UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DE OFTALMOLOGÍA EN EL HOSPITAL DEL IESS DE MANTA 2011 Y RECOMENDACIÓN DE UNA PROPUESTA PARA SU MEJORAMIENTO

TESIS PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAGÍSTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD

Maestrante
Dra. María Cristina Ramos de Tapia

Tutor
Dr. Carlos Torres Noé

Manta – Ecuador
2011

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Esta tesis cuya autoría corresponde a la **Dra. María Cristina Ramos Freile** ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Universidad de Guayaquil, como requisito parcial para optar el Grado de **MAGÌSTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN EN SALUD.**

_____
Dr. Wilson Maitta Mendoza
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

_____
Dra. Abigail Carriel Ubilla
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

_____
Dr. Wilson Pozo Guerrero
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

_____
Abg. Carmen Morán Flores
SECRETARIA
FAC. CIENCIAS MÉDICAS

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MAGISTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN EN SALUD, DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO LA TESIS DE GRADO PRESENTADA POR LA SRA. DOCTORA MARÍA CRISTINA RAMOS FREILE CON C.I. # 130711637-4

CUYO TEMA DE TESIS ES **"**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DE OFTALMOLOGÍA EN EL HOSPITAL DEL IESS DE MANTA 2011 Y RECOMENDACIÓN DE UNA PROPUESTA PARA SU MEJORAMIENTO**"**

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE LA TESIS, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

_____

DR. CARLOS TORRES NOÉ
TUTOR

CERTIFICADO DEL GRAMÁTICO

ABG. LAURA VANESSA FLORES ARIAS, con domicilio ubicado en Quito; por medio del presente tengo a bien **CERTIFICAR:** Que he revisado la tesis de grado elaborada por la Sra. Dra. María Cristina Ramos Freile con C.I # 130711637-4, previo a la Obtención del título de **MAGISTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN EN SALUD.**

TEMA DE TESIS**: "**Evaluación de la calidad de atención en la consulta externa de oftalmología en el Hospital del IESS de Manta 2011 y recomendación de una propuesta para su mejoramiento**"**.

La tesis revisada ha sido escrita de acuerdo a las nomas gramaticales y de sintaxis vigentes de la lengua española.

_____

ABG. LAURA FLORES ARIAS
C.I.# 130995321-2
Número de registro: 1040-09-942298
Celular: 095277360

DEDICATORIA

El presente estudio de tesis, del cual me siento muy orgullosa, tiene plasmado perseverancia, lucha, esfuerzo, dedicación, constancia pero sobre todo mucho amor, amor que ha sido demostrado en su máxima expresión por mi esposo, a quien le dedico este trabajo.

Como no dedicárselo, cuando es el quien me empuja día a día al éxito.
Cuando es su mano amiga, la que sutilmente me lleva a continuar luchando sin desmayar, dando todo de mí, porque sabe que puedo hacerlo.
Cuando deposita plenamente su confianza en mí, demostrándome que el cielo está al alcance de mis manos.
Mi mejor amigo, siempre a mi lado, aportando ideas y brindándome luces de su conocimiento para mejorar las cosas ya hechas.
Mi compañero ideal, amor de mi vida, quien con su sabiduría infinita me ha ayudado a ser mejor persona.

Gracias a ti, a tu paciencia y perseverancia, hoy estoy aquí alcanzando mis sueños y proyectándome a continuar triunfando.

Para ti amor mío,

Dra. Ma. Cristina Ramos de Tapia

AGRADECIMIENTO

Mis gracias infinitas a Dios padre todopoderoso, con tus bendiciones has permitido que culmine con éxito el desarrollo de mi maestría.

A mi amado esposo, las palabras son insuficientes para agradecerte por todo tu apoyo, pero se que puedes ver en mis ojos mi inmensa gratitud.

A mi madre, Frecia Freile, mi amiga, apoyándome aún en los momentos en que se hacía un poco difícil la situación, siempre estuviste cerca de mí para darme seguridad y tranquilidad, con una palabra tuya "mija como va en su maestría", "siga adelante que usted puede", o cuando le mostraba mis notas en los módulos, se llenaba de orgullo por su hija. Gracias mi madre adorada, eres mi ejemplo de mujer y madre.

A mi padre, Octavio Ramos, en su silencio místico, esbozaba felicidad y complacencia al ver mis logros. Gracias por estar ahí para mí.

A mis hermanos menores, César y Emilia, por quienes y para quienes siempre doy mi máximo esfuerzo, me siento muy honrada al llevar la responsabilidad de ser su ejemplo.

Dra. Ma. Cristina Ramos de Tapia

RESUMEN

El problema fue que en el Hospital IESS de Manta, en la consulta externa de oftalmología, no existió satisfacción en cuanto se refiere a la calidad y calidez de atención a los usuarios, quienes permanentemente demandan una mejor atención. **El objetivo general** fue evaluar la calidad de atención en la consulta externa de oftalmología del Hospital IESS de Manta en los meses de enero a junio del 2011. **Los objetivos específicos** fueron filiación de los pacientes, análisis de la oferta, indicadores de gestión, atención con calidad y calidez, satisfacción del usuario y recomendación de una propuesta técnico – administrativa. **La metodología** fue una investigación descriptiva, de diseño transversal, no experimental, cuyo universo lo constituyeron 3248 pacientes atendidos en oftalmología desde enero a junio del 2011 con una muestra de 121 usuarios encuestados, seleccionada mediante muestreo aleatorio simple. **Como resultados** se obtuvo que en cuanto a la afiliación predominaron los de la edad comprendida entre 18 a 49 años con un 64.9%; de sexo femenino 66 personas con 54.5%; la filiación fue patronal en 63 personas con un 52.1%; que residían en Manta 101 personas con el 83.5%; el motivo de la consulta fue por enfermedad con 84 personas que correspondió al 84%; que la patología más frecuente entre otras fue el Pterigion en 26 personas con el 21.5% luego seguido de cataratas en 20 personas con el 20.5%; en cuanto a la satisfacción de las expectativas de los usuarios se cumplió en un 51%, y de manera parcial en un 43%, la amabilidad recibida en el servicio, los conocimientos, habilidades y la privacidad fueron percibidos como buenos en un 52%, los tiempos de programación quirúrgica y citas del Call Center se consideraron aceptables y se evidenció aspectos de mejora en cuanto a medicación y tecnología oftalmológica. **Se discutió y concluyó** que los datos demostrados en las encuestas, confirmaron la necesidad de recomendar una propuesta de modelo de gestión técnico – administrativo en el servicio de oftalmología del Hospital IESS de Manta basado en la norma de calidad ISO 9001: 2000 en organizaciones sanitarias.

PALABRAS CLAVES: EVALUACIÓN – ESTÁNDARES – ESTRUCTURA – PROCESOS – RESULTADOS – INSATISFACCIÓN.

SUMMARY

The problem was at the Hospital IESS of Manta, in the external consultation of ophthalmology, satisfaction does not exist in as much as you refer those who to quality and warmth of attention to the users, they are demanding a better attention. **The general objective** was to evaluate the quality of attention in the external consultation of ophthalmology of the Hospital Manta's IESS in the months of January to June of 2011. **The specific objectives** were affiliation of patients, analysis of the supply, management indicators, quality care and warmth, satisfaction and recommendation of a technical proposal - administrative. **The methodology** was a descriptive investigation itself, a transverse design, not experimental, whose universe was constituted by 3248 patients attended in the external consultation of ophthalmology from January to June of the 2011 with a sign of 121 users polled, selected by means of aleatory simple sampling. **As results** were obtained than the ones belonging to the understood age between 18 to 49 years with a 64,9 % predominated as to affiliation; Of female sex 66 people with 54,5 %; The motive of the consultation was for disease with 84 people that you correspond to the 84 %; That the most frequent pathology between another one was the Pterigion in 26 people with the 21,5 % followed of waterfalls in 20 people with the 20,5 %; It came true in a 51 % as to the satisfaction of the expectations of the users, and of partial way in a 43 %, the kindness received in the service, knowledge, abilities and privacy were perceived like good in a 52 %, the times of surgical programming and the Call Center's appointments considered themselves acceptable and improving aspects as to medication and ophthalmological technology are evidenced. **Discussed and concluded** than the data demonstrated in the opinion polls; they confirm the need to recommend a technical proposal of model of step – white-collar worker in the service of ophthalmology of the Hospital IESS of Manta once the standard of quality was based on ISO 9001: 2000 in sanitary organizations.

KEYWORDS: EVALUATION – STANDARDS – STRUCTURE – PROCESS – RESULTS–DISSATISFACTION

RESUMEN III
SUMMARY IV

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 1
1.1. OBJETIVOS 5
1.1.1. OBJETIVO GENERAL 5
1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 5
1.2. HIPÓTESIS 5
1.3. VARIABLES 5
1.3.1. VARIABLE INDEPENDIENTE 6
1.3.2. VARIABLES DEPENDIENTES 6
1.3.3. VARIABLES INTERVINIENTES 6
2. MARCO TEÓRICO 7
2.1. RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL DEL IESS DE MANTA 7
2.1.1. COMIENZOS DE LA PRESTACIÓN MÉDICA EN MANTA 7
2.1.2. DEPARTAMENTO DENTAL DEL IESS MANTA 12
2.1.3. SERVICIO DE RADIOLOGÍA 12
2.1.4. RELACION HISTÓRICA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL IESS DE MANTA 13
2.1.5. LABORATORIO CLÍNICO DEL IESS 16
2.2. GESTIÓN Y CALIDAD 18
2.2.1. DEFINICIÓN DE CALIDAD 18
2.2.2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD 19
2.2.2.1. Eficacia 21
2.2.2.2. Efectividad 22
2.2.2.3.Eficiencia 23
2.2.3. MEDICIÓN DE LA CALIDAD 24
2.2.3.1.Calidad estructural 27
2.2.3.2.Calidad del proceso 28

2.2.3.3.Resultados 30
2.3. DISEÑO, IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE CALIDAD 32
2.3.1. DECISIÓN DEL INICIO DEL PROGRAMA 32
2.3.1.1.Principios que orientan un plan de calidad sanitario 34
2.3.2. DIAGNÓSTICO DE FACTIBILIDAD 35
2.3.3. REFLEXIÓN ESTRATÉGICA 35
2.3.3.1.Motivos de implantación 36
2.3.3.2.Formulación de líneas estratégica 37
2.3.3.3.Responsabilidad de los participantes 37
2.3.4. DEFINICIÓN DEL SISTEMA DE TRABAJO Y LOS CONTENIDOS DEL PLAN 39
2.3.4.1.Contenidos del plan de calidad 40
2.3.4.2.Selección del modelo de calidad 42
2.3.4.3.Sistemas organizativos 42
2.3.5. IMPLANTACIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES 45
2.3.5.1.Recursos Personales 46
2.3.6. POSIBLES RESISTENCIAS AL PLAN DE CALIDAD 46
2.3.7. LA FUNCIÓN DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD 47
2.3.8. MEJORA DE LA CALIDAD, LA APLICACIÓN DE MEDIDAS CORRECTORAS 48
2.3.9. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA Y SU EFECTIVIDAD 49
2.3.9.1.Seguimiento de la situación de cada proyecto u objetivo 49
2.3.9.2.Seguimiento de la situación de los objetivos de un determinado momento 50
2.3.9.3.Seguimiento de la efectividad del plan 50
2.3.10. PROBLEMAS MAS FRECUENTES EN EL DISEÑO DE PLANES DE CALIDAD 50
2.3.11. LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD 52
2.3.11.1. Principales características de la mejora continua de la calidad 54

2.3.11.2. Centrada en la misión de la organización 54
2.3.11.3. Mejora continua 55
2.3.11.4. Orientación al cliente/paciente 55
2.3.11.5. Compromiso de la dirección 56
2.3.11.6. Empowerment (corresponsabilización) 57
3. MATERIALES Y MÉTODOS 58
3.1. MATERIALES 58
3.1.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN 58
3.1.2. PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN 58
3.1.3. RECURSOS EMPLEADOS 58
3.1.3.1.Recursos humanos 58
3.1.3.2.Recursos físicos 58
3.1.4. UNIVERSO 59
3.1.4.1.Tamaño de la muestra 59
3.2. MÉTODOS 59
3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN 59
3.2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 59
3.3. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS 60
3.4. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN 60
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 61
4.1. FILIACIÓN DE LOS PACIENTES 61
4.2. ANÁLISIS DE LA OFERTA 65
4.3. INDICADORES DE GESTIÓN 75
4.4. CALIDAD DE LA ATENCIÓN 80
4.5. SATISFACCIÓN DEL USUARIO 92
4.6. ANÁLISIS DEL RESULTADO 99
4.6.1. ANÁLISIS DE LA FILIACIÓN DE LOS PACIENTES 99
4.6.2. ANÁLISIS DE LA OFERTA DE LA CONSULTA EXTERNA DE OFTALMOLOGÍA 100
4.6.3. ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN 102
4.6.4. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN 106

4.6.5. ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO 109
4.6.6. RECOMENDACIÓN DE UNA PROPUESTA DE GESTIÓN TÉCNICA – ADMINISTRATIVA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL IESS MANTA 111
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 131
5.1. CONCLUSIONES 131
5.2. RECOMENDACIONES 132
6. BIBLIOGRAFÍA 133
7. ANEXOS 134
- FORMATO DE ENCUESTAS 135
- TAMAÑO DE LA MUESTRA 137
- PRODUCCIÓN – INDICADORES DE GESTIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DE OFTALMOLOGÍA 138
- DEFINICIÓN DE PALABRAS CLAVES. 150

Presidencia de la República del Ecuador

Plan Nacional de Ciencia y Tecnología

SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR, CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA	
FICHA DE REGISTRO DE TESIS	
TÍTULO Y SUBTÍTULO: Evaluación de la calidad de atención en la consulta externa de oftalmología en el Hospital del IESS de Manta 2011 y recomendación de una propuesta para su mejoramiento.	
AUTOR/ES: Dra. María Cristina Ramos Freile	REVISORES: Dr. Carlos Alberto Torres Noé
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Facultad de Ciencias Médicas
CARRERA: Maestría en Gerencia y Administración en Salud.	
FECHA DE PUBLICACIÓN: 31 de Marzo del 2012.	No. DE PÁGS: 162
ÁREAS TEMÁTICAS: Evaluación de la calidad de atención en la consulta externa del Hospital del IESS. Satisfacción del usuario (paciente).	
PALABRAS CLAVE: Evaluación – Estándares – Estructura – Procesos – Resultados – Insatisfacción.	
RESUMEN: Se evaluó la calidad de atención de los usuarios que acuden a la consulta externa de oftalmología del IESS de Manta en los meses de enero a junio del 2011, mediante el análisis de la oferta, indicadores de gestión, atención de calidad y calidez, satisfacción del usuario. Se realizó una investigación descriptiva, no experimental con una muestra de 121 encuestados de manera aleatoria. De los resultados obtenidos, se discutió y concluyó que los datos demostrados en la encuesta confirmaron la necesidad de recomendar una propuesta de modelo de gestión técnico – administrativa en el servicio de oftalmología basada en la norma de calidad ISO 9001:2000 en organizaciones sanitarias.	
No. DE REGISTRO (en base de datos):	No. DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	

ADJUNTO PDF:	x SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 084361420. 052628858	E-mail: tina933@hotmail.com ramosfreile@gmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Teléfono:	

1. INTRODUCCIÓN

Asistimos en el momento actual a una vorágine de información médica, a la cual acceden los usuarios del acto médico, esto sumado a la posibilidad de obtener la información utilizada durante su atención transforma la cotidiana labor desarrollada por los médicos en una función que exige una calidad suprema. Este trabajo solo será posible en la medida en que se cumplan los objetivos de calidad de atención en salud para lo cual es indispensable el uso de instrumentos que permitan evaluar las características del servicio de nuestros hospitales.[8]

La necesidad imperiosa de enfrentar en nuestro país el incremento de la cobertura con recursos limitados y los costos elevados de la atención hace necesaria la búsqueda de herramientas de gestión que permitan producir la satisfacción del usuario, adecuando el modelo industrial en el sector salud donde la calidad de la prestación se mide mediante la diferencia que hay entre las expectativas del paciente (o el servicio esperado) y el servicio recibido.

Ante la velocidad de los cambios derivados de la globalización, la revolución de la información y la competencia, los cuales no operan aisladamente sino que están ligados a los cambios demográficos, desarrollo de la tecnología (nuevos fármacos, tecnología intervencionista y no intervencionista, tecnología de trasplantes) y sistemas de información al alcance de todos y sobretodo incrementando la demanda y expectativas de los usuarios, los métodos de evaluación de la calidad son fuente de permanente retroalimentación del sistema.[4]

Con lo anterior, las instituciones de salud de nuestro país tienen hoy más que nunca la responsabilidad de establecer las herramientas que propicien la evaluación de la atención de los servicios de salud, respondiendo efectivamente a las metas trazadas y al reto que la competitividad hoy expone; sin embargo, son escasos los logros en este campo, por la ausencia de metodologías prácticas y sencillas que puedan aplicarse a todas las instituciones, y mejor aún, que puedan ser utilizadas de manera específica a los diferentes servicios o unidades funcionales que conforman la atención en salud.

En el Hospital del IESS de Manta y con mayor importancia en el área de consulta externa se refleja una situación preocupante en cuanto a la organización y funcionamiento de los servicios de salud, y más aún de la situación de las profesiones comprometidas, que atraviesan hoy más que en cualquier otro momento, un desconocimiento de la importancia de su quehacer, que supone en los hospitales una priorización de los servicios de intervención directa por encima de los de apoyo terapéutico. El paciente como centro, hace referencia a la atención sanitaria que establece una cooperación entre los profesionales de la salud, los pacientes y, cuando sea oportuno, la familia, para asegurar que las decisiones que se toman respetan los deseos del paciente, sus necesidades y sus preferencias.

Se puede afirmar que cualquier servicio accesible, efectivo, eficiente, adecuado, continuado, respetuoso, satisfactorio, puntual, centrado en el paciente tiene elevadas posibilidades de ser un servicio de gran calidad.[3]

Resulta conveniente el evaluar la atención de calidad porque permite ayudar a los usuarios y a los compradores de servicios a realizar elecciones informadas sobre la atención sanitaria, a los médicos y pacientes a tomar decisiones informadas sobre los planes terapéuticos, a los clínicos a mejorar la atención que prestan y a proporcionar información clínica a los procesos de decisión económica.

Se evaluó la calidad de atención en el área de consulta externa de oftalmología del Hospital IESS de Manta, mediante el análisis de tendencias nacionales e internacionales vinculadas a modelos de atención de calidad en salud y a la descripción de las características con relación a la estructura, procesos y resultados, de esta manera, se recomendó una propuesta de modelo de gestión técnico – administrativo en base a la norma de calidad ISO 9001: 2000 en organizaciones sanitarias.

Existen muchas aproximaciones para medir la calidad de atención sanitaria. Todas ellas poseen ventajas e inconvenientes, y algunas funcionan mejor en ciertos ámbitos que en otros. Para evaluar la calidad es necesario basarse en tres ámbitos diferenciados: estructura, procesos y resultados. De forma sintética se podría afirmar que: la calidad

estructural hace referencia a las características del sistema sanitario, la calidad del proceso se refiere a las actividades que desempeñan los profesionales y la calidad de los resultados está relacionada con la salud de los pacientes. [2]

Las teorías, los enfoques y los modelos cobran relevancia y significado siempre que puedan ser aplicados y utilizados, más que validados. Por ello, este proceso investigativo tuvo el objetivo de evaluar la calidad de la atención en el área de consulta externa de oftalmología en el Hospital IESS de Manta, por considerar que en ella se reproducen las características de las demás áreas de consulta externa del hospital, al encontrar representación de los niveles de insatisfacción. El estudio se llevó a cabo durante seis meses comprendidos entre enero a junio del 2011. El estudio fue de tipo descriptivo, con un diseño transversal no experimental [3] porque permitió sondear un problema desconocido en un contexto particular y analizar el comportamiento de la situación.

El universo lo constituyeron los 3248 pacientes atendidos en la consulta externa de oftalmología del Hospital IESS de Manta en los meses comprendidos entre enero a junio del 2011. Para efectos de la obtención del tamaño de la muestra se tomó como valor para la proyección, el total de atenciones registradas en el segundo semestre del año (julio a diciembre del 2010) al cual se aplicó la fórmula de muestreo proporcional con un nivel de confianza del 95% [6] correspondiendo un resultado de 121 usuarios quienes fueron encuestados en forma aleatoria (Anexo N° 1). Las categorías que se utilizaron para evaluar la calidad de la atención en el estudio fueron: la calidad estructural, calidad de los procesos y calidad de los resultados más satisfacción.

Bajo estos lineamientos, se elaboraron cuestionarios de valoración con el fin de reunir en ellas factores determinantes de cada indicador, y se realizó una encuesta a cada uno de los afiliados que acuden a la consulta externa de oftalmología.

Con los resultados que se obtuvieron en las encuestas se procedió a la tabulación de datos mediante la herramienta SPSS 17.0 for Windows, se analizó e interpretó los datos, obteniendo los siguientes resultados:

La satisfacción de los usuarios que acudieron al servicio de oftalmología no fue catalogada de manera global como excelente. Se observó que la mayoría de los usuarios si lograron satisfacer sus expectativas frente al servicio en un 51.20% pero un 43% solo lo hizo de manera parcial, el 82,60% sí volverían a consultar la especialidad, de igual manera un 84.30% si lo recomendarían a un conocido.
Respecto a la fecha de la programación de su cirugía opinaron que está dentro de un tiempo aceptable un 29.80%, su seguimiento post-quirúrgico fue solamente bueno en el 18.20% de los casos y en cuanto a la respuesta de los usuarios de cuáles fueron los parámetros en los que la consulta externa de oftalmología debe mejorar, un 83.40% concluyó que debe ser en mayor dotación de medicamentos, mayor número de especialistas, horario de atención, conocimientos y habilidades, tecnología médica, amabilidad, respeto e infraestructura, lo que evidenció que no hay una satisfacción real en la mayoría de los usuarios encuestados.

Se determinó que la hipótesis planteada es VERDADERA ya que la satisfacción global que percibe el usuario que se atiende en la consulta externa de oftalmología no es Excelente en todos sus aspectos, incluso, se evidenció que hay parámetros en los que los usuarios catalogan al servicio como Deficiente.

De esta manera se recomendó una propuesta del modelo de gestión de calidad establecido en la norma ISO 9001: 2000 adaptado a organizaciones sanitarias para mejorar la calidad y calidez de atención en la consulta externa de oftalmología del Hospital del IESS de Manta.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la calidad de atención en la consulta externa de oftalmología del Hospital IESS de Manta en los meses de enero a junio del 2011 y recomendación de una propuesta para su mejoramiento.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la filiación de los pacientes que acuden a la consulta externa de oftalmología del Hospital IESS Manta.
2. Analizar la oferta de la consulta externa de oftalmología del Hospital IESS Manta.
3. Analizar los indicadores de gestión de la consulta externa de oftalmología del Hospital IESS Manta.
4. Determinar si la atención que recibe el usuario de la consulta externa de oftalmología del Hospital IESS Manta, se la realiza con calidad y calidez.
5. Evaluar la satisfacción del usuario que acude a la consulta externa de oftalmología del Hospital IESS de Manta.
6. Recomendar una propuesta de modelo de gestión técnico – administrativa.

1.2 HIPÓTESIS

- Aplicando una propuesta para el mejoramiento de la consulta externa de oftalmología en el Hospital IESS de Manta, se logrará ofrecer una mejor calidad y calidez de atención a los usuarios.

1.3 VARIABLES

1.3.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

- Evaluación de la calidad de atención en la consulta externa de oftalmología.

1.3.2 VARIABLES DEPENDIENTES

- Propuesta de mejoramiento para la calidad de atención en la consulta externa de oftalmología.

1.3.3 VARIABLES INTERVINIENTES

- Oferta
- Indicadores de gestión
- Consulta externa
- Calidad
- Calidez
- Satisfacción del usuario.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL IESS DE MANTA

2.1.1 COMIENZOS DE LA PRESTACIÓN MÉDICA EN MANTA

Como datos históricos, es preciso destacar lo siguiente:

En Marzo de 1928 se fundó la Caja de Pensiones, primer organismo regulador de los seguros de vida, vejez e invalidez; solamente para los servicios públicos. En octubre 8 de 1935 se dicta la primera Ley de Seguro Social Obligatorio, que contempló la creación del Instituto Nacional de Previsión Social; como organismo máximo, crea también la Caja del Seguro, para dar protección; así mismo, tanto a los servidores privados, como a los obreros, comenzando ya la verdadera cobertura social para los ecuatorianos. Adscrita a este organismo, se funda poco tiempo después el Departamento Médico del Seguro Social, que se encarga de la atención médica y de maternidad al seguro habiente de las dos cajas. Años más tarde, se unifican en un solo estamento, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el mismo que sigue vigente en la actualidad.

La prestación médica en la ciudad de manta, se inicia en el año 1938, cuando el Dr. Alfonso Marchán Aguirre es propuesto por el Director General de entonces, Dr. Pablo Antonio Suárez, para que el cargo de médico – delegado; quien al aceptar dichas funciones atendió a los afiliados en su propio consultorio, actuando como secretario el Sr. Ausdael García Macías. Meses después, el Dr. Marchán renuncia tal delegación. Su reemplazo recayó en la persona del Dr. Isidoro Almendares Prado, con iguales funciones. En 1943 se arrienda en una casa en cuya parte alta se adecuó un consultorio médico, secretaría y una botica. En este año se amplió también la cobertura dental, cargo para el que fue nombrado el Dr. José María Palacios Ojeda, profesional oriundo de Loja, que formó en esta ciudad una distinguida familia. La casa antes mencionada, era propiedad del Sr. Isaac Santana, contigua al cuerpo de bomberos. Con la renuncia

del Dr. Almendares, se nombra al Dr. Daniel Acosta Rosales. Dos años después, se crea ya el cargo de delegado, independizando así las dos funciones. El primer delegado fue el señor Jacinto Dueñas y como secretario el señor Jesús María Andrade.

En este mismo año se cambia de local a una casa propiedad del seguro, en la calle Juan Montalvo y avenida Páez, ya con el carácter de dispensario médico; que contó con el siguiente personal: Director Médico, Dr. Daniel Acosta Rosales; Dentista el Dr. Hermes Bello R.; Auxiliar de Enfermería, Srta. René Alarcón; Secretaria, Sra. Dioselina Urgiles y como Auxiliar la Srta. Cristina Carrera; Boticaria, Srta. Aurora Vásquez y Conserje señor Carlos Carrión.

En 1949 es nombrado el Dr. Carlos Ochoa Camacho como médico tratante y domiciliario. El año de 1951 por renuncia del dentista Dr. Hermes Bello, es nombrado en su reemplazo el Dr. Olmedo Bello Rodríguez; habiendo laborado en dicho cargo hasta su jubilación por más de 35 años consecutivos; siendo merecedor del aprecio y respeto de todo el personal que ha trabajado en el área médica de Manta, por sus dotes de caballero y excelente profesional; habiendo recibido con justicia todos los reconocimientos existentes por sus largos años de servicio de manera ejemplar; hoy, continúa atendiendo su clientela particular en el consultorio.

Por otra parte, es meritorio anotar que el Dr. Daniel Acosta Rosales, desde su comienzo inició una labor sistemática ante los organismos competentes en Quito, para que se mejore de manera sustancial estos servicios médicos. Movió a los trabajadores y ciudadanía en general con este propósito. Hasta que el consejo superior, haciéndose eco de estos permanentes reclamos recomendó las adecuaciones necesarias en el edificio de hormigón armado del consorcio alemán que fue la casa tagua, construcción del año 1900 y propiedad del seguro. Allí debió funcionar la primera clínica, ocupando los tres pisos del edificio. En el primero o planta baja funcionó la consulta externa, consultorio dental, gabinete de rayos X, un local para inyecciones y emergencias, botica, laboratorio y lavandería.

En el primer piso alto, sala de cirugía y esterilización, sala de gineco-obstetricia y hospitalización de mujeres. Segundo piso alto: hospitalización de varones y cuartos de los médicos residentes. Conformada así la clínica, fue inaugurada el 17 de octubre de 1956. Solemnizó el acto el Presidente de la República, Dr. Camilo Ponce Enríquez. La unidad estuvo conformada por un total de 24 personas.

Tres meses después renuncia la Dirección del Dr. Daniel Acosta por motivos personales, viniendo en su reemplazo el Dr. Guillermo Proaño, quien estuvo en esta función hasta finales del año 1958. Luego es nombrado el Dr. Roberto Pérez y a continuación el Dr. Julio Ortega.

En 1960 es nombrado por segunda ocasión el Dr. Daniel Acosta, en acto de justicia por la magnífica labor cumplida en años anteriores, quien siguió imprimiendo a la clínica nuevos rumbos de superación médica y administrativa. Más tarde, llegó a la dirección el Dr. Milton Guerra, al mismo que remplazó el médico manabita Dr. Luis Villacreses hasta 1964. Es nombrado luego el Dr. Carlos Ochoa, y en su administración se organizó el plan piloto de atención médica al campesino, inaugurándose un dispensario médico en la comuna La Pila del cantón Montecristi, adscrito a la clínica de Manta. Paulatinamente, fue aumentando el personal médico y paramédico, de acuerdo a las necesidades que crecían con el tiempo. En 1966 es nombrado Ministro de Previsión Social el Dr. César Acosta Vásquez, quien dispone la creación de plazas médicas adicionales, de cuatro médicos y un dentista. El Dr. Acosta, después de dejar el ministerio, ingresa a la Clínica del IESS como médico cirujano; meses después renuncia para ejercer el cargo de Director del Hospital "Rodríguez Zambrano".

En 1972 es nombrado director médico el Dr. Roddy Mata Moreira y posteriormente, Jefe Provincial de Salud del IESS. En su administración se establecen las siguientes comunas para el campesino manabita: Los Bajos, El Progreso, Julián Coronel, Las Tunas, Río Caña, Higuerón y Sancán. En cuanto al personal médico de la clínica, aumentó considerablemente; con doce médicos tratantes, tres médicos residentes, un radiólogo y dos dentistas, tres laboratoristas, dos enfermeras tituladas y veinte y siete auxiliares de enfermería, servicio social, educador para la salud, tres asistentes para la

botica, quince en personal administrativo y catorce en personal de servicios, en total en esa época 101 empleados del IESS en Manta, en su área médica.

Respecto al inmueble de la ex clínica del IESS, ahora contiguo al moderno edifico del ex Filanbanco; al quedar desocupado luego de algunos años, se habilitó la planta baja para que funcione el Monte de Piedad de la institución y por muy poco tiempo, ya que fue suprimido junto a otras instituciones de este tipo. Actualmente funciona en este inmueble las dependencias del BIESS.

El 3 de octubre de 1987, se crea un nuevo hito en la historia de la prestación médica del IESS en Manta, en esta hidalga y querida ciudad, ciudad y puerto de singulares privilegios naturales, que con su encanto tropical, nos habla con el oleaje de su mar serenamente azul el lenguaje milenario de pasadas glorias, de esta tierra hecha de sol, de anchurosas playas y brisa marinera, de volar de gaviotas siempre en pos del dorado arcano, donde aún palpita el corazón de Jocay, y la Diosa Umiña, vierte de su alma de esmeralda sortilegios de luz, como presagios de fe y de esperanza por mejores días.

El Hospital IESS de Manta, dirección avenida de la cultura contigua al albergue municipal, limita al norte con el Centro Comercial de la Bahía, al sur con el Colegio 5 de Junio, al este con los Barrios Unidos, al oeste con el Mirador de la avenida de la Cultura. Empezó su construcción en el año 1981 con una edificación de 5 plantas, para una cobertura de aproximadamente 120 camas hospitalarias. Actualmente están funcionando tres pisos para hospitalización tanto de hombres como de mujeres, terapia intensiva, centro obstétrico y post quirúrgico. La planta baja funciona desde el 3 de octubre, día de su inauguración en 1987.

El área de hospitalización fue readecuada a finales del año 2002 y parte del 2003, en la administración del Dr. Federico Vera. Cuenta con aire climatizado, cambio de nuevos pisos y puertas, sanitarios completos en cada cuarto y otras comodidades. De igual manera entre el año 2009 al 2010, en la administración del Dr. Rodrigo González, se creó la habilitación del área de cuidados intensivos, así como se habilitaron el segundo y tercer piso.

El Hospital del IESS está considerado como Hospital Provincial Nivel II; organismo orientado a satisfacer las necesidades de los seguro habientes tanto de la ciudad como de la provincia. Atención de consulta externa en las diversas especialidades; cuenta además con área de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación, poniendo énfasis en la salud materno infantil, en cuanto se refiere a inmunización y administración de vacunas; regulación de fecundidad, detección oportuna de cáncer, sobre todo en la mujer, a nivel de mamas, útero y anexos; en concreto, medicina preventiva y curativa. Por ahora su farmacia cuenta con las medicinas indispensables y suficientes. Además, satisface las necesidades bio-psico-sociales, por medio de un trabajo coordinado entre todos los miembros del equipo de salud en sus diferentes áreas.

Cuenta con personal médico, paramédico, odontológico, personal de enfermería y administrativo; el mismo que debe seguir implementándose de acuerdo a las necesidades requeridas. Existen equipos básicos de diagnóstico y tratamiento, igualmente rehabilitación con el personal adecuado. El Hospital atiende referencia de especialidad de toda la provincia, tanto urbana como rural. Así mismo, refiere pacientes a otras unidades médicas de mayor complejidad, cuando el caso lo amerita; igualmente, se transfiere a los Hospitales del Ministerio de Salud, al existir un convenio en tal sentido. Por último, el área médica del IESS es una entidad eminentemente autónoma y de servicio público, específicamente creada con la finalidad de proteger la salud de la clase afiliada a la institución.

El servicio médico del IESS de Manta, tuvo su desarrollo inicial cuando funcionaba en la Avenida 4ta y Calle 8 como Clínica del IESS de Manta, ubicada en pleno centro de la urbe frente a EAPAM.

Tenía una capacidad de 55 camas hospitalarias, con una cobertura de atención para toda la provincia de Manabí a nivel del IESS.

Hoy, el Hospital del IESS Manta funciona con los servicios de:

- Hospitalización

- Quirófanos
- Emergencias
- Odontología
- Imagenología
- Laboratorio
- Consulta externa
- Terapia Intensiva
- Servicios Médicos de consulta externa
- Inyecciones – Curaciones
- Lavandería
- Fisioterapia
- Cafetería
- Estadísticas
- Administración
- Guardianía

Y en las áreas administrativas, determinadas actualmente por la resolución N° 056 que clasifica a este Hospital como una unidad de complejidad II.

2.1.2 DEPARTAMENTO DENTAL DEL IESS MANTA

El primer dentista fue el Dr. José Palacio Ojeda, profesional de origen lojano, quien fincó su residencia en esta ciudad. El Dr. Palacios, trabajó para el Seguro Social por pocos años y atendía a los afiliados en su consultorio particular.
Hoy el departamento dental cuenta con un espacioso lugar dentro del mismo hospital, cuenta con 4 consultorios odontológicos con equipos de rayos x y materiales de odontología.

2.1.3 SERVICIO DE RADIOLOGÍA

Comienza aproximadamente en el año 58, servicio atendido por el Dr. Rodrigo Jaramillo, con el apoyo de un auxiliar en enfermería.

Como reemplazo trabajaron en ocasiones los Doctores Luciano Delgado y Eduardo Paz. En 1971 llega a ocupar dichas funciones el Dr. Cristóbal Benítez, oriundo de Quito, quien fue enviado desde el Hospital Andrade Marín al no disponer de radiólogos en la ciudad, laborando unos pocos años; viene luego el Dr. Francisco Espinoza, en las mismas condiciones del anterior profesional culto y competente, dejando muy buena impresión de su corta permanencia en Manta, regresando a continuar su trabajo en Quito.

Desde fines del año 1972, comienza a laborar un radiólogo manabita, el Dr. Jaime Andrade Barcia, realizando un magnífico trabajo: primero en la clínica y luego en el Hospital del IESS, hasta el año 1999 en que se acoge a la jubilación. Durante todo este tiempo el Dr. Andrade, contó con la acertada colaboración de la Sra. Elsa Barcia Tomalá, tecnóloga en radiología, quien ya contaba desde años atrás con mucha experiencia en este campo, habiendo trabajado anteriormente en LEA. La Sra. Barcia, decidió igualmente jubilarse por ese mismo año 1999, luego de una larga etapa de tesonero trabajo.
Los profesionales mencionados, fueron sustituidos por el Dr. Humberto Rodríguez Ramos (de origen cubano) y la Sra. Karina Cedeño en calidad de auxiliar, quienes laboran hasta el día de hoy.

2.1.4 RELACION HISTÓRICA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL IESS DE MANTA

Enfermería comenzó a funcionar a partir del año 1948, con la creación del cargo de una auxiliar de enfermería (no titulada) para el Dispensario.
En 1956 con la apertura de la Clínica del IESS comenzó a brindar atención hospitalaria, iniciándose con 20 camas, 10 para hombres y 10 para mujeres, con apenas una enfermera y cinco auxiliares de enfermería en hospitalización y una en consulta externa.

Era casi imposible organizar un servicio de enfermería por falta de personal profesional permanente y si lo había trabajaban no más de seis meses, luego pedían sus pases

(oportunismo), es decir la clínica era simple puente para arribar a vida mejor, en estos casos los pacientes quedaban a cargo del personal auxiliar de enfermería.

En 1962 la Clínica cuenta ya con una enfermera permanente, dignidad recaída en la Srta. Lesme Rodríguez Ostaiza, que ve como prioridad la organización del servicio de enfermería, los niveles centrales tenían una mala política de crear cargos auxiliares de enfermería, mas no de enfermeras profesionales, por lo que la enfermera jefe le tocaba trabajar casi sola siempre, porque además todas las enfermeras que venían a Manta se regresaban en poco tiempo a Quito.

En la década de los 70 se suscitaron cambios tanto en las áreas físicas como en lo técnico administrativo.

A partir de 1972 el servicio de enfermería ya contó con otra enfermera permanente, Lcda. Aracely Romero Albán, esto ayudó para trabajar en la organización y normalización de los servicios. Ya en la década de los 80 se trabaja con 56 camas, las mismas que estaban ocupadas en 95%, la demanda de trabajo en enfermería trabajó especialmente para las enfermeras, ya que se continuaba con la política de nivel central de seguir enviando auxiliares de enfermería y no enfermeras profesionales.

Se continúa insistiendo al nivel central, previo informe respectivo, justificando el mismo y lográndose conseguir hasta el año 1986, apenas 8 enfermeras, número aun suficiente para cubrir todos los turnos, especialmente en las noches, sábados y domingos.

En 1984, por circunstancias conocidas (incendio) la clínica pasó a funcionar en el área de consulta externa del hospital en construcción, esto exigió a enfermería tomar nuevas estrategias como adecuaciones de las áreas, organización de los servicios, redistribución del recurso humano y adaptarse a la nueva situación.

En la década de los 90 persistían aún más todos los problemas en todos los aspectos, los servicios dispersos, como consulta externa, rayos x, lavandería, farmacia, falta de

transporte, entre otros, así enfermería tenía que afrontar estas situaciones y seguir adelante con seguridad y optimismo.

Sin perder la fe y la esperanza se continúa solicitando personal profesional de enfermeras y es así que el 07 de Octubre de 1991, y luego de tanta insistencia y gracias a gestiones del director regional Dr. Carlos Loor García y el Director de la unidad Dr. Leonardo Cañizares, de la Coordinadora de enfermería de la regional 6, Lcda Marcela Viteri de Delgado y de la Jefe del Servicio de Enfermería del Hospital Lcda. Lesme Rodríguez de Andrade, se logra la creación de 10 cargos para enfermeras, con lo que se mejoró el horario de trabajo y por ende la atención de enfermería a los usuarios.

Hasta el 09 de agosto de 1993 el Hospital cuenta ya con 18 enfermeras ya profesionales y 38 auxiliares de enfermería, de las cuales 17 enfermeras y 37 auxiliares se ubican en el hospital y una enfermera y 4 auxiliares en consulta externa (antigua clínica).

En el período comprendido de 1993 al 2000 se produce una disminución del personal de enfermería en el hospital, ya que por varios factores como: compra de renuncias, muerte de un auxiliar de enfermería, renuncia una voluntaria de enfermería para acogerse al beneficio de la jubilación, Lesme Rodríguez de Andrade, el servicio de enfermería afronta una de las peores crisis de la década, quedándose con 15 enfermeras y 23 auxiliares de enfermería; con el creciente aumento de afiliados el resultado es negativo, disminución de la calidad de atención y por ende perjudicando al propio afiliado. Esto dio lugar a sobrecarga de trabajo, pésima atención al usuario y sumando el malestar y reclamo justo del personal de enfermería, pero así lo dispusieron las autoridades superiores de no llenar vacantes y suspensión de contratar personal de reemplazo.

En el año 2000 se cuenta ya con 19 enfermeras profesionales que llenaron 4 vacantes existentes y en el mes de marzo del 2004 se cuenta ya con 20 enfermeras y 24 auxiliares de enfermería, a la fecha del 18 de abril del 2004 contamos con 30 camas en el área de hospitalización de cirugías, medicina interna, pediatría y gineco – obstetricia.

2.1.5. LABORATORIO CLINICO DEL IESS

Igual que los otros servicios médicos del IESS en Manta, en lo que a la Clínica se refiere, estos fueron creciendo a medida del aumento de los afiliados a la institución; de allí que se puede hablar de un crecimiento paulatino pero sostenido, hasta llegar a la implementación con que hoy cuenta el Hospital, cuyo personal en relación a la antigua clínica, prácticamente se ha cuadriplicado, por decir lo menos.

En el año 1971 comienza a trabajar como laboratorista la Dra. Hilda Andrade. Al momento de su ingreso había una sola persona cumpliendo dichas funciones, la Sra. Elvia Llerena de Cueva, pasando a desempeñarse como ayudante de la Dra. Andrade, sobre todo en la preparación del material y recolección de muestras. Se indica que en aquella época, se atendía un promedio de doce pacientes diarios, en esos días aún no existían los tubos al vacío para la extracción de sangre. Pocos meses después ingresó el Sr. Luis Campuzano, como ayudante de laboratorio 2; mientras aumentaba el número de pacientes. Ya para 1980, ingresa la Sra. Céfora Delgado y poco tiempo después la Srta. Alicia Baque; siendo Director de la Unidad Médica el Dr. Roddy Mata. El laboratorio empieza a incrementarse en su equipamiento moderno, así como en nuevas técnicas y procedimientos ya en boga para aquella época. Para el año 1983, ingresan como laboratoristas las Sras. Teresa Pino y América Escobar; ésta última, meses después, pide su traslado al HCAM de Quito.

Una vez terminado el Hospital a fines del año 87, el Laboratorio se traslada a las nuevas instalaciones donde permanece hasta hoy.
El número de afiliados ha crecido notoriamente y por obvias razones el trabajo en este departamento se ha incrementado muchísimo, motivo por el cual ingresó la Srta. Sheila Gavilanes como una ayudante más.

Fue transcurriendo el tiempo hasta la presente fecha, las vacantes que se iban produciendo no han sido llenadas por disposiciones superiores, poniendo en serios aprietos al personal que ha quedado en la actualidad; el mismo que es insuficiente para atender la enorme demanda de los usuarios; por lo que ahora, manifiestan, es imposible

atender las emergencias por las noches y los días festivos, constituyendo una situación negativa para la buena marcha del hospital.

Se considera una política de “austeridad económica” inadmisible y absurda, escatimar recursos humanos indispensables, mientras se dilapida el dinero de los afiliados en gastos superfluos, como en la adquisición de vehículos de lujo.

2.2 GESTIÓN Y CALIDAD

La calidad de la atención sanitaria, desde hace mucho tiempo, o incluso desde siempre, preocupa a los profesionales de este campo en menor o mayor medida.
Desde los tiempos hipocráticos, se ha podido documentar un interés por desempeñar el arte de la medicina con una gran preocupación por la calidad. Un ejemplo de esta preocupación es el juramento hipocrático, en el que se plantean aspectos como el respeto a los pacientes, la confidencialidad, la accesibilidad, la competencia profesional, etcétera. Todos ellos son parte importante de la calidad, como se verá más adelante, intervienen en sus dimensiones básicas.

Por tanto, se puede afirmar, que la calidad asistencial no es un elemento nuevo y que el interés por la misma es inherente a la práctica sanitaria. Sin embargo, las primeras iniciativas para evaluar, para medir la calidad de atención, no tuvieron lugar hasta el siglo XIX.[16]

2.2.1. DEFINICIÓN DE CALIDAD

La existencia de centenares de artículos, libros y otras publicaciones en las que se incluyen diferentes definiciones acerca de la calidad proporciona una idea de la subjetividad del término y de la falta de un acuerdo generalizado.
Se puede afirmar que el concepto de calidad de la atención sanitaria es complejo y que por ello no existe una definición universalmente aceptada.
La calidad es un término subjetivo del que cada persona tiene su propia definición.

Desde un punto de vista técnico, la calidad puede tener dos significados:

1. Las características de un producto o servicio que se basa en su capacidad para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas.
2. Un producto o servicio sin deficiencias [1]

La oficina regional de la OMS en Europa la define de la siguiente manera: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

En 1998, el ***Office of Tecnology Assessment*** definió la calidad de atención sanitaria como el "grado en el que el proceso de atención sanitaria incrementa la probabilidad de obtener los resultados deseados por el paciente y reduce la probabilidad de resultados no deseados, dado el estado del conocimiento médico".

El ***Institute of Medicine*** de Estados Unidos propone la siguiente definición: "la calidad de la atención sanitaria es el grado en el que los servicios sanitarios para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el estado actual de los conocimientos científicos".

Definiciones más recientes incluyen aspectos relacionados con la perspectiva de los pacientes y de otros clientes de los servicios sanitarios. Por lo tanto, la satisfacción de los clientes es una dimensión fundamental de la calidad, que no indica necesariamente calidad de la atención.

2.2.2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD

Parece no existir un consenso generalizado sobre la definición de calidad, sin embargo, la mayoría de los autores está de acuerdo con el hecho de que la calidad es un *concepto multidimensional*. Así, autores como Avedis Donabedian, Joint Commisision on Accreditation of Healthcare Organizations, Williamson o Institute of Medicine presentan distintas dimensiones de la calidad.

Así, ***Donabedian*** plante en su artículo *"Los siete pilares de la calidad"* siete dimensiones:

- Eficacia
- Efectividad
- Eficiencia
- Optimización
- Accesibilidad (relación profesional-paciente, preferencias de los pacientes y la confortabilidad)

La ***Joint Comisión of Accreditation of Healthcare*** plantea las dimensiones de la calidad desde dos puntos de vista:

- Hacer las cosas correctas (adecuación, accesibilidad y eficacia)
- Hacer las cosas correctamente (continuidad, efectividad, eficiencia, respeto, seguridad y puntualidad)[15]

Cada uno de los puntos de vista incluye diferentes dimensiones de la calidad:

Hacer las cosas correctas	**Hacer las cosas correctamente**
✓ Adecuación ✓ Accesibilidad ✓ Eficacia	✓ Continuidad ✓ Efectividad ✓ Eficiencia ✓ Respeto ✓ Seguridad ✓ Puntualidad

Según la Joint Commission se define:

- Adecuación: grado en el que la intervención sanitaria prestada es relevante para las necesidades clínicas del paciente.

- Accesibilidad: grado de disponibilidad de una intervención sanitaria adecuada para alcanzar las necesidades del paciente.

- Eficacia: grado en el que la atención sanitaria ha obtenido el resultado deseado.

- Continuidad: grado de coordinación de la atención al paciente entre profesionales, la organización y diferentes organizaciones a lo largo del tiempo.

- Efectividad: grado en el que una determinada intervención se presta de manera correcta, dado el estado actual del conocimiento, con el propósito de conseguir el resultado proyectado para el paciente en condiciones reales (no experimentado).

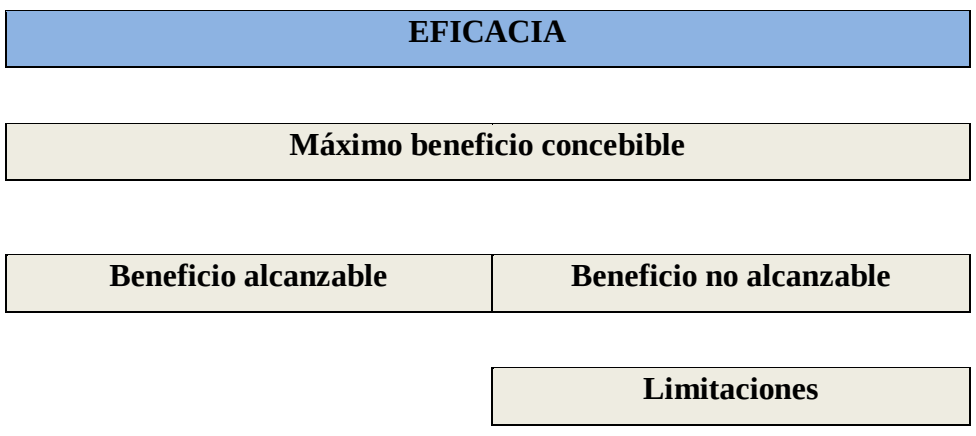
- Eficiencia: relación entre los resultados de la intervención sanitaria y los recursos utilizados para llegar a ellos.

- Respeto: grado de implicación de los pacientes en su propia atención y el grado en el que las personas que prestan los servicios lo hacen con cuidado y sensibilidad

- Puntualidad: grado en el que una intervención sanitaria se realiza a un paciente en el momento más beneficioso o necesario.

Casi todos los autores plantean como dimensiones indiscutibles las tres "e" es decir, eficacia, efectividad y eficiencia [5]

2.2.2.1. Eficacia

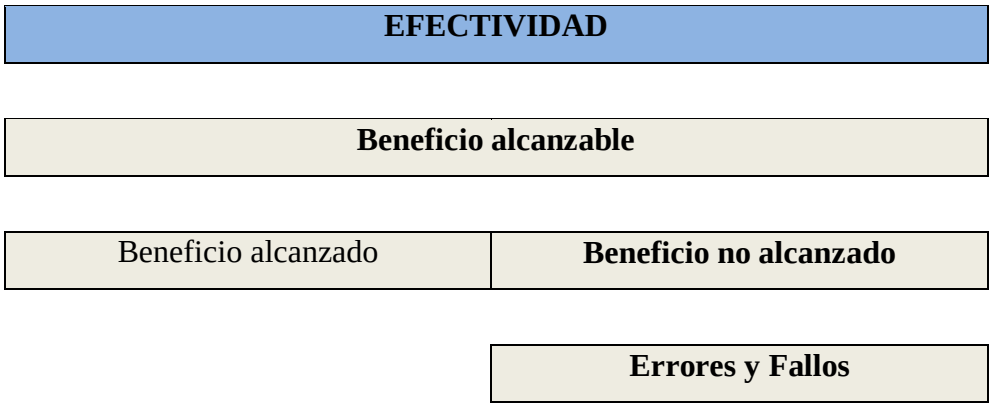


Al plantear un concepto como el de *máximo beneficio concebible* (casi siempre se piensa en la curación o en la prevención absoluta de algún proceso patológico), es posible dividirlo en:

- Beneficio alcanzable
- Beneficio no alcanzable (frente a las limitaciones de la ciencia o de los recursos).

La relación entre el beneficio alcanzable y el máximo beneficio concebible da lugar a la eficacia. Siempre se establece en condiciones experimentales, en condiciones ideales o de laboratorio

2.2.2.2. Efectividad



En condiciones no experimentales se hace referencia a la efectividad. Si se considera el beneficio alcanzable de la figura de la eficacia como una barra entera, es posible observar que se dividirá en:

- Beneficio alcanzado
- Beneficio no alcanzado

La relación entre el beneficio realmente alcanzado y el alcanzable en condiciones ideales conduce a la efectividad

Un ejemplo que puede ilustrar estas dimensiones de la calidad es la vacunación de 50 niños. El máximo beneficio concebible es que la vacuna inmunice a los 50 niños. En condiciones experimentales, se alcanzará una cifra próxima, debido a que las condiciones de transporte, conservación, dosificación son lo mejor dentro de lo posible.

En cambio, en la realidad de un centro de salud, puede fallar la cadena de frío, las fechas de las dosis, etcétera. Todo ello hace que el beneficio alcanzado sea menor al beneficio alcanzable y que, por lo tanto, exista un beneficio no alcanzado.

Este beneficio no alcanzado puede deberse a fallos o errores de omisión o de comisión.

Los conceptos de eficacia y efectividad adquieren tal importancia que se llega a afirmar que la calidad constituye la diferencia entre la eficacia y la efectividad. A estas dos dimensiones les falta el componente de los costes que tiene una gran importancia. Cuando se introduce este elemento se habla de eficiencia.

2.2.2.3. Eficiencia

EFICIENCIA	
Costes totales de la atención	
Costes necesarios	Costes innecesarios
Atención beneficiosa	Atención inútil / Atención perjudicial
	Errores y fallos

La eficiencia está constituida por la relación entre los costos de la atención de produce beneficios y los costos que son inútiles e, incluso, perjudiciales.

En conclusión, se puede afirmar que cualquier servicio accesible, efectivo, eficiente, adecuado, continuado, respetuoso, satisfactorio, puntual, centrado en el paciente, tiene elevadas probabilidades de ser un servicio de gran calidad.

2.2.3. MEDICIÓN DE LA CALIDAD

Se hace importante medir la calidad por cuatro razones básicas que justifican este fin, las cuales son:

- Proporciona ayuda a los usuarios y a los compradores de servicios a realizar elecciones informadas sobre la atención sanitaria: La información sobre la calidad puede ayudar a los consumidores de los servicios sanitarios a realizar elecciones informadas. La mayoría de los usuarios de los servicios, posee, pocos conocimientos acerca de la capacitación técnica de los médicos o de otros profesionales de la salud como las enfermeras, auxiliares de laboratorio, auxiliares de imagenología, etc., en cuya elección puede participar activamente.
  Muchos pacientes piden consejo a amigos, algunos se basan en una adecuada accesibilidad geográfica, otros, sin embargo, tienen especialmente en cuenta los aspectos relacionados con la comodidad y la buena presencia de los lugares donde se presta la atención. Estos y otros aspectos de la atención pueden determinar la elección de un proveedor sanitario. No obstante, discernir entre aquellos centros o profesionales que proporcionan una adecuada atención para un aspecto en particular puede resultar difícil en el caso de un paciente que no forme parte del mundo sanitario. El control de la calidad puede proporcionar esa información necesaria para adoptar la decisión adecuada de donde y a quien solicitar la atención.

- Ayuda a los médicos y pacientes a tomar decisiones informadas sobre los planes terapéuticos: La información sobre la calidad resulta también útil en el caso de los médicos y pacientes que deben tomar decisiones sobre el tratamiento.
  Por ejemplo, existen estudios que han demostrado que la cirugía de endarterectomía carotidea puede mejorar la supervivencia en al menos un 60%

en pacientes con estenosis carotidea. Sin embargo, en muchos hospitales la proporción de éxitos no es tan elevada como se muestra en los estudios, ya que, a menudo, éstos se realizan en centros médicos y con profesionales más aptos. Asimismo, con frecuencia, en los estudios se incluyen pacientes con menos patologías asociadas y que tienen una probabilidad muy elevada de seguir adecuadamente el tratamiento.

Como la atención prestada en la realidad es posible que no alcance los mismos resultados que en las investigaciones, la información sobre la práctica de los centros locales permitiría a los profesionales de atención primaria y a los pacientes tomar decisiones basadas en la información de la práctica profesional.

- Ayuda a los clínicos a mejorar la atención que prestan: Los clínicos pueden utilizar la información relacionada con su propia calidad con el fin de mejorar la atención que prestan. El control de la calidad no solamente permite abordar las áreas con un nivel de calidad inferior. También proporciona la oportunidad de identificar y aprender de las áreas que tienen un nivel superior.

    - Los responsables de los centros o de las entidades proveedoras pueden identificar las necesidades con el propósito de que los profesionales gocen de oportunidades para mejorar sus niveles de calidad.

    - O también pueden identificar problemas organizativos que impiden la provisión de servicios de gran calidad.

- Proporciona información clínica a los procesos de decisión económica: Los esfuerzos por lograr una contención en los costes crea incentivos en las instituciones sanitarias con el fin de reducir la cantidad de servicios prestados, hecho que, efectivamente, puede mejorar la salud de la población, siempre y cuando se eliminen aquellos servicios sanitarios que son inútiles o perjudiciales. Sin embargo, cuando se deja de prestar la atención necesaria, la salud puede resultar perjudicada.

Los criterios de calidad pueden facilitar las decisiones acerca del tipo de atención que debe mantenerse y la que debe ser eliminada de forma segura.

Estas decisiones redundan necesariamente en la prestación de un conjunto de servicios más efectivo.

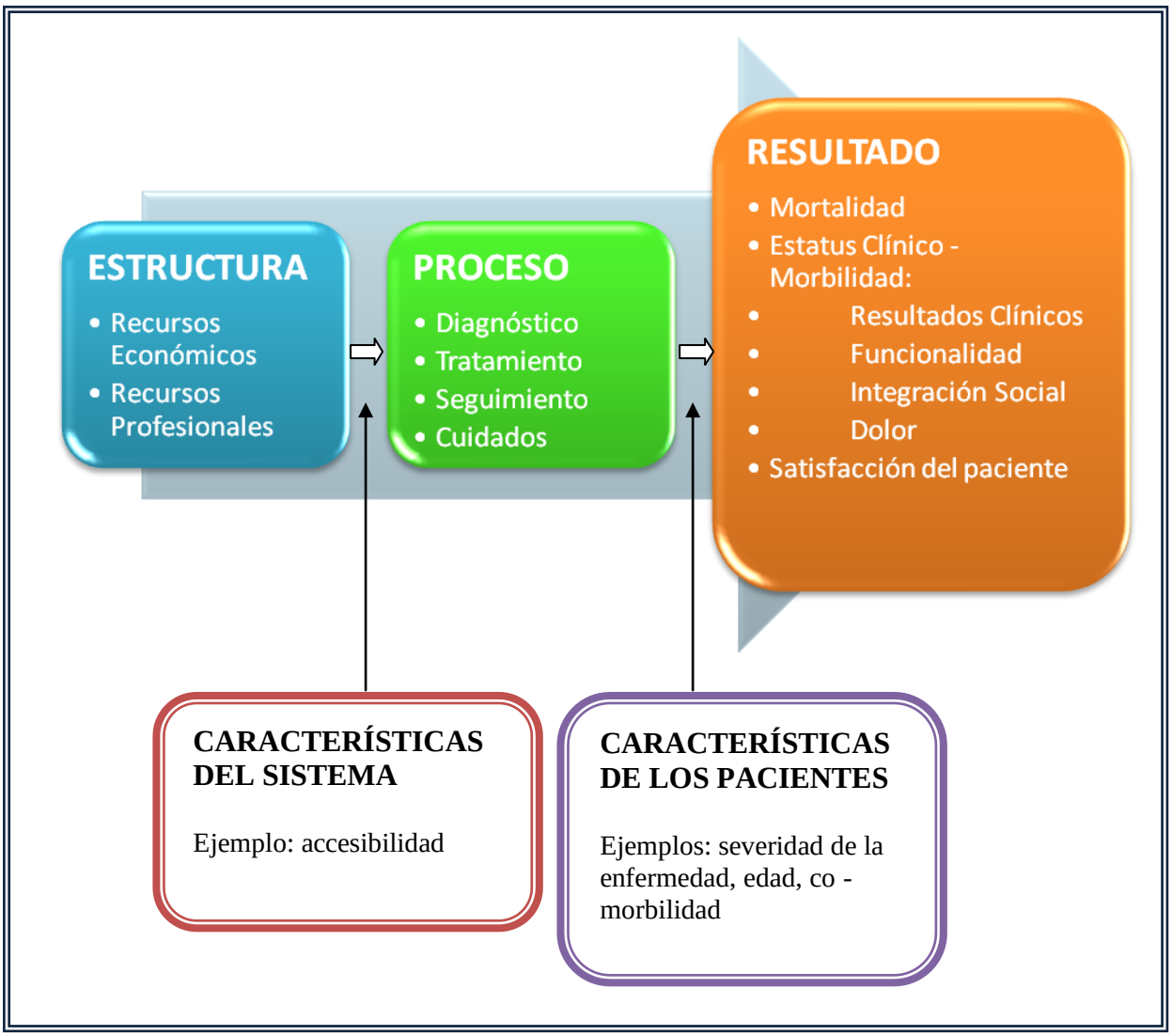
Existen muchas aproximaciones para medir la calidad de la atención sanitaria. Todas ellas poseen ventajas e inconvenientes, y algunas funcionan mejor en ciertos ámbitos que en otros.

Para evaluar la calidad es necesario basarse en tres ámbitos diferenciados: estructura, proceso y resultado [13]

De forma sintética se podría afirmar que:

- La calidad estructural hace referencia a las características del sistema sanitario
- La calidad del proceso se refiere a las actividades que desempeñan los profesionales
- La calidad de los resultados está relacionada con la salud de los pacientes

Aunque el último fin de los servicios sanitarios radique en conseguir buenos resultados, la utilización de medidas no suele ser la forma más efectiva para alcanzar este fin, debido a causas técnicas que describiré más adelante.



2.2.3.1. Calidad Estructural

La calidad estructural está relacionada con las características del sistema, las cuales afectan a su capacidad para alcanzar las necesidades de los pacientes y de las comunidades a las que se atiende[7]. Estas características incluyen:

- Características de los profesionales (ejemplo: años de experiencia, titulación, formación y especialización).
- Características organizativas (ejemplo: número de profesionales, camas hospitalarias per cápita).

- Características estructurales son necesarias para proporcionar una buena atención, pero resultan normalmente insuficiente para asegurar niveles de calidad adecuados

Las mejores medidas estructurales son las que pueden demostrar una influencia positiva en la provisión de la atención (calidad del proceso) y en la salud del paciente (resultados). Esta influencia no se ha podido demostrar en la mayoría de las medidas de estructura.

Una medida estructural que ha podido demostrar su relación con los resultados es el volumen. Éste se puede definir como el número de veces que un clínico o un hospital realizan un determinado procedimiento o trata a pacientes con una determinada patología. Varios estudios han demostrado que cuanto mayor es el volumen, mejores son los resultados [14]

Las medidas estructurales han sido durante un largo tiempo el componente clave para la acreditación de servicios y centros, aunque en los últimos años se van incorporando medidas de proceso y de resultado en sus manuales.

2.2.3.2. Calidad del Proceso

La calidad del proceso está relacionada con lo que los clínicos hacen con sus pacientes y con qué nivel de calidad lo hacen, tanto desde un punto de vista técnico como interpersonal. En el estudio de la calidad del proceso, se hace mención a dos parámetros medibles:

- Calidad del Proceso Técnico: Se habla de calidad del producto del proceso desde el punto de vista técnico cuando se realiza las decisiones adecuadas en el diagnóstico y tratamiento y, por otro lado, la atención se presta con la capacitación y las habilidades necesarias. En el primer punto se mide, generalmente, mediante la evaluación de la adecuación o del cumplimiento de

los estándares profesionales. Las habilidades de los profesionales son más difíciles de evaluar directamente (ejemplo: pueden requerir una observación directa de la interacción clínica), por lo que pueden deducirse de los resultados (ejemplo: complicaciones quirúrgicas).

- Adecuación: Una intervención o un servicio, como por ejemplo una prueba de laboratorio, un procedimiento quirúrgico o diagnóstico o la medicación, se considera adecuado si los beneficios esperados (aumento de la esperanza de vida, alivio del dolor, disminución de la ansiedad, mejora de la capacidad funcional) superan los posibles riesgos para la salud (mortalidad, morbilidad, la ansiedad previa a la intervención, dolor causado por la intervención, diagnóstico inadecuado) en un margen suficiente como para considerar la intervención lo suficientemente válida.

  La atención necesaria o crucial, constituye un subconjunto de la atención adecuada. La atención se considera necesaria si existe una probabilidad razonable de obtener un beneficio no trivial para el paciente y siempre que se considere inadecuado no prestar la atención. Estos criterios sirven para medir:

  - La sobreutilización de la atención, que, por otro lado, se trata de un problema relacionado con las posibles complicaciones de la atención sanitaria (iatrogenia), el despilfarro de recursos.
  - La infrautilización. En este caso, el problema radica en que las personas no reciben la atención necesaria para mejorar su salud.

- Cumplimiento de los Estándares Profesionales: Otra forma de medir la calidad del proceso consiste en determinar si la atención abarca los estándares profesionales. Esta evaluación se puede realizar por medio de la elaboración de una lista de indicadores de calidad que describan un proceso de atención que debe cumplirse en determinado tipo de paciente o circunstancia clínica.

Los indicadores deben basarse en estándares que, a su vez, deben encontrarse en la bibliografía, ser establecidos por organizaciones profesionales o ser definidos por paneles de expertos.

- Calidad Interpersonal: La calidad interpersonal está referida a una atención prestada con respecto y de forma humana, de modo que se adecue a la preferencia de los pacientes. Se incluyen aspectos como la información que el médico clínico proporciona al paciente con el fin de que éste pueda tomar decisiones informadas o para que se sienta implicado en las principales decisiones de su asistencia. Generalmente, se evalúa mediante las encuestas que se realizan a los pacientes.

2.2.3.3. Resultados

La medición de los resultados es, probablemente, el enfoque intuitivamente más atractivo para el control de la calidad.

Los tres tipos de resultados principales son: el estatus clínico, el estatus funcional y la satisfacción de los pacientes.

- El estatus clínico: El estatus clínico abarca los resultados biológicos de la enfermedad, tales como el funcionamiento de los sistemas orgánicos. Los profesionales sanitarios han utilizado tradicionalmente el estatus clínico para determinar el éxito o el fracaso de un tratamiento.

- Estatus Funcional: Las medidas del estatus funcional evalúan como se afecta la capacidad del individuo para participar en actividades físicas, cognitivas y sociales. Cuando se combinan las medidas del estatus funcional con el sentimiento general de bienestar del paciente suele hacerse referencia a la medición de la calidad de vida relacionada con la salud.

La evaluación del estatus funcional se basa en la premisa de que muchos aspectos de la salud son importantes para los pacientes y que influirán en la toma de decisiones relacionada con los posibles tratamientos. Tales evaluaciones pueden facilitar la elección entre un tratamiento que proporcionará muchos años más de vida con una discapacidad importante y otro que hará que el paciente goce de menos años de vida, pero con una funcionalidad plena.

- Satisfacción del Cliente / Paciente: La satisfacción del paciente hace referencia al modo en que éste se siente, teniendo en cuenta la atención recibida. Una limitación de la medición de la satisfacción hace que los clientes pacientes no siempre puedan valorar si la atención fue adecuada o técnicamente buena. Las investigaciones no han permitido encontrar una relación consistente entre la satisfacción de los pacientes y la calidad técnica de la atención. Obviamente, un médico amable puede prestar una atención técnicamente incorrecta.

  Además, la satisfacción de los pacientes puede variar según las expectativas que se tengan. Por ejemplo, algunos pacientes que tengan antecedentes personales con respecto a problemas de accesibilidad (por ejemplo, tiempo de espera) pueden mostrarse especialmente satisfechos cuando finalmente son atendidos por un médico, independientemente del nivel de calidad con que fue prestado el servicio.

  Aunque la satisfacción de los pacientes es muy importante (un paciente satisfecho tiene más probabilidades de tomarse adecuadamente los antibióticos prescritos o de volver a las visitas de seguimiento), no debe considerarse como la única medida de calidad de la atención

2.3. DISEÑO, IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE CALIDAD

El plan de calidad de una empresa es un instrumento de aplicación del plan estratégico que debe formularse una vez establecidas la misión y la visión del centro y ser congruente con éstas. Los planes de calidad pueden ser internos (propios de cada centro) o externos (fomentados por la administración, entidades pagadoras, sociedades científicas, etc.); debe monitorizar y mejorar las competencias clave de cada organización. En el campo de las organizaciones sanitarias, se recomiendan los procesos y resultados clínicos, el respeto a los derechos del paciente, el entorno en que se produce la asistencia y su seguridad y la organización de los equipos y centros.

Es especialmente recomendable definir las líneas estratégicas y lo que se va a evaluar antes de decidir el sistema organizativo de un plan de calidad.
La dirección junto con los profesionales implicados deben evaluar (valorar si los resultados obtenidos son adecuados o hay que mejorarlos) el plan de calidad.

Habitualmente, cada tres o cuatro años es necesario cambiar el enfoque y el modelo organizativo de los programas, es por esto que en este capítulo abordaremos las fases necesarias para poder establecer un plan de calidad interno de un servicio o centro de salud (hospital, centro de atención primaria, etc.).

Los planes de calidad pueden ser internos (propios de cada centro) o externos (fomentados por la administración, entidades pagadoras, sociedades científicas etc.).

2.3.1. DECISIÓN DE INICIO DEL PROGRAMA

¿En qué momento hay que establecer un programa de calidad?
La respuesta parece obvia: desde el inicio de una empresa, aunque no siempre sucede así. Para analizar este tema, resulta útil clarificar algunos conceptos y términos.

Se denomina **Política de Calidad** a aquella parte del plan estratégico que aborda los temas de calidad. La política de calidad de una empresa está relacionada directamente con:

- Su definición de misión y los valores
- La visión de empresa que se tenga para los próximos años
- Las líneas estratégicas que se pretenda desarrollar
- Los principios básicos que se consideran comunes a los programas de calidad sanitarios (OMS) [10]
- El plan de calidad recoge los objetivos estratégicos que se persiguen con la política de calidad en un determinado periodo (habitualmente, 2-4 años), el modelo, los niveles de responsabilidad y el sistema organizativo que se va a utilizar.
- El programa de calidad, que puede ser anual o bianual, establece los objetivos operativos de un determinado periodo.

La política de calidad se tiene que definir después de la misión y durante la formulación del plan estratégico; sin embargo, en algunos casos, las instituciones sanitarias se plantean desarrollar un plan de calidad sin haber formulado claramente su misión y estableciendo la visión para los años sucesivos, en función del análisis del entorno.
En estas ocasiones, es muy difícil que el plan de calidad refleje las necesidades estratégicas de la empresa.

Es importante recordar que la misión es (Albrich): al respuesta a la pregunta: "¿qué aportamos al cliente/sociedad?". La definición de misión debe incluir: quién es el cliente, qué valor le aportamos y qué condiciones especiales tiene en nuestra empresa esta aportación.

2.3.1.1. Principios que orientan un plan de calidad sanitario

Cuando se decide poner en marcha un plan de calidad, es fundamental conocer los principios básicos que orientan los planes de calidad sanitarios:

- La calidad es un elemento estratégico de la organización
- La dirección es la responsable de la calidad de una empresa y de su mejora continua.
- La calidad en el servicio es un compromiso de todos los profesionales que se basa en principios éticos. No se trata de una opción voluntaria.
- Debe estimularse el rol de los clientes en la definición y seguimiento de la calidad (pacientes, familia) y seguir los requisitos externos que puedan existir (administración y entidades compradoras).
- El plan de calidad de una empresa debe ser único (no de cada una de las profesiones) y centrado en el cliente
- El enfoque de los planes de calidad es educativo/incentivador y participativo. Las acciones punitivas ante los errores conllevan la inhibición de los profesionales. Los planes de calidad requieren la participación de todos.
- El plan de calidad debe introducir elementos de cultura en la organización:

  - ✓ El concepto cliente/servicio
  - ✓ Mejora continua
  - ✓ Énfasis en la prevención
  - ✓ Hábito de objetivar las discusiones y cuantificar
  - ✓ Actitud de solidaridad ante los fallos
  - ✓ Integración en el centro estableciendo medidas factibles y evitando su uso como elemento de conflicto.

- Deben clasificarse las funciones de los participantes directivos / profesionales / coordinadores. Los componentes de los equipos de mejora de la calidad suelen ser asesores de la dirección de mandos.

La política de calidad debe quedar escrita en un documento que debe ser público y conocido por clientes y profesionales.

2.3.2. DIAGNÓSTICO DE FACTIBILIDAD

El plan de calidad de una institución depende, además de su entorno estratégico, de la situación actual que curse la misma, tanto en lo referente al sistema de gestión como a otras características que deben evaluarse cuidadosamente.
Deben analizarse como mínimo:

- ✓ Características del centro (tamaño, situación financiera)
- ✓ Entorno externo (requisitos legales existentes: acreditación u otros, imagen pública).
- ✓ Funcionamiento y organización del centro (organigrama, sistema de gestión, clima social, actividades anteriores).
- ✓ Sistemas de soporte (sistema de información, soporte informático).
- ✓ Recursos que están dispuestos a invertir en el centro (dedicación de personal, soporte informativo=
- ✓ Existencia de un programa previo y grado de aceptación/efectividad de éste.
- ✓ Motivos e interés del gerente o jefe.

El diagnóstico es una fase importante, que requiere entrevistas con la dirección y profesionales líderes de opinión así como con algunos profesionales de base para valorar las actitudes frente a los planes de calidad y las posibilidades de aceptación de un programa en el futuro.

2.3.3. REFLEXIÓN ESTRATÉGICA

La reflexión estratégica básica al inicio de un plan de calidad es la que se realiza para identificar los motivos por los que la empresa necesita la implantación del plan.
Los posibles enfoques de éste son múltiples, por lo que es muy importante que el plan establecido se adapte a las necesidades de aquel momento estratégico de la empresa.

2.3.3.1. Motivos de Implantación

Los posibles motivos:

- Motivos estratégicos:
  - ✓ Cambio de cultura de la organización
  - ✓ Cambio del tipo de servicio por realizar
  - ✓ Cambio del modelo de gestión
  - ✓ Sistematización del trabajo

- Respuesta a presiones internas:
  - ✓ Interés profesional (existencia de programas recomendados de sociedades científicas, etc.).
  - ✓ Conflicto interno
  - ✓ Existencia de programas anteriores que establecen una expectativa importante de continuidad.

- Respuesta a presiones externas:
  - ✓ Existencia de requisitos legales o de contratación
  - ✓ Necesidad de acreditación/certificación
  - ✓ Presión social de la comunidad
  - ✓ Mejora de la imagen en el sector

Es importante que esta reflexión se realice rigurosamente, de manera que no se acepten todos los motivos expuestos, sino que se elijan los que de verdad necesita la empresa en aquel momento concreto.
Si no se identifican las necesidades que debe cubrir el plan de calidad, es muy probable que su efectividad disminuya.
Esto sólo puede ser realizado en el comité directivo, ya que compromete los objetivos estratégicos del plan para todo su período de vigencia.

2.3.3.2. Formulación de Líneas Estratégicas

La formulación de las líneas estratégicas tiene que ser coherentes con las necesidades identificadas por la institución.
En los planes de calidad de los centros se mencionan los siguientes posibles objetivos estratégicos:

- ✓ Disminuir la variabilidad (clínica y de procesos)
- ✓ Mejorar los resultados asistenciales
- ✓ Enfocar la organización al cliente externo
- ✓ Aumentar la eficiencia
- ✓ Disminuir riesgos y aumentar la seguridad.
- ✓ Mejorar la identificación con la empresa y la satisfacción de los clientes[6].

Es útil cuantificar el porcentaje de esfuerzos que va a dedicarse a cada una de las directrices estratégicas establecidas.

2.3.3.3. Responsabilidad de los Participantes

En el desarrollo de un plan de calidad, es importante fijar el grado de responsabilidad de cada uno de sus actores, para garantizar que la visión de éste es uniforme y que su posterior aplicación se adapta al sistema de gestión del centro [12] Una distribución de responsabilidades aceptable es la siguiente:

- La ***dirección*** es la responsable del liderazgo del programa en lo referente a:

    - ✓ La cultura de la organización; debe explicitar la importancia de la calidad y de la mejora continua y establecer un enfoque no punitivo, basado en la motivación y el reconocimiento que facilite el desarrollo profesional y de la organización.
    - ✓ Además, en el ámbito de gestión, debe integrar el plan de calidad en el sistema de gestión y utilizarlo.
    - ✓ Asimismo, corresponde a la dirección dar prioridad a los temas que se han de mejorar y aprobar y asignar recursos para las mejoras necesarias.

- Los ***mandos*** deben liderar el programa en su área:

    - ✓ Motivar a los profesionales a participar
    - ✓ Proponer objetivos de calidad en su área
    - ✓ Integrar los resultados en ésta y realizar el seguimiento
    - ✓ Garantizar la comunicación ascendente y descendente

- Los **profesionales** deben evaluar su práctica:

    - ✓ Proponer las medidas necesarias para mejorarla, de forma que sean factibles, y comprometerse con los objetivos de mejora continua de la empresa.

Los planes de calidad necesitan un mecanismo de coordinación: un profesional que actúe de coordinador o un grupo o núcleo de calidad. En cualquier caso, sus funciones son:

- Velar por la coherencia entre las actividades acometidas y los objetivos estratégicos propuestos.
- Realizar funciones de coordinación y soporte metodológico
- Coordinar la sistematización para identificar problemas, diseño de estudios, recomendación de medidas correctoras y circulación de la información.
- Mejorar la dinámica de integración de profesionales y gestores con los objetivos de calidad del centro.

2.3.4. DEFINICIÓN DEL SISTEMA DE TRABAJO Y LOS CONTENIDOS DEL PLAN

En primer lugar es importante ver si existen condicionantes externos al centro que puedan influir en el plan de calidad (sistemas de acreditación, obligatorios, requisitos legales, etc.). En algunos casos, habrá que adoptar determinados sistemas organizativos y, en otros, cumplir una serie de objetivos establecidos externamente

En los programas de calidad se realiza periódicamente una serie de actividades que permiten su funcionamiento y que siguen el ciclo de evaluación de calidad. Por tanto, es fundamental establecer claramente su responsabilidad y los sistemas que se utilizarán para llevarlas a cabo.

Actividad	Responsabilidad	Método
1. Detección de problemas	Profesionales Mandos Dirección	Encuestas a clientes Revisión de casos Observación directa, etc.
2. Sistematización de los problemas detectados	Coordinador de calidad, núcleo de calidad, etc.	Parrillas de sistematización
3. Priorización	Dirección	Parrilla de Hanton o similar
4. Medida de la práctica	Profesionales Mandos	Encuestas Revisión de casos Observación directa, etc.
5. Evaluación	Dirección Mandos Profesionales	Juicio implícito Comparación con estándares
6. Propuesta de medidas correctoras	Clientes Profesionales Mandos	Sugerencias Informes sobre casos evaluados
Actividad	**Responsabilidad**	**Método**
7. Aprobación de medidas correctoras y adjudicación de recursos	Dirección Mandos	Actas de comités de dirección Respuesta a informes del plan de calidad
8. Implantación de medidas correctoras	Mandos Profesionales	Cambios de sistemas de trabajo (protocolos, circuitos) Formación Modificación de actitudes
9. Reevaluación	Dirección Mandos Profesionales	Estudios de efectividad y eficiencia

Es especialmente recomendable decidir lo que se va a evaluar antes de definir el modelo de calidad que se va a adoptar o el sistema organizativo concreto.

2.3.4.1. Contenidos del Plan de Calidad

- Proceso y resultados clínicos:

  - ✓ Manejo de principales patologías (resultados, cumplimiento de vías, etc.).
  - ✓ Principales procesos asistenciales (gestión de fármacos, rehabilitación, transfusiones, planificación de cuidados, atención domiciliaria, educación paciente y familia).

- Respeto a los derechos del paciente y participación en las decisiones:

  - ✓ Información y soporte
  - ✓ Satisfacción pacientes y familias
  - ✓ Intimidad
  - ✓ Participación y relaciones con la comunidad

- Entorno en el que se realiza la atención:

  - ✓ Seguridad del entorno
  - ✓ Mantenimiento de utillaje
  - ✓ Confort

- Organización del equipo y del centro:

  - ✓ Coordinación (listas de espera, sistemas de citación, interconsultas, etc.).
  - ✓ Acogida
  - ✓ Alta
  - ✓ Trabajo interdisciplinar

- ✓ Formación
- ✓ Sesiones clínicas

- Objetivos del plan de calidad:

  - ✓ Definición del contenido inicial
  - ✓ Nivel de responsabilidad
  - ✓ Métodos
  - ✓ Sistemas organizativos
  - ✓ Sistemas de información
  - ✓ Incentivos / motivación

- Recursos necesarios:

  - ✓ Formación
  - ✓ Personal de soporte

- Evaluación

2.3.4.2. Selección del Modelo de Calidad

Es esencial escoger un modelo que contemple claramente las competencias centrales (core competences) de la organización sanitaria ya que, de lo contrario, se corre el riesgo de no tener en cuenta los aspectos más importantes para el cliente y los profesionales de nuestro centro.
En los casos en que se desarrolla la primera experiencia de calidad suele ser útil establecer un modelo propio de la organización que permita un desarrollo progresivo hacia sistemas más complejos.

El modelo organizativo establece la interacción entre los diferentes actores del programa y los sistemas de evaluación y mejora que se ponen en marcha.

Cada centro debe decidir las acciones que ha de desarrollar globalmente y las que se realizarán en cada servicio o unidad. Se debe tener en cuenta que el apoyo necesario para llevar a cabo unas u otras acciones es muy diferente.
Existen sistemas más simples de organización que se utilizan para desarrollar el plan de calidad en un servicio, unidad o centro de salud pequeños. Se trata simplemente de acordar con la dirección los temas que se deben mejorar en el plan de calidad y establecer la responsabilidad de medición en uno o dos miembros del servicio para después discutir en sesión clínica los resultados obtenidos y las mejoras necesarias.

2.3.4.3. Sistemas Organizativos

Existen diversos sistemas organizativos que permiten llevar a cabo las actividades de un programa de calidad. Los más conocidos son:

- Comisiones clínicas:

  Grupos de expertos de una determinada área (infección, educación del paciente, farmacoterapéutica, etc.) que monitorizan el tema que se les encomienda, habitualmente una función clave de la atención al paciente. Sus componentes actúan como expertos y no en representación de los colectivos o servicios y especialidades a las que pertenecen.

- Task – force o group ad hoc:

  Son equipos de mejora que tratan de solventar un determinado problema (mejora del sistema de citaciones, reorganizaciones de un área concreta, etc.). En general, está formado por profesionales y mandos directamente implicados en el problema a los que se ha solicitado un informe técnico y pueden o no actuar en representación de un servicio o colectivo específico.

- Sistema de dirección participativa por objetivos (DPPO):

  Forma parte de los sistemas de gestión habituales de los centros que, en este caso, incluye los objetivos de calidad. Al inicio de cada año, la dirección y los profesionales de un determinado colectivo pactan una serie de objetivos y

recursos necesarios para llevarlos a cabo y establecen un compromiso para su consecución, que puede estar ligado a incentivos.

- Grupo de mejoras de procesos (quality improvement process team):
  Puede abarcar un determinado proceso o producto (la mejora de la atención de la diabetes o el cáncer de mama) o un servicio concreto (rehabilitación, cirugía, atención domiciliaria). Forman parte de él todos los implicados en el proceso / producto, aunque la evaluación solo la puedan realizar algunos; por tanto, no es un sistema delegado, sino que lo constituyen todos los trabajadores implicados. Los resultados suelen discutirse en sesiones clínicas.

- Círculos de calidad:
  Están formados por profesionales que de forma voluntaria eligen trabajar en la mejora de la calidad. En los círculos prototipo, los participantes escogen los temas y los reportan directamente a un alto directivo de la organización. Tiene la ventaja de ser un buen sistema de fidelización de sus participantes y el riesgo de abordar temas que sean estratégicamente poco importantes o inoportunos.

Cabe recordar que el funcionamiento de los grupos de mejora no se basa sólo en el papel que se les adjudica en el programa de calidad, sino en la relación y dinámica personal entre sus participantes, por lo que debe establecerse cuidadosamente su composición.

Las actividades de un programa de calidad no son únicamente las que se llevan a cabo por los sistemas organizativos descritos anteriormente, además incluye todo aquello que puedan desarrollar los profesionales individuales y los directivos.

Cada uno de estos sistemas organizativos puede abordar su evaluación mediante un enfoque por problemas o un sistema de monitorización. Resulta útil recordar que los programas de calidad han sufrido históricamente una evolución en sus formas organizativas. Hoy en día se tiende a abordar el estudio de procesos clave (gestión

de fármacos, educación del paciente) y la monitorización de resultados o procesos de patologías clave (infarto agudo de miocardio, neumonía, etc.).

Finalmente, en la definición del sistema de trabajo y contenidos del plan se deben tener en cuenta los sistemas de información disponibles y la necesidad o no de modificarlos. Por una parte, hay que garantizar la disponibilidad de las fuentes de datos (historias clínicas, estadísticas de actividad, codificación de encuestas, etc.) y, por otra, los productos que el programa de calidad debe proporcionar al sistema de información del centro (cuadro de mando de calidad, comparación con otros centros, etc.).

2.3.5. IMPLANTACIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES.

La implantación de un plan de calidad y su mantenimiento en una empresa requiere básicamente acciones de comunicación y compromiso por parte de la dirección.
Los principales temas que hay que abordar son los siguientes:

- *Comunicar la filosofía y los objetivos del plan:* Es conveniente que la política de calidad de la empresa conste por escrito en un documento que conozcan todos los profesionales. Se recomienda también que los máximos directivos de la empresa realicen algún acto de presentación pública. De hecho, uno de los principales predictores de éxito de un plan de calidad es el grado de implicación y participación directa de la alta dirección en las acciones de comunicación de éste, ya que los profesionales ven en ello su compromiso con la calidad.

- *Transmitir los objetivos anuales que deben ser públicos y conocidos por todos:* es imposible lograr la adhesión a un plan de calidad si sus objetivos estratégicos no son compartidos por toda la empresa.

- *Comunicar los resultados de los estudios y feedback a los implicados:* a menudo los planes de calidad sanitarios caen en el error de no reportar sus resultados a

los profesionales implicados o hacerlo de forma tardía o parcial. Este es uno de los motivos de falta de implicación y desánimo importantes, ya que los profesionales quieren conocer y discutir los resultados de su práctica.

- *Comunicar la consecución de objetivos, que representa el mejor incentivo para la participación.*

Cuando se puede objetivar que los esfuerzos realizados se concretan en una mejora de la atención de los pacientes, los profesionales reconocen las ventajas del plan de calidad. El logro de objetivos se puede monitorizar a través del dossier de calidad y el cuadro de mando de la empresa.

2.3.5.1. Recursos Personales

Al diseñar la implantación de un plan de calidad no se pueden perder de vista los recursos necesarios para establecer el programa. Hay que tener en cuenta varios aspectos: el tiempo que necesitan los profesionales para dedicarse al programa (evaluación y propuesta de medidas correctoras), la necesidad de coordinación, el soporte metodológico y de diseño que se requiere, la formación y, sobre todo, el tiempo de dedicación del equipo directivo, sin el cual no funciona ningún programa.

2.3.6. POSIBLES RESISTENCIAS AL PLAN DE CALIDAD

Es útil recordar que existen diferentes **fases de implantación de los planes de calidad** que suelen repetirse en cada caso siguiendo la misma cronología. Su conocimiento nos puede ayudar a avanzar muchas de las **resistencias** que aparecerán y a establecer las estrategias más útiles para abordarlas. Estas fases son:

- *Falta de cultura de evaluación:* en una primera fase cuesta que los profesionales se acostumbren a la evaluación, pues esta se vive como una agresión a su trabajo diario y un intento de fiscalización de la dirección o los compañeros del trabajo profesional. Es una fase que se supera con el tiempo, la compresión y la falta de medidas punitivas. Progresivamente, los profesionales (y la empresa) reconocen

que los errores y las oportunidades de mejora afectan a todos, son frecuentes y no deben ser un elemento de desprestigio profesional, sino una oportunidad para mejorar el servicio.

- *Dificultades para cuantificar:* Los profesionales de la salud tienden a hablar de "casos" y a veces les resulta difícil tener una visión de conjunto cuantificada de un problema. Por tanto, hay que generalizar el hábito: no aceptar situaciones particulares e incentivar la cuantificación cuidadosa de problemas e impacto de las soluciones.

- Falta de hábito en realizar propuestas constructivas de medidas correctoras: Es normal que los primeros estudios de calidad conlleven la tentación de "justificar" aquello que hace tiempo que pedimos (más personal, más recursos, etc.)". Si bien en algunos casos es necesario aumentar los recursos destinados a la atención, los planes de calidad deben proporcionar medidas factibles de mejora y, en consecuencia, las soluciones propuestas deben analizarse cuidadosamente para garantizar su viabilidad y aceptabilidad.

- *Falta de incorporación de la calidad a la rutina de gestión:* En muchas empresas, los planes de calidad son, en su estado inicial, una actividad poco relacionada con el día a día de la gestión del centro, tanto para la dirección como para los mandos intermedios, lo que hace que los profesionales la perciban como una actividad accesoria a la que no vale la pena dedicar demasiados esfuerzos.

- *Dificultad para lograr la participación de todos los profesionales en fases más avanzadas de los planes de calidad:* Se ha observado que cuesta pasar del concepto "la calidad es cosa de alguna que se dedican a medirla" al concepto "yo tengo la responsabilidad de establecer mis propios objetivos de calidad y mejorarlos", aunque la empresa no lo exija explícitamente. Esta fase supone un momento avanzado de los planes de calidad, pues ya es más un compromiso individual de cada trabajador que un requisito de la dirección.

2.3.7. LA FUNCIÓN DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

Debemos distinguir en esta fase dos **aspectos** distintos:

- La **medida de la calidad**, que puede realizarse mediante enfoque por problemas o sistemas de monitorización. La medición debe realizarse de forma rigurosa y siguiendo metodologías aceptadas. Además se ha de escoger el método que consuma menos recursos, pues se evitará centrar los esfuerzos en la medida de la calidad en vez de hacerlo en su mejora.

- La **evaluación de la calidad** consiste en valorar si los resultados obtenidos son adecuados o necesitan mejorarse. Este juicio, ya sea realizado de forma implícita o mediante la comparación de resultados con otros centros, debe constar por escrito, y es una de las responsabilidades de la dirección del centro. A menudo, los resultados "se envían a la dirección" sin un juicio de los profesionales que han realizado el estudio y nunca se explícita la opinión de la dirección. Por tanto, esta función crucial debe garantizarse en cualquier programa.

2.3.8. MEJORA DE LA CALIDAD, LA APLICACIÓN DE MEDIDAS CORRECTORAS

Es importante conocer los aspectos relacionados con el diseño del plan de calidad.

- Es importante que los profesionales implicados analicen las medidas correctoras desde una óptica multidisciplinar.
  Normalmente se encarga un estudio de calidad a un equipo de mejora que finaliza su trabajo con la cuantificación y evaluación de éste. Después el equipo directivo toma las medidas correctoras oportunas. Este sistema tiene muchos riesgos:

  - ✓ Por una parte, no se aprovecha la experiencia de los profesionales implicados para solucionar un problema que conocen bien.

- ✓ Por otra parte, se pierde la posibilidad de que se impliquen directamente en la solución de un tema que les atañe.
- ✓ Además, la valoración de propuestas de mejora por un solo grupo profesional no suele tener en cuenta la capacidad de los demás para cooperar en la solución.

- Las medidas correctoras deben estar claramente relacionadas con el origen del problema:

  - ✓ Si el problema es de conocimiento, deben estar enfocadas a la formación.
  - ✓ Si es de organización, han de cambiar los sistemas de trabajo.
  - ✓ Si es de actitud, se tiene que trabajar la cultura de equipo y modificar las actitudes personales (burn – out), etc.).

Esto no suele ocurrir, y se aplican medidas correctoras basadas en "hacer protocolos" en vez de modificar las cargas de trabajo de un equipo.

- La aceptación de las medidas correctoras en una empresa está en función su tradicional tendencia a los cambios.

  Es importante educar a los profesionales sobre la necesidad de "trabajar en forma distinta" y aceptar la innovación y las experiencias sobre enfoques nuevos como uno de los valores importantes de la empresa. Es muy difícil que un programa de calidad funcione si una empresa y sus componentes no están dispuestos a modificar sus sistemas de trabajo.

2.3.9. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA Y SU EFECTIVIDAD

La efectividad de un programa se mide por su capacidad de impacto en la mejora de la atención a los pacientes y en la cultura de la organización.
Es fundamental que el diseño inicial del sistema de trabajo permita evaluar la efectividad de las intervenciones en tres niveles.

2.3.9.1. Seguimiento de la situación de cada proyecto u objetivo

Se realiza mediante una ficha individual que identifique y codifique el problema que se pretende mejorar su tipología, sus causas y la solución establecida, así como una medición basal antes de iniciar el estudio y otra en la fase de reevaluación (por lo general, se suele hacer al cabo de seis meses de aplicar la solución). En este tipo de evaluación es conveniente incluir el número de reuniones y personas que han asistido a ellas para poder calcular mínimamente el coste de evaluación.

2.3.9.2. Seguimiento de la situación de los objetivos de un determinado momento

Es muy útil sobre todo en la fase de implantación de medidas correctoras ya que, a veces, se diluyen las responsabilidades. A continuación se expone un ejemplo de sistema de seguimiento en esta fase:

OBJETIVO	FECHA APROBACIÓN MEJORAS	RESPONSABLE IMPLANTACIÓN	INICIO IMPLANTACIÓN	INICIO REEVALUACIÓN
1.				
2.				
3.				

Seguimiento de la implantación de medidas correctoras.

Además, es necesario realizar un seguimiento para constatar que los objetivos específicos del plan se están estudiando y mejorando.

2.3.9.3. Seguimiento de la efectividad del plan

Mediante documentos sobre estudios relacionados con mejoras: qué tipo de mejoras suponen para los pacientes y cuál es su coste y el ahorro que han representado. La monitorización anual de estos aspectos nos permite valorar si es necesario un cambio de enfoque del programa y la efectividad global de éste.

2.3.10. PROBLEMAS MÁS FRECUENTES EN EL DISEÑO DE PLANES DE CALIDAD

Los problemas más usuales al inicio de los planes de calidad son los siguientes:

- Falta de participación de los profesionales

Suele producirse cuando la política de calidad no está explicitada y los profesionales no perciben la importancia estratégica del programa para la dirección o dudan de la aplicación de sistemas punitivos.

- Déficit metodológico

Es un problema frecuente que genera mucho trabajo innecesario y, a medio plazo, una falta de credibilidad del programa. Los programas deben contar con el asesoramiento de algún profesional que conozca los fundamentos del diseño de programas y la metodología de calidad.

- Problemas de confidencialidad de datos

Representan un riesgo importante. Los datos de los programas de calidad deben custodiarse con celo y los flujos de información han de estar cuidadosamente establecidos. En general se aplica la ley de la "información piramidal", donde cada mando tiene información de los equipos o personas a su cargo y no de otros.

- Déficit de feedback

Los resultados de los estudios nunca llegan, o llegan tarde, a los profesionales implicados, lo que desmotiva y hace dudar de las medidas correctoras que se proponen.

- Complejidad de los estudios

A veces no se abordan estudios demasiado complejos para el momento organizativo de un centro. Si es así, los estudios no se finalizan o llegar tarde a los implicados. Es una buena regla limitarse a pocas variables que sean fácilmente tabulables (no más de 10). El conocimiento a fondo de la metodología permite disminuir sustancialmente el número de casos por revisar.

- Desinterés inicial de la opinión del usuario

A pesar de las declaraciones formales, la visión del cliente es difícil de asumir y con frecuencia los intereses de los directivos o derechos de los profesionales bloquean los cambios que redundan en una mayor comodidad del paciente. Es útil facilitar a los profesionales y directivos las transcripciones de grupos focales de pacientes y otras experiencias de observación encubierta de casos.

- Coste de los programas

Los programas de calidad requieren un coste sustancial, en horas de dedicación, en coordinación, soporte y formación y en dedicación de directivos. Además, cuando están en funcionamiento suelen ayudar a decidir las inversiones prioritarias de un centro, por lo que hay que prever estos costes al inicio (muchas veces no se añaden en los presupuestos).

- Las expectativas excesivas

Los planes de calidad mejoran la atención sanitaria, pero no las estadísticas de esperanza de vida de un país. Por ello es importante mantener las expectativas de los mismos en el ámbito de lo razonable evitando declaraciones demasiado triunfalistas.

2.3.11. LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

La mejora continua de la calidad se incorporó a la gestión de calidad en el campo sanitario a finales de la década de 1980 bajo la influencia de las teorías de, entre otros,

Deming, Juran y Crosby, las cuales se aplicaban al mundo de la industria. Las principales contribuciones en el sector sanitario vinieron de la mano de autores como Donald Berwick, Paul Batalden o David Blumenthal.
Se manejan *diferentes terminologías con significados muy parecidos* y, en muchas ocasiones, utilizados de forma indistinta y que, en inglés, poseen diferentes siglas:

- ✓ Continuos Quality Improvement (CQI).
- ✓ Total Quality Management (TQM)
- ✓ Total Quality Sistems (TQS)
- ✓ Quality Systems Improvement (QSI)
- ✓ Total Quality (TQ)

Frente a esta guerra de siglas, que puede producir confusión, se propone utilizar, de manera general, el término *mejora continua de la calidad.*

La mejora continua de la calidad consiste en el compromiso y el método necesarios para mejorar de forma continua cada proceso en cualquier parte de la organización, con el propósito de alcanzar y superar las expectativas y necesidades de los clientes.

La Mejora continua de la calidad consiste en el compromiso y el método necesarios para mejorar de forma continua cada proceso en cualquier parte de la organización, con el propósito de alcanzar y superar las expectativas y necesidades de los clientes.
La mejora continua de la calidad estimula a los profesionales y a los equipos a valorar su práctica profesional para identificar las causas de los problemas en los sistemas en los que se desarrolla la atención sanitaria con el fin de introducir las mejoras e innovaciones necesarias. Se trata de un esfuerzo a largo plazo que se establece mediante pasos progresivos y cada vez más con mayor firmeza: es un enfoque de debe hacerse a la medida del centro, servicio, profesionales y clientes de cada organización.

Una de las ventajas más importantes de la mejora continua de la calidad radica en su enfoque hacia toda la organización.

Es decir, se enfatiza el hecho de que todos los miembros de una organización deben moverse de acuerdo con unos principios semejantes para conseguir una gran sinergia de los esfuerzos realizados. Esta sinergia incluso se extiende más allá de los límites de la organización, ya que la mejora continua de la realidad se puede entender y puede ser apoyada por muchos usuarios externos a los servicios sanitarios, entre los que se incluyen pacientes y familias, y entidades públicas y privadas.

2.3.11.1. Principales características de la mejora continua de la calidad

Existe una serie de características que definen la mejora continua de la calidad, independientemente del tipo de centro en el que se aplique, y que constituyen los principales aspectos de su filosofía y metodología.

Características de la mejora continua de la calidad:

- Centrada en la misión de la organización
- Mejora continua
- Orientación al cliente
- Compromiso de la dirección
- Empowerment (corresponsabilización)
- Centrada en los procesos
- Basada en los datos

2.3.11.2. Centrada en la misión de la organización

La misión es la razón de ser de una organización, por lo tanto, las actividades de la mejora continua de la calidad debe estar en consonancia con la misión de la organización. La misión deber ser:

- Articulada en una declaración
- Comprendida por todos los miembros de la organización
- Valiosa para la comunidad a la que sirve

- Visible.
- Utilizada con firmeza para guiar los planes, metas y diferentes acciones.

2.3.11.3. Mejora continua

Aunque este punto es aparentemente obvio, vale la pena recordar, sin embargo, que cada plan, cada esfuerzo y cada proceso siempre es susceptible de una mejora.
Las organizaciones y la sociedad, en general, deben entender el mensaje de que mejorar la calidad es un proceso dinámico y necesario para todos.
Las organizaciones que sobreviven dando servicios de calidad a los ciudadanos son las que buscan constantemente la mejora para alcanzar las necesidades de sus clientes.

2.3.11.4. Orientación al cliente/paciente

La calidad se concibe actualmente más como la capacidad de alcanzar y superar las expectativas de los clientes. Esta idea representa un cambio muy destacado en la atención sanitaria, donde la calidad se definía únicamente desde una perspectiva profesional.

Tan sólo se pueden proveer servicios de buena calidad si se posee un buen conocimiento de las necesidades del cliente.

Los clientes pueden ser internos o externos:

- Los **clientes internos** son los profesionales de nuestra organización, cuya actividad (parte de ella) depende de nosotros; son los profesionales a los que les prestamos algún tipo de servicio. Puede ser un colega que atiende al paciente en el siguiente turno de guardia, una empleada que limpia la habitación antes del ingreso del paciente o un farmacéutico que requiere unos datos para el seguimiento del tratamiento.
- Los **clientes externos** son las personas externas a la organización, que dependen de nuestra práctica profesional para alcanzar sus necesidades. Los principales clientes externos son los pacientes y sus familias. También son clientes externos

los representantes de la comunidad a la que atendemos (asociaciones, municipios, etc.).

El término cliente tiene detractores en el sector sanitario y, a pesar de su utilización generalizada en el ámbito de la mejora continua de la calidad, se acepta con dificultad. Más allá de los aspectos semánticos, lo más importante son los conceptos, que ya se han definido anteriormente, y el potencial que tienen para convertir al paciente en el eje alrededor del cual gira la organización, al mismo tiempo para fomentar la solidaridad profesional pensando cuales son las necesidades de los profesionales que trabajan con nosotros (nuestros clientes internos) y en cómo alcanzarlas.

2.3.11.5. Compromiso de la dirección

La teoría y la práctica muestran de manera inequívoca que los esfuerzos por mejorar la calidad no tendrán éxito si los directivos y otros líderes de la organización no mantienen un compromiso personal y a largo plazo. El compromiso es necesario para conseguir lo siguiente:

- Destacar el valor e importancia de la calidad
- Establecer un fuerte compromiso con la calidad, que afecta progresivamente a todos los niveles de la organización.
- Asignar recursos y apoyar la calidad.

La mejora de la calidad no es algo rápido o fácil. Para movilizar a los profesionales se requiere consenso y dirección estratégica. Por lo tanto, es necesario que las iniciativas de la mejora continua de la calidad de una organización sean iniciadas o, al menos refrendadas, desde una posición de fuerza. La implicación de los directivos, que deben prestar atención continua en la mejora de la producción de servicios, constituye un mensaje muy serio sobre la importancia de la calidad.

La mejora de la calidad puede brotar desde los profesionales, pero solamente los directivos y líderes pueden conseguir que arraigue como una estrategia global de la organización.

2.3.11.6. Empowerment (corresponsabilización)

Otras de las bases de mejora continua calidad radica en el hecho de que la gente en primera línea de acción conoce su producto y sus clientes mejor que nadie. Desde la perspectiva de la mejora continua de calidad, los empleados no son los causantes de los problemas, sino el principal recurso de la organización

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 MATERIALES

3.1.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizo en el Servicio de Consulta Externa de Oftalmología del Hospital del IESS de la ciudad de Manta, provincia de Manabí.

3.1.2 PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN

El período de la investigación fue desde enero a junio del 2011.

3.1.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.1.3.1 Recursos Humanos

- La investigadora
- El tutor

3.1.3.2 Recursos Físicos

- Laptop HP Pavillion 6. Intel 2 Core Duo. 4 Ghz.
- Impresora Epson RX 290
- Sistema de Tinta Continua
- Encuestas
- Datos
- Indicadores de Gestión de la consulta externa de oftalmología.
- Hojas de Papel Bond
- Materiales de oficina (bolígrafos, lápiz, borrador, sacapuntas, etc.)

3.1.4 UNIVERSO

El universo lo constituyeron los 3248 pacientes atendidos en la consulta externa de oftalmología del Hospital IESS de Manta en los meses comprendidos entre enero a junio del 2011.

3.1.4.1 Tamaño de la Muestra

Para efecto del cálculo del tamaño de la muestra, se tomó como valores históricos la producción total de la consulta externa de oftalmología del Hospital IESS Manta desde los meses de julio a diciembre del 2010 con el objetivo de realizar la proyección del número de usuarios a encuestar en el estudio, aplicando la fórmula (según la publicación Metodología de la Investigación de la Editorial Pearson) de Muestreo Proporcional, con un valor de confianza del 95% (Anexo N° 2), dando como resultado un total de 121 usuarios a quienes se les efectuó la encuesta en forma aleatoria en el período de tiempo de enero a junio del 2011.

3.2 MÉTODOS

3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Fue una investigación:

- Descriptiva

  Fue una investigación descriptiva porque es de tipo cuantitativa y permitió una descripción exacta del problema y conclusiones del objeto de estudio

3.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- No experimental.

  Fue una investigación No Experimental, ya que no se manipularon las variables y la investigación se realizo tal cual suceden los hechos.

3.3 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se aplicaron encuestas a los señores usuarios que acudieron a la consulta externa de oftalmología del Hospital IESS de Manta. (Ver Anexo Nº 1). Se aplicó un muestreo al azar a 121 usuarios.

El análisis empleado fue de tipo descriptivo, se utilizó la distribución de frecuencia, porcentajes, características de la problemática de estudio.

El cuestionario fue el instrumento utilizado en las entrevistas para recolectar la información sobre las variables concernientes a la investigación.

Se utilizaron los indicadores de gestión de la consulta externa de oftalmología para analizar la producción del servicio. (Ver Anexo N° 3).

3.4 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de la información se la realizó mediante la herramienta SPSS Estadistics 17.0 for Windows, donde se ingresaron todos los datos obtenidos mediante la encuesta, para luego procesarlos.

Para el análisis, se utilizó la estadística descriptiva, con tablas de distribución de frecuencia para cada variable en igual forma se construyen los gráficos con los datos se relaciona las variables.

Se procede a presentar el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, en el siguiente punto.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 FILIACIÓN DE LOS PACIENTES

4.1.1. Filiación de los pacientes según la edad.

EDAD	F	%
Menor de 18 años	2	1,70
De 18 a 49 años	78	64.50
De 50 a 64 años	23	19.00
Mayor a 65 años	18	14.90
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: El mayor grupo de usuarios, lo constituyen quienes fluctúan entre edades de 18 a 49 años de edad, con un 64,5%, podemos apreciar que son las personas laboralmente activas quienes acuden con mayor frecuencia.

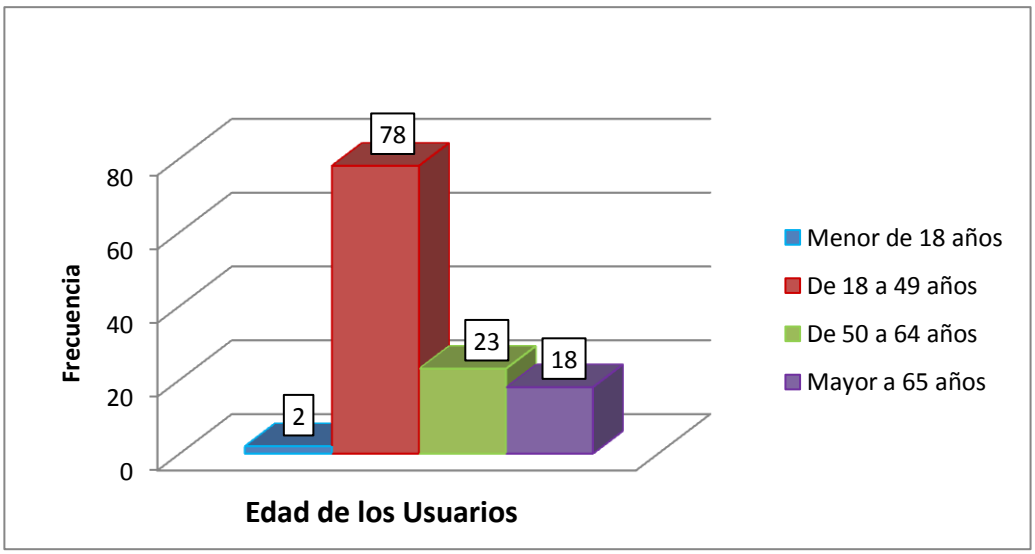


GRÁFICO N° 4.1.1

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.1.2. Filiación de los pacientes según el sexo.

SEXO	F	%
Masculino	55	45.5
Femenino	66	54.5
TOTAL	**121**	**100.0**

DISCUSIÓN: De los usuarios encuestados, se observa que la mayor frecuencia respecto al sexo, lo marca el sexo femenino, con un 66 pacientes que corresponde a 54.5%.

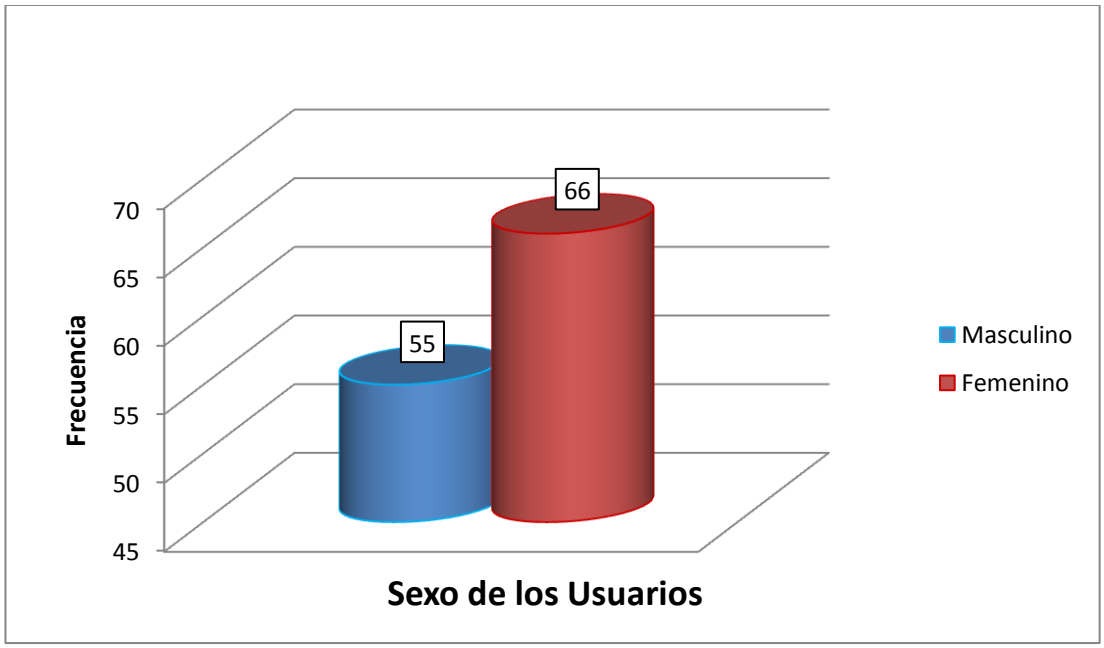


GRÁFICO N° 4.1.2

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.1.3. Filiación de los pacientes según la afiliación.

AFILIACIÓN	F	%
Patronal	63	52.10
Voluntaria	12	9.90
SSC	22	18.20
Jubilado	24	19.80
Montepío	0	0
Menor de 6 años	0	0
Riesgo del Trabajo	0	0
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: Se observa que los usuarios con tipo de afiliación Patronal ocupan el primer lugar con 63 afiliados, que corresponde al 52,10%, seguido de los Jubilados con un 19.80%.

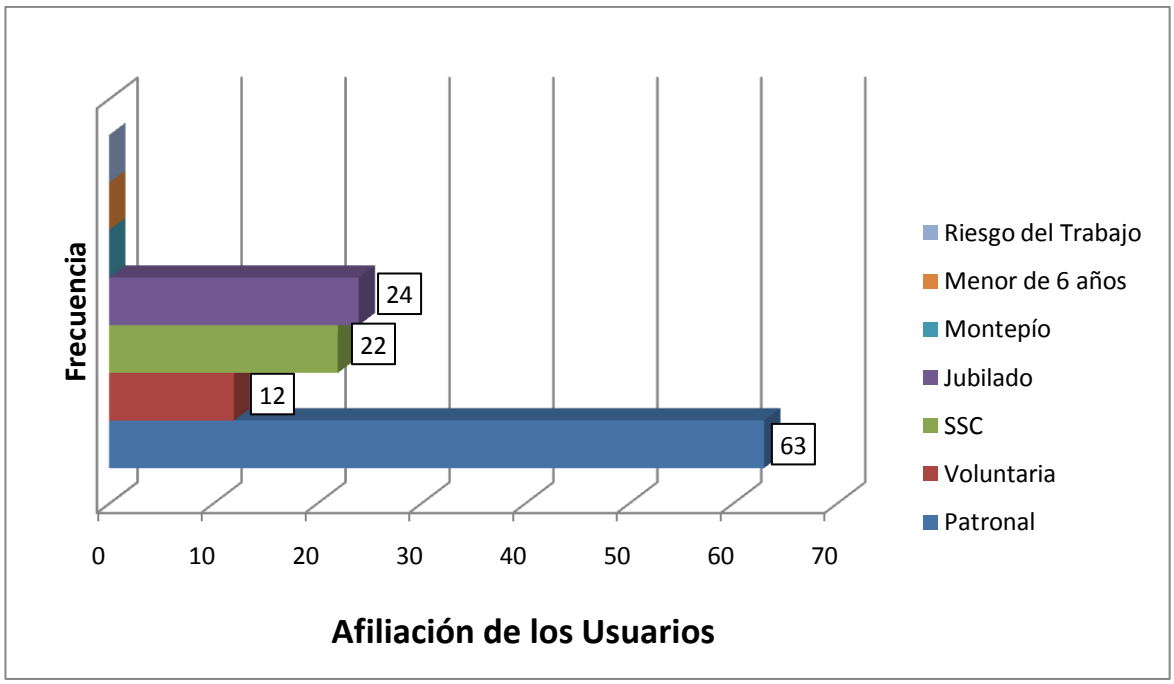


GRÁFICO N° 4.1.3

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.1.4. Residencia de los usuarios.

RESIDENCIA	F	%
Manta	101	83.50
Jaramijó	4	3.30
El Aromo	7	5.78
Montecristi	9	7.42
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: Se evidencia, que la mayor afluencia de pacientes, proviene del cantón Manta, con 101 usuarios, que corresponde al 83.50%. El 16.5%, lo constituyen pacientes provenientes del SSC de los cantones de Montecristi, El Aromo y Jaramijó.

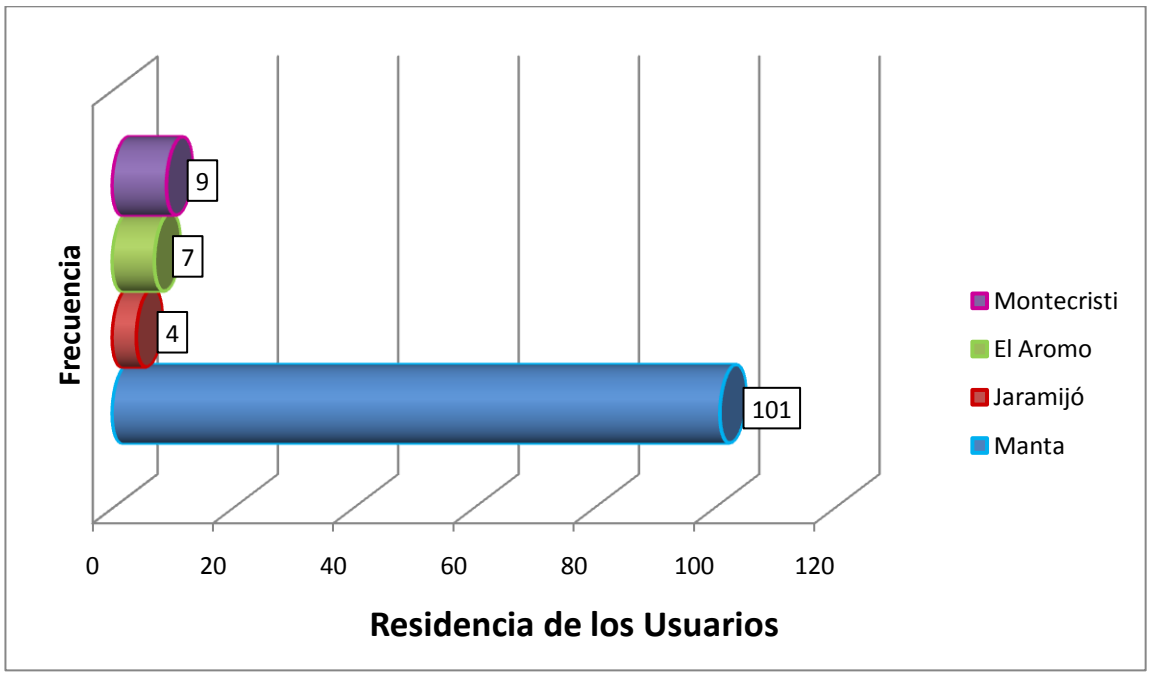


GRÁFICO N° 4.1.4

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.2 ANÁLISIS DE LA OFERTA

4.2.1. Tipo de Atención

TIPO DE ATENCIÓN	F	%
Primaria	75	62.00
Subsecuente	46	38.00
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: Se observa que el mayor tipo de atención fue la atención primaria, con un 62% que son 75 usuarios, y luego la atención subsecuente con un 38% que constituyen 46 usuarios encuestados

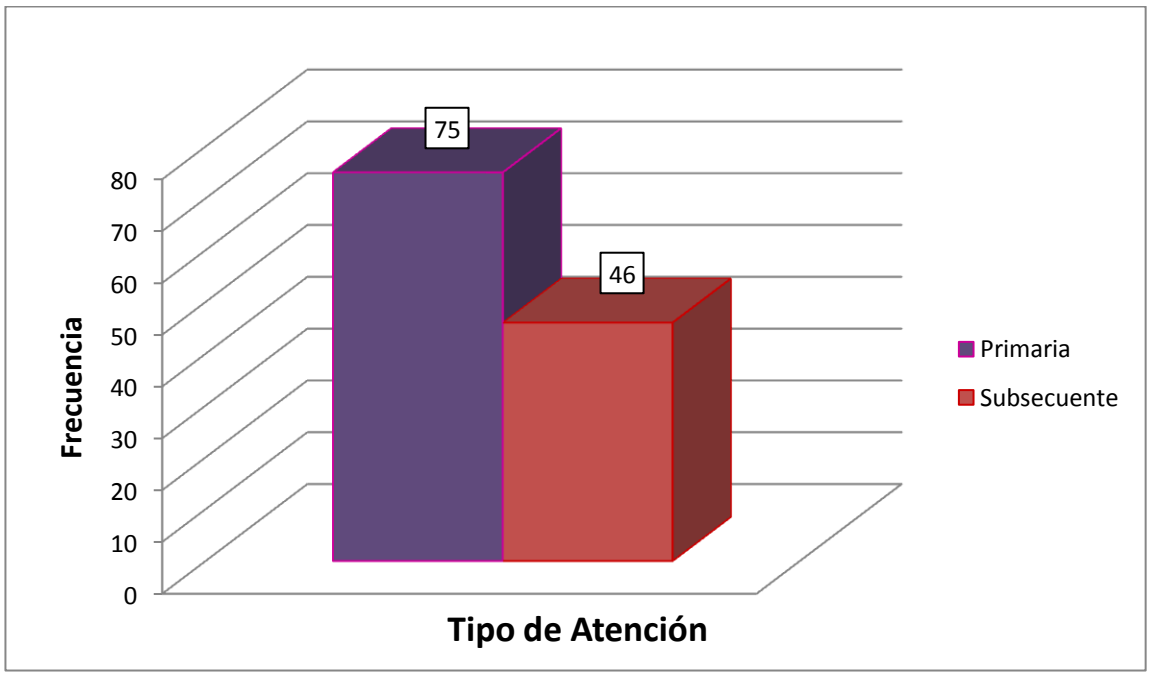


GRÁFICO N° 4.2.1

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.2.2 Origen del turno médico.

ORIGEN DEL TURNO	F	%
Call Center	56	46.30
Derivación	65	53.70
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: De los 121 usuarios encuestados, se observa que el 53.70% acuden a la consulta externa de oftalmología por Derivación de otros médicos y un 46,30% acuden de cita directa por el Call Center.

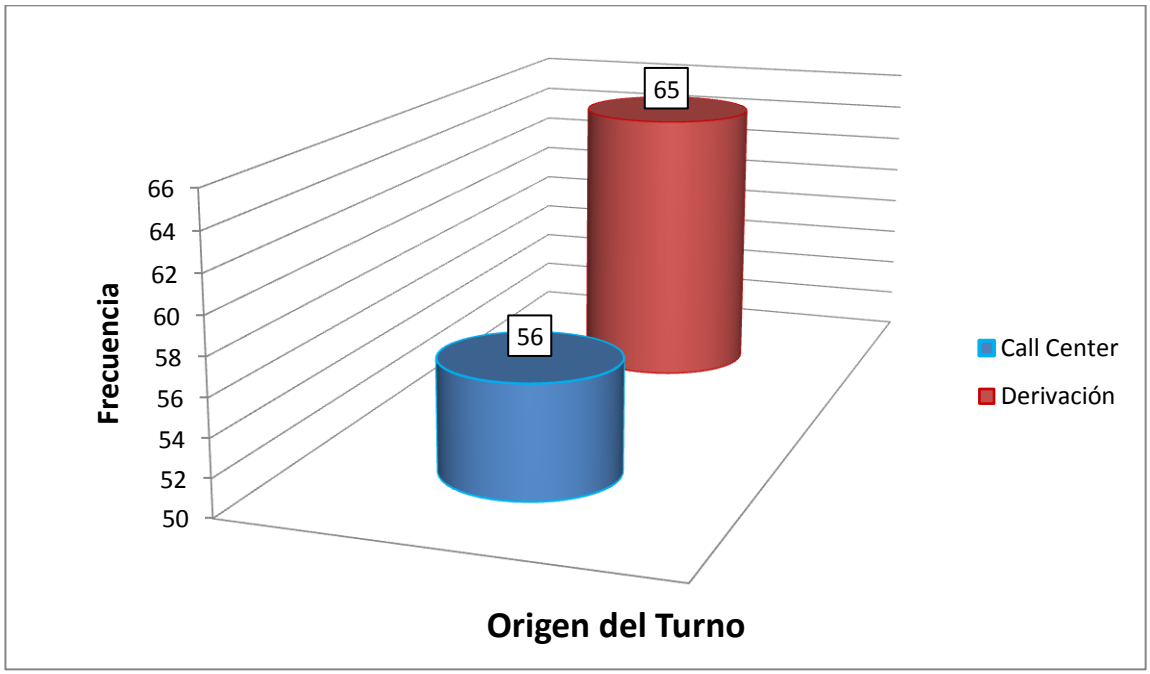


GRÁFICO N° 4.2.2

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.2.3 Motivo de la consulta médica.

MOTIVO DE CONSULTA	F	%
Preventiva	5	4.10
Enfermedad	84	69.40
Post quirúrgica	32	26.40
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: Se observa que 84 usuarios de los 121 encuestados, acuden a la consulta externa de oftalmología por Enfermedad, seguido de consultas post quirúrgicas con 32 pacientes y de manera preventiva, solamente 5 personas.

GRÁFICO N° 4.2.3

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.2.4 Diagnóstico de la consulta médica.

DIAGNÓSTICO	F	%
Glaucoma	12	9.90
Catarata	20	16.50
Defectos de Refracción	18	14.90
Blefaritis	6	5.00
Conjuntivitis	5	4.10
Queratocono	1	0.80
Chalazión	8	6.60
Pterigion	26	21.50
Cuerpo extraño corneal	4	3.30
Retinopatía Diabética	7	5.80
Hemorragia Conjuntival	2	1.70
Desprendimiento de Retina	1	0.80
Síndrome Ojo Seco	7	5.80
Irritación Corneal	3	2.50
Estrabismo	1	0.80
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: Entre los 121 usuarios encuestados, se observa un total de 15 Diagnósticos oftalmológicos, de los cuales, se aprecia que la mayoría de pacientes, acudieron a consulta con un Diagnóstico de Pterigion constituyendo el 21.50%, seguido del diagnóstico de Catarata en un 16.50%.

Los diagnósticos menor frecuentes fueron, Estrabismo, Desprendimiento de Retina y Queratocono, con un paciente cada uno, constituyendo el 0.8% respectivamente.

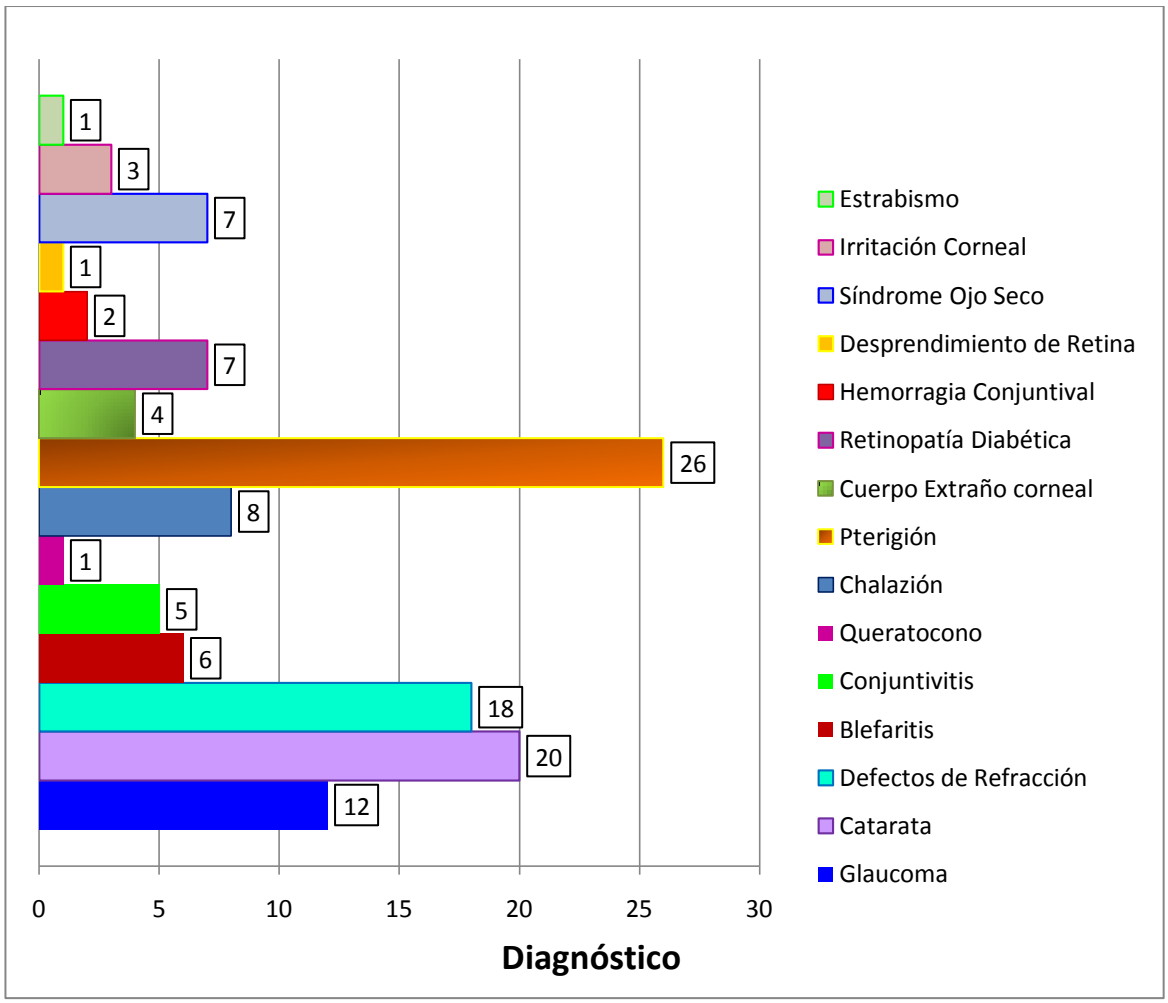


GRÁFICO N° 4.2.4

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.2.5 Limpieza, orden e infraestructura de la sala de espera

Limpieza, Orden e Infraestructura Sala de Espera	F	%
Excelente	61	50.40
Bueno	51	42.10
Deficiente	9	7.40
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: Se observa que el 50,40% de los usuarios encuestados, opinan que la ambientación en general de la Sala de Espera es excelente, el 42% opina que es bueno y el 7% opina que es deficiente.

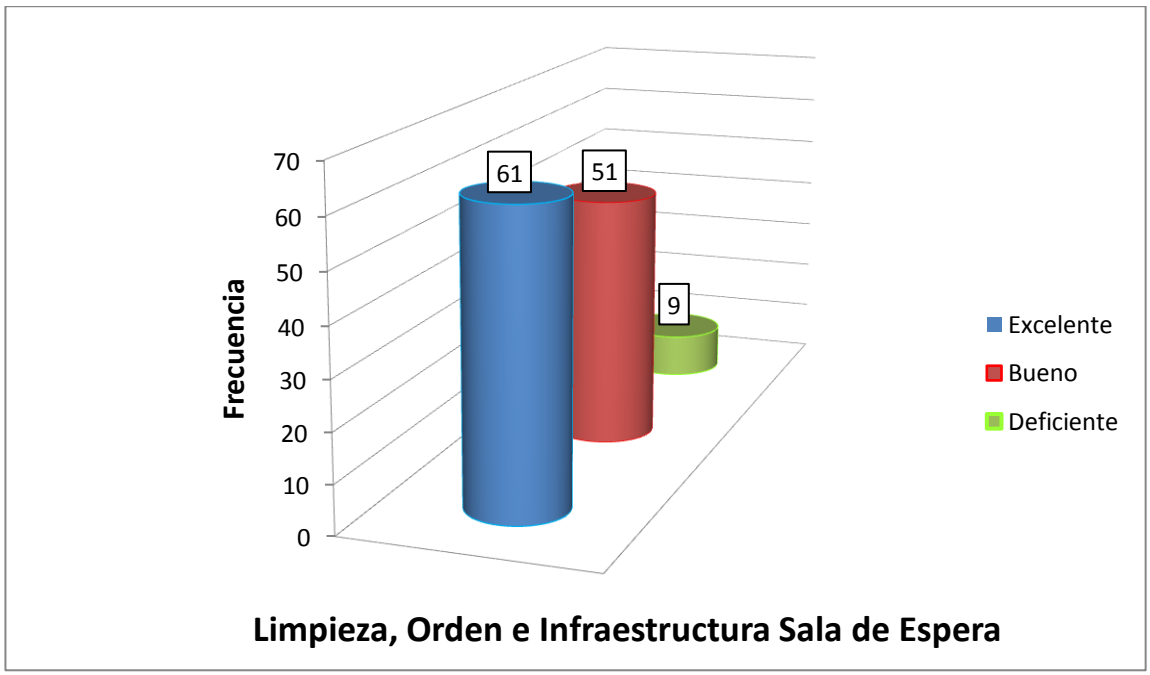


GRÁFICO N° 4.2.5

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.2.6 Limpieza, orden e infraestructura de la estación de enfermería

Limpieza, Orden e Infraestructura de la Estación de Enfermería	F	%
Excelente	57	47.10
Bueno	56	46.30
Deficiente	8	6.60
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: De la opinión de los usuarios encuestados, se observa que existe un pequeño margen de diferencia respecto al ambiente en general de la estación de enfermería entre Excelente y Bueno, con un 47% y 46% respectivamente.

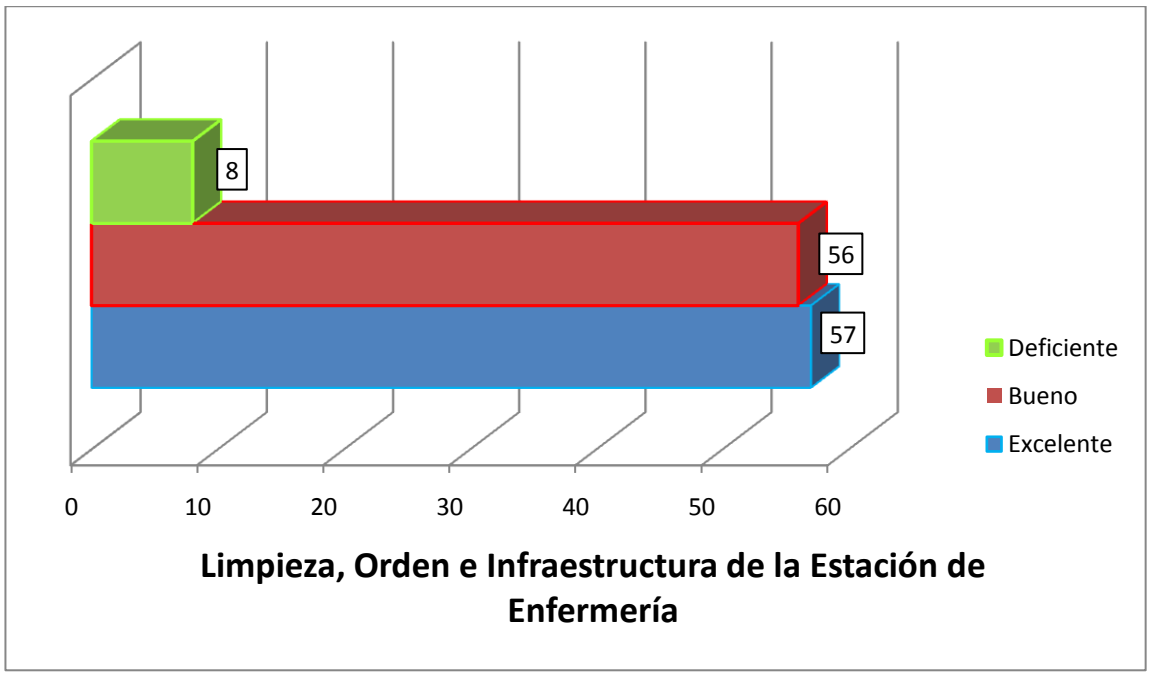


GRÁFICO N° 4.2.6

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.2.7 Limpieza, orden e infraestructura del consultorio oftalmológico

Limpieza, Orden e Infraestructura del Consultorio Oftalmológico	F	%
Excelente	66	54.50
Bueno	55	45.50
Deficiente	0	0
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: De observa que de los 121 usuarios encuestados, el 55% opina que el ambiente general del consultorio de oftalmología es Excelente y el 45% restante opina que es Bueno. Ninguna persona opina que es deficiente.

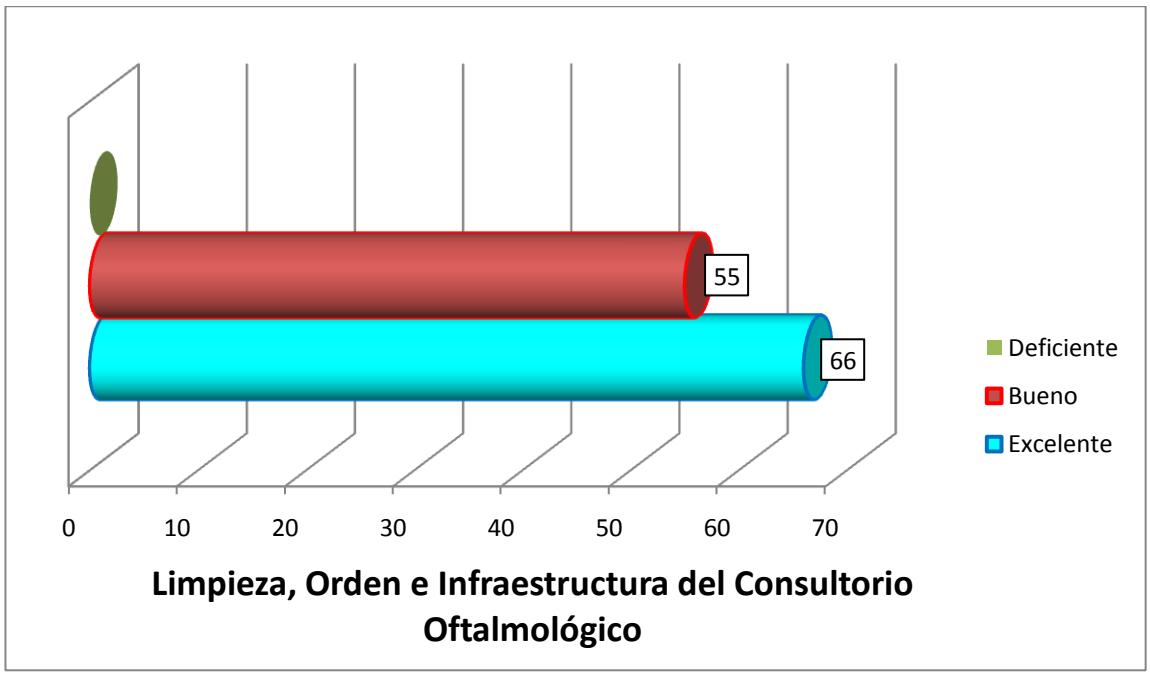


GRÁFICO N° 4.2.7

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.2.8 Existencia de equipos y materiales en la estación de enfermería

Equipos y Materiales Suficientes	F	%
Si	90	74.40
No	31	25.60
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: De los 121 encuestados, se observa que 90 de ellos opinan que los Equipos y Materiales en la estación de enfermería, existen en cantidad suficiente y 31 personas opinan que no.

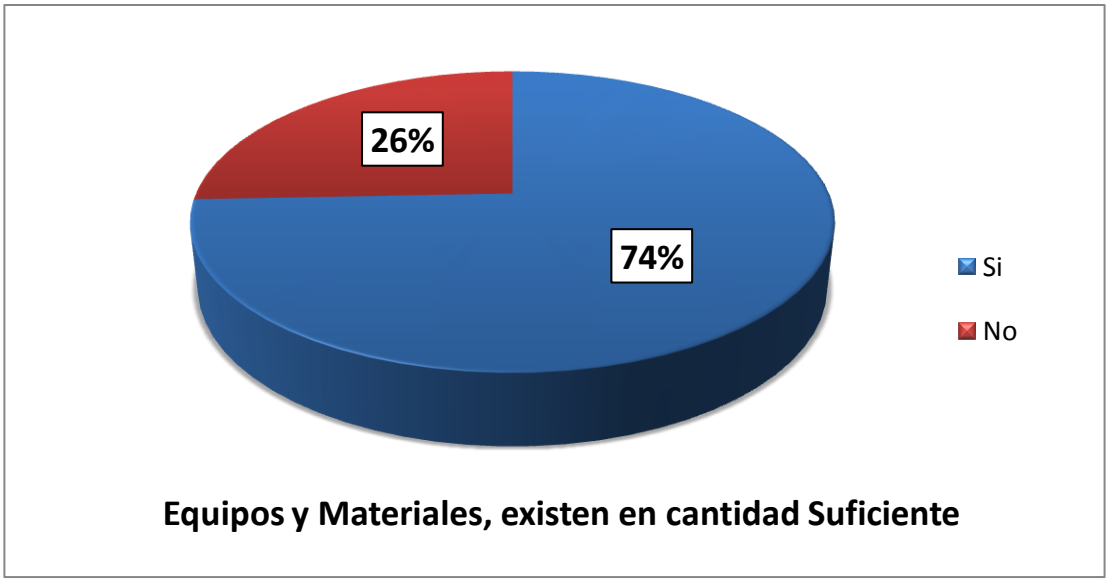


GRÁFICO N° 4.2.8

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.2.9 Equipos de diagnóstico y tecnología del servicio de oftalmología

Equipos Diagnósticos y Tecnología de Oftalmología	F	%
Excelente	54	44.60
Bueno	62	51.20
Deficiente	5	4.10
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: El 51% de los encuestados opinaron que los equipos y tecnología son buenos, el 45% opina que son excelentes y el 4% opina que son deficientes.

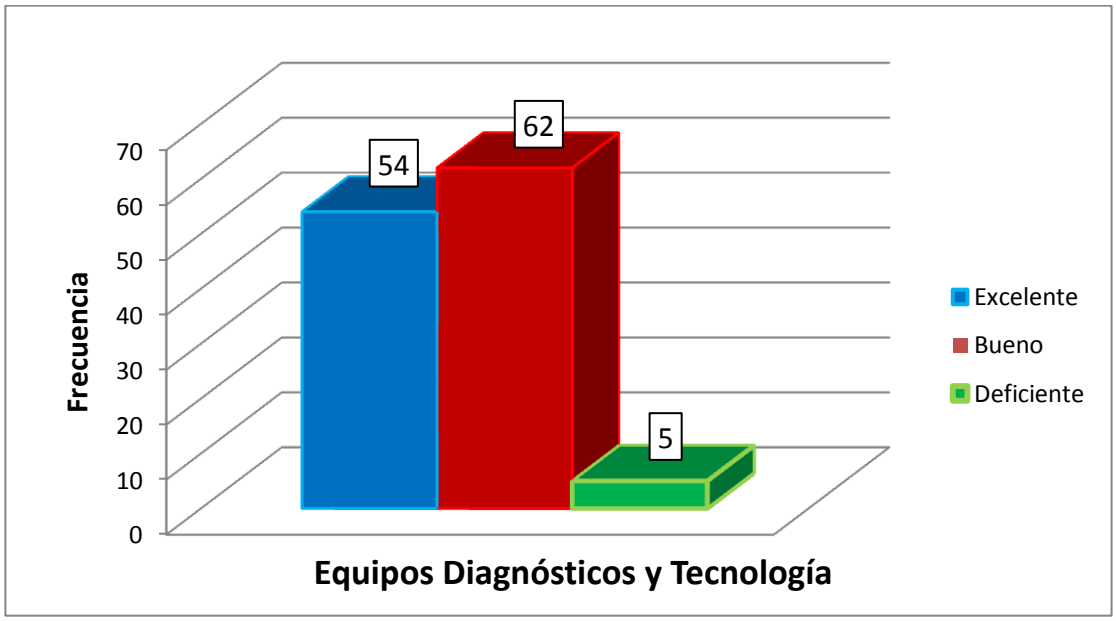


GRÁFICO N° 4.2.9

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.3 INDICADORES DE GESTIÓN

4.3.1 Días laborados por mes en la consulta externa de oftalmología por médico

Meses / 2010	F	%
Julio	20	16.00
Agosto	20	16.00
Septiembre	23	18.00
Octubre	21	17.00
Noviembre	20	16.00
Diciembre	21	17.00
TOTAL	**125**	**100.00**

DISCUSIÓN: Se observa que el mes donde se trabajó más días fue septiembre con 23 días para cada médico que corresponde al 18%. Existe una media de 21 días laborados al mes en el semestre.

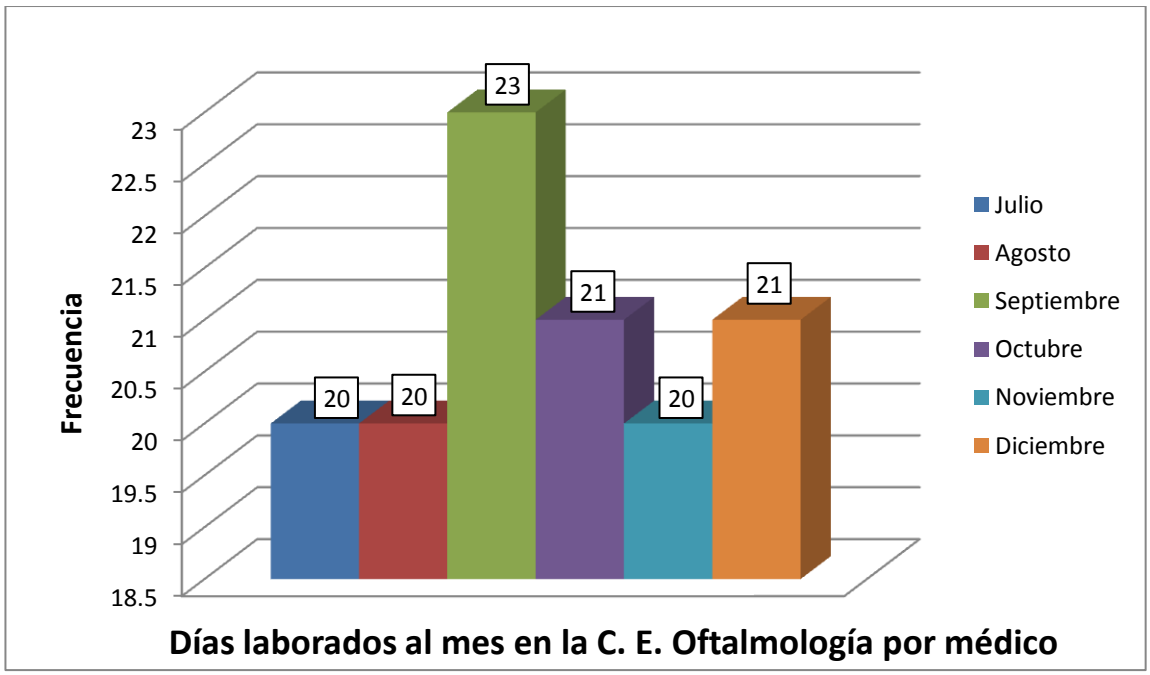


GRÁFICO N° 4.3.1

Fuente: Indicadores de Gestión de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.3.2 Horas laboradas al mes en la C.E de Oftalmología por los 2 médicos

Meses / 2010	F	# Consultas/hora/médico	%
Julio	126	1.62	13.00
Agosto	142	1.76	14.00
Septiembre	192	1.71	19.00
Octubre	160	1.86	16.00
Noviembre	184	1.42	19.00
Diciembre	188	1.40	19.00
TOTAL	**992**	**9.77**	**100.00**

DISCUSIÓN: Se observa que en el mes de Septiembre se trabajaron más horas, con 196 horas trabajadas entre los dos médicos, que corresponde al 19%. Existe un comportamiento uniforme de este indicador.

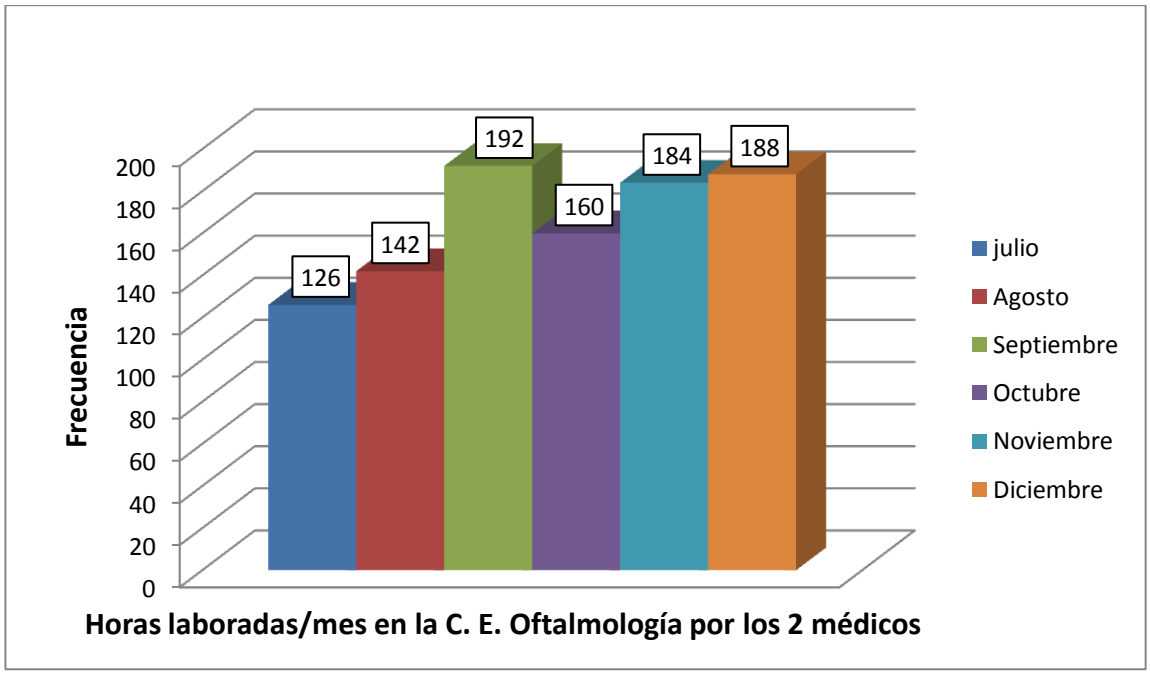


GRÁFICO N° 4.3.2

Fuente: Indicadores de Gestión de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.3.3 Pacientes atendidos al mes en la C.E de Oftalmología por los 2 médicos

Meses / 2010	F	# consultas/hora/medico	%
Julio	407	1.62	12,70
Agosto	498	1.76	15,60
Septiembre	656	1.71	20,50
Octubre	594	1.86	18,50
Noviembre	522	1.42	16,30
Diciembre	527	1.40	16,40
TOTAL	**3204**	**9.77**	**100.00**

DISCUSIÓN: Se observa que durante el mes de septiembre se atendieron la mayor cantidad de pacientes siendo 656 personas que equivale al 20.50%

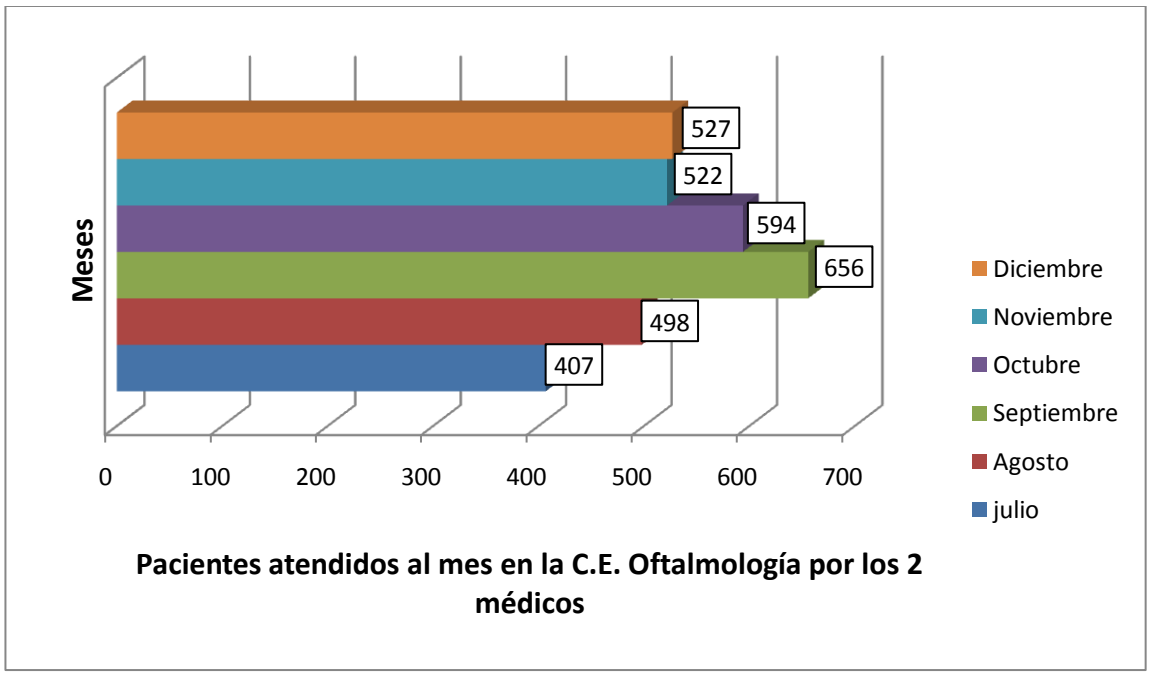


GRÁFICO N° 4.3.3

Fuente: Indicadores de Gestión de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.3.4 Interconsultas solicitadas al mes en la C.E. de Oftalmología por los 2 médicos

Meses / 2010	F	%
Julio	77	17,50
Agosto	97	22,10
Septiembre	57	13,00
Octubre	108	24,60
Noviembre	20	4,60
Diciembre	80	18,20
TOTAL	**439**	**100.00**

DISCUSIÓN: Se observa que el mes donde se atendieron mayor número de interconsultas fue el mes de Octubre con 108 pacientes que corresponde al 24.60%, seguido del mes de Agosto con 97 personas que equivale al 22.10%.

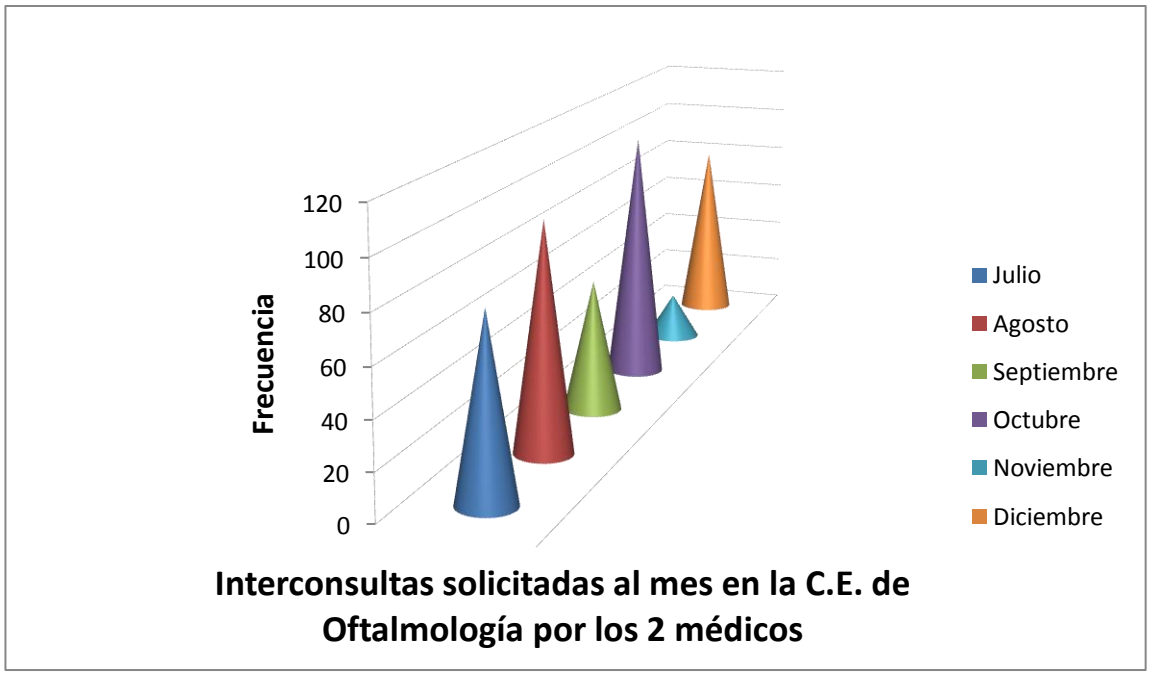


GRÁFICO N° 4.3.4

Fuente: Indicadores de Gestión de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.3.5 Órdenes de Hospitalización enviadas por los médicos oftalmólogos

Meses / 2010	F	%
Julio	12	12,50
Agosto	18	18,80
Septiembre	19	19,80
Octubre	15	15,60
Noviembre	21	21,90
Diciembre	11	11,40
TOTAL	**96**	**100.00**

DISCUSIÓN: Se observa que durante el mes de Noviembre, se realizaron 21 cirugías oftalmológicas, que corresponde al 21,90%, seguidos del mes de Septiembre con un 19,80% que corresponde a 19 personas.

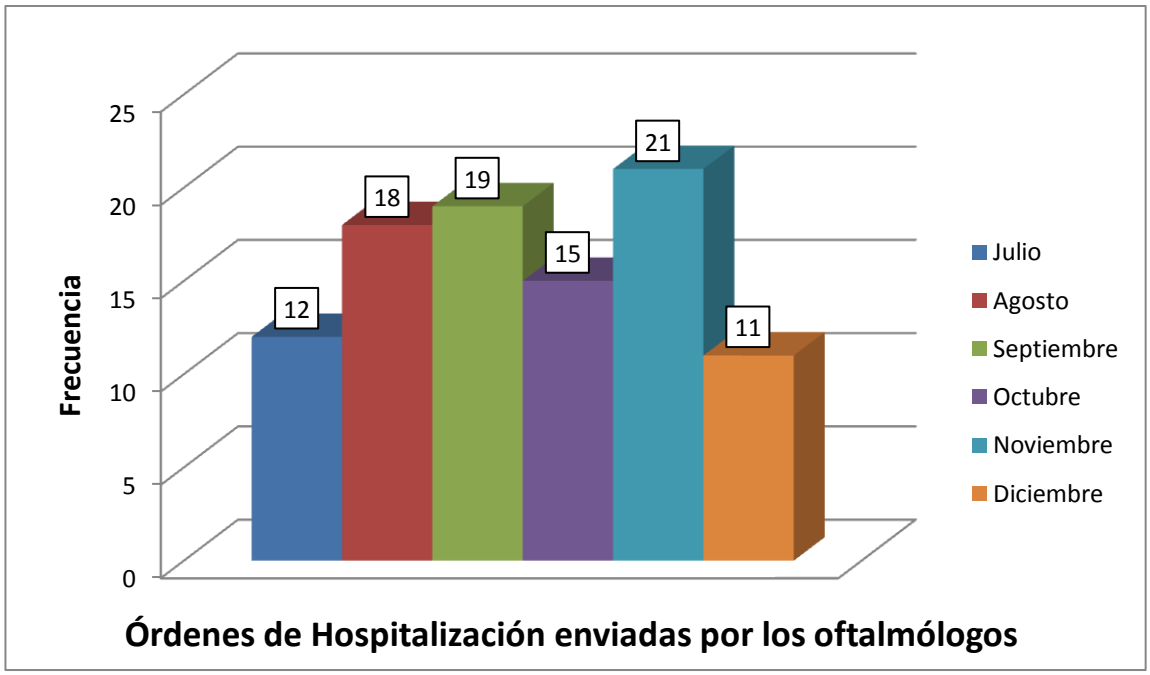


GRÁFICO N° 4.3.5

Fuente: Indicadores de Gestión de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.4 CALIDAD DE ATENCIÓN

4.4.1 Amabilidad del personal de enfermería

Amabilidad del personal de Enfermería	F	%
Excelente	61	50.40
Bueno	49	40.50
Deficiente	11	9.10
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: Se observa que el 50% de los usuarios opinan que la amabilidad de las enfermeras es Excelente, se observa un porcentaje importante 9% opina que la amabilidad de las enfermeras es deficiente.

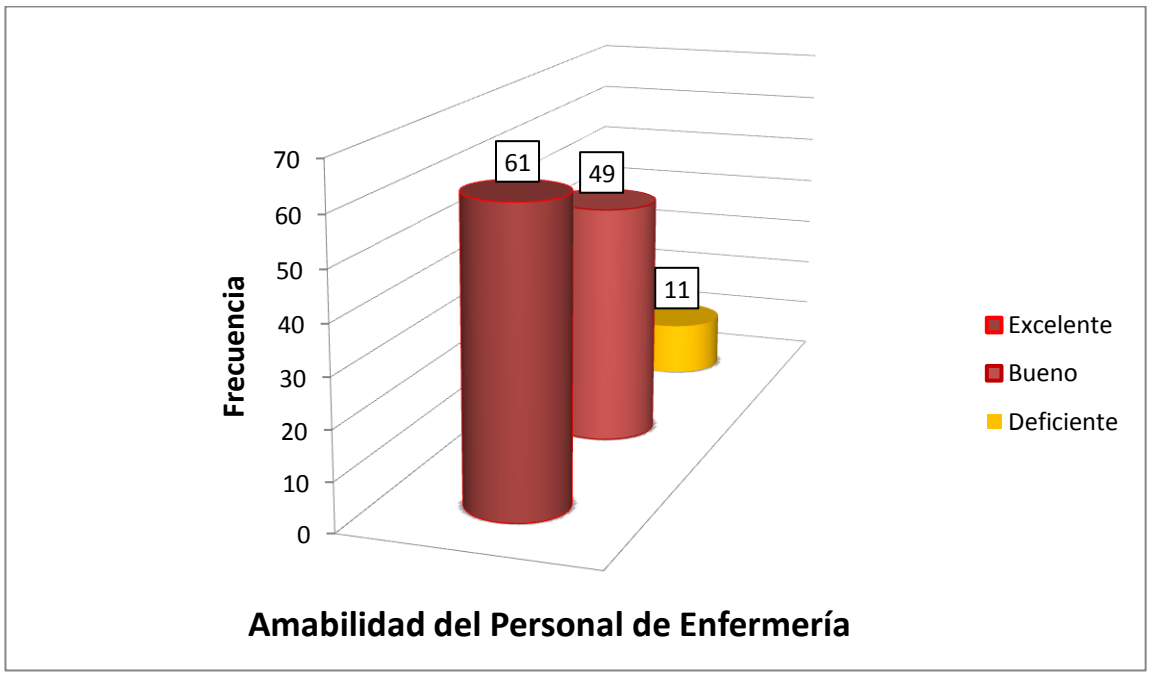


GRÁFICO N° 4.4.1

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.4.2 Conocimientos y Habilidades del personal de enfermería

Conocimientos y Habilidades de Enfermería	F	%
Excelente	62	51.20
Bueno	51	42.10
Deficiente	8	6.60
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: Se observa que el 51% y el 42% de los usuarios opinan que los conocimientos y habilidades de enfermería son excelentes y buenos respectivamente. Solo un 7% opinan que son deficientes.

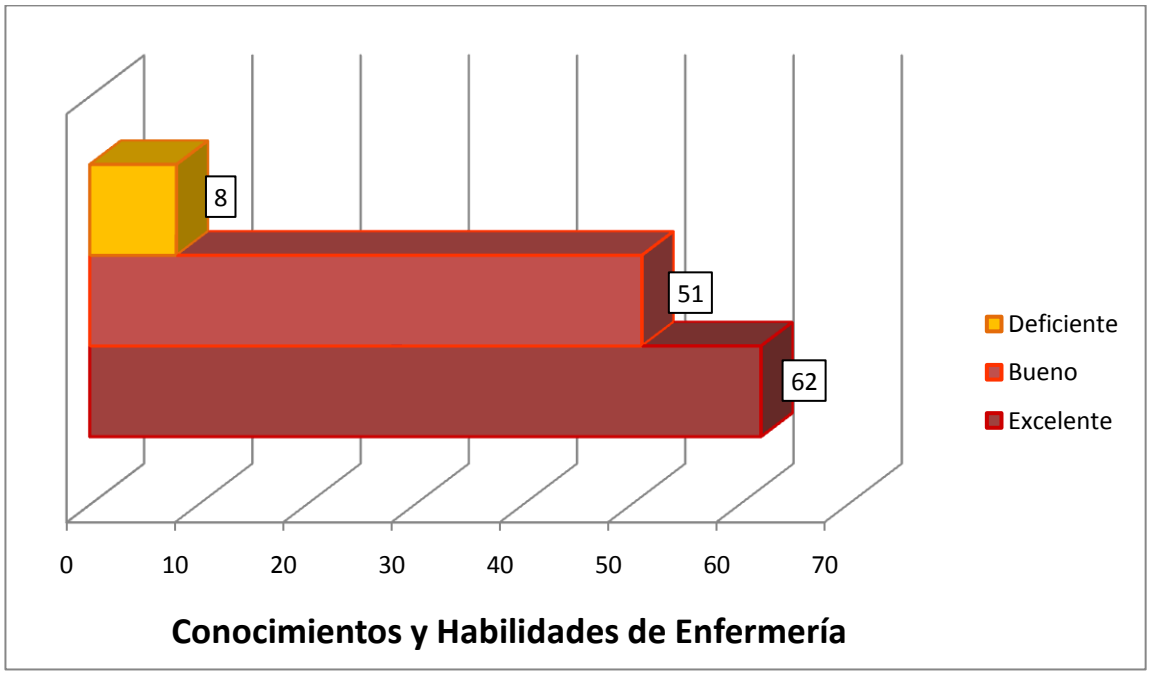


GRÁFICO N° 4.4.2

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.4.3 Respeto del personal de enfermería hacia los comentarios de los pacientes

Respeto Demostrado por Enfermería	F	%
Si	113	93.40
No	8	6.60
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: Se observa que un 93% de los usuarios opinan que el personal de enfermería Sí mostró respeto hacia sus comentarios, mientras que solo una 7% opinó lo contrario.

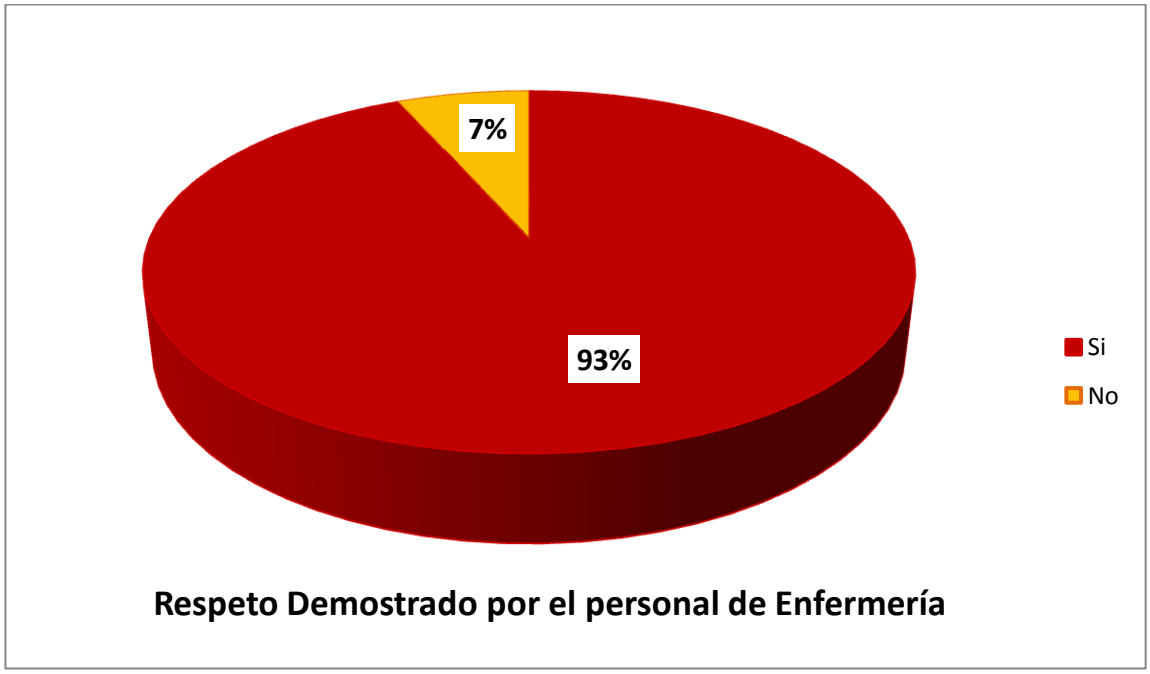


GRÁFICO N° 4.4.3

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.4.4 Privacidad durante la atención al usuario por parte del personal de enfermería

Privacidad en Enfermería	F	%
Excelente	31	25.60
Bueno	66	54.50
Deficiente	24	19.80
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: De los 121 encuestados se observa que el 55% opina que la privacidad demostrada por el personal de enfermería fue buena, el 26% lo considera excelente y el 20% opina que es deficiente.

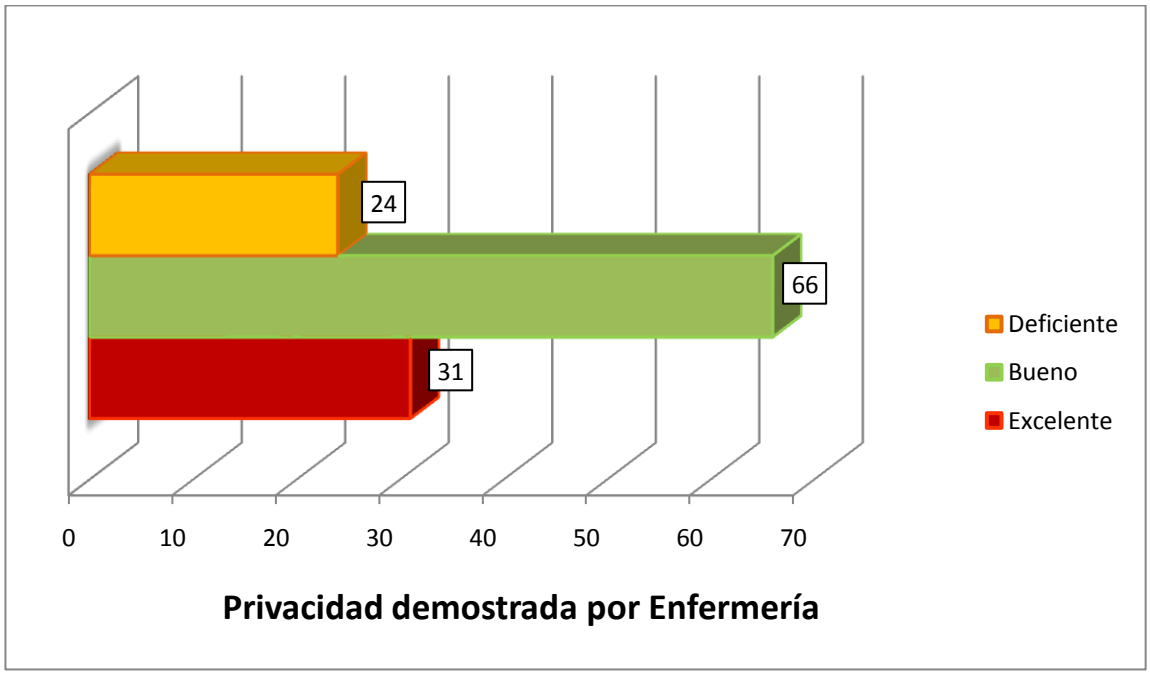


GRÁFICO N° 4.4.4

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.4.5 Amabilidad demostrada por los oftalmólogos

Amabilidad de los Oftalmólogos	F	%
Excelente	27	22.30
Bueno	76	62.80
Deficiente	18	14.90
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: De los 121 encuestados se observa que un 63% opina que la amabilidad demostrada por los oftalmólogos es Buena, un 22% opina que es Excelente y un 15% opina que es Deficiente.

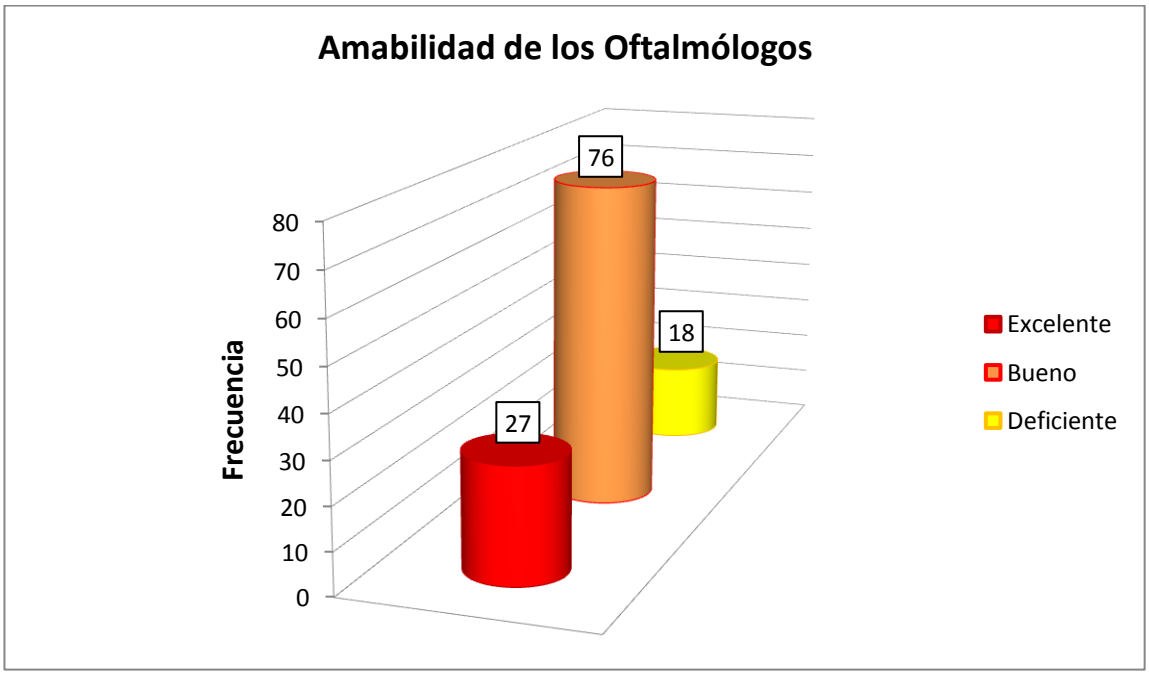


GRÁFICO N° 4.4.5

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.4.6 Conocimientos y Habilidades de los oftalmólogos

Conocimientos y Habilidades de los Oftalmólogos	F	%
Excelente	45	37.20
Bueno	73	60.30
Deficiente	3	2.50
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: Respecto a los conocimientos y habilidades demostrados por los oftalmólogos, el 60% opino que son Buenos, el 37% que son Buenos y el 3% restante que fueron Deficientes.

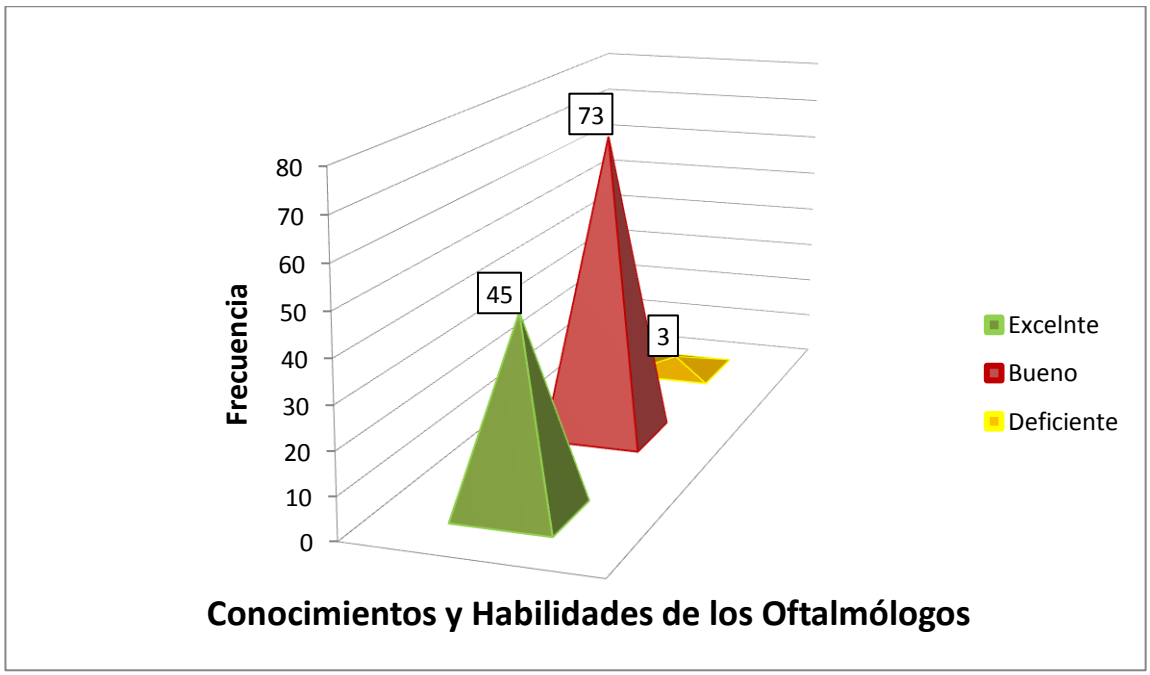


GRÁFICO N° 4.4.6

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.4.7 Respeto de los oftalmólogos hacia los comentarios de los pacientes

Respeto Demostrado por Oftalmólogos	F	%
Si	114	94.20
No	7	5.80
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: De los 121 encuestados, 114 opinan que los oftalmólogos Si demostraron respeto hacia sus comentarios, mientras que 7 opinaron lo contrario.

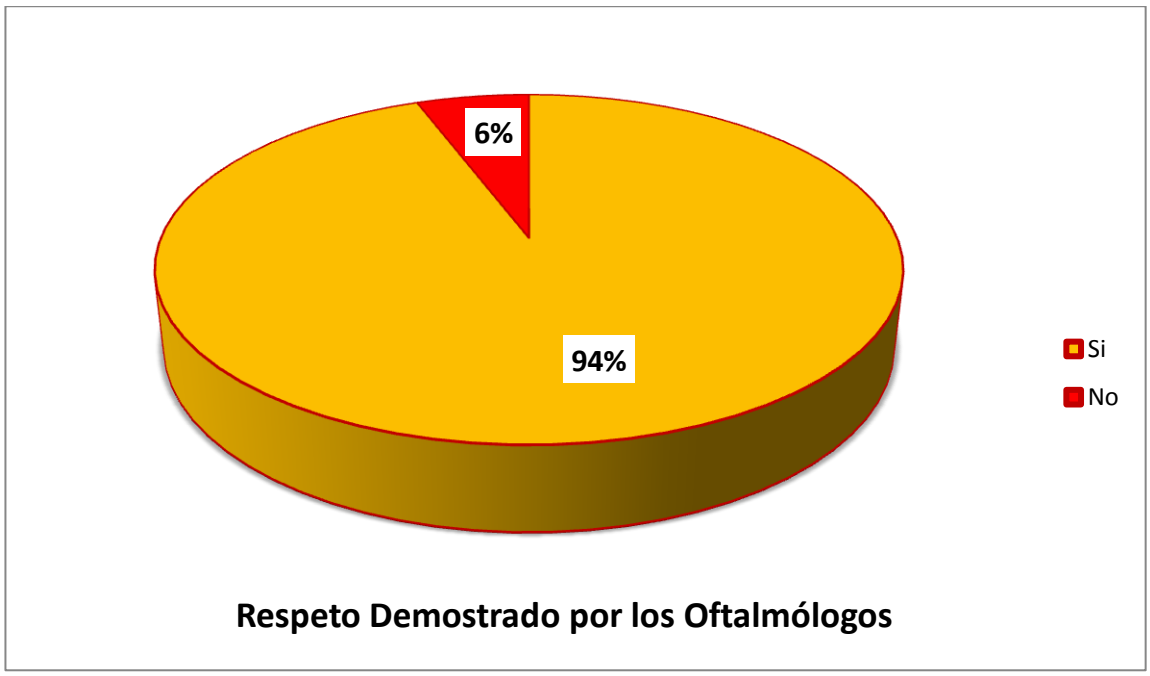


GRÁFICO N° 4.4.7

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.4.8 Privacidad en la consulta oftalmológica

Privacidad en la consulta oftalmológica	F	%
Excelente	54	44.60
Bueno	65	53.70
Deficiente	2	1.70
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: Respecto a la privacidad en el consultorio oftalmológico, el 54% de los encuestados opinaron que es Bueno, un 45% opinaron que fue Excelente y un 2% opinaron que fue Deficiente.

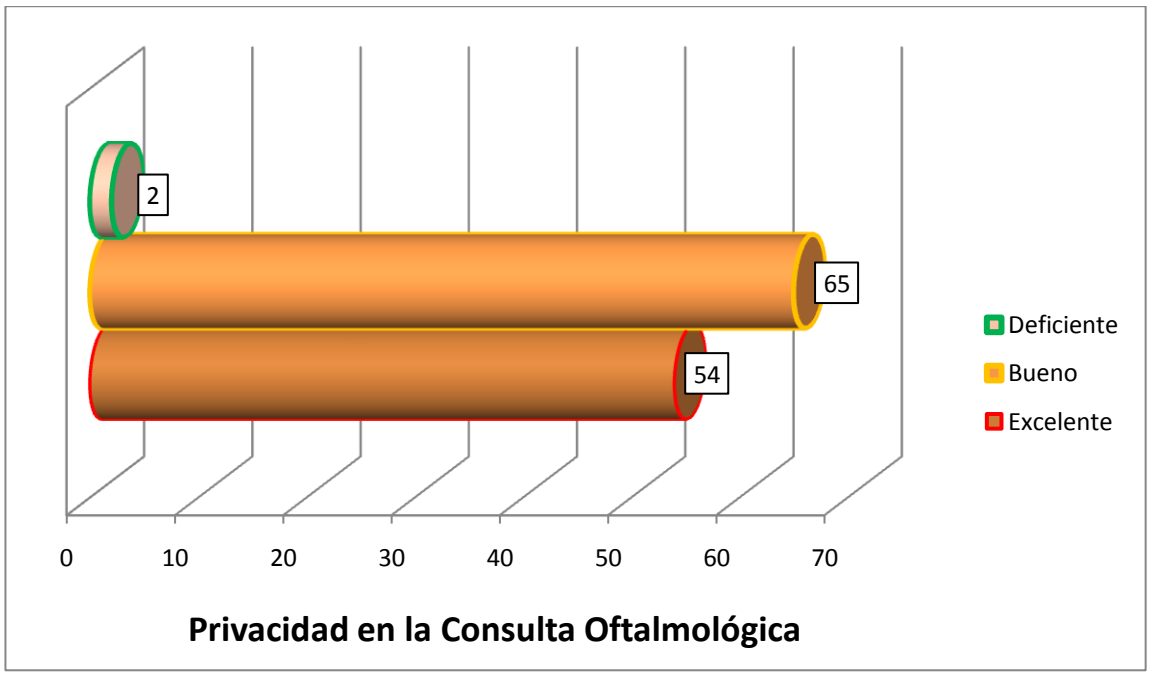


GRÁFICO N° 4.4.8

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.4.9 Amabilidad del personal del Call Center

Amabilidad del Call Center	F	%
Excelente	74	61.20
Bueno	47	38.80
Deficiente	0	0
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: Respecto a la amabilidad del personal del Call Center un 61% de los pacientes opinan que fue Excelente y el 39% opinan que fue Bueno. No hubo ninguna opinión de que la amabilidad del Call Center fue Deficiente.

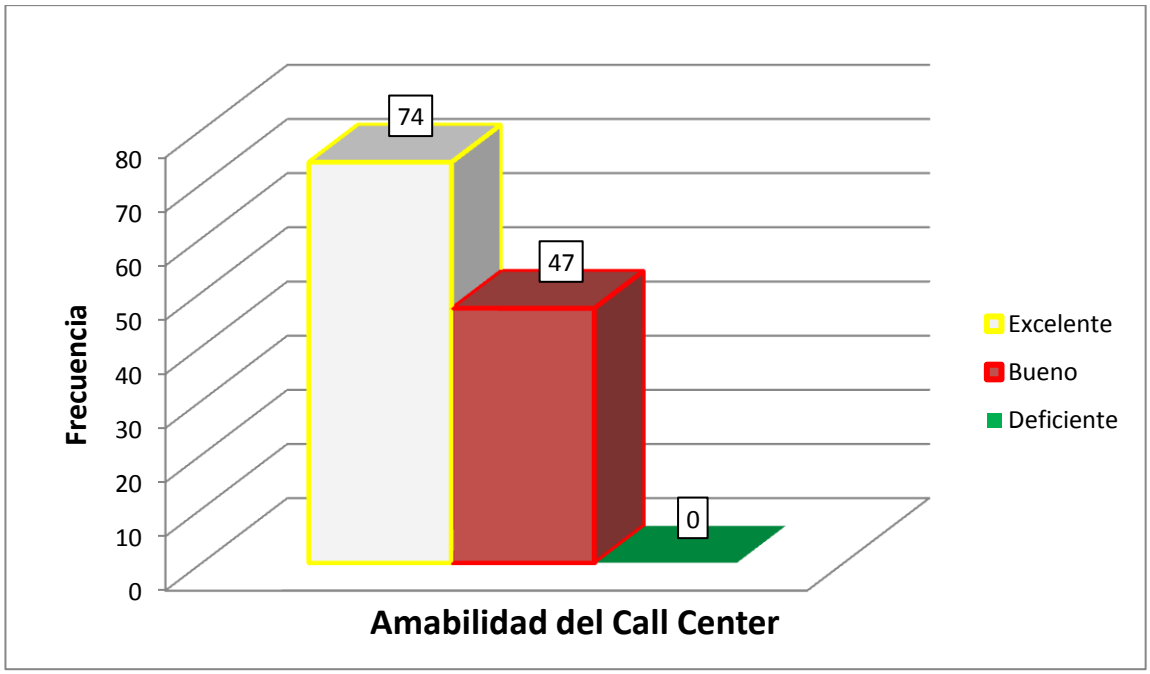


GRÁFICO N° 4.4.9

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.4.10 Tiempo de atención para la cita médica

Tiempo para obtener su Cita Médica	F	%
Menor a 1 semana	25	20.70
De 1 a 2 semanas	32	26.40
De 2 a 3 semanas	40	33.10
Más de 4 semanas	24	19.80
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: De los 121 encuestados, se observa que la mayoría de ellos, 33%, obtuvieron su cita médica en el lapso de 2 a 3 semanas, un 26% en 1 a 2 semanas, el 21% en menos de 1 semana y un 20% en más de 4 semanas.

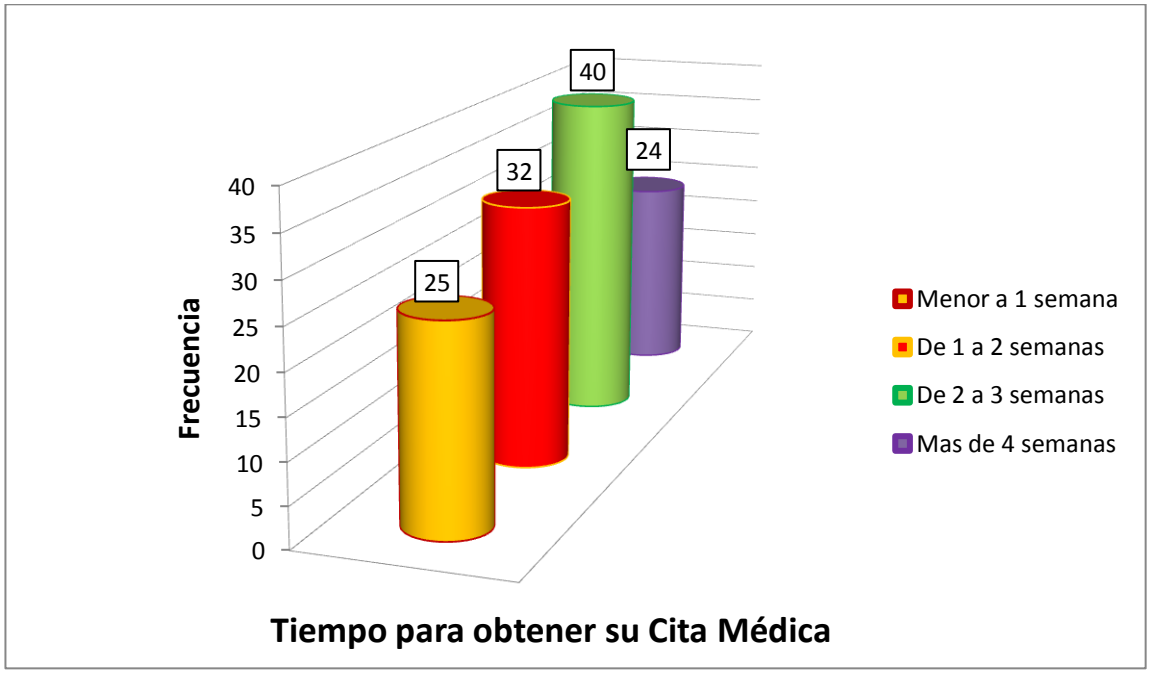


GRÁFICO N° 4.4.10

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.4.11 Respeto del personal del Call Center hacia los pacientes

Respeto demostrado por el Call Center	F	%
Si	120	99.20
No	1	0.80
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: De los 121 encuestados, se observa que el 99% opina que el personal del Call Center Si demostró respeto hacia sus comentarios, solamente el 1% opinó que No.

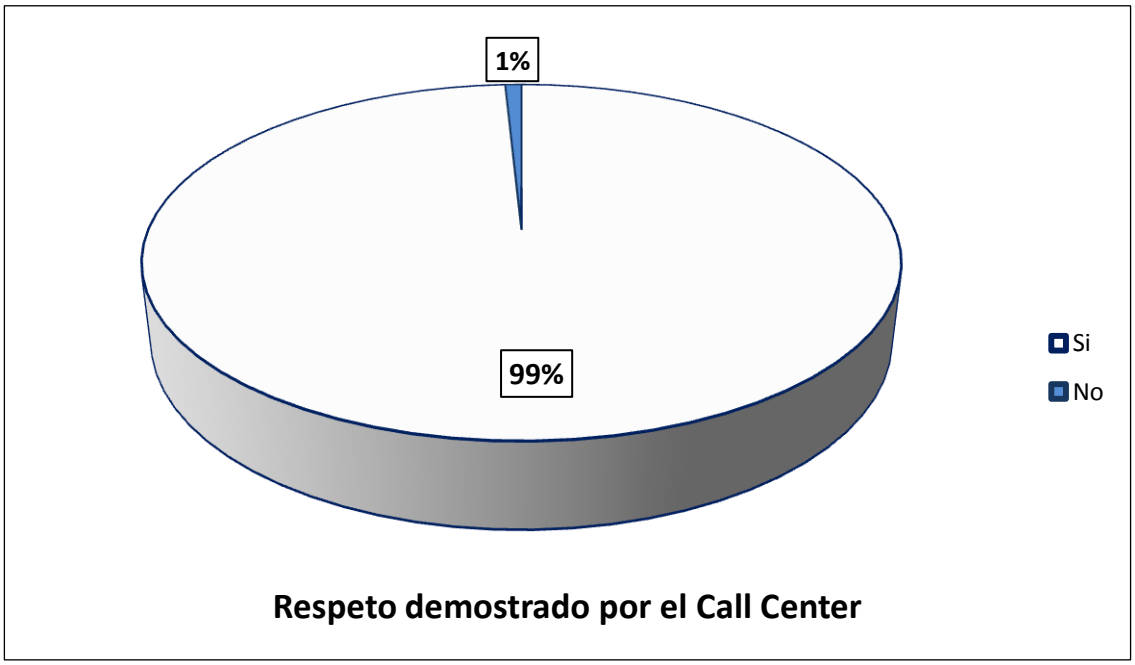


GRÁFICO N° 4.4.11

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.4.12 Recordatorio de la cita médica por parte del personal del Call Center

Llamada de Recordatorio del Call Center	F	%
Si	118	97.50
No	3	2.50
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: En el siguiente gráfico se observa que de los 121 encuestados, a 118 personas Si les realizaron la llamada de recordatorio del Call Center, solamente a 3 personas no les realizaron la llamada.

GRÁFICO N° 4.4.12

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.5 SATISFACCIÓN DEL USUARIO

4.5.1 Satisfacción de las expectativas de los usuarios

Satisfacción de Expectativas	F	%
Si	62	51.20
No	7	5.80
Parcialmente	52	43.00
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: Se los 121 encuestados, se observa que el 51% de ellos opinaron que el servicio de oftalmología Si logró satisfacer sus expectativas, un 44% opinó que solamente Parcialmente y un 6% opinó que No pudo satisfacer sus expectativas.

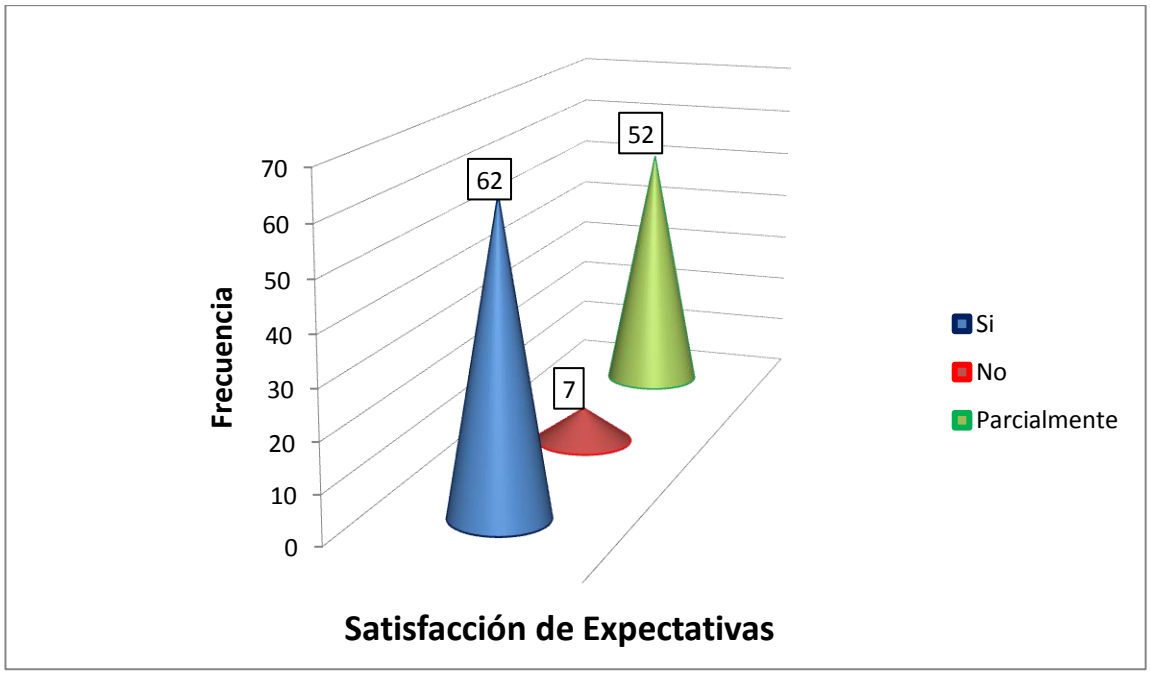


GRÁFICO N° 4.5.1

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.5.2 Retorno del usuario a la consulta externa de oftalmología

Regresar al Servicio de Oftalmología	F	%
Probable	100	82.60
Poco Probable	21	17.40
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: Se observa, que el 83% de los encuestados opinaron que es Probable que regresaran al servicio de oftalmología, mientras que el 17% opinaron que es Poco Probable.

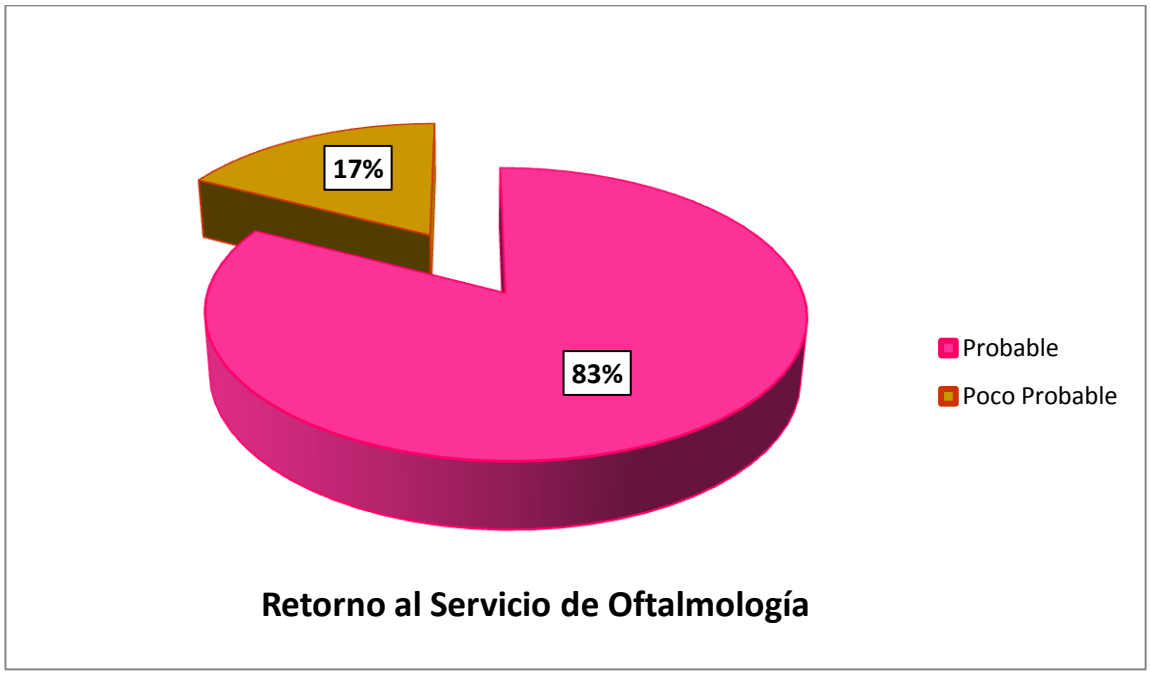


GRÁFICO N° 4.5.2

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.5.3 Recomendación del usuario a otras personas sobre el servicio de oftalmología

Recomendaría el Servicio de Oftalmología	F	%
Si	102	84.30
No	19	15.70
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: En el siguiente gráfico se observa que el 84% de los usuarios que corresponde a 102 pacientes, Si recomendarían el servicio de oftalmología del Hospital IESS de Manta, mientras que 19 pacientes que corresponde al 16% No lo recomendaría.

GRÁFICO N° 4.5.3

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.5.4 Consideración de la fecha programada en caso de necesitar cirugía

Programación Quirúrgica	F	%
Aceptable	36	29.80
Poco aceptable	14	11.60
No Aplica	71	58.70
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: Se observa que el 59% de los encuestados no tuvieron programación quirúrgica, un 30% de ellos opinaron que su cirugía se programó en un tiempo aceptable y el 12% restante opinó que su programación estuvo en un tiempo Poco Aceptable.

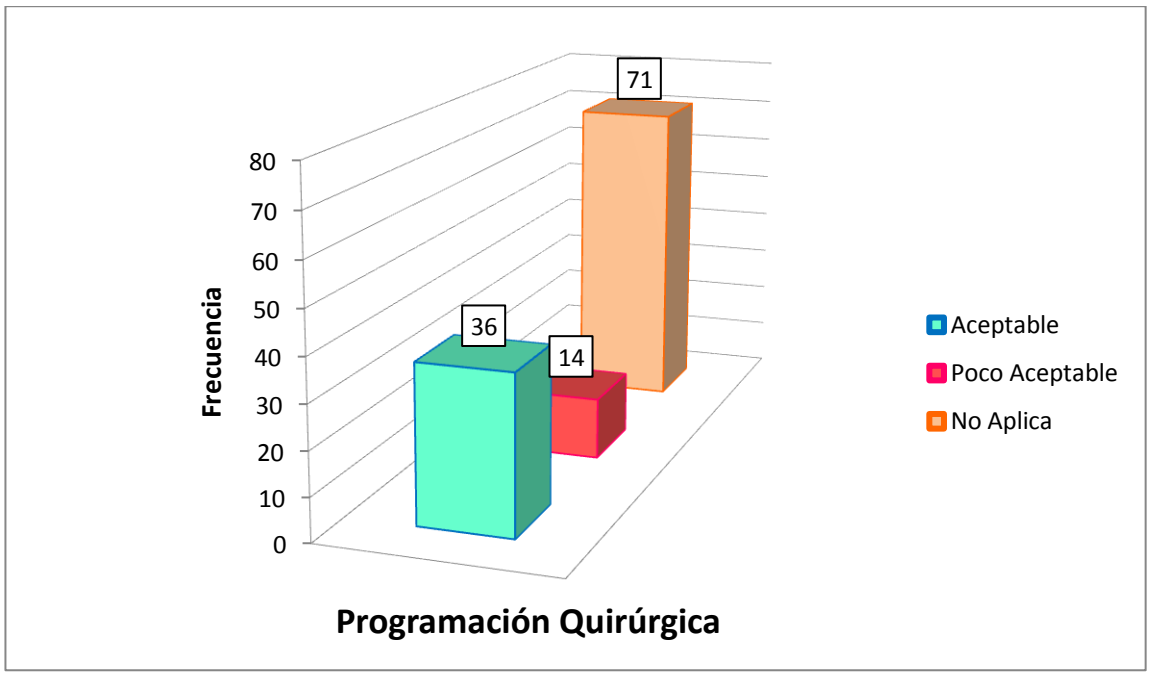


GRÁFICO N° 4.5.4

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.5.5 Recomendaciones de los usuarios sobre el servicio de oftalmología

Aspectos de Mejora del Servicio	F	%
Infraestructura	4	3.30
Amabilidad y Respeto al paciente	16	13.20
Tecnología y Aparatología Médica	18	14.90
Conocimientos y Habilidades	8	6.60
Horarios de Atención	15	12.40
Mayor número de especialistas	16	13.20
Mayor medicación oftalmológica	24	19.80
Nada, todo está bien	20	16.50
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: Se observa que el 20% de los encuestados opinan que debe haber Mayor Medicación Oftalmológica, un 17% opina que no debe mejorar en nada, que todo está bien, un 15% opina que debe mejorar en cuanto a Tecnología y Aparatología Médica, un 13% opina que debe mejorar en la Amabilidad y Respeto hacia el paciente y en igual porcentaje que se debe contar con un mayor número de especialistas, el 12% cree que se debe mejorar los Horarios de Atención, mientras que el 7% de los encuestados opinan que se debe mejorar en cuanto a Conocimientos y Habilidades y finalmente, un 3% opina que se debe mejorar en la infraestructura.

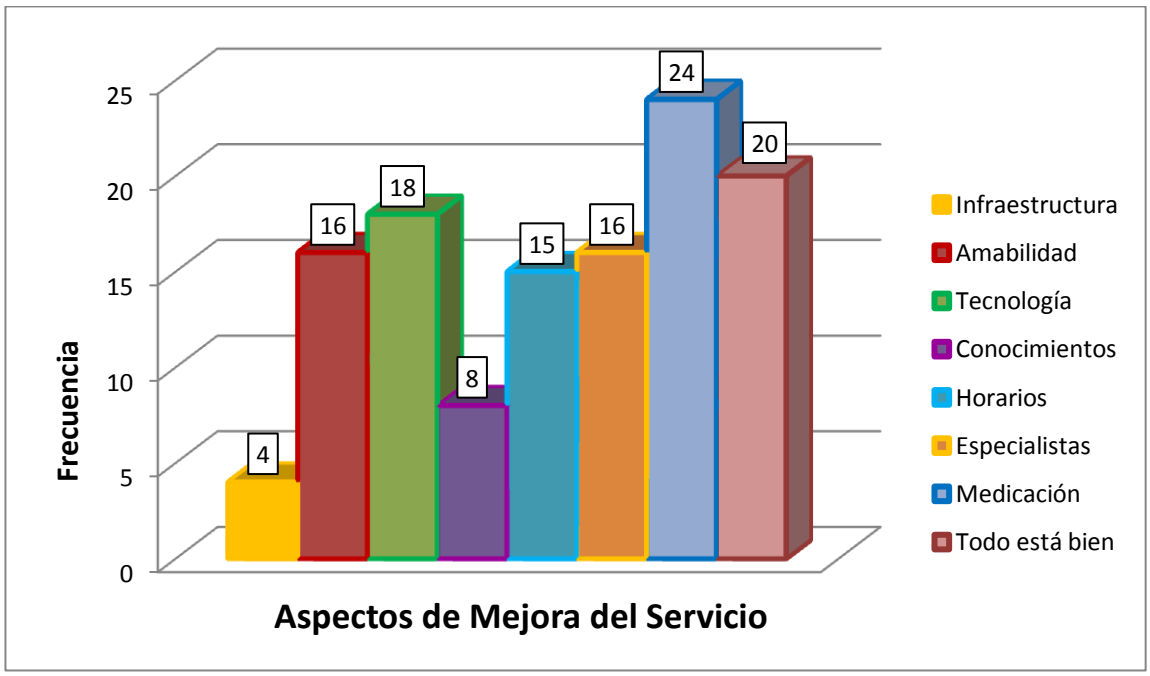


GRÁFICO N° 4.5.5

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.5.6 Evaluación del seguimiento postquirúrgico

Seguimiento Post - Quirúrgico	F	%
Excelente	10	8.20
Bueno	22	18.20
Deficiente	18	14.90
No Aplica	71	58.70
TOTAL	**121**	**100.00**

DISCUSIÓN: De los 121 encuestados, se observa que el 70% no se realizaron procedimientos quirúrgicos, el 13% considera que el seguimiento fue Bueno, el 11% opinó que fue Deficiente y un 6% opina que fue Excelente.

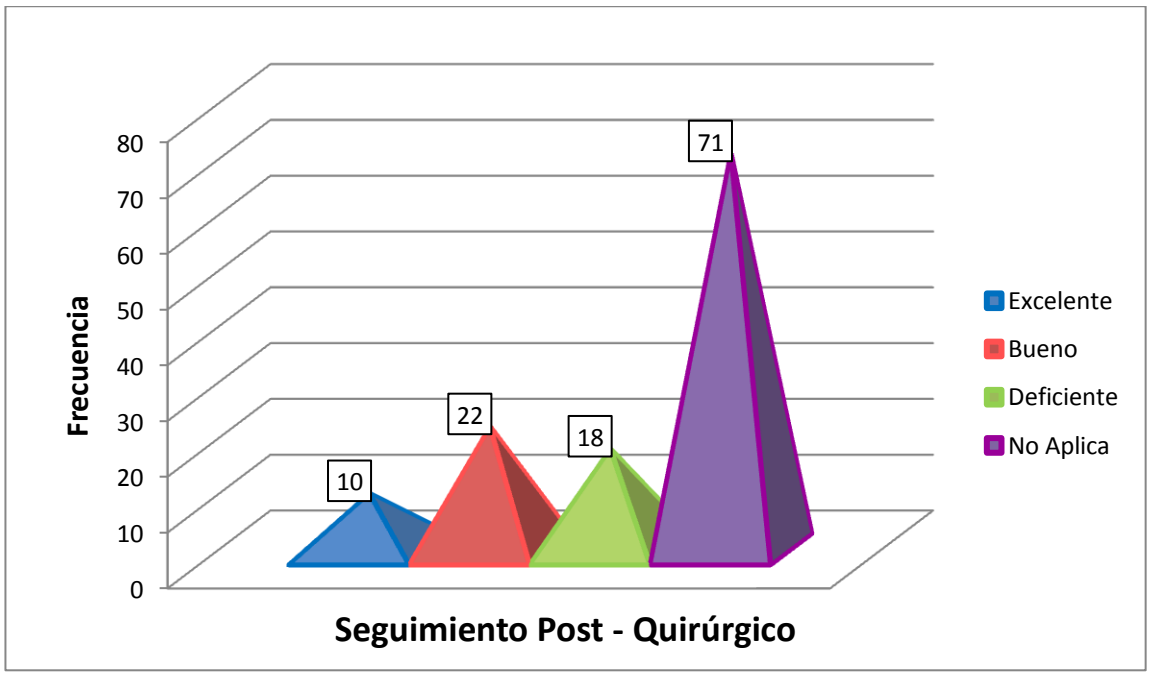


GRÁFICO N° 4.5.6

Fuente: Encuesta a los usuarios de la Consulta Externa de Oftalmología IESS Manta

4.6. ANÁLISIS DEL RESULTADO

4.6.1. ANÁLISIS DE LA FILIACIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL IESS MANTA.

De los 121 usuarios encuestados, se puede observar, en cuanto a la edad de los pacientes, que es el grupo de 18 a 49 años quienes acuden con mayor frecuencia a la consulta externa de oftalmología, con un total del 64.5% que corresponde a 78 usuarios, seguido con un 19% de los usuarios entre un grupo de edad de 50 a 64 años.

Se observa que respecto al género de los usuarios, los que acuden al servicio de oftalmología en su mayoría son las mujeres, con un 54.5% mientras que los varones acuden en un 45.5%.

Respecto al tipo de afiliación de los usuarios encuestados se observa que el 52.1% de ellos tienen una afiliación Patronal, seguido de los jubilados con un 19.80% y luego del Seguro social campesino con un 18.20%.
Se analiza de estos tres resultados individuales, que la mayor demanda de usuarios es de quienes están en un grupo de edad de 18 a 49 años, son de sexo femenino y tienen una afiliación patronal, la que demuestra la oferta laboral en la ciudad de Manta, ya que existen muchas empresas procesadores de atún, las mismas que contratan personal femenino en casi el 80% de su personal obrero para desarrollar funciones de despellejado y limpieza de pescado.

Respecto al lugar de residencia, se observa que el 83.5% residen en la ciudad de Manta, un 7.42% en el cantón Montecristi, ubicado a 15 km aproximadamente del Hospital del IESS; en tercer lugar, con un 5.78% la población de “El Aromo” y con un 3.3% el cantón “Jaramijó”, ubicados a 21 km y 13 km respectivamente.
Estos tres cantones aledaños a la ciudad de Manta, cuentan con instalaciones del Seguro Social Campesino, en donde los usuarios son transferidos a las distintas especialidades que oferta el Hospital del IESS Manta.

Con estos datos, se logra cumplir con el primer objetivo propuesto que fue analizar la filiación de los pacientes que acudieron a la consulta externa de oftalmología.

4.6.2. ANÁLISIS DE LA OFERTA DE LA CONSULTA EXTERNA DE OFTALMOLOGÍA

Analizando como los usuarios obtuvieron la cita médica para oftalmología, se observa que un 53.7% de ellos fueron derivados por otro especialista y un 46.3% obtuvo su cita mediante el Call Center del IESS. Con este dato se aprecia que a nivel del Call Center, se otorga con gran facilidad las citas médicas para la especialidad, conociendo, que son los médicos de medicina general quienes deben evaluar a los pacientes y luego, si amerita el caso clínico proceder a realizar la transferencia o derivación requerida.

Respecto al tipo de atención, se observa que un 62% de los usuarios acudieron a una primera atención oftalmológica y un 38% acudió a citas médicas subsecuentes. Se estableció que los usuarios acuden a la consulta oftalmológica por motivos de enfermedad en un 69.40%, motivos post-quirúrgicos en un 26.40% y solo un 4.10% por prevención en salud.
Con estos resultados se aprecia, que existe poca difusión de lo que engloba la salud preventiva a nivel de los usuarios.

Al encuestar a los usuarios, respecto al diagnóstico por el cual acudieron a la consulta médica, se aprecia que la mayoría de usuarios acudieron por una patología clínica – quirúrgica que es el Pterigion en un 21.5%, seguido de la Catarata, que también es una patología clínica – quirúrgica, en un 16.5% y luego por Defectos de Refracción Visual en un 14.9%.

Se determina entonces, que la mayor demanda de usuarios acude al servicio por primera vez derivados de otras especialidades y consultan por motivos de enfermedad, entre las cuales sobresalen los diagnósticos de Pterigion, catarata y defectos de refracción visual.

La consulta externa de oftalmología del Hospital IESS de Manta, cuenta con un consultorio oftalmológico para brindar atención de consulta externa. La atención médica la brindan dos médicos especialistas en oftalmología y de igual manera realizan las intervenciones quirúrgicas. Su horario laboral es de lunes a viernes de 8h00 a 16h00 y de 12h00 a 20h00, intercalando tiempo para consulta externa, quirófano, hospitalización y emergencia.

El consultorio de oftalmología se encuentra ubicado en el subsuelo del Hospital IESS de Manta, comparte la estación de enfermería con los otros consultorios de especialidad. Cuenta con un mobiliario cómodo y suficiente.
Existen 4 enfermeras por cada turno, para preparar al paciente previo a la consulta médica.

En cuanto a la limpieza, orden e infraestructura de la sala de espera, el 50.40% de los encuestados, opinan que es Excelente, el 42.10% opinan que es bueno y solo un 7.40% opinan que es deficiente.
Respecto a la limpieza, orden e infraestructura de la estación de enfermería se observa que la mayoría de los encuestados opinan que es excelente en un 47.10%, seguido de un 45.50% que opinan que es bueno y un 6.60% opinaron que es deficiente.

En mención a iguales parámetros, en el consultorio de oftalmología, opinaron un 54.5% que fue excelente, el 45.50% opinó que es bueno. No hubo ningún encuestado que calificara como deficiente este punto.

En general se observa que la mayoría de los usuarios encuestados opinaron que la limpieza, orden e infraestructura del servicio de oftalmología en general es excelente.

Referente a si los equipos y materiales se encontraban en cantidad suficiente y eran de calidad en la estación de enfermería, los usuarios opinaron que Sí lo eran en un 74.40% y el 25.60% opinó que No.

Al preguntar la apreciación que tuvieron sobre los equipos diagnósticos y tecnología que dispone el consultorio de oftalmología, refirió un 44.60% que es excelente, la mayoría opina que solamente es bueno con un 51.20% y el 4.10% opina que fue deficiente.

Se puede determinar entonces que la oferta de la consulta externa de oftalmología, consta de un consultorio médico en el cual la tecnología y equipos diagnósticos son considerados como buenos, se cuenta con el servicio de dos médicos especialistas en oftalmología que atienden 8 horas diarias en todas las áreas relacionadas a oftalmología(consulta, quirófano, hospitalización y emergencia), un personal de enfermería que cuenta con equipos y materiales suficientes, de acuerdo a la encuesta, y con una infraestructura en general que es considerada como excelente.

Se cumple de esta manera, con el objetivo planteado de analizar la oferta de la consulta externa de oftalmología del Hospital IESS de Manta.

4.6.3 ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DE OFTALMOLOGÍA

Con los datos estadísticos de la producción de la consulta externa del IESS durante los meses de Julio a Diciembre del 2010 (Ver Anexos N° 4), se analiza los indicadores de

gestión establecidos por la consulta externa de oftalmología del Hospital IESS de Manta:

Mes de Julio:

Datos de producción:

- Población afiliada: 37.787
- Días Laborados: 20 días
- Horas laboradas por mes por los 2 médicos: 126 horas
- N° de médicos oftalmólogos: 2
- Total de pacientes atendidos: 407
- Interconsultas solicitadas: 77
- Interconsultas atendidas: 64
- Orden de Hospitalización: 12

Análisis de Datos – Indicadores de Gestión:

- Horas trabajadas por día: 6 horas 10 minutos
- Pacientes atendidos por día: 20 pacientes (20.35)
- Minutos de consulta médica por paciente por cada médico: 9 minutos
- Porcentaje de interconsultas atendidas: 83%
- Promedio de recetas prescritas por consulta: 2.95

Mes de Agosto:

Datos de producción:

- Población afiliada: 37.787
- Días Laborados: 20 días
- Horas laboradas por mes por 2 médicos: 142 horas
- N° de médicos oftalmólogos: 2
- Total de pacientes atendidos: 498
- Interconsultas solicitadas: 97
- Interconsultas atendidas: 77
- Orden de Hospitalización: 18

Análisis de Datos – Indicadores de Gestión:

- Horas trabajadas por día: 7 horas 10 minutos

- Pacientes atendidos por día: 24 pacientes (24.9)
- Minutos de consulta médica por paciente por cada médico: 9 minutos
- Porcentaje de interconsultas atendidas: 80%
- Promedio de recetas prescritas por consulta: 2.14

Mes de Septiembre:

Datos de producción:

- Población afiliada: 37.787
- Días Laborados: 23 días
- Horas laboradas por mes: 192 horas
- N° de médicos oftalmólogos: 2
- Total de pacientes atendidos: 656
- Interconsultas solicitadas: 57
- Interconsultas atendidas: 42
- Orden de Hospitalización: 19

Análisis de Datos – Indicadores de Gestión:

- Horas trabajadas por día: 8 horas 12 minutos
- Pacientes atendidos por día: 29 pacientes (28.5)
- Minutos de consulta médica por paciente por cada médico: 14 minutos
- Porcentaje de interconsultas atendidas: 74%
- Promedio de recetas prescritas por consulta: 1.86

Mes de Octubre:

Datos de producción:

- Población afiliada: 49.139
- Días Laborados: 21 días
- Horas laboradas por mes: 160 horas
- N° de médicos oftalmólogos: 2
- Total de pacientes atendidos: 594
- Interconsultas solicitadas: 108
- Interconsultas atendidas: 97
- Orden de Hospitalización: 15

Análisis de Datos – Indicadores de Gestión:

- Horas trabajadas por día: 7 horas 48 minutos
- Pacientes atendidos por día: 28 pacientes (28.28)
- Minutos de consulta médica por paciente por cada médico: 15 minutos
- Porcentaje de interconsultas atendidas: 90%
- Promedio de recetas prescritas por consulta: 2.02

Mes de Noviembre:

Datos de producción:

- Población afiliada: 49.139
- Días Laborados: 20 días
- Horas laboradas por mes: 184 horas
- N° de médicos oftalmólogos: 2
- Total de pacientes atendidos: 522
- Interconsultas solicitadas: 20
- Interconsultas atendidas: 18
- Orden de Hospitalización: 21

Análisis de Datos – Indicadores de Gestión:

- Horas trabajadas por día: 9 horas 20 minutos
- Pacientes atendidos por día: 26 pacientes (26.10)
- Minutos de consulta médica por paciente por cada médico:18 minutos
- Porcentaje de interconsultas atendidas: 85%
- Promedio de recetas prescritas por consulta: 1.89

Mes de Diciembre:

Datos de producción:

- Población afiliada: 49.139
- Días Laborados: 21 días
- Horas laboradas por mes: 188 horas
- N° de médicos oftalmólogos: 2
- Total de pacientes atendidos: 527
- Interconsultas solicitadas: 80

- Interconsultas atendidas: 73
- Orden de Hospitalización: 11

Análisis de Datos – Indicadores de Gestión:

- Horas trabajadas por día: 8 horas 28 minutos
- Pacientes atendidos por día: 25 pacientes (25.09)
- Minutos de consulta médica por paciente por cada médico:20 minutos
- Porcentaje de interconsultas atendidas: 91%
- Promedio de recetas prescritas por consulta: 1.91

Con estos datos, se cumple con el objetivo de analizar los indicadores de gestión de la producción de la consulta externa de oftalmología del Hospital IESS de Manta.

4.6.4 ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DE OFTALMOLOGÍA.

Respecto a la percepción de la calidad que tuvieron los usuarios encuestados del personal de enfermería, se observa, en cuanto a la amabilidad demostrada por el personal de enfermería, que un 50.40% opina que fue excelente, un 40.50% opina que solamente fue buena y un 9.10% opina que fue deficiente.

Al evaluar los conocimientos y habilidades que el personal de enfermería demostró al realizar su trabajo, un 51.20% de los encuestados opinaron que fueron excelentes, un 42.10% que fueron buenos y un 6.60% que fueron deficientes.

El 93,40% de los usuarios, opinó que el personal de enfermería demostró respeto hacia sus comentarios y preguntas, mientras que el 6.60% opinó que no fue así.

En la pregunta de si el usuario tuve privacidad al momento de la atención brindada por el personal de enfermería, un 25.60% lo catalogaron como excelente, un 54.50% opinaron que solamente fue bueno y un 19.80% que fue deficiente.

En general, se observa con estos datos, que el personal de enfermería demuestra una amabilidad excelente, que se desempeña con conocimientos y habilidades excelentes, que si demuestra respeto hacia los comentarios de los pacientes y que la privacidad que les ofrecieron fue solamente buena.
Se puede observar, que existe un porcentaje significativo de usuarios que califican la amabilidad, conocimientos, habilidades y privacidad ofertada por el personal de enfermería, como Deficiente, que demuestra en éste parámetro, que no son usuarios satisfechos.

Respecto a la percepción de la calidad que tuvieron los usuarios encuestados acerca de los oftalmólogos, se observa, en cuanto a la amabilidad demostrada por los oftalmólogos, que un 22.30% opina que fue excelente, un 62.80% opina que solamente fue buena y un 14.90% opina que fue deficiente.

Al evaluar los conocimientos y habilidades que los oftalmólogos demostraron al realizar su trabajo, un 37.20% de los encuestados opinaron que fueron excelentes, un 60.30% que fueron buenos y un 2.50% que fueron deficientes.

El 94.20% de los usuarios, opinó que los oftalmólogos demostraron respeto hacia sus comentarios y preguntas, mientras que el 5.80% opinó que no fue así.

En la pregunta de si el usuario tuvo privacidad al momento de la atención brindada por los oftalmólogos, un 44.60% lo catalogaron como excelente, un 53.70% opinaron que solamente fue bueno y un 1.70% que fue deficiente.

Como valoración general de la percepción que tuvieron los encuestados acerca de la calidad del servicio de los oftalmólogos, se determina, que su amabilidad, conocimientos y habilidades fueron buenos, si demostraron respeto por los comentarios de los pacientes y la privacidad que ofrecieron en el consultorio oftalmológico fue buena.
Haciendo un estudio comparativo de la amabilidad de las enfermeras versus la de los oftalmólogos, se aprecia que el personal de enfermería fue más amable, la percepción de

conocimientos y habilidades, fue mejor en las enfermeras que en los médicos, el respeto demostrado fue superior en los médicos que en las enfermeras y respecto a la privacidad ofertada fue similar en ambos grupos.
Se evidencia además que hubo menos calificaciones en el parámetro deficiente para la calidad ofertada por los médicos versus el personal de enfermería.

Respecto a la percepción de la calidad que tuvieron los usuarios encuestados acerca del servicio del Call Center, se observa, en cuanto a la amabilidad demostrada, que un 61.20% opina que fue excelente, un 38.80% opina que fue buena y ningún usuario opina que fue deficiente.

Al evaluar el tiempo que espera hasta obtener la cita médica por medio del llamada al Call Center, se evidenció que el 20.70% de los usuarios, obtuvieron su cita en un tiempo menor de 1 semana, el 26.40% la obtuvo entre 1 a 2 semanas, el 33.10%, que fue la mayoría, la obtuvo entre 2 a 3 semanas y el 19.80% obtuvo su cita médica en más de 4 semanas.

El 99.20% de los usuarios, opinó que el servicio del Call Center demostró respeto hacia sus comentarios y preguntas, mientras que el 0.80% opinó que no fue así.

Se observa que a un 97.50% de los usuarios se les realizó la llamada de recordatorio previo a su cita médica y solo a un 2.50% no les llamaron.

Se determina que en cuanto a amabilidad, respeto y la llamada de recordatorio previo a lo cita médica, el servicio del Call Center fue catalogado como Excelente en un promedio del 75%. Como aspecto de estudio está la demora en la disponibilidad de citas médicas para la especialidad, ya que la mayoría de los usuarios tarda entre 2 a 3 semanas para conseguir su cita médica.

Con los datos obtenidos de la encuesta, se cumplió con el objetivo de determinar si la atención que recibe el usuario que acude a la consulta externa de oftalmología del Hospital IESS de Manta se la realiza con calidad y calidez.

4.5.5 ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA DE OFTALMOLOGÍA.

Se preguntó a los usuarios encuestados, si al salir de la consulta externa de oftalmología, lograron satisfacer sus expectativas, frente a lo cual, respondieron que Sí el 51,20%, que No, el 5.80% y el 43% dijeron que solo sus expectativas fueron satisfechas parcialmente.

Al cuestionar sobre si el usuario volvería a consultar la especialidad de oftalmología, un 82.60% dijo que era Probable, mientras que el 17.40% opinó que era Poco Probable.

Un 84.30% de los usuarios encuestados dijo que Si recomendaría el servicio de oftalmología a sus conocidos, mientras que el 15.70% dijo que No.

Se evaluó si los pacientes que tenían diagnóstico quirúrgico, se encontraban conformes con la fecha de su programación quirúrgica, a lo que respondieron que era una fecha Aceptable el 24.80%, que era Poco Aceptable el 11.60% y el 58.70% de ellos, esta pregunta no aplicaba puesto que consultaron la especialidad de oftalmología por una patología clínica, no quirúrgica. Se observa un porcentaje considerable en la respuesta de que el tiempo de programación quirúrgico era poco aceptable.

Al preguntar, cuál aspecto el usuario considera que debe ser mejorado en el servicio de oftalmología, la mayoría de encuestados dijeron que deben mejorar en contar con mayor medicación oftalmológica, en un 19.80%, un 16.50% dijeron que todo estaba bien, el 14,90% opinó que deben mejorar en contar con mejor tecnología y aparatos médicos, un 113.20% dijeron que debe haber mejor amabilidad y respeto y de igual manera se debe contar con mayor número de especialistas, un 12.40% dijo que se debe mejorar en cuanto a los horarios de atención, el 6.60% opinó de que se debe capacitar mejor a los profesionales de salud y solo el 3.30% dijo que la infraestructura en general debe ser mejorada.

Se evaluó a los usuarios, respecto al seguimiento post-quirúrgico que tuvieron, por lo un 58.70% de los encuestados no aplicaba esta pregunta ya que no fueron sometidos a alguna cirugía, el 18.20% opina que fue Bueno, 14.90% opina que fue Deficiente y el 8.20% opina que fue Excelente.

Se puede determinar de manera general, la percepción de los usuarios en cuanto a la evaluación de los resultados obtenidos al salir de la consulta externa de oftalmología. Se observó que la mayoría de los usuarios Si lograron satisfacer sus expectativas frente al servicio, Sí volverían a consultar la especialidad, de igual manera lo recomendarían a un conocido. Respecto a la fecha de la programación de su cirugía opinan que está dentro de un tiempo aceptable, su seguimiento post-quirúrgico fue solamente bueno y en cuanto a los aspectos de mejora, la consulta externa de oftalmología debe mejorar en cuanto a mayor número de medicamentos, mayor número de especialistas, tecnología y aparatos médicos, mejor amabilidad y respeto entre las más sobresalientes.

Al estudiar estas variables, se cumple con el objetivo de analizar la satisfacción del usuario que acude a la consulta externa del Hospital IESS de Manta.

Al observar todos estos parámetros provenientes del análisis de los resultados de las encuestas y de los indicadores de gestión, se determina que la hipótesis planteada es VERDADERA ya que la satisfacción global que percibe el usuario que se atiende en la consulta externa de oftalmología no es Excelente en todos sus aspectos, incluso, se evidenció que hay parámetros en los que los usuarios catalogan al servicio como Deficiente.

Con este resultado, se observa la necesidad de encontrar una propuesta técnico – administrativa que ayude a mejorar la calidad de la consulta externa de oftalmología del Hospital IESS de Manta, para lo cual se recomienda la propuesta de modelo de gestión de calidad técnica administrativa establecida en la norma ISO 9001: 2000 adaptado a organizaciones sanitarias, cuyas directrices se observan a continuación, cumpliendo de esta manera con el objetivo específico de recomendar una propuesta de gestión técnica administrativa en la Consulta Externa de Oftalmología.

4.5.6. RECOMENDACIÓN DE UNA PROPUESTA DE GESTIÓN TÉCNICA – ADMINISTRATIVA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL I.E.S.S DE MANTA.

PROPUESTA DE MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADA EN LA NORMA ISO 9001: 2000 EN ORGANIZACIONES SANITARIAS

INTRODUCCIÓN

En estos últimos años, y en particular desde la aparición de la última edición de la norma ISO 9001 en el año 2000, es muy frecuente encontrar organizaciones sanitarias de todo tipo, que han decidido adoptar el modelo de gestión propuesto por esta norma. El enfoque a procesos, la orientación al cliente, la toma de decisiones basada en datos objetivos son algunos de los principios de gestión en los que la norma se ha basado, y lo que la hace especialmente atractiva para todas aquellas organizaciones que buscan eficacia en sus sistemas de gestión. Por otro lado, la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria es un objetivo de los sistemas sanitarios modernos, y así se preconiza, tanto desde los Ministerios de Salud como desde los organismos competentes de las diferentes provincias.

Si bien en la mayor parte de las organizaciones aparece el modelo EFQM como marco de referencia para la calidad y la mejora continua de los servicios sanitarios, no es menos cierto que experiencias bastante numerosas sugieren la necesidad de comenzar con modelos más simples, como ISO 9001, aunque no por ello menos eficaces. La diferencia fundamental entre el modelo ISO y el modelo EFQM no está en los planteamientos, que podemos considerar similares, sino en los grupos de interés. Para ISO 9001, todo está orientado hacia el cliente, sus requisitos y expectativas, mientras que para el modelo EFQM aparecen otros grupos de interés, como los empleados, la sociedad, los accionistas y los proveedores. La lógica nos permite asegurar que si comenzamos con los planteamientos adecuados en un modelo restringido como es el modelo ISO 9001, una evolución natural nos llevará, sin grandes dificultades hacia la excelencia que preconiza el modelo EFQM.

ORIENTACIÓN A RESULTADOS

Una de las características de la ISO 9001 es su orientación a los resultados de las organizaciones. La norma persigue en definitiva que los procesos del sistema de gestión de calidad de la organización sean eficaces.

Dado que los objetivos de la asistencia sanitaria son curar la enfermedad, frenar su progreso, restablecer la capacidad funcional o aliviar el dolor y el sufrimiento, el éxito y la calidad de la asistencia sanitaria deben medirse según el grado de consecución de estos objetivos, y todo ello sin olvidarnos de la satisfacción del paciente como resultado imprescindible que debe acompañar a los anteriores.

Esta orientación a resultados pretende acabar con una interpretación bastante común y deficiente de la edición anterior según la cual, lo importante eran los procedimientos y su aplicación práctica, y no la obtención de resultados. Ello dio lugar en su momento a una visión formalista y burocrática de la norma que hizo bastante daño. Por ello, la nueva edición insiste en los resultados como efecto inherente a la implantación del modelo de gestión conceptual propuesto. Ahondando en este aspecto, las exigencias de la norma en cuanto a documentación (manual y procedimientos) son mínimas, dejando a las organizaciones la decisión de determinar la extensión en la que sus actividades deben estar documentadas.

LOS PROCESOS

El resultado deseado se alcanza más eficazmente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso. Es precisamente el enfoque basado en procesos uno de los principios de calidad sobre los que se basa la reciente edición de la norma.

Un proceso es una actividad o conjunto de actividades que transforma elementos de entrada o inputs en resultados u outputs mediante la gestión de unos recursos.

Es fácil de comprender que una organización opera mediante una serie de procesos sucesivos en donde los resultados de un proceso se convierten en elementos de entrada de uno o más procesos.

Esta idea de interacción es algo que debe ser bien interpretado. Se insiste en la presencia del cliente, sus exigencias (aparte lógicamente de los requisitos legales de aplicación) y plantea una orientación al cliente y, en consecuencia, una gestión de las actividades de la organización y de sus recursos, con esa orientación hacia lo que el cliente espera de la organización.

El reto para una organización consiste en pasar de una gestión, llamémosla tradicional, por departamentos, a lo que entendemos que debe de ser una gestión (de calidad) por procesos.

Echándole un poco de imaginación pensemos que un modelo de gestión por departamentos está compuesto por unos cuantos silos (departamentos), donde están almacenadas toda una serie de responsabilidades. Las actividades de la organización tienen lugar dentro de esos silos, existiendo una serie de trasvases de información, productos o servicios de unos silos a otros. En cada silo encontraremos a un jefe que es el coordinador de las actividades dentro del mismo, y el que habitualmente toma las decisiones que le correspondan por la naturaleza de sus actividades. Los objetivos, en este tipo de organizaciones, son objetivos funcionales o departamentales, que no siempre están relacionados con el cliente y/o sus intereses.

Toda organización está formada por una serie de procesos por el simple hecho de existir. Lo que ISO exige a las organizaciones es que sean conscientes de la existencia de estos procesos con objeto de que sean gestionados eficazmente con el fin último de mejorar el nivel de satisfacción del cliente.
Se pretende además que las personas tengan una visión global del funcionamiento de la organización u comprendan mejor la importancia de su actividad particular para dar respuesta a las necesidades de los clientes y los requisitos legales aplicables, obteniendo así su satisfacción.

LOS PROCESOS EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA

Habitualmente se encuentran bastantes errores a la hora de identificar los procesos de los que estamos hablando. Se confunde la idea de proceso con la de departamento e incluso con la de procedimiento. Ello se debe a la dificultad de romper la tradición departamental de las organizaciones.

Para realizar con éxito una identificación de los procesos de una organización, es necesario asociar a los procesos la idea de valor, y el valor se asocia igualmente a la satisfacción de las necesidades de un cliente, tanto interno como externo.

Encontramos en ocasiones actividades que no aportan valor en sí mismas y que tienen la consideración de procesos, y también procesos incompletos en los que faltan actividades que condicionan su misión. Por citar algún ejemplo ilustrativo pensemos que en un servicio de apoyo al diagnóstico como es el de análisis clínico en un hospital, el proceso se activa con la prescripción del facultativo y finaliza con la entrega del informe. En consecuencia, si entendemos que esto es un proceso, y realmente lo es, el proceso debe incluir actividades llevadas a cabo dentro, pero también fuera del laboratorio. La extracción de las muestras, su acondicionamiento y transporte, etc., están condicionando el resultado obtenido y habrán de ser igualmente consideradas como parte del proceso.

Es importante señalar que no existe un modo único de identificar procesos, y que estos pueden variar, incluso entre diferentes organizaciones que lleven a cabo la misma tarea. La descripción que facilitamos a continuación está basada en criterios poco discutibles y que tienen un fin claro: facilitar la tarea de identificar factores de eficacia muy elementales.
Se trata en cualquier caso de una simplificación práctica pero entendemos que muy útil:

- **El proceso asistencial**

Proceso clave o crítico en cualquier organización sanitaria.

Misión	Curar la enfermedad, frenar su progreso, restablecer la capacidad funcional o aliviar el dolor y el sufrimiento de los pacientes.
Comienzo	Llegada o llamada del paciente
Fin	Alta del paciente.

Evidentemente éste es un macro-proceso en el que aparecen diferentes funciones involucradas.
Este proceso puede resultar más o menos complejo en función del diagnóstico y de la terapia aplicada, lo cual implicará la existencia de un número mayor o menor de subprocesos o etapas o actividades diversas (hospitalización, cirugía, cuidados intensivos, rehabilitación, etc.).

El modo de "entrada" del paciente puede igualmente variar: consultas externas, urgencias, derivado de otros centros, etc., pero todo ello no hace más que matizar un proceso que sigue siendo el proceso asistencial a todos los efectos.

Este proceso consta de dos fases o procedimientos: la fase diagnóstica y la fase terapéutica. La criticidad de estas dos fases o subprocesos es evidente: un buen diagnóstico facilitará en principio la prescripción terapéutica más adecuada, o su revisión, y la aplicación de ésta deberá producir, en situaciones normales, los efectos previsibles.

- **Los procesos de apoyo al diagnóstico**

Existen una serie de procesos que aportan la información necesaria para que el facultativo realice un diagnóstico adecuado en cada caso estos procesos son activados por el propio facultativo. Nos referimos a todo lo relacionado con análisis clínicos, anatomía patológica, diagnosis por imagen, pruebas diagnósticas, etc. Todos ellos son procesos que podemos calificar de soporte a la labor del facultativo.

Misión	Suministrar en tiempo, forma y contenido la información demandada por el facultativo.
Comienzo	Petición del facultativo
Fin	Entrega al facultativo de la información demandada

- **Mantenimiento de la infraestructura del centro**

En este caso concreto vamos a incluir dentro del concepto de infraestructura a todo lo relacionado con los espacios donde se lleva a cabo la labor de los profesionales de la organización, incluyendo las habitaciones de los pacientes.
También vamos a considerar que están aquí los equipamientos relacionados con los servicios generales de la organización: suministro de energía, climatización, ascensores, etc., aunque su alcance puede ser dividido en diferentes procesos.

Misión	Proporcionar espacios y equipamientos adecuados para el desarrollo normal de las diferentes actividades que se llevan a cabo en el centro.
Comienzo	Necesidades de mantenimiento / reparación (planificadas o no)
Fin	Infraestructura en correcto estado de uso a disposición de profesionales, pacientes y familiares.

- **Restauración**

Realmente, y si utilizamos una expresión más adecuada podríamos calificarlo como proceso de satisfacción de las necesidades alimenticias de los pacientes.

Misión	Atender las necesidades alimenticias con las limitaciones establecidas por los facultativos (dietas).
Comienzo	Menús aprobados y dietas
Fin	Administración de los alimentos.

Igualmente recordemos que este proceso no se desarrolla sólo en la cocina, sino con posterioridad la puesta a disposición de los pacientes de los alimentos requiere un control posterior hasta el momento de su consumo.

También hay que considerar aquí la adquisición de los productos básicos, su recepción, su conservación y elaboración, etc.

- **Mantenimiento de equipos médicos**

Nos referimos en este caso a los equipamientos existentes tanto para su utilización a lo largo del proceso asistencial como a los utilizados en los procesos de apoyo al diagnóstico.

Misión	Garantizar el correcto funcionamiento de los equipos y aparatos médicos.
Comienzo	Necesidades de mantenimiento (planificados o no)
Fin	Equipos funcionando correctamente.

- **Gestión de la competencia**

Este es un proceso clave o crítico en cualquier organización y más aún, si cabe, es una organización sanitaria.

Misión	Aportar personal competente a los procesos de la organización
Comienzo	Identificación necesidades en cuanto a competencia
Fin	Personal competente en el desarrollo de sus tareas.

No estamos hablando de recursos (cantidad) cuya necesidad y suministro transcurren por otras vías, sino de competencia.
Este es un proceso que presenta varias fases o subprocesos:

- Definición del perfil profesional
- Selección de personal (de acuerdo con perfiles definidos)
- Aprendizaje (incluye la formación y/o actualización de conocimientos)
- Asignación de tareas a personas competentes.

Cuando todos estos pasos se realizan con la eficacia necesaria, el resultado debe ser la disponibilidad de personal con la competencia necesaria para desarrollar sus tareas con la suficiente garantía.

Como proceso que es, necesitamos medir su eficacia, y para ello sólo hay una manera de hacerlo: evaluando el nivel de errores de origen humano que se puedan haber detectado en la organización.

Ello requiere que en los análisis periódicos de la información que el sistema genera aparezca claramente la competencia o los fallos de competencia como una causa potencial y real de problemas en la organización. Ahora bien, este tipo de análisis hay que realizarlos cuidadosamente y con conocimientos de causa.

En muchas circunstancias el error humano aparece como causa aparente cuando en realidad el origen está en otro proceso.
Pensemos por ejemplo en una enfermera que selecciona por error la ampolla equivocada al seleccionarla entre otras aparentemente similares. Si esto es así, la causa hay que buscarla en la similitud de ampollas y habría que tratar de que el laboratorio farmacéutico cambiara los envases para garantizar una mejor diferenciación de su contenido. También, y por citar otro ejemplo, no vamos a hablar de negligencia ante un resultado negativo no previsible en una operación quirúrgica realizada por un cirujano que ha estado operando durante 20 horas seguidas o con una intensidad excesiva durante días, debido a una escasez puntual o crónica de recursos.

También hay que aceptar que el error humano es imposible de eliminar y que siempre estará presente. Lo que sí es necesario conocer es su entidad en el conjunto de problemas de una organización y la posibilidad o conveniencia de su minimización.

- **Otros procesos**

Existen adicionalmente otros procesos, como pueden ser los relacionados con el suministro y conservación de la lencería, el de la limpieza del centro, mantenimiento y actualización de los sistemas de información, el suministro de sangre, suministro de medicamentos, etc. Estos procesos deben ser igualmente considerados aplicando los mismos criterios:

- La definición de una misión que satisfaga las necesidades de un cliente
- La determinación del comienzo y final del proceso.

Finalmente, no nos olvidemos de aquellos procesos que la norma llama de relación con los clientes. Nos referimos al proceso de contratación del servicio prestado a los pacientes, que puede tomar muchas formas según los casos, puede ser una consejería de sanidad, empresas aseguradoras o familiares.

LA EFICACIA DE LOS PROCESOS

Hay una serie de procesos bien definidos (aspecto crítico), con una misión concreta, y a partir de aquí tenemos que saber valorar hasta que punto cada uno de los procesos es capaz de lograr la misión para la cual ha sido establecido.
Si la misión del proceso asistencial es "curar la enfermedad, frenar su progreso, restablecer la capacidad funcional o aliviar el dolor y el sufrimiento", este proceso será eficaz en la medida en la que esto se cumpla en la práctica.

Se entiende que realizar valoraciones a este respecto no es una labor fácil, pero si es cierto que existen datos al respecto que podrán ser utilizados para hacer una valoración bastante objetiva y perfectamente válida.
En primer lugar, el resultado de la actividad asistencial debe ser evaluado de alguna manera bien desde la organización, o bien desde los propios profesionales.
Esta evaluación debe validar en cada caso si, en función del resultado obtenido sobre el paciente, tanto el diagnóstico como la terapia aplicada fueron los correctos, y si no hubiera sido así, que es lo que ha fallado. Este ejercicio de autocrítica no es un capricho sino una necesidad y un requisito de la norma ISO 9001. El alcance de este control vendrá determinado por las circunstancias: en algunos casos bastará un muestreo y, sin embargo, en otros, será necesaria una evaluación más amplia. Ello deberá proporcionar información directa y suficiente para entrar en valoraciones sobre la fiabilidad de la organización sanitaria en la prestación de la asistencia médica.

Los resultados más indeseables desde el punto de vista clínico serán siempre los retornos, la mortalidad no esperada y las incapacidades remanentes (las totales no esperadas o aquellas con una severidad superior a la esperada).

También existen otros datos asociados a costes y consumos que pueden revelar síntomas de que algo no funciona correctamente en la organización sanitaria. Ejemplos de estos pueden ser estudios comparativos y de evolución de estancias medias, tiempos excesivos en quirófano, consumos anormales de antibióticos, etc. En definitiva, datos que pueden constituir en sí mismos síntomas de ineficacia en la organización (habitualmente estos factores se utilizan para analizar la eficiencia de la organización no obstante pueden y deben ser utilizados como síntomas de ineficacia).

Tampoco debemos olvidar que en el transcurso de la actividad asistencial existen complicaciones de mayor o menor relevancia que hay que eliminar o, al menos, minimizar hasta unos niveles aceptables. Estas complicaciones o sucesos adversos los encontraremos a lo largo del proceso asistencial, en diferentes áreas de la organización. Citamos a continuación algunos ejemplos bien conocidos por los profesionales del sector:

- Hemorragias
- Infecciones nosocomiales
- Trombosis venosa profunda
- Lesiones nerviosas
- Neumonías por ventilación mecánica
- Llagas posturales

Lamentablemente este tipo de sucesos no siempre se registran sistemáticamente, por lo que su nivel de presencia y las causas de los mismos no siempre llegan a ser objetivamente conocidos. Es por ello por lo que se convierte en una necesidad que todos ellos sean registrados en el momento de su detección. Finalmente hay que señalar que cuando obtengamos toda la información necesaria, ésta hay que expresarla de tal modo que obtengamos tendencias que es lo realmente interesante en este tipo de ejercicios:

Las cifras absolutas nos dicen poco o nada sobre una situación, y lo realmente importante es observar si estamos ante una tendencia positiva o negativa.
En cuanto a los procesos de apoyo al diagnóstico, si su misión, es suministrar en tiempo y forma la información solicitada al facultativo que la había demandado, seremos más o menos eficaces en la medida en la que esto haya sido así.

En este tipo de procesos existen dos factores que podemos valorar: el tiempo y la fiabilidad. Se trata entonces de responder a las siguientes preguntas:

- ¿llega la información solicitada en los plazos requeridos?
- ¿los informes emitidos son correctos y completos?

No será lo mismo atender la demanda de un facultativo del servicio de urgencias que la de otros facultativos en circunstancias diferentes. Por ello, se impone la necesidad de establecer un compromiso con los diferentes servicios de la organización en cuanto a plazos, contabilizar regularmente los plazos obtenidos en la realidad y monitorizar su evolución a lo largo del tiempo utilizando herramientas estadísticas.

Por otro lado y en cuanto a la fiabilidad del informe, sabemos que a pesar de que los informes deben ser revisados previamente a su expedición a los solicitantes, nos encontraremos con casos en los que los informes son devueltos por diferentes motivos, siendo incluso necesario repetir el proceso completo. Al igual que con el parámetro anterior, es necesario contabilizar estos casos y analizar regularmente las tendencias que se vayan obteniendo.

Este hilo de razonamiento es el que debemos seguir en cada uno de los procesos de la organización.
La información obtenida por ambas vías debe ser comparada con objeto de llegar a las conclusiones pertinentes.

LAS ACCIONES PREVENTIVAS

La necesidad de prevenir (no estamos en estos momentos hablando de medicina preventiva) es una exigencia de la norma. También es uno de los apartados peor implantados en la mayoría de las organizaciones por la falta de un enfoque adecuado. Lo que aquí proponemos en un ejercicio relativamente sencillo y que debería ser suficiente para satisfacer las necesidades de prevención de una organización.

Lógicamente, y si queremos ser coherentes con el enfoque a procesos de la norma, debemos inmediatamente pensar que este ejercicio no debe ser realizado aisladamente por el responsable de calidad de una organización, sino por los propietarios o gestores de procesos, en relación con cada proceso, y con la colaboración de su equipo.
El problema es que cuando esto es así, el espectro de acciones existentes no cubre la totalidad de los riesgos inherentes a cada proceso. Para corregir esta situación, es necesario realizar sistemáticamente y proceso por proceso el siguiente ejercicio:

- Identificar posibles modos de fallo (relacionados con el logro de la misión).
- Analizar caso por caso sus consecuencias (graves, leves, sin consecuencias)
- Seleccionar (para comenzar) aquellos casos con consecuencias calificadas como graves.
- Definir acciones específicas que eliminen la posibilidad de los modos de fallo seleccionados
- Implantar las acciones (acciones preventivas)
- Valorar regularmente la eficacia.

Se pueden citar muchos ejemplos:

- La falta de energía (en quirófanos) por ejemplo (modo de fallo con consecuencias potencialmente graves), y la necesidad de disponer de un generador (acción preventiva) que arranque automáticamente ante un fallo en el suministro de energía.

- La prescripción electrónica (acción preventiva) para evitar errores de interpretación (modo de fallo potencialmente grave) de la prescripción facultativa.

- Disponer de un stock adecuado de sangre (acción preventiva) para prevenir su falta en determinadas circunstancias (modo de fallo potencialmente grave).

- Elaboración de determinados protocolos médicos (acción preventiva) para reducir consecuencias (modo de fallo diversos) producidas por la variabilidad de la práctica médica en determinados procedimientos clínicos.

- Definición de actuaciones adecuadas en la práctica médica que garanticen un buen resultado: por ejemplo, la administración de ácido acetilsalicílico (AAS) en el síndrome coronario agudo. En muchos casos estos criterios se utilizan como indicadores para determinar el "estándar" de la organización.

Este es un ejercicio que debería ser realizado una vez y a partir de ese momento repetirlo únicamente cuando las condiciones de prestación del servicio puedan cambiar (recursos, metodología, criterios, innovación, etc.)

También se puede hablar de acciones preventivas ante situaciones en las que sin llegar a detectar situaciones adversas o fallos, la existencia o tendencia negativa nos acerca a un límite que podemos considerar de seguridad. Una actuación a tiempo nos puede alejar de una zona de riesgo simple incómoda.

LAS ACCIONES CORRECTIVAS

Lógicamente, para poder corregir, lo primero que necesitamos conocer es donde fallamos. Es por ello por lo que volviendo a repasar lo que antes habíamos dicho a propósito de la eficacia de los procesos y los posibles modos de fallo, la identificación previa de estos facilita enormemente su registro, cuando se producen, y permite el conocimiento objetivo de la situación en cada momento.

La diferencia entre prevención y corrección es clara: hablamos de prevención cuando aún no se ha producido el problema, y de corrección cuando ya ha aparecido. En cualquier caso, lo que se trata es de registrar modos de fallo (sucesos adversos, incumplimiento de criterios, fallos en el diagnóstico o en la terapia aplicada, etc.) cuando se producen, analizar su causa, trasladar la información al proceso que los ha originado y, a partir de ese momento, en cada proceso, y bajo la responsabilidad de sus gestores, determinar la necesidad de implantar determinadas acciones correctivas y evaluar, llegado a su caso, su eficacia.

No todos los problemas registrados requieren una acción correctiva. Tenemos que entender que los fallos accidentales o aislados son imposibles de eliminar (o su eliminación resulta excesivamente costosa), y únicamente se requieren actuaciones correctivas ante la existencia de una causa latente en el sistema de gestión de la organización con consecuencias relevantes en la misma.

A esta conclusión es a la que hay que llegar a través de un análisis periódico de la información acumulada regularmente.

LA FICHA DEL PROCESO

Todos los procesos requieren una descripción bastante exhaustiva.
Una ficha del proceso contribuye a la comprensión del mismo, y por tanto a su gestión eficaz. Lo que aquí se recomienda es su elaboración. No se trata de una exigencia, pero si de una recomendación práctica.

A la hora de desarrollarlas hay que tomas en cuenta que, en ocasiones, un mismo proceso (por ejemplo, el proceso asistencial), tendrá su propia ficha, pero debido a su complejidad, requerirá seguramente de fichas adicionales que, con referencia a la ficha principal, detallen los elementos d los diferentes subprocesos del proceso asistencial.

El contenido de las fichas no tiene por qué coincidir con el que a continuación se detalla. Cada organización tiene su propio sistema de documentación y la misma

información se puede encontrar en apartados diferentes. A pesar de todo, la experiencia aconseja una integración de los datos relativos a cada proceso en forma similar a la que citamos.

Misión del proceso	Es la razón de ser del proceso. Que pretendemos conseguir a través de su implantación.
Propietario del proceso	Es la persona o función a la que se le asigna la responsabilidad del proceso, de su gestión y sus resultados. Es necesario que tenga autoridad para liderar el proceso y movilizar a los agentes que intervienen en el mismo.
Equipo de proceso	Representantes de diferentes funciones / departamentos, que, liderados por el propietario del proceso participan en su seguimiento.
Límites del proceso	Marcados a partir de las entradas y las salidas. Ello permite definir con precisión las interacciones identificando origen de las entradas y destino de las salidas
Variables de control	Se refiere a aquellos procesos en los cuales se tiene capacidad de actuación dentro del ámbito del proceso y que pueden alterar el funcionamiento o comportamiento del proceso. Permiten conocer a priori a donde se puede "tocar" en el proceso para controlarlo.
Flujo-grama	Proporciona una representación gráfica de las actividades incluidas en el proceso y ayuda a su comprensión.
Responsabilidades & Autoridad	Define quien es el responsable de qué y quién tiene la autoridad y para qué en el contexto del proceso.
Indicadores	Permiten realizar el seguimiento del proceso. Pueden estar relacionados, bien con los resultados, bien con los criterios establecidos.
Modo de seguimiento	Especifica el modo a través del cual se ha de llevar a cabo el seguimiento del proceso: por ejemplo, reuniones trimestrales

	del equipo del proceso para analizar sus resultados en función de los indicadores seleccionados.
Criterios	Condiciones (documentadas o no) que debe cumplir el proceso.
Protocolos	Secuencia ordenada de actividades ante una situación clínica determinada que definen como ejecutarlas con objeto de asegurar la prestación escalonada del procedimiento clínico.
Registros	Identificación de los registros que genera el proceso (por ejemplo, la historia clínica)

Aclaramos a continuación la naturaleza de algunos de los datos que aparecen en la ficha.

- Protocolos: la elaboración de protocolos no es en sí mismo un requisito de la norma, pero si aparecerá, fruto de un análisis objetivo, como una acción (preventiva o correctiva) necesaria para prevenir o eliminar las consecuencias, a veces deseables, de la variabilidad de la práctica clínica.
- Variables de control: las podemos asociar a los criterios establecidos.
- Criterios: los procesos se ejecutan de acuerdo con los criterios que condicionan, en muchas ocasiones, el resultado de los mismos. Estos criterios condicionan el resultado del proceso y se utilizan también, en forma estadística para determinar el nivel de una organización sanitaria. Citemos algo de ello en relación, por ejemplo, con un servicio de urgencias:

Patología	**Criterio**
Cardiocirculatorio	- Demora en la realización de ECG en pacientes con síndrome coronario agudo.- Administración de ácido acetilsalicílico en el síndrome coronario agudo.- Tiempo de puerta – Aguja en el IAM

Infecciones	- Demora en el inicio del tratamiento antibiótico.- Tratamiento antibiótico en el síndrome febril de origen viral.

Como vemos se trata de especificar las condiciones que debe cumplir un procedimiento médico para garantizar el resultado predecible. En términos generales este ejercicio ha de realizarse no solo bajo la perspectiva de los profesionales, sino también bajo la perspectiva de los pacientes, cuya satisfacción hemos de incrementar.
Ante una ausencia de estos indicadores, lo recomendable es comenzar, por áreas y/o patologías, identificando los más críticos y poniéndolos gradualmente en marcha.

LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

La implantación de la norma ISO 9001 : 2000 persigue incrementar la satisfacción de los clientes. Ahora bien, ¿quién o quiénes son los clientes de la asistencia sanitaria? Es evidente que hay varios tipos de clientes cuya percepción (calidad percibida) tenemos que conocer.
Los clientes más significativos son los pacientes, sin olvidarnos de sus familiares, las empresas aseguradoras, o la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma en la que se encuentre la organización sanitaria.
La identificación de los clientes, es por tanto, un ejercicio que hay que realizar en función de la naturaleza de las actividades llevadas a cabo. A veces nos encontramos que es una unidad o departamento dentro de una organización sanitaria la que decide implantar un sistema de gestión de la calidad ISO, en cuyo caso, los clientes pueden ser clientes internos exclusivamente.
En cualquier caso, el conocimiento de la percepción del cliente sobre la calidad de los servicios prestados es una obligación y también una necesidad, por razones obvias.

La utilidad de esta información es poco cuestionable: aparte de conocer lo que el o los clientes piensan, la información obtenida nos ha de servir para su comparación con los datos obtenidos a través de la propia organización. Son por tanto dos fuentes de información, ambas absolutamente necesarias y la una no sustituye a la otra. Si es

verdad que los datos hay que saber interpretarlos: resulta obvio que los pacientes y/o sus familiares no van a poder juzgar con objetividad la calidad científico-técnica de la asistencia médica, pero si podrán juzgar con total objetividad aspectos relacionados con el trato, los tiempos de espera, la información recibida, el confort observado, etc.

LAS AUDITORIAS INTERNAS

Es una exigencia de la norma que el sistema de gestión de la calidad debe ser auditado a intervalos regulares son objeto de determinar si:

a) Es conforme con las disposiciones planificadas (incluidas las legales), con los requisitos de la norma y con los requisitos del sistema de gestión de calidad establecidos por la organización.

b) Se ha implantado y se mantiene de manera eficaz.

Esta exigencia se materializa en la práctica con un programa de auditorías que habrá de ser complementado con auditorías no programadas en relación con áreas específicas, en situaciones determinadas. Aparte de ello, es necesaria lógicamente la existencia de personal debidamente cualificado para su realización.

Finalmente y en coherencia con el enfoque a procesos, es necesario que auditemos procesos, siguiendo de alguna manera el mapa de procesos que la organización haya establecido.

LA ESTRATEGIA PARA LA MEJORA

De acuerdo con los planteamientos que la norma establece en el apartado 5.6, “la alta dirección debe, a intervalos planificados, revisar el sistema de gestión de calidad de la organización, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas”.

Este proceso, tiene las siguientes entradas:

a) Resultados de auditorías

b) Retroalimentación del cliente

c) Desempeño de los procesos y conformidad del producto

d) Estado de las acciones correctoras y preventivas

En cuanto al resultado del mismo, la norma habla de acciones y decisiones en relación con:

a) La mejora de la eficacia del sistema de gestión y de sus procesos.

b) La mejora del producto (en este caso servicio) en relación con los requisitos del cliente

c) Las necesidades de los recursos

Este proceso resulta crítico pues es aquí donde vienen a parar los resultados de los análisis de información que el sistema genera, proceso por proceso, y las conclusiones en cuanto a dónde estamos y hacia donde debemos dirigirnos.

Debemos puntualizar, para aclarar dudas que a veces surgen a este respecto, que no se trata de mejorar todos los procesos de la organización en todo momento.

Recordemos que el propósito de la norma es incrementar el nivel de satisfacción de los clientes. En consecuencia, un buen ejercicio puede consistir en determinar, utilizando factores de eficacia y/o eficiencia, sobre qué aspectos tenemos que trabajar, y dentro de qué procesos, para obtener un mayor incremento en la satisfacción percibida y en el nivel de conformidad de nuestros servicios, algo que habitualmente va asociado.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. La consulta externa de oftalmología del Hospital IESS de Manta brinda atención médica de especialidad no solamente a usuarios de la ciudad de Manta, sino también a usuarios provenientes de otros cantones de la provincia de Manabí, donde funcionan los Dispensarios del Seguro Social Campesino y los usuarios derivados desde los Dispensarios Anexos al IESS. Respecto a la atención médica, su capacidad operativa está subutilizada puesto que se atiende un promedio de 2 pacientes por hora por cada médico.

2. No existen indicadores de gestión específicos para cada especialidad, que le permitan a la institución realizar un análisis personalizado, ya que al establecer y analizar los indicadores específicos de oftalmología, se pudo evidenciar la situación real de la baja productividad médica, el insuficiente tiempo de consulta médica por paciente y por ende una pobre calidad del servicio.

3. El servicio del Call Center del IESS otorga citas médicas sin solicitar una valoración médica previa del usuario por parte de un médico general u otra especialidad en un 46.30% de los casos, existiendo patologías subvaloradas que innecesariamente aumentan la demanda del servicio y crean mayor congestión.

4. Se observó que la mayoría de los usuarios lograron satisfacer sus expectativas frente al servicio en un 51.20% pero un 43% solo lo hizo de manera parcial. Por otra parte, un 83.40% de los encuestados opinó que el servicio debe mejorar en aspectos como tecnología, medicamentos y número de especialistas con conocimientos y habilidades eficientes, entre otros.

5. Se determina que la hipótesis planteada es VERDADERA ya que la satisfacción global que percibe el usuario que se atiende en la consulta externa de oftalmología no es Excelente en todos sus aspectos, incluso, se evidenció que hay parámetros en los que los usuarios catalogan al servicio como Deficiente.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar la oferta de la consulta externa de oftalmología, mediante la contratación de médicos oftalmólogos que cuenten con los conocimientos y habilidades necesarios para la demanda que se presenta.

2. Dotar a los consultorios de oftalmología de tecnología médica avanzada e implementar programas de educación médica continua para el personal del servicio de oftalmología.

3. Capacitar al personal del servicio de oftalmología en normas de buenas prácticas de atención al cliente.

4. Establecer indicadores de gestión de cada proceso de manera individual para conocer la situación real de cada servicio, y con esta información, analizar las medidas correctivas a implementarse.

5. Capacitar al personal del servicio del Call Center, respecto a los parámetros que se deben cumplir para poder otorgar una cita médica para especialidad y evaluar continuamente el sistema para evidenciar la mejora.

6. Implementar programas de mejoramiento de la calidad en la consulta externa de oftalmología y participar activamente de la evaluación continua de la calidad.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. AMERICAN SOCIETY FOR QUALITY. 2000. http://www.asq.org/abtquality/definition.htm Fecha de consulta: 27/08/2011
2. BLUMENTHAL, D. (1996). Quality of care – what is it?.
3. BRIONES, Guillermo. Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales. México, Trillas, 1985, p. 21.
4. DAVINI, María Cristina. Educación permanente en salud. OPS/Paltex, Washington. 2000. p 102.
5. INDICADORES DE CALIDAD. www.oei.es/eduytrabajo2/leite.htm . Fecha de consulta: 03/07/2011.
6. INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Eldery patients satisfaction. 2000. Vol. 7, núm 13. P. 23
7. LOHR, K. N. (1990). Committe to Design a Strategy for Quality Review and assurence in Medicare. Institute of Medicine.
8. MSP. Normas de atención a la niñez. Quito, 2006. P 16.
9. MSP. Modelo de gestión de calidad de salud. Quito. 2006, p. 15.
10. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidadserviciossalud.pdf p. 25-27. Fecha de consulta: 12/08/2011
11. PEARSON. Metodología de la investigación. (2007). P. 98-99
12. REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA. Satisfacción del Usuario como indicador de calidad. 2003, p. 58.
13. SUTTER, R. Rethinking traditional quality assurance. 1996. Vol. 29, núm. 7, pag 40-41.
14. SUTTER, R. Gestión Estratégica en los mercados sanitarios. 1998. p. 257.
15. THE JOINT COMMISSION OF ACCREDITATION OF HEALTHCARE. www.jcah.org.com. Estados Unidos. Fecha de consulta: 19/09/2011
16. UNIVERSITAT DE BARCELONA VIRTUAL. ESPAÑA. Gestión de centros y servicios de salud. Origen y evolución histórica de la evaluación y mejora de la calidad en los servicios de salud. 2002.

7. ANEXOS

ANEXO N° 1

MAESTRÍA EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD

TEMA DE INVESTIGACIÓN: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DE OFTALMOLOGÍA EN EL HOSPITAL DEL IESS DE MANTA 2011

ENCUESTA ANÓNIMA A LOS USUARIOS

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES

1. Edad: menor de 18 años ☐ 8 a 49 ☐) a 64 ☐ ayor a 65 ☐
2. Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐
3. Afiliación: Patronal ☐ oluntaria ☐ SC ☐ bilado M ☐ ntepío ☐
   Menor 6 años ☐ Riesgo de Trabajo ☐ o afiliado ☐
4. Lugar de residencia: Manta ☐ Otro cantón ☐ Cuál?_____
5. Tipo de atención: Primaria ☐ Subsecuente ☐
6. Origen del turno: Call Center ☐ Derivación ☐
7. Motivo de consulta: Preventiva ☐ nfermedad ☐ ost quirúrgica ☐
   ¿Cuál? _____

II. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ESTRUCTURA

1. La limpieza, orden e infraestructura de la sala de espera es:

   00Excelent ☐ Bueno ☐ Deficiente ☐
2. La limpieza, orden e infraestructura de la estación de enfermería es:

   00 Excelen ☐ Bueno ☐ Deficiente ☐
3. La limpieza, orden e infraestructura del consultorio de oftalmología es:

   00Excelent ☐ Bueno ☐ Deficiente ☐
4. Los equipos y materiales en la estación de enfermería, existen en cantidad adecuada. Sí ☐ No ☐
5. La tecnología y los equipos diagnósticos del servicio de Oftalmología son:

   00Excelent ☐ Bueno ☐ Deficiente ☐

III. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROCESO
SERVICIO DE ENFERMERÍA

1. La amabilidad mostrada por el personal de enfermería fue:
2. 00Excelen ☐ Bueno ☐ Deficiente ☐
3. Los conocimientos y habilidades del personal que le atendieron le parecen:
4. 00Excelent ☐ Bueno ☐ Deficiente ☐

5. ¿El personal de enfermería mostró respeto hacia sus comentarios? Sí ☐ No ☐
6. Cuando le atendieron, la privacidad que usted tuvo fue:
7. 00Excelen☐ Bueno ☐ Deficiente ☐

SERVICIO MÉDICO

8. La amabilidad mostrada por los oftalmólogos fue:
9. 00Excelen☐ Bueno ☐ Deficiente ☐
10. Los conocimientos y habilidades de los oftalmólogos le parecen:
11. 00Excelen☐ Bueno ☐ Deficiente ☐
12. Los oftalmólogos mostraron respeto hacia sus comentarios: Si N☐ ☐
13. Cuando le atendieron, la privacidad que usted tuvo fue:
14. 00Excelen☐ Bueno ☐ Deficiente ☐

CALL CENTER

15. La amabilidad mostrada por el personal del Call center fue:
16. 00Excelen☐ Bueno ☐ Deficiente ☐
17. Pudo obtener cita médica en el transcurso de:
18. 00Menor 1 semana☐ 1 a 2 semanas ☐ 2 a 3 semanas ☐más 4 semanas ☐
19. 00¿El personal mostró respeto hacia sus comentarios? Sí ☐ No ☐
20. 00¿Le realizaron llamada de recordatorio previo a su cita m☐ca? Sí ☐ No

IV. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS RESULTADOS (SATISFACCIÓN)

1. Logró satisfacer sus expectativas al salir de la consulta médica
   00S☐ No ☐ Parcialmente ☐
2. ¿Volvería usted a consultar el servicio de oftalmología del Hospital del I.E.S.S. Manta? Probable ☐ Poco probable ☐
3. 00¿Recomendaría usted el servicio de oftalmología del Hospital del I.E.S.S. Manta a algún familiar y/o amigo? Sí ☐ No ☐
4. ¿En caso de tener usted un diagnóstico quirúrgico, considera que la fecha de la programación de su cirugía está?
   Programada en un tiempo: Aceptable ☐ No Aceptable ☐N/A ☐
5. ¿En cuál o cuáles aspectos piensa usted que podría mejorar el servicio de oftalmología?
   - ☐ Infraestructura
   - ☐ Amabilidad y respeto al paciente
   - ☐ Tecnología y aparatología médica
   - ☐ Conocimientos y habilidades clínico-quirúrgicas
   - ☐ Horarios de atención
   - ☐ Mayor número de especialistas
   - ☐ Mayor medicación oftalmológica
   - ☐ Todo está correcto, no amerita mejora.
6. 00¿Cómo evaluaría el seguimiento post-quirúrgico por parte del médico que le operó? Excelente☐ Bueno ☐ Deficiente ☐ N/A ☐

Muchas Gracias por su colaboración

ANEXO N° 2

TAMAÑO DE LA MUESTRA

PRODUCCIÓN DE CONSULTA EXTERNA DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL IESS DE MANTA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE JULIO A DICIEMBRE DEL 2010

TIPOS DE SEGURO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Seguro Salud	355	471	447	391	365	291
Voluntarios	1	--	8	8	13	4
Menor de 6 años	5	11	10	3	11	6
Jubilados	89	114	92	92	101	79
S.S.C.	16	28	15	11	19	8
Montepío	32	32	20	17	18	18
No afiliado	--	--	2	--	--	--
Riesgo de trabajo	--	--	--	--	--	1
PARCIAL	498	656	594	522	527	407
TOTAL	**3204**					

Fuente: Estadísticas del Hospital I.E.S.S. Manta 2010
Elaborado: Dra. María Cristina Ramos de Tapia

MUESTREO PROPORCIONAL

$$n = \frac{Z^2 PQN}{\varepsilon^2 (N-1) + Z^2 PQ}$$

n = tamaño de la muestra necesaria
Z = valor correspondiente al nivel de confianza, en este caso será 95% = 1,96
P = probabilidad de ocurrencia = 0,7
Q = probabilidad de no ocurrencia = 0,3
ε = 8%
N = tamaño de la población = 3204

$$n = \frac{1{,}96^2\,(0{,}7)(0{,}3)(3204)}{0.082(3204\text{-}1) + 1{,}962(0{,}7)(0{,}3)} \qquad n = \frac{3{,}8416\,(672{,}84)}{0{,}0064(3203) + 3{,}8416\,(0{,}21)}$$

$$n = \frac{2584{,}78}{20{,}49 + 0{,}80} \qquad n = \frac{2584{,}78}{21{,}29}$$

n= 121,40

ANEXO N° 3

PRODUCCIÓN – INDICADORES DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL IESS DE MANTA.

I.E. S. S. DIRECCION DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

PRODUCCION DE CONSULTA EXTERNA

INFORME MES DE JULIO — POBLACION AFILIADA: 37.787

AÑO: 2010 — UNIDAD MEDICA: HOSPITAL DE MANTA — DIAS LABORADOS: 20

CONSULTA EXTERNA		TOTAL CONSULTAS POR PROGRAMA		ESPECIALIDADES	PRIMERAS CONSULTAS EN EL AÑO	SEG. SALUD	RIESGO TRABAJ.	VOLUNTAR.	CONYUGE	MENOR 6 AÑOS	JUBILD.	S.S.C.	MONTEPIO	NO AFILIADO	TOTAL	HORAS LABORADAS
PRIM. CON. EN EL AÑO	1.512	PRIMERAS		CARDIOLOGIA	105	448	1	23	-	1	277	72	63	-	885	104
ACTIVOS		SUBSECUENTES		CIRUGIA CARDIOTORAC.											-	
SEG. DE SALUD IND. FAM.	5.841		TOTAL 0	CIRUGIA GENERAL	77	156	-	1	-	2	22	17	8	-	206	40
SEG. RIESGOS DEL TRABAJO	6	No. RECETAS PRESCRITAS		CIRUGIA MAXILO-FACIAL											-	
VOLUNTARIOS	151	EXA. PERIODICO DEL ADULTO	-	CIRUGIA PLASTICA											-	
SB TOTAL	5998	CALIFICACION MEDICA	188	CIRUGIA VASCULAR	6	80	-	3	-	-	32	15	9	-	139	36
CONYUGE	-	EXAMEN PREOCUPACIONAL		DERMATOLOGIA	21	225	-	3	-	10	35	43	8	-	324	47
HIJOS < 6 AÑOS	409	CONTROL DE NIÑO SANO		ENDOCRINOLOGIA	86	389	-	20	-	1	172	76	38	1	697	126
SB TOTAL	409	CONTROL PRENATAL		GASTROENTEROLOGIA	44	226	-	16	-	-	64	15	11	-	332	82
JUBILADO	1.535	DETEC. OPORTUNA CARCER		GINECOLOGIA	83	613	-	5	-	-	20	31	9	-	678	121
S.S.C.	489	EX. CLINICO O PAPANICOL.	-	HEMATOLOGIA											-	
MONTEPIO	352	EXAMEN POSITIVO	-	INFECTOLOGIA											-	
SB TOTAL	2376	POSITIVO DIABETES	-	MEDIC. FISICA Y REHAB.	12	224	1	6	-	-	57	12	12	-	312	58
NO AFILIADO	1	PLANIFICACION FAMILIAR		MEDICINA GENERAL	524	1.989	1	40	-	2	335	-	90	-	2.457	418
TOTAL	8784	ANOVULATORIOS		MEDICINA INTERNA											-	
SEXO		D.I.U.	-	MEDICINA PREVENTIVA											-	
HOMBRE	3.610	OTROS	-	NEFROLOGIA	38	114	-	4	-	1	76	24	15	-	234	70
MUJER	5.174			NEONATOLOGIA											-	
TOTAL	8784			NEUMOLOGIA	27	101	-	2	-	-	46	22	6	-	177	23
GRUPO DE EDAD				NEUROCIRUGIA	87	129	-	3	-	1	56	51	9	-	249	45
MENOR UN MES	-			NEUROLOGIA	17	191	-	8	-	5	67	43	11	-	325	71
DE 1 A 11 MESES	4			OBSTETRICIA											-	
DE 1 A 14 AÑOS	434	TOT. RECET. PRESCRITAS	25956	OFTALMOLOGIA	58	291	1	4	-	6	79	8	18	-	407	63
DE 15 A 40 AÑOS	2.642	TOTAL PRIMERAS CONS.	5765	ONCOLOGIA											-	
DE 41 A 60 AÑOS	3.236	TOTAL SUBSECUENTES	3019	OTORRINOLARINGOLOGIA	8	153	-	5	-	8	16	14	2	-	198	22
61 Y MAS AÑOS	2.468		8784	PEDIATRIA	178	-	-	-	-	369	-	4	-	-	373	44
TOTAL	8784		TOTAL	PROCTOLOGIA											-	
				PSIQUIATRIA											-	
POR ENFERMEDAD		CONSULTAS ANEXOS	2960	TRAUMATOLOGIA	59	330	2	5	-	2	60	11	15	-	425	73
PRIMERAS	5.765	CONSUL. EMERGENCIAS	3732	UROLOGIA	39	160	-	3	-	1	50	29	6	-	249	25
SUBSECUENTES	3.019	TOTAL CONSULTAS	15476	OTRAS(GERIATRIA)	43	22	-	-	-	-	71	2	22	-	117	23
TOTAL	8784			TOTAL	1.512	5.841	6	151	-	409	1.535	489	352	1	8.784	1.491
INTERCONSULTAS		OBSERVACIONES														
SOLICITADAS	1.189	**Vacaciones:** Dr. Victor Valdivieso 01 al 15.**Permiso carg. Vacaciones:** Dr. Cesar Mendoza 7, 28 al 29, Dr. Jaime Robalino 18 al 22, Dr. Damian Ajila 14 al 22. **Enfermedad:** Dr. José Albán 22, 26 al 29, Dr. Victor Barcia 26, Dr. Leonardo Cañizares 13, Dr. Juan Daza 29 y 30, Dr. Roddy Mata 11 al 13 y 20 al 22, Dr. Alfredo Menoscal 29, Dr. Roque Mero 11 al 14, Dr. Xavier Vélez 14,15, 21,22, 25 al 29, Dr. Carlos Véliz 28 y 29, Dr. Federico Vera 28, Dra Lidice Abad 09 al 23, Freddy Benalcazar 27, 28, Dra. Jenny Cantos 15, 18 al 26, Dra. Rossana Ozaeta 25 al 18, Dr. Richard Vallejo 19 al 23.												
ATENDIDAS	979															
ORDENES																
No. RECETAS PRESCRITAS	25.956															
No. DIAS REPOSOS	4.290															
ORDENES HOSPITALIZACION	-															
CIRUGIAS MENORES	102															
ALTAS MEDICAS	22															

INDICADORES	
COBERTURA AFILIADO AÑO	4,00
CONCENTRACION DE CONSULTAS	1,52
PROMEDIO CONSULTAS POR HORA	5,89
PROM. RECET. PRESCT. POR CONSULTA	2,95
PROM. Hor.TRAB. MED / DIA	2,13
PROMEDIO DIARIO DE CONSUL.	439,20
PORCENT.CONSUL. POR PROGRAMA	0,00

S. S. DIRECCION DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

PRODUCCION DE CONSULTA EXTERNA

INFORME MES DE JULIO

AÑO 2010 | UNIDAD MEDICA: HOSPITAL DE MANTA

ESPECIALIDADES	No. DE MEDICOS	SEXO			GRUPOS DE EDAD							CONSULTA		INTERCONSUL.		ORDENES				
		HOMBRES	MUJERES	TOTAL	MENOR UN MES	DE 1 A 11 MESES	DE 1 A 14 AÑOS	DE 15 A 40 AÑOS	DE 41 A 60 AÑOS	DE 61 Y MAS	TOTAL	PRIMERAS	SUBSECUENTES	SOLICITADAS	ATENDIDAS	No. RECETAS PRESCRITAS	No. DIAS REPOSO	ORDEN HOSPITALIZACION	CIRUGIAS MENORES	ALTAS MEDICAS
CARDIOLOGIA	3	392	493	885	-	-	3	68	364	450	885	854	31	168	138	1.654	168	-	-	-
CIRUGIA CARDIOTORAC.				-							-									
CIRUGIA GENERAL	2	113	93	206	-	-	2	82	78	44	206	161	45	71	60	1.634	264	-	-	-
CIRUGIA MAXILO-FACIAL				-							-									
CIRUGIA PLASTICA				-							-									
CIRUGIA VASCULAR	1	40	99	139	-	-	-	31	56	52	139	79	60	35	31	409	77	-	2	-
DERMATOLOGIA	1	121	203	324	-	-	15	127	111	71	324	202	122	68	53	403	16	-	76	-
ENDOCRINOLOGIA	2	276	421	697	-	-	-	105	307	285	697	115	582	127	110	1.992	5	-	-	21
GASTROENTEROLOGIA	2	135	197	332	-	-	-	104	128	100	332	128	204	58	50	785	59	-	-	-
GINECOLOGIA	3	-	678	678	-	-	-	432	215	31	678	471	207	119	94	2.392	1.044	-	-	-
HEMATOLOGIA				-							-									
INFECTOLOGIA				-							-									
MEDIC. FISICA Y REHAB.	1	161	151	312	-	-	-	76	139	97	312	114	198	89	62	612	241	-	-	-
MEDICINA GENERAL	7	1.081	1.376	2.457	-	-	1	968	980	508	2.457	2.237	220	11	8	7.856	344	-	-	-
MEDICINA INTERNA				-							-									
MEDICINA PREVENTIVA				-							-									
NEFROLOGIA	1	107	127	234	-	-	1	21	98	114	234	59	175	49	45	1.212	18	-	-	-
NEONATOLOGIA				-							-									
NEUMOLOGIA	1	70	107	177	-	-	2	35	61	79	177	44	133	37	34	573	50	-	-	-
NEUROCIRUGIA	1	103	146	249	-	-	15	62	85	87	249	78	171	72	64	585	134	-	-	-
NEUROLOGIA	1	115	210	325	-	-	6	80	128	111	325	131	194	61	45	1.119	514	-	-	-
OBSTETRICIA				-							-									
OFTALMOLOGIA	2	216	191	407	-	-	6	116	148	137	407	358	49	77	64	809	49	-	-	-
ONCOLOGIA				-							-									
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	81	117	198	-	-	10	99	60	29	198	62	136	30	25	429	3	-	-	-
PEDIATRIA	2	170	203	373	-	4	369	-	-	-	373	209	164	1		1.077	-	-	-	-
PROCTOLOGIA				-							-									
PSIQUIATRIA				-							-									
TRAUMATOLOGIA	2	203	222	425	-	-	2	161	169	93	425	235	190	62	52	1.477	1.275	-	24	1
UROLOGIA	1	192	57	249	-	-	2	65	89	93	249	209	40	48	39	306	27	-	-	-
OTRAS:Geriatría	1	34	83	117	-	-	-	10	20	87	117	19	98	6	5	632	2	-	-	-
TOTAL	35	3.610	5.174	8.784	-	4	434	2.642	3.236	2.468	8.784	5.765	3.019	1.189	979	25.956	4.290	-	102	22
													8.784							

I. E. S. S. DIRECCION DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

PRODUCCION DE CONSULTA EXTERNA

INFORME MES DE AGOSTO — POBLACION AFILIADA: **37.787**

AÑO **2010/** UNIDAD MEDICA **HOSPITAL DE MANTA** — DIAS LABORADOS: **20**

CONSULTA EXTERNA

PRIM. CON. EN EL AÑO	2.138
ACTIVOS	
SEG. DE SALUD IND. FAM.	5.939
SEG. RIESGOS DEL TRABAJO	1
VOLUNTARIOS	2
SB TOTAL	5942
CONYUGE	-
HIJOS < 6 AÑOS	48
SB TOTAL	48
JUBILADO	1.650
S.S.C.	443
MONTEPIO	488
SB TOTAL	2581
NO AFILIADO	-
TOTAL	8571
SEXO	
HOMBRE	3.544
MUJER	5.027
TOTAL	8571
GRUPO DE EDAD	
MENOR UN MES	-
DE 1 A 11 MESES	18
DE 1 A 14 AÑOS	423
DE 15 A 40 AÑOS	2.760
DE 41 A 60 AÑOS	3.077
61 Y MAS AÑOS	2.293
TOTAL	8571
POR ENFERMEDAD	
PRIMERAS	5.150
SUBSECUENTES	3.421
TOTAL	8571
INTERCONSULTAS	
SOLICITADAS	1.020
ATENDIDAS	867
ORDENES	
No. RECETAS PRESCRITAS	18.383
No. DIAS REPOSOS	975
ORDENES HOSPITALIZACION	1
CIRUGIAS MENORES	38
ALTAS MEDICAS	9

TOTAL CONSULTAS POR PROGRAMA

PRIMERAS	
SUBSECUENTES	
TOTAL	0
No. RECETAS PRESCRITAS	-
EXA. PERIODICO DEL ADULTO	-
CALIFICACION MEDICA	220
EXAMEN PREOCUPACIONAL	-
CONTROL DE NIÑO SANO	-
CONTROL PRENATAL	
DETEC. OPORTUNA CARCER	
EX. CLINICO O PAPANICOL.	-
EXAMEN POSITIVO	-
POSITIVO DIABETES	-
PLANIFICACION FAMILIAR	
ANOVULATORIOS	-
D.I.U.	-
OTROS	-
TOT. RECET. PRESCRITAS	18383
TOTAL PRIMERAS CONS.	5150
TOTAL SUBSECUENTES	3421
TOTAL	8571
CONSULTAS ANEXOS	2708
CONSUL. EMERGENCIAS	4603
TOTAL CONSULTAS	15882

ESPECIALIDADES	PRIMERAS CONSULTAS EN EL AÑO	SEG. SALUD	RIESGO TRABAJ.	VOLUNTAR.	CONYUGE	MENOR 6 AÑOS	JUBILD.	S.S.C.	MONTEPIO	NO AFILIADO	TOTAL	HORAS LABORADAS
CARDIOLOGIA	108	389	-	1	-	3	178	60	65	-	696	68
CIRUGIA CARDIOTORAC.											-	
CIRUGIA GENERAL	151	170	-	-	-	2	15	20	11	-	218	41
CIRUGIA MAXILO-FACIAL											-	
CIRUGIA PLASTICA											-	
CIRUGIA VASCULAR	39	105	-	-	-	-	26	10	13	-	154	38
DERMATOLOGIA	65	223	-	-	-	18	38	35	9	-	323	40
ENDOCRINOLOGIA	85	406	-	-	-	1	134	60	62	-	663	127
GASTROENTEROLOGIA	35	210	-	-	-	-	40	23	23	-	296	64
GINECOLOGIA	121	551	-	-	-	-	22	26	17	-	616	110
HEMATOLOGIA											-	
INFECTOLOGIA											-	
MEDIC. FISICA Y REHAB.											-	
MEDICINA GENERAL	638	1.931	-	-	-	2	272	2	106	-	2.313	376
MEDICINA INTERNA											-	
MEDICINA PREVENTIVA											-	
NEFROLOGIA	64	146	-	-	-	-	74	16	19	-	255	74
NEONATOLOGIA											-	
NEUMOLOGIA	48	150	-	-	-	4	51	26	12	-	243	27
NEUROCIRUGIA	156	153	-	-	-	3	55	48	11	-	270	44
NEUROLOGIA	35	199	-	-	-	3	66	44	22	-	334	71
OBSTETRICIA											-	
OFTALMOLOGIA	105	355	-	1	-	5	89	16	32	-	498	71
ONCOLOGIA											-	
OTORRINOLARINGOLOGIA	17	147	-	-	-	2	21	15	5	-	190	19
PEDIATRIA	168	-	-	-	-	-	363	4	-	-	367	40
PROCTOLOGIA											-	
PSIQUIATRIA											-	
TRAUMATOLOGIA	94	449	1	-	-	4	46	6	25	-	531	89
UROLOGIA	78	139	-	-	-	-	44	28	12	-	223	20
OTRAS(GERIATRIA)	131	216	-	-	-	1	116	4	44	-	381	69
TOTAL	2.138	5.939	1	2	-	48	1.650	443	488	-	8.571	1.388

OBSERVACIONES

Vacaciones: Dr.CESAR CARREÑO 01 AL 02/03, DR. VICTOR BARCIA 01 AL 25 **Permiso carg.** **Vacaciones:** DR. FREDDY BENALCAZAR 20, 27, 08 AL 12, DRA. JENNY CANTOS 19 AL 20, DR. RODDY MATA 20, 27, DR. CESAR MENDOZA 20 Y 27, DR. ROQUE MERO 11 Y 12, DRA. MIRIAN VELEZ 15 AL 21, DR. VICTOR TRAVERSO 02, **Enfermedad:** DR. DAMIAN AJILA 17, DR. JUAN VELEZ 23 Y 24, 25 Y 26, DR. ALEJANDRO VILLAMARIN 11 Y 12, DR. TEOBALDO ALVARADO 17 AL 20 Y 26 AL 08/03, DR. FLOWER ARCENTALES 22, DR. LUIS CANTOS 11 Y 12, DR. LEONARDO CAÑIZARES 03 Y 20, DR. JUAN DAZA 26 Y 27, DR. RODDY MATA 11 Y 17 AL 19, DR. JAIME ROBALINO 09 AL 11, DR. XAVIER VELEZ 02/02 AL 03/03, DR. FEDERICO VERA 03 Y 04

INDICADORES

COBERTURA AFILIADO AÑO	5,66
CONCENTRACION DE CONSULTAS	1,66
PROMEDIO CONSULTAS POR HORA	6,18
PROM. RECET. PRESCT. POR CONSULTA	2,14
PROM. Hor.TRAB. MED./ DIA	2,04
PROMEDIO DIARIO DE CONSUL.	428,55
PORCENT.CONSUL. POR PROGRAMA	0,00

S. S. DIRECCION DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

PRODUCCION DE CONSULTA EXTERNA

INFORME MES DE AGOSTO

AÑO **2010** UNIDAD MEDICA **HOSPITAL DE MANTA**

ESPECIALIDADES	No. DE MEDICOS	SEXO			GRUPOS DE EDAD							CONSULTA		INTERCONSUL.		ORDENES				
		HOMBRES	MUJERES	TOTAL	MENOR UN MES	DE 1 A 11 MESES	DE 1 A 14 AÑOS	DE 15 A 40 AÑOS	DE 41 A 60 AÑOS	DE 61 Y MAS	TOTAL	PRIMERAS	SUBSECUENTES	SOLICITADAS	ATENDIDAS	No. RECETAS PRESCRITAS	No. DIAS REPOSO	ORDEN HOSPITALIZACION	CIRUGIAS MENORES	ALTAS MEDICAS
CARDIOLOGIA	3	329	367	696	-	-	4	64	283	345	696	204	492	125	111	862	78	-	-	-
CIRUGIA CARDIOTORAC.				-							-									
CIRUGIA GENERAL	2	121	97	218	-	-	3	91	93	31	218	166	52	67	55	1.330	73	-	-	-
CIRUGIA MAXILO-FACIAL				-							-									
CIRUGIA PLASTICA				-							-									
CIRUGIA VASCULAR	1	36	118	154	-	-	-	43	60	51	154	100	54	34	30	248	-	-	-	-
DERMATOLOGIA	1	126	197	323	-	-	21	112	127	63	323	208	115	59	52	230	-	-	35	-
ENDOCRINOLOGIA	2	240	423	663	-	-	-	101	325	237	663	87	576	79	69	1.196	24	-	-	4
GASTROENTEROLOGIA	1	124	172	296	-	-	-	94	116	86	296	127	169	51	42	295	19	-	-	-
GINECOLOGIA	3		616	616	-	-	1	388	189	38	616	448	168	116	95	1.431	298	-	-	-
HEMATOLOGIA				-							-									
INFECTOLOGIA				-							-									
MEDIC. FISICA Y REHAB.	1			-	-						-									
MEDICINA GENERAL	7	989	1.324	2.313	-	-	1	998	842	472	2.313	2.096	217	8	7	5.500	53	-	2	4
MEDICINA INTERNA				-	-						-									
MEDICINA PREVENTIVA				-							-									
NEFROLOGIA	1	114	141	255	-	-	-	31	98	126	255	66	189	62	55	764	32	-	-	-
NEONATOLOGIA				-							-									
NEUMOLOGIA	1	115	128	243	-	-	9	57	80	97	243	73	170	64	60	473	8	-	-	-
NEUROCIRUGIA	1	119	151	270	-	-	8	90	82	90	270	106	164	61	56	496	60	-	-	-
NEUROLOGIA	1	135	199	334	-	-	10	83	120	121	334	118	216	58	47	819	5	1	-	-
OBSTETRICIA				-							-									
OFTALMOLOGIA	2	223	275	498	-	-	6	147	204	141	498	396	102	97	77	720	4	-	-	-
ONCOLOGIA				-							-									
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	86	104	190	-	-	4	89	63	34	190	39	151	17	13	261	-	-	-	-
PEDIATRIA	2	210	157	367	-	18	349	-	-	-	367	208	159	-	-	586	-	-	-	-
PROCTOLOGIA				-							-									
PSIQUIATRIA				-							-									
TRAUMATOLOGIA	2	253	278	531	-	-	5	226	213	87	531	271	260	71	58	1.922	304	-	1	1
UROLOGIA	1	176	47	223	-	-	1	54	84	84	223	165	58	34	27	188	17	-	-	-
OTRAS:Geriatría	1	148	233	381	-	-	1	92	98	190	381	272	109	17	13	1.062	-	-	-	-
TOTAL	34	3.544	5.027	8.571	-	18	423	2.760	3.077	2.293	8.571	5.150	3.421	1.020	867	18.383	975	1	38	9
													8.571							

PRODUCCION DE CONSULTA EXTERNA

INFORME MES DE SEPTIEMBRE — POBLACION AFILIADA: 37.387

AÑO: 2010/ — UNIDAD MEDICA: HOSPITAL DE MANTA — DIAS LABORADOS: 23

CONSULTA EXTERNA

PRIM. CON. EN EL AÑO	2,884
ACTIVOS	
SEG. DE SALUD IND. FAM.	6,554
SEG. RIESGOS DEL TRABAJO	1
VOLUNTARIOS	-
SB TOTAL	6555
CONYUGE	-
HIJOS < 6 AÑOS	662
SB TOTAL	662
JUBILADO	1,530
S.S.C.	496
MONTEPIO	533
SB TOTAL	2559
NO AFILIADO	1
TOTAL	9777
SEXO	
HOMBRE	3,964
MUJER	5,813
TOTAL	9777
GRUPO DE EDAD	
MENOR UN MES	-
DE 1 A 11 MESES	54
DE 1 A 14 AÑOS	637
DE 15 A 40 AÑOS	2,973
DE 41 A 60 AÑOS	3,496
61 Y MAS AÑOS	2,617
TOTAL	9777
POR ENFERMEDAD	
PRIMERAS	5,843
SUBSECUENTES	3,934
TOTAL	9777
INTERCONSULTAS	
SOLICITADAS	1,085
ATENDIDAS	907
ORDENES	
No. RECETAS PRESCRITAS	18,215
No. DIAS REPOSOS	1,127
ORDENES HOSPITALIZACION	76
CIRUGIAS MENORES	20
ALTAS MEDICAS	13

TOTAL CONSULTAS POR PROGRAMA

PRIMERAS	
SUBSECUENTES	
TOTAL	0
No. RECETAS PRESCRITAS	-
EXA. PERIODICO DEL ADULTO	-
CALIFICACION MEDICA	240
EXAMEN PREOCUPACIONAL	-
CONTROL DE NIÑO SANO	-
CONTROL PRENATAL	
DETEC. OPORTUNA CARCER	
EX. CLINICO O PAPANICOL.	-
EXAMEN POSITIVO	-
POSITIVO DIABETES	-
PLANIFICACION FAMILIAR	
ANOVULATORIOS	-
D.I.U.	-
OTROS	-
TOT. RECET. PRESCRITAS	18215
TOTAL PRIMERAS CONS.	5843
TOTAL SUBSECUENTES	3934
TOTAL	9777
CONSULTAS ANEXOS	3782
CONSUL. EMERGENCIAS	5595
TOTAL CONSULTAS	19154

ESPECIALIDADES	PRIMERAS CONSULTAS EN EL AÑO	SEG. SALUD	RIESGO TRABAJ.	VOLUNTAR.	CONYUGE	MENOR 6 AÑOS	JUBILD.	S.S.C.	MONTEPIO	NO AFILIADO	TOTAL	HORAS LABORADAS
CARDIOLOGIA	169	562	-	-	-	2	292	103	83	-	1,042	124
CIRUGIA CARDIOTORAC.											-	
CIRUGIA GENERAL	160	146	-	-	-	2	10	15	2	-	175	34
CIRUGIA MAXILO-FACIAL											-	
CIRUGIA PLASTICA											-	
CIRUGIA VASCULAR	48	63	-	-	-	-	18	12	2	-	95	23
DERMATOLOGIA	94	167	-	-	-	7	18	22	9	-	223	24
ENDOCRINOLOGIA	107	454	-	-	-	1	138	82	57	-	732	142
GASTROENTEROLOGIA	32	281	-	-	-	-	45	35	25	-	386	87
GINECOLOGIA	168	757	-	-	-	-	27	32	28	-	844	153
HEMATOLOGIA											-	
INFECTOLOGIA											-	
MEDIC. FISICA Y REHAB.	81	281	1	-	-	-	69	10	31	-	392	75
MEDICINA GENERAL	982	2,156	-	-	-	3	336	-	128	-	2,623	401
MEDICINA INTERNA											-	
MEDICINA PREVENTIVA											-	
NEFROLOGIA	90	176	-	-	-	2	112	27	28	-	345	92
NEONATOLOGIA											-	
NEUMOLOGIA	66	190	-	-	-	4	78	37	17	-	326	36
NEUROCIRUGIA	182	204	-	-	-	5	71	64	20	-	364	64
NEUROLOGIA	6	8	-	-	-	1	4	1	1	-	15	3
OBSTETRICIA											-	
OFTALMOLOGIA	132	471	-	-	-	11	114	28	32	-	656	96
ONCOLOGIA											-	
OTORRINOLARINGOLOGIA	9	41	-	-	-	2	4	5	1	-	53	5
PEDIATRIA	258	-	-	-	-	617	-	7	-	-	624	70
PROCTOLOGIA											-	
PSIQUIATRIA											-	
TRAUMATOLOGIA	54	340	-	-	-	5	54	12	19	1	431	71
UROLOGIA	52	18	-	-	-	-	5	1	1	-	25	2
OTRAS(GERIATRIA)	194	239	-	-	-	-	135	3	49	-	426	81
TOTAL	2,884	6,554	1	-	-	662	1,530	496	533	1	9,777	1,583

OBSERVACIONES

Vacaciones: Dr. Luis Cantos 16 al 14/04, Dr. Félix Carofilis 01 al 26, DR. Juan Daza 01 al 28, Dr. Wilder Oña 01 al 30, Dr. Cristóbal Quijje 08 al 04/04, Dr. Jaime Robalino 16 al 04/04, Dr. Victor Traverso 01 al 29. **Perm. Con cargo a vacaciones:** Dr. Victor Valdivieso 22 al 02/04, Dr. Damian Ajila 12, Dra. Jenny Cantos 25 al 26, Dr. Stalin Morán 29 al 01/04, **Enfermedad:** Dr. Leonardo Cañizares 22 al 24 y 25 al 31, Dr. Cesar Carreño 15 al 17, Dr. Roddy Mata 09 al 10, Dr. Alfredo Menoscal 24, Dr. Xavier Vélez 04 al 05, 08 al 10, 11 al 26, Dr. Jorge Vera 02 al 05, 25 al 26, Dr. Jimmy Zambrano 01 al 05, Dr. Damian Ajila 29, Dra. Jenny Cantos 17 al 18, Dr. Freddy Benalcazar 26, Dr. Stalin Morán 18 al 19, Dra. Rossana Ozaeta 16 **Congreso:** Dr. Jaime Robalino 07 al 10, **Calamidad Doméstica:** Dr. Jorge Vera 18, Dra. Jenny Cantos 08 al 09.

INDICADORES

COBERTURA AFILIADO AÑO	7.63
CONCENTRACION DE CONSULTAS	1.67
PROMEDIO CONSULTAS POR HORA	6.18
PROM. RECET. PRESCT. POR CONSULTA	1.86
PROM. Hor.TRAB. MED./ DIA	2.02
PROMEDIO DIARIO DE CONSUL.	425.09
PORCENT.CONSUL. POR PROGRAMA	0.00

...S. DIRECCION DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

...RODUCCION DE CONSULTA EXTERNA

INFORME MES DE SEPTIEMBRE -

AÑO 2010 **UNIDAD MEDICA** HOSPITAL DE MANTA

ESPECIALIDADES	No. DE MEDICOS	SEXO			GRUPOS DE EDAD							CONSULTA		INTERCONSUL.		ORDENES				
		HOMBRES	MUJERES	TOTAL	MENOR UN MES	DE 1 A 11 MESES	DE 1 A 14 AÑOS	DE 15 A 40 AÑOS	DE 41 A 60 AÑOS	DE 61 Y MAS	TOTAL	PRIMERAS	SUBSECUENTES	SOLICITADAS	ATENDIDAS	No. RECETAS PRESCRITAS	No. DIAS REPOSO	ORDEN HOSPITALIZACION	CIRUGIAS MENORES	ALTAS MEDICAS
CARDIOLOGIA	3	510	532	1,042	-	-	-	94	424	524	1,042	545	497	189	168	1,147	115	-	-	-
CIRUGIA CARDIOTORAC.				-							-									
CIRUGIA GENERAL	2	75	100	175	-	-	2	75	66	32	175	138	37	55	48	1,259	144	-	-	-
CIRUGIA MAXILO-FACIAL				-							-									
CIRUGIA PLASTICA				-							-									
CIRUGIA VASCULAR	1	27	68	95	-	-	-	23	33	39	95	58	37	16	11	201	1	-	-	-
DERMATOLOGIA	1	88	135	223	-	-	10	90	85	38	223	154	69	43	35	142	5	-	20	-
ENDOCRINOLOGIA	2	251	481	732	-	-	2	109	368	253	732	114	618	104	90	1,354	21	-	-	2
GASTROENTEROLOGIA	1	150	236	386	-	-	-	129	156	101	386	125	261	53	51	549	1	-	-	-
GINECOLOGIA	3		844	844	-	-	-	513	278	53	844	570	274	151	130	1,713	220	-	-	-
HEMATOLOGIA				-							-									
INFECTOLOGIA				-							-									
MEDIC. FISICA Y REHAB.	1	182	210	392	-	-	-	119	159	114	392	4	388	87	57	406	45	-	-	-
MEDICINA GENERAL	7	1,126	1,497	2,623	-	-	2	1,104	973	544	2,623	2,356	267	14	7	5,964	48	-	-	8
MEDICINA INTERNA				-	-						-									
MEDICINA PREVENTIVA				-							-									
NEFROLOGIA	1	174	171	345	-	-	2	36	127	180	345	91	254	76	67	763	38	-	-	-
NEONATOLOGIA				-							-									
NEUMOLOGIA	1	156	170	326	-	-	7	63	132	124	326	90	236	69	58	551	14	-	-	-
NEUROCIRUGIA	1	156	208	364	-	-	18	112	116	118	364	128	236	64	55	726	63	-	-	-
NEUROLOGIA	1	3	12	15	-	-	1	3	7	4	15	3	12	2	1	28	-	-	-	-
OBSTETRICIA				-							-									
OFTALMOLOGIA	2	312	344	656	-	-	14	207	247	188	656	517	139	57	42	610	48	76	-	2
ONCOLOGIA				-							-									
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	15	38	53	-	-	3	24	20	6	53	21	32	7	6	69	-	-	-	-
PEDIATRIA	2	342	282	624	-	54	570	-	-	-	624	393	231	-	-	852	-	-	-	-
PROCTOLOGIA				-							-									
PSIQUIATRIA				-							-									
TRAUMATOLOGIA	2	218	213	431	-	-	6	165	171	89	431	223	208	62	55	739	358	-	-	1
UROLOGIA	1	21	4	25	-	-	-	8	6	11	25	16	9	-	-	19	3	-	-	-
OTRAS:Geriatría	1	158	268	426	-	-	-	99	128	199	426	297	129	36	26	1,123	3	-	-	-
TOTAL	34	3,964	5,813	9,777	-	54	637	2,973	3,496	2,617	9,777	5,843	3,934	1,085	907	18,215	1,127	76	20	13
													9,777							

I. E. S. S. DIRECCION DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

PRODUCCION DE CONSULTA EXTERNA

INFORME MES DE OCTUBRE | POBLACION AFILIADA: 49,139

AÑO: 2010/ | UNIDAD MEDICA: HOSPITAL DE MANTA | DIAS LABORADOS: 21

CONSULTA EXTERNA

PRIM. CON. EN EL AÑO	3,938
ACTIVOS	
SEG. DE SALUD IND. FAM.	6,152
SEG. RIESGOS DEL TRABAJO	-
VOLUNTARIOS	140
SB TOTAL	6292
CONYUGE	-
HIJOS < 6 AÑOS	677
SB TOTAL	677
JUBILADO	1,563
S.S.C.	468
MONTEPIO	337
SB TOTAL	2368
NO AFILIADO	6
TOTAL	9343
SEXO	
HOMBRE	3,992
MUJER	5,351
TOTAL	9343
GRUPO DE EDAD	
MENOR UN MES	46
DE 1 A 11 MESES	157
DE 1 A 14 AÑOS	425
DE 15 A 40 AÑOS	2,976
DE 41 A 60 AÑOS	3,212
61 Y MAS AÑOS	2,527
TOTAL	9343
POR ENFERMEDAD	
PRIMERAS	4,729
SUBSECUENTES	4,614
TOTAL	9343
INTERCONSULTAS	
SOLICITADAS	992
ATENDIDAS	855
ORDENES	
No. RECETAS PRESCRITAS	18,843
No. DIAS REPOSOS	4,695
ORDENES HOSPITALIZACION	38
CIRUGIAS MENORES	42
ALTAS MEDICAS	8

TOTAL CONSULTAS POR PROGRAMA

PRIMERAS	
SUBSECUENTES	
TOTAL	0
No. RECETAS PRESCRITAS	-
EXA. PERIODICO DEL ADULTO	-
CALIFICACION MEDICA	210
EXAMEN PREOCUPACIONAL	-
CONTROL DE NIÑO SANO	-
CONTROL PRENATAL	132
DETEC. OPORTUNA CARCER	
EX. CLINICO O PAPANICOL.	-
EXAMEN POSITIVO	-
POSITIVO DIABETES	3
PLANIFICACION FAMILIAR	
ANOVULATORIOS	1
D.I.U.	-
OTROS	-
TOT. RECET. PRESCRITAS	18843
TOTAL PRIMERAS CONS.	4729
TOTAL SUBSECUENTES	4614
TOTAL	9343
CONSULTAS ANEXOS	2725
CONSUL. EMERGENCIAS	4768
TOTAL CONSULTAS	16836

ESPECIALIDADES	PRIMERAS CONSULTAS EN EL AÑO	SEG. SALUD	RIESGO TRABAJ.	VOLUNTAR.	CONYUGE	MENOR 6 AÑOS	JUBILD.	S.S.C.	MONTEPIO	NO AFILIADO	TOTAL	HORAS LABORADAS
CARDIOLOGIA	263	484	-	21	-	1	308	76	54	-	944	111
CIRUGIA CARDIOTORAC.											-	
CIRUGIA GENERAL	111	182	-	2	-	3	22	26	10	-	245	45
CIRUGIA MAXILO-FACIAL											-	
CIRUGIA PLASTICA											-	
CIRUGIA VASCULAR	54	68	-	2	-	-	25	13	3	-	111	26
DERMATOLOGIA										-	-	
ENDOCRINOLOGIA	155	308	-	11	-	-	143	52	31	-	545	108
GASTROENTEROLOGIA	199	464	-	11	-	65	32	22	1	-	595	144
GINECOLOGIA	234	504	-	6	-	23	21	9	-	-	563	105
HEMATOLOGIA											-	
INFECTOLOGIA											-	
MEDIC. FISICA Y REHAB.	112	242	-	3	-	-	60	13	12	2	332	70
MEDICINA GENERAL	1,438	2,226	-	46	-	2	405	2	115	-	2,796	417
MEDICINA INTERNA											-	
MEDICINA PREVENTIVA											-	
NEFROLOGIA	62	146	-	4	-	1	91	23	15	-	280	69
NEONATOLOGIA											-	
NEUMOLOGIA										-	-	
NEUROCIRUGIA	33	56	-	1	-	-	43	28	2	-	130	20
NEUROLOGIA	239	345	-	11	-	4	134	112	20	-	626	126
OBSTETRICIA											-	
OFTALMOLOGIA	251	447	-	8	-	10	92	15	20	2	594	80
ONCOLOGIA											-	
OTORRINOLARINGOLOGIA	101	196	-	8	-	7	21	28	4	1	265	36
PEDIATRIA	410	-	-	-	-	554	-	7	-	-	561	74
PROCTOLOGIA											-	
PSIQUIATRIA											-	
TRAUMATOLOGIA	181	373	-	4	-	5	52	15	14	-	463	76
UROLOGIA	70	88	-	2	-	2	44	24	2	1	163	15
OTRAS(GERIATRIA)	25	23	-	-	-	-	70	3	34	-	130	23
TOTAL	3,938	6,152	-	140	-	677	1,563	468	337	6	9,343	1,545

OBSERVACIONES

VACACIONES: DR. TEOBALDO ALVARADO 01 AL 30, DR. LEONARDO CAÑIZARES 01 AL 30, DR. MANUEL CEDEÑO 01 AL 30, DR. RODRIGO GONZALEZ 01 AL 18, **PERM. CARGO A VACAC.:** DR. VICTOR BARCIA 12 AL 16, DR. DR. VICTOR TRAVERSO 21 AL 23, DR. 14 AL 15, DR. DAMIAN AJILA 01, DR. CARLOS AVILES 05 AL 09, DRA. JENNY CANTOS 12 AL 14 Y 29 AL 30, DR. RICHARD VALLEJO 08 AL 12 , **ENFERMEDAD:** DR. FLOWER ARCENTALES 14 AL 16, DR. JUAN DAZA 08 AL 09, DR. JAIME ROBALINO 06 AL 07, DR. VICTOR VALDIVIESO 15 AL 16, DR. FEDERICO VERA 29, DR. DAMIAN AJILA 20, DR. STALIN MORAN 16 AL 18, DRA. ROSSANA OZAETA 9 AL 1, **CONGRESO:** DR. ALFREDO MENOSCAL 08 AL 11, DR. VICTOR TRAVERSO 16 AL 20, **REPRESENTACION INSTITUCION:** DR. MANUEL CEDEÑO 21 AL 23, DR. RODDY MATA 14 AL 16, DR. ALFREDO MENOSCAL 14 AL 16, DR. CRISTOBAL QUIJIJE 21 AL 23, DR. VICTOR VALDIVIESO 14, DR. XAVIER VELEZ 14 AL 16, DR. JORGE VERA 14 AL 16, DR. JIMMY ZAMBRANO 21 AL 23, DR. DAMIEN AJILA 21 AL 23, DR. CARLOS AVILES 21 AL 23, DR. FREDDY BENALCAZAR 14 AL 16, DRA. JENNY CANTOS 15 AL 16, DRA. ROSSANA OZAETA 21 AL 23

INDICADORES

COBERTURA AFILIADO AÑO	8.01
CONCENTRACION DE CONSULTAS	1.98
PROMEDIO CONSULTAS POR HORA	6.05
PROM. RECET. PRESCT. POR CONSULTA	2.02
PROM. Hor.TRAB. MED./ DIA	2.30
PROMEDIO DIARIO DE CONSUL.	444.90
PORCENT.CONSUL. POR PROGRAMA	0.00

S. S. DIRECCION DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

PRODUCCION DE CONSULTA EXTERNA

INFORME MES DE OCTUBRE

AÑO **2010** | UNIDAD MEDICA: **HOSPITAL DE MANTA**

ESPECIALIDADES	No. DE MEDICOS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	MENOR UN MES	DE 1 A 11 MESES	DE 1 A 14 AÑOS	DE 15 A 40 AÑOS	DE 41 A 60 AÑOS	DE 61 Y MAS	TOTAL	PRIMERAS	SUBSECUENTES	SOLICITADAS	ATENDIDAS	No. RECETAS PRESCRITAS	No. DIAS REPOSO	ORDEN HOSPITALIZACION	CIRUGIAS MENORES	ALTAS MEDICAS
CARDIOLOGIA	3	455	489	944	2	-	-	84	382	476	944	162	782	147	134	867	251	-	-	-
CIRUGIA CARDIOTORAC.				-							-									
CIRUGIA GENERAL	2	135	110	245	-	1	2	87	107	48	245	196	49	59	48	772	263	-	-	-
CIRUGIA MAXILO-FACIAL				-							-									
CIRUGIA PLASTICA				-							-									
CIRUGIA VASCULAR	1	40	71	111	-	-	-	33	35	43	111	67	44	9	6	141	103	-	2	-
DERMATOLOGIA				-	-	-					-									-
ENDOCRINOLOGIA	2	226	319	545	2	-	1	69	246	227	545	70	475	82	69	966	40	-	1	1
GASTROENTEROLOGIA	1	213	382	595	-	-	2	218	246	129	595	259	336	103	94	1,195	141	-	-	-
GINECOLOGIA	3	-	563	563	-	-	-	362	160	41	563	336	227	96	76	1,035	816	-	3	-
HEMATOLOGIA				-							-									
INFECTOLOGIA				-							-									
MEDIC. FISICA Y REHAB.	1	156	176	332	-	-	-	110	140	82	332	-	332	91	72	358	191	34	-	-
MEDICINA GENERAL	7	1,233	1,563	2,796	3	-	3	1,201	961	628	2,796	2,300	496	14	6	7,016	362	-	2	5
MEDICINA INTERNA				-	-						-									
MEDICINA PREVENTIVA				-							-									
NEFROLOGIA	1	138	142	280	-	-	1	25	119	135	280	59	221	53	51	749	15	-	-	-
NEONATOLOGIA				-							-									
NEUMOLOGIA				-	-	-					-								-	-
NEUROCIRUGIA	1	64	66	130	-	-	6	40	26	58	130	16	114	50	41	692	38	-	-	-
NEUROLOGIA	1	254	372	626	-	1	12	170	223	220	626	213	413	60	52	1,487	220	2	-	-
OBSTETRICIA				-							-									
OFTALMOLOGIA	2	286	308	594	-	-	10	203	231	150	594	201	393	108	97	433	82	-	-	-
ONCOLOGIA				-							-									
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	101	164	265	1	-	14	137	76	37	265	73	192	6	5	251	7	2	-	-
PEDIATRIA	2	283	278	561	38	155	367	1	-	-	561	417	144	1	1	964	3	-	-	-
PROCTOLOGIA				-							-									
PSIQUIATRIA				-							-									
TRAUMATOLOGIA	2	239	224	463	-	-	5	195	191	72	463	204	259	60	55	861	2,095	-	33	2
UROLOGIA	1	135	28	163	-	-	2	37	52	72	163	114	49	16	16	115	68	-	1	-
OTRAS:Geriatría	1	34	96	130	-	-	-	4	17	109	130	42	88	37	32	941	-	-	-	-
TOTAL	32	3,992	5,351	9,343	46	157	425	2,976	3,212	2,527	9,343	4,729	4,614	992	855	18,843	4,695	38	42	8
													9,343							

I. E. S. S. DIRECCION DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

PRODUCCION DE CONSULTA EXTERNA

AÑO 2010/ UNIDAD MEDICA **INFORME MES DE NOVIEMBRE** HOSPITAL DE MANTA

POBLACION AFILIADA 49.139

DIAS LABORADOS 20

CONSULTA EXTERNA

PRIM. CON. EN EL AÑO	1.890
ACTIVOS	
SEG. DE SALUD IND. FAM.	6.432
SEG. RIESGOS DEL TRABAJO	1
VOLUNTARIOS	162
SB TOTAL	6595
CONYUGE	-
HIJOS < 6 AÑOS	46
SB TOTAL	46
JUBILADO	2.037
S.S.C.	541
MONTEPIO	378
SB TOTAL	2956
NO AFILIADO	1
TOTAL	9598
SEXO	
HOMBRE	4.123
MUJER	5.476
TOTAL	9599
GRUPO DE EDAD	
MENOR UN MES	21
DE 1 A 11 MESES	126
DE 1 A 14 AÑOS	483
DE 15 A 40 AÑOS	3.052
DE 41 A 60 AÑOS	3.438
61 Y MAS AÑOS	2.479
TOTAL	9599
POR ENFERMEDAD	
PRIMERAS	4.859
SUBSECUENTES	4.740
TOTAL	9599
INTERCONSULTAS	
SOLICITADAS	489
ATENDIDAS	430
ORDENES	
No. RECETAS PRESCRITAS	18.168
No. DIAS REPOSOS	5.022
ORDENES HOSPITALIZACION	77
CIRUGIAS MENORES	39
ALTAS MEDICAS	16

TOTAL CONSULTAS POR PROGRAMA

PRIMERAS	
SUBSECUENTES	
TOTAL	0
No. RECETAS PRESCRITAS	-
EXA. PERIODICO DEL ADULTO	-
CALIFICACION MEDICA	225
EXAMEN PREOCUPACIONAL	-
CONTROL DE NIÑO SANO	-
CONTROL PRENATAL	151
DETEC. OPORTUNA CARCER	
EX. CLINICO O PAPANICOL.	-
EXAMEN POSITIVO	-
POSITIVO DIABETES	
PLANIFICACION FAMILIAR	
ANOVULATORIOS	1
D.I.U.	-
OTROS	1
TOT. RECET. PRESCRITAS	18168
TOTAL PRIMERAS CONS.	4.859
TOTAL SUBSECUENTES	4740
TOTAL	9599
CONSULTAS ANEXOS	3339
CONSUL. EMERGENCIAS	4993
TOTAL CONSULTAS	17931

ESPECIALIDADES	PRIMERAS CONSULTAS EN EL AÑO	SEG. SALUD	RIESGO TRABAJ.	VOLUNTAR.	CONYUGE	MENOR 6 AÑOS	JUBILD.	S.S.C.	MONTEPIO	NO AFILIADO	TOTAL	HORAS LABORADAS
CARDIOLOGIA	78	482	-	13	-	2	223	85	59	-	864	164
CIRUGIA CARDIOTORAC.											-	
CIRUGIA GENERAL	28	107	-	2	-	6	21	19	2	-	157	28
CIRUGIA MAXILO-FACIAL											-	
CIRUGIA PLASTICA											-	
CIRUGIA VASCULAR	7	24	-	1	-	-	4	-	-	-	29	8
DERMATOLOGIA	42	159	-	6	-	7	43	36	8	-	259	59
ENDOCRINOLOGIA	50	400	-	14	-	4	148	71	37	-	674	137
GASTROENTEROLOGIA	70	405	-	8	-	-	80	27	17	-	537	127
GINECOLOGIA	95	554	-	9	-	-	21	14	13	-	611	134
HEMATOLOGIA											-	
INFECTOLOGIA											-	
MEDIC. FISICA Y REHAB.	72	337	1	9	-	-	69	17	19	1	453	100
MEDICINA GENERAL	757	2.134	-	51	-	-	345	7	90	-	2.627	525
MEDICINA INTERNA											-	
MEDICINA PREVENTIVA											-	
NEFROLOGIA	18	184	-	8	-	-	82	31	26	-	331	77
NEONATOLOGIA											-	
NEUMOLOGIA	32	135	-	4	-	6	74	47	14	-	280	29
NEUROCIRUGIA	7	62	-	3	-	-	34	19	4	-	122	23
NEUROLOGIA	99	316	-	11	-	12	110	68	21	-	538	120
OBSTETRICIA											-	
OFTALMOLOGIA	91	391	-	8	-	3	92	11	17		522	92
ONCOLOGIA											-	
OTORRINOLARINGOLOGIA	56	166	-	7	-	2	12	23	2		212	31
PEDIATRIA	232	4	-	-	-	-	522	-	13	-	539	100
PROCTOLOGIA											-	
PSIQUIATRIA											-	
TRAUMATOLOGIA	90	408	-	5	-	2	62	17	9	-	503	111
UROLOGIA	61	145	-	2	-	2	46	45	3	-	243	25
OTRAS(GERIATRIA)	5	19	-	1	-	-	49	4	24	-	97	21
TOTAL	1.890	6.432	1	162	-	46	2.037	541	378	1	9.598	1.911

OBSERVACIONES

VACACIONES: Dr. Roddy Mata 01 al 21, **PERM. CARGO A VACAC.:** Dr. Félix Carofilis 19 al 21, Dr. César Mendoza 28, Dr. Federico Vera 17 al 31, Dr. Jimmy Zambrano 11 al 12, Dr. Damian Ajila 17 al 21, Dr. Carlos Avilés 27 al 28, Dra. Rossana Ozaeta 28, Dr. Victor Valdivieso 04, Dr. Richad Vallejo 21 **ENFERMEDAD:** Dr. José Albán 10 al 12, Dr. Flower Arcentales 21, Dr. Víctor Barcia 26 al 27, Dr. Leonardo Cañizares 19, Dr. Rodrigo González 10 al 12, Dr. Roddy Mata 26 al 27, Dr. Roque Mero 18 al 20 y 13, Dr. Damian Ajila 05, Dr. Freddy Benalcazar 26 al 28, Dra. Jenny Cantos 17 al 18 y 04, Dr. Stalin Morán 26 al 28 y 19 al 20, Dra. Rossana Ozaeta 21, Dr. Juan Vélez 20, Dr. Alejandro Villamarín 19 al 20, Dr. Xavier Vélez 18 al 21 **CONGRESO:** Dr. Víctor Barcia 13 al 16, Dr. Víctor Traverso 06 al 09, Dr. Carlos Avilés 31 al 04/06, **REPRESENTACION INSTITUCION:** Dr. Manuel Cedeño 18, Dr. Damian Ajila 14, Dra. Karina Aguirre 14, Dr. Manuel Cedeño 14, Dra. Karina Aguirre 19, **CALAMIDAD DOMESTICA:** Dr. Jaime Robalino 13.

INDICADORES

COBERTURA AFILIADO AÑO	3,85
CONCENTRACION DE CONSULTAS	1,98
PROMEDIO CONSULTAS POR HORA	5,02
PROM. RECET. PRESCT. POR CONSULTA	1,89
PROM. Hor.TRAB. MED./ DIA	2,73
PROMEDIO DIARIO DE CONSUL.	479,95
PORCENT.CONSUL. POR PROGRAMA	0,00

S. S. DIRECCION DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR
RODUCCION DE CONSULTA EXTERNA

INFORME MES DE NOVIEMBRE

AÑO **2010** UNIDAD MEDICA **HOSPITAL DE MANTA**

ESPECIALIDADES	No. DE MEDICOS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	MENOR UN MES	DE 1 A 11 MESES	DE 1 A 14 AÑOS	DE 15 A 40 AÑOS	DE 41 A 60 AÑOS	DE 61 Y MAS	TOTAL	PRIMERAS	SUBSECUENTES	SOLICITADAS	ATENDIDAS	No. RECETAS PRESCRITAS	No. DIAS REPOSO	ORDEN HOSPITALIZACION	CIRUGIAS MENORES	ALTAS MEDICAS
CARDIOLOGIA	3	395	469	864	-	-	5	92	383	384	864	171	693	48	43	727	267	-	-	-
CIRUGIA CARDIOTORAC.				-							-									
CIRUGIA GENERAL	2	89	68	157	-	2	4	46	65	40	157	127	30	5	4	511	112	-	-	-
CIRUGIA MAXILO-FACIAL				-							-									
CIRUGIA PLASTICA				-							-									
CIRUGIA VASCULAR	1	12	17	29	-	-	-	5	18	6	29	21	8	-	-	50	37	-	-	-
DERMATOLOGIA	1	94	165	259	-	5	7	91	88	68	259	180	79	4	2	194	5	-	3	-
ENDOCRINOLOGIA	2	278	396	674	-	-	5	91	318	260	674	90	584	33	30	1.013	75	-	-	6
GASTROENTEROLOGIA	2	212	325	537	-	-	1	195	219	122	537	207	330	187	161	1.155	94	-	-	-
GINECOLOGIA	3	-	611	611	-	-	-	379	190	42	611	347	264	30	28	1.087	987	-	2	-
HEMATOLOGIA				-							-									
INFECTOLOGIA				-							-									
MEDIC. FISICA Y REHAB.	1	222	231	453	-	-	-	160	179	114	453	-	453	9	7	453	627	34	-	-
MEDICINA GENERAL	7	1.175	1.452	2.627	-	-	-	1.189	906	532	2.627	2.441	186	105	92	6.305	396	-	2	4
MEDICINA INTERNA				-	-						-									
MEDICINA PREVENTIVA				-							-									
NEFROLOGIA	1	149	182	331	-	-	-	53	127	151	331	71	260	25	25	771	9	-	-	-
NEONATOLOGIA				-							-									
NEUMOLOGIA	1	136	144	280	-	1	11	59	84	125	280	69	211	42	37	494	39	-	-	-
NEUROCIRUGIA	1	54	68	122	-	-	4	33	46	39	122	21	101	-	-	665	31	-	-	-
NEUROLOGIA	1	224	314	538	-	2	27	130	208	171	538	211	327	-	-	1.230	264	-	-	-
OBSTETRICIA				-							-									
OFTALMOLOGIA	2	250	272	522	1	1	2	173	209	136	522	154	368	-	-	724	61	-	-	-
ONCOLOGIA				-							-									
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	90	123	213	-	-	8	107	70	28	213	58	155	-	-	282	26	4	-	-
PEDIATRIA	2	286	253	539	20	114	405	-	-	-	539	237	302	-	-	863	128	-	-	-
PROCTOLOGIA				-							-									
PSIQUIATRIA				-							-									
TRAUMATOLOGIA	2	243	260	503	-	1	1	184	221	96	503	254	249	-	-	848	1.758	34	32	6
UROLOGIA	1	195	48	243	-	-	3	64	91	85	243	177	66	-	-	212	106	5	-	-
OTRAS:Geriatría	1	19	78	97	-	-	-	1	16	80	97	23	74	1	1	584	-	-	-	-
TOTAL	35	4.123	5.476	9.599	21	126	483	3.052	3.438	2.479	9.599	4.859	4.740	489	430	18.168	5.022	77	39	16
													9.599							

I. E. S. S. DIRECCION DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

PRODUCCION DE CONSULTA EXTERNA

INFORME MES DE DICIEMBRE | POBLACION AFILIADA: 49.139

AÑO: 2010/ | UNIDAD MEDICA: HOSPITAL DE MANTA | DIAS LABORADOS: 21

CONSULTA EXTERNA

PRIM. CON. EN EL AÑO	1.937
ACTIVOS	
SEG. DE SALUD IND. FAM.	7.075
SEG. RIESGOS DEL TRABAJO	2
VOLUNTARIOS	159
SB TOTAL	7236
CONYUGE	-
HIJOS < 6 AÑOS	579
SB TOTAL	579
JUBILADO	1.797
S.S.C.	546
MONTEPIO	400
SB TOTAL	2743
NO AFILIADO	1
TOTAL	10559
SEXO	
HOMBRE	4.434
MUJER	6.125
TOTAL	10559
GRUPO DE EDAD	
MENOR UN MES	23
DE 1 A 11 MESES	151
DE 1 A 14 AÑOS	443
DE 15 A 40 AÑOS	3.434
DE 41 A 60 AÑOS	3.686
61 Y MAS AÑOS	2.822
TOTAL	10559
POR ENFERMEDAD	
PRIMERAS	5.310
SUBSECUENTES	5.248
TOTAL	10558
INTERCONSULTAS	
SOLICITADAS	1.039
ATENDIDAS	895
ORDENES	
No. RECETAS PRESCRITAS	20.124
No. DIAS REPOSOS	5.273
ORDENES HOSPITALIZACION	78
CIRUGIAS MENORES	41
ALTAS MEDICAS	5

TOTAL CONSULTAS POR PROGRAMA

PRIMERAS	
SUBSECUENTES	1
TOTAL	1
No. RECETAS PRESCRITAS	10
EXA. PERIODICO DEL ADULTO	1
CALIFICACION MEDICA	201
EXAMEN PREOCUPACIONAL	1
CONTROL DE NIÑO SANO	1
CONTROL PRENATAL	1
DETEC. OPORTUNA CARCER	
EX. CLINICO O PAPANICOL.	-
EXAMEN POSITIVO	-
POSITIVO DIABETES	3
PLANIFICACION FAMILIAR	
ANOVULATORIOS	-
D.I.U.	1
OTROS	1
TOT. RECET. PRESCRITAS	20134
TOTAL PRIMERAS CONS.	5.310
TOTAL SUBSECUENTES	5249
TOTAL	10559
CONSULTAS ANEXOS	3416
CONSUL. EMERGENCIAS	3759
TOTAL CONSULTAS	17734

ESPECIALIDADES	PRIMERAS CONSULTAS EN EL AÑO	SEG. SALUD	RIESGO TRABAJ.	VOLUNTAR.	CONYUGE	MENOR 6 AÑOS	JUBILD.	S.S.C.	MONTEPIO	NO AFILIADO	TOTAL	HORAS LABORADAS
CARDIOLOGIA	97	570	-	10	-	3	307	96	58	-	1.044	206
CIRUGIA CARDIOTORAC.											-	
CIRUGIA GENERAL	26	145	-	2	-	5	15	16	4	-	187	37
CIRUGIA MAXILO-FACIAL											-	
CIRUGIA PLASTICA												
CIRUGIA VASCULAR	32	114	-	3	-	-	43	14	10	1	185	41
DERMATOLOGIA	62	192	-	4	-	17	38	31	1	-	283	60
ENDOCRINOLOGIA	56	330	-	10	-	-	153	65	39	-	597	128
GASTROENTEROLOGIA	80	471	-	14	-	2	100	31	22	-	640	152
GINECOLOGIA	98	609	-	8	-	1	21	19	17	-	675	160
HEMATOLOGIA											-	
INFECTOLOGIA											-	
MEDIC. FISICA Y REHAB.	32	384	1	12	-	1	68	17	15	-	498	111
MEDICINA GENERAL	660	2.213	-	44	-	1	371	1	96	-	2.726	541
MEDICINA INTERNA											-	
MEDICINA PREVENTIVA	146	283	-	4	-	-	35	10	8	-	340	68
NEFROLOGIA	14	172	-	9	-	-	125	27	19	-	352	93
NEONATOLOGIA											-	
NEUMOLOGIA	37	158	-	5	-	16	52	28	9	-	268	32
NEUROCIRUGIA	8	56	-	2	-	1	27	26	4	-	116	78
NEUROLOGIA	90	354	-	9	-	8	110	81	20	-	582	83
OBSTETRICIA											-	
OFTALMOLOGIA	93	365	-	13	-	11	101	19	18	-	527	94
ONCOLOGIA											-	
OTORRINOLARINGOLOGIA	32	89	1	3	-	2	9	15	2	-	121	15
PEDIATRIA	224	1	-	-	-	507	-	8	-	-	516	83
PROCTOLOGIA											-	
PSIQUIATRIA											-	
TRAUMATOLOGIA	60	328	-	3	-	-	25	10	13	-	379	90
UROLOGIA	80	212	-	2	-	4	67	30	2	-	317	29
OTRAS(GERIATRIA)	10	29	-	2	-	-	130	2	43	-	206	74
TOTAL	1.937	7.075	2	159	-	579	1.797	546	400	1	10.559	2.175

OBSERVACIONES

VACACIONES: DR. JULIO LEON 16/06 AL 15/07, DR. FEDERICO VERA 01/06 AL 19/06 **PERM. CARGO A VACACIONES:** DR. TEOBALDO ALVARADO 28 AL 29, DR. ROQUE MERO 17, DR. JAIME ROBALINO 01 AL 04, DR. JIMMY ZAMBRANO 07 AL 18, DRA. LIDICE ABAD 28 AL 29, DR. DAMIAN AJILA 28/06 AL 07/07, DR. CARLOS AVILES 21 AL 25, DRA. JENNY CANTOS 01, 17, Y DEL 28 AL 30, DR. JESUS CEVALLOS 28706 AL 02/07, DRA. ROSSANA OZAETA 29 AL 30, DR. JUAN VELEZ 04, Y 10, **ENFERMEDAD:** DR. JOSE ALBAN 04 AL 08, DR. TEOBALDO ALVARADO 23, DR. FLOWER ARCENTALES 21 AL 25, DR. VICTOR BARCIA 09 AL 11 Y DEL 01 AL 02, DR. LEONARDO CAÑIZARES 09 AL 10, DR. JULIO LEON 09 AL 15, DR. RODDY MATA 09 AL 10, DR. ALFREDO MENOSCAL 18, DR. JAIME ROBALINO 07 AL 16, DR. ALEJANDRO VILLAMARIN 24, DR. CARLOS VELIZ 23 AL 02/07.

INDICADORES

COBERTURA AFILIADO AÑO	3,94
CONCENTRACION DE CONSULTAS	1,99
PROMEDIO CONSULTAS POR HORA	4,85
PROM. RECET. PRESCT. POR CONSULTA	1,91
PROM. Hor.TRAB. MED./ DIA	2,96
PROMEDIO DIARIO DE CONSUL.	502,81
PORCENT.CONSUL. POR PROGRAMA	0,01

...S. DIRECCION DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR
...DUCCION DE CONSULTA EXTERNA

AÑO 2010 | UNIDAD MEDICA | INFORME MES DE DICIEMBRE | HOSPITAL DE MANTA

ESPECIALIDADES	No. DE MEDICOS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	MENOR UN MES	DE 1 A 11 MESES	DE 1 A 14 AÑOS	DE 15 A 40 AÑOS	DE 41 A 60 AÑOS	DE 61 Y MAS	TOTAL	PRIMERAS	SUBSECUENTES	SOLICITADAS	ATENDIDAS	No. RECETAS PRESCRITAS	No. DIAS REPOSO	ORDEN HOSPITALIZACION	CIRUGIAS MENORES	ALTAS MEDICAS
CARDIOLOGIA	3	481	563	1.044	-	-	4	125	425	490	1.044	375	669	34	29	1.025	206	8	-	-
CIRUGIA CARDIOTORAC.				-							-									
CIRUGIA GENERAL	2	99	88	187	-	2	3	73	79	30	187	163	24	4	4	569	112	-	-	-
CIRUGIA MAXILO-FACIAL				-							-									
CIRUGIA PLASTICA				-							-									
CIRUGIA VASCULAR	1	51	134	185	-	-	-	43	78	64	185	108	77	-	-	248	103	38	-	-
DERMATOLOGIA	1	126	157	283	-	2	17	118	98	48	283	196	87	28	23	186	73	-		-
ENDOCRINOLOGIA	2	233	364	597	-	-	1	93	272	231	597	78	519	35	28	951	165	16	-	-
GASTROENTEROLOGIA	2	239	401	640	-	2	1	208	270	159	640	224	416	212	186	1.262	100	-	-	-
GINECOLOGIA	3	-	675	675	-	-	-	406	221	48	675	320	355	42	37	1.224	793	15	2	1
HEMATOLOGIA				-							-									
INFECTOLOGIA				-							-									
MEDIC. FISICA Y REHAB.	1	236	262	498	-	-	1	189	210	98	498	-	498	148	123	618	598	-	1	2
MEDICINA GENERAL	6	1.185	1.541	2.726	2	-	1	1.164	994	565	2.726	2.275	450	102	86	6.993	479	-	1	-
MEDICINA INTERNA				-	-						-									
MEDICINA PREVENTIVA	1	171	169	340	-	-	-	195	89	56	340	320	20	4	2	514	329	-	1	-
NEFROLOGIA	1	170	182	352	-	-	-	45	130	177	352	79	273	28	28	922	8	-	-	-
NEONATOLOGIA				-							-									
NEUMOLOGIA	1	116	152	268	2	4	13	67	84	98	268	82	186	56	44	534	53	-	-	-
NEUROCIRUGIA	1	51	65	116	-	-	4	34	35	43	116	15	101	-	-	572	61	-	-	-
NEUROLOGIA	1	233	349	582	-	2	16	164	199	201	582	214	368	54	51	1.348	493	-	-	1
OBSTETRICIA				-							-									
OFTALMOLOGIA	2	264	263	527	-	1	12	178	179	157	527	197	330	80	73	654	103	-	-	-
ONCOLOGIA				-							-									
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	46	75	121	-	-	7	55	42	17	121	37	84	37	31	172	64	-	-	-
PEDIATRIA	2	265	251	516	19	138	359	-	-	-	516	154	362	46	39	503	9	-	-	-
PROCTOLOGIA				-							-									
PSIQUIATRIA				-							-									
TRAUMATOLOGIA	2	177	202	379	-	-	-	173	151	55	379	194	185	126	108	655	1.371	1	36	1
UROLOGIA	1	247	70	317	-	-	4	99	108	106	317	245	72	-	-	308	153	-	-	-
OTRAS:Geriatría	1	44	162	206	-	-	-	5	22	179	206	34	172	3	3	866	-	-	-	-
TOTAL	35	4.434	6.125	10.559	23	151	443	3.434	3.686	2.822	10.559	5.310	5.248	1.039	895	20.124	5.273	78	41	5
													10.558							

ANEXO N° 5

DEFINICIÓN DE PALABRAS CLAVES:

EVALUACIÓN.- El concepto de evaluación se refiere a la acción y efecto de evaluar, un verbo cuya etimología se remonta al francés "evaluer" y que permite señalar, estimar, apreciar o calcular el valor de algo.

ESTÁNDARES.- Es lo que sirve como norma o referencia para medir cosas de la misma especie. Es un nivel de calidad.

ESTRUCTURA.- La estructura viene (del latín *structūra*) es la disposición y orden de las partes dentro de un todo. También puede entenderse como un sistema de conceptos coherentes enlazados, cuyo objetivo es precisar la esencia del objeto de estudio. Tanto la realidad como el lenguaje tienen estructura. Uno de los objetivos de la semántica y de la ciencia consiste en que la estructura del lenguaje refleje fielmente la estructura de la realidad.

PROCESOS.- Conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno o de una serie de fenómenos. Transcurso del tiempo. Progreso.

RESULTADOS.- Es la información conseguida después de una operación o investigación. Efecto de un hecho, operación o razonamiento.

INSATISFACCIÓN.- Sentimiento de malestar o disgusto que se tiene cuando no se colma un deseo o no se cubre una necesidad. Cosa que provoca malestar o disgusto.