



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL

**Mejoramiento de la calidad de atención en el Servicio de
Oncología Clínica del Hospital SOLCA Quito, Año 2012**

Tesis de Grado

AUTORA: Soria Samaniego, Tannia Teresa, Dra.

DIRECTOR: Aguirre Valdivieso, Jaime Fernando, Mg.

Centro Universitario Quito

Año 2013

Certificación

Magister

Jaime Fernando Aguirre Valdivieso

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de acción titulado “**Mejoramiento de la calidad de atención en el Servicio de Oncología Clínica del Hospital SOLCA Quito, año 2012**” realizado por la doctora Tannia Teresa Soria Samaniego, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja, por lo que autorizo su presentación.

Quito, Enero de 2013

Mg. Jaime Aguirre Valdivieso

Cesión de Derechos

Yo, Tannia Teresa Soria Samaniego, declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja ya sus actores legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 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 de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico institucional (operativo) de la Universidad."

Quito, Enero de 2013

Tannia Teresa Soria Samaniego

C.I.: 1703816874

Dedicatoria

A Dios, por su bendición del día a día y por permitirme culminar las metas propuestas con bienestar y en unión de mi familia.

A mi esposo Cuqui, por su apoyo incondicional, por ser mi fuente de energía y mi refugio en momentos difíciles; por compartir cada día y por su invaluable ayuda en este nuevo reto de mi vida. A mis hijas, Estefy y Kamy por su presencia y acompañamiento aunque silencioso, lleno de amor. A mi padres, mi ejemplo de vida y superación.

Tannia

Agradecimiento

Expreso mi más sincero e imperecedero agradecimiento al personal docente y administrativo del programa de Maestría en Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

Hago también extensivo este agradecimiento al personal Médico, Paramédico, Administrativo y en especial a los Directivos del Hospital SOLCA Quito, quienes de manera desinteresada y abierta me han brindado todo el apoyo necesario para la consecución de mi tesis.

Tannia Soria Samaniego

Índice de Contenidos

PRELIMINARES	Páginas
PORTADA	
CERTIFICACIÓN	II
CESIÓN DE DERECHOS	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
INDICE	VI
RESUMEN	VII
CAPITULO I	
ABSTRACT	10
1 INTRODUCCIÓN	11
2 PROBLEMATIZACIÓN	12
3 JUSTIFICACIÓN	18
4 OBJETIVOS	20

	Páginas
CAPITULO II	
5 MARCO TEÓRICO	22
5,1 MARCO INSTITUCIONAL	22
5.2 MARCO CONCEPTUAL	31
6 DISEÑO METODOLÓGICO	40
6.1 ANALISIS DE INVOLUCRADOS	41
6.2 ARBOL DEL PROBLEMAS	42
6.3 ARBOL DE OBJETIVOS	43
6.4 MATRIZ DE MARCO LÓGICO	44
7 PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	46
8 SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO	47
9 MONITOREO Y EVALUACIÓN	47
10 CRONOGRAMA	49

Páginas

CAPITULO III

11 RESULTADOS	51
12 CONCLUSIONES	86
13 RECOMENDACIONES	87
14 BIBLIOGRAFÍA	89
15 APÉNDICES	90

RESUMEN

El presente proyecto se desarrolló para contribuir a dar una solución a la baja calidad en la atención a los pacientes que acuden al Servicio de Oncología Clínica del Hospital SOLCA Quito, problema que en el tiempo ha venido reflejándose en el malestar de los pacientes que acuden a recibir tratamiento en esta Unidad de Salud.

Como causas del problema se destacan la no aplicación de indicadores de gestión para medir resultados; que no se ha desarrollado un Manual de Procedimientos; y, que existe un deficiente proceso de capacitación al personal sobre el uso de herramientas gerenciales para la toma de decisiones y calidad en el servicio, toda vez que se ha dado prioridad y en su totalidad a la capacitación científica.

Los resultados de este trabajo permitieron cumplir con los objetivos planteados, con lo cual se logró que el nivel de satisfacción de los pacientes se incremente, lo cual se ha visto reflejado en los niveles aceptables de satisfacción medidos en las encuestas realizadas a los pacientes del Servicio.

ABSTRACT

The present project developed to help to give a solution to the low quality in the attention to the patients who come to the Service of Clinical Oncology of the Hospital, problem that in the time has come being reflected in the constant discomfort of the patients who come to receive treatment in this Unit of Health.

As reasons of the problem are outlined not application of indicators of management to measure results; that has not developed a Manual of Procedures; and, that exists a deficient process of training to the personnel on the use of managerial tools for the capture of decisions and quality in the service, although one has given priority and in its entirety to the scientific training.

The results of this work allowed to expire with the raised aims, with which it achieved that the level of satisfaction of the patients increases, which has met reflected in the acceptable levels of satisfaction measured in the surveys realized to the patients of the Service.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de acción es el resultado de un análisis de una priorización de problemas que fue realizado en el Servicio de Consulta Externa del Hospital SOLCA de Quito, en el mes de mayo de 2012, con la participación de los principales funcionarios, médicos y personal operativo de dicho Servicio, cuyo resultado mostró que la calidad de atención a los pacientes, es uno de los principales problemas que aqueja dicha Unidad.

De mano con lo anterior, luego de analizar datos estadísticos del Servicio, el número de pacientes que se atienden diariamente y su tendencia; la realización de una encuesta de satisfacción de calidad; así como de la reflexión de la importancia del trabajo mancomunado, el grupo de trabajo definió las causas que generan el problema, determinando entre las más significativas, a la no aplicación de indicadores de gestión para medir el rendimiento gerencial de las actividades que se desarrollan; que no existe un Manual de Procedimientos para normar y controlar el flujo eficiente de los procesos que se ejecutan en cada actividad; y, la falta de capacitación de los profesionales y empleados del Servicio de Consulta Externa en temas gerenciales relacionados especialmente con la calidad de atención al cliente.

Con estos antecedentes creí conveniente plantear este proyecto, el cual busca solucionar un aspecto fundamental de toda Unidad de Salud, que es el brindar servicios de calidad a los pacientes, lo cual garantizará el cumplimiento de la misión y visión del Servicio y la Institución.

Las Unidades de Salud deben poner en práctica el concepto de calidad de atención, la cual debe ser estandarizada para evaluar y mejorar los procesos establecidos, con el único propósito de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios. Así mismo el involucrar a todo el equipo de salud en el cumplimiento de estándares e indicadores de calidad, no solo genera la

prestación de servicios integrales sino que también sirve de motivación al personal que está comprometido a cumplir con los objetivos estratégicos planteados por la Autoridad.

En el ámbito de la salud, la búsqueda de mejorar la atención a los usuarios, no solo implica cumplir con las expectativas requeridas en horario, tiempo, citas, entre otras, sino que también se requiere contar con técnicas gerenciales y documentos normativos y de procedimiento gerencial que sean la fuente y medio de seguimiento y control en los procesos y procedimientos que se ejecutan.

La evaluación permanente de indicadores de proceso como los de productividad y rendimiento, permiten hacer correctivos relacionados con el porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas y medir su grado de cumplimiento. Adicionalmente, lograr normar las actividades a través de la implementación de Manuales es una forma de aplicar técnicas gerenciales en aras de mejorar los servicios que se ofrecen en las Unidades de Salud.

2. PROBLEMATIZACIÓN

Sobre la base de un diagnóstico situacional del Servicio de Oncología Clínica efectuado en meses anteriores y del análisis de priorización de problemas citado anteriormente, se determinó que la calidad del servicio al paciente resulta el ser el problema prioritario que debe ser resuelto en esta Unidad.

Para complementar y ratificar lo anterior, como parte de este proyecto, se analizó la percepción desde el lado de la oferta, por lo que se preparó e implementó una encuesta dirigida a los pacientes que asisten al Servicio de Consulta Externa, de la cual se generó el siguiente cuadro resumen:

Cuadro No. 1
Resultados de encuesta de satisfacción de calidad

CONCEPTO	CALIFICACION PROMEDIO
Está conforme con el servicio recibido en la Consulta Externa	2.2
Considera los horarios de atención adecuados	2.8
Considera que el tiempo para conseguir una cita fue adecuado	1.5
Considera adecuado el tiempo de atención que el profesional médico brindó a usted	1.3
Le parece adecuado el proceso que debió seguir hasta llegar a la cita con el Médico	1.9
Otros	3.5
CALIFICACION PROMEDIO	2.2
Calificación: 1 Malo 2 Regular 3 Bueno 4 Muy bueno	

Fuente: Encuesta a pacientes realizada en junio de 2012
Elaboración: La Autora

De la tabulación de las encuestas se coligió que existe inconformidad en los pacientes respecto de la calidad y tiempo de atención, proceso para obtener los turnos y atención por parte de los profesionales. El promedio de la calificación de atención reflejó un preocupante 2.2 sobre 4 puntos, lo que significa que la percepción del paciente se ubica entre una atención regular y buena.

En forma paralela, de los resultados obtenidos de la experiencia de los profesionales del Servicio y de los pacientes, se debe considerar que es una realidad estadística y física que el número de pacientes que se atienden a diario en la consulta del Servicio de Oncología Clínica del Hospital ha ido incrementando de manera progresiva, por decisiones especialmente gubernamentales, ya que de acuerdo a lo estipulado en la Constitución de la República del Ecuador, el cáncer de manera particular, es considerado una enfermedad catastrófica, y por lo tanto su tratamiento es absolutamente gratuito.

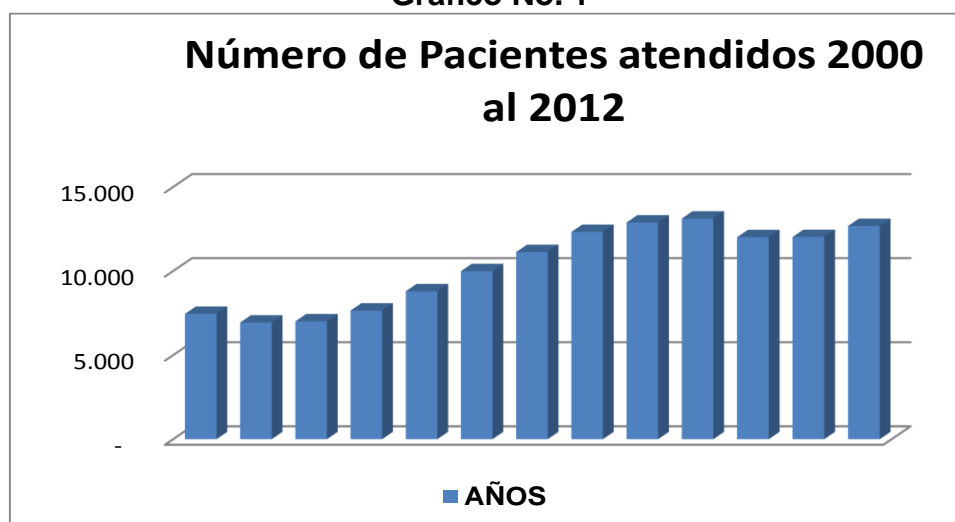
Según datos del Servicio de Estadísticas del Hospital SOLCA, la Consulta Externa del Servicio, presenta los siguientes números de pacientes atendidos:

Cuadro No. 2
Detalle de pacientes atendidos

AÑO	PACIENTES	VARIACIÓN NUMERICA	VARIACIÓN PORCENTUAL
2000	7,453		
2001	6,938	-515	-6.9%
2002	7,011	73	1.1%
2003	7,649	638	9.1%
2004	8,799	1150	15.0%
2005	9,994	1195	13.6%
2006	11,128	1134	11.3%
2007	12,323	1195	10.7%
2008	12,887	564	4.6%
2009	13,120	233	1.8%
2010	12,013	-1107	-8.4%
2011	12,023	10	0.1%
2012	12,678	655	5.4%
TOTAL	134,016		

Fuente: Servicio de Estadística
Elaboración: La Autora

Gráfico No. 1



Fuente: Registro Hospitalario de Tumores SOLCA Quito
Elaboración: La Autora

Del cuadro y gráfico anterior se evidencia que desde el año 2000 se han atendido 134.016 pacientes en la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica del Hospital, y que a partir del año 2002 al 2012, a excepción del año 2010, el número de pacientes se va incrementando cada año, por lo que si no se toman medidas inmediatas, el resultado se verá reflejado en una progresiva disminución de la calidad de atención al paciente, como ya se lo está evidenciando a la fecha.

Otro aspecto que vale recalcar es el relacionado con el tipo de consultas que se da en Servicio, esto es, aquellas que vienen por primera vez y que deben ingresar a través del Comité de Oncología Clínica; y aquellas denominadas subsecuentes, que son el resultado de pacientes que regresan para controles periódicos y seguimiento o para recibir tratamientos ya establecidos.

La distribución se puede apreciar en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 3
Detalle de pacientes atendidos por tipo de cita**

HOSPITAL SOLCA QUITO CONSULTA EXTERNA SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA PACIENTES ATENDIDOS - DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE CITA AÑO 2012					
MES	SEXO		TOTAL	CITAS	
	FEMENINO	MASCULINO		PRIMERAS	SUBSE- CUENTES
ENERO	769	276	1045	76	969
FEBRERO	736	264	1000	70	930
MARZO	820	282	1102	78	1024
ABRIL	673	226	899	76	823
MAYO	818	283	1101	78	1023
JUNIO	765	230	995	91	904
JULIO	868	249	1117	89	1028
AGOSTO	844	261	1105	64	1041
SEPTIEMBRE	805	226	1031	71	960
OCTUBRE	876	294	1170	95	1075
NOVIEMBRE 1/					
DICIEMBRE 1//					
TOTAL	7974	2591	10565	788	9777

1/ Cifras no actualizadas

Fuente: Registro Hospitalario de Tumores SOLCA Quito
Elaboración: La Autora

El cuadro anterior nos refleja que el 75.5% de los pacientes son mujeres y la diferencia hombres, de los cuales 788 han ingresado a la Consulta Externa del Servicio como primeras citas y la diferencia de 9.777 por citas subsecuentes, lo que equivale decir que el 92,5 regresan bajo el último estatus citado.

Lo anterior también resulta digno de análisis toda vez que se puede verificar que los pacientes que regresan para seguimiento o controles, en un 92.5% ya accedieron al servicio en la Consulta Externa, por lo tanto conocen el procedimiento, y de conformidad con la encuesta realizada manifiestan su descontento por la calidad del servicio.

El estándar mundial de atención a los pacientes en consulta externa se ubica en los 15 minutos, situación de la experiencia mantenida, resulta real en el caso de los pacientes que están recibiendo quimioterapia ambulatoria, sin embargo con el fin de atender la mayor cantidad de pacientes, en la actualidad se la realiza en un tiempo promedio de 10 a 12 minutos.

Sobre la base de la información de los Concentrados Mensuales Estadísticos de SOLCA para el año 2012, se realizó un análisis por Médico Tratante respecto a la cantidad de pacientes que han asistido a su consulta durante el año 2012; así como cuál es el promedio de pacientes que atienden por hora, lo que me permitió ratificar el criterio vertido en el párrafo anterior, en relación a que no se cumple con el estándar mínimo de atención a cada paciente de 15 minutos, lo que equivale a 4 pacientes en 1 hora.

Para realizar el análisis se asignó un número a cada Médico Tratante y los resultados fueron los siguientes:

Cuadro No. 4
Detalle de pacientes atendidos por tipo de cita

CONSULTA EXTERNA ONCOLOGÍA CLÍNICA			
PACIENTES ATENDIDOS			
ANÁLISIS POR TRATANTE			AÑO 2012
MÉDICO	No. PACIENTES	PORCENTAJE ATENCIÓN	PROMEDIO PACIENTES / HORA
1	459	4.4%	2
2	1888	17.9%	3
3	1557	14.8%	4
4	1366	13.0%	4
5	1688	16.0%	4.5
6	1568	14.9%	4
7	2016	19.1%	3

Fuente: Registro Hospitalario de Tumores SOLCA Quito
 Elaboración: La Autora

Si revisamos las cifras del cuadro anterior se evidencia que los médicos cumplen con el estándar de promedio de atención por paciente, a excepción de los Médico 2 y 7 que laboran 6 horas cumpliendo otras funciones además de la Consulta Externa.

A lo anterior se debe agregar el hecho que no todos los Médicos cumplen el mismo número de horas, ya que 5 de los 7 Médicos laboran únicamente 4 horas al día y los restante 2 Médicos 6 horas diarias.

En el Taller realizado en meses anteriores, se analizaron en forma complementaria los motivos que generan el problema detectado, acordándose que entre las causas más representativas, está la falta de herramientas gerenciales para el control y seguimiento, como ser indicadores de gestión (productividad, rentabilidad y calidad) para medir la gestión que se está desarrollando, falta un Manual de Procedimientos para verificar el flujo racional de las actividades, y que el personal no está debidamente capacitado en temas relacionados con calidad de servicios al clientes y herramientas gerenciales.

Cabe señalar que la aplicación conjunta de diferentes acciones dirigidas, permitirán intervenir la problemática, anticipándose a que la mala atención a los pacientes, que a la fecha es un síntoma que se lo está empezando sentir, se convierta en una realidad inmanejable en el Servicio.

Por esta razón resulta de vital importancia realizar este proyecto de acción, que a mi modo será uno de los pilares para fortalecer el servicio que se ofrece a los pacientes en el Servicio de Oncología Clínica del Hospital, especialmente en lo relacionado el brindar servicios de salud con oportunidad, eficiencia, calidad, calidez y equidad, que es la razón de ser de toda Unidad Hospitalaria.

3. JUSTIFICACIÓN

Crear estándares de calidad para el mejoramiento en la atención de los pacientes de la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica del Hospital SOLCA Quito, resulta una necesidad imperiosa ya que a través de estas herramientas pueden medirse parámetros que enfocados a la calidad y toma decisiones evalúen los resultados de la gestión respecto de los objetivos y metas que se han planteado; así como realizar un monitoreo y evaluación las actividades que se desarrollan.

Los Directivos, Gerentes y más responsables de las Unidades de Salud deben estar formados y preparados para enfrentar estos retos, y de esta manera satisfacer las exigencias que los pacientes aspiran sean cubiertas por dichas Unidades de Salud.

Mediante la aplicación de diversas estrategias para mejorar la calidad de atención, como ser la implementación de indicadores de gestión, manuales de procedimientos y talleres de capacitación al personal Directivo, médico y

paramédico, se busca crear un proceso de alto grado de excelencia, por lo que es necesario un plan de mejora continua en el que participen todos los profesionales involucrados y de esta manera tomar medidas apropiadas evitando la duplicidad de funciones, recarga de trabajo y la prolongación en la obtención de resultados.

A mi modo de ver se justifica la implementación de este proyecto, ya que su resultado permitirá realizar una gestión de calidad al promover la organización de la gestión interna; definir criterios comunes para la planeación, ejecución y evaluación de la gestión de la salud; lograr un mejor entendimiento de las necesidades y expectativas de los pacientes y los profesionales de la salud; concientizar sobre los beneficios de medir la gestión con base en indicadores de resultados lo que promueve una cultura del mejoramiento; se incentiva a la autoevaluación con base en cifras e indicadores concretos que facilita la capacidad de demostrar la eficacia de las acciones realizadas; genera mayor motivación y compromiso del talento humano derivados de compartir una visión y un esquema de trabajo unificados; permite la sistematización de las actividades y las responsabilidades necesarias para obtener un resultado deseado.

El desarrollo del presente proyecto de acción pretende aportar en el corto plazo, a que se fortalezca gerencialmente, a parte de los aspectos médico-científicos, la administración del Servicio de Consulta Externa, lo cual se verá reflejado en una mejor atención a los pacientes que acuden día a día en busca de un tratamiento para hacer frente a esta enfermedad.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Mejorar la calidad de atención en el Servicio de Oncología Clínica del Hospital SOLCA Quito, a través de la implementación de herramientas de gestión con base en indicadores de resultados, flujos de procedimientos de las actividades y planes de capacitación al personal, para brindar satisfacción en la atención a los pacientes.

4.2. Objetivos Específicos

1. Implementar la medición de la gestión con base en indicadores de resultados, en la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica.
2. Elaborar un Manual de Procedimientos en el Servicio de Oncología Clínica.
3. Capacitar al personal Directivo sobre herramientas gerenciales para la toma de decisiones y talleres sobre mejoramiento de calidad de atención y trabajo en equipo al personal operativo del Servicio.

CAPITULO I.

5. MARCO TEORICO

5.1. MARCO INSTITUCIONAL

Historicidad del servicio de salud y de la comunidad

El 7 de diciembre de 1951, en la ciudad de Guayaquil fue constituida la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador, SOLCA. De acuerdo con lo establecido por el Decreto Legislativo del 15 de octubre de 1953, publicado en el Registro Oficial No. 362 del 12 de noviembre de ese año, SOLCA tiene a su cargo la conducción de la lucha contra el cáncer en todo el país.

El Dr. Julio Enrique Paredes, en comunicación suscrita el 30 de agosto de 1954, informa al Dr. Juan Tanca Marengo que el 23 de julio de ese año, en el Salón de la Ciudad, tuvo lugar la sesión de instalación de SOLCA Núcleo de Quito, asignando como área de responsabilidad el centro norte del país que comprendía las provincias de Esmeraldas, Carchi, Imbabura, Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Bolívar, Napo, Pastaza, Sucumbios.

SOLCA, Núcleo de Quito, luego de conseguir los fondos necesarios, inicia sus actividades en el antiguo local del anfiteatro de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, en pleno centro de la ciudad, junto al antiguo Hospital San Juan de Dios. En 1963 se consigue que el viejo Hospital San Juan de Dios ceda una de sus salas para atender a los enfermos con cáncer y un quirófano para operar a los pacientes.

En 1972, la situación se agrava con el derrumbe del pabellón que ocupaba SOLCA en el Hospital San Juan de Dios, lo cual obligó a suspender durante varios meses, la hospitalización y los tratamientos quirúrgicos hasta que los Directivos resolvieron arrendar un local en una clínica privada, en donde se

continuó trabajando; y, posteriormente se consigue un local en el Hospital Eugenio Espejo.

En esta situación, asume la Presidencia el Sr. Gral. Solón Espinosa Ayala y se inicia la búsqueda de un local propio. Así, se consigue en la avenida de los Shyris una casa, iniciando sus actividades con cuatro consultas, laboratorios, rayos X, nueve camas, quirófano, entre otros; logrando con esto, cierta estabilidad en el trabajo de la Institución.

En 1990, comienza a gestarse la idea de construir un hospital acorde a las necesidades de pacientes con neoplasias malignas. En 1995, se convocó por la prensa la construcción de la obra civil, instalaciones y equipamiento fijo. El 16 de agosto de 1996, se inició la construcción del nuevo hospital. A partir del 3 de enero del 2000, el Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala abre sus puertas con una atención integral.

En el año 2004, la Institución cumplió 50 años de existencia, en los cuales, se ha ido construyendo la actual organización con el esfuerzo y mucha dedicación de autoridades, directivos, profesionales médicos y paramédicos, personal administrativo y de servicios, que permite brindar a la sociedad ecuatoriana programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidado paliativo de una de las patologías más graves que padece el ser humano.

Aspectos Físicos y Geográficos

El Hospital Oncológico SOLCA está ubicado en la ciudad de Quito, Sector Norte: Avenida Eloy Alfaro y Los Pinos; su superficie es de 1931 m² y está distribuido de la siguiente manera: tres plantas para hospitalización con una capacidad de 160 camas: primer piso: pediatría; segundo piso: cirugía y tercer piso: oncología clínica.



Cuenta en la planta baja con:

- Servicio de Emergencia
- Banco de sangre
- Área de consulta externa : tres bloques destinados para atender a pacientes en las áreas de Cirugía, Oncología Clínica, Medicina Interna; Cuidados paliativos; Pediatría; Gastroenterología y Neumología
- Cuidados Intensivos con 12 camas
- Área de Imagen
- Área de Laboratorio Clínico
- Endoscopia
- Citología
- Patología
- Laboratorio de Genética
- Caja
- Administración

En el subsuelo se encuentra el área de Radioterapia y Medicina Nuclear. Cuenta con instalaciones en muy buen estado general con un mantenimiento constante.

Misión

“Conducir en su jurisdicción la lucha contra el cáncer, a través de la promoción, educación, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, con el fin de disminuir la morbi - mortalidad y brindarle una mejor calidad de vida al paciente.”

Visión

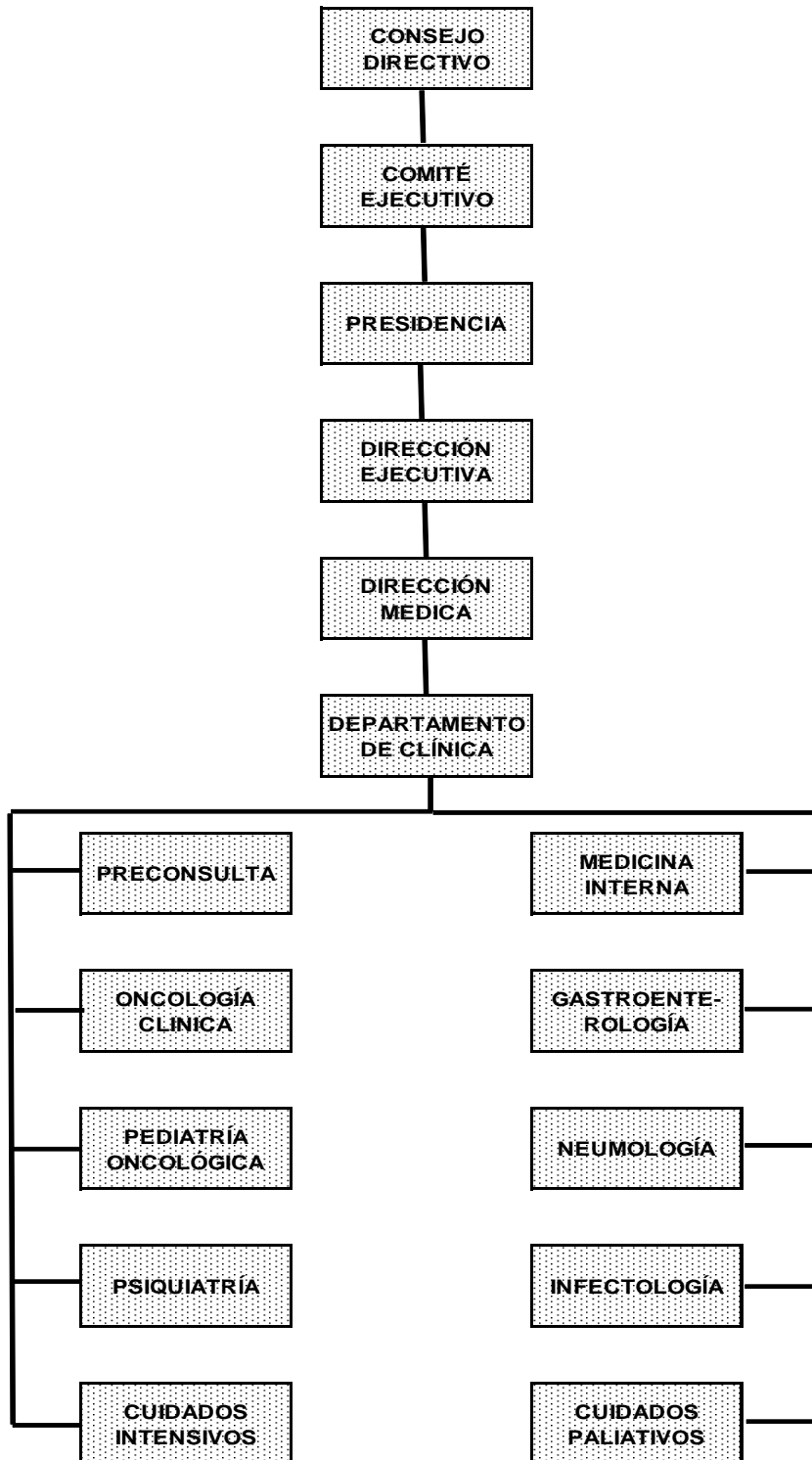
“Mantenerse como una Institución moderna, modelo y líder en la lucha contra el cáncer, de reconocido prestigio, confianza y credibilidad; por su alta especialización, su elevado nivel científico y tecnológico; por su excelencia en el servicio y atención al paciente, por su gestión transparente, su actividad docente; y por su contribución a la formulación de políticas y normas sobre la materia para la preservación de la salud pública.”

Valores

- Integridad y ética
- Honestidad y transparencia
- Compromiso con el paciente
- Respeto a los derechos del paciente ante el dolor, enfermedad y el sufrimiento
- Atención humana y personalizada al paciente
- Lealtad y compromiso con la Institución
- Vocación de servicios frente a la comunidad
- Perseverancia en la lucha contra el cáncer

Organigrama Estructural

La estructura orgánica funcional para la parte clínica se detalla a continuación



Demografía

De acuerdo a los últimos datos publicados en el Registro Hospitalario de Tumores en su cuarto reporte de noviembre de 2007 se desprende la siguiente información:

- Desde el año 2000 hasta el 2006; se ha registrado en su base de datos 12.353 casos nuevos; sin que en el transcurso de los años se note ninguna variación drástica.
- El total de casos nuevos por año es de aproximadamente 2.000; esperando que en el 2006 se incremente en un 8% la casuística.
- La relación mujer/hombre entre la casuística del 2006 es de 1,8/1; con un 64% para los tumores femeninos frente a un 36% de tumores masculinos.
- El 88% de los pacientes que acudió en el 2006, proviene de las provincias de la zona centro norte del país; siendo el 61% de los casos de la provincia de Pichincha y el 29% de la ciudad de Quito.

Según datos proporcionados por el Servicio de Estadística del Hospital:

- Cada año se atiende en SOLCA alrededor de 30.000 pacientes, de los cuales aproximadamente un 45% serán diagnosticados de cáncer.
- En la consulta externa de Oncología Clínica se han atendido 12.013 pacientes en el año 2011

Indicadores Económicos

SOLCA Núcleo de Quito es una entidad médica autónoma que goza de personería jurídica, de derecho privado que sin fines de lucro, se orienta al servicio social; su presupuesto se basa en autogestión, donaciones y hasta hace 3 años recibía el 0,50% del total del impuesto que se generaba por las

operaciones de crédito que el Sistema Financiero Nacional otorgaba a sus clientes, éste último fue derogado y a la fecha se nutre de ingresos fijos entregados por el estado y que se encuentran incluidos dentro del presupuesto nacional.

El Servicio de Trabajo Social es el encargado de la categorización de los pacientes que acuden a la Institución a través de una encuesta social, teniendo como categorías: AA; A; B; C y D. Cada una de las cuales tiene un manejo diferenciado; así la categoría D es exonerada ya que se tratan de pacientes de muy escasos recursos.

Al momento y de acuerdo a los convenios que se encuentran vigentes son atendidos pacientes beneficiarios del bono del estado en forma gratuita; así como pacientes del IESS.

Educación

Entre los valores que se destacan en el Hospital Solca-Quito están: la vocación de servicios frente a la comunidad y la perseverancia en la lucha contra el cáncer; si a esto se suma la visión de “Mantenerse como una Institución moderna, modelo y líder en la lucha contra el cáncer, de reconocido prestigio, confianza y credibilidad; por su alta especialización, su elevado nivel científico y tecnológico; por su excelencia en el servicio y atención al paciente, por su gestión transparente, su actividad docente; y por su contribución a la formulación de políticas y normas sobre la materia para la preservación de la salud pública.”; podemos entender el enorme compromiso que se desprende en pos de la educación de la comunidad.

Ante los datos estadísticos alarmantes de los pacientes con cáncer y debido al aumento en la incidencia se propone realizar el programa PLAN VIDA, cuyo eslogan es “SOLCA ES VIDA” para cubrir áreas marginales en EDUCACIÓN,

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER, en general, a través de brigadas móviles en las que viajan médicos, enfermeras y tecnólogos, para tratar de cubrir varios de los principales cánceres que afecta la población, con consulta externa, detección de sintomatología sugestiva de cáncer, examen de papanicolaou y principalmente educación a la población civil.

A pesar de no ser una tarea fácil por la situación del Ecuador, donde los presupuestos para prevención y salud no son los más adecuados, se han logrado grandes resultados especialmente en el cáncer de cuello de útero.

Durante los últimos años se ha logrado la unificación de SOLCA a nivel nacional; y bajo este precepto los diferentes Núcleos de SOLCA Ecuador, organizan un Curso Nacional y un Curso Internacional en forma alterna, en el cual se presenta, desarrolla y discute temas de interés relevante en la Oncología Mundial así como actualizaciones en manejos y procedimientos.

Dicho órgano de difusión pública toda la producción Científica Oncológica elaborada en las diferentes Unidades de SOLCA, como de hospitales que no son de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, pero que maneja el área oncológica.

Independientemente de los Congresos y Cursos Nacionales e Internacionales, los Núcleos de SOLCA, tienen la capacidad de organizar y realizar simposium y talleres dedicados a un área específica de la Oncología y a cuyos eventos asiste personal de la Institución como de otras Unidades médicas interesadas.

Componente higiénico sanitario

La infraestructura sanitaria con la que cuenta el Hospital Oncológico Solca – Quito es adecuada, toda vez que cumple con las normas higiénicas impuestas por las autoridades respectivas.

Provisto de servicios básicos, mecanismos de eliminación de desechos biológicos, químicos; cisternas debidamente tratadas; sistema de eliminación de aguas servidas directamente hacia el alcantarillado público; plantas generadoras de luz, entre otras; las mismas que están permanentemente respaldadas por un adecuado plan de contingencia.

Medio Ambiente

Al ser una unidad sanitaria cuenta con toda la organización y planificación para el correcto manejo de desechos tóxicos, independientemente de su etiología, salvaguardando de esa manera el cuidado al medio ambiente.

Como políticas de la Institución se considera como principal objetivo el operar como una corporación ética responsable en aspectos de seguridad, salud y del medio ambiente; y señala entre otros:

- Organizar el funcionamiento del servicio médico, comité y departamento de seguridad, con sujeción a las normas legales vigentes.
- Mantener un ambiente de trabajo seguro y saludable, cumpliendo y haciendo cumplir la normativa nacional vigente en materia de seguridad y salud en el trabajo.
- Dar tratamiento adecuado a los desechos que contaminen el medio ambiente e implementación de planes de Gestión Ambiental

Cuadro No.5
Perfil epidemiológico de la Consulta Externa

PATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ca de Mama	259	19,0%
Ca de Cervix	247	18,2%
Ca de Estómago	173	12,7%
Ca de piel	163	12,0%
Ca de próstata	129	9,5%
Ca de Tiroides	123	9,0%
Linfomas	107	7,9%
Xa de Cpervix in situ	57	4,2%
Ca C6lon	51	3,8%
Ca primario desconocido	51	3,8%

Fuente: Registro Hospitalario de Tumores SOLCA Quito
Elaboraci6n: La Autora

La Consulta Externa del Servicio de Oncologfa Clfnica; cuenta con 7 M6dicos Tratantes; 6 Onc6logos Clfnicos, 2 Hemat6logos y 17 m6dicos residentes. En el 6rea de Consulta Externa se atiende de lunes a jueves; realizando actividades como pase de visita general los dfas lunes y viernes, los dfas martes de jueves Comit6 de Oncologfa Clfnica; y los dfas viernes destinados a la docencia e investigaci6n clfnica.

Se realiza un trabajo multidisciplinario con la ayuda de los diferentes servicios de apoyo en pro del bienestar del paciente.

5.2. MARCO CONCEPTUAL

Como en cualquier sector del mercado p6blico o privado, los usuarios o pacientes exigen ser escuchados, comprendidos y reconocidos. S6lo a trav6s de la calidad las Unidades de Salud podr6n estar preparados para satisfacer estas exigencias y superar las expectativas de los pacientes.

En el ejercicio de las actividades empresariales la calidad en la atención se refiere al conjunto de propiedades que buscan satisfacer las necesidades de los pacientes; mientras que la calidad de un producto se refiere a la percepción que el cliente tiene del producto o servicio que provee una empresa.

El enfoque en el cual la calidad constituye una estrategia gerencial, el servicio al cliente se ubica en un punto relevante, lo que da lugar a nuevas filosofías de gestión empresarial, las mismas que siempre estarán enfocadas al paciente.

Se debe tener en cuenta que en la actualidad el mercado está en continuo cambio, por lo que las Autoridades, Directivos y Gerentes de las Unidades de Salud deben alimentarse permanentemente de información relevante de las necesidades de sus clientes, del servicio que desean de la Unidad de Salud y de los cambios que requieren para lograr su satisfacción. Esta circunstancia obliga a la Unidad de Salud a estar en estrecha relación con sus pacientes pues es la única forma de que los esfuerzos realizados sean rentables para ella.

Una entidad que ofrece servicio de calidad debe desarrollar, entre otros, los siguientes enfoques: (1)

- Fiabilidad en el servicio que presta
- Enfoque al cliente
- Liderazgo
- Participación de los actores
- Que esté basado en procesos
- Enfoque de sistema
- Mejora continua
- Calidez en la atención con los pacientes y las familias
- Credibilidad que merece confianza
- Seguridad, libre de peligros y riesgos

- Comprensión
- Producción de servicios con costos adecuados
- Oportunidad en la atención
- Integralidad
- Equipamiento adecuado
- Los servicios deben brindar dentro de un sistema de gestión caracterizado por ser integral, con direccionamiento estratégico, y ser transformador para generar una verdadera cultura de servicios

Los indicadores de Gestión en campo de la Salud nos ayudan a: (1)

- Impulsar la transformación organizacional
- Facilitan los cambios de paradigmas
- Crean las condiciones para nuevos modelos de gestión
- Involucran a los colaboradores en los resultados de la organización.
- Propician la evaluación de 360 grados
- Permiten responder a mercados y clientes cada vez más exigentes
- Aseguran competitividad
- Facilitan anticipar ante el paciente y el mercado

Por otra parte, un indicador de gestión es la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de un proceso, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se toman acciones correctivas o preventivas (2). Todas las actividades pueden medirse con parámetros que enfocados a que la toma actividades vaya en el sentido correcto y permita evaluar los resultados de una gestión frente a sus objetivos, metas y responsabilidades. Estas señales son conocidas como indicadores de gestión (2).

Establecer un sistema de indicadores de gestión debe involucrar procesos operativos y administrativos en una organización, y derivarse de acuerdos de desempeño basados en la Misión y los Objetivos Estratégicos de una Organización (2).

Un indicador es una medida de la condición de un proceso o evento en un momento determinado. Los indicadores en conjunto pueden proporcionar un panorama de la situación de un proceso, de la Unidad de Salud, de la salud de un enfermo o de las ventas de una compañía (2).

Empleándolos en forma oportuna y actualizada, los indicadores permiten tener control adecuado sobre una situación dada; la principal razón de su importancia radica en que es posible predecir y actuar con base en las tendencias positivas o negativas observadas en su desempeño global. Los indicadores son una forma clave de retroalimentar un proceso, de monitorear el avance o la ejecución de un proyecto y de los planes estratégicos, entre otros (2).

Entre los diversos beneficios que puede proporcionar a una organización la implementación de un sistema de indicadores de gestión, se tienen entre otras, la "Satisfacción del Cliente", esto es, la identificación de las prioridades para una empresa marca la pauta del rendimiento. En la medida en que la satisfacción del cliente sea una prioridad para la empresa, así lo comunicará a su personal y enlazará las estrategias con los indicadores de gestión, de manera que el personal se dirija en dicho sentido y sean logrados los resultados deseados; el Monitoreo del Proceso, o sea el mejoramiento continuo sólo es posible si se hace un seguimiento exhaustivo a cada eslabón de la cadena que conforma el proceso (2).

Tipo de diagramas de flujo

Existen diferentes tipo de diagramas de flujo, los mismos que permiten graficar el desarrollo de un proceso: (3)

Formato vertical:

El flujo o la secuencia de las operaciones, va de arriba hacia abajo. Es una lista ordenada de las operaciones de un proceso con toda la información que se considere necesaria, según su propósito.

Formato horizontal

El flujo o la secuencia de las operaciones, va de izquierda a derecha.

Formato panorámico

El proceso entero está representado en una sola carta y puede apreciarse de una sola mirada mucho más rápido que leyendo el texto, lo que facilita su comprensión, aún para personas no familiarizadas. Registra no solo en línea vertical, sino también horizontal, distintas acciones simultáneas y la participación de más de un puesto o departamento que el formato vertical no registra.

Formato Arquitectónico

Describe el itinerario de ruta de una forma o persona sobre el plano arquitectónico del área de trabajo. El primero de los flujogramas es eminentemente descriptivo, mientras que los utilizados son fundamentalmente representativos.

Los indicadores descritos se complementan con un Manual de Procedimientos el cual es un instrumento de trabajo que permite conocer el funcionamiento interno por lo que respecta a descripción de tareas, ubicación, requerimientos y a los puestos responsables de su ejecución. Este Manual debe ser elaborado técnicamente basado en los procedimientos, sistemas, normas; resume las guías y orientaciones de una Unidad de Salud para desarrollar las rutinas o labores cotidianas.

Estos Manuales incluyen además los puestos o unidades que intervienen además incluyen objetos y sistemas, precisando su nivel de participación. También suelen contener en algunos casos ejemplos de formularios, autorizaciones o documentos necesarios como normativas y políticas particulares de cómo se aplican límites o lineamientos de actuación, para el correcto desarrollo de las actividades.

En los Manuales de Procedimientos se consignan, metódicamente tanto las acciones como las operaciones que deben seguirse para llevar a cabo las funciones generales de una Unidad. Además, con estos Manuales puede hacerse un seguimiento adecuado y secuencial de las actividades anteriormente programadas en orden lógico y en un tiempo definido. (4)

Los procedimientos, son una sucesión cronológica y secuencial de un conjunto de labores concatenadas que constituyen la manera de efectuar un trabajo dentro de un ámbito predeterminado de aplicación.

Las ventajas de contar con Manuales de Procedimientos son:

- Auxilian en el adiestramiento y capacitación del personal.
- Auxilian en la inducción al puesto.
- Describen en forma detallada las actividades de cada puesto.
- Facilitan la interacción de las distintas áreas de la empresa.

- Indican las interrelaciones con otras áreas de trabajo.
- Permiten que el personal operativo conozca los diversos pasos que se siguen para el desarrollo de las actividades de rutina.
- Permiten una adecuada coordinación de actividades a través de un flujo eficiente de la información.
- Proporcionan la descripción de cada una de sus funciones al personal.
- Proporcionan una visión integral de la empresa al personal.
- Se establecen como referencia documental para precisar las fallas, omisiones y desempeños de los empleados involucrados en un determinado procedimiento.
- Son guías del trabajo a ejecutar.

Los procesos y los procedimientos de gestión, conforman uno de los elementos principales del sistema de control interno; por lo cual, deben ser plasmados en manuales prácticos que sirvan como mecanismo de consulta permanente, por parte del personal de la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica, permitiéndoles un mayor desarrollo en la búsqueda del autocontrol.

Finalmente, existen una serie de circunstancias que se influyen a los Gerentes o Directivos de una de forma continua, estos problemas pueden ser la centralización del poder, un mal clima laboral, incumplimientos en los procesos, falta de capacitación o actualización de conocimientos, que entre otras, se pueden derivar de una mala gestión o peor aún por inexistencia o falta de aplicación de las denominadas herramientas gerenciales.

Las tendencias actuales reflejan que las Organizaciones son tan flexibles que se adaptan a las herramientas administrativas o gerenciales que se revisarán posteriormente, según sus necesidades, y cambian rápidamente si de mejorar se trata (5).

Las herramientas gerenciales son un auxilio o una serie de técnicas modernas que permite a los Directivos tomar decisiones oportunas y fundamentales ante algún tipo de desequilibrio en los procesos productivos, económicos, políticos o sociales.

Actualmente estamos en una época de información y conocimiento dentro de los cuales se hace necesario ir valiéndose de tendencias y métodos modernos que nos faciliten el funcionamiento del sistema empresarial. Las técnicas o herramientas gerenciales se pueden aplicar desde el entorno intrínseco de la organización, los cuales son procesos muy propios e inherentes a la empresa, sino que también existen técnicas que recogen información del exterior hacia el interior de la empresa constituyendo así una serie de entradas las cuales la empresa puede procesar y utilizarlo para su mejoramiento. (5)

Entre las herramientas que se utilizan actualmente para la administración, toma de decisiones y mejorar la calidad de sus procesos, tenemos entre las más importantes, el coach gerencial que supone extraer fuerzas de los integrantes de un equipo para ayudarlas a trascender sus barreras y limitaciones personales para alcanzar lo mejor de sí mismas, y facilitarles que puedan actuar de la forma más eficaz como miembros de un equipo; el cuadro de mando Integral (Balance Score Card) que traduce la estrategia y la misión de una organización en un amplio conjunto de medidas de la actuación, desde cuatro perspectivas equilibradas; la aplicación de la filosofía del "justo a tiempo" que se fundamenta principalmente en la reducción del desperdicio y por supuesto en la calidad de los productos o servicio; la reingeniería que es un método mediante el cual se rediseña fundamentalmente los procesos principales de una organización; la calidad total, la Gerencia Integral, el trabajo en equipo; clima laboral, etc.

CAPITULO II.

6. DISEÑO METODOLÓGICO MARCO LÓGICO

El presente proyecto utiliza la metodología de marco lógico, debido a que es estratégico, táctico y operativo. En esta metodología el marco lógico se convierte en una herramienta analítica para la planificación de la gestión de proyectos orientados por objetivos. El marco lógico en este proyecto está compuesto por los siguientes procesos:

Matriz de Involucrados

Árbol de Problemas

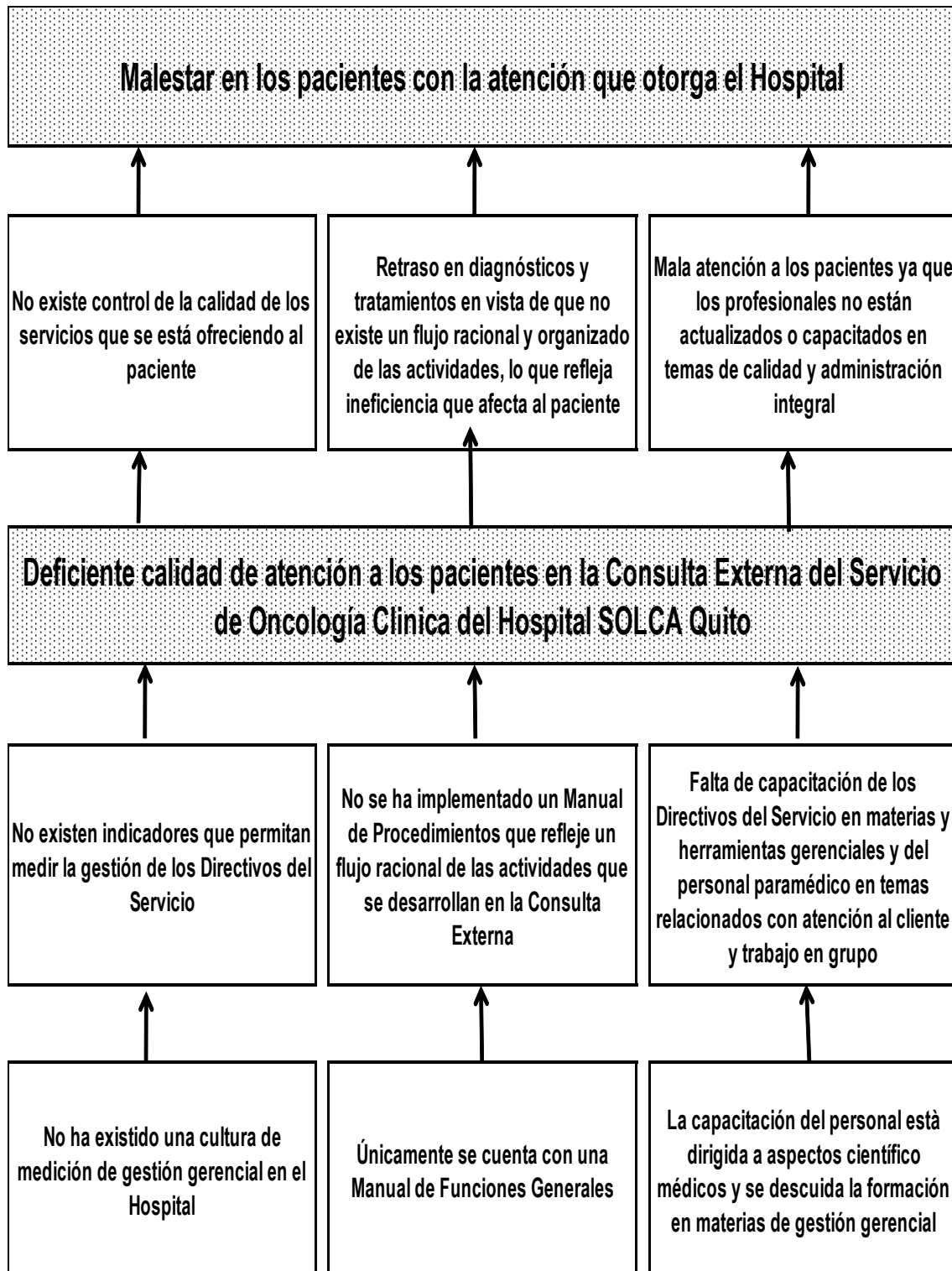
Árbol de Objetivos

Matriz del Marco Lógico

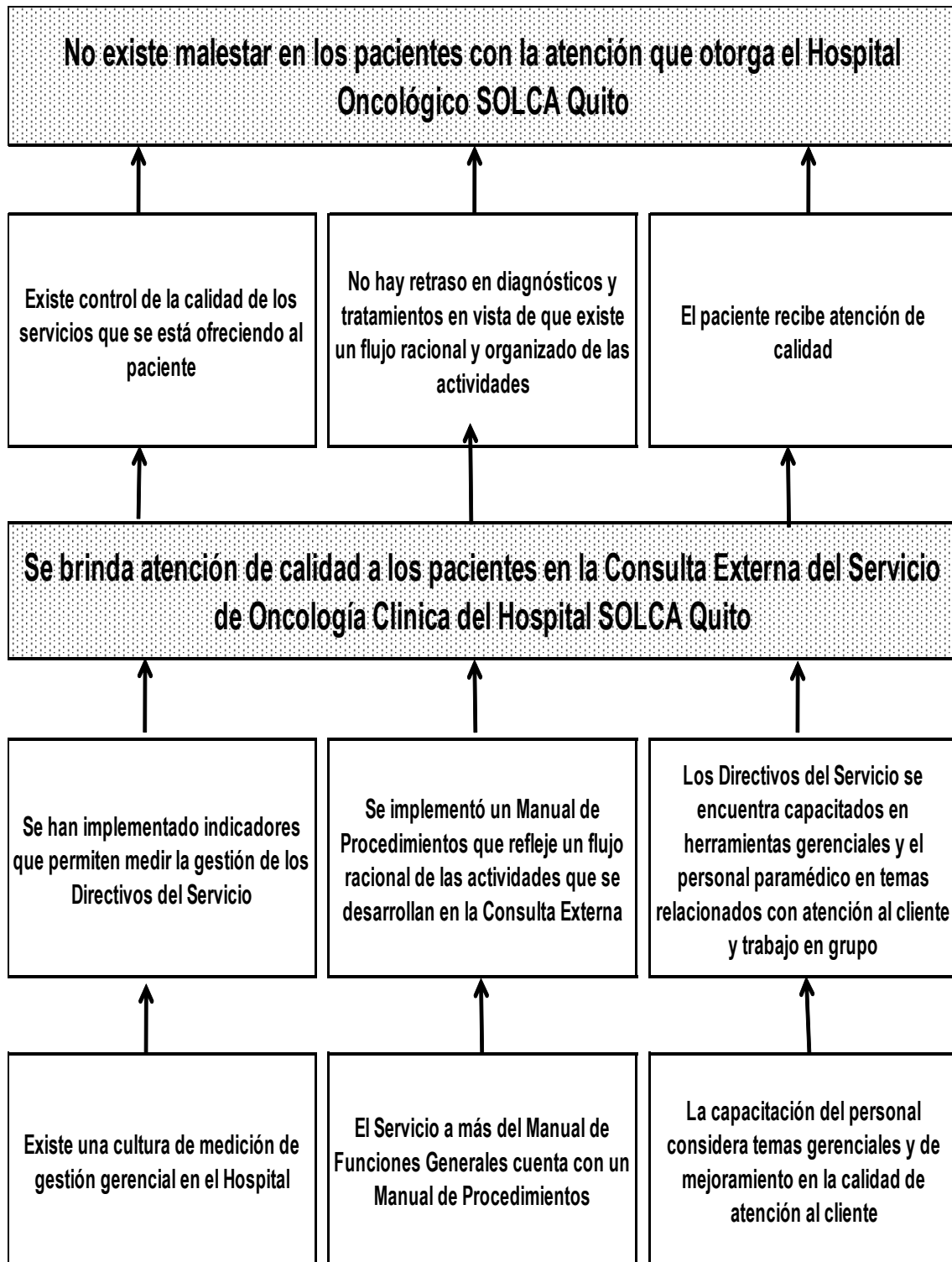
6.1. Matriz de Involucrados

GRUPOS E INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Directivos del Hospital Oncológico SOLCA	Cumplir la Misión del Hospital Oncológico SOLCA Quito	<p>RECURSOS: Humanos y Económicos</p> <p>MANDATO: MISION DE SOLCA Conducir la lucha contra el cáncer, a través de la promoción, educación, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, con el fin de disminuir la morbi - mortalidad y brindarle una mejor calidad de vida al paciente.</p>	Reclamos permanentes de los pacientes por tardanza en la atención
Médicos la Consulta Externa del Servicio de Oncología	Optimizar el tiempo de atención a los pacientes brindando calidad y calidez en la atención a los pacientes	<p>RECURSOS: Humanos</p> <p>MANDATOS: POLITICAS DE SOLCA - Compromiso con los pacientes - Atención humana y personalizada al paciente - Respeto a los derechos del paciente ante el dolor, enfermedad y el sufrimiento.</p>	Demora en la atención a los pacientes / No existen indicadores de gestion en el Servicio / Falta de capacitación de los Directivos del Servicio en herramientas gerenciales
Personal paramédico del Servicio	Contar con información exacta de sus funciones para brindar atención de calidad a los pacientes	<p>RECURSOS: Humanos</p> <p>MANDATO: POLITICAS DE SOLCA - Compromiso con los pacientes - Atención humana y personalizada al paciente - Respeto a los derechos del paciente ante el dolor, enfermedad y el sufrimiento.</p>	Demora en la atención a los pacientes / Falta de capacitación en temas de calidad de atención al cliente / No existe un Manual de Procedimientos en la Consulta Externa
Pacientes que reciben atención en la Consulta Externa del Servicio	Recibir atención de calidad y calidez	<p>RECURSOS: Humanos</p> <p>MANDATOS : Título III, Capítulo I, artículo 24 Régimen de Salud sobre calidad</p>	Retraso en la atención en sus citas / Malestar por la atención que reciben
Maestrante	Aportar con un proyecto de acción que permita mejorar la atención a los pacientes	RECURSOS: Humano, Intelectual y Económicos	Demora en la atención a los pacientes / No existen indicadores de gestion en el Servicio / Falta de capacitación de los Directivos del Servicio en herramientas gerenciales / No hay un sistema tecnológico para control de dosis

6.2 Árbol de Problemas



6.3 Árbol de Objetivos



6.4 Matriz del Marco Lógico

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN: Contribuir al bienestar de los pacientes del Hospital</p>			Que las Autoridades del Hospital otorguen las facilidades para implementar el proyecto
<p>PROPOSITO: Brindar atención de calidad a los pacientes en la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica</p>	<p>A la finalización del proyecto el 50% manifiesta satisfacción en la atención que recibe en la Consulta Externa. La percepción va incrementándose 5% en forma mensual</p>	<p>Encuesta en noviembre/2012</p> <p>Encuestas trimestrales marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año</p>	<p>Que se implemente este proyecto y que exista un seguimiento trimestral de los indicadores de gestión y se realicen las encuestas planteadas</p>
COMPONENTES O RESULTADOS ESPERADOS:			
<p>A1. Diseño e implementación de indicadores de gestión en la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica</p>	<p>Número de indicadores diseñados / número de indicadores implementados. La implementación se realizará hasta noviembre/2012</p>	<p>Resultados de los indicadores implementados</p>	<p>Que exista colaboración activa del personal Médico, Paramédico en la implementación de los indicadores</p>
<p>A2. Elaborar e Implementar un Manual de Procesos que refleje el flujo racional de las actividades de la Consulta Externa</p>	<p>Al mes de noviembre de 2012, el Manual está elaborado, aprobado e implementado</p>	<p>Manual aprobado por la Dirección Ejecutiva</p>	<p>Que exista colaboración activa del personal Médico, Paramédico en la aplicación del Manual de Procedimientos</p>
<p>A3. Capacitar a los Directivos del Servicio, en el uso de herramientas gerenciales; y al personal paramédico en temas de calidad de atención al cliente</p>	<p>Al mes de noviembre/2012, se ha capacitado al 100% del personal Directivo, Médico y Paramédico, relacionado con el Servicio</p>	<p>Lista de asistentes a talleres</p> <p>Fotos de asistentes</p>	<p>Que el personal asista a los talleres de capacitación</p>

..... Continúa Matriz del Marco Lógico

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
A1. Diseño e implementación de indicadores de gestión en la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica			
1.1 Análisis y definición de criterios para la selección de indicadores para la medición de la gestión	Maestrante	2 semana agosto/2012	USD 0,00
1.2 Reunión de trabajo con personal del Servicio de Oncología, para definir indicadores generales y específicos.	Maestrante	3 semana de agosto/2012	Papelería USD 30,00
1.3 Reunión de trabajo con personal del Servicio de Oncología para sociabilizar los indicadores	Maestrante	4 semana de agosto/2012	USD 0,00
1.4 Aplicación y resultado del seguimiento de los indicadores	Maestrante	Último día de cada mes sept./ oct./ nov./2012	Papelería USD 100,00
A2. Elaborar e Implementar un Manual de Procedimientos que refleje el flujo racional de las actividades de la Consulta Externa			
2.1 Análisis de los flujos de actividades de la Consulta Externa	Maestrante	2 semana de septiembre /2012	USD 0,00
2.2 Elaboración del Manual de Procedimientos	Maestrante	3 semana de septiembre /2012	USD 50,00
2.3 Aprobación del Manual por parte de la Dirección Ejecutiva	Maestrante / Dirección Ejecutiva	4 semana de septiembre /2012	USD 0,00
A3. Capacitar a los Directivos del Servicio, en el uso de herramientas gerenciales; y al personal paramédico en temas de calidad de atención al cliente			
3.1 Establecer un Programa de capacitación al personal Directivo, Médico y Paramédico	Maestrante	1 semana octubre/2012	USD 0,00
3.2 Taller de capacitación al personal Directivo sobre el uso y aplicación de herramientas gerenciales	Maestrante	2 semana octubre/2012	Material Oficina USD 50,00
3.3 Taller de capacitación al personal paramédico de la Consulta Externa sobre atención de calidad al cliente y trabajo en equipo	Maestrante	3 semana octubre/2012	Material Oficina USD 50,00
3.4 Evaluación de los Talleres de capacitación	Maestrante	4 semana octubre/2012	Material Oficina USD 20,00

7. PRESUPUESTO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO

7.1. PRESUPUESTO

El presupuesto para desarrollo de este proyecto está compuesto por recursos humanos, recursos materiales, rubros adicionales e imprevistos. El total presupuestado asciende a USD 345, de acuerdo al siguiente cuadro:

Cuadro No. 6
Presupuesto del proyecto

CONCEPTO	MONTO EN USD
Expositores	0,0
Material Oficina para Encuestas	100,0
Material de Oficina varios	100,0
Impresiones	75,0
Transporte	25,0
SUBTOTAL	300,0
15% Imprevistos	45,0
TOTAL	345,0

Elaboración: La Autora

7.2. FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Cuadro No. 7
Financiamiento del proyecto

CONCEPTO	MONTO USD	PORCENTAJE
Hospital SOLCA Quito	0,0	0,0%
Maestrante	345,0	100,0%
TOTAL	345,0	100,0%

Elaboración: La Autora

8. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

El presente proyecto necesita de transformaciones internas que faciliten a los involucrados que están apoyando la propuesta, equilibrar sus acciones, para poder desarrollar estrategias internas encaminadas a la ejecución de actividades diseñadas cronológicamente, a través de sus responsables y fuentes de recursos, para de esta forma se obtenga un proyecto con carácter de sostenible.

La sostenibilidad empieza por plantear un proyecto como actual que esté acorde a la realidad en busca de evitar se continúen generando tardanza en los tratamientos y diagnósticos que se traducen en mala atención a los pacientes.

El hecho de lograr la implementación del proyecto generará una mejora en la atención a los pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria en el Servicio de Oncología Clínica del Hospital. Por otra parte, el presupuesto requerido será financiado en su totalidad por la Autora del proyecto.

En consecuencia, el proyecto es sostenible en el tiempo porque coadyuvará a dar mejor atención a los pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria en el Hospital SOLCA Quito y su beneficio será trasladado a las filiales de la Institución en el país.

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Se ha planteado en la Jefatura de Recursos Humanos una actividad dirigida a vigilar de resultados, lo cual garantiza su sostenibilidad del proyecto en el tiempo, ya que se podrán tomar las medidas correctivas que fueran del caso, al momento de realizarse las encuestas de satisfacción de los clientes y medición de los indicadores de gestión que se han planteado.

Todo este proceso son bases o herramienta básicas gerenciales que permiten tomar decisiones, y ejecutar acciones o actividades organizadas y sistemáticas que permiten reconocer los logros y avances según la meta planteada y dar solución al problema de forma positiva y oportuna

La finalidad central del proyecto es satisfacer al usuario brindándole atención con calidad y calidez, el mismo que se logrará con compromiso de las Autoridades y personal del Servicio.

10. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	AÑO 2012																			
ACTIVIDAD	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aspectos Iniciales																				
Aprobación del proyecto de tesis por parte del Comité Académico de la Universidad Técnica Particular de Loja	x																			
Autorización del proyecto Dirección Ejecutiva del Hospital SOLCA Quito	x																			
Autorización Dirección Ejecutiva SOLCA para realizar las acciones planificadas en la Matriz de Marco Lógico	x																			
Reuniones de trabajo con el Director de Tesis para definir estrategias		x	x				x			x			x			x		x	x	
A1. Diseño e implementación de indicadores de gestión en la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica																				
1.1 Análisis y definición de criterios para la selección de indicadores para la medición de la gestión						x														
1.2. Definición de indicadores generales y específicos							x													
1.3 Sociabilización de los indicadores entre las personas que realizarán el control y seguimiento								x												
1.4 Aplicación y resultado del seguimiento de los indicadores											x			x					x	
A2. Elaborar e Implementar un Manual de Procesos que refleje el flujo racional de las actividades de la Consulta Externa																				
2.1 Análisis de los flujos de actividades de la Consulta Externa									x											
2.2 Elaboración del Manual de Procedimientos										x										
2.3 Aprobación del Manual por parte de la Dirección Ejecutiva											x									
A3. Plan de capacitación a Directivos, Médicos y Paramédicos																				
3.1 Establecer un programa de capacitación al personal Directivo, médico y paramédico													x							
3.2 Taller de capacitación al personal Directivo sobre el uso y aplicación de herramientas gerenciales														x						
3.3 Taller de capacitación al personal paramédico de la Consulta Externa sobre atención de calidad al cliente y trabajo en equipo															x					
3.4 Evaluación de los Talleres de capacitación																x				

CAPITULO III.

11. RESULTADOS

11.1 ETAPA PREVIA

Como etapa previa a la ejecución de los componentes o resultados esperados del proyecto, se realizaron las siguientes acciones:

- Aprobación del proyecto denominado “Mejoramiento de la calidad de atención en Oncología Clínica del Hospital SOLCA Quito, año 2012”, por parte del Comité Académico de la Universidad Técnica Particular de Loja en el mes de junio de 2012. (Ver Apéndice 1)
- Autorización de la Dirección Ejecutiva del Hospital SOLCA Quito, para desarrollar el proyecto. (Ver Apéndice 2)
- Autorización de la Dirección Ejecutiva del Hospital SOLCA Quito, para realizar las acciones planificadas en la Matriz de Marco Lógico y poder culminar e implementar el proyecto en la Consulta externa del Servicio de Oncología Clínica. (Ver Apéndice 3)
- Reuniones de trabajo con el Director de Tesis para definir estrategias a seguir para la ejecución de las acciones previstas en el cronograma definido.

11.2 DESARROLLO DE COMPONENTES O RESULTADOS ESPERADOS

COMPONENTE O RESULTADO ESPERADO 1

“Diseño e implementación de indicadores de gestión en la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica del Hospital”

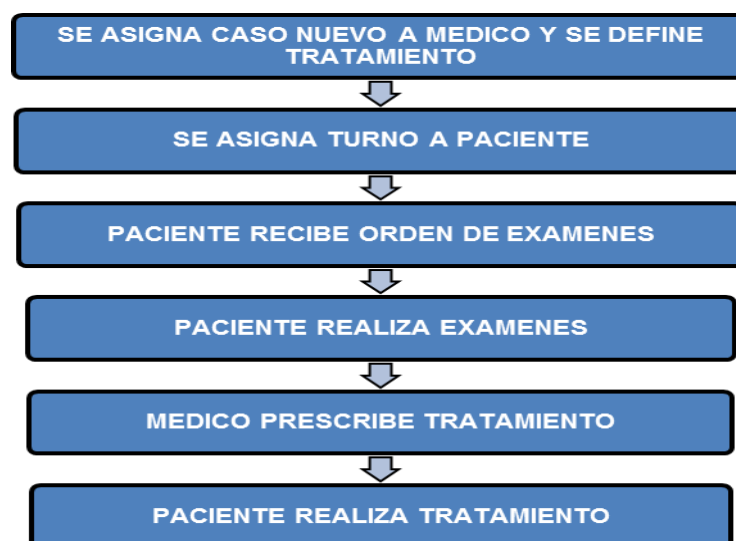
1.1 Análisis y definición de criterios para la selección de indicadores para la medición de la gestión de la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica

- Los días 23 y 24 de julio de 2012 se mantuvieron reuniones de trabajo con especialistas en aspectos gerenciales y organizativos y Tutores de la Universidad Técnica Particular de Loja, en su orden, a quienes se les comentó sobre el proyecto y del objetivo específico que tiene relación con la implementación de indicadores de gestión. El resultado de estas entrevistas permitió solidificar mis conocimientos e iniciar el proceso de desarrollar los indicadores que sería aplicados en el trabajo de acción.

A partir de la segunda semana del mes de agosto de 2012 se inició con la fase análisis y definición de los criterios para seleccionar los indicadores de gestión que deben implementarse.

Los pasos seguidos son los siguientes:

- Previo a definir los indicadores de gestión se debió conocer cuál es el flujo operacional general que debe seguir el paciente hasta de obtener un diagnóstico o hacer un seguimiento con el especialista, para el tratamiento de la enfermedad en la Consulta Externa. El flujo se visualiza en el cuadro que se detalla a continuación:



- Sobre la base del flujo de las siete actividades antes señaladas, se definieron los cuatro aspectos relevantes en dicho proceso, concluyendo que son: i) cuando se trata de un nuevo caso, la asignación que hace el Comité de Oncología; ii) la recepción de turnos hasta llegar al diagnóstico final; iii) la revisión del médico tratante antes y después de los exámenes clínicos; y, iv) la ejecución del tratamiento por parte del paciente.
- En una etapa inicial se definieron varios indicadores de productividad, rentabilidad y calidad, los mismos que fueron sociabilizados al interior del Servicio, y sobre la base de los mismos entre el personal presente, se generó una matriz que permitió determinar los que tendrían mayor impacto y viabilidad.
- En una etapa posterior, se establecieron los indicadores principales y secundarios; así como las escalas de medición, a fin de valorar la gestión de la Consulta Externa del Servicio.
- Con el fin de tener coherencia con la medición realizada en el mes de mayo de 2012, y que fundamentó el problema que se busca solucionar con el este proyecto de acción, se mantuvieron los conceptos de calificación, que es referencial y estándar para la medición de todos los indicadores, cuyas valoraciones son las siguientes:

Cuadro No. 8
Cuadro de calificación y rangos

CALIFICACIÓN	RANGO
MUY BUENO	DEL 90% AL 100%
BUENO	DEL 75% AL 90%
REGULAR	DEL 50% AL 65%
MALO	Hasta el 65%

Elaboración: La Autora

Si bien la escala de medición es ajustada en cuanto a los rangos de cada equivalencia, a mi modo de ver permitirá que la evaluación sea más rigurosa y exigente para que el personal de la Consulta Externa se esfuerce en beneficio de brindar una mejor calidad de atención a los pacientes. Cabe señalar que hasta llegar a los resultados esperados se estima unos seis meses, por lo cual la implementación es básica para lograr el seguimiento que corresponde.

Con las actividades realizadas se cumplió el 100% de lo planificado en esta acción.

1.2. Reunión de trabajo con personal del Servicio de Oncología para definir indicadores generales y específicos

Durante la tercera semana del mes de agosto de 2012, se definieron los indicadores de gestión, para lo cual en reunión con profesionales del Servicio se concretaron cuatro indicadores específicos que miden los puntos claves que fueron definidos en el punto 1.1., esto es, la recepción de turnos hasta llegar al diagnóstico final; la revisión del Médico Tratante antes y después de los exámenes clínicos; y, el cumplimiento de los pacientes de su tratamiento. También se definió un indicador general para medir la calidad del servicio que se brinda al paciente.

A estos cinco indicadores se los denominó como “principales”; ya que los otros, para el caso de este trabajo toman el nombre de “secundarios”. (Ver Apéndice 4).

Se debe advertir que para obtener los resultados en los tres primeros meses analizados (septiembre, octubre y noviembre de 2012), el indicador general fue calculado sobre la base de los resultados de las encuestas dirigidas a los clientes externos (pacientes); y los específicos a los clientes internos (Médicos

y personal auxiliar y administrativo del Servicio) en constancia de las evidencias documentarias que se mantienen en los archivos del Servicio.

Es importante advertir que no se generó un indicador respecto de la demanda de pacientes que no es atendida por el Servicio, toda vez que su implementación no puede ser ejecutado por la Autora, ya que la decisión de contratar mayor cantidad de personal y aumentar las horas de atención al público, depende las Autoridades del Hospital SOLCA; sin embargo se ha sugerido dentro de las recomendaciones de este proyecto se proceda conforme lo indicado.

Los indicadores principales seleccionados son los siguientes:

1. Indicador general de calidad de atención al paciente

Número de pacientes que recibieron atención con resultado de Muy Bueno / Número de pacientes encuestados

Para viabilizar la implementación de este indicador se realizaron encuestas a los pacientes para medir la satisfacción general respecto de la atención en la Consulta Externa, considerando lo siguiente: atención en tiempos planificados, tipo de atención recibida, si la información proporcionada fue suficiente; si los horarios de los turnos se entregaron a tiempo; el nivel de atención que recibieron del personal Médico, paramédico y auxiliar, entre otros.

Cabe señalar que la aplicación del mismo indicador definió si la satisfacción de los pacientes en la calidad de atención era muy buena, buena, regular y mala.

2. Indicador específico para medir la productividad de los médicos

Número de pacientes atendidos / Número de pacientes asignados

A través de este indicador se medirá la productividad de cada uno de los Médicos Tratantes, lo que permitirá realizar controles más efectivos en los profesionales y cumplir las metas que se han planteado las Autoridades.

La cuantificación de este indicador se lo realizará sobre la evidencia de las asignaciones diarias de pacientes por parte de la Jefatura del Servicio a cada Médico Tratante.

3. Indicador específico para medir el tiempo que se está asignando a los pacientes por parte de los médicos

Tiempo de atención en la Consulta / Tiempo promedio estándar de atención

Este indicador permite evaluar el tiempo que se está asignando por parte del Médico para realizar un buen diagnóstico y receptar todas las dudas que los pacientes mantienen sobre su enfermedad.

La fuente de información será la evidencia documentaria que se mantiene en el Servicio.

4. Indicador específico para medir la productividad del personal administrativo

Número de turnos asignados / Número de consultas requeridas

A través de este indicador se medirá la productividad del personal administrativo que labora en la Consulta Externa del Servicio. Una calificación alta reflejará que estos servidores están cumpliendo a cabalidad con los pacientes.

Una de las actividades en la cuales generalmente los pacientes demuestran el acuerdo o desacuerdo con la gestión de una Institución pública o privada, es la asignación de turnos. Por esta razón se ha considerado fundamental medir como este ámbito, para aplicar los correctivos que fueren del caso en caso de requerirlo.

La cuantificación de este indicador se lo efectuó tomando como base los registros diarios de la Secretaria de la Consulta Externa.

5. Indicador específico para medir el ausentismo de los pacientes:

Número de citas asignadas a los pacientes / Número de citas en las que los pacientes no asistieron

Si bien es cierto que a través de este proyecto estamos analizando el comportamiento de la calidad de atención al cliente desde la óptica de las encuestas y evidencias documentarias con los que cuenta el Servicio, y visualizada desde el Servicio de Oncología Clínica hacia el exterior, no es

menos cierto que resulta importante verificar a través de los indicadores de gestión, en cuanto están aportando negativamente los pacientes para que dicho indicador no esté en los rangos de aceptabilidad.

Esto se puede producir en el caso de que el paciente no asiste a una cita, lo que desordena la planificación diaria y obliga a que se incrementen las citas en un día determinado, lo que puede conllevar a bajar la calidad de atención.

Con estas acciones realizadas considero que se ha cumplido el 100% de lo planificado en esta acción.

1.3 Reunión de trabajo con el personal del Servicio para sociabilizar los indicadores

Durante la cuarta semana del mes de agosto de 2012, una vez que se definieron los indicadores y su forma de medición, en una reunión de trabajo con médicos, paramédicos y la Jefe de Recursos Humanos del Hospital, se procedió a preparar al personal que realizará la implementación, control y seguimiento de los indicadores.

La Jefatura de Recursos Humanos, por corresponder a sus funciones, se encargará de realizar esta labor, con lo cual se afirmó que esta actividad tenga el seguimiento en el tiempo, con lo cual se confirma que su implementación se la realizará en los tiempos definidos.

1.4. Aplicación y resultado del seguimiento de los indicadores

Con el fin de analizar la gestión que se venía desempeñando en la Consulta Externa, desde el mes agosto de 2012 se empezaron a realizar mediciones mensuales, sobre la base de los indicadores seleccionados. Para efecto de la

medición, dependiendo del indicador, se realizaron encuestas dirigidas a los pacientes y revisión de registros, hojas de control, entre otras.

A continuación se presenta el resultado por indicador:

Indicador 1.

Se realizaron encuestas a los pacientes estableciendo los siguientes resultados promedios:

Cuadro No. 9
Resultado de porcentajes promedios. Indicador 1

RESUMEN DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS MESES SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE/2012						
INDICADOR DE GESTIÓN						
Número de pacientes que recibieron atención con resultado de Muy Bueno / Número de pacientes encuestados						
CONSULTA EXTERNA SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA						
SEC.	INFORMACIÓN ANALIZADA	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	TOTAL
		1	CALIFICACIÓN PROMEDIO SEPTIEMBRE/2012	26,2%	28,2%	
2	CALIFICACIÓN PROMEDIO OCTUBRE/2012	32,8%	36,2%	20,1%	10,9%	100,0%
3	CALIFICACIÓN PROMEDIO NOVIEMBRE/2012	39,0%	34,3%	20,5%	6,2%	100,0%

Fuente: Tabulación encuestas a pacientes septiembre, octubre y noviembre de 2012
Elaboración: La Autora

El cuadro anterior nos refleja que de las encuestas de percepción realizadas a los pacientes, respecto de la atención que se presta en la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica, durante los tres últimos meses, ha reflejado una tendencia positiva al alza. Lo anterior determina que las medidas u objetivos específicos que nos planteamos en este proyecto están dando los resultados que esperábamos.

Un análisis se presenta a continuación:

- La calificación de Muy buena del Indicador 1 tiene la siguiente tendencia en el período analizado: 26,2%, 32,8% y 39.0%. Si bien lo que se desea alcanzar es ubicar este resultado en el rango 90% y 100% Muy Buena, debemos esperar que culmine el tiempo en el cual se hayan consolidado todas las acciones que se han propuesto para lograr los resultados que estamos buscando.
- De la mano con lo anterior si sumamos los porcentajes de las calificaciones Muy Buena y Buena en el mes de noviembre de 2012, que los podemos inicialmente calificar como aceptables, y comparamos con los del inicio del proyecto, esto septiembre de 2012, notamos una diferencia muy significativa de 19 puntos porcentuales más.

En Apéndice 5, se podrá verificar los resultados consolidados de las encuestas realizadas, datos de donde hemos sacado los porcentajes analizados anteriormente.

Otros Indicadores

El siguiente cuadro va a reflejar la realidad porcentual del comportamiento de los indicadores específicos en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2012. Sobre la base de una muestra de pacientes, en cada mes, se resaltaron los siguientes resultados:

Indicador 2

Los resultados se obtuvieron de las estadísticas del Hospital relacionadas con el Servicio de Oncología Clínica:

Cuadro No. 10
Resultado de porcentajes promedios Indicador 2

INDICADOR DE GESTIÓN ANÁLISIS DE RESULTADOS CONSULTA EXTERNA SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA				
INDICADORES	MES	ESCALA DE CALIFICACIÓN		
		PACIENTES ASIGNADOS	PACIENTES ATENDIDOS	PORCENTAJE DE ATENCIÓN
Número de pacientes atendidos / Número de pacientes asignados	SEPTIEMBRE	358	410	114.5%
	OCTUBRE	438	540	123.3%
	NOVIEMBRE	459	532	115.9%
RESULTADO		1255	1482	118.1%

Fuente: Reportes del Servicio de Oncología Clínica
 Elaboración: La Autora

Del cuadro anterior se desprende que los indicadores están por encima de los rangos máximos, debido a que como habíamos indicado existe una demanda muy grande de pacientes que quieren obtener un diagnóstico en el Hospital de SOLCA.

Si bien es cierto que el indicador refleja una realidad cuantitativa amplia, nos permite visualizar un problema diferente que será analizado en el Indicador 3 que tiene relación con el tiempo de atención de los pacientes en la Consulta.

No está por demás recalcar el hecho de que uno de los problemas que aquejan a la Consulta Externa es la amplia demanda de pacientes, este hecho no se lo puede solucionar en este proyecto por las razones comentadas a lo largo del trabajo.

Indicador 3.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Cuadro No. 11
Resultado de porcentajes promedio Indicador 3

INDICADOR DE GESTIÓN ANÁLISIS DE RESULTADOS CONSULTA EXTERNA SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA				
INDICADORES	MES	ESCALA DE CALIFICACIÓN		
		AL MENOS 15 MINUTOS	MENOS DE 15 MINUTOS	TOTAL
Tiempo de atención en la Consulta / Tiempo promedio estándar de atención	SEPTIEMBRE	5	30	35
	OCTUBRE	9	26	35
	NOVIEMBRE	10	25	35
RESULTADO		24	81	105
PORCENTAJE PROMEDIO		22.9%	77.1%	100.0%

Fuente: Controles del Servicio de Oncología Clínica
Elaboración: La Autora

Las encuestas realizadas a los pacientes respecto de este indicador resultaron preocupantes, ya que los Médicos no están cumpliendo el estándar mínimo de atención a los pacientes de 15 minutos, lo que genera un malestar en los pacientes ya que ellos aspiran a que los profesionales en esta enfermedad puedan despejar la gran cantidad de dudas que tienen respecto de este mal.

Si revisamos estos resultados únicamente el 22.9% manifestó haber recibido su consulta en al menos 15 minutos. Sin embargo de lo anterior se visualiza que el número de pacientes desde septiembre a noviembre que recibieron una atención en el tiempo estándar va incrementándose como producto de la aplicación de este indicador.

Indicador 4.

En lo que se refiere a este Indicador, tenemos los siguientes resultados en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2012:

Cuadro No. 12
Resultado de porcentajes promedio Indicador 4

INDICADOR DE GESTIÓN ANÁLISIS DE RESULTADOS CONSULTA EXTERNA SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA				
INDICADORES	MES	ESCALA DE CALIFICACIÓN		
		PACIENTES CON CITA	PACIENTES SIN CITA	TOTAL
Número de turnos asignados / Número de consultas requeridas	SEPTIEMBRE	33	2	35
	OCTUBRE	31	4	35
	NOVIEMBRE	35	0	35
RESULTADO		99	6	105
PORCENTAJE PROMEDIO		94.3%	5.7%	100.0%

Fuente: Controles del Servicio de Oncología Clínica
 Elaboración: La Autora

Del cuadro anterior se desprende que los indicadores están entre el rango de 90 a 100% que corresponde a una calificación de Muy Buena, según la tabla de valores propuesta.

El indicador evidencia una tendencia al mejoramiento en los resultados, lo que refleja que los pacientes son atendidos antes del otorgamiento de una cita. De su parte al mes de noviembre de 2012 establece que el 94,3% cumplen con esta condición.

Los pacientes que no tienen cita previa se derivan de aquellos que ingresan debido a temas emergentes y solicitan su atención por parte de Autoridades o de forma desorganizada han logrado incluirse.

La atención de este segmento de pacientes se soluciona bajando el tiempo de atención de otros pacientes que si tienen cita y/o incrementando el tiempo de estadía del personal Médico y Paramédico. La reacción de estas dos últimas

soluciones genera dos comportamientos: i) el primero, en los pacientes que tienen cita y que no reciben atención con calidad y calidez ya que el tiempo para su diagnóstico disminuye; y, el ii) en los profesionales Médico y Paramédico ya que su programación de tiempo se ve alterada.

Indicador 5.

Se obtuvieron los siguientes resultados del seguimiento efectuado:

Cuadro No. 13
Resultado de porcentajes promedio Indicador 5

INDICADOR DE GESTIÓN ANÁLISIS DE RESULTADOS CONSULTA EXTERNA SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA				
INDICADORES	MES	ESCALA DE CALIFICACIÓN		
		CITAS ASIGANDAS	CITAS QUE NO CUMPLIDAS	TOTAL
Número de citas asignadas a los pacientes / Número de citas en las que los pacientes no asistieron	SEPTIEMBRE	432	23	5.3%
	OCTUBRE	468	54	11.5%
	NOVIEMBRE	457	34	7.4%
RESULTADO		1357	111	8.2%

Fuente: Controles del Servicio de Oncología Clínica
Elaboración: La Autora

Como lo había indicado anteriormente, realizar un análisis desde el punto de vista del cumplimiento de los pacientes es real y oportuno, ya que permite visualizar si únicamente las fallas en la calidad de atención se generan al interior de la Consulta Externa.

Los resultados de la información nos revela que en promedio el 8.2% de los pacientes, no regresa, al menos oportunamente, para hacer el seguimiento de su tratamiento, lo cual a mi modo de ver puede generarse por tres aspectos: i)

han desistido de seguir realizando su tratamiento; ii) han fallecido; y, iii) han tenido problemas en obtener un nuevo turno.

Con este análisis de los resultados obtenidos de los indicadores se cumplió con el 100% de la actividad 1.3 propuesta según el cronograma.

COMPONENTE O RESULTADO ESPERADO 2

“Elaborar e implementar un Manual de Procedimientos que refleje el flujo real de las actividades que se desarrollan en el Servicio”

Como introducción debo indicar que en el Hospital SOLCA Quito, cuenta con un “Manual de Clasificación de Puestos” que está en vigencia desde el año 2004.

En este Manual se definen los puestos, clase de puestos, especificación de clase, con lo se pretende sentar las bases para que se realice una adecuada y correcta aplicación de los procesos técnicos de administración del talento humano de dicha Unidad y proporcionar información relativa a las actividades que cumple el personal, particular que a mi modo de ver debe ser revisado toda vez que no cuenta con un análisis más profundo de lo que significa una Manual de Funciones, sin embargo, no es parte de este proyecto, pero ha sido sugerido como una recomendación.

En la parte denominada USOS del referido Manual se señala que este documento delimita y determina las funciones que deben cumplir los empleados, así como da pautas para el establecimiento de procedimientos de normalización de clasificación y valoración de puestos y de reclutamiento y selección del personal; así como de las técnicas de evaluación y de establecimiento de políticas salariales.

De la investigación realizada se comprobó que no existe un Manual de Procedimientos que permita hacer un seguimiento del flujo normal y racional de las actividades que se realizan dentro de cada función que se ejecuta en la Unidad de Salud, por ende en la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica.

Del Manual de Clasificación de Puestos de SOLCA vigente, y con el fin de definir las actividades que competen a la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica y que serán sujetas a revisión en el presente trabajo, a continuación transcribo la descripción general, funciones y requisitos mínimos del citado personal:

Director Médico

Descripción General

Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar las actividades de educación, promoción de salud, prevención del cáncer y atención médica y operativa

Funciones

- Sugerir políticas y estrategias para lograr la reacción positiva de la comunidad en la educación en la prevención del cáncer
- Supervisar y controlar el funcionamiento de los servicios Médicos y el cumplimiento de programas específicos
- Estudiar y recomendar los requerimientos de recursos solicitados por los departamentos y/o servicios médicos
- Obtener acuerdos coordinados para elaborar y variar normas y procedimientos tendientes a dar una mejor cobertura informática y de atención en los servicios hospitalarios

- Presidir sesiones de Junta Médica, Consejo Técnico, Comité de Infecciones, Comité de Farmacia, Docencia e Investigación y participar en la Comisión Médica y hacer conocer las resoluciones para la toma de decisiones.
- Coordinar las actividades con otras Direcciones y con otros organismos internacionales y nacionales de salud
- Dirigir y coordinar programas de educación, diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades oncológicas
- Participar en la programación y ejecución de seminarios, congresos y otros eventos de capacitación de personal técnico
- Conformar un Comité para que realice la Auditoría Médica, según el caso, y traslade a la Presidencia Ejecutiva para su aprobación.

Requisitos mínimos

- Título universitario que le faculte el ejercicio legal de la Medicina
- Postgrado en especialidades oncológicas
- Experiencia en labores de supervisión y dirección de Institutos o Centros Hospitalarios

Médico Tratantes Especialistas

Descripción General

Ejecutar labores profesionales médica en su especialidad

Detalle de Funciones

- Dar atención médica especializada en el Servicio respectivo
- Diagnosticar a los pacientes, prescribir y realizar tratamientos médicos de su especialización

- Efectuar el seguimiento, evaluación y control de tratamientos de los pacientes
- Supervisar y coordinar las labores del personal a su cargo
- Sugerir mejoras a normas y procedimientos técnico-administrativos
- Participar en Junta Médica
- Ejecutar y/o supervisar los procedimientos quirúrgicos

Requisitos Mínimos

- Título Universitario que le faculte el ejercicio legal de la Medicina
- Título de Especialista obtenido en un Curso regular de postgrado u otorgado por la Federación Médica Ecuatoriana
- Experiencia profesional; y,
- Cumplir con los requisitos de escalafón

Médico Residente

Descripción General

Ejecutar labores médicas profesionales en los diferentes servicios, en condición de Residente

Funciones

- Prestar atención médica inmediata al paciente en Emergencia y Hospitalización
- Realizar visitas médicas con médicos tratantes
- Realizar apertura de historia clínicas. Notas de ingreso, protocolos quirúrgicos, epicrisis y seguimiento de los pacientes del servicio asignado
- Coparticipar en el diagnóstico de enfermedades y en la prescripción de los tratamientos respectivos

- Supervisar, si fuere del caso, las labores de médicos pasantes
- Realizar biopsias para diagnóstico
- Realizar guardias de acuerdo a los horarios establecidos, y para la solución de problemas apoyarse con el Médico Residente, Jefe de Guardia y/o en los Médicos Tratantes del Servicio
- Iniciar maniobras de resucitación cardiopulmonar
- Asistir a la consulta externa con el Médico Tratante
- Realizar y participar en actividades de docencia de la Institución y los servicios
- Participar de ayudante en las cirugías del Servicio asignado y realizar el seguimiento y evolución del paciente
- Asistir a Junta Médica

Requisitos mínimos

- Título Universitario que le faculte el ejercicio legal de la Medicina

Auxiliar Servicios Médicos

Descripción General

Ejecutar tareas de limpieza y desinfección de las áreas de trabajo, control de signos vitales y atención básica al paciente, bajo supervisión directa de la Enfermera y/o del Médico

Detalle de Funciones

- Aplicar técnicas de asepsia y antiasepsia en la atención al paciente y quirófano
- Preparar al paciente para exámenes especiales y cirugía
- Asistir y acompañar a los pacientes a otros Servicios

- Tomar temperatura, pulso, respiración, talla y peso de los pacientes
- Recibir y entregar turno de acuerdo con el registro de equipos, materiales y novedades
- Recolectar y rotular muestras de orina y heces para exámenes de laboratorio
- Colaborar con la preparación de equipos y materiales necesarios para la atención al paciente
- Colaborar con el buen uso de material y mantenimiento de equipos
- Colaborar con el inmediato superior en la realización de los inventarios
- Colaborar en la educación de los pacientes y sus familiares, en la orientación del personal nuevo y en las prácticas de estudiantes de enfermería

2.1 *Análisis de los flujos de actividades de la Consulta Externa*

Durante la segunda semana de septiembre de 2012, una vez definidos los actores, normativa vigente y las funciones que desempeñan cada uno de los profesionales, se procedió a realizar una revisión del proceso que deben seguir los pacientes hasta lograr la atención de los Médicos en la Consulta Externa.

El proceso se detalla a continuación:

Descripción del flujo de actividades actual

Paciente

- Se acerca a la ventanilla del bloque de consulta externa para confirmar su turno y adquirir el derecho de consulta.

Secretaria

- Confirma el turno, el médico al cuál debe dirigirse y vende el derecho de consulta. El precio es USD 8.

Paciente

- Se acerca a la Consulta respectiva, entrega el derecho y el carnet de atención y espera su turno.

El turno depende de la modalidad asumida de forma individual por cada Médico Tratante, esto es de acuerdo a orden de llegada o de acuerdo a hora asignada por sistema.

- Ingresa a Consulta con el Médico Tratante

Auxiliar de Enfermería

- Recibe el derecho de consulta
- Toma signos vitales, peso y talla del paciente cuando la consulta es por primera vez.
- En las consultas subsecuentes y de acuerdo a los requerimientos de cada médico, tomará los signos vitales, peso y talla.

Médico Residente

- Revisa la historia clínica en el sistema informático médico y si fuera del caso chequea los estudios con los que acude y lo comenta con el Médico Tratante; además y de acuerdo su pedido examinará al paciente.

Médico Tratante

- Examina al paciente, realiza anamnesis y examen físico

- De acuerdo a evolución de cada paciente realizará: revisión de estudios de evaluación y control, chequeo de exámenes de sangre para autorización de tratamiento sea ambulatorio o en hospitalización.
- Solicita estudios de imagen y hematológicos y de ser el caso prescribe y autoriza tratamiento con la entrega de la receta correspondiente.

Auxiliar de Enfermería

- Una vez terminada la atención del paciente por parte de los médicos; procede a transcribir las indicaciones pertinentes al paciente para la realización de los exámenes o de ser el caso indicar los procedimientos a seguir de acuerdo a la prescripción dada por el Médico Tratante

Paciente

- Se traslada a los diferentes bloques del Hospital para solicitar los turnos en las áreas que corresponda de acuerdo a lo requerido por el Médico Tratante.
- En caso de haber sido solicitado el ingreso sea para administración de Quimioterapia, manejo clínico o terapia de dolor; el paciente debe dirigirse a trabajo social para obtener su autorización.
- Se dirige, si así se lo hubiere requerido el Médico Tratante, a la farmacia para entregar la receta prescrita.
- Se dirige a estadística para la asignación de la cama respectiva.

- Cuando al ser revisado en la consulta se evidencia alguna condición clínica que requiera manejo por emergencia; se lo envía a dicho Servicio para su atención; debiendo en dicha localidad cancelar su atención.

Del flujo referido anteriormente se desprenden algunas fallas, que a mi modo de ver, se traducen en ineficiencias del proceso y que repercuten en la calidad del servicio hacia el paciente. Las inconsistencias detectadas son las siguientes:

- Dependiendo de la modalidad de cada médico, el paciente es atendido a la hora de llegada o de acuerdo a la hora asignada por el sistema médico.
- Se necesita una mejora al sistema informático en lo que se refiere a la asignación de turnos, ya que se definen dos y tres pacientes a la misma hora, para que aquellos médicos que trabajan más de 4 horas.
- No existe un mecanismo para recordar las citas a los pacientes.
- Los pacientes deben acercarse a SOLCA a requerir su turno cuando podrían realizarlo a través de un sistema de telefonía.
- Hay una sola Secretaria para cada bloque y esta debe hacer certificados, pasar notas de Comité de Oncología, por lo que no hay la correcta atención al paciente.
- Deberían ampliarse la atención hasta la tarde -las consultas permanecen cerradas- con lo cual solo se está ocupando el 50% de la capacidad instalada de la Consulta Externa del Servicio.

- Las estadísticas reflejan que los pacientes son atendidos en tiempos inferiores a los establecidos en estándares internacionales.
- El paciente debe acudir desde tempranas horas para adquirir el derecho de consulta y confirmar su turno, y debido a que la mayoría de consultas inician a partir de las 10h00, debe estar en el Hospital toda la mañana para ser atendido.

2.2 Elaboración del Manual de Procedimientos

Durante la tercera semana del mes de septiembre de 2012, contando con el apoyo de representantes de los Médicos y Paramédicos, se construyó el Manual de Procedimientos, que permitirá regularizar el flujo racional de las actividades que se realizan en la Consulta Externa del Servicio, y corregir las ineficiencias detectadas.

La definición del flujo de actividades lo efectuó la Maestrante y su contenido fue sociabilizado con este grupo de profesionales, con quienes se aplicó la técnica de retroalimentación.

Del Manual de Procedimientos planteado podemos extraer las siguientes conclusiones (Ver Apéndice 6):

- Favorece a la comprensión del proceso al describirlo como un flujo de actividades.
- Identifica los problemas y las oportunidades de mejora del proceso, ya que se definen los pasos, los flujos de los re-procesos, los conflictos de autoridad, las responsabilidades, los cuellos de botella, y los puntos de decisión.

- Son una excelente herramienta para capacitar a los nuevos profesionales que ingresen a laborar en el Hospital.
- Mejorar el servicio de atención al Cliente ya que no existirán decisiones de los profesionales en forma individual, sino que deben regirse a esta norma para desarrollar su trabajo.

2.3 Aprobación del Manual por parte de la Dirección Ejecutiva

El Manual fue presentado a la Dirección Ejecutiva del Hospital SOLCA según oficio de 5 de noviembre de 2012, para su implementación en la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica.

Una vez que se desarrollaron todas las actividades programadas, el resultado esperado o componente 2 de este proyecto de acción, se cumplió en un 100%.

COMPONENTE O RESULTADO ESPERADO 3

Generar e implementar un Plan de Capacitación para los Directivos en el uso de herramientas gerenciales; y al personal Médico y Paramédico del Servicio, en temas de atención a los clientes y trabajo en equipo.

Para desarrollar el Componente o Resultado Esperado 3 se realizaron las acciones previas que se detallan a continuación, durante el mes de octubre de 2012:

- Reuniones de trabajo con el Tutor a fin de establecer cuáles serían los temas más relevantes que deberían ser conocidos por el personal sujeto a capacitación.

- Preparación de una encuesta para establecer el nivel de conocimiento sobre herramientas gerenciales
- Definición del Plan de Capacitación.

Con estos antecedentes se procedió a desarrollar las actividades del Componente:

3.1 Establecer un programa de capacitación

La encuesta realizada al personal permitió cuantificar a la Autora el grado de capacitación que han recibido respecto de herramientas técnicas que les permita realizar una gestión gerencial, entre las que podemos señalar indicadores de gestión, estándares, planificación estratégica, toma de decisiones, trabajo en grupo, coaching, etc.; así como si habían tenido capacitación en aspectos relacionados con atención al cliente. Los resultados fueron los siguientes:

Cuadro No. 14
Resultados de encuesta de conocimiento

PREGUNTA	RESPUESTA			
	SI	NO	No. DE ENCUESTADOS	PERCEPCIÓN NEGATIVA
Conoce que es un indicador de gestión	3	4	7	57.1%
Ha elaborado un indicador de gestión	1	6	7	85.7%
Conoce que es un estandar	2	5	7	71.4%
Ha elaborado un estandar	0	7	7	100.0%
Ha recibido cursos sobre coaching	4	3	7	42.9%
Ha recibido cursos sobre trabajo en equipo	5	2	7	28.6%
Conoce sobre el proceso administrativo	1	6	7	85.7%
Considera que el Médico, a parte de la capacitación científica, debe tener capacitación en temas gerenciales	7	0	7	100.0%

Fuente: Encuesta a pacientes
Elaboración: La Autora

Del cuadro anterior se pudo rescatar que los Médicos no tienen una sólida capacitación en las herramientas técnicas gerenciales que fueron solicitadas en la encuesta, las mismas que considero pueden ayudar a solucionar los problemas de la Consulta Externa del Servicio.

Además, si revisamos la percepción negativa a nivel porcentual se demuestra que el 100% de los Médicos que fueron encuestados consideran indispensable mantener una capacitación en herramientas gerenciales; y con relación a la otra parte de los indicadores se refleja que dicha percepción en la mayoría de los casos se sitúa por encima del 70%, lo que demuestra la poca capacitación recibida en estos temas.

En lo relacionado a cursos de coaching y trabajo en equipo los resultados son más alentadores ya que únicamente 42.9% y 28.6% no han recibido capacitación.

Sin embargo, resulta preocupante que los encuestados no conozcan sobre el proceso administrativo, base fundamental de la gerencia y de la administración de negocios.

Se debe recalcar el hecho que el personal Médico mantiene una capacitación permanente a nivel nacional e internacional en temas científicos relacionados con su especialización.

En lo que tiene relación con el personal auxiliar y administrativo también se realizó una encuesta de la cual se desprendieron los siguientes resultados:

Cuadro No. 15
Resultados de encuesta de conocimiento

PREGUNTA	RESPUESTA			
	SI	NO	No. DE ENCUESTADOS	PERCEPCION NEGATIVA
Conoce que significa trabajo en equipo	11	4	15	26,7%
Ha recibido capaciatación en temas relacionados con trabajo en equipo	2	13	15	86,7%
Conoce usted que es la administración integral	3	12	15	80,0%
Ha recibido capacitación en temas relacionados con administración integral	1	14	15	93,3%
Ha recibido capacitación en temas relacionados con atención de calidad al paciente	3	12	15	80,0%
Considera usted que el Hospital debe capacitar a su personal en temas de administración integral, trabajo en equipo, calidad de atención al cliente	15	0	15	100,0%

Fuente: Encuesta a pacientes
Elaboración: La Autora

El resultado en esta encuesta fue desalentadora, ya que permite conocer una realidad palpable en el personal administrativo que labora en la Consulta externa que a mi modo de ver necesariamente afecta a la buena atención de los pacientes; así como devela el poco interés de las Autoridades por generar conocimientos diferentes a los de la especialización de dicho personal.

Otro aspecto a resaltar es la coincidencia de todas las personas encuestadas tuvieron de acuerdo con recibir capacitación en los temas que se han planteado.

Con estos antecedentes se ha creído conveniente planificar dos tipos de eventos de capacitación: el primero dirigido a los Directivos y Médicos y el segundo al personal administrativo y auxiliar que labora en el Servicio.

Las actividades desarrolladas en esta acción evidencian el cumplimiento de esta parte del componente.

3.2 Taller de capacitación al personal Directivo sobre el uso y aplicación de herramientas gerenciales

A continuación se presenta el plan de capacitación que se desarrolló respecto del personal Directivo y Médico:

HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA QUITO CONSULTA EXTERNA SERVICIO ONCOLOGIA CLINICA PLAN DE CAPACITACIÓN			
FECHA	TEMA A SER TRATADO	EXPOSITOR	METODOLOGÍA
PERSONAL DIRECTIVO Y MÉDICO			
3 de octubre de 2012	Coaching	La Maestrante	Charla participativa
3 de octubre de 2012	Planificación Estratégica	La Maestrante	Charla participativa
4 de octubre de 2012	Indicadores de Gestión / Elaboración de estándares	La Maestrante	Charla participativa
4 de octubre de 2012	Gerencia Integral	La Maestrante	Charla participativa
4 de octubre de 2012	Administración del talento humano	La Maestrante	Charla participativa

Elaboración: La Autora

Para cumplir con el programa planificado, se realizó la convocatoria a los talleres, los mismos que fueron autorizados por la Dirección Ejecutiva, a la cual asistieron varios Médicos interesados en los temas a tratarse.

- Para el efecto se elaboró un registro de asistencia al taller y fotografías del taller.
- La metodología utilizada fue la de charlas participativas a través de una presentación en power point, instrumento que permitió facilitar la capacitación.

- Los resultados fueron muy alentadores por el interés que pusieron en los temas a ser tratados, los resultados se verificarán en la parte final del Componente.
- No está por demás señalar que esta primera la capacitación fue dada por la Autora, sin embargo se ha recomendado que el Hospital continúe generando eventos de capacitación y de ser el caso adiestramiento, sobre estos temas, a través de profesionales especializados en cada tema, lo que permitirá que los Médicos cimienten sus conocimientos en forma más profunda.
- En Apéndice 7 se anexan las firmas y fotos de los asistentes a las capacitaciones.

3.3 Taller de capacitación al personal paramédico sobre atención al cliente y trabajo en equipo

El Plan de capacitación para este grupo de profesionales se ejecutó de la siguiente manera:

HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA QUITO CONSULTA EXTERNA SERVICIO ONCOLOGIA CLÍNICA PLAN DE CAPACITACIÓN			
FECHA	TEMA A SER TRATADO	EXPOSITOR	METODOLOGÍA
PERSONAL ADMINISTRATIVO Y AUXILIAR			
18 de octubre de 2012	Trabajo en Equipo	La Maestrante	Charla participativa
19 de octubre de 2012	Calidad en los Servicios	La Maestrante	Charla participativa

Elaboración: La Autora

Para cumplir con el programa planificado, se realizó la convocatoria a los talleres los días 18 y 19 de octubre de 2012, los mismos que fueron autorizados por la Dirección Ejecutiva, a la cual asistió personal administrativo de la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica.

- Se elaboró un registro de asistencia al taller y fotografías del taller
- La metodología utilizada fue la de charlas participativas a través de una presentación en power point, instrumento que permitió facilitar la capacitación.
- Los resultados fueron muy alentadores por el interés que pusieron en los temas a ser tratados, los resultados se verificarán en la parte final del Componente.
- Esta primera la capacitación fue dada por la Autora, sin embargo se ha recomendado al Hospital que continúe generando eventos de capacitación y de ser el caso adiestramiento, sobre estos temas, a través de profesionales especializados en cada tema, lo que permitirá que el persona administrativos y auxiliar cuenten con los conocimientos que permitan brindar una atención de calidad y calidez a los pacientes.
- En Apéndice 7 se anexan las firmas y fotos de los asistentes a las capacitaciones.

3.4 Evaluación de los Talleres de capacitación

Durante la última semana del mes de octubre se realizó la evaluación de los Talleres realizados, utilizando para el efecto el mismo cuestionario o encuesta que se efectuó como parte del Componente o Resultado Esperado denominado Generar e implementar un Plan de Capacitación para los Directivos en el uso

de herramientas gerenciales; y al personal Médico y Paramédico del Servicio, en temas de atención a los clientes y trabajo en equipo.

La tabulación de resultados generó los siguientes datos que una vez comparados con los obtenidos en una primera instancia significó lo siguiente:

HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA QUITO CONSULTA EXTERNA SERVICIO ONCOLOGÍA CLÍNICA PLAN DE CAPACITACIÓN			
TEMA A SER TRATADO	RESULTADO PROMEDIO INICIAL	RESULTADO PROMEDIO LUEGO DE CAPACITACIÓN	DIFERENCIA
PERSONAL DIRECTIVO Y MEDICO			
Couching	5.0	8.5	3.5
Planificación Estratégica	3.0	6.0	3.0
Indicadores de Gestión / Elaboración de estandares	2.5	7.0	4.5
Gerencia Integral	2.5	5.0	2.5
Administración del talento humano	4.0	7.5	3.5
Calificación de 1 a 10 puntos			

Elaboración: La Autora

Los resultados evidencian la importancia de haber dictado estas charlas con temas tan importantes para el manejo gerencial de la Consulta Externa, sin embargo, la capacitación debe continuar y no ser estática sino dinámica lo cual nos permitirá que el personal Directivo y Médico ofrezcan, no solo el conocimiento científico sino el gerencial en la administración de este tan importante Servicio.

El mejoramiento en forma cuantitativa está entre 2,5 y 4,5 puntos respecto del conocimiento inicial, lo cual refleja un paso a lograr nuestro objetivo de dar mejora calidad en la atención a los pacientes

En relación al segundo Taller lo resultados fueron los siguientes:

HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA QUITO CONSULTA EXTERNA SERVICIO ONCOLOGÍA CLÍNICA PLAN DE CAPACITACIÓN			
TEMA A SER TRATADO	RESULTADO PROMEDIO INICIAL	RESULTADO PROMEDIO LUEGO DE CAPACITACION	DIFERENCIA
PERSONAL ADMINISTRATIVO Y AUXILIAR			
Trabajo en Equipo	5,0	7,0	2,0
Calidad en los Servicios	4,0	7,0	3,0

Elaboración: La Autora

Al igual que en los resultados del Taller anterior fue significativo el avance que se logró al dictar estos Talleres de capacitación. Se evidencia una mejora en 3 y 4 puntos respectivamente en los conocimientos sobre los temas tratados.

ANALISIS DEL PROPÓSITO

El propósito de este proyecto de acción estuvo dirigido a lograr que se brinde una atención de calidad a los pacientes en la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica del Hospital SOLCA de Quito.

Para poder verificar si se logró el objetivo se realizó una encuesta para medir la satisfacción de los pacientes respecto del servicio recibido.

Realizada la encuesta en el mes de noviembre de 2012, se pudo establecer que basándonos en la escala de medición planteada para cuantificar los indicadores de gestión, la satisfacción llegó al 39% en el estatus Muy Buena, lo que significa que se logró un avance del 13 puntos respecto de los resultados al inicio de proyecto, lo que nos da una visión clara que si bien no se cumplió el objetivo en los porcentajes que nos planteamos, debemos esperar que esté el proyecto totalmente en marcha para llegar a los índices esperados.

No debemos olvidarnos que si sumamos los porcentajes de las calificaciones Muy Buena y Buena en el mes de noviembre de 2012, alcanzaríamos un 73%, superior al planteado en el “Propósito” al finalizar el proyecto que fue de 50%.

En conclusión el indicador del PROPOSITO definido como: “A la finalización del proyecto el 50% manifiesta satisfacción en la atención que recibe en la Consulta Externa. La percepción va incrementándose en 5% en forma mensual”, se cumplió en un 39% a la finalización del proyecto.

ANALISIS DEL FIN

Una vez que se ha implementado este proyecto de acción espero haber contribuido a mejorar el bienestar de los pacientes que asisten al Hospital SOLCA de Quito, ya que se ha cumplido el objetivo de mejorar la calidad de atención en el Servicio de Oncología Clínica del Hospital SOLCA, para brindar satisfacción en la atención a los pacientes, conforme se ha podido verificar en los resultados los medios de verificación del proyecto, como son: encuestas realizadas a los clientes internos y externos; así como, evidencias documentales que se mantienen en el Servicio.

Para lograr este objetivo, se implementaron herramientas gerenciales como son indicadores de gestión y Manuales de Procedimientos y se capacitó al

personal Médico y Paramédico para que se mejore la atención con calidad y calidez de los pacientes.

Finalmente, se logró el apoyo de los Directivos para que se implemente este proyecto, supuesto necesario para el cumplimiento del FIN, con lo cual considero que se verifica la preocupación de las Autoridades por mejorar el servicio que presta a la colectividad.

Los resultados los podremos medir durante el primer trimestre del año 2013, en donde con la implementación de este proyecto de acción se aspira mejorar la percepción de atención por parte de los pacientes

12. CONCLUSIONES

- Se cumplió con el FIN del proyecto ya que se contribuyó a mejorar la calidad de atención de los pacientes que acuden al Servicio de Oncología Clínica, conforme a los resultados de los medios de verificación planteados.
- El Propósito del proyecto de acción se cumplió con la implementación de los objetivos específicos que me planteé al inicio del trabajo, sin embargo el indicador de satisfacción no alcanzó al final del estudio, el porcentaje planificado. Esta situación es temporal ya que los resultados finales se los podrá apreciar durante el primer trimestre del 2013.
- El proyecto desarrollado se lo generó para solucionar una problematización que fue detectada meses atrás en la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica, logrando superar situaciones que podía ser resueltas por la Autora, ya que existe otro tipo de acciones que deben ser implementadas por las Autoridades y la Institución para solucionar la totalidad del problema, como son el incremento de personal y de los horarios de atención a los pacientes.
- La implementación de indicadores de gestión para medir la productividad de la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica, resultó ser un ejercicio técnico de mucho significado, toda vez que al implementar estos indicadores se develaron varias debilidades del Servicio. Lo anterior demuestra lo importante que resulta que las Unidades de Salud, implementen este tipo de herramientas gerenciales para controlar la gestión.
- El Hospital SOLCA Quito, cuenta con un Manual de Funciones, sin embargo no se han desarrollado Manuales de Procedimientos que permitan determinar el flujo real de las actividades que se realizan. A través de esta

herramienta podemos identificar ineficiencias en los procesos que si las corregimos a tiempo podremos evitar desperdicios de tiempo y recursos que se reflejan en costos de no calidad para el Hospital.

- Si bien la capacitación que reciben los Médicos de la Institución tiene un amplio nivel científico a nivel nacional e internacional, existe una deficiencia en capacitar a los Directivos, Médicos y Paramédicos en temas relacionados con herramientas gerenciales y atención al público, lo cual es parte de la problematización, ya que el paciente no se siente satisfecho con la atención que recibe.

13. RECOMENDACIONES

1. Se implemente en toda la Institución indicadores para medir la gestión de cada uno de los Servicios que presta el Hospital SOLCA Quito.
2. Se incremente el horario de atención a los pacientes, al menos hasta las 16:00, con lo cual se logrará brindar atención a la gran demanda que diariamente acuden al Hospital para curar su enfermedad, ya que a la fecha se aprovecha el 50% de la capacidad instalada.
3. Se regularice la asignación de turnos en forma equitativa para los Médicos Tratantes y se implemente el Manual de Procedimientos con lo cual se logrará que todos los profesionales atiendan a los pacientes en los tiempos deseados y rigiéndose en un procedimiento establecido por la Institución.
4. Se continúe con la realización de encuestas de satisfacción a los pacientes para poder hacer un seguimiento permanente de la mejora de la satisfacción.

5. Se implementen cursos permanentes de capacitación para el personal Directivo y Médico en temas gerenciales, y al personal paramédico de cursos de atención al público, gestión de calidad, trabajo en equipo, etc.

14. BIBLIOGRAFIA

Referencia de notas

1. Pesantes León Mary (2012), Guía Didáctica Supervivencia, Rentabilidad y Crecimiento, Universidad Técnica Particular de Loja
2. Confiabilidad.net/print/los-indicadores-de-gestión
3. http://es.wikipedia.org/wiki/Diagrama_de_flujo
4. www.ingenieria.unam.mx/guiaindustrial/diseño/info/6/1.htm
5. M.Thompson Janneth, (2011) Administración en Teoría, Herramientas Administrativas y Gerenciales

Bibliografía para consulta

6. Asory, Graciela, La calidad del Servicio y el profesional de la Salud
7. Cuellar, Juan (2010), Planificación Estratégica y Operativa. Abya Yala Editoriales, Quito Ecuador
8. Ministerio de Salud Pública (2006), Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para la calidad de la atención, Quito Ecuador
9. Velasco, María de Lourdes (2003) Planificación Estratégica aplicada a la Salud, Editorial A/H Quito-Ecuador
10. Quintero Y, (2009), Herramientas Gerenciales Básicas, Venezuela

11. Zurro, M, Atención Primaria, Conceptos, organización y práctica clínica, 4 ed., Barcelona.

Referencia del Internet como referencia

12. <http://www.esacademic.com/dic.nsf/eswiki/268206>.

13. <http://crearproyectos.wordpress.com/2011/05/28/como-crear-un-proyecto-de-accion-social/>

14. <http://tuproyectoen5pasos.com/blog/como-crear-un-proyecto-de-accion-social-1/>

15. <http://opinionenaccion.blogspot.com/2009/01/como-hacer-un-proyecto-paso-paso.html>

16. <http://ppmi-enrique-finot.activoforo.com/t33-proyecto-de-investigacion-accion>

17. http://es.wikipedia.org/wiki/Consigue_hacer_el_trabajo

18. <http://definicion.de/plan-de-accion/>

APÉNDICES

APÉNDICE 1

**Aprobación del proyecto por parte del Comité de
Calificación de la UTPL**

APÉNDICE 2

**Autorización del Director Ejecutivo de SOLCA
para que se ejecute el proyecto**

APÉNDICE 3

**Autorización Dirección Ejecutiva para realizar
actividades de la Matriz del Marco Lógico**

APÉNDICE 4

Detalle de Indicadores secundarios al proyecto

**DETALLE DE INDICADORES SECUNDARIOS
CONSULTA EXTERNA SERVICIO DE ONCOLOGIA CLINICA**

Número de regresos a la consulta externa antes de las 24 horas

**Número de Intervenciones con retraso / número de intervenciones
totales**

Número de fallas reales / Número de Fallas Programadas

Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo por Médico

Número de auxiliares en la consulta por Médico Tratante

Número de Médicos por cama

Horas de ausentismo por causa justificada / horas contratadas

Total pacientes transferidos a terapia / Número de egresos

Número de recetas prescritas / número de pacientes atendidos

Tardanza en la asignación de turnos

APÉNDICE 5

Análisis de resultados consolidados de las encuestas realizadas sobre los indicadores de gestión implementados

**Tabulación de los resultados obtenidos en la encuesta
realizada en el mes de septiembre de 2012, respecto a la
calidad de atención**

RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA		NUMERO DE ENCUESTADOS: 15				
INDICADOR DE GESTION		MES DE LA ENCUESTA SEPTIEMBRE/2012				
Número de pacientes que recibieron atención con resultado de Muy Bueno / Número de pacientes encuestados						
CONSULTA EXTERNA SERVICIO DE ONCOLOGIA CLINICA						
SEC.	INFORMACION ANALIZADA	RESUMEN DE LA CALIFICACION				TOTAL
		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	
1	Recibió la atención que esperaba, cómo la califica	3	2	4	6	15
2	La atención que recibió fue en los tiempos planificados	4	4	3	4	15
3	Cómo califica el tiempo para elaborar exámenes	2	2	2	9	15
4	La información proporcionada por el médico sobre su enfermedad la considera satisfactoria y suficiente	5	6	2	2	15
5	Se le asignaron los turnos de manera oportuna	2	4	3	6	15
6	La calidad de atención del personal administrativo estuvo acorde con lo que usted esperaba	5	5	3	2	15
7	Fue cordial el trato del personal auxiliar del médico	5	5	3	2	15
8	Fue cordial el trato del médico	4	4	3	4	15
9	Las instalaciones estuvieron acorde con lo que usted esperaba	6	7	2	0	15
10	Su percepción genral del servicio recibido	3	3	6	2	14
TOTAL		39	42	31	37	149
CALIFICACION PROMEDIO		26,2%	28,2%	20,8%	24,8%	100,0%

**Tabulación de los resultados obtenidos en la encuesta
realizada en el mes de octubre de 2012, respecto a la calidad de
atención**

RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA		NUMERO DE ENCUESTADOS: 17				
INDICADOR DE GESTION		MES DE LA ENCUESTA OCTUBRE/2012				
Número de pacientes que recibieron atención con resultado de Muy Bueno / Número de pacientes encuestados						
CONSULTA EXTERNA SERVICIO DE ONCOLOGIA CLINICA						
SEC.	INFORMACION ANALIZADA	RESUMEN DE LA CALIFICACION				TOTAL
		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	
1	Recibió la atención que esperaba, cómo la califica	5	6	4	2	17
2	La atención que recibió fue en los tiempos planificados	5	6	6	2	19
3	Cómo califica el tiempo para elaborar exámenes	3	4	5	5	17
4	La información proporcionada por el médico sobre su enfermedad la considera satisfactoria y suficiente	7	6	3	1	17
5	Se le asignaron los turnos de manera oportuna	4	6	3	4	17
6	La calidad de atención del personal administrativo estuvo acorde con lo que usted esperaba	7	9	1	0	17
7	Fue cordial el trato del personal auxiliar del médico	6	8	1	2	17
8	Fue cordial el trato del médico	7	6	3	1	17
9	Las instalaciones estuvieron acorde con lo que usted esperaba	8	6	4	1	19
10	Su percepción general del servicio recibido	5	6	5	1	17
TOTAL		57	63	35	19	174
CALIFICACION PROMEDIO		32,8%	36,2%	20,1%	10,9%	100,0%

**Tabulación de los resultados obtenidos en la encuesta
realizada en el mes de noviembre de 2012, respecto a la calidad
de atención**

RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA		NUMERO DE ENCUESTADOS: 21				
INDICADOR DE GESTION		MES DE LA ENCUESTA NOVIEMBRE/2012				
Número de pacientes que recibieron atención con resultado de Muy Bueno / Número de pacientes encuestados						
CONSULTA EXTERNA SERVICIO DE ONCOLOGIA CLINICA						
SEC.	INFORMACION ANALIZADA	RESUMEN DE LA CALIFICACION				TOTAL
		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	
35	Recibió la atención que esperaba, cómo la califica	7	7	6	1	21
2	La atención que recibió fue en los tiempos planificados	7	6	5	3	21
3	Cómo califica el tiempo para elaborar exámenes	5	4	7	5	21
4	La información proporcionada por el médico sobre su enfermedad la considera satisfactoria y suficiente	10	6	5	0	21
5	Se le asignaron los turnos de manera oportuna	8	8	3	2	21
6	La calidad de atención del personal administrativo estuvo acorde con lo que usted esperaba	8	9	4	0	21
7	Fue cordial el trato del personal auxiliar del médico	9	9	3	0	21
8	Fue cordial el trato del médico	9	8	3	1	21
9	Las instalaciones estuvieron acorde con lo que usted esperaba	11	8	2	0	21
10	Su percepción general del servicio recibido	8	7	5	1	21
TOTAL		82	72	43	13	210
CALIFICACION PROMEDIO		39,0%	34,3%	20,5%	6,2%	100,0%

APÉNDICE 6

**Manual de Procedimientos propuesto para la
Consulta Externa del Servicio de Oncología
Clínica**



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA CLINICA
CONSULTA EXTERNA

1 NORMAS GENERALES

1.1 FINALIDAD

Contar con un Manual que refleje el flujo o proceso de las actividades que se desarrollan en la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica del Hospital SOLCA Quito.

1.2 APROBACIÓN

Dirección Ejecutiva del Hospital Oncológico SOLCA Quito

1.3 RESPONSABILIDAD DE LA EJECUCIÓN Y DEL CONTROL PREVIO Y CONCURRENTES

Servicio de Oncología Clínica, Consulta Externa

1.4 RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO

Jefatura de Recursos Humanos

Unidad de Auditoría Interna

1.5 VIGENCIA

El presente documento entrará en vigencia a partir de la fecha de su aprobación.

1.6 DISTRIBUCIÓN

A los responsables de la ejecución y del control

Responsables de la ejecución: Equipo médico de la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica.

Responsables del Control: Dirección Médica y Jefatura del Servicio

2. FLUJO DEL PROCESO DE CONSULTA EXTERA

2.1 DESCRIPCION DEL FLUJO DE ACTIVIDADES

Descripción del proceso actual que debe seguir el paciente

Paciente

- Se acerca a la ventanilla del bloque de consulta externa para confirmar su turno y adquirir el derecho de consulta. En dicho lugar debe tomar un turno previo su atención.

Secretaria

- Recpta el papel del turno tomado por el paciente y luego procede a la confirmación y asignación de la hora del turno en el sistema de cómputo de la Institución y del médico al cuál debe dirigirse, entrega y vende el derecho de consulta. Precio USD 8 por consulta.

Paciente

- Luego de tener pagado su derecho de atención; se acerca a la Consulta respectiva donde es recibido por la Auxiliar de Enfermería, entrega el derecho y el carnet de atención y espera su turno.
- El paciente al conocer la hora aproximada en la que va a ser atendido podrá planificar su tiempo, bien sea sacando turnos en otras dependencias o desarrollando actividades varias.

Cada sala de espera asignada para cada bloque estará provista de un sistema de audiovisuales donde de manera continua se genere información relativa a factores de riesgo de cáncer, aspectos preventivos y de detección precoz, etc., así como instrucciones acerca de los trámites a realizarse para pacientes que acuden por primera vez a la Consulta Externa.

Durante su tiempo de espera además se contará con material didáctico donde se puedan revisar conceptos generales acerca del cáncer, su tratamiento y los efectos secundarios o simplemente con literatura variada.

- Ingresa a Consulta con el Médico Tratante

Auxiliar de Enfermería

- Recibe el derecho de consulta y dependiendo si es paciente de primera vez tomará los signos vitales (frecuencia cardíaca, tensión arterial y temperatura), peso y talla del paciente y serán anotados en un papel para ser entregado al Médico Tratante. En caso de ser un paciente de consulta subsecuente se tomarán únicamente los signos vitales o de acuerdo a los requerimientos de cada Médico.

En muchos casos se podrán adelantar estos procedimientos antes del inicio de la consulta mientras el Médico Tratante se encuentra en le pase de visita o Comité de Oncología

Médico Residente

- Deberá acudir antes del inicio de la consulta y así poder revisar de los pacientes citados la historia clínica en el sistema informático médico, confirmará que acude con los resultados de los estudios solicitados y si fuera del caso hará los trámites pertinentes para la obtención de los exámenes faltantes. Todo será comentado con el Médico Tratante.
- Una vez que la consulta inicia será un personal de apoyo importante, revisará y tendrá al día los detalles requeridos por el Médico Tratante acerca del paciente y además y de acuerdo su pedido examinará al paciente.

Médico Tratante

- Una vez concluidas las actividades previas como paso de visita en hospitalización y dependiendo de día, visita general, Comité de Oncología o interconsultas, el Médico acude para inicio de Consulta.

- Revisa las fichas de los pacientes a ser atendidos, posterior a eso y de acuerdo a los turnos ya asignados previamente se inicia la atención.
- Ingresa el paciente y se procede a la anamnesis; interrogatorio acerca de síntomas y/o dependiendo de cada uno tolerabilidad y efectos secundarios debido al tratamiento en curso.
- De acuerdo a evolución de cada paciente realizará: revisión de estudios de evaluación y control, chequeo de exámenes de sangre para autorización de tratamiento sea ambulatorio o en hospitalización.
- Solicita estudios de imagen y hematológicos y de ser el caso prescribe y autoriza tratamiento con la entrega de la receta correspondiente.
- Se complementa con el examen físico y posterior se hace una nota en el sistema médico

Auxiliar de Enfermería

- Una vez terminada la atención del paciente por parte de los médicos; procede a explicar el procedimiento de acuerdo a lo solicitado; además asignan el turno para una cita subsecuente, la misma que se anota en el carnet de atención.

Paciente

- Siguiendo la indicación dada, se traslada a los diferentes bloques del Hospital para solicitar los turnos en las áreas que corresponda de acuerdo a lo requerido por el Médico Tratante.
- En caso de haber sido solicitado el ingreso sea para administración de Quimioterapia, manejo clínico o terapia de dolor; el paciente debe dirigirse a trabajo social para obtener su autorización
- Se dirige, si así se lo hubiere requerido el Médico Tratante, a la farmacia para entregar la receta prescrita, será ésta la que se encargue a enviar la medicación al piso para así evita la manipulación de la droga por parte del paciente.
- Posterior se debe dirigir a estadística para la asignación de la cama respectiva.
- Cuando al ser revisado en la consulta se evidencia alguna condición clínica que requiera manejo por emergencia; se lo envía a dicho servicio para su atención; para agilizar su atención y teniendo en cuenta que su condición es de cuidado, debe ser atendido de manera preferencial y debe evitarse una nueva fila para obtención de ticket de consulta.

Aprobado

Director Ejecutivo

Fecha de aprobación: 31 de octubre de 2012

APÉNDICE 7

**Firmas y fotos de asistentes a capacitaciones
realizadas**

APÉNDICE 8

Modelo de encuestas realizadas



ENCUESTA 1
HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA QUITO
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL SERVICIO

FECHA: Mayo de 2012

OBJETIVO:

Establecer la percepción de los pacientes sobre la calidad de servicio que ofrece la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica del Hospital SOLCA Quito.

INFORMACION

Queridos pacientes hemos preparado una encuesta para conocer el grado de satisfacción por la atención recibida a fin de mejorar la calidad de nuestro servicio.

Nos comprometemos a mantener en reserva la información que usted nos proporcione para nuestra investigación.

Califique de 1 a 4 en la opción que usted considere la más apegada a la verdad.

1. Está conforme con el servicio recibido en la Consulta Externa

- 1 2 3 4

2. Considera los horarios de atención adecuados

- 1 2 3 4

3. Considera que el tiempo para conseguir la cita fue adecuado

- 1 2 3 4

4. Considera adecuado el tiempo de atención del profesional médico brindado a usted

- 1 2 3 4

5. La parece adecuado el proceso que debió seguir hasta la llegada a la cita con el Médico

- 1 2 3 4

Observaciones sobre las respuestas y comentarios adicionales para mejorar la atención

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Muchas gracias por su colaboración con esta encuesta



ENCUESTA 2
HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA QUITO
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
GRADO DE SASTIFACION DE LOS PACIENTES POR EL SERVICIO
RECIBIDO

OBJETIVO:

Conocer la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención en la Consulta Externa del Servicio de Oncología Clínica del Hospital SOLCA Quito.

INFORMACION

Queridos pacientes hemos preparado una encuesta para conocer el grado de satisfacción por la atención recibida a fin de mejorar la calidad de nuestro servicio.

Nos comprometemos a mantener en reserva la información que usted nos proporcione para nuestra investigación.

Marque una "X" en la opción que usted considere la más apegada a la verdad.

1. Recibió la atención que esperaba, cómo la califica

- Muy Buena
- Buena
- Regular

Mala

2. La atención que recibió fue en los tiempos planificados

- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala

3. Cómo califica el tiempo para elaborar exámenes

- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala

4. La información proporcionada por el médico sobre su enfermedad la considera satisfactoria y suficiente

- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala

5. Se le asignaron los turnos de manera oportuna

- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala

6. La calidad de atención del personal administrativo estuvo acorde con lo que usted esperaba

- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala

7. Fue cordial el trato del personal auxiliar del médico

- Muy Buena
- Buena
- Regular

Mala

8. Fue cordial el trato del Médico

- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala

9. Las instalaciones estuvieron acorde con lo que usted esperaba

- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala

10. Su percepción general del servicio recibido

- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala

Observaciones sobre las respuestas y comentarios adicionales para mejorar la atención

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Muchas gracias por su colaboración con esta encuesta



ENCUESTA 3
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
MAESTRIA EN GERENCIA EN SALUD
ENCUESTA DE SASTIFACIÓN PARA EL CLIENTE INTERNO

OBJETIVO

Contribuir con el mejoramiento de la organización a partir de los resultados obtenidos en la investigación, identificando problemas y puntos débiles del sistema susceptibles de resolver con la adopción de medidas apropiadas por el equipo de trabajo de la unidad de cuidados intensivos de adultos.

Nuestro equipo de trabajo ha preparado una encuesta para conocer el grado de satisfacción por el ambiente laboral, a fin de mejorar la calidad de nuestro servicio.

Nos comprometemos a mantener en reserva la información que usted nos proporcione y a enviarle el resultado de nuestra investigación.

Marque una "x" en la opción que usted seleccione

1. Existe un documento o Manual que describa en detalle sus funciones, responsabilidades y procedimiento en el Servicio?

- Si
- No
- No sabe

2. Cómo califica la calidad de atención que el servicio presta a los usuarios externos (pacientes)?

- Buena
- Regular
- Mala

3. Considera la infraestructura del Hospital adecuada? :

- Bueno
- Regular
- Malo

4. Le parece adecuada la iluminación del Hospital?

- Bueno
- Regular
- Malo

5. Considera que no es adecuado el ruido en el Hospital

- Bueno
- Regular
- Malo

6. Considera bueno el ambiente de trabajo en cuanto a ventilación?

- Bueno
- Regular
- Malo

7. El nuevo personal que ingresa recibe inducción?

- Siempre
- A veces
- Nunca

Sugerencias o comentarios adicionales para mejorar la atención

.....

.....

.....

Muchas gracias por su aporte a esta investigación

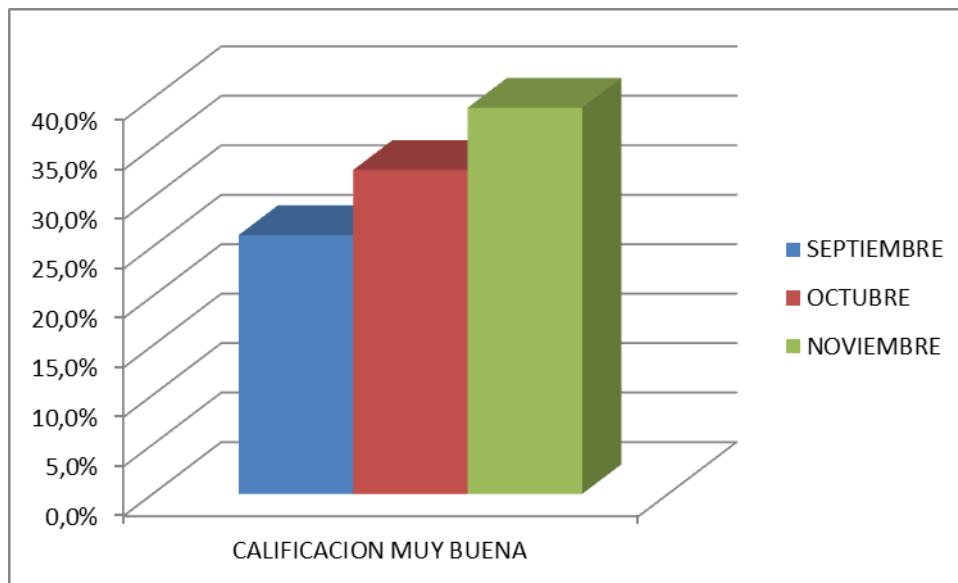
APÉNDICE 9

**Gráficos de Barras de los resultados de las
Encuestas ejecutadas**

GRÁFICO DE BARRAS 1

RESUMEN DE ENCUESTAS REALIZADAS

PERCEPCION DE LOS PACIENTES POR LA ATENCION AL PACIENTE



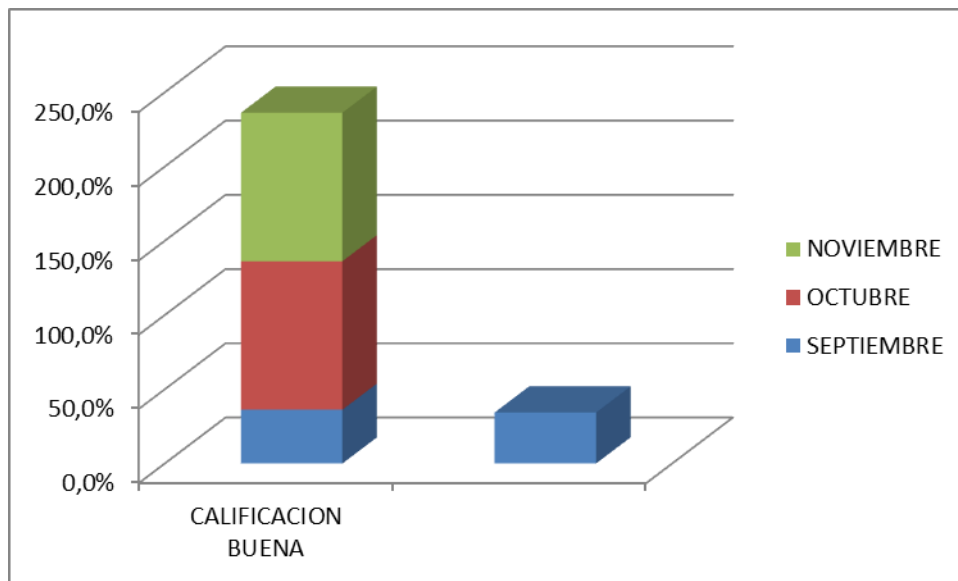
Fuente: Encuestas realizadas a pacientes
Elaboración: La Autora

En el mes de noviembre de 2012 se refleja que la percepción de los pacientes fue mejorando con la aplicación del proyecto.

GRÁFICO DE BARRAS 2

RESUMEN DE ENCUESTAS REALIZADAS

PERCEPCION DE LOS PACIENTES POR LA ATENCION AL PACIENTE



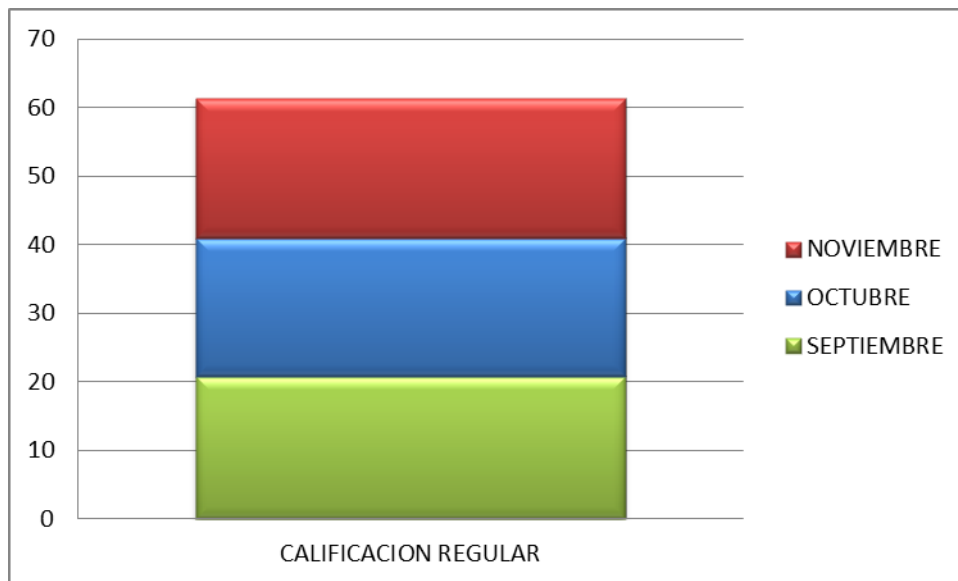
Fuente: Encuestas realizadas a pacientes
Elaboración: La Autora

En el mes de noviembre de 2012 se refleja que la percepción de los pacientes fue mejorando con la aplicación del proyecto.

GRÁFICO DE BARRAS 3

RESUMEN DE ENCUESTAS REALIZADAS

PERCEPCION DE LOS PACIENTES POR LA ATENCION AL PACIENTE



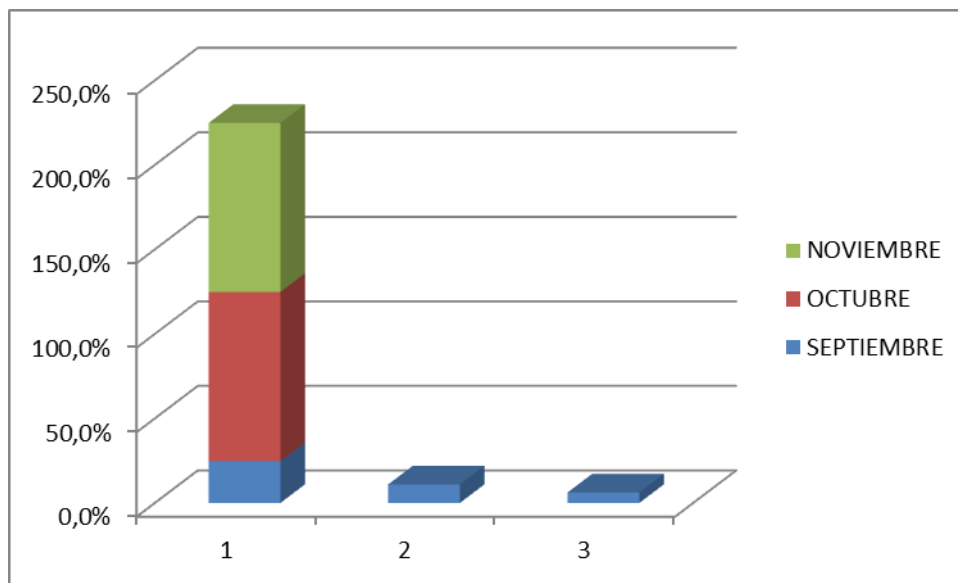
Fuente: Encuestas realizadas a pacientes
Elaboración: La Autora

Durante los tres meses la percepción sobre la atención en el rango "REGULAR" se mantuvo invariable

GRÁFICO DE BARRAS 4

RESUMEN DE ENCUESTAS REALIZADAS

PERCEPCION DE LOS PACIENTES POR LA ATENCION AL PACIENTE



Fuente: Encuestas realizadas a pacientes
Elaboración: La Autora

Desde septiembre de 2012 la percepción de los pacientes mejoró.