secuencia ordenada de actividades repetidas cuyo producto o resultado tiene valor exclusivo para su usuario o cliente.¹⁴

Se entiende como valor a “todo aquello que se aprecia” y es valorado por quienes reciben el producto o servicio; clientes, accionistas, personal, proveedores y la sociedad en general.

Cualquier actitud o grupo de actividades que emplea un insumo, le agregue valor y suministre un producto a un cliente externo o interno de esta manera todas las actividades presentes en desarrollo de un proceso deben tener un propósito común orientado a la satisfacción de la necesidad del cliente

Se entiende que:

- Las actividades son secuenciales de una manera predeterminada; actividades repetitivas y conectadas de una manera sistematizada.
- Todo producto está destinado a un usuario al que denominamos cliente (interno-externo); luego el producto que nos interesa es aquel que añade valor al cliente.
- Todo producto o servicio tiene características objetivas.

Por actividades se entiende como el conjunto de acciones necesarias para la obtención de un resultado.

Se podría definir sistema como un conjunto de elementos interrelacionados que persiguen un objetivo común.

Aplicando estas interpretaciones a un área administrativa, tendríamos:

¹⁴ Delgado, C. 2015.

- Tarea: Comprobación de facturas con pedidos.
- Actividad: Registro de facturas.

Proceso: Pagos a proveedores, Gestión de tesorería

Como ya se ha mencionado anteriormente, vivimos en un mundo extremadamente competitivo, por lo que debemos aplicar un “benchmarking” (igualar y mejorar) con nuestra competencia. Esto nos permite la aplicación de un Sistema de Procesos bajo los requisitos de la Norma ISO 9001 ya analizada anteriormente con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios.

Los Procesos deben tener dos características básicas, para aplicar los requisitos de ISO 9001

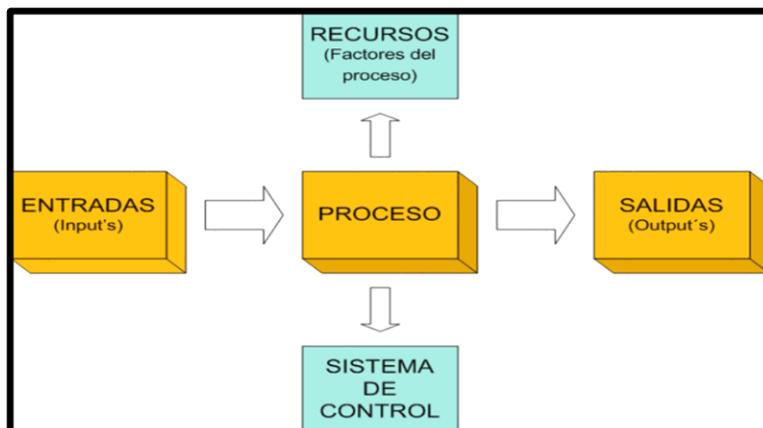
- Que interactúen, es decir, que compartan algo.
- Que se gestionen.

2.5.2 Elementos de un proceso.

Generalmente los procesos constan de los siguientes elementos:

- **Misión:** La misión de un proceso determina el fin para el cual fue concebido en relación directa a los objetivos del mismo.
- **Entrada:** Las entradas del proceso pueden ser tangibles o intangibles y son los insumos para realizar el servicio (equipos, materiales, componentes, energía, información, etc.)
- **Proceso:** La transformación es el conjunto de actividades y tareas que recibiendo una entrada, le agrega valor y genera una salida para el usuario, el cual puede ser interno o externo.
- **Salida:** Es el producto o servicio generado por un proceso, para el usuario.
- **Controles:** Sistemas de medida y control que mediante la generación de datos, permiten analizar el desempeño de los procesos.
- **Recursos:** Constituyen el apoyo humano, económico, logístico, tecnológico y de infraestructura que interactúa en distintas relaciones dentro de la organización.

Figura 2. Elementos de un proceso



Fuente: <http://www.arpcalidad.com/definicion-de-proceso/>

2.5.3 Componentes del proceso según el “Diseño de Reglamento o Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos”¹⁵

El proceso de diseño de reglamento por procesos está integrado por:

- Portafolio de Productos
- Cadena de Valor
- Estructura Orgánica
- Procesos

Portafolio de productos (Matriz de Procesos): Constituye el conjunto integrado de productos que la institución ofrece a la sociedad para satisfacer sus necesidades y expectativas; y se encuentra constituido por **Productos Primarios** que son aquellos que desarrollan las organizaciones del Estado en cumplimiento de su normativa legal de creación, misión y aquella que la complementa con la finalidad de satisfacer a sus clientes externos; el levantamiento de estos comprende las siguientes fases:

¹⁵Registro Oficial 251 de 17 de abril de 2006 CAPÍTULO III Art. 10

- **Investigación.-** Consiste en identificar los Productos Primarios a través del análisis de la base legal de Constitución Institucional, leyes conexas y de direccionamiento estratégico.
- **Validación.-** Es revisar, depurar y consensuar el inventario general de productos primarios antes obtenidos, pretendiendo verificar la importancia y asegurar su consistencia a través de la revisión del inventario general de los productos, y socialización con el inventario.

Complementariamente tenemos los **Productos Secundarios**, los mismos que se generan en los niveles jerárquicos administrativos de Apoyo y Asesoría, su naturaleza no cambia y siempre se encargan de facilitar la entrega de recursos y prestación de servicios para el normal desarrollo de la gestión interna de la organización; siendo necesario estandarizarlos considerando los productos básicos que se deben elaborar en dichos niveles, sin que esto signifique que las organizaciones deban limitar la generación de productos, sino más bien, ampliar su portafolio de productos, de acuerdo a las necesidades institucionales. De esta manera, se define el portafolio de productos de los procesos habilitantes.

Cadena de valor institucional: Es la representación gráfica de las macro actividades estratégicas relevantes de la institución. Se define del análisis realizado a los productos primarios, y que identifican el aporte de valor de las macro actividades en el cumplimiento de la misión institucional, insumos con los cuales se constituye la cadena de valor, con la finalidad de estructurar la organización de tal manera que represente un cambio radical en la forma de operar, incorporando así un nuevo sistema de gestión.

Diseño de la estructura orgánica: En este elemento se debe considerar y analizar los siguientes componentes:

- **Unidades administrativas.-** Una estructura organizacional puede estar conformada por direcciones y departamentos, a las cuales se les denominarán unidades administrativas, las mismas que dependerán de las necesidades basadas en la misión, visión y productos institucionales, y reflejar la optimización del funcionamiento de la organización así como de sus procesos internos.
- **Niveles jerárquicos.-** Se refiere al número de niveles de administración que adopta la organización, para garantizar la realización de sus productos y logro de sus objetivos. En este sentido se consideran los siguientes niveles jerárquicos:
 - a) **Directivo.-** Responsable de direccionar a la organización al cumplimiento de su misión.

- b) **Asesor.-** Comprometido en proporcionar asesoría o asistencia técnica específica, para la toma de decisiones y la solución de problemas organizacionales.
 - c) **Apoyo.-** Responsable de proveer apoyo administrativo y logístico, entregando oportunamente recursos a la organización y permitiéndole alcanzar sus objetivos.
 - d) **Operativo.-** Responsable de la ejecución de los productos directamente relacionados con el cliente externo.
- **Líneas de autoridad y responsabilidad.-** Canal formal que define la autoridad responsabilidad desde el más alto nivel hasta la base de la organización y viceversa.
 - **Organigrama estructural.-** Es la representación gráfica de la estructura organizacional, sustenta y articula todas sus partes integrantes e indica la relación con el ambiente externo de la organización¹⁶

2.5.4. Clasificación y diseño de los procesos.

Los procesos al interior de cada institución se agrupan en función del grado de contribución y valor agregado al cumplimiento de la misión institucional, se clasifican por su responsabilidad en¹⁷:

- **Gobernantes:** también denominados gobernadores, estratégicos, de dirección, de regulación o de gerenciamiento. Estos procesos son responsables de emitir políticas, directrices y planes estratégicos para el funcionamiento de la organización.
- **Agregadores de Valor:** También denominados específicos, principales, productivos, de línea, de operación, de producción, institucionales, primarios, claves o sustantivos. Son responsables de generar productos y/o servicios que responden a la misión y objetivos estratégicos de la institución.
- **Habilitantes:** Se clasifican en procesos habilitantes de asesoría y procesos habilitantes de apoyo, estos últimos conocidos como de sustento, accesorios, de soporte, de staff o administrativos. Son responsables de brindar productos

¹⁶Registro Oficial 251 de 17 de abril de 2006 CAPÍTULO III Art. 13

¹⁷Norma Técnica De Diseño De Reglamentos O Estatutos Orgánicos De Gestión Organizacional Por Procesos. Registro Oficial Nº 251 Capítulo III Art. 14.

institucionales demandados por los procesos gobernantes, agregadores de valor y por ellos mismos.

2.5.5 Jerarquía de los Procesos.

Macro procesos: Es el conjunto de procesos interrelacionados de una institución.

Procesos: Descripción de las actividades realizadas en el proceso.

Subprocesos: Constituyen elementos componentes de un proceso.

Actividad: Conjunto de tareas involucradas en un proceso.

Tarea: Trabajo o labor que debe ejecutarse en un tiempo establecido.

Figura 3 Jerarquía de los procesos.



Fuente: Creación del autor.

Procedimiento: Es el conjunto de reglas e instrucciones que determinan la manera de proceder o de obrar para conseguir un resultado.

2.5.6 Límites y factores de un proceso.

Al hablar de límites de un proceso, básicamente nos referimos a que por cada nivel de la organización se tiene establecido los procesos, de manera que por cada área se cumplan actividades específicas y no se dupliquen esfuerzos para ello es necesario:

- Determinar sus límites para, en función de su nivel, asignar responsabilidades.

- Identificar sus elementos y factores para determinar sus interacciones y hacer posible su gestión.

La limitación de los procesos varía de acuerdo al tamaño de las empresas, realmente importante es acoger un determinado criterio y mantenerlo a lo largo del tiempo¹⁸

Factores de un proceso:

- a) **Personas:** Un líder y el equipo del proceso, todos los integrantes con conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas. La contratación, integración y desarrollo de las personas proporciona el proceso de Gestión de Personal.
- b) **Materiales:** Materias primas o semielaboradas, en caso de procesos industriales e información, esencial para los procesos de servicio, con características adecuadas. Los materiales son proporcionados por el proceso de Gestión de Proveedores.
- c) **Recursos físicos.** Instalaciones, maquinaria, utillajes, hardware, software que han de estar siempre en condiciones adecuadas de uso. Proceso de Mantenimiento.
- d) **Métodos/ Planificación del proceso:** Método de trabajo, hoja de proceso, etc. Es la descripción de la forma de utilizar los recursos, quién hace qué, y muy ocasionalmente el cómo.

Es necesario para la medición y seguimiento del funcionamiento del:

- Funcionamiento del proceso
 - Producto del proceso
 - Satisfacción del cliente (medida de satisfacción).
- e) **Medio ambiente:** entorno en el que se lleva a cabo el proceso.

¹⁸“Gestión por procesos”, España, 2007.

2.6 Procedimiento para la propuesta implementación de gestión por procesos.

Tanto la familia ISO 9000 como el enfoque EFQM, coinciden en los procedimientos para implementar la gestión por procesos, los mismos que se resumen en 4 pasos principales:

- La Identificación y secuencia de los procesos. Mapa de Procesos.
- Descripción de los procesos
- Seguimiento y medición para conocer los resultados obtenidos
- Mejora de los procesos con base en el seguimiento y medición realizado.

2.6.1 Identificación y secuencia de los procesos.

El primer paso para adoptar un enfoque basado en procesos en una organización, es reflexionar sobre cuáles son los procesos que deben estructurar el sistema.

La norma ISO 9001:2000 no establece de manera explícita qué procesos o de qué tipo deben estar identificados, ni tampoco el modelo EFQM define esto, solamente pretenden establecer uniformidad en la manera de adoptar este enfoque, de forma que incluso organizaciones similares pueden llegar a configurar estructuras diferentes de proceso.

Cada organización es un mundo diferente y se desarrolla en contextos diferentes, por lo que se debe centrar en los procesos que cada una posee. Habría que plantearse cuáles de los procesos son lo suficientemente significativos como para que deban formar parte de la estructura y en qué nivel de detalle.

La identificación y selección de los procesos a formar parte de la estructura, debe nacer de una reflexión acerca de las actividades que desarrollan en la organización y cómo estas influyen y se orientan a la consecución de resultados.

Los principales factores para la identificación y selección de los procesos son:

- Influencia en la satisfacción del cliente.
- Los efectos en la calidad del producto/servicio.
- Influencia en Factores Clave de Éxito.
- Influencia en la Misión y Estrategia.

- Cumplimiento de requisitos legales o reglamentarios.
- Los riesgos económicos y de insatisfacción.
- Utilización intensiva de recursos.

Se puede utilizar múltiples herramientas de gestión que permitan llevar a cabo la identificación de procesos como la técnica de “lluvia de ideas”, equipos de trabajo, etc. Es importante la implicación de los líderes de la organización para dirigir e impulsar la configuración de la estructura de procesos de la organización, para garantizar la alineación con la misión.

Una vez identificados los procesos, se debe definir y reflejar esta estructura de forma que facilite la determinación e interpretación de las interrelaciones existentes entre los mismos.

La manera más representativa es el mapa de procesos (representación gráfica de la estructura, conforman el sistema de gestión). El tipo de agrupación debe ser establecido por la propia organización, no existiendo para ello ninguna regla específica.

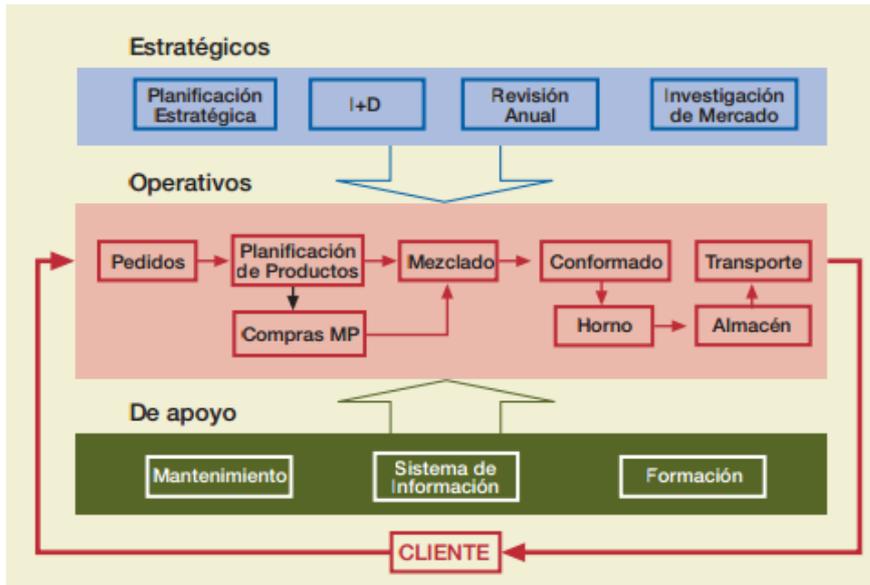
Este es un ejemplo de mapas de procesos en los que se han agrupado los tipos de procesos existentes en la empresa.

Cada modelo de procesos se diferencia entre:

- **Procesos estratégicos:** aquellos vinculados con las responsabilidades de la dirección. Ligados fundamentalmente a procesos de planificación.
- **Procesos operativos:** aquellos procesos ligados directamente con la realización del producto y/ la prestación del servicio.
- **Procesos de apoyo:** aquellos procesos que dan soporte a los procesos operativos.
- **Procesos de medición, análisis y mejora:** aquellos procesos que permiten hacer el seguimiento de los procesos, medirlos, analizarlos y establecer acciones de mejora.

Para establecer adecuadamente las interrelaciones entre los procesos es fundamental reflexionar acerca de qué salidas produce cada proceso.

Figura 4. Mapa de procesos con tres agrupaciones.



Fuente: Guía para una gestión basada en procesos, Instituto Andaluz de Tecnología.

Las agrupaciones permiten una mayor representatividad de los mapas de procesos, además facilita la interpretación de la secuencia e interacción entre los mismos.

Es esencial elaborar un diagrama de proceso, aunque requiera de esfuerzo, la representación de las actividades a través de este esquema facilita el entendimiento de la secuencia e interrelación de las mismas y favorece la identificación de la cadena de valor, así como de las interfaces entre los diferentes actores que intervienen en la ejecución del mismo.

2.6.2 Descripción de los procesos.

La descripción de un proceso tiene como finalidad determinar los criterios y métodos para asegurar que las actividades que comprende dicho proceso se llevan a cabo de manera eficaz, al igual que el control del mismo.

2.6.2.1 Descripción de actividades.

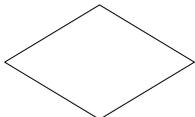
La descripción de las actividades de un proceso se puede llevar a cabo a través de un diagrama, donde se pueden representar estas actividades de manera gráfica e interrelacionadas entre sí.

Un aspecto importante que deben recoger los diagramas es la vinculación de las actividades con los responsables de su ejecución.

Para representar este tipo de diagramas, se recurre a utilizar cierta simbología que facilitan la interpretación de los procesos.

Los diagramas de flujo más efectivos solo utilizan símbolos estándar, ampliamente conocidos, tales como límites, operación, decisión.

Figura 4. Símbolos estándar para diagramas de flujo según Harrington (2001)

	<p>Límites: Círculo alargado. Utilice un círculo alargado para indicar el inicio y el fin del proceso. Normalmente dentro del símbolo aparece la palabra inicio o fin.</p>
	<p>Operación: Rectángulo. Se utiliza para representar una actividad, por ejemplo, recibir, elaborar, verificar, entregar, entre otras. Se incluye una descripción de la actividad</p>
	<p>Punto de decisión: Diamante. Plantea la posibilidad de elegir una alternativa para continuar en una u otra vía, incluye una pregunta clave.</p>
	<p>Documentación: Rectángulo con la parte inferior en forma de onda. Significa que se Requiere una documentación para desarrollar el proceso.</p>
	<p>Espera: Rectángulo obtuso. Se utiliza cuando un ítem o persona debe esperar o cuando un ítem se coloca en un almacenamiento provisional antes de que se realice la siguiente actividad programada.</p>
	<p>Almacenamiento o archivo: Triángulo. Se utiliza cuando exista una condición de almacenamiento controlado y se requiera una orden o solicitud para que el ítem pase a la siguiente actividad programada.</p>

	<p>Conector. Círculo. Se lo emplea con una letra dentro del mismo al final de cada diagrama de flujo para indicar que el output de esa parte del diagrama de flujo servirá como input para otro diagrama de flujo.</p>
	<p>Conexión o relación entre páginas de un diagrama. Se utiliza para efectuar un enlace de una página a otra donde se continúa el flujograma.</p>
	<p>Sentido del flujo: Flecha. Indica la dirección del flujo, puede ser horizontal o vertical, ascendente o descendente.</p>

2.6.2.2. Descripción de las características del proceso.

Para la caracterización de los procesos, se puede utilizar las fichas del proceso, que recaba todas las características relevantes para el control de las actividades definidas en el diagrama, así como la gestión del proceso.

La información que incluye en una ficha de proceso puede ser la siguiente:

Misión o propósito del proceso.- La razón de ser del proceso, esta información debe inspirar los indicadores y tipo de resultado que se desea conocer.

Responsable o propietario del proceso.- es la persona que debe liderar el proceso y debe ser capaz de obtener los resultados esperados.

Límites del proceso.- Están definidos por las entradas y salidas, permite reforzar las interrelaciones con el resto de procesos.

Alcance del proceso.- Aquí se establece el inicio y el fin del proceso para tener noción de la extensión de las actividades en esta ficha de proceso.

Indicadores del proceso.- Estos permiten hacer una medición y seguimiento de cómo el proceso se orienta al cumplimiento de la misión.

Variables de control.- son aquellos parámetros sobre los cuales se tiene capacidad de actuación o modificaciones que pueden alterar el funcionamiento del proceso.

Inspecciones.- Se refiere a las inspecciones sistemáticas que se hace para el control del mismo. Pueden ser inspecciones finales o en el transcurso del proceso.

Documentos.- Se puede referenciar documentos o registros vinculados al proceso, estos registros evidencian la conformidad del proceso.

Recursos.- Se pueden describir los recursos humanos, la infraestructura, el ambiente de trabajo necesario para el proceso.¹⁹

Figura 5. Ejemplo de ficha para un proceso de revisión de requisitos de un producto.

INTENSA	REVISIÓN DE REQUISITOS DEL PRODUCTO	FP-722
PROCESO: REVISIÓN DE LOS REQUISITOS DEL PRODUCTO		PROPIETARIO: DTOR COMERCIAL
MISIÓN: Asegurar que los requisitos aplicables a los productos para los clientes están correctamente definidos en ofertas, pedidos y contratos, aclarados y que se tiene capacidad para cumplirlos		DOCUMENTACIÓN PC-722
ALCANCE	<ul style="list-style-type: none"> • Empezar: Cuando empezamos cualquier relación comercial. • Incluye: Ofertas, pedidos y contratos. Recogida de información para asegurar la capacidad. • Termina: Con la elaboración de una oferta, aceptación de un pedido o modificación del mismo. 	
	ENTRADAS: Necesidades del cliente. Información sobre capacidad de producción y stock. PROVEEDORES: Cliente. Producción. Logística.	
SALIDAS: Ofertas. Pedidos aceptados. Contratos firmados. Modificaciones a los anteriores. CLIENTES: Cliente externo.		
INSPECCIONES: Inspección mensural de las ofertas y pedidos		REGISTROS: Reclamaciones, devoluciones, FORM 722.1
VARIABLES DE CONTROL: <ul style="list-style-type: none"> • Inmovilizado de producto final. • Capacidad de producción. • Plazo de entrega estándar. • Catálogo de productos. • Política comercial. 		INDICADORES: <ul style="list-style-type: none"> • I722.1 = % de ofertas aceptadas • I722.2 = % ofertas/pedidos/contratos no conformes • I722.3 = % modificaciones de requisitos por causa propia
Revisión: 02 Fecha 2001/02/05		

Fuente: Guía para una gestión basada en procesos, Instituto Andaluz de Tecnología.

2.6.3. Seguimiento y medición para conocer los resultados.

El enfoque basado en procesos de los sistemas de gestión pone en manifiesto la importancia de llevar a cabo un seguimiento y medición de los procesos con el fin de conocer los resultados que están obteniendo y si estos resultados cubren los objetivos previstos.

El seguimiento y medición, constituyen por tanto, la base para saber qué se está obteniendo, en qué extensión se cumplen los resultados deseados y por dónde se deben orientar las mejoras.

Control de los procesos: el seguimiento y medición de los procesos, debe servir como mínimo para evaluar la capacidad y la eficacia de los procesos y tener datos a través de mediciones objetivas que soporte la toma de decisiones.

¹⁹Guía para una gestión basada en procesos, Instituto Andaluz de Tecnología, 2009.

Esto implica que para ejercer un control sobre los procesos, la información recabada por los indicadores debe permitir el análisis del proceso y la toma de decisiones que repercutan en una mejora del comportamiento del proceso.

El seguimiento de los procesos se lo puede realizar mediante gráficos de barra, que nos indicará la tendencia de los resultados obtenidos por el indicador, y siempre debemos realizar planes de acción para mejorar la eficacia del proceso.

2.6.3.1 Indicadores de gestión.

Son las herramientas ideales para efectuar seguimientos y mediciones de desempeño de los procesos que los componen. Sirven para facilitar a la alta dirección la revisión del sistema de gestión y la toma de decisiones contundentes si no se logran las metas previstas.²⁰

No se debe confundir indicador con índice, indicador es una variable o atributo, objeto de medición o valoración, medición es comparar un valor actual con respecto a un referente, en cambio índice es la expresión matemática o cuantitativa del indicador.

Para que se pueda considerar un indicador de gestión debe cumplir con las siguientes características.

- **Representatividad.**- un indicador debe ser lo más representativo posible de la magnitud que pretende medir.
- **Sensibilidad.**- un indicador debe permitir seguir los cambios en la magnitud que representan, es decir, debe cambiar de valor cuando se alteren los resultados.
- **Rentabilidad.**- El beneficio que se obtiene del uso de un indicador, debe compensar el esfuerzo de recopilar, calcular y analizar los datos.
- **Fiabilidad.**- Un indicador se debe basar en datos obtenidos de mediciones objetivas y fiables.
- **Relatividad en el tiempo.**- Un indicador debe determinarse y formularse de manera que sea comparable en el tiempo para poder analizar su evolución y tendencias²¹

²⁰Rojas López, Miguel David. Gutiérrez Roa, Fabiana. Correa Espinal, Alexander; Sistemas de control de gestión – Bogotá: Ediciones de la U, 2012.

²¹Guía para una gestión basada en procesos, Instituto Andaluz de Tecnología, 2009.

2.6.3.2. Componentes de los indicadores.

Los indicadores generalmente incluyen los siguientes componentes:

- Nombre.
- Unidad de medida
- Formula
- Meta
- Presentación
- Frecuencia de medición
- Responsable

2.6.3.3. Tipos de indicadores.

Los indicadores se pueden clasificar de tres maneras:

- **Según su tipo:** financieros, orientados a la satisfacción del cliente, a los procesos y al aprendizaje y crecimiento.
- **Según su naturaleza:** eficiencia, eficacia y efectividad.
 - **Eficiencia** es la relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados, es la utilización apropiada de los recursos requeridos o disponibles para el logro de los objetivos. Mide tiempos de procesos, costos operativos, desperdicios, rendimientos, etc.
 - **Eficacia** Es la extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados, es decir, es el logro de los objetivos que satisfacen las expectativas del cliente, miden calidad, satisfacción del cliente, resultados, etc.
 - **Efectividad** es la medida de impacto de la gestión en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles. Miden la incidencia de ser eficientes y eficaces.

- **Según su aplicación:** de monitoreo, de alarma, de resultado, de cumplimiento, puntuales, acumulados, de control, de evaluación, temporales, permanentes, tácticos y operativos.²²

Contar con un conjunto de indicadores que abarquen los factores clave es garantizar la integridad de la función de apoyo para la toma de decisiones.

2.6.4.- Mejora de los procesos.

Anteriormente, se detalló el tema de la aplicación del ciclo de mejora continua de los procesos, a continuación se describe de manera esquemática la aplicación del ciclo de mejora continua PDCA en una administración.

- El primer paso es definir las características del servicio o proceso de acuerdo a unos atributos de calidad que se han establecido previamente, atendiendo a los requerimientos y expectativas de los ciudadanos.
- A su vez, también se especificarán los indicadores que medirán el rendimiento del proceso o las características del servicio; ligado a los indicadores se determinarán los estándares u objetivos operativos del proceso o servicio.
- El siguiente paso es el desarrollo del proceso o la prestación del servicio en función de las características establecidas y definidas en la fase anterior.
- Posteriormente, se llevará a cabo la medición y seguimiento periódico de los indicadores para analizar el rendimiento del proceso y verificar el grado de cumplimiento de los objetivos o estándares; de este modo, se establece un control de la evolución del proceso.
- Por último, en base a los resultados obtenidos del análisis de los procesos o de la prestación del servicio se identifican y desarrollan las acciones de mejora que se aplicarán en la fase de planificación y el ciclo se desarrollaría nuevamente.²³

²²Rojas López, Miguel David. Gutiérrez Roa, Fabiana. Correa Espinal, Alexander; Sistemas de control de gestión – Bogotá: Ediciones de la U, 2012.

²³Guía para la gestión por procesos 2- Trabajando con los procesos, ediciones Junta de Castilla y León, 2004.

2.7. Marco conceptual Hospitalario.²⁴

- **Atención primaria de salud.**- La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todos y cada una de las etapas de su desarrollo.

La APS es el núcleo principal, del desarrollo social y económico global de la comunidad; representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad, con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud, ya sea donde residen o trabajan las personas. La atención primaria de salud, se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud, los métodos de prevención, promoción, saneamiento básico.

- **Segundo nivel de atención.**- EL segundo nivel de atención lo conforman los hospitales generales, los cuales tienen la finalidad de brindar servicios médicos integrales y de calidad a la comunidad, los cuales se encargan de atender las necesidades sanitarias de toda la población cuando por su complejidad y características, sobrepasan los recursos de la atención primaria. Ellos requieren de una permanente actualización del equipamiento y de la capacitación continua de sus profesionales.
- **Calidad.**- Es el producto o servicio que recibe el cliente o usuario de manera muy satisfactoria, la calidad busca integrar las palabras; equidad que es dar a quien más lo necesita, garantizando la accesibilidad, efectividad que significa alcanzar la cobertura e impacto adecuado, eficiencia que es optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y eficacia es utilizar metodología y tecnología adecuada, esto constituye la calidad de los servicios, son las instituciones de salud las responsables de brindar atención de calidad.
- **Satisfacción.**- Se refiere al nivel de conformidad, estado de ánimo, de un individuo cuando realiza una compra o utiliza un servicio. La lógica indica que, a mayor satisfacción, mayor posibilidad de que el cliente vuelva a comprar o a contratar servicios en el mismo establecimiento.

²⁴Archivos. Hospital Cantonal de Girón.

La satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.

Debido a represarías en contra de las quejas, es posible que los usuarios los externos de los establecimientos de salud, cuando participan en encuestas o entrevistas relacionadas con la calidad de la atención, responda positivamente a la palabra “satisfecho”. Por lo tanto, los administradores no deben suponer que los servicios prestados son adecuados únicamente porque los usuarios no se quejan. Aun los niveles bajos de insatisfacción reportada, debe tomarse tomar en cuenta para producir cambios, cuando el usuario percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios y, de hecho, reducir la calidad de atención.

La satisfacción del usuario es un indicador importante para determinar la calidad de los servicios, no obstante, resulta difícil evaluarla; los métodos y las medidas para la recolección de datos suelen influir en las respuestas del usuario. Como se mencionó anteriormente, la mayoría de los usuarios afirman estar satisfechos independientemente de la calidad real.

- **Insatisfacción.**- Es una actitud molesta, sentimiento de disgusto, que tiene cuando un individuo cuando no cumple un deseo o no se cubre una necesidad.
- **Atención de Salud.**- La salud pública en el Ecuador está bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, que es el organismo rector del Sistema Nacional de Salud, el presupuesto y la ejecución del mismo dan cuenta de la dedicación del estado al bienestar de la población, medido por su acceso a la salud. Como respuesta a la demanda de la población, el estado ecuatoriano ha de responder a las políticas públicas, la cual está dirigida a garantizar el acceso de salud a la población, especialmente a la más vulnerable.

El M.S.P. a través de sus niveles de atención busca cumplir las expectativas de los usuarios, con la implementación de nuevos modelos de salud, que trata de mejorar la calidad de vida a la población, con aumento de la esperanza de vida al nacer, una vida digna en donde las personas gocen de las fortalezas que le brida la sociedad, protegiendo el ecosistema, que últimamente está destruyendo al mundo. Porque

calidad no es solo cortesía, amabilidad, sonrisas, sino más bien, satisfacer las necesidades de los usuarios.

- **Atención de enfermería.**- El personal de enfermería constituye la piedra angular del equipo de salud, debido a que permanece las 24 horas junto al usuario o paciente, es quien está familiarizada con los problemas que afectan al enfermo y es quien tiene que satisfacer las necesidades porque las enfermeras trabajamos en base a conocimientos científicos, técnicos que van en beneficio del paciente.

Entonces podemos definir a atención de enfermería como un conjunto de funciones, actividades que a través de una metodología científica y sistematizada, como el proceso de atención de enfermería, utilizando cada día los planes de cuidados individuales, porque cada persona tiene diferentes necesidades y la enfermera tiene que estar presente para colaborar en su recuperación.

Para mejorar la calidad de atención del paciente ingresado, es necesario la capacitación continua ya que ello fortalece los conocimientos. En la actualidad una política del MSP es mejoramiento de la calidad de atención de los servicios de salud, con los principios de efectividad, eficiencia, eficacia, calidez, universalidad; lo que provoca que las instituciones de salud fomenten y faciliten al equipo de salud actividades de actualización de conocimientos técnicos y científicos, en la humanización y el trabajo en equipo, acorde con el desarrollo científico y tecnológico, con la único propósito de mejorar la calidad de los servicios.

Gestión administrativa

- **Definición de gestión.**- Gestión hace referencia a la acción y a la consecuencia de administrar o gestionar algo. Al respecto, gestionar es llevar a cabo diligencias que hacen posible la realización de una operación comercial o de un anhelo cualquiera. Por otra parte administrar, abarca las ideas de gobernar, disponer dirigir, ordenar u organizar una determinada cosa o situación.
- **Definición de gestión administrativa**- Es un proceso de planear, organizar, ejecutar y controlar; mediante el cual se logra objetivos comunes en una organización con apoyo de recursos humanos y otros, porque trabajando en equipo se logra los propósitos y alcanza las metas propuestas en un periodo determinado de tiempo. La gestión administrativa tiene cuatro elementos o funciones:

- **Planificación.**- Es un proceso de establecer objetivos, metas con anticipación y determinar las acciones a realizarse para lograrlo. Son la guía para que la organización obtenga y comprometa los recursos que se necesita para alcanzarlos.
- **Organización.**- Es un proceso de asignación de tareas, distribución de recursos entre los miembros de una organización para alcanzar las metas. Los administradores convierten los planes en acciones al definir los puestos, asignar personal y apoyar con tecnología y otros recursos.
- **Dirección.**- Es un proceso de influir, dirigir, motivar a la gente hacia el cumplimiento de los planes y logro de objetivos organizacionales. Se construyen compromisos, alientan actividades que respalden las metas.
- **Control.**- Proceso de asegurar que las actividades reales se ajusten a las actividades planificadas. Mediante el control los administradores mantienen un contacto activo con la gente durante el curso de su trabajo, recaudan e interpretan información sobre el desempeño; utilizando esta información para planear acciones y cambios constructivos.
- **Organización.**- Es un grupo de personas que trabajan juntas para lograr un propósito en común que satisfagan las necesidades de los clientes o usuarios. Para que la organización se desempeñe bien, se debe utilizar bien los recursos; al ser las personas un valioso recurso para la organización deben poseer habilidades, capacidades, valores personales, motivación, conocimientos.
- **Concepto de Administración.**- Son organismos rectores que coordinan los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para que una organización alcance sus metas y propósitos.

Los administradores no solo son jefes que dan órdenes, están siempre para ayudar a satisfacer las necesidades de los clientes, conocidos en nuestra época como mejores administradores por ayudar respaldar, permite la participación u opinión de sus trabajadores lo que ayuda a la organización a tener éxito.

- **Administración de calidad total (TQM).**- Consiste en que todos los miembros de la organización buscan el mejoramiento continuo, la calidad de los servicios, satisfaciendo las necesidades de los clientes. El jefe trabaja en base a la función de los clientes y necesidades de los colaboradores. La calidad significa ajustarse a los estándares, prevención de defectos, ahorro de dinero.

- **Liderazgo.**- La definición de liderazgo contiene una palabra clave “voluntariamente”, que no se trata solamente de influir a la gente, sino de hacerlo que voluntariamente se empeñe en los objetivos que correspondan. Liderazgo es un proceso social que busca guiar, dirigir, motivar a una organización con el fin de obtener logros sobresalientes, por lo tanto liderar implica articular la visión apropiada.

Se puede decir que liderazgo y motivación son dos caras de la misma moneda, en donde la primera mira al líder y la segunda a sus seguidores, entonces el líder provoca motivación. Estudios psicológicos sobre liderazgo sostenían que buscamos en nuestros líderes la seguridad que nos proporcionaba el símbolo paterno; como un ser perfecto, infalible, inteligente y más capaces que nosotros. Actualmente ya no se piensa que estas habilidades son supernaturales.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo de este trabajo de investigación, se partió de una conversación con el Director del Hospital conjuntamente con el Coordinador para solicitar la colaboración y aprobación del tema propuesto en este trabajo de investigación “Implementación de un Modelo de Gestión de Calidad basado en Procesos para mejorar los servicios en el Hospital Cantonal de Girón “Aida León de Rodríguez Lara”, quienes estuvieron de acuerdo ya que el mismo servirá de aporte y guía para mejorar los servicios en ciertas áreas críticas, sobre los cuales ya han existido quejas y reclamos por parte de los usuarios, se ha intentado mejorar los servicios únicamente con recomendaciones verbales sin lograr mayores cambios en beneficio de la institución.

Se realizó el diagnóstico inicial, para lo cual se pidió colaboración al personal responsable del área de Talento Humano quien nos facilitó la información y documentación existente se analizó la estructura organizacional jerárquica del Hospital; se revisó el Manual de Procesos y Procedimientos del Hospital, especialmente en lo que corresponde a las áreas de análisis como son las áreas de Admisión, Emergencia, Hospitalización, Servicios Generales y Gestión Administrativa.

3.1 Unidad de análisis, universo y muestra.

El presente trabajo de investigación, se aplicará en ciertas áreas críticas del Hospital Cantonal de Girón, sobre las cuáles se ha detectado falencias y reclamos de parte de los pacientes, determinados mediante resultados de encuestas de satisfacción al usuario y otras propias realizadas para este trabajo, encuestas que se han venido realizando anualmente sin que existan análisis de los resultados obtenidos, peor haber implementado estrategias para mejorar la situación actual o retroalimentar en ciertas áreas en las que existen falencias.

Se analizará la Gestión por Procesos que ha implementado el Ministerio de Salud Pública, determinar el nivel de aplicación y conocimiento por parte del personal involucrado en cada proceso, se hará una pequeña encuesta al usuario interno para evidenciar el grado de organización y su relación con el resto de áreas o procesos del hospital, tratar de identificar los puntos débiles y analizar las causas que afectan su rendimiento, detectar por qué la percepción por parte de los usuarios como un mal servicio.

Para determinar el tamaño de la muestra, se considerará la población asignada para el Hospital Cantonal de Girón para el año 2014 por parte del INEC, la misma que permanece en archivo de Estadística del Hospital Cantonal de Girón. (Ver. **Anexo 1**)

3.1.1 Fórmula para cálculo de la muestra poblaciones finitas.

Para el cálculo de tamaño de muestra cuando el universo es finito, es decir contable y la variable de tipo categórica, primero debe conocer "N" ó sea el número total de casos esperados, en este caso la población de 20 a 60 años del total asignado al Hospital. Si la población es finita, es decir conocemos el total de la población (4389) y deseásemos saber cuántos del total tendremos que estudiar (Muestra) la fórmula sería:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población = 4.389
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%) = 3.84
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en este caso usaremos un 5%)

$$\text{Muestra} = \frac{(4389) * (3.84) * (0.05) * (0.9)}{(0.0025)*(4388) + (3.84)*(0.05)(0.95)} = 72$$

En consecuencia, se debe aplicar la encuesta a 72 personas que se encuentren dentro de este rango de edades.

3.2 Métodos de Investigación.

Entre los métodos que se utilizaran para la presente investigación tenemos los siguientes:

- **Deductivo.**- Partiendo de una ley general conocida como es la Gestión basada en Procesos, este método contribuirá a desarrollar, estudiar, analizar y sintetizar el proceso de la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad basado en procesos.
- **Inductivo.**- Este método estamos aplicando en el momento que analizamos los efectos positivos que ha tenido su aplicación en las Instituciones de Salud ayudará a estudiar los hechos particulares relativos al tema, para luego llegar a establecer los hechos reales generales en nuestro campo de investigación.
- **Analítico.**- Este método permitirá analizar independientemente el problema expuesto a través de un estudio objetivo y ordenado, sobre todo, buscar soluciones aplicables que mejoren la situación actual mediante las técnicas propuestas en este trabajo.

Alineamiento Institucional.- Se pretende demostrar que la aplicación de estos métodos en el presente trabajo, vincula a las diferentes unidades y departamentos con la estrategia de la organización. Como un proceso, este es susceptible de ser definido, evaluado y mejorado en función de la misión, el plan estratégico y las mediciones del desempeño de la Institución.

3.3 Técnicas de Investigación.

Desde el momento en que se definió el tema para este trabajo de investigación ya se ha estado aplicando técnicas de investigación que nos facilitará el desarrollo de la misma, se ha iniciado con la observación directa ya que al ser parte de la Institución objeto de análisis de estudio, se ha venido percibiendo permanentemente cierto grado de insatisfacción por parte de los usuarios en algunas áreas de servicio del Hospital de Girón. También como resultados de las encuestas realizadas por parte de la institución y las propias de este trabajo de investigación para conocer a fondo y definir las áreas con mayores debilidades en cuanto a la calidad de la prestación de sus servicios. Para lo cual se ha implementado cuestionarios dirigidos tanto al usuario interno como externo, en el desarrollo se utilizarán otras técnicas como hojas de registro y otros que se requiera en su momento.

3.4 Instrumentos de Investigación.

Los instrumentos necesarios para el desarrollo de esta investigación, será la aplicación de formularios en todas las instancias, desde el momento del análisis hasta la aplicación de la propuesta, lo que garantiza un archivo documentado que servirá de evidencia para consultas

futuras y la implementación en otras áreas necesarias, los formularios constarán en los anexos de este trabajo.

Así mismo se contará con fichas bibliográficas para evidenciar las consultas sobre el tema de investigación y aspectos relacionados al mismo, con los avances tecnológicos la mayoría de consultas y evidencias bibliográficas se encuentran en el internet, ya sea en archivos de boletines, casos prácticos de otras instituciones similares, consultas legales como publicaciones de Registros oficiales de nuestro País, etc.

El contenido de las encuestas tanto al usuario como externo, han sido creadas para este trabajo de investigación, propias del autor, enfocados a obtener información sobre el tema.

En resumen se contará con una serie de documentación, Informes, planes y proyectos que cuenta la institución, que garantizan la propiedad de la información y el aporte nuevo con este trabajo a realizar.

3.5 Técnicas de análisis de datos (estadísticas)

Los métodos que se utilizarán para recopilar, analizar, demostrar y analizar la información serán los siguientes:

- **Razonamiento matemático y teórico.** Bases fundamentales en este trabajo desde el inicio se hacen análisis teórico desde la descripción de antecedentes, la situación actual, durante todo el proceso y en la interpretación de resultados logrados. Igualmente las cifras matemáticas están presentes en todo el trabajo pues es un tema que requiere el análisis cuantitativo porque se manejan datos numéricos desde el momento mismo de recolección de la información hasta la presentación final de resultados obtenido.
- **Razonamiento Estadístico,** el mismo que servirá para analizar, comparar e interpretar la información obtenida, se representarán mediante cuadros estadísticos comparativos o de resultados, tablas de frecuencias, indicadores con respectiva interpretación para evidenciar la información desde su fase inicial hasta resultados finales obtenidos.
- **Visualización de datos obtenidos,** mediante esta técnica se utilizarán los histogramas, los mismos que nos permitirá visualizar gráficamente el proceso y los resultados de la información obtenida en uno o varios procesos en el desarrollo del

trabajo de investigación, con la información gráfica se demostrará inicialmente con el diagrama causa-efecto, la tendencia de los datos obtenidos, los mismos que son expresados o visualizados mediante gráficos de columnas o barras, diagramas de flujo presentes en todo proceso.

Por lo tanto, el presente trabajo se encuentra enmarcado dentro de los siguientes niveles de investigación:

Investigación Explicativa.- Con el presente trabajo, se pretende explicar y dar a conocer las ventajas de la gestión por procesos, realizar una comparación con la situación actual, analizar las metas actuales obtenidas y los planes anuales que rigen en la institución y en el desarrollo de las actividades de cada área.

Investigación Descriptiva.- Mediante este trabajo de investigación, se buscará el porqué de los hechos actuales, mediante el establecimiento de relaciones causa efecto, (Pareto), en donde se obtengan la principales causas del porqué las quejas y descontento de los pacientes y usuarios sobre la calidad de la atención ofrecida, las mismas que serán objeto de análisis y propuesta de mejora en ciertas áreas de la institución.

Investigación de Campo.- Este trabajo de investigación permitirá la recolección de datos necesarios para complementar las investigaciones anteriores en cada uno de los aspectos necesarios. Además se realizará entrevistas, encuestas y foros con las personas involucrados en los procesos administrativos para levantar, administrar y dar sugerencias de mejora.

DISEÑO METODOLÓGICO PARA LA APLICACIÓN DE LA PROPUESTA.

Para iniciar la aplicación de esta propuesta de implementación, se procederá de la siguiente manera:

1. Determinar los objetivos y los principios sobre el sistema propuesto.
2. Planeación para el cambio.
 - Analizar y establecer el direccionamiento estratégico y objetivos.
 - Definir el producto de cada área como propuesta de valor.
 - Construir la cadena de valor.
3. Rediseño de la organización por procesos en las diferentes áreas.
 - Definir procesos.

- Designar dueños o responsables de los procesos
- Formar equipos de trabajo.
- Involucrar y definir a clientes y proveedores de cada proceso.
- Retroalimentar a cada proceso.

4. Establecer y diseñar documentos de soporte para cada área.

Hasta el momento se ha procedido a revisar el **ESTATUTO ORGÁNICO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**, posteriormente se analiza las recomendaciones hechas por el modelo ISO 9001:2000, para la descripción de Procesos Estratégicos, Procesos Misionales y de Apoyo; se procede a la adaptación de estos procesos a nuestra realidad para luego identificar los procedimientos a seguir en cada área antes mencionada.

De aquí en adelante se realizarán algunas actividades como identificaren cada área sus objetivos y el método de desarrollo de sus actividades, su organización interna y análisis de los resultados obtenidos, posteriormente realizar un análisis participativo con el equipo directivo y personal de apoyo administrativo para se conozca la metodología para el desarrollo y puesta en marcha de la propuesta y así definir los procesos descritos en el mapa de procesos.

Se diseñará e implementará un formato para la caracterización de cada uno de los procesos.

Se realizará la caracterización de cada proceso definido y el levantamiento de sus procedimientos documentados en el manual de procesos y procedimientos, utilizando como referente los formatos propuestos del Sistema de Gestión de Calidad bajo Norma ISO, sin salirnos de los lineamientos establecidos por el MSP.

Se identificará la relación de un proceso con los demás del sistema de gestión de Calidad; comprende la identificación de los que son proveedores con sus entradas; las salidas o resultados que entrega el proceso que se está documentando, conocido como caracterización de los procesos. Para lo cual también se establecerán formatos adecuados a cada área.

Como punto adicional, se aplicará a todos los procesos la metodología conocida como Ciclo de Mejora continua “Planificar – Hacer – Verificar – Actuar” (PHVA - DEMING).

Con todo lo descrito y la aplicación de los formularios propuestos, se logrará que el área administrativa tenga caracterizados sus procesos de direccionamiento estratégico y de apoyo con sus respectivos procedimientos para unificar criterios, reducir y racionalizar los gastos,

garantizando el apoyo administrativo suficiente para llegar a ofrecer servicios de salud con oportunidad, calidad y eficiencia, acorde con la misión y visión institucional.

Para el presente trabajo las metodologías de investigación que se aplicaran serán la cuantitativa y cualitativa, a continuación se describen cada uno y el campo de aplicación.

Método Cualitativo._ Se describirá la situación actual, los métodos y procesos aplicados, responsables de las diferentes áreas objeto de estudio, actividades a realizar y medidas correctivas aplicadas, se cuenta con opiniones y puntos de vista desde el ámbito interno y externo, sobre los cuales se enmarcará la investigación para posteriormente poder definir la propuesta y hacerla aplicable en el medio descrito anteriormente, demostrando el éxito obtenido en situaciones similares.

Método cuantitativo._ Basados en la precisión de los datos, los mismos que se encuentran marcados en el conocimiento sobre los procedimientos para la recolección de datos, los mismos que se enfocarán en las variables que se describieron en la hipótesis como es la implementación de un modelo de Gestión y la mejora en los servicios del hospital, la medición de los resultados, así como en la aplicación de indicadores que definirán el éxito de este trabajo de investigación.

El método cuantitativo permitirá la recopilación de datos numéricos especialmente en el campo estadístico, se medirá la satisfacción de los usuarios con la prestación de los servicios, sobre los cuales se diseñaran indicadores de gestión para evaluar la efectividad de los procesos aplicados en cada una de las áreas críticas.

CAPÍTULO IV

SITUACIÓN ACTUAL INSTITUCIONAL Y ANÁLISIS DE RESULTADOS OBTENIDOS SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR EL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN

4.1 Aspectos generales.

Ubicado en el centro cantonal, el Hospital de Girón Aida León de Rodríguez Lara fue inaugurado el 20 de diciembre de 1974, iniciando con el servicio de consulta externa. El servicio de hospitalización entró en funcionamiento el 03 de abril de 1975.

El HG es un Hospital Básico, es decir, una Unidad Operativa, de Segundo Nivel de Atención y Tercer Nivel de Complejidad (Categoría II-4)

Dentro de los límites del cantón Girón existen también dos unidades de Primer Nivel pertenecientes al MSP: una en la parroquia La Asunción y otra en la parroquia San Gerardo.

El HG está catalogado, presupuestariamente, como un Hospital de 15 camas. Sin embargo, en la práctica funciona y brinda servicio, de acuerdo a las necesidades, con un máximo de 25 camas físicamente disponibles.

El terreno en el que se asienta el HG tiene una superficie de 8.648 m², con un área de construcción actual de 1.871,55 m².

Parte de la propiedad institucional está constituida por un inmueble asentado en un terreno de 400 m², ubicado en el centro cantonal, a una distancia aproximada de 500 m del Hospital. Este inmueble fue antiguamente el dispensario médico del cantón.

Los dos terrenos que son propiedad de la institución constituyen un total aproximado de 9048 m².

Misión Institucional.

El hospital cantonal de Girón al ser una institución pública tiene la misión de brindar atención de calidad, a través de modelos de salud integral, familiar, comunitaria en prevención de las enfermedades y en promoción de la salud, mejorar la oferta de servicios, asegurar el acceso de medicamentos, promover el entorno favorable para la salud y la vida de la población.

Visión Institucional

Para el año 2015 el Hospital de Girón será capaz de asegurar la cobertura universal de salud con los servicios públicos gratuitos, eliminando barreras geográficas, económicas, culturales y de género, promoviendo el desarrollo sectorial, la organización y funcionamiento de los actores sociales.

Talento humano

En el Hospital Cantonal de Girón laboran un total de 79 servidores y servidoras, distribuidos como se indica en el **Anexo 2**.

Oferta de servicios

Su cartera de servicios, dirigida a los usuarios externos, está conformada por servicios de primer nivel y de segundo nivel:

Servicios de Primer Nivel de Atención:

- Consulta externa de Medicina General y Psicología Clínica (Unidad Anidada de Primer Nivel de Atención)
- Audiología
- Vacunación
- Odontología General

Servicios de Segundo Nivel de Atención:

- Consulta externa de Especialidades Básicas: Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría.
- Quirófano (se cuenta con Laparoscopia propio)
- Hospitalización
- Emergencias

Cuenta también con Farmacia institucional, Laboratorio clínico e Imagenología (Rayos X, Ecografía), Colposcopia.

Es importante anotar que el laboratorio clínico del HG ofrece servicio a las unidades de primer nivel de La Asunción, San Fernando, San Gerardo y Chumblín. La oferta al Centro de Salud La Asunción es completa, es decir, todas las pruebas disponibles; en los casos de San Fernando, Chumblín y San Gerardo, se oferta las pruebas especiales y todas cuando no está disponible el laboratorio de San Fernando.

Infraestructura

El Hospital de Girón, es una construcción de 39 años de antigüedad, que ha recibido varias mejoras y ampliaciones, como respuesta a la creciente demanda y exigencias institucionales, sin embargo de lo cual, su estructura no guarda concordancia con las necesidades actuales,

nos hemos ajustado a las necesidades actuales, incomodando hasta cierto punto a otras áreas.

Producción

A continuación se describen algunos datos de producción e indicadores hospitalarios correspondientes al año 2014.

Las principales causas de morbilidad e indicadores hospitalarios durante el primer semestre del 2014 se encuentran descritos en el **Anexo 3**.

La comparación de los años 2012 y 2013, en el mismo período, demuestra un incremento de la producción absoluta y un evidente mejoramiento de la eficiencia de la producción; así:

- Incremento de 14,2% en la producción de egresos hospitalarios.
- Aumento del porcentaje de ocupación, con disminución del 60% del intervalo de giro y promedio de días estada estable; es decir, mayor eficiencia de producción.
- Observamos que en el año 2014 se mantienen los valores con respecto al año 2013, lo que demuestra que el hecho de trabajar ya con el primer nivel de atención no ha afectado mayormente en lo que respecta a la producción en el área hospitalaria.

Procesos actuales

A continuación un resumen de algunos procesos que a partir del 01 de julio del año 2013 se vienen desarrollando.

Re implementación de la Unidad Anidada de Primer Nivel y fortalecimiento del Segundo Nivel.

A partir de agosto del año 2013, se ha llevado adelante un proceso de re implementación del Sistema de Referencia y Contra referencia.

Para este proceso se ha considerado:

1. **Fortalecimiento del Talento Humano:** Tanto en la capacitación como en la dotación de instrumental e insumos mínimos necesarios para el adecuado cumplimiento de su trabajo y aplicación de las normas ministeriales vigentes. Se ha procurado generar condiciones de mayor comodidad para los profesionales de Medicina General, incluso con la dotación de nuevo mobiliario, en algunos, por el incremento de número de consultorios.

2. **Readecuación y redistribución de espacios:** Diferenciando y posicionando físicamente a la Unidad Anidada de Primer Nivel. Se han venido realizado adecuaciones que brinden

mayor comodidad al usuario externo y mayor agilidad en la atención entre servicios de primer nivel (consulta externa de medicina, vacunación, odontología, psicología).

3. Reorganización del proceso de atención por niveles: Redireccionando al usuario externo hacia el primer nivel cuando solicita servicio por demanda espontánea, sin referencia. Implementación de un mínimo procedimiento básico de cita previa y agendamiento, tanto para primer nivel como para segundo nivel (esto a pesar de la falta de una servidor/a específico para esta labor, al momento ya contamos con una persona contratada desde el mes de junio de 2014, contrato con una duración hasta el 30 de Diciembre de 2014). Para lo cual se ha instruido a todo el personal del HG sobre el propósito de esta reorganización; así también se ha mantenido contacto e información con autoridades locales y actores claves, todo esto con la finalidad de disminuir las resistencias y facilitar el proceso. La fase de preparación duró más o menos hasta finales de octubre de 2013, con resistencias al cambio por parte de los usuarios externos e incluso usuarios internos, sin embargo, a partir del 01 de noviembre se inicia la aplicación de proceso de atención por niveles.

4. Fortalecimiento de la red de referencia: Se ha mantenido contacto y reuniones con el personal de las unidades de primer nivel, que dentro del Distrito 01D03, refieren al Hospital de Girón; se ha mantenido contacto y acuerdos con la Dirección y responsables técnicos del Distrito 01D05 Nabón. Todo esto con la finalidad de consolidar la red de referencia, dentro del área de cobertura de atención del Hospital de Girón; brindar las mayores facilidades para la resolución de los problemas que rebasan las competencias profesionales y capacidad resolutoria de los profesionales y unidades operativas del primer, respectivamente. El propósito es potenciar y fortalecer las relaciones geográficas e históricas con relaciones técnicas claras y concretas.

Además de lograr mayor eficiencia en la utilización de los recursos del Hospital de Girón, esperamos: mejorar la calidad técnica y la calidad sentida de la atención; y, disminuir distorsiones estadísticas de la información generada.

Fortalecimiento de organismos internos.

Teniendo como base un trabajo previo de conformación de Comités y equipos técnicos, desde julio del año 2013, se ha procurado mantener y fortalecer dichos comités y equipos. Destaco a continuación los comités que se han fortalecido y los que se han considerado retomar:

- Comité de Planificación Institucional y Adquisiciones
- Comité Asistencial Docente

- Comité de Farmacoterapia
- Comité de Salud Materna y Neonatal
- Comité de Bioseguridad y Manejo de Desechos
- Comité de Seguridad Laboral
- Comité de Gestión de Riesgos (Dentro del mismo se conformó el equipo de pronta respuesta)
- Equipo de mejoramiento Continuo de la Calidad.

Es importante considerar que al momento el MSP ha venido implementando una serie de Cambios en la estructura y Categorización de las unidades de salud, cambios basados en análisis numéricos tanto de población como de producción lograda anualmente, estos cambios se han convertido hasta cierto punto en una amenaza para el Hospital Cantonal de Girón, que a pesar de tener una excelente cobertura en la prestación de servicios con respecto a la población asignada, intentan cambiar la Categoría Actual de Hospital Básico a una unidad de Salud tipo C, debido a que según análisis poblacional realizado por el MSP.

4.2 Estructura Organizacional de Gestión por Procesos del Hospital Cantonal de Girón “Aida León de Rodríguez Lara”

El Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública, en su Art. 3 define la **Estructura Organizacional de Gestión por Procesos**: “La estructura organizacional de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública se encuentra alineada con la misión del Ministerio de Salud Pública, el Modelo de Atención, al Modelo de Gestión Hospitalaria, políticas determinadas en la Constitución de la República del Ecuador, las Políticas del Estado, leyes y otras normas vigentes.

Como entidades dependientes del Ministerio de Salud Pública, los Hospitales establecen un modelo de gestión en red que permite satisfacer todas las necesidades de salud de forma integral, de calidad y gratuidad. La estructura se sustenta en la filosofía y enfoque de gestión por procesos determinando claramente su ordenamiento orgánico a través de la identificación de procesos, clientes, productos y/o servicios. Con esta formulación se busca disponer de herramientas que permitan tomar decisiones objetivas para actuar de forma oportuna en cumplimiento de los intereses de la población Ecuatoriana.

Art. 4.- Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública.

Los procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública se ordenan y clasifican en función de su grado de contribución o valor agregado al cumplimiento de su misión. Estos son:

- **Los procesos gobernantes**, orientan la gestión institucional a través de la formulación de políticas, directrices, normas, procedimientos, planes, acuerdos y resoluciones para la adecuada administración y ejercicio de la representación legal de la institución.
- **Los procesos agregadores de valor**, son los encargados de generar y administrar productos y servicios destinados a usuarios internos y externos y permiten cumplir con la misión institucional y los objetivos estratégicos.
- **Los procesos habilitantes de asesoría y de apoyo**, generan productos y servicios para los procesos gobernantes, agregadores de valor y para sí mismos, apoyando y viabilizando la gestión institucional.
- **Los procesos desconcentrados**, generan productos y servicios destinados a los usuarios finales acercándolos al territorio.

Concretamente en lo concerniente a los Hospitales, contamos con el **ESTATUTO ORGANICO DE GESTION ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DE HOSPITALES**, el mismo que se publicó mediante Acuerdo Ministerial 1537 y Registro Oficial Suplemento 339 de 25-sep-2012.

A continuación se describe en contenido del mismo. (Ver **Anexo 4**).

Si bien se cuenta con esta estructura, no se ha hecho conocer al personal el nuevo modelo de Gestión, la mayoría de personas dice desconocer, debido a que por parte del personal de Talento Humano no se ha difundido y se sigue manteniendo el modelo de gestión tradicional basado únicamente en niveles jerárquicos y realizando las funciones que se ha venido realizando tradicionalmente, el personal no está al tanto de las responsabilidades que le compete y dentro de qué proceso se encuentra ubicado su puesto de trabajo, cuáles son sus responsabilidades y los productos a obtener en cada proceso o subproceso, El actual modelo de gestión organizacional por procesos de hospitales no describe de acuerdo a la tipología de hospitales existentes sino que describe de manera general a dos grupos de acuerdo a su capacidad por el número de camas, lo que dificulta aplicar a la realidad institucional del Hospital de e no especifica de acuerdo a la tipología de hospitales, es más no existe concordancia entre el número de personas con los puestos asignados.

Para lograr conocer más de cerca la opinión de los usuarios sobre la calidad de servicio brindado se procedió a realizar una encuesta de Manera General, posteriormente una vez

identificadas las áreas críticas se procedió a profundizar la investigación en cada área para proponer medidas correctivas que generen un nivel más alto de satisfacción por parte de los usuarios o pacientes.

4.3 Análisis del grado de insatisfacción del usuario sobre la calidad de servicio brindado en el Hospital Cantonal de Girón “Aida León de Rodríguez Lara”

Debido a la creciente demanda de atención médica que se ha presentado últimamente en la Consulta Externa de los Establecimientos de Salud, la promoción y publicidad por parte del MSP ha conseguido que se incremente el número de usuarios de los servicios ofrecidos en esta área de atención, la misma que a su vez genera por parte de la población atendida críticas como por ejemplo la demora hasta conseguir la atención médica requerida y el trato no personalizado durante el proceso de gestión en esta área de actuación, entre otras.

Si a estos problemas no se le da solución, la respuesta de insatisfacción de los usuarios se transmite en la comunidad a la que pertenecen, la misma que puede causar daño a la imagen de los Establecimientos de Salud un daño irreparable. Para el desarrollo de este trabajo y poder identificar los puntos fuertes y débiles dentro de los cuales se desarrolla la prestación de servicios de salud del Hospital Cantonal de Girón, se procedió a realizar encuestas a los usuarios, las preguntas se formularon de manera general para detectar la calidad de atención percibida por cada uno de ellos, presentando a continuación un detalle de los resultados obtenidos. (**Anexo 5**)

Al realizar el análisis de los resultados de estas encuestas, notamos claramente que existen ciertas áreas críticas que son el punto de atención para realizar propuestas de solución y así establecer mecanismos para mejorar la calidad de atención y lograr un nivel más alto de satisfacción por parte de los usuarios.

Las áreas en las que se pondrá mayor atención son el área de limpieza con un gran porcentaje de pacientes inconformes, luego el área de atención en Emergencia, estadística y los servicios de Enfermería en todas las áreas.

4.4 Análisis de resultados obtenidos en encuestas a usuarios por áreas de servicio

Una vez que se ha detectado las áreas críticas, se procedió a realizar encuestas de satisfacción al usuario a pacientes que acaban de recibir cada uno de los servicios antes mencionados para determinar las actividades específicas en las que debemos actuar, los

resultados de las mismas fueron informados al Director del Hospital para tratar de tomar medidas correctivas urgentes.

Se aplicó la misma encuesta en las áreas de atención directa a pacientes como son: Atención Primaria, Especialidad (relacionadas directamente con el área de admisión o Estadística), Emergencia y Hospitalización.

La Encuesta consta de 6 preguntas estratégicas suficientes para detectar el nivel de satisfacción del usuario. El número de encuestas va de acuerdo a las consultas realizadas y a la colaboración de los pacientes. Al final de cada mes se realiza un consolidado del mayor número de encuestas logradas en cada área.

Para el presente trabajo se hará una descripción de las responsabilidades de los procesos clave involucrados en la mejora de la calidad de los servicios, analizar las posibles causas que provoca el nivel de insatisfacción obtenido y posteriormente proponer alternativas de solución a los problemas encontrados, así tenemos:

4.4.1. Área de Admisión (estadística)

El nivel más alto de insatisfacción por parte de los usuarios es en el área de admisión, es decir en la demora de trámites hasta conseguir el turno, para lo cual se analizará las responsabilidades y productos a obtener por este subproceso.

Se encuentra dentro de **PROCESOS HABILITANTES DE APOYO²⁵ (Anexo 6)**. Al momento se cuenta con tres personas que laboran en el departamento, dos personas en atención al público, los mismos que están bajo contrato provisional y una persona de planta encargada de elaborar los informes estadísticos y análisis de la producción obtenida mensualmente, lo cual es una actividad que necesita precisión y está sujeta a presión por parte de los niveles más altos como son la Coordinación Zonal 6 de Salud, informes hacia el Distrito de Salud 01D03 ubicado en el Cantón Santa Isabel, igualmente información solicitada directamente por parte del MSP.

No existe un manual de procedimientos ni funciones propias establecidas para ésta área. Si bien se realiza cada año la evaluación del desempeño sólo al personal que se encuentra sujeto a la LOSEP, se lo hace en función del cumplimiento de metas todas ellas basadas en los productos o servicios a obtener en el departamento ya detalladas anteriormente, sin

²⁵ESTATUTO ORGANICO GESTION ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DE HOSPITALES

considerar las verdaderas actividades que se realizan diariamente y que toma tiempo realizarlas las mismas que no son demostradas en ningún lado.

4.4.1.1 Causas de insatisfacción de los usuarios detectadas en el área de admisión.

Las posibles causas por las cuales los pacientes no se encuentran satisfechos con la atención en el área de Admisión (Estadística) son las siguientes:

1. Los pacientes tienen que madrugar para tratar de obtener los primeros turnos porque en las primeras horas se asignan turnos para todo el día, cabe indicar que los pacientes que madrugan no sólo es para obtener su turno en Consulta Externa sino también para realizarse exámenes que requieren estar en ayunas o con la vejiga llena (Laboratorio y Ecografías) y necesitan ser atendidos lo más pronto.
2. Los turnos obtenidos en ventanilla son direccionados hacia los médicos del Primer Nivel de Atención. Lo cual genera descontento porque algunos pacientes desean ser atendidos por los médicos especialistas y para llegar a ellos necesitan que de acuerdo al diagnóstico se haga un proceso de referencia hacia los especialistas, caso contrario el médico en atención primaria lo solucionará.
3. Los turnos diarios para cada profesional son limitados a 24 pacientes durante las 8 horas (3 por hora) siempre y cuando no existan eventos de capacitación o actividades similares, las mismas que deben ser comunicadas previamente al departamento de Estadística para su respectiva coordinación en la asignación de turnos para los profesionales disponibles.
4. Déficit de médicos para la Atención Primaria, todos los días hay un % de pacientes que regresan sin ser atendidos, debido a la afluencia de pacientes.
5. El nuevo Modelo de atención ha permitido que exista capacidad ociosa por parte de los médicos especialistas, debido a que la mayoría de las consultas son resueltas por los médicos del primer nivel, lo que significa hacer un análisis de los diagnósticos descritos por los médicos y evaluar las consultas que requerían de atención médica especializada, de esta manera estaríamos consiguiendo mayor distribución de pacientes en el primer nivel de atención y disminuyendo el grado de insatisfacción generada en los pacientes.

Como se puede observar la mayoría de causas de insatisfacción en esta área se debe a la falta de organización institucional, falta de información al usuario, no existe delimitación de

funciones a cada empleado dentro del departamento, déficit de personal para asistencia al paciente previa a la atención (servicios de enfermería para preparación y toma de signos vitales), entre otras.

Para analizar el tiempo estimado que demora un paciente para ser atendido en el servicio de Consulta externa (Ejm. Del primer paciente atendido en un día aleatorio, mediante observación directa) se ha estimado el tiempo promedio de demora en cada proceso o actividad como se observa en el **Anexo 7**.

Este es un ejemplo de un paciente con el mínimo de tiempo que demora en cumplir su objetivo de ser atendido en el Servicio de Consulta Externa suman a rededor de 4 horas 30 min. Se necesita aplicar medidas correctivas especialmente en las actividades de más demora para el paciente como es la hora de adquirir su ticket hasta que le asignen su turno, así como en el tiempo de espera para ser administrada su medicación. Con la aplicación de una buena Gestión por Procesos, se lograrán muchos cambios en esta área de atención al usuario y se conseguirá subir los niveles de satisfacción consiguiendo:

- Incrementar las capacidades y competencias del Talento Humano.
- Mejorar la calidad de las actividades operativas del Hospital.
- Reducir el número de pacientes insatisfechos o que no consiguen una atención oportuna.
- Evitar el acumulamiento de pacientes en Ventanilla.
- Mejorar la imagen Institucional.

Directamente relacionada con las causas de este grado de insatisfacción de los usuarios, es la aplicación del Nuevo Modelo de Atención, por lo tanto se analiza de manera independiente tanto la producción como la opinión de los usuarios en el servicio brindado en el primer nivel de atención (**Anexo 8**).

4.4.2. Análisis del grado de insatisfacción en el área de Emergencia

En la actualidad el personal del Servicio de Emergencia del Hospital se encuentra bajo la coordinación del ECU 911, es una situación que no guarda concordancia con las verdaderas necesidades de atención en este departamento.

Las causas de insatisfacción de los usuarios encontradas en esta área son las siguientes:

1. En primer lugar no existe un Manual de funciones del Departamento o área de Emergencia, lo que dificulta las acciones a tomar por parte del personal ante cualquier evento. Igualmente el personal de enfermería no tienen establecidas las funciones a realizar lo que impide exigir mayor grado de responsabilidad en el cumplimiento de las mismas.
2. La infraestructura inadecuada de este servicio no permite que se brinde una buena atención al paciente, primeramente no existe privacidad pues se cuenta con un solo cuarto en el cual se realiza la recepción del paciente directamente, en el mismo espacio físico se realiza la atención emergente y si es necesario se le ubica al paciente en una camilla para observación Lo que dificulta la fluidez de pacientes que se encuentran en espera de ser atendidos en servicio.
3. En caso de necesitar trasladar al paciente a niveles más altos o lugares de referencia para su atención dentro del MSP, el médico asignado al área de emergencia se traslada en la ambulancia junto con el paciente y regresa cuando al paciente ya es ingresado a otra Unidad de Salud o se realizó el examen respectivo para retornar al lugar de origen. Al salir el médico de Emergencia de la Unidad el médico residente o encargado del Servicio de Hospitalización deberá cubrir esta atención hasta que retorne el equipo responsable, lo que aumenta el tiempo de espera de los pacientes hasta que se solucione esta ausencia del personal en el área de Emergencia.
4. El Hecho que en este mismo espacio físico se realice el servicio de curaciones y aplicación de inyecciones, la espera de los pacientes se extiende hasta que el personal de enfermería esté libre y pueda colaborar con este requerimiento, para lo cual han optado por exponer un horario de atención para inyecciones y curaciones a partir de las 10 de la mañana, considerando que los pacientes desde las 7 de la mañana ya son atendidas y requieren aplicarse la medicación a partir de las 7:30 y tienen que esperar hasta esas horas para ser atendidos. Provocando un nivel de insatisfacción y malestar por el tiempo de espera.
5. El desarrollo de las actividades dentro de este departamento dificulta las relaciones de dependencia, líneas de comunicación y supervisión entre los distintos niveles de la organización, lo que ha sido imposible hasta el momento de establecer claramente las funciones y responsabilidades de forma escrita para el médico, enfermera e inclusive del Chofer de la Ambulancia de Emergencia. Al existir una sola persona a cargo de los bienes entregados al personal de este departamento y tiene que ausentarse de la Institución ha originado la pérdida de equipos, pues no se deja entregando a nadie los

bienes existentes. Al paciente le toca presenciar toda esta problemática sin ser atendidos ellos ni resuelto su requerimiento de atención de salud.

6. Por último, no existe buena coordinación en las actividades internas por parte de los responsables en el área de Emergencia, como es el caso del abastecimiento de medicinas e insumos en el departamento, si bien ha sido entregado un inventario y stock necesario de acuerdo al análisis del perfil epidemiológico y causas de atención en el departamento, no se mantiene actualizado este stock y en algunas ocasiones los pacientes o familiares han tenido que acudir a farmacias particulares a adquirir los insumos básicos con los cuales debe contar este servicio. Este problema ocasiona incomodidad para el paciente y descontento que no se cuente en ciertas circunstancias con algo elemental como jeringuillas o suturas que no se ha realizado la descarga previamente y en horas de atención en la Farmacia Institución.

El análisis de las encuestas de satisfacción al usuario en el área de Emergencia se detalla en el **Anexo 9**.

En el siguiente capítulo se hará la propuesta para mejorar estos niveles de insatisfacción por parte de los pacientes atendidos es este servicio, que son originados por falta de gestión en la organización interna, determinación de los procedimientos a seguir en cada área para cumplir eficientemente con las actividades encomendadas a cada profesional dentro del departamento.

4.4.3. Análisis del grado de insatisfacción de los usuarios en el servicio de Enfermería.

Como es de conocimiento general, las enfermeras proporcionan una ayuda extensiva a los médicos al cuidar a los pacientes para que se recuperen de un accidente o enfermedad. Las enfermeras tienen varios roles para asegurar que los hospitales funcionen bien diariamente, en el caso concreto del Hospital de Girón, el servicio de enfermería está distribuido en 2 áreas, asistenciales y administrativas.

Si bien las enfermeras asistenciales están en todas las áreas de atención como en Emergencia, Consulta Externa, Hospitalización y Área quirúrgica, se han presentado reclamos en la calidad de atención brindada por este personal, especialmente en el área de hospitalización en donde el paciente permanece más tiempo al cuidado de este personal y su contacto es directo a diario.

Si bien no se hizo un estudio en todas las áreas del hospital sobre el grado de satisfacción del usuario en el servicio brindado por el personal de enfermería, se tomó como muestra el

área de hospitalización por cuanto han existido la mayor cantidad de quejas en esa área y que por lo tanto ya se iniciaron a tomar medidas correctivas para disminuir este problema.

4.4.3.1 Causas de los niveles de insatisfacción del usuario en el área de Enfermería del Hospital de Girón.

De acuerdo a los problemas presentados en este último año y a las quejas presentadas en el Dpto. de Talento Humano, las mismas que han sido analizadas por la máxima autoridad de la institución para así poder tomar medidas correctivas a tiempo, para de esta manera incrementar los niveles de satisfacción y mejorar la calidad e imagen institucional.

1. En el Hospital no se cuenta con un orgánico Funcional para el Servicio de Enfermería en ninguna de las áreas específicas de atención, si bien existen funciones generales que confunden o duplican las funciones dentro de la institución, lo que ha provocado malestar y rivalidad entre compañeras. Existen 9 personas con la denominación de Auxiliares de enfermería, las mismas que están bajo el régimen de Código de Trabajo, las mismas que rotan su atención en el servicio de Emergencia y de Hospitalización, Igualmente existen 6 Licenciadas en Enfermería que cumplen sus actividades en los Servicios de Quirófano, Hospitalización, Emergencia y Consulta Externa, Vacunación y Atención Comunitaria.
2. La falta de funciones específicas y limitaciones en cada área ha provocado malestar por cuanto consideran que cierto grupo de personal está sobre cargado de funciones mientras que en otras áreas su colaboración o intervención es mínima.
3. No existe gestión por procesos en el servicio de enfermería, siempre se ha manejado la gestión tradicional basada en niveles jerárquicos. Con la implementación de la Gestión por procesos en este servicio, se definirían las actividades de cada área, analizar su interrelación y proporcionar cada uno el valor añadido para la consecución de los objetivos generales de la Institución.
4. Con la Implementación del nuevo modelo de Atención en Salud, el problema se agudizó aún más pues hay dos grupos de atención, el primer nivel de Atención y la Atención de Segundo Nivel o de especialidades. Cada uno con su equipo de enfermería y su líder, las mismas que no tienen definidas funciones específicas definidas lo que da origen a confusión e incertidumbre sobre la responsabilidad de ciertas tareas.

5. Todos estos problemas internos el paciente percibe de cerca, pues es quien presencia todos los inconvenientes presentados entre el personal, lo que genera niveles altos de insatisfacción pues provoca demora en la atención en el servicio y hasta cierto punto mal trato en la atención por cuanto su estado emocional no es el adecuado para brindar este servicio que requiere calidad y calidez hacia el usuario.

4.4.3.2 Funciones y productos de la gestión de cuidados de enfermería según el Estatuto Orgánico Gestión Organizacional por Procesos de Hospitales²⁶ (Anexo 10)

En el capítulo V, se describirá las funciones específicas del personal Auxiliar de Enfermería y del Personal de Enfermería para delimitar funciones y evitar que esta confusión repercuta en el trato al paciente, el mismo que ha sido calificado con un nivel considerable de mal trato, especialmente en el servicio de hospitalización que es donde el paciente percibe más de cerca debido a sus días de estadía.

En el **Anexo 11** se indica los resultados obtenidos en las encuestas sobre el servicio prestado por enfermería en el área de hospitalización.

4.4.4. Análisis del grado de insatisfacción con el servicio de servicios generales (limpieza), en toda la institución.

La institución cuenta con 9 personas que pertenecen a Servicios Generales, distribuidos de la siguiente manera:

3 personas en el servicio de ropería y lavandería.

3 personas en el área de nutrición y dietética.

3 personas en el área de limpieza.

Como hemos observado, la mayoría de los usuarios encuestados en todas las áreas mantienen su descontento con el servicio de limpieza y mantenimiento del Hospital, los cuales se deben a un sinnúmero de factores, entre los cuales se puede identificar:

- La institución ha crecido en su infraestructura y los servicios ofrecidos y el personal no se ha incrementado para poder solventar los servicios de limpieza en todas las áreas.

²⁶ Estatuto Orgánico Gestión Organizacional Por Procesos De Hospitales

Como alternativa para tratar de cubrir este déficit se implementó el servicio de guardianía por 8 horas nocturnas, en vista de que el mismo personal cubría las noches tanto el servicio de limpieza como guardianía, sin poder cumplir a cabalidad con sus funciones.

- Las instalaciones eléctricas e hidrosanitarias tienen una vigencia de 40 años, algunas áreas se han ido cambiando las instalaciones de acuerdo a las necesidades presentadas, en otras áreas aún persisten los problemas, lo cual presenta incomodidad para los usuarios que permanecen en las salas de espera que se encuentran cerca de los baños. Se considera que con el crecimiento de espacios para prestar consulta se han ido reduciendo espacios y ventilación de ciertas áreas, provocando malestar a los usuarios.
- El personal asignado para cumplir con estas funciones, manifiesta que el número de personas dedicadas a esta actividad es insuficiente para cumplir a cabalidad con las actividades de limpieza especialmente y que se requiere de una persona más que colabore simultáneamente en el horario, pues hay áreas que requieren limpieza constante lo que impide concluir eficientemente el trabajo en otras áreas.
- Las limitaciones actuales para la creación de partidas de personal ha impedido contar con un recurso que es indispensable para el buen desarrollo y funcionamiento de la institución por lo que en el próximo capítulo se sugerirá o se propondrá medidas estratégicas que posibilitan la solución a este inconveniente detectado en la institución y que es un factor importante para lograr mayor satisfacción en los usuarios que acuden a recibir los servicios de salud en la Institución.

En lo referente a funciones específicas del Personal de Limpieza de la Institución, se puede indicar que la falta de un manual de funciones departamentales ha impedido incluso exigir ciertas actividades al personal, lo cual se ha venido realizando las actividades de una manera tradicional o de acuerdo al tiempo distribuido por ellos mismo.

En la nueva estructura organizacional por procesos de hospitales, no contempla dentro de sus procesos al área de limpieza. Lo que ha generado incertidumbre con la permanencia de este personal en la institución. Desde meses atrás se viene implementando la externalización de los servicios generales de limpieza, lavandería y de alimentación en otras instituciones de Salud. En el caso concreto del Hospital de Girón aún no se ha recibido esta disposición por lo que se está tomando medidas internas para tratar de corregir ciertas debilidades en la prestación de este servicio fundamental dentro de las áreas de salud.

Las funciones que normalmente vienen realizando el personal encargado de la limpieza se describen en el **Anexo 12**, las mismas que se establecieron conjuntamente con el personal responsable, el jefe inmediato y la máxima autoridad.

En este aspecto, se han tomado decisiones desde el MSP, el cual manifiesta que estos servicios serán externalizados, lo cual ha generado un grado de incertidumbre y desmotivación del personal que cumple con estas tareas.

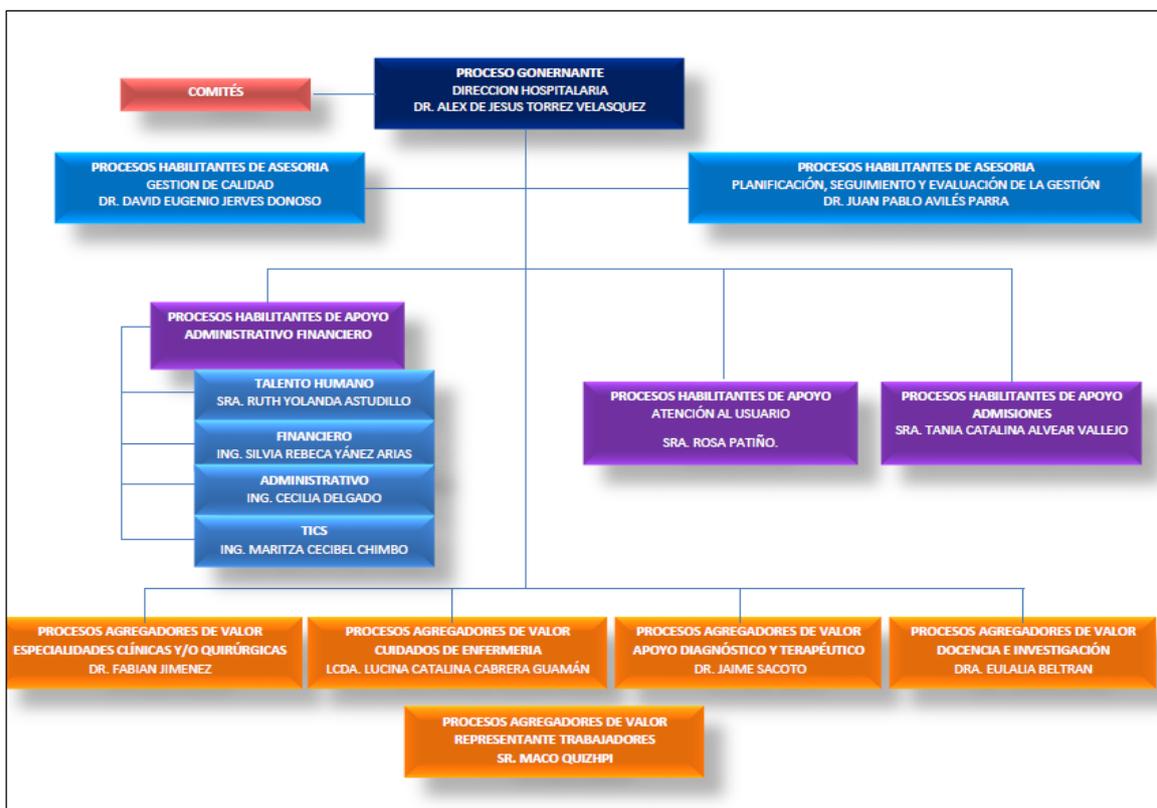
CAPÍTULO V

PROPUESTA DE REESTRUCTURACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTION POR PROCESOS EN LAS ÁREAS DE ESTUDIO EN EL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN.

En el presente capítulo se irá desarrollando el análisis de procesos por áreas, en las cuales se podrá visualizar de mejor manera el funcionamiento y aplicación.

En primera Instancia Estructuraremos el Mapa de Procesos General del Hospital, para luego proponer el levantamiento de procesos por áreas de estudio.

Fig. 5.1 Estructura Orgánica por procesos actuales del Hospital Cantonal de Girón.



Fuente: Dirección del Hospital.

Realizado por: Cecilia Delgado, 2014

5.1 Levantamiento de procesos en el área de Emergencia.

Como resultado de la observación de la metodología aplicada en el área de emergencia, se ha identificado cuatro procesos que se realizan actualmente, los mismos que requieren de una observación y registro sistemático de cómo se van desarrollando, basados en el apoyo de los registros y la documentación encontrada, así como la observación directa que ha servido para poder establecer los puntos críticos fundamentales para poder realizar el levantamiento de procesos actuales, determinar las actividades y plasmarlas en un diagrama

de flujo de cada uno de los procesos encontrados, los mismos que ayudan a interpretar de mejor manera la secuencia de actividades en este proceso.

5.1.1 Mapa de Procesos actuales en el Área de Emergencia.

El Área de Emergencia del Hospital Cantonal de Girón, tiene como objetivo principal la atención de pacientes que acuden para ser atendidos de manera emergente o urgente. Este objetivo demuestra claramente que se trata de un proceso operativo, los pacientes son consideradas entradas hasta alcanzar su estabilidad de salud, el mismo que de acuerdo a su diagnóstico será trasladado a hospitalización, transferencia a Consulta Externa con el Médico general o especialista o el alta consideramos como salida. El proceso de transformación al cual se somete el paciente está regido por diferentes actividades del médico, enfermera, personal administrativo, de diagnóstico, aplicación de procedimientos y protocolos de atención, estándares técnicos y soporte legal que interactúan para conseguir un objetivo como es la atención al paciente y dejarlo en un estado estable.

Macroproceso, Proceso y subprocesos del Servicio de Emergencia existentes.

MACROPROCESOS	PROCESO	SUBPROCESOS
Proceso Agregador de Valor	Atención en Emergencia	<ul style="list-style-type: none"> - Ingreso a Emergencia. - Atención en Emergencia - Observación en Emergencia - Alta o traslado.

Fuente: Observación Directa Servicio de Emergencia.

Realizado por: Ing. Cecilia Delgado G.

En el **Anexo 13**, se observa la representación gráfica de los procesos actuales del área de emergencia así como los formularios y documentos propuestos para su aplicación.

5.1.2. Reestructuración de los procesos actuales en el área de Emergencia.

Luego del análisis de los procesos actuales se considera que hay actividades que pueden ser mejoradas para garantizar la atención emergente y urgente de los pacientes. Se hace

necesario reducir los procesos de observación y alta en emergencia, incorporando en la atención al paciente, lo que facilitará el flujo en la atención del paciente evitando perder tiempo y recursos.

La propuesta de procesos son dos: Ingreso en emergencia y Valoración en emergencia:

El proceso de Ingreso en emergencia, se fortalecerá con la implementación de un sistema de triaje estructurado, el mismo que ayudará a identificar a pacientes con reales emergencias y se identificarán pacientes urgentes de categorías 4 y 5 que deberían ser atendidos por Consulta Externa o por el Centro de Salud al cual pertenecen.

El proceso de Valoración al paciente tiene como objetivo mantener la estabilidad hemodinámica del paciente hasta obtener un diagnóstico definitivo que evitará mantener en observación a los pacientes por varias horas en emergencia. La base de esto, es la interacción activa de los servicios complementarios como laboratorio clínico y de imagenología para suprimir las esperas hasta obtener un reporte de resultados. Se podrá realizar re evaluaciones médicas más rápido y se evitará la subutilización de las camas de observación.

Para interpretar claramente la propuesta de los nuevos procesos, se detallan en el manual de procesos y las actividades a desarrollar en cada proceso descrito en el **Anexo 14**

5.1.3. Propuestas y recomendaciones a los procesos de atención en emergencia.

Luego de analizar los procesos y subprocesos existentes en el área de emergencia, se propone mejorar el desarrollo de algunas actividades que garanticen la atención en esta área, de esta manera se facilitará el flujo de atención de pacientes en esta área evitando malestar y percepción de mal servicio que genera insatisfacción en el usuario.

PROPUESTA 1.- Reubicar el espacio físico e instalaciones para el área de Emergencia, debido a que en la actualidad se cuenta con un espacio de 28m² en el cual se realizan todas las actividades. Con la implementación de esta propuesta se conseguirá:

- Organizar de mejor manera todos los subprocesos en el área de Emergencia.
- Lograr independencia física y operativa del área de Emergencia.
- Mejorar el acceso tanto de personas como vehículos.

PROPUESTA 2.- Implementar un sistema de triaje estructurado, en el proceso de Ingreso a Emergencia.

Al implementar esta actividad de triaje se conseguirá:

- Evitar la espera inútil de pacientes que no son considerados como casos emergentes o urgentes, los mismos que serán destinados a Consulta Externa para su atención, dando paso a pacientes que realmente necesitan que su atención sea priorizada por tratarse de una emergencia realmente.
- Mejorará el perfil epidemiológico del área de emergencia, pues se verán reflejados solo casos que deben realmente ser atendidos en esta área.
- Se evitará que predominen atenciones de tipo ambulatoria y pueden ser resueltos en Consulta Externa.
- Se dotará de mayor tiempo a los médicos para que puedan realizar una mejor atención, valoración clínica y explicación de las prescripciones a cada paciente.
- Permitirá evaluar constantemente la capacidad resolutive de la Red de Servicios de Salud en el área de Emergencia.

PROPUESTA 3.- En el proceso de valoración al paciente en emergencia, basada fundamentalmente en la estabilidad hemodinámica de los pacientes hasta obtener un diagnóstico definitivo, se hace necesario la implementación de la Historia clínica digital así como contar con los servicios complementarios las 24 horas del día como son Laboratorio clínico e imagenología. Al mejorar este proceso se lograría:

- Disminuir el tiempo de permanencia de los pacientes en observación en el área de emergencia.
- Se evitará la hospitalización de pacientes derivados desde el área de emergencia.
- Se suprimirán las esperas ya que se obtendrían reportes de los resultados de exámenes más rápido.
- Se podrá realizar reevaluaciones médicas más rápidas.
- Evitará el consumo excesivo de medicación necesaria para tratamientos ambulatorios.
- Fortalecer las actividades primordiales del servicio de emergencia dentro del Hospital.

PROPUESTA 4.- Implementación del área Prehospitalaria en un lugar diferente a las Instalaciones del Servicio de Emergencia del Hospital Cantonal de Girón. De esta forma se conseguirá.

- Evitar el abandono del servicio de Emergencia por parte del personal encargado, para cumplir con actividades pre hospitalarias que son comunicadas mediante Radio por el Servicio del ECU 911, en el cual tiene que movilizarse el médico y el chofer en la ambulancia, hasta llegar al lugar indicado para cumplir con las actividades de atención de campo.
- Optimizar los recursos existentes, delimitando funciones propias en cada departamento o área.
- Establecer responsabilidades fijas al personal del área de Emergencia, ya sean médicos, enfermeras y auxiliares de Enfermería.

PROPUESTA 5.- Gestionar personal propio para el Área de Emergencia, para generar un proceso continuo de atención, para que al momento de trasladar al paciente a un lugar de mayor complejidad, no quede descubierto el área de Emergencia, así disminuye el tiempo de espera de los pacientes que requieren este servicio.

PROPUESTA 6.- Contar con Personal de Servicios Generales exclusivamente para el área de Consulta Externa y Emergencia. Al implementar este personal en el área descrita anteriormente se conseguirá:

- Mejorar la imagen y la limpieza del área.
- Brindar el servicio oportuno y de calidad, evitando cuellos de botella en el proceso de atención.
- Incrementar los niveles de satisfacción al usuario, disminuyendo el grado de descontento detectado en las encuestas.

5.2 Levantamiento de procesos en el Área de Enfermería.

Dentro de la Estructura Orgánica de los Hospitales del MSP del Ecuador, La Gestión de Enfermería se encuentra dentro de la Gestión Asistencial de los Procesos agregadores de Valor, tiene como objetivo dirigir y coordinar la gestión de los cuidados de los pacientes, proporcionándoles de acuerdo con las indicaciones médicas y criterios de buena práctica profesional.

Si bien en el capítulo anterior se describieron las funciones que realizan actualmente tanto las enfermeras como los auxiliares de enfermería, no se describen procesos como tal.

Actualmente se organiza estructuralmente en cinco servicios asistenciales cada uno de ellos con objetivos funcionales específicos orientados complementariamente al logro de los objetivos del departamento. Estos son:

- Servicio de Apoyo a Consulta Externa y Emergencia.
- Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación.
- Servicio de Enfermería en Hospitalización.
- Servicio de Enfermería en Vacunación y atención Preventivo Promocional.
- Servicio de Coordinación de Enfermería.

A continuación se describe las actividades del Servicio de enfermería en sus 5 áreas, no existe esta información documentada al momento, para efectos de estudio y desarrollo de este trabajo se ha estructurado de la siguiente manera:

5.2.1. Descripción de actividades y diseño de procesos propuestos para el área de enfermería.

La documentación propuesta se describe detalladamente en el **Anexo 15**.

5.2.2. Mapa de Procesos propuestos para La Gestión de Enfermería. (Coordinación Administrativa).

Si bien dentro de la Estructura Orgánica de los Hospitales del MSP del Ecuador, La Gestión de Enfermería se encuentra dentro de la Gestión Asistencial de los Procesos Agregadores de Valor, forma parte de la estructura orgánica del Hospital Cantonal de Girón, los procesos existentes se basan fundamentalmente en actividades operativas y de cuidado al paciente.

Se propone realizar un análisis de los subprocesos desde el punto de vista administrativo de la Gestión de Enfermería, el mismo que permitirá evaluar y determinar en cual subproceso se están presentando problemas que repercuten en el servicio directo al paciente, motivo por el cual existe insatisfacción en los usuarios.

El análisis del Mapa de Procesos del área de enfermería del Hospital se basó fundamentalmente en las actividades administrativas, esenciales y relevantes de la Jefatura de Gestión de Enfermería las mismas que engloban las actividades descritas anteriormente.

Macroproceso, Proceso y subprocesos del Servicio de Enfermería propuesto:

MACROPROCESOS	PROCESO	SUBPROCESO
Proceso Agregador de Valor	Gestión de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de Personal Profesional y no profesional del área de enfermería. • Realizar control y Supervisión de personal profesional y no profesional de su área. • Realizar la evaluación del desempeño del personal a su cargo. • Actualizar Protocolos de Enfermería de acuerdo a la realidad institucional y modelos internacionales. • Coordinar programa de capacitación del personal profesional y no profesional.

Fuente: Entrevista a Jefe de Enfermeras.

Realizado por: Ing. Cecilia Delgado G.

Se considera que todos estos procesos generan Valor Agregado para la Institución ya que al aplicar eficientemente estos subprocesos conllevará a una mayor capacidad de respuesta por parte del personal profesional y no profesional del área de enfermería. La aplicación de los mismos, conllevará a desarrollar de mejor manera las actividades en todas las áreas del Hospital y por ende a generar mayor grado de satisfacción de los usuarios al recibir sus servicios.

En la actualidad se ha considerado al Personal de Enfermería como un recurso únicamente relacionado con la asistencia al paciente, sin tomar en cuenta ni haber realizado ningún análisis de las funciones administrativas como tales, que son la base fundamental para dirigir al personal de enfermería y controlar a tiempo las deficiencias en el desempeño de las funciones, para de esta manera evitar inconformidad y quejas sobre el trato recibido.

Para efectos de desarrollo de este presente trabajo, se considera 2 subprocesos más relevantes de las funciones de la Coordinación de Enfermería en el campo administrativo, los mismos que se relacionan con los resultados de las encuestas y son en donde mayor énfasis se pondrá para superar el grado de insatisfacción del usuario.

- Planificación de Personal Profesional y no profesional del área de enfermería.
- Coordinar programa de capacitación del personal profesional y no profesional.

5.2.3. Propuestas y recomendaciones a los procesos de la gestión de enfermería.

Luego de analizar los procesos y subprocesos existentes en el área de enfermería, se hace algunas observaciones, las mismas que servirán para mejorar los niveles de satisfacción de los pacientes con respecto al servicio de enfermería.

PROPUESTA 1.- Elaborar un Manual de Funciones para el Departamento de Enfermería para profesionales y no profesionales en cada una de las áreas, en base a las normas existentes en los archivos de la Coordinación de Enfermería del Hospital, las mismas que se apegan a la realidad institucional.

Al implementar esta propuesta se conseguirá:

- Definir y diferenciar claramente las funciones del personal profesional y no profesional de enfermería.
- Duplicidad de funciones, pues la enfermera de cada área sabrá los límites hasta los cuales implica su responsabilidad.
- Lograr mayor organización y coordinación con el personal involucrado en la Gestión de enfermería.

PROPUESTA 2.- Coordinar anualmente con el Responsable de la Gestión de Talento Humano un programa de capacitación para el personal de enfermería, el mismo que debe contener temas de interés para el personal en todas las áreas.

Con la aplicación de esta propuesta se conseguirá:

- Realizar procesos de evaluación y control tanto de conocimientos teóricos como de prácticas realizadas en todas las áreas.
- Dar a conocer las necesidades de capacitación al dpto. de Talento Humano para gestionar e incluir en el Plan Institucional de capacitación.
- Contar con personal capacitado en todas las áreas que permita la rotación del personal en cualquier momento.
- Estimular al personal de enfermería la oportunidad de ampliación de sus conocimientos para luego ponerlos en práctica.

PROPUESTA 3.- La Coordinadora de la Gestión de Enfermería, deberá presentar un informe y socializar con todo el personal la evaluación del desempeño de cada personal, así como tomar medidas correctivas para ir solucionando y mejorando las debilidades encontradas en el personal a su cargo.

Con la aplicación de esta propuesta se conseguirá:

- Determinar cuál es el personal que necesita mayor atención para mejorar el desempeño en la institución.
- Crear estrategias que permitan solucionar las deficiencias encontradas.
- Permite realizar retroalimentación en el personal a su cargo.
- Obtener mejoras en los resultados en cuanto al cumplimiento de los productos y objetivos planteados por el área de enfermería.

5.3 Levantamiento de procesos en el área de admisión / estadística

Si consideramos que actualmente en el país la planificación del sector salud es prioritaria, por lo que requieren urgentemente gran cantidad de información. La gestión de Estadística de Ministerio de Salud Pública debe contribuir a mejorar e incrementar los sistemas estadísticos,

mediante el uso de estrategias propias y la utilización de métodos de recolección y elaboración de informes para elaborar oportunamente.

Si bien es cierto que el paciente desde su ingreso requiere los servicios del personal de admisión y estadística. Se hace necesario delimitar términos, funciones y procesos existentes en el Departamento.

Como se describió en el capítulo anterior, el Estatuto Orgánico de Hospitales del MSP, define las funciones de la Gestión de admisión de manera general, sin especificar funciones específicas para poder coordinar y organizar de mejor manera, a la vez asignar funciones específicas para cada funcionario.

Para lo cual se hará un estudio de las actividades de cada uno para proceder a realizar propuestas de mejora en los procesos actuales.

5.3.1. Descripción de actividades y diseño de procesos propuestos para el área de Estadística.

El detalle de las actividades así como el diseño de formularios y documentos propuestos para el área de Admisión o Estadística se encuentran en el **Anexo 16**.

Para efectos de explicación gráfica se tomó como referencia el proceso de agendamiento de turnos, en vista que este proceso se desarrolla tras una secuencia de actividades que debe realizar el agendador del Departamento de Estadística.

5.3.2. Propuestas y recomendaciones a los procesos de la gestión de admisión / estadística.

Luego de analizar los procesos y subprocesos existentes en el área de Admisión / Estadística, se hace algunas observaciones, propuestas y recomendaciones las cuales servirán para mejorar la calidad de la atención a los usuarios y a su vez la información procesada en dicho departamento, convirtiéndose la misma en el eje central para conseguir mejoras en el aspecto presupuestario y financiero de la Institución.

PROPUESTA 1.- Elaborar un Manual de Funciones para el Departamento de Admisión / Estadística, en vista de que las funciones del departamento están estructuradas de manera general sin delimitar las tareas para cada funcionario, lo que crea confusión y evade responsabilidades para cada uno.

Al implementar esta propuesta se conseguirá:

- Definir y diferenciar claramente las funciones del personal que labora en el departamento de Estadística.
- Organizar de mejor manera las actividades internas del Departamento, estableciendo normas y responsabilidades para cada uno.
- Brindar mejor servicio a los usuarios internos y externos, con información de calidad, y servicio adecuado, eficiente y oportuno.
- Mantener un buen ambiente de trabajo, motivado para realizar sus actividades en función de las necesidades institucionales.
- **PROPUESTA 2.-** Solicitar a la Dirección del Hospital y al Responsable de Talento Humano se gestione los nombramientos para el personal de agendamiento y admisión, en vista de que son puestos cubiertos por contratos provisionales, lo que genera inestabilidad y estrés en los funcionarios que al momento laboran en el departamento.

Con la aplicación de esta propuesta se conseguirá:

- Mejorar y estabilizar el servicio que presta el Departamento de estadística a los pacientes, pues cuando uno de estos funcionarios abandonan la institución se mantiene un tiempo desabastecido el servicio hasta conseguir su reemplazo, lo que genera molestias para los usuarios.
- Optimizar tiempo y recursos para capacitación al personal, pues cuando ingresa un funcionario nuevo tiene que pasar un período de prueba y ser capacitado por el Jefe del Departamento, lo que implica dejar de hacer algunas funciones para dedicar a la capacitación de manera interna.
- Contar con personal capacitado permanentemente, capaz de cubrir la ausencia de uno de sus compañeros sin alterar la calidad del servicio.

PROPUESTA 3.- Implementar la Historia Clínica Electrónica o algún programa computarizado interno que facilite la comunicación y el procesamiento de la información entre la parte operativa (consultorios médicos, Emergencia, Odontología y Servicios auxiliares de Diagnóstico) y el departamento de Estadística ,lo que implicaría un ahorro de tiempo y dinero en la Institución.

Con la aplicación de esta propuesta se conseguirá:

- Ahorrar tiempo en el llenado de formularios por parte de los médicos, enfermeras y profesionales que intervienen en la consulta médica de los pacientes. A su vez facilitaría el procesamiento de la información al Departamento de Estadística.
- Mejorar el espacio físico del Departamento, pues el archivo físico disminuirá con la implementación de la información electrónica.
- Optimización de recursos económicos debido a que el presupuesto asignado para impresión de formularios estadísticos es insuficiente para cubrir las verdaderas necesidades, por lo que se ha tenido que realizar reformas presupuestarias para cubrir el segundo semestre en dichos gastos.
- Se facilitará el procesamiento de la información, puesto que se dispondrá de datos actualizados de manera eficiente y oportuna.

5.4. Observaciones al área de servicios generales.

En el área de Servicios Generales no se aplica este procedimiento por diversas razones, entre ellas tenemos:

- El servicio de limpieza no cuenta con un departamento para su organización, sus actividades son controladas directamente por el Jefe Inmediato que labora en el Dpto. Administrativo.
- Bajo disposición del MSP, se externalizarán los servicios de Servicios Generales de los hospitales (Servicio de alimentación, lavandería y Limpieza)
- Las actividades encomendadas al personal de limpieza no sigue una secuencia por tratarse de actividades imprevistas en las diferentes áreas de la institución.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

El presente trabajo se ha desarrollado en función del objetivo general, el mismo que consistía en la **Propuesta de implementación de un Modelo de Gestión de Calidad basado en Procesos para mejorar el servicio en el Hospital Cantonal de Girón Aida León de Rodríguez Lara**”, en base al cumplimiento de los objetivos específicos planteados, los mismos que obtuvimos los siguientes resultados:

1. Conocer mediante encuestas el grado de satisfacción de los usuarios y gestionar recursos para implementar actividades que mejoren la calidad de los servicios. Las actividades iniciaron con la aplicación de las encuestas desde dos instancias, una a nivel general para conocer el grado de satisfacción de los usuarios y poder detectar claramente las áreas con mayores debilidades en la calidad de atención y posteriormente las encuestas aplicadas directamente a las áreas o dependencias que se evidenciaron que necesitan fortalecer los conocimientos en cuanto a calidad y aplicar métodos adecuados de gestión y control. Los resultados obtenidos en las encuestas demostraron que el mayor grado de insatisfacción de los usuarios fueron en las áreas de Emergencia, Hospitalización, Atención al Usuario en el área de Admisión y Estadística y Servicios Generales, los mismos que fueron analizados de manera individual.

2. Identificar las debilidades en la atención de los servicios prestados a todos los pacientes que acuden al Hospital Cantonal de Girón. Con los resultados de las encuestas individuales se logró identificar las debilidades en ciertas actividades primordiales del servicio en cuanto a calidad se refiere, como son demora en la atención, mal trato verbal y psicológico al paciente, comunicación deficiente a los pacientes y falta de limpieza en algunas instalaciones del hospital y en base a las mismas realizar las propuesta de aplicación de métodos y técnicas de aplicación basada en procesos.

3. Realizar un diagnóstico de la situación actual del Hospital Cantonal de Girón para identificar las debilidades y fortalezas de la Institución. Para realizar el diagnóstico se realizó el análisis FODA, realizando recomendaciones a cada debilidad y fortaleza encontrada durante este estudio, concluyendo que el concepto de calidad falta ser difundido a nivel general y aplicado conscientemente en todas las áreas de la institución que de una u otra manera contribuyen a la calidad del servicio prestado.

4. Diseñar los procesos y procedimientos que permitan mejorar la atención a los usuarios del Hospital Cantonal de Girón. En el transcurso del desarrollo de este trabajo se ha ido concienciando a los integrantes de los diferentes departamentos involucrados las ventajas de la implementación de este Modelo de Gestión, que va en pos del desarrollo

institucional y mejora de la organización interdepartamental, los mismos que han acogido este trabajo positivamente, demostrando interés y colaboración en todo lo requerido ya sea en documentación o experiencias vividas en cada departamento. Por último se ha cumplido con el Diseño de los procesos y procedimientos de un modelo de gestión de calidad, que permitan mejorar la atención a los usuarios del Hospital Cantonal de Girón “Aida León de Rodríguez Lara”, para lo cual se plantean formularios que describan las actividades y funciones específicas de cada área, posteriormente se diseñan flujogramas de las actividades más relevantes en cada área, así como diseñar el cuadro resumen de los procesos de cada área el mismo que describe el alcance, las entradas, salidas y enunciar los indicadores que servirán de control y evaluación futura.

Por tratarse de una institución pública de servicios de salud, cuya misión se basa en brindar servicios de salud con calidad, calidez y oportunidad, no se enrumbo en el campo competitivo, sin embargo las actividades diarias se encaminan en mejorar el servicio día a día especialmente considerando al usuario o paciente como la razón de ser del Hospital por lo que se implementa con mayor fuerza técnicas y estrategias para satisfacer las necesidades de los mismos y generar satisfacción en los servicios obtenidos.

RECOMENDACIONES

La implementación de un Modelo de Gestión de Calidad basado en Procesos en el Hospital Cantonal de Girón Aida León de Rodríguez Lara, ha sido propuesta en función del grado de satisfacción de los usuarios o pacientes que acuden a recibir el servicio diariamente, por lo que es recomendable que se difunda y se aplique en la institución en pos de mejorar la organización y desarrollo de la misma. Las siguientes recomendaciones se hicieron en función de las debilidades detectadas en cada área o servicio de mayor contacto con los usuarios y pacientes que acuden al Hospital Cantonal de Girón, los cuales requieren cambios a corto y mediano plazo para alcanzar niveles superiores de satisfacción al usuario.

1. El área de Emergencia se ha detectado como un área crítica, tanto en su organización como en el desarrollo mismo de sus actividades y es el lugar donde se ha generado el mayor grado de descontento de los pacientes, con este estudio se puede constatar la necesidad urgente de incrementar el número de médicos y enfermeras para cubrir la atención permanentemente en este servicio, puesto que los médicos actuales destinados a trabajar en esta área tienen que acudir ya sea al lugares solicitados para asistencia médica de emergencia, como traslados con el paciente a lugares de referencia o de mayor complejidad. Se requiere mínimo un médico para la atención directa al paciente y una enfermera quien colaboraría con la función de triaje para evitar la espera de pacientes con diagnósticos que no son considerados dentro del área de Emergencia. Complementariamente se recomienda a las Autoridades gestionar la ampliación del espacio físico, proporcionando la infraestructura necesaria para el desarrollo de las actividades de Emergencia.
2. El Sistema de Gestión de Calidad propuesto, será de gran utilidad en el área de Enfermería, la misma que a pesar de encontrarse organizada internamente en dos áreas, atención de primer nivel y la de especialidades, hospitalización y quirófano, se han presentado falencias en la organización evidenciándose quejas y descontento del personal involucrado, especialmente del personal de auxiliares de enfermería, quienes no tienen definidas sus funciones lo que genera un ambiente de abuso, asignándoles responsabilidades que no les competen. Aquí se estructura y se definen las actividades del Personal de Enfermería profesional en cada área lo que servirá de control y evaluación del desarrollo de las mismas.
3. A pesar de los cambios surgidos últimamente dentro del Ministerio de Salud Pública los que han ido en pos de mejorar la calidad del servicio al paciente, se recomienda que en el Departamento de Estadística se hagan algunos cambios, entre ellos la asignación de

personal propio al departamento, se requiere mínimo de 3 personas para cubrir las actividades recomendadas, admisión, agendamiento y procesamiento de la información, se tratan de actividades con responsabilidades diferentes que no se pueden realizar simultáneamente por la misma persona. Otro factor importante que mejorará la calidad del servicio en el área de Estadística es la implementación de programas informáticos para procesar la información en red interna en los que se incluyan atención médica, odontológica y de servicios auxiliares de diagnóstico por lo menos, lo que evitaría el doble trabajo de transcribir la información de formularios y diagnósticos para procesar la información, igualmente los profesionales ahorrarían tiempo en el llenado de formularios manualmente.

4. Se recomienda la socialización del presente trabajo de manera íntegra, si bien se ha dado a conocer a cada área, es necesario que el personal se involucre de manera colectiva ya que ninguna actividad se maneja ajena a la otra, todos los departamentos se encuentran interrelacionados y se desarrollan en función de un mismo objetivo como es la calidad de la atención al paciente y que presente un alto grado de satisfacción.
5. Finalmente se recomienda mantener el presente trabajo como un aporte para la mejora de los procesos en el Hospital Cantonal de Girón "Aida León de Rodríguez Lara" al ser funcionaria de la Institución en el área administrativa y tener la responsabilidad de Jefe inmediato, he visto la necesidad de este aporte en la institución la que estoy segura servirá de guía en algunos aspectos que tenemos que mejorar en la institución en función de ser una Unidad de Salud con servicios de salud de calidad y prestar atención con calidez y buen trato al usuario.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarracín Ordóñez, A. (2012). Implementación de un programa para mejorar la calidad de atención del usuario externo en el Hospital Aida León de Rodríguez Lara. Girón 2011 – 2012. Tesis.

Beltrán Sanz, Jaime, Carmona Calvo, Miguel Ángel, Carrasco Pérez, Remigio, Rivas Zapata Miguel Ángel, Tejedor Panchón Fernando. (2009). *Guía para una gestión basada en procesos*. Sevilla: España.

Escalante, L.E. (2012). *Propuesta Metodológica de un Sistema de Calidad Total para tres empresas medianas*. Tesis. México: México, D.F.

Harrington, H. James. (2001). *Mejoramiento de los procesos de la empresa*. México: Editorial Mc. Graw. Hill Interamericana.

Herrera, J.V. (2004), *Guía para la gestión por procesos 2, Trabajando con los procesos*, Ediciones Junta de Castilla y León.

ISO 9000 – Gestión de la Calidad. Recuperado el 20 de julio de 2014 de http://www.iso.org/iso/home/standards/management-standards/iso_9000.htm.

ISO 19011. (2011). ISO 19011:2011 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión. Recuperado el 18 de octubre de 2014, de ISO 19011:2011 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:19011:ed-2:v1:en>

ISO 9004. (01 de Noviembre de 2009). Norma Internacional ISO 9004. Recuperado el 23 de octubre de 2014, de Norma Internacional ISO 9004: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9004:ed-3:v1:es>

ISO. (2008). ISO 9000, Norma internacional, Sistemas de Gestión de la Calidad Fundamentos y Vocabulario. Suiza.

ISO. (mayo de 2005). Los SGC y las Normas ISO. Recuperado el 25 de octubre de 2014, de Los SGC y las Normas ISO: http://www.ema-formacion.com/ficheros/pdf/58/mgcyoma11_modulo4.pdf.

ISO. (24 de mayo de 2011). Sistemas y Calidad Total.com. Recuperado el 12 de noviembre mayo de 2014, de Sistemas y Calidad Total.com: <http://www.sistemasycalidadtotal.com>.

Lagunas Pedro, Cariño Rubén. (julio - septiembre de 2003). *El papel de la dirección en el sistema de gestión de la calidad*. Recuperado el 20 de septiembre de 2014 de <http://www.iie.org.mx/boletin032003/inv.pdf>

López Rey, S. (2006). *Implantación de un Sistema de Calidad*. Los diferentes sistemas de calidad existentes en la organización. España: Ideas propias Editorial Vigo.

Martínez, C. C. (2006). *Gestión de procesos asistenciales* Aplicación práctica. Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.

Ministerio de Salud Pública. (Junio de 2012). *Tipología para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema Nacional de Salud*. Acuerdo Ministerial 1203. Quito.

Ministerio de Salud Pública. (Enero de 2013). *Reglamento de aplicación para el proceso de licenciamiento en los establecimientos de segundo nivel de atención del Sistema Nacional de Salud*. Acuerdo Ministerial 2716. Quito.

Pérez , J. A. (2010). *Gestión de calidad orientada a los procesos*. Madrid, España: Editorial ESIC. Cuarta edición.

Registro Oficial 251 (17 de abril de 2006). Recuperado el 27 de septiembre de 2014 de <http://www.derechoecuador.com/productos/producto/catalogo/registros-oficiales/2006/abril/code/18585/registro-oficial-17-de-abril-del-2006#anchor1874861>

Rojas López, Miguel David. Gutiérrez Roa, Fabiana. Correa Espinal, Alexander (2012) *Sistemas de control de gestión*. Bogotá: Ediciones de la U.

ANEXOS

ANEXO 1

POBLACIÓN ATRIBUIDA AL HOSPITAL DE GIRÓN SEGÚN SEXO Y EDAD PARA EL AÑO 2014

	<i>Hombre</i>	<i>%</i>	<i>Mujer</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
<i>De 0 a 4 años</i>	423	4,79	466	5,28	889	10,07
<i>De 5 a 9 años</i>	415	4,70	457	5,18	872	9,88
<i>De 10 a 14 años</i>	409	4,63	450	5,10	859	9,73
<i>De 15 a 19 años</i>	408	4,62	450	5,10	858	9,72
<i>De 20 a 24 años</i>	400	4,53	441	5,00	841	9,53
<i>De 25 a 29 años</i>	366	4,15	403	4,57	769	8,71
<i>De 30 a 34 años</i>	313	3,55	345	3,91	658	7,46
<i>De 35 a 39 años</i>	262	2,97	289	3,27	551	6,24
<i>De 40 a 44 años</i>	224	2,54	247	2,80	471	5,34
<i>De 45 a 49 años</i>	198	2,24	218	2,47	416	4,71
<i>De 50 a 54 años</i>	175	1,98	193	2,19	368	4,17
<i>De 55 a 59 años</i>	150	1,70	165	1,87	315	3,57
<i>De 60 a 64 años</i>	125	1,42	138	1,56	263	2,98
<i>De 65 a 69 años</i>	104	1,18	114	1,29	218	2,47
<i>De 70 a 74 años</i>	83	0,94	92	1,04	175	1,98
<i>De 75 a 79 años</i>	62	0,70	68	0,77	130	1,47
<i>De 80 años y más</i>	82	0,93	90	1,02	172	1,95
<i>Total</i>	4.199	47,58	4.626	52,42	8.825	100,00

Fuente: Estadística del Hospital.

Elaborado por: Cecilia Delgado, 2014

ANEXO 2

NÚMERO DE PERSONAL CON QUE CUENTA EL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
DIRECTOR	1
MEDICOS ESPECIALISTAS	7
MEDICOS RESIDENTES CON NOMBRAMIENTO PROVISIONAL	13
ENFERMERAS CON NOMBRAMIENTO PROVISIONAL	8
PERSONAL ADMINISTRATIVO	9
CHOFERES ECU 911	4
TECNICOS DE MANTENIMIENTO	2
AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA	1
AUXILIARES DE RADIOLOGÍA	1
AUXILIAR DE LABORATORIO	1
AUXILIARES DE FARMACIA	3
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	11
AUXILIARES DE ALIMENTACIÓN	3
AUXILIARES DE LAVANDERÍA	3
AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE SALUD (LIMPIEZA)	3
PSICÓLOGO CLÍNICO	1
ODONTÓLOGOS	3
BIOQUIMICO FARMACEUTICO	1
MÉDICOS SIS ECU 911	4
TOTAL	79

Fuente: UATH Hospital de Girón

Elaborado por: Cecilia Delgado, 2014

ANEXO 3

INDICADORES HOSPITALARIOS

INDICADORES		ENE- JUN 2012	ENE- JUN 2013	ENE- JUN 2014	
EGRESOS	ALTAS	474	553	551	
	TOTAL DEFUNCIONES	2	4	3	
	MENOS 48 HORAS	2	3	1	
	MAS 48 HORAS	0	1	4	
	TOTAL EGRESOS	476	557	554	
INTERCONSULTA		0	0	0	
AUTOPSIAS		0	0	0	
TOTAL DIAS ESTADA		1316	1.697	1564	
TOTAL DIAS PACIENTE		1751	2.271	2166	
DIAS CAMAS DISPONIBLES		2682	2.717	2684	
INDICADORES	GIRO DE CAMAS	32,1	37,1	37.4	
	INTERVALO GIRO	2,0	0.8	0.90	
	X DIAR.DIAS PACIENTE	9,7	12.5	12	
	% DE OCUPACION	65,3	83.6	80.70	
	X DIAS ESTADA	2,8	3.0	2,8	
	X DIAR.CAMAS DISP.	14,8	15.0	14,8	
	X DIARIOS EGRESOS	2,6	3.01	3.10	
	TASAS	MORTA. + 48 HORAS	0	0,2	0,40
		AUTOPSIAS	0	0	0
		INTERCONSULTA	0	0	0
PARTOS		118	97	116	
DOTACION NORMAL CAMAS		15	15	15	

Fuente: Archivos Estadística Hospital Cantonal de Girón

Elaborado por: Cecilia Delgado, 2014

ANEXO 4

ESTRUCTURA BASICA Y REPRESENTACIONES GRÁFICAS DE LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Art. 6.- Estructura Básica Alineada a la Misión.- Los Hospitales del Ministerio de Salud Pública para el cumplimiento de su misión y responsabilidades, desarrollan los siguientes procesos internos:

1. PROCESO GOBERNANTE:

1.1. Direccionamiento Estratégico del Hospital

2. PROCESOS AGREGADORES DE VALOR

2.1. Gestión Asistencial

2.1.1. Gestión de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas (De acuerdo al tipo, complejidad y nivel resolutivo de cada hospital)

2.1.2. Gestión de Cuidados de Enfermería

2.1.3. Gestión de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (De acuerdo al tipo, complejidad y nivel resolutivo de cada hospital).

2.1.4. **Gestión de Docencia e Investigación** (De acuerdo a la acreditación en docencia e investigación)

3. PROCESOS HABILITANTES DE ASESORÍA.

3.1. Gestión de Planificación, Seguimiento y Evaluación de Gestión

3.2. Gestión de Asesoría Jurídica 3.3. Gestión de Comunicación

3.4. Gestión de Calidad

4. PROCESOS HABILITANTES DE APOYO

4.1. Gestión de Atención al Usuario

4.2. Gestión de Admisiones

4.3 Gestión Administrativa y Financiera

4.3.1. Gestión de Talento Humano

4.3.2. Gestión Financiera

4.3.3. Gestión Administrativa

4.3.4. Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.

.

REPRESENTACIONES GRÁFICAS.

CADENA DE VALOR DE LOS HOSPITALES DEL MSP.

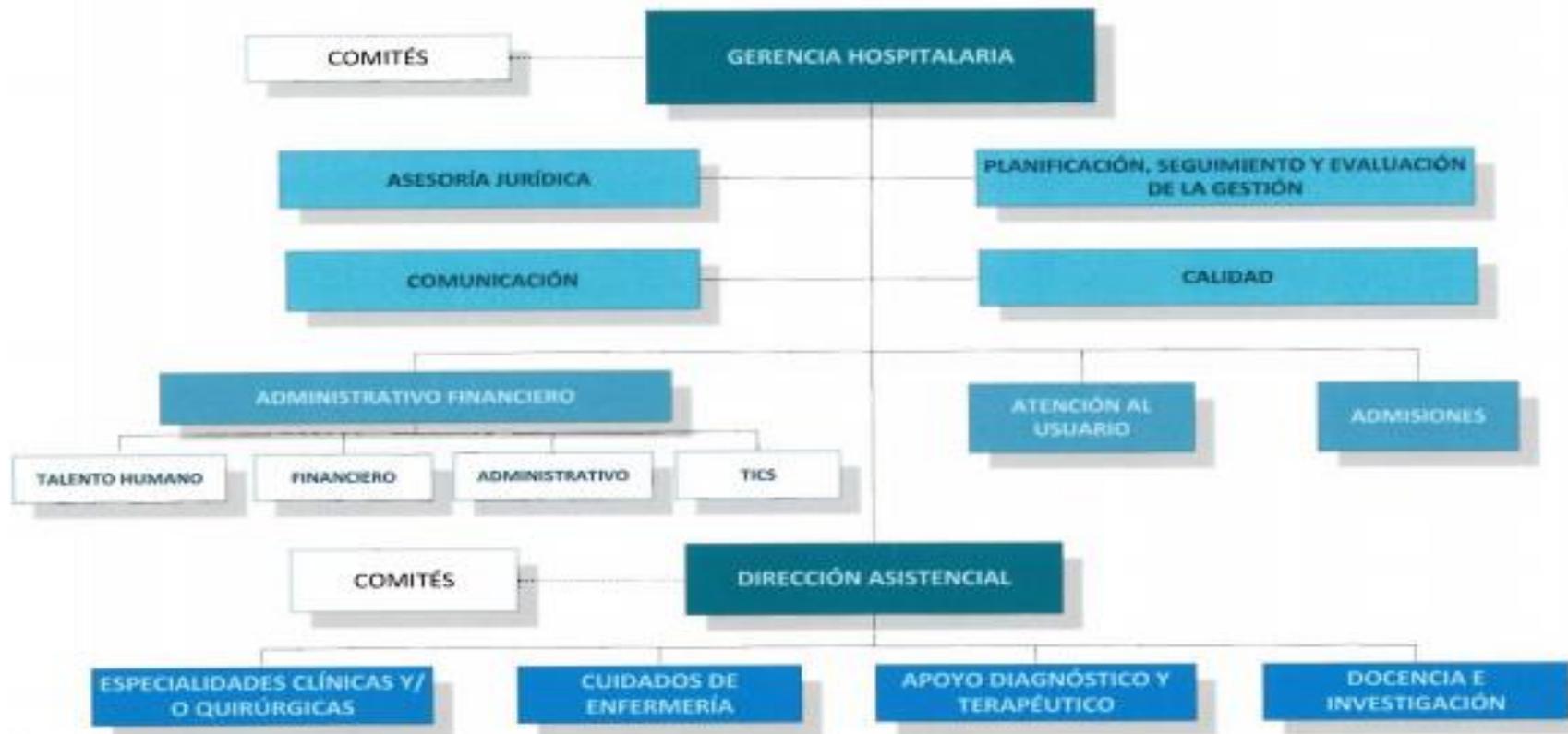


MAPA DE PROCESOS DE LOS HOSPITALES DEL MSP.

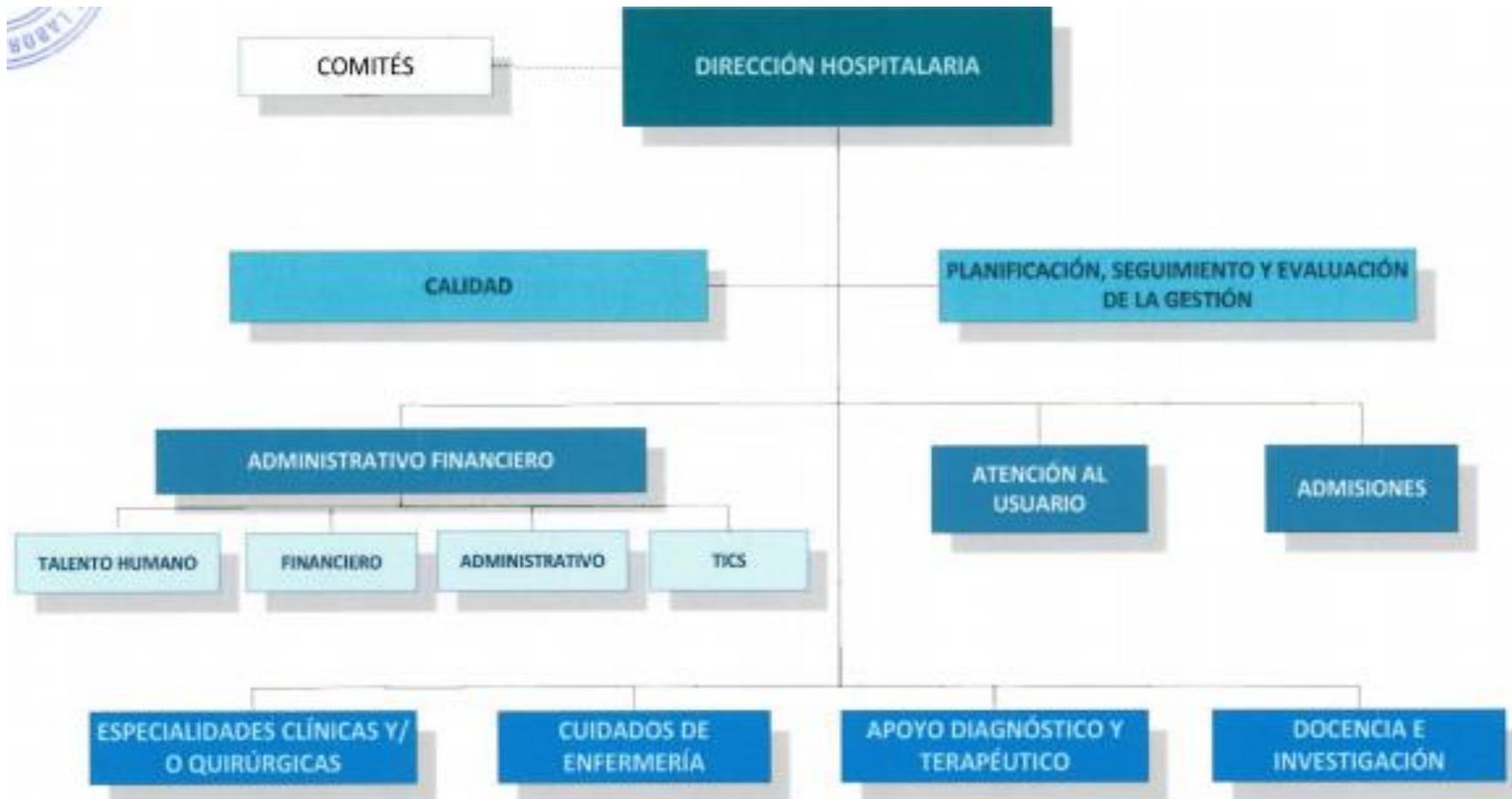


ESTRUCTURA ORGÁNICA DE HOSPITALES

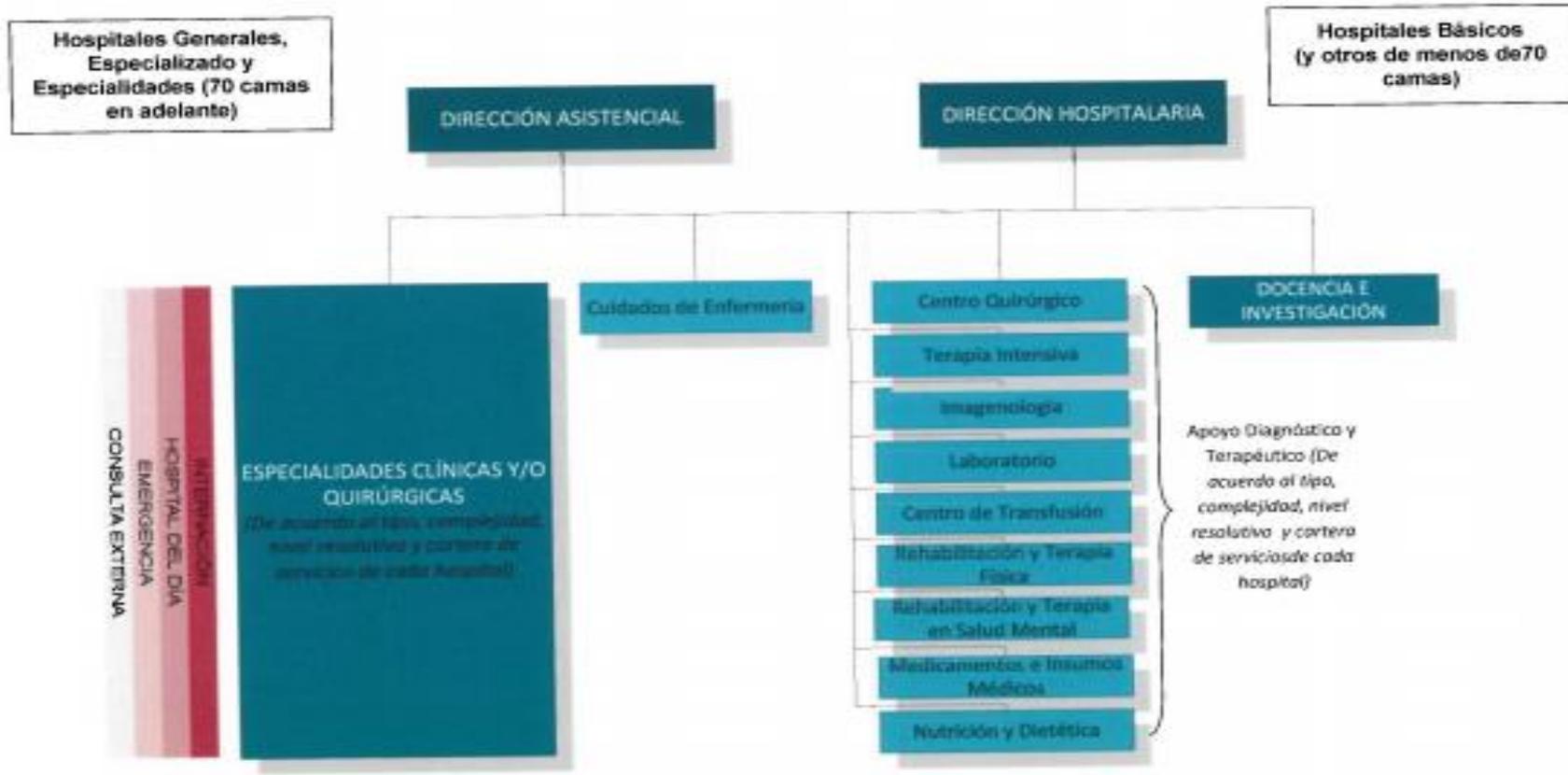
HOSPITALES GENERALES ESPECIALIZADOS Y DE ESPECIALIDADES DE 70 CAMAS O MÁS.



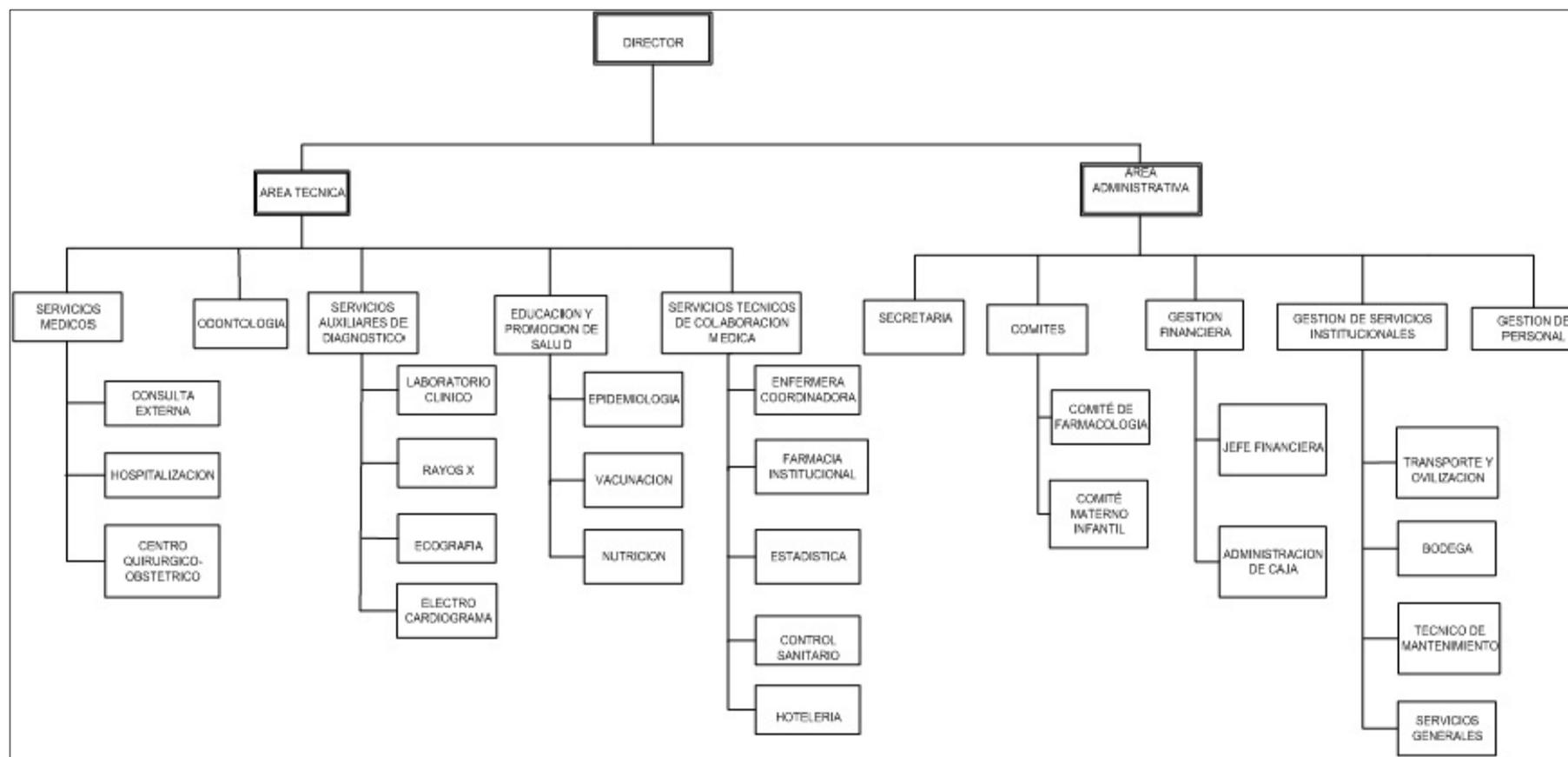
HOSPITALES CON MENOS DE 70 CAMAS.



ESTRUCTURA AMPLIADA DE LOS PROCESOS AGREGADORES DE VALOR.



ORGANIGRAMA EXISTENTE EN EL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN



ANEXO 5

ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA ENCUESTA INICIAL PARA CONOCER LA OPINION SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL HOSPITAL DE GIRÓN.

Se cuenta con una muestra de resultados de 80 encuestas realizadas, las mismas que merecen el siguiente análisis por pregunta:

PREGUNTAS:

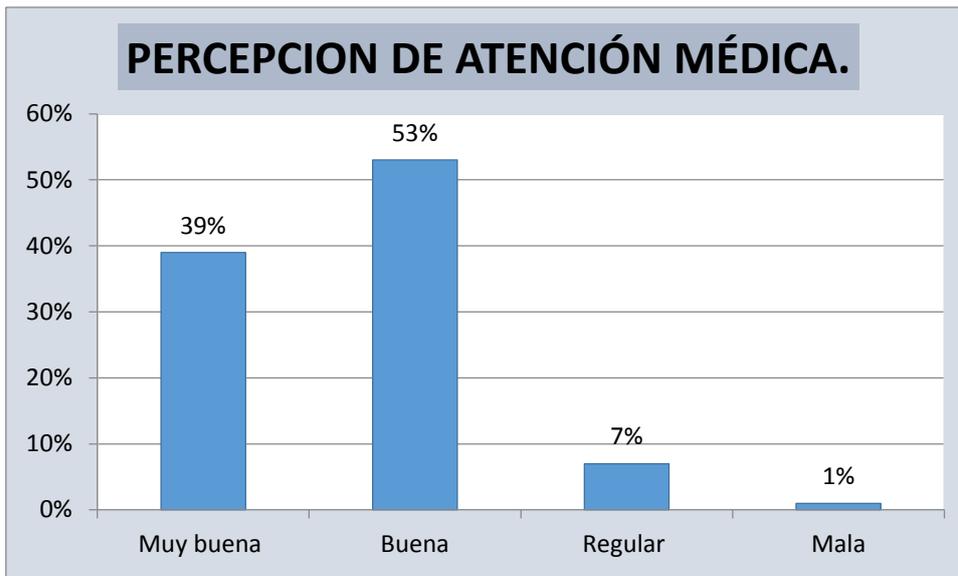
1.- Cómo calificaría usted la atención médica del Hospital Cantonal de Girón “Aida León de Rodríguez Lara”?

a) Muy buena b) Buena c) Regular d) Mala

Los resultados son los siguientes:

PREG 1.- ATENCIÓN MÉDICA.

ESCALA	CANT.	TABULACION
Muy buena	31	39%
Buena	42	53%
Regular	6	7%
Mala	1	1%
TOTAL	80	100%



Fuente: Resultado de Encuestas.

Elaborado por: Cecilia Delgado, 2014

INTERPRETACIÓN:

Para evaluar esta pregunta se pidió a los encuestados que evalúen la atención en una escala de muy buena, buena, regular y mala. Se considera la pregunta básica para determinar el grado de aceptación y la imagen que tienen los pacientes respecto al Hospital.

Como se observa el 39 % opina que la atención es muy buena, la razón principal es que contamos con buenos profesionales y especialistas, contamos con insumos y medicamentos gratuitos.

El 53% opina que la atención es buena, la mayoría de encuestados creen que hace falta más agilidad en la entrega de turnos, por cuanto madrugan mucho para acceder a conseguir el turno.

Un 7% considera que la atención es regular, la razón principal es que consideran que deben atender los especialistas que ellos desean y no direccionarles a que se haga la consulta a través de los médicos del Primer de atención, porque es un pasatiempo hasta llegar donde el especialista requerido.

Por último el 1% de usuarios considera una mala atención brindada por parte de la Institución por cuanto “las decisiones de cambiar la modalidad en la atención han tomado desde lo alto sin saber las verdaderas necesidades de la gente”.

Con la implementación de un modelo de gestión basada en procesos se pretende organizar de mejor manera cada uno de los departamentos, las funciones a realizar, responsabilidades y limitaciones de cada uno, lo que permitirá incrementar el número de usuarios con niveles de satisfacción más altos, hasta conseguir un mínimo del 90% de pacientes totalmente satisfechos.

2.- Cómo calificaría usted el trato brindado por parte del personal de salud?

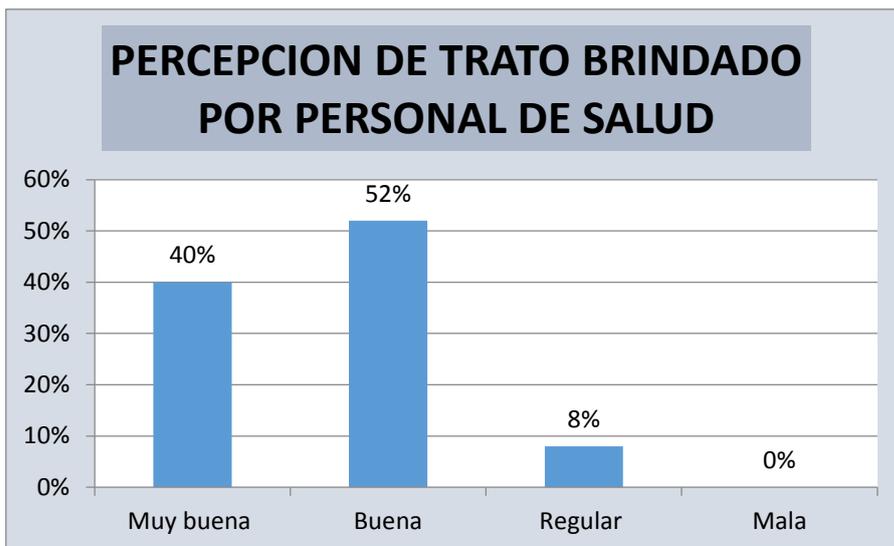
- a) Muy buena b) Buena c) Regular d) Mala

Por qué?:-----

Los resultados son los siguientes:

PREG 2.- TRATO BRINDADO POR PERSONAL DE SALUD

ESCALA	CANT.	TABULACION
Muy buena	32	40%
Buena	42	52%
Regular	6	8%
Mala	0	0%
TOTAL	80	100%



Fuente: Resultado de Encuestas.

Elaborado por: Cecilia Delgado, 2014

INTERPRETACIÓN:

Para evaluar esta pregunta se pidió a los encuestados que califiquen el trato brindado por parte del personal de salud en todos los servicios como estadística, enfermería, atención médica y exámenes complementarios, en una escala de muy buena, buena, regular y mala. Obteniendo lo siguiente:

El 40% de los pacientes encuestados manifiestan que el trato brindado es muy bueno, con amabilidad y educación.

El 52% de personas opinan que el trato brindado es bueno porque tener que madrugar para conseguir turno y en muchos casos ni consiguen, es dar un mal trato.

El 8% opina que la atención es regular por ciertas áreas como emergencia y laboratorio que muchas veces se han regresado sin ser atendidos.

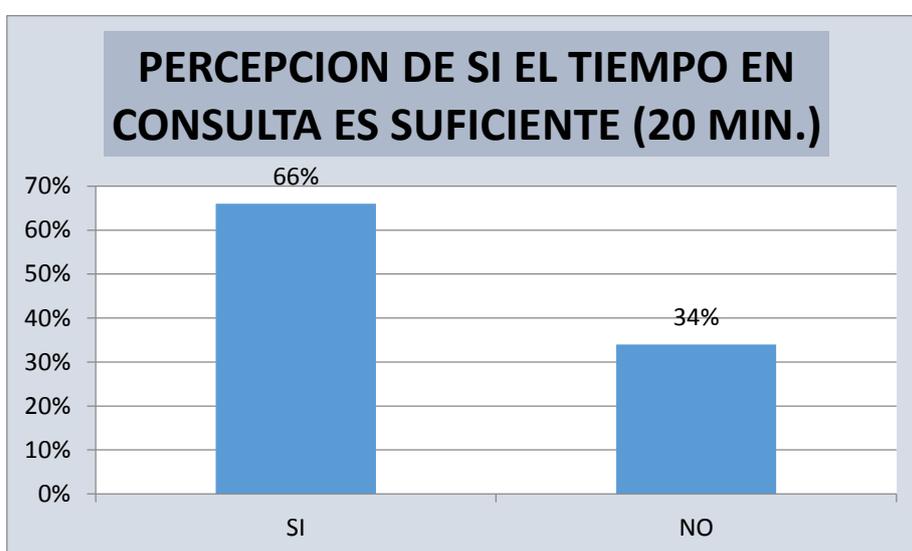
3.- Considera que el tiempo que demora la consulta (20 minutos) es suficiente para solventar su problema de salud?

Si ----- No -----

Porqué?.....

PREG 3.- TIEMPO SUFICIENTE EN CONSULTA (20 MIN.)

ESCALA	CANT.	TABULACION
SI	53	66%
NO	27	34%
TOTAL	80	100%



Fuente: Resultado de Encuestas.

Elaborado por: Cecilia Delgado, 2014

INTERPRETACIÓN:

Para el 66% de los encuestados les parece que el tiempo asignado para la consulta es suficiente para que el médico lo examine y le envíe las prescripciones, en tanto que el 34% opina que depende del problema por el que acudan a la consulta, por lo tanto respondieron que No.

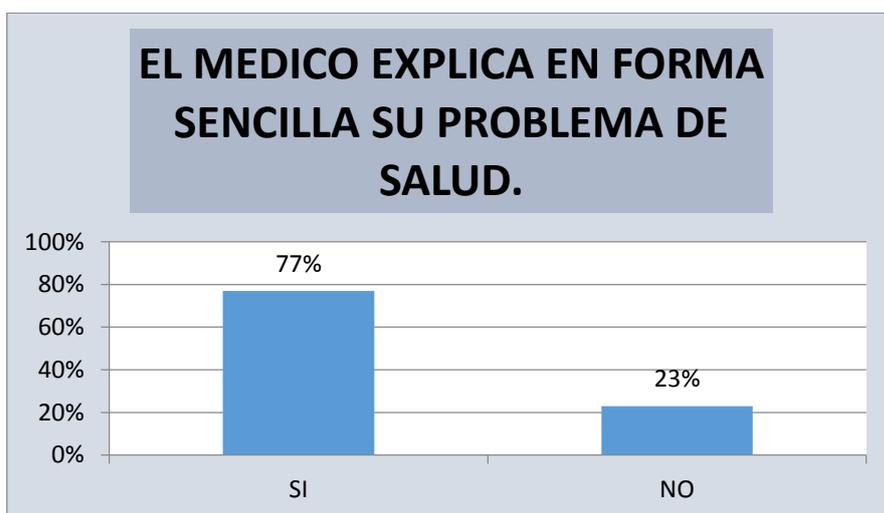
4.- El médico explica de forma sencilla sobre su problema de salud así como las prescripciones recomendadas?

Si ----- No -----

Por qué?

PREG 4.- MEDICO EXPLICA EN FORMA SENCILLA SU PROBLEMA DE SALUD.

ESCALA	CANT.	TABULACION
SI	62	77%
NO	18	23%
TOTAL	80	100%



Fuente: Resultado de Encuestas.

Elaborado por: Cecilia Delgado, 2014

INTERPRETACIÓN:

El 77% de los encuestados respondieron que SI, puesto que se explica con palabras sencillas de acuerdo al nivel de educación que poseen los pacientes;

El 23% respondieron que NO, por cuanto la letra de algunos médicos no es legible y es un problema para seguir las indicaciones de los medicamentos prescritos, además que dicen términos que los pacientes no saben a que se refiere (por ejemplo “renal” no relacionan con problemas del riñón).

5.- ¿Se siente satisfecho con la atención prestada en el servicio de hospitalización en caso de haber requerido este servicio?

Si----- No -----

Porque?

PREG 5.- SATISFACCIÓN DE ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN.

ESCALA	CANT.	TABULACION
SI	52	61%
NO	28	39%
TOTAL	80	100%



Fuente: Resultado de Encuestas.

Elaborado por: Cecilia Delgado, 2014

INTERPRETACIÓN:

El 61% de los encuestados respondieron que SI, porque se cuenta con todo lo necesario y pueden permanecer hospitalizados hasta sentirse recuperados completamente.

El 39% responde que NO. Entre los motivos principales está el mal trato por parte del personal Auxiliar de enfermería, la limpieza de los baños y el servicio de alimentación muy repetitivo.

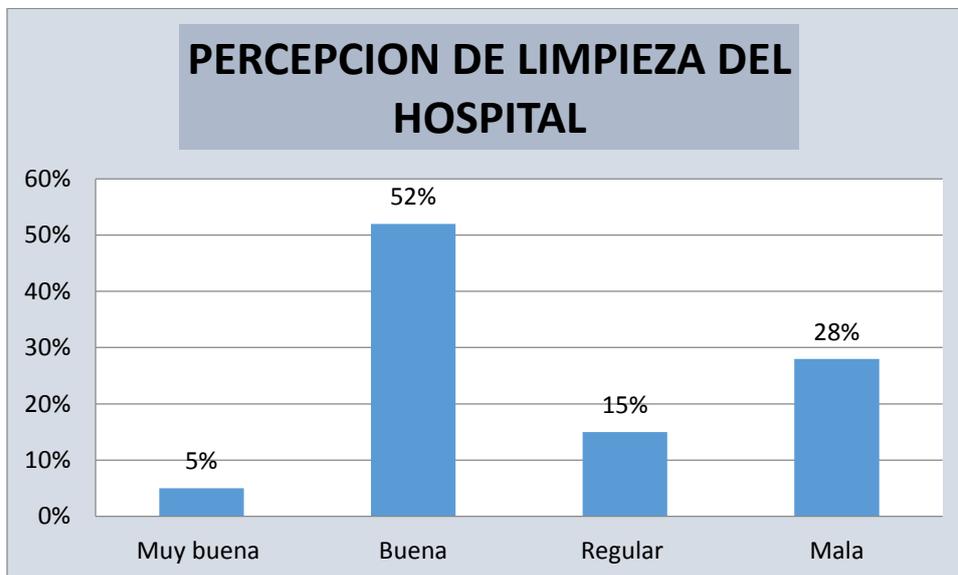
6.- Cómo califica usted la limpieza del hospital?

a) Muy buena b) Buena c) Regular d) Mala

Por qué -----

PREG 6.- LIMPIEZA DEL HOSPITAL

ESCALA	CANT.	TABULACION
Muy buena	4	5%
Buena	42	52%
Regular	12	15%
Mala	22	28%
TOTAL	80	100%



Fuente: Resultado de Encuestas.

Elaborado por: Cecilia Delgado, 2014

INTERPRETACIÓN:

Tan sólo el 5% de los encuestados respondieron que la limpieza del hospital es muy buena, es un punto clave para tomar medidas correctivas en este aspecto.

El 52% opina que la limpieza es sólo buena, porque en la mañana está limpio y en el transcurso del día no se limpia nuevamente pasillos y salas de espera, igualmente los baños pasan de mal olor durante el día.

El 15% de encuestados manifiesta que falta bastante para que la limpieza sea buena en el hospital, puesto que casi no se les ve al personal de limpieza en Consulta Externa.

El 28% considera que la limpieza del Hospital es mala, especialmente en áreas de los baños y Emergencia.

ANEXO 6.

FUNCIONES DE LA GESTIÓN DE ADMISIONES SEGÚN EL ESTATUTO ORGÁNICO FUNCIONAL DE HOSPITALES.

4.2. Gestión de Admisiones

Unidad Responsable: **Unidad de Admisiones.**

Misión: Asegurar la accesibilidad del paciente a los recursos asistenciales del hospital. Organizar, manejar y facilitar el uso adecuado de sus instalaciones y recursos con el objeto de mejorar el proceso de gestión y funcionamiento del Hospital.

Productos y Servicios:

- a. Sistema de información homogéneo, fiable y suficiente que posibilite los procesos de gestión, la elaboración de indicadores de rendimiento y epidemiológicos;
- b. Sistema de clasificación de pacientes;
- c. Programación de
- d. Recepción de solicitud de cita, adecuación, clasificación y priorización;
- e. Criterios de filiación de pacientes, mantenimiento y actualización del fichero maestro de pacientes;
- f. Filiación y registro de la cita, cita programada, mantenimiento y actualización; g. Informes de las atenciones a pacientes realizadas en el hospital (programada y no programada);
- h. Definición de prestaciones, códigos y mantenimiento de las Historias Clínicas; i. Adecuación de la demanda de atención y alternativas de modulación y de los recursos y previsión de los mismos;
- j. Listados de trabajo en las diferentes áreas de atención a pacientes;
- k. Recepción de solicitudes, clasificación, priorización y programación de los ingresos;
- l. Asignación de cama a las órdenes de ingreso médicas;
- m. Reportes de clasificación, asignación funcional y mapa de camas actualizado; n. Informes sobre el estado de camas, disponibilidad;
- o. Censo de camas;
- p. Registros de entradas y salidas de internación;
- q. Registro de episodios de atención y confirmación;
- r. Reporte de Altas y conocimiento de la previsión de altas;
- s. Reportes de traslados internos y confirmación de traslados intercentros;

- t. Reportes de Aislamientos y ubicación de pacientes aislados;
- u. Programación quirúrgica en coordinación con el Centro Quirúrgico;
- v. Partes Quirúrgicos, formalización y difusión;
- w. Registro y codificación de intervenciones;
- x. Información de atenciones para facturación de acuerdo a los tipos de financiación, clasificación conjunta;
- y. Petición de derivación a otro centro privado o público (a petición del paciente), cuando solicitan ese tipo de gestión en virtud del cumplimiento de garantías del Ministerio de Salud Pública en relación a los tiempos máximos de respuesta para ser atendidos;
- z. Reportes de administración y gestión de los transportes medios extraordinarios, en coordinación con la unidad Administrativa;
- aa. Protocolos de derivación de pacientes entre niveles y de criterios unificados de valoración de solicitudes;
- bb. Apertura de Historia Clínica, integración, centralización y normalización de otra documentación clínica;
- cc. Custodia, mantenimiento y archivo de la documentación clínico-asistencial; dd. Archivo activo y archivo pasivo de Historias Clínicas (mientras existan en soporte papel);
- ee. Manual de acceso y uso de las Historias Clínicas, bajo los criterios de la Comisión de Historias Clínicas;
- ff. Codificación de diagnósticos y procedimientos (Clasificación Internacional de Enfermedades) actualizado;
- gg. Indicadores del Servicio de Admisiones.

ANEXO 7

TIEMPO PROMEDIO DE DEMORA EN CADA PROCESO O ACTIVIDAD EN C. EXTERNA.

HORA INICIO	ACTIVIDAD	HORA FIN ACTIVIDAD	TIEMPO DE DEMORA (MINUTOS)
5:00	Obtiene el ticket numerado para Consulta Externa	7:30	120 minutos
7:30	Atendido en Ventanilla para obtener su turno. (la demora en ventanilla variará de 5 a 15 minutos si el paciente ya ha sido atendido anteriormente o es la primera vez que se abre su expediente para archivo).	7:45	15 minutos
7:45	Paciente pasa al servicio de Enfermería para ser preparada en la toma de sus signos vitales	7:55	10 minutos
7:55	Paciente pasa a ser atendido en el Consultorio médico.	8:20	25 minutos
8:25	Paciente va a farmacia para recibir su medicación gratuita	8:35	10 minutos
8:35	Paciente necesita aplicarse medicación inyectable, pasa a esperar en el servicio de Emergencia para ser atendido.	10:00	85 minutos
10:05	Paciente regresa a su casa.		5 minutos
TOTAL			270 minutos = 4H30MIN.

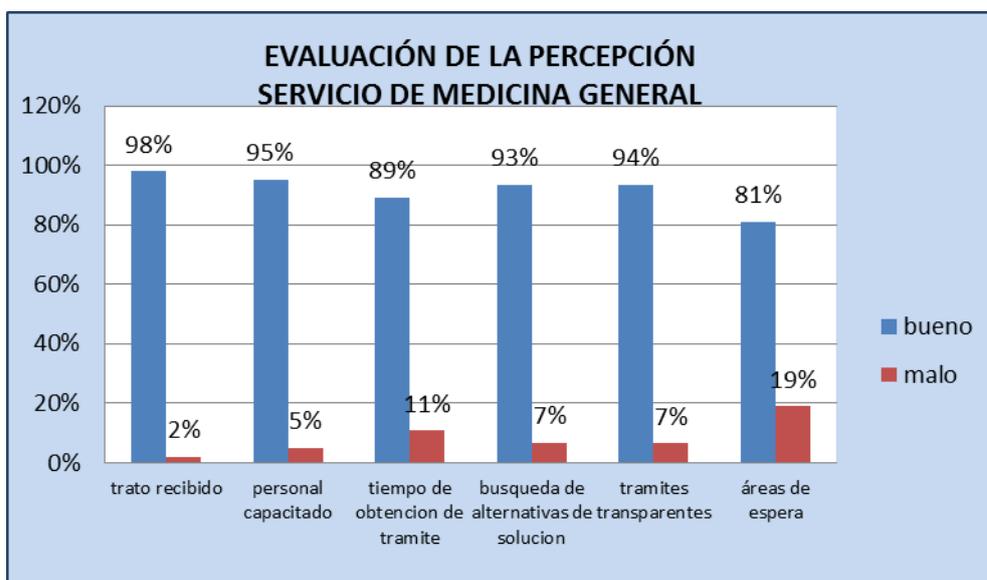
ANEXO 8

ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS EN EL ÁREA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (MEDICINA GENERAL).

Todos los pacientes que ingresan al Servicio de Consulta Externa, tienen que ser atendidos por el primer nivel de Atención, si son caso que necesitan la atención de un especialista, serán transferidos al Médico especialista mediante el uso de la Hoja de Referencia (Formulario 053).

FORMULARIO CONDENSADO DEL NIVEL DE LA EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN ATENCIÓN MEDICINA GENERAL					
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:		HOSPITAL AIDA LEON DE RODRIGUEZ LARA			
PERÍODO DE EVALUACIÓN:		DEL 01 JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014			
NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SEMESTRE		10490			
NUMERO DE ENCUESTAS		800			
No.	Parámetro	Total SI	Total NO	% SI	% NO
1	El trato recibido por parte de los servidores públicos durante el proceso del trámite fue cordial?	784	16	98,00%	2,00%
2	Considera que el personal que trabaja en la Institución está correctamente capacitado para brindar el servicio?	761	39	95,13%	4,88%
3	El tiempo para obtener su trámite fue el adecuado?	714	86	89,25%	10,75%

4	Las personas que lo atendieron buscaron todas las alternativas para solucionar su requerimiento?	747	53	93,38%	6,63%
5	Considera que los procesos que se llevan a cabo para realizar los trámites son transparentes?	748	52	93,50%	6,50%
6	Las áreas de espera, baños, accesos principales se encuentran en buen estado, son cómodos y limpios?	649	151	81,13%	18,88%
		Porcentaje de Satisfacción			91,73%
		Porcentaje de Insatisfacción			8,27%



Fuente: Resultados de Encuestas.

Elaboración: Cecilia Delgado G.

En esta área de atención se concentra la mayor parte de los pacientes que acuden al Hospital en busca de atención médica, a los mismos que se evaluaron la calidad de atención percibida en los diferentes procesos hasta conseguir su atención. En esta área los niveles más altos de insatisfacción se concentran en las preguntas 3 sobre el tiempo de demora hasta obtener la atención requerida, y la pregunta 5 sobre la limpieza del área de espera, baños y acceso a los

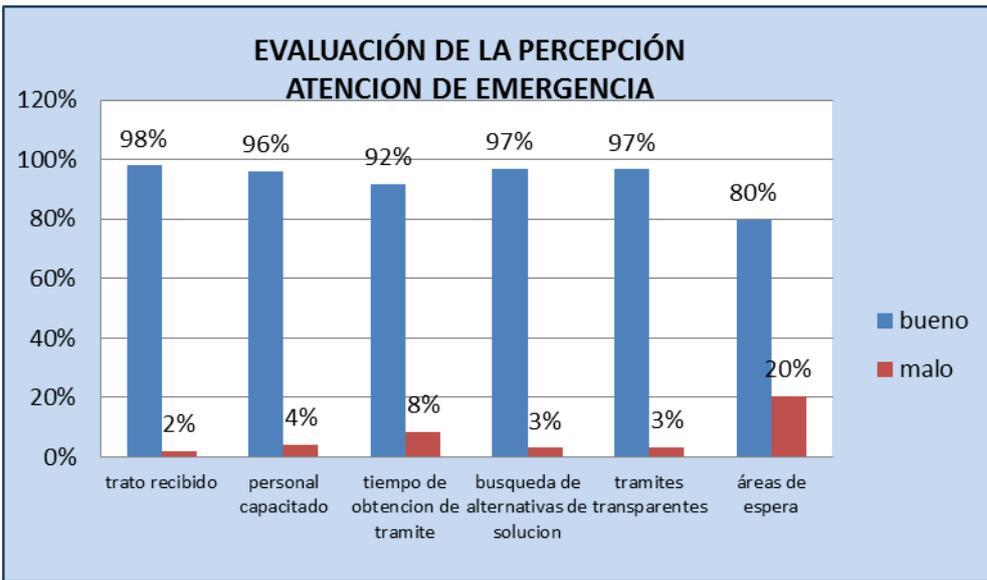
distintos servicios. Lo que nos impulsa a buscar estrategias apropiadas para disminuir este descontento generado en un gran número de usuarios.

ANEXO 9

ANÁLISIS DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN AL USUARIO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA.

FORMULARIO CONDENSADO DEL NIVEL DE LA EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE ATENCION EMERGENCIA.					
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:		HOSPITAL AIDA LEON DE RODRIGUEZ LARA			
PERÍODO DE EVALUACIÓN:		DEL 01 JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014			
NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SEMESTRE		3111			
NÚMERO TOTAL DE ENCUESTAS		300			
No.	Parámetro	Total SI	Total NO	% SI	% NO
1	El trato recibido por parte de los servidores públicos durante el proceso del trámite fue cordial?	294	6	98,00%	2,00%
2	Considera que el personal que trabaja en la Institución está correctamente capacitado para brindar el servicio?	288	12	96,00%	4,00%
3	El tiempo para obtener su trámite fue el adecuado?	275	25	91,67%	8,33%
4	Las personas que lo atendieron buscaron todas las alternativas para solucionar su requerimiento?	291	9	97,00%	3,00%
5	Considera que los procesos que se llevan a cabo para realizar los trámites son transparentes?	290	10	96,67%	3,33%
6	Las áreas de espera, baños, accesos principales se	239	61	79,67%	20,33%

encuentran en buen estado, son cómodos y limpios?				
	Porcentaje de Satisfacción			93,17%
	Porcentaje de Insatisfacción			6,83%



Fuente: Resultados de Encuestas

Elaborado por: Cecilia Delgado, 2014

INTERPRETACIÓN:

De un total de atenciones en los meses de Julio a Diciembre de 3111 personas, se realizó la encuesta a 300 pacientes que recibieron atención en el Servicio de Emergencia (50 por mes), realizando un análisis global notamos un alto nivel de satisfacción (93.17%) por el servicio brindado, mientras que el 6,83% demostraron un nivel de insatisfacción con el servicio. Para entender claramente dónde se concentra este malestar de los usuarios es conveniente analizar cada una de las preguntas y su grado de aceptación.

En las preguntas 1 a 5 se observa un promedio del 95.86% de satisfacción, mientras que en la pregunta 6 (¿Las áreas de espera, baños, accesos principales se encuentran

en buen estado, son cómodos y limpios?, sólo un 79.67% respondió estar de acuerdo, dando como resultado un alto nivel de insatisfacción del 20.33%.

Generalmente el porcentaje de insatisfacción obtenido se debe a los siguientes motivos:

Tiempo de demora hasta conseguir su atención, pues existen muchos pacientes en la sala de espera y se encuentra atendiendo un solo médico.

La limpieza del espacio físico no permanece limpio, por la afluencia de pacientes, otro factor importante son las instalaciones de los baños pues están en un área cerrada, sin ventilación, con instalaciones sanitarias desde su creación que emanan mal olor y crean malestar. a los pacientes que esperan ser atendidos en esta área cerrada.

ANEXO 10

FUNCIONES Y PRODUCTOS DE LA GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN EL ESTATUTO ORGÁNICO GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DE HOSPITALES²⁷

GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MISIÓN: Dirigir y coordinar la gestión de los cuidados de los pacientes atendidos en todos los servicios hospitalarios, proporcionándoles de acuerdo con las indicaciones médicas y criterios de buena práctica profesional y de forma integral, resolución rápida y efectiva de los problemas de salud de los pacientes.

Responsable: Subdirector/a / Coordinador/a de Cuidados de Enfermería

Atribuciones y responsabilidades:

- a. Ser el responsable de las actividades de Cuidados de Enfermería;
- b. Articular y coordinar la gestión de Cuidados de Enfermería con las unidades de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas del hospital;
- c. Proponer programas de investigación, docencia y capacitación para su ámbito de acción;
- d. Participar en los comités de acuerdo a la disposición del Director/a Asistencial o Director/a de Hospital;
- e. Velar por el cumplimiento de los planes de contingencias asistenciales de su servicio;
- f. Planificar, organizar y mantener un registro de las actividades realizadas en su ámbito de acción;
- g. Coordinar con la Unidad de Talento Humano los horarios y salidas del personal a su cargo;
- h. Elaborar el listado de requerimientos y necesidades operativas propias de su área;
- i. Velar en coordinación con la Unidad de Calidad, por el cumplimiento de procedimientos de limpieza desinfección y esterilización de los espacios y materiales clínicos sanitarios;
- j. Responder ante las demandas de la Dirección Asistencial o Dirección de Hospital.

²⁷ Estatuto Orgánico Gestión Organizacional Por Procesos De Hospitales

PRODUCTOS:

- a. Cuidado directo integral de enfermería al paciente;
- b. Preparación del paciente para el acto médico;
- c. Reportes de visitas a los pacientes en coordinación con las respectivas unidades de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas;
- d. Reportes de valoración del paciente desde la perspectiva de enfermería;
- e. Información a pacientes y familiares en el ámbito de su competencia;
- f. Mantenimiento de los espacios y materiales clínicos sanitarios del hospital en condiciones que eviten infecciones o riesgos al usuario;
- g. Informe del cumplimiento del plan de contingencia y procedimientos de limpieza desinfección y esterilización de los materiales clínicos sanitarios;
- h. Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo;
- i. Cualquier otra actuación relacionada con su formación e indicada por un profesional médico capacitado para el efecto.

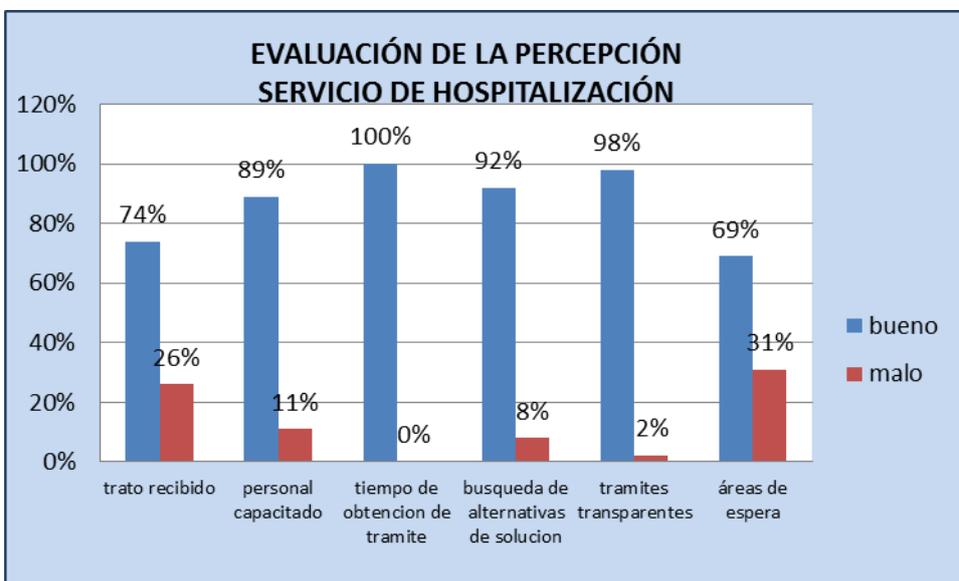
Del cumplimiento efectivo de estas funciones se encargan las dos Líderes administrativas existentes en ambos niveles de Atención, para lo cual en el siguiente capítulo será necesario realizar la propuesta de funciones específicas de cada nivel y así poder realizar la gestión por procesos que permitirá mayor organización y aporte efectivo en la consecución de los objetivos.

ANEXO 11

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PACIENTES EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN SOBRE EL SERVICIO BRINDADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

FORMULARIO CONDENSADO DEL NIVEL DE LA EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN					
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:		HOSPITAL AIDA LEON DE RODRIGUEZ LARA			
PERÍODO DE EVALUACIÓN:		DEL 1 DE JULIO AL 30 DICIEMBRE			
NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SEMESTRE		675			
NUMERO DE ENCUESTAS		100			
No.	Parámetro	Total SI	Total NO	% SI	% NO
1	El trato recibido por parte de los servidores públicos durante el proceso del trámite fue cordial?	74	26	74,00%	26,00%
2	Considera que el personal que trabaja en la Institución está correctamente capacitado para brindar el servicio?	89	11	89,00%	11,00%
3	El tiempo para obtener su trámite fue el adecuado?	100	0	100,00%	0,00%
4	Las personas que lo atendieron buscaron todas las alternativas para solucionar su requerimiento?	92	8	92,00%	8,00%
5	Considera que los procesos que se llevan a cabo para realizar los trámites son transparentes?	98	2	98,00%	2,00%

6	Las áreas de espera, baños, accesos principales se encuentran en buen estado, son cómodos y limpios?	69	31	69,00%	31,00%
		Porcentaje de Satisfacción		87,00%	
		Porcentaje de Insatisfacción		13,00%	



Fuente: Resultados de Encuestas

Elaborado por: Cecilia Delgado, 2014

INTERPRETACIÓN:

Como se puede visualizar, el grado de insatisfacción por parte de los usuarios con el servicio que presta el personal de enfermería especialmente en el área de Hospitalización donde la atención al paciente está directamente manejada por el personal Auxiliar de enfermería, se determinó un 26% de pacientes entrevistados con un grado de insatisfacción por el trato brindado por parte de las enfermeras, que se generaliza sin distinguir realmente a las enfermeras del personal auxiliar de enfermería que son quienes atienden directamente al paciente, igualmente otro aspecto relevante en el servicio de hospitalización fue la insatisfacción con el servicio de limpieza y manejo de desechos, quienes manifiestan que los baños no permaneces bien limpios y emanan malos olores, y que el personal de servicios generales no realiza la limpieza más de una vez en el día.

ANEXO 12

ACTIVIDADES A REALIZAR EL PERSONAL DE LIMPIEZA

	ACTIVIDADES	SI/NO
1	Limpieza cuarto de Residencia Médica	
2	Almacenamiento final (lunes y jueves)	
3	Limpieza de oficinas (Administración, Dirección, Estadística, TT. HH, Farmacia, Rayos X, Ecógrafa y Electrocardiografía)	
4	Limpieza de Baños (3 veces al día)	
5	Limpieza de pasillos y salas de hospitalización	
6	Limpieza área quirúrgica	
7	Limpieza de consultorios (ADAS)	
8	Limpieza de odontología, Laboratorio, vacunación, clínica, salas de espera y baños, Consultorio Atención Primaria.	
9	Limpieza de Consulta Externa y Emergencia.	
10	Aseo y lavado de materiales de limpieza (trapeadores, mopas, escobas, basureros, etc)	
11	ACTIVIDADES EXTRAS	
NOCHE.		
12	Hospitalización, pasillos, limpieza de baños de enfermería, hospitalización y mantenimiento.	
13	ACTIVIDADES EXTRAS: Revisar que el salón de actos esté limpio todos los días. Desinfección de salas que quedan vacías.	

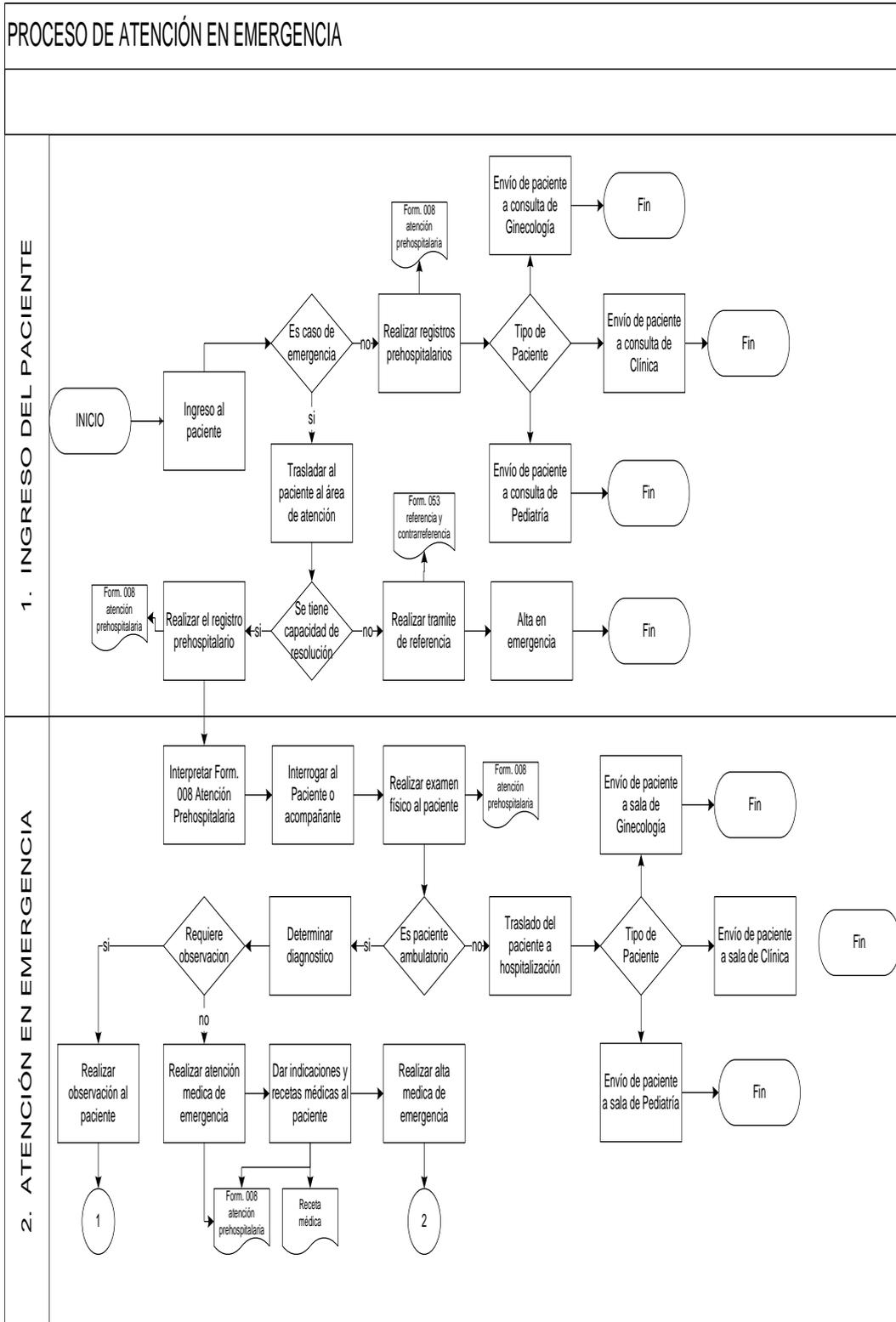
SABADOS		
14	Limpieza y desinfección de baños	
15	Limpieza de paredes, ventanas, puertas y sillas	
16	limpieza del Salón.	
17	ACTIVIDADES GENERALES DE LIMPIEZA.	
DOMINGOS		
18	Limpieza de exteriores	
19	Limpieza general	
NOVEDADES: (Describir si alguna actividad no se pudo cumplir y su causa)		

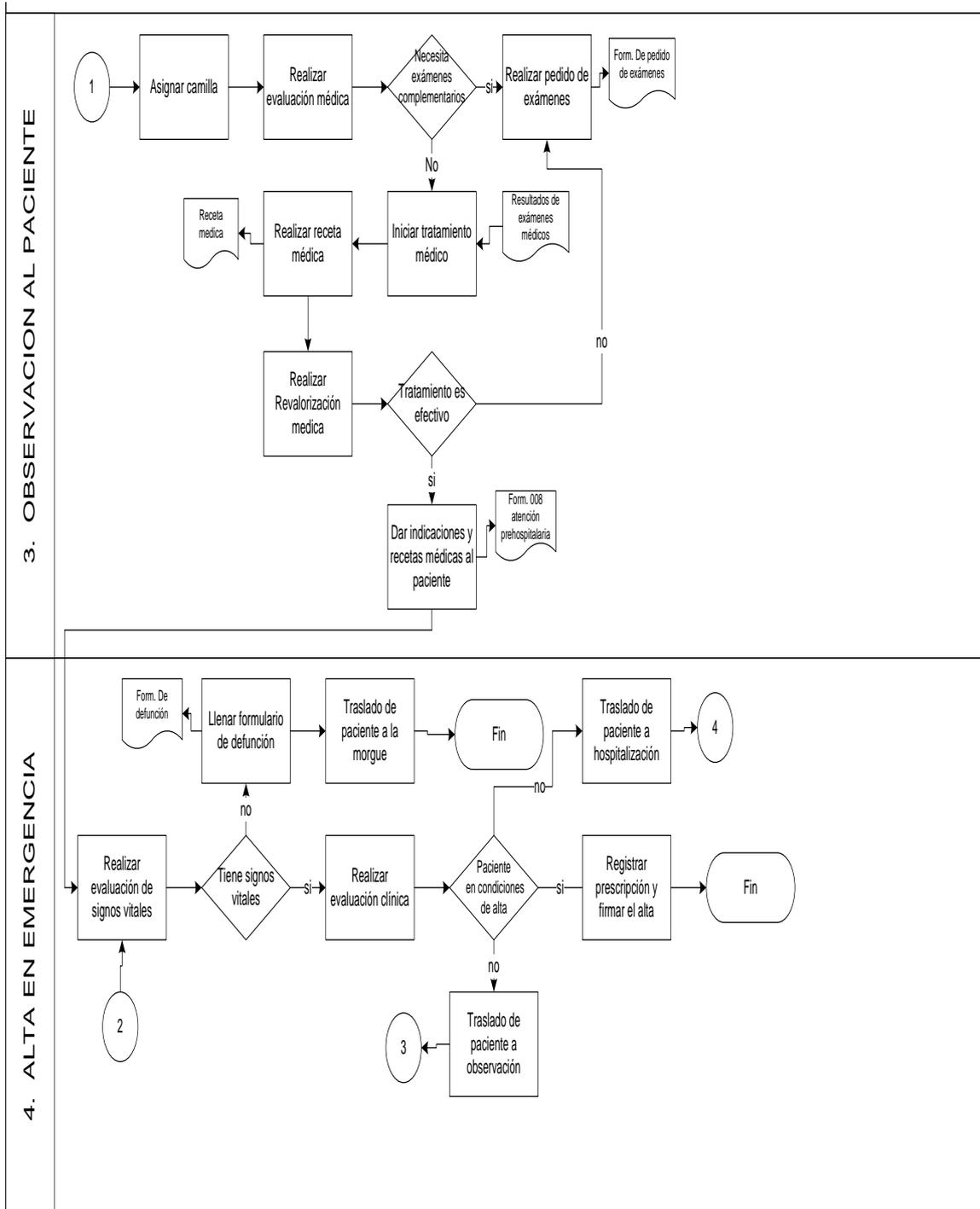
Fuente: Archivos del Hospital

Elaborado por: Cecilia Delgado G.

ANEXO 13

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS PROCESOS ACTUALES EN EL ÁREA DE EMERGENCIA.





Fuente: Encuesta a Médicos de Emergencia.

Realizado por: Cecilia Delgado, 2014

ANEXO 14

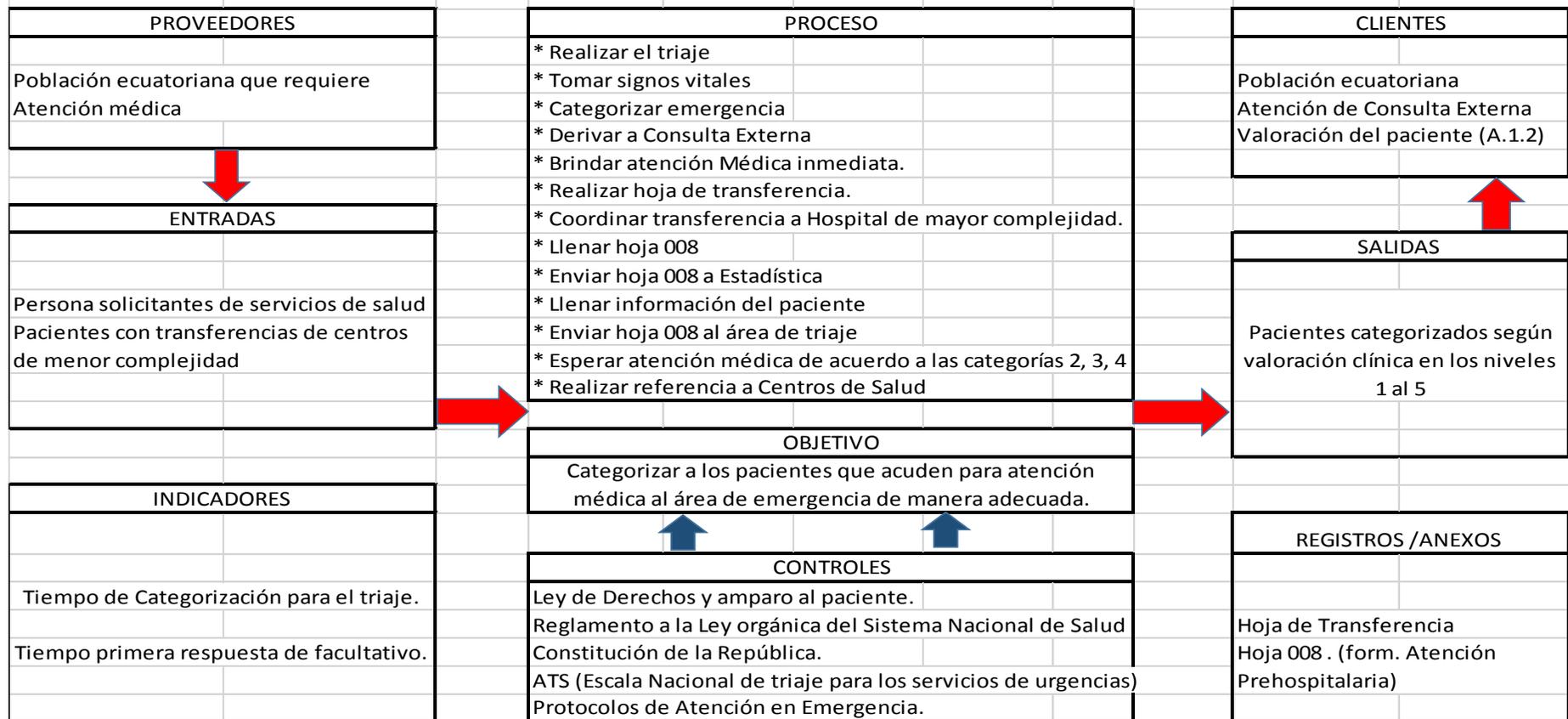
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y DISEÑO DE PROCESOS PROPUESTOS PARA EL ÁREA DE EMERGENCIA.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES				
 Ministerio de Salud Pública	MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN			CÓDIGO: A.1.1
				PÁGINA: 1/1
MACROPROCESO: Proceso Agregador de Valor (A)				
PROCESO: Atención en Emergencia (A.1)				
SUBPROCESO: Ingreso a Emergencia (A.1.1)				
No.	ACTIVIDAD	UBICACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Realizar triaje	Sala de triaje	Definir si es una urgencia o una emergencia	Enfermera
2	Tomar signos vitales	Sala de triaje	Tomar presión arterial, pulso, temperatura y frecuencia respiratoria al paciente.	Enfermera
3	Categorizar la emergencia	Sala de triaje	Categorizar el estado patológico del paciente, según estándares establecidos.	Enfermera
4	Derivar a Consulta Externa	Estadística	Brindar atención en Consulta Externa a pacientes que no son urgentes.	Médico
5	Brindar Atención médica inmediata	Sala de triaje	Brindar el soporte vital necesario ante una emergencia.	Médico
6	Realizar hoja de transferencia	Sala de triaje	Llenar de manera adecuada la hoja de transferencia para una unidad de mayor complejidad, por patologías que no pueden ser resueltas en el hospital	Médico
7	Coordinar transferencia a hospital de mayor complejidad en la red.	Sala de triaje	Realizar trámites correspondientes para la transferencia de pacientes a un hospital de mayor complejidad.	Enfermera
8	Llenar hoja 008	Estadística	Llenar los datos de la primera parte (registro de admisión). Hoja 008	Estadístico.
9	Enviar hoja 008 al cuarto de estadística	Estadística	Llevar la hoja 008 desde triaje a Estadística.	Estadístico.
10	Llenar información del paciente	Estadística	Escribir la información necesaria del paciente.	Estadístico.
11	Enviar hoja 008 a triaje	Sala de triaje	Llevar la hoja 008 desde triaje hacia el médico.	Estadístico.
12	Esperar atención médica	Sala de triaje	Esperar atención médica, pacientes categoría 2, hasta 10 minutos.	Enfermera
13	Esperar atención médica	Sala de triaje	Esperar atención médica, pacientes categoría 3, hasta 30 minutos.	Enfermera
14	Esperar atención médica	Sala de triaje	Esperar atención médica, pacientes categoría 4, hasta 60 minutos.	Enfermera
15	Realizar Referencia a Centro de Salud	Estadística	Referir al paciente a Centro de Salud cercano a su domicilio.	Médico

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES				
	MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN			CÓDIGO: A.1.2
				PÁGINA: 1/1
MACROPROCESO: Proceso Agregador de Valor (A)				
PROCESO: Atención en Emergencia (A.1)				
SUBPROCESO: Valoración al Paciente (A.1.2)				
No.	ACTIVIDAD	UBICACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Valorar clínicamente al paciente.	Emergencia (área de procedimiento)	Interrogatorio y examen físico del paciente	Médico
2	Dar prescripción e indicaciones médicas	Emergencia (área de procedimiento)	Luego de emitir el diagnóstico, tomar decisión para el tratamiento.	Médico
3	Registrar información en la hoja 008	Emergencia (área de procedimiento)	Escribir en la hoja 008 la información obtenida en el interrogatorio, examen físico, prescripción e indicaciones.	Médico
4	Enviar hoja 008 a estadística	Emergencia (área de procedimiento)	Llevar hoja 008 a Estadística	Enfermera
5	Llenar parte diario a paciente ambulatorio	Emergencia (área de procedimiento)	Escribir el nombre, apellido, edad y diagnóstico del paciente ambulatorio.	Médico
6	Enviar parte diario a paciente ambulatorio	Emergencia (área de procedimiento)	Llevar parte diario a Estadística	Enfermera
7	Realizar receta	Emergencia (área de procedimiento)	Anotar en el recetario la prescripción e indicaciones para el paciente con el alta.	Médico
8	Dar el alta	Emergencia (área de procedimiento)	Dar el alta médica a paciente con sus respectivas indicaciones	Médico
9	Realizar solicitud de exámenes complementarios	Area de observación	llenar hoja de solicitud de exámenes complementarios según diagnóstico presuntivo.	Médico
10	Reevaluar al paciente	Area de observación	Realizar nuevamente una evaluación al paciente luego de realizar exámenes complementarios para emitir un diagnóstico definitivo.	Médico
11	Seguir indicaciones y prescripciones médicas.	Area de observación	Dar al paciente los medicamentos prescritos por el médico, siguiendo indicaciones establecidas.	Enfermera
12	Registrar evolución en hoja 008.	Area de observación	escribir la evolución durante su permanencia en observación del paciente en hoja 008.	Médico
13	Enviar hoja 008 a Estadística	Area de observación	Llevar hoja 008 a estadística	Enfermera
14	Llenar parte diario de pacientes en observación.	Area de observación	Escribir el nombre, apellido, edad y diagnóstico del paciente.	Enfermera
15	Esperar paciente en tratamiento	Area de observación	Llevar parte diario a Estadística	Enfermera
16	Coordinar hospitalización por área	Area de observación	Coordinar el traslado del paciente desde observación a hospitalización, dependiendo tipo de paciente y/o diagnóstico.	Paciente
17	Realizar parte operativo	Area de observación	Llenar hoja de parte operativo para pacientes que necesitan cirugías de emergencia	Enfermera
18	Coordinar ingreso a quirófano	Area de observación	Coordinar el traslado del paciente desde observación al área de quirófano para cirugía de emergencia	Enfermera
19	Confirmar ausencia de signos vitales	observacion	Toma de presión arterial, temperatura, pulso y frecuencia respiratoria a paciente para confirmar el fallecimiento	Médico

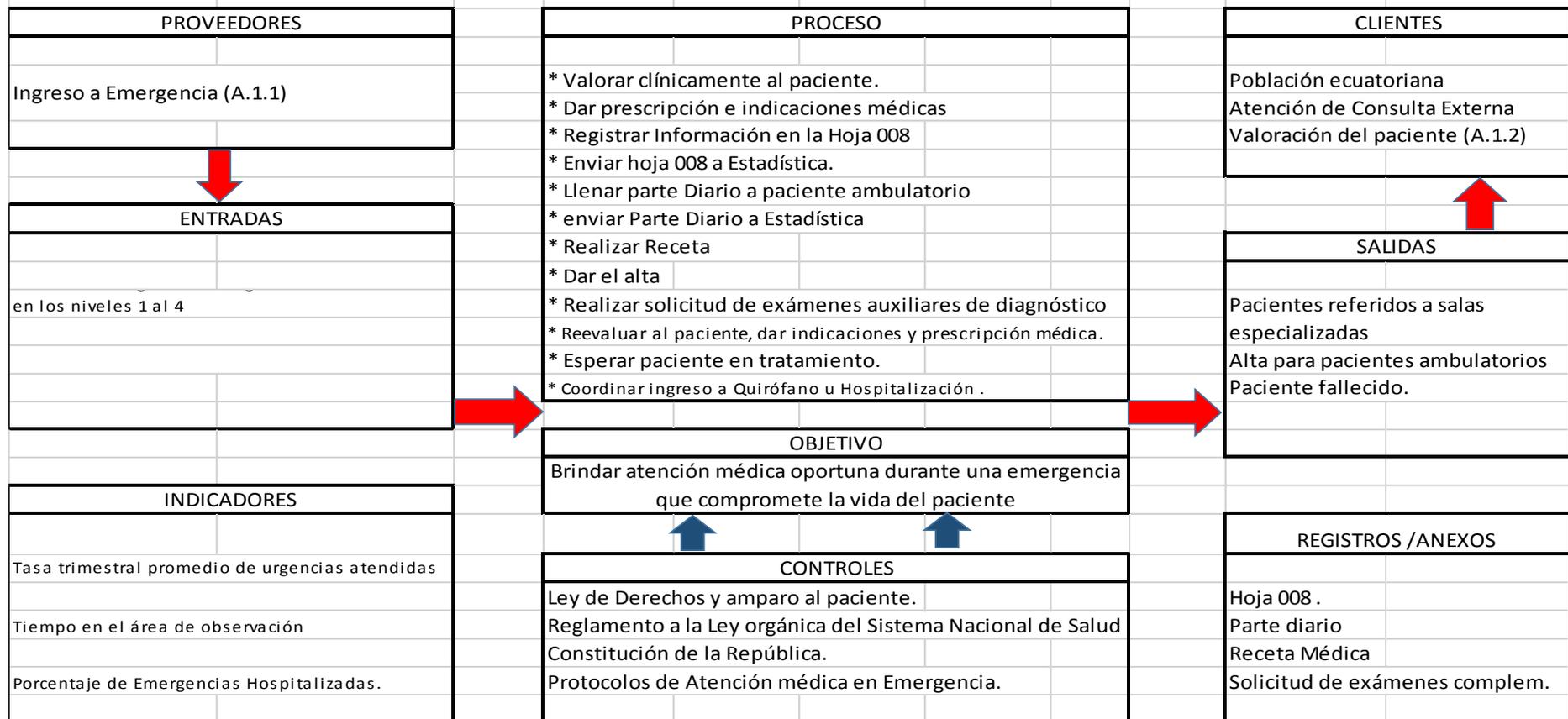
NOMBRE DEL SUBPROCESO: INGRESO EN EMERGENCIA (Triage)	CODIF: A.1.1	EDICIÓN N°.
PROPIETARIO DEL PROCESO: MÉDICO DE EMERGENCIA	REQUISITO DE LA NORMA:	FECHA:
ALCANCE: Inicia con el Triage hasta la espera del paciente para ser atendido.		

RECURSOS	
FÍSICOS: ÁREA DE TRIAJE Y ESTADÍSTICA O ADMISIÓN	ECONÓMICOS: PRESUPUESTO ASIGNADO.
TÉCNICOS: EQUIPAMIENTO DEL ÁREA DE TRIAJE	HUMANOS: ENFERMERA, MÉDICO Y ESTADÍSTICO.

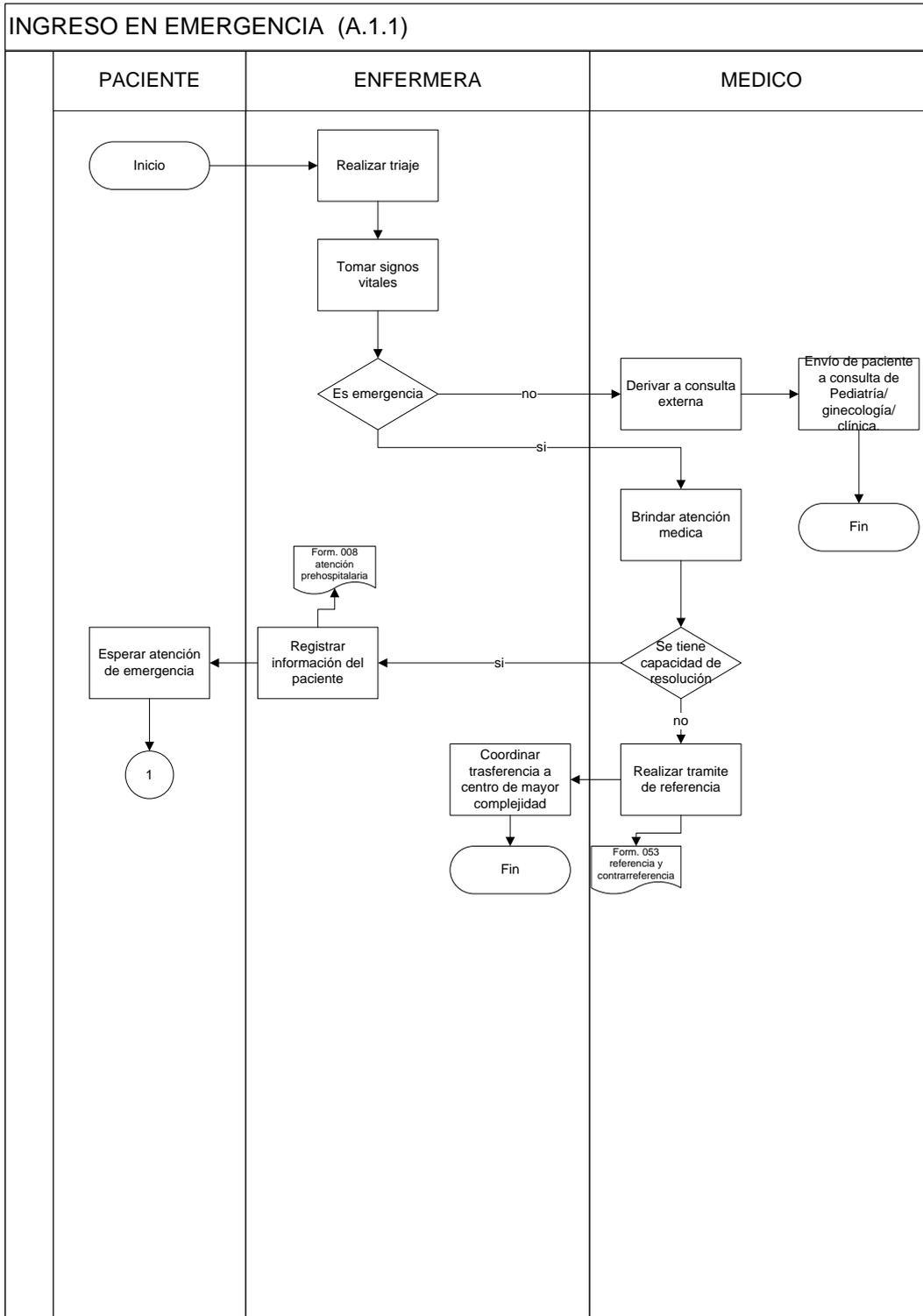


NOMBRE DEL SUBPROCESO: VALORACIÓN AL PACIENTE	CODIF: A.1.2	EDICIÓN N°.
PROPIETARIO DEL PROCESO: MÉDICO DE EMERGENCIA	REQUISITO DE LA NORMA:	FECHA:
ALCANCE: Inicia con el o del paciente hasta la obtención de un diagnóstico basado en evidencia clínica y de laboratorio.		

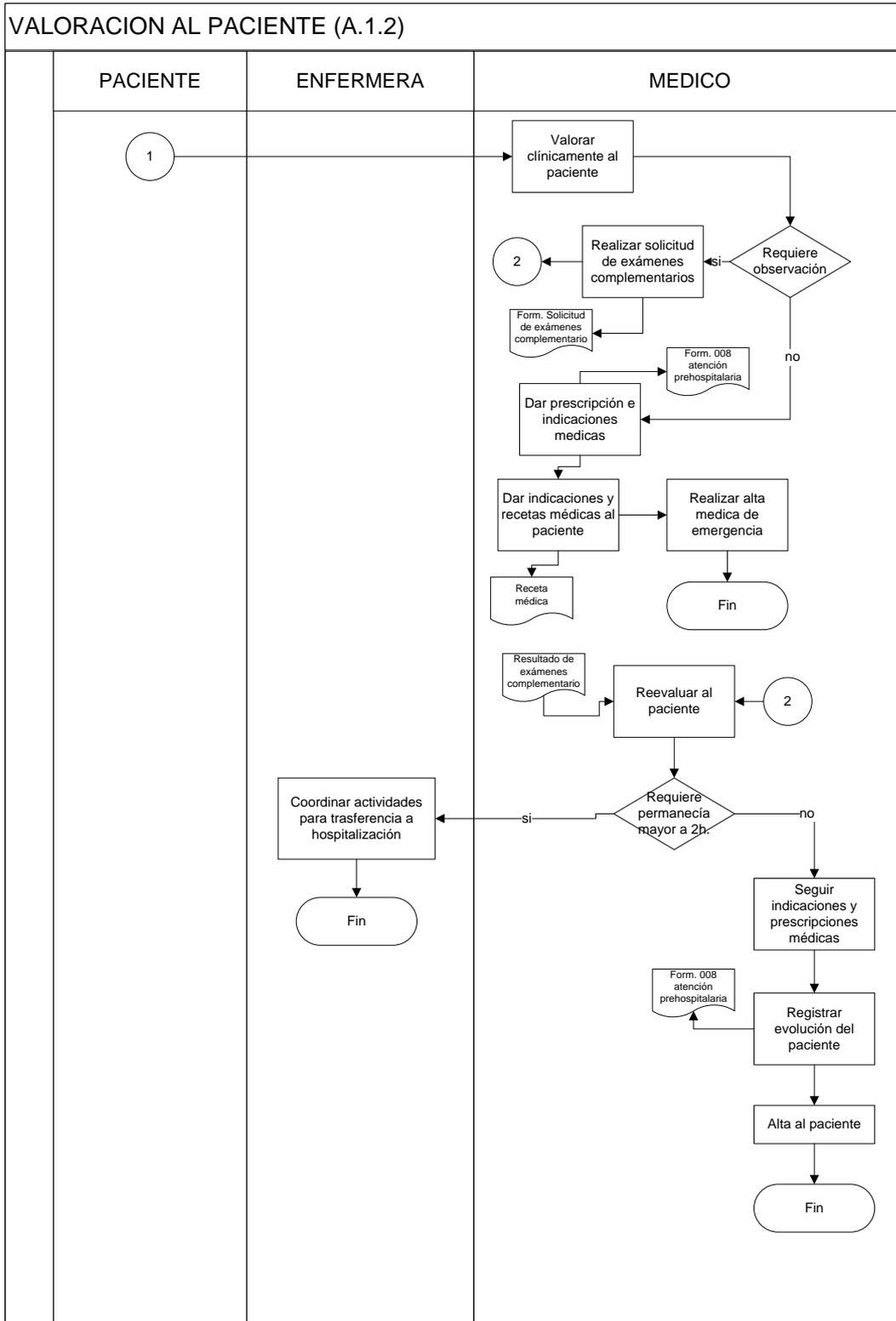
RECURSOS	
FÍSICOS: ÁREA DE PROCEDIMIENTO Y OBSERVACIÓN	ECONÓMICOS: PRESUPUESTO ASIGNADO.
TÉCNICOS: EQUIPAMIENTO DEL ÁREA DE PROCEDIMIENTO Y OBSERVACIÓN	HUMANOS: ENFERMERA, MÉDICO Y ESTADÍSTICO.



Flujograma del subproceso propuesto INGRESO A EMERGENCIA (A.1.1)



Flujograma del subproceso propuesto VALORACIÓN AL PACIENTE (A.1.2)



ANEXO 15

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y DISEÑO DE PROCESOS PARA EL ÁREA DE ENFERMERÍA.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES				
	MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN			
CÓDIGO: A.3.1 PÁGINA: 1/1				
MACROPROCESO: Proceso Agregador de Valor (A)				
PROCESO: Gestión de Enfermería (3)				
SUBPROCESO: Servicio de Enfermería en Consulta Externa (1)				
No.	ACTIVIDAD	UBICACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Realizar el Ingreso al Servicio de Consulta Externa en el horario establecido.	Dpto. Talento Humano	Registrar en Reloj Biométrico al momento del ingreso.	Talento Humano
2	Entrega y recepción de equipos, materiales e insumos.	Consulta externa	Evidenciar la existencia de lo entregado.	Enfermera
3	Ordenar los consultorios médicos para atención al paciente.	Consultorios	Ver la disponibilidad de formularios e insumos necesarios para los Médicos en cada consultorio.	Enfermera
4	Mantener equipados los del primer y segundo nivel.	Consultorios	Ver los equipos necesarios para optimizar el tiempo y evitar demora en atención al paciente.	Enfermera y Médico.
5	Preparar a los pacientes para la consulta médica	Preparación	Tomar signos vitales (presión arterial, peso, talla, temperatura)	Enfermera
6	Supervisar el cumplimiento de las normas de bioseguridad.	Consulta Externa	Constatar la clasificación de desechos e indicar al personal de Servicios Generales para su traslado y tratamiento en el depósito final.	Enfermera y personal de limpieza.
7	Notificar a las autoridades institucionales respectivas sobre accidentes, fugas y pérdidas de pertenencias del servicio.	Dirección del Hospital	Realizar un informe tanto virtual como escrito de lo sucedido para buscar alternativas de solución.	Personal de Turno.
8	Coordinar programas educativos de atención primaria para pacientes y familiares en consulta externa.	Salas de espera del primer nivel de atención.	Solicitar al Personal Administrativo los equipos necesarios para charlas educativas.	Enfermera
9	Elaborar y recibir los pedidos de materiales e insumos para el servicio	Farmacia Institucional	Realizar el pedido por escrito, y recibir lo solicitado previo documento de respaldo.	Enfermera / personal de Farmacia
10	Informar correctamente al paciente el proceso de atención	Consulta Externa	Luego de tomar signos vitales, indicar la ubicación del Consultorio en el cual recibirá atención médica.	Enfermera
11	Colaborar con el médico en la atención del paciente	Consultorios	Acurrir al llamado del medico en los procesos requeridos.	Enfermera
12	Cumplir correctamente con las normas y protocolos de atención de enfermería	Consulta Externa	Guiarse en los protocolos de enfermería existentes en el Hospital.	Enfermera / jefe de enfermeras.
13	Colocar y registrar diariamente la medicación prescrita por los médicos a los pacientes que lo requieren.	Emergencia / Consulta Externa.	Aplicar inyecciones IM / IV.o medicación vía oral.	Enfermera
14	Elaborar material, como gasas, torundas, vendas de gasa, apósitos.etc.	Area de preparación	Preparar insumos para atención de Pacientes en C.E.	Enfermera
15	Pasar diariamente a estadística las historias clínicas, partes diarios de atención médica y más documentos pertinentes.	Estadística	Trasladar Historias clínicas y partes diarios cuando el médico haya terminado su consulta.	Enfermera
16	Detectar sintomáticos respiratorios, y cumplir con el protocolo de SR.	Area de Consulta Externa	Detectar o preguntar a los pacientes que tienen tos y flema por más de 15 días para coordinar y tratarlo como posible SR.	Enfermera / personal de salud.
17	Más actividades inherentes que no se encuentren descritas y requieran la intervención del personal de enfermería.	Consulta Externa	Actividades imprevistas que pueden sucederse en el transcurso del turno.	Enfermera

		DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
		MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL CANTONAL		CÓDIGO: A.3.2
		DE GIRÓN		PÁGINA: 1/1
MACROPROCESO: Proceso Agregador de Valor (A)				
PROCESO: Gestión de Enfermería (3)				
SUBPROCESO: Servicio de Enfermería en Vacunación (2)				
No.	ACTIVIDAD	UBICACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Registrar la temperatura de las refrigeradoras y hacer que cumplan la cadena de frío los biológicos.	Banco de Vacunas / Vacunación	Controlar regularmente, según estándares la temperatura de los biológicos.	Enfermera de Vacunación.
2	Coordinar con los diferentes servicios para cubrir coberturas de vacunación	Dpto. Vacunación	Tomar medidas para detectar a niños que no han sido vacunados y que aún pueden hacerlo.	Enfermera de Vacunación.
3	Vacunar a los pacientes, utilizando las técnicas correctas	Dpto. Vacunación	Utilizar las técnicas y métodos para aplicación de biológicos.	Enfermera de Vacunación.
4	En caso de dudas o equivocaciones, comunicar a la enfermera responsable del PAI de la institución	Coord. De Enfermería.	Consultar temas relacionados con la aplicación de biológicos.	Enfermera de Vacunación.
5	Registrar el kardex diario de los biológicos.	Dpto. Vacunación	Llevar registro diario para evidenciar el uso y aplicación de biológicos.	Enfermera de Vacunación.
6	Educar a los padres y acompañantes sobre la importancia y efectos colaterales de la vacuna.	Salas de Espera y durante el proceso de vacunación.	concienciar a los pacientes la importancia de la prevención mediante la aplicación de biológicos (vacunas del MSP)	Enfermera de Vacunación.
7	Colocar carteleras educativas sobre vacunación	Pasillos y salas de Espera de la Institución	Exhibir notas educativas sobre la importancia de la aplicación de biológicos en las personas.	Enfermera de Vacunación.
8	Informar a la responsable del PAI, cuando haya disminución, o este por terminarse los biológicos.	Coord. De Enfermería.	Comunicar cuando las vacunas se encuentren en su stock mínimo para que puedan ser adquiridas a tiempo.	Enfermera de Vacunación / Coordinadora
9	Consolidar diariamente los biológicos administrados	Dpto. Vacunación	Llenar los registros y hacer reportes diario de lo consumido y desperdicio.	Enfermera de vacunación
10	Entrega y recepción mensual de los biológicos a enfermera responsable de PAI y enfermera que rota el mes	Banco de vacunas	Respaldar por escrito la entrega y recepción de biológicos y equipos del Dpto. de vacunación	Enfermeras involucradas / jefa de enfermeras
11	Buscar estrategias para alcanzar con las coberturas de la población	Dpto. Vacunación / comunidad	si no se cubre con lo programado, se buscará estrategias de campo para llegar a los lugares que no han podido acudir a aplicar los biológicos a los niños.	Enfermera / coord. De enfermería
12	Mensualmente revisar el tarjetero en busca de niños que se atrasan de la vacuna	Dpto. Vacunación	revisar expedientes de pacientes que no han acudido y llamarles por tlf. Estableciendo un turno previo.	Enfermera
13	Registrar a los recién nacidos cuando no han sido vacunados en la historia clínica en el cuaderno de registro de vacunación para su posterior vacuna, en caso contrario se tomaría sus acciones pertinentes.	sala de partos / dpto. de vacunación	Revisar la H.C. del Recien Nacido y comprobar su administración de biológico a la fecha del alta del servicio de Hospitalización de la madre.	Enfermera / Médico Residente
14	Hacer material necesario para el buen funcionamiento del departamento como toallas, alcohol, etc.	Dpto. Vacunación	Realizar material necesario para el buen funcionamiento del dpto,	Enfermera de vacunación
16	Permanecer en el puesto de trabajo o comunicar a la enfermera responsable del PAI en caso de necesitar abandonar el puesto de trabajo	Coord. De Enfermería.	Solicitar permiso con anterioridad para cubrir el turno que se ausentará la enfermera encargada del Servicio.	Enfermera de Vacunación / coordinadora.
17	Mantener y practicar las normas de bioseguridad.	Dpto. Vacunación	Aplicar las normas de Bioseguridad en el área de Vacunación, las mismas que deben ser impartidas entre compañeros.	Enfermera de vacunación

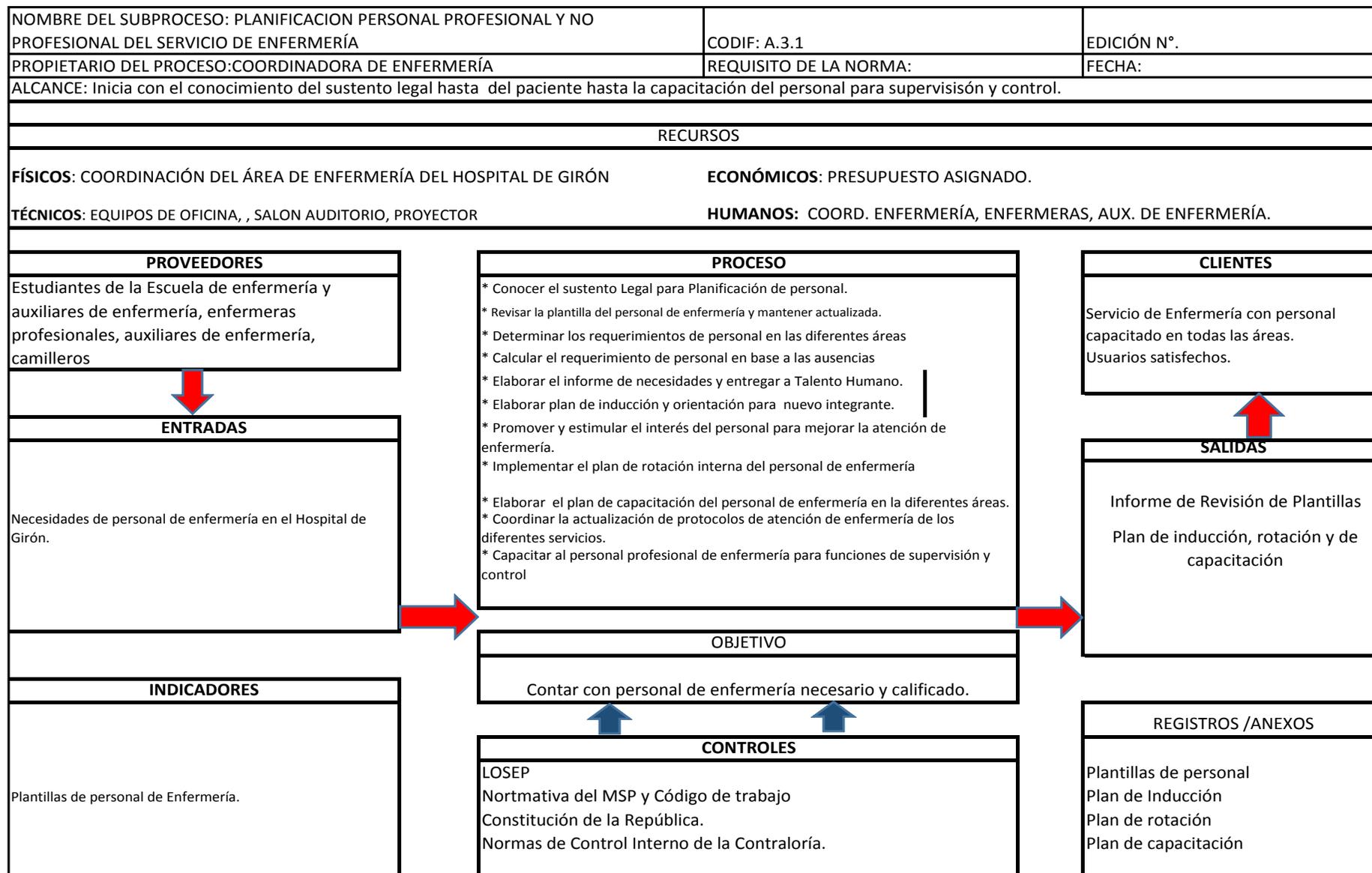
		DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
		MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN		CÓDIGO: A.3.3 PÁGINA: 1/2
MACROPROCESO: Proceso Agregador de Valor (A)				
PROCESO: gestión de Enfermería (3)				
SUBPROCESO: Servicio de Enfermería en Hospitalización (3)				
No.	ACTIVIDAD	UBICACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Realizar la entrega y recepción de turnos	Estación de enfermería	Estar presente personal entrante y saliente, puntual, guardar respeto y evitar interrupciones.	Enfermeras involucradas
2	Llevar su uniforme completo y sus prendas de protección, durante toda la jornada de trabajo.	Servicio de Hospitalización	Llevar su uniforme completo, igual que sus prendas de protección.	Enfermeras involucradas
3	La entregas y recepción de pacientes debe ser individual, y con la historia clínica, dando a conocer el nombre, diagnóstico y	Diferentes salas de Hospitalización	Entregarse e informar asuntos relevantes en la evolución del paciente.	Enfermeras involucradas
4	Actuar con ética, seriedad, responsabilidad, con lenguaje comprensible y terminología médica.	Diferentes salas de Hospitalización	Mantener su posición de profesional de salud	enfermera de hospitalización
5	Verificar que las vías periféricas estén permeables y las soluciones por pasar coincidan con lo anotado en la historia clínica.	Diferentes salas de Hospitalización	controlar el flujo de las vías canalizadas a los pacientes.	enfermera de hospitalización
6	Cuando el paciente este con bomba de infusión, borrar la cantidad anterior, para poder determinar el ingreso de líquidos en cada turno.	Diferentes salas de Hospitalización	Actualizar las indicaciones de ingreso de líquido a los pacientes.	enfermera de hospitalización
7	Por ningún motivo puede abandonar el servicio sin previa autorización de su jefe inmediato.	Servicio de Hospitalización	Solicitar permiso a la Coordinadora en caso de ser imprevista y no se ha podido solicitar con 24 horas de anticipación.	enfermera de hospitalización
8	En todos los turnos se registrará los equipos existentes en el servicio.	Servicio de Hospitalización	Controlar el estado y permanencia en el área de los equipos asignados.	enfermera de hospitalización
9	La enfermera de turno deberá revisar vías periféricas y control de goteo.	Servicio de Hospitalización	controlar periódicamente las vías de administración de los medicamentos.	enfermera de hospitalización
10	La enfermera deberá participar en la visita médica, con el fin de involucrarse en el tratamiento del paciente y saber su estado de evolución.	Servicio de Hospitalización	Pasar visita conjuntamente con el personal médico.	enfermera de hospitalización
11	Realizar la transcripción de tratamiento a kardex en la cual debe constar el nombre, número de cama y medicación prescrita del paciente.	Estación de enfermería	Actualizar kardex de los pacientes hospitalizados.	enfermera de hospitalización
12	Colocar la hoja de control de ingesta y eliminación, y comunicar al personal.	Servicio de Hospitalización	Verificar la existencia del formulario de ingesta en la Historia clínica	enfermera de hospitalización
13	Distribuir en el tarjetero, el kardex de acuerdo a horarios establecidos.	Estación de enfermería	actualizar kardex y distribuir de acuerdo a horarios de los pacientes hospitalizados.	enfermera de hospitalización
14	Verificar que el paciente tenga toda la medicación, para evitar que el paciente interrumpa su tratamiento.	Estación de enfermería	revisar las prescripciones, para descargar en farmacia los faltantes.	enfermera de hospitalización
15	Administrar la medicación de acuerdo a los horarios teniendo en cuenta los cinco correctos.	Diferentes salas de Hospitalización	Cumplir las indicaciones para la administración de la medicación.	enfermera de hospitalización
16	Registrar los ingresos, egresos, transferencias en las hojas de censo diario.	Estación de enfermería	Realizar los registros necesarios para informar a Estadística	enfermera de hospitalización
17	Enviar las muestras de orina, heces, esputo a laboratorio.	Diferentes salas de Hospitalización	Trasladar las muestras con sus pedidos a Laboratorio.	enfermera / Laboratorio.

		DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
		MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN		CÓDIGO: A.3.3
				PÁGINA: 2/2
MACROPROCESO: Proceso Agregador de Valor (A)				
PROCESO: gestión de Enfermería (3)				
SUBPROCESO: Servicio de Enfermería en Hospitalización (3)				
No.	ACTIVIDAD	UBICACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE
18	Comunicar al médico de turno de inmediato los resultados de exámenes de laboratorio, novedades de los pacientes.	Servicio de hospitalización	Informar al médico los resultados obtenidos de los pacientes.	Enfermera de hospitalización
19	Proporcionar los cuidados de enfermería de acuerdo a la valoración y necesidades del paciente, como: Baño de esponja, cambios de posición y masajes, administración de oxígeno, revisión de sonda nasogástrica y vesical.	Diferentes salas de hospitalización	Asistir a los pacientes con sus servicios de enfermera profesional.	Enfermera de hospitalización
20	Control de signos vitales en cada turno.	Diferentes salas de hospitalización	Verificar la toma de presión arterial, pulso, temperatura a pacientes hospitalizados	Enfermera de hospitalización
21	Asistir al médico en los partos.	Sala de partos	Cumplir con las funciones encomendadas en la sala de Partos.	Enfermera de hospitalización
22	Mantener las normas de Bioseguridad	Servicio de hospitalización	Protegerse de la contaminación y colaborar en la clasificación de desechos.	Enfermera de hospitalización
23	Mantener el stock de materiales e insumos para Maternidad para el Mejoramiento continuo de la calidad.	Servicio de hospitalización	Contar con lo necesario para el buen funcionamiento del servicio.	Enfermera de hospitalización
24	Mantener limpia y ordenada la sala de Partos, lista para ocupar en cualquier momento.	Sala de partos	Cumplir con las funciones de limpieza y esterilización encomendadas en la sala de Partos.	enfermera de hospitalización / personal de limpieza
25	Actualizar los conocimientos científicos de enfermería	Servicio de hospitalización	Aplicar los conocimientos e impartir a sus compañeros dentro y fuera del servicio.	Enfermera de hospitalización

		DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
		MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN	CÓDIGO: A.3.4	PÁGINA: 1/2
MACROPROCESO: Proceso Agregador de Valor (A)				
PROCESO: Gestión de Enfermería (3)				
SUBPROCESO: Servicio de enfermería en Quirófano y Recuperación (4)				
No.	ACTIVIDAD	UBICACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Ingresar a quirófano, media hora antes de la hora programada para preparar la sala, equipos y tener listo para la cirugía	Quirófano	Estar a tiempo para preparar el servicio.	Enfermera asignada a quirófano.
2	Comprobar y ajustar aparatos, máquinas, lámparas, bisturí, succionado r, etc.	Quirófano	Comprobar el buen funcionamiento de los equipos.	Enfermera asignada a quirófano.
3	Colocar la mesa quirúrgica, lámparas en posición requeridas para el tipo de cirugía.	Quirófano	Organizar el área previa a la cirugía	Enfermera asignada a quirófano.
4	Recibe al paciente, verificando el nombre, que la historia clínica este con todos los exámenes, parte operatorio y firmado la autorización	Area de preparación al paciente.	Verificar el estado del paciente, listo para ser intervenido quirúrgicamente.	Enfermera asignada a quirófano.
5	Prepara equipos, instrumental, ropa, guantes estériles.	Quirófano	Contar con todo lo necesario para la intervención.	Enfermera asignada a quirófano.
6	Verificar los medicamentos, materiales e insumos que se necesita para la cirugía, estén completos para evitar retrasos, complicaciones durante las intervenciones	Quirófano	Verificar los insumos necesarios.	Enfermera asignada a quirófano.
7	Asistir al anestesiólogo en la colocación de la anestesia y colocar al paciente en posición correcta, listo para la cirugía	Quirófano	Prestar los servicios de enfermera en el proceso de anestesia.	Enfermera asignada a quirófano.
8	Abre envoltorios de ropa y guantes estériles.	Quirófano	Realizar las actividades conservando normas de bioseguridad.	Enfermera asignada a quirófano.
8	Exigir al instrumentalista que cuente las pinzas de los equipos a utilizar.	Quirófano	Comprobar cantidad y estado del instrumental requerido.	Enfermera asignada a quirófano.
10	Asistir en la preparación del campo operatorio.	Quirófano	Prestar los servicios de enfermera en Quirófano.	Enfermera asignada a quirófano.
11	Calienta las soluciones terminales	Quirófano	Mantener la temperatura en las soluciones que se va a usar.	Enfermera asignada a quirófano.
12	Responsable de mantener la asepsia durante la cirugía.	Quirófano	Controlar para evitar infecciones y contaminaciones en el paciente.	Enfermera asignada a quirófano.
13	Administrar los medicamentos según indicación médica	Quirófano	Administrar los medicamentos según indicación médica	Enfermera asignada a quirófano.
14	Control de líquidos: sangre, sueros, orina...	Quirófano	Control de líquidos: sangre, sueros, orina.	Enfermera asignada a quirófano.
15	Registrar desde la hora de inicio de la cirugía hasta el registro final en el libro de datos.	Quirófano	Levar el registro por escrito de todo el procedimiento.	Enfermera asignada a quirófano.
16	Colabora en la movilización del paciente	Quirófano	Ayuda a movilizar al paciente.	Enfermera asignada a quirófano.
17	Ayuda a desvestirse al equipo de la cirugía	Quirófano	Ayuda a desvestirse para evitar contaminación.	Enfermera asignada a quirófano.
18	Colabora en el recuento del material.	Quirófano	Verificación del material utilizado.	Enfermera asignada a quirófano.
19	Anota incidencias finales y elabora el reporte de enfermería sobre la condición del paciente.	Quirófano	Levar el registro por escrito de todo en el procedimiento de recuperación del paciente.	Enfermera asignada a quirófano.
20	Cumple y hace cumplir las normas de bioseguridad	Area quirúrgica.	Impartir conocimientos sobre bioseguridad.	Personal del área quirúrgica.

		DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
		MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN	CÓDIGO: A.3.4	PÁGINA: 2/2
MACROPROCESO: Proceso Agregador de Valor (A)				
PROCESO: gestión de Enfermería (3)				
SUBPROCESO: Servicio de Enfermería en Quirófano (4)				
No.	ACTIVIDAD	UBICACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE
21	Lavar, preparar y dejar a esterilizar, colocando cinta testigo y nombre de la enfermera que lo deja.	Quirófano	Rotular los materiales para su esterilización, con nombres de responsabilidad	Enfermera de Quirófano
22	Al momento de cambio de rotación de enfermera, se entrega materiales, insumos e instrumental disponible.	Quirófano	Al final de cada mes, se hace la entrega recepción de equipo, materiales y suministros del área de quirófano.	Enfermera de Quirófano
23	En caso de pérdidas, buscar lo que falta y si no se encuentra informar inmediatamente por escrito, al jefe inmediato.	Quirófano	comunicar por escrito novedades a cerca de pérdidas o daños en equipos o instrumental de Quirófano.	Enfermera de Quirófano
24	Descargar los materiales e insumos necesarios para mantener el stock.	Quirófano	Luego de cada intervención, reponer los materiales usados en la intervención para mantener el stock necesario.	Enfermera de Quirófano
25	Realizar los informes mensuales de producción del área y comunicar a estadística.	Área Quirúrgica	Realizar los informes de producción de Quirófano y entregar a Estadística para su consolidación.	Enfermera de Quirófano
26	En caso de no existir cirugías planificadas, cumplirá órdenes que asigne el Jefe inmediato.	Indeterminada	Colaborar en otros servicios en caso de no existir trabajo en Quirófano.	Enfermera de Quirófano / jefe de enfermería.

		DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
		MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN		CÓDIGO: A.3.1
				PÁGINA: 1/1
MACROPROCESO: Proceso Agregador de Valor (A)				
PROCESO: Gestión de Enfermería (3)				
SUBPROCESO: Planificación de personal profesional y no profesional de Enfermería (1)				
No.	ACTIVIDAD	UBICACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Conocer el sustento Legal para Planificación de personal.	Dpto. Enfermería	Conocer las normas de Control interno Contraloría General del Estado y establecer líneas base.	Coordinadora enfermería.
2	Revisar la plantilla del personal de enfermería y mantener actualizada.	Dpto. Enfermería	Organizar de acuerdo a las competencias del personal	Coordinadora enfermería.
3	Determinar los requerimientos de personal en las diferentes áreas	Dpto. Enfermería	Establecer estándares de medición de necesidades de personal de enfermería	Coordinadora enfermería.
4	Calcular el requerimiento de personal en base a las ausencias previstas e imprevistas.	Dpto. Enfermería	Calcular el numero de enfermeras por área de servicio, necesario para cubrir las necesidades.	Coordinadora enfermería.
5	Elaborar el informe de necesidades y entregar a Talento Humano.	Dpto. Enfermería	Dejar constancia por escrito de entrega y recepción del dcto. De necesidades.	Coordinadora enfermería.
6	Elaborar plan de inducción y orientación para nuevo integrante.	Dpto. Enfermería	Elaborar un formato con características generales y específicas	Coordinadora enfermería.
7	Promover y estimular el interés del personal para mejorar la atención de enfermería	Dpto. Enfermería	Orientar las acciones hacia el mejoramiento de la Calidad	Coordinadora enfermería.
8	Implementar el plan de rotación interna del personal de enfermería	Dpto. Enfermería	Crear destrezas y habilidades al personal para prestar sus servicios en las diferentes áreas.	Coordinadora enfermería.
9	Elaborar el plan de capacitación del personal de enfermería en la diferentes áreas.	Dpto. Enfermería	Actualizar y reforzar los conocimientos del personal de enfermería.	Coordinadora enfermería.
10	Coordinar la actualización de protocolos de atención de enfermería de los diferentes servicios	Dpto. Enfermería	Crear estándares regulen y orienten al personal que ingresa a los diferentes servicios de enfermería.	Coordinadora enfermería.
11	Capacitar al personal profesional de enfermería para funciones de supervisión y control	Dpto. Enfermería	Contar con un personal de enfermería para funciones de supervisión y control.	Coordinadora enfermería.

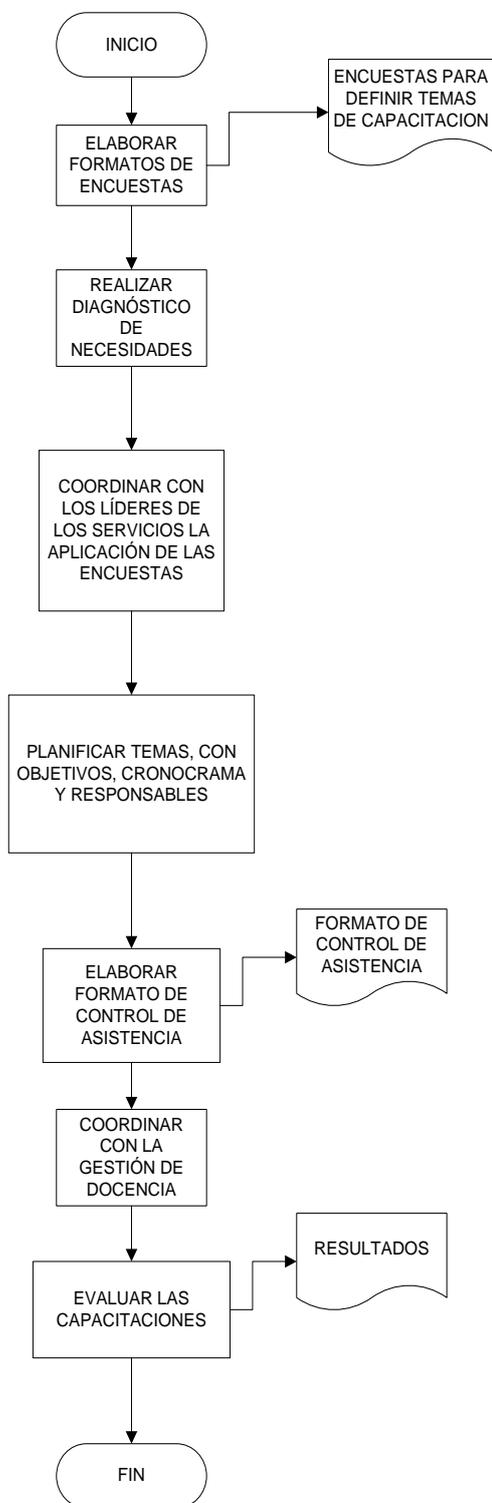


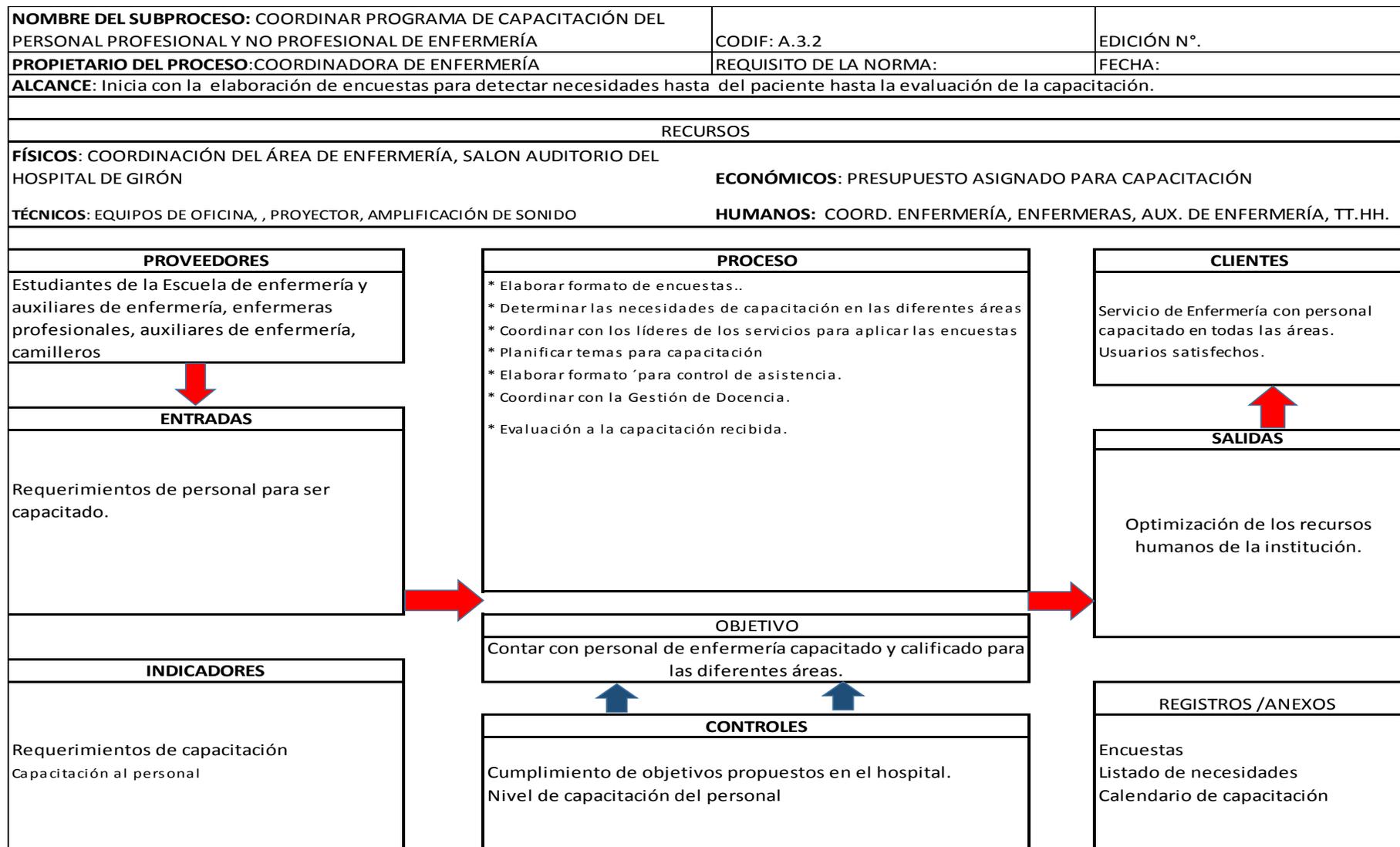
**DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL SUBPROCESO: COORDINAR PROGRAMA DE
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA.**

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES				
		MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN		CÓDIGO: A.3.2
				PÁGINA: 1/1
MACROPROCESO: Proceso Agregador de Valor (A)				
PROCESO: Gestión de Enfermería (3)				
SUBPROCESO: Coordinar programa de capacitación del personal profesional y no profesional de enfermería (2)				
No.	ACTIVIDAD	UBICACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Elaborar formatos de encuestas	Dpto. Enfermería	Formular encuestas escritas para obtener información sobre temas para capacitación	Coordinadora enfermería.
2	Realizar diagnóstico de necesidades	Dpto. Enfermería	Organizar de acuerdo a las competencias del personal	Coordinadora enfermería.
3	Coordinar con las líderes de los servicios la aplicación de la encuesta	Dpto. Enfermería	Establecer estándares de medición de necesidades de personal de enfermería	Coordinadora enfermería.
4	Planificar temas con objetivos, cronograma y responsables	Dpto. Enfermería	Calcular el número de enfermeras por área de servicio, necesario para cubrir las necesidades.	Coordinadora enfermería.
5	Elaborar formato de control de asistencia a para las actividades educativas programadas	Dpto. Enfermería	Dejar constancia por escrito de entrega y recepción del dcto. De necesidades.	Coordinadora enfermería.
6	Coordinar con la Gestión de Docencia	Dpto. Enfermería	Elaborar un formato con características generales y específicas	Coordinadora enfermería.
7	Evaluación de los capacitadores.	Dpto. Enfermería	Orientar las acciones hacia el mejoramiento de la Calidad	Coordinadora enfermería.

SUBPROCESO: COORDINAR PROGRAMA DE CAPCITACIÓN PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA (A.3.2) HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN.

COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA





ANEXO 16

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y DISEÑO DE PROCESOS PROPUESTOS PARA EL ÁREA DE ESTADÍSTICA.

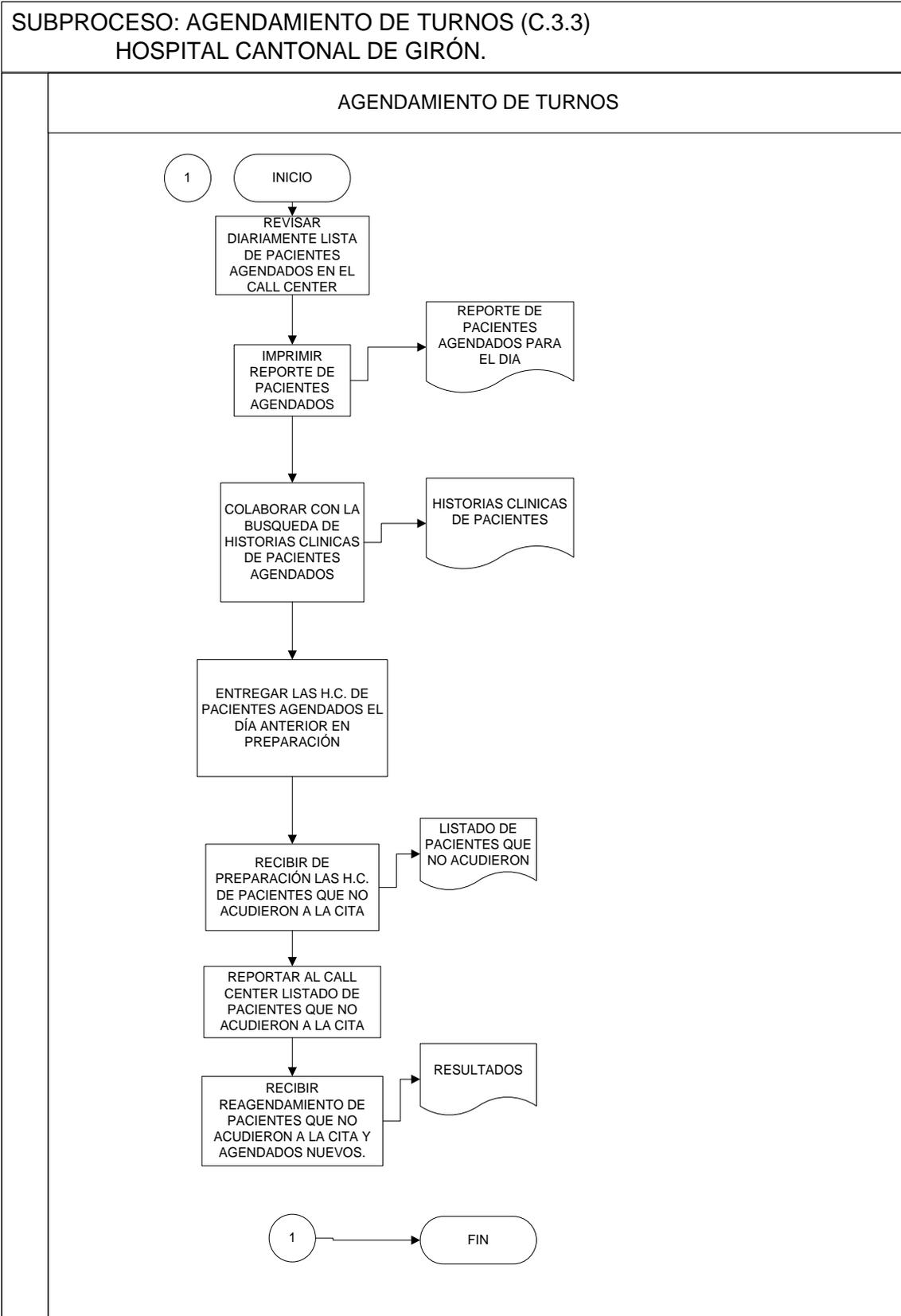
 <p style="font-size: small;">Ministerio de Salud Pública</p>	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES				
	MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN			CÓDIGO: C.3.1	
				PÁGINA: 1/1	
MACROPROCESO: Proceso habilitantes de apoyo (C)					
PROCESO: Gestión de Admisiones (3)					
SUBPROCESO: Jefatura de Estadística (1)					
No.	ACTIVIDAD	UBICACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE	
1	Desarrollar y dirigir la organización y funcionamiento del Departamento	Estadística	Coordinar para trabajar en equipo en el Dpto. de estadística	Jefe de estadística.	
2	Cumplir, hacer cumplir y supervisar las normas de trabajo y funcionamiento del departamento	Estadística	Ver que todo funcione con normalidad especialmente con el cumplimiento de normas	Jefe de estadística.	
3	Evaluar los sistemas y métodos de trabajo, así como del rendimiento del personal	Estadística	Evaluar periódicamente los sistemas y métodos de trabajo del departamento	Jefe de estadística.	
4	Asignar tareas, determinar funciones y delegar responsabilidades	Estadística	Asignar las tareas ya que no se cuenta con orgánico funcional	Jefe de estadística.	
5	Proponer el número y el tipo del personal requerido para el departamento	Estadística	Presentar las necesidades de personal para el departamento de acuerdo a las actividades a	Jefe de estadística.	
6	Evaluar el personal a su cargo de acuerdo a las normas vigentes	Estadística	Realizar la evaluación al personal del departamento de acuerdo a las metas programadas	Jefe de estadística.	
7	Adestrar y capacitar al personal de su dependencia y de otros sectores que participen de una y otra forma en las actividades del departamento	Estadística	Indicar la manera correcta de realizar las actividades a cada integrante del departamento.	Jefe de estadística.	
8	Asesorar y colaborar en los trabajos de investigación	Estadística	Colaborar con la información estadística necesaria para proyectos institucionales	Jefe de estadística.	
9	Coordinar las actividades del departamento con otras áreas del Hospital.	Estadística	Establecer vínculos con otras áreas del hospital para llevar de mejor manera la información.	Jefe de estadística.	
10	Actuar como Secretario del Comité de Historia Clínica	Estadística	Llevar actas de asuntos observados y tratados en el Comité de Historia	Jefe de estadística.	

		DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
		CÓDIGO: C.3.2		
		MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN		
PÁGINA:		1/2		
MACROPROCESO: Proceso habilitantes de apoyo (C)				
PROCESO: Gestión de Admisiones (3)				
SUBPROCESO: Admisión (2)				
No.	ACTIVIDAD	UBICACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE
CONSULTA EXTERNA				
1	Identificar a los usuarios como nuevos o ya existentes, consultando el tarjetero índice manual o automatizado.	Estadística / Admisión	Clasificar a los usuarios revisando la base de datos existente.	Responsable de Admisión.
2	Abrir historias clínicas a los usuarios nuevos.	Estadística / Admisión	Realizar la apertura de Historia Clínica a nuevos usuarios	Responsable de Admisión.
3	Buscar en archivo central las historias clínicas de los consultantes existentes	Estadística / Admisión	Revisar en los archivos las H.C. existentes	Responsable de Admisión.
4	Ordenar y organizar las historias clínicas para llevar al área de preparación u Odontología.	Estadística / Admisión	Llevar las H.C. ordenadas para Preparación	Responsable de Admisión.
5	Llevar el control de las historias clínicas que fueron enviadas a Consulta o Internación	Estadística / Admisión	Llevar control de las H.C. entregadas a C.Externa o Internación	Responsable de Admisión.
6	Llevar el control de los consultantes citados mediante "cita previa"; y buscar en archivo con 24 horas de anticipación la lista requerida para la consulta	Estadística / Admisión	Recibir el listado de personas por parte del Agendador, con 12 horas de anticipación para entregar a preparación.	Responsable de Admisión.
7	En caso de no existir cita previa se utilizará el registro del control de turnos de atención de la consulta externa.	Estadística / Admisión	Llevar registro de Control de turnos ya sea con cita previa o presencial.	Responsable de Admisión.
INTERNACIÓN				
8	Dar curso a la internación de los pacientes, previo procedimiento administrativo y orden médica.	Estadística / Admisión	Brindar la ayuda necesaria para facilitar la documentación a los pacientes que serán internados.	Responsable de Admisión.
9	Notificar inmediatamente a los departamentos correspondientes de la admisión de un paciente.	Estadística / Admisión	Comunicar a los departamentos involucrados sobre el ingreso de un nuevo paciente	Responsable de Admisión.
10	Legalizar el trámite de las admisiones efectuadas por emergencias fuera de las horas laborables.	Estadística / emergencia	Revisar en el servicio de Hospitalización los pacientes ingresados en horas de la noche y que no cuentan con la	Responsable de Admisión.
11	Recibir el censo diario de pacientes de todos los servicios, y la condición del paciente elaborado por el personal de enfermería a primera hora (08H00)	Estadística / Admisión	Recibir diariamente el Registro de Censo Diario.	Responsable de Admisión.
12	Verificar la integridad y consistencia del censo diario o registro de enfermería con relación a: servicio, sala, número de camas disponibles, los datos de identificación de los pacientes, ingresos, egresos y transferencias	Estadística / Admisión	Revisar la información escrita en el Censo Diario	Responsable de Admisión.
13	Transferir a la sección de procesamiento de datos las hojas de censo diario y condición del paciente antes de las 11H00.	Estadística / admisión	Entregar toda la información recibida a Procesamiento de datos antes de las 11h00.	Responsable de Admisión.
14	Recibir, controlar y compaginar las historias clínicas de los egresos y remitirlas a la sección procesamiento de datos.	Estadística / admisión	Recibir las Historias Clínicas de pacientes egresados y transferir a procesamiento de datos.	Responsable de Admisión.
15	Mantener al día el Índice de camas.	Estadística / admisión	Llevar actualizado el control de índice de camas	Responsable de Admisión.
16	Llevar el registro de ingresos y egresos hospitalarios	Estadística / admisión	Actualizar diariamente el registro de Ingresos y egresos de pacientes hospitalizados	Responsable de Admisión.
17	Tramitar inmediatamente los documentos de las personas fallecidas en el establecimiento	Estadística / admisión	Colaborar con el registro de defunciones de pacientes fallecidos en la institución	Responsable de Admisión.
18	Hacer el listado de las Historias Clínicas de los egresos hospitalarios que han sido recibidas de las Salas	Estadística / admisión	Llevar control de Historias Clínicas de egresos hospitalarios recibidas de enfermería.	Responsable de Admisión.

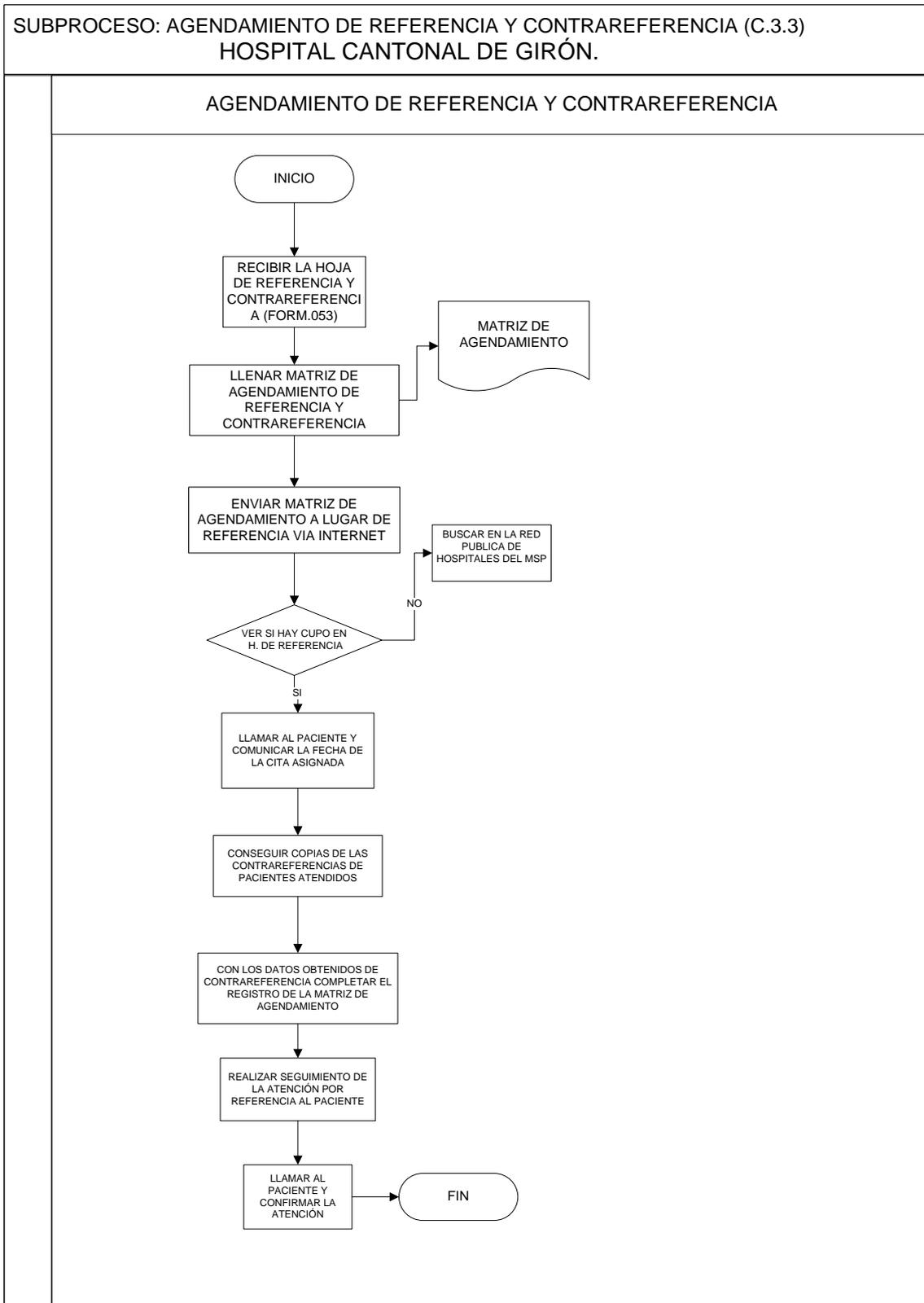
		DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
		MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN		CÓDIGO: C.3.2
				PÁGINA: 2/2
MACROPROCESO: Proceso habitantes de apoyo (C)				
PROCESO: Gestión de Admisiones (3)				
SUBPROCESO: Admisión (2)				
No.	ACTIVIDAD	UBICACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE
EMERGENCIA				
19	Mantener el registro de emergencias.	Estadística /admisión	Llevar control del Registro de Emergencias	Responsable de Admisión.
20	Tramitar el ingreso del paciente previa orden médica.	Estadística /admisión	Colaborar para ingreso a Hospitalización desde el servicio de <u>emergencia</u> .	Responsable de Admisión.
21	Revisar la consistencia de la información de la Historia Clínica de Emergencia (Formulario 008).	Estadística /admisión	Revisar llenado del formulario 008	Responsable de Admisión.
22	Agregar el formulario 008 de los pacientes que tengan Historia Clínica en caso de llevar hojas individuales.	Estadística /admisión	A adjuntar la hoja 008 a la Historia Clínica.	Responsable de Admisión.
23	Archivar los libros de la hoja 008 entregado por el servicio de Emergencia.	Estadística /admisión	Recibir del Servicio de emergencia los libros de Registro de la Hoja 008	Responsable de Admisión.
ARCHIVO CENTRAL DE HISTORIAS CLÍNICAS				
24	Proporcionar y controlar las Historias clínicas solicitadas por los diferentes servicios del establecimiento y en casos especiales, previa autorización escrita del	Estadística /admisión	Llevar control de Historias clínicas que salen del Dpto.	Responsable de Admisión.
25	Conservar en óptimas condiciones las Historias Clínicas bajo su custodia.	Estadística /admisión	Cuidar las Historias clínicas.	Responsable de Admisión.
26	Verificar la integridad de las Historias clínicas que existen y que llegan procedentes de los diferentes consultorios.	Estadística /admisión	verificar la integridad de las Historias clínicas.	Responsable de Admisión.
27	Archivar las Historias Clínicas de acuerdo al método establecido y el nivel de complejidad del Hospital.	Estadística /admisión	Archivar ordenadamente las Historias clínicas	Responsable de Admisión.
28	Recuperar las Historias clínicas que por cualquier motivo no regresan al archivo.	Estadística /admisión	Recuperar las Historias clínicas que no regresan al Dpto. de estadística.	Responsable de Admisión.
29	Incluir los informes de los servicios auxiliares de diagnóstico en las Historias Clínicas que correspondan.	Estadística /admisión	Archivar los exámenes complementarios en las Historias clínicas.	Responsable de Admisión.
30	Depuración permanente de las Historias Clínicas según las normas establecidas para el efecto.	Estadística /admisión	Depuración del archivo cada periodo establecido en el dpto.	Responsable de Admisión.
13	Transferir a la sección de procesamiento de datos las hojas de censo diario y condición del paciente antes de las 11h00.	Estadística /admisión	Entregar toda la información recibida a Procesamiento de datos antes de las 11h00.	Responsable de Admisión.
14	Recibir, controlar y compaginar las historias clínicas de los egresos y remitirlas a la sección procesamiento de datos.	Estadística /admisión	Recibir las Historias Clínicas de pacientes egresados y transferir a procesamiento de datos.	Responsable de Admisión.
15	Mantener al día el Índice de camas.	Estadística /admisión	Llevar actualizado el control de índice de camas	Responsable de Admisión.
16	Llevar el registro de ingresos y egresos hospitalarios	Estadística /admisión	Actualizar diariamente el registro de Ingreso y egreso de pacientes hospitalizados.	Responsable de Admisión.
17	Tramitar inmediatamente los documentos de las personas fallecidas en el establecimiento	Estadística /admisión	Colaborar con el registro de defunciones de pacientes fallecidos en la institución	Responsable de Admisión.
18	Hacer el listado de las Historias Clínicas de los egresos hospitalarios que han sido recibidas de las Salas	Estadística /admisión	Llevar control de Historias Clínicas de egresos hospitalarios recibidas de enfermería.	Responsable de Admisión.

		DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
		MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN		CÓDIGO: C.3.3 PÁGINA: 1/1
MACROPROCESO: Proceso habilitantes de apoyo (C)				
PROCESO: Gestión de Admisiones (3)				
SUBPROCESO: Agendamiento de turnos (3)				
No.	ACTIVIDAD	UBICACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE
AGENDAMIENTO CONSULTA PRIMER NIVEL				
1	Paciente llama al Call Center del MSP para solicitar un turno para H. Girón.	MSP	Paciente solicita turno para primer nivel de Atención al tlf. 171	Funcionario call center
2	Agendador H.Girón descarga on line la lista de pacientes agendados para el día siguiente	Estadística /Agendamiento	Agendador H. Girón verifica en página web de call center listado de pacientes agendados	Agendador H. Girón
3	Sacar reporte de pacientes agendados	Estadística /Agendamiento	Se imprime la matriz de pacientes agendados para el H. de Girón	Agendador H. Girón
4	Sacar las H.C. del Archivo	Estadística /Agendamiento	Sacar de archivo la H.C. de pacientes agendados.	Agendador H. Girón
5	Dejar las H.C. agendadas para el día siguiente en el área de preparación	Estadística /Agendamiento	Entregar en el área de preparación las historias clínicas de pacientes agendados	Agendador /enfermera
6	Recibir las H.C. de pacientes que no acudieron a su cita	Estadística /Agendamiento	Revisar que pacientes no acudieron.	Agendador
7	Reportar al call center lista de pacientes que no acudieron	Estadística /Agendamiento	Reenviar la matriz de agendamiento indicando pacientes que no acudieron para la cita.	Agendador
AGENDAMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA				
8	Recibir la Hoja de referencia y contrareferencia, form. 053	Estadística /Agendamiento	Médico envía con paciente o enfermera	Paciente/enfermera.
9	Llenar la matriz de agendamiento	Estadística /Agendamiento	Personal registra la Referencia en la Matriz de agendamiento de Referencias y Contrareferencias	Agendador H. Girón
10	Enviar la Matriz al H. de mayor complejidad, H. Regional para que asigne un turno al Paciente	Estadística /Agendamiento	Enviar mediante internet la matriz de agendamiento al H. Regional	Agendador H. Girón
11	Si no hay cupo para Referencias en el H. Regional se debe buscar en la RED PÚBLICA DE HOSPITALES	Estadística /Agendamiento	Buscar en la Red Pública de Hospitales un turno para el tipo de atención requerida	Agendador H. Girón
12	Llamar al paciente y comunicar la fecha asignada para el turno de la atención.	Estadística /Agendamiento	Ubicar al paciente y comunicar fecha y hora que debe acudir a la consulta	Agendador H. Girón
13	Paciente acude a la atención en Hospital de Referencia	H. REGIONAL	Paciente es atendido en H. Referencia	Paciente
14	Paciente regresa con la Contrareferencia	DOMICILIO / HOSPITAL	Paciente regresa con hoja de Contrareferencia	Paciente
15	Conseguir copias de las contrareferencias de pacientes atendidos en Hospital de mayor complejidad	H. REGIONAL	Retirar copias de Contrareferencias del H. Regional	Chofer /Agendador H. Girón
16	Completar el Registro en la Matriz de Referencia y Contrareferencia.	Estadística /Agendamiento	Concluir el llenado de Agendamiento de Referencia y Contrareferencia	Agendador H. Girón
17	Hacer seguimiento, llamar al paciente y confirmar la atención de Referencia.	Estadística /Agendamiento	Terminar el registro con la confirmación de la atención.	Agendador H. Girón

FLUJOGRAMA DEL SUBPROCESO: AGENDAMIENTO DE TURNOS.



FLUJOGRAMA DEL SUBPROCESO: AGENDAMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA.

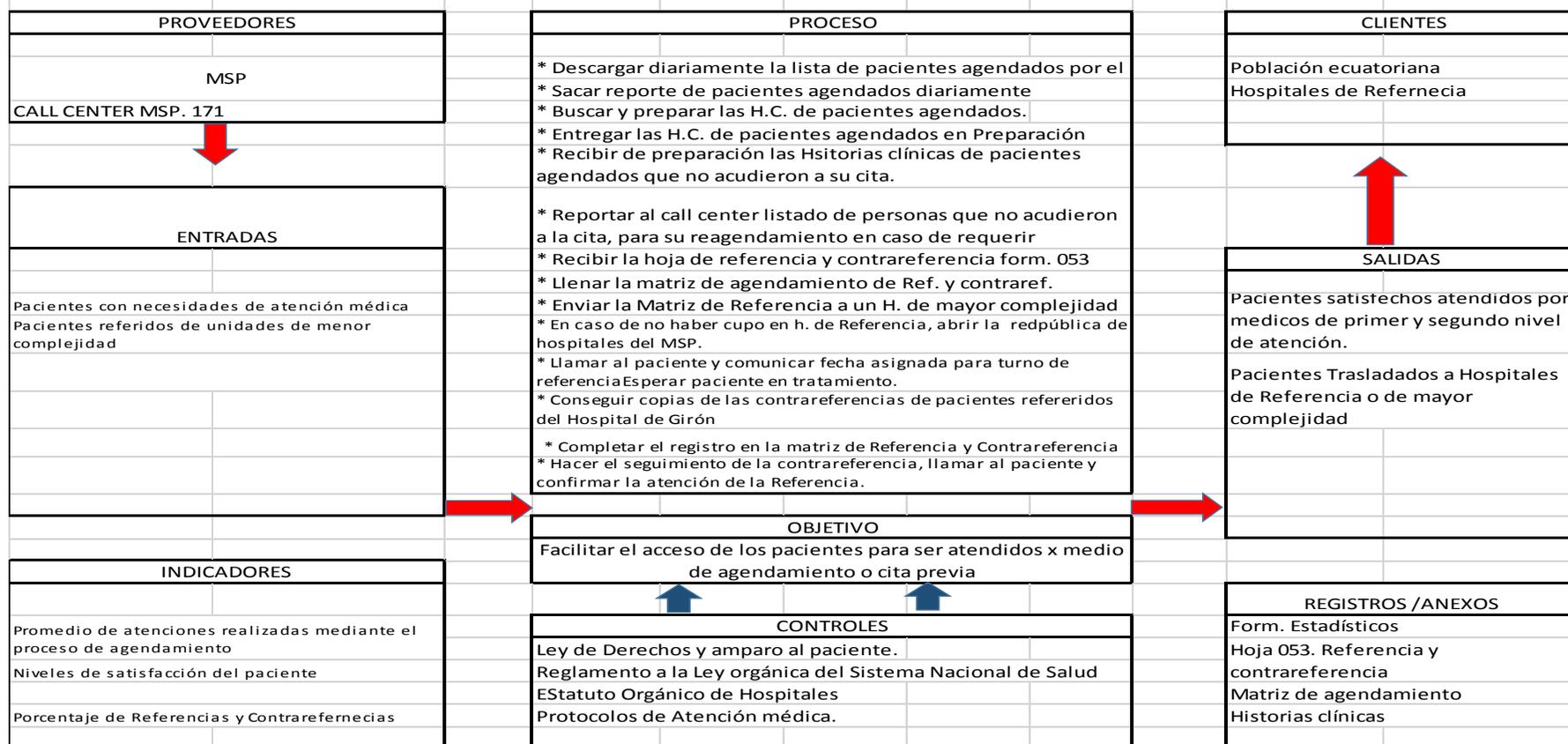


DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y DISEÑO DEL SUBPROCESO: PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES			
	MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN			CÓDIGO: C.3.4 PÁGINA: 1/1
MACROPROCESO: Proceso habilitantes de apoyo (C)				
PROCESO: Gestión de Admisiones (3)				
SUBPROCESO: Procesamiento de la información (4)				
No.	ACTIVIDAD	UBICACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Revisar todos los informes recolectados para verificar su consistencia y veracidad; haciendo los reparos que según el caso fueren necesarios.	Estadística / Procesam. datos	Revisión de todos los informes ya sea diarios, semanales o mensuales y hacer las correcciones necesarias	Procesamiento de Datos
2	Realizar los análisis cuantitativos de las Historias Clínicas de los pacientes egresados	Estadística / Procesam. datos	Realizar análisis estadísticos de los egresos hospitalarios	Procesamiento de Datos
3	Codificar los diagnósticos definitivos con personal especializado, en esta disciplina.	Estadística / Procesam. datos	Basarse en el codificador CIE - 10	Procesamiento de Datos
4	Preparar las hojas de auditoría para someter las Historias seleccionadas al Comité de Historias Clínicas.	Estadística / Procesam. datos	Preparar los documentos necesarios para proceso de auditorías de H.C.	Procesamiento de Datos
5	Colaborar con la organización de informes para las reuniones científicas e investigaciones.	Estadística / Procesam. datos	Preparar la información requerida para eventos o investigaciones de la institución.	Procesamiento de Datos
6	Elaborar el tarjetero índice de diagnósticos, operaciones y otros	Estadística / Procesam. datos	Tener al día el reporte de diagnósticos, operaciones y otros	Procesamiento de Datos
7	Procesará los datos en los formularios de consolidación diaria de acuerdo a cada sistema.	Estadística / Procesam. datos	Procesar la información obtenida de formularios diarios en el sistema requerido.	Procesamiento de Datos
8	Calculará los indicadores necesarios con el fin de que el Director del Hospital pueda realizar evaluaciones de los servicios.	Estadística / Procesam. datos	Calcular y mantener actualizados los indicadores necesarios en la institución.	Procesamiento de Datos
9	Elaborar informes diarios, semanales, mensuales y anuales	Estadística / Procesam. datos	Realizar y consolidar informes diarios, semanales, mensuales y anuales.	Procesamiento de Datos
10	Preparar los informes estadísticos para la programación, monitoreo y evaluación de los servicios	Estadística / Procesam. datos	Preparar y actualizar informes estadísticos para programaciones y monitoreo para evaluación de los servicios	Procesamiento de Datos
11	Colaborar en los trabajos de investigación y docencia	Estadística / Procesam. datos	Apoyar a los trabajos de investigación y docencia.	Procesamiento de Datos

NOMBRE DEL SUBPROCESO: AGENDAMIENTO DE TURNOS	CODIF: C.3.3	EDICIÓN N°.
PROPIETARIO DEL PROCESO: Agendador de turnos / Referencia y contrareferencia		FECHA:
ALCANCE: A. Inicia con el listado de pacientes agendados por el call center 171 del MSP hasta hacer el seguimiento de los pacientes atendidos y enviados con el formulario de Contrareferencia.		

RECURSOS	
FÍSICOS: ÁREA DE PROCEDIMIENTO Y OBSERVACIÓN	ECONÓMICOS: PRESUPUESTO ASIGNADO.
TÉCNICOS: EQUIPAMIENTO DEL ÁREA DE ESTADÍSTICA / AGENDAMIENTO.	HUMANOS: PERSONAL DEL DPTO DE ADMISIÓN Y ESTADÍSTICA.



ANEXO 17

ANÁLISIS FODA DEL HOSPITAL CANTONAL “AIDA LEÓN DE RODRÍGUEZ LARA”

Análisis Interno.

FORTALEZAS.	DEBILIDADES
<p>Personal calificado y de experiencia Tecnología, equipamiento y sistemas de información modernos. Implementación de sistemas de información REDDACA Desarrollo de programas Existencia de Clubs de pacientes con enfermedades catastróficas Existencia de amplia cartera de servicios Amplia cobertura local y fuera del cantón Planta física readecuada y funcional Planta médica de alto nivel Convenio con docencia universitaria asistencial Capacitación continua Servicios de apoyo clínico Amplia cobertura en hospitalización y quirófano Atención médica y odontológica escolar y comunitaria. Talento humano, profesionales capacitados en todas las áreas Integramos la Red de Salud Pública. Existencia de Comités Internos con impactos externos. Ubicación geográfica estratégica accesible para todos los usuarios Tecnología, equipamiento y sistemas de información modernos.</p>	<p>Demanda insatisfecha en los servicios de salud. Inadecuado reclutamiento y selección de talento humano a la institución Gestión administrativa (directiva) politizada. Clima laboral afectado por la cultura organizacional. No existe trabajo en equipo en todas las áreas No existe un plan de capacitación para personal por áreas de trabajo. Distribución de Talento Humano no ajustados a perfiles de competencia. Falta de conocimiento por parte de todo el personal, de los procesos Internos. Número insuficiente de funcionarios para cubrir las necesidades en la institución Déficit en la disponibilidad de recursos financieros Falta de un Manual de Funciones y Manual de Procedimientos acorde a la realidad Institucional y a cada departamento. Trato desigual entre las diferentes jerarquías Falta de motivación, incentivos y reconocimiento. Deficiencias en procesos y sistemas de control interno Falta de un sistema de planificación y control de gestión Deficiencia en la implementación de la estructura orgánica funcional interna que permita implementar un</p>

	<p>nuevo Modelo de Gestión del Hospital.</p> <p>Falta de control adecuado de la Salud Ocupacional.</p> <p>Falta de Control de cumplimiento de horarios y permanencia en la institución.</p> <p>Falta de organización para cubrir la demanda en consulta externa.</p> <p>Capacidad ociosa en algunas áreas clínicas.</p> <p>Deficiencias en la atención al usuario interno y externo.</p> <p>impactos externos.</p> <p>Ubicación geográfica estratégica accesible para todos los usuarios</p> <p>Tecnología, equipamiento y sistemas de información modernos.</p>
<p>Análisis Externo.</p> <p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES.</p>	<p style="text-align: center;">AMENAZAS</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Ley Orgánica de Salud y su Reglamento. - Ley de Salud Ocupacional. - Estatuto Orgánico Gestión Organizacional Por Procesos De Hospitales - Indicadores de Gestión de Calidad. - Ser un Hospital de Referencia de la zona. - La Creación del Parque Ecoproductivo de Girón, acrecentará la demanda - Proyectos mineros a efectuarse en la zona, incrementará la demanda. - Procesos de acreditación institucional, permitirá situarnos en un nivel más alto. - Presupuesto Participativo de los GAD locales. - Necesidades y exigencias comunitarias (demanda) para el desarrollo institucional. - Ley de Modernización del Estado y Sistema Nacional de 	<ul style="list-style-type: none"> - Política Social en la salud, implementada no acorde a la realidad. - Crisis Política y Económica del País. - Presupuesto para la Salud sin relación con la Política Social. - Autoridades de salud locales y provinciales sin competencias ni conocimiento de la realidad nacional. - Designación de cargos politizada. - Leyes sanitarias poco flexibles. - Leyes laborales incongruentes. - Limitación del desarrollo del Talento Humano. - Déficit de personal en ciertas áreas de la institución. - Judicialización de la medicina en el Ecuador. - Homologación y tipología de las Unidades de Salud en el

<p>Salud que permitan el desarrollo institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acceso a la información técnico-científica actual. - Políticas de Salud definidas en la Asamblea Constituyente. 	<p>Ecuador, basada en datos poblacionales y no en la realidad comunitaria y local.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presupuesto asignado a la Institución, sin estudios reales de las necesidades - Competencia con el Sector privado por Recursos Humanos calificados. - Cambios demográficos en transición.
---	--

Perspectivas de análisis, objetivos estratégicos y objetivos específicos

Perspectiva externa (usuarios).

En esta perspectiva, se identifica los asuntos relacionados con la percepción de los ciudadanos sobre los cuales se ha decidido desplegar la acción.

Objetivo Estratégico 1

Mejorar los índices de Satisfacción en el usuario externo.

Objetivos específicos:

1. Conocer las expectativas del Usuario Externo con relación a las prestaciones recibidas por parte del Hospital Cantonal de Girón "Aida León de Rodríguez Lara".

2. Responder a las demandas del Usuario Externo de acuerdo a los recursos existentes de la institución.

3. Mejorar los índices de satisfacción en la calidad de la atención.

Objetivo estratégico 2

Mejorar la calidad de la atención al usuario Externo.

Objetivos específicos:

1. Asegurar un resultado favorable en el licenciamiento institucional de Salud, a fin de lograr un reconocimiento de nuestras acciones hacia los pacientes.
2. Asegurar y mantener la condición de Hospital Básico tipo II.
3. Monitoreo de Gestión asistencial y/o administrativo financiero.
4. Implementación de una gestión por procesos para mejorar la calidad de la atención.

Perspectiva procesos internos.

Dentro de esta perspectiva se analiza la adecuación de los procesos internos de la organización frente a la obtención de la satisfacción del usuario externo e interno, consiguiendo altos niveles de rendimiento financiero.

Objetivo Estratégico 3

Mejorar los procesos clínicos y atención directa al paciente.

Objetivos específicos:

1. Optimizar el % de ocupación de camas en el hospital.
2. Optimizar la utilización de los servicios en hospitalización y área quirúrgica.
3. Optimizar y mejorar la calidad de los procesos de atención a pacientes hospitalizados.
4. Brindar trato con calidad y calidez al paciente por parte del personal de salud.

Objetivo Estratégico 4.

Mejorar los procesos de apoyo clínico y administrativo.

Objetivos específicos.

1. Optimizar la gestión de las unidades de apoyo clínico.
2. Fortalecer la calidad de los procesos internos del Hospital.
3. Optimizar la gestión de las unidades de gestión administrativa.
4. Coordinar acciones para el logro de los objetivos institucionales.

Perspectiva recursos financieros.

Esta perspectiva nos permite maximizar el control de los recursos financieros críticos, la eficiencia operacional y buscar sustentabilidad financiera y presupuestaria del Hospital.

Objetivo estratégico 5.

Mejorar la Gestión Financiera.

Objetivos específicos:

1. Planificar el presupuesto conjuntamente con el equipo administrativo y en base a resultados de ejecución de año anterior.
2. Ejecución e implementación sistema de recuperación de costos por servicios prestados a otras instituciones del Estado. (SOAT, IESS, etc.)

Objetivo Estratégico 6.

Mejorar los procesos de recaudación de Recursos.

Objetivos específicos:

1. Capacitar al personal involucrado y modernizar el proceso de recuperación de costos.
2. Actualizar el proceso de recaudación.

Perspectiva formación y crecimiento.

En esta perspectiva se involucran tres dimensiones: las personas, los subsistemas en el área de Talento Humano y los procedimientos de la organización.

En la dimensión de las personas nos referimos al desempeño de los empleados y trabajadores, satisfacción, rendimiento, motivación, entrenamiento, habilidades, etc. Los subsistemas de Talento humano bien contener datos reales e importantes para la toma de decisiones y la retroalimentación en caso de ser necesario. Por último los procedimientos organizacionales analizan la concordancia entre el desempeño de los funcionarios con otros factores importantes de éxito como la motivación y el deseo de trabajar en función de la misión

y visión institucional, y lo más relevante la implementación de una gestión basada en procesos para mejorar la calidad de atención e imagen institucional.

Objetivo Estratégico 7.

Desarrollar y fortalecer la gestión del Recurso Humano en función de las necesidades del Establecimiento y su presupuesto.

Objetivos Específicos:

1. Fortalecer el proceso de reclutamiento y selección de funcionarios a la institución.
2. Definir las áreas críticas que carecen de personal para cumplir eficientemente sus tareas.
3. Definir políticas de Control de Gasto en el área de Talento humano: reemplazos, permisos, horas extraordinarias y asignación de horarios.

Objetivo Estratégico 8.

Mejorar el bienestar de los trabajadores a través de un ambiente de trabajo seguro y un buen clima organizacional.

Objetivos específicos:

1. Generar espacios de participación de los funcionarios en la toma de decisiones.
2. Validar instancias de Salud ocupacional, enfatizando el auto cuidado.
3. Fomentar el trato igualitario entre todos los funcionarios, independiente del estamento al que pertenecen.

CONCLUSIONES Y COMPROMISOS:

El análisis de la situación actual como punto de partida ha permitido conocer las expectativas de los pacientes, los funcionarios y la sociedad, es decir, de los grupos con los cuales el Hospital mantiene compromisos.

Con el Paciente.

- Ofertar atención por parte del equipo de salud efectiva y con calidad, que permita la máxima recuperación y restauración de su salud, minimizando los riesgos y las complicaciones.
- Conseguir una adecuada accesibilidad a los servicios y la suficiente agilidad en el desarrollo de los planes diagnósticos y terapéuticos.
- Brindar información sobre su proceso asistencial en términos sencillos y asequibles.
- Dar un trato amable y equitativo a todos los usuarios.
- Respetar sus valores y principios.

Con los profesionales y trabajadores.

- Mejorar la estabilidad y seguridad en sus puestos de trabajo.
- Desarrollar e implementar programas de capacitación continua para mantener y mejorar su conocimiento.
- Comunicar los planes, programas y objetivos del Hospital, fomentar un estilo de gestión basado en la participación conjunta.
- Mejorar el clima laboral y la coordinación entre los profesionales, designando responsables por áreas.
- Desarrollar estrategias de reconocimiento a las personas y a su trabajo bien hecho.

Con la sociedad.

- Incluir al Hospital en el fomento de estilos saludables de vida en la sociedad.
- Cumplir con las normas de bioseguridad y manejo de desechos hospitalarios y de esta manera contribuir a la conservación del medio ambiente.
- Poner en funcionamiento el Comité de participación social.
- Respetar los valores pluriculturales y étnicos.