

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DEL ECUADOR



**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
GESTIÓN EMPRESARIAL
SEDE QUITO**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
INGENIERA EN GESTIÓN EMPRESARIAL**

TEMA:

**“APLICACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD PARA EL
CONTROL Y LA MEJORA CONTINUA DE LA CLÍNICA SAN FRANCISCO DEL
CANTON RUMIÑAHUI”**

AUTORA:

SALAZAR JARAMILLO MARÍA GABRIELA

ASESOR:

ING. DIEGO RICARDO RUBIO ERAZO

QUITO - 2024

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Ing. Diego Ricardo Rubio Erazo, en calidad de Asesor del Trabajo de Investigación designado por la disposición de Cancillería de la UMET, certifica que la estudiante Srta. María Gabriela Salazar Jaramillo, ha culminado el trabajo de investigación, con el tema: “APLICACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD PARA EL CONTROL Y LA MEJORA CONTINUA DE LA CLINICA SAN FRANCISCO DEL CANTON RUMIÑAHUI” quien ha cumplido con todos los requisitos legales exigidos por los que se aprueba la misma. Es lo que se puede anotar a la verdad, autorizando a la estudiante a hacer uso del presente, así como también se autoriza la presentación para la evaluación por parte del jurado respectivo.

Atentamente,

Ing. Diego Ricardo Rubio Erazo
ASESOR

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, María Gabriela Salazar Jaramillo, estudiante de la Universidad Metropolitana del Ecuador UMET, Gestión Empresarial, declaro en forma libre y voluntaria que el presente trabajo de investigación que versa sobre: "APLICACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD PARA EL CONTROL Y LA MEJORA CONTINUA DE LA CLINICA SAN FRANCISCO DEL CANTON RUMIÑAHUI ", y las expresiones vertidas en la misma son de autoría de la compareciente, las cuales se han realizado en base a recopilación bibliográfica, consultas en internet, entrevistas y consultas de campo.

En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad de esta y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto.

Atentamente,

María Gabriela Salazar Jaramillo
CI: 1714672399
AUTORA

CESION DE DERECHOS

Yo, María Gabriela Salazar Jaramillo, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimonios del trabajo de titulación, “APLICACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD PARA EL CONTROL Y LA MEJORA CONTINUA DE LA CLINICA SAN FRANCISCO DEL CANTON RUMIÑAHUI”, modalidad estudio de caso de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, cedo a favor de la Universidad Metropolitana del Ecuador una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Metropolitana del Ecuador para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Atentamente,

María Gabriela Salazar Jaramillo

CI: 1714672399

AUTORA

DEDICATORIA

Para:

Camila, mi ángel del cielo que guía cada uno de mis pasos

Fidel, para mi ángel de la tierra que día a día me enseña cosas nuevas de la vida.

Gonzalo, mi guía, mi compañero de aventuras

Judith y Javier, ustedes que me han brindado su amor y me han encaminado en el camino correcto.

Pablo y Nicole, quienes son mis mejores amigos, que siempre me han brindado sus palabras de aliento.

A todos mis maestros, que han sabido ofrecer herramientas para afrontar la vida.

Atentamente,

Gabriela Salazar

AGRADECIMIENTO

Primordialmente a Dios por permitirme concluir esta etapa de mi vida. A mi esposo por su paciencia y soporte brindado para realizar este proyecto. Al Ingeniero Diego Rubio por la ayuda académica brindada durante el proceso y por facilitar el sistema de calidad propuesta en esta investigación. A la Universidad Metropolitana del Ecuador UMET por otorgarme los conocimientos necesarios para poderme desempeñar con profesionalismo.

Atentamente,

Gabriela Salazar

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA DE TRABAJO DE TITULACIÓN	III
CESION DE DERECHOS.....	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
ÍNDICE.....	VII
INDICE DE GRÁFICOS	XII
RESUMEN	XV
ABSTRACT.....	XVI
INTRODUCCIÓN	1
Justificación	1
Situación Problemática	3
Formulación del problema científico	6
Delimitación	6
Determinación del objeto de estudio de la investigación.....	6
Campo de Estudio	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos o tareas de investigación	7
Marco teórico de la investigación	7
Antecedentes de la investigación	7
Fundamentación contextual.....	10
Fundamentación legal	12
Fundamentación teórica	14
Marco Metodológico.....	28
Filosofía o Modalidad de Estudio	28
Enfoque de la Investigación.....	28
Método de investigación	29
Tipos de investigación científica	29
Población y muestra.....	30
Recolección de datos.....	31
Procesamiento de datos	31
Instrumentos de investigación.....	32
Validación del Instrumento.....	32
CAPÍTULO I	36

1. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA.....	36
1.1 Análisis de la visión, misión, principios y valores	36
1.2 Organigrama Clínica Emergencias San Francisco	38
Cadena de Valor	39
1.3 El mercado.....	39
1.3.1 Segmentación.....	39
1.3.2 Aplicación de la encuesta	40
1.3.3 Análisis de los resultados de la encuesta	40
1.3.4 Resumen de los resultados.....	66
CAPÍTULO II.....	68
2. APLICACIÓN 7 HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD	68
2.1 Primera Herramienta: Diagrama de Causa y Efecto	68
2.2 Segunda Herramienta: Planillas de Inspección.....	74
2.3 Tercera Herramienta: Gráficos de Control	86
2.4 Cuarta Herramienta: Diagrama de Flujo.....	87
2.5 Quinta herramienta: Histograma.....	102
2.6 Sexta herramienta: Diagrama de Pareto.....	104
2.7 Séptima herramienta: Diagrama de dispersión o de Correlación.....	106
2.8 Plan de Acción	107
CONCLUSIONES	110
RECOMENDACIONES	111
Bibliografía	112

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Justificación	2
Tabla 2 Matriz de análisis de situación	4
Tabla 3 Clasificación CIIU 4.0	10
Tabla 4 Muestra seleccionada	31
Tabla 5 Exportes para la validación	32
Tabla 6 Validación cuestionario aplicado a familiares de los pacientes	33
Tabla 7 Validación cuestionario aplicado a pacientes	34
Tabla 8 Validación cuestionario aplicado a colaboradores	35
Tabla 9 Visión	36
Tabla 10 Misión	37
Tabla 11 Grupos y principios de trabajo clientes, proveedores, gobierno y sociedad	37
Tabla 12 Grupos y principios operativos de socios, trabajadores, clientes, proveedores gobierno y sociedad	38
Tabla 13 Segmentos de Mercado Meta	40
Tabla 14 Edad familiares de los pacientes	40
Tabla 15 Sector de residencia familiares de los pacientes	41
Tabla 16 Criterio de la atención percibida familiares de clientes	42
Tabla 17 Criterio saturación del servicio	43
Tabla 18 Coordinación interna criterio de familiares de los pacientes	43
Tabla 19 Coordinación externa criterio de familiares de los pacientes	44
Tabla 20 Apreciación procesos internos criterio de los familiares de los pacientes	45
Tabla 21 Conformidad con la infraestructura familiares pacientes	45
Tabla 22 Criterio sobre el equipamiento familiares de pacientes	46
Tabla 23 Atención del área de trabajo social familiares de pacientes	47
Tabla 24 Tratamiento de desechos desde el criterio de los familiares de pacientes	47
Tabla 25 Percepción sobre el trato y la atención recibida en la clínica	48
Tabla 26 Edad de los encuestados de los pacientes	49
Tabla 27 Sector donde viven los pacientes	49
Tabla 28 Percepción de atención personalizada	50
Tabla 29 Percepción del servicio especializado saturado	51
Tabla 30 Coordinación interna	51
Tabla 31 Coordinación externa desde el punto de vista del paciente	52
Tabla 32 Procesos internos	52

Tabla 33 Conformidad de la infraestructura	53
Tabla 34 Criterio sobre el equipamiento.....	54
Tabla 35 Atención del área de trabajo social	54
Tabla 36 Tratamiento de desechos criterio de pacientes	55
Tabla 37 Percepción sobre el trato y la atención recibida en la clínica criterio de los pacientes	56
Tabla 38 Edad de los encuestados en referente a los colaboradores de la empresa.....	56
Tabla 39 Sector de residencia de los colaboradores de la empresa	57
Tabla 40 Área de Trabajo	58
Tabla 41 Atención personalizada criterio de los colaboradores de la empresa	59
Tabla 42 Competitividad de la Clínica criterio de los colaboradores de la empresa.....	59
Tabla 43 Apreciación rapidez del servicio.....	60
Tabla 44 Funcionalidad de los procesos	61
Tabla 45 Apreciación infraestructura.....	61
Tabla 46 Equipamiento de la Clínica criterio de los colaboradores de la empresa	62
Tabla 47 Apreciación toma de decisiones por parte de la jefatura	63
Tabla 48 Comunicación entre jefes y colaboradores	63
Tabla 49 Apreciación sistema de control.....	64
Tabla 50 Facilidades de recursos para el trabajo	64
Tabla 51 Existencia de manual de procesos	65
Tabla 52 Existencia de manual de procesos	67
Tabla 53 Análisis Causa – Efecto Imagen de la clínica.....	71
Tabla 54 Análisis Causa – Efecto Inconformidad en los servicios generales.....	73
Tabla 55 Planilla de Inspección Hoja de Registro Familiares de pacientes	76
Tabla 56 Resultados Planilla de Inspección Hoja de Registro Familiares de pacientes.....	77
Tabla 57 Reporte análisis causal eficiencia o calidad del servicio percibido por los pacientes y familiares de los pacientes	78
Tabla 58 Defectos analizados ocasionan la mala imagen de la clínica.....	79
Tabla 59 Planilla de Inspección Hoja de Registro Colaboradores.....	81
Tabla 60 Resultados Planilla de Inspección Hoja de Registro Colaboradores	82
Tabla 61 Reporte Análisis Causal eficiencia o calidad del servicio percibido por los colaboradores	84
Tabla 62 Defectos analizados que ocasionan el mal servicio de la clínica.....	85
Tabla 63 Gráfico de Control problema de imagen de la clínica	86

Tabla 64 Gráfico de Control problema servicios generales de la clínica.	87
Tabla 65 Codificación Procesos.....	89
Tabla 66 Histograma imagen de la clínica.....	102
Tabla 67 Histograma servicio de la clínica.....	103
Tabla 68 Análisis de Pareto para el análisis imagen de la clínica	104
Tabla 69 Análisis de Pareto para el análisis Servicio de la clínica.....	106
Tabla 70 Plan de Acción Imagen de la clínica.....	108
Tabla 71 Plan de Acción Servicios generales de la clínica.....	109

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Árbol de Problemas	5
Gráfico 2 División de la atención médica.....	16
Gráfico 3 Círculo de Calidad	18
Gráfico 4 Principios de Control Total de Calidad	21
Gráfico 5 Herramientas de Calidad Clásicas	22
Gráfico 6 Diagrama de Causa y Efecto.....	23
Gráfico 7 Planilla de Inspección	24
Gráfico 8 Gráficas de Control.....	24
Gráfico 9 Símbolos del diagrama de flujo	25
Gráfico 10 Histograma.....	26
Gráfico 11 Diagrama de Pareto.....	27
Gráfico 12 Diagrama de Pareto.....	27
Gráfico 13 Organigrama Estructural.....	39
Gráfico 14 Cadena de Valor	39
Gráfico 15 Edad de los encuestados familiares de los pacientes	41
Gráfico 16 Sector de residencia de los familiares de los pacientes	42
Gráfico 17 Criterio de la atención percibida familiares de clientes.....	42
Gráfico 18 Criterio de la atención percibida familiares de clientes.....	43
Gráfico 19 Coordinación interna criterio de familiares de los pacientes.....	44
Gráfico 20 Coordinación externa criterio de familiares de los pacientes	44
Gráfico 21 Apreciación procesos internos criterio de los familiares de los pacientes.....	45
Gráfico 22 Conformidad con la infraestructura familiar de pacientes.....	46
Gráfico 23 Criterio sobre el equipamiento familiares de pacientes	46
Gráfico 24 Atención del área de trabajo social familiares de pacientes	47
Gráfico 25 Tratamiento de desechos desde el criterio de los familiares de pacientes.....	48
Gráfico 26 Percepción sobre el trato y la atención recibida en la clínica	48
Gráfico 27 Edad de los encuestados de los pacientes	49
Gráfico 28 Sector donde viven los pacientes	50
Gráfico 29: Percepción de atención personalizada	50
Gráfico 30 Percepción del servicio especializado saturado.....	51
Gráfico 31 Coordinación interna	51
Gráfico 32 Coordinación externa desde el punto de vista del paciente	52

Gráfico 33 Procesos internos	53
Gráfico 34 Conformidad de la infraestructura	53
Gráfico 35 Criterio sobre el equipamiento.....	54
Gráfico 36 Atención del área de trabajo social	55
Gráfico 37 Tratamiento de desechos criterio de pacientes	55
Gráfico 38 Percepción sobre el trato y la atención recibida en la clínica criterio de los pacientes	56
Gráfico 39 Edad de los encuestados en referente a los colaboradores de la empresa	57
Gráfico 40 Sector de residencia de los colaboradores de la empresa	57
Gráfico 41 Sector de residencia de los colaboradores de la empresa	58
Gráfico 42 Atención personalizada criterio de los colaboradores de la empresa	59
Gráfico 43 Competitividad de la Clínica criterio de los colaboradores de la empresa.....	60
Gráfico 44 Apreciación rapidez del servicio	60
Gráfico 45 Funcionalidad de los procesos	61
Gráfico 46 Apreciación infraestructura	62
Gráfico 47 Equipamiento de la Clínica criterio de los colaboradores de la empresa	62
Gráfico 48 Apreciación toma de decisiones por parte de la jefatura	63
Gráfico 49 Comunicación entre jefes y colaboradores	63
Gráfico 50 Apreciación sistema de control.....	64
Gráfico 51 Facilidades de recursos para el trabajo	65
Gráfico 52 Existencia de manual de procesos	65
Gráfico 53 Diagrama Causa - Efecto Imagen de la clínica.....	70
Gráfico 54 Diagrama Causa- Efecto mal servicio de la clínica basado en percepción de los colaboradores	72
Gráfico 55 Diagrama de Control problema de imagen de la clínica.....	86
Gráfico 56 Diagrama de Control problema servicios generales de la clínica.....	87
Gráfico 57 Mapeo Procesos Gobernantes	87
Gráfico 58 Mapeo Procesos Sustantivos.....	88
Gráfico 59 Mapeo Procesos de Apoyo	89
Gráfico 60 Diagrama de Flujo Procedimiento de Comunicación Cartelera Electrónica	91
Gráfico 61 Diagrama de Flujo Procedimiento de Capacitación	92
Gráfico 62 Histograma imagen de la clínica.....	103
Gráfico 63 Histograma servicio clínica	104

Gráfico 64 Análisis de Pareto Imagen de la clínica.....	105
Gráfico 65 Análisis de Pareto para el análisis Servicio de la clínica.....	106
Gráfico 66 Análisis de Pareto Imagen de la clínica.....	107
Gráfico 67 Diagrama de dispersión Servicio de la clínica.....	107

RESUMEN

La presente investigación se realiza en la Clínica San Francisco ubicada en el Cantón Rumiñahui, en donde se aprecia que dicha entidad de salud requiere de la aplicación de herramientas de calidad, por lo que se inicia la investigación con la elaboración de un diagnóstico del servicio, que permita generar una propuesta de control y mejora continua para la satisfacción del servicio de salud, la metodología investigación desarrollada es un estudio deductivo, con los instrumentos de investigación desarrollada para el diagnóstico situacional de la empresa correspondiente a encuestas que se aplica a los colaboradores, pacientes y visitantes de la clínica con sus respectiva validación por expertos del tema, lo que permitió conocer las deficiencias que están incidiendo en un servicio incorrecto de salud.

En el capítulo I como resultado de la etapa el diagnóstico se detecta varias causas que generan la mala imagen de la empresa y el mal servicio prestado, esto desde la preceptiva de los familiares de los paciente y pacientes, así también de los colaboradores, determinando problemas como el servicio saturado, la mala coordinación, procedimientos no establecidos y la mala comunicación.

En el capítulo II, se desarrolla el tratamiento de las herramientas de calidad hasta la medición del plan de acción y de procedimientos propuestos para mejorar la imagen de la empresa y el servicio, se finaliza con las conclusiones y recomendaciones.

PALABRAS CLAVES: Calidad, Herramientas de la Calidad, Mejora Continua, Sistemas de Control.

ABSTRACT

The present investigation is carried out in the San Francisco Clinic located in the Rumiñahui Canton, where it is appreciated that said health entity requires the application of quality tools, for which reason the investigation begins with the preparation of a diagnosis of the service, that allows generating a proposal of control and continuous improvement for the satisfaction of the health service, the research methodology developed is a deductive study, with the research instruments developed for the situational diagnosis of the company corresponding to surveys that are applied to collaborators, patients and visitors of the clinic with their respective validation by experts on the subject, which allowed to know the deficiencies that are affecting an incorrect health service.

In chapter I, as a result of the diagnosis stage, several causes are detected that generate the bad image of the company and the poor service provided, this from the prescriptive of the relatives of the patients and patients, as well as the collaborators, determining problems such as saturated service, poor coordination, procedures not established and poor communication.

In Chapter II, the treatment of quality tools is developed up to the measurement of the action plan and proposed procedures to improve the image of the company and the service, ending with the conclusions and recommendations.

KEY WORDS: Quality, Quality Tools, Continuous Improvement, Control Systems.

INTRODUCCIÓN

La salud como un derecho universal es de prioridad social es la clave para la generación de una sociedad activa y sustentable, en este sentido, es necesario en las actuales circunstancias socio económicas del país, establecer las pautas en la aplicación de herramientas de calidad para el control y mejora continua en las entidades de salud.

La Clínica San Francisco ubicada en la ciudad de Sangolquí, Cantón Rumiñahui debe aplicar un sistema de mejora continua que reduzca los riesgos asociados a la mala atención y a la inapropiada percepción de los visitantes en los servicios ofrecidos de la mencionada clínica.


Por lo tanto, se ha desarrollado un estudio sistematizado que tome en cuenta la voz del cliente (paciente), los visitantes de ellos y de los colaboradores de la clínica, las causas fueron determinados por un análisis previo a la aplicación de un cuestionario, de esta manera identificar la problemática, además de los conocimientos percibidos por la investigadora del proyecto basados en la experiencia al colaborar de manera directa en la clínica, con lo cual se pueda dar un seguimiento y control oportuno que brinde solución al servicio prestado, mediante el uso de herramientas de calidad.

Considerando que la aplicación de herramientas de calidad para el control y la mejora continua de la clínica San Francisco de la ciudad de Sangolquí, generará una atención integral satisfactoria en la precepción de los clientes, visitantes y colaboradores.

Justificación

El proyecto se justifica porque está orientada a cumplir por las leyes que regulan el país como la Constitución de la República del Ecuador, la Ley de la Salud Pública, y el proyecto denominado Plan de Desarrollo Toda una Vida, donde se hace énfasis al bienestar de la población por medio de la salud, además de los lineamientos que ha establecido la Universidad Metropolitana.

Tabla 1 Justificación



<p>“Aplicación de las herramientas de la calidad para el control y la mejora continua de la clínica San Francisco del Cantón Rumiñahui”</p>	<p>Tributación al Proyecto de Investigación de la Escuela de Gestión Empresarial: Propuesta de un Modelo de Gestión para las PYMES del Distrito Metropolitano de Quito</p>	<p>Tributa PROGRAMA No 1: Emprendimiento, productividad y competitividad en organizaciones empresariales y de la administración pública ecuatoriana</p>	<p>Tributa a las líneas de Investigación de la Escuela de Gestión Empresarial: Línea 1: Administración, Gestión y Creación de empresas como resultado de las necesidades y problemáticas del contexto económico y social en Ecuador.</p>	<p>Tributa a línea de investigación de la UMET Transformación de la matriz productiva</p>	<p>Zona de impacto 9</p>	<p>Objetivo del Plan de Desarrollo Toda una Vida Eje 1: Derechos para Todos Durante Toda la Vida: Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas. Eje 2: Economía al Servicio de la Sociedad Objetivo 4: Consolidar la sostenibilidad del sistema económico social y solidario, y afianzar la dolarización • Objetivo 5: Impulsar la productividad y competitividad para el crecimiento económico sostenible de manera redistributiva y solidaria Eje 3: Más sociedad, mejor Estado Objetivo 7: Incentivar una sociedad participativa, con un Estado cercano al servicio de la ciudadanía • Objetivo 8: Promover la transparencia y la corresponsabilidad para una nueva ética social. Ley Orgánica de la Salud.</p>
--	---	--	---	--	---------------------------------	--

En el gráfico se justifica el proyecto desde el punto de vista del aporte de la misma a la carrera de Ingeniería en Gestión Empresarial, como también el apoyo al programa Emprendimiento, productividad y competitividad en organizaciones empresariales y de la administración pública ecuatoriana; también a las líneas de investigación que la carrera tiene Línea 1: Administración, Gestión y Creación de Empresas como resultado de las necesidades y problemáticas del contexto económico y social en Ecuador, así mismo se aprecia como esta investigación aporta a una zona de impacto que es la zona No. 9 Cantón Rumiñahui, ya que la empresa se encuentra en esta zona, orientado a los ejes propuestos por el Plan de Desarrollo Nacional Toda una Vida:

Eje 1: Derechos para Todos Durante Toda la Vida:

Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.

Eje 2: Economía al Servicio de la Sociedad

Objetivo 4: Consolidar la sostenibilidad del sistema económico social y solidario, y afianzar la dolarización

Objetivo 5: Impulsar la productividad y competitividad para el crecimiento económico sostenible de manera redistributiva y solidaria

Eje 3: Más sociedad, mejor Estado

Objetivo 7: Incentivar una sociedad participativa, con un Estado cercano al servicio de la ciudadanía

Objetivo 8: Promover la transparencia y la corresponsabilidad para una nueva ética social. (Ecuador, Concejo Nacional de Planificación, 2017)

Así también el presente trabajo se justifica ya que si no se genera el sistema de calidad que conlleve a la mejora continua, se pierde competitividad debido a que los pacientes exigen un sistema atención integral satisfactorio, que requiere medir estándares para corregir los errores que la empresa tiene.

Que el numeral 20 del artículo 23 de la Constitución Política de la República, consagra la salud como un derecho humano fundamental y el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental. (Ecuador, Congreso Nacional, 2006)

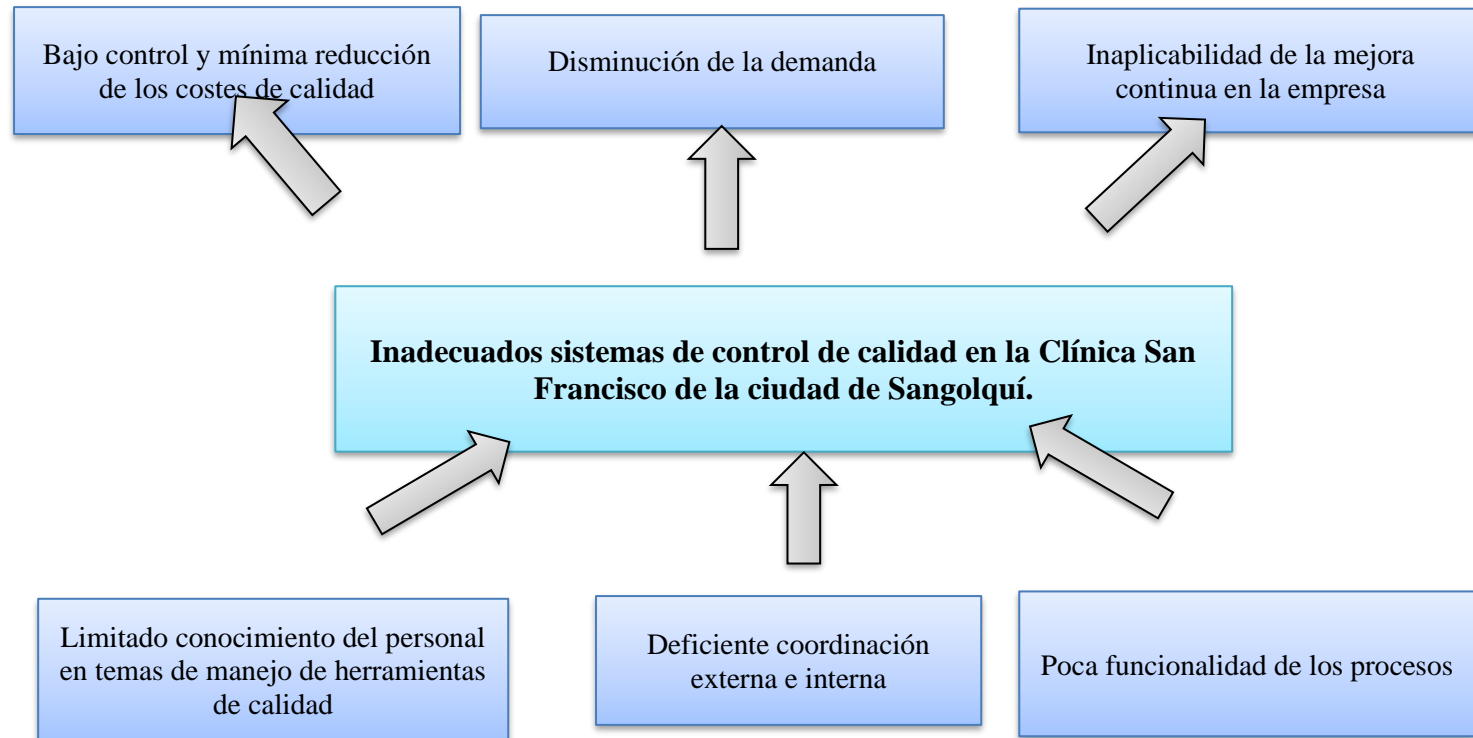
Situación Problemática

En la Clínica San Francisco ubicada en la ciudad de Sangolquí del Cantón Rumiñahui se ha detectado la siguiente situación problemática.

Tabla 2 Matriz de análisis de situación

Matriz de análisis de situación	Situación actual real Negativa
	En la Clínica San Francisco se ha detectado la siguiente situación problemática:
	El limitado conocimiento del personal en temas de manejo de herramientas de calidad es una causa de los inadecuados sistemas de control en la clínica, lo que genera pérdida de credibilidad.
	La deficiente coordinación externa e interna es otra causa de los inadecuados métodos aplicados en la clínica, lo que conlleva disminución de la demanda.
	Poca funcionalidad de los procesos es otra causa de los inadecuados sistemas de control de calidad lo que genera servicios de calidad no reconocidos.
	Identificación del problema a ser investigado
	¿La aplicación de herramientas de calidad para el control y la mejora continua de la clínica San Francisco de la ciudad de Sangolquí, generará una atención integral satisfactoria en la precepción de los clientes, visitantes y colaboradores?
	Situación futura deseada positiva
La clínica cuente con un control y propuesta de solución a los problemas percibidos por los clientes, visitantes y colaboradores de la Clínica.	
La clínica trabaje con herramientas de control y solución en la calidad del servicio prestado.	
Propuesta de solución del problema planteado	
Diagnóstico del servicio.	
Diseño de las herramientas de calidad para el control y la mejora continua.	

Gráfico 1 Árbol de Problemas



Partiendo de la problemática detectada en la Clínica San Francisco que corresponde a los inadecuados sistemas de control de calidad que presenta, se debe a las siguientes causas y por ende los efectos que se llegan a tener:

- El limitado conocimiento del personal que labora en la entidad de salud en temas de manejo de herramientas de calidad es una causa de los inadecuados sistemas de control de calidad en la Clínica San Francisco de la ciudad de Sangolquí, lo que genera un bajo control y una mínima reducción de los costes de calidad.
- La deficiente coordinación externa e interna es otra causa de los inadecuados procedimientos a seguir en la clínica, lo que conlleva a una desorganización que afecta en la disminución de la demanda.
- Poca funcionalidad de los procesos es otra causa de no llevar un sistema de control de calidad, lo cual tiene como consecuencias la inaplicabilidad de una mejora continua en los procesos y los procedimientos que se ejecutan en la clínica.

Formulación del problema científico

¿La aplicación de herramientas de calidad para el control y la mejora continua de la clínica San Francisco de la ciudad de Sangolquí, generará una atención integral satisfactoria en la precepción de los clientes, visitantes y colaboradores?

Delimitación

La investigación se desarrolla en la ciudad de Sangolquí, ubicada en el Cantón Rumiñahui, para lo cual se ha considerado obtener información con los clientes (pacientes), visitantes y empleados de la Clínica San Francisco, la investigación se la realiza en un periodo de seis meses en el sitio.

Determinación del objeto de estudio de la investigación

La presente investigación tiene como objeto de estudio la Administración.

Campo de Estudio

El campo de estudio corresponde a la Calidad Total o Gestión de la Calidad.

Objetivo general

Diseñar un sistema de control de calidad mediante la aplicación de herramientas adecuadas, que servirá para la mejora continua del servicio de salud en la Clínica San Francisco.

Objetivos específicos o tareas de investigación

- Elaborar un diagnóstico del sistema de calidad referente al servicio que permita la identificación de los problemas.
- Aplicar las herramientas de calidad total y mejora continua para la solución de los problemas relacionados con el servicio en la Clínica San Francisco.

Marco teórico de la investigación

Antecedentes de la investigación

Según (Romero, 2018) en su trabajo de titulación de la Universidad Metropolitana con el tema “Aplicación de las herramientas de calidad para la mejora continua del servicio de transporte de pasajeros de la Compañía Vencederos de Pichincha VIPIEX S.A. del Distrito Metropolitano de Quito”

Se plantea el objetivo general “Diseñar un sistema de control de calidad, mediante el diagnóstico y la aplicación de herramientas de calidad para el mejoramiento del servicio en el transporte de la compañía Vencedores de Pichincha” (Romero, 2018).

Sus conclusiones fueron:

Se desarrolló un diagnóstico a través de entrevistas o encuestas a cuatro grupos: usuarios, conductores y ayudantes, accionistas y administradores, que permitió reconocer las principales deficiencias que están incidiendo en la no satisfacción del cliente.

Al diseñar las herramientas de Gestión de Calidad para lograr detectar los inconvenientes que con más frecuencia se presenta en el servicio de transporte implementando procesos de solución en el sistema de transporte de la compañía Vencedores de Pichincha “VEPIEX” S.A. y diseñe un plan de acción para que de esta manera se logre mejorar el servicio en las dos rutas del Corredor Sur Oriental, haciendo que los usuarios se sientan conformes y satisfechos por el servicio que reciban en cada una de las unidades que forma parte de la empresa. (Romero, 2018)

El trabajo ayuda a descifrar que es viable aplicar las herramientas de calidad en cualquier tipo de empresas, ya que son herramientas estándares, y que se observa en el trabajo de la autora el sistema que se tomara en cuenta para la presente investigación.

Según las autoras Maribel Roció Pinto Dueñas y Liz Eliana Silva Pérez en su trabajo de tesis de la Universidad Industrial de Santander Facultad de Salud Especialización en Administración de Servicios de Salud Bucaramanga con el tema de “Diseño y Propuesta de un

Sistema de Gestión de Calidad en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios de Floridablanca” (Pinto & Silva, 2004)

Su objetivo general fue:

Diseñar y proponer un Sistema de Gestión de la Calidad en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, que garantice una atención en salud efectiva y con alto sentido humano, teniendo como base la norma de calidad ISO 9001:2000. (Pinto & Silva, 2004)

Sus conclusiones fueron:

Conocer y profundizar en la familia de normas de calidad ISO 9000 y en su adaptación al sector salud.

Ampliar nuestros conocimientos y experiencias en la filosofía de la calidad y en la importancia de ésta para la vida personal y de las organizaciones en general.

Constatar que la calidad es un aspecto de la gestión empresarial que se consigue a través de diferentes herramientas, lo esencial para su abordaje, es tener la disposición política de la Alta Gerencia para iniciar procesos que permitan la aplicación de programas acordes con las necesidades específicas de cada institución.

Comprender que todas las organizaciones independientemente del sector al que pertenezcan, requieren de un direccionamiento estratégico gestado en el nivel directivo y socializado entre los funcionarios, para alcanzar metas comunes que orienten la gestión hacia la efectividad de los resultados.

Profundizar en la elaboración y análisis de los procesos, los cuales son un instrumento necesario para trabajar la calidad en una institución, ya que estos permiten la articulación de todas las actividades y procedimientos para el logro de los propósitos de la organización.

Entender que un enfoque de trabajo basado en procesos caracterizados y estandarizados, permiten que la prestación del servicio sea llevada a cabo de manera correcta, lo que conlleva a racionalizar recursos, tener una secuencia lógica del trabajo, cumplir objetivos con efectividad y evaluar el desempeño de estos.

Clarificar que los usuarios que reciben un servicio de salud han tenido poca capacidad para juzgar la conveniencia de la atención ofrecida, por ello los programas de calidad brindan una oportunidad de hacer partícipe al usuario, para que comunique su percepción con respecto a la atención recibida y así tomar decisiones acertadas que faciliten el buen funcionamiento de la organización; el principal objetivo de trabajar con calidad es tener usuarios satisfechos, lo que implica conocer las necesidades y cumplir las expectativas de los mismos.

Analizar que un Hospital es una empresa que brinda atención médica a personas con necesidades físicas, emocionales y socioeconómicas, por lo tanto, la calidad debe ser el motor

que guíe la misión institucional para dar el mayor beneficio a los usuarios con los menores riesgos posibles lo que se traducirá en rentabilidad económica y legitimidad social.

El Sistema de Gestión de Calidad requiere de la evaluación continua de todos los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos que permitan detectar fallas, corregir y mejorar continuamente. (Pinto & Silva, 2004, págs. 92,93)

En el trabajo planteado por las autoras citadas expresan que se debe trabajar con una filosofía de calidad, que los sistemas de calidad deben constar de datos, además la importancia de realizar evaluaciones continuas, para el mejoramiento en cualquier empresa como son las instituciones médicas en las que se deben implementar, así también se tomó en cuenta para determinar variables a ser preguntadas en la investigación a través de la encuesta.

Finalmente se cita la investigación realizada por (Garcia & Salazar, 2017), que lleva por tema, Aplicación de Herramientas de Calidad en empresa gráfica de breña para mejorar el cumplimiento de entrega de etapas, que tiene por objetivo:

“Mejorar el indicador de cumplimiento de entrega, con la finalidad de cumplir con las especificaciones requeridas por los clientes mediante la aplicación de herramientas de calidad” (Garcia & Salazar, 2017).

Las conclusiones que se resaltan del proyecto son:

- En la investigación realizada se identificaron en la etapa de impresión y la etapa ensobrado, son etapas de las cuales existen el 48% y 28% respectivamente de incidencias y que son el foco de oportunidad para mejorar la variable de cumplimiento de entrega, esto se logró obtener con la herramienta de calidad de diagrama de barras.
- Se ha identificado que dentro de las incidencias de las etapas cuello de botella, el error en la generación del aplicativo representa el 67% de las incidencias en la etapa de impresión y la impresión duplicada representa el 47% de las incidencias de la etapa de ensobrado, esto se logró obtener con la herramienta de calidad de diagrama de barras.
- Se realizó una encuesta a los colaboradores de las etapas de impresión y ensobrado donde a través de la percepción de favorabilidad se identificó que las acciones de mejoras 3, 6, 8,10 y 12 tienen 50%, 70%, 70%, 90% y 60% respectivamente tienen una alta favorabilidad (% de puntaje 4 y 5 en la encuesta). (Garcia & Salazar, 2017)

Se debe resaltar lo factible de utilizar herramientas de calidad en cualquier tipo de empresas, ya que permite definir el problema y de esta manera identificar la causa raíz.

Fundamentación contextual

La Clínica San Francisco ubicada en el Cantón Rumiñahui es una entidad de salud privada que se encuentra ubicada de acuerdo con la Clasificación Nacional de Actividades Económicas propuesta por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en la categoría Q, como se describe en la siguiente tabla.

Tabla 3 Clasificación CIIU 4.0

Q	Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social.	Esta sección comprende la prestación de servicios de atención de la salud y de asistencia social. Abarca una amplia gama de actividades, desde servicios de atención de la salud prestados por profesionales de la salud en hospitales y otras instalaciones hasta actividades de asistencia social sin participación de profesionales de la salud, pasando por actividades de atención en instituciones con un componente importante de atención de la salud.
Q86	Actividades de atención de la salud humana	Esta división comprende actividades a corto y a largo plazo de hospitales generales o especializados, médicos, quirúrgicos, psiquiátricos o de rehabilitación de toxicómanos, destinados a estancias breves o prolongadas; sanatorios, preventorios, casas de salud con atención médica, asilos, instituciones hospitalarias para enfermos mentales, centros de rehabilitación, leproserías y otras instituciones sanitarias con instalaciones para alojamiento y que ofrecen servicios de diagnóstico y tratamiento médico a pacientes internos con alguna de una amplia gama de enfermedades. Abarca asimismo actividades de consulta y tratamiento de medicina general y especializada por médicos generalistas, especialistas y cirujanos. Se incluyen actividades de atención odontológica de carácter general o especializado y actividades de ortodoncia. Se incluyen además actividades de atención de salud que no realizan hospitales ni médicos, sino profesionales paramédicos legalmente facultados para tratar a pacientes.
Q861	Actividades de hospitales y clínicas	
Q8610	ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS	
Q8610.0	ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS	

Q8610.02		Actividades a corto y a largo plazo de clínicas del día, básicas y generales, es decir, actividades médicas, de diagnóstico y de tratamiento.
----------	--	---

Fuente: (Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2012)

En el Cantón Rumiñahui se encuentran ubicadas algunas entidades de salud tanto públicas y privadas de donde se resalta las siguientes:

a. Clínicas privadas:

- Nova clínica del Valle
- Clínica San Rafael
- Medicvalle
- Clínica Conocoto
- Centro Médico de Especialidades

b. Clínicas públicas

- Hospital de Sangolquí
- Hospital del día IESS
- Centro de Salud Conocoto

El Cantón Rumiñahui se ubica al sureste de la provincia de Pichincha, cerca de la ciudad de Quito, tiene una extensión de 137.2 km², conformado por una parroquia urbana, Sangolquí, la misma que es su cabecera cantonal y donde se encuentra acentuada la mayoría de la población y dos parroquias rurales: Cotogchoa y Rumipamba.

Según el Cabildo rumiñahuense, hace unos 12 años, el 57% de los habitantes era nativo de la zona y el 43% restante provenía de otras zonas, especialmente de Quito. Sin embargo, la composición poblacional ha variado: en la actualidad, solo el 24% de la población es originaria del cantón, mientras que el 76% proviene de fuera. Las autoridades explican este fenómeno por el desarrollo urbanístico experimentado por el valle de Los Chillos, área en la que se encuentra Rumiñahui. (Diario El Telégrafo, 2016)

Con el incremento poblacional la ampliación de la cobertura de servicios básicos y la creación de establecimientos educativos, de salud, y recreación se han convertido en factores importantes para el buen vivir de la población, especialmente contar con hospitales o clínicas que puedan responder rápida y eficientemente a las emergencias en lo que respecta a la salud pública.

Fundamentación legal

El presente proyecto se fundamenta en las siguientes leyes que regulan su funcionamiento enmarcado en la salud pública de los ciudadanos, por lo que se expone a continuación las mismas:

- Constitución de la República del Ecuador. Cap. II Sección 7 Art. 32 “Derechos del buen vivir”

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Ecuador, Asamblea Constituyente, 2008)

El estado garantiza a la ciudadanía el acceso a los servicios de salud como un derecho obligatorio para la población, por lo que el mejoramiento de la calidad en dichas entidades debe ser la prioridad para las autoridades que la administran, siendo estas públicas o privadas.

- Ley Orgánica de Salud

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art. 6 Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.

Art. 10 Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.

Art. 69 La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud

pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto

Art. 196.- La autoridad sanitaria nacional analizará los distintos aspectos relacionados con la formación de recursos humanos en salud, teniendo en cuenta las necesidades nacionales y locales, con la finalidad de promover entre las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, reformas en los planes y programas de formación y capacitación. (Ecuador, Congreso Nacional, 2006)

En dicha ley se exponen los artículos para que las entidades de salud tengan los lineamientos a cumplir en lo que se refiere a una atención integral, de esta manera puedan gestionar oportunamente la organización y funcionamiento en el Sistema Nacional de Salud que rige en todo el territorio nacional ecuatoriano.

- Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida

Eje 1: Derechos para Todos Durante Toda la Vida: Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas. 1.6 Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural.

Eje 3: Más sociedad, mejor Estado Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

Objetivo 6.6 Fomentar en zonas rurales el acceso a servicios de salud, educación, agua segura, saneamiento básico, seguridad ciudadana, protección social rural y vivienda con pertinencia territorial y de calidad; así como el impulso a la conectividad y vialidad nacional. (Ecuador, Consejo Nacional de Planificación, 2017)

El gobierno del Lic. Lenin Moreno propone en su plan de gobierno proyectos en función del bienestar económico y social de los ecuatorianos con su proyecto Toda una Vida, en donde el ámbito de la salud es uno de los principales aspectos.

- Reglamento para Atención de Salud Integral en Red de los Asegurados

Art. 1.- Objeto: El presente reglamento regula los procedimientos a seguir para brindar la cobertura efectiva en la atención de salud que requieran los asegurados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y, en general, los beneficiarios con derecho para acceder a las prestaciones de salud brindadas por las unidades médicas propias y externas de la Red Plural definidas en la cartera de servicios, conforme las Guías de Práctica Clínica y Terapéuticas de las Patologías y Procedimientos priorizados en todos

los niveles de complejidad de los servicios de salud. (Ecuador, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social , 2010)

El gobierno del Lic. Lenin Moreno propone en su plan de gobierno proyectos en función del bienestar económico y social de los ecuatorianos con su proyecto Toda una Vida, en donde el ámbito de la salud es un eje primordial.

Modelo Integral de Salud y la estructuración de la Red Pública de Salud.

Sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS) en los artículos 358, 359, 360 y 361 establecen su creación, los principios, los componentes, características y garantías que debe cumplir para garantizar el derecho a la salud de toda la población. Establece también las características del En el Art. 361 establece que los servicios públicos de salud serán universales y gratuitos. (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2012)

Ecuador, han realizado transformaciones en el sector salud, donde se destaca el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural para velar por el beneficio de ecuatorianos y extranjeros que residen en el país.

- **Reforma legal del IESS en salud y pensiones**

El propósito primario de la nueva ley debe hacer que los servicios De salud sean más accesibles a las necesidades de la población de menores ingresos, aportando a lograr mayor cobertura de población y cubrimiento de riesgos, resolviendo los problemas de inequidad del sistema actual, originado en su baja cobertura y desarticulación de las instituciones que hacen salud en el Ecuador, (Ministerio de Salud, IESS, IEOS, Empresa Privada, Instituciones de Beneficencia, etc.).

La nueva ley aplicará el principio de la universalidad en la salud con el régimen de afiliación obligatoria actual, con cobertura familiar y con la aplicación de otro régimen subsidiario para aquellos ecuatorianos sin capacidad de pago de las áreas rural y urbano marginal, es decir para aquellas personas que no pueden cubrir el costo del sistema obligatorio. (Posso Zumárraga, 2005)

Ecuador, han realizado transformaciones en el sector salud, donde se destaca el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural para velar por el beneficio de la población.

Fundamentación teórica

Se sustenta teóricamente el proyecto con teorías y conceptos referentes a la temática que soporten y validen la investigación.

Sistema de Salud

Según el (Organización Mundial de la Salud, 2005)

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

El sistema de salud de Ecuador está compuesto por dos sectores: público y privado, comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional). Mientras que el privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social.

Atención médica

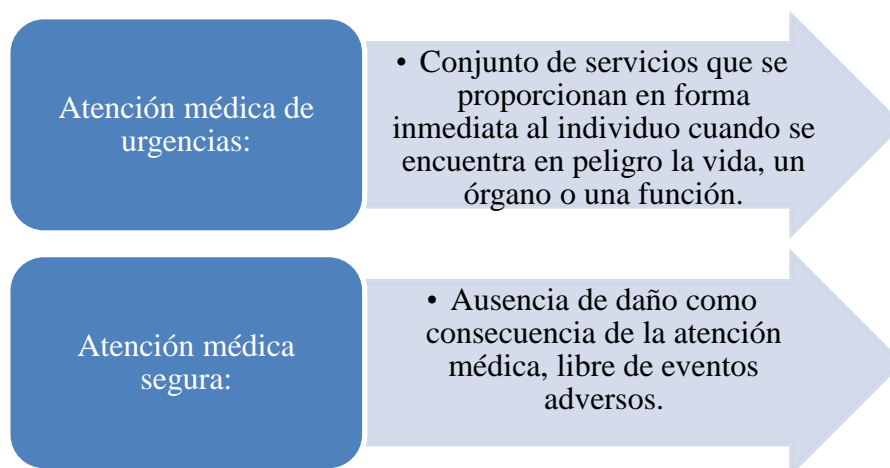
De acuerdo con la Dirección de la secretaria de Salud atención médica es:

Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo para prevenir, tratar o rehabilitar de una enfermedad. Es el conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de estos. (México, Secretaría de Salud, 2012)

En el Ecuador se cuenta con instalaciones hospitalarias que sirven para la atención médica en las diferentes especializadas, en las grandes ciudades como Quito, Guayaquil, Cuenca, entre otras existen instalaciones hospitalarias aceptables con alta tecnología, con un nivel de conocimiento y práctica médica adecuados, sin embargo en las pequeñas ciudades y zonas rurales las condiciones son deficientes y los hospitales públicos a veces no disponen de medicinas o medios suficientes, por lo que las clínicas privadas han surgido como medio se aporte a la comunidad y bienestar propio.

La división de la atención médica que se cuenta se esquematiza a continuación:

Gráfico 2 División de la atención médica



Fuente: (México, Secretaría de Salud, 2012)

Calidad de la atención médica

De acuerdo con lo expuesto por la ISO la calidad puede definirse como “grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria” (Dueñas Rossi, 2020).

La calidad en la atención médica influye algunas variables, como su estructura, procesos y resultados que repercute en la satisfacción del usuario.

Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, las de los prestadores de servicios y las de la institución Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y éstos son coherentes con los conocimientos profesionales del momento. (México, Secretaría de Salud, 2012)

Instituciones médicas

Ecuador tiene registrados 3.847 establecimientos de atención a la salud, de los cuales 80% pertenecen al sector público. El MSP concentra 47% de las unidades y el IESS otro 24 por ciento. Una pequeña proporción (10%) pertenece a municipios, ministerios diferentes al MSP, ISSFA, ISSPOL y otras entidades. El sector privado concentra alrededor del 20% de los establecimientos de salud, 14% en instituciones con fines de lucro y el restante 6% en organismos que ofrecen atención a la salud sin fines de lucro. (Lucio, Villacres, & Henríquez, 2011)

Con estos antecedentes en el país se cuenta con organismos que prestan servicios de salud a personas en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los

ordenamientos legales, civiles y mercantiles; tanto instituciones públicas o privadas están obligadas a realizar un continuo mejoramiento en la calidad en sus procesos.

Esto conlleva a la generación de una serie de estrategias planificadas para ser ejecutadas sistemática y procesal, dirigidas a incrementar la calidad y la eficiencia en la prestación de la atención médica.

Mejoramiento continuo de la calidad en el Sistema de Salud

Para garantizar la calidad, eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios de salud que permita lograr la excelencia en la atención médica; se deben plantear políticas, modelos de calidad y normativas; es decir una gestión interna que permita un mejoramiento continuo de la calidad, para ello es importante las auditorías de la calidad en la atención en los servicios de salud.

La calidad en la atención a la salud se ha convertido en un desafío para los sistemas de salud en todo el mundo. Necesita de una gran coordinación entre distintos actores no solo en el sector salud sino también en otros ámbitos como son el educativo, económico, cultural por mencionar solo algunos. La no calidad puede expresarse en términos de falta de accesibilidad, oportunidad, inequidad, ineficiencia, inseguridad, no satisfacción de los profesionales de la salud y de los usuarios. (Unir Revista, 2021)

Para Jacobs, R. el modelo de mejora continua implica:

Alistar a todos los miembros de la empresa en una estrategia destinada a mejorar de manera sistemática los niveles de calidad y productividad, reduciendo los costos y tiempos de respuestas, mejorando los índices de satisfacción de los clientes y consumidores, para de esa forma mejorar los rendimientos sobre la inversión y la participación de la empresa en el mercado. (Alquilano & Chase, 2000)

La mejora continua será el factor para determinar en el presente trabajo de investigación por lo que se presenta a continuación la teoría respecto a la calidad y las herramientas que se han desarrollado para alcanzar un servicio de calidad efectivo.

Calidad total

“Es un conjunto de principios, de métodos organizados de estrategia global, intentando movilizar a toda la empresa para obtener una mejor satisfacción del cliente a un menor costo”. (Maqueda & Llaguno, 2005)

Es una práctica gerencial para el mejoramiento continuo en una empresa y en cada uno de los niveles funcionales, utilizando todos los recursos disponibles y al menor costo. La

calidad en la atención médica se enfoca en obtener la satisfacción del paciente que va desde el establecimiento de objetivos como la capacidad técnica instalada en los servicios hasta los estándares subjetivos de la atención.

Filosofías de calidad

Dentro de las principales teorías respecto a la calidad se tiene:

El círculo de calidad propuesto por Deming enseña cuatro funciones esenciales para la implementación de programas de calidad en las empresas independiente de su giro de negocio.



Fuente: (Mexico, Instituto Nacional de capacitación Fiscal, 1997)

El modelo propuesto por Edwards Deming comprende cuatro etapas:

- Planear: Consiste en definir las metas y objetivos, fijar lineamientos, niveles o medidas de actuación concretas, expresarlos concretamente y definir los métodos apropiados.
- Hacer: Corresponde a la realización de las actividades considerando que se tenga los conocimientos y habilidades para efectuarlo, creando el ambiente para que los empleados realicen su labor.
- Verificar: Comprende al análisis en base a datos obtenidos, para lo cual es importante investigar y chequear si surgen hechos inesperados o situaciones de verificar las causas y los efectos.
- Actuar: Con la información obtenida se toman acciones correctivas inmediatas, para que estas no vuelvan a repetirse.

Phillip Crosby, como icono de la calidad mantiene que “La Calidad no cuesta” conocido como también como el creador del concepto de cero defectos, su experiencia en la industria lo lleva a reconocer la existencia de un elemento importante como es la prevención. Crosby destaca el hecho de que la calidad es responsabilidad de la administración y que debe de

preocuparse tanto de la calidad como se preocupa de las utilidades, estableciendo Rosby establece los cuatro absolutos de la calidad.

Absoluto 1: Definición de calidad: La calidad como la conformación con los requerimientos, no con sus bondades. Cuando se define de esta manera la calidad, se elimina la subjetividad. Cualquier producto, servicio, proceso que cumpla con sus requerimientos es un producto, servicios o proceso de calidad.

Absoluto 2: Sistema de calidad: Prevención: El sistema para hacer la calidad es la prevención y ocurre en el diseño del proceso. Ello implica comunicar, planear, probar y trabajar permanentemente para eliminar las posibilidades del no cumplimiento.

Absoluto 3: Norma de ejecución: Cero defectos: La ejecución de los estándares debe ser cero defectos. Esto significa que uno debe estar satisfecho solamente cuando han sido alcanzados todos los requerimientos para nuestro proceso de trabajo en todo momento.

Absoluto 4: Medida de calidad: Costo de Incumplimiento: La medida de la calidad es el precio de no alcanzar la conformación. Esto es medir la calidad calculando el precio del desperdicio (tiempo, esfuerzo y materiales), expresado en dinero, puede ser usado para medir los esfuerzos directos del mejoramiento. (Miranda, Chamorro, & Rubio, 2012)

Joseph Juran nace en Estados Unidos en 1912, fue el primero en reconocer el rol del directivo y de la administración en torno de la calidad, identificando como problema el elemento humano.

Juran enfatiza que la solución de un problema técnico es precedida al entendimiento de los factores humanos. Señala que la mayor parte de los problemas son interdepartamentales y comenta la necesidad del uso de técnicas de solución de problemas y las prácticas de dirección de calidad. Define la calidad como la adecuación del producto al uso y al cumplimiento de especificaciones, todo esto orientado a las necesidades del consumidor. (Reyes Benítez, Mayo Alegre, & Loredo Carballo, 2009)

Las contribuciones de Juran en el mundo de la calidad son extensas se limita a señalar algunos puntos no considerados hasta el momento y que resultan de suma utilidad, resaltando a lo propuesto como mapa de carreteras para la planificación de la calidad

Consiste en desarrollar los productos y procesos necesarios para satisfacer las necesidades de los clientes y pueden ser consideradas dentro del siguiente grupo de actividades:

- Identificar quienes son los clientes.
- Determinar las necesidades de esos clientes.
- Traducir esas necesidades a nuestro lenguaje.

- Optimizar las características del producto de manera que satisfaga nuestras necesidades, así como la de los clientes.
- Desarrollar un proceso que sea capaz de producir el producto.
- Optimizar el proceso.
- Demostrar que el proceso puede producir el producto bajo las condiciones operativas.
- Transferir el proceso a las fuerzas operativas. (Juran, 1990)

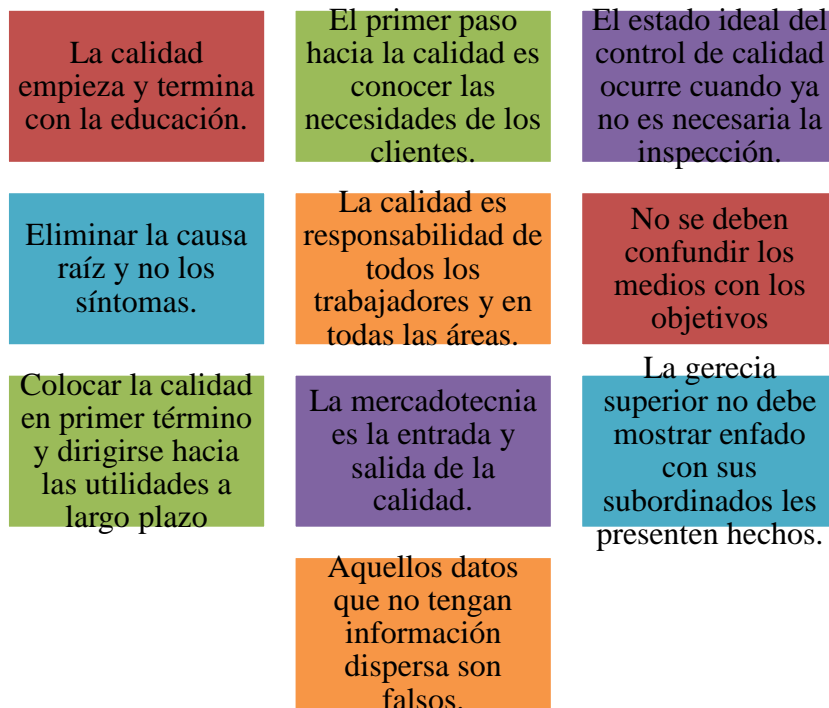
Filosofía de Kaoru Ishikawa, personaje importante que recibió el primer premio Deming en septiembre de 1951 en Osaka Japón, a quien se debe el control total de la calidad, bajo su filosofía (significa que hacemos lo que debemos hacer), teoría aceptada por un gran número de empresas.

El control de calidad consiste en el desarrollo, producción y comercialización y prestación de servicios con una eficiencia del costo y una utilidad óptimas, y que los clientes comprarán con satisfacción.

Para alcanzar estos fines, todas las partes de una empresa (alta dirección, oficina central, fábricas y departamentos individuales tales como la producción, diseño técnico, investigación, planificación, investigación de mercado, administración, contabilidad, materiales, almacenes, ventas, servicio, personal, relaciones laborales y asuntos generales) tienen que trabajar juntos. Todos los departamentos de la empresa tienen que empeñarse en crear sistemas que faciliten la cooperación y en preparar y poner en práctica fielmente las normas internas. Esto sólo puede alcanzarse por medio del uso masivo de diversas técnicas tales como métodos estadísticos y técnicos, las normas y reglamentos, los métodos computarizados, el control automático, el control de instalaciones, el control de medidas, la investigación operativa, la ingeniería industrial y la investigación de mercado. (Ishikawa, 2003)

Se exponen los principios de Control Total de Calidad propuestos Ishikawa en el siguiente gráfico.

Gráfico 4 Principios de Control Total de Calidad



Fuente: El control total de calidad. La modalidad japonesa (Ishikawa, 2003)

La filosofía de Ishikawa fue durante muchos años el camino a seguir por las organizaciones, principalmente en las tres últimas décadas, otro de sus méritos de lograr que mundialmente se utilicen las herramientas estadísticas básicas en los procesos de mejora continua desde los niveles operativos hasta los niveles gerenciales.

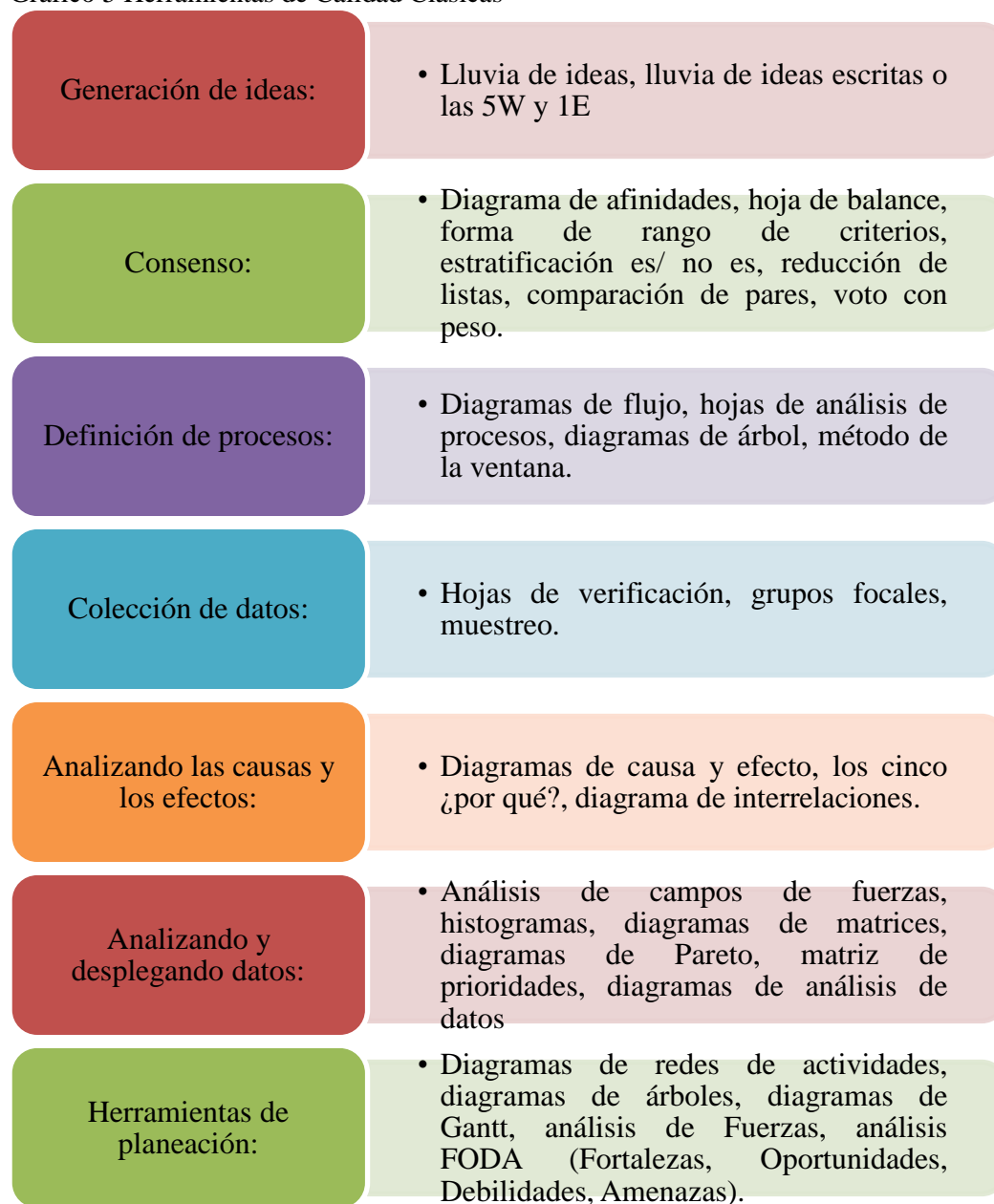
Ishikawa plantea las 7 herramientas de la Calidad clásicas para que las organizaciones puedan administrar eficientemente enfocada a la utilización de técnicas estadísticas e indicadores para analizar la situación de la empresa, de tal manera que se extraigan información para el mejoramiento continuo.

Las denominadas 7 herramientas clásicas para el control de la calidad (7 Quality Control Tools, 7QC) constituyen un conjunto de instrumentos para la recopilación sistemática de datos y el análisis de resultados. Las 7 herramientas clásicas de la calidad son las siguientes: diagrama de flujo, diagrama de causa-efecto, histograma, análisis de Pareto, gráficos de control, diagrama de dispersión o de correlación y las hojas de control o de recogida de datos. (Miranda, Chamorro, & Rubio, 2012)

Las Herramientas de Calidad, se enfocan en los siguientes elementos que conlleven a la mejora continua y Calidad Total, en aspectos como la generación de ideas, consenso, definición de procesos, colección de datos, análisis de causas y los efectos, análisis y despliegue

datos y herramientas de planeación, a continuación, se esquematiza las herramientas con los aspectos de calidad.

Gráfico 5 Herramientas de Calidad Clásicas



Fuente:Herramientas de calidad clásica (Figuroa, 2015)

Se profundiza respecto a las 7 Herramientas de la Calidad descritas a continuación al ser la base de la investigación para la realización de la propuesta.

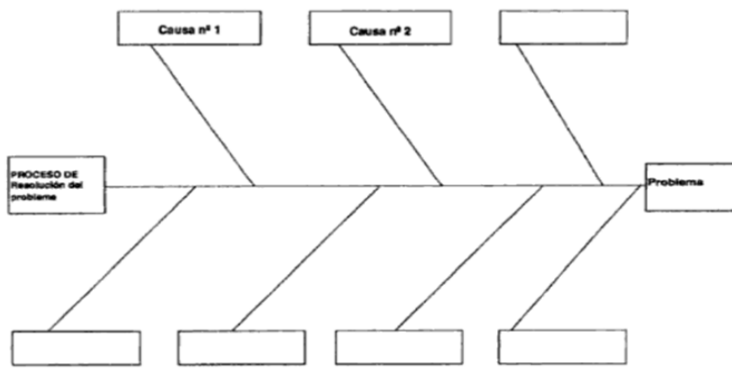
Primera herramienta: Diagrama de Causa y Efecto

A esta herramienta es conocida también como Diagrama de Espina de Pescado o espina de pescado Ishikawa por su forma, consiste en una representación gráfica que permite visualizar las causas en un determinado problema, convirtiéndole en una herramienta de la

Gestión de la Calidad ampliamente utilizada, para la toma de decisiones al abordar las bases que determinan un desempeño deficiente.

Es una representación gráfica compuesta de líneas y símbolos que tiene por objeto representar una relación una relación entre un efecto y sus causas. Estos diagramas han sido creados para describir un conjunto de factores concretos. Es posible que para cada efecto existan muchas causas interrelacionadas. Los diagramas causa-efecto tienen por objeto describir esta situación compleja para que se pueda comprender mejor y, en consecuencia, identificar las causas responsables del defecto en el producto considerado, a fin de que se puedan aplicar las acciones correctivas necesarias. (Rey, 2014)

Gráfico 6 Diagrama de Causa y Efecto



Fuente: Técnicas de Resolución de Problemas (Rey, 2014)

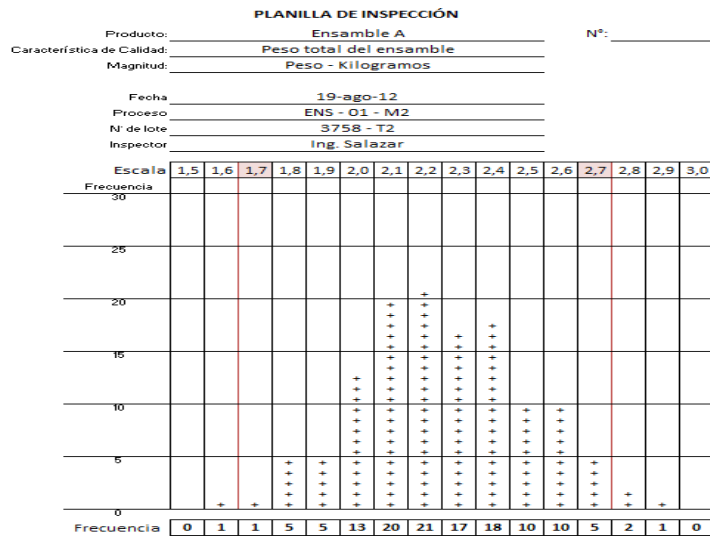
Segunda herramienta: Planillas de Inspección

Consiste en una hoja de registro, también llamada hoja de chequeo y hoja de control es un formato generalmente impreso utilizado para recolectar datos por medio de la observación de una situación o proceso específico.

Es una recolección de datos u hoja de registro para reunir y clasificar las informaciones según determinadas categorías de un evento o problema que se desee estudiar. Es importante recalcar que este instrumento se utiliza tanto para la identificación y análisis de problemas como de causas. (Consultora Ingenio Empresa , 2019)

El diseño de la planilla de inspección está orientado para que su recolección permita generar posteriormente un análisis estadístico, ya que contiene una escala en la que no se registra números si no se realiza marcaciones.

Gráfico 7 Planilla de Inspección

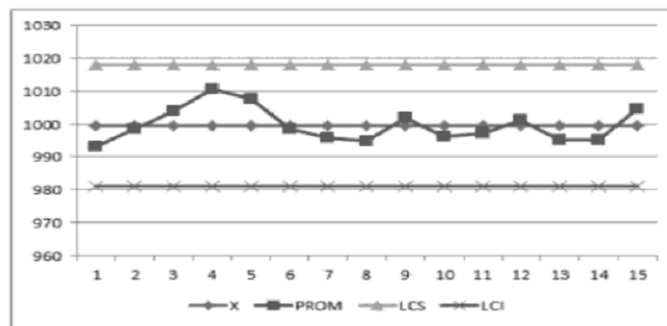


Fuente: Técnicas de Resolución de Problemas (Rey, 2014)

Tercera herramienta: Gráficos de Control

Según, (López, 2016) “Son gráficos utilizados para controlar y mejorar un proceso mediante el análisis de su variación en el tiempo. Permiten establecer límites de control del proceso que permiten identificar cuando el proceso está controlado”.

Gráfico 8 Gráficas de Control



Fuente: Herramientas para la mejora de la calidad (López, 2016)

Como se aprecia en la figura, esta herramienta permite el control del proceso en forma visual, dentro de los límites de control (LCS: Límite de control superior y LCI: Límite de control inferior).





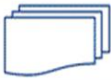


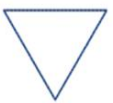


Cuarta herramienta: Diagrama de flujo

Es un modelo de representar gráficamente flujos o procesos, es decir, representar la secuencia de pasos que se realizan para obtener un determinado resultado, así como las relaciones entre las diferentes actividades que lo componen a través de un conjunto de símbolos. El diagrama de flujo tiene como finalidad ordenar los procesos y puede ser utilizado individualmente,

aunque resulta más eficaz si se emplea de manera conjunta con alguna otra herramienta de la calidad. El diagrama de flujo permite entender el proceso en conjunto, sus problemas y los puntos críticos. (Miranda, Chamorro, & Rubio, 2012)

Esta herramienta permite describir las actividades que componen el proceso, utilizado para documentar, analizar, planificar y comunicar procesos que suelen ser complejos, mediante diagramas claros y fáciles de comprender, para la diagramación se recurre a la normativa ANSI, que emplea rectángulos, óvalos, diamantes y otras figuras conectadas con flechas que establecen el flujo y la secuencia.

Gráfico 9 Símbolos del diagrama de flujo

SÍMBOLO	SIGNIFICADO	SÍMBOLO	SIGNIFICADO
	Terminal: Indica el inicio o la terminación del flujo del proceso.		Actividad: Representa la actividad llevada a cabo en el proceso.
	Decisión: Señala un punto en el flujo donde se produce una bifurcación del tipo "Sí" – "No".		Documento: Documento utilizado en el proceso.
	Multidocumento: Refiere un conjunto de documentos. Por ejemplo, un expediente.		Inspección / Firma: Aplicado en aquellas acciones que requieren de supervisión.
	Conector de un Proceso: Conexión o enlace con otro proceso, en el que continúa el diagrama de flujo. Por ejemplo, un subproceso.		Archivo: Se utiliza para reflejar la acción de archivo de un documento o expediente.
	Base de Datos: Empleado para representar la grabación de datos.		Línea de Flujo: Indica el sentido del flujo del proceso.

Fuente: Diagrama de Flujo de Proceso (Aiteco Consultores, 2015)

Sin embargo, es importante resaltar conceptos como la cadena de valor, proceso y procedimiento.

Cadena de valor

También la dirección de la secretaria de salud indica que es "herramienta de gestión diseñada para el análisis organizacional mediante la identificación y desagregación de sus principales actividades generadoras de valor, involucrando los procesos de diseño, producción, promoción, venta y distribución del producto o servicio". (México, Secretaría de Salud, 2012)

Proceso

“Proceso es un conjunto o encadenamiento de fenómenos, asociados al ser humano o a la naturaleza, que se desarrollan en un periodo de tiempo finito o infinito y cuyas fases sucesivas suelen conducir hacia un fin específico” (Perez, 2012).

Procedimiento

“El término procedimientos corresponde al plural de la palabra procedimiento, en tanto, un procedimiento es el modo de proceder o el método que se implementa para llevar a cabo ciertas cosas, tareas o ejecutar determinadas acciones” (Perez, 2012).

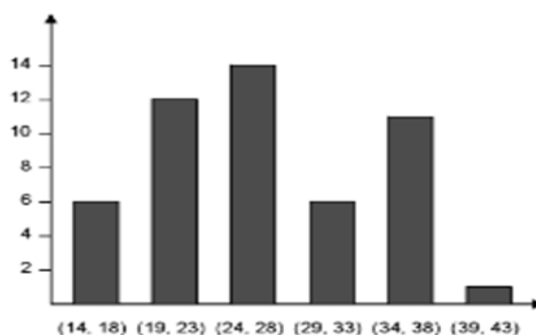
Quinta herramienta: Histograma

El histograma es una herramienta de calidad que permite representar gráficamente los datos obtenidos en una investigación, que permite analizar la dispersión de los datos.

Los histogramas son probablemente una de las herramientas gráficas más utilizadas en el mundo para mostrar cómo se distribuye un conjunto de datos concreto. Se aplica en todos los sectores empresariales y para todo tipo de actividades, desde presentaciones comerciales hasta grupos de mejora.

Consiste en un grupo de gráficos de barras verticales, en la que cada barra muestra la cantidad de datos que corresponde a una categoría concreta. Junto con el gráfico de control, es una herramienta que permite visualizar los datos obtenidos mediante hojas de control y realizar un primer análisis sobre el comportamiento del proceso que se está siguiendo. (López, 2016)

Gráfico 10 Histograma



Fuente: Técnicas de Resolución de Problemas (Rey, 2014)

Sexta herramienta: Diagrama de Pareto

El análisis de Pareto es una herramienta muy utilizada para la resolución de problemas, esta se basa en una metodología gráfica que tiene por objetivo identificar rápidamente donde

se concentran pequeños datos para concentrarse en estos, permitiendo identificar las prioridades que deben ser abordadas.

El diagrama de Pareto es un método de análisis que permite discriminar entre las causas más importantes de un problema y las menos importantes. Se fundamenta en la teoría de que las causas de los problemas se pueden clasificar de dos formas: las importantes (las menos frecuentes) y las triviales (las más frecuentes). Está basado en el Principio de Pareto, según el cual el 80% de los defectos están originados por un 20% de causas. (López, 2016).

Gráfico 11 Diagrama de Pareto



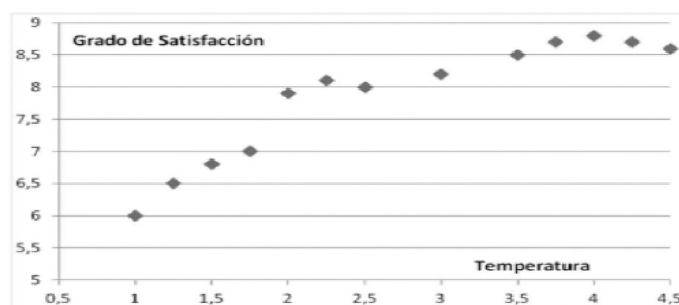
Fuente: Herramientas para la mejora de la calidad (López, 2016)

Séptima herramienta: Diagrama de dispersión

De acuerdo con (López, 2016):

Esta herramienta permite identificar la posible relación entre dos variables, por ejemplo, cuando el aumento de una de las variables supone que la otra crezca proporcionalmente o viceversa, cuando el aumento de una variable hace que la otra disminuya siguiendo una relación. Esta relación entre variables se denomina correlación.

Gráfico 12 Diagrama de Pareto



Fuente: Herramientas para la mejora de la calidad (López, 2016)

Marco Metodológico

Filosofía o Modalidad de Estudio

Según Pérez, Julián y Merino, María menciona:

La reflexión metódica que refleja la articulación del conocimiento y los límites de la existencia y de los modos de ser se denomina filosofía. El término, de origen griego, se compone de dos vocablos: philos (“amor”) y sophia (“pensamiento, sabiduría, conocimiento”). Por lo tanto, la filosofía es el “amor por el conocimiento”. (Pérez Porto & Merino, 2013)

Es aplicada la filosofía ya que es la forma de interpretar el porqué del trabajo de investigación, en este sentido se emplea los conocimientos relacionados para la aplicación de las herramientas de la calidad para el control y la mejora continua de la Clínica San Francisco del cantón Rumiñahui.

Pospositivismo

Para César Bernal en su libro de metodología enuncia que; “Positivismo científico: es una corriente o escuela epistemológica que tiene como características firmar que hay un solo método de investigación aplicable en todas las ciencias. La explicación científica ha de tener la misma forma en cualquier ciencia” (Bernal, 2016).

El presente trabajo de investigación es analizado es de carácter propositivista ya que demuestra y propone la solución.

Criticista

La presente investigación es criticista ya que señala el funcionamiento en lo referente de servicio y por ende del sistema de calidad de la clínica San Francisco. Por lo tanto, se dice que este trabajo de ámbito crítico propositivo, al cuestionar y proponer la solución a los problemas detectados en la investigación.

Enfoque de la Investigación

La investigación es de enfoque cuantitativo ya que se trabaja con la estadística inferencial, es un estudio que generaliza el resultado.

Monje Álvarez en su estudio nos dice que “a través de cuantificar y medir una serie de repeticiones, es que se llega a formular las tendencias, a plantear nuevas hipótesis y a construir las teorías; todo fundamentalmente”. (Monje, 2011)

Método de investigación

Según Ramos Chagoya en su investigación argumenta:

Los métodos por usar para la apertura del centro de preparación para el parto en la ciudad de Quito se detallan a continuación: El término metodología está compuesto del vocablo método y el sustantivo griego logos que significa juicio, estudio. Metodología se puede definir como la descripción, el análisis y la valoración crítica de los métodos de investigación.

La metodología es el instrumento que enlaza el sujeto con el objeto de la investigación, sin la metodología es casi imposible llegar a la lógica que conduce al conocimiento científico. (Ramos, 2008)

La investigación presentada debe contener un método de investigación científica que cumpla las características del paradigma positivista y del enfoque cuantitativo, seleccionado el método deductivo.

El papel de la deducción en la investigación primero consiste en encontrar principios desconocidos, a partir de los conocidos. Una ley o principio puede reducirse a otra más general que la incluya. Si un cuerpo cae decimos que pesa porque es un caso particular de la gravitación. También sirve para descubrir consecuencias desconocidas, de principios conocidos. (Ramos, 2008)

El estudio va de lo particular a lo general se trabaja con un árbol de problemas que ayuda a la descripción del problema desde lo general que son sus causas y los efectos las particularidades, así también en lo referente a los antecedentes de investigación son generalidades que ayudan a la investigación como consejos a seguir o tomar en cuenta.

Tipos de investigación científica

Según Robles;

Los tipos de investigación científica principales se pueden clasificar según distintos criterios: el objetivo de la investigación, el tipo de datos empleados, el conocimiento que se tiene del objeto de estudio, el grado de manipulación de variables o según la rama de la ciencia. La investigación comprende cualquier trabajo creativo realizado con bases sistemáticas para mejorar el conocimiento, incluyendo el conocimiento de los humanos, la cultura y la sociedad; esta información luego puede ser utilizada en nuevas aplicaciones. (Robles, 2018)

El presente proyecto utiliza el tipo de investigación descriptiva, exploratoria y correlacional, puesto que se trabaja una descripción con estadística descriptiva.

La investigación descriptiva su preocupación primordial radica en describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento. De esta forma se pueden obtener las notas que caracterizan a la realidad estudiada.

La investigación exploratoria este tipo de investigación se realiza especialmente cuando el tema elegido ha sido poco explorado y reconocido, y cuando aún sobre él es difícil formular hipótesis precisas o de cierta generalidad. Suelen surgir también cuando aparece un nuevo fenómeno, que precisamente por su novedad, no admite todavía una descripción sistemática, o cuando los recursos que dispone el investigador resultan insuficientes como para emprender un trabajo más profundo. (Ramos, 2008)

La investigación es exploratoria ya que la investigación se genera en un campo amplio, se cuenta con datos exploratorios.

La investigación correlacional es un tipo de investigación no experimental en la que los investigadores miden dos variables y establecen una relación estadística entre las mismas (correlación), sin necesidad de incluir variables externas para llegar a conclusiones relevantes. Se define el término correlación como la relación entre dos variables. El propósito principal de utilizar correlaciones en el ámbito investigativo es averiguar qué variables se encuentran conectadas entre sí. De esta manera, se entiende científicamente un evento específico como una variable. (Mejia, 2017).

Se utiliza el método correlacional al resolver las causas y efectos planteados en la investigación.

Población y muestra

La población está compuesta por el personal que trabaja en la empresa en sus diferentes áreas la misma que la componen por 39 personas, como también por las personas que tienen una historia clínica en la misma que corresponde a la muestra de pacientes 4.883 personas según la información en archivos de admisiones en el año 2018, y los familiares que suelen acompañar a los mismos correspondiente también a 4.883 personas que esto contempla un familiar por paciente, de estas dos poblaciones últimas se tiene que obtener una muestra representativa considerando lo siguiente:

- Nivel de confianza mide la calidad del diseño de la muestra (95%)
- El error mide la calidad de los datos 5%.
- P variable tipo tónica 0,5
- Q valor de 1-0,5

- K corresponde al valor estadístico 1,96
- N es el total de la población (4.883 personas con historia clínica y 4.883 parientes)

Tabla 4 Muestra seleccionada

k=	1,96
P=	0,5
Q=	0,5
N=	4.883
E=	5,00%

Los cálculos para obtener la muestra se presentan a continuación:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 4.883}{0,05^2 (4.883 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = \frac{4.689,63}{13,16}$$

$$n = 356,21$$

Por lo tanto, se establece realizar la encuesta para los familiares de los pacientes a una cantidad de 356 personas y la misma cantidad a los pacientes de la clínica.

Recolección de datos

La recolección de datos se basa en las fuentes primarias y fuentes secundarias, las primeras consisten en la información que se obtiene a través de las encuestas que se aplican a la población y las fuentes secundarias corresponden a la fuentes bibliográficas y entidades públicas y privadas como: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Instituto de Censos y Estadísticas del Ecuador, Universidad Metropolitana del Ecuador, Diario El Comercio, entre otros.

Procesamiento de datos

Para el procesamiento de datos se utiliza el programa operativo Excel con el cual se puede tabular la información obtenida de las encuestas y también se puede aplicar algunas de las herramientas de calidad.

Instrumentos de investigación

El instrumento de investigación que se utiliza es un cuestionario denominado encuestas, con el cual se pueda identificar la percepción de los clientes (pacientes), visitantes (familiares de los pacientes) y colaboradores sobre la calidad del servicio ofertado por la Clínica San Francisco, el formato se encuentra en el Anexo 1 respectivamente.

Validación del Instrumento

Para validar los instrumentos de investigación se hace necesario aplicar el método del coeficiente de alfa de crombrach, el cual consiste en entregar los cuestionarios de las encuestas a 6 expertos para que puedan ser valorados mediante una calificación de 1 a 5, se ha escogido los siguientes expertos.

Tabla 5 Expertes para la validación

N.	Detalle Expertos	Nombre del experto
1	Experto 1: Docente UMET	Eco. Eduardo Sotomayor
2	Experto 2: Docente UMET Ing. en Gestión Empresarial	Ing. Diego Rubio
3	Experto 3: director médico	Dr. Armin Pazmiño.
4	Experto 4: Administrador del hospital	Ing. Esthela Pazmiño.
5	Experto 5: Gerente general del hospital	Dra. Libia Esthela Martínez.
6	Experto 6: Inspectora de salud	Lic. Hortensia Ávila

Se aplica la siguiente fórmula para obtener el porcentaje de validación considerando que al ser superior al 70% las preguntas son aceptadas y pueden ser aplicadas.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

k: Es el número de ítems.

$\sum S_i^2$ Sumatoria de varianzas de los ítems.

S_T^2 Varianza de la suma de los ítems

α

Coefficiente de Alfa de cronbach

Tabla 6 Validación cuestionario aplicado a familiares de los pacientes

No. De Expertos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i
1	4	4	5	3	4	3	4	5	4	4
2	3	3	4	3	4	5	4	4	3	3
3	5	4	3	3	4	4	4	4	4	4
4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	4
5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5
6	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3
$\sum X_i$	22	21	23	21	23	22	22	24	22	23
$\sum X_i^2$	84	75	93	75	89	84	82	98	82	91
S_i^2	0,7	0,3	1,0	0,3	0,2	0,7	0,3	0,4	0,3	0,6
$\sum S_i^2$	4,567									
	14,167									
K	10									
a	0,753	75,29%	Validación OK							

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SUMA ITEMS	
X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i	X_i^2
16	16	25	9	16	9	16	25	16	16	40	1.600
9	9	16	9	16	25	16	16	9	9	36	1.296
25	16	9	9	16	16	16	16	16	16	39	1.521
9	9	9	16	9	9	9	16	9	16	33	1.089
16	16	25	16	16	16	16	16	16	25	42	1.764
9	9	9	16	16	9	9	9	16	9	33	1.089
										223	8.359
										14,17	

Tabla 7 Validación cuestionario aplicado a pacientes

No. De Expertos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i
1	4	4	5	3	4	3	4	5	4	4
2	3	3	4	3	4	5	4	4	3	4
3	5	4	3	3	4	4	4	4	4	4
4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	4
5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5
6	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3
$\sum X_i$	22	21	23	21	23	22	22	24	22	24
$\sum X_i^2$	84	75	93	75	89	84	82	98	82	98
S_i^2	0,7	0,3	1,0	0,3	0,2	0,7	0,3	0,4	0,3	0,4
$\sum S_i^2$	4,400									
	13,867									
K	10									
a	0,759		75,85%		Validación OK					

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SUMA ITEMS		
X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i	X_i^2
16	16	25	9	16	9	16	25	16	16	40	1.600	
9	9	16	9	16	25	16	16	9	16	37	1.369	
25	16	9	9	16	16	16	16	16	16	39	1.521	
9	9	9	16	9	9	9	16	9	16	33	1.089	
16	16	25	16	16	16	16	16	16	25	42	1.764	
9	9	9	16	16	9	9	9	16	9	33	1.089	
										224	8.432	
												13,87

Tabla 8 Validación cuestionario aplicado a colaboradores

No. De Expertos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i	X_i
1	4	4	5	3	4	3	4	5	4	4	3
2	3	3	4	3	4	5	4	4	3	4	5
3	5	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4
4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	4	3
5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4
6	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3
$\sum X_i$	22	21	23	21	23	22	22	24	22	24	22
$\sum X_i^2$	84	75	93	75	89	84	82	98	82	98	84
S_i^2	0,7	0,3	1,0	0,3	0,2	0,7	0,3	0,4	0,3	0,4	0,7
$\sum S_i^2$	5,067										
	16,800										
K	11										
a	0,768		76,83%	Validación OK							

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	SUMA ITEMS	
X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i^2	X_i	X_i^2
16	16	25	9	16	9	16	25	16	16	9	43	1.849
9	9	16	9	16	25	16	16	9	16	25	42	1.764
25	16	9	9	16	16	16	16	16	16	16	43	1.849
9	9	9	16	9	9	9	16	9	16	9	36	1.296
16	16	25	16	16	16	16	16	16	25	16	46	2.116
9	9	9	16	16	9	9	9	16	9	9	36	1.296
											246	10.170
												16,80

CAPÍTULO I

1. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA

En el diagnóstico se describe los antecedentes de la empresa, que permite tener una visión general respecto a los servicios que ofrece en el sector de cobertura, de esta manera se pueda determinar aspectos donde se deba realizar un mejoramiento y aplicar las herramientas de calidad.

1.1 Análisis de la visión, misión, principios y valores

Se realiza un análisis para conocer la filosofía de trabajo, y entender los ejes estratégicos que desea la clínica con el fin de determinar si está o no cumpliendo con lo deseado cómo empresa.

Tabla 9 Visión

ELEMENTOS	DESCRIPCIÓN
Qué y quienes somos	Somos una clínica conformada por profesionales con amplios conocimientos y experiencia
Base filosófica	(Takecare of health) Cuidar la salud humana Trabajando en equipo enfocándose hacia la prevención de enfermedades y atendiendo servicios de emergencias
Finalidad o propósito	Brindar servicios en el cuidado de la salud humana
Principios y valores	Seguridad, responsabilidad, confianza, respeto, adaptabilidad
Ámbitos de acción	Medicina, Salud
VISIÓN: Ser una entidad que se enfoque hacia la atención y cuidado de la salud humana cumpliendo altos estándares de calidad nacionales e internacionales conformada por profesionales con amplios conocimientos y experiencia garantizando seguridad, confianza, hacia a sus pacientes y a la sociedad para el 2020.	

Fuente: (Clínica San Francisco, 2019)

Tabla 10 Misión

ELEMENTOS	DESCRIPCIÓN
Qué y quienes somos	Somos una entidad de salud que se conforma por profesionales con altos conocimientos y experiencia
Qué hacemos (BB y SS)	Se brinda servicios de atención en el cuidado de la salud y servicios de emergencias
Para que necesidades	Necesidades físicas en el cuidado de la salud
Con que insumos y tecnología	Herramientas, instrumentos y equipos con tecnología de punta
Para que grupos sociales	Personas que se interesen en el cuidado de su salud y el de su familia a un costo moderado
MISIÓN: Somos una entidad que brinda servicios de atención el cuidado de la salud y de emergencias conformada por profesionales con altos conocimientos y experiencia utilizando equipos de la más alta tecnología priorizando un servicio de calidad hacia usted.	

Fuente: (Clínica San Francisco, 2019)

Entre los principales principios que se han considerado para la Clínica de Emergencias San Francisco se encuentran:

- Trabajo en equipo
- Calidad del servicio
- Honestidad
- Innovación
- Responsabilidad

Cada uno de ellos mantiene una clara relación con los socios y trabajadores de la entidad, así como además con los clientes, proveedores, gobierno y sociedad.

Tabla 11 Grupos y principios de trabajo clientes, proveedores, gobierno y sociedad

Principios	Grupos	Socios	Trabajadores	Cliente	Proveedores	Gobierno	Sociedad
Trabajo en equipo			X	X	X	X	
Calidad del servicio			X		X		
Honestidad		X	X	X	X	X	X

Innovación		x	x	x	x	X
Responsabilidad	x	x	x	x	x	X

Fuente: (Clínica San Francisco, 2019)

Los valores corporativos son cualidades que se desea implementar al interior de la organización hacia el cumplimiento de sus trabajadores, entre los cuales se encuentran:

- Profesionalismo
- Compromiso
- Seguridad
- Confianza
- Equidad

Los principales grupos que intervienen en los grupos operativos se encuentran los socios, trabajadores, clientes, proveedores gobierno y sociedad.

Tabla 12 Grupos y principios operativos de socios, trabajadores, clientes, proveedores gobierno y sociedad

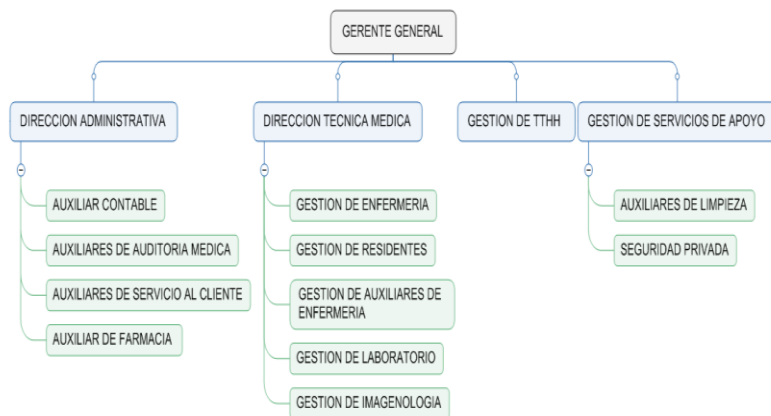
Grupos	Socios	Trabajadores	Cliente	Proveedores	Gobierno	Sociedad
Principios						
Profesionalismo	x	x		x		
Compromiso	x	x	x	x	x	x
Seguridad	x	x		x	x	
Confianza		x		x	x	x
Equidad	x	x	x	x	x	x

Fuente: (Clínica San Francisco, 2019)

1.2 Organigrama Clínica Emergencias San Francisco

La Clínica de Emergencias San Francisco, se encuentra organizada mediante el siguiente organigrama donde se puede evidenciar los departamentos que conforman la entidad de salud.

Gráfico 13 Organigrama Estructural

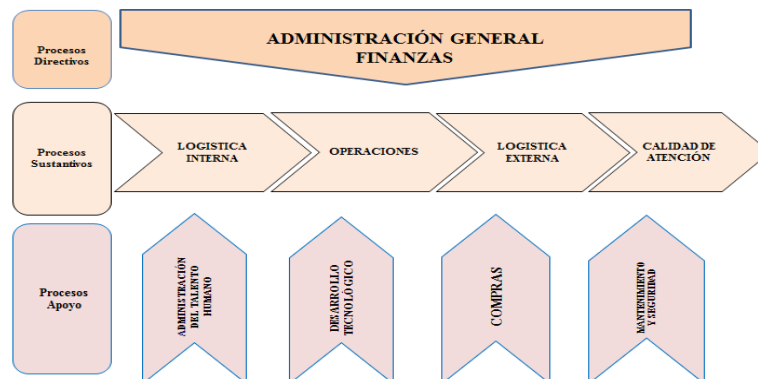


Fuente: (Clínica San Francisco, 2019)

Cadena de Valor

Los procesos conformados en la Clínica de Emergencias San Francisco, se presenta en la cadena de valor, donde se aprecia los procesos generadores de valor, los procesos directivos y los procesos de apoyo.

Gráfico 14 Cadena de Valor



Fuente: (Clínica San Francisco, 2019)

1.3 El mercado

1.3.1 Segmentación

Para conocer el mercado que ofrece sus servicios la Clínica de Emergencias San Francisco se realiza la segmentación en base a las variables geográfica, demográfica y conductual, como se presenta a continuación.

Tabla 13 Segmentos de Mercado Meta

Factor de segmentación	Elección
Geográfica	Ecuador Pichincha Quito
Demográfica	<i>Género:</i> Hombre y mujeres <i>Característica:</i> pacientes, familiares de los pacientes y colaboradores de la clínica San Francisco del Valle de los Chillos. <i>Edad:</i> 18 en adelante <i>Estado económico:</i> Población económicamente activa <i>Situación laboral:</i> indistinta <i>Situación educativa:</i> Indistinta <i>Estado civil:</i> indistinto
Conductual	Pacientes, familiares de los pacientes y colaboradores de la Clínica San Francisco.

1.3.2 Aplicación de la encuesta

Se aplican tres encuestas enfocadas a las personas que se encuentran en contacto con la clínica, la primera a pacientes de la clínica, la segunda a familiares y la tercera al personal de clínica, con lo cual se efectúa el diagnóstico de la clínica para enfocar las falencias de mayor importancia y la aplicación de las herramientas de calidad.

1.3.3 Análisis de los resultados de la encuesta

Para la tabulación de los resultados se lo realizan con el programa operativo Excel, con la que se presenta gráfica y analíticamente los porcentuales de los mismos, el resultado se muestra a continuación:

- Tabulación y Análisis Encuesta dirigida a los familiares de los pacientes

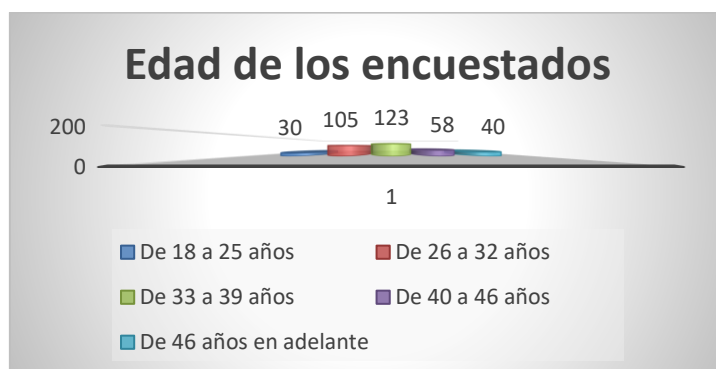
Edad

Tabla 14 Edad familiares de los pacientes

Edad		
RESPUESTA:		%
De 18 a 25 años	30	8

De 26 a 32 años	105	29
De 33 a 39 años	123	35
De 40 a 46 años	58	16
De 46 años en adelante	40	11
TOTAL	356	100

Gráfico 15 Edad de los encuestados familiares de los pacientes



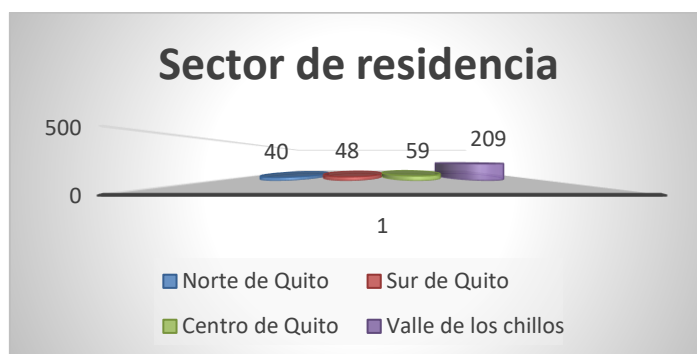
Para la aplicación de la encuesta a familiares, mediante observación se escogió a personas mayores de 18 años a quienes se acercó a aplicar la misma, de donde se puede apreciar que la edad de mayor frecuencia de los familiares de los pacientes se encuentra en la edad 33 a 39 años que indica un 35% de las personas encuestadas, seguido de un 29% las edades comprendidas de 26 a 32 años, el 16% la encierran personas de edad de 40 a 46 años, el 11% personas mayor de 46 años y el 8% personas de 18 a 25 años.

Sector de residencia

Tabla 15 Sector de residencia familiares de los pacientes

Sector de residencia		
RESPUESTA:		%
Norte de Quito	40	11
Sur de Quito	48	13
Centro de Quito	59	17
Valle de los chillos	209	59
TOTAL	356	100

Gráfico 16 Sector de residencia de los familiares de los pacientes



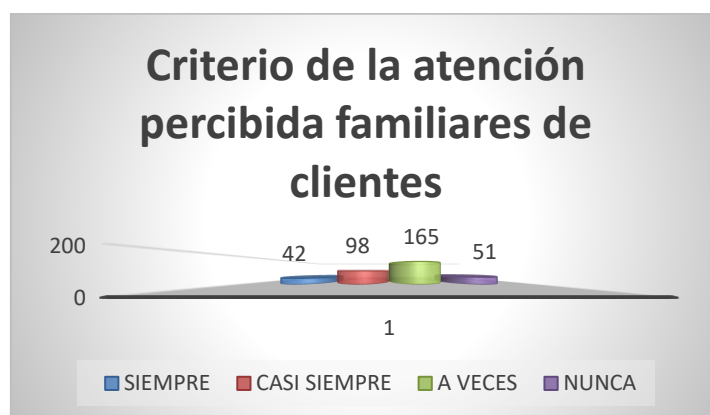
El sector de residencia de los familiares de los pacientes en su mayoría con un 59% la corresponden al Valle de los Chillos, debido a que la clínica se encuentra en este sector, el 17% la comprenden personas que vienen del centro de Quito, el 13% su residencia es en el Sur de Quito, el 11% en el norte de Quito.

1. ¿A su criterio la clínica San Francisco le ofrece una atención personalizada?

Tabla 16 Criterio de la atención percibida familiares de clientes

	RESPUESTA:	%
SIEMPRE	42	12%
CASI SIEMPRE	98	28%
A VECES	165	46%
NUNCA	51	14%
TOTAL	356	100%

Gráfico 17 Criterio de la atención percibida familiares de clientes



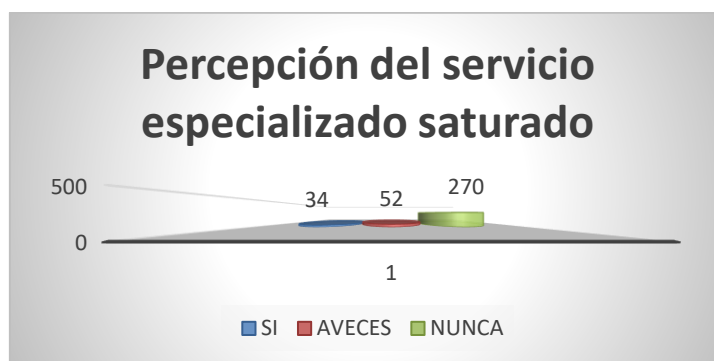
El 46% tienen a su criterio que a veces en la clínica se ofrece una atención personalizada, el 28% comentan que siempre se puede percibir una atención personalizada, el 14% da un criterio de casi siempre y el 12% manifiesta que nunca ha percibido una atención personalizada.

2. ¿A su criterio el servicio de salud en el área de especialización se encuentra saturado (es decir lleno)?

Tabla 17 Criterio saturación del servicio

	RESPUESTA:	%
SI	34	9%
AVECES	52	14%
NUNCA	270	77%
TOTAL	356	100%

Gráfico 18 Criterio de la atención percibida familiares de clientes



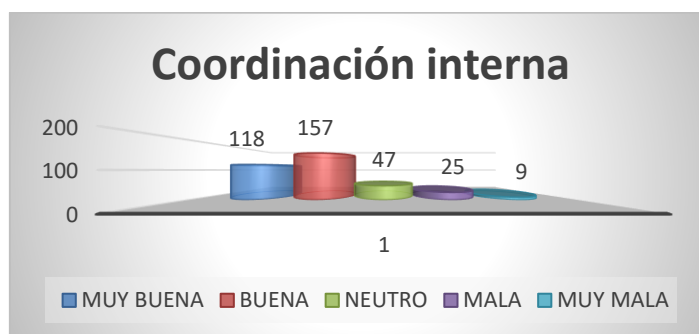
Respecto a la percepción acerca del servicio de atención en el área de especialización se aprecia que un 77% no encuentra una saturación, el 14% indica que a veces han visto un exceso de gente para esta derivación, y apenas el 9% indican que se ha tenido una saturación del servicio, a pesar de que el mayor porcentaje tiene una apreciación favorable es importante evitar un mal criterio de este aspecto

3. ¿Usted cree que la coordinación interna es?

Tabla 18 Coordinación interna criterio de familiares de los pacientes

	RESPUESTA:	%
MUY BUENA	118	33%
BUENA	157	44%
NEUTRO	47	13%
MALA	25	7%
MUY MALA	9	3%
TOTAL	356	100%

Gráfico 19 Coordinación interna criterio de familiares de los pacientes



La coordinación interna percibida por los familiares de los pacientes refleja que no hay inconvenientes ya que se tiene un 44% que la coordinación es buena, el 33% indica muy buena, el 13% tiene una apreciación neutral, para el 7% la coordinación es malo y el 3% la apreciación es de muy malo, se puede concluir que se están realizando adecuadamente las actividades de coordinación.

4. ¿Usted cree que la coordinación externa es?

Tabla 19 Coordinación externa criterio de familiares de los pacientes

	RESPUESTA:	%
MUY BUENA	26	7%
BUENA	50	14%
NEUTRO	128	36%
MALA	88	25%
MUY MALA	64	18%
TOTAL	356	100%

Gráfico 20 Coordinación externa criterio de familiares de los pacientes



Los familiares de los pacientes tienen una percepción neutral con respecto a la coordinación externa con 36% de neutralidad, para el 25% considera que la coordinación externa es mala, el 25% indica que es muy mala, el 14% su apreciación es buena y el 7% es

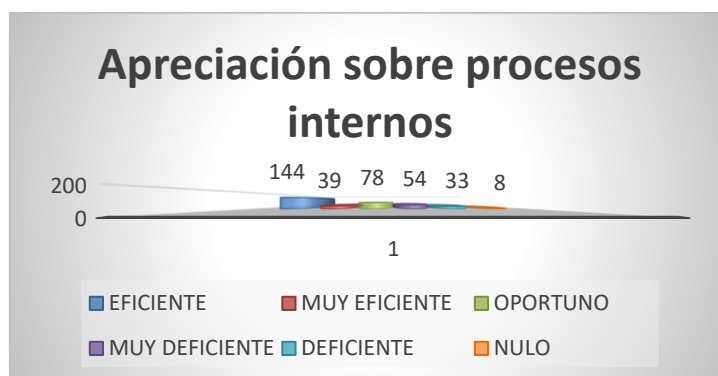
muy buena, se aprecia que en mayor porcentaje no es muy favorable para la clínica la imagen respecto a la coordinación externa.

5. ¿La funcionalidad de los procesos internos de la clínica son?

Tabla 20 Apreciación procesos internos criterio de los familiares de los pacientes

	RESPUESTA:	%
EFICIENTE	144	40%
MUY EFICIENTE	39	11%
OPORTUNO	78	22%
MUY DEFICIENTE	54	15%
DEFICIENTE	33	9%
NULO	8	2%
TOTAL	356	100%

Gráfico 21 Apreciación procesos internos criterio de los familiares de los pacientes



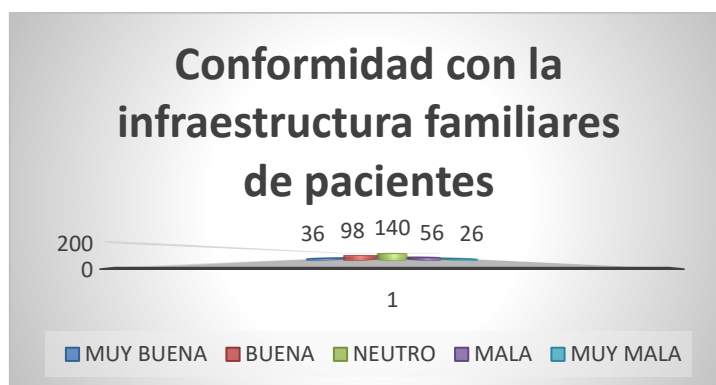
Los procesos internos de la empresa percibidos por los familiares son eficientes para un 40%, oportuno indican el 22%, sin embargo, un 15% comentan muy deficiente, pero para el 11% muy eficiente, el 9% mantienen que la funcionalidad es deficiente y el 2% no comentan nada, considerando el mayor porcentaje el escenario es favorable.

6. ¿Considera que la infraestructura de la clínica es?

Tabla 21 Conformidad con la infraestructura familiares pacientes

	RESPUESTA:	%
MUY BUENA	36	10%
BUENA	98	28%
NEUTRO	140	39%
MALA	56	16%
MUY MALA	26	7%
TOTAL	356	100%

Gráfico 22 Conformidad con la infraestructura familiar de pacientes



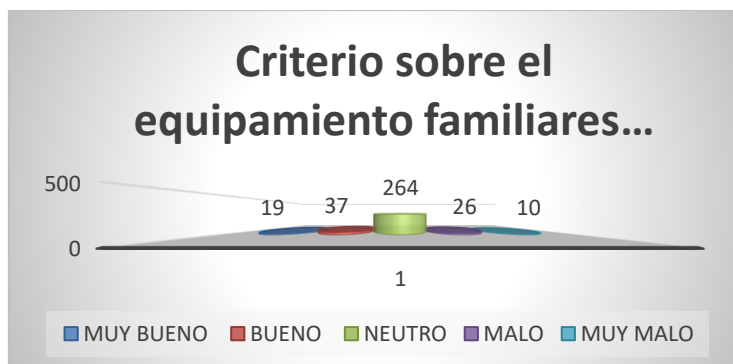
La apreciación de los familiares sobre la infraestructura en su mayor porcentaje en normal con un 39%, el 28% comentan que es buena y el 10% muy buena, sin embargo, existe un 16% de los familiares de los pacientes que su apreciación es mala y el 7% muy mala, aunque el porcentaje es pequeño, es necesario realizar acciones de mejora.

7. ¿Bajo su criterio el equipamiento de la clínica es?

Tabla 22 Criterio sobre el equipamiento familiares de pacientes

	RESPUESTA:	%
MUY BUENO	19	5%
BUENO	37	10%
NEUTRO	264	74%
MALO	26	7%
MUY MALO	10	3%
TOTAL	356	100%

Gráfico 23 Criterio sobre el equipamiento familiares de pacientes



El criterio de los familiares de los pacientes respecto al equipamiento es neutral en su mayoría con el 74%, el 10% lo consideran bueno, sin embargo, para el 7% el equipamiento es

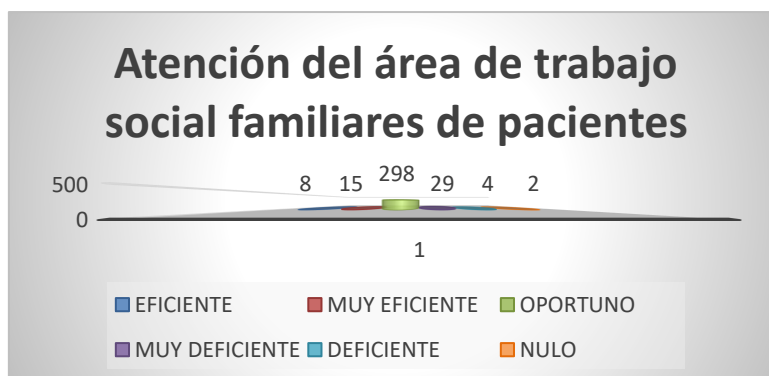
malo y para el 3%, el mayor porcentaje manifiestan que la clínica tiene un adecuado equipamiento.

8. ¿La atención del área de Trabajo Social es?

Tabla 23 Atención del área de trabajo social familiares de pacientes

	RESPUESTA:	%
EFICIENTE	8	2%
MUY EFICIENTE	15	4%
OPORTUNO	298	84%
MUY DEFICIENTE	29	8%
DEFICIENTE	4	1%
NULO	2	1%
TOTAL	356	100%

Gráfico 24 Atención del área de trabajo social familiares de pacientes



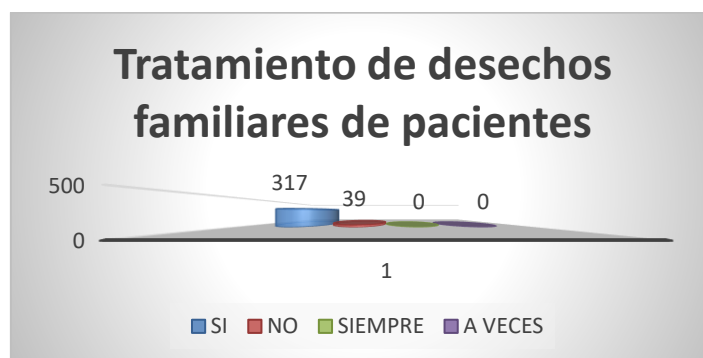
El 84% indican un trabajo oportuno por parte del departamento de trabajo social, a esto se suma el 4% que indican muy eficiente y el 2% eficiente, sin embargo, para el 8% el criterio es muy deficiente y el 1% deficiente. A pesar de que el porcentaje de poca aceptación respecto a la labor que realiza el área es necesario evaluar acciones que no se estén realizado correctamente.

9. ¿Durante su visita, los desechos generados fueron tratados de manera adecuada?

Tabla 24 Tratamiento de desechos desde el criterio de los familiares de pacientes

	RESPUESTA:	%
SI	317	89%
NO	39	11%
SIEMPRE	0	0%
A VECES	0	0%
TOTAL	356	100%

Gráfico 25 Tratamiento de desechos desde el criterio de los familiares de pacientes



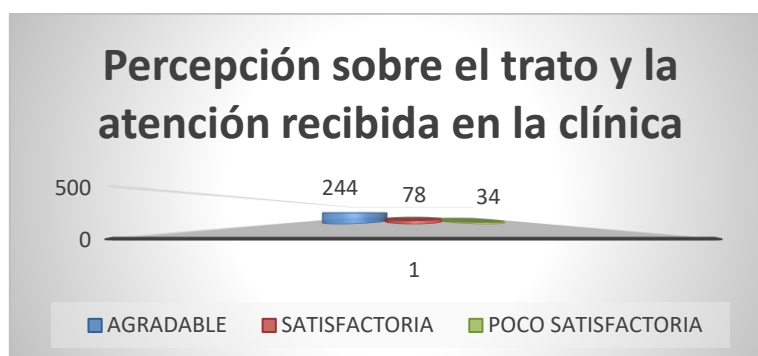
Para el 86% de los encuestados se considera que observaron que cuando visitaron las instalaciones de la clínica los desechos generados fueron tratados de manera adecuada, el 11% tiene un criterio contrario respecto al manejo de residuos.

10. Su percepción sobre el trato y la atención de manera general en su visita en la clínica fue:

Tabla 25 Percepción sobre el trato y la atención recibida en la clínica

	RESPUESTA:	%
AGRADABLE	244	69%
SATISFACTORIA	78	22%
POCO SATISFACTORIA	34	10%
TOTAL	356	100%

Gráfico 26 Percepción sobre el trato y la atención recibida en la clínica



El 69% indican que el trato y la atención es agradable, el 22% la califican como satisfactoria, sin embargo, el 10% es poco satisfactoria, al tener un porcentaje positivo, se puede apreciar un escenario favorable en cuanto a la imagen por parte de los familiares respecto a la clínica.

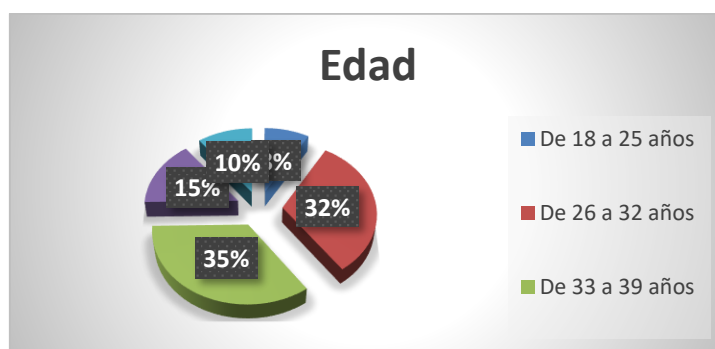
- Tabulación y Análisis Encuesta dirigida a los pacientes

Edad

Tabla 26 Edad de los encuestados de los pacientes

Edad		
RESPUESTA:		%
De 18 a 25 años	30	8%
De 26 a 32 años	113	32%
De 33 a 39 años	123	35%
De 40 a 46 años	53	15%
De 46 años en adelante	37	10%
TOTAL	356	100%

Gráfico 27 Edad de los encuestados de los pacientes



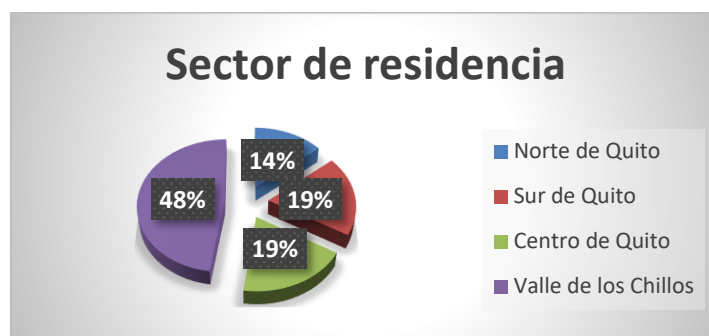
Se determina que el rango de edad con mayor frecuencia corresponde a 33 a 39 años que representa el 35%, seguido con un 32% pacientes de 26 años a 32 años, un 15% corresponden a personas de edades de 40 a 46 años, el 10% son pacientes de 46 años en adelante y el 8% a jóvenes de 18 a 25 años.

Sector de residencia

Tabla 27 Sector donde viven los pacientes

Sector de residencia		
RESPUESTA:		%
Norte de Quito	50	14%
Sur de Quito	69	19%
Centro de Quito	67	19%
Valle de los Chillos	170	48%
TOTAL	356	100%

Gráfico 28 Sector donde viven los pacientes



Se aprecia que el 48% de las personas que son pacientes de la clínica su lugar de residencia es el Valle de Chillos, el 19% son residentes de los sectores como el centro de Quito y el Sur de Quito y el 14% provienen del norte de la capital, esto indica que se tiene un mercado amplio a nivel del Distrito Metropolitano de Quito.

1. ¿Bajo su criterio existe una atención personalizada?

Tabla 28 Percepción de atención personalizada

	RESPUESTA:	%
SI	227	64%
NO	54	15%
DESCONOCE	46	13%
NO CONTESTA	29	8%
TOTAL	356	100%

Gráfico 29: Percepción de atención personalizada



Según el total de encuestados se considera que el 64% tienen una atención personalizada, considerando el beneficio de la exclusividad y la buena atención que se pretende dar en el sitio a trabajar, el 15% manifiesta que no es así, el 13% respondió que a veces, el 8% no contesta, se puede concluir que existe una atención personal hacia el paciente, pero es necesario mejorar este nivel.

2. ¿A su opinión el servicio especializado se encuentra saturado (es decir lleno)?

Tabla 29 Percepción del servicio especializado saturado

	RESPUESTA:	%
SI	39	11%
AVECES	137	38%
NUNCA	180	51%
TOTAL	356	100%

Gráfico 30 Percepción del servicio especializado saturado



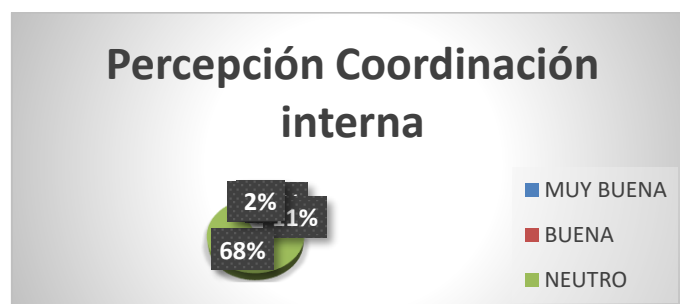
El 51% de los pacientes indican a su opinión nunca han visualizado una saturación en el servicio médico prestado en la clínica, el 38% manifiesta que a veces y para el 11% manifiestan que se tiene una saturación en el servicio. Esta pregunta es crucial para la investigación ya que la percepción del servicio especializado está bajo del rango adecuado.

3. ¿Según su criterio la coordinación interna es?

Tabla 30 Coordinación interna

	RESPUESTA:	%
MUY BUENA	51	14%
BUENA	38	11%
NEUTRO	241	68%
MALA	17	5%
MUY MALA	9	3%
TOTAL	356	100%

Gráfico 31 Coordinación interna



La coordinación interna se considera percibida por los encuestados enuncia que les es indiferente o neutral, lo que refleja que no es ni mala ni buena con el 68%, el 14% manifiesta que es muy buena, el 11% es buena, el 5% manifiesta que es mala y el 3% es muy mala. Se puede concluir que se tiene una coordinación interna satisfactoria por el criterio que tienen los pacientes.

4. ¿Usted cree que la coordinación externa es?

Tabla 31 Coordinación externa desde el punto de vista del paciente

	RESPUESTA:	%
MUY BUENA	12	3%
BUENA	56	16%
NEUTRO	288	81%
MALA	0	0%
MUY MALA	0	0%
TOTAL	356	100%

Gráfico 32 Coordinación externa desde el punto de vista del paciente



Los encuestados referente a la coordinación externa, no le ha afectado, por cuanto la respuesta ha sido neutral con el 81% de los considerados para la muestra, el 16% respondió que está en el rango de bueno y el 3% muy buena. Se concluye que poseen una coordinación externa aceptable como apreciación al paciente de la clínica.

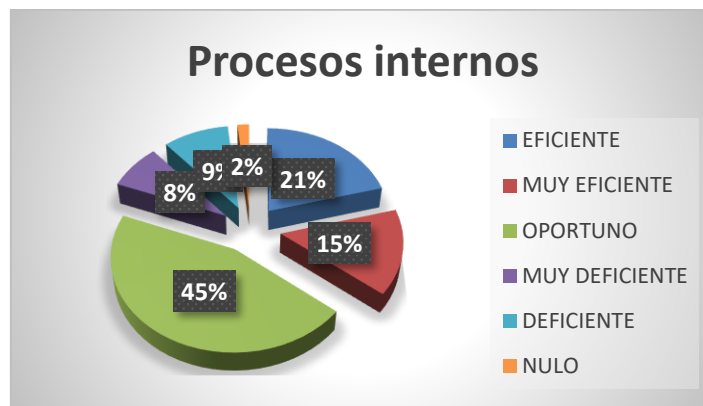
5. ¿La funcionalidad de los procesos internos de la clínica son?

Tabla 32 Procesos internos

	RESPUESTA:	%
EFICIENTE	74	21%
MUY EFICIENTE	53	15%
OPORTUNO	161	45%
MUY DEFICIENTE	28	8%

DEFICIENTE	34	10%
NULO	6	2%
TOTAL	356	100%

Gráfico 33 Procesos internos



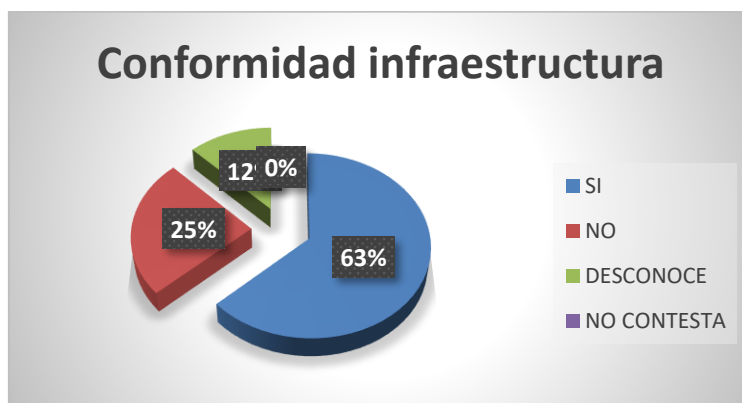
Para la funcionalidad de los procesos internos se considera oportuno para clientes encuestados con el 45% que aprecian que son oportunos los procesos, 21% manifiestan que es eficiente, el 15% indican muy eficiente, pero para el 10% se considera deficiente, y el 2% no manifiestan al respecto. Por lo que para una mejora en el servicio se debe poner atención en medir y evaluar los procedimientos que engloban en la clínica.

6. ¿Está conforme con la infraestructura de la Clínica?

Tabla 33 Conformidad de la infraestructura

	RESPUESTA:	%
SI	225	63%
NO	87	24%
DESCONOCE	44	12%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	356	100%

Gráfico 34 Conformidad de la infraestructura



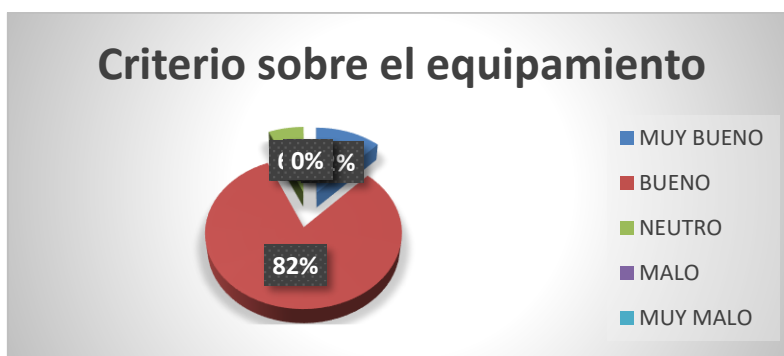
La conformidad de la infraestructura en los clientes considera el 63% que es óptimo, aunque existe un 24% considerable que no está conforme, por ello es importante aplicar herramientas administrativas para mejorar la calidad.

7. ¿Bajo su criterio el equipamiento de la clínica es?

Tabla 34 Criterio sobre el equipamiento

	RESPUESTA:	%
MUY BUENO	43	12%
BUENO	290	81%
NEUTRO	23	6%
MALO	0	0%
MUY MALO	0	0%
TOTAL	356	100%

Gráfico 35 Criterio sobre el equipamiento



El criterio sobre el equipamiento refleja que es bueno desde punto de vista del cliente con el 81% de encuestados, el 12% muy bueno, sin embargo, para el 6% considera neutro es decir no valora si es positivo o negativo.

8. ¿La atención del área de trabajo social es?

Tabla 35 Atención del área de trabajo social

	RESPUESTA:	%
MUY BUENO	13	4%
BUENO	26	7%
NEUTRO	300	84%
MALO	15	4%
MUY MALO	2	1%
TOTAL	356	100%

Gráfico 36 Atención del área de trabajo social



Los clientes que responden a la pregunta consideran neutral el área del trabajo social con un 84%, el 4% aprecia una atención muy buena, el 7% buena, son valores bajos de satisfacción para el cliente, siendo importante aplicar herramientas de calidad que mejoren los procesos.

9. ¿Durante su visita, los desechos generados fueron tratados de manera adecuada?

Tabla 36 Tratamiento de desechos criterio de pacientes

	RESPUESTA:	%
SI	241	68%
NO	26	7%
DESCONOCE	79	22%
NO CONTESTA	10	3%
Total	356	100%

Gráfico 37 Tratamiento de desechos criterio de pacientes



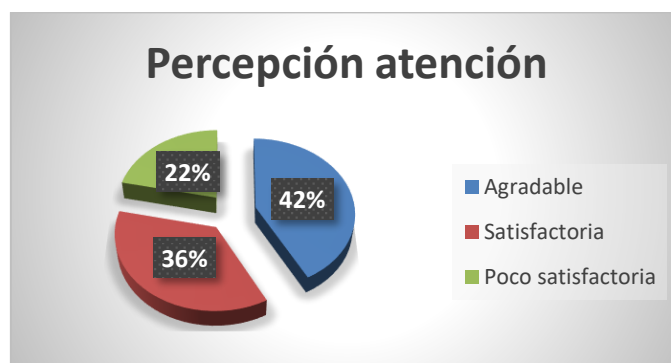
El tratamiento según los pacientes encuestados en lo referente al manejo de los desechos fue manejado adecuadamente con el 68% de respuestas positivas, el 7% indica que no fueron trabajados de manera adecuada, el 22% desconoce esta situación el 3% no contestó, por lo que se aprecia un valor atractivo, sin embargo, al ser una entidad de salud los indicadores son de mayor exigencia.

10. Su percepción sobre el trato, la atención de manera general en su visita en la clínica fue.

Tabla 37 Percepción sobre el trato y la atención recibida en la clínica criterio de los pacientes

RESPUESTA:		%
Agradable	150	42%
Satisfactoria	129	36%
Poco satisfactoria	77	22%
Total	356	100%

Gráfico 38 Percepción sobre el trato y la atención recibida en la clínica criterio de los pacientes



La atención considera satisfactoria con 42% de aceptación de los pacientes, haciendo importante la diferencia la cual se va a trabajar para mejorar los índices de satisfacción. El 22% manifestó que la atención fue poco satisfactorio punto a analizar en el presente estudio.

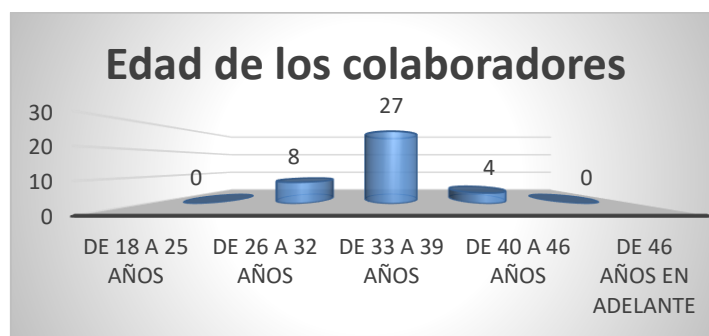
- Tabulación y Análisis Encuesta colaboradores

Edad

Tabla 38 Edad de los encuestados en referente a los colaboradores de la empresa

Edad		
RESPUESTA:		%
De 18 a 25 años	0	0%
De 26 a 32 años	8	21%
De 33 a 39 años	27	69%
De 40 a 46 años	4	10%
De 46 años en adelante	0	0%
TOTAL	39	100%

Gráfico 39 Edad de los encuestados en referente a los colaboradores de la empresa



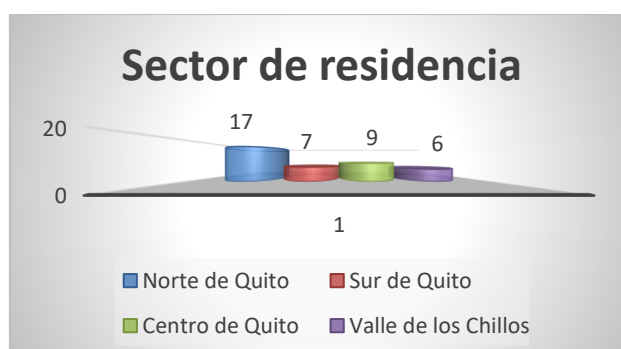
El 69% corresponden a personas que esta se encuentra en edades de 33 a 39 años, el 21% la conforman por 26 a 32 años, seguido de un 10% que representa 40 a 46 años, se concluye que los colaboradores que tiene la clínica es una población joven.

Sector de residencia

Tabla 39 Sector de residencia de los colaboradores de la empresa

Sector de residencia		
RESPUESTA:		%
Norte de Quito	17	44%
Sur de Quito	7	18%
Centro de Quito	9	23%
Valle de los Chillos	6	15%
TOTAL	39	100%

Gráfico 40 Sector de residencia de los colaboradores de la empresa



El lugar de residencia de la mayoría de los colaboradores de la empresa vive al Norte de Quito, lo que representa el 44% de los colaboradores, seguido de un 23% de los

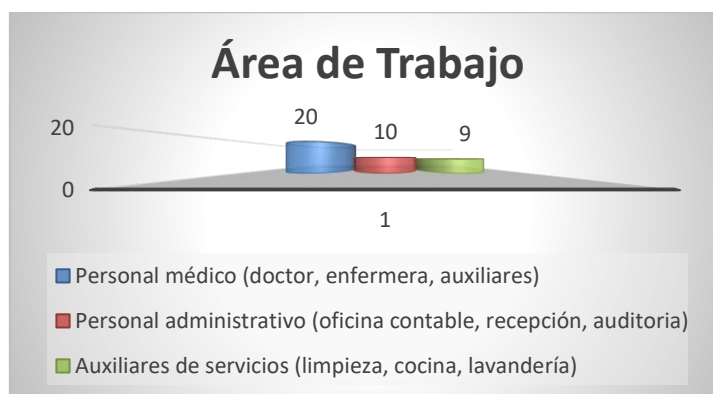
colaboradores viven en el centro de la ciudad de Quito, mientras el 18% reside en el Sur de Quito, y 15% vive en el Valle de los Chillos, esta información explica que no existe la cantidad de colaboradores suficientes en la zona donde es la clínica, limitando la rapidez y atención al cliente cuando se requiere atención emergente.

Área de Trabajo

Tabla 40 Área de Trabajo

Área de Trabajo		
RESPUESTA:		%
Personal médico (doctor, enfermera, auxiliares)	20	51%
Personal administrativo (oficina contable, recepción, auditoría)	10	26%
Auxiliares de servicios (limpieza, cocina, lavandería)	9	23%
TOTAL	39	100%

Gráfico 41 Sector de residencia de los colaboradores de la empresa



El 51% de los colaboradores la componen del personal médico como son: doctores, enfermeras y auxiliares de enfermería, el 26% la corresponde al personal administrativo en las diferentes áreas como: recepción, contabilidad, auditoría y finalmente el 23% la conforman auxiliares de servicios para las áreas de limpieza, cocina y lavandería

1. ¿A su criterio existe una atención personalizada para pacientes y familiares de los pacientes?

Tabla 41 Atención personalizada criterio de los colaboradores de la empresa

	RESPUESTA:	%
SI	28	72%
NO	7	18%
DESCONOCE	3	7%
NO CONTESTA	1	3%
TOTAL	39	100%

Gráfico 42 Atención personalizada criterio de los colaboradores de la empresa



Bajo el criterio de los colaboradores, el 72% se considera que se ofrece una atención personalizada el 18% a su perspectiva no se ofrece, el 7% desconoce y el 3% no contesta. Aunque el porcentaje de apreciación es representativo se tiene una desconformidad en un menor porcentaje lo que implica que no se cumple en su totalidad una atención personalizada.

2. ¿Existe ventaja competitiva en la clínica esto se refiere a los cursos de formación que reciben los colaboradores y la tecnología es acorde a las necesidades?

Tabla 42 Competitividad de la Clínica criterio de los colaboradores de la empresa

	RESPUESTA:	%
SI	0	0%
NO	27	69%
DESCONOCE	0	0%
NO CONTESTA	12	31%
TOTAL	39	100%

Gráfico 43 Competitividad de la Clínica criterio de los colaboradores de la empresa



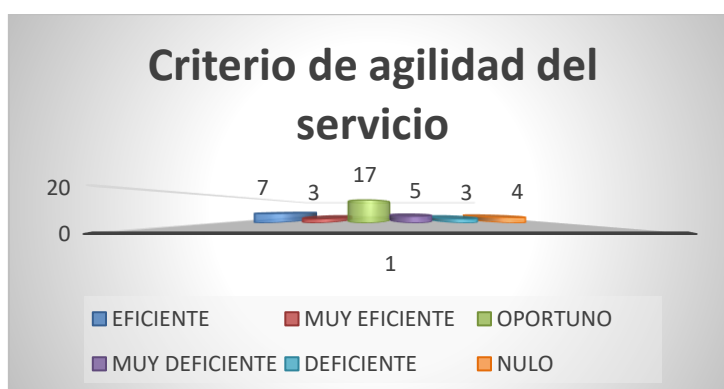
En esta pregunta se expone que una ventaja competitiva se puede llegar a tener mediante cursos de formación para los empleados y contar con una tecnología, a lo que los colaboradores de la clínica manifiestan en un 69% replican la negatividad, el 31% no contesta, por lo que se aprecia que no se cuenta con actividades que mejoren la calidad del servicio.

3. ¿A su criterio el servicio que brinda la clínica es ágil?

Tabla 43 Apreciación rapidez del servicio

RESPUESTA:		%
EFICIENTE	7	18%
MUY EFICIENTE	3	8%
OPORTUNO	17	44%
MUY DEFICIENTE	5	13%
DEFICIENTE	3	8%
NULO	4	10%
TOTAL	39	100%

Gráfico 44 Apreciación rapidez del servicio



Basado en las respuestas de los colaboradores con el 44% de la empresa consideran oportuno los procesos que llevan a cabo para un funcionamiento adecuado, el 18% mantiene

que es eficiente, el 13% considera entre muy deficiente, el 8% deficiente y el 10% nulo, por lo que es necesario tomar acciones de mejora.

4. ¿La funcionalidad de los procesos de la clínica es?

Tabla 44 Funcionalidad de los procesos

RESPUESTA:		%
EFICIENTE	4	10%
MUY EFICIENTE	2	5%
OPORTUNO	28	72%
MUY DEFICIENTE	3	8%
DEFICIENTE	2	5%
NULO	0	0%
TOTAL	39	100%

Gráfico 45 Funcionalidad de los procesos



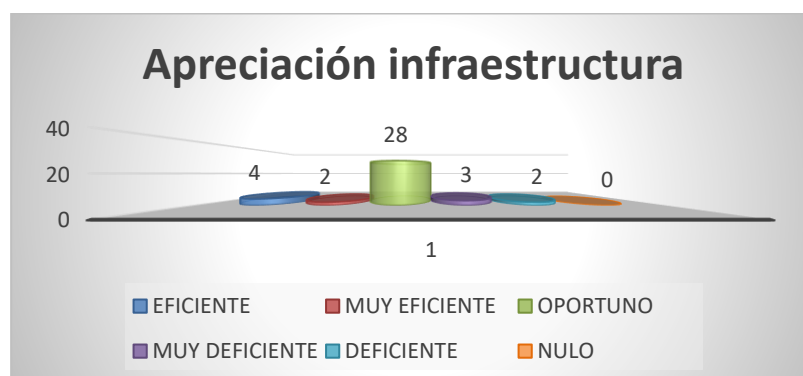
La respuesta de los colaboradores de la empresa con un 72% dicen que la funcionalidad de los procesos es oportuna, el 10% sostiene que es eficiente y el 5% muy eficiente, sin embargo, existe un 8% que considera que es muy deficiente y el 5% deficiente, en una entidad de salud los niveles de calidad deben ser superiores por lo que es importante elevar el criterio en cuanto a la funcionalidad de estos.

5. ¿La infraestructura de la clínica es?

Tabla 45 Apreciación infraestructura

RESPUESTA:		%
EFICIENTE	4	10%
MUY EFICIENTE	2	5%
OPORTUNO	28	72%
MUY DEFICIENTE	3	8%
DEFICIENTE	2	5%
NULO	0	0%
TOTAL	39	100%

Gráfico 46 Apreciación infraestructura



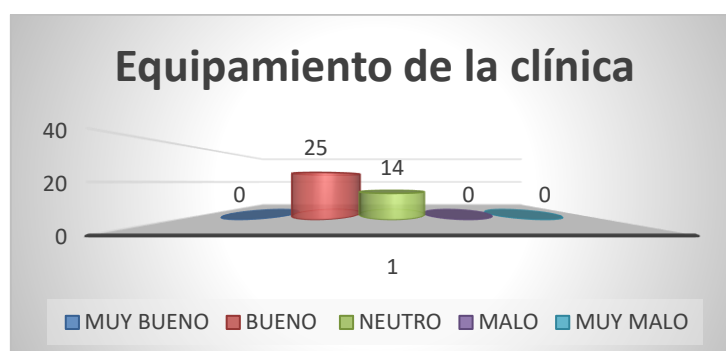
Para el 72% de los colaboradores la infraestructura es oportuna para realizar las actividades administrativas y de prestación de servicios médicos, el 10% consideran a su criterio eficiente y el 5% muy eficiente, sin embargo, el 8% sostiene que la infraestructura es muy deficiente y el 5% deficiente, por lo tanto, se hace necesario actividades de mejora para contar con instalaciones apropiadas.

6. ¿Bajo su criterio el equipamiento de la Clínica es?

Tabla 46 Equipamiento de la Clínica criterio de los colaboradores de la empresa

RESPUESTA:		%
MUY BUENO	0	0%
BUENO	25	64%
NEUTRO	14	36%
MALO	0	0%
MUY MALO	0	0%
TOTAL	39	100%

Gráfico 47 Equipamiento de la Clínica criterio de los colaboradores de la empresa



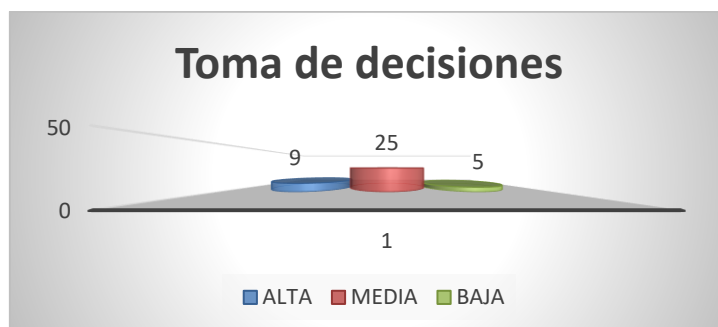
La respuesta a la mencionada pregunta del equipamiento de la clínica sus colaboradores dicen que es bueno con el 64% colaboradores mantienen esta aceptación, el 36% considera que ni bueno ni malo, sin embargo, esto es un aspecto muy importante para la oferta de servicios de salud que garantizan que el paciente tendrá el mejor tratamiento.

7. ¿La toma de decisiones de la jefatura ante los imprevistos es?

Tabla 47 Apreciación toma de decisiones por parte de la jefatura

RESPUESTA:		%
ALTA	9	23%
MEDIA	25	64%
BAJA	5	13%
TOTAL	39	100%

Gráfico 48 Apreciación toma de decisiones por parte de la jefatura



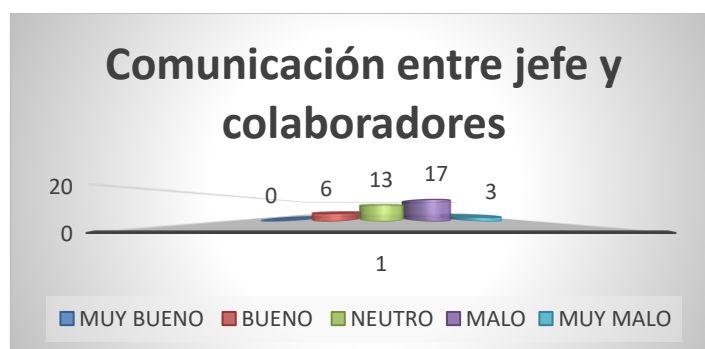
El 23% de los encuestados manifiesta una alta toma de decisiones, el 64% considera que su capacidad para enfrentar imprevistos es media, y el 13% indica que es baja la toma de decisiones de los jefes de la clínica ante imprevistos, situación que genera desconfianza y es caótico para la administración, punto que será puede generar una mala imagen de la clínica.

8. ¿La comunicación que existe entre los empleados y los jefes de cada área es?

Tabla 48 Comunicación entre jefes y colaboradores

RESPUESTA:		%
MUY BUENO	0	0%
BUENO	6	15%
NEUTRO	13	33%
MALO	17	44%
MUY MALO	3	8%
TOTAL	39	100%

Gráfico 49 Comunicación entre jefes y colaboradores



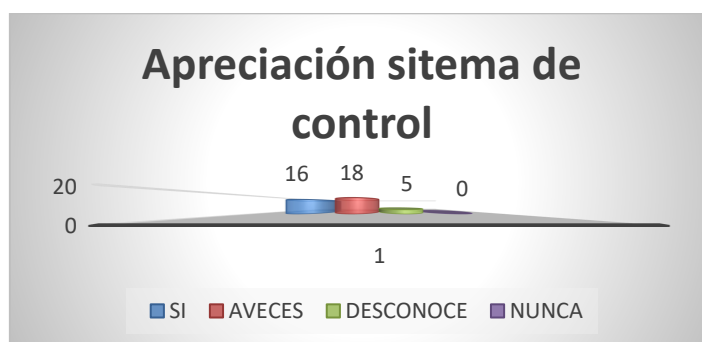
El 44% considera que la comunicación con los jefes es mala, el 33% no tiene ni una buena ni mala apreciación, para el 15% es bueno y para el 8% su apreciación es muy mala. Por lo que la respuesta a la pregunta referente a la comunicación entre jefaturas y colaboradores esta considerablemente una gran desventaja, perdiendo un factor esencial para llevar a cabo los procesos de mejora en la calidad dentro de la clínica.

9. ¿Existe un sistema de control efectivo de las actividades llevadas a cabo por los trabajadores de cada una de las áreas?

Tabla 49 Apreciación sistema de control

	RESPUESTA:	%
SI	16	41
AVECES	18	46
DESCONOCE	5	13
NUNCA	0	0
TOTAL	39	100

Gráfico 50 Apreciación sistema de control



El sistema de control según la respuesta de los colaboradores no existe un porcentaje adecuado, al contrario, se observa que el 60% del personal desconoce o no funciona efectivamente, lo que significa una desventaja el cual se va a trabajar mediante herramientas y estrategias que permitirán desarrollar un control efectivo.

10. ¿Existe las facilidades de recursos para el óptimo desempeño de su trabajo?

Tabla 50 Facilidades de recursos para el trabajo

	RESPUESTA:	%
SI	26	67%
NO	8	21%
DESCONOCE	4	10%
NO CONTESTA	1	3%
TOTAL	39	100%

Gráfico 51 Facilidades de recursos para el trabajo



Para el 67% de encuestados consideran afirmativamente la facilidad de contar con recursos para el óptimo desempeño, para el 21% esto no es así, el 10% desconoce, el 3% no contesta. Las facilidades en obtener los recursos económicos son una fortaleza ya que los recursos generalmente son escasos y a pesar de ello la empresa presta toda facilidad.

11. ¿Existe un Manual de Procesos en la Clínica?

Tabla 51 Existencia de manual de procesos

	RESPUESTA:	%
SI	13	33%
NO	3	8%
DESCONOCE	23	59%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	39	100%

Gráfico 52 Existencia de manual de procesos



La respuesta de la existencia de un manual de procesos es claramente desconocida el 59% indica que desconoce, por la mayoría de los miembros de los colaboradores de la empresa, el 33% indique que, si conoce de la existencia de un manual de procesos y 8% no conoce la existencia, lo que nos indica que la falta de socializar dicho documento implica que no se ejecuten las actividades.

1.3.4 Resumen de los resultados

- **Familiares de los pacientes**

El servicio saturado especializado, para la percepción de los familiares presenta un 9% de inconformidad, a pesar de que es un porcentaje mínimo en una entidad de salud sus exigencias son más altas, en cuanto a la coordinación interna se muestra satisfactoria al tener un porcentaje atractivo de aceptación, sin embargo, a la coordinación externa, el porcentaje de mayor puntuación no es favorable es decir se tiene una apreciación poco favorable respecto a este aspecto en la clínica.

A demás se detectó que los equipos no son los adecuados desde el punto de vista de los familiares, la mayoría de encuestados tienen una posición negativa respecto a este aspecto, otro aspecto importante corresponde es la responsabilidad social es un factor importante para cualquier empresa y el deficiente servicio del departamento del trabajo social de la clínica no es adecuado ni para la imagen de la empresa ni para la sociedad.

El manejo de desechos según la percepción de los familiares es bajo por lo que se cuestiona el mismo va en contra de los principios de la empresa y puede llevar a consecuencias importantes.

- **Pacientes**

El saturado servicio especializado, que mencionan los pacientes, contribuye a que la opinión sea negativa, se multiplique y afecte la imagen de la empresa, se aprecia una deficiente atención al paciente a criterio de este, generando insatisfechos pacientes.

Aunque ante el criterio respecto a los procesos internos percibidos por los pacientes el mayor porcentaje no es totalmente favorable, se hace necesario tomar acciones de mejora en aspectos de la calidad.

- **Colaboradores**

En el resultado de la encuesta realizada a los colaboradores de la empresa se evidenció factores fundamentales que muestran un escenario negativo para empresa como inadecuada ventaja competitiva, que según los colaboradores la clínica no existe en lo referente a capacitaciones y equipos tecnológicos. De igual manera la toma de decisiones de los jefes ante situaciones imprevistas no representa algo positivo, otro hallazgo importante fue la mala comunicación entre los mandos y colaboradores; cuando es esencial la comunicación, además no existe un sistema de control según la mayoría de colaboradores que causa conflictos. Se reúne en la siguiente tabla los hallazgos de mayor importancia.

Tabla 52 Existencia de manual de procesos

Parámetros de comparación	Familiares de los pacientes	Pacientes	Colaboradores
Conformidad del servicio	Inconformidad del servicio	Baja insatisfacción por parte del cliente	Comunicación poco fluida con los mandos.
Percepción del servicio interno	Coordinación interna inadecuada. Coordinación externa poco eficiente Falta de equipos	Los procesos internos no fluyen correctamente	Toma de decisiones poco representativa por parte de las jefaturas.
Imagen de la Clínica	Imagen de la clínica poco confiable.	Servicio saturado en áreas de especialidad	Conflictos del personal.

CAPÍTULO II

2. APLICACIÓN 7 HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD

En el presente capítulo se aplica las 7 herramientas de control de calidad clásicas para la solución de los problemas del servicio se desarrolla el análisis de las causas que han generado la problemática de la Clínica San Francisco, con el fin de entregar a la mencionada empresa un sistema de calidad que puedan orientarse los directivos de esta y puedan utilizar de manera frecuente para una toma de decisiones adecuada, que les permita identificar problemas y generar planes de acción.

Según el diagnóstico realizado en el capítulo anterior se procesa los datos conllevados a una muestra desarrollada en la semana del 14 de enero al 20 de enero del 2019 donde se pudo identificar la necesidad de aplicar herramientas de control y mejora continua de la calidad para la solución de los problemas del servicio.

2.1 Primera Herramienta: Diagrama de Causa y Efecto

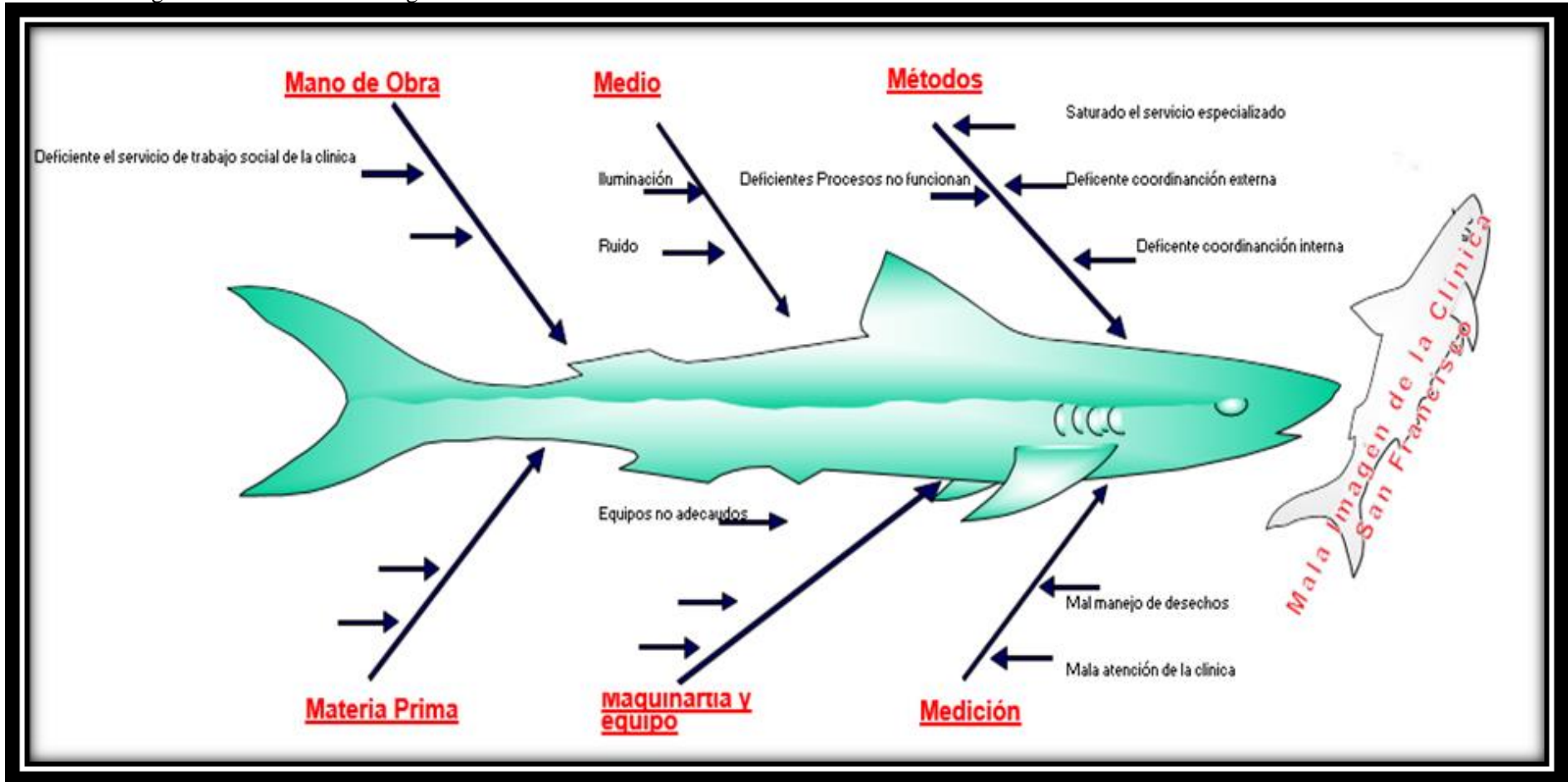
Para elaborar el Diagrama de causa y efecto o también denominado de espina de pescado o diagrama de Ishikawa, se procede a realizar el siguiente procedimiento:

- a. Se debe establecer el problema o circunstancia analizar, en el caso de la Clínica San Francisco se encuentra dos problemas fundamentales como son:
 - Mala imagen de la Clínica San Francisco
 - Inconvenientes en los servicios generales de la clínica
- b. El problema se lo coloca en la cabeza del pescado (lado derecho)
- c. Se establece categorías mediante flechas secundarias hacia la flecha horizontal principal, en donde se aplica el uso de las 6M:
 - Mano de obra
 - Materiales
 - Métodos
 - Medio ambiente
 - Mantenimiento
 - Maquinaria
- d. Posterior a esto se especifica dentro de cada categoría las distintas causas mediante la utilización de flechas, para la obtención de esta información se tiene la participación de un determinado grupo de colaboradores de la clínica, como se evidencia en el acta de reunión que se presenta en el Anexo 2.

- e. Al finalizar el diagrama causa-efecto se identifica las causas más repetidas y de mayor relevancia para el análisis de dichas causas.

Se presenta el diagrama causa-efecto en función de los problemas detectados, como se presenta a continuación.

Gráfico 53 Diagrama Causa - Efecto Imagen de la clínica



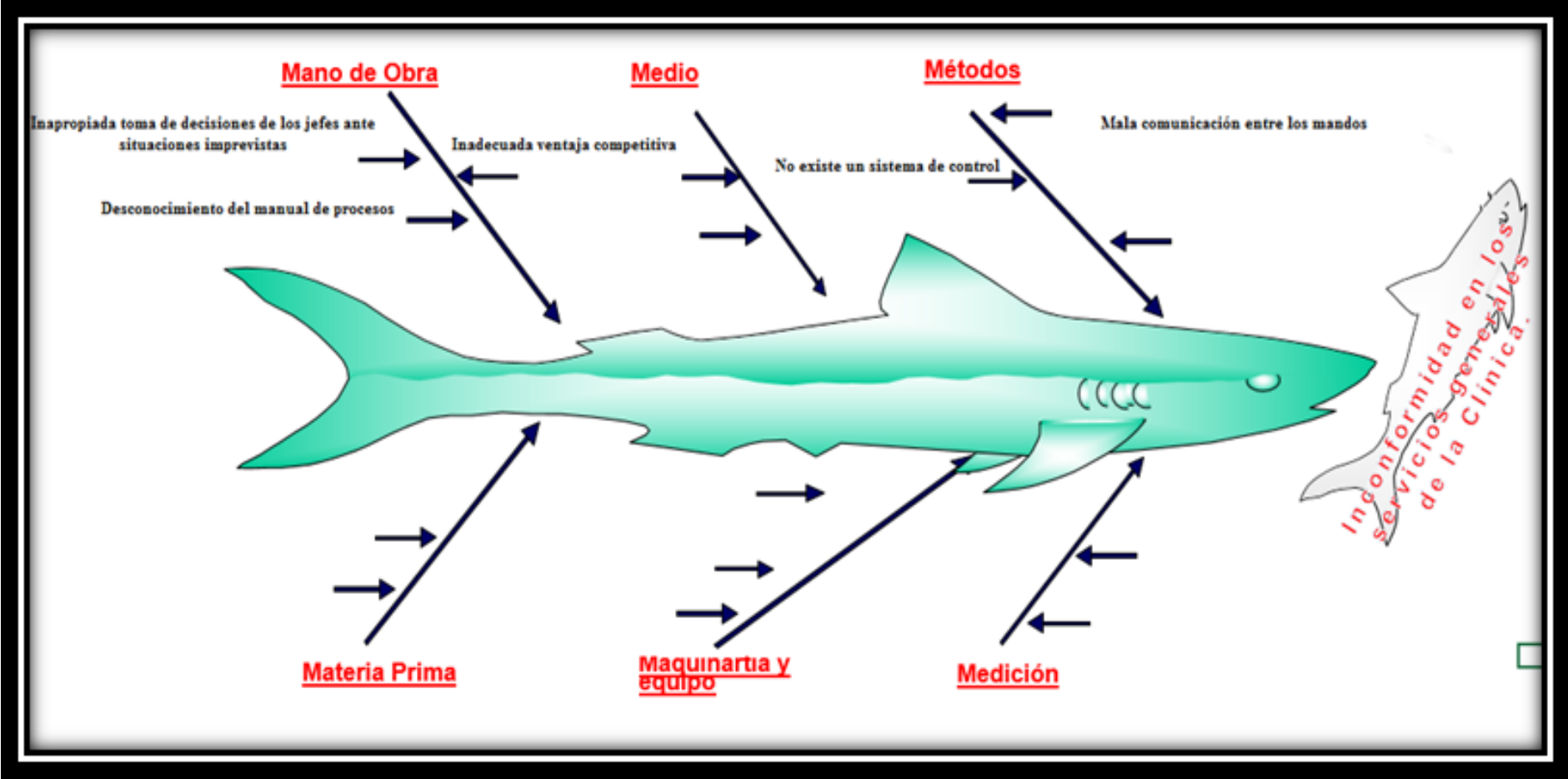
En el presente análisis causa–efecto se observa el detalle del análisis de las seis m, para determinar las sub-causas, como se resume en la siguiente tabla.

Tabla 53 Análisis Causa – Efecto Imagen de la clínica

Variable (M)	Causa
Mano de Obra	Deficiente el servicio de trabajo social de la clínica
Medio	Iluminación
Métodos	Deficientes procesos no funcionan Saturado el servicio especializado Deficiente coordinación externa Deficiente coordinación interna
Medición	Mal manejo de desechos Mala atención de la clínica
Maquinaria y equipo	Equipos no adecuados
Materia Prima	Ninguna causa

Las causas en donde se tiene mayor frecuencia corresponden a la medición y los métodos utilizados, por lo que es importante tomar acciones que influyen en dichas causas y generan una mala imagen para la clínica.

Gráfico 54 Diagrama Causa- Efecto mal servicio de la clínica basado en percepción de los colaboradores



En el gráfico anterior se puede apreciar que los problemas más representativos son de la mano de obra, métodos, este análisis generado por las seis M para analizar esta herramienta como se resume en la siguiente tabla.

Tabla 54 Análisis Causa – Efecto Inconformidad en los servicios generales

Variable (M)	Causa
Mano de Obra	Inapropiada toma de decisiones de los jefes ante situaciones imprevistas Desconocimiento del Manual de Procesos Inadecuada ventaja competitiva
Medio	Ninguna causa
Métodos	No existe un sistema de control Mala comunicación entre los mandos
Medición	Ninguna causa
Maquinaria y equipo	Ninguna causa
Materia Prima	Ninguna causa

Por lo tanto, para obtener los datos respecto estas causas se establece dar una valoración para lo cual se reúne con los directivos, dicha evidencia se documenta en el acta que se presenta en el anexo 3, estableciendo los siguientes por parámetros de seguimiento.

- Para mejorar la imagen de la clínica:
 - +3 y el +4 representan a errores del servicio de emergencia saturado,
 - 2 son los errores debidos al deficiente coordinación interna
 - 1 son los defectos ocurridos por la deficiente coordinación externa,
 - +1 corresponde a los errores de la mala atención en la clínica,
 - 3 corresponde a los errores del deficiente servicio de trabajo social de la clínica,
 - +2 representa a la percepción del mal manejo de desechos,
 - +5 representa a los errores al mal funcionamiento o deficientes procesos y
 - 4 son errores debidos a equipos no adecuados.
- Para mejorar los servicios de la clínica:
 - +3 y +4 inapropiada toma de decisiones de los jefes ante situaciones imprevistas, -2 la mala comunicación entre los mandos es el parámetro,
 - +1 y +2 el desconocimiento del manual de procesos son los parámetros, -
 - 1 la no existencia de un sistema de control el parámetro

-3 la inadecuada ventaja competitiva

Con estos parámetros se elabora las siguientes herramientas de calidad para el análisis en la clínica San Francisco.

2.2 Segunda Herramienta: Planillas de Inspección

La planilla de inspección es una herramienta que permite recolectar y registra información, ya sea en forma cuantitativa o cualitativa, se aplica por lo tanto la planilla de frecuencia.

La planilla de frecuencia se utiliza para anotar los resultados a medida que se van obteniendo en el proceso, al registrar en la hoja de registro se va observando la tendencia central y la dispersión de estos, se utiliza para conocer la frecuencia que aparecen las causas posibles de los problemas en un periodo determinado.

El procedimiento consiste en:

- a. Identificar el factor de análisis
- b. Posterior se define el alcance de los datos a recolectar.
- c. Se establece la periodicidad de los datos
- d. Con lo anterior se diseña el formato de la hoja de recogida de datos.
- e. Se realiza un análisis causal para detectar las causas y sub-causas.

Por lo tanto, al aplicar esta herramienta de calidad en la Clínica de Emergencias San Francisco se determina el factor de análisis que consiste en: Eficiencia o calidad del servicio percibido por los pacientes y familiares de los pacientes como acción se tiene Mejorar la imagen de la clínica, y sobre la percepción que tienen los colaboradores sobre el servicio general de la Clínica San Francisco la acción es Mejorar los procesos actuales de servicio general de la Clínica).

En la hoja de registro se coloca en el encabezado los datos del factor de análisis, la acción, datos respecto a la responsabilidad del documento, la prioridad y especificaciones, también el límite inferior y superior y la frecuencia y media de los datos.

La toma de datos se la ha realizado durante una semana de lunes a domingo, en la semana del 14 de enero del 2019 al 20 de enero 2019, se toma en cuenta la escala de 1000 puntos para saber que los 1000 puntos son la efectividad de la medición o la calidad de lo estudiado, mientras todos los números que estén por debajo o por encima de ese parámetro son acciones que desarrollaron inconformidades, posterior a esto se realiza la recolección de datos en la hoja de registro.

Con la recolección de datos se procede a elaborar una matriz de frecuencia para determinar el porcentaje de eficiencia o calidad del servicio percibido por los pacientes y familiares de los pacientes a una muestra de 105 personas y la aplicada a los colaboradores a 39 personas, como se presenta la recolección numérica para elaborar las planillas de inspección.

Tabla 55 Planilla de Inspección Hoja de Registro Familiares de pacientes


Empresa Clínica San Francisco							
							
PLANILLA DE INSPECCIÓN							
Nombre del servicio:		Atención servicio general			Fecha:		14 de enero del 2019 al 20 de enero 2019
Factor de análisis:		Eficiencia o calidad del servicio percibido por los pacientes y familiares de los pacientes			Acción:		Mejorar la imagen de la Clínica
Área:		Hospitalización					
N. Inspecciones:	7	Turno:	Diurno y Nocturno		Responsable:	María Gabriela Salazar Jaramillo	
Hoja de Verificación:					No. 001		
Observaciones:							
Hoja de Registro							
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	
996	998	997	997	997	997	998	
996	998	998	998	998	998	998	
997	1000	998	999	999	999	1000	
998	1000	998	1000	999	1000	1000	
998	1000	999	1000	999	1000	1000	
999	1000	999	1000	1000	1000	1000	
1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	
1001	1000	1000	1000	1000	1000	1000	
1002	1000	1000	1000	1000	1000	1000	
1003	1000	1000	1001	1000	1001	1000	
1003	1000	1004	1001	1000	1001	1000	
1004	1002	1004	1001	1000	1001	1002	
1005	1003	1004	1003	1002	1003	1003	
1005	1003	1004	1004	1002	1004	1003	
1005	1003	1004	1004	1003	1004	1003	

Tabla 56 Resultados Planilla de Inspección Hoja de Registro Familiares de pacientes

MEDIA	REGISTRO								FRECUENCIA	
X	DESVIACION	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	(CUANTAS VECES SE REPITE)	
	-5								0	
	-4	2							2	
	-3	1		1	1	1	1		5	
	-2	2	2	3	1	1	1	2	12	
	-1	1		2	1	3	1		8	
1000	0	1	9	4	6	7	6	9	42	
	1	1			3		3		7	
	2	1	1			2		1	5	
	3	2	3		1	1	1	3	11	
	4	1		5	2		2		10	
	5	3							3	
Total		15	15	15	15	15	15	15	105	
	Frecuencias inconvenientes	14	6	11	9	8	9	6		
	Calidad día	7%	60%	27%	40%	47%	40%	60%		
									ERRORES	63
Calidad de la semana									40%	

Análisis:

La planilla de inspección se desarrolló con el fin de la determinación de la eficiencia o calidad del servicio percibido por los pacientes y familiares de los pacientes, obteniendo un porcentaje obtenido de satisfacción respecto a la calidad del 40%, medida en una semana en el área de hospitalización, resultado muy bajo, se puede también observar que el lunes es el día que más bajo rendimiento o mayor número de errores.

Del total de 105 familiares y pacientes analizados, se procede obtiene las causas y sub-causas para aplicar posteriormente la herramienta Análisis de Pareto, con los 63 errores que se detectaron en la semana de seguimiento.

Tabla 57 Reporte análisis causal eficiencia o calidad del servicio percibido por los pacientes y familiares de los pacientes

REPORTE DE ANALISIS CAUSAL	
Detalles del Área/Proyecto	
Nombre del Área/Proyecto	UPM
WON / SWON	
Elaborado por:	Gabriela Salazar
Reporte para el período de:	08 de enero del 2019
Participantes:	Equipo de servicios generales
SLA & Metas	
Proceso	Target (Meta)
Servicio al cliente	Mejorar la imagen de la Clínica
Definición de Error/ Defecto	
Existen falencias en el proceso de servicio al cliente, lo cual ocasiona una mala imagen de la Clínica.	
Clasificación de Defectos Identificados (Lluvia de Ideas)	
Saturado el servicio especializado	
Deficiente coordinación interna	
Deficiente coordinación externa	
Mala atención clínica	
Deficiente el servicio de trabajo social de la clínica	
Mal manejo de desechos	
Deficientes procesos	
Equipos no adecuados	

Tabla 58 Defectos analizados ocasionan la mala imagen de la clínica

LOG DE DEFECTOS							
Fecha de Control de Calidad	# Transacción/ nombre Ítem.	Nombre Responsable del Proceso/ID	Nombre Responsable Control de Calidad /ID	Descripción del Error	Tipo de Defecto	Nivel de Severidad	Estatus del defecto (abierto/ cerrado)
enero 2019	1	Pablo Suarez	Gabriela Salazar	El sistema demasiado lento	Saturado el servicio especializado	Mayor	ABIERTO
enero 2019	2	Pablo Suarez	Gabriela Salazar	Incumplimiento de procedimientos operativos	Deficiente el servicio de trabajo social de la clínica	Crítica	ABIERTO
enero 2019	3	Pablo Suarez	Gabriela Salazar	Falta de coordinación e instrucción	Deficiente coordinación interna	Mayor	ABIERTO
enero 2019	4	Pablo Suarez	Gabriela Salazar	Falta de información	Deficiente coordinación externa	Mayor	ABIERTO
enero 2019	5	Pablo Suarez	Gabriela Salazar	Falta una instrucción clara del proceso operativo	Mal manejo de desechos	Crítica	ABIERTO
enero 2019	6	Pablo Suarez	Gabriela Salazar	Falta de documentación para el procesamiento	Deficiente coordinación interna	Sugerencia	ABIERTO
enero 2019	8	Pablo Suarez	Gabriela Salazar	Control en el proceso	Equipos no adecuados	Mayor	ABIERTO

Con la finalidad de evaluar sobre el servicio general de la clínica, desde la percepción de los colaboradores, se recogen los siguientes datos siguiendo los parámetros establecidos anteriormente para establecer el porcentaje de apreciación respecto a este aspecto, presentando la planilla de inspección y el análisis de causas y sub-causas.

Tabla 59 Planilla de Inspección Hoja de Registro Colaboradores

<div style="text-align: center;"> <p>Empresa Clínica San Francisco</p>  </div>						
PLANILLA DE INSPECCIÓN						
Nombre del servicio:		Atención servicio general			Fecha:	21 de enero del 2019 al 27 de enero 2019
Factor de análisis		Eficiencia o calidad del servicio general percibido por los colaboradores			Acción:	Mejorar los procesos actuales de servicio general de la Clínica
Área:		Hospitalización				
N. Inspecciones:	7	Turno:	Diurno y Nocturno		Responsable:	María Gabriela Salazar Jaramillo
Hoja de Verificación:					No. 002	
Observaciones:						
Hoja de Registro						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1000	998	997	997	997	997	998
1000	1000	998	998	998	998	1000
1000	1000	998	999	998	999	1000
1000	1000	999	1000	1000	1000	1000
1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
1002	1002	1000	1000	1000	1000	1000
1003	1003	1000	1001	1000	1000	1000
1003	1003	1004	1003	1002	1000	1000
1004	1003	1004	1004	1003	1001	1000

Tabla 60 Resultados Planilla de Inspección Hoja de Registro Colaboradores

MEDIA		REGISTRO							FRECUENCIA
X	DESVIACION	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	(CUANTAS VECES SE REPITE)
	-5								0
	-4								0
	-3			1	1	1	1		4
	-2		1	2	1	1	1	1	7
	-1			1	1	1	1		4
1000	0	6	5	4	4	5	6	9	39
	1				1		1		2
	2	1	1			1		0	3
	3	2	3		1	1	0	0	7
	4	1		2	1		0		4
	5								0
Total		10	10	10	10	10	10	10	70
	calidad día	60%	50%	40%	40%	50%	60%	90%	
						ERRORES	31		
						calidad de la semana	56%		

Análisis:

En el análisis de la hoja de registro desarrollado a los colaboradores de la clínica se procedió a generar el seguimiento a estas quejas en la semana sin previo aviso para que el resultado sea lo óptimo posible.

Los parámetros para los colaboradores fueron de 1000 puntos es la efectividad de la medición o la calidad de lo estudiado, mientras todos los números que estén por debajo o por encima de ese parámetro son acciones que desarrollaron inconformidades.

Se trabajó con 39 colaboradores de la clínica en la semana del 14 de enero al 20 de enero del 2019, obteniendo un porcentaje de calidad del 56%, con la detección de 31 errores, los cuales serán analizados con la sexta herramienta de calidad. Además, se presenta en el siguiente el reporte del análisis causal considerando que existen falencias en el proceso de servicio al cliente, lo cual ocasiona la inconformidad en los servicios generales de la Clínica.

Tabla 61 Reporte Análisis Causal eficiencia o calidad del servicio percibido por los colaboradores

REPORTE DE ANALISIS CAUSAL	
Detalles del Área/Proyecto	
Nombre del Área/Proyecto	UPM
WON / SWON	
Elaborado por:	Gabriela Salazar
Reporte para el período de:	08 de enero del 2019
Participantes:	Equipo de Administración
SLA & Metas	
Proceso	Target (Meta)
Servicio al cliente	Mejorar los procesos actuales de servicio general de la Clínica
Definición de Error/ Defecto	
Existen falencias en el proceso de servicio al cliente, lo cual ocasiona la inconformidad en los servicios generales de la Clínica.	
Clasificación de Defectos Identificados (Lluvia de Ideas)	
Inapropiada toma de decisiones de los jefes ante situaciones imprevistas	
Mala comunicación entre los mandos	
Desconocimiento del manual de procesos	
No existe un sistema de control	
Inadecuada ventaja competitiva	

Tabla 62 Defectos analizados que ocasionan el mal servicio de la clínica

LOG DE DEFECTOS							
Fecha Control de Calidad	# Transacción/ nombre Ítem	Nombre Responsable del Proceso/ID	Nombre Responsable Control de Calidad /ID	Descripción del Error	Tipo de Defecto	Nivel de Severidad	Estatus del defecto (abierto/cerrado)
enero 2019	1	Pablo Suarez	Gabriela Salazar	El sistema demasiado lento	Saturado el servicio especializado	Mayor	ABIERTO
enero 2019	2	Pablo Suarez	Gabriela Salazar	Incumplimiento de procedimientos operativos	Deficiente el servicio de trabajo social de la clínica	Crítica	ABIERTO
enero 2019	3	Pablo Suarez	Gabriela Salazar	Falta de coordinación e instrucción	Deficiente coordinación interna	Mayor	ABIERTO
enero 2019	4	Pablo Suarez	Gabriela Salazar	Falta de información	Deficiente coordinación externa	Mayor	ABIERTO
enero 2019	5	Pablo Suarez	Gabriela Salazar	Falta una instrucción clara del proceso operativo	Mal manejo de desechos	Crítica	ABIERTO
enero 2019	6	Pablo Suarez	Gabriela Salazar	Falta de documentación para el procesamiento	Deficiente coordinación interna	Sugerencia	ABIERTO
enero 2019	7	Pablo Suarez	Gabriela Salazar	Control en el proceso	Equipos no adecuados	Mayor	ABIERTO

2.3 Tercera Herramienta: Gráficos de Control

Los gráficos de control es un diagrama que muestra los datos obtenidos cuantitativamente como medición de una característica de calidad, obtenidos en el registro o planillas de inspección. Se encuentra conformada por los siguientes elementos:

- Línea central o valor nominal
- El valor promedio
- Límites de control, tanto superior como inferior,

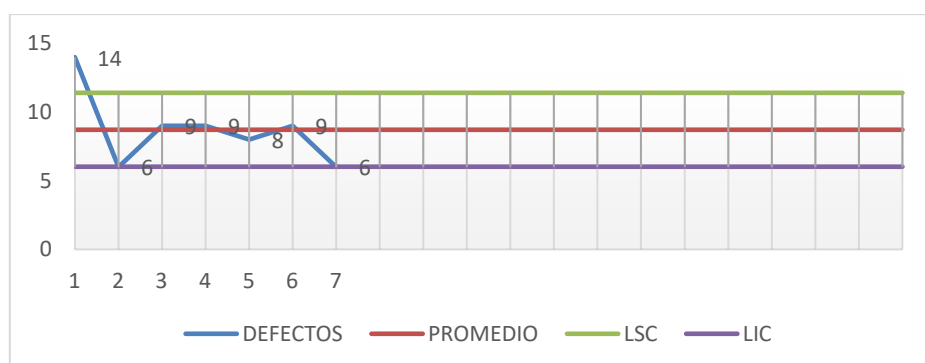
Se realiza el gráfico de control considerando la cantidad de defectos que se obtuvieron en la semana de investigación, posterior se calcula el valor promedio sumando la cantidad de defectos para el total de tomas realizadas, y finalmente se establece los límites superior e inferior.

Para obtener la gráfica de control del problema identificado como es la imagen de la clínica se coloca en la primera columna los días que se realizaron la toma de datos, los números de defectos, el promedio y para establecer los límites a controlar se definió con la gerencia dichos datos.

Tabla 63 Gráfico de Control problema de imagen de la clínica

DÍAS	DEFECTOS	PROMEDIO	LSC	LIC
1	14	9	11	6
2	6	9	11	6
3	11	9	11	6
4	9	9	11	6
5	8	9	11	6
6	9	9	11	6
7	6	9	11	6

Gráfico 55 Diagrama de Control problema de imagen de la clínica



Análisis:

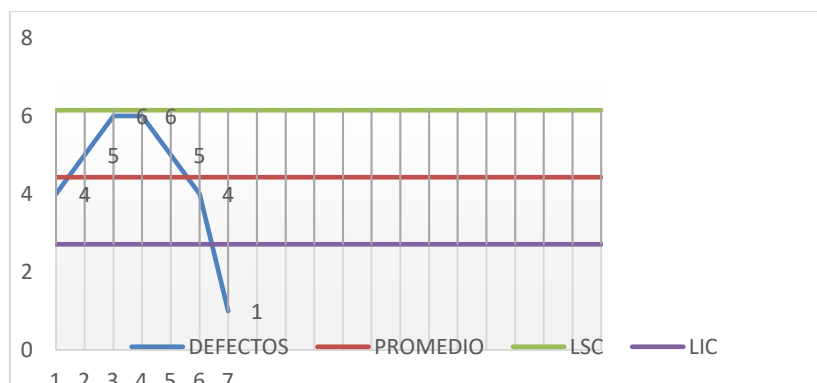
En el presente gráfico de control se puede observar los límites inferiores y superiores que ayudan a desarrollar el control necesario para el seguimiento del problema de imagen de la Clínica San Francisco, entre más cerca están los puntos a la línea, más estable es el proceso, se aprecia picos que hacen que no se esté realizando correctamente las actividades.

De la misma manera, se realizó la gráfica de control para el problema detectado de servicios generales de la clínica, mediante la captura de defectos detectados, obteniendo el promedio, y con la gerencia estableciendo los límites superior e inferior

Tabla 64 Gráfico de Control problema servicios generales de la clínica.

DÍAS	DEFECTOS	PROMEDIO	LSC	LIC
1	4	4	6	3
2	5	4	6	3
3	6	4	6	3
4	6	4	6	3
5	5	4	6	3
6	4	4	6	3
7	1	4	6	3

Gráfico 56 Diagrama de Control problema servicios generales de la clínica



Se aprecia que se tiene graves errores en la percepción de los servicios de la Clínica San Francisco, los datos se encuentran muy dispersos que implica que no se está realizando correctamente las actividades.

2.4 Cuarta Herramienta: Diagrama de Flujo

Para la aplicación de esta herramienta se debe iniciar con un mapeo de procesos que parte de la cadena de valor de la Clínica San Francisco, donde se escoge un proceso que interviene en la atención del paciente y por ende en la satisfacción de este e imagen de la clínica.

Gráfico 57 Mapeo Procesos Gobernantes

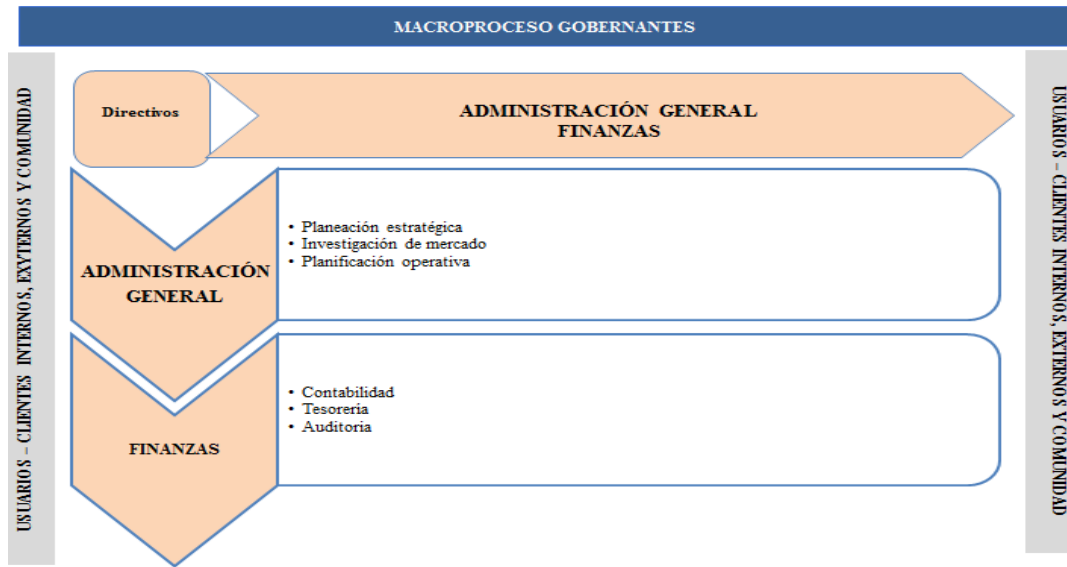


Gráfico 58 Mapeo Procesos Sustantivos

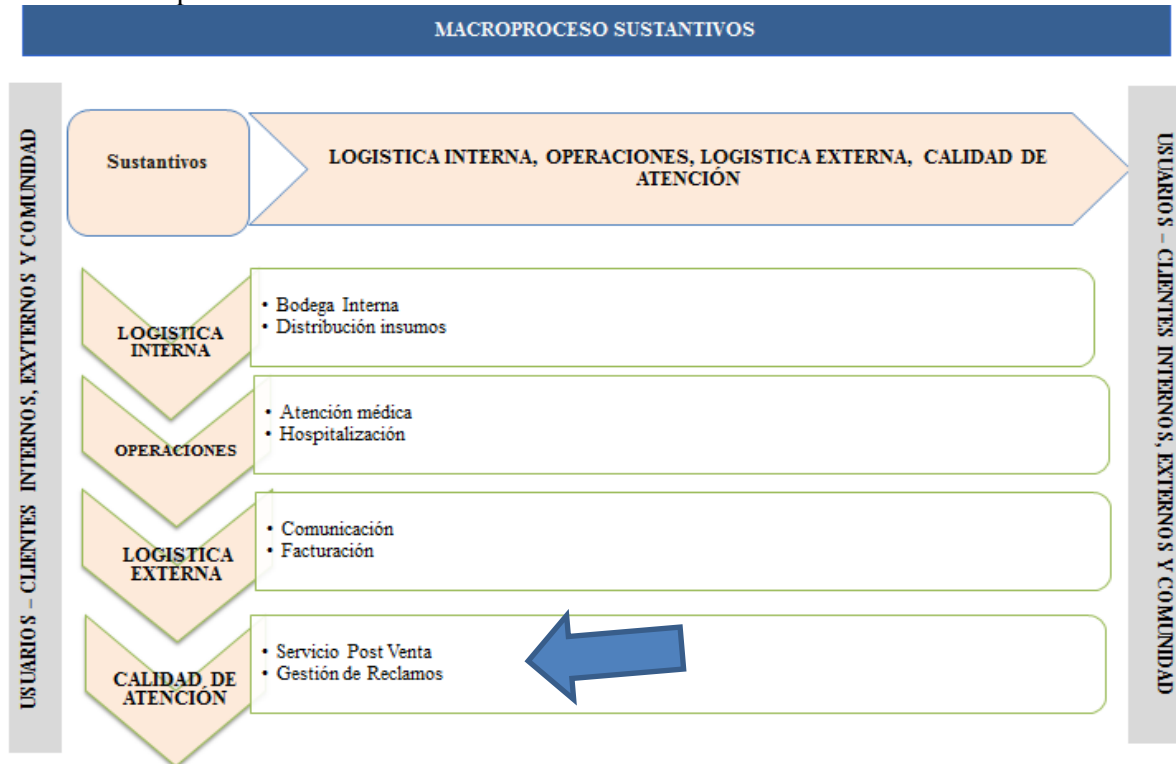
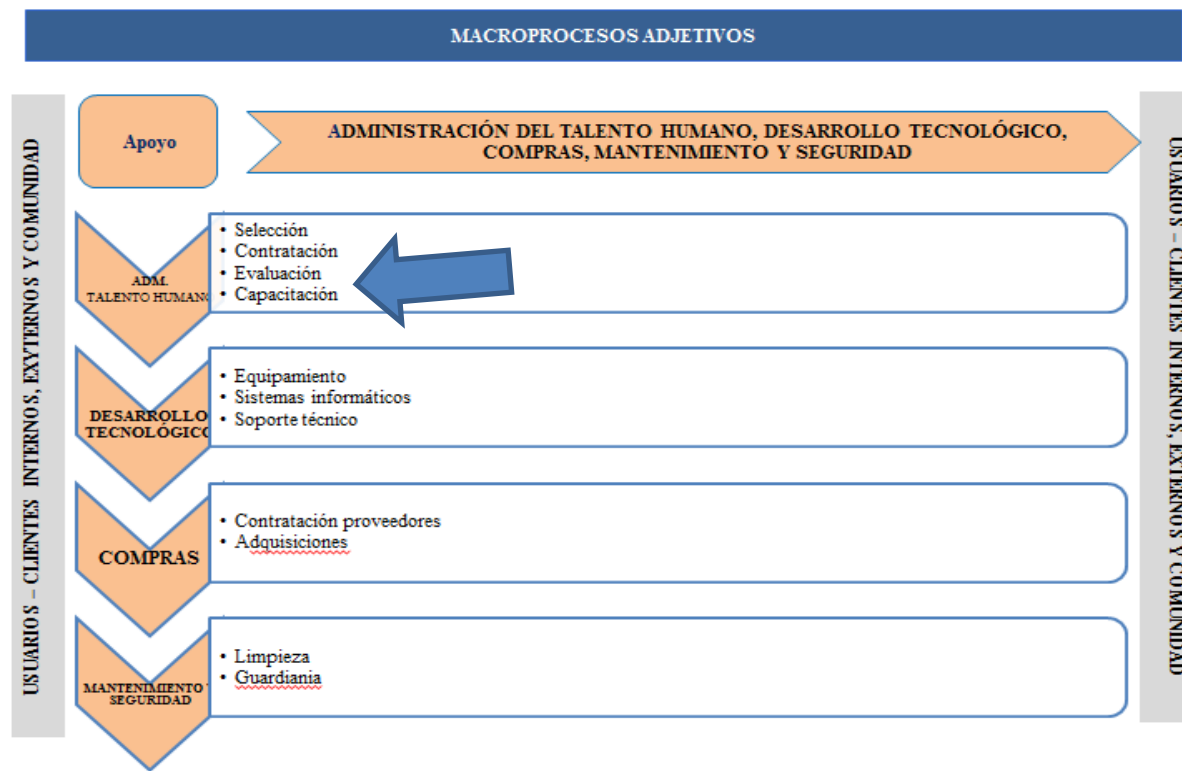


Gráfico 59 Mapeo Procesos de Apoyo



Es importante codificar los procesos que componen la cadena de valor para lo cual se ha establecido la siguiente nomenclatura:

- Primeras siglas del macroproceso: Proceso Gobernante (PG)
- Primeras siglas del proceso: Proceso Administración General (ADM_GEN)
- Primeras siglas del subproceso: Subproceso Planeación estratégica (PLA_EST)
- Secuencia numérica: 001

Tabla 65 Codificación Procesos

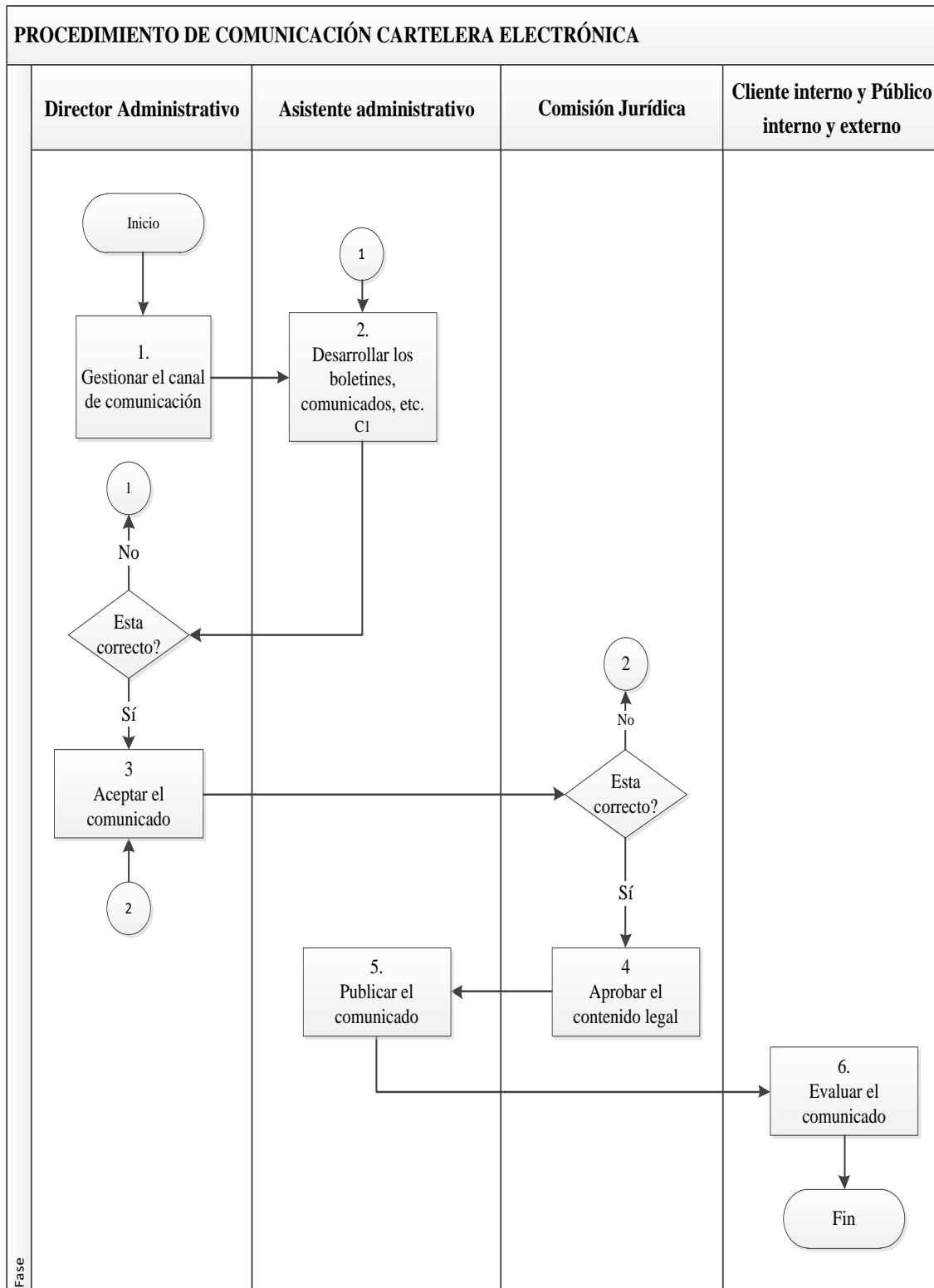
Macroproceso	Proceso	Subproceso	Código
Proceso Gobernante	Administración General	Planeación estratégica	PG-ADM_GEN-PLA_EST-001
Proceso Gobernante	Administración General	Investigación de mercado	PG-ADM-INV_MER-002
Proceso Gobernante	Administración General	Planificación operativa	PG-ADM_PLA_OPE_EST-003
Proceso Gobernante	Finanzas	Contabilidad	PG-FIN_CON-004
Proceso Gobernante	Finanzas	Tesorería	PG-FIN_TES-005
Proceso Gobernante	Finanzas	Auditoría	PG-FIN_AUD-006
Procesos Sustantivos	Logística Interna	Bodega Interna	PS-LOG_INT-BOD_INT-007
Procesos Sustantivos	Logística Interna	Distribución insumos	PS-LOG_INT-DIS_INS-008
Procesos Sustantivos	Operaciones	Atención médica	PS-OPE-ATE_MED-009

Procesos Sustantivos	Operaciones	Hospitalización	PS-OPE-HOS-010
<i>Procesos Sustantivos</i>	<i>Logística Externa</i>	<i>Comunicación</i>	<i>PS-LOG_EXT-COM-011</i>
Procesos Sustantivos	Logística Externa	Facturación	PS-LOG_EXT-FAC-012
Procesos Sustantivos	Calidad de atención	Servicio Post Venta	PS-CAL_ATE-SER_POS_VEN-013
Procesos Sustantivos	Calidad de atención	Gestión de Reclamos	PS-CAL_ATE-GES_REC-014
Procesos de Apoyo	Talento Humano	Selección	PA-TAL_HUM-SEL-015
Procesos de Apoyo	Talento Humano	Contratación	PA-TAL_HUM-CON-016
Procesos de Apoyo	Talento Humano	Evaluación	PA-TAL_HUM-EVA-017
<i>Procesos de Apoyo</i>	<i>Talento Humano</i>	<i>Capacitación</i>	<i>PA-TAL_HUM-CAP-018</i>
Procesos de Apoyo	Desarrollo Tecnológico	Equipamiento	PA-DES_TEC-EQU-019
Procesos de Apoyo	Desarrollo Tecnológico	Sistemas informáticos	PA-DES_TEC-SIS_INF-020
Procesos de Apoyo	Desarrollo Tecnológico	Soporte técnico	PA-DES_TEC-SOP_TEC-021
Procesos de Apoyo	Compras	Contratación proveedores	PA-COM-CON_PRO-022
Procesos de Apoyo	Compras	Adquisiciones	PA-COM-ADQ-023
Procesos de Apoyo	Mantenimiento y Seguridad	Limpieza	PA-MAN_SEG-LIM-024
Procesos de Apoyo	Mantenimiento y Seguridad	Guardianía	PA-MAN_SEG-GUA-025

De donde se aplica la herramienta al proceso Comunicación y al proceso Capacitación, para la elaboración de los diagramas de flujos la metodología que se aplica primeramente en definir el objetivo del procedimiento y el resultado que se espera conseguir con la utilización de la herramienta. Posterior a esto se definen los límites del proceso estableciendo la primera y última etapa del diagrama.

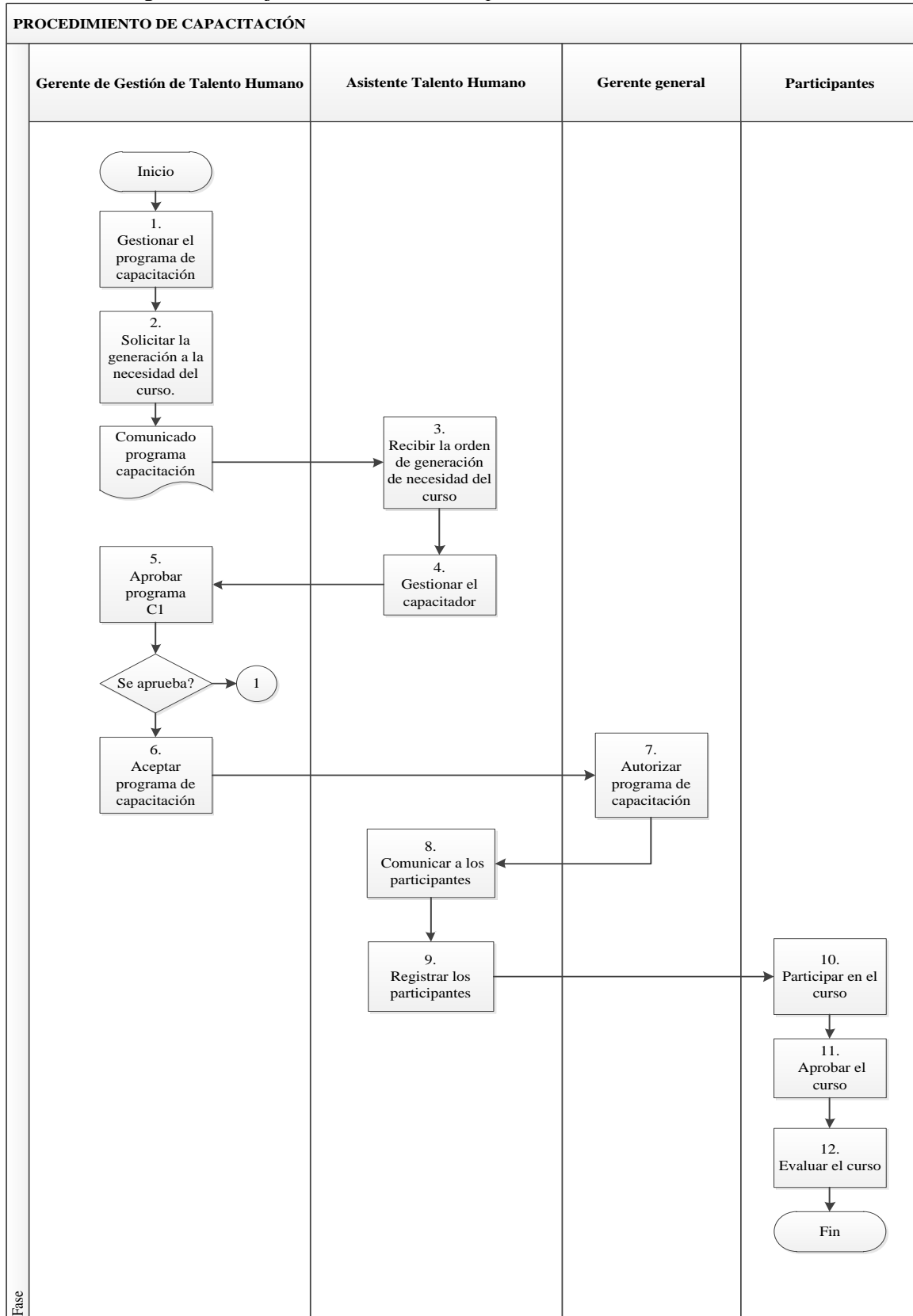
Considerando que el diseño de procesos requiere la participación de los colaboradores, se plantea la obtención de la información mediante una entrevista con la responsable de dicho proceso, el acta de evidencia se presenta en el Anexo 4, luego se identifican las distintas etapas del proceso, estableciendo una secuencia temporal para representarlo esquemáticamente, empleando la simbología ANSI, obteniendo los siguientes diagramas de flujo.

Gráfico 60 Diagrama de Flujo Procedimiento de Comunicación Cartelera Electrónica



Fase

Gráfico 61 Diagrama de Flujo Procedimiento de Capacitación




Se plantea adicionalmente un manual de procedimiento, el mismo que es elaborado bajo la estructura propuesta por (Ecuador, Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, 2012).

“El manual de procesos y procedimientos, es un documento vivo que necesita ser administrado permanentemente; y sobre su base, desarrollar e implantar proyectos de optimización y automatización de procesos, lo que facilitará el logro de altos estándares de calidad y productividad.” (Ecuador, Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, 2012).

La estructura utilizada para ejemplificar la documentación del procedimiento consiste en los siguientes puntos y se aplica al Procedimiento de Comunicación Cartelera Electrónica y al Procedimiento de Capacitación.


1. Carátula
 - 1.1 Encabezado (Logotipo, Vigencia, Código, Versión, Páginas)
 - 1.2 Nombre del procedimiento
 - 1.3 Firmas de responsabilidad
2. Control de cambios
3. Generalidades
 - 3.1 Objetivo
 - 3.2 Responsabilidades
 - 3.3 Base Legal
 - 3.4 Vigencia
 - 3.5 Distribución
4. Terminología del Procedimiento
5. Descripción del Procedimiento
6. Diagrama de Flujo del Proceso

		CONFIDENCIAL Y DE USO INTERNO	
VIGENCIA	CÓDIGO	VERSIÓN	PÁGINAS
2020	PS-LOG_EXT-COM-011	01	Página 1 de 6
TITULO: PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN CARTELERA ELECTRONICA			
	NOMBRE	CARGO	FECHA
Aprobado por:	Dra. Libia Martinez	Representante Legal	06 de febrero 2020
Revisado por:	Ing. Esthela Pazmiño	Gerente General	04 de febrero 2020
Elaborado por:	María Gabriela Salazar Jaramillo	Responsable de proyecto	01 de febrero del 2019

PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN CARTELERA ELECTRÓNICA 	Código: PS-LOG_EXT-COM-011
	Tipo de proceso: Gobernante <input type="checkbox"/> Sustantivo <input checked="" type="checkbox"/> Apoyo <input type="checkbox"/>
	Estatus: Propuesto <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Publicado <input type="checkbox"/>
	Fecha de elaboración: Febrero /2019
	Fecha de última revisión: Febrero /2020
	Fecha de aprobación: Junio/2020
Página: 2 de 6	

CONTROL DE CAMBIOS

Descripción del cambio	Fecha de ejecución	Realizado por		Solicitado por	
		Nombre	Cargo	Nombre	Cargo
Elaboración del Manual	06 de febrero 2019	Gabriela Salazar	Responsable del Proyecto		
Aprobación de Manual	09 de febrero 2019	Ing. Esthela Pazmiño	Gerente General		

<p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN CARTELERA ELECTRÓNICA</p> 	Código: PS-LOG_EXT-COM-011
	Tipo de proceso: Gobernante <input type="checkbox"/> Sustantivo <input checked="" type="checkbox"/> Apoyo <input type="checkbox"/>
	Estatus: Propuesto <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Publicado <input type="checkbox"/>
	Fecha de elaboración: Febrero /2019
	Fecha de última revisión: Febrero /2020
	Fecha de aprobación: Junio/2020
Página: 3 de 6	

1. GENERALIDADES


1.1 OBJETIVO

Gestionar los canales de comunicación directos e indirectos mediante la eficiencia de los recursos visuales (cartelera, mail, redes sociales, página web, etc.) de la empresa para una imagen corporativa positiva hasta diciembre 2024.

1.2 RESPONSABILIDADES

ITEM	FUNCIONARIO
De la aprobación	Ing. Daniel Baculima
De la ejecución	Ing. Esthela Pazmiño
Del control previo y concurrente	Lcda. Hortensia Ávila
De la revisión y actualización	Ing. Daniel Baculima Ing. Esthela Pazmiño

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
Aprobado por:	Dra. Libia Martinez	Representante Legal	06 de febrero 2020	
Revisado por:	Ing. Esthela Pazmiño	Gerente General	04 de febrero 2020	
Elaborado por:	María Gabriela Salazar Jaramillo	Responsable de proyecto	01 de febrero del 2019	

<p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN CARTELERA ELECTRÓNICA</p> 	Código: PS-LOG_EXT-COM-011
	Tipo de proceso: Gobernante <input type="checkbox"/> Sustantivo <input checked="" type="checkbox"/> Apoyo <input type="checkbox"/>
	Estatus: Propuesto <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Publicado <input type="checkbox"/>
	Fecha de elaboración: Febrero /2019
	Fecha de última revisión: Febrero /2020
	Fecha de aprobación: Junio/2020
Página: 4 de 6	

1.3 BASE LEGAL

- Reglamento Interno Clínica San Francisco

1.4 VIGENCIA

A partir de la fecha de aprobación 15 de enero del 2020.


1.5 DISTRIBUCIÓN

- Departamentos Clínica San Francisco

2. TERMINOLOGÍA DEL PROCEDIMIENTO

- Boletín: Es un informe impreso de información e ideas, el cual es distribuido en forma regular (es decir, mensualmente o dos veces por año) a un grupo de gente de interés.

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
Aprobado por:	Dra. Libia Martinez	Representante Legal	06 de febrero 2020	
Revisado por:	Ing. Esthela Pazmiño	Gerente General	04 de febrero 2020	
Elaborado por:	María Gabriela Salazar Jaramillo	Responsable de proyecto	01 de febrero del 2019	

<p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN CARTELERA ELECTRÓNICA</p> 	Código: PS-LOG_EXT-COM-011
	Tipo de proceso: Gobernante <input type="checkbox"/> Sustantivo <input checked="" type="checkbox"/> Apoyo <input type="checkbox"/>
	Estatus: Propuesto <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Publicado <input type="checkbox"/>
	Fecha de elaboración: Febrero /2019
	Fecha de última revisión: Febrero /2020
	Fecha de aprobación: Junio/2020
Página: 5 de 6	


- Canal de comunicación: Es el medio de transmisión por las cuales señales portadoras de información son emitidas, información entre emisor y receptor, que emite a un referente.
- Comunicado: Es una comunicación escrita dirigida a los miembros de los medios de comunicación con el propósito de anunciar algo de interés periodístico.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO


N.	Actividad	Ejecutor
1	Gestionar el canal de comunicación	Director Administrativo
2	Desarrollar los boletines, comunicados, etc.	Asistente administrativo
3	Aceptar el comunicado	Director Administrativo

4	Aprobar el contenido legal	Comisión Jurídica
5	Publicar el comunicado	Asistente administrativo
6	Evaluar el comunicado	Cliente y Público internos y externo

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
Aprobado por:	Dra. Libia Martínez	Representante Legal	06 de febrero 2020	
Revisado por:	Ing. Esthela Pazmiño	Gerente General	04 de febrero 2020	
Elaborado por:	María Gabriela Salazar Jaramillo	Responsable de proyecto	01 de febrero del 2019	

<p align="center">PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN CARTELERA ELECTRÓNICA</p> 	Código: PS-LOG_EXT-COM-011
	Tipo de proceso: Gobernante <input type="checkbox"/> Sustantivo <input checked="" type="checkbox"/> Apoyo <input type="checkbox"/>
	Estatus: Propuesto <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Publicado <input type="checkbox"/>
	Fecha de elaboración: Febrero /2019
	Fecha de última revisión: Febrero /2020
	Fecha de aprobación: Junio/2020
Página: 6 de 6	

4. DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO


		CONFIDENCIAL Y DE USO INTERNO	
VIGENCIA	CÓDIGO	VERSIÓN	PÁGINAS
2020	PA-TAL_HUM-CAP-018	01	Página 197 de 6
PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN			
	NOMBRE	CARGO	FECHA
			FIRMA

Aprobado por:	Dra. Libia Martinez	Representante Legal	06 de febrero 2020	
Revisado por:	Ing. Esthela Pazmiño	Gerente General	04 de febrero 2020	
Elaborado por:	María Gabriela Salazar Jaramillo	Responsable de proyecto	01 de febrero del 2019	

<p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN</p> 	Código: PA-TAL_HUM-CAP-018
	Tipo de proceso: Gobernante <input type="checkbox"/> Sustantivo <input type="checkbox"/> Apoyo <input checked="" type="checkbox"/>
	Estatus: Propuesto <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Publicado <input type="checkbox"/>
	Fecha de elaboración: Febrero /2019
	Fecha de última revisión: Febrero /2020
	Fecha de aprobación: Junio/2020
	Página: 2 de 6

CONTROL DE CAMBIOS

Descripción del cambio	Fecha de ejecución	Realizado por		Solicitado por	
		Nombre	Cargo	Nombre	Cargo
Elaboración del Manual	06 de febrero 2019	Gabriela Salazar	Responsable del Proyecto		
Aprobación de Manual	09 de febrero 2019	Gerencia General			

<p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN</p> 	Código: PA-TAL_HUM-CAP-018
	Tipo de proceso: Gobernante <input type="checkbox"/> Sustantivo <input type="checkbox"/> Apoyo <input checked="" type="checkbox"/>
	Estatus: Propuesto <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Publicado <input type="checkbox"/>
	Fecha de elaboración: Febrero /2019
	Fecha de última revisión: Febrero /2020
	Fecha de aprobación: Junio/2020
	Página: 3 de 6

1. GENERALIDADES


1.1 OBJETIVO

Gestionar la competitividad mediante los cursos de capacitación para mejorar la atención del servicio en todos los aspectos que el personal de la clínica lo necesite.

1.2 RESPONSABILIDADES

ITEM	FUNCIONARIO
De la aprobación	Ing. Daniel Baculima
De la ejecución	Ing. Esthela Pazmiño
Del control previo y concurrente	Lcda. Hortensia Ávila
De la revisión y actualización	Ing. Daniel Baculima Ing. Esthela Pazmiño

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
Aprobado por:	Dra. Libia Martinez	Representante Legal	06 de febrero 2020	
Revisado por:	Ing. Esthela Pazmiño	Gerente General	04 de febrero 2020	
Elaborado por:	María Gabriela Salazar Jaramillo	Responsable de proyecto	01 de febrero del 2019	

<p align="center">PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN</p> 	Código: PA-TAL_HUM-CAP-018
	Tipo de proceso: Gobernante <input type="checkbox"/> Sustantivo <input type="checkbox"/> Apoyo <input checked="" type="checkbox"/>
	Estatus: Propuesto <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Publicado <input type="checkbox"/>
	Fecha de elaboración: Febrero /2019
	Fecha de última revisión: Febrero /2020
	Fecha de aprobación: Junio/2020
Página: 4 de 6	

1.3 BASE LEGAL

- Reglamento Interno Clínica San Francisco

1.4 VIGENCIA

A partir de la fecha de aprobación 15 de enero del 2020.


1.5 DISTRIBUCIÓN

- Departamentos Clínica San Francisco

2. TERMINOLOGÍA DEL PROCEDIMIENTO

- Programa de capacitación: Es un proceso estructurado y organizado por medio del cual se suministra información y se proporcionan habilidades a una persona para que desempeñe a satisfacción un trabajo determinado.
- Capacitador: Persona que imparte conocimientos respecto a una temática en particular.

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
Aprobado por:	Dra. Libia Martinez	Representante Legal	06 de febrero 2020	
Revisado por:	Ing. Esthela Pazmiño	Gerente General	04 de febrero 2020	
Elaborado por:	María Gabriela Salazar Jaramillo	Responsable de proyecto	01 de febrero del 2019	

<p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN</p> 	Código: PA-TAL_HUM-CAP-018
	Tipo de proceso: Gobernante <input type="checkbox"/> Sustantivo <input type="checkbox"/> Apoyo <input checked="" type="checkbox"/>
	Estatus: Propuesto <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Publicado <input type="checkbox"/>
	Fecha de elaboración: Febrero /2019
	Fecha de última revisión: Febrero /2020
	Fecha de aprobación: Junio/2020
Página: 5 de 6	

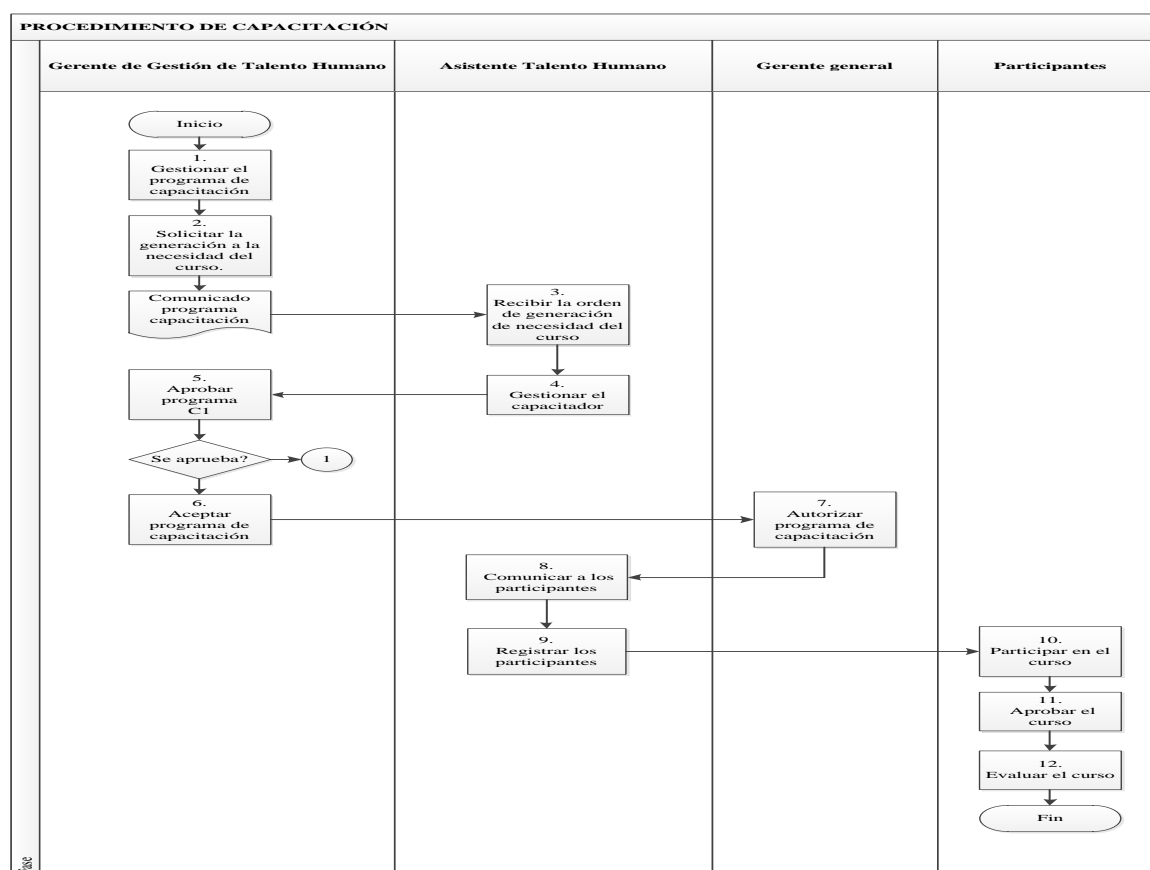
3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

N.	Actividad	Ejecutor
1	Gestionar el programa de capacitación	Gerente de Gestión de Talento Humano
2	Solicitar la generación a la necesidad del curso.	Gerente de Gestión de Talento Humano
3	Recibir la orden de generación de necesidad del curso	Asistente Talento Humano
4	Gestionar el capacitador	Asistente Talento Humano
5	Aprobar programa	Gerente de Gestión de Talento Humano
6	Aceptar programa de capacitación	Gerente de Gestión de Talento Humano
7	Autorizar programa de capacitación	Gerente general
8	Comunicar a los participantes	Asistente Talento Humano
9	Registrar los participantes	Asistente Talento Humano
10	Participar en el curso	Participantes
11	Aprobar el curso	Participantes
12	Evaluar el curso	Participantes

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
Aprobado por:	Dra. Libia Martinez	Representante Legal	06 de febrero 2020	
Revisado por:	Ing. Esthela Pazmiño	Gerente General	04 de febrero 2020	
Elaborado por:	María Gabriela Salazar Jaramillo	Responsable de proyecto	01 de febrero del 2019	

PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN	Código: PA-TAL_HUM-CAP-018
	Tipo de proceso:
	Gobernante <input type="checkbox"/> Sustantivo <input type="checkbox"/> Apoyo <input checked="" type="checkbox"/>
	Estatus:
	Propuesto <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Publicado <input type="checkbox"/>
	Fecha de elaboración: Febrero /2019
	Fecha de última revisión: Febrero /2020
Fecha de aprobación: Junio/2020	
Página: 6 de 6	

4. DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO



2.5 Quinta herramienta: Histograma

El histograma permite representar en forma gráfica la información cuantificada es decir los datos de un problema, con la ayuda de esta herramienta se puede apreciar con claridad la forma de distribución y tomar acciones respecto a los resultados del proceso.

El procedimiento para elaborar el histograma sigue los siguientes pasos:

- Se recolecta los datos necesarios para la investigación que representen el proceso de análisis, para la utilización de esta herramienta se utiliza los datos obtenidos en las planillas de inspección.
- Se elabora una tabla donde se exponen la frecuencia respectiva a cada causa, y la sumatoria de la frecuencia corresponde a la cantidad de errores.
- Se obtiene la frecuencia acumulada que consiste en la suma de la frecuencia anterior con la siguiente, donde el valor de la frecuencia de la última causa debe ser el mismo de la totalidad de errores.
- Se calcula el porcentaje respecto a la muestra, el cálculo se lo realiza dividiendo la frecuencia para el total de errores, donde la sumatoria debe ser el 100%.
- Finalmente se obtiene el porcentaje acumulado que implica ir sumando el porcentaje de cada causa con el porcentaje de la siguiente causa, donde el porcentaje de la última causa es el 100%.
- Una vez obtenida la tabla se realiza el diagrama con la ayuda del sistema operativo Excel, consiguiendo el histograma, donde se puede apreciar de mejorar manera la causa de mayor frecuencia o de mayor recurrencia.

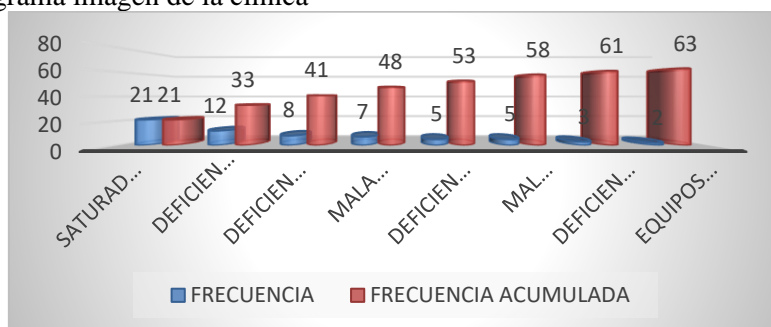
Se presenta a continuación los histogramas para determinar las causas de la mala imagen de la clínica y de la percepción del servicio de la clínica.

Tabla 66 Histograma imagen de la clínica

CAUSAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	%	% ACUMULADO
Saturado el servicio especializado	21	21	33%	33%
Deficiente coordinación interna	12	33	19%	52%
Deficiente coordinación externa	8	41	13%	65%
Mala atención clínica	7	48	11%	76%

Deficiente el servicio de trabajo social de la clínica	5	53	8%	84%
Mal manejo de desechos	5	58	8%	92%
Deficientes procesos	3	61	5%	97%
Equipos no adecuados	2	63	3%	100%
TOTAL	63		100%	

Gráfico 62 Histograma imagen de la clínica

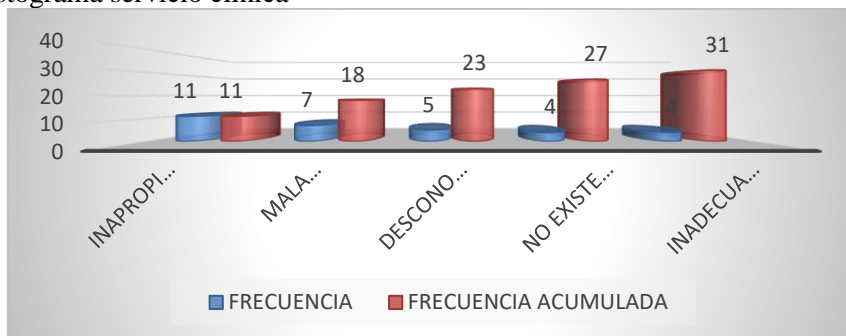


En la gráfica se observa que la mayor concentración porcentual corresponde al saturado el servicio especializado con un 33% en esta causa, seguido con el 19% la deficiente coordinación interna, el 13% la deficiente coordinación externa, el 11% se concentra en la causa mala atención clínica, con un 8% que corresponde al deficiente el servicio de trabajo social de la clínica y el mal manejo de desechos, el 5% se aprecia en los deficientes procesos y el 5% los equipos no adecuados.

Tabla 67 Histograma servicio de la clínica

CAUSAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA	%	%
		ACUMULADA		ACUMULADO
Inapropiada toma de decisiones de los jefes ante situaciones imprevistas	11	11	35%	35%
Mala comunicación entre los mandos	7	18	23%	58%
Desconocimiento del manual de procesos	5	23	16%	74%
No existe un sistema de control	4	27	13%	87%
Inadecuada ventaja competitiva	4	31	13%	100%
TOTAL	31		100%	

Gráfico 63 Histograma servicio clínica



En el caso del servicio prestado en los procesos de la clínica, se aprecia que para el 35% se deben a la inapropiada toma de decisiones de los jefes ante situaciones imprevistas, el 23% es la mala comunicación entre los mandos, seguido por el desconocimiento del manual de procesos con un 16%, el 13% se concentra en que no existe un sistema de control y la inadecuada ventaja competitiva.

2.6 Sexta herramienta: Diagrama de Pareto

Como se obtuvo en la segunda herramienta denominada planillas de inspección del total de 105 familiares y pacientes analizados, se procede a detallar la siguiente herramienta como es el Análisis de Pareto, con los 63 errores que se detectaron en la semana de seguimiento.

En el análisis de Pareto se debe detectar el 80% de las causas que generan el problema principal, que es la mala imagen de la clínica estos problemas que representan el 80% son prioridad de solución.

Partiendo de la tabla de datos en donde se aprecian el porcentaje de acumulación se obtiene el 80% donde se concentran los datos, para lo cual se ordena en función del porcentaje obtenido, posterior a esto se realiza el gráfico que permite visualizar gráficamente la curva de congregación.

Tabla 68 Análisis de Pareto para el análisis imagen de la clínica

Tipo de Defecto	Número de Defectos al mes o semana	% defectos	Cum %	Target %
Saturado el servicio especializado	21	33,3	33,3	80,0
Deficiente coordinación interna	12	19,0	52,4	80,0
Deficiente coordinación externa	8	12,7	65,1	80,0
Mala atención clínica	7	11,1	76,2	80,0
Deficiente el servicio de trabajo social de la clínica	5	7,9	84,1	20,0
Mal manejo de desechos	5	7,9	92,1	20,0
Deficientes procesos	3	4,8	96,8	20,0
Equipos no adecuados	2	3,2	100,0	20,0

Gráfico 64 Análisis de Pareto Imagen de la clínica



En el análisis de Pareto generado al seguimiento de los familiares de los pacientes y pacientes de la clínica, se puede explicar que el servicio saturado en la área de emergencias al saber que es una clínica de emergencias, la deficiente coordinación interna, la coordinación externa y la mala atención de los servicios de la clínica, son las principales causas de la imagen de la clínica, siguiendo en el principio del análisis de Pareto estos 4 problemas mencionados representan el 80% del problema de la imagen de la empresa, el 20% restante serán problemas que si hay los recursos necesarios se puede resolver sino solo se desarrolla el 80% que son la prioridad estos cuatro causas.

El 80% de las causas son que generan el problema de la mala imagen de la Clínica son:

1. Saturado el servicio especializado.
2. La deficiente coordinación interna.
3. La deficiente coordinación externa
4. Mala atención de en general de la clínica.

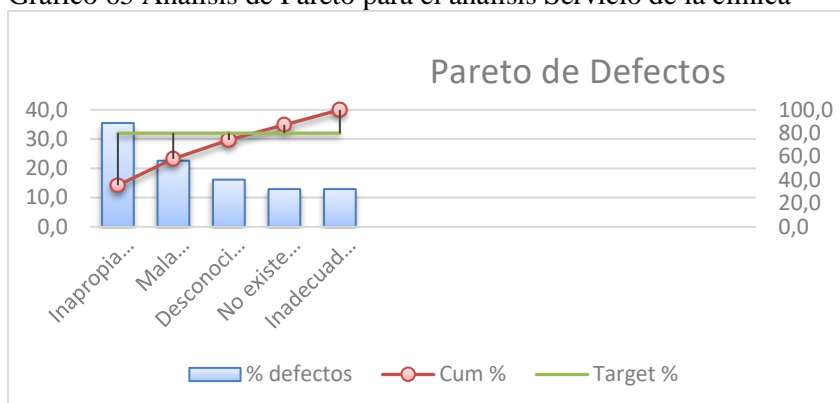
Para conocer las causas de mayor importancia ante la problemática de la inconformidad de los servicios generales en la clínica se utiliza los datos obtenidos en el conteo.

Por lo que para presentar el análisis de Pareto se ordena las causas según las más frecuentes, esta información sale de la hoja de registro, con esta información se procede al conteo para saber cuáles son las causas más repetitivas, donde se obtuvo 31 errores.

Tabla 69 Análisis de Pareto para el análisis Servicio de la clínica

Tipo de Defecto	Número de Defectos al mes o semana	% defectos	Cum %	Target %
Inapropiada toma de decisiones de los jefes ante situaciones imprevistas	11	35,5	35,5	80,0
Mala comunicación entre los mandos	7	22,6	58,1	80,0
Desconocimiento del manual de procesos	5	16,1	74,2	80,0
No existe un sistema de control	4	12,9	87,1	20,0
Inadecuada ventaja competitiva	4	12,9	100,0	20,0

Gráfico 65 Análisis de Pareto para el análisis Servicio de la clínica



Según el análisis de Pareto se aprecia que el 80% de las causas que generan el problema de los servicios generales de la clínica, son la inapropiada toma de decisiones de los jefes ante situaciones imprevistas es la mayor causa del problema mencionado, seguida por la mala comunicación y el desconocimiento del manual de procesos, estos tres problemas son el 80% de las causas que generan el problema mientras los otras dos causas si se puede contar con los recursos necesarios se solucionarían sino solo se solucionaría el 80% de los problemas.

2.7 Séptima herramienta: Diagrama de dispersión o de Correlación

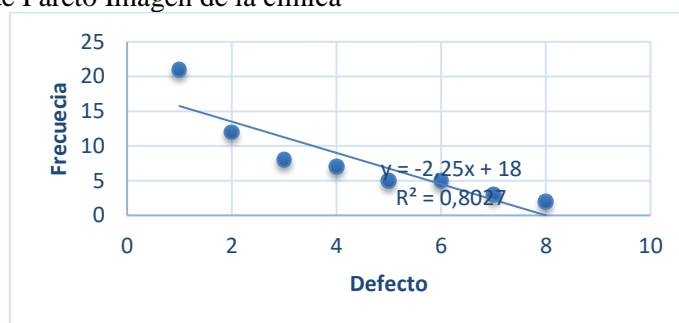
Esta herramienta clásica es una técnica para comprobar si existe alguna correlación entre una característica particular y una posible causa, o entre dos características, con los datos obtenidos se ajustan a una ecuación lineal de esta manera evaluar que tan dispersos están de la línea recta.

Se puede tener algunos escenarios en la correlación de los datos que se obtienen del gráfico como:

- Cuando los datos están dispersos, se conoce que no existe correlación entre las variables.

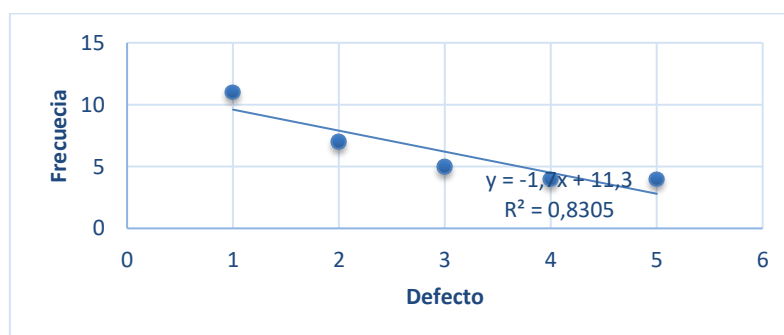
- Cuando el valor de Y se incrementa nítidamente a medida que el valor de X aumenta se conoce que se tiene una alta correlación.
- Cuando el valor de X aumenta ligeramente a medida que aumenta el valor de Y, se tiene una baja correlación positiva.
- Cuando el valor de X claramente disminuye a medida que aumenta el valor de Y, se tiene una fuerte correlación negativa.
- Cuando el valor de X disminuye ligeramente a medida que aumenta el valor de Y, se conoce que es una débil correlación.
- Cuando el valor de X parece estar relacionado con el valor de Y, pero esa relación no es fácil de establecer, la relación es compleja.

Gráfico 66 Análisis de Pareto Imagen de la clínica



Se aprecia que los resultados corresponden a que el valor de X claramente disminuye a medida que aumenta el valor de Y, por lo tanto, se tiene una fuerte correlación negativa.

Gráfico 67 Diagrama de dispersión Servicio de la clínica



En este caso el valor de X disminuye ligeramente a medida que aumenta el valor de Y, se conoce que es una débil correlación.

2.8 Plan de Acción

Para dar solución a las causas detectadas sobre el problema de la imagen de la Clínica San Francisco y el servicio percibido por parte de los pacientes y familiares se propone un plan de acción, que permita a la gerencia aplicarlo para la mejora, en el cual se plantea actividades, responsables, tiempos e indicadores para medir como se alcanza las metas planteadas.

Tabla 70 Plan de Acción Imagen de la clínica

REGISTRO DE ACCIONES CORRECTIVAS																						
Plujo de valor Filsofía Lean Thinking																						
SI	Problemas Tipos de Defectos Dirigidos	Causa Raíz	Acciones Correctivas Propuestas	Eje estratégico es el logro de la misión, visión	valor	Desperdicio 1	Desperdicio 2	Responsable	Fecha de Inicio A.C	Fecha Objetivo de Implementación	Fecha de Cierre	Indicador	Meta	OBJETIVO (UNIDADES) D	RESULTADOS (UNIDADES)	PRODUCTIVIDAD %	Verificado por	Gerencia	Mandos Medios	Áreas	Alta Responsabilidad	9 puntos
1	Comunicación	Saturado el servicio especializado	Generación de la cartelería electrónica para el aviso del tiempo de atención de espera, clientes fantasmas y evaluador de desempeño del servicio al cliente con el control de tres colores verde bueno, amarillo aceptable y rojo malo.	Calidad	90	10	0	Pablo Suárez	feb-19	mar-19	mar-19	Existencia del tiempo de espera en la cartelería Si o No	Comunicar los tiempos de espera en los canales electrónicos (cartelería electrónica) al 100%	100	80	80	Gabriela Salazar	▲	●	●	Mediana Responsabilidad	6 puntos
2	Manual desactualizado	Deficiente coordinación interna	Generar una rendición de los procesos de la Clínica con reflejo en el procesos de coordinación interna	Calidad	98	2	0	Pablo Suárez	feb-19	mar-19	mar-19	Número de cursos realizados / Total de cursos	Alcanzar el 100% de cursos planificados	10	9	90	Gabriela Salazar	●	●	▲	Baja Responsabilidad	3 puntos
3	Manual desactualizado	Deficiente coordinación externa	Generar una rendición de los procesos de la Clínica con reflejo en el procesos de coordinación externa	Calidad	95	5	0	Pablo Suárez	feb-19	mar-19	mar-19	Cursos realizados sobre la coordinación externa/ Total de cursos	Alcanzar el 100% de cursos planificados	50	50	100	Gabriela Salazar	●	●	▲		
4	Capacitación	Mala atención clínica	Dar cursos de ética al cliente y ética en el trabajo.	Calidad	99	1	0	Pablo Suárez	feb-19	mar-19	mar-19	Número de pacientes y familiares atendidos satisfactorios / total de personas planificadas en la muestra	Alcanzar el 100% de cursos planificados	50	50	100	Gabriela Salazar	▲	●	●		
5	Capacitación	Deficiente el servicio de trabajo social de la clínica	Desarrollar el curso de introducción en el equipamiento de trabajo social.	Calidad	99	1	0	Pablo Suárez	feb-19	mar-19	mar-19	Cursos realizados/ Total de cursos planificados	Alcanzar el 90% de cursos planificados	50	50	100	Gabriela Salazar	●	●	▲		
6	Comunicación	Mal manejo de desechos	Socialización en las carteleras del manejo de desechos que realiza la clínica.	Calidad	70	30	0	Pablo Suárez	feb-19	mar-19	mar-19	Existencia de comunicación del manejo de desechos Si o No	Alcanzar a socializar en todas las carteleras el manejo de desechos de la clínica	50	50	100	Gabriela Salazar	▲	●	●		
7	Capacitación	Deficientes procesos	Desarrollar de la auditoría para evaluar el funcionamiento de los procesos.	Calidad	80	20	0	Pablo Suárez	feb-19	mar-19	mar-19	Existencia auditoría interna Si o No	Trabajar en el 100% de la clínica con mejora continua.	50	50	100	Gabriela Salazar	●	●	▲		
8	Comunicación	Equipos no adecuados	Socializar en las carteleras electrónicas el uso y mantenimiento que tiene los equipos en la clínica.	Calidad	60	40	0	Pablo Suárez	feb-19	mar-19	mar-19	Existencia de información sobre el mantenimiento de los equipos en las carteleras e electrónicas Si o No	Trabajar en la clínica con información relevante.	50	50	100	Gabriela Salazar	▲	●	●		
TOTAL																8556						

CONCLUSIONES

- En el diagnóstico realizado se puede observar que existen problemas relacionados a la saturación de servicios de emergencia, que implica un mal servicio siendo un factor circunstancial para la clínica; se aprecia también en la parte de la coordinación interna y externa, estos problemas son percibidos por los pacientes y los familiares de ellos, todo esto afecta a la imagen de la clínica. Así también sobre los criterios de los colaboradores se llega como conclusión que la inadecuada toma de decisiones ante situaciones imprevistas por parte de las autoridades de la clínica es uno de los factores que conlleva a problemas en el ambiente de trabajo, la mala comunicación y el deficiente proceso conllevan a una limitada eficiencia, con este escenario se puede recaer en una pérdida de clientes y por ende a la situación difícil económica.
- Con la aplicación de las herramientas de control y mejora continua se pretende contar con herramientas para mejorar la comunicación y la eficiencia en el servicio de la clínica, por lo que se desarrolla las 7 herramientas básicas de la calidad que permite definir la metodología de aplicación en cada una, se plantea al finalizar una propuesta de mejora en un plan de acción que conlleve a solucionar las causas detectadas en la descripción problemática.

RECOMENDACIONES

- Es importante el criterio del cliente que en este caso es el paciente y los familiares que lo acompañan pues son ellos los que perciben el servicio directamente, por lo que se recomienda que para la obtención de datos como parte de la retroalimentación de información sea ejecutada por una persona comprometida con el trabajo, puesto que recolectar datos incorrectos generará una ineficiencia en la aplicación de las herramientas.
- El plan de acción propuesto es importante su aplicación puesto que disminuiría los problemas detectados en la Clínica San Francisco, mejorando el escenario actual que la entidad de salud tiene, para ello es importante socializar la problemática que se ha diagnosticado, la importancia de la aplicación de las herramientas de calidad y el mejoramiento continuo que debe existir en la clínica.

Bibliografía

- Aiteco Consultores. (2015). *Qué es un Diagrama de Flujo de Proceso o Flujograma*. Recuperado el 29 de Enero de 2020, de <https://www.aiteco.com/diagrama-de-flujo/>
- Alquilano, N. J., & Chase, R. B. (2000). *Administración de producción y operaciones: Manufactura y Servicios*. Colombia: Mc Graw Hill.
- Bernal, C. (2016). *Metodología de la Investigación*. México: Pearson.
- Clínica San Francisco. (20 de 01 de 2019). Planificación. Quito, Pichincha , Ecuador.
- Consultora Ingenio Empresa . (2019). *La hoja de verificación en calidad*. Recuperado el 29 de enero de 2020, de <https://ingenioempresa.com/hoja-de-verificacion/>
- Diario El Telégrafo. (23 de julio de 2016). *El 76% de la población de Rumiñahui proviene de otras zonas del Ecuador*. Recuperado el 25 de enero de 2020, de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/quito/1/el-76-de-la-poblacion-de-ruminahui-proviene-de-otras-zonas-del-ecuador>
- Dueñas Rossi, M. (22 de enero de 2020). *La calidad e ISO 9001*. Recuperado el 29 de enero de 2023, de <https://www.pmconsul.com/la-calidad-parte-1/>
- Ecuador, Asamblea Constituyente. (20 de octubre de 2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Recuperado el 24 de enero de 2023, de Registro Oficial N° 449: <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>
- Ecuador, Concejo Nacional de Planificación. (octubre de 2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida*. Recuperado el 20 de abril de 2020, de https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf
- Ecuador, Congreso Nacional. (22 de diciembre de 2006). *Ley Orgánica de la Salud*. Recuperado el 2 de noviembre de 2023, de Registro Oficial Suplemento 423. Última modificación: 18-dic.-2015: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Ecuador, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social . (16 de abril de 2010). *Reglamento para Atención de Salud Integral y en red de los asegurados. Resolución del IESS 308* . Recuperado el 5 de febrero de 2020, de Registro Oficial Suplemento 173. Última modificación: 22-nov.-2011: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Reglamento-para-Atenci%C3%B3n-de-Salud-Integral-y-en-Red-de-los-Asegurados.pdf>
- Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos. (junio de 2012). *Clasificación Nacional de Actividades Económicas*. Recuperado el 10 de enero de 2020, de <https://aplicaciones2.ecuadorencifras.gob.ec/SIN/descargas/ciiu.pdf>
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (diciembre de 2012). *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud*. Recuperado el 7 de febrero de 2020, de

http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

- Ecuador, Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (Agosto de 2012). *Manual de Procesos*. Recuperado el 12 de febrero de 2020, de <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/Manual-de-procedimientos.pdf>
- Figuroa, R. (12 de 5 de 2015). *Calidad Total*. Recuperado el 10 de febrero de 2020, de <http://inn-edu.com/Calidad/CalidadTotal.pdf>
- García, J., & Salazar, Y. (2017). *Aplicación de Herramientas de Calidad en empresa gráfica de breña para mejorar el cumplimiento de entrega de etapas*. Recuperado el 10 de diciembre de 2023, de Universidad San Ignacio de Loyola: <https://repositorio.usil.edu.pe/entities/publication/c3c1e333-95ef-49bc-b712-c90c7fbc37f>
- Ishikawa, K. (2003). *¿Qué es el control total de calidad. La modalidad japonesa*. Bogotá: Norma.
- Juran, J. (1990). *Juran y la planificación de la calidad*. Madrid: Díaz de Santos S.A.
- López, P. (2016). *Herramientas para la mejora de la calidad*. Madrid: Fundación Confemetal.
- Lucio, R., Villacres, N., & Henríquez, R. (enero de 2011). *Sistema de salud de Ecuador*. Recuperado el 2 de diciembre de 2023, de Ecuador Instituto Nacional de Estadística y Censos: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800013&script=sci_abstract&tlng=pt
- Maqueda, J., & Llaguno, J. (2005). *Marketing estratégico para empresas de servicios*. Madrid: Díaz de Santos S.A.
- Mejía, T. (02 de marzo de 2017). *Investigación Correlacional: Definición, Tipos y Ejemplos*. Recuperado el 1 de febrero de 2020, de <https://www.lifeder.com/investigacion-correlacional/>
- México, Instituto Nacional de capacitación Fiscal. (1997). *La Calidad y sus Herramientas*. Santiago de Querétaro: Incafi.
- México, Secretaría de Salud. (2012). *Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud*. Recuperado el 3 de diciembre de 2023, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60109/libro_01.pdf
- Miranda, F., Chamorro, A., & Rubio, S. (2012). *Introducción a la Gestión de la Calidad*. Madrid: Delta Publicaciones.
- Monje, C. (2 de marzo de 2011). *Metodología de la Investigación*. Recuperado el 1 de febrero de 2020, de <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (9 de noviembre de 2005). *¿Qué es un sistema de salud?* Recuperado el 29 de enero de 2020, de

- <https://www.who.int/features/qa/28/es/#:~:text=Algunos%20pa%C3%ADses%20ricos%20tienen%20grandes,utilizaci%C3%B3n%20ineficiente%20de%20los%20recursos.>
- Pérez Porto, J., & Merino, M. (9 de 12 de 2013). *Definición de filosofía*. Recuperado el 20 de diciembre de 2023, de <https://definicion.de/filosofia/>
- Perez, J. (2012). *Gestión por Procesos*. Madrid: Esic.
- Pinto, M., & Silva, L. (2004). *Diseño y Propuesta de un Sistema de Gestión de Calidad en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios de Floridablanca*. Recuperado el 3 de diciembre de 2023, de Universidad Industrial de Santander: <https://docplayer.es/34203935-Disenio-y-propuesta-de-un-sistema-de-gestion-de-calidad-en-el-servicio-de-urgencias-del-hospital-san-juan-de-dios-de-floridablanca.html>
- Posso Zumárraga, M. (noviembre de 2005). *La Reforma legal del IESS en salud y pensiones*. Recuperado el 24 de febrero de 2023, de <https://www.derechoecuador.com/la-reforma-legal-del-iess-en-salud-y-pensiones>
- Ramos, E. (1 de junio de 2008). *Métodos y técnicas de investigación*. Recuperado el 1 de febrero de 2023, de <https://www.gestiopolis.com/metodos-y-tecnicas-de-investigacion/>
- Rey, F. (2014). *Técnicas de Resolución de Problemas*. Madrid: FC.
- Reyes Benítez, S., Mayo Alegre, J. C., & Loredó Carballo, N. A. (2009). La evaluación de la calidad de los servicios a partir de la satisfacción de los clientes: una mirada desde el entorno empresarial cubano. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*. Recuperado el 3 de diciembre de 2023, de <https://www.eumed.net/coursecon/ecolat/cu/2009/bac.htm>
- Robles, F. (23 de 05 de 2018). *Los 15 Tipos de Investigación Científica y sus Características*. Recuperado el 1 de diciembre de 2023, de <https://www.lifeder.com/tipos-investigacion-cientifica/>
- Romero, D. (2018). *Aplicación de las Herramientas de calidad para la mejora continua del servicio de transporte de pasajeros de la Compañía Vencederos de Pichincha VIPIEX S.A. del Distrito Metropolitano de Quito*. Quito: Universidad Metropolitana del Ecuador.
- Unir Revista. (17 de mayo de 2021). *La calidad en salud y la satisfacción del paciente*. Recuperado el 2 de diciembre de 2023, de www.unir.net/salud/revista/calidad-en-salud/: <https://www.unir.net/salud/revista/calidad-en-salud/>

Anexos

Anexo 1 Formato de Encuestas



APLICACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD PARA EL CONTROL Y LA MEJORA CONTINUA DE LA CLÍNICA SAN FRANCISCO DEL CANTON RUMIÑAHUI

ENCUESTAS A FAMILIARES DE LOS PACIENTES

OBJETIVO: Conocer el criterio del encuestado respecto aspectos referentes a la calidad del servicio, lo que permitirá tener el diagnóstico de la percepción del servicio, para la propuesta de control y mejora continua en la Clínica Emergencias San Francisco.

INSTRUCCIONES: Lea la pregunta, seleccione la respuesta de su interés y encierre en un círculo la respuesta de su preferencia.

INFORMACION GENERAL

- EDAD**

DE 18 a 25 años	De 26 a 32 años	De 33 a 39 años	De 40 a 46 años	Más de 47 años
1	2	3	4	5

- SECTOR DE RESIDENCIA**

VALLE DE LOS CHILLOS	NORTE DE QUITO	SUR DE QUITO	CENTRO DE QUITO
1	2	3	4

PREGUNTAS

1. ¿A su criterio la clínica San Francisco le ofrece una atención personalizada?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1	2	3	4

2. ¿A su criterio el servicio de salud en el área de especialización se encuentra saturado (es decir lleno)?

SIEMPRE	NUNCA	A VECES

1	2	3
---	---	---

3. ¿Usted cree que la coordinación interna es?

MUY BUENA	BUENA	NEUTRO	MALA	MUY MALA
1	2	3	4	5

4. ¿Usted cree que la coordinación externa es?

MUY BUENA	BUENA	NEUTRO	MALA	MUY MALA
1	2	3	4	5

5. ¿La funcionalidad de los procesos internos de la clínica son?

EFICIENTE	MUY EFICIENTE	OPORTUNO	MUY DEFICIENTE	DEFICIENTE	NULO
1	2	3	4	5	6

6. ¿Considera que la infraestructura de la clínica es?

MUY BUENA	BUENA	NEUTRO	MALA	MUY MALA
1	2	3	4	5

7. ¿Bajo su criterio el equipamiento de la clínica es?

MUY BUENO	BUENO	NEUTRO	MALO	MUY MALO
1	2	3	4	5

8. ¿La atención del área de Trabajo Social es?

EFICIENTE	MUY EFICIENTE	OPORTUNO	MUY DEFICIENTE	DEFICIENTE	NULO
1	2	3	4	5	6

9. ¿Durante su visita, los desechos generados fueron tratados de manera adecuada?

SI	NO	SIEMPRE	A VECES
1	2	3	4

10. Su percepción sobre el trato y la atención de manera general en su visita en la Clínica fue:

AGRADABLE	SATISFACTORIO	POCO SATISFACTORIO
1	2	3



**APLICACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD PARA EL CONTROL
Y LA MEJORA CONTINUA DE LA CLÍNICA SAN FRANCISCO DEL CANTON
RUMIÑAHUI**

ENCUESTAS A PACIENTES

OBJETIVO: Conocer el criterio del encuestado respecto aspectos referentes a la calidad del servicio, lo que permitirá tener el diagnóstico de la percepción del servicio, para la propuesta de control y mejora continua en la Clínica Emergencias San Francisco.

INSTRUCCIONES: Lea la pregunta, seleccione la respuesta de su interés y encierre en un círculo la respuesta de su preferencia.

INFORMACION GENERAL

EDAD

DE 18 a 25 años	De 26 a 32 años	De 33 a 39 años	De 40 a 46 años	Más de 47 años
1	2	3	4	5

SECTOR DE RESIDENCIA

VALLE DE LOS CHILLOS	NORTE DE QUITO	SUR DE QUITO	CENTRO DE QUITO
1	2	3	4

PREGUNTAS

1. ¿A su criterio el personal de la clínica le brinda un servicio personalizado?

SI	NO	DESCONOCE	NO CONTESTA
1	2	3	4

2. ¿A su opinión el servicio especializado se encuentra saturado (es decir lleno)?

SIEMPRE	NUNCA	A VECES
1	2	3

3. ¿Según su criterio la coordinación interna es?

MUY BUENA	BUENA	NEUTRO	MALA	MUY MALA
1	2	3	4	5

4. ¿Usted cree que la coordinación externa es?

MUY BUENA	BUENA	NEUTRO	MALA	MUY MALA
1	2	3	4	5

5. ¿La funcionalidad de los procesos internos de la clínica son?

EFICIENTE	MUY EFICIENTE	OPORTUNO	MUY DEFICIENTE	DEFICIENTE	NULO
1	2	3	4	5	6

6. ¿Está conforme con la infraestructura de la clínica?

SI	NO	DESCONOCE	NO CONTESTA
1	2	3	4

7. ¿Bajo su criterio el equipamiento de la clínica es?

MUY BUENO	BUENO	NEUTRO	MALO	MUY MALO
1	2	3	4	5

8. ¿La atención del área de trabajo social es?

MUY BUENO	BUENO	NEUTRO	MALO	MUY MALO
1	2	3	4	5

9. ¿Durante su visita, los desechos generados fueron tratados de manera adecuada?

SI	NO	DESCONOCE	NO CONTESTA
1	2	3	4

10. Su percepción sobre el trato, la atención de manera general en su visita en la clínica fue:

AGRADABLE	SATISFACTORIO	POCO SATISFACTORIO
1	2	3



**APLICACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD PARA EL CONTROL
Y LA MEJORA CONTINUA DE LA CLÍNICA SAN FRANCISCO DEL CANTON
RUMIÑAHUI**

ENCUESTAS A COLABORADORES

OBJETIVO: Conocer el criterio del encuestado respecto aspectos referentes a la calidad del servicio, lo que permitirá tener el diagnóstico de la percepción del servicio, para la propuesta de control y mejora continua en la Clínica Emergencias San Francisco.

INSTRUCCIONES: Lea la pregunta, seleccione la respuesta de su interés y encierre en un círculo la respuesta de su preferencia.

INFORMACIÓN GENERAL

EDAD

DE 18 a 25 años	De 26 a 32 años	De 33 a 39 años	De 40 a 46 años	Más de 47 años
1	2	3	4	5

SECTOR DE RESIDENCIA

VALLE DE LOS CHILLOS	NORTE DE QUITO	SUR DE QUITO	CENTRO DE QUITO
1	2	3	4

AREA DE TRABAJO

PERSONAL MEDICO (DOCTOR, ENFERMERA, AUXILIARES)	PERSONAL ADMINISTRATIVO (OFICINA CONTABLE, RECEPCION, AUDITORIA)	AUXILIARES DE SERVICIOS (LIMPIEZA, COCINA, LAVANDERIA)
1	2	3

PREGUNTAS

- 1. ¿A su criterio existe una atención personalizada para pacientes y familiares de los pacientes?**

SI	NO	DESCONOCE	NO CONTESTA
1	2	3	4

2. **¿Existen ventajas competitivas en la clínica esto se refiere a los cursos capacitaciones de formación que reciben los colaboradores y la tecnología es acorde a las necesidades?**

SI	NO	DESCONOCE	NO CONTESTA
1	2	3	4

3. **¿A su criterio el servicio que brinda la clínica a sus pacientes y familiares es ágil?**

EFICIENTE	MUY EFICIENTE	OPORTUNO	MUY DEFICIENTE	DEFICIENTE	NULO
1	2	3	4	5	6

4. **¿La funcionalidad de los procesos de la clínica es?**

EFICIENTE	MUY EFICIENTE	OPORTUNO	MUY DEFICIENTE	DEFICIENTE	NULO
1	2	3	4	5	6

5. **¿La infraestructura de la clínica es?**

MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO
1	2	3	4

6. **¿Bajo su criterio el equipamiento de la clínica es?**

MUY BUENO	BUENO	NEUTRO	MALO	MUY MALO
1	2	3	4	5

7. **¿La toma de decisiones de la jefatura ante los imprevistos es?**

ALTA	MEDIA	BAJA
1	2	3

8. **¿La comunicación que existe entre los empleados y los jefes de cada área es?**

MUY BUENO	BUENO	NEUTRO	MALO	MUY MALO
1	2	3	4	5

9. **¿Existe un sistema de control efectivo de las actividades llevadas a cabo por los trabajadores de cada una de las áreas?**

SI	NO	DESCONOCE	NO CONTESTA
1	2	3	4

10. **¿Existe las facilidades de recursos para el óptimo desempeño de su trabajo?**

SI	NO	DESCONOCE	NO CONTESTA
1	2	3	4

11. **¿Existe un Manual de Procesos en la Clínica?**

SI	NO	DESCONOCE	NO CONTESTA
1	2	3	4

Anexo 2 Acta Evidencia Análisis de Causas Herramienta Diagrama de causa y efecto



“APLICACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD PARA EL CONTROL Y LA MEJORA CONTINUA DE LA CLINICA SAN FRANCISCO DEL CANTÓN RUMIÑAHUI”

RESPONSABLE: MARÍA GABRIELA SALAZAR JARAMILLO

Asunto: Análisis de Causas Herramienta Diagrama de causa y efecto

Fecha: 1 de febrero del 2019

Se reúne con los colaboradores de la Clínica San Francisco, ubicado en el Cantón Rumiñahui, con la finalidad de analizar las causas respecto a la problemática planteada de acuerdo con la herramienta Diagrama de causa y efecto, para lo cual participan en la reunión:

- Dr. Armin Pazmiño (Director médico)
- Ing. Esthela Pazmiño (Administrador del hospital)
- Dra. Libia Esthela Martínez (Gerente General del hospital)
- María Gabriela Salazar Jaramillo (Responsable del Proyecto)

La reunión inicia a las 8:00 y finaliza a las 10:00, en donde se explica la metodología por parte de la responsable del proyecto, para luego mediante lluvia de ideas se determine las causas en cada factor.

De lo anterior indicado se firma para la conformidad.

Dr. Armin Pazmiño (Director Médico): _____

Ing. Esthela Pazmiño (Administrador del Hospital): _____

Dra. Libia Esthela Martínez (Gerente General del hospital) _____

María Gabriela Salazar Jaramillo (Responsable del Proyecto) _____

Anexo 3 Acta Evidencia Valoración de las Causas Herramienta Diagrama de causa y efecto



“APLICACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD PARA EL CONTROL Y LA MEJORA CONTINUA DE LA CLÍNICA SAN FRANCISCO DEL CANTÓN RUMIÑAHUI”

RESPONSABLE: MARÍA GABRIELA SALAZAR JARAMILLO

Asunto: Valoración de las Causas Herramienta Diagrama de causa y efecto

Fecha: 5 de febrero del 2019

Se reúne con los colaboradores de la Clínica San Francisco, ubicado en el Cantón Rumiñahui, con la finalidad de dar una valoración a las causas detectadas respecto a la problemática planteada de acuerdo con la herramienta Diagrama de causa y efecto, para lo cual participan en la reunión:

- Dr. Armin Pazmiño (director médico)
- Ing. Esthela Pazmiño (Administrador del hospital)
- Dra. Libia Esthela Martínez (Gerente general del hospital)
- María Gabriela Salazar Jaramillo (responsable del Proyecto)

La reunión inicia a las 8:00 y finaliza a las 10:00, partiendo de las causas detectadas para mejorar la imagen y el servicio de la clínica San Francisco, estableciendo los siguientes valores.

- Para mejorar la imagen de la clínica:
 - +3 y el +4 representan a errores del servicio de emergencia saturado,
 - 2 son los errores debidos al deficiente coordinación interna
 - 1 son los defectos ocurridos por la deficiente coordinación externa,
 - +1 corresponde a los errores de la mala atención en la clínica,
 - 3 corresponde a los errores del deficiente servicio de trabajo social de la clínica,
 - +2 representa a la percepción del mal manejo de desechos,
 - +5 representa a los errores al mal funcionamiento o deficientes procesos y
 - 4 son errores debidos a equipos no adecuados.

- Para mejorar los servicios de la clínica:
+3 y +4 inapropiada toma de decisiones de los jefes ante situaciones imprevistas, -2 la mala comunicación entre los mandos es el parámetro,
+1 y +2 el desconocimiento del manual de procesos son los parámetros, -
1 la no existencia de un sistema de control el parámetro
-3 la inadecuada ventaja competitiva

De lo anterior indicado se firma para la conformidad.

Dr. Armin Pazmiño (director médico): _____

Ing. Esthela Pazmiño (Administrador del hospital): _____

Dra. Libia Esthela Martínez (Gerente general del hospital) _____

María Gabriela Salazar Jaramillo (responsable del Proyecto) _____

Anexo 4 Acta Evidencia Levantamiento Diagrama de Flujo



**“APLICACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD PARA EL CONTROL
Y LA MEJORA CONTINUA DE LA CLINICA SAN FRANCISO DEL CANTON
RUMIÑAHUI”**

RESPONSABLE: MARÍA GABRIELA SALAZAR JARAMILLO

Asunto: Levantamiento de información diagrama de flujo

Fecha: 4 de noviembre del 2019

Se realiza la reunión con el responsable del proceso, quien proporciona de información respecto a las actividades que comprenden

De lo anterior indicado se firma para la conformidad.

Ing. Esthela Pazmiño (jefe de Talento):

María Gabriela Salazar Jaramillo (responsable del Proyecto):



**“APLICACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD PARA EL CONTROL
Y LA MEJORA CONTINUA DE LA CLINICA SAN FRANCISCO DEL CANTON
RUMIÑAHUI”
RESPONSABLE: MARÍA GABRIELA SALAZAR JARAMILLO**

Asunto: Levantamiento de información diagrama de flujo

Fecha: 4 de noviembre del 2019

Se realiza la reunión con el responsable del proceso, quien proporciona de información respecto a las actividades que comprenden

De lo anterior indicado se firma para la conformidad.

Ing. Esthela Pazmiño (jefe de Talento):

María Gabriela Salazar Jaramillo (responsable del Proyecto):
