

ESCUELA SUPER  
DEL



A  
T  
614  
ACO

Escuela de Postgrado en Administración  
de Empresas

Programa de Gerencia en Servicios de Salud

PRIMERA PROMOCION

Trabajo de Graduación

Mejoramiento del Proceso de Atención en la Consulta Externa  
del Hospital Francisco Icaza Bustamante

Realizado por

Lcda. Rosario Acosta  
Dra. Jenny De Mori  
Dr. Jaime Romero  
Dr. Irisarry Macías A.  
Ing. Jorge Grisales  
Dr. Enrique Valenzuela

Dirigido por

**DR. ERNESTO TORRES**

Guayaquil, Diciembre 1996



*El Jurado Examinador una vez revisado el presente trabajo otorga la calificación siguiente*

**Trabajo Monográfico:** .....

**Sustentación:** .....

**Sumatoria:** .....

**Equivalente:** .....

*Firma del Jurado*

.....

.....

.....

.....

.....

## ABSTRACT

***Mejoramiento del Proceso de Atención en la Consulta Externa en el Hospital Pediátrico "Francisco de Icaza Bustamante".***

El documento que a continuación se presenta, está encaminado fundamentalmente a revisar y mejorar, en forma integral, las diferentes etapas en las que está constituido el proceso de atención en la Consulta Externa en el Hospital de Niños "***Francisco de Icaza Bustamante***", localizado en la Ciudad de Guayaquil, Ecuador.

El objetivo primordial de esta investigación es, luego de identificar los métodos, procedimientos o conductas que determinan o están relacionados tanto con la satisfacción de los usuarios del servicio de Consulta Externa como con los estándares de calidad exigidos para áreas hospitalarias similares a la estudiada, presentar alternativas y/o recomendaciones de carácter eminentemente gerencial que permitan modificar positivamente y de manera gradual, dichos elementos.

La investigación ha sido realizada por el denominado "Grupo Hospitalario" del Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud de la ESPAE-ESPOL. El carácter multidisciplinario del mismo, conformado por profesionales de la medicina, enfermería e ingeniería, ha permitido que tanto el análisis de la problemática investigada como de los resultados obtenidos, se realice desde una óptica amplia y sistémica, general en unos casos, y muy particular en lo relevante.

Metodológicamente, la investigación fue elaborada conforme lo determina el método científico de rigor, con aplicación de técnicas cualitativas y cuantitativas tanto de investigación como de análisis, para lo cual se contó permanentemente con la asistencia académica y guía de un tutor local designado por la Universidad.

Para el cumplimiento exitoso de los objetivos planteados, fue vital, en términos de provisión de datos e información, el apoyo y colaboración de las máximas autoridades del hospital, del propio personal que allí labora, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y de la Escuela de Post grado en Administración de Empresas de la ESPOL.

# TABLA DE CONTENIDO

|  |    |
|--|----|
| 1. ANTECEDENTES .....  | 4  |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....  | 6  |
| 3. OBJETIVO GENERAL .....  | 7  |
| 3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS : .....  | 7  |
| 4. INTRODUCCION .....  | 8  |
| 5. MARCO TEORICO.....  | 9  |
| 5.1. RESUMEN HISTORICO SOBRE EL ORIGEN DE LOS HOSPITALES. ....                           | 9  |
| 5.2. DESARROLLO DE LOS HOSPITALES.....   | 16 |
| 5.3. Red Integral de servicios. ....   | 16 |
| 5.4. En Ecuador. ....  | 17 |
| 5.5. LA CONSULTA EXTERNA.....  | 19 |
| 5.5.1 DEFINICION Y ASPECTOS GENERALES .....  | 19 |
| 5.5.2 TIPOS DE CONSULTA EXTERNA .....  | 20 |
| 5.5.3 ORGANIZACION DE LA CONSULTA EXTERNA.....   | 22 |
| 5.5.4 PROCEDIMIENTO DE LA ATENCION. ....   | 25 |
| 5.6 EL HOSPITAL DEL NIÑO "DR. FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMANTE".....                        | 28 |
| 5.7. EL PROCESO DE MEJORAMIENTO.....   | 32 |
| 5.7.1 Enfoque de Calidad. ....   | 32 |
| 5.7.2 El Proceso de Mejoramiento. ....   | 34 |
| 5.7.3 El Ciclo Deming o PHVA.....  | 34 |
| 5.7.4 Esquema del Ciclo PHVA.....  | 35 |
| 6. DISEÑO METODOLOGICO.....  | 39 |
| 6.1 TIPO DE ESTUDIO.....   | 39 |
| 6.2 UNIVERSO Y MUESTRA.....  | 39 |
| 6.3 DEFINICION DE UNIVERSO: unidad de muestreo y tamaño. ....                            | 39 |
| 6.4 UNIDADES DE ANALISIS.....  | 40 |
| 6.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....  | 40 |
| 6.6 METODO DE SELECCION DE LA MUESTRA .....  | 40 |
| 6.7 METODOS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA<br>INFORMACION..... | 41 |
| 6.7.1 LA OBSERVACIÓN DIRECTA .....   | 41 |
| 6.8 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS.- .....  | 43 |
| 7. RESULTADOS, ANALISIS .....  | 47 |
| 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....   | 66 |
| 8.1 RECOMENDACIONES .- .....   | 68 |
| 9. BIBLIOGRAFIA.....   | 72 |

## PROYECTO

### MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL PEDIATRICO "FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMANTE" DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL

#### 1. ANTECEDENTES

A partir de 1994 el Ministerio de salud Pública del Ecuador implanto en varios hospitales del país un programa de capacitación para el personal directivo con el objeto de introducir los conceptos de calidad y de calidad total en las atenciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. El hospital "Francisco de Icaza Bustamante" fue considerado como piloto para el desarrollo de dicha propuesta.

Con esta iniciativa se presentó en el hospital la oportunidad de desarrollar un programa que permita capacitar al personal encargado de dichas funciones. Una vez capacitado el grupo directivo y con el compromiso gerencial del mismo se inicio un programa que constaba de tres módulos de capacitación al personal de consulta externa, cirugía, emergencia y administración.

En estos módulos se capacito al personal en técnicas de trabajo en equipo, identificación y resolución de problemas , herramientas de calidad y se planearon procedimientos de motivación y estímulos.

Bajo la dirección del comité de calidad, se conformaron círculos de calidad que empezaron a funcionar en dichas áreas con la elaboración de un micro proyecto que permita mejorar la atención del usuario.

Dentro de los círculos de calidad se vizualizaron y priorizaron los problemas de las distintas áreas , de lo cual sirvió para la elaboración de microproyectos.

Los microproyectos fueron:

- a) disminución del tiempo de espera en cirugía
- b) establecer un proceso ágil para la adquisición de insumos
- c) atención oportuna en emergencia
- d) tiempo de espera prolongado en la consulta externa.

Los grupos realizaron encuestas, elaboraron indicadores, en la información basada en el usuario que permitió determinar las falencias del equipo.

En el servicio de Consulta Externa se obtuvieron los siguientes datos hasta Diciembre de 1995 ( ver anexo ) que demuestra que la atención que se brinda en la misma carece de elementos de calidad y que son factibles de superar estableciendo un cambio en los procesos de la misma.

PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE LA CONSULTA EXTERNA SEGUN  
TECNICA DE CONCENSO - DICIEMBRE 1995

| NUMERO | PROBLEMAS                               | ORDEN |
|--------|---|-------|
| 1      | Area fisica inadecuada                  | 10    |
| 2      | Tiempo de espera                        | 18    |
| 3      | Falta de información                    | 5     |
| 4      | Maltrato al usuario                     | 7     |
| 5      | Citas Prolongadas                       | 12    |
| 6      | Impuntualidad                           | 5     |
| 7      | No se repeta el turno                   | 12    |
| 8      | Privilegios                             | 3     |
| 9      | Medicamentos                            | 7     |
| 10     | Tickets (agilidad) horario - ventanilla | 4     |
| 11     | Mucho trámite Pediatría - Especialista  | 18    |

Fuente : Proyecto Mejoramiento de Calidad de los servicios de Salud Diciembre/95

SELECCIONDE CAUSAS VITALES DE LA DEMORA EN LA ATENCION AL  
PACIENTE EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DEL NIÑO "DR  
FCO.ICAZA BUSTAMANTE "

| Causas  | Importancia ° | Vulnerabilidad °° | Total |
|---|---------------|-------------------|-------|
| Demanda exagerada   | 5             | 0                 | 5     |
| Desconocimiento de usuarios sobre servicios periféricos     | 3             | 1                 | 4     |
| Entrega de tickets en la mañana                             | 4             | 4                 | 8     |
| Falta de información del usuario                            | 2             | 4                 | 6     |
| Falta de coordinación de permisos y vacaciones del personal | 6             | 6                 | 11    |
| Cupo Limitado   | 3             | 0                 | 3     |
| Pacientes subsecuentes sin cita                             | 0             | 0                 | 0     |
| Impuntualidad del personal                                  | 7             | 6                 | 13    |
| Poca atención periférica                                    | 3             | 0                 | 3     |
| Privilegios   | 2             | 3                 | 5     |
| Interrupción de la consulta                                 | 2             | 2                 | 4     |
| Desmotivación del personal                                  | 2             | 3                 | 5     |
| Imprevistos   | 0             | 0                 | 0     |

Fuente : Equipo de calidad de la Consulta Externa Abri-95

° Importancia :

°° Vulnerabilidad : Capacidad de resolver un problema

Seleccionadas como causa vitales :

1. Impuntualidad del personal
2. Falta de Coordinación de permisos y vacaciones del personal
3. Entrega de tickets en la mañana
4. Falta de información del usuario

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Cuales son los factores primordiales que han incidido en la satisfacción de los de los usuarios del servicio de consulta externa del hospital Pediatrico “ Dr. Francisco Icaza Bustamente “ de la ciudad de Guayaquil durante los años 1994 - 1995

### **3. OBJETIVO GENERAL**

Proponer alternativas de cambio que impliquen un mejoramiento en la satisfacción del usuario, analizando el proceso existente bajo el cual se realiza la prestación del servicio de consulta externa en el Hospital "Francisco de Icaza Bustamante" de la ciudad de Guayaquil

#### **3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS :**

Analizar la producción de la Consulta Externa del Hospital del Niño durante el año 1995.

Identificar los principales problemas de la Consulta Externa, especialmente los relacionados con la calidad de la oferta.

Determinar los factores principales que inciden en la satisfacción de los usuarios del servicio de Consulta Externa.

Proponer recomendaciones para el mejoramiento del proceso de la atención en la Consulta Externa, a partir de las necesidades y expectativas del usuario tanto interno como externo

#### 4. INTRODUCCION

El trabajo que a continuación se presenta, está encaminado fundamentalmente a revisar, en forma integral, las diferentes etapas de el proceso de atención en la *Consulta Externa en el Hospital de Niños "Francisco de Icaza Bustamante"*, de la Ciudad de Guayaquil, Ecuador.

El objetivo primordial del análisis propuesto, radica en presentar alternativas de carácter gerencial que permitan mejorar de manera gradual, aquellos procedimientos que alteran o inciden negativamente en los estándares mínimos de calidad exigidos para estas áreas hospitalarias.

Metodológicamente, se ha estructurado una matriz de priorización de problemas, consiguiéndose así la identificación de los eventos que mayormente influyen para que la prestación de este servicio sea cuestionada por la colectividad.

Para el desarrollo de la actividad propuesta, se cuenta con el apoyo de las máximas autoridades del Hospital, la asistencia permanente de un tutor local y el concurso de los estudiantes que integran el denominado Grupo Hospitalario del Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud, de la ESPOL - ESPAE.

## 5 MARCO TEORICO

### 5.1. RESUMEN HISTORICO SOBRE EL ORIGEN DE LOS HOSPITALES.

“ *L’Histoire est une resurrection* ”

MICHELET

¿Cuál es el origen de los Hospitales?. ¿Desde cuándo registra su existencia la historia de la humanidad?

La mayoría de los autores datan su origen en los primeros siglos del cristianismo; más desde que el filólogo Profesor Eber, de Berlín, descifró su famoso Papyrus, encontrando datos inequívocos de que había hospitales en Egipto, en los templos de Saturno, desde 4.000 años antes de Jesucristo. Según dicho papyrus, había en Heliópolis una clínica anexa al templo del mencionado Dios. En las ciudades de Denderah, Tebas y Menfis, las había igualmente.

En la Biblia se encuentra que durante la época patriarcal, tanto la riqueza como la miseria eran desconocidas para el pueblo judío. A este respecto, Moisés, legislador sapientísimo, impuso la *beneficencia* como un deber primordial. En la lengua hebraica no se conoce la palabra limosna: para sustituirla se emplea un vocablo que más bien significa *equidad* y *justicia*.

Era, en ese entonces, obligatorio velar por los necesitados y menesterosos, prestarles dinero sin recibir jamás en prenda herramientas ni ropa, siendo severamente castigado el atraso en el pago de salarios a los trabajadores. Existía varios impuestos de beneficencia; las colectas eran públicas y regulares, siendo su producto distribuido con liberalidad, delicadeza y puntualidad.

La primera vez que se lee algo sobre los médicos en la Biblia es cuando José hace embalsamar el cuerpo de Jacob, pero no dice nada de los cuidados que debieron prodigarle en su enfermedad.

Es indudable que así como en Egipto existieron en los templos sacerdotes encargados de implorar a Dios por la salud de los pacientes y administrarles al mismo tiempo las medicinas necesarias, así también entre los Judíos fueron los profetas y Rabinos los que actuaban en la misma forma. Daban a los enfermos bebidas que ya en esa época se conocían con el nombre tisanas.( 72 )

La estima y consideración de que gozaron los médicos Israelitas entre sus compatriotas, puede apreciarse por la misma Biblia, que dice: "*Honora medicum propter necessitatem*" ( 72 )

Esculapio, el padre de la Medicina, fue griego. En este país los médicos se llamaban "Nosófugos" y los cirujanos "Franmáfilos". A Esculapio se le atribuye la frase "*los errores en el tratamiento llevan a los aciertos y lo irracional a lo racional*".

Hipócrates nacido en el 460 A.C., inició la liberación de las creencias médico religiosas y fue el primero en insistir en la observación y la importancia que tiene el registrar los datos clínicos, así como también se le atribuye la primera descripción de las diferencias sistemáticas de las enfermedades. ( 13 )

Chirón, el más experto en reducir fracturas y luxaciones, aplica remedios y apósitos; no es extraño que de su nombre tenga origen la palabra Cirugía y sus derivados, cirujano y quirúrgico

La *hospitalidad* era tan grande en Grecia que no se preguntaba, antes de brindarla, el nombre o la procedencia de los viajantes, sino después de haber satisfecho sus necesidades. Dábase el nombre de Xenodoquías a las hosterías abiertas a los caminantes y viajeros, y el de Gerusiae, a los asilos donde los ancianos eran mantenidos por el peculio de la comunidad

Existía, en ese entonces, médicos que prestaban asistencia gratuita a domicilio a los indigentes, siendo pagados por asociaciones privadas o por el erario público, tal como actualmente se lo hace. El Senado se ocupaba de controlar si los que recibían este beneficio lo merecían o no, para evitar los fraudes.

Todos los que no tenían cómo vivir, sea por invalidez a causa de las guerras, o porque sus males los incapacitaban para el trabajo, recibían uno o dos óbolos concedidos por la nación para su sustento, en forma similar como las modernas naciones

En la Roma antigua la hospitalidad era tan rigurosamente observada como en Egipto, en Grecia y en el Pueblo de Sión.

Los romanos, como los griegos, tenían habitaciones en sus casas especialmente reservadas para forasteros; cuando su fortuna se lo permitía, dichas habitaciones formaban un cuerpo separado del resto de la casa, que se designaba con el nombre de "*Hospitalia*"; las legiones extranjeras, cuando venían a Roma, eran alojadas en mansiones especialmente preparadas, que se llamaron "*Hospitios*", palabra que en las lenguas vivas modernas sirven para designar los locales donde se asiste a los enfermos y los que sirven de refugio a los enfermos crónicos y a los ancianos desvalidos, respectivamente.

En los Gimnasios y grandes circos, los atletas y gladiadores eran inmediatamente atendidos por médicos Ad-hoc, que presenciaban las luchas; Galeno mismo desempeñaba estas funciones en Vérgamo; Vecenio, Caspurgio y otras. Para ejecutar sus órdenes contaban con diversos auxiliares o enfermeros especializados que se conocían con los nombres de pedotribos, alitos, jaraleptos, etc., según el trabajo que hacían.

Los romanos indigentes iban a establecerse en los templos de Esculapio y pasaban alojados en salas contiguas provistas de camas donde los médicos los curaban gratuitamente, siendo remunerados del tesoro público por los "denuriones" especie de alcaldes o burgomaestres, encargados de la administración de las ciudades.

En cada legión romana compuesta de 6.000 hombres había diez médicos. Higinius Gramaticus, en su libro de Castrationem, Cap. II, habla del lugar destinado, en los campamentos, no solo para cuidar a los hombres enfermos "Valetudinarium", sino también del destinado con el mismo objeto para los animales, "Veterinarium"(Vegetius, Dere Militare, libro II, cap. 10) trata con detalles de la manera cómo los soldados romanos eran asistidos en los hospitales y de la vigilancia que ejercían los jefes de estos establecimientos para que a los asistidos no les faltase lo necesario. Los empleados de servicio se llamaban "d'optione valetudinari", los encargados de las provisiones y otros suministros, "locis aegris". ( 72 )

Existía, además, los "Iatras" o tabernas médicas, descritas por Galeno, que no diferían de las *Consultas Externas* de los modernos hospitales, siendo conveniente notar que los pacientes pagaban una moderada retribución de acuerdo con sus circunstancias. ( 72 )

La palabra *Hopes* en Latín significa huésped y *Hospitium* hospicio o lugar en donde recibir huéspedes. *Hospitalis* es un adjetivo relativo a *hospitium* es decir *HOSPITAL*. "( 1 - 2 - 5 - 31 )

Quizá los primeros hospitales propiamente dichos de que se tiene memoria, aparecieron en el siglo IV D.C. En Ostia, por ejemplo, fue fundado cerca de Roma, por Fabiola en el año 400, uno de los primeros hospitales de Italia. Después surgieron otros hospitales, casi todos ellos patrocinados por iglesias o monasterios en diferentes partes de Italia: Milán, Florencia, Padua, Salerno. Así mismo, en Francia en el año 542, Childeberto I, rey de los francos, fundó el primer hospital Hotel Dieu; posteriormente en el año 652 San Landry puso en servicio el famoso Hospital Hotel Dieu de París; en Siena en el año 898 se fundó un nosocomio de los más antiguos de Italia, llamado Santa María de la Scala; también en el año de 1198 Inocencio III patrocinó uno de los hospitales más viejos de Roma, con el nombre de Ospedale di Santo Spirito y posteriormente en Florencia en el año de 1421 empezó a funcionar el II Ospedale di Santa María de Innocenti.( 2 - 31 )

León III hizo construir la basílica de San Pedro y un Hospital. En la vida de los santos hállase, entre las obras más meritorias para su canonización, la devoción especial de cuidar de los enfermos y son muchos los fundadores de los Hospitales. Este fue uno de los poderosos medios en su obra evangelizadora; así, San Agustín establece uno en Hipona, San Cristosamo en Constantinopla, San Luis de Francia el Hospital de Quinze, Vings en París, etc. San Juan de Dios en el siglo XVI establece su célebre orden y San Vicente de Paul la de las hermanas de la caridad.

Es evidente la gran obra benéfica del cristianismo; merced a él, la institución de los Hospitales como la mayor parte de los conocimientos científicos, halló refugio en el seno de los conventos, durante el largo período comprendido entre la caída del Imperio Romano y el Renacimiento.

Doscientos sesenta años A.C., los Budistas tenían ya sus hospitales tan bien organizados como los actuales hospitales modernos bajo el reinado del Emperador Asaka en el Indostán.

Los Arabes aprendieron la medicina de los Judíos así como estos la tomaron de los Egipcios. Fundaron hospitales llamados "Marasttins", primero dos en Bagdad, en tiempo del califa Haroun Al Raschid, un hospital muy similar al que existió en Gondishapur; en el año 707 el califa El Welid fundó el hospital de Damasco. En el Cairo se estableció otro en 874 y tres más en Egipto entre los años 925 y 977. También establecieron algunos otros en la España Mora.

En Persia se llamaba a los Hospitales, palacios de la salud, aunque por la infidelidad y la avaricia de los administradores, se transformaron paulatinamente en palacios de la muerte, nombre con que fueron apodados por el vulgo.

Los primeros establecimientos especializados fueron los destinados al tratamiento de la Lepra, con el nombre de lazareto, cuyo origen atribuyen algunos a san Lázaro bajo cuya advocación fueron puestos estos Hospitales. Otros piensan que esta palabra procede de una corrupción del vocablo Arabe "El Hezar" que designaba a un Hospital para ciegos, anexo a la mezquita célebre de las "Flores" en Egipto.

Como se ha descrito, desde los tiempos más remotos, en todos los pueblos y en todas las religiones han estado involucrados, en la asistencia pública para los enfermos, templos, sacerdotes, médicos, *consulta externa*, servicio social, asistencia a domicilio y hospitales.

Uno de los hospitales más viejos de Inglaterra es posiblemente el que los Sajones establecieron en 937 en York, después el de Saint Gregory, fundado en 1084 y el Saint Cross de Winchester en 1123; el de Saint Thomas que data del año 1215, uno de los más famosos por haberse establecido en él la primera *Escuela de Enfermería*, dirigida por Florencia Nightingale. Otro hospital de gran tradición en Inglaterra es el Saint Bartholomew de Londres, en operación desde 1123.

En la España de los Reyes Cristianos, quizá los hospitales más viejos son los de Madrid, que fundó Felipe II en 1566. Allí se estudió no solo la estructura y funcionamiento del cuerpo, sino también su patología. Se redescubrió la enfermedad como un fenómeno natural. *Se inició la experimentación y se insistió en curar, más que en asistir a los enfermos.* Finalmente, se confió la terapéutica a los médicos, lo que permitió la organización profesional de estos últimos.

Los años cercanos al Renacimiento constituyen una época muy importante para la fundación de los diversos hospitales; así, por ejemplo, Luis IX, en 1260, fundó el hospital llamado Des Quinze Vingts; también en el mismo París, Luis XIII estableció la Salpetriere, primero para dar asilo a mujeres indigentes y posteriormente como hospital de enfermos mentales. De esa misma época es el hospital de la Charité, fundado por María de Médicis, en el año 1602. En ese hospital trabajaron célebres médicos franceses, entre otros Corvisart, Laënnec, Bouillaud y Andral. Así mismo el conocido hospital de san Luis fundado en 1607 por Enrique IV donde ejercieron Fournier y Sabourand. El hospital Val

de Gráce que fue fundado por Ana de Austria en 1661, se convirtió en 1790 en hospital militar donde estudiaría Broussais, el fundador de la Escuela Médico Militar Francesa.

En Estados Unidos los primeros hospitales que se fundaron fueron establecidos en las antiguas colonias inglesas; el Hospital General de Filadelfia en 1713 y el Hospital General de Massachusetts en 1816.

En la América continental el primer Hospital fue el que fundó Hernán Cortes en 1524 con el Nombre de Jesús de Nazareno. Posteriormente fundó el Hospital de San Hipólito destinado a enfermos mentales como anexo al templo del mismo nombre . ( 26 )

A pesar de lo anterior, se ha encontrado datos en lo referente a que el “primer hospital en las Indias, fue el de Santo Domingo, el cual tuvo su origen en una caritativa negrita que recogía en su bohío a los enfermos pobres. Lo inició en 1502 o 1503 luego lo tomó a su cargo el Gobernador Nicolás Obando y recibió el nombre de Hospital de San Nicolás. ( 26 )

La fundación del Hospital de Santa María, La Antigua del Darién, fue dispuesta por Fernando II Rey de España el 6 de Diciembre de 1513 y el hospital de Panamá se fundó en 1533, aunque era más antiguo el hospital de San Lázaro en Cartagena de Indias.

En México, mediante Cédula Real del 18 de Mayo de 1553 se ordenó construir el Hospital de México.

El Hospital Real de San Andrés, en Lima, fue fundado en 1538 y el de Santa Fé de Bogotá el 21 de Noviembre de 1564. ( 26 )

En Ecuador, según relata la historia, habíase designado en el año de 1563 al Licenciado Hernando de Santillán, presidente de la recién fundada Real Audiencia de Quito. Llegó a fines de Agosto de 1564 y quedó impresionado al observar a los enfermos bañarse en las aguas del Río Guayas, por lo que dispuso al cabildo la conveniencia de un Hospital el cual fue concluido e inaugurado el 25 de noviembre de 1564 con el nombre de Santa Catalina Virgen y Mártir. ( 26 )

Julio Estrada Icaza relata : *“El establecimiento del hospital de Santa Catalina Virgen y Mártir marcó el inicio de un período de notable crecimiento en Guayaquil....( 26 )*

El hospital de Santa Catalina Virgen y Mártir con el paso de los años adquirió varios nombres, entre los cuales están : de San Juan de Dios, de la Caridad, Civil , General y a raíz del fallecimiento de uno de los más conspicuos Directores de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, Don Luis Vernaza, en julio de 1942, se le impuso el nombre con el que se lo conoce hoy “Luis Vernaza”.

El segundo Hospital que se fundó en el Ecuador fue el de Quito, el 9 de Marzo de 1565 llamado el Hospital de la Santa Caridad y Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo, colocándose bajo el patronato real, para organizar su su administracion se conformo la Hermandad de la Caridad .A partir de 1706 paso a manos de los religiosos betlemitas,

especializados en la atención de hospitales y cambia su nombre por el de San Juan de Dios con el que llega a nuestros tiempos.

En la ciudad de Cuenca en 1585 se fundó un hospital, en Riobamba en 1581 y en Ibarra en 1612, bajo la iniciativa de Don Antonio de Carvajal.

En el siglo anterior los servicios médicos para la población menos favorecida por la fortuna, se encontraba deficientemente atendida por varios factores ( atraso del país, y las enormes distancia )y la ley del régimen municipal que atribuía a los Municipios la atención de los hospitales , cementerios y manicomios, pero como tampoco era la mas eficiente el Congreso Nacional de 1887 considero necesario facultar a las Municipalidades la formación de Juntas de Beneficencia y sanciona la ley el 13 de Agosto de 1887.

Con estos antecedentes es posible comprender que cuando ocurrió el gran incendio, en Guayaquil el 8 de Octubre de 1902 ,es en ese momento que se inicia la edificación de lo que vendría a ser el Hospital Civil quedando terminado el 31 de Octubre de 1903, funcionando como hospital general y no sería, hasta que el nuevo edificio quedara funcional que se pasarían a lo que ahora se conoce como Hospital Luis Vernaza. Desde ese momento el hospital paso a ser una Maternidad y unas pocas camas se ocupaban de Pediatría Y es así que llegamos al 15 de Septiembre de 1943 en donde se inaugura la Maternidad Enrique Sotomayor y desde ese día nace lo que hoy se conoce como Hospital Alejandro Mann destinado solo a la niñez (46 )

La sociedad Protectora de la Infancia nace el 5 de Octubre de 1905, como una entidad sin fines de lucro , que tiene como sus objetivos primordiales el atender a los desvalidos y es por ello que se inicia la construcción de un Orfanato, Casa Cuna, Escuela, Guardería y un Hospital que es el primer hospital de Pediatría y llevaría el nombre de su precursor a su muerte el Sr. Leon Becerra el 6 de Marzo de 1921 En Quito, algún tiempo después, la maternidad tendría una organización más moderna gracias al trabajo desplegado por su Director Don Isidro Ayora. ( 46 )

Es importante señalar que desde 1893 se crea en Quito, la Sociedad de Beneficencia "Olmedo" quien asume la responsabilidad de la Salud Pública del país, pero no es hasta el 22 de Junio de 1896 mediante decreto que se crea la Junta de Beneficencia en el gobierno del General Eloy Alfaro.

Bajo el mismo gobierno se crean los llamados "Hospitales Ambulantes" que acompañaron en la construcción del camino a Esmeraldas 1871, a Manabí 1873, a Zaruma 1916, a Ancón 1925; en Quito el Hospital Eugenio Espejo 1933, Babahoyo 1983.

Recién en 1925 se crea el *Ministerio de Prevención Social* que incluye las ramas del Trabajo, Sanidad y Asistencia Publica, que va a sustituir a la Junta Central de Beneficencia por las Juntas Centrales y Provinciales de Asistencia Social que se mantienen hasta el año 1973.

A partir de la década de los 20, se crea el *Seguro Social Ecuatoriano* quien brinda asistencia a sus afiliados, para lo cual abre los primeros dispensarios y posteriormente

inicia la construcción de clínicas. No es hasta 1937 que se crea el departamento médico del Seguro Social.

Al inicio de la década del 40, se funda el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical "*Leopoldo Izquieta Pérez*" el mismo que se constituye en el primer laboratorio de Salud Pública del país. ( 10 )

En el año de 1965 se creó el *Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias*, IEOS, encargado de la infraestructura sanitaria del país. La incoordinación frecuente entre el IESS, IEOS y las instituciones pertenecientes a la Sanidad Militar reactiva la discusión sobre la necesidad de crear un ministerio de Salud. Pese a que, desde el año 1942 existía un proyecto de ley que fue recomendado por el Congreso para ese efecto, este fue suspendido por el entonces gobernante Sr. Galo Plaza L.( 50)

En el año 1967, mediante decreto 084 del 16 de Junio se ordena la creación del *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR*, encargado de velar por los aspectos relacionados con la Sanidad, Asistencia Social, Nutrición y Vivienda de los Ecuatorianos. Esta nueva entidad administraba el 45% de las camas hospitalarias del país.( 62 )

La infraestructura hospitalaria del país era, en ese entonces, limitada, ya que existían 8.3 establecimientos públicos y 227 camas por cada 100.000 habitantes, de las cuales, 18 pertenecían al sector privado. Para 1970 existían 1.76 hospitales, 1.52 clínicas particulares, 4,8 centros de salud, y 1 subcentro y puesto de salud por cada 100.000 habitantes. La infraestructura sanitaria apenas alcanzaba coberturas en agua potable a menos del 40% y de alcantarillado a menos del 30% de la población. ( 33 )

Con el devenir del tiempo y en pleno auge petrolero ( años 70 ), el MSP intentó dar mayor racionalidad organizativa a sus instituciones, para lo cual expidió el Código de Salud, que regulaba las acciones de control sanitario, al tiempo que ampliaba la cobertura de servicios mediante el denominado *Plan de Medicatura Rural*, el cual estableció la obligatoriedad de trabajo rural tanto para los médicos, enfermeras, odontólogos y obstétrices.

En resumen, podría señalarse, que la crisis estructural en la que se desenvuelve el MSP actualmente es generada por el incremento de la deuda externa, la dependencia económica, la polarización y concentración del ingreso, así como la creciente inflación, escenario que ha originado un creciente desempleo y una consecuente disminución de la capacidad adquisitiva, amen de profundas repercusiones en el perfil epidemiológico de la población, reflejado en el mantenimiento de las enfermedades infecto contagiosas y crecimiento de otras como son las crónicas degenerativas, es decir, confluyen enfermedades de perfil antiguo (base epidemiológica) y de perfil nuevo, dando lugar a una transición epidemiológica que afecta indudablemente a la ya crítica situación de salud de la población Ecuatoriana. (44 )

## 5.2. DESARROLLO DE LOS HOSPITALES.

### L' Histoire est un roman dont le peuple est l' auteur A .de Vigny

El Hospital, que en un principio fue solamente un lugar de aislamiento en donde la caridad se ejercía como uno de los tantos aspectos del cristianismo, situado alrededor de las iglesias como asilo para los pobres, mujeres desamparadas, ancianos, enfermos crónicos, fue convirtiéndose en una institución con características de ejercicio profesional para la ciencia médica.( 6 )

Se ha visto que el hospital es una institución que ha tenido un desarrollo histórico a través de los tiempos y que de un lugar de segregación y de asilo se ha convertido en la principal institución de salud integral y de atención médica. ( 7 )

Con el transcurrir del tiempo, los cambios económicos, sociales, científicos y tecnológicos han impuesto profundas transformaciones en el concepto y funcionamiento del hospital. Hoy, por ejemplo, los hospitales ya no se crean con criterios de beneficencia o caridad, sino como respuestas a necesidades y derechos de la salud de la población. En realidad, *el hospital se ha convertido en la principal institución de salud integral y de atención médica.* La salud integral no solo es la falta de enfermedad, sino el correcto y armonioso funcionamiento del organismo que conduce a un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. Esto, naturalmente, es la preocupación fundamental de la atención médica. Así entonces, el hospital actual se justifica en términos de las funciones sociales que presta. A este respecto, conviene resaltar que la función social del hospital en lo que se refiere a protección de una salud integral abarca tres aspectos diferentes que vistos coyunturalmente constituyen el concepto de atención médica. ( 12 ) Estos son :

- 1) Medicina Preventiva.
- 2) Medicina Curativa.
- 3) Rehabilitación Médica.

## 5.3. Red Integral de servicios.

Es válido reconocer que en la atención médica moderna ya no se concibe que los hospitales trabajen aislados unos de otros. Ahora se requiere de una integración entre ellos denominada "*Sistema coordinado de unidades médicas*" a los cuales se les agregan dos funciones más, una relacionada con la enseñanza y otra con la investigación médica. ( 4 )

Así entonces, los hospitales y las unidades médicas se deben relacionar permanentemente para garantizar una verdadera atención a la colectividad, aunque en el camino de estos elementos finales se encuentre una diversidad de funciones intermedias que reúnen las características propias de instituciones diversas; es decir, el hospital en sí mismo, es un

gran hotel, un restaurante, un edificio de oficinas, un gran almacén, una lavandería, un conjunto de laboratorios, una farmacia, talleres de diversos oficios, un grupo de consultorios, un servicio de emergencia, un conjunto de salas de hospitalización, de cirugía, una hemeroteca, una serie de aulas, etc..etc. ( 19 )

Con este perfil, el Hospital se ha convertido paulatinamente en uno de los diseños técnicos y administrativos más complejos de un sistema de salud. ( 24 )

Por otro lado y a medida que el Estado ha ido interviniendo más y más en las funciones sociales de las comunidades, la gestión hospitalaria fue quedando en manos de los médicos. En la actualidad, examinando las estadísticas de los responsables de la dirección de los hospitales, se puede visualizar que, en términos generales, hay tres grupos de personas que dirigen y administran hospitales : El grupo de médicos y enfermeras y el de personas preparadas especialmente para dirigir y administrar hospitales sin que tengan necesariamente estudios previos relacionados con la profesión médica.( 42 )

A este respecto, la intervención estatal en la gestión hospitalaria pública, ha institucionalizado un paternalismo tal, que analizado gerencialmente, ha generado desperdicio de recursos, baja productividad y una insatisfacción creciente en los usuarios del servicio. ( 27 )

En suma, aunque se propenda por integrar los servicios hospitalarios, aún dista mucho camino por recorrer. La centralización de las decisiones y el carácter político que en la mayoría de casos se presenta, condiciona las estrategias de desarrollo de los hospitales. ( 43 )

#### **5.4. En Ecuador.**

**" Our little systems have their day.They have their day and cease to be ".  
Tennyson.**

En el Ecuador y en Guayaquil en particular, existen diferentes instituciones dedicadas al cuidado de la salud de la población, cada una con sus propios objetivos y sus modalidades de atención. Los esfuerzos porque los recursos disponibles desarrollen actividades sinérgicas o al menos coordinadas, hasta el momento han tenido poco éxito y la presencia de instancias creadas para articular las iniciativas de salud como el Consejo Nacional de Salud son poco relevantes.

Dentro del ámbito del Ministerio de Salud, las deficiencias son claramente evidentes: cobertura insuficiente, marginación de los más necesitados, atención inoportuna y carente de calidad. ( 10 )

A pesar de ello, en los últimos años se han desarrollado iniciativas para cambiar este modelo. Las acciones han necesitado, en primera instancia, reformular la organización y las estructuras de las unidades operativas consideradas como red. Estas unidades están constituidas o caracterizadas por ser organizaciones de distinta complejidad, las cuales urge articularlas en diversos niveles de atención. En principio la definición de estos niveles

surge del criterio de optimizar el uso social de los recursos y garantizar así su productividad.

Para establecer los niveles de atención, a su vez, es necesario partir de la aceptación de que existe una necesidad de servicios originada en una situación o problema de salud y el grado de complejidad necesario para lograr una capacidad de resolución adecuada.

Con el transcurrir del tiempo, los cambios sociales y tecnológicos han impuesto profundas transformaciones en el concepto mismo del hospital, su organización, manejo y funcionamiento. A pesar de ello y por múltiples motivos, el primer nivel ha sido deficitario en recursos y calidad, lo que ha estimulado que los usuarios continúen concurriendo, como secularmente lo han hecho, a las *consultas externas y emergencias* de los Hospitales por patologías que pueden y debieron ser tratadas en su nivel. ( 71 )

Por otro lado, la regionalización y centralización de los servicios, ha limitado seriamente la toma de decisiones eficientes y oportunas, así como la ausencia de autonomía y delegación de autoridad en el nivel primario, mermando su funcionalidad.

Otra situación negativa digna de mencionar, la constituye los sistemas de referencia y contrareferencia, verdadera estrategia de coordinación entre los niveles, los cuales, por lo menos en el Ecuador, no son ni lo han sido efectivos. Estos casi no han existido o se ha dado en un solo sentido (desde el primer nivel a los superiores), con lo que se ha aumentado la demanda de los servicios hospitalarios. El fracaso de este flujo bidireccional puede ser atribuido, en la mayoría de los casos, a la inexistencia o pobreza de una base material de articulación entre los diferentes niveles conformada por sistemas de comunicación, transporte e información y también a la concepción limitada del personal médico y paramédico en cuanto a la importancia de las interrelaciones que deben mantenerse entre los niveles. ( 62 )

Así las cosas, los hospitales desarrollan una fuerza centrípeta que concentra y centraliza y que difícilmente, dado los diversos factores endógenos y exógenos que inciden en ellos, permiten que los mismos se transformen organizaciones eficientes.

Las alternativas de mejora no son fáciles y estas no se circunscriben solamente al replanteamiento del rol de los Hospitales dentro de un sistema escalonado de atención médica. Se plantea la necesidad de redefinir la estructura interna y tamaño de los mismos y de sus funciones externas, con el propósito de apoyar y fortalecer y no centralizar los recursos de los otros niveles.

Por lo señalado, los esfuerzos por cambiar el modelo de atención inequitativo e ineficiente empieza por fortalecer el primer nivel, propendiendo correlativamente al mejoramiento de la capacidad resolutoria de los hospitales de segundo y tercer nivel.

Estos esfuerzos justifican un estudio que permita considerar alternativas válidas para la modernización administrativa y financiera así como la rehabilitación de la red hospitalaria, convirtiéndola en eficiente productora de servicios.

En la provincia del Guayas y sobre todo en Guayaquil, además de los hospitales del Ministerio de Salud Pública, la Honorable Junta de Beneficencia, especialmente, y otras instituciones, mantienen una importante red de hospitales, cuyas relaciones técnicas y funcionales entre sí empíricamente asoman endebles.

## **5.5. LA CONSULTA EXTERNA**

### **5.5.1 DEFINICION Y ASPECTOS GENERALES**

*Es una unidad que da atención al individuo sano y enfermo con acciones tendientes a la prevención de las enfermedades, promoción y recuperación de la salud mediante tratamiento ambulatorio. Esta unidad no solo complementa la fase del tratamiento ambulatorio sino que se proyecta a la comunidad de acuerdo a sus esfuerzos y a la coordinación que debe mantener con las demás unidades operativas en su área de cobertura específica. ( 6)*

La consulta externa es una unidad de una complejidad que gira en función de las necesidades para la cual fue creada y, por lo tanto, su ubicación siempre debe estar cerca o en un Hospital. El manejo operativo óptimo se plantea como elemento independiente en lo que a gestión se refiere, permitiendo que las labores de planeación, ejecución y demás relacionadas sean autónomas, sin perder el eje orgánico de la directriz hospitalaria. ( 24 )

La consulta externa ha venido sustituyendo al consultorio individual del médico en los sistemas coordinados de unidades médicas. Sobre su establecimiento se ha provocado una verdadera polémica en la que se ha tratado de establecer la filosofía con que se enfocará la elección del médico de cabecera, puesto que, quien asume que es característica esencial del sistema democrático que el individuo elija a su médico; y ofreciendo la consulta externa sólo un grupo reducido de profesionales de la medicina y siendo tan importante para la relación médico-paciente esta elección, concluirá que los servicios de consulta externa niegan tal posibilidad. Por otra parte, en países que afrontan el problema de mala distribución de la población médica, sobre todo en zonas suburbanas y rurales, la falta de instalaciones médicas adecuadas y quizá poco uniformes, se han decidido por la construcción de unidades periféricas, que vienen a acercar los servicios médicos a la población y a procurar una distribución más racional de los médicos en una región, aún considerando que el establecimiento de consultas externas tendría una serie de inconvenientes, como son: la poca flexibilidad para que el paciente vaya de un médico a otro buscando un mejor ajuste psicológico, la creación de archivos que requieren un manejo cuidadoso a fin de brindar al clínico expedientes del paciente con la oportunidad debida, ya sea al proporcionarle las *consultas subsecuentes*, o mantenerlo al corriente con los resultados de exámenes de laboratorio o de gabinete, mantener salas de espera, muchas veces mal diseñadas, llenas de enfermos impacientes y *tratados descortésmente* por personal de recepción fatigado por el trato excesivo con el público.( 36 - 69 )

Sin embargo, hay quienes piensan que gracias a una dirección comprensiva y atenta se puede lograr que el paciente se ajuste psíquicamente con su médico o bien se le cambie de médico tratante justificadamente y, sobre todo, si se tiene en cuenta que seleccionar al médico tratante es una eventualidad, que en las condiciones actuales en que vive el individuo, este hecho está sujeto a una serie de contingencias, tales como: lugar en que se vive, condición económica, tipo de padecimiento, posibilidad física de ser atendido por el médico que se selecciona, etc., se llega a la conclusión que elegir un médico para que se encargue de tal o cual persona, no es tan diferente de la selección del maestro de una escuela en relación con sus alumnos.

A pesar de lo anterior, existen muchas instituciones médicas modernas en las que el paciente acude confiando en la institución, más que buscando ser tratado por un médico en particular, y así pasa el paciente del interno que inicia la historia clínica, luego el residente que la supervisa, después el internista que selecciona pacientes al cirujano, de éste al especialista y de este alguna vez llegará hasta con el anatomopatólogo a pesar que de este último nunca estuvo ni siquiera un instante en la mente del enfermo como posible médico "tratante". ( 56 )

## 5.5.2 TIPOS DE CONSULTA EXTERNA

Existen algunas clasificaciones que determinan y condicionan la consulta externa; estas son:

- 1.- *De Medicina General.*
- 2.- *De Especialidades.*
- 3.- *Mixta.*

**5.5.2.1** Las Consultas Externas de Medicina General, fungen como substitutos institucionales de los consultorios de los médicos, especialmente de los llamados familiares. Dichas consultas proporcionan atención médica a núcleos de cinco a veinte mil personas y a veces complementan su acción con servicios dentales, de tipo general, de toma de productos, laboratorio, rayos X y emergencia.

En algunos casos puede contar inclusive con unas camas de tránsito y observación en donde se prestan los primeros auxilios mientras se traslada un paciente.

**5.5.2.2** *Las consultas de especialidades* en las mayor parte de los casos, están siempre anexas a un hospital y ofrecen las mismas especialidades de él. Su capacidad está en relación directa con la demanda propia del hospital.

Cuando el hospital funciona en forma aislada y carece por lo tanto de unidades periféricas que realicen la selección de pacientes que deben de atenderse como ambulatorios u hospitalizados, se requiere establecer en la propia unidad hospitalaria

una consulta de selección denominada (*Triage*), que tenga como objeto servir de tamiz a la afluencia de pacientes a la unidad. Este servicio, en muchas ocasiones, es proporcionado por el personal residente, supervisado por algunos médicos del staff regular. Requiere, así mismo, unos cuantos cubículos en los que después de un interrogatorio y exploración rutinarios se decide si el paciente amerita o no la atención en la unidad del caso.

**5.5.2.3 Las Consultas Externas Mixtas** son aquellas en que la clínica periférica no solo ofrece medicina general sino también especialidades básicas. (Gineco obstetricia y pediatría ).

En estas unidades la medicina preventiva se destaca como un servicio individualizado en lo referente a control de enfermedades transmisibles, educación higiénica, inmunizaciones, etc.

Por el contrario, las atenciones que debe proporcionar una consulta externa de especialidad anexa a un Hospital deberán ser lo suficiente para proporcionar un número adecuado de pacientes estudiados, a fin de que ni existan camas vacías por defecto en el trabajo, ni haya listas de espera de enfermos preparados para internarse y no haya lugar ni disposición de camas para hacerlo. ( 49 )

Frente a la situación descrita, se ha determinado ciertos parámetros y consideraciones de orden estadística que responden a estudios realizados sobre el comportamiento de la demanda del servicio de consulta externa, que deben ser tomados en cuenta al momento de organizar el funcionamiento de ella; por ejemplo:

**TABLA # 1**

**Relación entre la Consulta Externa y Servicios Paralelos.**

| <b>Por cada :</b>  | <b>Razón de la Demanda</b>                  |
|--------------------|---|
|                    | <b>Lugar :</b>                              |
| 100 consultas      | 10 van al Laboratorio<br>y 3 a Radiografías |
| 400 pacientes      | 1 va a Electrocardiograma                   |
| 400 pacientes      | 1 va a Radioterapia                         |
| 300 pacientes      | 1 va a Patología                            |
| 4000 pacientes     | 1 va a Endoscopia                           |
|                    | <b>Razón Clínica :</b>                      |
| 4 pacientes        | 1 va a inyecciones                          |
| 10 pacientes       | 1 va a curaciones                           |
| 15 pacientes       | 1 va a inmunizaciones                       |
| 20 pacientes       | 1 va a al dentista                          |
| 50 pacientes       | 1 necesita hospitalizarse                   |
| Consulta que se da | se expide 0.95 recetas                      |
| Receta             | se despacha 1.8 medicamentos                |

**Fuente : Barquín Manuel Dirección de los hospitales**

### 5.5.3 ORGANIZACION DE LA CONSULTA EXTERNA.

Con respecto a la organización, su acción se realiza en el área correspondiente de un hospital y en los locales periféricos de atención médica. La primera debe contar con subespecialidades básicas que satisfagan las necesidades de interconsultas.

Es útil tener en cuenta que esta unidad puede operar en forma independiente y autónoma o estar jerárquicamente dependiente del centro hospitalario. Sea cual fuere su norma, sus directivos siempre tendrán derecho a participar en las decisiones de planificación de las diferentes políticas sanitarias del área de su cobertura.( 65 - 66 )

Es importante recalcar así mismo, que en caso de ser interdependiente de una unidad hospitalaria, esta debe ser estructurada con el personal médico y paramédico que en ella laboran, con una rotación permanente en los servicios de consulta externa y hospitalización.

Algunas definiciones importantes que a diario se utilizan en la consulta externa, son :

**5.5.3.1 Consulta médica:** Es el conjunto de acciones que se prodiga al usuario sano o enfermo para prevención, curación o mejoramiento de su salud.

**5.5.3.2 Consulta de primera vez:** Es la primera atención que se realiza al usuario por una demanda determinada.

**5.5.3.3 Consultas sucesivas o subsecuentes:** Son las atenciones derivadas de una anterior (primera vez) y relacionadas con un padecimiento anterior, de ahí que existe criterios para llamarla mejor *de control*.

**5.5.3.4 Consultas Selectivas o Triage:** Se generan cuando el paciente concurre por primera vez y es canalizado a través de un análisis previo (interrogatorio, exámenes, etc.) para luego ser referido al consultorio que le corresponde para las consultas subsecuentes.

En lo referente a su composición, esta puede ser considerada muy simplificada o muy compleja ya que está formada por tres instancias claramente definidas:

- a) *Cuerpo médico:* dividido en clínico y auxiliar de diagnóstico y tratamiento.
- b) *Servicio paramédicos:* enfermería, trabajo social y relaciones públicas, farmacia y archivo clínico.
- c) *Servicio indirectos:* administración, contabilidad, adquisiciones y caja, de personal, almacenes, servicios generales de intendencia que desarrolla funciones de limpieza, vigilancia , transportes, de mantenimiento y conservación.

Desde luego, el servicio más eficiente es aquel en que a una población fija y determinada se le adscribe un médico con horario preferible a tiempo completo a fin de que pueda destinar una jornada matutina y otra vespertina para la atención de pacientes.

En el sistema de médico de adscripción fija, a su vez, hay dos modalidades, una es aquella en la cual el mismo médico toma el grupo familiar completo y otra en la que se destina un grupo de médicos a la atención de los adultos y otro grupo para los menores de 16 o menos años; este sistema puede aplicarse perfectamente en grandes núcleos urbanos, sin embargo, es inoperante en los lugares en que la población es relativamente reducida, por ejemplo, si es menor de cuatro mil habitantes. En estos casos es más conveniente recurrir al sistema de atención mixta de adultos y menores.

El sistema de médico de adscripción fija, tiene la ventaja también de que en el afán de disminuir el trabajo y controlar en forma efectiva a su población, los médicos procuran hacer una mejor educación en su grupo humano en relación con medicina preventiva y la forma adecuada de obtener la atención médica, dándole a conocer al usuario los horarios de trabajo tanto en el ambulatorio como a domicilio, lo cual facilita enormemente la diaria labor y disminuye la petición de supuestas atenciones de urgencia en el servicio destinado para tal efecto. ( 67 )

Se puede esperar que en las urbes un médico trabajando a tiempo completo y destinando seis horas en total a la consulta externa, atienda una población de dos mil personas, calculando para esto, a razón de 3.5 atenciones anuales por cada persona amparada, lo que significa que anualmente tendrá que proporcionar aproximadamente siete mil atenciones, que divididas en los trescientos días hábiles del año puede considerarse un promedio aproximado de veinticuatro atenciones diarias en seis horas, las cuales divididas en dos turnos de tres horas dan un promedio de doce que se considera adecuado, máxime que tratándose de una actividad en la cual hasta el 60 u 80% de los pacientes presentan casos clínicos considerados como triviales.

Otro punto importantísimo es el relacionado con la recepción, adscripción y citas de los pacientes. Quizá éste es uno de los problemas más importantes en el trato diario con ellos. El paciente cuando se adscribe a un médico en el que hay un pago previo de servicios en un sistema como el de la seguridad social, frecuentemente desarrolla la sensación de que necesita desquitar un poco de lo mucho que se le descuenta de su salario; y en estas condiciones, tiene la tendencia a abusar de los servicios y a veces exigir más allá, no sólo de lo que tiene derecho, sino de lo que racionalmente necesita. Por eso es necesario que se establezca un buen sistema de recepción, que facilite las relaciones humanas entre institución y público. ( 79 )

La recepción, en términos generales, ha quedado en manos de personal auxiliar de trabajo social y relaciones públicas, adiestrado especialmente y seleccionado con las características de trato amable, comprensión hacia los pacientes y posibilidades de comunicación y explicación clara, así mismo con criterio para poder decidir en casos en que el médico delegue esta responsabilidad, la fecha y hora de la cita de un paciente que no tenga ninguna urgencia, y poder orientar a los diversos enfermos sobre el lugar donde se brindan servicios tales como laboratorio, rayos X, gabinete, etc. Con este personal bien

adiestrado se logra evitar aglomeraciones, disgustos por larga espera, trámites engorrosos y papeleo innecesario dentro de la unidad médica.

La primera condición para el buen funcionamiento del sistema de consulta externa es la forma de organización del *archivo*, en que también se ha discutido si es conveniente centralizarlo o bien que cada médico general disponga de un archivero en el cual pueda conservar los expedientes de sus pacientes. Aún cuando se considera que el médico tiene más control en su población si tiene a la mano los expedientes. Por otra parte y considerando que estos documentos sirven también para la atención con especialistas y no sólo de medicina general, se sugiere la necesidad de elaborar sistemáticamente hojas o formas de pase a los especialistas, lo cual implica volver a abrir un expediente, aún con los especialistas de la propia unidad.

El archivo centralizado requiere de un catálogo a base de tarjetas diseñadas especialmente para adscribir los pacientes a un médico general en particular, y conservarlo actualizado, es decir, agregando los nuevos pacientes y dando de baja aquellos casos en que han pasado a otros médicos o que han fallecido. Este se complica en los casos de atención a domicilio puesto que hay que consultar el catálogo para determinar qué médico es quien debe hacer la visita a domicilio en caso de que el paciente no lo sepa o haya duda al respecto. ( 8)

El sistema también requiere el que haya papelería que controle las citas subsecuentes puesto que la primera vez que se presenta el paciente a la clínica, es el sector central o sea el del archivo clínico el que adscribe y envía al piso o sala respectiva al paciente, para que posteriormente las citas subsecuentes sean controladas a través de la recepcionista de piso en coordinación con el archivo clínico. Para esto es necesario diseñar una papelería para que:

- 1) El paciente sepa quién es su médico y el horario de atención en la clínica o en servicio domiciliario.
- 2) El paciente conozca la fecha y hora de la cita subsecuente.
- 3) El médico apunte en su agenda directamente o a través de la recepcionista, los mismos datos de la tarjeta del paciente.
- 4) Que exista una hoja de control que manejada entre la recepcionista y la sección central del archivo clínico, con el objeto de que este pueda con anticipación retirar los expedientes de los anaqueles para tenerlos listos y enviarlos a primera hora de la consulta, al piso respectivo para que queden a disposición del médico general.

Esta hoja de control diario de trabajo del médico en que se describen visitas de primera vez, subsecuentes, consultas de urgencia, etc., debe además servir como base para la elaboración estadística de tipo general, de atenciones del grupo médico de una clínica.

#### 5.5.4 PROCEDIMIENTO DE LA ATENCION.

Un buen sistema de consulta externa es aquel en el que el paciente entra en contacto con el hospital a través del personal de información, en donde recibe una orientación general sobre la forma correcta de acceder a los diferentes servicios con que cuenta la unidad. De ahí el paciente pasa al departamento de estadística (archivo clínico) en donde previa presentación de su carnet de identificación (que sirve para acceder a todos los servicios y lo identifica) se le entrega un expediente y, si es la primera vez, debe acudir al consultorio de clasificación donde se le llena su Historia Clínica y se le indica los exámenes iniciales que debe practicársele antes de su consulta con el especialista. En el caso de ser subsecuente, transferido hospitalizado y/o venir de emergencia, el paciente tendrá ya un carnet y por lo tanto un expediente abierto, por lo que se podrá dirigir a su cita con el especialista. ( 18 )

Posterior a la consulta, el paciente pasa a la postconsulta donde se le reafirma la información vertida por el tratante, se esclarece las dudas y al mismo tiempo se refuerza su auto estima así como la necesidad de ser puntual a sus citas. Posteriormente el paciente puede ir, de ser el caso, a la farmacia o a los servicios auxiliares de diagnóstico para practicársele algún examen que el médico considere conveniente.

La consulta externa se plantea como el primer contacto real entre el personal médico y la comunidad, logrando a través de la autosuficiencia del usuario (que no requiere cuidados permanentes de enfermería) los servicios totales que demande como son los auxiliares de diagnóstico y tratamiento. ( 48 )

La importancia de la Consulta Externa, también se basa en el volumen de la demanda. Se considera que de una población general, el 65% a 80% de la misma solicita los servicios una vez al año y que por cada consulta de primera vez se realizan cuatro subsecuentes. Se debe considerar que más o menos de un 90% a 95% de pacientes son de padecimientos banales que no requieren en rigor hospitalización.( 19 )

La comunidad ha presentado diversos cambios en la última década y uno de ellos es la minimización conceptual de la importancia de la Consulta Externa, (por una atención médica inadecuada) que ha incidido en una sobrecarga real en los servicios de hospitalización, generando, por ende, un aumento neto en el número de camas ocupadas ( 16 )

*La consulta externa plantea el desafío bien entendido en términos de eficacia y calidad, de que sí es posible prestar una atención de categoría sin estar hospitalizado.*

Dado que es necesario conocer qué pacientes se va a atender así como si son referidos de las diversas áreas del hospital o de centros de referencias o sin son con cita, conviene hacer la siguiente clasificación :

- 1) Pacientes con y sin Cita Previa.
- 2) Pacientes Directos, referidos o de interconsultas.

Los servicios de Archivo y Bioestadística son los encargados de controlar las Historias Clínicas, llevar el registro de padecimientos así como los exámenes solicitados por los médicos y, de esta forma, dar información útil para coordinar las distintas políticas sanitarias. *De ahí que este servicio sea la verdadera columna vertebral de la consulta.*

A cada paciente se le asigna un número para su historia clínica, la cual debe ser única, tanto para ambulatorio como hospitalización y *debe además ser llenada completamente.*

El paciente antes de pasar al área de consulta con el médico debe ser atendido por la auxiliar de enfermería quien registra los datos de carácter paramédico.

En relación con los servicios intermedios de diagnóstico y tratamiento se ha observado, en términos generales, una utilización de 0.5 a 2 *exámenes de laboratorio clínico* y de 2 a 3 *medicamentos* por pacientes, así como de una *radiografía* por cada 5 pacientes. ( 5 )

Trabajo social se encarga de realizar las encuestas y verificar las mismas a través de las visitas domiciliarias que ayudan a conocer el medio en que se desenvuelven los pacientes.

El personal de enfermería es el encargado de recibir, ayudar e informar a los pacientes de los distintos pasos que deben seguir para lograr una pronta recuperación.

*El tiempo para realizar una consulta se ha calculado, en forma estadística, que oscila entre 15 a 20 minutos* sobre todo para las subsecuentes, aunque debe tenerse en cuenta que este tiempo puede variar según las especialidades.

Con relación al área física, conviene indicar su composición y estructura :

- 1.- Area Administrativa, compuesta por un Jefe de Servicio Ambulatorio, de Enfermería, Información, Recepción, una Central de Citas, una Sala de Espera y Caja).
- 2.- Consultorios.
- 3.- Cuarto de Inyecciones y Curaciones.
- 4.- Complementarios (Servicio Social, Educación para la Salud.).

El área general debe ser de *fácil acceso* para el público a los servicios intermedios de diagnóstico y tratamiento, evitando los enfrentamientos en la circulación de los usuarios.

La práctica ha demostrado que un consultorio debe tener un mínimo de 18 metros cuadrados.

En relación directa con el personal médico, este debe ser experimentado y capaz de realizar una atención médica de primer orden y no sintomática.( 21 - 22 )

Es conveniente la presencia de un médico jefe que se encargue de la parte administrativa siendo apoyado coordinadamente por los distintos actores de la atención. Debe además generarse los espacios para reuniones de carácter médico administrativo no solo de información sino de mejoramiento de los procedimientos.

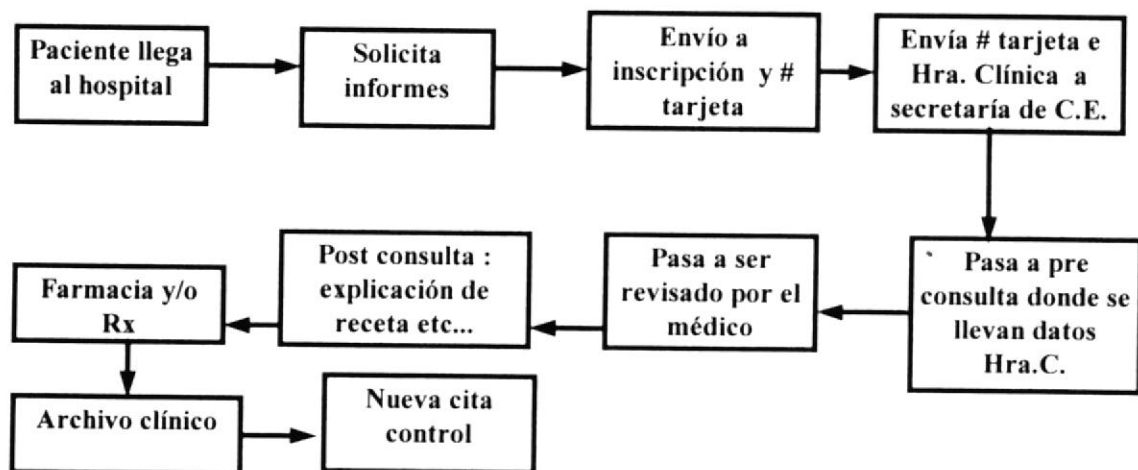
*La selección del personal, educación continua, la supervisión y evaluación de sus labores* son factores importantes para establecer mecanismos para un mejor control de la calidad.

Para el funcionamiento óptimo de una unidad de Consulta Externa, se debe contar con los siguientes recursos:

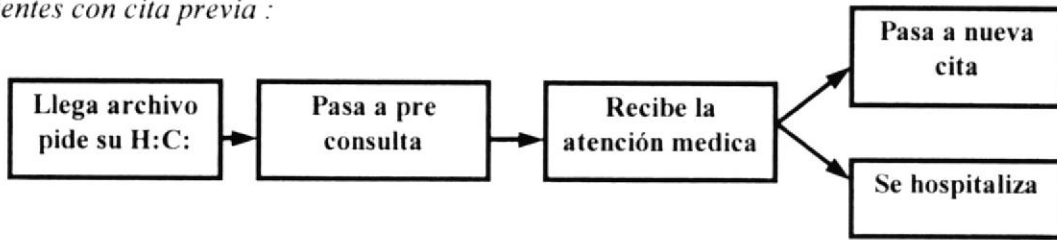
- 1) *Recursos Humanos*, es decir, el profesional técnico y administrativo. El procedimiento o técnica para contabilizar su trabajo será el número de horas de trabajo para los casos atendidos.
- 2) *Los Materiales*, estos son: el inmueble, el mobiliario, el equipo e instrumental así como los artículos de consumo diario.
- 3) *Económicos*, para su financiación a base de contabilidad de ingresos y egresos así como de exoneraciones que coadyuvarán al mejor financiación de esta Unidad.
- 4) *Los Técnicos*, los cuales permiten la recopilación de información, su clasificación y posterior procesamiento.

El cuadro que a continuación se presenta, ilustra los pasos que debe seguir un usuario del servicio de consulta externa, para acceder a él.

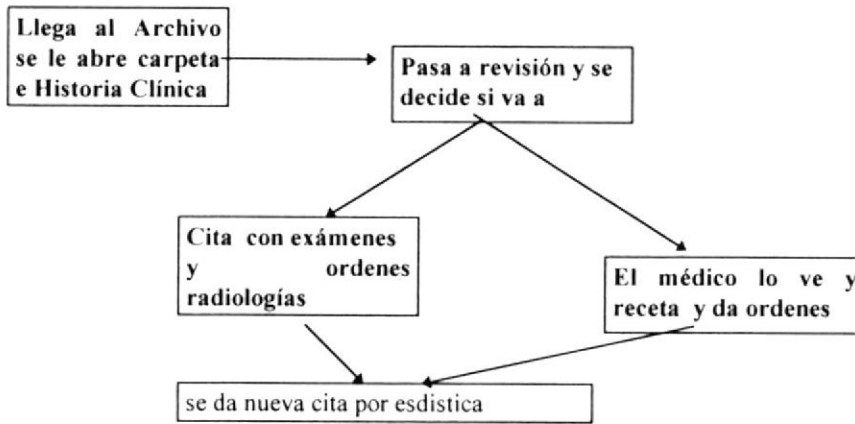
*Pacientes sin cita previa :*



*Pacientes con cita previa :*



*Pacientes con referencia :*



### **5.6 EL HOSPITAL DEL NIÑO “DR. FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMANTE”.**

La comunidad Guayaquileña, caracterizada por enfrentar grandes desafíos, reunida en el club de Leones, en el mes de diciembre del año 1951, encontró prioritaria la construcción de un nuevo hospital pediátrico para la ciudad de Guayaquil. Esta idea fue convirtiéndose en un reto, dando origen al primer comité pro-construcción del *HOSPITAL DEL NIÑO* del club de Leones de Guayaquil. Este organismo estuvo integrado por distinguidos miembros de la comunidad, entre los que se encontraban los señores: Dr. Francisco de Icaza Bustamante, Dr. Alfredo Valenzuela Barriga, Dr. Rosendo Arosemena Elizalde.

El mencionado comité realizó las primeras gestiones ante las autoridades de salud, para este efecto recogió más de 10.000 firmas del pueblo de Guayaquil que apoyó frontalmente la construcción de este nuevo hospital. Se logró exhibir públicamente la maqueta de esta obra y para conocer las necesidades que debía cubrir el nuevo hospital, se elaboró estudios epidemiológicos de su área de influencia, además de análisis estadísticos sobre la tasa de natalidad, población infantil, tasa de mortalidad infantil, edades más afectadas y causas

determinantes; este trabajo mereció especial reconocimiento a su autor el prestigioso pediatra guayaquileño Dr. Alfredo Valenzuela Barriga (+), para ese entonces asesor médico del comité.

Para el año 1963, preside el Comité el Dr. Elio Esteves Bejarano, quien decidió transferirlo a la Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil, para reemplazar al Hospital Alejandro Mann, esta acción fue acogida con beneplácito y su respuesta no se hizo esperar, asignándole dos manzanas de su propiedad (en donde se encuentra actualmente) para la construcción de esta obra.

En aparente letargo se encontraba este proyecto hasta el año 1970, cuando desde la página editorial de diario "EL UNIVERSO" se rompe el silencio con un artículo titulado "*Un Proyecto Frustrado*", en el cual se le reclamaba a la Junta de Beneficencia de Guayaquil, el que inicie la construcción del mencionado hospital. Este fue el acicate para que el Gobierno Nacional tome cartas en el asunto y meses más tarde lo convierta en obra gubernamental mediante decreto presidencial # 04 de Enero 4 de 1971, publicado en registro oficial #137, suscrito por los doctores José M. Velasco Ibarra, Presidente del Ecuador y Francisco Parra Gil, Ministro de Salud.

Recién en el año de 1977 se inicia la construcción del hospital, mismo que fue concluido cinco años más tarde, es decir el año 1982 en el cual se inaugura el servicio de *Consulta Externa*, y se designa como primer director de esta institución al Dr. Luis Sarrazín D. La inauguración de la totalidad de sus servicios ocurrió el día 10 de Octubre de 1985.

Esta unidad operativa creada como respuesta a las necesidades de salud de la población infantil, se encuentra en el centro de la ciudad de Guayaquil, está catalogada como un hospital de referencia nacional y ofrece servicios de salud en especialidades pediátricas. La demanda que allí se registra es de carácter nacional, sin embargo, su área de mayor influencia son los barrios urbano-marginales de la ciudad con el 70% del total, los cantones de la provincia del Guayas con 18% y otras provincias especialmente Los Ríos y Manabí con el 12%.

La estructura organizacional del hospital está compuesta por un Director Técnico y dos subdirecciones; una médica y otra administrativa, de las cuales depende linealmente toda la estructura orgánica de esta unidad. Estas dignidades, al igual que todas las jefaturas departamentales y de servicios tanto del área médica como de la administrativa son ocupadas más que por méritos, por influencias políticas, lo cual los cataloga como funcionarios de "libre remoción". Esta situación ocasiona que las autoridades de turno estén sujetas también a cambios políticos por lo que usualmente se planifica solo para el corto plazo, con resultados en ocasiones poco productivos e ineficientes.

La subdirección médica coordina, planifica y evalúa toda la actividad médica y paramédica, encontrándose bajo su responsabilidad cinco estructuras departamentales que son: Cirugía, Clínica, Unidad de Medicina Crítica, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, y Servicios Técnicos de Colaboración Médica, los cuales a su vez están integrados por varios servicios.

La subdirección administrativa es la encargada de coordinar toda la actividad de los departamentos de: Recursos Humanos, Financieros, Mantenimiento y Servicios Generales.

Cabe resaltar además, que el hospital tiene 4 grandes áreas relacionadas con actividades médicas:

- a. Docencia e investigación.
- b. Emergencia.
- c. Hospitalización.
- d. Consulta externa.

La Unidad de Docencia e Investigación es la encargada de la planificación y ejecución de todos los programas de educación continua tanto a nivel médico como paramédico, además tiene las funciones de organizar y evaluar el aprendizaje de los médicos residentes. Tiene una jefatura médica y dos colaboradores que son: un subjefe médico y una enfermera jefe que coordina las actividades docentes inherentes a su área.

Hospitalización es el área donde confluyen los pacientes tanto de consulta externa como de emergencia, tiene 354 camas para la atención de todas las especialidades clínicas, quirúrgicas y de medicina crítica. (UCI, UCIN, QUEMADOS).

Por la complejidad del tratamiento de varias patologías, esta unidad tiene su estructura dividida de tal manera que cuenta con salas de cirugía general y subespecialidades quirúrgicas como: plástica y reconstructiva, otorrinolaringología, oftalmología, neurocirugía, cirugía maxilofacial, y traumatología. En la sección de clínica existen salas destinadas a pediatría general y otras a subespecialidades como cardiología, nefrología, gastroenterología y nutrición. Las salas de hemato-oncología e infectología, están dotadas de cubículos especiales de aislamientos donde se manejan pacientes con patología infecto-contagiosa verbigracia pacientes con SIDA, HEPATITIS B y otras.

El servicio de emergencia labora las 24 horas al día, los 365 días al año. Tiene una jefatura médica y otra de enfermería, en esta unidad laboran 7 médicos pediatras y un cirujano general, los cuales cuentan con la asistencia de todas las especialidades tanto del área clínica como quirúrgica. Su estructura física está compuesta por 3 consultorios, una sala de observación con 12 camas, una sala de cuidados intermedios, un área de cirugía menor, una sala inhaloterapia y un laboratorio clínico que trabaja a tiempo completo.

**5.8.1** *La Consulta Externa que se brinda en este hospital, es un servicio fundamentalmente para pacientes ambulatorios, de libre demanda y gratuito. Tiene a su cargo programas de curación, rehabilitación, promoción y fomento. Generalmente el paciente acude a ella confiando en la institución en general más que buscando ser tratado por un médico en particular.*

Cuenta con una estructura física diseñada de la siguiente forma: un área de consultorios para pediatría general y especialidades y otras destinadas a educación para la salud, trabajo social, control de crecimiento y desarrollo, vacunación, rayos X, laboratorio, farmacia, terapia respiratoria, fisioterapia y rehabilitación. Actualmente cuenta con un total de 32 consultorios, de los cuales 11 otorgan servicios en pediatría clínica y los 21 restantes están destinados para la consulta de especialidades.

El servicio de consulta externa está estructurado para atender pacientes en dos turnos al día, de 4 horas cada uno, de lunes a viernes, tanto para pacientes con previa cita que vienen a especialidades o los derivados de otros servicios, y los que acuden sin cita por ser enviados de un centro de referencia o acuden por su propia voluntad en busca de atención médica. El grupo etáreo con derecho a este servicio está comprendido desde los recién nacidos hasta los adolescentes de 15 años de edad inclusive.

La atención se inicia las 7H00, aunque es usual encontrar pacientes desde tempranas horas de la madrugada en busca de atención. Esta situación origina una polarización de la demanda, la misma que evidencia en las grandes colas y aglomeraciones que se registran el turno de la mañana; no así en el turno de la tarde, el cual registra una demanda substancialmente inferior a la otra.

De lo transcurrido en la década de los años 90, el promedio de consultas anuales es de 88,780. Conviene destacar al año 1995 como el que registró los mejores índices en lo que a productividad se refiere; con un total de pacientes atendidos de 105,384. El área de pediatría general fue, en ese año, la de mayor demanda con 53.6% del total de consultas atendidas, de las cuales, el 97% se realizaron por morbilidad y el 3% restante por fomento y protección.

Su estructura organizacional está conformada por dos jefaturas, una médica y otra de enfermería. La primera, que a su vez es la cabeza de todo el gobierno de la consulta externa, se encarga de planificar, organizar, ejecutar y evaluar el trabajo del personal médico y paramédico, además establece programas de educación para el usuario externo, así como la docencia e investigación para los médicos tratantes del área.

La jefatura de enfermería tiene a su cargo 5 enfermeras y 32 auxiliares. Su labora está encaminada fundamentalmente a coordinar todas las actividades de sus recursos humanos además de proveer de suministros y materiales a la unidad. Es menester destacar que es precisamente este personal quien realiza las actividades de pre y postconsulta, verdaderos pilares bajo los cuales se fundamenta una atención caracterizada por su calidez y calidad.

En lo que respeta a los recursos humanos que laboran en la consulta externa, estos se detallan a continuación :

**Cuadro # 1.**

**Personal que labora en la Consulta Externa**

| PERSONAL                              | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|---------------------------------------|----------|------------|
| Médicos Pediatras                     | 22       | 10.9%      |
| MédicosSub Especialistas <sup>o</sup> | 88       | 43.8%      |
| Enfermeras                            | 6        | 3%         |
| Odontólogos                           | 8        | 4%         |
| Psicólogos                            | 3        | 1.5%       |
| Tecnólogos Médicos                    | 35       | 17.4%      |
| Personal Secretarial                  | 2        | 1%         |

|                        |            |      |
|------------------------|------------|------|
| Auxiliar de Enfermería | 32         | 16%  |
| Personal de Limpieza   | 5          | 2.4% |
| Total                  | <b>201</b> | 100% |

° Cabe anotar que los 88 médicos sub especialistas laboran en la consulta externa en horarios alternos

**Fuente :Departamento de Recursos Humanos Hospital Fco de Icaza Bustamante**

Un análisis de los últimos cinco años revela que el tipo de patología registrado como efecto del servicio de consulta externa fue, en orden de frecuencia, el siguiente: parasitosis intestinal, rinofaringitis aguda, gripe-influenza e infección intestinal. Esta situación evidencia una grave descoordinación entre los centros de salud y las propias unidades hospitalarias, ya que los cuadros clínicos referidos debieron ser resueltos en el primer nivel de atención más no en el hospital.

**5.7. EL PROCESO DE MEJORAMIENTO**

**5.7.1 Enfoque de Calidad.**

El primer concepto que debe ser definido es *Calidad de los servicios de Salud*: es la satisfacción de las necesidades sentidas, razonables de los usuarios, con soluciones técnicamente optimas.( 17 - 22 - 23 - 52 - 54 - 76 - 80 )

*Técnica* . es la atención mediante la cual se espera poder proporcionar al paciente el máximo y mas completo bienestar

Igualmente es necesario dejar sentado el concepto de *garantía de calidad* como: responder del servicio que se otorga de manera que se proteja al paciente, íntegramente como ser humano, contra riesgos innecesarios y se le proporcionen los mayores beneficios posibles.

No obstante, la anterior definición debe ser operacionalizada para ser aplicada en el diseño de estrategias de garantía de calidad. Así, existe la *definición de operacionalidad de garantía de calidad* como: un conjunto de acciones sistematizadas y continuas dirigidas a prevenir y/ o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que incrementen los riesgos a los pacientes a través de :monitoreo, evaluación, diseño, desarrollo y cambio organizacionales. ( 40- 53- 63 75 )

Esta definición operacional constituye en consecuencia el concepto de *gestión de calidad* ( 68 ) En otras palabras, la función gestión, gerencia, o dirección de una organización hacia la calidad esta constituida por la forma que el directivo decida combinar los diferentes elementos que dan sustento a la definición de operacional. El énfasis que se dé a cada uno de los elementos definirá diferentes estrategias de garantía de calidad De esta manera:

Figura 1

GESTION DE CALIDAD



Fuente : Ruelas Barajas Enrique , Calidad de Atención a la Salud

Si se enfatiza la evaluación y la monitoreo por sobre los otros elementos, se constituye una estrategia de *aseguramiento*. De manera sintética el aseguramiento de la calidad se define como el establecimiento de estándares explícitos susceptibles de ser verificados periódicamente con lo cual se asegura un nivel mínimo de calidad. Esta verificación conduce hacia la *acreditación* que es la expresión formal del resultado del proceso de verificación con lo cual se confirma el nivel de aseguramiento que se ha alcanzado.( 55 )

Si enfatizamos el desarrollo y el cambio organizacional junto con el monitoreo , surge como estrategia *la calidad total/ mejoramiento continuo*. Actualmente resulta ocioso separar ambas estrategias . Sus métodos y filosofía se encuentran ya en perfecta simbiosis ( 11)

Entre otras cosas el mejoramiento continuo se caracteriza por fomentar y reconocerla participación de *todos* los miembros de una organización en los procesos de mejoramiento de calidad, sobre todo mediante el trabajo en equipo; la aplicación de métodos estadísticos y de análisis de problemas , así como de técnicas para estimular la creatividad, para hacer objetivo este análisis y mejorar los procesos ; el reconocimiento de que los procesos de mejoramiento deben ser continuos y no esporádicos; y la premisa fundamental que consiste en darle al usuario el valor y la importancia que merece como motivo central del trabajo de todos los miembros de la organización. ( 64 )

El término *Mejoramiento* está encaminado fundamentalmente a un replanteo en lo que a normas, métodos y procedimientos se refiere. Se pretende a través de esta actividad, solucionar situaciones y eventos negativos puntuales. No se considera, para mejorar, la realización de una reforma estructural en el interior de la organización.( 37 )

Desde el punto de vista de la calidad, el mejoramiento implica implantar un proceso de búsqueda de los medios que modifiquen la calidad técnica de la atención y aumenten la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios.(41- 58 -60 )

El mejoramiento, ya logrado, origina una reacción en cadena que reduce los costos de la prestación del servicio, aumenta la productividad y, en muchos casos eleva los niveles de rentabilidad esperados. En el área de la prestación de servicios de salud, este ciclo es vital y reconocido por el usuario del mismo, el cual se manifiesta generando un impacto positivo en la colectividad ( 9 - 30 - 32 - 44 - 45 )

Las organizaciones en general, están luchando día a día por hallar nuevas maneras de hacer las cosas. Sus metas son diferentes, pero, en muchos aspectos, el proceso es el mismo, sin embargo, la meta global de alcanzar una productividad mayor se aplica no solamente a las empresas con ánimo de lucro sino también a las que tengan otras misiones.( 20 - 39 )

La dinámica empresarial impuesta por la globalización, está transformando no solo las estructuras administrativas sino también el estilo de hacer gestión. Por otro lado, todo el mundo dentro de la organización está aprendiendo a convivir con el cambio. Bajo esta óptica, la mejora continua no es otra cosa que el desarrollo de métodos cada vez mejores. A este respecto, conviene puntualizar lo siguiente :

*La mejora continua es muy fácil de entender. Nada de ella es fácil de hacer. El cambio es amenazante. No hay manera única que sea la correcta. No existe el aprendizaje sin errores ( 28 - 73 ).*

### **5.7.2 El Proceso de Mejoramiento.**

Esta metodología fue desarrollada por el Dr. Walter Shewhart y presentada a los Japoneses por el Dr. W. Edwards Deming, los cuales la denominaron como el “*Ciclo Deming*”. ( 77 - 78 - 47 )

### **5.7.3 El Ciclo Deming o PHVA.**

El ciclo PHVA tiene cuatro etapas. Estas son :

#### **1) La empresa *Planifica* un cambio.**

Se estudia un proceso y se decide qué cambio podría mejorarlo. Luego, se organiza el equipo apropiado para llevarlo a cabo. Se estudian los datos e información necesaria.. No se procede sin tener un plan de trabajo.

#### **2) Lo Realiza. ( *Hace* ).**

Efectuar pruebas, o hacer el cambio, preferentemente en pequeña escala.

#### **3) *Verifica* los Resultados.**

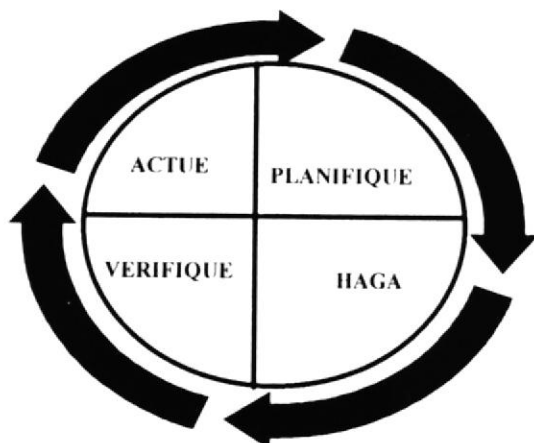
Observar los efectos.

#### **4) Según los resultados, *Actúa* para normalizar el cambio o para comenzar el ciclo de mejoramiento nuevamente con nueva información.**

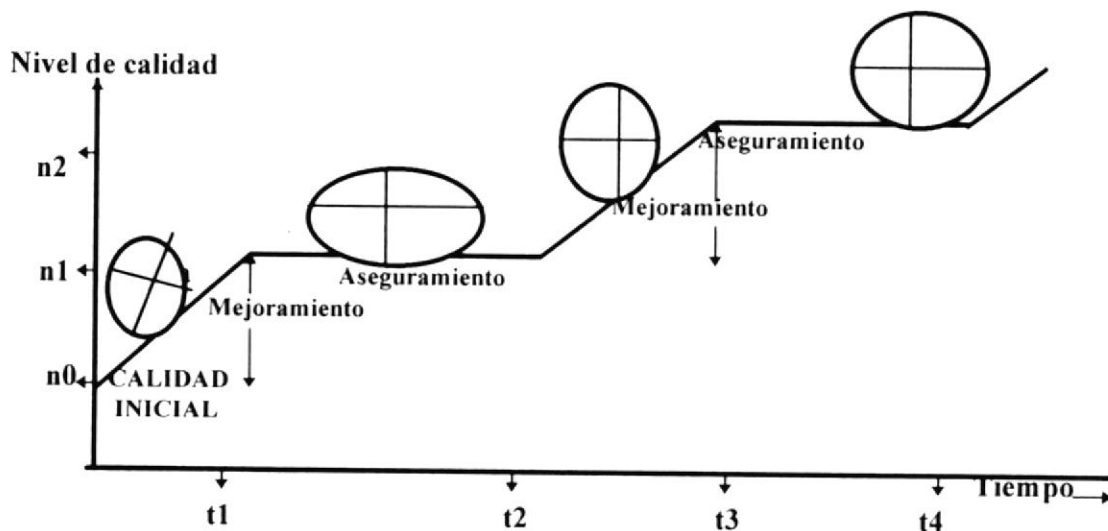
! Qué se aprendió ?. Repetir la prueba, si es necesario, tal vez en un ambiente diferente. Estar atento a posibles efectos secundarios.

El ciclo PHVA, en realidad, representa trabajo en procesos más que en tareas o problemas específicos. Así, entonces, por su misma naturaleza, los procesos no pueden resolverse sino únicamente mejorarse, aunque al trabajar en los procesos ciertamente se resuelve algunos problemas (38 - 74 ).

**5.7.4 Esquema del Ciclo PHVA.**



**FIGURA # 3**  
**CONTROL TOTAL DE LA CALIDAD**



**Fuente: Como aplicar calidad total paso a paso**

El mejoramiento, como se ha indicado, no se logra de buenas a primeras. La gerencia está obligada a mejorar continuamente. La calidad debe, por otra parte, estar incorporada durante la etapa del diseño del proceso de mejora y el trabajo en equipo es esencial para

lograrla. Una vez que los planes están en marcha, ocurre frecuentemente que los cambios son costosos y causan demoras. ( 14 -25)

Todos los departamentos de la organización deben convenir en implantar el mejoramiento continuo. Este no debe limitarse a los sistemas de producción o de servicios. La eliminación de un problema irritante o la solución de un problema en particular, no forman parte del mejoramiento de un proceso. Equivale simplemente a "apagar un incendio".( 15 - 29 )

Las estrategias con respecto al mejoramiento se sustentan en preguntas tales como:

- \* Se está desempeñando su empresa mejor que el año pasado o que hace dos años?
- \* Es el mercado más eficaz, exigente y competitivo ?
- \* Están los clientes más satisfechos ?
- \* Ha mejorado el orgullo y desempeño de los empleados ?

Una compañía que aborde temáticas como las anteriormente expuestas, estará en mayor ventaja competitiva que aquella que diluye su tiempo y recursos apagando incendios. (34 )

Además del uso del Ciclo PHVA, es indispensable y fundamental para mejorar, que todas las personas pertenecientes a la organización empiecen a pensar que el trabajo de cada cual debe proporcionarle satisfacción a un cliente. Hay clientes tanto internos y externos.

Mucha gente no puede identificar a sus clientes y, por tanto, no puede determinar con precisión cuál es su trabajo. *Todo el mundo tiene un cliente y debe saber claramente quién es, qué desea y cuáles son sus expectativas con respecto al servicio que espera.* ( 35 - 51 )

Finalmente, conviene recalcar lo siguiente :

Toda actividad es un proceso y puede y debe ser mejorado. Para trabajar en el Ciclo PHVA, todos deben pertenecer a un equipo, con el objeto de tratar uno o más asuntos específicos tales como : la constancia en el propósito, el continuo mejoramiento de productos y servicios, diseño para producir bienes y servicios futuros, la eliminación de barreras que impiden el sentimiento de orgullo de hacer bien un trabajo etc.

El uso del Ciclo PHVA conducirá a un continuo mejoramiento de métodos y procedimientos. Puede aplicarse a cualquier proceso y también puede emplearse para encontrar las causas especiales detectadas por las señales estadísticas. ( 57 )

Si se enfatiza el diseño y el cambio organizacional la estrategia se denomina *reingeniería* .Esta estrategia consiste en el análisis de procesos pero no con el objetivo de mejorarlos sino de modificarlos radicalmente con objeto de hacerlos más eficientes y de incrementar la calidad de los resultados obtenidos.

Cuando se enfatiza el monitoreo y se establece un sistema de comparación entre las mediciones realizadas se configura una estrategia de *benchmarking*, término que ha sido traducido como " Sistema de Información Comparativa de Referencia " cuyo propósito es

identificar las prácticas que, en un conjunto de competidores, conducen a uno de ellos a ser el mejor entre todos los demás. Con ello, se identifica con objetividad quién o quiénes otorgan los servicios de mayor calidad y por qué, lo cual constituye un incentivo para los demás mejoren también su calidad.( 61 )

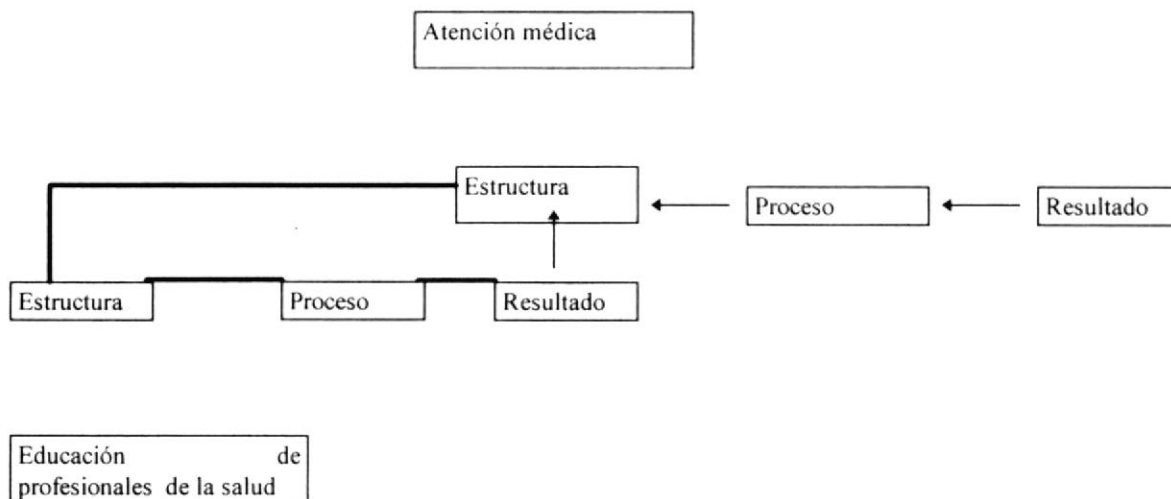
Es ahí que el llamado " *modelo médico*" ha estado representado fundamentalmente por métodos de evaluación de calidad y por estrategias de aseguramiento de la calidad que, aunque surgida en la industria, ha sido aplicada a los servicios de salud por más de cuarenta años. Por otra parte, "*el modelo industrial*" representa principalmente la estrategia de calidad total / mejoramiento continuo, aun cuando ahora se podría incluir la reingeniería y el benchmarking.( 59 - 70 )

*La evaluación per se, no se corrige ni mejora la calidad* . Es un pilar para cualquiera de las diferentes estrategias pero *no constituye en sí misma una estrategia de garantía de calidad*

Por último, apenas se esboza un nuevo horizonte que debe ser explorado con mayor detenimiento si se considera que en la atención a la salud, se justifica plenamente adoptar una estrategia de calidad total siempre y cuando se considere que , si se habla de calidad total no debería estar disociada, la calidad de la atención , de la calidad de la educación de los profesionales de la salud y viceversa, las relaciones entre ambas constituyen un verdadero ciclo iterativo que puede convertirse fácilmente en un círculo vicioso ( a menor calidad en la una , menor calidad en la otra ).

**CICLO ITERATIVO DE LA CALIDAD**

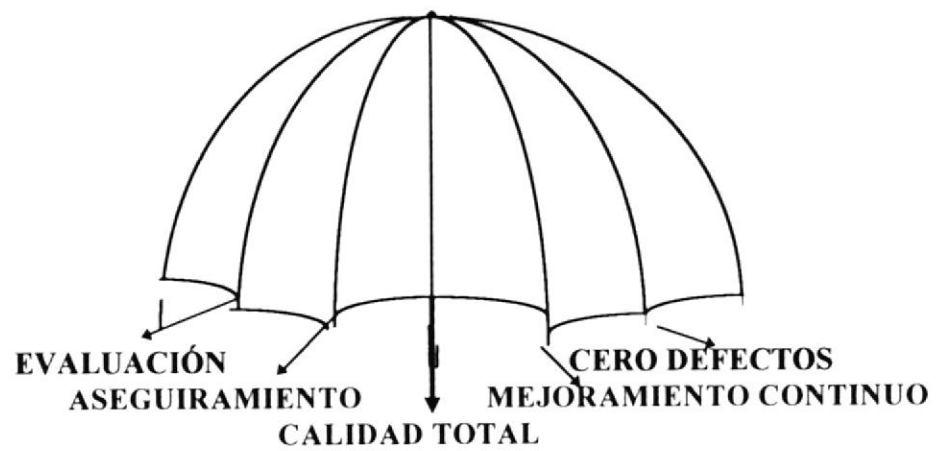
**FIGURA 3**



**Fuente: Ruela Barajas Enrique, Garza Zurita Beatriz :Salud Publica de México**

**FIGURA # 4**

**GARANTIA DE CALIDAD**



**Fuente : Ruela Barajas Enrique , Garza Zurita Beatriz :Salud Publica de México**

## **6. DISEÑO METODOLOGICO**

### **6.1 TIPO DE ESTUDIO**

De acuerdo con los objetivos planteados, este estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.

### **6.2 UNIVERSO Y MUESTRA**

El área de estudio se desarrollará en la Consulta Externa del Hospital del niño “Dr. Francisco de Icaza Bustamante” de la ciudad de Guayaquil, la cual ofrece servicios médicos en pediatría y todas las subespecialidades pediátricas a pacientes desde recién nacidos hasta los 15 años de edad inclusive.

Conviene indicar, que aunque las subespecialidades forman parte de la Consulta Externa, estas no serán consideradas en el presente estudio.

### **6.3 DEFINICION DE UNIVERSO: *unidad de muestreo y tamaño.***

Según datos estadísticos, se ha determinado que la demanda promedio de usuarios del servicio de consulta externa es de aproximadamente 500 pacientes al día, de los cuales 320 (*que corresponden al 64% del total diario*) asisten a pediatría clínica. Esta cifra constituye el valor que será tomado en cuenta como universo del estudio.

Es importante resaltar además, que se ha considerado como parte de este universo de estudio, los usuarios internos que intervienen de una u otra forma en el área de pediatría clínica y que están constituidos por 22 médicos pediatras, 6 enfermeras, 32 auxiliares de enfermería, y 5 auxiliares administrativos.

Con este universo se espera obtener suficiente información que permita analizar el comportamiento de las variables objeto de estudio, las mismas que a continuación se detallan :

- \**Información deficiente al usuario,*
- \**Satisfacción del Usuario,*
- \* *Citas Prolongadas,*
- \**Maltrato al Usuario,*
- \**Carencia de Medicamentos,*
- \**Resultados de Laboratorio Ineficaces,*
- \**Impuntualidad del Personal.*

#### **6.4 UNIDADES DE ANALISIS**

La unidad de muestra la constituye los padres de familia que acompañan regularmente a los pacientes, a los cuales se les aplicará el instrumento de medición. De igual manera, y por ser parte del universo muestra, se considera a los jefes del departamento de Recursos Humanos, Farmacia, Laboratorio, Consulta Externa, Rayos X, subdirector médico y Director técnico.

El personal disponible para obtener la información requerida para el cumplimiento de los objetivos propuestos, está integrado por los estudiantes que conforman el denominado grupo hospitalario (6 en total) del postgrado de *GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD* de la *ESPOL/ESPAE*. Este trabajo está coordinado y supervisado por un profesor tutor.

#### **6.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Considerando los objetivos y los propósitos del estudio se estima conveniente encuestar el 50% del total del universo (320 pacientes), que asisten a pediatría clínica. Esta consideración determina una muestra de 160 usuarios.

#### **6.6 METODO DE SELECCION DE LA MUESTRA**

Para la selección de los usuarios internos se utilizará el *MUESTREO ALEATORIO SIMPLE*, además una caracterización previa que permita identificar a los funcionarios con más de 2 años de trabajo en el hospital y que posean nombramiento debidamente registrado por las autoridades del ramo. Esta selección se hará de entre los 22 médicos pediatras que laboran en esa unidad.

La información se obtendrá mediante la aplicación de una encuesta a la salida de la consulta, pudiendo encuestarse 2 pacientes cada día por tres días consecutivos.

Para la variable impuntualidad del personal, se entrevistará a los jefes de RR.HH. y Consulta Externa en sus respectivas oficinas y además se recogerá la información de las tarjetas de control de asistencia.

Para la variable exámenes de laboratorio ineficaces se entrevistará al jefe de laboratorio, jefe de estadística y al usuario interno que es, en este caso, el médico que lo solicita.

En lo referente a la variable carencia de medicamentos, se entrevistará a la jefe de farmacia y se obtendrá información del cuadro básico de medicamentos de uso pediátrico del Ministerio de Salud Pública.

Para determinar los condicionantes de la variable satisfacción del usuario, el estudio plantea la realización de por lo menos dos sesiones de trabajo con usuarios externos de este servicio, mediante la técnica de grupos focales y la realización de encuestas.

## **6.7 METODOS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION**

### **6.7.1 LA OBSERVACIÓN DIRECTA**

En este estudio, se utilizará la observación directa, no participante, en el proceso de consulta externa, esto implica que el equipo de investigadores deberá permanecer algunas horas en el servicio de consulta externa, en la sala de espera y en otras instalaciones de apoyo (como laboratorio, rayos X, estadística, etc.), a efectos de no alterar el normal funcionamiento cotidiano de la misma y obtener mayor objetividad en la observación. Se preferirá que quienes realicen las encuestas no sean funcionarios del hospital ni personas conocidas por los usuarios de la consulta externa. Esta información será sistematizada en una guía de observación elaborada previamente.

### **6.7.2 ENCUESTA**

Se empleará exclusivamente para los usuarios externos, quienes en este caso, corresponden a los padres de los pacientes que acuden al hospital. De acuerdo a las estimaciones estadísticas se realizan alrededor de 500 consultas diariamente, de las cuales 320 corresponden a pediatría clínica, por lo tanto se estudiará el 50% de esta muestra, lo cual corresponde a 160 encuestas.

La forma y contenido de las preguntas inmersas en la encuesta, ha sido perfeccionada luego de llevar a cabo una prueba de campo que consistió en realizar 30 encuestas. La selección de los encuestados se realizará mediante selección aleatoria simple, descartando aquellos padres que por diversas circunstancias (estén apurados, preocupados o no demuestren interés), no quieran participar en la misma. Por este motivo se ha decidido realizar un 10% de encuestas adicionales para obviar esta dificultad.

Las encuestas serán realizadas por un grupo de estudiantes de medicina de 5to. y 6to. años, organizados en grupos de 8 personas los cuales serán supervisados por uno de los participantes del grupo hospitalario del postgrado en Servicios de Salud.

### **6.7.3 ENTREVISTA.-**

Se realizará entrevistas al: Director, Subdirector, a los Jefes de consulta externa, de estadística, de laboratorio, de enfermeras, de farmacia, de servicios generales, de personal ,médicos tratantes, enfermeras y auxiliares del área de consulta externa.

Dada la imposibilidad de probar el formulario con los respectivos funcionarios, el grupo realizó un simulacro de las mismas entre ellos.

Estas entrevistas se realizarán dentro de la misma semana, para lograr la participación de todos los funcionarios y evitar información cruzada entre ellos. Adicionalmente y para ampliar la misma, se decidió entrevistar a ex funcionarios del HOSPITAL; en este caso, al Director y Subdirector.

### **6.7.4 GRUPOS FOCALES.-**

Este método se empleará especialmente para recoger información correspondiente a la variable satisfacción de los usuarios.

Para realizar esta técnica se elaboró un cuestionario de selección de los participantes basado en criterios como: edad, sexo, nivel de escolaridad, número de hijos, y nivel económico.

El grupo focal estará a cargo de 2 integrantes del grupo de investigación.

**6.8 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS.-**

El plan de tabulación comprende lo siguiente:

**A . Matriz de priorizacion de problemas**

| Problema                                | Frecuencia ° | Importancia °° | Vulnerabilidad °°° | Total |
|---|--------------|----------------|--------------------|-------|
| Registros médicos extraviados           | 2            | 4              | 4                  | 10    |
| Citas prolongadas                       | 4            | 5              | 4                  | 13    |
| Incidentes con pacientes                | 2            | 4              | 3                  | 9     |
| Impuntualidad del personal              | 4            | 4              | 4                  | 12    |
| Tiempo de espera prolongado             | 5            | 4              | 4                  | 13    |
| Resultados de Laboratorio no confiable  | 4            | 4              | 4                  | 12    |
| Información deficiente al usuario       | 4            | 5              | 5                  | 14    |
| Exceso de papelería                     | 4            | 4              | 3                  | 11    |
| Carencias de medicamentos               | 5            | 5              | 5                  | 13    |
| Falta de calidez                        | 4            | 4              | 4                  | 12    |
| Desconocimiento del costo del servicio  | 4            | 4              | 3                  | 11    |
| Desconocimiento de la capacidad de pago | 4            | 4              | 3                  | 11    |
| Insatisfacción del usuario              | 4            | 4              | 4                  | 12    |
| Manuscritos ilegibles                   | 3            | 3              | 4                  | 10    |
| Error en la dispensación de medicinas   | 3            | 4              | 4                  | 11    |
| Epidemiología de la demanda             | 4            | 3              | 3                  | 10    |
| Falta de Triage                         | 5            | 5              | 5                  | 15    |

° Frecuencia :que tiene lugar a menudo

°° Importancia : lo que hace que una cosa sea considerable

°°° Vulnerabilidad :que puede susceptible ser cambiado

**B. Instrumentos que se utilizarán para el estudio de las variables y fuentes de recolección de Información.**

| Variable | DIRE | SubD | J.Enfe | Enfer | J.Con | Med | Auxi | Lab | RX | Est  | J.Per       | Usuari | Con  | Farm |
|----------|------|------|--------|-------|-------|-----|------|-----|----|------|-------------|--------|------|------|
| 1.1      |      |      |        |       |       |     |      |     |    |      |             | E      |      |      |
| 2.1      | E    | E    | E      | E     | E     | E   | E    | E   | E  | E    | E           |        |      |      |
| 2.2      |      | EN   | EN     | EN    | EN    |     |      |     |    |      |             |        |      |      |
| 2.3      |      |      |        |       |       |     |      |     |    |      |             | E      |      |      |
| 2.4      | EN   | EN   | EN     | EN    | EN    | EN  | EN   | EN  | EN | EN   |             | E.     |      |      |
| 3.1      |      |      |        |       |       |     |      |     |    |      |             | EN     |      |      |
| 4.1      |      |      |        |       |       |     |      |     |    |      |             |        | R.D. |      |
| 4.2      |      |      |        |       |       |     |      |     |    | H.C. |             |        |      |      |
| 5.1      |      |      |        |       |       |     |      |     |    | R.D  |             |        |      |      |
| 5.2      |      |      |        |       |       |     |      | R.D |    |      |             |        |      |      |
| 6.1      |      |      |        |       |       |     |      |     |    |      |             |        |      | EN.  |
| 6.2      |      |      |        |       |       |     |      |     |    |      |             |        |      | EN   |
| 7        |      |      |        |       |       |     |      |     |    |      | EN.<br>R.D. |        |      |      |

E. Encuesta/ En :Entrevista/ R.D. :Recolección Directa/ H.C.: Historia Clínica

Variable

*1 : Satisfacción del usuario*

1.1. Calidez, accesibilidad y oportunidad

*2 : Información deficiente del usuario*

2.1 Conocimiento del manual de normas y procedimientos

2.2 existencia del personal asignado a dar información

2.3 conocimiento del horario de atención ( usuario externo )

2.4 Conocimiento de los servicios que presta ( usuario externo )

*3 : Maltrato al usuario*

3.1 numero de usuarios maltratados

3.2 tiempo que el medico le dedica al paciente

*4 : Cita prolongada*

4.1 % de pacientes con cita mayor de 7 días

4.2 % de pacientes con cita subsecuente

*5 : Resultado de laboratorio ineficaces*

5.1 # de pruebas entregadas con retraso o no realizadas

*6 : Carencia de medicamentos*

6.1 % de medicamentos pediatricos del cuadro básico que no existen mas de 7 días en el hospital

*7 : Impuntualidad del personal*

7.1 mayor de 15 minutos o % de atrasados

### C. MATRIZ DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

| VARIABLE                                 | INDICADOR   | INSTRUMENTO                                |
|--|---|--|
| 1. Satisfacción del usuario              | 1.1 Calidez<br>1.2 Accesibilidad<br>1.3 Oportunidad   | Encuesta                                   |
| 2. Información deficiente al usuario     | 2.1 Usuario interno:<br>2.1.1 Conocimiento del manual de normas y procedimientos<br>2.1.2 existencia de personal asignado a proporcionar información<br>2.2 Usuario externo<br>2.2.1 Conocimiento de horario de atención<br>2.2.2 conocimiento de los servicios que prestan | Entrevista<br>Encuesta<br>Grupo Focal      |
| 3. Maltrato al usuario                   | 3.1 # de usuarios maltratado<br># pacientes atendidos   | encuesta                                   |
| 4.- Citas prolongadas                    | 4.1 %de pacientes con cita mayor de 7 días<br>4.2 % de pacientes para cita subsecuente  | Revisión de expedientes<br>H.C.            |
| 5.- Resultados de laboratorio ineficaces | 5.1 # de pruebas entregadas con retraso<br># de pruebas realizadas<br>5.2 # de pruebas no realizadas<br># de pruebas solicitadas  | Revisión laboratorio                       |
| 6.- Carencia de Medicamentos             | 6.1 %de medicamentos pediátricos del cuadro básico existentes en el hospital<br>6.2 Medicamentos que no existen más de 7 días   | Investigación<br>Farmacia                  |
| 7.- Impuntualidad del personal           | 7.1 Mayor de 15 minutos<br>7.2 Porcentaje de atrasados  | Revisión Tarjeta<br>Investigación Personal |

### D.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| VARIABLE                             | CONCEPTO   | TIPO         | INDICADOR   | ESCALA  |
|--------------------------------------|--|--------------|---|---------|
| Satisfacción del usuario             | El grado de aceptación del servicio por el usuario   | Cualitativa  | Calidez<br>Accesibilidad<br>Oportunidad   | Ordinal |
| Información deficiente al usuario    | Desconocimiento por parte del usuario interno y externo no solo de los servicios que presta la unidad, sino de la forma como se accede a ellos | Cualitativa  | Conocimiento de manual, normas y procedimiento, existencia de personal asignado a dar información, conocimiento del horario de atención y de los servicios que presta | Ordinal |
| Maltrato al usuario                  | Percepción negativa del usuario respecto a la atención que vio durante la consulta   | Cuantitativa | # de usuarios maltratados<br># de pacientes atendidos   | Propor  |
| Citas prolongadas                    | Tiempo de espera mayor de 7 días   | Cuantitativa | % Pac. Con cita mayor de 7 días   | Propor  |
| Resultados de laboratorio ineficaces | Pruebas cuyos resultados se entregan con retraso o no se realizan  | Cuantitativa | # de pruebas entregadas con retraso<br># de pruebas realizadas  | Propor  |
| Carencia de medicamentos             | # de medicamentos del cuadro básico que no existen durante 7 días  | Cuantitativa | % de medicamentos del c.b. existente en el hospital<br>% de medicamentos que no existen más de 7 días   | Propor  |
| Impuntualidad del personal           | Atraso del personal mayor de 15 minutos de su horario establecido  | Cuantitativa | Retraso mayor de 15 minutos<br>% de atrasados   | Propor  |

## 7. RESULTADOS, ANALISIS

Los datos que se presentan a continuación son el producto de un estudio realizado en el Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamente a través de encuestas, entrevistas, observaciones directas, revisión de archivos de estadística y grupos focales.

### ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA EN EL PERIODO DE 1990 A 1995

En la consulta externa se ha identificado que desde 1990 a 1995 la atención brindada, se la realiza con un promedio de 12 médicos en la mañana y en la tarde, con una intensidad de 4 horas por turno, los cuales, de un total de 16 pacientes programados por turno y por médico, cumplían un 60% de la meta en el horario de la mañana y un 50% en el de la tarde (Gráfico N° 1 - 2 y 3)

Cuadro N° 1  
**CONSULTAS PROGRAMADAS VS CONSULTAS REALIZADAS**  
 EN EL HOSPITAL DR. FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE DURANTE LOS AÑOS  
 1990 A 1995

| AÑOS | CONSULTAS MÉDICAS PROGRAMADAS |       | CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS |       | DIFERENCIA |       | % Meta |       |
|------|-------------------------------|-------|------------------------------|-------|------------|-------|--------|-------|
|      | MAÑANA                        | TARDE | MAÑANA                       | TARDE | MAÑANA     | TARDE | MAÑANA | TARDE |
| 1990 | 56320                         | 35200 | 21201                        | 20431 | 35119      | 14769 | 38     | 58    |
| 1991 | 31680                         | 49280 | 17290                        | 17247 | 14390      | 32033 | 55     | 35    |
| 1992 | 38720                         | 45760 | 21563                        | 20654 | 15584      | 25106 | 56     | 45    |
| 1993 | 35200                         | 35200 | 23136                        | 20568 | 12064      | 14632 | 66     | 58    |
| 1994 | 42240                         | 42240 | 24360                        | 21232 | 17880      | 21008 | 58     | 50    |
| 1995 | 38720                         | 35200 | 25954                        | 23687 | 12766      | 11513 | 67     | 67    |

Fuente: Depto de Estadística Hospital Francisco Icaza Bustamante  
 Elaborado por: Grupo Hospitalario Espae/Espol

### CONSULTAS POR MÉDICO MAÑANA Y TARDE EN EL HOSPITAL DR. FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMENTE PERÍODO 1990 - 1995

| Año                     | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|
| <b>No. de Médicos</b>   |      |      |      |      |      |      |
| Mañana                  | 16   | 9    | 11   | 10   | 12   | 11   |
| Tarde                   | 10   | 14   | 16   | 10   | 12   | 10   |
| <b>No. de Consultas</b> |      |      |      |      |      |      |
| Mañana                  | 1325 | 1921 | 1960 | 2103 | 2436 | 2162 |
| Tarde                   | 2043 | 1232 | 1589 | 1582 | 2123 | 1974 |

Fuente: Dep. Estadística Hospital del Niño Francisco Icaza Bustamante  
 Elaborado por: Grupo Hospitalario ESPAE/ESPOL

En las consultas de morbilidad por grupos de edad la relación entre consultas de primera vez y consultas subsecuentes se observa una reducción en todos los grupos etareos hasta llegar a niveles de 1.2 consultas subsecuentes por cada consulta de primera vez .( Gráfico N° 4 - 5 )

**CUADRO N° 3  
CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS POR GRUPOS EDAD**

**HOSPITAL DR. FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE**

| <b>MORBILIDAD</b> | <b>1990</b> | <b>1991</b> | <b>1992</b> | <b>1993</b> | <b>1994</b> | <b>1995</b> |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Menos 1 año       | 1.4         | 1.4         | 1.2         | 1.2         | 1.2         | 1.2         |
| De 1 a 4 años     | 1.8         | 1.8         | 1.3         | 1.2         | 1.2         | 1.2         |
| De 5 a 14 años    | 2.2         | 2.1         | 1.2         | 1.3         | 1.2         | 1.2         |

| <b>FOMENTO</b> | <b>1990</b> | <b>1991</b> | <b>1992</b> | <b>1993</b> | <b>1994</b> | <b>1995</b> |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Menos 1 año    | 1.2         | 1.3         | 1.7         | 1.5         | 1.3         | 1.4         |
| De 1 a 4 años  | 1.2         | 1.2         | 1.5         | 1.3         | 1.2         | 1.2         |
| De 5 a 14 años | 1           | 1           | 1           | 1           | 1           | 1           |

Fuente :Depto Estadística H.F.I.B.

Elaboración Grupo Hospitalario Espae/Espol

Las consultas de fomento ( control de niño sano ) representaron el 13.4% del grupo de menores de 1 año; reduciéndose 4 y 2.5% en los grupos de 1 a 4 años y de 5 a 14 años respectivamente, esto es explicable dado que en el primer año de la vida es necesario realizar 1 consulta por mes, que van disminuyendo a medida que crece el niño. ( Gráfico N°6 ) Conviene resaltar, la importancia del programa de la vacunación que se realiza en el primer año de vida, el cual ha incidido favorablemente en el porcentaje de consulta de menores de un año (Gráfico N° 7)

**Cuadro N° 4  
PORCENTAJE CONSULTAS FOMENTO  
HOSPITAL DR. FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE**

**AÑOS**

**1990 - 1995**

| <b>Años</b> | <b>Consultas<br/>&lt; 1 año</b> | <b>Fomento<br/>1 - 4 años</b> | <b>%<br/>5 - 14 años</b> |
|-------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 1990        | 10                              | 4                             | 3.0                      |
| 1991        | 8.6                             | 3.2                           | 2.4                      |
| 1992        | 23.4                            | 5.5                           | 3.3                      |
| 1993        | 13.4                            | 4                             | 1.9                      |
| 1994        | 12.4                            | 4.4                           | 2.5                      |
| 1995        | 12.7                            | 3.2                           | 2.1                      |

Fuente Depto Estadística H.F.I.B.

Elaboracion:Grupo Hospitalario Espae/Espol

**CUADRO N° 5  
VACUNACIONES**

**HOSPITAL DR. FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMENTE**

**AÑOS 1990 1995**

| Años | BCG. | DPT. | ANTIPOLIO | ANTISAR | DT. | AMTIT. |
|------|------|------|-----------|---------|-----|--------|
| 1990 | 2421 | 9660 | 11438     | 2529    | 808 | 474    |
| 1991 | 1646 | 6354 | 10943     | 1625    | 380 | 4501   |
| 1992 | 2184 | 8672 | 11994     | 2044    | 413 | 1178   |
| 1993 | 1701 | 7159 | 9996      | 2136    | 118 | 744    |
| 1994 | 1370 | 6476 | 7827      | 9144    | 137 | 506    |
| 1995 | 1554 | 7169 | 6997      | 1681    | 74  | 725    |

Fuente: Depto Estadística H.F.I.B.

Elaborado por : Grupo Hospitalario Espae/Espol

La existencia de medicamentos pediátricos básicos guarda real concordancia con la morbilidad determinada en la consulta externa, que es de tipo respiratorio, gastrointestinal y parasitario; esta situación se muestra claramente cuando en Farmacia, en los dos últimos años, se registra un aumento de la demanda de medicamentos para estas patologías .. (Gráfico N ° 8- 9 )

**Cuadro N ° 6  
MORBILIDAD DE LA CONSULTA EXTERNA  
Hospital Francisco Icaza Bustamente**

|                         | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Parasitosis             | 3516 | 1849 | 2347 | 2251 | 2468 | 3131 |
| Rinofaringitis          | 1814 | 1170 | 1568 | 1721 | 2025 | 2450 |
| Gripe influenza         | 1583 | 1023 | 1176 | 1489 | 2157 | 1780 |
| Anemia                  | 959  | 564  | 535  | 608  | 541  | 714  |
| Admigdalis              | 803  | 527  | 506  |      | 557  | 609  |
| Bronquitis              | 791  | 577  | 678  | 690  | 1030 | 1191 |
| Enteritis               | 739  | 542  | 746  | 1071 | 1063 | 1202 |
| Faringitis              | 623  | 553  | 654  | 858  | 1076 | 1281 |
| Desnutrición III        | 615  | 444  | 616  | 548  | 637  | 688  |
| Escabiosis              | 526  | 214  | 654  |      |      |      |
| Faringoadmigda<br>litis | 438  | 497  |      |      | 520  | 848  |

Fuente:Depto Estadística H.F.I.B.

Elaboración:Grupo Hospitalario Espae/Espol

**Cuadro N° 7**  
**RECETAS DESPACHADAS EN LA FARMACIA DEL**  
**HOSPITAL DR. FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE**

| AÑOS | C.E.  | %  | Hospi | %  | TOTAL<br>RECETAS |
|------|-------|----|-------|----|------------------|
| 1990 | 804   | 28 | 2103  | 72 | 2907             |
| 1991 | 10058 | 31 | 22330 | 69 | 32388            |
| 1992 | 21192 | 50 | 20971 | 50 | 42163            |
| 1993 | 27194 | 53 | 23530 | 47 | 50724            |
| 1994 | 53062 | 57 | 39378 | 43 | 92440            |
| 1995 | 47684 | 57 | 35113 | 43 | 82797            |

Fuente: Depto Estadística H.F.I.B.

Elaboración: Grupo Hospitalario Espae/Espol

En el laboratorio, la demanda de exámenes se ha ido incrementando proporcionalmente de acuerdo al número de pacientes atendidos de la consulta (Gráfico N° 10)

**CUADRO N° 8**  
**EXAMENES DE LABORATORIO**  
**HOSPITAL DR.FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE**  
**AÑOS 1990 AL 1995**

| AÑOS | Hemato | Bacterio | Quim<br>sang | Mat. fecal | Orina | otros<br>ex. |
|------|--------|----------|--------------|------------|-------|--------------|
| 1990 | 4054   | 232      | 510          | 562        | 1468  | 198          |
| 1991 | 7335   | 557      | 1096         | 981        | 2577  | 375          |
| 1992 | 42033  | 2095     | 2637         | 15227      | 21958 | 1675         |
| 1993 | 46551  | 1193     | 3842         | 16599      | 22534 | 2358         |
| 1994 | 47627  | 1012     | 5084         | 19655      | 25054 | 3362         |

|      |       |      |      |       |       |      |
|------|-------|------|------|-------|-------|------|
| 1995 | 50151 | 1605 | 4452 | 17502 | 23343 | 2380 |
|------|-------|------|------|-------|-------|------|

Fuente: Depto Estadística  
H.F.I.B.  
Elaboración: Grupo  
Hospitalario Esape/Espol

### ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA REALIZADA AL USUARIO INTERNO

Como dato importante vale la pena recalcar que se constató la existencia del manual de normas y procedimientos de la consulta externa, el cual a pesar de existir desde la apertura del servicio y de tener diversas reactualizaciones sólo es conocido por los Jefes de los Servicios mas no por el personal que labora en la Consulta Externa, lo que ha generado que su funcionamiento se base en criterios personales. ( Gráfico N° 10 )

**CUADRO N° 9**  
**CONOCIMIENTO DEL MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS**  
**HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**

| CONCEPTO         | Número     | %           |
|------------------|------------|-------------|
| <i>SI CONOCE</i> | 80         | 64%         |
| <i>NO CONOCE</i> | 45         | 36%         |
| <b>TOTAL</b>     | <b>125</b> | <b>100%</b> |

*Fuente: Encuesta a Usuarios Internos*

*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

Se podría entonces concluir que los elementos de control se fundamentan en otros parámetros, como los de producción, tales como : número de pacientes atendidos, número de horas trabajadas, horas médicos contratadas etc.

No existe un sistema específico establecido para informar a los usuarios. La información que se brinda sobre los servicios que existen en la Consulta Externa se generan básicamente por requerimientos del usuario externo; conviene resaltar la existencia de señalización en la parte superior de las paredes diferenciadas con varios colores de acuerdo a los servicios que cuenta la consulta.

La opinión del usuario interno en lo que respeta a las **Fortalezas** de la Consulta Externa, se basa fundamentalmente en la preparación académica, científica y técnica del equipo de salud que labora en ese servicio. La mayor **Debilidad** por ellos referida, es la falta de buenas relaciones entre la mayor parte del personal del área.

Con respecto a las estrategias para mejorar la calidad del servicio, en la actualidad no se han delineado. Es importante sin embargo indicar, que en la administración

anterior, fue estructurado un plan estratégico en este sentido, el cual se inició con el establecimiento de un comité de calidad con la posterior conformación de círculos de calidad en algunos servicios, entre ellos el de consulta externa. En la actualidad estos círculos se mantienen.

En lo referente a la calidad y eficiencia las opiniones del personal de consulta externa se fundamenta más en parámetros de producción y eficacia, que en la forma en que el servicio fue brindado. Cabe recalcar que la existencia de la post consulta estuvo establecida en sus inicios como una norma. Esta actividad ha ido disminuyendo por falta de recursos humanos o de espacio físico, influyendo indudablemente en la calidad del servicio.

No existe un programa de educación continua específico para el personal de la institución, sin embargo, los médicos y paramédicos asisten a cursos de actualización científica, los cuales, en la mayoría de casos, lo hacen por iniciativa propia y solo unos pocos bajo el auspicio del Ministerio de Salud.

Es de anotar que no existe ningún estudio referente a los costos reales del servicio de consulta externa. Esta situación no permite determinar ni la eficiencia ni la productividad del mismo.

En lo que se refiere a la predisposición al pago por parte del usuario externo, conviene indicar, que en épocas anteriores fue establecido un sistema de recuperación de costos, el cual permitió determinar que el usuario externo estaba dispuesto a colaborar con un aporte económico de acuerdo a sus reales posibilidades.

Por último, en los archivos de la institución no hay referencia escrita de la misión del Hospital. A pesar de ello, para la mayoría del personal entrevistado, ésta, se fundamenta en criterios de prevención, curación y rehabilitación del paciente.

### USUARIO EXTERNO.

Del total de pacientes estudiados ( 176 ), el 33% corresponde a usuarios que acuden por primera vez al hospital. El 67% restante, han utilizado los servicios de la consulta externa en ocasiones anteriores, como lo demuestra el cuadro No. 10 , y se reafirma al encontrar que el 77% de los mismos acudieron en más de tres ocasiones a la consulta. (Gráfico N°11 )

**CUADRO N° 10**  
**FRECUENCIA DE USUARIOS QUE ACUDEN**  
**POR PRIMERA VEZ HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**

| FRECUENCIA       | Usuarios   | %           |
|------------------|------------|-------------|
| <i>Si Acuden</i> | 58         | 33%         |
| <i>No Acuden</i> | 118        | 67%         |
| <b>TOTAL</b>     | <b>176</b> | <b>100%</b> |

**Fuente: Encuesta a Usuarios Externos**

**Elaboración: Grupo Hospitalario ESPA-E SPOL**

Los datos encontrados, revelan una alta aceptación del servicio. Esta consideración se fundamenta en el alto porcentaje de usuarios que concurren en varias ocasiones al hospital, factor que implícitamente demuestra cierto grado de confiabilidad que da esta unidad. (Gráfico N° 12 - 13 )

**Cuadro N° 11  
FRECUENCIA DE CONCURRENCIA DEL USUARIO  
EXTERNO AL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE  
JUNIO - OCTUBRE 1996**

| FRECUENCIA N° DE VECES | Usuarios   | %           |
|------------------------|------------|-------------|
| <i>Una</i>             | 1          | 1%          |
| <i>Dos</i>             | 26         | 22%         |
| <i>Tres</i>            | 25         | 21%         |
| <i>Cuatro</i>          | 17         | 14%         |
| <i>Cinco</i>           | 12         | 10%         |
| <i>Seis</i>            | 8          | 7%          |
| <i>Siete y más</i>     | 29         | 25%         |
| <b>TOTAL</b>           | <b>118</b> | <b>100%</b> |

*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*

*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPA-E SPOL*

**Media = 5.2 Veces**

**Desviación Estándar = 3,95**

Con respecto a la información que poseen los usuarios externos sobre los diferentes servicios que se brindan en el área de consulta externa del hospital, se pudo determinar que la mayoría de ellos, poseen un conocimiento general sobre ellos, elemento que se complementa con el número de veces que han asistido al hospital. El Cuadro No. 12, registra lo acotado.

**CUADRO N° 12  
CONOCIMIENTO POR PARTE DE LOS USUARIOS EXTERNOS DE  
LOS SERVICIOS QUE BRINDA LA CONSULTA EXTERNA  
DEL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE  
JUNIO - OCTUBRE 1996**

| SERVICIOS             | Usuarios | %   |
|-----------------------|----------|-----|
| <i>Pediatría Gral</i> | 167      | 95% |
| <i>Cirugía</i>        | 78       | 44% |
| <i>Laborat.</i>       | 93       | 53% |
| <i>Rayos X</i>        | 77       | 44% |
| <i>Odontol.</i>       | 59       | 34% |
| <i>Otros</i>          | 65       | 37% |

|                          |            |  |
|--------------------------|------------|--|
| <b>TOTAL ENCUESTADOS</b> | <b>176</b> |  |
|--------------------------|------------|--|

*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*

*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

La mayoría de ellos conocen los horarios de atención, sin embargo, la demanda es mayor en el horario de la mañana..(Gráfico N° 14 )

**CUADRO N ° 13**  
**CONOCIMIENTO DEL HORARIO DE ATENCION POR**  
**PARTE DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE**  
**CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA**  
**BUSTAMANTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**

| <b>HORARIO</b>        | <b>Usuarios</b> | <b>%</b>    |
|-----------------------|-----------------|-------------|
| <i>Mañana</i>         | 45              | 26%         |
| <i>Tarde</i>          | 9               | 5%          |
| <i>Mañana y Tarde</i> | 108             | 61%         |
| <i>Desconoce</i>      | 14              | 8%          |
| <b>TOTAL</b>          | <b>176</b>      | <b>100%</b> |

*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*

*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

**Media = Mañana - Tarde**

**Desviación Stándar = 0,96**

Lo cual revela que el horario de la mañana aparentemente es el mas cómodo, para los padres para asistir al Hospital, tiempo en el cual los otros hijos se encuentran en la escuela. ( Gráfico N ° 15 - 16 )

**CUADRO N° 14**  
**HORARIO DE LLEGADA DEL USUARIO PARA EL TURNO**  
**DE CONSULTA EN LA MAÑANA EN EL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA**  
**BUSTAMANTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**

| <b>HORA</b>                | <b>Usuarios</b> | <b>%</b>    |
|----------------------------|-----------------|-------------|
| <i>Antes de las 5 Hras</i> | 9               | 8%          |
| <i>5 - 7 Hras</i>          | 52              | 44%         |
| <i>7 - 8 Hras</i>          | 44              | 37%         |
| <i>Más de las 8 Hras</i>   | 14              | 12%         |
| <b>TOTAL</b>               | <b>119</b>      | <b>100%</b> |

*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*

*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

Cabe resaltar la necesidad de llegar con dos horas de anticipación para conseguir el ticket para consulta en lo que se refiere a la mañana y en la tarde. Dándose por resultado largas colas , antes de que se inicie la respectivas consultas.

**Cuadro N ° 15**  
**HORARIO DE LLEGADA DEL USUARIO**  
**PARA EL TURNO DE CONSULTA EN LA TARDE**  
**EN EL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**

| HORA                        | Usuarios  | %           |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| <i>Antes de las 10 Hras</i> | 8         | 14%         |
| <i>10 - 12 Hras</i>         | 27        | 47%         |
| <i>12 - 13 Hras</i>         | 18        | 32%         |
| <i>Más de las 13 Hras</i>   | 4         | 7%          |
| <b>TOTAL</b>                | <b>57</b> | <b>100%</b> |

*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*

*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

Esta situación representa para el usuario una forma de maltrato la cual va estar referida en los datos que se presentan a continuación. .

El 34% de los encuestados manifestó haber recibido alguna forma de maltrato, el cual estuvo relacionado con el personal de la portería, las largas colas en las ventanillas de admisión y la incomodidad , así como la falta de aseo de los servicios higiénicos. ( Gráfico N ° 17 )

**CUADRO N° 16**  
**AGENTE CAUSANTE DEL MALTRATO SEGUN**  
**USUARIO EXTERNO HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**

| FUNCIONARIO             | Usuario interno | %           |
|-------------------------|-----------------|-------------|
| <i>Médico</i>           | 5               | 7%          |
| <i>Enfermera</i>        | 3               | 4%          |
| <i>Auxiliar</i>         | 11              | 15%         |
| <i>Portero</i>          | 17              | 23%         |
| <i>Conserje</i>         | 8               | 11%         |
| <i>Otros</i>            | 27              | 36%         |
| <i>Alguna Circunst.</i> | 4               | 5%          |
| <b>TOTAL</b>            | <b>75</b>       | <b>100%</b> |

*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*

*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

Esto podría deberse a la falta de programas de educación permanente, lo cual incide directamente en el trato con el personal que asiste a la consulta ( Gráfico N ° 18 )

**CUADRO N° 17**  
**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE USUARIOS**  
**MALTRATADOS EN EL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**

| CONCEPTO                     | Usuarios   | %           |
|------------------------------|------------|-------------|
| <i>Si ha sido Maltratado</i> | 60         | 34%         |
| <i>No ha sido Maltratado</i> | 116        | 66%         |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>176</b> | <b>100%</b> |

*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*

*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

Con respecto a la cordialidad, el 93% de los usuarios manifestaron que el médico fue cordial. En lo que se refiere a la auxiliar de enfermería, el 83% de los usuarios opinaron de la misma forma. Estos datos fueron expresados por los familiares en términos de educación y calidez en la forma de la atención del niño. ( Gráfico N ° 19 - 20 - 21 - 22 )

**CUADRO N° 18**  
**CORDIALIDAD DEL MEDICO EN LA ATENCION**  
**AL PACIENTE. HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**

| CONCEPTO              | Usuarios   | %           |
|-----------------------|------------|-------------|
| <i>Si fue Cordial</i> | 164        | 93%         |
| <i>No fue Cordial</i> | 12         | 7%          |
| <b>TOTAL</b>          | <b>176</b> | <b>100%</b> |

*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*

*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

**CUADRO N° 19**  
**RAZONES QUE CARACTERIZAN LA CORDIALIDAD**  
**DEL MEDICO EN LA ATENCION, SEGUN USUARIOS**  
**DEL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**

| CRITERIO              | Usuarios   | %           |
|-----------------------|------------|-------------|
| <i>Educado</i>        | 81         | 46%         |
| <i>Cálido</i>         | 60         | 34%         |
| <i>Explica Bien</i>   | 20         | 11%         |
| <i>Buena Atención</i> | 15         | 9%          |
| <b>TOTAL</b>          | <b>176</b> | <b>100%</b> |

*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*

*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

**CUADRO N° 20**  
**CRITERIO DEL USUARIO SOBRE LA CORDIALIDAD**  
**EN LA ATENCION BRINDADA POR LA AUXILIAR**  
**DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**

| CRITERIO              | Usuarios   | %           |
|-----------------------|------------|-------------|
| <i>Si fue Cordial</i> | 146        | 83%         |
| <i>No fue Cordial</i> | 30         | 17%         |
| <b>TOTAL</b>          | <b>176</b> | <b>100%</b> |

*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*

Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE/ESPOL

**CUADRO N° 21**  
**RAZONES QUE CARACTERIZAN LA CORDIALIDAD**  
**DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA ATENCION,**  
**SEGUN USUARIOS DEL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**

| CRITERIO                | Usuarios   | %           |
|-------------------------|------------|-------------|
| <i>Cálidas</i>          | 75         | 43%         |
| <i>Educadas</i>         | 54         | 31%         |
| <i>Atienden Bien</i>    | 21         | 12%         |
| <i>Son Amables</i>      | 15         | 9%          |
| <i>Tienen Paciencia</i> | 11         | 6%          |
| <b>TOTAL</b>            | <b>176</b> | <b>100%</b> |

*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*

ELABORADO : Grupo Hospitalario Espae/Espol

De acuerdo a la percepción del usuario el tiempo que el médico dedica a la consulta se obtuvo que el 56% refiere que recibió en promedio de atención de 6-15 minutos, que pueden considerarse dentro de los parámetros establecidos por los organismos de control, pero también existe un 11% que le destino menos de 5 minutos, lo cual se considera como tiempo insuficiente. ( Gráfico N° 23)

**CUADRO N° 22**  
**TIEMPO QUE EL MEDICO DEDICA A LA CONSULTA SEGUN**  
**EL USUARIO DEL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**

| TIEMPO                   | Usuarios | %   |
|--------------------------|----------|-----|
| <i>0 - 5 Minutos</i>     | 20       | 11% |
| <i>6 - 10 Minutos</i>    | 38       | 22% |
| <i>11 - 15 Minutos</i>   | 59       | 34% |
| <i>Más de 15 Minutos</i> | 59       | 34% |

|              |            |             |
|--------------|------------|-------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>176</b> | <b>100%</b> |
|--------------|------------|-------------|

*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*

*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

**Media = Entre 11 y 15 Minutos**

**Desviación Estándar = 1,0**

Sin embargo es importante hacer notar que el tiempo que dedica el médico a atender al niño es percibido por la madre como adecuado en un 73%, lo cual se contradice con los datos de falta de comunicación ( explicación ) que son demostrados claramente al encontrar en la encuesta que un 77% del universo lo pone como causa de insatisfacción. ( Gráfico N ° 24 - 25 )

**CUADRO N° 23**  
**CRITERIO DEL USUARIO RESPECTO AL TIEMPO**  
**DEDICADO POR EL MEDICO A LA ATENCION**  
**DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**

| <b>CONCEPTO</b>        | <b>Usuario</b> | <b>%</b>    |
|------------------------|----------------|-------------|
| <i>Fue Adecuado</i>    | 129            | 73%         |
| <i>No fue Adecuado</i> | 47             | 27%         |
| <b>TOTAL</b>           | <b>176</b>     | <b>100%</b> |

*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*

*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

**CUADRO N° 24**  
**CRITERIOS DEL USUARIO CON RESPECTO AL**  
**POR QUE CONSIDERO NO ADECUADO EL TIEMPO**  
**DEDICADO POR EL MEDICO A LA CONSULTA**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**

| <b>CAUSAS</b>                | <b>Usuario</b> | <b>%</b>    |
|------------------------------|----------------|-------------|
| <i>Estuvo Muy Apurado</i>    | 24             | 51%         |
| <i>No Explicó Claramente</i> | 12             | 26%         |
| <i>No Revisó al Niño</i>     | 6              | 13%         |
| <i>Otros</i>                 | 5              | 11%         |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>47</b>      | <b>100%</b> |

*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*

*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

**Media = Estuvo Muy Apurado**

**Desviación Estándar = 0,84**

Los datos reportados en la encuesta de tiempo espera son referidos al momento que el usuario tiene antes de recibir la consulta, en un 64 % esperan entre 1 a 3 horas.. Se logro determinar sin embargo que este es el tiempo normal de espera de los usuarios para Acceder a su turno. Gráfico N ° 26 )

**CUADRO N° 25**  
**TIEMPO DE ESPERA ANTES DE LA CONSULTA**  
**HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**

| TIEMPO                | Número     | %           |
|-----------------------|------------|-------------|
| <i>Menos de 1 Hra</i> | 33         | 19%         |
| <i>1 - 2 Hras</i>     | 45         | 26%         |
| <i>2 - 3 Hras</i>     | 66         | 38%         |
| <i>3 - 4 Hras</i>     | 12         | 7%          |
| <i>Más de 4 Hras</i>  | 20         | 11%         |
| <b>TOTAL</b>          | <b>176</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Encuesta a Usuarios Externos

Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL

Media = De 2 a 3 Horas

Desviación Estándar = 1,19

La accesibilidad para llegar al hospital fue reportada con dificultad en un 69%, debido más a problemas domésticos y falta de tiempo, que a la ubicación geográfica del mismo. ( Gráfico N ° 27 - 28 )

**CUADRO N° 26**  
**DIFICULTAD DEL USUARIO PARA ACCEDER A LA**  
**CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA**  
**BUSTAMENTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**

| ACCESIBILIDAD         | Usuario    | %           |
|-----------------------|------------|-------------|
| <i>Con Dificultad</i> | 121        | 69%         |
| <i>Sin Dificultad</i> | 55         | 31%         |
| <b>TOTAL</b>          | <b>176</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Encuesta a Usuarios Externos

Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL

**CUADRO N° 27**  
**CAUSAS QUE INFLUYEN EN LA ACCESIBILIDAD**  
**DEL USUARIO AL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**

| CAUSAS                            | Usuarios  | %           |
|-----------------------------------|-----------|-------------|
| <i>Problemas Domésticos</i>       | 22        | 40%         |
| <i>Sin Dinero para Transporte</i> | 13        | 24%         |
| <i>Falta de Tiempo</i>            | 11        | 20%         |
| <i>Otros</i>                      | 9         | 16%         |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>55</b> | <b>100%</b> |

*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*

*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

Del 100% de los exámenes de laboratorio que se solicitan, se realizan el 85 %; no se realiza el 15%. debido en la mayoría de los casos a falta de materiales, impuntualidad en la hora de llegada del usuario, y en algunos casos por que son exámenes especiales que requieren equipos de alta tecnología que no hay en la institución. Sin embargo del 85% que se realizan un 20% no pueden ser entregados a tiempo, por falta de concordancia de nombres de los pacientes o de números de Historia Clínica

**CUADRO N° 28**  
**RESULTADOS INEFICACES DE LABORATORIO HEMOGRAMAS**

| EXAMENES                      | Número | %    |
|-------------------------------|--------|------|
| <i>Solicitados</i>            | 1951   | 100% |
| <i>Realizados</i>             | 1647   | 84%  |
| <i>No Realizados</i>          | 304    | 16%  |
| <i>No Entregados a tiempo</i> | 336    | 20%  |

*Fuente: Laboratorio*

*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE - ESPOL*

**CUADRO N° 29**  
**RESULTADOS INEFICACES DE LABORATORIO QUIMICA SANGUINEA**

| EXAMENES                      | Número | %    |
|-------------------------------|--------|------|
| <i>Solicitados</i>            | 379    | 100% |
| <i>Realizados</i>             | 258    | 68%  |
| <i>No Realizados</i>          | 121    | 32%  |
| <i>No Entregados a tiempo</i> | 46     | 18%  |

*Fuente: Laboratorio*

*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE - ESPOL*

**CUADRO N° 30  
RESULTADOS INEFICACES DE LABORATORIO HECES**

| EXAMENES                      | Número | %    |
|-------------------------------|--------|------|
| <i>Solicitados</i>            | 726    | 100% |
| <i>Realizados</i>             | 531    | 73%  |
| <i>No Realizados</i>          | 195    | 27%  |
| <i>No Entregados a tiempo</i> | 84     | 16%  |

Fuente: Laboratorio

Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE - ESPOL

**CUADRO N° 31  
RESULTADOS INEFICACES DE LABORATORIO ORINA**

| EXAMENES                      | Número | %    |
|-------------------------------|--------|------|
| <i>Solicitados</i>            | 644    | 100% |
| <i>Realizados</i>             | 461    | 72%  |
| <i>No Realizados</i>          | 183    | 28%  |
| <i>No Entregados a tiempo</i> | 51     | 11%  |

Fuente: Laboratorio

Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE - ESPOL

Es de hacer notar que en los consultorios el promedio de atención es de 16 pacientes por día , pero debido a la alta demanda de los servicios ocasiona que las citas sean de mas de 7 días, con el consecuente recargo de la cita subsecuente .

**CUADRO N° 32  
CITA PROLONGA EN LA MAÑANA  
2 CONSULTORIOS POR 4 DIAS CONSECUTIVOS HOSPITAL  
FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE**

| PACIENTES                          | Número | %   |
|------------------------------------|--------|-----|
| TOTAL                              | 125    | 100 |
| <i>Atendidos</i>                   | 116    | 93% |
| <i>No Asistieron</i>               | 9      | 7%  |
| <i>Con Cita Subsecuente</i>        | 68     | 54% |
| <i>Con Cita por mas de 7 Días</i>  | 50     | 73% |
| <i>Con cita pormenos de 7 Días</i> | 18     | 26% |

Fuente: Dpto.Estadística

Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE - ESPOL

**CUADRO N° 33**  
**CITA PROLONGA EN LA TARDE**  
**1 CONSULTORIO POR 4 DÍAS CONSECUTIVOS HOSPITAL FRANCISCO**  
**ICAZA BUSTAMENTE**

| <b>PACIENTES</b>                    | <b>Número</b> | <b>%</b>   |
|-------------------------------------|---------------|------------|
| <b>Total</b>                        | <b>53</b>     | <b>100</b> |
| <b>Atendidos</b>                    | <b>44</b>     | <b>83%</b> |
| <b>No Asistieron</b>                | <b>9</b>      | <b>17%</b> |
| <b>Con Cita Subsecuente</b>         | <b>26</b>     | <b>49%</b> |
| <b>Con Cita por mas de 7 Dias</b>   | <b>16</b>     | <b>61%</b> |
| <b>Con Cita por menos de 7 Dias</b> | <b>9</b>      | <b>34%</b> |

Fuente: Dpto. Estadística

Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE - ESPOL

De los 195 medicamentos de uso pediátricos que constan en el cuadro básico, solo el 33% se encuentran en la farmacia del hospital, es de hacer notar que de estos medicamentos existen algunos que podríamos llamarlos de uso frecuente, como el acetaminofen gotas, antiparasitarios, la ampicilina y la amoxicilina, el salbutamol y las multivitaminas se agotan con facilidad y demoran más de 7 días en ser adquiridos nuevamente.

**CUADRO N° 34**  
**CARENCIA DE MEDICAMENTOS**  
**HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**

|  | <b>Número</b> |
|--|---------------|
| <b>Medicamentos Pediátricos del Cuadro Básico</b>              | <b>195</b>    |
| <b>Medicamentos Pediátricos del Cuadro Básico Inexistentes</b> | <b>65</b>     |

| <b>Inexistencia de los siguientes Medicamentos:</b> | <b>Días</b>     |
|---|-----------------|
| <b>Acetaminofen Gts</b>                             | <b>7</b>        |
| <b>Loratodina Simple</b>                            | <b>7</b>        |
| <b>Mebendazol Susp</b>                              | <b>Más de 7</b> |
| <b>Mebendazol Cap.</b>                              |                 |
| <b>Metronidazol Susp.</b>                           |                 |
| <b>Metronidazol Cap.</b>                            | <b>Más de 7</b> |
| <b>Acetaminofen Jab.</b>                            | <b>Más de 7</b> |
| <b>Eritromicina Susp.</b>                           |                 |
| <b>Dicloxacilina Susp.</b>                          |                 |
| <b>Amoxicilina Susp.</b>                            | <b>Más de 7</b> |
| <b>Ampicilina Susp.</b>                             | <b>Más de 7</b> |
| <b>Dextrometorfano Jab.</b>                         |                 |

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>Penicilina Benzatimica 600.000 u.</b> | <b>Más de 7</b> |
| <b>Multivitaminas Jab.</b>               |                 |
| <b>Nistatina Gtas</b>                    |                 |
| <b>Salbutamoe Jab.</b>                   | <b>Más de 7</b> |
| <b>Salbutamoe Spray</b>                  |                 |
| <b>Trimetropin - Sulfa</b>               |                 |
| <b>Sulfato Ferroso</b>                   | <b>Más de 7</b> |
| <b>Cefalexina Susp.</b>                  |                 |
| <b>Multivitaminas Gtas</b>               |                 |
| <b>Penicilina 1.000.000 u.</b>           |                 |

Fuente: Dpto Farmacia

Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE - ESPOL

Con respecto a la impuntualidad del personal, es de hacer notar que esta es mas frecuente en el personal médico donde existe un 59% ,pero con el personal paramédico este porcentaje varia, con a relación a Enfermería 50% , Psicólogos 33% Odontólogos 50% , en lo que respecta al personal de Tecnólogos que solo es un 28% , en el personal sujeto al código de trabajo un 36%.

La impuntualidad del medico guarda relación estrecha con los datos encontrados con respecto al tiempo que este dedica al paciente en la consulta .

**CUADRO N° 35**  
**IMPUNTUALIDAD DEL PERSONAL**  
**DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL FRANCISCO ICAZA**  
**BUSTAMENTE**  
**OCTUBRE-96**

| PERSONAL           | Número | %    |
|--------------------|--------|------|
| <b>Médicos:</b>    | 110    | 100% |
| <b>Atrasados</b>   | 64     | 59%  |
| <b>Puntuales</b>   | 46     | 36%  |
| <b>Enfermeras:</b> | 6      | 41%  |
| <b>Atrasados</b>   | 3      | 50%  |
| <b>Puntuales</b>   | 3      | 50%  |
| <b>Psicólogos</b>  | 3      | 100% |
| <b>Atrasados</b>   | 1      | 33%  |
| <b>Puntuales</b>   | 2      | 67%  |
| <b>Odontólogos</b> | 8      | 100% |
| <b>Atrasados</b>   | 4      | 50%  |
| <b>Puntuales</b>   | 4      | 50%  |

|  |            |             |
|--|------------|-------------|
| <b>Técnicos</b>                                | <b>35</b>  | <b>100%</b> |
| <b>Atrasados</b>                               | <b>10</b>  | <b>28%</b>  |
| <b>Puntuales</b>                               | <b>25</b>  | <b>72%</b>  |
| <b>Trabajadores: Aux.Enf./Aux.Adm.de Salud</b> | <b>39</b>  | <b>100%</b> |
| <b>Atrasados</b>                               | <b>13</b>  | <b>34%</b>  |
| <b>Puntuales</b>                               | <b>26</b>  | <b>66%</b>  |
| <b>TOTAL</b>                                   | <b>201</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Lcdo.Jesús García ANALISTA RR.HH. Dpto de Personal

Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE - ESPOL

Se realizaron *Grupos focales* seleccionando dos grupos de madres con las siguiente características:

edad entre 20 y 40 años

con mas de 2 hijos

con un ingreso familiar menor de quinientos mil sucres

Cada grupo estuvo constituido por 12 madres que se mostraron dispuestas a colaborar con los facilitadores.

Se planearon las siguientes preguntas:

- 1.- ¿ la atención recibida ha sido satisfactoria ?
- 2.- ¿ ha sido maltratado dentro del hospital?
- 3.- ¿ le ha sido fácil encontrar los servicios dentro del hospital ?
- 4.- ¿ cual es su opinión sobre el ambiente de la consulta externa?
- 5.- ¿ si estaría dispuesta a colaborar económicamente para mejorar el servicio?
- 6.- ¿ cual es la sugerencia para mejorar ?

Los datos obtenidos revelaron lo siguiente:

- La mayoría de las madres se sienten satisfechas de la atención que el personal medico y paramédico les proporciona en la consulta externa
- Con respecto al maltrato se refiere que se hace manifiesto en la puerta de entrada especialmente por el personal de conserjes ( porteros )
- Se refirió además que existe poca explicación del medico a las madres del niño, la mayoría de las veces es por el poco tiempo que les dedican.
- Con respecto al conocimiento de los servicios, se refiere que en la primera ocasión que concurren al hospital es difícil encontrarlos y se ayudan preguntando al personal
- El Ambiente del hospital es agradable en manera general, pero existe inconformidad por la poca cantidad de servicios higiénicos y por la falta de aseos de los mismos.
- Existe buena predisposición para el pago de la consulta medica siempre que no exceda de un rango de un mil a tres mil sucres.

En las sugerencias obtenidas a través de los grupos focales se pudo determinar lo siguiente:

- Dar cursos de relaciones humanas al personal (medico y paramédico ).
- Abastecer de medicinas a la farmacia.
- Dar citas mas cortas. ( menos tiempo entre una cita y otra )
- Que se realicen todos los exámenes en el hospital.
- Que se incrementen los consultorios para atender mas pacientes.

## 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente trabajo refleja que la consulta externa del Hospital Francisco de Icaza Bustamente brinda un servicio de alta calidad técnica y científica que ha alcanzado un crecimiento proporcional con un cumplimiento de metas de atención en un 67 % en los dos últimos años, con alta capacidad resolutive de sus patologías, como los demuestran los indicadores de resolución de enfermedades, como el índice de 1.2 consultas subsecuentes de morbilidad lo cual concuerda con la patología predominante en la consulta externa. Lo que en años anteriores era superior y necesario tener mas de dos consultas del usuario para resolver totalmente la razón de su llegada al hospital.

Con respecto a la consulta de fomento podemos ver que los índices presentados conservan la relación entre los diversos grupos etareos, pero por las características del hospital (de especialidades), su atención se dirige especialmente a la curación de las patologías mas que a la prevención; lo cual corresponde a las unidades de atención primaria. Esto hace la diferencia entre este Hospital y las unidades operativas de primero y segundo nivel del Ministerio de Salud Publica, recordando así mismo que no existen mecanismos de referencia y contrareferencia realmente establecidos, que alivianarían en gran parte la consulta de atención primaria espontanea que acude al hospital.

Los canales de información para el usuario interno y externo son débiles y se basan especialmente en los datos que puedan recibir " *al paso preguntando* " mas que por existir realmente un sistema de información, en donde exista personal destinado a resolver o ayudar a los usuarios, especialmente aquellos que acuden por primera vez en busca de atención. Estos problemas se ven magnificados cuando el usuario externo es enviado de un servicio a otro para realizar exámenes o las respectivas interconsultas y da por resultado una perdida importante de tiempo causando originado insatisfacción en el usuario, lo que se vio reflejado en los grupos focales que solicitaban se de mejor información y que existan cursos de relaciones humanas para el personal.

Esta insatisfacción se ve acrecentada por tener que madrugar y luego realizar largas colas para obtener un ticket en el área de estadística ocasionando roces entre el personal de portería y las madres que " *se esfuerzan*" por conseguir el mencionado turno.

Aunado a esto el poco espacio que existe en las salas de espera y las deficiencias en las baterías higiénicas, originan una gran incomodidad y que genera, malestar en los usuarios.

En cuanto la accesibilidad esta se ve facilitada por la ubicación del Hospital, ya que este se encuentra en el corazón geográfico de la ciudad , y contar con líneas de transporte que permiten llegar con facilidad al mismo. Las dificultades en la accesibilidad se debían mas bien a problemas de índole domestico o económico .

Cabe destacar la poca o ninguna utilización de los manuales de normas y procedimiento de la consulta externa para su funcionamiento , lo cual genera en una crisis de autoridad al no conocer como debe funcionar la misma. Como es lógico esto ocasiona verdaderos resquebrajamiento de la autoridad y de las relaciones interpersonales.

A esto se puede sumar la falta de programas coordinados de educación permanente del personal y al poco o nulo impulso de los mismo dado a la inexistencia de partidas presupuestarias para su organización. Esto se ha constituido en uno de los factores de desmotivación del personal incidiendo directamente en la prestación de servicio.

La relación entre los servicios de farmacia y laboratorio fueron estudiados como parte de la consulta externa y nos permite colegir que han crecido en igual proporción con relación a la demanda e incremento de la misma, sin embargo, debemos resaltar que en la farmacia se presenta como falencia la demora en la adquisición de medicinas lo cual indudablemente incide en la satisfacción de los usuarios.

En lo que respecta a laboratorio hemos encontrado que la demora en la entrega de los resultados de los exámenes causa gran insatisfacción en los usuarios tanto internos como externos y esta condición aunada a la continua falta de los reactivos que obliga a los pacientes a acudir a servicios particulares en donde el costo por realizar estos exámenes es mas elevado y tienen menor grado de confiabilidad.

El alto índice de atraso del personal se ve reflejado en el poco tiempo que le dedica el medico al paciente para examinarlo, así como dar las explicaciones oportunas a la madre acerca de la patología y necesidad de colaboración para conseguir una pronta mejoría de su hijo, encontrándose frecuentemente en las quejas que presentan los usuarios siendo reportado como falta de calidez. Este dato de insatisfacción en parte podría atenuar al existir adecuados controles de pos consulta que ayudarían a mejorar las explicaciones e indicaciones.

El usuario externo demuestra alta confiabilidad en el servicio que se otorga en lo que respecta puntualmente a la calidad técnica, sin embargo, no en la calidad sentida, la cual no logra satisfacer las necesidades del mismo, ya que los parámetros de calidez, oportunidad no se cumplen.

Existe un alto porcentaje de pacientes con cita subsecuente, que deben esperar mas de siete días para conseguir nuevamente la consulta, sin embargo, si las metas de atención se cumplieran a cabalidad se disminuiría substancialmente el tiempo de espera para una nueva consulta subsecuente

## 8.1 RECOMENDACIONES .-

Luego del análisis y conclusiones del estudio realizado por el grupo hospitalario del Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud de la ESPOL/ESPAE, tendiente a mejorar la satisfacción del usuario del servicio de Consulta Externa del hospital, se ha estructurado el siguiente plan de actividades dirigidas primordialmente a la Dirección de la institución y a las autoridades del ramo; el mismo que, de implementarse cabalmente, cumplirá con los objetivos propuestos en esta investigación. Las etapas a seguir son, en su orden, las siguientes:

1. Implantar un sistema de *Selección de los pacientes, conocido como Triage*. El objetivo de esta técnica es eliminar gradualmente las aglomeraciones que a diario se presentan al inicio del proceso de atención, mediante la clasificación de los pacientes que acuden por primera ocasión al hospital, ya sea por patología y/o por gravedad del caso en particular.

Este sistema debe estar compuesto por una caseta claramente identificable por el usuario externo y, además, la misma estar atendida por un médico y/o una licenciada en enfermería, ambos profesionales dependientes directamente de la Jefatura de Consulta Externa.

2. Habilitar la caseta existente a la entrada del hospital, asignándole personal con actitudes y aptitudes sobresalientes en relaciones humanas, para que cumplan exclusivamente funciones de *información tanto a los usuarios del servicio* como a los visitantes y proveedores. Esta caseta debe estar ubicada en un sitio claramente visible a la entrada del hospital y con un rótulo que la haga de fácil identificación.

El objetivo básico es orientar a los demandantes sobre los diferentes servicios que el hospital brinda, horarios de atención, ubicación de pacientes, doctores, áreas y novedades generales.

3. Planificar y ejecutar, mediante un plan regular de desarrollo humano, programas de educación permanente para todo el personal de la institución. Estos programas deben ser coordinados por los departamentos de Recursos Humanos y Docencia, y las temáticas propuestas deben responder indefectiblemente a las necesidades y expectativas tanto del usuario externo como del interno.

El objetivo fundamental de esta labor es generar un cambio de actitud del personal, de tal forma que el talento humano de la institución esté siempre en favor y beneficio de los usuarios del servicio.

4. Establecer con claridad, a través del departamento de estadística, la procedencia de los usuarios con la finalidad de ubicar porcentualmente los sitios de mayor demanda. Uno de los objetivos de esta actividad es *mejorar los sistemas de referencia y contrareferencia* entre el hospital y las unidades de salud, de existir, establecidas en estos lugares. Esto permitirá descongestionar el volumen indiscriminado de la demanda hacia el hospital y reducirá, concomitantemente, el período entre una cita y otra. (Cita Subsecuente).

Un segundo objetivo es *abrir el hospital hacia la comunidad*, permitiendo que, mediante programas coordinados entre la Dirección del Hospital y la Jefatura de Consulta Externa, personal médico y paramédico del hospital genere servicios de salud visitando estos lugares, con lo cual se mejorará, indudablemente, tanto el estado de salud de la población beneficiada, como la imagen del hospital, del Ministerio de Salud Pública y la de las propias unidades visitadas y atendidas.

5. Propender, mediante programas y/o estrategias de mercadeo social, promoción y amplia comunicación, diseñadas por la Jefatura de Consulta Externa y apoyadas por la Dirección del hospital, a lograr la sensibilización de los usuarios del servicio, en favor de *implantar un sistema de recuperación de costos* basado esencialmente en un principio de equidad y solidaridad, de tal forma que el mismo permita generar fondos adicionales al hospital, los cuales deben, necesariamente, ser reinvertidos en el mejoramiento de la calidad de este servicio.
6. *Optimizar la tecnología de punta con cuenta el laboratorio* del hospital, aprovechando, en lo que respecta a la gestión del personal, los programas de educación permanente para los mismos, propuestos con antelación.

Mejorar el proceso requerido para la elaboración de los exámenes; desde la propia orden, realización de la prueba y entrega de resultados. Para lograr ello, es indispensable que tanto el nombre del paciente, tipo de examen y resultados, deben ser escritos a máquina y perfectamente legibles.

Se debe asignar así mismo, un porcentaje de los fondos generados por el sistema de recuperación de costos, para asegurar un stock permanente de insumos, reactivos y mantenimiento de equipos.

7. Destinar un porcentaje de los fondos generados por el sistema de recuperación de costos, para *incrementar la partida presupuestaria asignada a compra de medicamentos*, logrando con ello un mejoramiento en el stock de la farmacia.

La Dirección del hospital debe, por otra parte, lograr beneficios en los términos bajo los cuales se realiza la negociación con los laboratorios del mercado, con la finalidad no solo de abaratar los precios de los medicamentos, sino de asegurar su existencia en farmacia.

Gestionar a través del Comité de Farmacia, la implantación de una norma que regule el número de medicamentos prescritos por receta médica.

8. Propender a que el *Liderazgo en las diferentes áreas del hospital se fundamente en el ejemplo*, de tal forma que factores como puntualidad de los directivos al sitio de trabajo e involucramiento de los mismos en las iniciativas de mejora de la calidad como lo son los *círculos de calidad* existentes, sean reconocidos e imitados por todos aquellos usuarios, tanto internos como externos que demandan y/o prestan el servicio.
9. **Realizar un estudio de costos** que permita establecer el costo real que genera para el hospital, la prestación del servicio de una consulta externa, con ello, se determinará claramente la productividad de este servicio, la cual obviamente está condicionada por la eficiencia en la utilización de los recursos. Una vez detectado los rubros que porcentualmente son los mayores componentes de este costo, será más fácil para los directivos establecer los planes tendientes a la racionalización del uso de los recursos destinados para tal efecto.
10. **Revisar, actualizar y difundir el Manual de Normas y Procedimiento** a todo el personal que labora en la Consulta Externa. Los programas de educación permanente propuestos, son un buen mecanismo tanto para difundir la importancia de la aplicación del mismo, como para motivar al personal en el uso de ellos.

El objetivo primordial es el mejoramiento de la productividad y calidad del servicio, ya que permite optimizar los recursos y, por ende, generar los resultados esperados.

Productividad = Eficacia X Eficiencia.

11. Establecer una **política de motivación al personal** basada en la opinión del usuario del servicio, obtenida mediante técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación; encuestas, entrevistas, grupos focales, buzones de sugerencias, etc, realizadas por la propia institución. Esta motivación no debe responder necesariamente a reconocimientos económicos, sino a estímulos que resalten en forma grupal o personal, los logros alcanzados. Algunos de ellos son, por ejemplo, reconocimiento público en el mural y/o informativo del hospital, apoyo y colaboración por parte de los directivos para asistir a cursos de educación en el país e intercambio o pasantía de personal con instituciones similares del exterior.

12. Apoyar y estimular, en principio y fundamentalmente desde la propia Dirección del hospital, ***la gestión que realizan los círculos de calidad*** actualmente existentes en el hospital, como parte del compromiso institucional para la comunidad, el cual debe estar siempre enfocado hacia el mejoramiento de la satisfacción de los usuarios.
  
13. Finalmente, ***propender a la búsqueda de líderes*** dentro del mismo personal del hospital o externo, con suficientes recursos técnicos y académicos para que lleven adelante las actividades propuestas, las mismas que, a no dudarlo, redundarán en beneficio de la población infantil del país.

## 9. BIBLIOGRAFIA

- 1 Arroyabe, M.; Isaza, P: *Educación Medica Salud, OPS/OMS*. Vol. 23, No.2; México. 1989.
- 2.- Arroyave Gilma, María L.; y Isasa, Pablo N. : *Una perspectiva histórica del hospital* .Educ.Med. Salud,Vol 23,N 2 1989
- 3 Avari, J: *Como Motivar. Que nos mueve a la excelencia ?* Legis Serie empresarial Santa Fé de Bogotá Colombia 1992
- 4 Barco, Virgilio : *El Problema de los hospitales. Análisis y evaluación de la situación* .La Previsora S.A. Bogotá Colombia 1994
- 5 Barquín, Manuel: *Dirección de Hospitales*. Interamericana, 5<sup>ta</sup>. de. México. 1989
- 6 Brahimí, M; and Worthing, DJ: *Queueing Models for out patient appointment Systems A case study* Journal of ther operational Research Society Vol 42 11991
- 7 Bergonzoli, Gustavo; Victoria, Diego: *Rectoría y vigilancia en salud*. Serie salud y desarrollo de servicios de salud San José Costa Rica 1994
- 8 Bermillón, A; Cérutti, O : *Les outils du management de la qualité* Les editions d' Organisation Paris 1989
- 9 Castrillon Cifuentes, Jaime: *Costos para gerenciar servicios de salud* Edic. Uninorte Santa Fe de Bogotá 1996
- 10 Cepar: *Perfil socio demográfico provincial del Guayas* Quito Ecuador 1992
- 11 Ciampa,Dan : *Calidad Total* Edito. Addison Wesley Iberoamericana S.A. Wilmington Delawaer E:U:A: 1992
- 12 Codman, E.A.: *El producto de los hospitales: Investigaciones sobre servicios de salud : Una Antología* Edito . Kerm L. White Washington D:C: 1992
- 13 Coe, Rodney: *Sociología de la Medicina*. Universidad Alianza, 2<sup>da</sup>. de. Madrid. 1979.
- 14 Corporación Ecuatoriana de la Calidad Total : *Calidad Total y la integración* Boletin Informativo # 4 Quito Ecuador 1994
- 15 De Moraes: *La calidad de la asistencia hospitalaria* Foro Mundial de la salud Vol. 14 N 4 OMS Ginebra 1993
- 16 De Moraes, Humberto: *Estándares e indicadores para la creditación de hospitales en la América Latina y el caribe* OPS /OMS Washington D.C. E.U.A. 1994
- 17 De Moraes, Novaes Humberto:*Calidad de la asistencia hospitalaria* Foro Mundial de la salud Vol. 14 1993
- 18 Dever, G E: *Epidemiology and health sevices managements* Washington D:C: OMS/OPS 1991
- 19 Díaz Fernández, J.L.; Ance, Mateo F: *Manual de Gestión hospitalaria El papel del servicios médico* México D.F. Edito. Interamericana 1989
- 20 DiPrete, L; y Col.: *Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo* Serie de Perfeccionamiento de la metodología de la garantía de calidad E.U.A. 1992
- 21 Donavedian; Avedis: *Calidad Costo y Salud un modelo investigador. Investigación sobre los servicios de salud:Una antología* Edito. Kerr L. White Washington D:C. OPS 1992
- 22 Donavedian, Avedis: *Evaluación de la calidad de la atención médica. Investigaciones sobre servicios de salud Una antología* Edito. Kerr L. White Washington D;;C: O:P:S: 1992
- 23 Donabedian,Avedis: *La calidad de la atención médica* Edito. Científicas Prensa

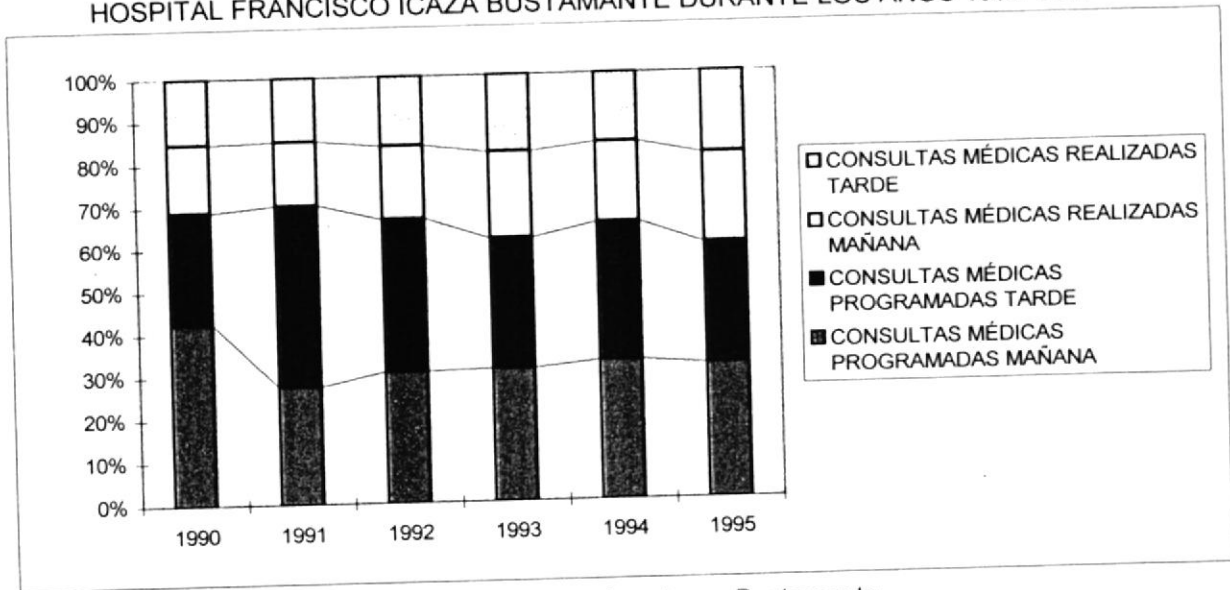
- Médica Mexicana 1984
- 24 Duran , M. Hernan : *Aspectos conceptuales y operativos del proceso de planificación de la salud*. Publicación O.N.U. Santiago de Chile 1989
  - 25 Drucker, Peter: *Gerencia para el futuro* Grupo Edit. Norma 5 reimpresión Colombia 1995
  - 26 Estrada. Ycaza, Julio: *El Hospital de Guayaquil*: Publicaciones del archivo histórico del Guayas; 2<sup>da</sup>. de. Guayaquil - Ecuador. 1974
  - 27 Ferreira, José Roberto ;y Col: *Educación médica y salud* Washington D.C. OPS/OMS Vol26 # 3 1992
  - 28 Fegenbaum ,A.: *Control total de la calidad* Edit. CECSA México 1986
  - 29 Figueroa, Rethelny; Molina, Carlos : *Organización y gerencia Publica*: Instituto Centro americano de administración Publica ICAP san José Costa Rica 1 Edito. 1989
  - 30 Frenk, Julio: *El concepto y la medición de accesibilidad Investigaciones sobre servicios de salud:Una Antología* Edit. Kerr L. White Washington D.C, OPS 1992
  - 31 Foucault, M: *El nacimiento de la clínica . Una arqueología de la mirada medica* (Traducción del francés por F, Perujo ) 8a de. Siglo XXI , México , 1981
  - 32 Fundación Mexicana para la salud: *Calidad y Eficiencia en las organizaciones de atención médica* México D.F. 1 Edición 1994
  - 33 Fundación Eugenio Espejo: *Oferta y Demanda de los servicios de salud en el Ecuador* Quito Ecuador 1987
  - 34 Gilmore, L.; Moraes, Novaes H.: *Manual de Gerencia de la Calidad Serie HSP-UNI Manual operativo Paltek Vol.III N 9 OMS/OPS y Fundación Kellogg* Washington 1996
  - 35 Harrington, J: *Como incrementar la Calidad y la productividad* Edit. MacGrawhill México 1988
  - 36 Harvey, V. Finenberg ; Howard H.; Hiatt T.T: *Evaluación de las practicas médicas Argumentos para la valoración tecnológica Investigación sobre servicios de Salud Una Antología* Edit. Kern L. White Washington D.C. 1992
  - 37 Herman, Pol: *La gerencia de calidad total en el enfoque gerencial*: En el curso de gerencia de calidad total Escuela de salud publica Quito Ecuador 1993
  - 38 Hitoshi Kume: *Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad* Edit. Norma Colombia 1992
  - 39 Hulka, Bárbara S; Zizansky, Stephen J.: *Validación de una escala de satisfacción de los pacientes: teoría, métodos y práctica*.
  - 40 Ishikawa. K: *Que es el control total de calidad* Edit. Norma Colombia 1986
  - 41 Jasper, C. : *Calidad total ( El camino hacia más calidad y mayor competitividad)* Quito Ecuador 1992
  - 42 Kerr, L. White: *Organización de la atención en Salud: Perspectiva Epidemiológica "Investigaciones sobre servicios de Salud: Una antología"* Editores Kerm L. White. Washington D.C. 1992.
  - 43 Laboucheix V.: *Traite de la Qualite Totale. Les nouvelles régles de management des anes 90* Edit. Dunod Enterprise Paris France 1990
  - 44 Lasprilla, R. Enrique y Col. *Situación actual , tendencias del gasto y financiamiento del sector salud en el Ecuador*; O.P.S./ O.M.S. 1era Edición. . Quito Ecuador. 1995.
  - 45 Lewis, Charles; Resnik, Barbara; Schmit, Glenda; y Waxmnan, David : *Actividades, sucesos y resultados de la atención ambulatoria de pacientes*.
  - 46 Madero, Izaguirre Mauro: *Historia de la medicina en la Provincia del Guayas* Casa

- de la Cultura Núcleo del Guayas 1955
- 47 Neuhaser D.: *The quality of medical care and the 14 points of Edwards Demings*. En Kovner, A y Neuhauser the. Health services management An Arbor, Health Administrations 1990
  - 48 Organización Mundial de la Salud: *Función de los hospitales en los programas de protección de la salud*. Serie de Informes Técnicos 122 Ginebra 1957
  - 49 O'Keefe ,R.: *Investigating Out Patient* Department Journal of the operational research society Vol 36 1985
  - 50 Paredes, Borja Virgilio: *Historia de la Medicina en el Ecuador* Casa de la Cultura Ecuatoriana Quito 1963
  - 51 Paganini, José María; De Moraes Novaes, Humberto: *El hospital publico tendencias y perspectivas* Washington D.C. OPS/OMS 1 edición SILOS 1994
  - 52 Paganini, José María: *Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria* Serie HSS/Silos Vol. 30 Washington D.C. E:U.A. 1993
  - 53 Paganini, José María ;De Moraes Novaes, Humberto: *La garantía de la calidad* Foro Mundial de la Salud Washington D.C. OPS/OMS 1989
  - 54 Paganini, José María: *Desarrollo y Fortalecimientos de los Sistemas de salud* .*Calidad y Eficiencia de la atención Hospitalaria* OMS/OPS 1993
  - 55 Paganini J; Novaes, H.: *Hospital accreditation for latin America and the Caribbean* Washington D:C: OMS/OPS y Federacion de Hospitales de América latina 1992 ( serie Silos 13
  - 56 Peters, Joshep P: *El proceso de planificación estratégica para los hospitales* España Editio Masson S.A.
  - 57 Rivera, J.: *El rol de la satisfacción del cliente en el proceso de la calidad total* Edit. Hispana Research Corp, USA, 1993
  - 58 Rosander, A : *La búsqueda de la calidad en los servicios* Edit. Díaz de Santos Madrid 1989
  - 59 Ruelas Barajas, Enrique : *Confusiones y Definiciones* ,Calidad de Atención a la salud . Soc. Mexicana de Atención a la Salud : 1995
  - 60 Ruelas Barajas, Enrique; Zurita Garza, Beatriz : *Nuevos Horizontes de la calidad de la atención de la Salud*: Salud Publica de México Mayo- Junio 1993 Vol 35
  - 61 Rutstein, David D. y Col.: *Como medir la calidad de la atención médica un método clínico* *Investigaciones sobre servicios de salud Una antología* Editio. Kerr L. Washington D.C, OPS 1992
  - 62 Sacato, A.F.; Teran, P.C.; Andrade, L.F.: *La atención de salud en el Ecuador* Editio. Movimientos Laico Para la América latina Quito Ecuador 1992
  - 63 Sheps Mindel, C.: *Métodos para evaluar la calidad de la atención hospitalaria* "*Investigaciones sobre servicios de Salud: Una Antología*": Editores Kerm L. White. Washington. D.C. 1992.
  - 64 Serna, H: *Los equipos de mejoramiento continuo* Santa Fé de Bogotá 1991
  - 65 Stanfield, Barbara : *Investigación de servicios de salud Un modelo practico* *Investigaciones sobre servicios de Salud: Una Antología* : Editio Kerm L. White Washington D.C. 1992
  - 66 Solon, Jerry A. y col: *Bosquejos de la atención medica* *Investigaciones sobre los servicios de salud :Una Antología* Editio. Kerm L. White Washington D.C, OPS 1992
  - 67 Sonis, A y Col : *Medicina sanitaria y administración de la salud Publica* Tomo II De. Ateneo Buenos Aires 1978

- 68 Souilla, Bernardo; Paganini, José M.; Sonis, Abraham; Gianantonio, Carlos A : *Calidad y eficiencia de la atención médica , estudio comparativo de recursos y resultados en atención pediatría entre los hospitales de distinta complejidad: Atención Médica 3, ( 1-4) junio de 1974 -marzo de 1975*
- 69 Temes, JL.; Pastor V., Díaz: *Manual de la gestión hospitalaria*. Edt. Interamericana 1992
- 70 Torres ,Ernesto. :*El hospital :Cambios en su estructura* En prensa
- 71 Valenzuela V., Alfredo: *Que debemos hacer para organizar nuestros hospitales*. Anales de la Sociedad Medico Quirúrgica del Guayas Año XX Volumen IX Numero 9
- 72 Valencia, Fernando : *Los sistemas de información y administración de las operaciones* Edit. Instituto FES de Liderazgo Cali Colombia 1992
- 73 Vanormelingen, K. y col.: *La Gerencia de calidad en salud OPS/OMS MSP Quito Ecuador 1 Edición 1994*
- 74 Vanormelingen K. et, al. : *La gerencia de calidad total en salud: Quito OPS / Oms 1994*
- 75 Vargas, F Mauricio: *Evaluación de la calidad de atención de salud* Edit.Rev.Centroamericana de Administración Publica San José Costa Rica 1990
- 76 Vissers, J; and Wijngaard J.: *Outpatient Appointment system: Design of a simulation study* European Journal of operational Research Vol. 113 1970
- 77 Walton, Mary : *Como administrar con el método Deming* .Edito. Norma Novena Edición Bogotá Colombia 1992
- 78 Walton , Mary : *El Método Deming en la Practica* Edito. Norma Novena Edición Bogotá Colombia 1992
- 79 Wenzel, Richard: *El control de la calidad nuevo componente de la epidemiología hospitalaria Fortalecimiento y desarrolló: La Garantía de la Calidad OPS/OMS Washington D:C: 1 Edición 1989*
- 80 Weinstein, Milton; Stason, Willian: *Fundamentos del análisis de eficacia en funciones de los costos en relación con la salud y el ejercicio de la medicina Investigaciones sobre los servicios de salud Una Antología* Edito. Kerm l. White Washington D:C: OPS 1992
- 81 White, K.: *Research in medical care and health services systemes* :Care 6: 1968

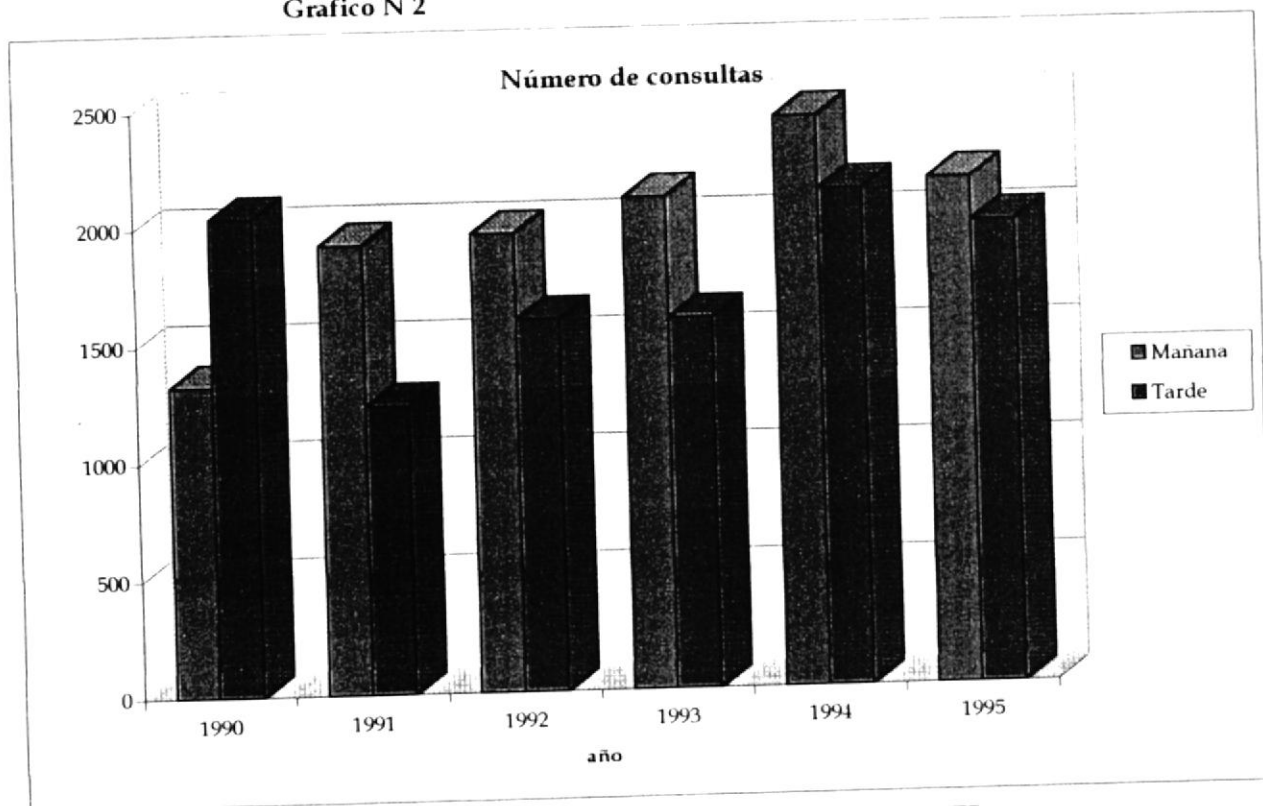
ANEXOS :

GRAFICO N °1  
 CONSULTA PROGRAMADAS CONSULTA REALIZADAS  
 HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE DURANTE LOS AÑOS 1990 1995



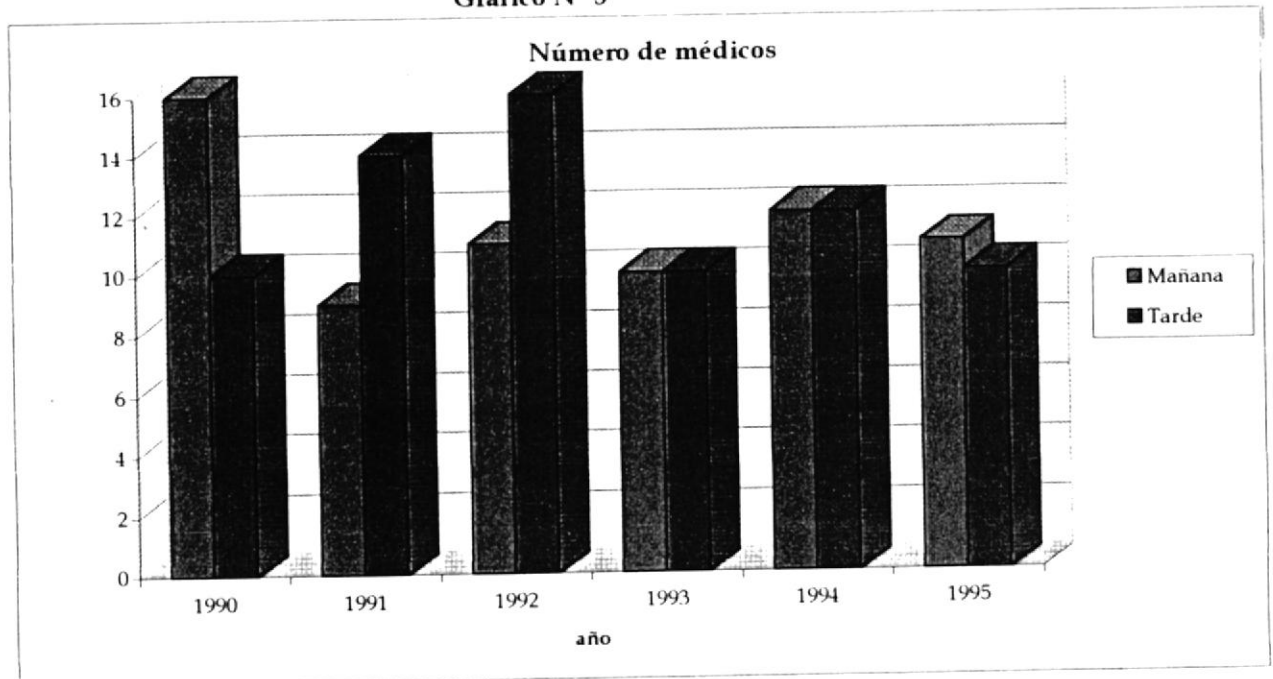
Fuente : Depto de Estadística del Hospittal Francisco Icaza Bustamante  
 ELABORADO POR : GRUPO HOSPITALARIO ESPAE / ESPOL

Grafico N 2



Fuente :DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE  
Elaboracion : Grupo Hospitalario Espae/ Espol

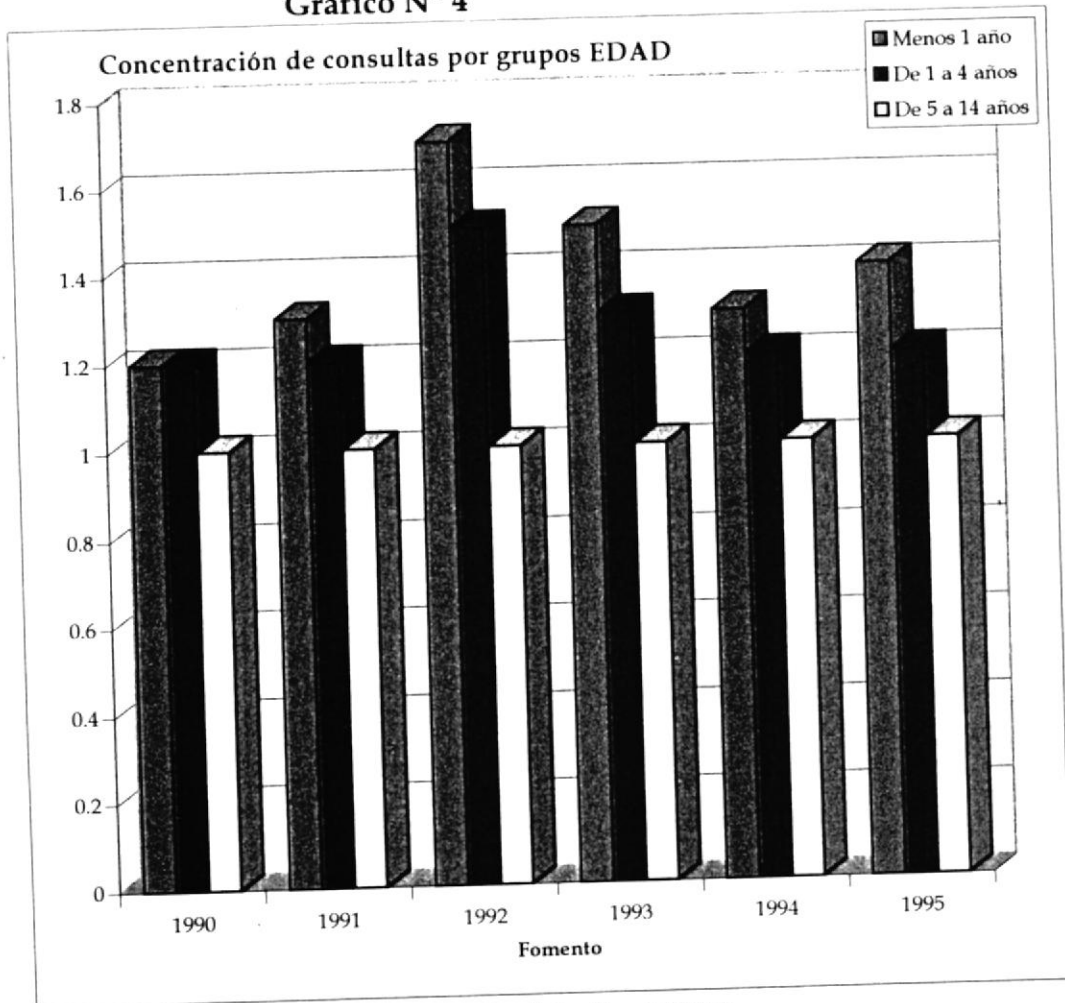
Grafico N °3



Fuente: DEPTO DE ESTADISTICA HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE

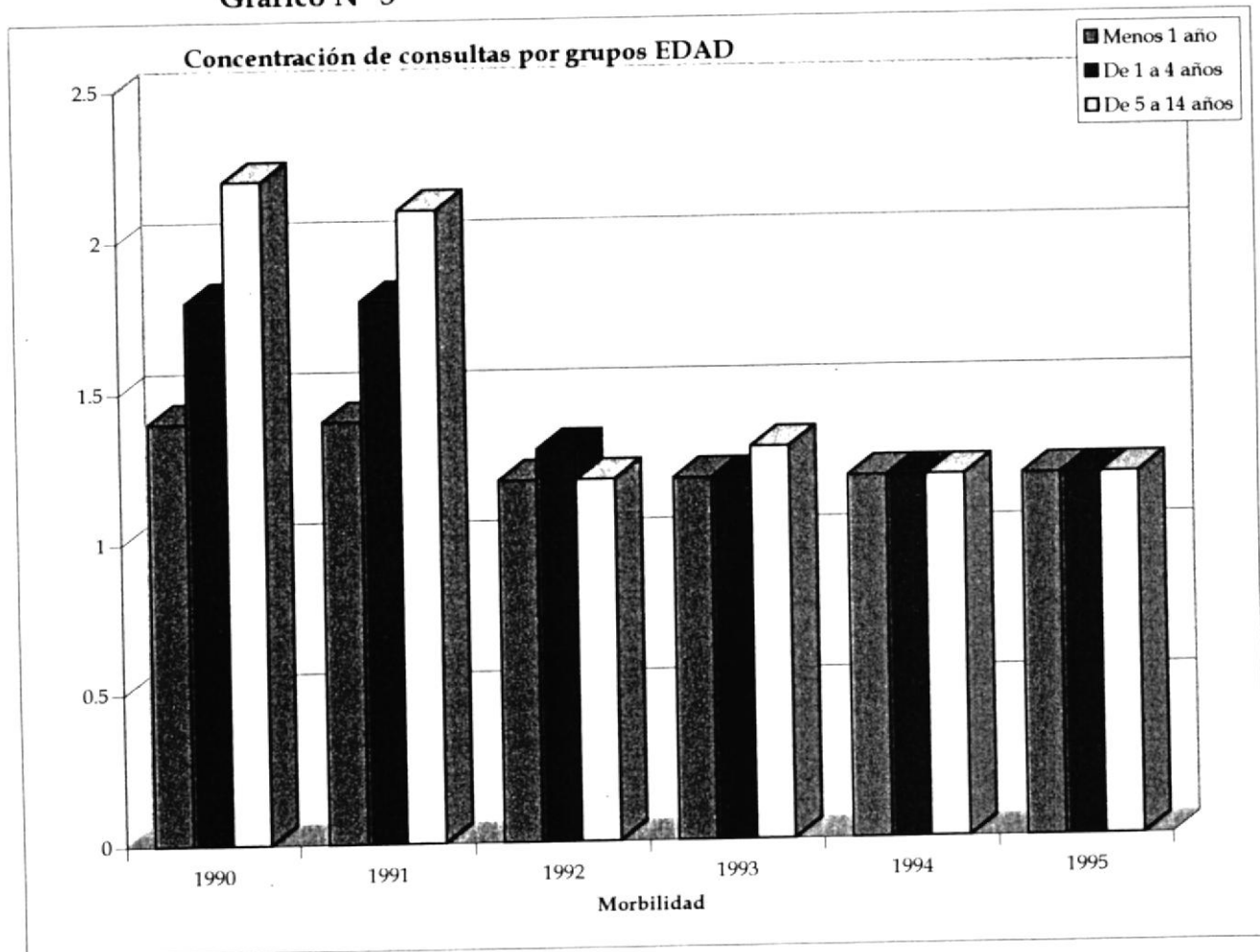
Elaboración : Grupo Hospitalario Espae/Espol

Grafico N° 4



Fuente :Depto de Estadística Hospital F:I:B:  
Elaboración Grupo Hospitalario Espae/Espol

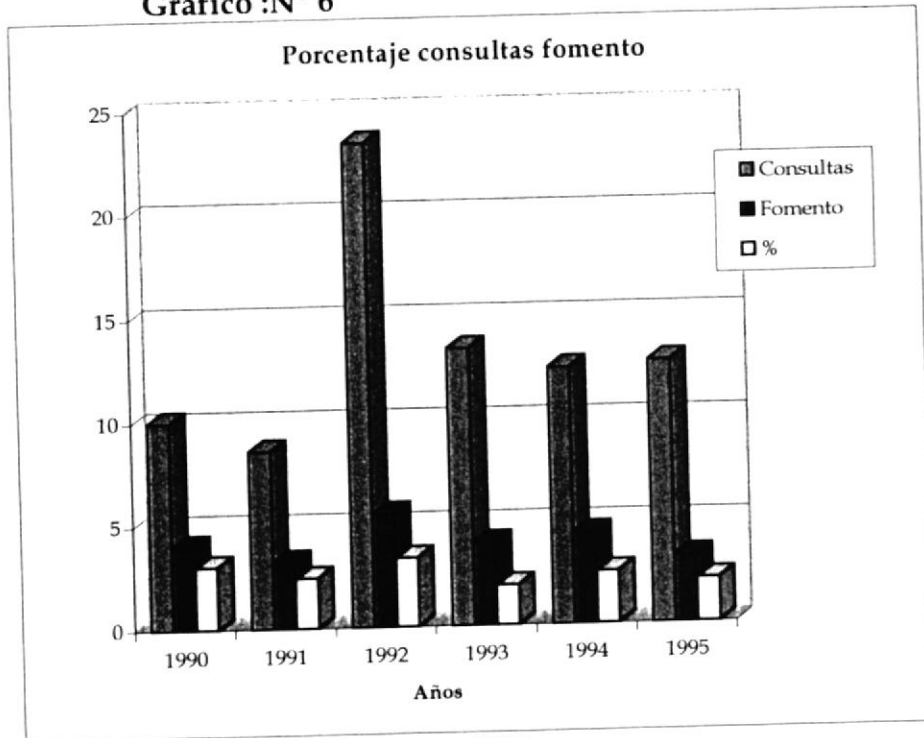
Grafico N° 5



Fuente :Depto. de Estadística Hospital F:I:B:

Elaboración :Grupo Hospitalario Espae/Espol

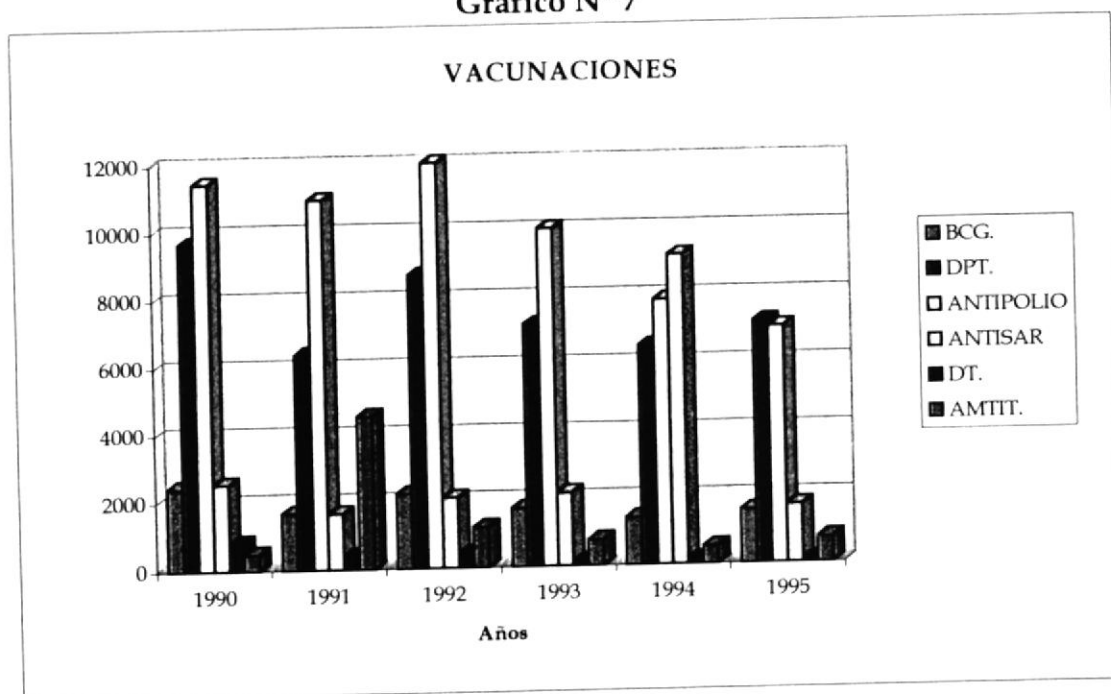
Grafico :N° 6



Fuente :Depto de Estadística Hospital F.I.B.

Elaboración :Grupo Hospitalario Espae/Espol

Grafico N° 7

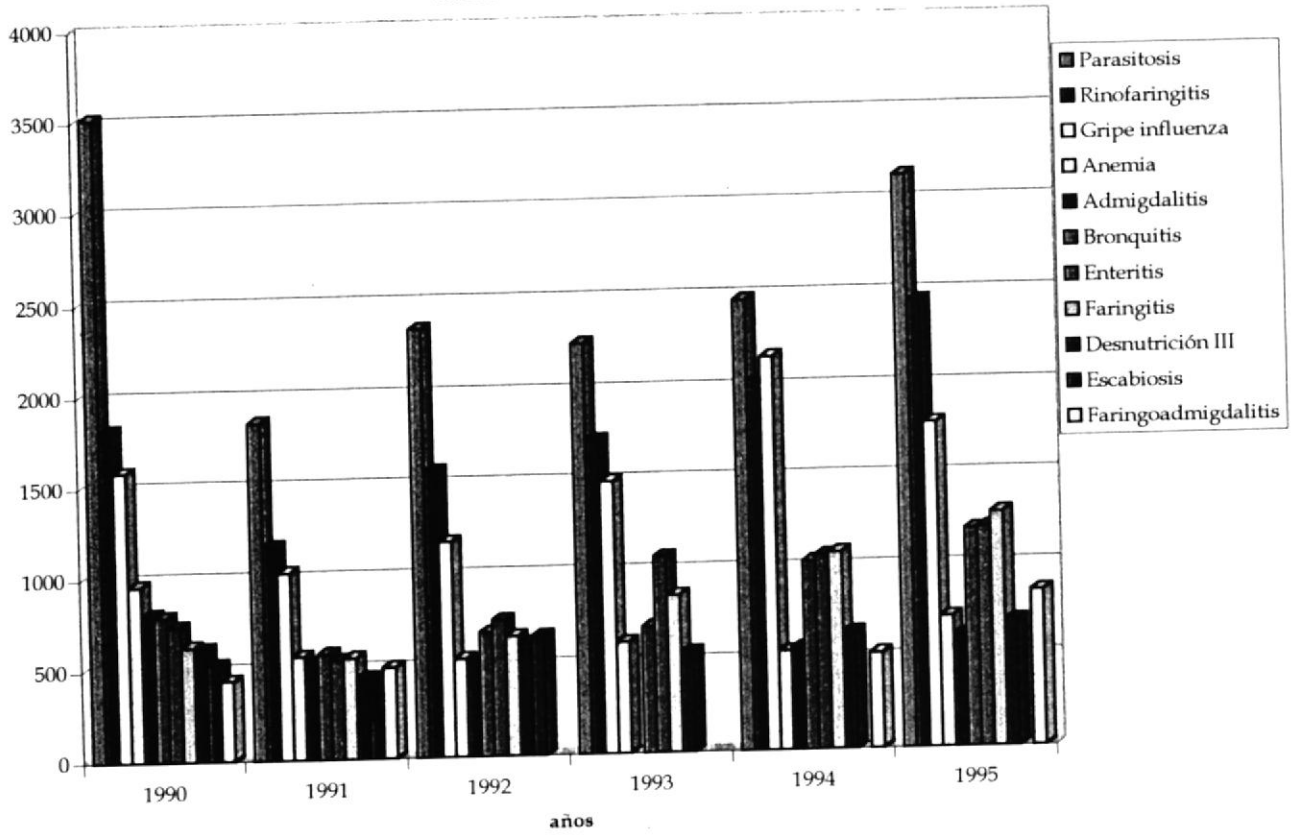


Fuente :Depto. de Estadística Hospital F.I.B:

Elaboración Grupo Hospitalario Espae/ Espol

Grafico N ° 8

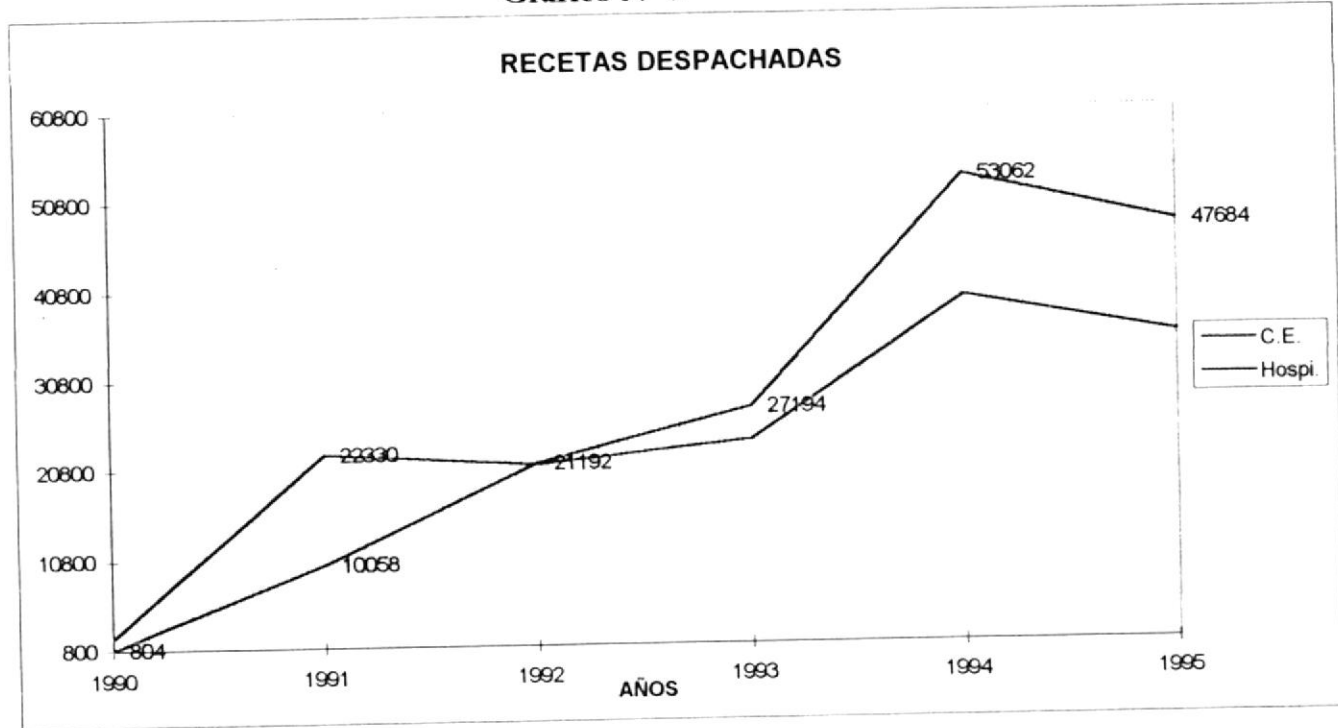
Morbilidad de la consulta externa



Fuente:Depto. de Estadística Hospital F.I.B:

Elaboración :Grupo Hospitalario Espae/ Espol

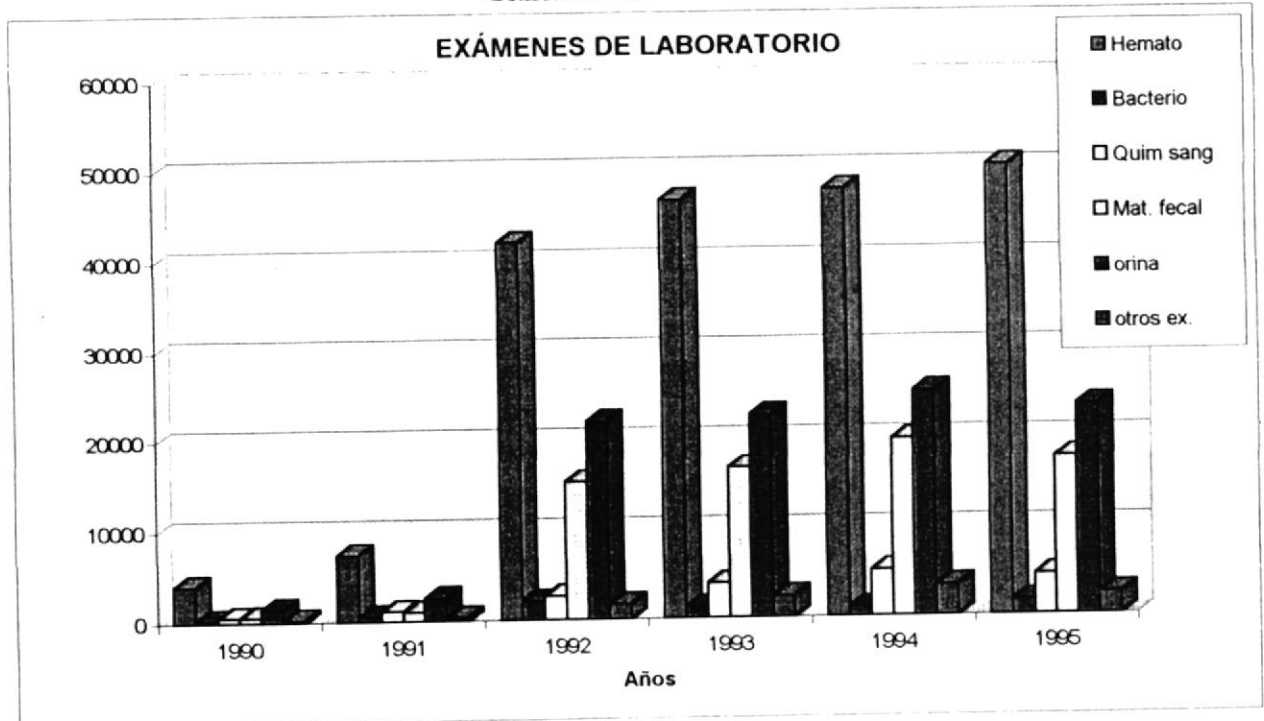
Grafico N° 9



Fuente :Depto Estadística Hospital F.I.B:

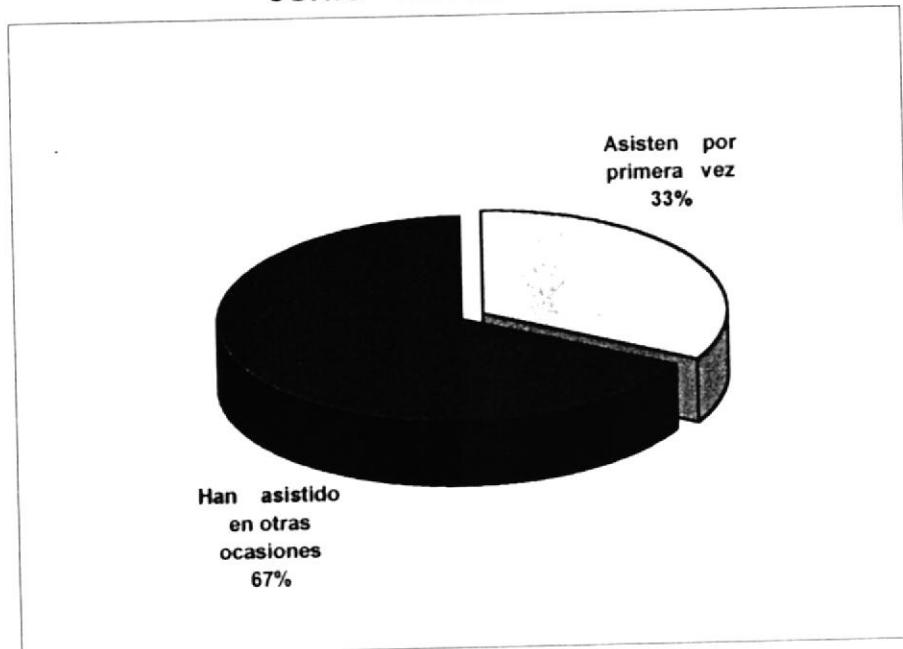
Elaboración : Grupo Hospitalario Espae/Espol

Grafico N°10



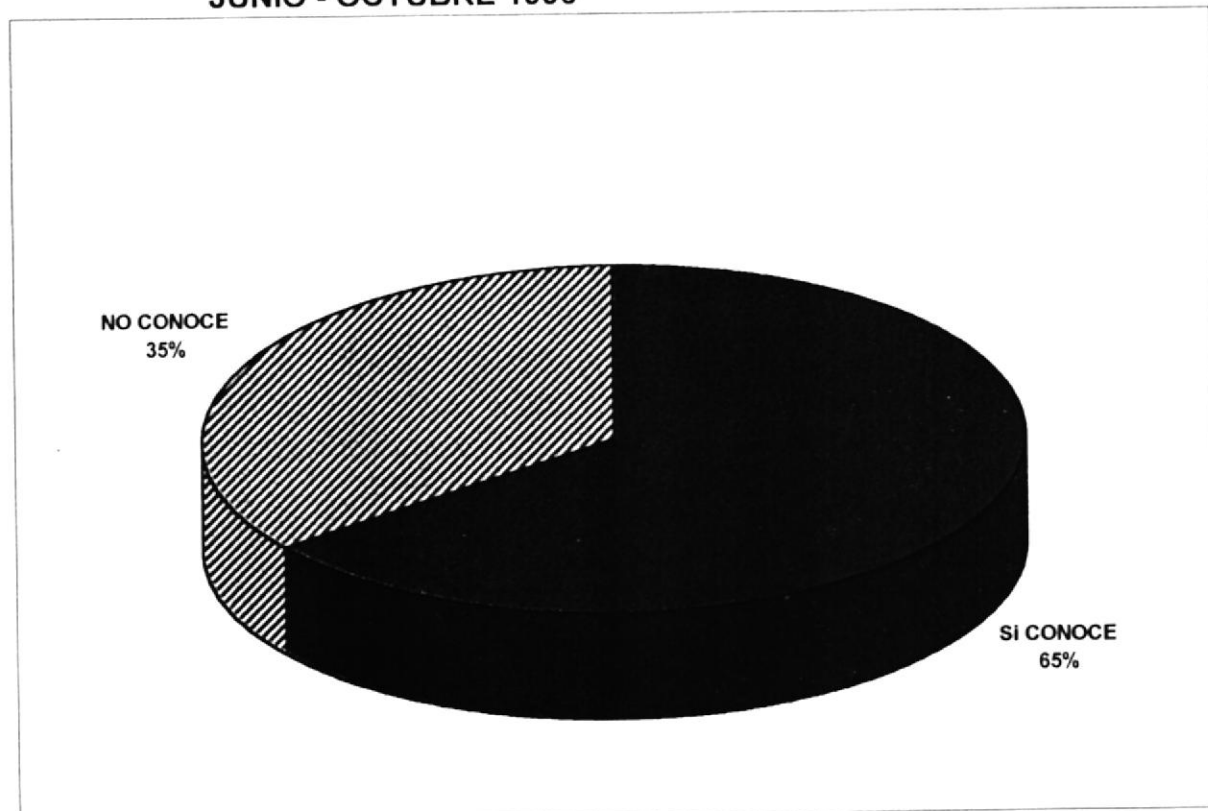
Fuente : Depto Estadística Hospital F:I:B:  
 Elaboración : Grupo Hospitalario Espae/ Espol

**GRAFICO N° 11**  
**FRECUENCIA DE USUARIOS QUE ACUDEN**  
**POR PRIMERA VEZ AL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**



**Fuente: Encuesta a Usuarios Externos**  
**Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL**

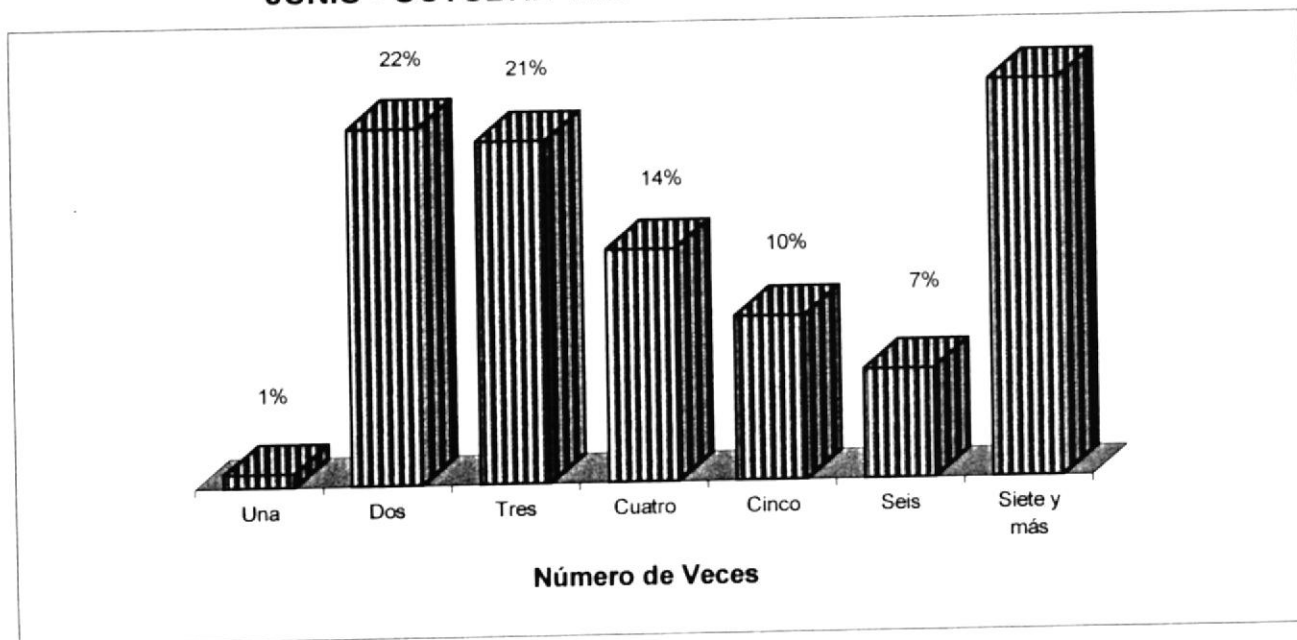
**GRAFICO N°10**  
**CONOCIMIENTO DEL MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS**  
**HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**



*Fuente: Encuesta Usuario Interno*

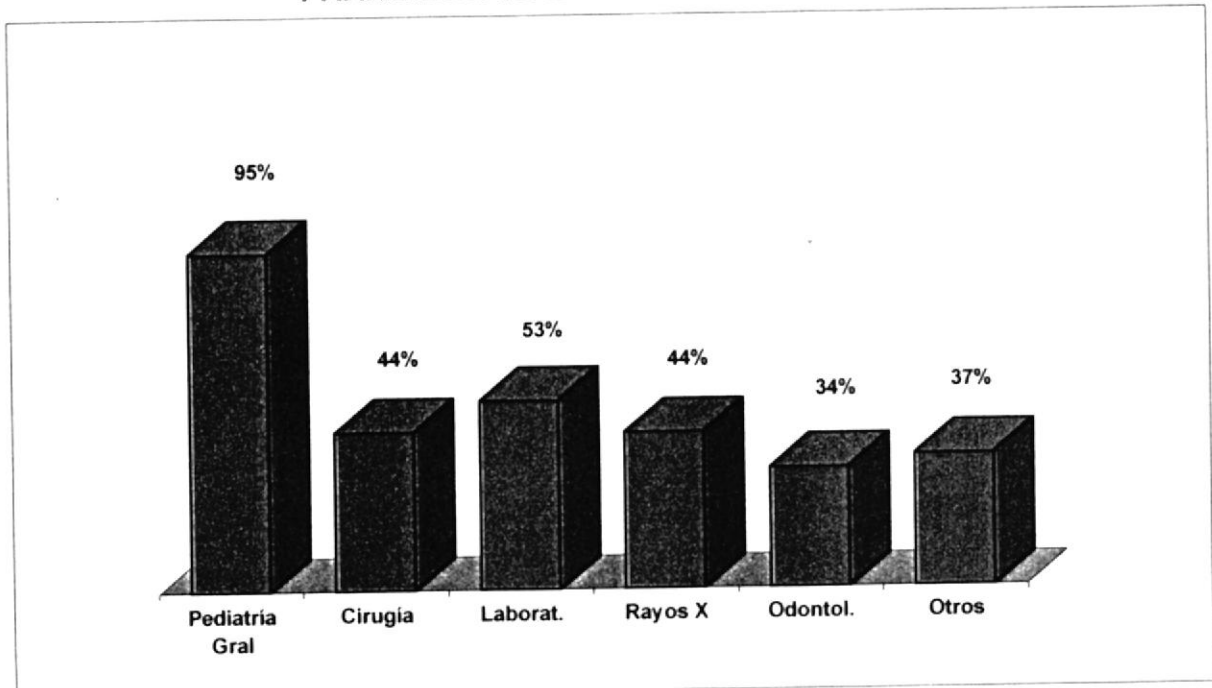
*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPA-E SPOL*

**GRAFICO Nº 12**  
**FRECUENCIA DE CONCURRENCIA DEL USUARIO**  
**EXTERNO AL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**



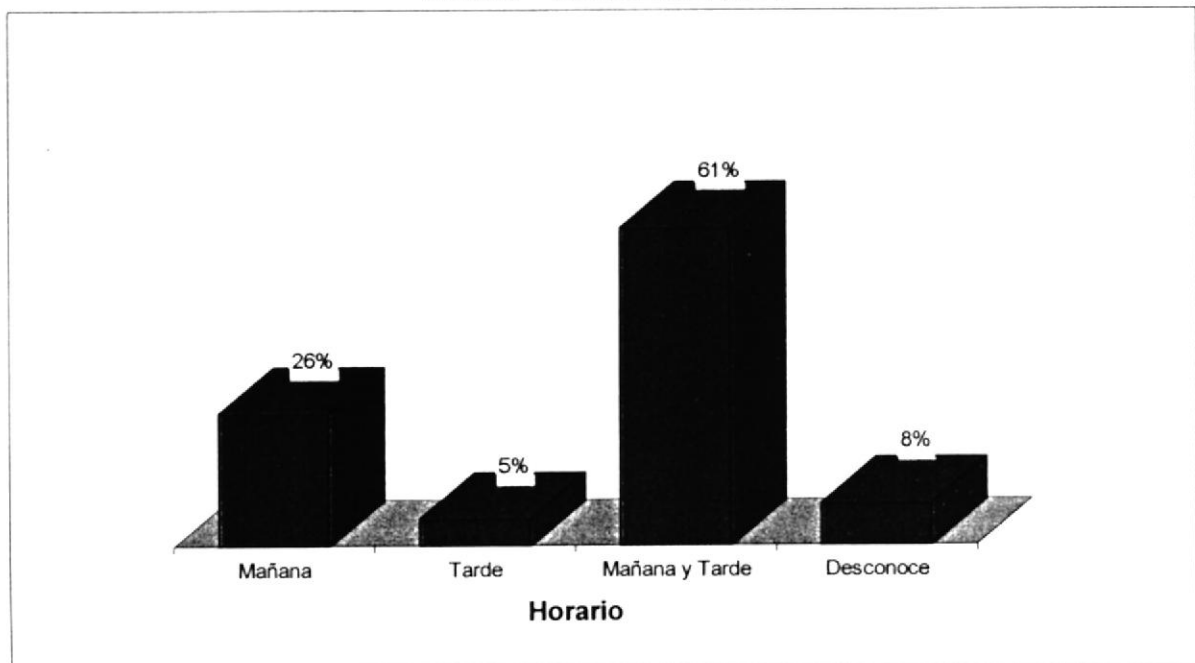
*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*  
*laboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

**GRAFICO N° 13**  
**CONOCIMIENTO POR PARTE DE LOS USUARIOS DE**  
**LOS SERVICIOS QUE BRINDA LA CONSULTA EXTERNA**  
**FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE**



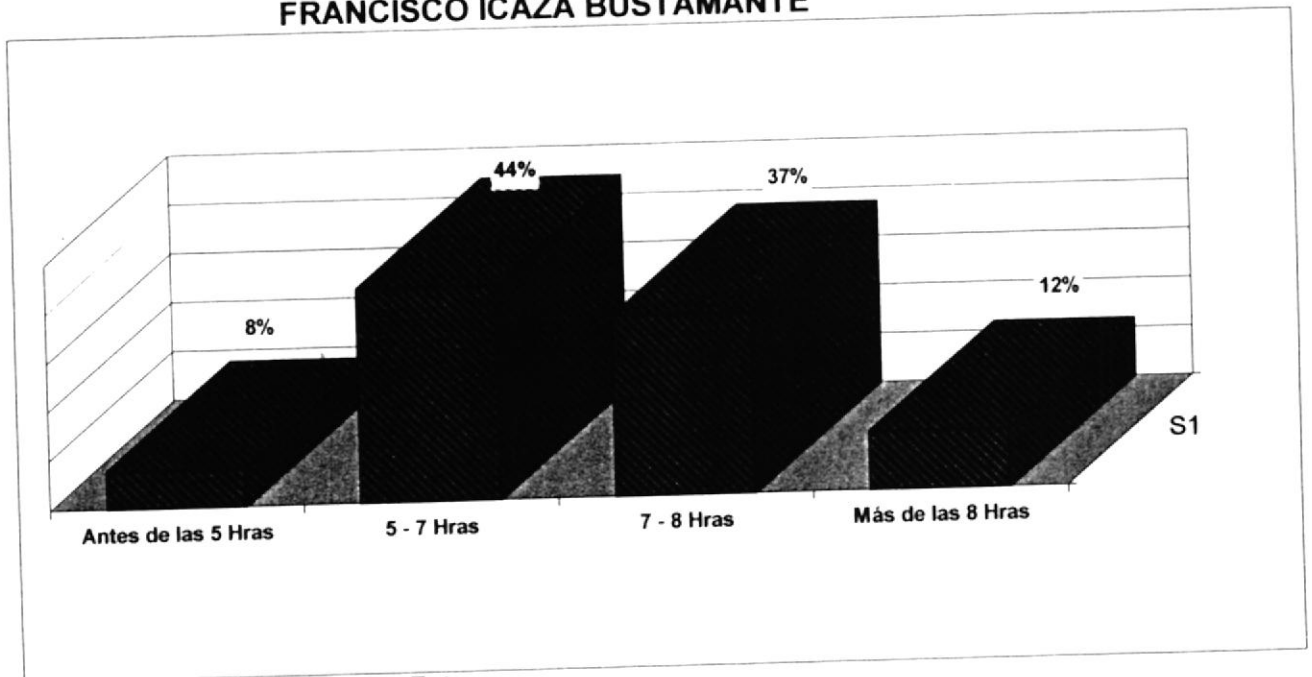
*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*  
*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

**GRAFICO N° 14**  
**CONOCIMIENTO DEL HORARIO DE ATENCION POR PARTE**  
**DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE CONSULTA**  
**EXTERNA DEL HOSPITAL DEL NIÑO**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**



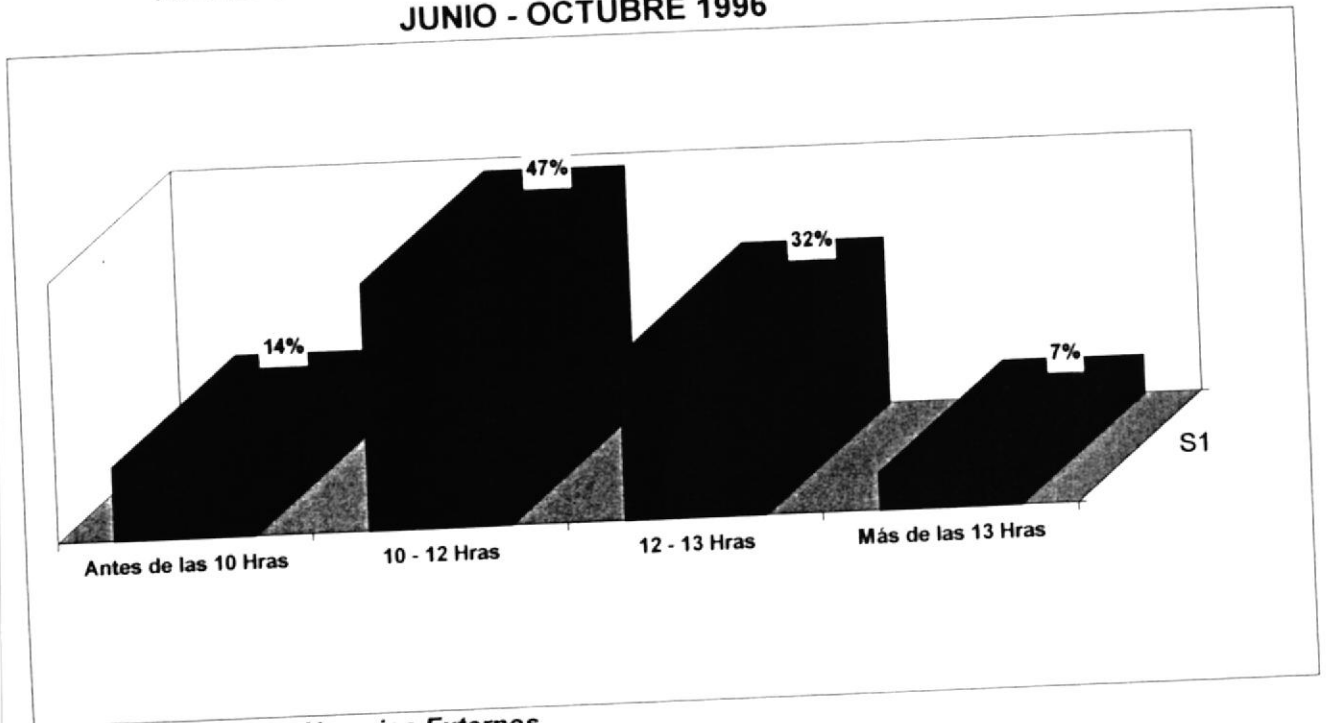
**Fuente: Encuesta a Usuarios Externos**  
**Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL**

**GRAFICO N° 15**  
**HORARIO DE LLEGADA DEL USUARIO PARA EL TURNO**  
**DE CONSULTA EN LA MAÑANA EN EL HOSPITAL**  
**FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE**



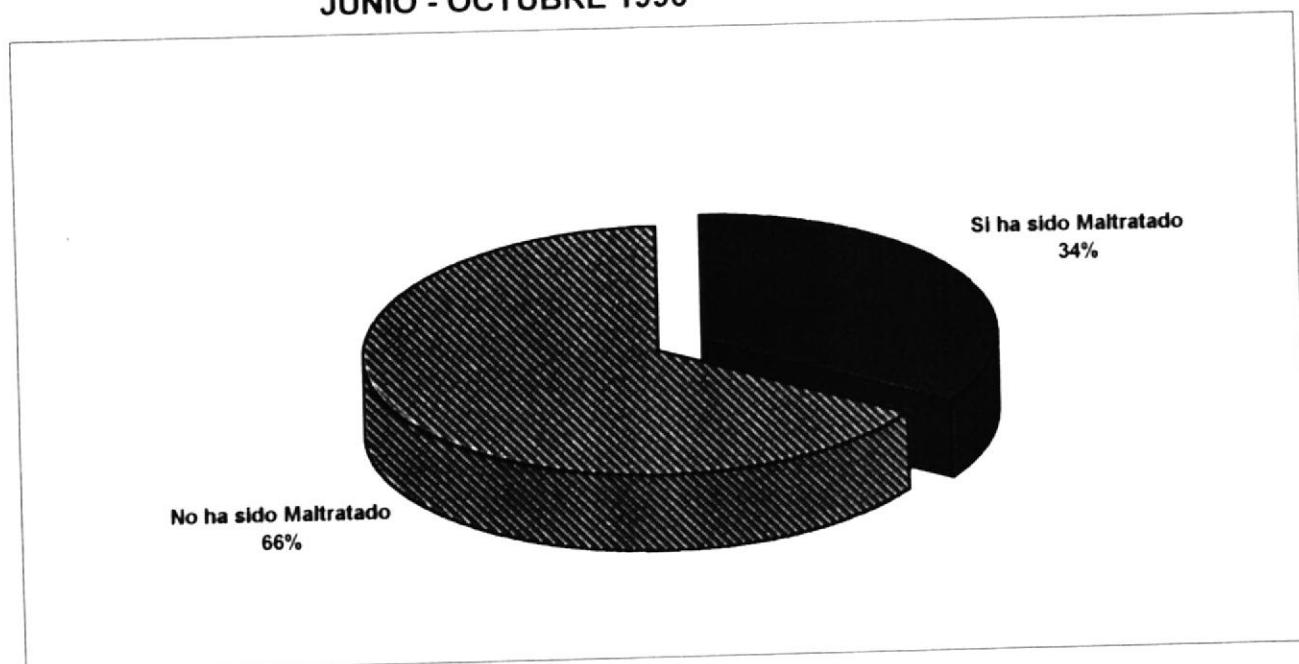
*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*  
*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

**GRAFICO N°16**  
**HORARIO DE LLEGADA DEL USUARIO PARA EL**  
**TURNO DE CONSULTA EN LA TARDE EN EL HOSPITAL**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**



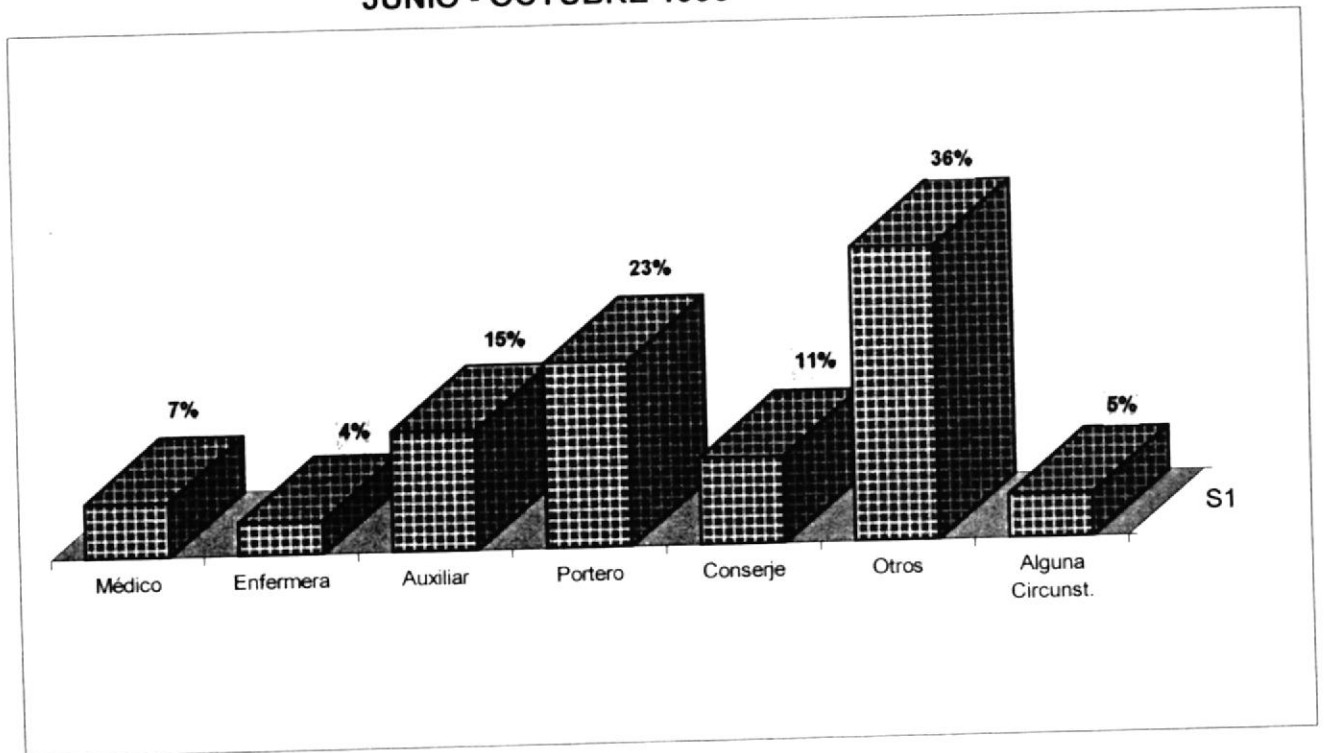
**Fuente:** Encuesta a Usuarios Externos  
**Elaboración:** Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL

**GRAFICO N° 17**  
**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE USUARIOS**  
**MALTRATADOS HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMENTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**



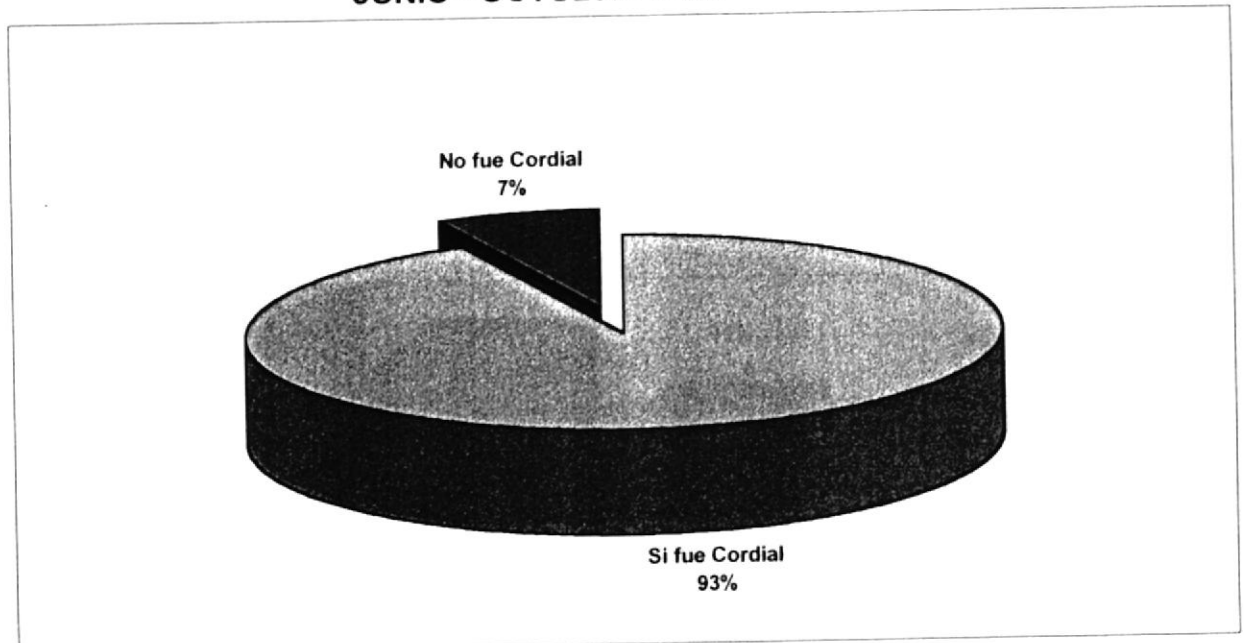
*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*  
*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

GRAFICO N° 18  
AGENTE CAUSANTE DEL MALTRATO SEGUN  
USUARIO EXTERNO HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE  
JUNIO - OCTUBRE 1996



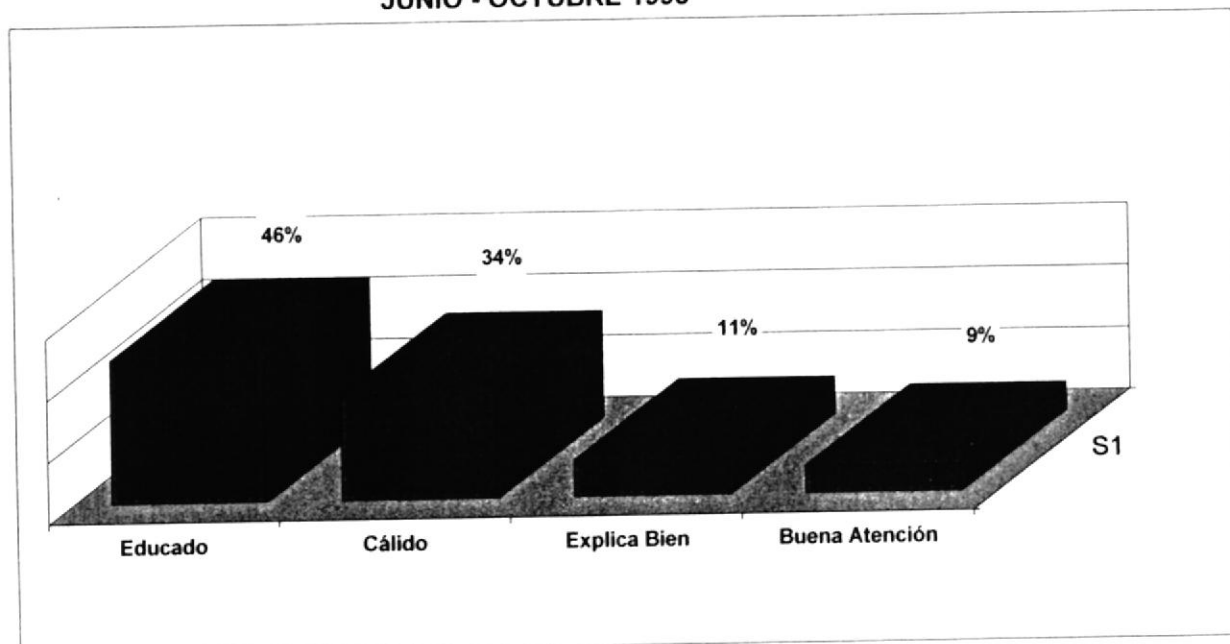
Fuente: Encuesta a Usuarios Externos  
Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL

**GRAFICO N° 19**  
**CORDIALIDAD DEL MEDICO EN LA ATENCION**  
**AL PACIENTE. HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**



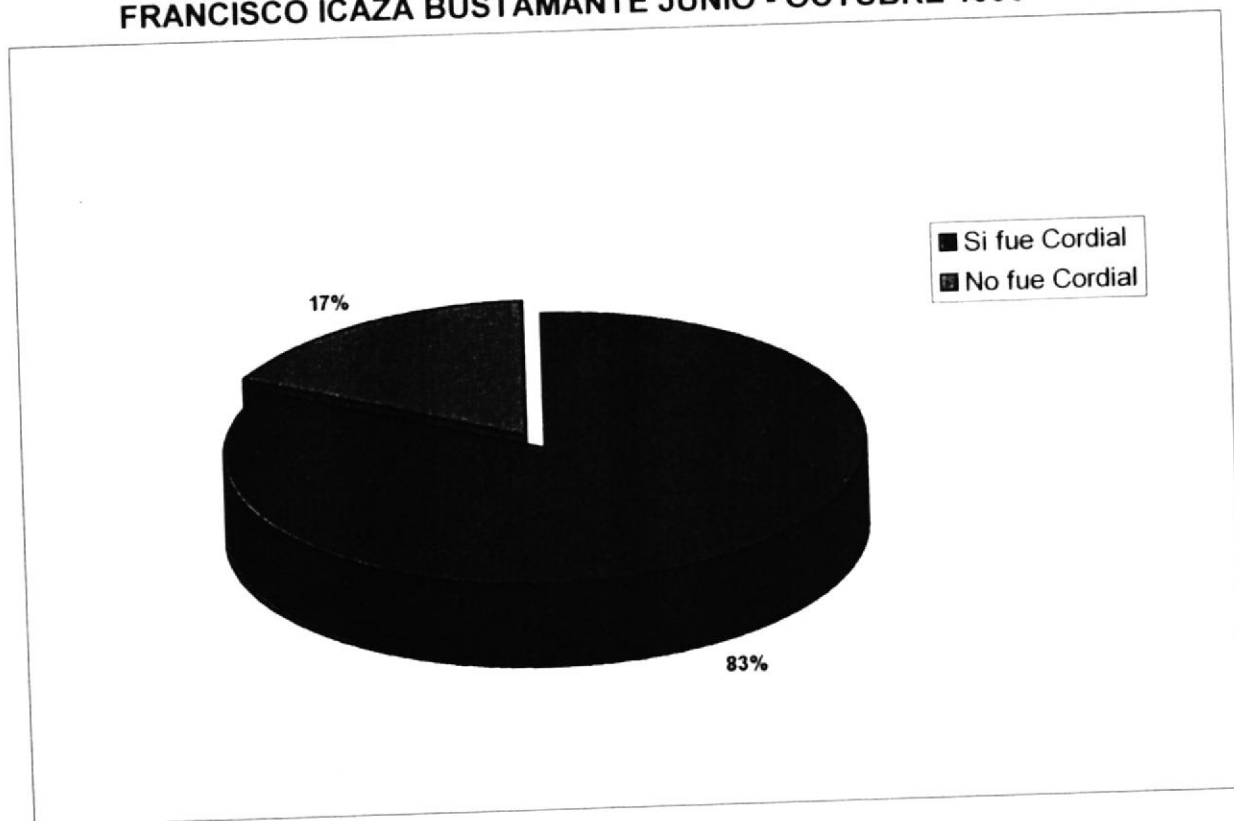
**Fuente: Encuesta a Usuarios Externos**  
**Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL**

**GRAFICO N° 20**  
**RAZONES QUE CARACTERIZAN LA CORDIALIDAD**  
**DEL MEDICO EN LA ATENCION, SEGUN USUARIOS**  
**DEL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**



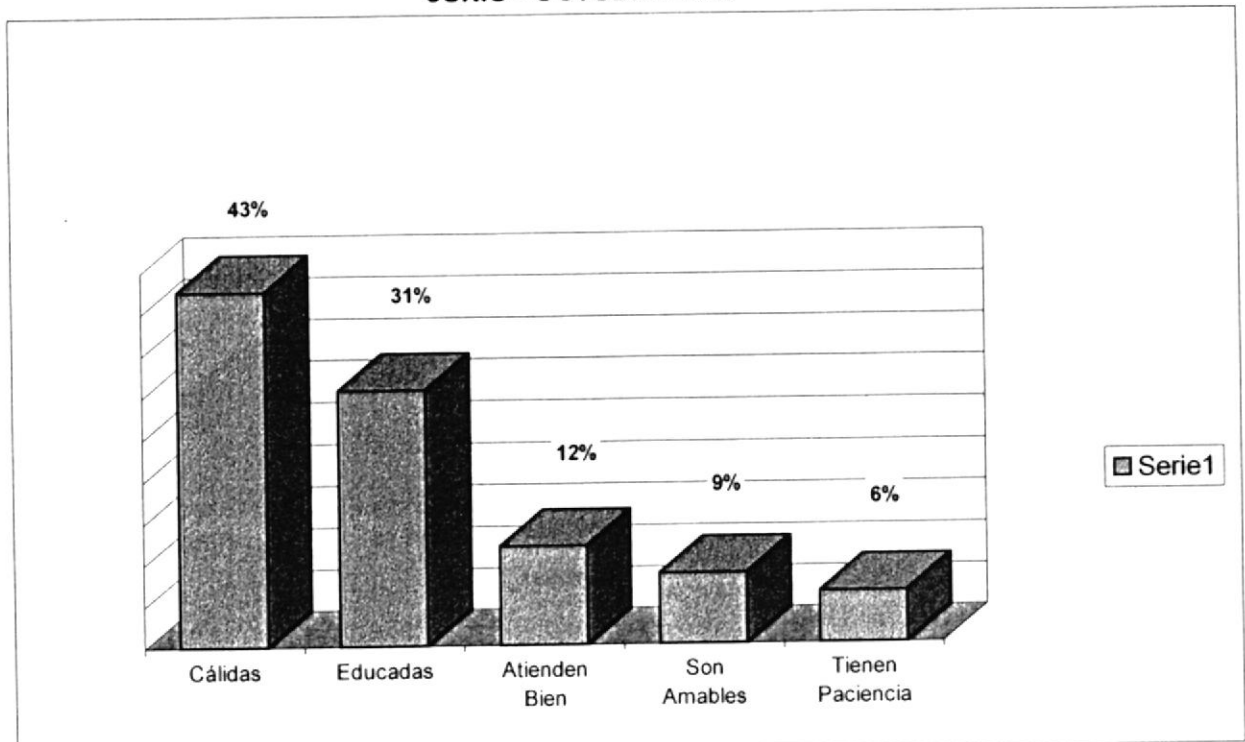
**Fuente:** Encuesta a Usuarios Externos  
**Elaboración:** Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL

**GRAFICO N° 21**  
**CRITERIO DEL USUARIO SOBRE LA CORDIALIDAD**  
**EN LA ATENCION BRINDADA POR LA AUXILIAR**  
**DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL**  
**FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE JUNIO - OCTUBRE 1996**



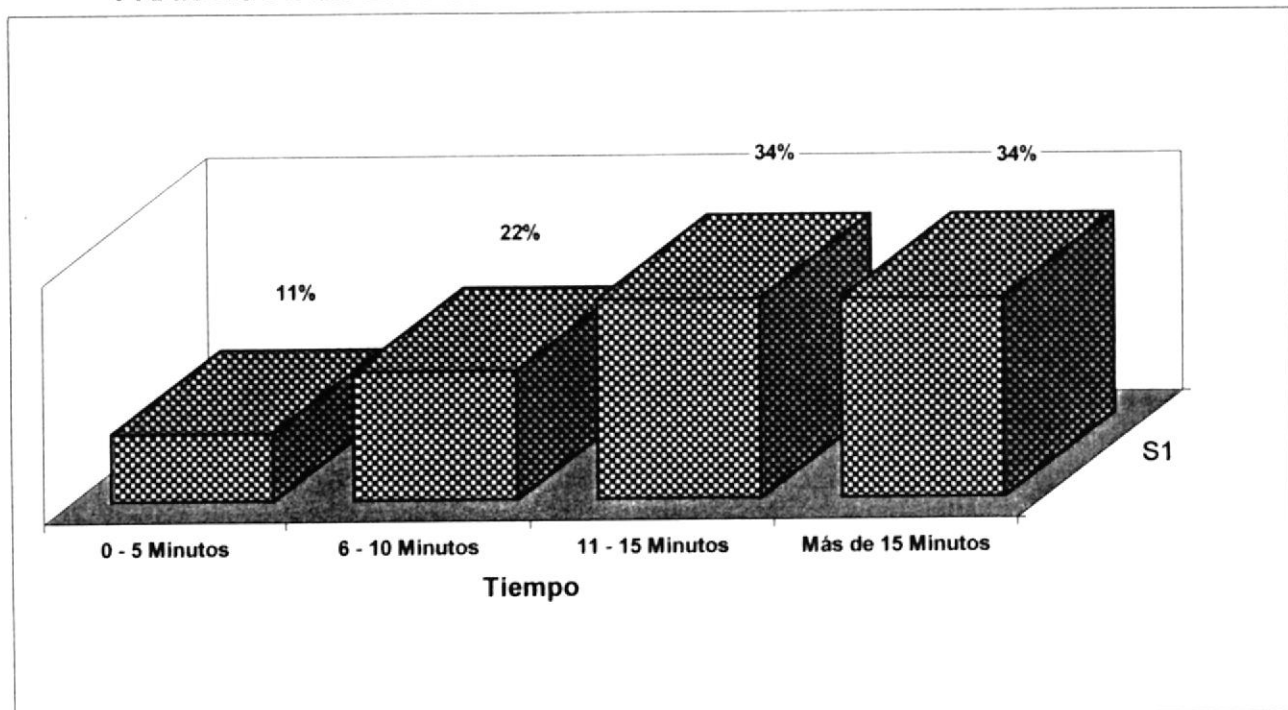
*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*  
*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

**GRAFICO N° 22**  
**RAZONES QUE CARACTERIZAN LA CORDIALIDAD**  
**DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA ATENCION,**  
**SEGUN USUARIOS DEL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**



**Fuente: Encuesta a Usuarios Externos**  
**Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL**

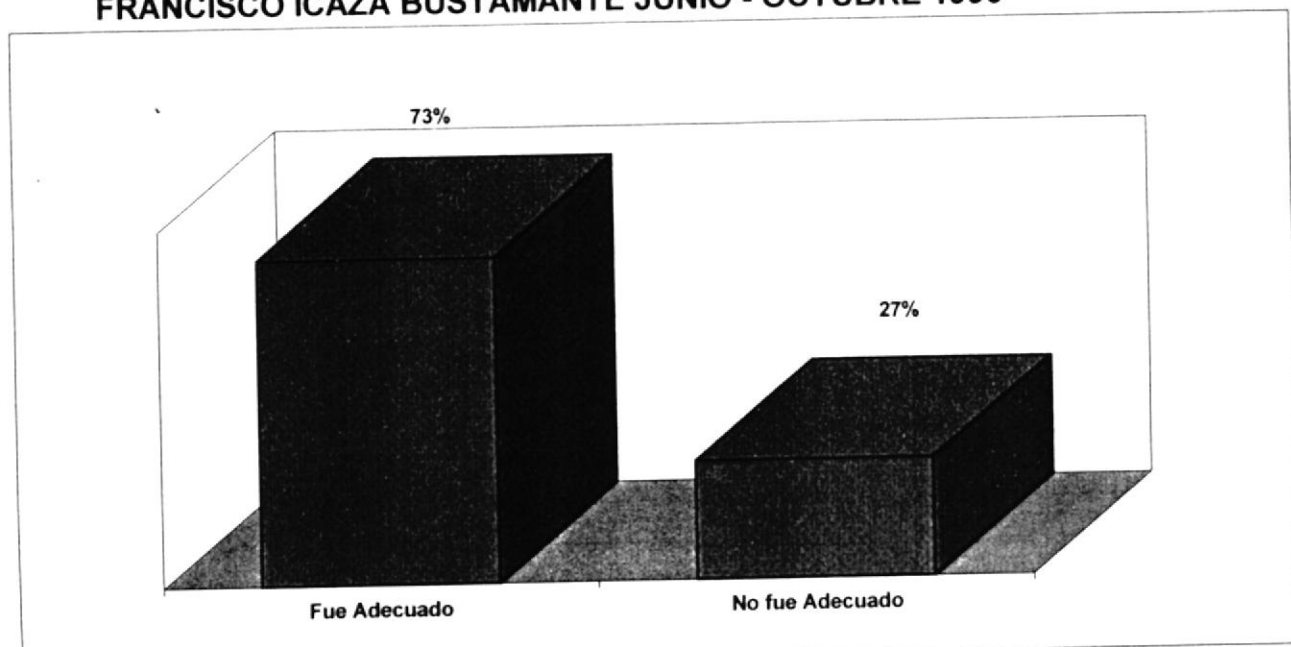
**GRAFICO N° 23**  
**TIEMPO QUE EL MEDICO DEDICA A LA CONSULTA**  
**SEGUN EL USUARIO DEL HOSPITAL**  
**FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE JUNIO - OCTUBRE 1996**



*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*

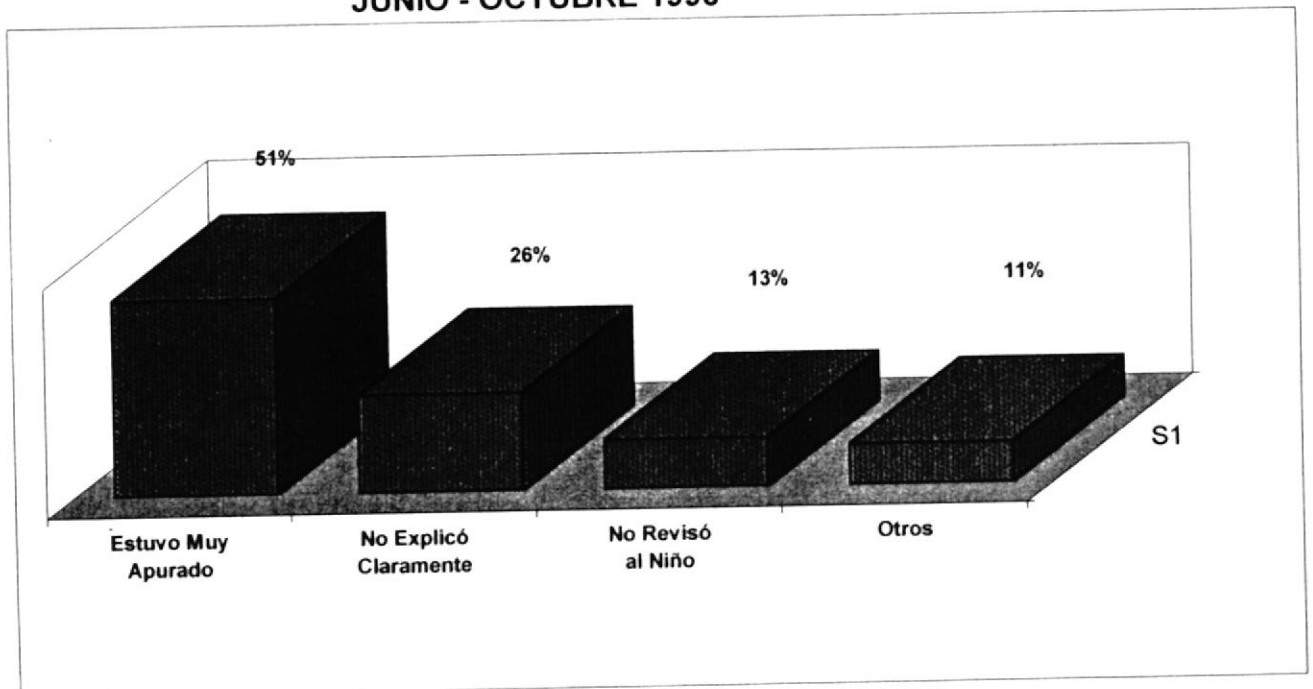
*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

**GRAFICO N° 24**  
**CRITERIO DEL USUARIO RESPECTO AL TIEMPO**  
**DEDICADO POR EL MEDICO A LA ATENCION**  
**DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL**  
**FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE JUNIO - OCTUBRE 1996**



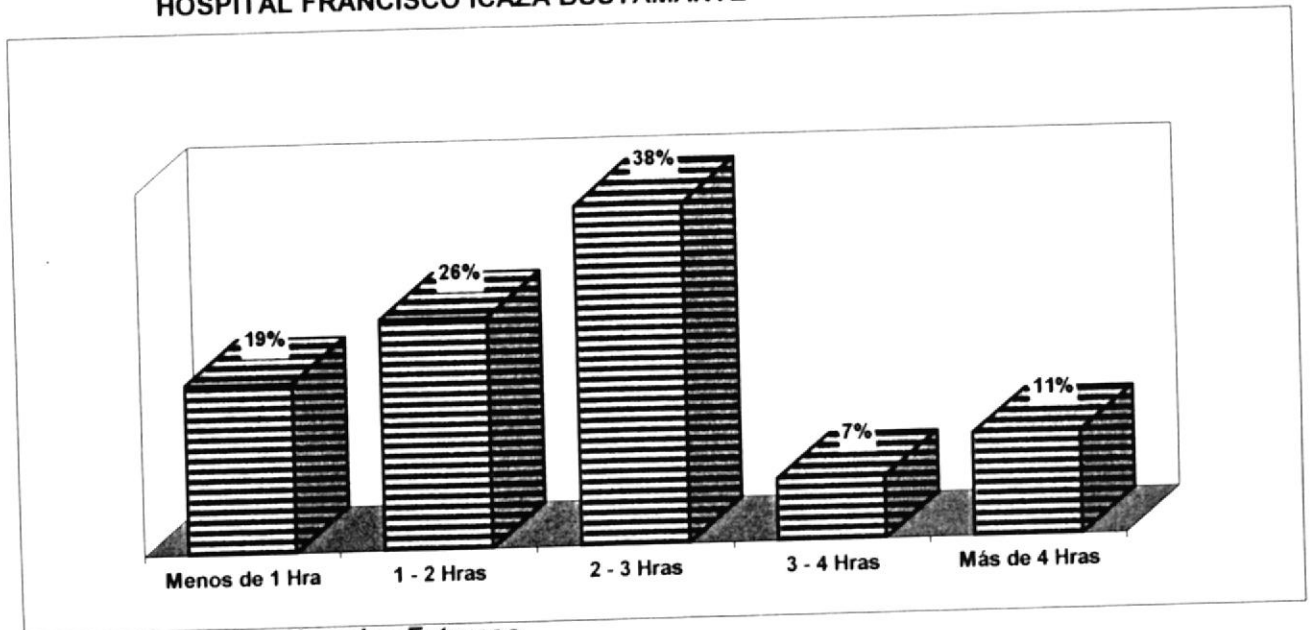
**Fuente: Encuesta a Usuarios Externos**  
**Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL**

**GRAFICO N° 25**  
**CRITERIOS DEL USUARIO CON RESPECTO AL**  
**POR QUE CONSIDERO NO ADECUADO EL TIEMPO**  
**DEDICADO POR EL MEDICO A LA CONSULTA**  
**HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE**  
**JUNIO - OCTUBRE 1996**



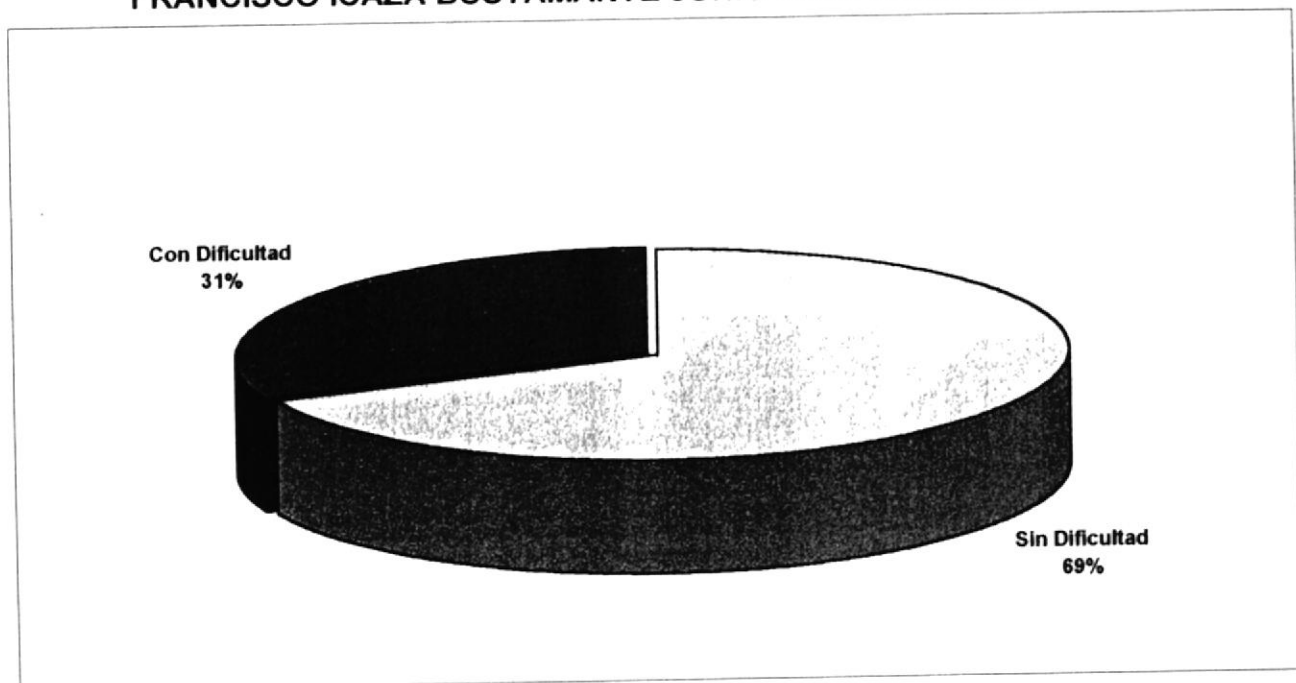
*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*  
*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

**GRAFICO N° 26**  
**TIEMPO DE ESPERA ANTES DE LA CONSULTA**  
**HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE**

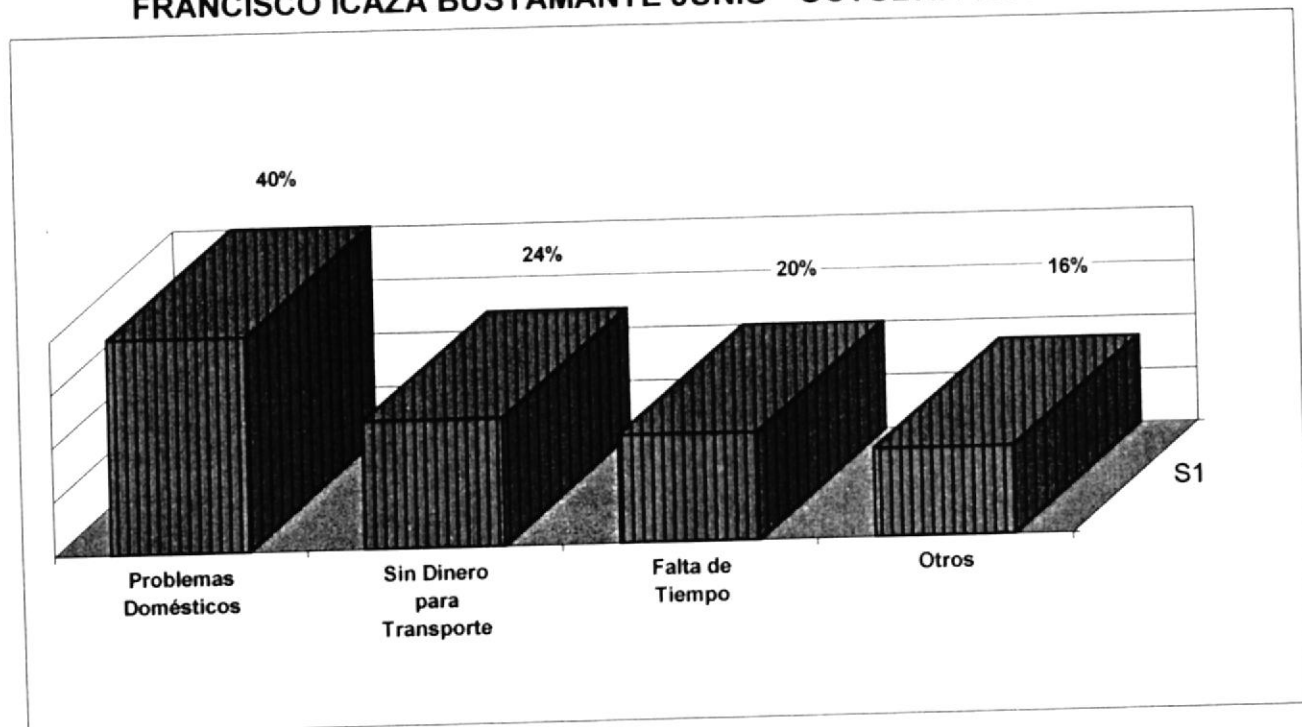


*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*  
*laboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

**GRAFICO N° 27**  
**DIFICULTAD DEL USUARIO PARA ACCEDER A**  
**LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL**  
**FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE JUNIO - OCTUBRE 1996**

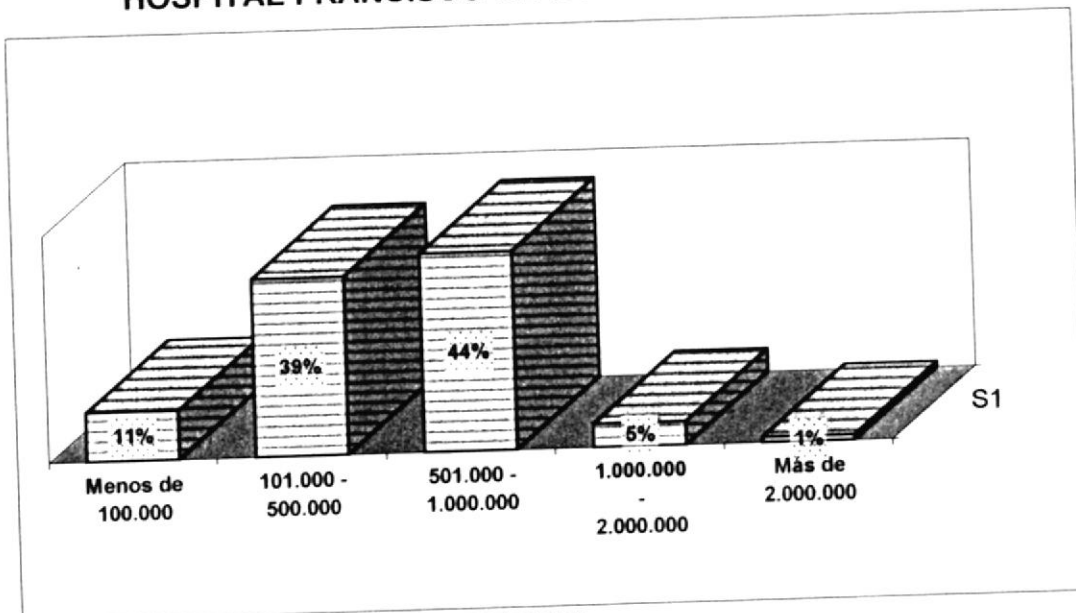


**GRAFICO N° 28**  
**CAUSAS QUE INFLUYEN EN LA ACCESIBILIDAD**  
**DEL USUARIO AL HOSPITAL**  
**FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE JUNIO - OCTUBRE 1996**



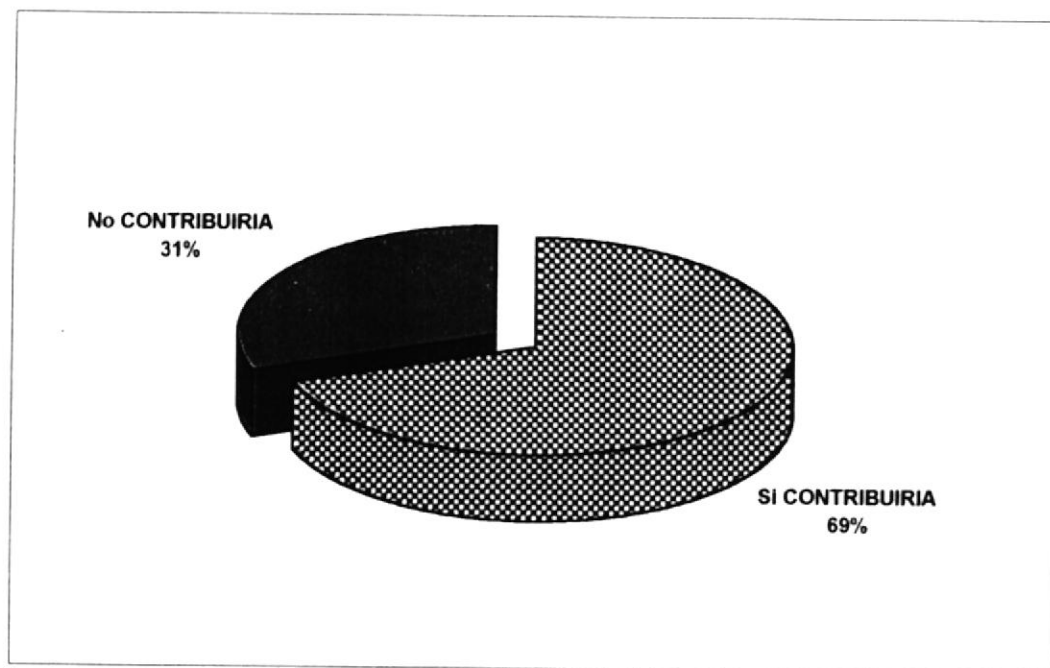
*Fuente: Encuesta a Usuarios Externos*  
*Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL*

**GRAFICO Nº 29**  
**INGRESO FAMILIAR MENSUAL DEL USUARIO EN SUQUES**  
**HOSPITAL FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMENTE**



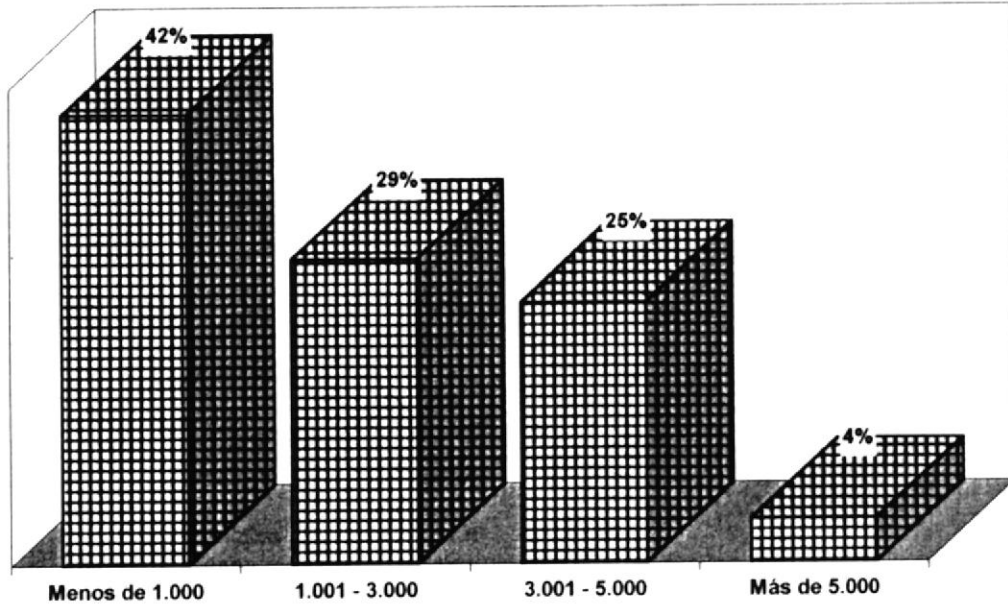
**Fuente: ENCUETA AL USUARIO EXTERNO**  
**Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL**

**GRAFICO N ° 30**  
**PREDISPOSICION DEL USUARIO PARA EL PAGO DE LA**  
**CONSULTA EXTERNA HOSPITAL DEL NIÑO JUNIO - OCTUBRE 1996**



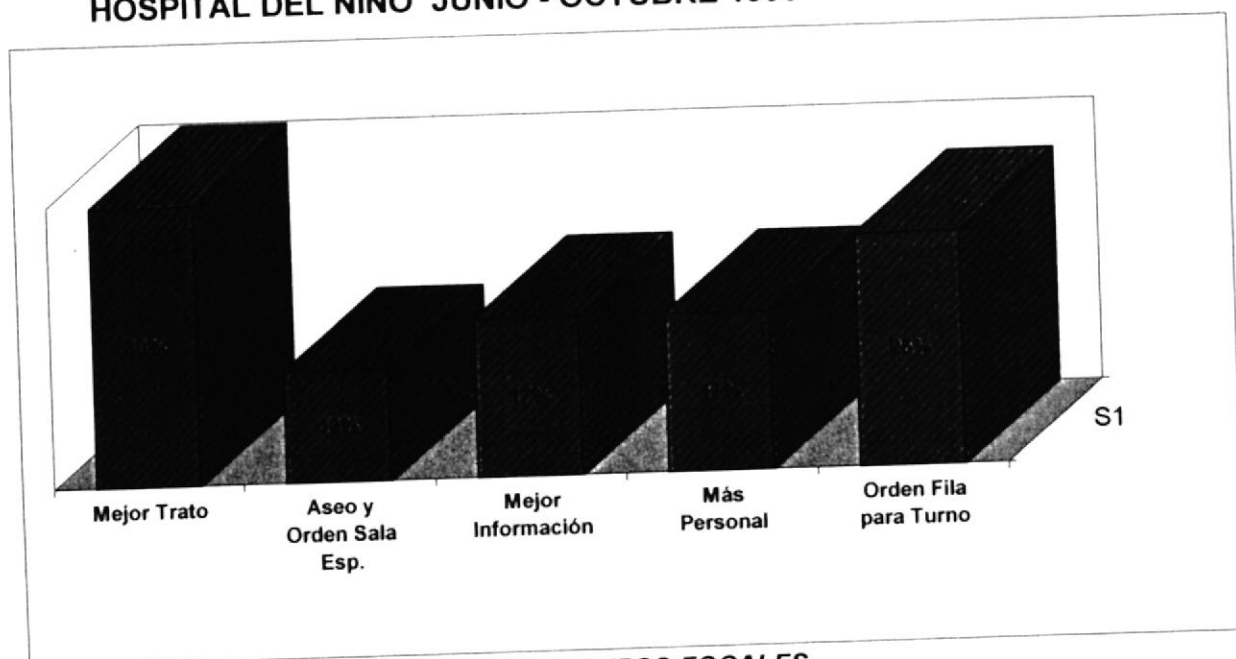
**fuente: ENCUESTA AL USUARIO EXTERNO GRUPOS FOCALES**  
**Elaboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL**

**GRAFICO N° 31**  
**CANTIDAD DISPUESTA PAGAR POR LOS USUARIOS**  
**EN LA CONSULTA HOSPITAL DEL NIÑO JUNIO - OCTUBRE 1996**



**Fuente: ENCUESTA A USUARIOS EXTERNOS**  
**Elaboración: Grupo Hospitalario ESPA-E SPOL**

**GRAFICO N°32**  
**SUGERENCIAS DEL USUARIO PARA MEJORAR**  
**LA CALIDAD LA ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**HOSPITAL DEL NIÑO JUNIO - OCTUBRE 1996**



**fuente: ENCUETAAL USUARIO EXTERNOGRUPOS FOCALES**  
**laboración: Grupo Hospitalario ESPAE-ESPOL**