



**“PROPUESTA PARA IMPLANTACIÓN DE UN PROCESO DE  
MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE  
CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL  
DOCENTE VICENTE CORRAL MOSCOSO”**

**“PROPUESTA PARA IMPLANTACIÓN DE UN PROCESO DE  
MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE  
CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL  
DOCENTE VICENTE CORRAL MOSCOSO”**

**RENE PATRICIO CORONEL RIVERA**

Ingeniero en Contabilidad y Auditoria  
Ingeniero Comercial  
Diplomado Superior en Marketing

**JUAN CARLOS AGUIRRE MAXI**

Ingeniero de Sistemas Informáticos  
Ingeniero en Contabilidad y Auditoria  
Diplomado Superior en Marketing

*Dirigido por:*

**ING. IVAN RODRIGO CORONEL, MBA**

Docente de la Universidad Politécnica Salesiana  
Unidad de Posgrados  
Maestría en Administración de Empresas



Cuenca-Ecuador

CORONEL RIVERA RENE y AGUIRRE MAXI JUAN

“PROPUESTA PARA IMPLANTACIÓN DE UN PROCESO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE VICENTE CORRAL MOSCOSO”

Universidad Politécnica Salesiana, Cuenca-Ecuador, 2010

MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS

Formato: 170 x 240

Páginas:

*Breve reseña de los autores e información de contacto:*



***René Patricio Coronel Rivera***

Ingeniero Comercial

Ingeniero en Contabilidad y Auditoría

Diplomado Superior en Marketing

rcoronelr@ups.edu.ec



***Juan Carlos Aguirre Maxi***

Ingeniero en Sistemas Informáticos

Ingeniero en Contabilidad y Auditoría

Diplomado Superior en Marketing

jaguirre@ups.edu.ec

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra para fines comerciales, sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual. Se permite la libre difusión de este texto con fines académicos o investigativos por cualquier medio, con la debida notificación a los autores.

DERECHOS RESERVADOS

©UNIVERSIDAD POLITECNICA SALESIANA

CUENCA – ECUADOR - SUDAMERICA

CORONEL RIVERA RENE y AGUIRRE MAXI JUAN

“PROPUESTA PARA IMPLANTACIÓN DE UN PROCESO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE VICENTE CORRAL MOSCOSO”

IMPRESO EN ECUADOR – PRINTED IN ECUADOR

# INDICE GENERAL

CAPÍTULO I.....	13
INTRODUCCIÓN.....	13
1.1 PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD.....	13
1.2 MISIÓN:.....	13
1.3 VISIÓN:.....	13
1.4 OBJETIVOS:.....	14
1.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	15
1.6 EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA.....	20
1.7 CLIENTES INTERNOS:.....	21
1.9 PRODUCTOS:.....	22
CAPÍTULO II.....	23
MARCO CONCEPTUAL DEL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LOS PROCESOS.....	23
2.1 LA CALIDAD Y EL MEJORAMIENTO CONTINUO.....	23
2.1.1. MEJORAMIENTO CONTINUO.....	24
2.1.2. IMPORTANCIA DEL MEJORAMIENTO CONTINUO.....	25
2.1.3. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL MEJORAMIENTO CONTINUO.....	25
2.1.4. ¿POR QUE MEJORAR?.....	26
2.1.5.....	28
NECESIDADES DE MEJORAMIENTO.....	28
2.2. Las Normas ISO 9000.....	30
2.3. Sistema de Gestión de Calidad.....	30
2.3.1. Principios de gestión de la calidad.....	31
2.3.2. Mejora continua.....	32
2.3.3. Del mejoramiento continuo.....	32
2.3.3.1 diagrama causa-efecto.....	33
2.3.3.2. Check list o lista de verificación.....	36
2.3.3.3. ARBOL DE PROBLEMAS.....	38
2.3.3.4. DIAGRAMA DE PARETO.....	40
2.3.4. Los procesos, tipos e importancia.....	45
2.3.4.1. Conceptos de procesos.....	46
2.3.4.2. Tipos de procesos.....	47
2.3.4.3. Procesos estratégicos.....	47
2.3.4.4. Procesos claves.....	47
2.3.4.5. Procesos de apoyo.....	47
2.3.4.6. Importancia de los procesos.....	48
2.4. El mejoramiento continuo en los procesos.....	48
2.4.1. Evaluar.....	49
2.4.2. Analizar.....	49
2.4.3. Mejorar.....	50
2.4.4. Identificación de procesos críticos.....	50

2.5. Ciclo pdca – plan, do, check, act.....	50
2.5.1. Planificar.....	51
2.5.2. Hacer.....	52
2.5.3. Verificar.....	52
2.5.4. Actuar .....	52
2.6. Gestión de calidad total - TQM.....	52
2.6.1. Indicadores de productividad.....	53
2.6.2. Utilidad de los indicadores de productividad .....	54
CAPÍTULO III .....	55
DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	55
3.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EXTERNA .....	55
3.1.1 El entorno próximo.....	55
3.1.2 El entorno remoto .....	60
3.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INTERNA .....	62
3.2.1 La matriz insumo-proceso-producto.....	64
3.2.2 Aplicación de la matriz FODA .....	65
3.3 ENCUESTAS A LOS CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS.....	67
3.4 FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA.....	71
3.5 APLICACIÓN DE INDICADORES.....	72
CAPÍTULO IV .....	73
IDENTIFICACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA .....	73
4.1 USO DE HERRAMIENTAS DE MEJORA CONTÍNUA.....	73
4.2. IDENTIFICACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA .....	87
4.2.1. Lista de verificación .....	94
4.2.2. El diagrama Causa-Efecto .....	95
4.2.3. Árbol de Problemas .....	97
4.2.4. El diagrama de Pareto.....	97
4.3. IDENTIFICACIÓN DE CUELLOS DE BOTELLA .....	100
CAPÍTULO V .....	102
MEJORAMIENTO CONTÍNUO.....	102
5.1 PLANTEAMIENTO DE INDICADORES .....	102
5.2 TABLERO DE CONTROL.....	106
5.3 PROPUESTA DEL PLAN DE ACCIÓN.....	111
CONCLUSIONES.....	114
RECOMENDACIONES .....	115
BIBLIOGRAFIA.....	116

## INDICE DE FIGURAS

<b>Gráfico 1</b> Organigrama del HVCM .....	16
<b>Gráfico 2</b> Diagrama de Procesos del HVCM.....	18
<b>Gráfico 3</b> Diagrama “Espina de pescado” ó Ishikawa .....	35
<b>Gráfico 4</b> Árbol de problemas .....	39
<b>Gráfico 5</b> Diagrama causas-efectos .....	40
<b>Gráfico 6</b> Proceso de mejora continua.....	49
<b>Gráfico 7</b> Ciclo PDCA.....	51
<b>Gráfico 8</b> Pacientes atendido primer semestre 2010.....	58
<b>Gráfico 9</b> Análisis de la situación interna.....	62
<b>Gráfico 10</b> Flujograma del proceso de consulta externa.....	71
<b>Gráfico 11</b> Diagrama de flujo de la obtención del turno .....	88
<b>Gráfico 12</b> Diagrama de flujo del turno vía call center .....	89
<b>Gráfico 13</b> Diagrama del proceso .....	92
<b>Gráfico 14</b> Diagrama espina de pescado aplicado al HVCM .....	96
<b>Gráfico 15</b> Diagrama Causas-Efectos aplicado al HVCM .....	97
<b>Gráfico 16</b> Diagrama de Pareto al HVCM .....	99
<b>Gráfico 17</b> Perspectivas del CMI.....	108
<b>Gráfico 18</b> Mapa estratégico aplicado al HVCM .....	111

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Lista de Verificación .....	37
<b>Tabla 2</b> Tabla de defectos .....	44
<b>Tabla 3</b> Tabla de frecuencias .....	44
<b>Tabla 4</b> Diagrama de Pareto .....	45
<b>Tabla 5</b> Tabla de atención al público primer semestre del 2010.....	57
<b>Tabla 6</b> Competencia en servicios de salud del HVCM .....	59
<b>Tabla 7</b> Presupuesto asignado al HVCM.....	61
<b>Tabla 8</b> Distributivo de empleados y trabajadores.....	64
<b>Tabla 9</b> Matriz Insumo-proceso-producto .....	65
<b>Tabla 10</b> Aplicación del FODA al HVCM.....	66
<b>Tabla 11</b> Resultados obtenidos de las encuestas y observaciones .....	91
<b>Tabla 12</b> Tiempo de espera observados en la obtención del ticket.....	93
<b>Tabla 13</b> Lista de verificación aplicada al HVCM .....	95
<b>Tabla 14</b> CMI aplicado al HVCM .....	110
<b>Tabla 15</b> Propuesta de Plan de acción para el HVCM.....	113

# DEDICATORIA

A mi padre, José (+)

A mi madre, Laura

A mi esposa, Olga

A mis hijos:

Patricia Jasmín

Daniela Estefanía

René Santiago

Por comprenderme y apoyarme

René

## DEDICATORIA

Con infinito amor a mi esposa Alexandra por su incondicional apoyo y comprensión. Pero también a la juventud ecuatoriana forjadores perennes de una sociedad más justa y solidaria.

Juan Carlos

## PREFACIO

En un entorno político como el ecuatoriano, y en el cuál sin duda el sector de la salud ha ocupado un espacio privilegiado en las decisiones gubernamentales, se observan cambios de significativa relevancia en la adecuación y organización de las casas de salud. Son precisamente mencionadas decisiones las que crean en los autores la interrogante para determinar si el mejoramiento de la situación tecnológica, financiera, y estructural de estas entidades, se corresponden con su objetivo primordial, el de brindar asistencia oportuna y de calidad a los pacientes que diariamente acuden hacia sus instalaciones.

La intención propia de propender a un cambio, basado en la fundamentación técnica de las herramientas de mejora continua, así como el de contribuir a la sociedad y pacientes de la mayor casa de servicios de salud del Austro ecuatoriano, orienta a la elección del Hospital General Regional Docente Vicente Corral Moscoso, y en particular el servicio de consulta externa, como nuestra unidad de estudio.

Propender a la mejora continua desde la perspectiva de los autores no corresponde únicamente a mejorar el desarrollo de los procesos operativos, sino que ha de considerarse también aspectos del entorno de desarrollo de dichas actividades, por lo cual se deberían analizar factores tales como clima organizacional, el compromiso para con la institución por parte del personal, así como de los médicos, niveles de concurrencia, ausentismo, entre otros.

# PROLOGO

*El contexto: La consulta externa en el Hospital Regional de Cuenca*

En la presente edición el lector podrá contar con una amplia gama de documentos recolectados a través de procesos investigativos, así como con los datos con los que cuenta la unidad de estudio, el Hospital Regional Docente Vicente Corral Moscoso. La recolección y tratamiento de la información ha sido desarrollada de forma tal de configurar un esquema de análisis y propuestas para la implementación de procesos de mejora continua en la calidad del servicio prestada por la institución hacia la ciudadanía, específicamente en el área de consulta externa.

En una institución de eminente servicio social, es común encontrar grandes columnas de personas durante varias horas con el afán de poder contar con un turno, el mismo que les permita acceder a una asistencia médica oportuna y de calidad. En este sentido, se torna de vital importancia poder contar con información capaz de develar los aspectos más importantes de los procesos que se encuentran involucrados en pro de mejorarlos, agilizarlos, o simplemente conservarlos. Según sean los resultados obtenidos.

En la obra se presenta la fundamentación teórica y su correspondiente aplicación de las herramientas denominadas de mejoramiento continuo, las mismas han sido aplicadas de manera directa a la problemática de la entidad de manera idéntica a la aplicación en el sector privado, a excepción de la herramienta “Cuadro de mando Integral” ó “Balanced ScoreCard”, que ha sido modificado de manera intencional a fin de ajustar su aplicabilidad a entidades del sector público, en donde por naturaleza se prioriza en el cliente o paciente, en lugar de las finanzas como ocurre en las demás entidades del sector privado.

Las conclusiones alcanzadas se pueden evidenciar a través de la lectura del plan operativo recomendado, el mismo que recoge las principales estrategias a aplicarse con el fin de producir la mejora permanente, y sostenida de los procesos hospitalarios.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### 1.1 PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD

Reseña histórica:

A mediados del siglo XVI, se fundó en la naciente ciudad de Cuenca, El Hospital Real de la "Caridad", para fines del siglo XIX (año 1872) se constituyó como Hospital San Vicente de Paúl, que funcionó como ente benefactor y de caridad.

En el año de 1975 mediante acuerdo 4387 emitido por el Ministerio de Salud se designó con el nombre de "Hospital Regional y Docente de la ciudad, Vicente Corral Moscoso". El Dr. Vicente Corral Moscoso, fue un hombre que contribuyó en gran medida en las gestiones del nuevo hospital, es por esta razón que se designó con su nombre al nuevo hospital.

El 12 de abril de 1977 aniversario de los cuatrocientos veinte años de la fundación de Cuenca, se inauguró con una moderna infraestructura física y tecnológica el nuevo y moderno hospital de la ciudad; indudablemente este acontecimiento significó un nuevo hito trascendental en la historia médica de la región austral del país.

### 1.2 MISIÓN:

La misión es la razón de ser de una empresa, organización o entidad, el porqué existe. En el caso de las entidades públicas, su misión muchas veces se encuentra expresada en su base legal.

El Hospital Vicente Corral Moscoso tiene por misión la siguiente:

*"Somos una entidad hospitalaria que en base a las normas y lineamientos del Sistema Nacional de Salud y en Coordinación con la red de Establecimientos de Salud, brinda servicio integral de segundo nivel de acuerdo con los principios estipulados en la Constitución, con talento humano especializado y comprometido, tecnología de vanguardia y el impulso permanente a la investigación y el mejoramiento continuo de nuestros productos y servicios, para satisfacer las demandas del usuario/a ciudadanos (a) que es nuestra razón de ser..."<sup>1</sup>*

### 1.3 VISIÓN:

La visión es el sueño deseado de una organización, como espera verse y que le vean a futuro. La visión del HVCM es la siguiente:

---

<sup>1</sup> Plan Estratégico del HVCM 2009-2013

*“Al 2013 el HVCM, es un moderno y dinámico sistema organizacional hospitalario con capacidad para gestionar procesos que responden a la demanda de servicios de salud de tercer nivel, aplica normas técnicas de referencia y contrareferencia, sustentado en los principios generales del Sistema Nacional de Salud: Inclusión y Equidad Social, Bioética, enfoque de género, generacional, interculturalidad. Con calificada y reconocida acción de su talento humano especializado y capacitado, presupuesto acorde a sus reales necesidades operativas, infraestructura funcional, tecnología de avanzada y abierta participación social con veeduría ciudadana..”<sup>2</sup>*

#### **1.4 OBJETIVOS:**

Hellriegel en su libro *“Administración: Un enfoque basado en competencias”* (2002), indica que los objetivos son los fines hacia los cuales está encaminada la actividad de una empresa, los puntos finales de la planeación, y aún cuando no pueden aceptarse tal cual son, establecerlos requiere de una considerable planeación. Los objetivos organizacionales son los resultados que gerentes y otros participantes han elegido y que están comprometidos a lograr en función de la supervivencia y el crecimiento a largo plazo de la empresa. Los objetivos que ha planteado la administración del Hospital, son los siguientes:

Contribuir al mejoramiento del nivel de salud y al desarrollo bio-psicosocial económico de la población ecuatoriana.

Ofrecer a la población ecuatoriana, atención en salud, de calidad, eficiente y eficaz: con equidad, universalidad y solidaridad, enfatizando la movilización y participación comunitaria, mediante un trabajo multidisciplinario e intersectorial.

Contribuir al desarrollo técnico, administrativo y científico en la prestación de servicios de salud y de las ciencias de la salud.

Implementar los avances científicos y tecnológicos relacionados con las Ciencias de la Salud, Sociales y Políticos, a fin de mejorar los procesos y la gestión de los servicios de salud.

Fortalecer el sistema de referencia y contra - referencia en el contexto de las redes locales de salud y proveer servicios extramurales a la comunidad, especialmente al grupo de los adultos mayores.

Organizar sus servicios y atención de salud, en concordancia con las necesidades y condiciones socioeconómicas y culturales de la comunidad; políticas, normas y programas, estipulados por MSP, vigentes y el perfil epidemiológico de la localidad.

Establecer y mantener sistemas de control y vigilancia epidemiológica, intra y extra hospitalarios para preservar la salud de su personal.

Contribuir a mantener ambientes saludables internos y externos, estableciendo mecanismos para la aplicación de las normas de saneamiento ambiental y en coordinación intra y extra institucional.

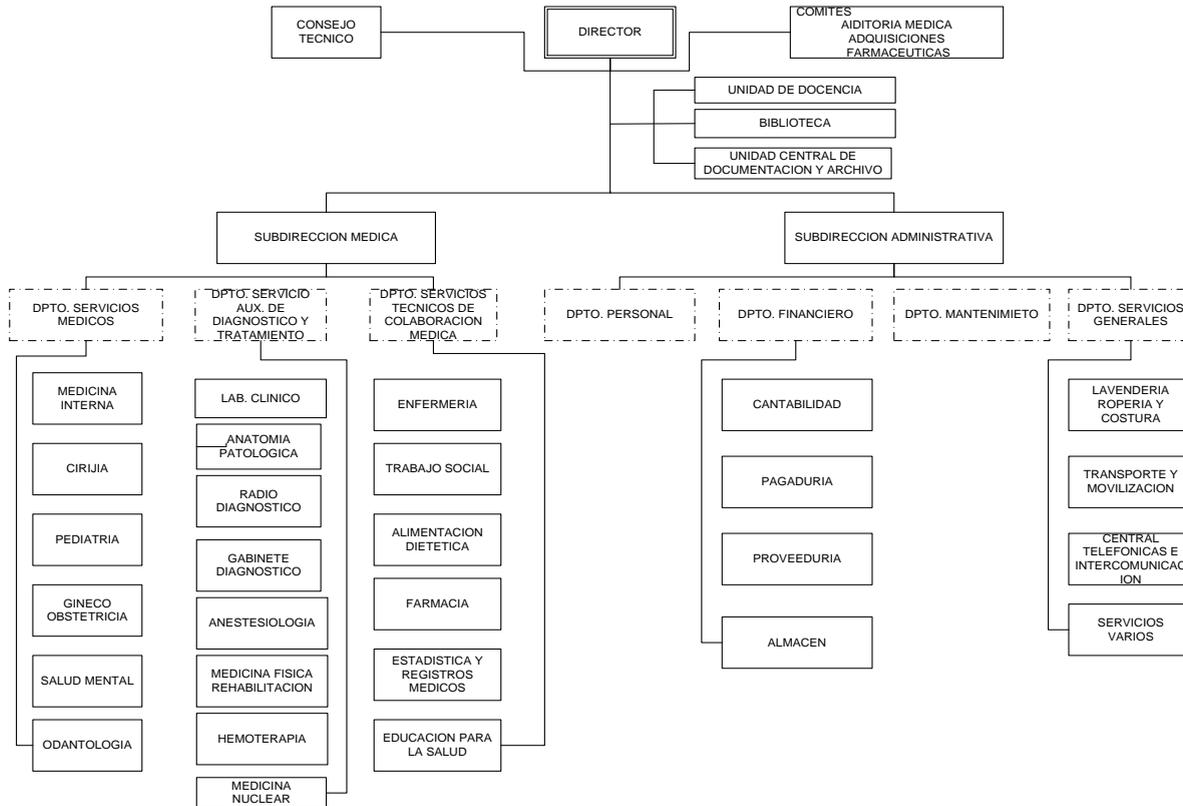
Responder por su gestión a los usuarios, la familia y en general a la comunidad.

---

<sup>2</sup> Plan Estratégico del HVCM 2009-2013

## **1.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

Según el organigrama emitido en 1984 por el Ministerio de Salud, la estructura del Hospital es la siguiente:



**Gráfico 1** Organigrama del HVCM

Estos modelos de estructuras que venían funcionando en las instituciones del sector público y en particular en las entidades de salud, contribuyeron a que los servicios prestados no sean de satisfacción de los usuarios; puesto que, incluso en la actualidad, no se han superado la serie de trámites y procesos burocráticos que han entorpecido la administración pública, ocasionando que esta sea lenta y signifique mayores costos al Estado.

Como una medida para solucionar estos problemas, la Secretaria Nacional Técnica de Desarrollo de los Recursos Humanos y de Remuneraciones, SENRES, dispuso desde el año 2000 la política gubernamental de estructuración por procesos en todos los Ministerios y entidades autónomas de la Administración Pública. El objetivo fundamental de la propuesta de “sistemas de gestión de calidad por procesos” como denominó la SENRES, es garantizar la calidad de la producción institucional, mejorando la relación de tiempos y costos; además de aumentar la competitividad y permanencia institucional e incrementar los productos.

Acogiendo esta nueva estructura por procesos, el Ministerio de Salud Pública adoptó la siguiente:

## ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS “HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”

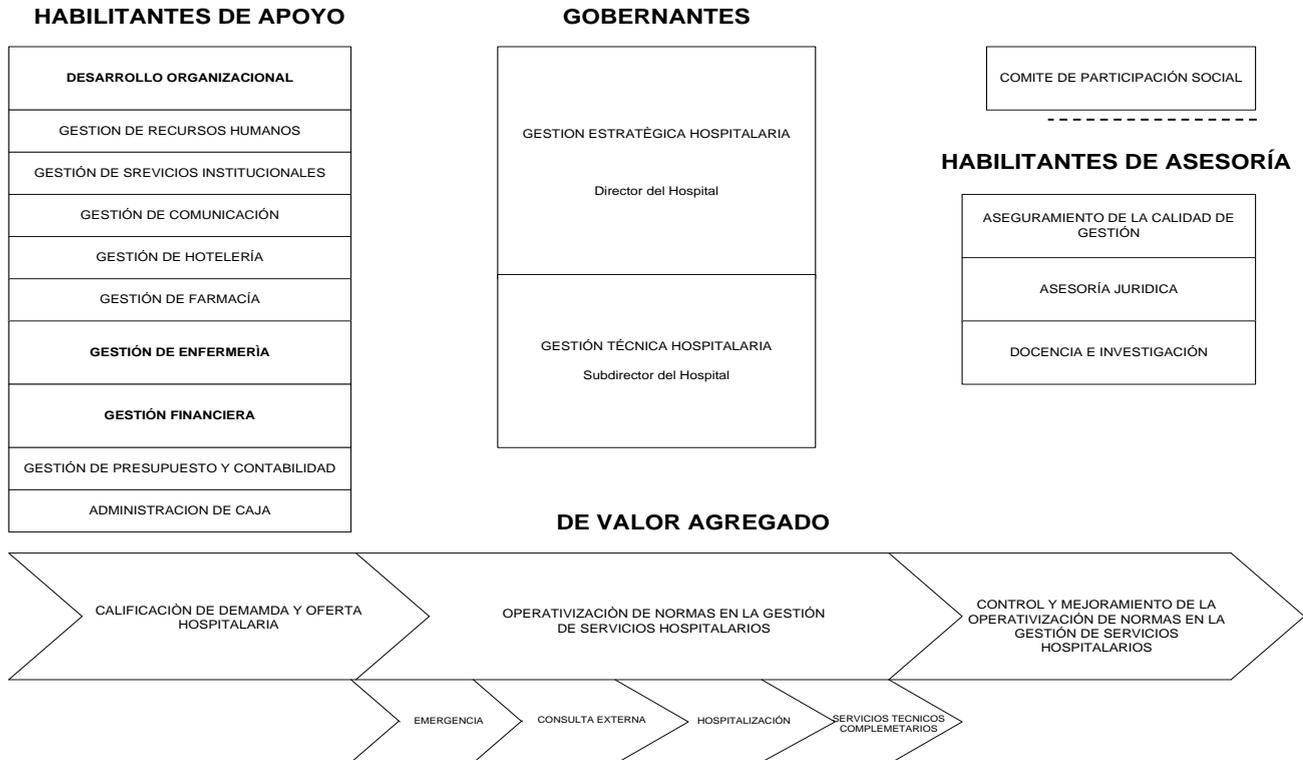


Gráfico 2 Diagrama de Procesos del HVCM

El 18 de Febrero de 2000 el Ministerio de Salud Pública dispuso la difusión nacional de las nuevas estructuras y el inicio de la capacitación de todos los niveles, en el marco del sistema de gestión de calidad por procesos, entendiendo por este sistema al: *“...conjunto unitario de procesos interdependientes, estructurados y organizados para satisfacer las necesidades de la demanda, en constante interacción con otros sistemas en su ambiente externo...”*<sup>3</sup>

El sistema organizacional aprobado, tiene mucha semejanza con la “cadena de valor” planteada por Michael Porter y se compone de procesos interdependientes, en los que la sincronización documentada de entradas, procedimientos y salidas permite la identificación de los puntos críticos en la utilización de los recursos. La necesidad del cliente es la que determina las características de los productos del sistema y la búsqueda de la satisfacción del cliente estimula ideas innovadoras para el mejoramiento continuo de la calidad de los productos.

Los procesos primordiales en esta estructura son los Procesos de Valor Agregado, los mismos que cumplen con la misión institucional, originando los productos fundamentales para los clientes externos. Estos procesos deben organizarse bajo la dirección y conducción de los procesos gobernantes para avanzar hacia los objetivos fundamentales de la visión institucional. Los procesos generadores de valor agregado requieren de Procesos de Apoyo, que movilizan los recursos humanos, financieros, físicos y tecnológicos indispensables para su transformación eficiente en productos. Por último, los Procesos de Asesoría entregan al Proceso Gobernante la información consolidada, la política necesaria para la toma de decisiones y para asegurar la calidad, la planificación, el control fiscal, la legalidad y el nivel científico tecnológico requerido por el sistema de gestión.

La estructura por procesos adoptada por el hospital es muy importante y servirá de base en el presente trabajo, puesto que nos permitirá identificar con mayor agilidad los procesos, subprocesos, actividades que en el servicio de consulta externa, presentan problemas y requieren un mejoramiento. La estructura por procesos y la mejora continua, son principios de gestión de calidad identificados en la norma internacional ISO 9000; por lo que, su aplicación contribuirá a que la entidad alcance niveles de calidad establecidos en la ISO 9001, y porque no, en el mediano plazo una certificación sobre su cumplimiento.

En el caso específico del Hospital Provincial Vicente Corral Moscoso, estos procesos están integrados de la siguiente manera:<sup>4</sup>

#### **PROCESOS GOBERNANTES**

Gestión Estratégica Hospitalaria (Director)

Gestión Técnica Hospitalaria (Subdirector)

#### **PROCESOS HABILITANTES**

De Asesoría

Aseguramiento de Calidad de Gestión (Coordinador)

---

<sup>3</sup> Fundamentos de la Estructura Organizacional por Procesos, Ministerio de Salud Pública, 2004.

<sup>4</sup> Trelles Silvia, Rojas Angélica, Gestión por Procesos, Tesis previa a la obtención del título de Ingeniero Comercial, Universidad Politécnica Salesiana, 2007.

Asesoría Jurídica (Coordinador)  
Docencia e Investigación (Coordinador)  
De Apoyo  
Desarrollo Organizacional (Coordinador)  
Gestión de Recursos Humanos (Líder de Equipo)  
Gestión de Servicios Institucionales (Líder de Equipo)  
Gestión de Comunicación (Líder de Equipo)  
Gestión Informática (Líder de Equipo)  
Gestión de Hotelería (Líder de Equipo)  
Gestión de Farmacia (Líder de Equipo)  
Gestión de Enfermería (Coordinador)  
Gestión Financiera (Coordinador)  
Gestión de Presupuesto y Contabilidad (Líder de Equipo)  
Gestión de Administración de Caja (Líder de Equipo)  
PROCESOS DE VALOR AGREGADO

Calificación de Demanda y Oferta Hospitalaria (Coordinador)  
Operación de Normas de Gestión en Servicios Hospitalarios (Coordinador)  
Emergencia (Líder de Equipo)  
Consulta Externa (Líder de Equipo)  
Hospitalización (Líder de Equipo)  
Servicios Técnicos Complementarios (Líder de Equipo)  
Control y Mejoramiento de Operación de Normas en la Gestión de Servicios Hospitalarios (Coordinador)

## **1.6 EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA**

La consulta externa es el departamento en el cual se imparte atención médica a los enfermos no internados y cuyo padecimiento les permite acudir al hospital. La atención médica en consulta externa puede ser de diversa índole pero principalmente consiste en el interrogatorio y examen que conducen al diagnóstico y a la prescripción de un tratamiento.

Comprende lo que a grandes rasgos y en términos médicos se define como Medicina Preventiva, Medicina General y Medicina de Especialidades.

Dentro del plan operativo anual para el 2010 uno de los objetivos estratégicos del hospital es el de: *“Mejorar la calidad de las prestaciones de salud, contingencias de enfermedad, maternidad y riesgos de trabajo”* y como una de las actividades claves para el logro del mismo, el *“Mejoramiento de la oferta de servicios de Consulta Externa”*.

El área de consulta externa se conforma de la siguiente manera:

Recepción.

Salas de Espera.

Sanitarios de Público.

Sanitarios de personal.

Cuarto de aseo.  
Consultorios de Medicina General para adultos.  
Consultorios de Medicina General para menores.  
Consultorios de Especialidades:  
Ginecología y Obstetricia  
Cirugía  
Gastroenterología  
Ortopedia-traumatología  
Neumología  
Cardiología  
Dermatología  
Alergología  
Urología  
Proctología  
Dental  
Oftalmología

## 1.7 CLIENTES INTERNOS:

La palabra cliente proviene del latín *cliens* y se refiere a la persona u organización que accede a un producto o servicio a partir de un pago; suele asociarse a quien accede al producto o servicio en forma reiterada.

En las organizaciones de la administración pública, los clientes no pagan (o no deberían) pagar por los productos recibidos. En el caso del hospital es importante identificar cuáles son nuestros clientes, tanto internos como externos.

Uno de los principios legados por la Calidad Total, es el referido a "*la siguiente etapa de su proceso es su cliente*" lo cual vino a ser conocido como Cliente Interno dando gran importancia al análisis de los procesos.

Hoy día el concepto de Cliente Interno, se mantiene vigente y es reforzado en los principios de la gestión de la calidad, con el "Enfoque basado en procesos", y el "Enfoque de sistemas".

Karl Albrecht en su libro "Cliente Interno" dice: "*Si desea que las cosas funcionen afuera, lo primero que debemos hacer es que funcionen adentro*". Esto obliga a que las empresas desarrollen una cultura de servicio hacia lo interno de la empresa, si es que quieren ser reconocidas por sus clientes por la calidad de servicio que brindan.

Se requiere unos pocos pasos para desarrollar una cultura de servicio interno:

- 1.- Identificar los Procesos y sus interacciones.
- 2.- Identificar los clientes internos de esos procesos.
- 3.- Identificar los productos entregados a esos clientes.
- 4.- Definir las posibles características de calidad valoradas por esos clientes (ponerse en los zapatos del cliente).
- 5.- Confirmar con los clientes los criterios definidos (preguntarle a ellos).

- 6.- Negociar parámetros de medición para el logro de satisfacción de esos criterios.
- 7.- Traducir las necesidades de los clientes en requisitos para la prestación del Servicio.
- 8.- Iniciar el proceso de Mejora Continua

Se debe considerar que al interior de las organizaciones el cliente es proveedor al mismo tiempo, al entregar el producto del trabajo es proveedor y al recibirlo es cliente. Al definir los procesos que se emplean en el servicio de consulta externa en capítulos siguientes, identificaremos cuáles son los clientes internos y los productos que reciben.

## **1.8 CLIENTES EXTERNOS:**

Descrito lo que es un cliente interno, podemos decir que cliente externo es toda organización o persona ajena a nuestra empresa, que adquiere nuestros bienes o servicios.

En el caso del hospital y del servicio de consulta externa en particular, los clientes externos son todos los pacientes que acuden a recibir el servicio, provienen de diversos sectores del país y según las estadísticas que posee el hospital, en el 2010 se atienden 12.000 personas por mes, en lugar de los 6.000 del 2009, de las cuales el 60% fueron personas provenientes del Azuay y el 40% de otras provincias.

## **1.9 PRODUCTOS:**

Al hablar de los clientes, nos hemos referido a los procesos y los productos. En muchas ocasiones se hace una diferencia entre producto y servicio, siendo una de las diferencias que los primeros son tangibles y los segundos intangibles; sin embargo, en ambos casos son el resultado de un proceso, entendiendo por proceso al conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman entradas en salidas.

Los clientes acuden a la organización, en este caso el hospital, para adquirir un producto que satisfaga una necesidad. Desde este punto de vista, el producto que ofrece el hospital y consulta externa es SALUD. Nuestro trabajo pretende que el producto ofrecido a nuestros clientes, la ciudadanía sea de calidad, para ello vamos a emplear el método de mejora continua.

# CAPÍTULO II

## MARCO CONCEPTUAL DEL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LOS PROCESOS

### 2.1 LA CALIDAD Y EL MEJORAMIENTO CONTINUO

Cuando se habla de calidad, lo primero que se viene a la mente es que se trata de algo lujoso o costoso; indudablemente es una idea equivocada, que con el pasar del tiempo poco a poco ha ido cambiando en la gente. El concepto de calidad a lo largo del tiempo ha sufrido algunas variaciones que vale la pena repasar para entender mejor lo que hoy significa la calidad.

Calidad es:

La satisfacción de las expectativas del cliente.

Un conjunto de propiedades o características de un producto o servicio, con habilidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas.

Cumplir las expectativas del cliente y algunas más.

Despertar nuevas necesidades del cliente.

Hacer bien las cosas desde la primera vez.

Diseñar, producir y entregar un producto de satisfacción total.

Producir un artículo o un servicio de acuerdo con las normas establecidas.

Dar respuesta inmediata a las solicitudes de los clientes.

En términos generales, Calidad se define como: “La satisfacción de las necesidades del cliente y sus expectativas razonables”. En ese sentido podríamos definir la satisfacción del cliente como: Calidad recibida – Calidad esperada.

Si el cliente recibe un producto o servicio con un nivel de Calidad superior al esperado, el cliente sentirá que recibió un producto o servicio de calidad.<sup>5</sup>

La Organización Mundial de la Salud tratando de abarcar la perspectiva de los distintos grupos involucrados (Clientes, Proveedores, Planificadores, Sanitaristas), define la calidad como:

*“La Calidad en la Atención en Salud consiste en la apropiada ejecución (de acuerdo a estándares) de intervenciones de probada seguridad, que son económicamente accesibles a la población en cuestión, y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición.”.*

Los estudiosos del tema Calidad, señalan que han sido las guerras ocurridas las que han motivado el desarrollo de la calidad, así las industrias bélicas tuvieron que emprender en productos de calidad durante la segunda guerra mundial y al término de ella, la calidad se desarrolló de manera impresionante en el Japón con la importante

---

<sup>5</sup> Zubía Jaime, Curso Auditoría enfocada a sistemas de gestión de calidad, Notas del Participante, Cuenca, febrero de 2008

intervención de Edwards Deming a quien se conoce como el padre de la calidad, implantándose en ese país el premio “Deming” a la calidad que se otorga anualmente al individuo que muestre logros excelentes en teoría o en la aplicación del control de la calidad por estadísticas, o aquella persona que contribuya notablemente a la difusión de las técnicas del control de calidad por estadísticas, así como a su aplicación. Las empresas que han obtenido este premio son Nissan, Toyota, Hitachi. En los primeros años de la calidad, ésta se centraba básicamente en el producto final, se revisaban y determinaban las fallas para corregir las mismas. En la actualidad, la calidad se concentra en el proceso, ya no están de “moda” los supervisores de calidad, porque cada trabajador dentro del proceso productivo se convierte en supervisor de su trabajo. Hoy, al desarrollar las actividades el trabajador debe realizarlas pensando en que el producto que tiene que entregar al compañero para que siga con el proceso debe ser como el desearía recibirlo.

Pero mucho se ha hablado de la calidad referida a los bienes y no así a los servicios, ¿cuál es la diferencia? Partimos del hecho que un producto puede ser un bien o un servicio, siendo la diferencia más importante que el primero es algo tangible y el segundo intangible, pero ambos siguen un proceso hasta llegar al cliente o consumidor. Hay un principio muy conocido en el ámbito de la calidad: *“Lo que no se mide, no se mejora”*

Un paso adelante en la calidad lo constituye el mejoramiento continuo. Para llevar a cabo este proceso de Mejoramiento Continuo tanto en un departamento determinado como en toda la empresa, se debe tomar en consideración que dicho proceso debe ser: económico, es decir, debe requerir menos esfuerzo que el beneficio que aporta; y acumulativo, que la mejora implantada permita abrir las posibilidades de sucesivas mejoras a la vez que se garantice el cabal aprovechamiento del nuevo nivel de desempeño logrado.

### **2.1.1. MEJORAMIENTO CONTINUO**

James Harrington (1993), para él mejorar un proceso, significa cambiarlo para hacerlo más efectivo, eficiente y adaptable, qué cambiar y cómo cambiar depende del enfoque específico del empresario y del proceso.

Fadi Kabboul (1994), define el Mejoramiento Continuo como una conversión en el mecanismo viable y accesible al que las empresas de los países en vías de desarrollo cierren la brecha tecnológica que mantienen con respecto al mundo desarrollado.

Abell, D. (1994), da como concepto de Mejoramiento Continuo una mera extensión histórica de uno de los principios de la gerencia científica, establecida por Frederick Taylor, que afirma que todo método de trabajo es susceptible de ser mejorado (tomado del Curso de Mejoramiento Continuo dictado por Fadi Kbbaul).

Eduardo Deming (1996), según la óptica de este autor, la administración de la calidad total requiere de un proceso constante, que será llamado Mejoramiento Continuo, donde la perfección nunca se logra pero siempre se busca.

El Mejoramiento Continuo es un proceso que describe muy bien lo que es la esencia de la calidad y refleja lo que las empresas necesitan hacer si quieren ser competitivas a

Com  
unifo  
docu  
blanc  
título

lo largo del tiempo.

### **2.1.2. IMPORTANCIA DEL MEJORAMIENTO CONTINUO**

La importancia de esta técnica gerencial radica en que con su aplicación se puede contribuir a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de la organización. A través del mejoramiento continuo se logra ser más productivos y competitivos en el mercado al cual pertenece la organización, por otra parte las organizaciones deben analizar los procesos utilizados, de manera tal que si existe algún inconveniente pueda mejorarse o corregirse; como resultado de la aplicación de esta técnica puede ser que las organizaciones crezcan dentro del mercado y hasta llegar a ser líderes.

Para el caso de organizaciones públicas como el Hospital Vicente Corral Moscoso, el mejoramiento continuo no tendrá como objetivo crecer dentro del mercado y ser líder con la visión de la empresa privada, pero indudablemente este mejoramiento permitirá conseguir de manera eficiente y efectiva sus objetivos de atención de salud a personas de escasos recursos económicos, ampliando el número de usuarios, reduciendo sus costos y logrando una mayor satisfacción en los usuarios externos e internos. Se debe considerar que aparentemente los servicios que brinda esta casa de salud, actualmente son gratuitos; aparentemente porque en realidad la atención que ofrece el Hospital tiene un precio que paga de manera indirecta toda la ciudadanía a través de sus impuestos.

Es importante reconocer que la filosofía y muchos elementos del mejoramiento continuo que se aplica en las empresas privadas, son adaptables y adoptables en organizaciones públicas, con la diferencia de que el objetivo a conseguir será diferente, pues en el sector público no se busca el lucro pero si debe perseguir la eficacia, la eficiencia, la satisfacción de los usuarios o clientes, objetivos que el mejoramiento continuo contribuye a conseguirlos.

### **2.1.3. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL MEJORAMIENTO CONTINUO**

El mejoramiento continuo puede tener ventajas y desventajas en su aplicación, como las siguientes:

#### **Ventajas**

Se concentra el esfuerzo en ámbitos organizativos y de procedimientos puntuales.

Consiguen mejoras en un corto plazo y resultados visibles.

Si existe reducción de productos defectuosos, trae como consecuencia una reducción en los costos, como resultado de un consumo menor de materias primas.

Incrementa la productividad y dirige a la organización hacia la competitividad, lo cual es de vital importancia para las actuales organizaciones.

Contribuye a la adaptación de los procesos a los avances tecnológicos.

Permite eliminar procesos repetitivos.

### Desventajas

Cuando el mejoramiento se concentra en un área específica de la organización, se pierde la perspectiva de la interdependencia que existe entre todos los miembros de la empresa.

Requiere de un cambio en toda la organización, ya que para obtener el éxito es necesaria la participación de todos los integrantes de la organización y a todo nivel.

En vista de que los gerentes en la pequeña y mediana empresa son muy conservadores, el Mejoramiento Continuo se hace un proceso muy largo.

Hay que hacer inversiones importantes.

### 2.1.4. ¿POR QUE MEJORAR?

#### El Cliente es el Rey

Según Harrington (1987), "En el mercado de los compradores de hoy el cliente es el rey", es decir, que los clientes son las personas más importantes en el negocio y por lo tanto los empleados deben trabajar en función de satisfacer las necesidades y deseos de éstos. Son parte fundamental del negocio, es decir, es la razón por la cual éste existe, por lo tanto merecen el mejor trato y toda la atención necesaria. Que importante sería que este concepto esté en la mente de los servidores del Hospital. Que los usuarios utilicen los servicios del Hospital, no solamente porque es gratuito, sino porque son atendidos como ellos lo esperan.

#### El Proceso de Mejoramiento

La búsqueda de la excelencia comprende un proceso que consiste en aceptar un nuevo reto cada día. Dicho proceso debe ser progresivo y continuo. Debe incorporar todas las actividades que se realicen en la empresa a todos los niveles.

El proceso de mejoramiento es un medio eficaz para desarrollar cambios positivos que van a permitir ahorrar dinero tanto para la empresa como para los clientes, ya que las fallas de calidad cuestan dinero.

Asimismo este proceso implica la inversión en nuevas maquinaria y equipos de alta tecnología más eficientes, el mejoramiento de la calidad del servicio a los clientes, el aumento en los niveles de desempeño del recurso humano a través de la capacitación continua, y la inversión en investigación y desarrollo que permita a la empresa estar al día con las nuevas tecnologías.

#### Actividades Básicas de Mejoramiento

De acuerdo a un estudio en los procesos de mejoramiento puestos en práctica en diversas compañías en Estados Unidos, Según Harrington (1987), existen diez actividades de mejoramiento que deberían formar parte de toda empresa, sea grande o pequeña:

Obtener el compromiso de la alta dirección.

Establecer un consejo directivo de mejoramiento.  
Conseguir la participación total de la administración.  
Asegurar la participación en equipos de los empleados.  
Conseguir la participación individual.  
Establecer equipos de mejoramiento de los sistemas (equipos de control de los procesos).  
Desarrollar actividades con la participación de los proveedores.  
Establecer actividades que aseguren la calidad de los sistemas.  
Desarrollar e implantar planes de mejoramiento a corto plazo y una estrategia de mejoramiento a largo plazo.  
Establecer un sistema de reconocimientos.

#### *Compromiso de la Alta Dirección:*

El proceso de mejoramiento debe comenzarse desde los principales directivos y progresa en la medida al grado de compromiso que éstos adquieran, es decir, en el interés que pongan por superarse y por ser cada día mejor.

#### *Consejo Directivo del Mejoramiento:*

Está constituido por un grupo de ejecutivos de primer nivel, quienes estudiarán el proceso de mejoramiento productivo y buscarán adaptarlo a las necesidades de la compañía.

#### *Participación Total de la Administración:*

El equipo de administración es un conjunto de responsables de la implantación del proceso de mejoramiento. Eso implica la participación activa de todos los ejecutivos y supervisores de la organización.

Cada ejecutivo debe participar en un curso de capacitación que le permita conocer nuevos estándares de la compañía y las técnicas de mejoramiento respectivas.

#### *Participación de los Empleados:*

Una vez que el equipo de administradores esté capacitado en el proceso, se darán las condiciones para involucrar a los empleados. Esto lo lleva a cabo el gerente o supervisor de primera línea de cada departamento, quien es responsable de adiestrar a sus subordinados, empleando las técnicas que él aprendió.

#### *Participación Individual:*

Es importante desarrollar sistemas que brinden a todos los individuos los medios para que contribuyan, sean medidos y se les reconozcan sus aportaciones personales en beneficio del mejoramiento.

*Equipos de Mejoramiento de los Sistemas (equipos de control de los procesos):*

Toda actividad que se repite es un proceso que puede controlarse. Para ello se elaboran diagramas de flujo de los procesos, después se le incluyen mediciones, controles y bucles de retroalimentación. Para la aplicación de este proceso se debe contar con un solo individuo responsable del funcionamiento completo de dicho proceso.

*Actividades con Participación de los Proveedores:*

Todo proceso exitoso de mejoramiento debe tomar en cuenta a las contribuciones de los proveedores.

*Aseguramiento de la Calidad:*

Los recursos para el aseguramiento de la calidad, que se dedican a la solución de problemas relacionados con los productos, deben reorientarse hacia el control de los sistemas que ayudan a mejorar las operaciones y así evitar que se presenten problemas

*Planes de Calidad a Corto Plazo y Estrategias de Calidad a Largo Plazo:*

Cada compañía debe desarrollar una estrategia de calidad a largo plazo. Después debe asegurarse de que todo el grupo administrativo comprenda la estrategia de manera que sus integrantes puedan elaborar planes a corto plazo detallados, que aseguren que las actividades de los grupos coincidan y respalden la estrategia a largo plazo.

*Sistema de Reconocimientos:*

El proceso de mejoramiento pretende cambiar la forma de pensar de las personas acerca de los errores. Para ello existen dos maneras de reforzar la aplicación de los cambios deseados: castigar a todos los que no logren hacer bien su trabajo todo el tiempo, o premiar a todos los individuos y grupos cuando alcancen una meta con realicen una importante aportación al proceso de mejoramiento.

## **2.1.5. NECESIDADES DE MEJORAMIENTO**

Los presidentes de las empresas son los principales responsables de un avanzado éxito en la organización o por el contrario del fracaso de la misma, es por ello que los socios dirigen toda responsabilidad y confianza al presidente, teniendo en cuenta su capacidad y un buen desempeño como administrador, capaz de resolver cualquier tipo de inconveniente que se pueda presentar y lograr satisfactoriamente el éxito de la compañía. Hoy en día, para muchas empresas la palabra calidad representa un factor

muy importante para el logro de los objetivos trazados. Es necesario llevar a cabo un análisis global y detallado de la organización, para tomar la decisión de implantar un estudio de necesidades, si así la empresa lo requiere.

Resulta importante mencionar, que para el éxito del proceso de mejoramiento, va a depender directamente del alto grado de respaldo aportado por el equipo que conforma la dirección de la empresa, por ello el presidente está en el deber de solicitar las opiniones de cada uno de sus miembros del equipo de administración y de los jefes de departamento que conforman la organización.

Los ejecutivos deben comprender que el presidente tiene pensado llevar a cabo la implantación de un proceso que beneficie a toda la empresa y además, pueda proporcionar a los empleados con mejores elementos para el buen desempeño de sus trabajos. Se debe estar claro, que cualesquiera sea el caso, la calidad es responsabilidad de la directiva.

Antes de la decisión final de implantar un proceso de mejoramiento, es necesario calcular un estimado de los ahorros potenciales. Se inician realizando un examen detallado de las cifras correspondientes a costos de mala calidad, además, de los ahorros en costos; el proceso de mejoramiento implica un incremento en la productividad, reducción de ausentismo y mejoramiento de la moral. Es importante destacar que una producción de mejor calidad va a reflejar la captura de una mayor proporción del mercado.

Para el logro de estos ahorros, durante los primeros años, la empresa tendrá que invertir un mínimo porcentaje del costo del producto, para desarrollar el proceso de mejoramiento; luego de esta inversión, el costo de mantenimiento del programa resultará insignificante.

Por otro lado, para percibir el funcionamiento eficaz del proceso de mejoramiento no sólo es necesario contar con el respaldo de la presidencia, sino con la participación activa de ella. El presidente debe medir personalmente el grado de avance y premiar a todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyan notablemente y realizar observaciones a quienes no contribuyan con el éxito del proceso.

Conseguir productos de calidad no será el fin del ciclo, la empresa no deberá darse por satisfecha, siempre habrá oportunidad de mejorar, constituye un círculo sin fin. Al respecto existen varios enfoques: Deming y sus catorce pasos, Jurán y su Adelanto Administrativo, Ishikawa y su TQC.

#### *Planear Hacer Verificar Actuar*

Con el propósito de mejorar la calidad, aumentar la productividad, disminuir los costos e impulsar el comercio internacional, se creó la Organización Internacional de Normas ISO en 1947. De este organismo nace la familia de las ISO 9000, que son normas sobre el aseguramiento de la calidad de los procesos. Todos los requisitos de esta Norma Internacional son genéricos y se pretende que sean aplicables a todas las organizaciones sin importar su tipo, tamaño y producto suministrado.

Conozcamos un poco de estas ISO, en virtud que el trabajo que desarrollaremos en la presente tesis, contribuirá en gran medida a que la empresa pueda optar por obtener una certificación ISO 9001.

## **2.2. Las Normas ISO 9000**

Con el fin de estandarizar los Sistemas de Calidad de distintas empresas y sectores, se publican las Normas ISO 9000, un conjunto de normas editadas y revisadas periódicamente por la Organización Internacional de Normalización (ISO) sobre el Aseguramiento de la Calidad de los procesos. De este modo, se consolida a nivel internacional el marco normativo de la gestión y control de la calidad.

Estas normas aportan las reglas básicas para desarrollar un Sistema de Gestión de Calidad siendo totalmente independientes del fin de la empresa o del producto o servicio que proporcione. Dichos estándares son aceptados en todo el mundo como un lenguaje común que garantiza la calidad (continua) de los productos y servicios que ofrece una organización.

En los últimos años, se está poniendo en evidencia que no basta sólo con introducir mejoras que se reduzcan al control de los procesos básicamente, sino que la concepción de la Calidad sigue evolucionando, hasta llegar hoy en día a la denominada Gestión de la Calidad Total. Dentro de este marco, la Norma ISO 9001, es la base sobre la cual se asientan los nuevos Sistemas de Gestión de la Calidad.

## **2.3. Sistema de Gestión de Calidad**

Es el conjunto de la estructura, responsabilidades, actividades, recursos y procedimientos de la organización de una empresa, que ésta establece para llevar a cabo la gestión de su calidad. Es decir un Sistema de Gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos

El modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en los procesos se muestra en la Figura 1.0-1. Esta figura muestra que los clientes juegan un papel significativo para definir los requisitos como elementos de entrada. El seguimiento de la satisfacción del cliente requiere la evaluación de la información relativa a la percepción del cliente acerca del cumplimiento de la entidad con respecto a sus requisitos.

¿Por qué un sistema de gestión de calidad en organizaciones públicas?

La calidad tiene como fundamento el compromiso de todos los servidores públicos en hacer bien las cosas, pero detrás de la especificación de un producto o servicio y de un tiempo de entrega bajo atributos de calidad se debe reflejar un ambiente organizacional dispuesto a la mejora continua, un conjunto de procesos concebidos coherentemente y ejecutados de acuerdo a base documental, y un sistema de medición de los mismos que facilite la gestión de acciones correctivas y preventivas.

Se debe hacer énfasis en la importancia de que el aumento de la satisfacción de los clientes y la mejora en el desempeño de las entidades debe ser la motivación para la implementación de un sistema de gestión de calidad, y no simplemente la certificación con norma internacional, la cual debe verse como un reconocimiento pero nunca como un fin.

### **2.3.1. Principios de gestión de la calidad**

Para conducir y operar una organización en forma exitosa, se requiere que ésta se dirija y controle en forma sistemática y transparente. Se puede lograr el éxito implementando y manteniendo un sistema de gestión que esté diseñado para mejorar continuamente su desempeño mediante la consideración de las necesidades de todas las partes interesadas. La gestión de una organización comprende la gestión de la calidad entre otras disciplinas de gestión.

La Norma Internacional ISO 9001-2008 **ISO 9000**, relacionada con los fundamentos y vocabulario de los Sistemas de Gestión de la Calidad, identifica ocho principios de gestión de calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia la mejora en el desempeño.

Com  
refer  
9001

#### Enfoque al Cliente

Las organizaciones dependen de sus clientes, por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.

#### Liderazgo

Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

#### Compromiso del personal

El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

#### Enfoque basado en procesos

Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

## Enfoque de sistema para la gestión

Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos. Para ello básicamente se debería considerar lo siguiente:

- Identificar los procesos necesarios
- Identificar y medir los inputs/outputs
- Identificar las interfaces
- Identificar clientes internos y externos
- Establecer responsabilidades
- Identificar impactos sobre partes interesadas

### 2.3.2. Mejora continua

La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.

- Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones
- Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos e información.
- Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor
- Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.
- Estos ocho principios de gestión de calidad constituyen la base del sistema de gestión de la calidad de las normas ISO.

### 2.3.3. Del mejoramiento continuo

La intención de las herramientas del mejoramiento continuo es ayudar a las organizaciones para analizar datos que pueden ser útiles en los procesos y en la solución de los diferentes problemas que existen dentro de las organizaciones.

La variabilidad en los procesos siempre ha sido un indicador sobre la eficiencia de los procesos, esta variabilidad se ha convertido en un enemigo para los procesos, y puede ser observada en las características cuantificables de productos y los procesos, además existe en todas las etapas del ciclo de vida de los productos, es por esta razón que cada empresa debe de controlar esta variación.

Las técnicas estadísticas como el control estadístico de procesos, histograma, etc., pueden ayudar a medir, describir, analizar, interpretar y modelar la variabilidad, aun con una cantidad relativamente limitada de datos. El análisis estadístico de tales datos puede ayudar a proveer una mejor comprensión de la naturaleza, extensión y causas de variabilidad. Esto podría ayudar a solucionar y aun impedir problemas dentro de la organización.

Las herramientas que se desarrollaran en este tema ayudaran al mejor uso de los datos

disponibles, para la toma de decisiones y a mejorar la calidad de los procesos, mejorando de esta manera el producto y satisfaciendo de mejor manera a los clientes.

### **2.3.3.1 diagrama causa-efecto**

El Diagrama Causa-Efecto es una forma de organizar y representar las diferentes propuestas sobre las causas de un problema. Es una representación grafica en forma de espina de pescado que permite identificar las causas que afectan un problema; Se conoce también como diagrama de Ishikawa.

Este diagrama permite separar las causas principales conocidas como las 4 M's (Mano de Obra, materiales, máquinas, métodos). Sin embargo ya se adicionado más M's, hasta ahora se conocen 9M's pero las 4M's propuestas son suficientes para el análisis en este diagrama.

El diagrama nos brinda el beneficio de interrelacionar problemas que posiblemente están afectando el problema original, haciendo que la espina se ramifique cada vez mas hasta llegar al origen mismo del problema; lo que significa que cada problema se puede ir subdividiendo.

Hay que tener en cuenta que la relación es subjetiva por lo tanto no podría decirse que son realmente las causas que originan el problema; sólo cuando estas teorías son contrastadas con datos podemos probar las causas de los fenómenos observables.

Posibles errores en la realización del Diagrama

Construir el diagrama antes de analizar globalmente los síntomas

Limitar las teorías propuestas enmascarando involuntariamente la causa raíz

Cometer errores tanto en la relación causal como en el orden de las teorías

Posibles Aplicaciones del Diagrama

Causa de Entregas Atrasadas

Defectos en Productos

Errores en la prestación de Servicios

Problemas en la Producción.

Pasos para la elaboración del Diagrama

Definir claramente el efecto o síntoma cuyas causas han de identificarse.

Encuadrar el efecto a la derecha y dibujar una línea gruesa central apuntándole.

Usar Brainstorming o un enfoque racional para identificar las posibles causas.

Distribuir y unir las causas principales a la recta central mediante líneas de 70°.

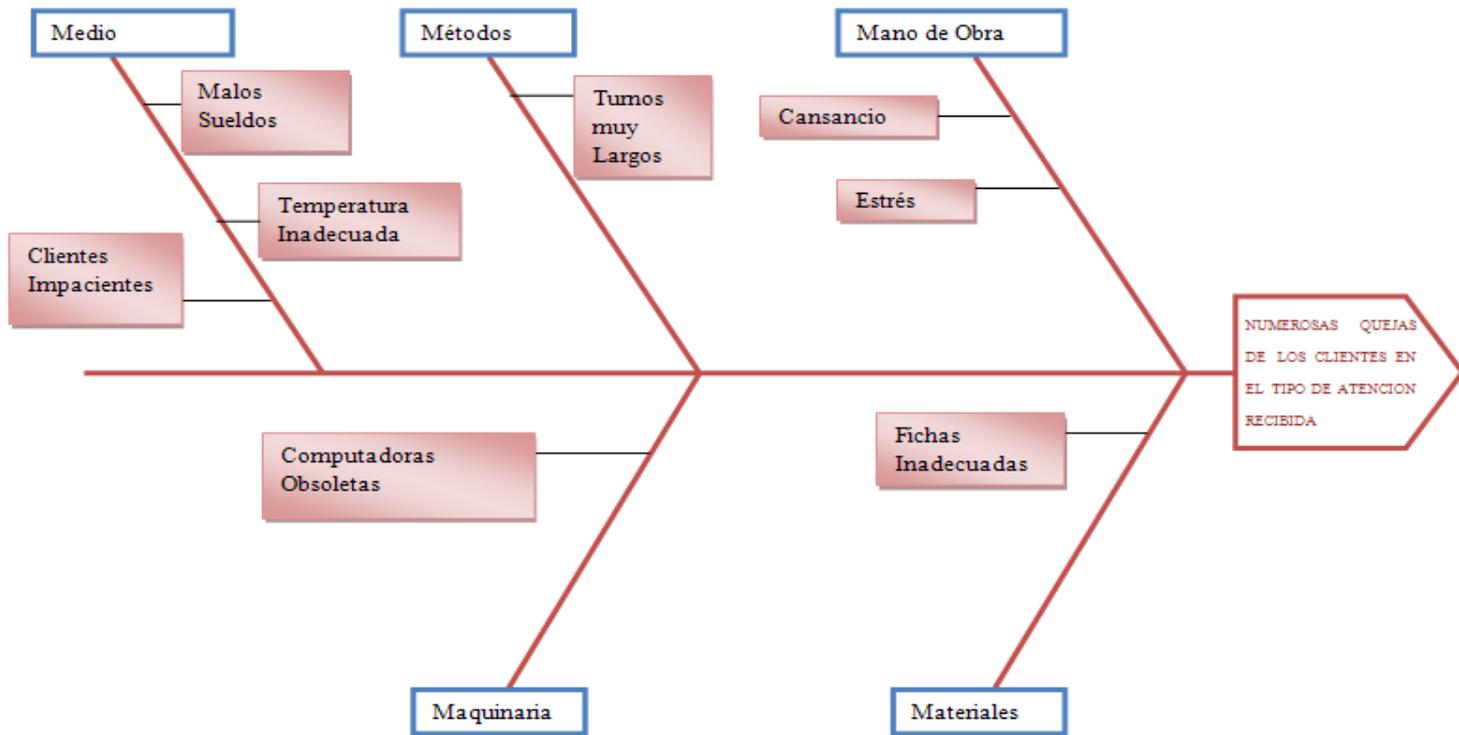
Añadir subcausas a las causas principales a lo largo de las líneas inclinadas.

Descender de nivel hasta llegar a las causas raíz (fuente original del problema).

Comprobar la validez lógica de la cadena causal.

Comprobación de integridad: ramas principales con, ostensiblemente, más o menos causas que las demás o con menor detalle.

Para efectos de ejemplarizar la herramienta, vamos a tomar el siguiente supuesto: El administrador de un hospital ha decidido analizar el problema de atención al cliente. Para eso ha tomado a un equipo del hospital para crear un diagrama causa efecto y utilizar todas las ideas que el equipo crea que esté afectando a este problema (causas). Después de concluir con las ideas el diagrama queda de la siguiente manera:



**Gráfico 3** Diagrama "Espina de pescado" ó Ishikawa

Como se puede observar el diagrama causa efecto nos ayuda a visualizar de mejor manera la causa que están afectando para que se genere el problema, en el diagrama anterior se utilizó las 5M's para analizar las posibles causas, cabe recalcar que el diagrama es un método que sirve para el mejoramiento continuo lo que significa que se puede seguir aumentando causas que se vayan presentando durante el tiempo de análisis para determinar el origen del problema, además cada causa puede tener su ramificación para posibles subcausas del problema.

### **2.3.3.2. Check list o lista de verificación**

Es una herramienta que se utiliza para recolectar datos del problema que se utiliza, se recopila información sobre indicadores causas de los problemas etc.

La hoja de verificación o check list, indica las veces que ha sucedido algo, por ejemplo la cantidad de clientes o pacientes atendidos en un Hospital, causas de solicitudes rechazadas, defectos en productos etc.

En la Lista de Verificación se pueden recoger informaciones de eventos que están sucediendo o aquellos que ya sucedieron. A pesar de que la finalidad de la Lista de verificación es el registro de datos y no su análisis, frecuentemente indica cuál es el problema que muestra esa ocurrencia.

En el formato de una lista de verificación se debe tomar en cuenta los siguientes puntos:

Fecha de recolección y hora

Departamento en donde se tomaron los datos

Este tipo de formato permitirá el análisis en esta tesis para registrar el tiempo en que se tarda un cliente ser atendido, causas por las cuales se presentaron problemas al momento de la atención, y la frecuencia en la que llegan los clientes a ser atendidos.

La lista de verificación permite observar, entre otros, los siguientes aspectos:

Número de veces que sucede un evento

Causa de atraso de entregas

Tiempo necesario para que alguna cosa suceda.

Errores en la prestación de servicios

Tiempos de trámite en cajeros u otros

Costo de una determinada operación, a lo largo de un cierto período de tiempo.

Frecuencia de llegada de clientes (físicamente o por teléfono)

Impacto de una actividad a lo largo de un período de tiempo.

#### **Pasos para la Realización de la Hoja de Verificación**

Determine exactamente la información a ser observada

Defina el período durante el cual los datos serán recolectados.

Construya un formulario simple y de fácil manejo para anotar los datos.

Establezca una metodología única de recolección de datos

Haga la recolección de datos, registrando la frecuencia de cada ítem que está siendo observado.

Suma la frecuencia de cada ítem y regístrela en la columna *Total*.

Utilice el diagrama causa efecto para la elaboración de la hoja de verificación (optativo)

Con el fin de ejemplarizar denotamos la siguiente situación: El administrador del hospital quiere verificar cuantas veces ocurre un problema o un defecto en la atención del paciente, por lo tanto hace uso de una lista de verificación basada en las causas analizadas en el diagrama causa efecto.

Problema: Reclamos sobre defectos que se presentan en la atención al cliente

Período: 1 turno y medio

PROCESO: Atención al cliente RESPONSABLE: Recepción PERIODO: 20/04/08 (8:00am) a 20/04/09 (8:00pm) TOTAL DE CLIENTES ATENDIDOS: 584		
Tipo de defecto	Frecuencia	Total
Cansancio	////////////////////////////////////	40
Mal genio	////////////////////////////////////	33
Demoras	////////	9
Desentendimiento	///	3
cliente	//	2
emergencias	//	2
Varios Clientes	//	2
Cambio de Turnos	/	1
otros		0

**Tabla 1** Lista de Verificación

La lista de verificación nos indica la frecuencia con que ocurren los defectos en un determinado tiempo, en este caso se analiza cuales son los defectos que más se repiten es un turno y medio, el cual permite tomar decisiones para remediarlas.

Com  
inclu  
respo  
nivel

### **2.3.3.3. ARBOL DE PROBLEMAS**

El árbol de problemas es un modelo explicativo y un esquema simplificado de la realidad, se elabora mediante aproximaciones sucesivas de causas y efectos, en torno a un problema. Este método requiere que el o los problemas se describan en forma clara y precisa, se requiere que se describa el problema principal que sería el tronco del árbol.

Es una de los métodos más aplicados en proyectos y programas, es un procedimiento flexible y sencillo su eficiencia y efectividad depende de los participantes, genera un consenso de opiniones en el proceso y se necesita que el problema sea realista.

El árbol de problemas es una ayuda importante para entender un problema y resolverlo. En él se expresan, en cadena, las condiciones negativas que afectan a los involucrados en el problema.

En el árbol de problemas se ordenan los problemas principales sobre el cual se concentrarán los objetivos del proyecto. Esta clarificación de la cadena de problemas permite mejorar el diseño del proyecto durante su ejecución y, una vez terminado el proyecto, se debe determinar si los problemas han sido resueltos como resultado del proyecto.

En el cuadro se presenta un ejemplo simplificado de árbol de problemas, donde se muestra la situación de un servicio de autobuses urbano y se identifican las relaciones de causa/efecto entre los problemas principales.

### Servicio de Autobuses Urbano Árbol de Problemas

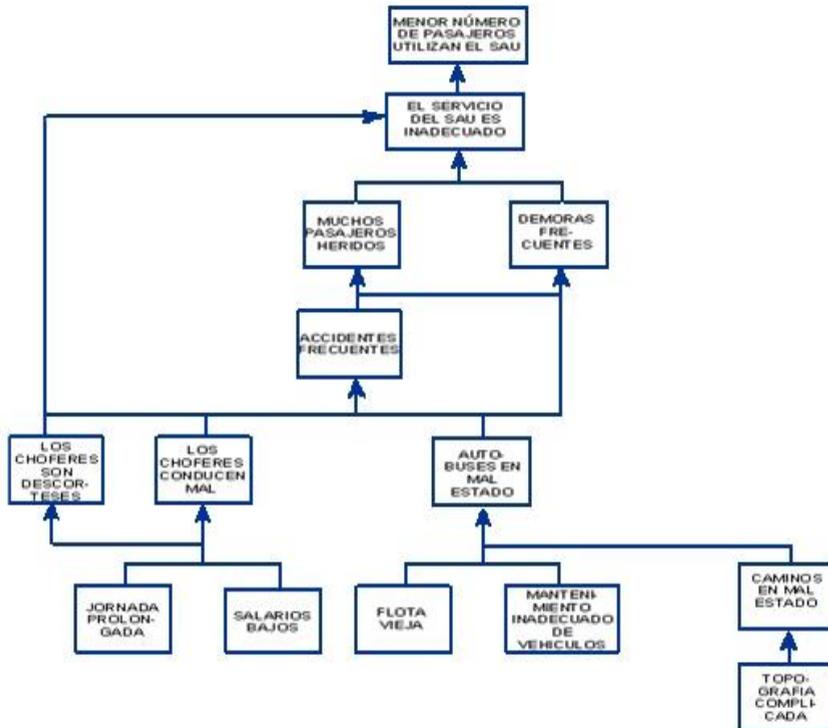


Gráfico 4 Árbol de problemas

#### Pasos para la Realización del árbol de problemas

Identificar los principales problemas con respecto a la situación en cuestión.

Formular en pocas palabras el problema central.

Anotar las causas del problema central.

Anotar los efectos provocados por el problema central.

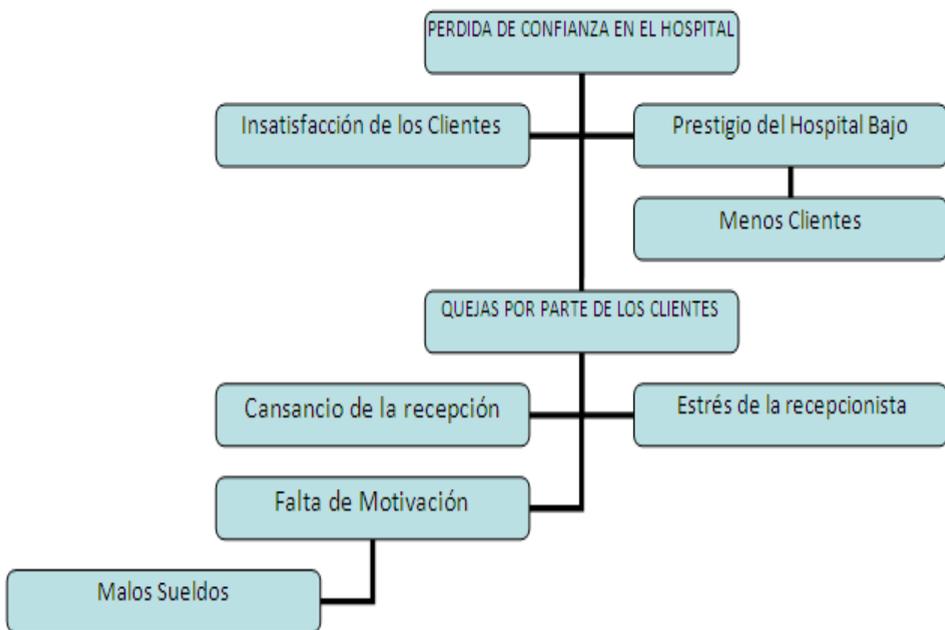
Elaborar un esquema que muestre las relaciones de causa y efecto en forma de un Árbol de Problemas.

Revisar el esquema completo y verificar su lógica e integridad.

Se debe formular el problema central de modo que sea lo suficientemente concreto para facilitar la búsqueda de soluciones, pero también lo suficientemente amplio que permita contar con una gama de alternativas de solución, en lugar de una solución única.

Uno de los errores más comunes en la especificación del problema consiste en expresarlo como la negación o falta de algo. En vez de ello, el problema debe plantearse de tal forma que permita encontrar diferentes posibilidades de solución.

Para denotar la ejemplificación asumimos la siguiente circunstancia: El administrador del hospital ha recibido ultimadamente muchas quejas de los clientes atendidos. El ha decidido realizar un árbol de problemas tomando en cuenta como problema principal la gran cantidad de quejas que registran los clientes. A continuación se detalla el problema principal sus causas y efectos.



**Gráfico 5** Diagrama causas-efectos

Como se puede analizar, el problema principal se encuentra en el medio y es el que viene a constituir como el tronco del árbol, las causas son las raíces (debajo del problema principal), y los efectos son las ramas del árbol. De esta manera se puede atacar con mayor facilidad el problema que está afectando a la empresa o institución, ya que se tiene una mayor idea para saber de dónde proviene el verdadero problema.

### 2.3.3.4. DIAGRAMA DE PARETO

Wilfredo Pareto fue un economista italiano que realizó un estudio sobre la riqueza y la pobreza. Descubrió que el 20% de las personas controlaba el 80% de la riqueza en Italia.

El Diagrama de Pareto es una técnica que separa los "pocos vitales" de los "muchos triviales". Una Gráfica Pareto es utilizada para separar gráficamente los aspectos significativos de un problema desde los triviales de manera que un equipo sepa dónde

dirigir sus esfuerzos para mejorar.

Esta técnica consiste en un gráfico de barras similar al histograma que se conjuga con una ojiva o curva de tipo creciente y que representa en forma decreciente el grado de importancia o peso que tienen los diferentes factores que afectan a un proceso, operación o resultado.

La utilización de esta técnica sirve para establecer en donde se debe concentrar los mayores esfuerzos en el análisis de causas de un problema, para ello es necesario contar con datos, muchos de los cuales se puede obtener de la hoja de inspección.

El beneficio del diagrama es que permite concentrarse en las causas que realmente están afectando al problema o bien concentrarse los esfuerzos.

Cuando se utilizan cantidades grandes cantidades de información se requiere del uso de computadoras y la representación grafica requiere una mayor precisión para una adecuada representación.

#### Aplicaciones de la herramienta

Su aplicabilidad en realidad es muy extensa, sin embargo se pueden citar como las principales a:

Al identificar un producto o servicio para el análisis para mejorar la calidad. Cuando existe la necesidad de llamar la atención a los problema o causas de una forma sistemática.

Al identificar oportunidades para mejorar

Al analizar las diferentes agrupaciones de datos (ej: por producto, por segmento, del mercado, área geográfica, etc.)

Al buscar las causas principales de los problemas y establecer la prioridad de las soluciones

Al evaluar los resultados de los cambios efectuados a un proceso (antes y después)

Cuando los datos puedan clasificarse en categorías

Cuando el rango de cada categoría es importante

Pareto es una herramienta de análisis de datos ampliamente utilizada y es por lo tanto útil en la determinación de la causa principal durante un esfuerzo de resolución de problemas. Este permite ver cuáles son los problemas más grandes, permitiéndoles a los grupos establecer prioridades. En casos típicos, los pocos (pasos, servicios, ítems, problemas, causas) son responsables por la mayor parte el impacto negativo sobre la calidad.

Si enfocamos nuestra atención en estos pocos vitales, podemos obtener la mayor ganancia potencial de nuestros esfuerzos por mejorar la calidad.

Un equipo puede utilizar la Gráfica de Pareto para varios propósitos durante un proyecto para lograr mejoras:

Para analizar las causas

Para estudiar los resultados

Para planear una mejora continua.

Las Gráficas de Pareto son especialmente valiosas como fotos de “antes y después” para demostrar qué progreso se ha logrado.

#### Pasos para la Realización del Diagrama de Pareto

Seleccionar categorías lógicas para el tópico de análisis identificado (incluir el periodo de tiempo).

Reunir datos. La utilización de un Check List puede ser de mucha ayuda en este paso.

Ordenar los datos de la mayor categoría a la menor

Totalizar los datos para todas las categorías

Calcular el porcentaje del total que cada categoría representa

Trazar los ejes horizontales (x) y verticales (y primario - y secundario)

Trazar la escala del eje vertical izquierdo para frecuencia (de 0 al total, según se calculó anteriormente)

De izquierda a derecha trazar las barras para cada categoría en orden descendente. Si existe una categoría “otros”, debe ser colocada al final, sin importar su valor. Es decir, que no debe tenerse en cuenta al momento de ordenar de mayor a menor la frecuencia de las categorías.

Trazar la escala del eje vertical derecho para el porcentaje acumulativo, comenzando por el 0 y hasta el 100%

Trazar el gráfico lineal para el porcentaje acumulado, comenzando en la parte superior de la barra de la primera categoría (la más alta)

Dar un título al gráfico, agregar las fechas de cuando los datos fueron reunidos y citar la fuente de los datos.

Analizar la gráfica para determinar los “pocos vitales”

Como hemos visto, un Diagrama de Pareto es un gráfico de barras que enumera las categorías en orden descendente de izquierda a derecha, el cual puede ser utilizado por un equipo para analizar causas, estudiar resultados y planear una mejora continua.

Dentro de las dificultades que se pueden presentar al tratar de interpretar el Diagrama de Pareto es que algunas veces los datos no indican una clara distinción entre las categorías. Esto puede verse en el gráfico cuando todas las barras son más o menos de la misma altura.

Otra dificultad es que se necesita más de la mitad de las categorías para sumar más del 60% del efecto de calidad, por lo que un buen análisis e interpretación depende en su gran mayoría de un buen análisis previo de las causas y posterior recogida de datos.

La ejemplificación de la herramienta viene dada por el siguiente escenario: El administrador de un hospital desea analizar cuáles son los defectos más frecuentes que aparecen al momento de ser atendido un cliente. Para esto, empezó por clasificar todos los defectos posibles en sus diversos tipos:



DEFECTO	DETALLE
Cansancio	El recepcionista se desconcentra
Mal genio	El recepcionista llega a un estado de estrés
Desentendimiento	El recepcionista no entiende lo que el cliente solicita
Cliente intratable	El cliente es impaciente
Emergencias	Situaciones de emergencia, perjudica la atención del cliente
Demoras	El recepcionista realiza otras tareas
Varios Clientes	Acumulación de clientes, servicio lento
Cambio de Turnos	El cliente espera a que el siguiente recepcionista llegue
Otros	Otros problemas imprevistos

**Tabla 2** Tabla de defectos

Posteriormente, revisa cada aplicación a medida que atiende al cliente registrando sus defectos de acuerdo con dichos tipos. Al finalizar la jornada, se obtuvo una tabla como esta:

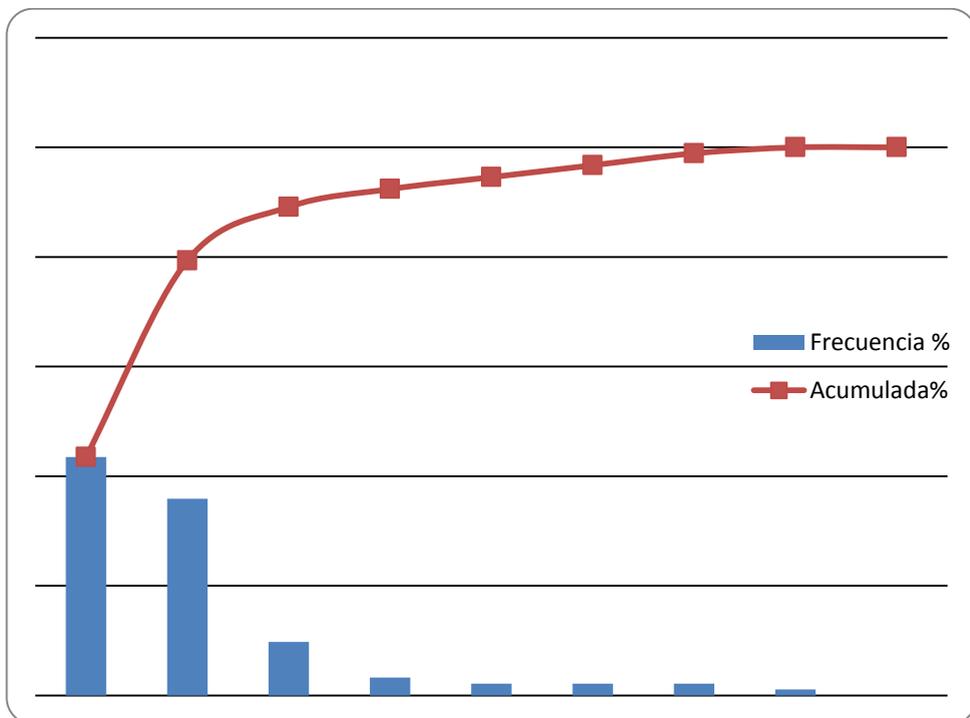
DEFECTO	DETALLE	FRECUENCIA	FREC. %	ACUMULADO%
Cansancio	El recepcionista se desconcentra	40	43,4782609	43,47826087
Mal genio	El recepcionista llega a un estado de estrés	33	35,8695652	79,34782609
Demoras	El recepcionista realiza otras tareas	9	9,7826087	89,13043478
Desentendimiento	El recepcionista no entiende lo que el cliente solicita	3	3,26086957	92,39130435
Cliente intratable	El cliente es impaciente	2	2,17391304	94,56521739
Emergencias	Situaciones de emergencia, perjudica la atención del cliente	2	2,17391304	96,73913043
Varios Clientes	Acumulación de clientes, servicio lento	2	2,17391304	98,91304348
Cambio de Turnos	El cliente espera a que el siguiente recepcionista llegue	1	1,08695652	100
Otros	Otros problemas imprevistos	0	0	100
TOTAL		92	100%	

**Tabla 3** Tabla de frecuencias

Una vez que se tiene los datos se ordena la tabla de mayor a menor número de clientes atendidos con defectos en la atención.

La tercera columna muestra el número de recepciones que presentaban cada tipo de defecto, es decir, la frecuencia con que se presenta cada defecto. En lugar de la frecuencia numérica podemos utilizar la frecuencia porcentual, es decir, el porcentaje de recepciones o clientes atendidos en cada tipo de defecto, lo cual se indica en la cuarta columna. En la última columna vamos acumulando los porcentajes

Podemos ahora representar los datos en un histograma como el siguiente:



**Tabla 4** Diagrama de Pareto

Ahora resulta evidente cuales son los tipos de defectos más frecuentes. Podemos observar que los 2 primeros tipos de defectos se presentan en el 79.34% de los clientes atendidos con defectos. Por el Principio de Pareto, concluimos que: La mayor parte de los defectos encontrados en el lote pertenece sólo a 2 tipos de defectos (los “pocos vitales”), de manera que si se eliminan las causas que los provocan desaparecería la mayor parte de los defectos.

### 2.3.4. Los procesos, tipos e importancia

Cuando hablamos de procesos, debemos hacer notar las múltiples conceptualizaciones que se pueden dar al término, por lo que se mencionan los siguientes:

#### **2.3.4.1. Conceptos de procesos**

“Es un conjunto de acciones interrelacionadas e interdependientes que conforman la función de administración e involucra diferentes actividades tendientes a la consecución de un fin a través del uso óptimo de recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.”<sup>6</sup>

“Es cualquier operación o secuencia de operaciones que involucren un cambio de energía, estado, composición, dimensión, u otras propiedades que pueden referirse a un dato.”<sup>7</sup>

Proceso en un sistema de Gestión de Calidad.

Un proceso puede ser definido como un conjunto de actividades enlazadas entre sí que, que parten de uno o más inputs (entradas), luego los transforma para generar un output o outputs (resultado).

Las actividades de cualquier empresa u organización pueden ser integrantes de un proceso determinado. De esta manera, cuando un consumidor entra en un comercio para efectuar una compra, cuando se solicita una línea telefónica, un certificado de votación, o el registro de una patente, se están activando procesos cuyos resultados deberán ir encaminados a satisfacer una demanda.

Desde este punto de vista, una organización cualquiera puede ser considerada como un sistema de procesos, más o menos relacionados entre sí, en los que buena parte de sus entradas serán generadas por proveedores internos, y cuyos resultados irán frecuentemente dirigidos hacia clientes también internos.

Esto hace que el ámbito y alcance de cada proceso no sea igual, por lo cual cada proceso debe de ser definido, para cada caso cuando es tratado de distintas estrategias de gestión de procesos.

Quiere esto decir que, a veces, no es tan evidente dónde se inicia y dónde finaliza un proceso, siendo necesario establecer una delimitación a efectos operativos, de dirección y control del proceso.

Un proceso puede ser realizado por una sola persona, o dentro de un mismo departamento. Un proceso puede ser realizado por una persona o por un conjunto de personas en un departamento. Sin embargo los más difíciles fluyen en la organización a través de diferentes áreas funcionales y departamentos, que se relacionan en mayor o menor medida.

El hecho de que en un proceso intervengan distintos departamentos entorpece su

---

6 Tomado de <http://www.nafin.com/portalfn/content/capacitacion-empresarial/lecturas-ventas-al-gobierno/glosario-ventas.html>

7 [www.hannachile.com/noticias-articulos-y-consejos/articulos/195-diccionario-conceptos-instrumentacion-procesos](http://www.hannachile.com/noticias-articulos-y-consejos/articulos/195-diccionario-conceptos-instrumentacion-procesos)

control y gestión, diluyendo la responsabilidad que esos departamentos tienen sobre el mismo.

En una palabra, cada área se responsabilizará del conjunto de actividades que desarrolla, pero la responsabilidad y compromiso con la totalidad del proceso no va a ser tomada por nadie en concreto.

Evidentemente, la organización funcional no va a ser eliminada. Una organización posee como característica básica la división y especialización del trabajo, así como la coordinación de sus diferentes actividades, pero una visión de la misma centrada en sus procesos permite el mejor desenvolvimiento de los mismos, así como la posibilidad de centrarse en los receptores de las salidas de dichos procesos. Por ello, tal vez la gestión por procesos es un elemento clave en la Gestión de la Calidad.

#### **2.3.4.2. Tipos de procesos**

Los procesos pueden ser clasificados de la manera más habitual de la siguiente manera:

Estratégicos

Claves

Apoyo

#### **2.3.4.3. Procesos estratégicos**

Los procesos estratégicos son aquellos procesos mediante los cuales la empresa desarrolla sus estrategias y define los objetivos.

Por ejemplo, el proceso de planificación presupuestaria, proceso de diseño de producto y/o servicio, etc.

#### **2.3.4.4. Procesos claves**

Los procesos clave son también conocidos como operativos y son propios de la actividad de la empresa.

Por ejemplo, el proceso de aprovisionamiento, el proceso de producción, el proceso de prestación del servicio, el proceso de comercialización, etc.

#### **2.3.4.5. Procesos de apoyo**

Los procesos de apoyo o de soporte son los que proporcionan los medios (recursos) y el apoyo necesario para que los procesos clave se puedan llevar a cabo. Tales como proceso de formación, proceso informático, proceso de logística, etc.

Podemos distinguir entre procesos clave y procesos críticos. En general, los procesos clave atienden a la definición expuesta anteriormente. Están principalmente orientados

hacia la satisfacción del cliente y en ellos se emplean una gran cantidad de los recursos disponibles por la empresa.

Por otro lado, un proceso es crítico cuando en gran medida la consecución de los objetivos y los niveles de calidad de la empresa dependen de su desarrollo.

#### **2.3.4.6. Importancia de los procesos**

En las actuales condiciones del mercado es evidente que los gerentes y dueños de empresas no pueden empezar a descubrir nuevos puntos de mejora en sus organizaciones, así como algunos puntos olvidados que pueden ser muy favorables, exprimiendo todas las ventajas y dando el máximo de resultados. Es el caso de la vigilancia y mejora de los procesos.

Las grandes empresas hace mucho tiempo que vienen vigilando los procesos como forma de tardar menos, hacer más y además ser más baratos. Para pequeñas empresas esto es más fácil de vigilar y en cierta medida también puede ayudar a la actividad empresarial y a la rebaja de los costes de transacción y funcionamiento.

Un punto clave que tampoco debemos olvidar además es que sí deseamos que la empresa crezca de forma realista, constante y de forma controlada es que debemos conocer bien los procesos que realizamos. Nos puede ayudar a resolver problemas graves, ya que conoceremos las preguntas básicas del qué hacemos, cómo lo hacemos y cuánto tardamos de forma muy realista.

En definitiva el conocimiento y mejora de los procesos de la empresa puede ser muy importante no sólo para la correcta gestión y aprovechamiento sino para tener una seguridad real de cómo puede ayudarnos a crecer y a tener controlada nuestra capacidad empresarial.

Por tanto, es necesario, que la gerencia este totalmente identificada con la relevancia, alcance, que genera el contar con buenos procesos, apoyarse en una gestión de la calidad que conlleve a obtener resultados favorables en lo concerniente a los procesos de gestión de la calidad.

A todo ello se agrega, la importancia de saber definir, configurar los procesos, debido a que constituyen aquellos rasgos y expresiones dinámicas del objeto, que al relacionarse e interactuar dialécticamente con otros de la misma naturaleza, se integran formando un todo que va adquiriendo niveles cualitativamente superiores de organización.

Se debe estar plenamente identificado con lo que representa las dimensiones del proceso, que como se señala, son aquellas expresiones de la totalidad que dan cuenta del movimiento, de la transformación del proceso y que conllevan a una nueva cualidad de carácter trascendente con la cual se identifica, y que es el resultado de dicho movimiento.

### **2.4. El mejoramiento continuo en los procesos**

Son tres fases las necesarias para comprender y poder mejorar continuamente los

procesos:



**Gráfico 6** *Proceso de mejora continua*

### **2.4.1. Evaluar**

Al evaluar un proceso, se puede seguir el siguiente esquema:

Definir la Misión del proceso de tal forma que permita la comprensión del valor añadido del mismo respecto de su contribución a la Misión general de la organización. Asignar un propietario de proceso que lidere la mejora continua de la eficacia y la eficiencia.

Consensuar requerimientos cliente – proveedor como primer paso para la mejora de calidad.

Definir indicadores sólidos y consistentes que permitan la toma de decisiones acertadas respecto de la mejora de la calidad. Es necesario estar seguro de que los datos en todo momento, reflejan la situación actual, la tendencia y son coherentes con los requerimientos cliente – proveedor existentes.

A partir de la comprensión de la misión, los requerimientos de los clientes y los resultados de los indicadores, evaluar el proceso identificando las ayudas y barreras existentes en el entorno y los puntos fuertes y áreas de oportunidad del proceso en sí. El resultado de la evaluación nos permitirá detectar las áreas de mejora a contemplar.

### **2.4.2. Analizar**

Analizar las áreas de mejora, utilizando herramientas de mejora de la calidad tales como: Proceso de Mejora de Calidad, Análisis de causas raíz y Simplificación de procesos.

Determinar los beneficios que la aplicación de la metodología del Benchmarking puede aportar, en cuanto a la obtención de prácticas adecuadas para obtener las mejoras de rendimiento necesarias.

Identificar las acciones adecuadas para garantizar la mejora del rendimiento.

### **2.4.3. Mejorar**

Convertir las acciones en planes detallados de mejora

Llevar a cabo los planes de mejora

Comparar los resultados de los indicadores con los resultados previos, comprobando de esta forma si las acciones dan la mejora esperada.

Verificar la satisfacción del cliente

Iniciar un nuevo ciclo de gestión, volviendo a la fase de evaluación.

### **2.4.4. Identificación de procesos críticos**

Debido a que los recursos son esencialmente limitados, priorizar la mejora continua es absolutamente recomendable, para ello en primer lugar es necesario identificar cuáles son los Factores Críticos de Éxito de la organización.

Un Factor Crítico de Éxito es un elemento en el cual se tiene que ser especialmente excelente debido a que el mismo puede determinar el éxito o el fracaso de la organización.

Los Factores Críticos de Éxito, deben de satisfacer la condición de “necesario y suficiente” asegurando que cada uno de ellos es necesario para la Misión de la organización y que la suma de todos es suficiente para alcanzarla.

Una vez determinados cuales son los Factores Críticos de Éxito, podremos identificar cuáles son los procesos de la organización que tienen impacto directo en los mismos, siendo estos procesos los Procesos Críticos. Identificar los Procesos Críticos es la base para poder administrar los esfuerzos de mejora continua de la organización.

## **2.5. Ciclo pdca – plan, do, check, act**

El ciclo PDCA, también conocido como "Círculo de Deming", es una estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos, basada en un concepto ideado por Walter A. Shewhart. También se denomina espiral de mejora continua.

Las siglas PDCA son el acrónimo de Plan, Do, Check, Act (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar).

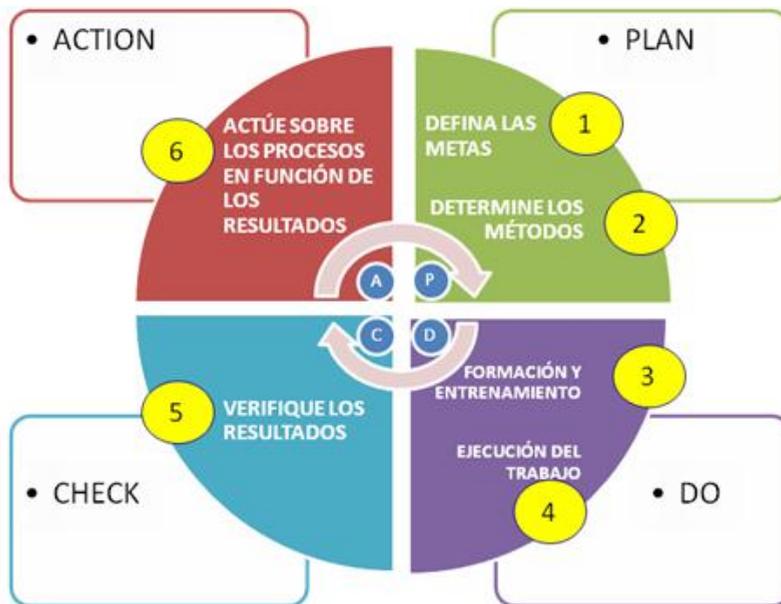


Gráfico 7 Ciclo PDCA

### 2.5.1. Planificar

Primero se debe analizar y estudiar el proceso decidiendo que cambios pueden mejorarlo y en qué forma se llevarán a cabo. Para lograrlo es conveniente trabajar en un subciclo de 5 pasos sucesivos que son:

1. Definir el objetivo: Se deben fijar y clarificar los límites del proyecto: ¿Qué vamos a hacer? ¿Por qué lo vamos a hacer? ¿Qué queremos lograr? ¿Hasta dónde queremos llegar? Luego
2. Recopilar los datos: Se debe investigar: ¿Cuáles son los síntomas? ¿Quiénes están involucrados en el asunto? ¿Qué datos son necesarios? ¿Cómo los obtenemos? ¿Dónde los buscamos? ¿Qué vamos a medir y con qué? ¿A quién vamos a consultar?
3. Elaborar el diagnóstico: Se deben ordenar y analizar los datos: ¿Qué pasa y por qué pasa? ¿Cuáles son los efectos y cuáles son las causas que los provocan? ¿Dónde se originan y por qué? Ahora estamos en condiciones de elegir un Plan de Acción.
4. Elaborar pronósticos: Se deben predecir resultados frente a posibles acciones o tratamientos: ¿Sabemos qué efectos provocarán determinados cambios? ¿Debemos hacer pruebas previas? ¿Debemos consultar a especialistas? ¿Es necesario definir las situaciones especiales? Frente a varias opciones adoptaremos la que consideremos mejor.
5. Planificar los cambios: Se deben decidir, explicitar y planificar las acciones y los cambios a instrumentar: ¿Qué se hará? ¿Dónde se hará? ¿Quiénes lo harán? ¿Cuándo lo harán? ¿Con qué lo harán? ¿Cuánto costará?

### **2.5.2. Hacer**

A continuación se debe efectuar el cambio y/o las pruebas proyectadas según la decisión que se haya tomado y la planificación que se ha realizado. Esto es preferible hacerlo primero en pequeña escala siempre que se pueda (para revisar resultados y poder establecer ajustes en modelos, para luego llevarlos a las situaciones reales de trabajo con una mayor confianza en el resultado final).

### **2.5.3. Verificar**

Una vez realizada la acción e instaurado el cambio, se debe verificar. Ello significa observar y medir los efectos producidos por el cambio realizado al proceso, sin olvidar de comparar las metas proyectadas con los resultados obtenidos chequeando si se ha logrado el objetivo del previsto.

### **2.5.4. Actuar**

Para terminar el ciclo se deben estudiar los resultados desde la óptica del rédito que nos deja el trabajo en nuestro "saber hacer" (know-how): ¿Qué aprendimos? ¿Dónde más podemos aplicarlo? ¿Cómo lo aplicaremos a gran escala? ¿De qué manera puede ser estandarizado? ¿Cómo mantendremos la mejora lograda? ¿Cómo lo extendemos a otros casos o áreas?

## **2.6. Gestión de calidad total - TQM**

El objetivo perseguido por la Gestión de Calidad Total es lograr un proceso de mejora continua de la calidad por un mejor conocimiento y control de todo el sistema o de toda la cadena da valor de una empresa de forma que el producto recibido por los consumidores este constantemente en correctas condiciones para su uso, además de mejorar todos los procesos internos de forma tal de producir bienes sin defectos a la primera, implicando la eliminación de desperdicios para reducir los costos, mejorar todos los procesos y procedimientos internos, la atención a clientes y proveedores, los tiempos de entrega y los servicios.

La Gestión de Calidad involucra a todos los sectores, es tan importante producir el artículo que los consumidores desean, y producirlos sin fallas y al menor costo, como entregarlos en tiempo y forma, atender correctamente a los clientes, facturar sin errores, y no producir contaminación. Así como es importante la calidad de los insumos y para ello se persigue reducir el número de proveedores a los efectos de asegurar la calidad, la entrega justo a tiempo y la cantidad solicitada; así también es importante la calidad de la mano de obra. Esta calidad de la mano de obra al igual que la calidad de los insumos o materiales incide tanto en la calidad de los productos, como en los costos y niveles de productividad.

Todo lo que contribuye a realzar la calidad incide positivamente en la productividad de la empresa. En el momento en que se mejora la calidad, disminuye el costo de la

garantía al cliente, al igual que los gastos de revisión y mantenimiento.  
Existen dos factores que tienden a reducir costes con el control de calidad:

La parte de la producción que antes se desechaba es vendible.  
La producción puede aumentarse utilizando el mismo equipo.

Calidad Total es reunir los requisitos convenidos con el cliente y superarlos, ahora y en el futuro, se debe partir por ser exactos con los requisitos o especificaciones. Con esta concepción de Calidad Total se supera la imprecisión del pasado, no solo tiende a ser exacta sino además medible. Otro cambio que se obtiene como resultado de esta concepción es la palabra Cliente. Los clientes ya no son sólo los Usuarios últimos de los bienes y servicios que vendemos, ahora el termino se amplía para incluir la idea de Cliente Interno, las personas de la organización a quienes pasamos nuestro trabajo. Calidad Total conviene comenzar diciendo que el objetivo de toda organización, grupo de trabajo, área o puesto de trabajo o inclusive el individuo, es generar un producto o servicio que va a recibir otra organización, otra área u otro individuo, a quien denominamos, también llamado Usuario o Consumidor.

### **2.6.1. Indicadores de productividad**

Los índices de productividad elegidos dependerán de los factores de producción más importantes en el proceso. Uno de los objetivos de un buen administrador es llevar el control de la productividad del proceso, de manera que se detecten las fuentes de improductividad que, normalmente, son generadas por el desperdicio de recursos o una organización que no es la óptima. Para cumplir con este objetivo, es muy importante llegar al detalle de las actividades del proceso productivo, ya que un índice de productividad total no permite conocer con exactitud cuál es la fuente de improductividad, en caso de haberla.

Un índice de productividad puede utilizarse para comparar el nivel de eficiencia de la empresa, ya sea en su conjunto, o respecto de la administración de uno o varios recursos en particular. De acuerdo con estos objetivos, puede haber índices de productividad total, o índices de productividad parcial. Un índice de productividad total es el cociente entre la producción y el consumo total de todos los factores.

En términos generales, un índice de productividad es el cociente entre la producción de un proceso y el gasto o consumo de dicho proceso.

Índice productivo = producción / consumo

Índice productivo = output / input

La identificación de las operaciones del proceso productivo se lo hace, a menudo, construyendo un diagrama de flujo del proceso. Un diagrama de flujo del proceso es un diagrama de la secuencia de operaciones que son llevadas a cabo para producir el producto o servicio de una empresa.

Una vez identificado el diagrama de flujo de nuestro proceso productivo, podemos

decidir cuáles son los índices de productividad que nos interesa calcular, para lo cual podemos considerar los factores de producción más importantes. Los factores más importantes caen en alguna de las siguientes categorías: materia prima, mano de obra, depreciación y gastos generales. Con esta información, podemos construir una tabla de los consumos, para el periodo de producción más adecuado

### **2.6.2. Utilidad de los indicadores de productividad**

Los índices de productividad se pueden usar para comparar la productividad de un negocio con la de los competidores, esto es, para saber si en la empresa se hace una buena administración de los recursos con respecto a la competencia.

Los índices de productividad permiten al administrador controlar el desempeño de la empresa, en particular, para detectar algún cambio en la productividad de la empresa.

Los índices de productividad pueden usarse para comparar los beneficios relativos que pueden obtenerse con algún cambio en la utilización de los factores de producción, por ejemplo, la compra de un nuevo equipo, o la utilización de materia prima diferente.

Los índices de productividad pueden usarse para propósitos administrativos internos como, por ejemplo, la negociación con el personal.

# CAPÍTULO III

## DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

### 3.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EXTERNA

Para emprender en un proceso de mejora continua, es necesario conocer en dónde nos encontramos, cual es nuestra situación actual desde el punto de vista externo al hospital, como al interior de la organización. Para llegar a establecer esta realidad, podemos emplear algunos métodos. En el aspecto externo, lo examinamos desde el entorno próximo y desde el entorno remoto; en ambos casos analizamos algunos factores que inciden en la organización, convirtiéndose en oportunidades o amenazas.

#### 3.1.1 El entorno próximo

Como entorno próximo se consideran a los factores externos que rodean la organización, sobre los cuales de alguna manera sí se puede influir. Estos factores son: Proveedores, Clientes, Competencia

Proveedores:

Definición

Un proveedor puede ser una persona o una empresa que abastece a otras empresas con existencias (artículos), los cuales serán transformados para venderlos posteriormente o directamente se compran para su venta.

Estas existencias adquiridas están dirigidas directamente a la actividad o negocio principal de la empresa que compra esos elementos. Por ejemplo, una empresa de carpintería necesita un proveedor de madera para poder desarrollar su actividad principal que es la creación de sillas de madera.

En el caso del hospital y de su servicio de consulta externa, los proveedores constituyen aquellas empresas que proveen de los productos necesarios que permiten brindar el servicio de salud, productos como: equipo médico, insumos, lencería. Dentro de los procesos internos del hospital, también existen proveedores que permiten brindar los servicios de consulta externa, tales como el departamento de Estadística, que nos facilita algunos datos de los pacientes, los departamentos o servicios de laboratorio, rayos x, que nos facilitan los exámenes y sus resultados para que los médicos puedan diagnosticar y prescribir.

Los proveedores del hospital actualmente ya no son escogidos “a dedo” o a través de cotizaciones. De acuerdo a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación

Pública, las adquisiciones que efectúe el hospital tienen que realizarse mediante el INCOP, Instituto Nacional de Compras Públicas, a través del portal de compras [www.compraspublicas.gov.ec](http://www.compraspublicas.gov.ec) de tal manera que los proveedores pueden estar ubicados en cualquier parte del país; no obstante que, para el caso de medicamentos existe la exoneración de regirse a ciertos procedimientos establecidos en esta ley, según su artículo 2.

Pero en una entidad de servicios y pública como el hospital, en qué influyen los proveedores; aparentemente en nada, pero son muy importantes por cuanto de la calidad de los insumos, materiales, medicinas, resultados de los análisis, depende un buen servicio de salud. No podemos siquiera imaginarnos que sucedería si se adquieren medicinas en mal estado o los resultados de los laboratorios son equivocados. Nuestros clientes, así denominados a las personas que acuden al hospital y al servicio de consulta externa por una necesidad de salud, valoran mucho la calidad de insumos, equipos, medicamentos que recibe en su atención.

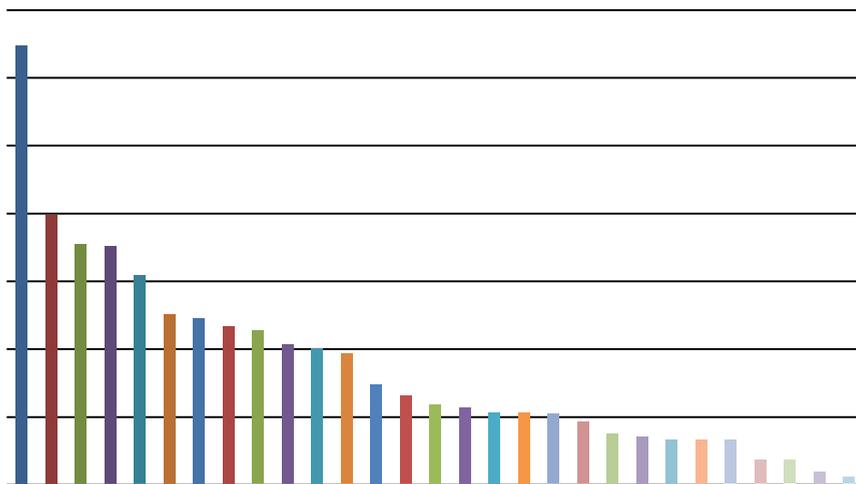
## Cientes

Anteriormente ya definimos lo que es cliente y lo separamos en interno y externo. Para el caso del servicio de consulta externa y para el hospital, es muy importante identificar y conocer a nuestros clientes. Según información archivada en el departamento de Sistemas del hospital, los usuarios en el primer semestre del 2010 estuvieron identificados de la siguiente manera:

<b>HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO</b>		
<b>CUADRO DE PACIENTES ATENDIDOS</b>		
<b>ENERO - JUNIO DEL 2010</b>		
<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>NRO. PACIENTES</b>	<b>PONDERADO</b>
PEDIATRIA	8605	12,96%
GINECOLOGIA	5294	7,97%
ONCOLOGIA	4724	7,11%
OFTALMOLOGIA	4671	7,03%
TRAUMATOLOGIA	4102	6,18%
DERMATOLOGIA	3343	5,03%
CARDIOLOGÍA	3268	4,92%
UROLOGÍA	3110	4,68%
ODONTOLOGIA	3019	4,55%
OTORRINOLARINGOLOGIA	2747	4,14%
ENDOCRINOLOGIA	2679	4,03%
REHABILITACION	2572	3,87%
NEUROLOGIA	1972	2,97%
NEUROLOGIA PEDIATRICA	1748	2,63%
OBSTETRICIA	1571	2,37%
NEUMOLOGIA	1525	2,30%
GINECOLOGIA-OBSTETRICIA	1420	2,14%
NEUROCIRUGIA	1412	2,13%
REUMATOLOGIA	1388	2,09%
ALERGOLOGIA	1230	1,85%
GASTROENTEROLOGIA	1012	1,52%
INFECTOLOGIA	949	1,43%
PLANIFICACION FAMILIAR	894	1,35%
NUTRIOLOGA	891	1,34%
PSIQUIATRIA	881	1,33%
NEFROLOGIA	490	0,74%
PSICOLOGO CLINICO	486	0,73%
SENOLOGIA Y PATOLOGIA DE MAMA	262	0,39%
NUTRICION	153	0,23%
TOTAL	66418	100,00%

**Tabla 5** *Tabla de atención al público primer semestre del 2010*

**HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO  
CUADRO DE PACIENTES ATENDIDOS ENERO - JUNIO DEL  
2010**



**Gráfico 8** *Pacientes atendido primer semestre 2010*

Como observamos en el cuadro anterior, el mayor número de pacientes se concentró en el servicio de pediatría y el 41% utilizó los cinco primeros servicios que se mencionan.

#### La competencia

Se entiende por competencia a las personas u organizaciones que ofrecen productos o bienes similares o sustitutos. En nuestro caso son todas las entidades públicas y privadas que ofrecen los servicios de salud mediante la consulta externa. En la ciudad de Cuenca encontramos las siguientes organizaciones además del Hospital Vicente Corral Moscoso:

NOMBRES DE CLÍNICAS Y HOSPITALES	
1	HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "JOSE CARRASCO ARTEAGA"
2	HOSPITAL DEL SOLCA
3	HOSPITAL MILITAR
4	HOSPITAL MATERNO PATAMARCA DE LA I. MUNICIPALIDAD
5	HOSPITAL UNIVERSITARIO CATOLICO
6	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL RIO
7	HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES
8	HOSPITAL LATINOAMERICANO
9	HOSPITAL MONTE SINAI
10	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
11	HOSPITAL SANTA INES
12	CLINICA DEL AUSTRO
13	CLINICA BOLIVAR
14	CLINICA CISNEROS
15	CLINICA ESPAÑA
16	CLINICA DE ESPECIALIDADES INTERNACIONAL
17	CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICA DEL SUR
18	CLINICA DE ESPECIALIDADES LOS ANDES
19	CLINICA HUMANITARIA FUNDACION "PABLO JARAMILLO"
20	CLINICA LOS JARDINES
21	CLINICA FUNDAMOR "JUAN PABLO II"
22	CLINICA GUADALUPE
23	CLINICA LA GLORIA
24	CLINICA LUZ Y VIDA
25	CLINICA LA PAZ
26	CLINICA "AUXILIO PRAXXEL"
27	CLINICA Y MATERNIDAD " ALBAN VALAREZO"
28	CLINICA METROPOLITANA
29	CLINICA NACER
30	CLINICA PAUCARBAMBA
31	CLINICA " SAN JOSE"
32	CLINICA "SANTA ANA"
33	CLINICA "SANTA CECILIA"
34	CLINICA SAN FRANCISCO DE ASIS
35	CLINICA SANTA FE
36	CLINICA TOMBAMBA
37	CONSULTORIA MEDICA POPULAR "CIMSI"
38	EMERGENCIAS MEDICAS "USEM"
39	CLINICA DE UROLOGIA "UROCLINIC"
40	CLINICA VEGA

**Tabla 6** Competencia en servicios de salud del HVCM

Todas las organizaciones detalladas brindan los servicios de salud, no obstante en el caso del Hospital Vicente Corral Moscoso, lo realiza de manera gratuita, lo que hace que esté dirigido al segmento económico de bajos recursos; en este sentido, podrían considerarse como “competencia” a:

Hospital Materno de Patamarca  
Hospital San Martín de Porres  
Hospital San Juan de Dios  
Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo  
Clínica Fundamor “Juan Pablo II”

En realidad son entidades que brindan servicios de salud a bajos costos y están dirigidos a la atención de personas de escasos recursos económicos; sin embargo, no podrían considerarse como competencia, entendida como tal en las actividades empresariales privadas, no obstante pueden ser un referente en cuanto a la calidad de atención al público, sin dejar de lado que en este sentido el Hospital Vicente Corral Moscoso deberá hacer su benchmarking con las instituciones consideradas líderes en nuestra ciudad, como Monte Sinaí, Hospital Santa Ana y Hospital Santa Inés.

Lamentablemente no se disponen de datos sobre la cantidad de pacientes que se atienden en cada una de los centros de salud indicados y sus administradores son muy reacios a proporcionarlos, lo que impide conocer como se distribuyen los usuarios.

### **3.1.2 El entorno remoto**

Está constituido por los factores externos a nuestra organización sobre los cuales no se puede influir. Los más importantes son:

Económicos:

Este factor comprende para el caso del Hospital el presupuesto con el que cuenta. En el 2009 y 2010 el Presupuesto General del Estado asignó para el área social y en particular para el sector salud lo siguiente:

PRESUPUESTO GENERAL DEL ESTADO		
EJECUCIÓN FINANCIERA ANUAL SECTORIAL		
(US. DOLARES)		
Ejercicio	2009	2010
Área Social		
Descripción Sectorial	Codificado Anual	Codificado Anual
SECTORIAL BIENESTAR SOCIAL	862.818.084,61	1.109.202.834,96
SECTORIAL DESARROLLO URBANO Y VIVIENDA	290.418.673,10	289.661.226,66
SECTORIAL EDUCACIÓN	2.149.396.042,93	2.307.459.021,15
SECTORIAL SALUD	983.431.488,96	1.316.501.229,80
SECTORIAL TRABAJO	37.101.893,73	45.968.030,41
TOTAL	4.323.166.183,33	5.068.792.342,98

**Tabla 7** Presupuesto asignado al HVCM

Las asignaciones para el sector salud, representaron el 4,44% y 5,31% del Presupuesto General del Estado, que en esos años fueron de 22.155.914.502,16 USD y 24.796.575.028,28 USD respectivamente.

El presupuesto del Hospital Vicente Corral Moscoso para el 2010 ascendió a 13 149 982,04 USD.

Políticos:

El factor político es uno de los más importantes en el sector público y está ligado a otros factores como el económico, legal, social, pues de la tendencia política del gobierno de turno emanan disposiciones, objetivos, programas, según su perspectiva.

En el año 2010 políticamente estamos bajo el régimen denominado de la “Revolución Ciudadana” en el cual una de las decisiones más importantes en materia de salud ha sido el otorgar el servicio de manera gratuita, de esta forma el servicio de consulta externa no tiene costo lo que ha influido a que exista mayor demanda de usuarios.

El factor político actual podemos considerarlo como una oportunidad, pues el gobierno ha dado énfasis en el área social, así se establece en la Constitución de la República vigente, en varios de sus artículos, como los siguientes:

*“...Art.3. 1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes...”*

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

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

“...Art. 286.- Las finanzas públicas, en todos los niveles de gobierno, se conducirán de forma sostenible, responsable y transparente y procurarán la estabilidad económica. Los egresos permanentes se financiarán con ingresos permanentes.- Los egresos permanentes para salud, educación y justicia serán prioritarios y, de manera excepcional, podrán ser financiados con ingresos no permanentes...”

“...Art. 362.- Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios...”.

### 3.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INTERNA

El análisis interno podemos enfocarlo analizando los siguientes factores:



Gráfico 9 Análisis de la situación interna

Planificación Operacional:

Los planes operativos son aquellos que se formulan a corto plazo, es decir son menores a un año e incluyen objetivos y metas a cumplir en ese período. La planificación operacional tiene que estar en relación con el plan de gobierno, sus objetivos, metas, estrategias deben estar en línea con las directrices planteadas desde el gobierno. Hasta antes de la vigencia la actual Constitución de la República, las diferentes instituciones del Estado caminaban cada quien como mejor le parecía, actualmente por mandato constitucional existe un organismo que coordina, dirige y centraliza la planificación del estado y sus instituciones, nos referimos a la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES entidad que revisa y aprueba los planes estratégicos y operativos de las entidades del gobierno central. En el caso del Hospital Vicente Corral Moscoso, se elaboró el plan estratégico 2009-2013; en el cual, entre otros, se planteó el siguiente objetivo:

*“...Mejorar la calidad de las prestaciones de salud, contingencias de enfermedad, maternidad y riesgo de trabajo...”*

Con el desarrollo de nuestro trabajo en la presente tesis, estaremos contribuyendo al logro de este objetivo, para el cual la institución se planteó como meta el 90% para el 2010 y el siguiente indicador: *“...% de personas satisfechas por los servicios recibidos...”*

#### Organización Administrativa:

La organización del hospital se encuentra definida en el organigrama que se presenta en el capítulo I. Para el caso del servicio de consulta externa, éste se encuentra bajo la dependencia directa del Subdirector y está conformada por las dependencias o llamémosles consultorios que de acuerdo a las especialidades igualmente se detallaron al inicio del presente capítulo.

#### Administración de Personal:

El hospital cuenta con un departamento de Talento Humano y la administración de personal está sujeta a las disposiciones contenidas en la actual Ley del Servicio Público y a las emanadas por el Ministerio de Relaciones Laborales y específicamente por la SENRES. En el año 2009, se contaba con el siguiente personal:

<b>TALENTOS HUMANOS DISPONIBLES AÑO 2009 HVCM</b>	
TOTAL EMPLEADOS	246
TOTAL TRABAJADORES	382
PERSONAL CONTRATADO	98
TOTAL TALENTOS HUMANOS	726

**Tabla 8** *Distributivo de empleados y trabajadores*

Administración de Bienes y Servicios:

El sistema de administración de bienes está sujeto a disposiciones legales que rigen para el sector público, como la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, para el caso de las adquisiciones y el Reglamento General de Bienes del Sector Público, para la utilización y custodia.

Administración Financiera:

Para la administración financiera la entidad cuenta con el departamento financiero integrado por: Contabilidad, Pagaduría, Presupuesto. Utiliza el eSIGEF como herramienta de gestión financiera, que consiste en un sistema informático de aplicación obligatoria en las entidades del gobierno central.

### **3.2.1 La matriz insumo-proceso-producto**

Es una matriz que se utiliza para resumir e identificar con claridad los resultados del análisis interno de la entidad. En el presente caso, la matriz resultante para el área de consulta externa es la siguiente:

PROVEEDOR	INSUMOS	PROCESO	PRODUCTO	CLIENTE
Población de Azuay, Cañar, Morona Santiago, El Oro. Universidades del Azuay y del Ecuador. Varios proveedores de equipos e insumos médicos.	Pacientes Médicos Enfermeras Personal administrativo y de servicios Infraestructura física Equipos e insumos médicos	El proceso del servicio de consulta externa se describe en el flujograma que se presenta más adelante	Usuario satisfecho por el servicio recibido	Ciudadanía en general

**Tabla 9** *Matriz Insumo-proceso-producto*

### 3.2.2 Aplicación de la matriz FODA

La matriz FODA, Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas, es una herramienta que utilizan los administradores de una organización, para analizar su situación interna y externa con el objeto de adoptar estrategias que permitan aprovechar sus fortalezas y oportunidades y disminuir, eliminar o superar sus debilidades y amenazas.

Para el caso del hospital y del servicio de consulta externa, el análisis FODA resultante de reuniones y entrevistas con los administradores y personal de consulta externa, así como de las encuestas aplicadas, identificó lo siguiente:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Personal capacitado y especializado. Docencia hospitalaria. Equipamiento y tecnología acorde a nuestras necesidades. Infraestructura adecuada. Centro de referencia pública y privada con atención de 24 horas. Ubicación geográfica, vías de acceso y transporte. Programas de Salud Pública de exclusividad Otras fuentes de ingreso: SOAT.	Preferencia del usuario de otras provincias Alianzas estratégicas con proveedores Convenios interinstitucionales Modelo piloto para determinados programas Realización de proyectos de investigación Políticas de salud Nacional que apoyan a la Salud Pública Presentación de Proyectos Operativos a organismos internacionales OPS-OMS.

DEBILIDADES	AMENAZAS
<p>Disminución de la carga horaria de profesionales y trabajadores</p> <p>Reducción de la capacidad instalada</p> <p>Edad promedio del personal (55 a 70)</p> <p>Existen casos de maltrato al usuario</p> <p>Demanda insatisfecha en determinadas especialidades</p> <p>Parcial involucramiento del personal en los procesos de cambio</p> <p>Algunas obras de Infraestructura inconclusas</p> <p>Elevado ausentismo del personal por enfermedad.</p> <p>Presupuesto histórico.</p> <p>Aplicación parcial de protocolos.</p> <p>Personal de salud inestable por contratos.</p> <p>Cultura organizacional altamente conflictiva.</p> <p>Poco empoderamiento en los roles de liderazgo.</p> <p>Inexistencia de estudio real de costo de la cartera de servicios.</p> <p>Convenio con Universidades no actualizados.</p> <p>No existe reglamentación interna para aplicar la Estructura por Procesos.</p>	<p>Capacidad resolutive rápida de las Instituciones privadas.</p> <p>Centralización administrativa y financiera</p> <p>Funcionamiento inadecuado del sistema de referencia y contra referencia provincial y nacional</p> <p>Entrega inoportuna de presupuesto para ejecutar los programas sociales: SOAT.</p> <p>El usuario no valora los servicios que brinda el hospital.</p>

**Tabla 10** Aplicación del FODA al HVCM

Como se puede observar, el hospital tiene un mayor número de aspectos que se consideran como debilidades, siendo importante lo referente al personal de la entidad y de consulta externa, en donde resaltan factores como la edad, el poco empoderamiento, una cultura organizacional altamente conflictiva y el elevado ausentismo por enfermedad.

La administración del hospital y las autoridades del Ministerio de Salud, deberán emprender en planes de administración del talento humano, que involucre básicamente un cambio de actitud de sus servidores o en un programa agresivo de renovación aprovechando las disposiciones legales que permiten la supresión de partidas o compras de renunciadas.

### 3.3 ENCUESTAS A LOS CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS

Para conocer lo que piensan y el criterio que tienen los clientes externos, sobre el servicio de consulta externa que brinda el hospital, se preparó la siguiente encuesta, cuyos resultados se reflejan en el capítulo IV, en el cual además se identifican las oportunidades de mejora.

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS  
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO DE CONSULTA  
EXTERNA  
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

#### CUESTIONARIO N.01

Somos estudiantes de la maestría en Administración de empresas de la Universidad Politécnica Salesiana Sede Cuenca, nos encontramos investigando el área de consulta externa a fin de proponer procedimientos de mejora continua en este tipo de atención. Le solicitamos de manera cordial nos ayude respondiendo las siguientes preguntas.

HORA	ENCUESTADOR	ENCUESTADO	GÉNERO	EDAD	CIUDAD

Es la primera vez que viene al hospital VCM?

SI	NO

A qué hora llegó al hospital?

HORAS	MINUTOS

A qué hora le dieron un turno?

HORAS	MINUTOS

A qué hora se desocupó del consultorio médico?

HORAS	MINUTOS

El horario de atención del hospital, le parece adecuado?

SI	NO

Cómo calificaría el trato recibido por parte del personal del hospital?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Los trámites para acceder al servicio de consulta externa, son:

FACILES	NORMALES	DIFICILES

El espacio físico de la consulta externa es:

COMODO	ADECUADO	INCOMODO

Los letreros colocados en el hospital le permiten ubicarse dentro del mismo?

SIN DIFICULTAD	CON POCA DIFICULTAD	CON MUCHA DIFICULTAD

Le solicitaron cancelar algún rubro para acceder al servicio? Si la respuesta es SI, indique Quien.

SI	NO

Qué servicio de salud, va a utilizar hoy?.

Para los clientes internos, se preparó la siguiente encuesta:

UNIVERSIDAD POLITECNICA SALESIANA  
 MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS  
 ENCUESTA DE SATISFACCION CON EL SERVICIO DE CONSULTA  
 EXTERNA  
 HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

CUESTIONARIO N.02

Somos estudiantes de la maestría en Administración de empresas de la Universidad Politécnica Salesiana Sede Cuenca, nos encontramos investigando el área de consulta externa a fin de proponer procedimientos de mejora continua en este tipo de atención. Le solicitamos de manera cordial nos ayude respondiendo las siguientes preguntas.

HORA	ENCUESTADOR	ENCUESTADO	GÉNERO	EDAD	ESPECIALIDAD

Cuántas horas trabaja a la semana en consulta externa?

Cree ud. que su horario de trabajo es el adecuado?

SI	NO

Cuál es el tiempo promedio de atención por paciente?

HORAS	MINUTOS

Cuántos pacientes atiende por semana?

Considera que cuenta con los equipos médicos adecuados?

SI	NO

A qué atribuye la demora en la atención a los pacientes?

FALTA DE PERSONAL	
INADECUADA ENTREGA DE TURNOS	
HORARIOS MAL ESTABLECIDOS	
OTROS:	

Cómo calificaría el trato que se brinda en el servicio de consulta externa?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Los trámites para acceder al servicio de consulta externa, son:

FACILES	NORMALES	DIFICILES

El espacio físico de la consulta externa es:

COMODO	ADECUADO	INCOMODO

Gracias.

### 3.4 FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA

Como definición, el flujograma es un conjunto de símbolos convencionales que se utilizan para representar o describir procesos. En el caso del servicio de consulta del Hospital Vicente Corral Moscoso, el flujograma establecido en el plan estratégico 2009-2013 es el siguiente:

Orden de fase:	Inputs:	Flujos de actividades:	Output:	Tiempo:	Costos:	Valor Agregado(SI)	Valor Agregado (NO)	Retorno:	TIEMPO	COSTO
Primera fase	Paciente	<p>Sala de espera 30 min Preconsulta 04E00 06E30' Inicio Paciente clasificado No 02E05'</p>		30 min		x	x		0,65	0,10
	Paciente Clasificado	<p>HCl PC Paciente con turno e historia clínica HCl CS Preparación Consulta Reforzamiento: Fam, Intere, Hon, Ser C</p>		5'-15' 15 min 30 min 10 min 60 min 15 min 15 min 165-175 min	1,09 6,25 0,5 12,50 3,80 0,75 25	X X X x	X		0,20 0,20 0,20 0,20 0,20 0,25 0,25	0,20 0,20 0,20 0,20 0,25 0,25
TOTAL				3,41 HORA	40,89			TOTAL	1,66 HORA	9,12

Gráfico 10 Flujograma del proceso de consulta externa

Se puede observar que se establecieron tiempos de demora en los diversos procesos, los cuales se pretenden mejorar; sin embargo, en la encuesta realizada en octubre de 2010 por los autores, determinamos que desde que el usuario llega hasta que sale de consulta externa se demoran aproximadamente 5 horas, es decir no se ha conseguido mejorar los tiempos establecidos que fueron de 5 horas 41 minutos.

En el caso de los clientes internos, se empleó un censo a los 106 médicos, de los cuales contestaron 40, determinándose como causas para la demora en atención, lo siguiente:

Poco personal médico

Inadecuada entrega de turnos

Horarios mal establecidos

### **3.5 APLICACIÓN DE INDICADORES**

Los indicadores son herramientas que permiten medir el cumplimiento de objetivos y metas y básicamente pueden ser cualitativos y cuantitativos.

Condición imprescindible para el uso de los indicadores como una herramienta de administración, es la existencia de objetivos a ser medidos y evaluados. Generalmente se han utilizado indicadores financieros, por ser los más conocidos; sin embargo el uso de indicadores en las diferentes áreas de administración, hace posible cuantificar y medir la gestión de una organización y de sus líderes. El uso de indicadores no financieros ha dado origen al denominado cuadro de mando integral en la organización que implica unir el control operativo a corto plazo con la visión y la estrategia a largo plazo.

**Indicadores Cualitativos:**

Son aquellos que no son mensurables y generalmente se expresan en términos de logrado, no logrado, describen procesos, actitudes y se relacionan con la calidad del servicio o producto.

**Indicadores Cuantitativos:**

Son indicadores que se expresan en números, cantidades, porcentajes y están relacionados con la eficacia y eficiencia.

En base a las encuestas y a la observación realizada, se plantearon indicadores que servirán para conocer el estado actual y punto de referencia para medir y comparar la mejora conseguida con el proceso propuesto en consulta externa.

Los indicadores utilizados fueron los siguientes:

Cantidad de minutos transcurridos en el servicio de consulta externa desde que el paciente recurrente llega al hospital hasta que sale del consultorio, 300 minutos.

Porcentaje de usuarios que califican como excelente el servicio recibido, 12%.

Cantidad de usuarios atendidos en promedio por día, 500.

Porcentaje de usuarios que localizan los letreros sin dificultad, 31%.

Porcentaje de usuarios que califican el espacio físico del servicio de consulta externa, como cómodo, 9%.

En los siguientes capítulos determinaremos con claridad los “cuellos de botella” que existen en el proceso, las oportunidades de mejora y propondremos el plan de acción a la entidad.

## CAPÍTULO IV

# IDENTIFICACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

### **4.1 USO DE HERRAMIENTAS DE MEJORA CONTÍNUA**

En este capítulo se emprende en el proceso de mejoramiento de la calidad, siguiendo el planteamiento del marco conceptual, por tanto se denotan las oportunidades de mejora, constituyéndose en nuestro aporte al hospital y sus procesos.

Se ha hecho uso de las encuestas para determinar los problemas que afectan al área de consulta externa, y de esta manera se obtiene una visión clara de los mismo la cual permite hacer uso de las herramientas de mejora continua, y poder identificar cuáles son las causas y consecuencias que conlleva estos problemas.

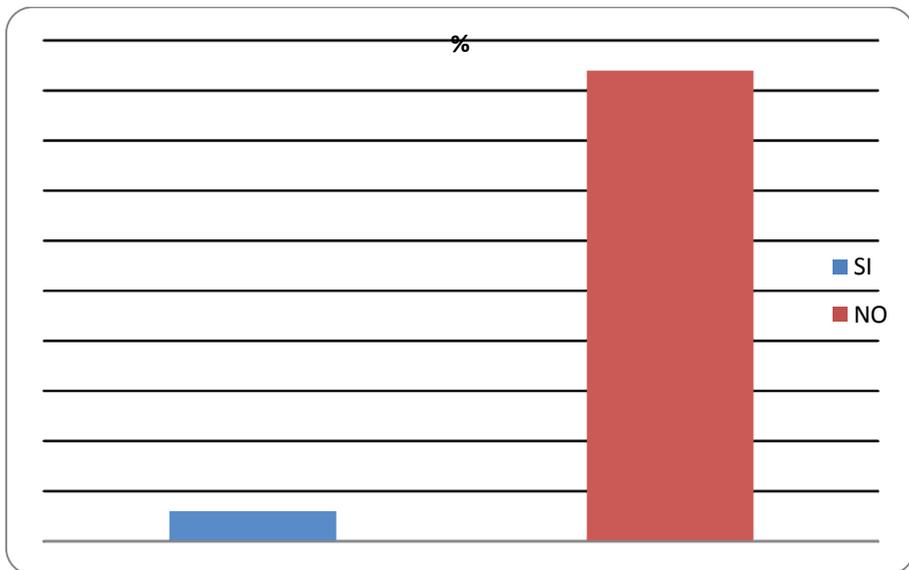
En el marco de la investigación se realiza una encuesta a los clientes externos de los servicios de consulta externa, esto se basa en un muestreo por saturación, el mismo que se trata de una técnica no probabilística, y en donde se entrevistaron secuencialmente a un gran número de personas, hasta que las respuestas se vuelvan repetitivas. Para este estudio se tomaron 100 encuestas.

El muestro no probabilístico se apega plenamente a nuestras necesidades dado que no necesitamos comprobar hipótesis alguna, por no tratarse de investigación científica.

Análisis de las variables estudiadas cliente externo

1.- ¿Es la primera vez que viene al hospital Vicente Corral Moscoso?

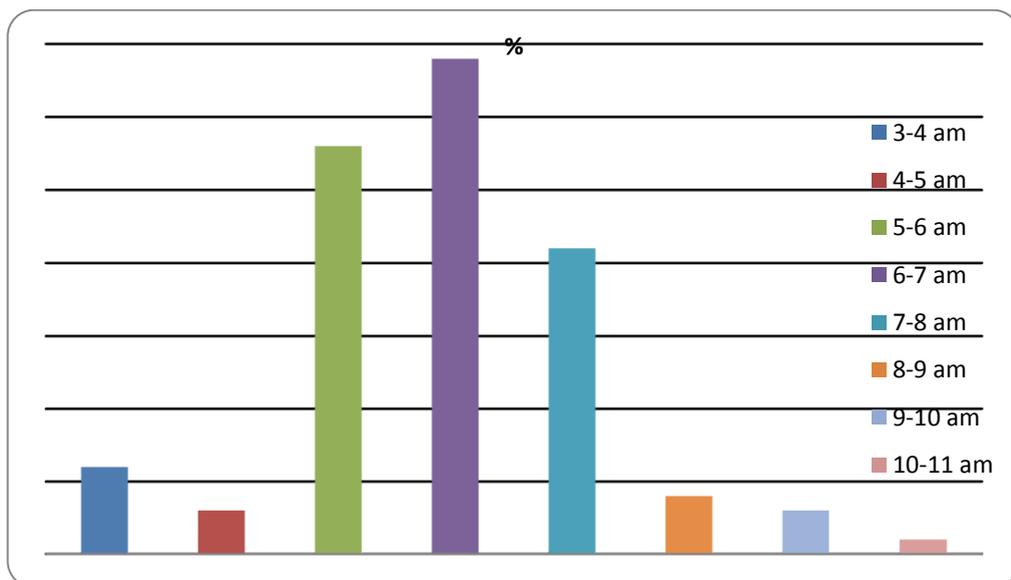
	%	
SI	6	6
NO	94	94
	100	100



Para entender los problemas que contiene este sistema es necesario conocer cuáles son los usuarios del mismo, esta ayuda entender si los problemas provienen una mayoría de pacientes nuevos o antiguos.

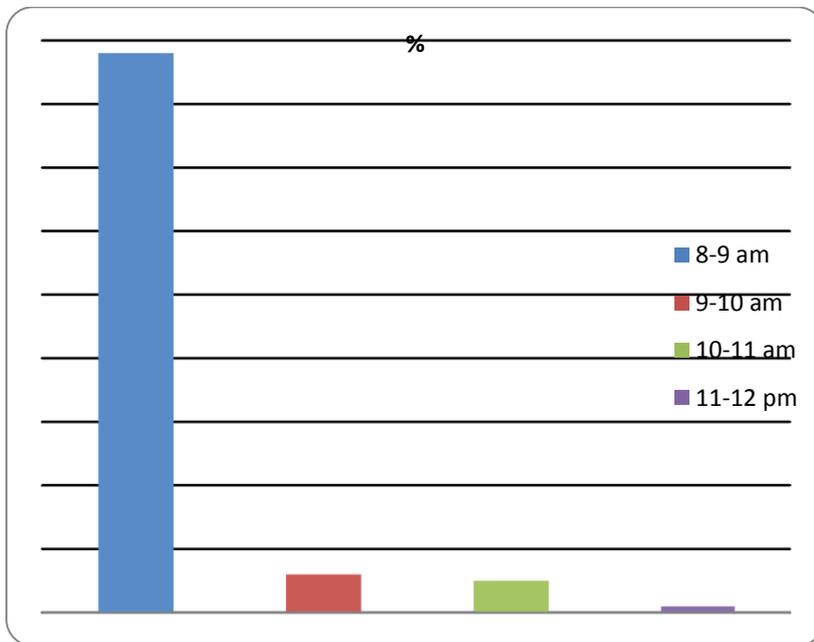
2.- ¿A qué hora llegó al hospital?

Hora	%	#personas
3-4 am	6	6
4-5 am	3	3
5-6 am	28	28
6-7 am	34	34
7-8 am	21	21
8-9 am	4	4
9-10 am	3	3
10-11 am	1	1
	100	100



3.- ¿A qué hora le dieron un turno?

HORA	%	# personas
8-9 am	88	88
9-10 am	6	6
10-11 am	5	5
11-12 pm	1	1
	100	100



Estas dos preguntas se analizan de manera simultánea ya que ayudan a determinar el tiempo promedio que una persona se encuentra dentro de un proceso, en este caso el proceso entrega de turnos.

Una vez que se obtuvo en que horario existe mayor acumulación de clientes y a su vez en donde la etapa de entrega de turnos esta con mayor cantidad de clientes, se realiza una observación directa para determinar cuáles son los tiempos de espera que y determinar a qué grupo pertenecen los pacientes al de nuevos o antiguos.

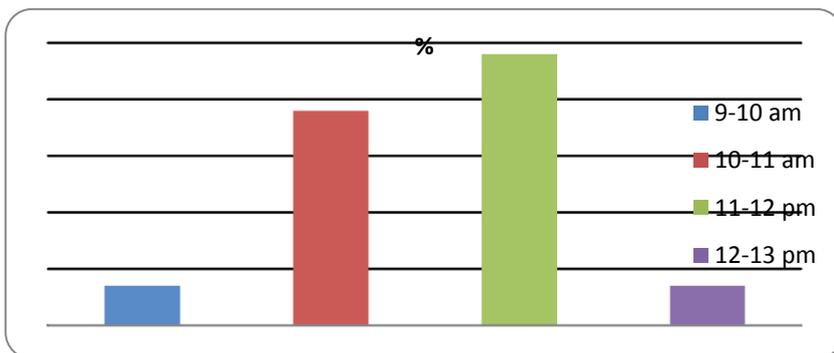
El siguiente cuadro muestra la distribución de pacientes en los horarios y en cada grupo

Tiempo de espera	Entrega de Turnos		TOTAL
	Nuevos	Antiguos	
de 30 a 40 minutos		1	1
de 41 a 50 minutos		8	8
de 51 a 80 minutos	1	46	47
de 80 a 120 minutos		26	26
más de 120 minutos	1	17	18
	TOTAL DE PACIENTES		100

Del total de pacientes observados el 9% esperaron en un intervalo de 30 minutos a 50 minutos y el 73% se encuentran en el intervalo de 51 minutos a 120 minutos el 2% restante son de clientes nuevos pero se determina que no tiene mucha incidencia el análisis. Mientras que un 18% de personas deben esperar más de 120 minutos.

4.- ¿A qué hora se desocupó del consultorio médico?

HORA	%	# Personas
9-10 am	7	7
10-11 am	38	38
11-12 pm	48	48
12-13 pm	7	7
	100	100

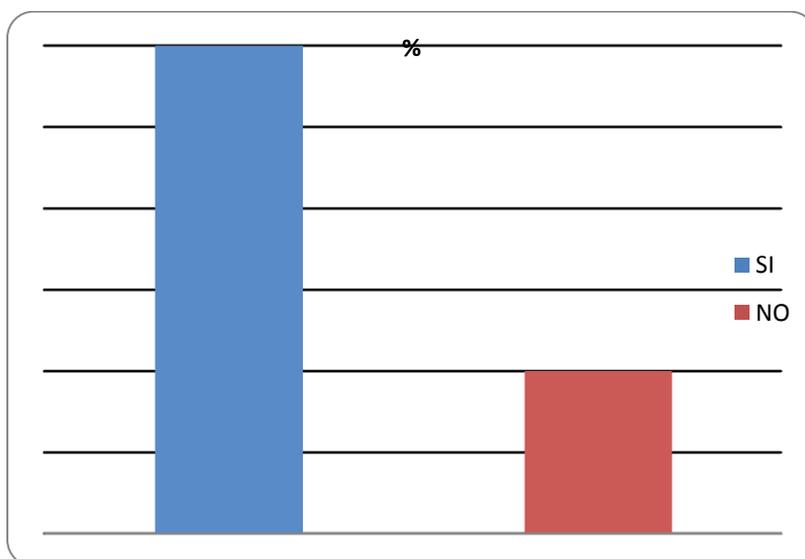


La mayoría de pacientes se desocupa de la consulta médica en horarios de 10-11am y 11-12pm representado por un 38% y 48% respectivamente. En porcentajes iguales de un 7% los pacientes se desocupan de la consulta en horarios correspondientes entre 9-10am y 12-13pm.

En la observación realizada se determinó que la mayoría de pacientes se demora 15 minutos dentro del consultorio médico.

5.- ¿El horario de atención del hospital le parece adecuado?

	%	# personas
SI	52	52
NO	48	48
	100	100

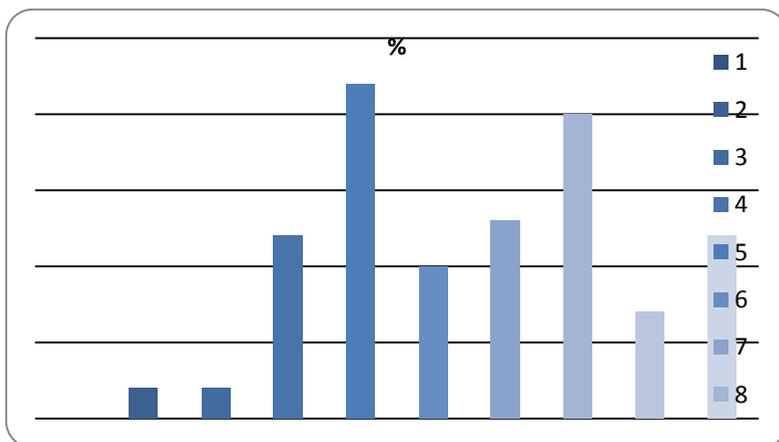


Los encuestados indican estar de acuerdo con los horarios de atención en un 52%, mientras que un 48% de pacientes, señalan lo contrario con el horario de atención del hospital VCM.

Esto indica que puede existir un problema acerca de la distribución de horarios ya que prácticamente la mitad está de acuerdo pero la otra mitad no se sienten cómodos con los horarios por problemas de trabajo o otras actividades que realizan lo cual le incomoda mucho los horarios.

6.- ¿Cómo calificaría el trato recibido por parte del personal del hospital?

Calificación	%	Pacientes	Perc.
1	0	0	Malo
2	2	2	
3	2	2	
4	12	12	Bueno
5	22	22	
6	10	10	
7	13	13	Muy Bueno
8	20	20	
9	7	7	Excelente
10	12	12	
	100	100	

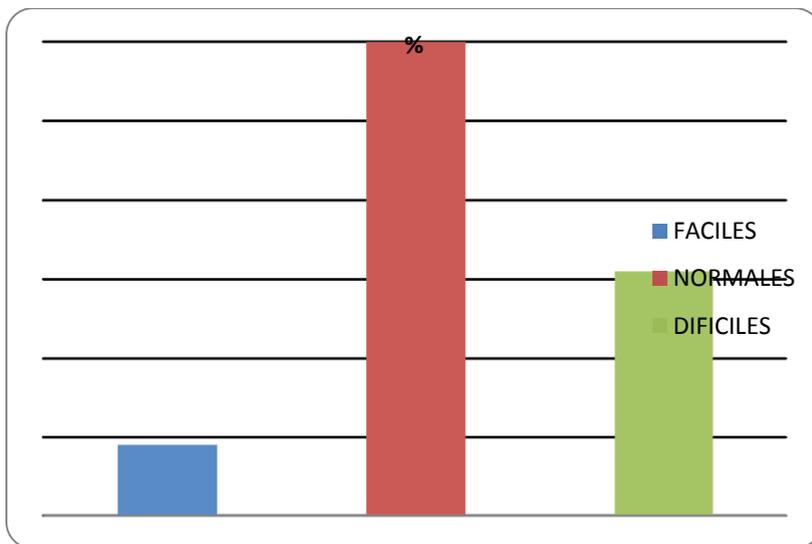


Dentro de un rango de calificación comprendido del 1 al 10, quienes asisten al hospital dan una calificación de 5 representado por un 22%; el 20% de pacientes indican una nota de 8, mientras que un 13% señala que la nota debería ser 7. Un 12% dan una nota de 4 y en la misma cantidad de 12% se señala que la nota debería ser 10. El 7% de encuestados indican que la nota debe ser 7, se califica además con 2 representado por un 2% de personas y con 3 también un 2% de usuarios.

Muchos pacientes responden a esta pregunta no solo con base a como le trataron sino también en la eficiencia de cómo realizaron el procedimiento para entregar el turno, lo que ayuda a determinar existe algún problema en la etapa de entrega de turnos, la misma que se analizara en el uso de herramientas de mejora continua (Lista de Verificación)

7.- Los trámites para acceder al servicio de consulta externa son:

	%	# personas
FACILES	9	9
NORMALES	60	60
DIFICILES	31	31
	100	100

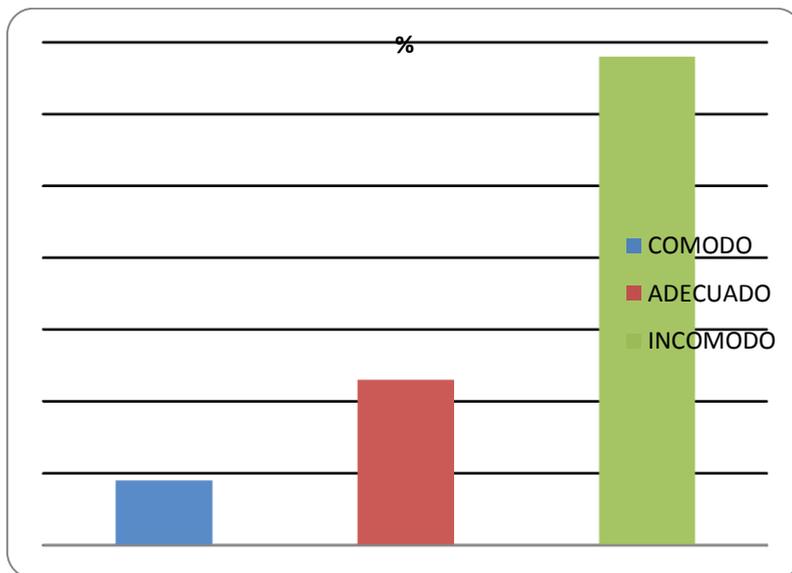


El 60% de los pacientes señalan que los trámites para acceder al servicio de consulta externa son normales, mientras que un 31% indica que los trámites se consideran como difíciles. El 9% de pacientes aclara que son trámites fáciles.

Lo que demuestra que se debe realizar un análisis en los tipos de trámites que se están utilizando.

8.- El espacio físico de la consulta externa es:

	%	# personas
COMODO	9	9
ADECUADO	23	23
INCOMODO	68	68
	100	100

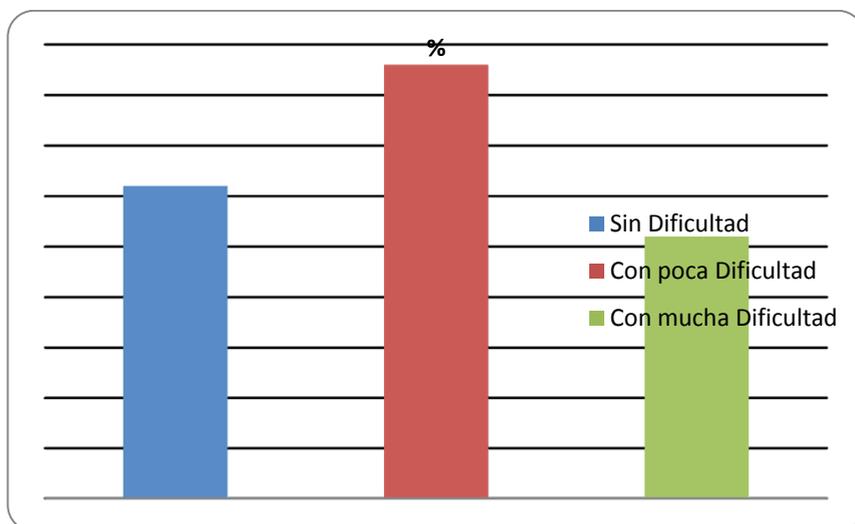


La mayoría de usuarios representado por un 68% señalaron que el espacio físico para consulta externa es incómodo; como un espacio adecuado lo consideraron un 23% de pacientes, mientras que un 9% están de acuerdo en que el espacio físico de consulta externa es cómodo.

Este espacio pequeño o incomodo, fue observado que también provoca la acumulación de los pacientes en los pasillos del hospital.

9.- ¿Los letreros colocados en el hospital le permiten ubicarse dentro del mismo?

	%	# personas
Sin Dificultad	31	31
Con poca Dificultad	43	43
Con mucha Dificultad	26	26
	100	100



En cuanto a la colocación de los letreros la gente señala que estos los guían dentro del hospital con poca dificultad representado por un 43%. Un 31% indica que los letreros les permiten ubicarse en el hospital sin dificultad; mientras que un 26% aclara que los letreros les permiten ubicarse en el hospital con mucha dificultad.

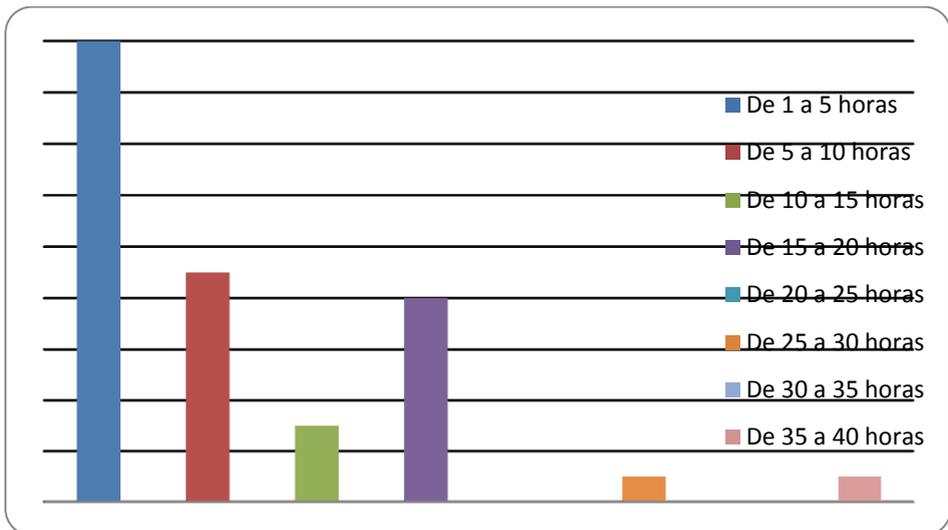
Esta pregunta ayuda entender que si los tiempos de espera también se debe a la falta de información a los clientes.

Análisis de las variables estudiadas cliente interno

A fin de estudiar la contraparte hospitalaria, y su perspectiva frente a una misma realidad se ha realizado la consulta a los clientes internos de la institución. Considerándolos como tal a los médicos, enfermeras y demás personal del servicio en consulta externa.

¿Cuántas horas trabaja a la semana en consulta externa?

Cantidad de horas	%	
De 1 a 5 horas	45	18
De 5 a 10 horas	22,5	9
De 10 a 15 horas	7,5	3
De 15 a 20 horas	20	8
De 20 a 25 horas	0	0
De 25 a 30 horas	2,5	1
De 30 a 35 horas	0	0
De 35 a 40 horas	2,5	1
	100	40



¿Cree usted que su horario de trabajo es el adecuado?

	%	
SI	77,5	31
NO	22,5	9
	100	40

¿Cuál es el tiempo promedio de atención por paciente?

	%	
10 minutos	57,5	23
15 minutos	35	14
20 minutos	7,5	3
	100	40

4. ¿Cuántos Pacientes atiende por semana?

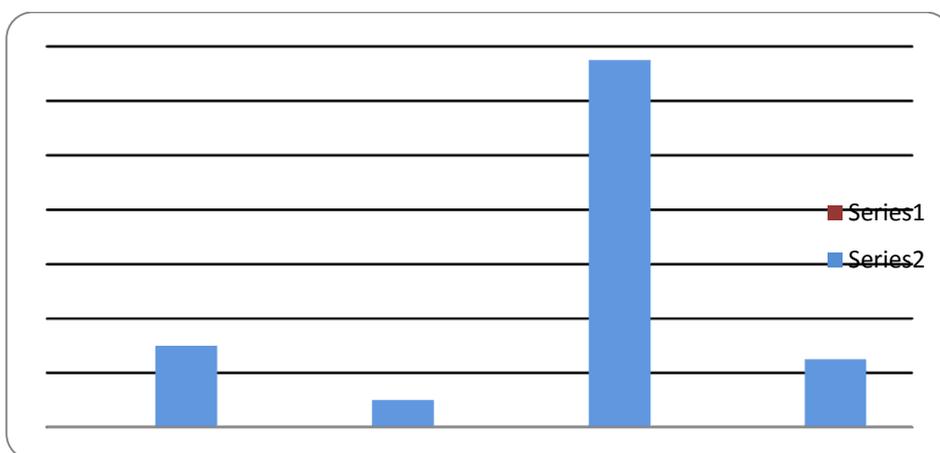
	%	
De 1 a 20	30	12
De 20 a 40	20	8
De 40 a 60	2,5	1
De 60 a 80	20	8
De 80 a 100	12,5	5
De 100 a 120	5	2
De 120 a 140	7,5	3
De 140 a 160	2,5	1
	100	40

5. Considera que cuenta con los equipos médicos adecuados

	%	
SI	30	12
NO	70	28
	100	40

6. ¿A qué atribuye la demora en la atención a los pacientes?

	%	
Falta de Personal	15	6
Inadecuada entrega de turnos	5	2
Horarios mal establecidos	67,5	27
Otros	12,5	5
	100	40



7. ¿Cómo calificaría el trato que se brinda en el servicio de consulta externa?

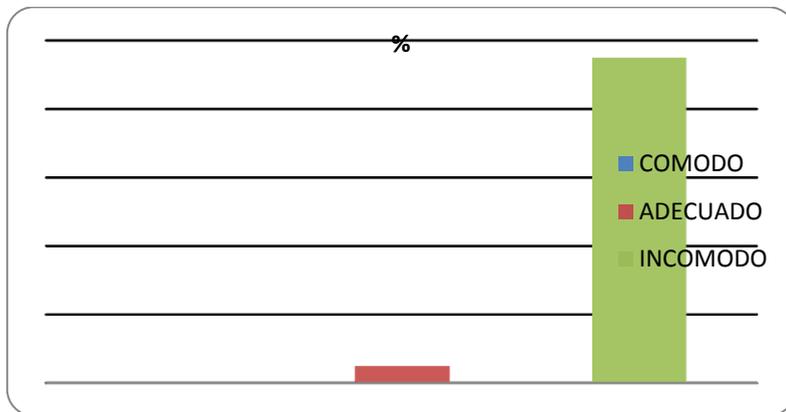
	%	Calificación
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	0	0
7	30	12
8	47,5	19
9	20	8
10	2,5	1
	100	40

8. Los trámites para acceder al servicio de consulta externa son:

	%	
FACILES	0	0
NORMALES	20	8
DIFICILES	80	32
	100	40

9. El espacio físico de consulta externa es:

	%	
COMODO	0	0
ADECUADO	5	2
INCOMODO	95	38
	100	40



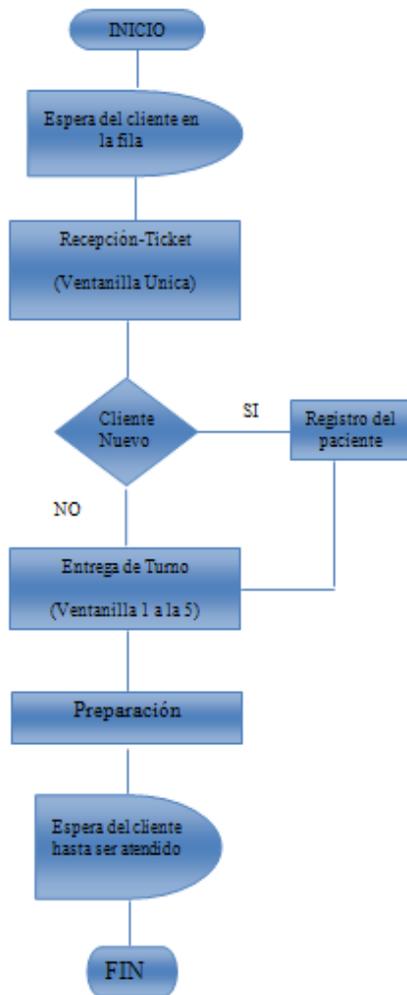
## **4.2. IDENTIFICACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA**

Una vez realizado el levantamiento de datos se han determinado varios parámetros dignos de mejorar o regular con mayor precisión, en el marco del proceso establecido por el hospital a la hora de entregar turnos de asistencia médica. Dentro del entorno estudiado, se considera en primera instancia las necesidades de los clientes externos, expresadas bajo la figura de entrevistas por medio de la herramienta encuesta.

El proceso de obtención de turno

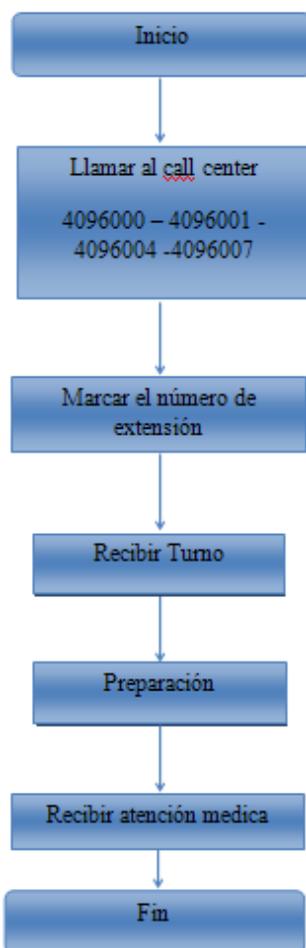
El siguiente diagrama de flujo muestra cuales son los pasos a seguir para la obtención de un turno, el cual ayudara a identificar, medir y mejorar de una manera superior las etapas involucradas en este proceso, y de esta forma se investigará las oportunidades de mejora para el mismo.

Este proceso puede darse desde dos perspectivas diferentes, considerando el medio de acceso al mismo, esto es formar una fila de espera para un turno físico, y tomar un turno a través de un call center.



**Gráfico 11** Diagrama de flujo de la obtención del turno

Si el paciente es antiguo, es decir cuenta con una ficha médica, por tanto se encuentra registrado en estadística, puede hacer uso del siguiente proceso para obtener su turno, en tal caso el flujo sería el siguiente:



**Gráfico 12** Diagrama de flujo del turno vía call center

### Oportunidades de Mejora

En todo proceso de cualquier organización las esperas han sido un tema de mucha discusión ya que estos producen, aumentos en el tiempo de ciclo y en el tiempo del proceso total.

El diagrama de flujo planteado, en conjunto con los resultados obtenidos de la consulta nos permite identificar:

1. El hospital cuenta con una capacidad limitada en la etapa de entrega los turnos, el tiempo que una persona tiene que esperar en la cola es en promedio de cuatro horas.
2. La infraestructura
3. La señalización

### Resultados Obtenidos

VARIABLE	PACIENTE		TOTAL
	NUEVO	ANTIGUO	
TIEMPO DEL PROCESO			
De 30 a 60 minutos	0	0	0
De 61 a 120'	2	0	2
De 121 a 180'	0	3	3
De 181 a 240'	0	3	3
De 241 a 300'	0	88	88
De 301 a 360'	2	0	2
Más de 360'	2	0	2
ENTREGA DEL TURNO			
De 30 a 60 minutos	6	15	21
De 61 a 120'		62	62
De 121 a 180'		18	18
De 181 a 240'		3	3
De 241 a 300'		2	2

VARIABLE	PACIENTE		TOTAL
	NUEVO	ANTIGUO	
LUGAR QUE LE TOMO MAS TIEMPO			
Espera a la apertura de atención	6	31	37
Recepción		0	0
Turno		50	50
Preparación		3	3
Atención		10	10
HORARIO DE ATENCION			
Adecuado	2	50	52
Inadecuado	4	44	48
MALA ATENCION PERSONAL			
Recepción	2	5	7
Turno	4	62	66
Preparación		11	11
Médico		0	0
Ninguna		16	16
INFRAESTRUCTURA			
Cómodo	1	8	9
Incómodo	5	63	68
Adecuado		23	23
TRAMITOLOGIA			
Fácil	1	8	9
Difícil		31	31
Normal	5	55	60
LETREROS Y SEÑALES			
Difíciles	6	63	69
Fáciles		31	31

**Tabla 11** Resultados obtenidos de las encuestas y observaciones

Como se sabe al hospital acuden personas del sector poblacional con ingresos medio bajos y muchas de ellos son personas que no cuentan con un acceso adecuado a la información que el hospital ofrece en la red internet, por lo tanto una gran parte de estas personas acuden al hospital sin conocer que los médicos que ellos solicitan no atienden en ese momento, esto hace que se reduzca el espacio del hospital con personas que tendrán que regresar en otro momento.

Hay que tomar en cuenta que gran parte de la población no se siente completamente satisfecha con los trámites que se deben de realizar para poder acceder al servicio, por lo que es indispensable hacer un análisis de este proceso.

De estos resultados que hemos obtenido se determina que nuestro mayor tiempo dentro del proceso se registra en el paso de la ventanilla de recepción y la obtención de su turno.



**Gráfico 13** *Diagrama del proceso*

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE VICENTE CORRAL MOSCOSO						
TIEMPO DE ESPERA EN LA OBTENCION DE TURNOS						
FECHA	# OBSERVACION	HORA DE LLEGADA	HORA TICKET	HORA TURNO	TIEMPO 1	TIEMPO 2
11-oct-10	1	3:00	7:30	8:00	4:30	0:30
11-oct-10	2	3:05	7:31	8:00	4:26	0:29
11-oct-10	3	4:30	7:40	8:00	3:10	0:20
11-oct-10	4	4:32	7:43	8:03	3:11	0:20
11-oct-10	5	5:05	7:42	8:30	2:37	0:48
11-oct-10	6	5:30	7:45	8:42	2:15	0:57
11-oct-10	7	5:32	8:00	9:00	2:28	1:00
11-oct-10	8	5:32	8:00	9:15	2:28	1:15
11-oct-10	9	5:34	8:00	9:25	2:26	1:25
11-oct-10	10	5:37	8:20	9:27	2:43	1:07
11-oct-10	11	5:38	8:25	9:35	2:47	1:10
11-oct-10	12	5:40	8:28	9:37	2:48	1:09
12-oct-10	13	2:00	7:40	8:35	5:40	0:55
12-oct-10	14	3:30	7:45	8:39	4:15	0:54
12-oct-10	15	4:00	8:35	9:39	4:35	1:04
12-oct-10	16	5:01	8:40	9:55	3:39	1:15
12-oct-10	17	5:06	8:38	9:58	3:32	1:20
12-oct-10	18	6:01	8:41	9:56	2:40	1:15
12-oct-10	19	6:03	8:47	9:55	2:44	1:08
12-oct-10	20	6:03	8:48	9:30	2:45	0:42
12-oct-10	21	6:12	8:48	9:31	2:36	0:43
13-oct-10	22	6:00	7:35	8:32	1:35	0:57
13-oct-10	23	6:01	7:36	8:35	1:35	0:59
13-oct-10	24	6:02	7:34	8:40	1:32	1:06
13-oct-10	25	6:00	7:30	8:35	1:30	1:05
13-oct-10	26	6:02	7:32	8:38	1:30	1:06
13-oct-10	27	6:03	7:40	8:40	1:37	1:00
13-oct-10	28	6:12	7:42	9:02	1:30	1:20
13-oct-10	29	6:15	7:42	9:05	1:27	1:23
13-oct-10	30	6:30	8:10	9:15	1:40	1:05
13-oct-10	31	6:35	8:32	9:40	1:57	1:08
14-oct-10	32	5:30	8:00	9:15	2:30	1:15
14-oct-10	33	5:35	7:30	9:35	1:55	2:05
14-oct-10	34	5:45	8:00	9:45	2:15	1:45
14-oct-10	35	5:46	8:02	9:36	2:16	1:34
14-oct-10	36	6:02	8:38	9:42	2:36	1:04
14-oct-10	37	6:05	8:39	9:38	2:34	0:59
14-oct-10	38	6:10	8:46	9:50	2:36	1:04
14-oct-10	39	6:12	8:48	9:55	2:36	1:07
14-oct-10	40	6:20	9:00	10:12	2:40	1:12
14-oct-10	41	7:00	9:00	10:15	2:00	1:15
14-oct-10	42	7:05	9:12	10:14	2:07	1:02
15-oct-10	43	5:15	7:30	8:00	2:15	0:30
15-oct-10	44	5:17	7:38	8:12	2:21	0:34
15-oct-10	45	6:00	7:40	8:30	1:40	0:50
15-oct-10	46	7:00	7:42	9:12	0:42	1:30
15-oct-10	47	7:05	7:45	9:15	0:40	1:30
15-oct-10	48	7:20	8:00	9:23	0:40	1:23
15-oct-10	49	7:30	8:35	9:25	1:05	0:50
15-oct-10	50	7:40	8:40	9:45	1:00	1:05
TIEMPO PROMEDIO						1:04

**Tabla 12** Tiempo de espera observados en la obtención del ticket

Con la lectura de los datos, se procede a construir una matriz de indicadores, tal como

la siguiente:

INDICADOR DEL TIEMPO DE ATENCION EN LA ENTREGA DE TURNOS					
MEDIDA	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	FORMULACIÓN	FUENTE NUMERADOR	FUENTE DENOMINADOR	ESTANDAR CALIDAD
Tiempo que el paciente demora en el turno	Minutos que se demora en obtener el turno	Tiempo de salida menos de tiempo de entrada	Observación	Pacientes atendidos al día	Promedio 1 h 04 min

El indicador se demarca como:

$$\frac{\text{Numero de pacientes que esperan mas de 1 h 04min}}{\text{Total de pacientes atendidos}} * 100$$

$$\frac{27}{50} * 100$$

Significado que se traduce en un 54% de pacientes atendidos, con tiempos de espera por encima de 1 hora 04 minutos.

## APLICACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE MEJORA CONTINUA

Una vez identificados algunos problemas que se desarrollan en el área de consulta externa, será necesario utilizar herramientas que nos permitan obtener el origen de los problemas y como poder mejorarlos.

### 4.2.1. Lista de verificación

Esta herramienta será utilizada para identificar el desempeño del proceso de entrega de turnos, realizando una lista para verificar si se siguen procedimientos ordenados. Su construcción está basada en la técnica investigativa de la observación, obteniendo los siguientes datos:

Proceso:	Entrega de Turnos			
Responsable:	RECEPCION			
Fecha:	08-04-2010			
<b>CONTROL</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PARCIAL</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Existe un procedimiento documentado, en el área de entrega de turnos.		x		
El encargado de esta área sigue algún tipo de procedimiento específico (En el caso de no tener documentos)	x			
Se asegura que los procedimientos documentados o específico se sigan correctamente.		x		
Existen retrasos en el proceso por factores ajenos al procedimiento normal	x			El encargado deja su lugar de trabajo por arreglar asuntos indiferentes al proceso actual

**Tabla 13** Lista de verificación aplicada al HVCM

Se puede observar que este proceso no tiene un orden establecido para cumplirlo con un buen rendimiento. Esta herramienta ayuda a ver en donde existen situaciones en las que se pueda mejorar en los capítulos siguientes.

#### **4.2.2. El diagrama Causa-Efecto**

Con esta herramienta analizaremos un problema, fenómeno, evento o situación que se planteo anteriormente, de este modo se realiza un análisis de las causas por las que se origina dicho problema y las cuales pueden orientar correctamente a la solución de estas causas.

Los pacientes hacen largas colas y muchas esperas para obtener un turno esto se debe a la falta de horarios de algunos doctores, por lo tanto el cliente se ve en la necesidad de madrugar para no perder el turno; por ejemplo hay doctores que atienden únicamente 3 horas en el hospital, es por eso que se ha remarcado con azul los problemas que se creen son causas fuertes que dan origen al problema planteado.

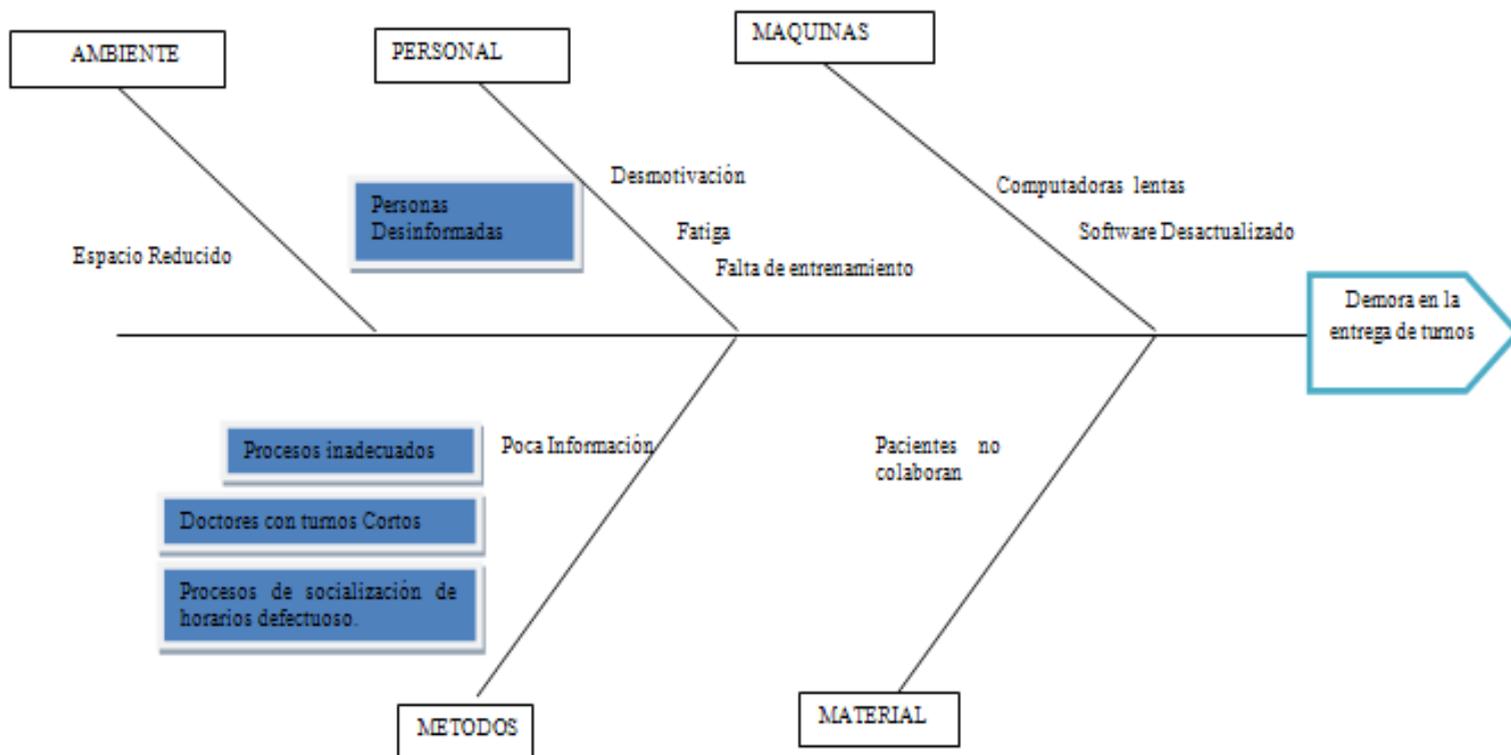
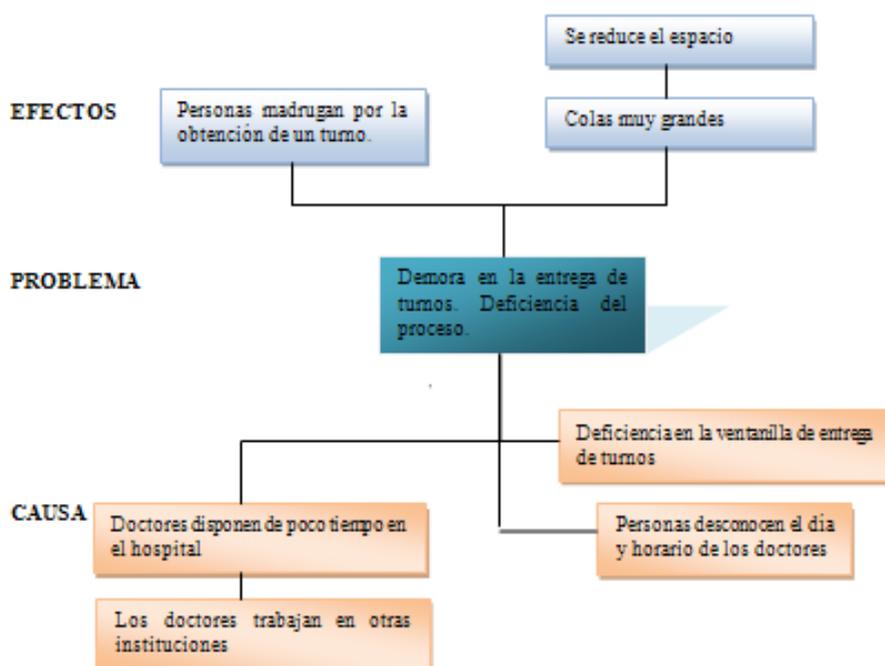


Gráfico 14 Diagrama espina de pescado aplicado al HVCM

### 4.2.3. Árbol de Problemas

La siguiente herramienta se la utilizara para verificar si las causas antes mencionadas son las que generan el problema y al mismo tiempo identificar los efectos.



**Gráfico 15** Diagrama Causas-Efectos aplicado al HVCM

El actual diagrama muestra una idea clara a que puntos debemos atacar y de esta forma replantear el proceso y buscar mejoras.

### 4.2.4. El diagrama de Pareto

Las herramientas anteriores han logrado que se tenga una mejor perspectiva de los problemas que actualmente existen, como es la deficiencia en la entrega de turnos, la falta de información, la desorganización, falta de manuales de procedimientos, y la falta de tiempo de atención por parte de los doctores.

Para poder atacar dichos problemas se debe priorizar cuales son los que tienen una mayor incidencia sobre el deficiente sistema.

El diagrama de Pareto es una herramienta que ayuda a ver los problemas como pocos vitales y los muchos triviales, haciendo de esta manera que logre percibir cuales son aquellos en los que se debe poner mayor atención.

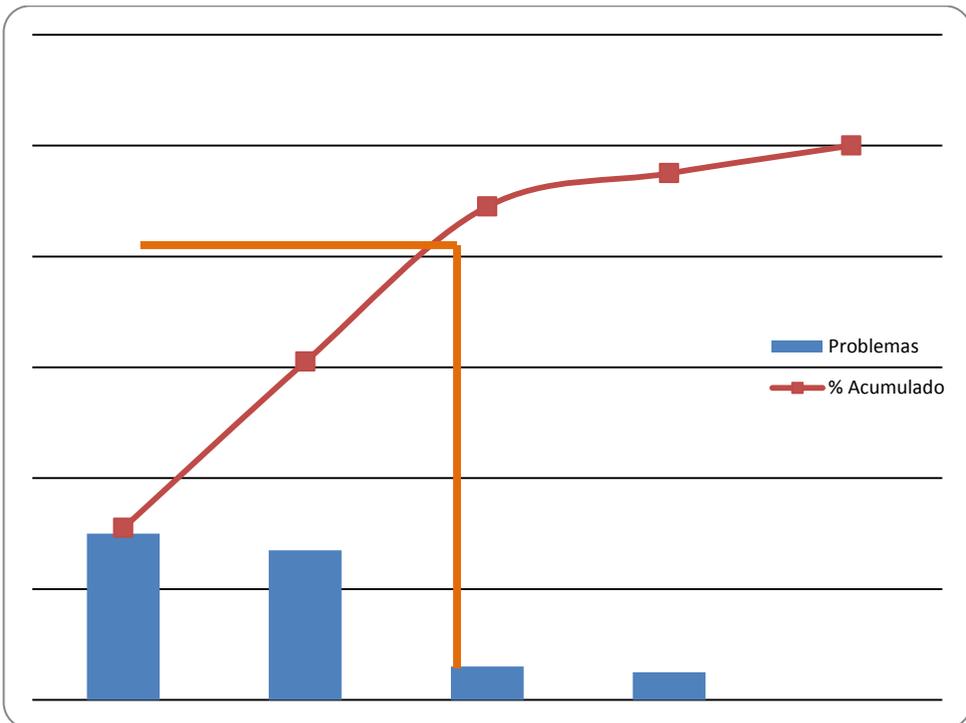
Ya que los problemas antes mencionados no proporcionan datos suficientes, los mismos que permitan hacer uso de esta herramienta. Se ha optado realizar una encuesta muy puntual sobre los mismos, en la cual se expresa al encuestado que seleccione el problema que más crea que causa problemas en el sistema, esta encuesta no solo se la realizo al cliente, sino también al personal del hospital directores, médicos tratantes, y enfermeras, ya que la opinión de ellos muestran una gran perspectiva acerca del sistema.

La encuesta ayuda a conocer cuáles son los problemas que los clientes y el personal consideran son los que mayormente se repiten y afectan al sistema.

<b>PROBLEMAS</b>	<b># DE FRECUENCIA</b>
Los Médicos disponen de poco tiempo para el hospital	44
Deficiencia en la ventanilla de entrega de turnos	42
Los pacientes desconocen el día y horario de los doctores	38
Desmotivación y fatiga por parte del personal	7
Equipo obsoleto	9
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>

Una vez obtenido los datos se disponen los mismos en un orden descendente, y se realiza la tabla de porcentajes para el análisis.

<b>PROBLEMAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
Doctores disponen de poco tiempo en el hospital	44	31%	31%
Deficiencia en la ventanilla de entrega de turnos	42	30%	61%
Personas desconocen el día y horario de los doctores	38	27%	89%
Equipo obsoleto	9	6%	95%
Desmotivación y fatiga por parte del personal	7	5%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100.00%</b>	



**Gráfico 16** Diagrama de Pareto al HVCM

El diagrama indica que los problemas que debemos atacar son los que se encuentran dentro del rectángulo amarillo, estos son los problemas vitales que afectan al sistema, hay que tomar en cuenta que algunos problemas dentro de este tema de tesis no se los va a poder mejorar sin embargo se analizará para dejar propuestas de mejora para el hospital, y los problemas donde se puede mejorar se los hará en el siguiente capítulo.

### **4.3. IDENTIFICACIÓN DE CUELLOS DE BOTELLA**

Se ha visto algunas herramientas de mejora continua, todas muestran formas y puntos de vista para mejorar los sistemas empresariales u organizaciones, sin embargo existe una herramienta que ha sido de mucha utilidad en el campo empresarial y que bien puede ser de mucha ayuda para la gestión del hospital.

Para analizar las restricciones dentro de este sistema, se ha utilizado los 5 pasos de la teoría de las restricciones propuesto en el libro, “La Meta” de Eliyahu M. Goldratt; Este libro es una filosofía holística, aplicada para manejar y mejorar una organización. Está constituida por herramientas de resolución de problemas y para la toma de decisiones.

Los pasos a seguir son:

1. Identificar la restricción del sistema
2. Explotar la restricción
3. Subordinar las decisiones a la restricción
4. Elevar la restricción
5. Volver al paso 1

El problema que tiene el hospital es la demora en atender a todos sus pacientes de consulta externa, esto se debe a que las ventanillas de turnos se congestionan en las primeras horas, este problema para poder elevarlo se necesita de todo un nuevo análisis, desde el punto de vista de reinversión, nuevas políticas estatales e internas del hospital. Por esta razón se dejara en esta tesis planteada la propuesta de mejora, sin embargo con otros problemas que están dentro del sistema se realizara el mejoramiento continuo.

Identificar la restricción del sistema: El hospital no está exento de tener cuellos de botella por ejemplo se pueden encontrar en normas y practicas actuales, actitud de los empleados en los procesos, y algunos otros aspectos que limitan el proceso normal de la organización.

En este caso nuestra restricción es la falta de capacidad de atención al número total de pacientes en el hospital, por la inhabilidad en la entrega de turnos.

Explotar la restricción: Con la restricción o cuello de botella encontrada, la idea es de explotarla o sacarle provecho tanto como sea posible, instalando nuevos métodos para que esta sea más benéfica con el sistema.

En la restricción encontrada una solución es nuevos horarios de atención unificada dentro del hospital, de esta manera se lograra mayor capacidad en la atención a los pacientes.

Otra manera es organizar los horarios y dejar en días específicos cada tipo de área a tratar, de esta manera habrá muchas personas que no tendrán que ir en vano al hospital.

Subordinar las decisiones a la restricción: Todas las decisiones que tomemos en el hospital, deben ser sometidas a los nuevos métodos puestos en el cuello de botella. De esta manera lograremos que las entradas y salidas de la restricción sean más eficientes. Es decir los procesos de entrega de turnos, de estadística deben estar al ritmo de las decisiones de la restricción para que estos se conviertan en un apoyo a la misma.

Elevar la restricción: Realizar todos los procedimientos anteriores nos ayuden a resolver el problema de cuello de botella, sin embargo es necesario tener y observar el panorama total del sistema para asegurarse que se esté gestionando bien la restricción. La restricción es probable que haya desaparecido con todos los cambios propuestos pero esto no significa que el proceso de mejora continua se haya terminado.

Volver al paso 1: Una vez superada la restricción, es necesario realizar todos estos procesos o pasos nuevamente ya que el cuello de botella puede alojarse en alguna otra etapa del sistema es por eso que el proceso de mejora continua indica que no se debe permitir que la inercia penetre en una organización.

# CAPÍTULO V

## MEJORAMIENTO CONTÍNUO

Los puntos a tratar en este capítulo están íntimamente relacionados y en nuestra tesis constituyen el “aterrizaje” de todo lo tratado.

En cuanto a los indicadores, es un tema que ya hemos tratado anteriormente y en el presente capítulo procederemos a su planteamiento para futuras mediciones por parte de los administradores del hospital.

Sobre el tablero de control, explicaremos brevemente su concepto, funcionamiento y aplicación a una entidad pública.

Finalmente, formularemos el plan de acción a proponer a la administración del hospital y que incluye los puntos de vista y criterios de los servidores de la entidad.

### 5.1 PLANTEAMIENTO DE INDICADORES

Como mencionamos en capítulos anteriores, los indicadores son herramientas que se utilizan para medir la gestión de una empresa, departamento o proceso. En nuestro trabajo tenemos identificados los indicadores a emplear, lo que a continuación presentaremos es su relación con los objetivos, puesto que existe una relación directa entre estos dos instrumentos de la administración. Los indicadores serán importantes en la medida en que nos permitan medir el cumplimiento de los objetivos y metas e interpretar sus resultados a través de los análisis vertical y horizontal, puesto que un indicador por sí sólo no indica nada.

Análisis horizontal: Los resultados son comparados con datos de años anteriores o con empresas o entidades similares, si se dispone de esos datos.

Análisis vertical: Los resultados son analizados al interior de la empresa, su representatividad, importancia o impacto en la organización y en la consecución de sus objetivos.

Los siguientes indicadores a utilizar deberán ser monitoreados a futuro y podrán aplicarse con la frecuencia que estime pertinente la administración, no obstante que nosotros también la propondremos:

- a. Porcentaje de usuarios que esperan más de 1h04 minutos para que le entreguen el turno

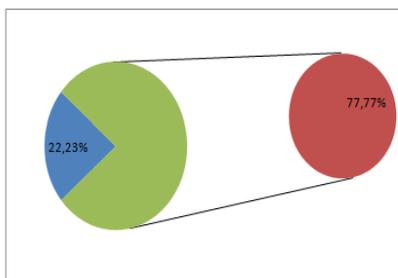
Este indicador permitirá medir los minutos que el usuario se demora en el servicio de consulta externa, desde que llega al hospital y toma su ticket hasta que le entregan el turno con el médico. Es importante porque permitirá conocer si las estrategias que se emplearán para disminuir el tiempo, a la final han dado resultado o no.

En el cuadro del planteamiento del indicador, mencionaremos el estándar que constituye el objetivo planteado por la administración del hospital. Esta metodología la emplearemos con todos los indicadores propuestos.

Nuestra tesis llega hasta la propuesta de los indicadores que la realizaremos con la presentación del siguiente cuadro por cada uno, en el cual mencionaremos el estándar que constituye el objetivo planteado por la administración del hospital. Para una mejor comprensión del funcionamiento de esta metodología realizaremos un ejemplo con los datos obtenidos por los autores, en la encuesta realizada a los usuarios externos. Será importante que los administradores del hospital adopten medidas y tomen decisiones para superar las desviaciones o brechas que puedan presentarse entre los resultados obtenidos al aplicar el indicador (índice) y el estándar planteado.

NOMBRE DEL INDICADOR	FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO	CÁLCULO DEL INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	ESTÁNDAR	FUENTE	INTERPRETACIÓN		
Numero de pacientes que esperan mas de 1 h 4 minutos desde que reciben el ticket hasta que reciben el turno con el médico.	Apoyo de la dirección	No de minutos 1er sem 2010-No. quejas 1er sem 2009/No quejas 2009 * 100	% de quejas disminuidas	semestral	30%	Departamento atención al cliente. Registro, tabulación de quejas	6,67/30*100	brecha 77,77%	gráfico

Compromiso del personal

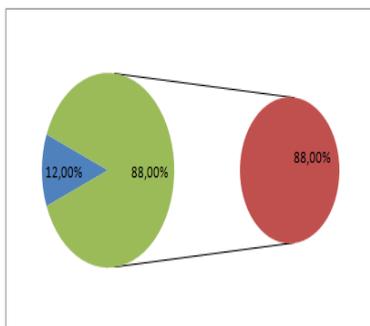


6,67  
30  
22,23%  
77,77%

b. Porcentaje de usuarios que califican como excelente el servicio recibido.

Este indicador permitirá medir los niveles de satisfacción con el servicio recibido de parte del hospital en su proceso de consulta médica. Es de relevante importancia a fin de poder estimar el impacto de las estrategias tomadas sobre los pacientes.

NOMBRE DEL INDICADOR	FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO	CÁLCULO DEL INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	ESTÁNDAR	FUENTE	INTERPRETACIÓN		
Porcentaje de usuarios que califican como excelente el servicio recibido	Compromiso del personal	Nro calificaciones buenas/No pacientes atendidos por día	% de incremento en la satisfacción	mensual	20%	Encuesta de satisfacción	60/500	brecha 88%	gráfico

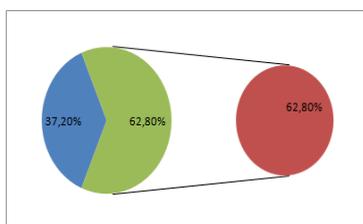


60  
500  
12,00%  
88,00%

c. Porcentaje de usuarios que localizan los letreros sin dificultad.

El indicador está planteado como estimador de la calidad de la señalización utilizada dentro del hospital, se estima en base a una encuesta a los pacientes atendidos, quienes deben sentirse cómodos con la información impersonal ofrecida en el centro hospitalario.

NOMBRE DEL INDICADOR	FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO	CÁLCULO DEL INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	ESTÁNDAR	FUENTE	INTERPRETACIÓN		
Porcentaje de usuarios que localizan los letreros sin dificultad	Apoyo de la dirección	Nro de personas que se ubican sin problemas/No pacientes atendidos por día	% de incremento en orientación	mensual	70%	Encuesta al paciente	186/500	brecha 62,8%	gráfico

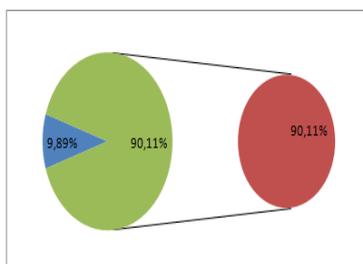


186  
500  
37,20%  
62,80%

d. Porcentaje de usuarios que califican el espacio físico del servicio de consulta externa, como cómodo.

Determina la comodidad o su percepción, respecto del espacio físico asignado para consulta externa, se considera de gran impacto en los procesos de mejora, debido al tiempo que le toma ser atendido.

NOMBRE DEL INDICADOR	FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO	CÁLCULO DEL INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	ESTÁNDAR	FUENTE	INTERPRETACIÓN		
Porcentaje de usuarios que califican el espacio físico del servicio de consulta externa, como cómodo	Apoyo de la dirección	Nro de usuarios satisfechos/No de quejas * 100	% de incremento en la satisfacción	mensual	70%	Encuesta de satisfacción	9/91 * 100	brecha 90,11%	gráfico



9  
91  
9,89%  
90,11%

## 5.2 TABLERO DE CONTROL

El Cuadro de Mando Integral tiene su aparición a principios de los años '90, a raíz de los estudios realizados por Kaplan & Norton en un grupo de empresas en la década de los años '80, buscando nuevas formas de evaluar el desempeño empresarial. La gran aplicación de esta herramienta no radica, precisamente, en la combinación de indicadores financieros y no financieros, pues durante la revolución de la Dirección Científica a principios del siglo XX, ingenieros en empresas innovadoras habían desarrollado tableros de control con la combinación de estos indicadores; por lo tanto, según Dávila (1999), “es una idea con cien años de antigüedad”. La idea de combinarlos para realizar el seguimiento de los procesos estratégicos tiene casi la misma edad que el concepto de estrategia; es decir, unos 40 años. De manera que, lo novedoso del Cuadro de Mando Integral es, exactamente, el modo como se seleccionan, determinan e interrelacionan los mencionados indicadores.

El Balanced Scorecard relaciona los resultados de las áreas misionales con respecto a las áreas de apoyo. En este sentido traduce la estrategia y la misión de una organización en un amplio conjunto de medidas de actuación, que proporcionan la estructura necesaria para un sistema de gestión y medición estratégica.

El CMI sigue poniendo énfasis en la consecución de objetivos financieros, pero también incluye inductores de actuación de esos objetivos, que, organizados como un conjunto coherente de indicadores de actuación, se enfocan desde cuatro perspectivas diferentes, las mismas que pueden cambiar o acoplarse a diferentes realidades:

**Financieras:** los indicadores financieros resumen las consecuencias económicas, fácilmente mensurables, de acciones que ya se han realizado. Si los objetivos son el crecimiento de ventas o generación de cash flow se relacionan con medidas de rentabilidad como por ejemplo los ingresos de explotación, los rendimientos del capital empleado, o el valor añadido económico. En nuestro caso se ha tomado la dimensión de la calidad del servicio entregado por el hospital hacia sus pacientes. Por lo que se plantean indicadores propios para la medición de esta dimensión.

**Clientes:** identificados los segmentos de clientes y de mercado en los que competirá la unidad de negocio y las medidas de actuación para ello, entre los indicadores se incluye la satisfacción del cliente, la retención de clientes, la adquisición de nuevos clientes, la rentabilidad del cliente y la cuota de mercado en los segmentos seleccionados. Para nuestro caso, se optimiza el escenario, enfocándolo hacia el paciente.

**Procesos internos:** se identifican los procesos críticos que permitan a la unidad de negocio entregar las propuestas de valor que atraerán y retendrán a los clientes de los segmentos seleccionados y satisfacer las expectativas de excelentes rendimientos financieros de los accionistas. Bajo el enfoque del Cuadro de Mando Integral se acostumbra a identificar procesos totalmente nuevos y no solo mejorar los existentes que representan el ciclo corto de la creación de valor.

Formación y crecimiento: identifica la estructura que la organización debe construir para crear una mejora y crecimiento a largo plazo. Sus fuentes principales son las personas, los sistemas y los procedimientos de la organización. Las medidas basadas en los empleados incluyen la satisfacción, retención, entrenamiento y habilidades de los empleados.

Los sistemas de información pueden medirse a través de la disponibilidad en tiempo real de la información fiable y oportuna para facilitar la toma de decisiones.

Los procedimientos de la organización serán medidos a través de los procesos críticos.

El Cuadro de Mando Integral ha resultado en una efectiva forma de gestionar, medir y direccionar las decisiones institucionales. En tal sentido se propone un CMI tomando como fundamento las características propias del Hospital, sus funciones, sus objetivos y visiones.

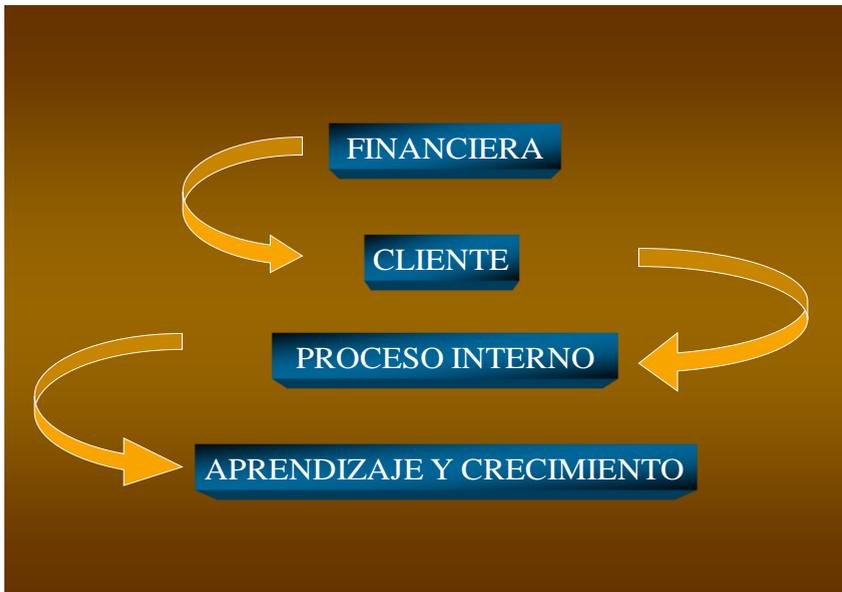
En los últimos años se han producido dos verdaderas revoluciones en la gestión de las empresas: la primera, la revolución de la medición con la incorporación generalizada de medidas no financieras a los sistemas de información y control convencionales y, la segunda, la revolución de la transparencia absoluta mediante la cual los directivos de las empresas informan al mercado con todos los indicadores internos que utilizan en su gestión.

Tanto por la primera revolución, la de la medición vía indicadores, también y sobre todo, no financieros, como por la segunda, la de la transparencia, el Cuadro de Mando Integral resulta una herramienta adecuada y muy popular, ya que permite conseguir ambos retos. Por otro lado, estas revoluciones, que en origen surgen en el Sector Privado, son perfectamente aplicables al Sector Público, donde por cierto, con unos ciudadanos cada vez más exigentes, con unos recursos públicos que no son ilimitados, las técnicas de gestión de empresa privada resultan no solo deseables si no imprescindibles, para garantizar el correcto funcionamiento de nuestras organizaciones.

En el Ecuador, a raíz de la promulgación de la actual Constitución de la República (octubre de 2008) y leyes secundarias como el COOTAD, Código Orgánico de Organización Territorial Autonomía y Descentralización; Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, aprobadas en septiembre y octubre de 2010, los planes estratégicos de las instituciones públicas están alineados al plan de desarrollo del país, lo que anteriormente no sucedía, puesto que en muchos de los casos ni siquiera se contaba con este instrumento de administración. En la actualidad la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SENPLADES, obliga a las instituciones públicas a presentar sus presupuestos basados en los planes estratégicos, los que a su vez se estructuran considerando los planes de desarrollo cantonal y nacional. Estas son algunas de las razones por las que la administración del sector público está cambiando y ahora utiliza herramientas como el plan estratégico, la mejora continua, el balanced scorecard.

En nuestra tesis presentaremos un balanced scorecard que deberá ser perfeccionado a futuro por los administradores del hospital y aspiramos a que pueda ser tomado como referencia para elaborarlo a nivel de toda la institución y porqué no, a nivel del Ministerio de Salud.

Como sabemos, los autores del modelo más conocido, Kaplan y Norton, plantean cuatro perspectivas del balanced scorecard:



**Gráfico 17** *Perspectivas del CMI*

En nuestra investigación, encontramos un planteamiento de perspectivas desde el punto de vista del sector público, que difiere del sector privado por cuanto los objetivos no son los mismos; en este último primará la rentabilidad en cambio que en el primero el servicio; es por ello, que nuestro trabajo tomará como base las perspectivas o enfoques planteados por el Ing. Arturo López, Director del Centro de Excelencia “Sector Gobierno y Entidades Públicas” del Club Tablero de Comando y lo adaptaremos al Servicio de Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso.

*“...El enfoque del impacto del gobierno al ciudadano.- En esta perspectiva el gobierno puede monitorear los indicadores definidos para evaluar la percepción y la calidad de los servicios y acciones de impacto directo a la población gobernada. Para la mayoría de los gobiernos e instituciones públicas esta es la perspectiva más importante debido a que la razón de ser de estas instituciones es el servir al ciudadano...”*

*“...El enfoque a los procesos y proyectos (gestión del gobierno).- Esta perspectiva le permite monitorear y tomar de decisiones al gobierno sobre el estatus de aquellos proyectos, obras o acciones que tendrán impacto directo hacia los servicios que ofrece el gobierno a los ciudadanos. Indicadores típicos definidos en esta perspectiva son: infraestructura disponible para servicios públicos de salud o educación, programas de promoción de inversión extranjera o para el campo, programas de vinculación laboral, servicios que ofrece el gobierno a través de internet (e-gobierno), entre otros.*

*El enfoque a los recursos financieros y restricciones económicas.- Esta perspectiva le permite a la institución pública monitorear el estado de las finanzas públicas y recursos destinados a aquellos proyectos y acciones estratégicas que habrán de incidir directamente en los ciudadanos. Y que la ausencia de estos o la mala aplicación de los recursos, impactarán directamente en los servicios y percepción de la ciudadanía. Ejemplos de indicadores típicos de esta perspectiva son: presupuesto ejercido vs. el programado, programas con presupuesto combinado, ingresos o gastos extraordinarios, pagos a deuda pública, economía mundial, balanza comercial, entre otros.*

*El enfoque al aprendizaje y crecimiento de la institución pública.- Esta perspectiva, que puede ser la base de las perspectivas restantes, permite monitorear y evaluar directamente el interior del organismo público; enfocándose directamente al desarrollo y calidad de los servidores públicos. El trabajar efectivamente en el logro de los objetivos e iniciativas definidas en esta perspectiva permitirá resultados concretos en una mejor administración de los recursos financieros, y que a su vez deberá detonar mejoras en los proyectos, obras y acciones del gobierno que impactarán directamente en la percepción y calidad de los servicios a los ciudadanos. Algunos indicadores típicos o temáticas de esta perspectiva son: los programas dirigidos al servicio civil de carrera de los servidores públicos, el combate a la corrupción, los programas de capacitación a los burócratas, tecnología y equipamiento adecuado para los servidores públicos, programas de calidad e innovación, entre otros..”.*

En el modelo de Kaplan y Norton, la perspectiva más importante en el sector público sería la del Cliente porque esa es la razón de ser de la entidad pública, en nuestro caso del Hospital Vicente Corral Moscoso y en particular del Servicio de Consulta Externa.

<b>PERSPECTIVA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>
IMPACTO DEL GOBIERNO AL CIUDADANO	Mejorar la calidad de las prestaciones de salud, contingencias de enfermedad, maternidad y riesgo de trabajo.	Asignación de partidas presupuestarias destinadas al mejoramiento de espacios físicos, señalética, y mejora en la atención	Porcentaje de usuarios que califican como excelente el servicio recibido.
PROCESOS Y PROYECTOS	Reducir el tiempo de entrega de turnos	Unificación de horarios laborales en consulta externa 06:30 am	Número de pacientes que esperan más de 1h04 minutos para que le entreguen el turno.
RECURSOS ECONÓMICOS Y RESTRICCIONES FINANCIERAS	Contar con el 100% del presupuesto asignado	Mejorar las relaciones con el departamento de tesorería nacional.	Presupuesto de ingresos recibido.
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN	Empleados comprometidos con la calidad del servicio	Desarrollo de adecuadas políticas de mejora en la gestión del talento humano, plan estratégico en RRHH	Porcentaje de empleados comprometidos con la calidad del servicio de consulta externa.  Porcentaje de cumplimiento del plan estratégico del talento humano

**Tabla 14** CMI aplicado al HVCM

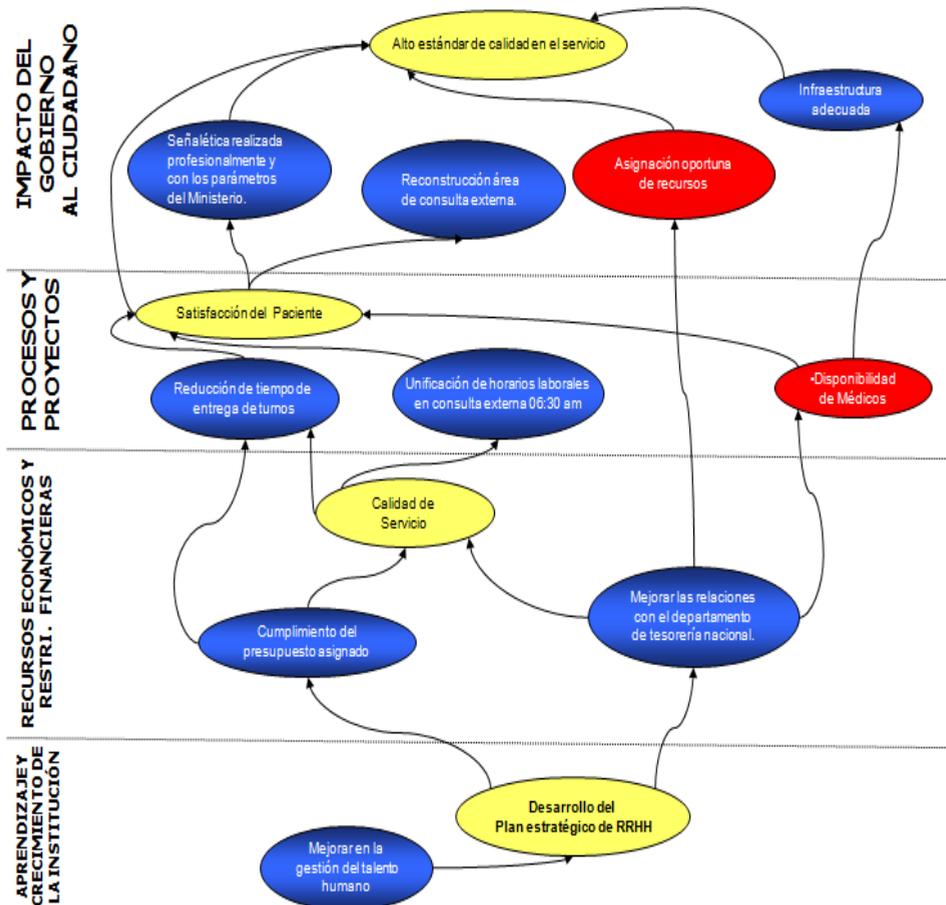


Gráfico 18 Mapa estratégico aplicado al HVCM

## 5.3 PROPUESTA DEL PLAN DE ACCIÓN

El plan de acción conocido también como plan operativo o POA, es el que se elabora para ser cumplido a corto plazo, generalmente a un año y es la herramienta que nos permite especificar las actividades, tiempos, presupuestos, responsable de ejecutar las acciones tendientes a conseguir la meta propuesta y por ende el objetivo estratégico. El POA es parte del plan estratégico y permite alcanzar objetivos intermedios hasta llegar a conseguir los objetivos planteados en éste.

En el 2011, para el área de consulta externa se plantea el siguiente plan operativo:

OBJETIVO	INDICADOR	META	TIEMPO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE	FACTOR CLAVE
Mejorar la calidad de las prestaciones de salud, contingencias de enfermedad, maternidad y riesgo de trabajo.	Porcentaje de usuarios que califican como excelente el servicio recibido.	20%	1 año	Presupuesto de la entidad.	Jefe de Consulta externa.	Administración de recursos humanos. Renovación de equipos. Infraestructura adecuada. Asignación de recursos económicos.
	Porcentaje de usuarios que localizan los letreros sin dificultad.	70%	1 año	Presupuesto de la entidad.	Coordinadora Administrativa.	Señalética realizada profesionalmente y con los parámetros del Ministerio.
	Porcentaje de usuarios que califican el espacio físico del servicio de consulta externa, como cómodo.	70%	1 año	Presupuesto de la entidad	Director	Reconstrucción área de consulta externa. Mobiliario adecuado.
Reducir el tiempo de entrega de turnos.	Porcentaje de pacientes que esperan más de 1h04 minutos para que le entreguen el turno.	30%	Semestral	Presupuesto de la entidad.	Director del Hospital  Jefe de Consulta Externa	Unificar horarios de atención. Apoyo de la Dirección Compromiso del personal. Adecuación de horarios del personal de médicos.

Contar con el 100% del presupuesto asignado	Presupuesto de ingresos recibido.	100%	1 año	Presupuesto de la entidad.	Director del Hospital. Coordinadora Financiera.	Aportes oportunos y totales del Gobierno.
Empleados comprometidos con la calidad del servicio.	Porcentaje de empleados comprometidos con la calidad del servicio de consulta externa.	90%	1 año	Presupuesto de la entidad.	Director del Hospital. Coordinador de Talento Humano. Jefe de Consulta Externa.	Empoderamiento del personal. Sinergia.

**Tabla 15** *Propuesta de Plan de acción para el HVCM*

Como todo plan, es flexible y sujeto a modificaciones en el transcurso de su ejecución. La responsabilidad de su aplicación es del Director del Hospital.

## CONCLUSIONES

A muchas personas les llamará la atención que pueda desarrollarse una tesis para obtener un título de Magister en Administración de Empresas, en una institución pública, y claro, la idea de una maestría de este tipo es cómo administrar mi negocio o emprender en uno, pero justamente la idea de los autores fue demostrar que mucho de lo que se trata en los módulos de la maestría es plenamente aplicable al sector público y más aún debería ser en muchos casos obligatoria su aplicación.

No habrá herramienta de administración que pueda cambiar o mejorar un proceso, actividad o imagen de una organización, si no existe el compromiso y empoderamiento por parte de su personal.

La infraestructura del servicio de consulta externa no brinda las comodidades necesarias a los usuarios.

La señalización en el servicio de consulta externa es inadecuada y no permite una adecuada localización y ubicación por parte de los usuarios.

El servicio de consulta externa no cuenta con personal médico a tiempo completo que permita manejar de mejor manera los horarios de atención.

La coyuntura política a la fecha de elaboración de la presente tesis (año 2010) constituye una oportunidad para el cambio en el hospital Vicente Corral Moscoso, en vista del apoyo que el gobierno ha dado al sector social y en particular al sector salud, basado en la constitución de la república, para lo cual se han dado importantes incrementos en las asignaciones presupuestarias.

La gratuidad en el servicio de salud constante en la Constitución de la República y aplicada por este gobierno, ocasionó un importante incremento en los usuarios del Hospital y del servicio de consulta externa, que obliga a mejorar los procesos y optimizar los recursos humanos y económicos.

Tan sólo el 12% de los usuarios califican como excelente el servicio recibido en consulta externa.

## RECOMENDACIONES

La administración del hospital y su personal deberán tener una participación más activa en la elaboración de su plan estratégico y operativo, con la finalidad de que se involucren en la formulación y consecución de sus objetivos.

La administración del hospital deberá emprender en una verdadera gestión del talento humano, que incluya un plan agresivo de capacitación en temas de atención al público y relaciones humanas hacia los clientes internos y externos. Empezará en un proceso de mejora de la infraestructura física del servicio de consulta externa que incluya entre otras cosas lo siguiente:

Consultorios funcionales para la atención de los diferentes servicios.

Sala de espera con mobiliario que brinde la comodidad a los usuarios.

Utilización de medios audiovisuales para información en la sala de espera, sobre turnos y horarios de los médicos.

Señalización de fácil comprensión en lugares adecuados y observando las disposiciones emitidas para el efecto por el Ministerio de Salud.

Plantearse como objetivo a mediano y largo plazo, contar con personal médico a tiempo completo que permita distribuir de mejor manera los horarios de atención al público.

Contar con el involucramiento del personal en la elaboración del plan estratégico y operativos, permitirá estructurar el presupuesto en base a las necesidades concretas de cada área.

Medir el nivel de satisfacción de los usuarios y aplicar el POA sugerido para verificar la variación en este índice, con el objeto de emprender en otros procesos de mejora continua.

## BIBLIOGRAFIA

ALVAREZ, F. (2003). *CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD*. ECOEDICIONES.

COLUNGA, C. D. (1995). *ADMINISTRACION PARA LA CALIDAD*. MEXICO: PANORAMA SA.

ISHIKAWA, K. (1988). *QUE ES EL CONTROL DE CALIDAD TOTAL*. BOGOTA: NORMA.

MORRIS, B. (1994). *REINGENIERIA COMO APLICARLA CON EXITO EN LOS NEGOCIOS*. MCGRAW HILL.

MOSCOSO, H. V. (20 de 01 de 2010). *HOSPITAL GENERAL DOCENTE VECENTE CORRAL MOSCOSO*. Obtenido de <http://www.hcvm.gob.ec>

PLANIFICACION, S. N. (10 de 05 de 2010). *SENRES*. Obtenido de <http://senres.gob.ec>

PUBLICA, M. D. (01 de ENERO de 2010). *MINISTERIO DE SALUD*. Obtenido de <http://www.msp.gob.ec>

THOMSON. (2005). *ADMINISTRACION Y CONTROL DE CALIDAD*. MEXICO.

VENORMELIGEN. (1998). *LA GERENCIA DE CALIDAD EN SALUD*. FASBASE.