

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA EQUINOCCIAL

LICENCIATURA EN RELACIONES PÚBLICAS Y COMUNICACIÓN  
ORGANIZACIONAL

Trabajo de grado para la obtención del título de:

Licenciada en Relaciones Públicas y Comunicación Organizacional

**“GESTIÓN DE LA IMAGEN EXTERNA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS, A  
TRAVÉS DEL DISEÑO DE UN PLAN ESTRATÉGICO DE COMUNICACIÓN  
INTEGRAL, CASO HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN”**

Autora: Gabriela Muñoz Idrobo.

Director: Lcdo. Magíster Darío Ramos Grijalva.

Quito-Ecuador

Marzo, 2010

Del contenido del presente trabajo se responsabiliza la autora.

---

Muñoz Idrobo Ana Gabriela.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por haberme dado la vida, la salud y la fuerza para poder culminar el presente proyecto.

A mi madre por su lucha constante y por su amor.

A las distinguidas autoridades de la facultad, al personal Docente y en especial a Jorge Dousdebés Boada Decano de la Facultad, que con su conocimiento supieron guiarme y apoyarme para culminar este proyecto.

A mi director Darío Ramos que con su sabiduría, y sus consejos supo guiarme para poder realizar mi tesis.

Finalmente, a todas las personas que directa o indirectamente pudieron colaborar para el desarrollo de mi tesis.

## **DEDICATORIA**

A Dios por haberme dado la salud, sabiduría para poder culminar con este proyecto.

A mis padres, por su apoyo incondicional, comprensión, paciencia que me han dado a pesar de la distancia me ayudaron a superarme han estado en todo momento y por todo el sacrificio que han hecho para que yo pueda culminar mis estudios.

A mis abuelitos, a mis hermanos y mi sobrino por la ayuda que me han dado para superarme como persona y como buena profesional.

# ÍNDICE

## PROTOCOLO DE TESIS

1.	Introducción	1
2.	Planteamiento del problema	2
3.	Sistematización del problema	3
4.	Preguntas de investigación	5
5.	Justificación de la investigación	5
6.	Idea que se va a defender	7
7.	Objetivos	7
	7. 1. Objetivo General	7
	7.2. Objetivos Específicos	8
8.	Marco conceptual	9
	8.1. Definición términos conceptuales	9
	a) Comunicación integral	9
	b) Cultura organizacional	9
	c) Imagen institucional	9
	d) Públicos vinculados	10
	8.2. Definición términos operacionales	10
	a) Comunicación integral	10
	b) Cultura Organizacional	10
	c) Imagen institucional	10
	d) Públicos vinculados	11
9.	Marco Temporo – Espacial	11
10.	Alcance de la investigación	11

## CAPÍTULO I

### MARCO DE REFERENCIA.

Marco Teórico.- Primera parte: “Los hospitales como organizaciones sociales en la conformación de su cultura organizacional”.

Introducción	13
1.1 Definición de cultura organizacional	14
1.2 Modelos de cultura organizacional	16
a) Cultura machista	16
b) Cultura del trabajo arduo	16
c) Cultura de poner en riesgo la compañía	17
d) Cultura del proceso	17
a) Cultura del poder	18
b) Cultural del rol	19
c) Cultura del logro	20
d) Cultura del apoyo	21
a) Culturas fuertes o débiles	24
b) Culturas de cierre o apertura	25
a) Cultura vegetativa	26
b) Cultura de autoclausura	26
c) Cultura pasivo-adaptiva	26
d) Cultura activo-adaptiva	27
1.3 Los valores y las creencias como elemento imprescindible en la formación de la cultura organizacional.	29
1.4 La dinámica cultural	30
1.5 La identidad a partir de la cultural y la proyección de imagen más óptima	35

Marco Teórico Segunda parte: “El aporte de la comunicación estratégica e integral, en la configuración de la cultura e imagen de los hospitales públicos.”

Introducción	36
2.1 La comunicación estratégica	37
2.1.1 Niveles de comunicación estratégica	39

2.1.2	Implementación de la comunicación estratégica	40
2.2	La comunicación integral	44
2.2.1	Definición de comunicación integral	45
2.2.2	Elementos de la comunicación integral	46
2.2.3	Características de la comunicación integral	49
2.2.4	Ventajas de la comunicación integral	50
2.2.5	Aplicación de la comunicación integral	52
3.	Marco Institucional	57

## CAPÍTULO II

<b>2.</b>	<b>Metodología</b>	<b>63</b>
2.1	Unidad de análisis	63
2.2	Universo (público objetivo)	63
2.3	Muestra	63
2.4	Tipo de investigación	65
2.5	Método de estudio	65
2.6	Técnicas e instrumentos de estudio	66
2.7	Fuentes de Investigación	66
2.8	Representación gráfica de la investigación	66
2.9.	Análisis e interpretación de la investigación	107

## CAPÍTULO III

<b>3.</b>	<b>Propuesta</b>	109
3.1	Matriz de diagnóstico	109
3.2	Problemática comunicacional	111
3.3	Públicos receptores del mensaje	112
3.4	Redacción mensaje de Relaciones Públicas	112
3.5	Objetivos comunicacionales	113
3.6	Estrategias y Tácticas	114
3.7	Planes de acción	117
3.8	Presupuesto	135
3.9	Evaluación	136
<b>4.</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
4.1	Conclusiones	140
4.2	Recomendaciones	141
<b>5.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	143
	<b>ANEXOS</b>	145
	<b>Anexo 1:</b> Formato Marco Institucional	
	<b>Anexo 2:</b> Formato Población	
	<b>Anexo 3:</b> Formato Encuesta	
	<b>Anexo 4:</b> Formato Pantallas	



**Anexo 5:** Formato artículos promocionales

**Anexo 6:** Formato Página Web

**Lista de Esquemas:**

<b>Figura No. 1.</b>	Tipología de culturas según Scheinsonh	25
<b>Figura No. 2.</b>	Gráfico relacional de los elementos dinamizadores de cultura	32
<b>Figura No. 3.</b>	El sistema y el supra sistema	42
<b>Figura No. 4.</b>	Proceso de Planificación Estratégica de Comunicación Integral	56

## **PROTOCOLO DE TESIS**

### **1. Introducción.-**

La presente tesis incluye un análisis respecto a la utilidad de la comunicación estratégica e integral en la generación de la cultura de un hospital, en este caso público, como es el hospital Carlos Andrade Marín; y por supuesto en la creación y proyección de una imagen favorable.

La tesis inicia desde el planteamiento de un problema con su respectiva sistematización, donde se establecen las causas, los efectos y los pronósticos que se conjugan en el análisis del problema. El estudio presenta pertinencia y aplicabilidad, tanto en lo teórico, en lo práctico, en lo metodológico y en lo social.

La metodología del presente estudio es de tipo explicativa, así como predictiva y desde la perspectiva de sus variables es relacional, ya que no se manipulan las variables para dar por hecho la comprobación de la idea a defender, sino más bien se analiza su relación causa-efecto.

Luego se analizan conceptos de la cultura organizacional, su alcance, su definición, su tipología y las formas en como una cultura se manifiesta. Se plantea además, un tipo de cultura que a nuestro entender resulta la más idónea para una organización.

Por otro lado, se analiza el alcance de la comunicación estratégica y su aplicabilidad, así como su utilidad para una organización y su relación con la comunicación integral para fortalecer la imagen de una organización.

Finalmente, se plantea una propuesta de comunicación integral con el objeto de fortalecer la cultura comunicacional del hospital Andrade Marín y por ende la imagen que se aspire a proyectar hacia sus públicos.

## **2. Planteamiento del problema**

Las empresas hospitalarias carecen de una gestión de su imagen externa, debido al desconocimiento del valor que le puede generar ésta a sus productos o servicios.

Es importante evitar que la gente perciba un hospital caduco, y que no lo vean como la última alternativa para utilizar este servicio y de esta forma que el hospital no pierda la confianza de sus pacientes.

La solución que daremos es fortalecer la imagen interna (RRHH, clima, cultura, relaciones interpersonales) y un plan de comunicación externa para así fortalecer la imagen del hospital Carlos Andrade Marín.

### **3. Sistematización del problema.**

Son algunas las causas que inciden en la imagen de una organización y en un hospital como tal. Muchas organizaciones, dejan a la suerte la gestión de su imagen, lo que hace que su percepción en sus públicos quede supeditada a la libre consideración de éstos. Cuando una organización no ha sentado su institucionalización, sobre la base de un núcleo ideológico sólido, es lógico pensar que todo lo que haga a partir de ello queda sin sustento. Un hospital como cualquier otra organización, a la hora de diseñar su plan de negocios, debe establecer sus políticas de comunicación con el objeto de gestionar todos los intangibles que a partir de ella se conforman, es decir, la personalidad, cultura, identidad e imagen corporativa.

La comunicación, según Cees Van Riel, debe cumplir con dos funciones fundamentales: la función reflejo y la función ventana. La primera hace énfasis en lo importante de supervisar el entorno. Descifrar el entorno es una labor impostergable de una organización, los cambios que allí se generan influyen en el andamiaje organizativo, por tal motivo es necesario que una vez supervisado el entorno se hagan planes de comunicación, a través de los cuales se identifiquen posibles problemas comunicacionales, pero así también oportunidades, contingencias y obstáculos que un hospital suele tener.

Cuando no se planifica la comunicación conjuntamente con la estrategia empresarial, los esfuerzos por lograr una imagen bien lograda se contraponen con los objetivos que persigue la organización. La comunicación debe ser consecuente con las aspiraciones de la organización, el trabajar de manera descoordinada hace que la organización pierda recursos valiosísimos, además de que toda estrategia comunicacional queda inválida frente a los cambios que persigue una organización.

El mal manejo de la comunicación puede llevar a una organización a una crisis coyuntural, y si no se hace nada al respecto la crisis puede alcanzar un nivel estructural, obligando a las organizaciones a reconvertirse, en el mejor de los casos; o a perderse en el mercado. Un hospital público no puede conformarse, como así parece que lo hacen, con la obligatoriedad que tienen sus clientes por regresar a él, debido a que la mayoría de personas que se atienden en hospitales públicos son personas de escasos recursos económicos, que al no tener medios para atenderse en entidades privadas, se convierten en rehenes de la gestión hospitalaria pública.

Todo ello se resume en problemas para los hospitales, todos sin excepción deben cuidar su buen nombre, su reputación, su reconocimiento – si lo tuvieren – e imagen en la opinión pública. Este estudio como alternativa de solución propone elaborar una estrategia de comunicación integral, que abarque una serie de actividades comunicacionales que apunten al fortalecimiento de la imagen del hospital en sus públicos, sobre todo en los que posibilitan su permanencia.

#### **4. Preguntas de investigación.**

- ¿Los hospitales públicos gestionan su cultura corporativa mediante acciones comunicacionales?
- ¿La comunicación en un hospital es estratégica o tan solo se restringe a lo absolutamente instrumental vertical?
- ¿La comunicación integral puede fortalecer la imagen externa de una organización?

#### **5. Justificación de la investigación:**

Este estudio guarda mucha pertinencia en medida, de lo que la inversión en comunicación pueda retribuir en imagen a un hospital.

El impacto social que alcance se medirá en relación al beneficio que reciban los actores con los que se relaciona un hospital. Es importante mencionar a priori, que tanto el hospital como sus pacientes se beneficiarán, una vez terminada la gestión de imagen, ya que si una organización es capaz de proyectar una imagen favorable, verá tarde o temprano multiplicado sus pacientes.

Al diseñar estrategias comunicacionales luego de un análisis de imagen, permite que esta propuesta tenga un impacto metodológico.

El plantear tipos de estudios explicativos/predictivos supone una investigación metodológica con su respectivo análisis estadístico, los que permitirán confeccionar metodologías comunicacionales para lograr la imagen del hospital.

La revisión de literatura de la especialidad hace que el estudio proponga un debate teórico sobre lo necesario e indispensable de aplicar modelos de comunicación en la proyección ideal de la imagen de un hospital, por tanto este estudio posee impacto teórico.

Para este estudio se cuenta con los recursos humanos, operativos y financieros necesarios, los mismos que permitirán tener una óptima culminación. Se cuenta además con recursos sociales, o lo que es lo mismo, con personeros que trabajan en el hospital, los cuales permitirán el acceso a las instalaciones para realizar el respectivo levantamiento de datos.

Se cuenta con un ordenador PC para el levantamiento de texto, y con \$2000,00 los mismos que solventarán la labor del investigador, ya para investigación, para fotocopias, para anillados y empastados finales de documentos, así como aranceles estudiantiles de finalización de este trabajo.

Todo lo enunciado hasta ahora hace que esta propuesta sea pertinente de ser realizada, no sólo para beneficio del hospital Andrade Marín, sino para sus pacientes y para la comunidad en general.

## **6. Idea que se va a defender:**

La aplicación de un plan de comunicación integral en el hospital Andrade Marín permitirá el fortalecimiento y dinamización de su cultura en su gestión externa, con miras a proyectar una imagen favorable en sus públicos vinculados, y de manera especial en sus públicos pacientes.

## **7. Objetivos**

### **7.1 Objetivo General:**

Proyectar una imagen favorable en los públicos del hospital Andrade Marín, toda vez que su cultura se gestione acorde con la imagen que se aspira a proyectar.



## **7.2 Objetivo Específicos:**

- Realizar una descripción general de los tipos de cultura a los que un hospital podría acceder con miras a mejorar su imagen en sus públicos objetivos (pacientes).
- Analizar y sustentar el aporte de la comunicación estratégica e integral, así como el aporte de ésta en la configuración de la cultura e imagen de los hospitales públicos.
- Establecer o identificar factores que han influido negativamente en la imagen del Hospital Carlos Andrade Marín, mediante un análisis situacional de su imagen interna y externa.
- Diseñar una propuesta para fortalecer la imagen externa del Hospital Carlos Andrade Marín en sus públicos preferentemente en sus pacientes.

## 8. Marco conceptual:

### 8.1 Definición términos conceptuales.-

a) **Comunicación integral.-** es un conjunto homogéneo y coordinado de herramientas de comunicación empresarial que busca un efecto sinérgico de globalidad perceptiva de la organización hacia los públicos<sup>1</sup>

b) **Cultura organizacional.-** es un sistema que se basa en un conjunto central de creencias y valores, que se reordena permanentemente como consecuencia de la injerencia del entorno sobre éste. Es por esta razón que las organizaciones deben establecer un dialogo permanente con sus entornos, de modo que exista lo que Costa llama la homeóstasis racional<sup>2</sup>.

c) **Imagen institucional.-** Es la imagen que la empresa como entidad articula en las personas. Suele llamarse también imagen corporativa o de empresa.

---

<sup>1</sup> Cfr. Lacasa, A; “*GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN EMPRESARIAL*”; Ediciones Gestión 2000; España (2004). Pág., 188.

<sup>2</sup> Cfr. Villafañe, J; “*DIRECCIÓN DE COMUNICACIÓN EMPRESARIAL E INSTITUCIONAL*”; Gestión 2000.com; España (2001). Pág., 62.

La imagen institucional engloba y supera a las anteriores, puesto que una acción u omisión de cualquier organización contribuye a la conformación de una buena o mala imagen institucional.

**d) Públicos vinculados.-** según Grunig, los públicos vinculados son aquellos cuyas relaciones con una organización van más allá de una simple relación lineal, y que por el contrario mantienen una estructura vincular compleja, en la que estos posibilitan la supervivencia de la organización<sup>3</sup>.

## **8.2 Definición términos operacionales.-**

**a) Comunicación integral.-** es una técnica en la cual se busca un efecto armónico para lo cual se presenta una imagen única de dicha organización.

**b) Cultura organizacional.-** es un conjunto de valores, creencias y normas que comparten los miembros de una organización para que así los empleados mantengan un buen ambiente de trabajo.

**c) Imagen institucional.-** ésta contribuye a la conformación para que la organización tenga una buena o mala imagen, para lo cual es importante tener un gran éxito en la imagen para así poder atraer a más gente a la organización.

---

<sup>3</sup> Cfr. Xifra, J; “*TEORÍA Y PRÁCTICA DE LAS RELACIONES PÚBLICAS*”; Mc Graw Hill, Barcelona – España (2001), Pág., 134.

**d) Públicos vinculados.-** Todo grupo que incida en mayor o en menor medida en las operaciones del Hospital, de esa manera serán públicos vinculados los empleados, los afiliados (pacientes) y demás públicos identificados en esta investigación.

## **9. Marco Temporo – Espacial:**

El presente trabajo se llevó a cabo durante el segundo semestre del año 2009, y su aplicación en el Hospital Andrade Marín se ejecutará cuando la institución tome la decisión de hacerlo.

## **10. Alcance de la investigación**

La investigación que a continuación se presenta tiene por fin determinar la dimensión de la comunicación estratégica e integral en la conformación de la imagen de un hospital, sobre la base de una cultura sólida de acuerdo a la estructura del hospital. No se pretende la ejecución de la propuesta, es el diseño de ésta lo que se propone, según el análisis de su situación inicial de imagen.

La comunicación estratégica y en su sentido más amplio la comunicación integral, serán las herramientas de gestión que en un análisis teórico previo, determinarán la optimización de una cultura sólida y una imagen ideal, que aunque no exista, será al menos el aspiracional del objeto de estudio.

## **CAPÍTULO I.**

### **MARCO DE REFERENCIA.**

**Marco teórico. Primera parte: “Los hospitales como organizaciones sociales en la conformación de su cultura organizacional”.**

#### **Introducción.-**

En los últimos tiempos se ha podido constatar que las organizaciones han aumentado su interés por gestionar sus culturas organizacionales, tanto gerentes como consultores. No obstante, en el ámbito de las organizaciones sociales y en los hospitales como tales se ve una falta de desconocimiento total, una prueba de ello es el no involucrar a la cultura en sus actos. Para comenzar, en el sector hay una incompreensión total del concepto de cultura organizacional, a tal punto que el hospital en cuestión no permitió que la investigadora de este trabajo haga un análisis o diagnóstico de la cultura del hospital, lo cual hubiese sido de gran importancia para incluir la cultura en un plan estratégico de comunicación integral.

Y lo lógico es, antes de implementar una definición para fines de este estudio, analizar algunas ponencias de varios autores.

## 1.1 Definiciones de cultura organizacional.-

Schein (1985, 1990) da una definición amplia de cultura, la ve como a) un patrón de supuestos básicos, b) inventada, descubierta o desarrollada por un grupo determinado, c) a medida que afronta sus problemas de adaptación externa e integración interna, d) que ha funcionado lo suficiente para considerarla válida y, en consecuencia, e) se enseña a los nuevos miembros como la f) forma correcta de percibir, pensar y sentir<sup>4</sup>.

Para resumir, la cultura organizacional es un sistema que se basa en un conjunto central de creencias y valores, que se reordena permanentemente como consecuencia de la injerencia del entorno sobre este. Es por esta razón que las organizaciones deben establecer un diálogo permanente con sus entornos, de modo que exista lo que Costa llama la homeóstasis relacional<sup>5</sup>.

Existen tres niveles, según Schein, por medio de los cuales se puede dilucidar el estado de la cultura de una organización: a) el nivel fáctico que incluye el comportamiento, b) el nivel de valores y c) el nivel de supuestos básicos subyacentes. De éstos, sólo el primero —el fáctico— puede ser observado directamente. Los otros dos niveles —casi siempre

---

<sup>4</sup> Schein, T. Et al. “PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA”; Mc Graw Hill; Primera Edición, México Distrito Federal (2004). Pág., 98.

<sup>5</sup> Op. Cit, pág., 69.

inconscientes— sólo pueden ser inferidos a partir de lo observable, incluyendo los valores que sólo se pueden evaluar indirectamente<sup>6</sup>.

La cultura de una organización, es el reflejo de la incidencia del entorno en ella: en la forma en cómo esta se manifiesta, tanto en sus manifestaciones estructurales, materiales, simbólicas y conductuales.

La cultura de una organización se evidencia cuando sus valores y creencias se reflejan en sus actos, ceremonias y rituales. Esta tarea no es tan fácil como pudiera pensarse, se necesita entablar una relación dinámica con el entorno y asumir a la organización como un sistema abierto, dispuesto a dejarse influir por el entorno.

La cultura es un sistema de valores y creencias que comparten profundamente los miembros de una organización y que a su vez, esas convicciones dan lugar a los comportamientos de los públicos internos. Los valores originan normas situacionales que se evidencian en el comportamiento observable. De ahí que dicho comportamiento normativo se convierte en la panacea para que los valores se deriven en normas.

Este circuito cerrado de creencias-valores-normas-creencias constituye el proceso de desarrollo cultural y se le atribuye la tenacidad que muestran las culturas. Los miembros de una organización son parte del cambio cultural, al infringir las normas se les presiona para que las cumplan, se recurre a la

---

<sup>6</sup> *Ibíd.*,



presión y en el peor de los casos al ostracismo. Visto así, hay dos tipos de públicos. Los que violan las normas, bien sea sin pensarlo o a conciencia, para probar el sistema cultural de la organización y los que desafían los supuestos y creencias básicas del sistema y, en consecuencia, son más peligrosos para el orden establecido.

El que comprendan los trabajadores de una organización –incluidos altos mandos- lo importante de que una cultura se manifieste hará que una organización y un hospital como tal, pongan empeño en interiorizarla<sup>7</sup>.

## **1.2 Modelos de cultura organizacional.-**

Deal y Kennedy (1982) desarrollaron los primeros modelos de cultura y propusieron las siguientes cuatro culturas organizacionales genéricas:

**A) Cultura machista.** En esta cultura individualista se toman altos riesgos pero el entorno proporciona retroalimentación rápida acerca de si las acciones fueron correctas o incorrectas. La industria del entretenimiento, en especial la de producción de películas, constituye un ejemplo importante de esta cultura, como también la de publicidad.

**B) Cultura del trabajo arduo.** En este tipo de cultura la regla es la diversión y la acción. Los empleados asumen pocos riesgos e incluso unos cuantos proporcionan retroalimentación rápida; para tener éxito,

---

<sup>7</sup> Hacer que los valores y creencias de una cultura se internalicen en los trabajadores.

deben mantener un alto nivel de actividades con un nivel de riesgo relativamente bajo. Las compañías dedicadas a las ventas, en particular los minoristas que se especializan en la venta puerta a puerta, constituyen ejemplos sobresalientes de dicha cultura.

**C) Cultura de poner en riesgo la compañía.** Esta clase de cultura exige decisiones de gran riesgo y pasan varios años antes de que el entorno brinde una retroalimentación clara acerca de si la decisión fue correcta o no. Es una cultura de alto riesgo y retroalimentación lenta. Muchas organizaciones de alta tecnología, especialmente en el sector aeroespacial, representan ejemplos importantes de esta cultura.

**D) Cultura del proceso.** Cuenta con poca o ninguna retroalimentación, y para los empleados es difícil medir lo que hacen. Por el contrario, se concentran en cómo se hizo el trabajo. Las organizaciones más sometidas a control, incluso la mayor parte de las entidades gubernamentales, constituyen ejemplos comunes de la cultura del proceso.

Este primer modelo diseñado por Deal y Kennedy contribuye en gran medida a concentrar la atención en este tema, y a plantear la discusión resultante de qué tipo de cultura le convendría mejor a un hospital público como el Andrade Marín.

Sin embargo, su tipología de culturas organizacionales dista mucho de los criterios para clasificar a las compañías y hospitales por igual dentro de una de estas categorías, son difíciles de aplicar.

Harrison y Stokes (1990) ofrecen un modelo alternativo que también define cuatro tipos genéricos de cultura organizacional<sup>8</sup>. Estos son:

**A) Cultura del poder.** Se fundamenta en el supuesto de que una desigualdad de recursos es un fenómeno que ocurre en forma natural; es decir, la vida es un juego de cero adición con ganadores y perdedores bien definidos. Entre los recursos que se distribuirán de manera desigual están el dinero, el privilegio, la seguridad y la calidad general de vida. Se hace necesario contar con líderes fuertes para manejar estas desigualdades y mantener el equilibrio general del sistema. En empresas con una fuerte cultura del poder, que funcionan bien, los líderes son firmes pero justos y generosos con sus seguidores leales y existe una aceptación de la estructura jerárquica de la organización. Por otro lado, las culturas del poder manejadas en forma deficiente están reguladas por el temor, con abuso del poder para ventaja personal de los líderes y sus seguidores, a menudo con muchas intrigas políticas y conflictos internos. Las culturas del poder se ajustan mejor a las organizaciones empresariales que apenas comienzan, donde los líderes son quienes poseen la visión e

---

<sup>8</sup> Schein, T. Et al. Op. Cit, 96.

impulsan el desarrollo de la organización. No obstante, a medida que ésta crece y se hace más compleja, las exigencias hechas a los líderes para que tomen múltiples decisiones a menudo hacen inefectiva la cultura del poder. Allí surge la necesidad de diseñar sistemas y estructuras funcionales a fin de ayudar a que se realice el trabajo.

**B) Cultura del rol.** La cultura del rol sustituye racionalmente estructuras y sistemas derivados del poder puro. El supuesto básico consiste en que el trabajo se logra mejor a través de la regulación de la ley. Los roles se desarrollan de manera que especifiquen las responsabilidades y retribuciones potenciales de cada persona y se instalan los sistemas apropiados para asegurar que esto se haga de manera justa. El control es remoto, a través de un sistema de delegación en vez de hacerlo mediante el poder personal del liderazgo máximo. La cultura del rol bien manejada proporciona estabilidad, justicia y eficiencia. Las personas están protegidas de decisiones arbitrarias tomadas en la cima y, en consecuencia, pueden dedicar sus energías a las tareas en vez de a la autoprotección. En entornos estables, las organizaciones orientadas hacia los roles (burocracias) pueden ser muy eficientes, puesto que el trabajo es rutinario y se puede manejar por una serie de reglas impersonales con verificaciones y balances. Cuando surgen nuevos problemas, como ocasionalmente sucede, se desarrollan soluciones sistemáticas y se incorporan en los procedimientos operativos estándar (POE). No

obstante, debilidad de la organización del rol depende de estos POE impersonales pues tienden a ahogar creatividad e innovación y son más inflexibles, lo cual resulta peligroso para la vitalidad organizacional cuando los entonos cambian rápidamente. Aunque estos atributos no son características necesarias de la cultura del rol, infortunadamente tienden a ser comunes en la mayoría de las burocracias.

**C) Cultura del logro.** El supuesto básico de este tipo de cultura es que todas las personas desean hacer contribuciones significativas a su trabajo y a la sociedad, y disfrutar su interacción con los clientes y compañeros de trabajo. La satisfacción de una labor bien realizada y de la interacción significativa con los demás en el sitio de trabajo constituyen las verdaderas retribuciones importantes para las personas, y el trabajo debe ser organizado para permitir las retribuciones intrínsecas y las interacciones satisfactorias. Ni la cultura del poder ni la del rol permiten que esto ocurra. En ellas, el rol de la administración consiste en desarrollar situaciones de trabajo que comprometan a las personas de manera seria, que les ayuden a sentir que están contribuyendo al logro de una meta importante, articulada dentro de una clara formulación de la misión, que permitan que las personas se organicen en equipos de trabajo por autogestión con gerentes disponibles para brindar apoyo y asistencia técnica cuando sea necesario, donde la comunicación sea abierta —hacia arriba, hacia abajo y en forma lateral— y en donde las personas

tengan una oportunidad para aprender y crecer a nivel laboral. Sin embargo, una organización de logros tiene reglas y estructuras —al igual que en la del rol— y trabaja para servirle al sistema en vez de convenirse en un fin en sí misma. En la cultura del logro, el poder se concentra en crear la misión y luego monitorear su obtención. La parte negativa es la dificultad para mantener la energía y el entusiasmo que se hallan al comienzo de su desarrollo. Con frecuencia, tales empresas no prestan suficiente atención al desarrollo de sistemas y estructuras útiles, y dependen demasiado de la visión común para organizar el trabajo.

**D) Cultura del apoyo.** El supuesto básico en esta clase de cultura es que la confianza y el apoyo mutuos deben constituir la base fundamental de la relación entre el individuo y la organización. Las personas deben ser valoradas como seres humanos, no sólo como contribuyentes del trabajo u ocupantes de roles organizacionales. Básicamente, se consideran algo positivo y se espera que florezcan en este entorno de formación. Las compañías de apoyo estimulan el calor humano, e incluso el amor, entre los miembros organizacionales pero no motivan el entusiasmo. Las personas trabajan en organizaciones de apoyo porque se interesan profundamente en los individuos para quienes trabajan. Debido a esta atención, establecen relaciones más estrechas y cálidas con sus clientes y demás personas con quienes deben tratar en el trabajo. La comunicación entre los individuos de estas empresas es bastante abierta y de

apoyo, y las relaciones son muy estrechas. La armonía constituye un valor importante y se evitan las confrontaciones que puedan deteriorarla. En la mayor parte de las compañías del mundo occidental la cultura del apoyo es la menos común, especialmente en su forma pura, y más expresamente en organizaciones con tareas que cumplir. Los comportamientos normativos de esta cultura sencillamente no son valiosos en las otras tres culturas más prevalecientes. Mientras la debilidad de la organización de apoyo está en el compromiso interno con sus propios miembros y no en el compromiso con el logro de tareas externas, sus fortalezas están en la formación y desarrollo de sus integrantes. La cultura del apoyo satisface de manera evidente algunas necesidades humanas importantes que, con mucha frecuencia, las organizaciones desconocen.

El modelo de Harrison y Stokes no exige clasificar a un hospital dentro de una de las cuatro categorías. Por el contrario, la pregunta es hasta qué punto existen elementos de cada una de esas cuatro culturas en un hospital. Además, consideramos que este modelo está más relacionado con la realidad de los hospitales, y así mismo proporciona un instrumento con el cual comienza el proceso de comprender la cultura de un hospital en particular.

Ninguno de estos modelos, ni otro que se conozca se ajustará de manera exacta a ningún hospital. Sin embargo, son útiles en la formulación de ideas acerca de cómo pensar en la cultura de un hospital y pueden ayudar a concentrar esa cultura como parte del proceso de comunicación estratégica integral.

Los hospitales que quieran proyectar una imagen favorable desde la planeación de un modelo de comunicación estratégica integral deben examinar su cultura, comprenderla y hallar formas para integrar esa comprensión a su visión del futuro del hospital.

En todo hospital hay un patrón de comportamientos vigente o no, formas tradicionales en las que sus trabajadores piensan, actúan y aprenden; una óptica determinada, desde la cual es interpretada la realidad y, en consecuencia, se desarrolla la cotidianidad entre ellos, dando paso al clima organizacional, del cual hablaremos más adelante.

La cultura organizacional debe ser un elemento activo y movilizador de un hospital como de cualquier organización, que se instale a través de procesos de interacción, imitación o aprendizaje, desde el momento mismo en que una persona se integra a una organización.

La cultura no es estable tiene que ser dinámica, está en continuo movimiento, el cual surge de la manera en cómo una organización se



preocupa por hacerla activa, en todas las acciones que hace o deja de hacer.

No obstante esto, la dinamización de la cultura no garantiza que la cultura esté consolidada y bien concebida, ya que una organización cuya cultura sea frágil y pobre en valores también se puede dinamizar, y con consecuencias nefastas para la imagen de una organización.

Ahora bien, de todas las tipologías analizadas anteriormente, se puede decir que ninguna atiende a aspectos comunicacionales, es por eso que por bien tenemos que analizar una propuesta más de tipos de cultura. Esta es la que se propone en el texto de Scheinsohn, "Comunicación Estratégica Management y Fundamentos de la Imagen Corporativa", y que a continuación exponemos:

De manera general se puede tipificar las culturas según sean fuertes o débiles; o según sean éstas de cierre o de apertura.

**A) Culturas fuertes o débiles:** respecto al grado de intensidad con el que se manifiestan las creencias y valores y el grado de cohesión cultural que existe entre los implicados. Importa la coexistencia o no de subculturas y las compatibilidades e incompatibilidades entre éstas<sup>9</sup>.

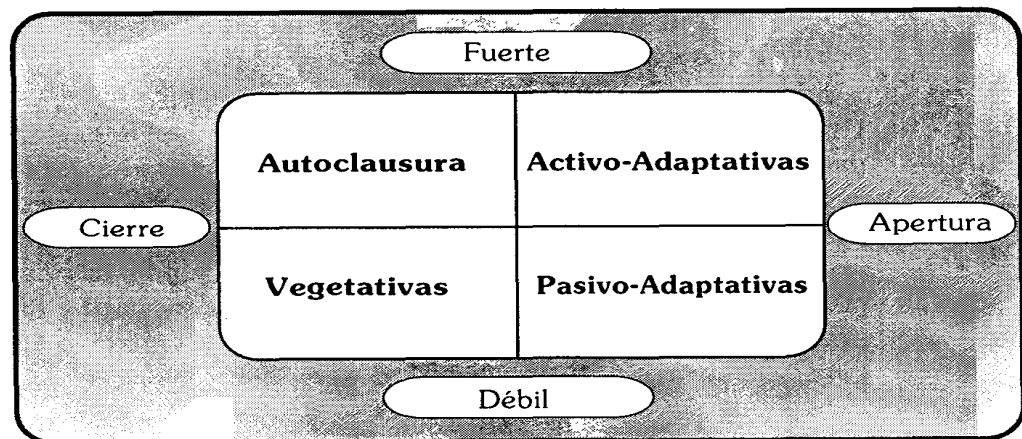
---

<sup>9</sup> Cfr. Scheinsohn, D; COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA E IMAGEN CORPORATIVA; Ediciones Macchi; Buenos Aires – Argentina (1996); pág., 73.

**B) Culturas de cierre o apertura:** respecto al grado de sensibilidad que posee acerca de los cambios que se suceden en su entorno, y la actitud que adopta al respecto<sup>10</sup>.

Sobre esta base se puede elaborar una matriz que, a partir de dos ejes (fuertes-débiles y cierre-apertura), se definen cuatro cuadrantes correspondientes a cuatro tipos de culturas genéricas (Ver figura No.1). Lo que quiere decir que previo un diagnóstico cultural, un hospital podría tener alguno de estos tipos de cultura.

**Figura No 1.**  
**Tipología de culturas según Scheinsohn**



**Fuente: Scheinsohn, pág., 73.**

<sup>10</sup> *Ibíd.*, 74.

El autor caracteriza a estas cuatro culturas de la siguiente manera:

**A) Cultura vegetativa:** es una empresa con un bajo grado de consciencia cultural, ya sea por divergencias, falta de cohesión o de un proyecto corporativo.

Al mismo tiempo, la empresa se encierra en sí misma pierde la oportunidad de aprender.

Este tipo de empresas, a no ser que se lo propongan y efectúen un rápido y enérgico cambio, están condenadas a desaparecer tarde o temprano.

**B) Cultura de autoclausura:** es una empresa que posee un fuerte proyecto corporativo que es compartido por mayoría; pero no toma en consideración a los cambios que se están sucediendo en su entorno. Esta actitud de ombliguismo, hace correr el riesgo de tornar en obsoleta a la estrategia, y de cometer graves errores por falta de sensibilidad a las circunstancias.

**C) Cultura pasivo-adaptativa:** esta empresa posee un proyecto corporativo inconsistente y una cultura débil; cuestión que deriva de una especial y excesiva preocupación por la plasticidad, esto es la adaptación a los requerimientos del entorno. Su principal objetivo

pasa por la adaptación, tanto que por esto, es capaz de perder de vista sus propios propósitos, en pos de lograr dominar la flexibilidad.

La plasticidad no es una cualidad negativa, siempre y cuando se la maneje con prudencia y mesura, y no como un fin en sí mismo. Los sucesivos cambios y la inestabilidad de los propósitos debilitan a la cultura y hacen imposible la existencia de un verdadero proyecto corporativo.

**D) Cultura activo-adaptativa:** esta empresa posee un alto sentido de proyecto corporativo y una fuerte consciencia de lo que está sucediendo “allá afuera” en su entorno.

La empresa toma lo necesario del entorno para aprender y lograr optimizar su actuación y proyecto.

Este modelo de cultura es el que debe aspirar alcanzar cualquier empresa que se proponga subsistir o progresar.

Más adelante, veremos como a este tipo de culturas, les puede afectar además, la manera en cómo se manifiestan las manifestaciones culturales y el proyecto de empresa conformado por la concepción del hombre en la

organización, el servicio al cliente, la calidad de los productos, y servicios, la relación con los accionistas y el rol social de la organización<sup>11</sup>.

Para complementar lo dicho anteriormente, con respecto a la cultura, se plantea en este estudio la posibilidad de marcar más aún la clasificación entablada por Daniel Scheinsohn, postulando el grado de cohesión de las manifestaciones que hacen que la cultura de una organización se dinamice como bien se decía líneas arriba. Estas manifestaciones son cuatro:

- Estructurales.
- Materiales.
- Simbólicas, y
- Conductuales<sup>12</sup>.

De este modo, aquellas culturas débiles y cerradas son aquellas que no poseen un proyecto de empresa definido y sus manifestaciones culturales no tienen un óptimo grado de cohesión; y las fuertes abiertas, en cambio, poseen un proyecto de empresa consolidado y las manifestaciones culturales están óptimamente cohesionadas.

Bien vale decir, que una cultura se manifiesta de manera estructural, a partir de cómo está vigente el poder, la autoridad, el liderazgo, la normativa, el

---

<sup>11</sup> Cfr. Ventura, J; COMUNICACIÓN CORPORATIVA, en DIRECCIÓN DE COMUNICACIÓN EMPRESARIAL E INSTITUCIONAL DE Villafañe, J; Et. Al.; Gestión 2000; Barcelona – España: (2001); pág., 198.

<sup>12</sup> Cfr. Andrade, H; CULTURA ORGANIZACIONAL, ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS SIMBÓLICOS Y COMUNICACIÓN en LA COMUNICACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES de Fernández, C, Et Al.; Trillas; México: (2002); pág., 91.

empoderamiento, etc. Las materiales, en la manera como una organización se ha dotado de lo necesario en cuanto a infraestructura, equipos de trabajo y mobiliario en general. Las simbólicas, se manifiestan según sus identificadores visuales como el logotipo, el isotipo y la gama cromática. El trato con el trabajador, la comunicación interpersonal, el modo en cómo se lo promueve, se lo promociona, se lo asciende configuran las manifestaciones conductuales.

### **1.3 Los valores y las creencias como elemento imprescindible en la formación de la cultura organizacional.-**

Al igual que todo sistema cultural una organización y/u hospital fundamenta su núcleo ideológico en los valores y creencias creados. En la organización, que toma como válidos ciertos valores y creencias, se establece un marco ético de comportamiento compartido que rige el modo de actuar esperado, estableciendo así mismo, o estableciendo para ello, un conjunto de normas necesarios para garantizar, o al menos eso se espera, la dinámica de los valores y creencias.

En una organización, las normas son la que establecen las reglas del juego, y a mayor concordancia entre éstas y los valores y creencias más se interiorizan en los trabajadores. De esta forma se mantiene vigente la cultura de una organización. Cuanto más sólida es una cultura corporativa,

menos necesarios se hacen los organigramas y los manuales de normas y procedimientos<sup>13</sup>.

La cultura corporativa establece formas de interacción, liderazgos y preferencias dentro de la empresa; y estos modelos surgen de un intercambio recíproco entre la empresa y su entorno.

#### **1.4 La dinámica cultural.-**

Una cultura estática condenaría a un hospital al desconocimiento de sus públicos, a la pérdida gradual de los valores y creencias, a la indefensión frente a un entorno cambiante e influyente, y a la falta de competitividad. Esto, a lo mejor quizá no sea de interés para quienes trabajan en hospitales públicos o privados – dependiendo de las circunstancias –, pues a la larga quienes son clientes pueden soportar todo tipo de maltrato si al final son atendidos gratuitamente. Sin embargo, se asume que no todos los hospitales pueden conformarse con esa opción, siempre hay algo por hacer, por empoderar, y si la mayoría de los pacientes de un hospital son rehenes<sup>14</sup>, se debe –por lo menos- tratar de convertirlos en clientes profetas<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> Cfr. Fernández, C; LA COMUNICACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES; Segunda edición – Trillas; México (2002); pág., 90.

<sup>14</sup> Tipo de clientes que utilizan los servicios de alguna empresa pública, porque no tiene más opciones. Cfr. Ponencia de Luis Herrera en Ciespal; seminario sobre la comunicación organizacional en el tercer encuentro de comunicadores organizacionales. Quito – Ecuador. Marzo del 2006.

<sup>15</sup> *Ibíd.* Ponencia de Luis Herrera en el segundo encuentro de comunicadores organizacionales.

La dinámica cultural encuentra su razón de ser en la manera en como una organización ha sido capaz de comprometer sus valores y creencias en todos los actos que ella realiza. De este modo, en todo evento o ritual organizacional debe aprovecharse para comprometer, afianzar y consolidar la cultura de una organización y/o de un hospital.

Todo lo que hace una empresa es significativo, porque de la simpatía y aceptación del público, una organización asegura opiniones favorables y con ello fidelidad hacia ella.

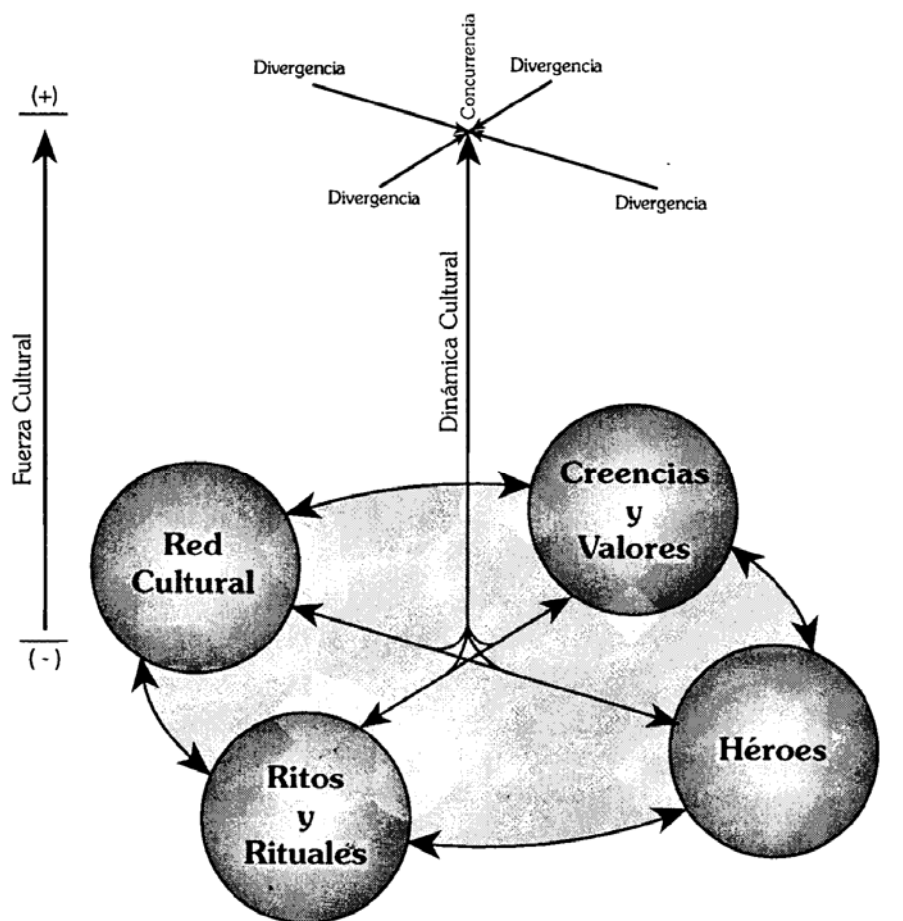
La dinámica cultural emerge de la interacción de cuatro aspectos, y tienen por objeto dinamizar a la cultura, hacerla más activa y difundirla a todos los estamentos de una organización, éstos son los siguientes:

- Hechos mitológicos.
- El conjunto de elementos culturales.
- Ritos y rituales.
- Identificadores.



**Figura No 2.**

**Gráfico relacional de los elementos dinamizadores de cultura**



**Fuente: Scheinsohn, pág., 76**

Se infiere que en comunicación externa se debe también comprometer valores y creencias en las relaciones con todos los públicos de un hospital, la cultura cumple una misión oculta en el traslado de imagen hacia el exterior.

- Los hechos mitológicos se refieren a los acontecimientos comprobables que se han dado desde que nació la organización, son interpretaciones simbólicas del nacimiento de una organización y su desarrollo, dando paso a una historia sagrada con sus héroes , gestas, batallas y todo aquello que explique, de manera figurada, como la empresa llegó a ser lo que es.
- Los elementos culturales, tales como la visión, misión valores, creencias y principios, y que forman el centro síquico de una organización describiendo lo que en ella se considera importante y necesario. Estos elementos, no sólo se deben plantear en términos racionales, pueden también ser palabras, frases slogans y demás recursos que impacten en el nivel emotivo.
- Los ritos y rituales, implican diversos modos de rituales en el plano celebrativo, en otras palabras festejos, aniversarios, inauguración de plantas, acciones que refuercen el sentido de pertenencia y fomenten la integración y la comunión, todo ello, y por añadidura para reconocer las conductas ejemplares del público interno.

- Se entiende por identificadores a todo aquel recurso como el manejo del color o gama cromática, el logo, la tipografía, uniformes, elementos gráficos de todo tipo, la decoración, entre otros, que pueden tener un gran valor simbólico cuando estos están siendo bien aprovechados<sup>16</sup>.

Por otro lado, y para concluir este apartado, es importante señalar que la cultura de una organización debe estar implícita en las acciones de comunicación externa con el mismo cuidado, tal como si lo hiciésemos a nivel interno. Existe una tendencia academicista, a pensar que con sólo el enunciado de la cultura está ya está establecida, lo cual no es cierto, pues está como hemos venido sosteniendo se debe dinamizar, y para esto la comunicación es la herramienta para hacerlo utilizando, las herramientas posibles e idóneas.

Organización u hospital – que es el caso que nos ocupa – que se resista a incluir su cultura en sus acciones comunicativas está destinada a ser percibida a medias, inconexa y continuidad. No en vano, se proclama que la comunicación y la cultura deben estar íntimamente relacionadas.

---

<sup>16</sup> Cfr. Fernández, C, Op. Cit., pág., 95.

## **1.5 La Identidad a partir de la cultura y la proyección de imagen más óptima.-**

La identidad, según Cees van Riel, es la manera en como una organización se auto-presenta ante sus públicos, a través de tres formas de expresión, una de ellas es precisamente la cultura, la otra es la comunicación y por último el simbolismo. Como se puede apreciar, la cultura, en palabras de Andrade Rodríguez, se manifiesta, y una de esas manifestaciones son las simbólicas, lo cual quiere decir, que el simbolismo forma parte de la cultura según el autor citado.

Si la cultura se consolida, la identidad estará bien expresada, pero debe ser comunicada de manera estratégica, por tal motivo se trata a continuación la comunicación estratégica como medio para comunicar la identidad de una organización, y de un hospital como tal.

**Marco teórico. Segunda parte: “El aporte de la comunicación estratégica e integral, en la configuración de la cultura e imagen de los hospitales públicos”.**

### **Introducción.-**

Hasta aquí hemos desarrollado algunos de los temas que conforman el marco de referencia del presente trabajo, el determinar, ante todo el tipo de cultura de una organización o de un hospital, es fundamental antes de iniciar un proceso de comunicación externa.

En este apartado se abordará el tema de la comunicación estratégica, se lo abordará primero, desde un enfoque teórico, según las bases teóricas de las que se nutre la comunicación estratégica.

La comunicación estratégica puede resultar exageradamente sistemática, eso hace que se ponga más énfasis en el proceso de cualquier modelo y poca atención en la especificidad del mismo. Un proceso de comunicación debe obedecer a un principio holístico, donde, y por extensión se atiende a todos y cada uno de los elementos que lo conforman. No obstante, la utilidad de un modelo de comunicación reside en que él permite transformar al complejo proceso comunicacional, en algo inteligible desde una

determinada perspectiva, en este caso, desde la perspectiva de la comunicación estratégica<sup>17</sup>.

## **2.1 La comunicación estratégica.-**

Lo estratégico hace alusión, a un conjunto de reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento.<sup>18</sup> No obstante, en lo relacionado a la comunicación organizacional, y para sustentar la especificidad de la que se hizo mención anteriormente, analizamos lo siguiente:

A pesar de que hay tratados desde una perspectiva semiótica de la comunicación estratégica, lo que a continuación detallamos, tiene que ver con la manera en cómo una organización, sin estar consciente, genera en los públicos sentimientos, ideas y evocaciones a través de los mensajes emitidos.

Al emitir mensajes, tanto voluntarios como involuntarios, se entiende que deben estar coordinados para lograr que su impacto en los públicos sea efectivo, ya sea en un nivel semántico, sintáctico y pragmático.

El nivel semántico se refiere al significado de los símbolos – mensajes. El nivel sintáctico atiende las cuestiones relativas a codificación, canales, ruido, redundancia y capacidad de canal, y el nivel pragmático es el que se ocupa

---

<sup>17</sup> Scheinsohn,D. Op. Cit, pág., 114.

<sup>18</sup> Cfr., DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA., (2009).

de las consecuencias que tienen en la conducta de aquellos que son afectados por el proceso comunicativo.

Estos tres niveles son separados sólo conceptualmente, pero han de ser entendidos como niveles interdependientes<sup>19</sup>.

La comunicación estratégica hace que estos tres niveles sean entendidos de manera interdependiente, dando paso, a lo que Scheinsohn llama semiosis comunicacional, y es ahí donde conviene hablar de comunicación estratégica.

La comunicación estratégica permite gestionar el proceso comunicativo, mediante la búsqueda de una coherencia significativa, para lo que será necesario:

- coherencia entre lo que se pretende comunicar y lo que se comunica;
- coherencia entre lo que se comunica implícita y explícitamente;
- coherencia entre los propósitos y los medios para alcanzarlos;
- coherencia entre lo que se declara y lo que se actúa<sup>20</sup>.

Todo lo que una organización genera, en calidad de matriz de información, es percibido por los públicos con los que se relaciona, originándose la lectura pública, que bien puede tener varias interpretaciones, según las

---

<sup>19</sup> Cfr., Scheinsohn, D., Op. Cit., pág., 115

<sup>20</sup> *Ibíd.*, pág. 116

posturas de cada público y su área de interés en la organización. La suma de lecturas públicas conforma la imagen global de una organización.

### **2.1.1 Niveles de la comunicación estratégica.-**

La comunicación estratégica comprende los siguientes niveles de acción:

- Nivel estratégico.
- Nivel logístico.
- Nivel táctico.
- Nivel técnico.

El nivel estratégico es el procesado de la información, que facilita saber el cómo lograr los objetivos de comunicación planteados, y que a su vez derivan de la problemática comunicacional. El nivel logístico hace una aproximación a la producción y mantenimiento de todos los recursos necesarios para la consecución de los fines estratégicos comunicacionales.

El nivel táctico refiere a todo lo que tiene que ver con el tacto. La táctica es el arte del mejor empleo de los recursos, así como también lo es detectar el momento más adecuado para su implementación. La problemática de la táctica se ocupa de los medios que serán utilizados para alcanzar los fines estratégicos. En tal sentido, serán consideradas herramientas tácticas de comunicación:



- publicidad;
- relaciones públicas;
- promoción;
- difusión periodística;
- literatura;
- papelería;
- heráldica corporativa;
- eventos;
- auspicios;
- etcétera.

Por último, el nivel técnico se refiere a todas aquellas maniobras operacionales que desde cada una de las herramientas tácticas, serán llevadas a cabo.

### **2.1.2 Implementación de la comunicación estratégica.-**

La comunicación estratégica inicia en el momento mismo, y según la realidad de una organización, en el que se aplica un diagnóstico para establecer el estado situacional, desde el cual una organización pretende o intenta cambiar la percepción que de ella tienen sus públicos.

La manera lógica de implementarla es mediante planes de intervención, en donde se insertan, desde programas hasta campañas de comunicación. Por lo tanto, la comunicación estratégica persigue objetivos tácticos; un programa, y fines estratégicos.

Como consecuencia de lo dicho anteriormente, un plan de comunicación estratégica comporta el uso de programas y campañas, que se coordinarán entre sí en la búsqueda de un efecto sinérgico, para así lograr además del objetivo táctico, el contribuir a un fin estratégico.

Ahora bien, la comunicación estratégica en el área externa, tal como se sostiene líneas arriba, comienza desde un análisis situacional. Según la teoría de los sistemas, teoría de la que se nutre la comunicación estratégica, una organización debe ser vista como un sistema.<sup>21</sup>

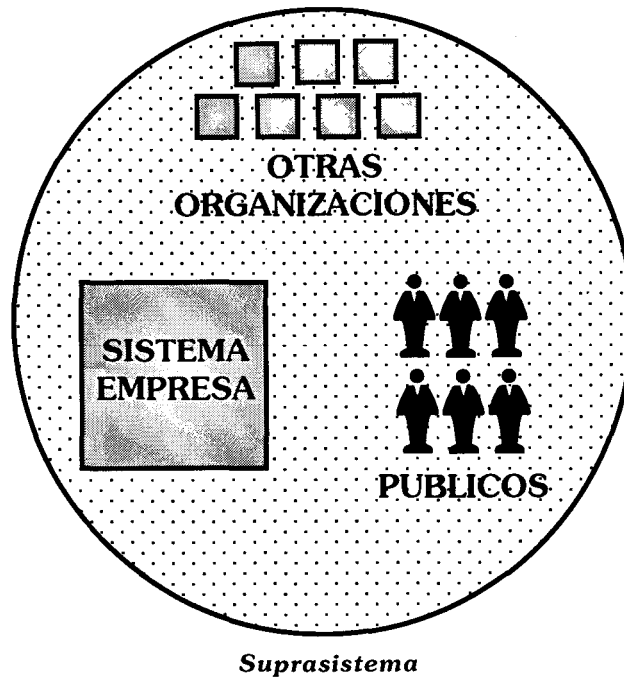
El cual se relaciona con un entorno inmediato superior conformado por los públicos con los que se relaciona una organización y demás organismos privados, públicos y sociales, llamado suprasistema (Ver figura 3).

---

<sup>21</sup> Estructura en cuanto tiene solvencia interna.

**Figura No. 3.**

**El sistema y el suprasistema**



**Fuente: Scheinsohn, pág., 127.**

Las relaciones interdependientes, que se generen entre ambos, dependerán del grado de afectación de un entorno superior y determinante llamado macrosistema.

El macrosistema integra aspectos que inciden en las relaciones del sistema con el suprasistema: el económico, político, legal, socio-cultural, demográfico, tecnológico, científico, instruccional, geográfico, ambiental, etc. Todos ellos, con tal influencia que, obligan al sistema a plantear estrategias para confrontar al entorno en sus relaciones con sus públicos.

Tal como se dijo antes, el análisis al que se refiere líneas arriba, bien puede estar enfocado en decodificar el entorno de una organización, sólo así una organización intenta predecir la influencia del entorno en sus operaciones.

Es prioridad de la comunicación estratégica aplicar las funciones de la comunicación: la ventana y la reflexión<sup>22</sup>, a la hora de decodificar el entorno.

En su intento por decodificar el entorno, trabajo nada simple, pues el entorno posee un carácter impredecible, las organizaciones deben reducir la incertidumbre y con ella minimizar el desorden, que suele ser natural sobre todo cuando una organización inicia un proceso de cambio.

De la decodificación del entorno, las organizaciones suelen establecer la estrategia empresarial, y es en función de ello, que una organización debe planificar su comunicación, estableciendo políticas de comunicación, las cuales afecten en cada uno de los planes específicos de comunicación externa que una organización estime necesario para afianzar su imagen.

La comunicación estratégica en el área externa de una organización comporta muchas instancias, que van más allá de la aplicabilidad de un plan, hay que tomar en cuenta elementos sobre los cuales no se puede tener dominio, como el entorno y su influencia.

---

<sup>22</sup> Cfr. Van Riel, C; COMUNICACIÓN CORPORATIVA, Prentice Hall; España (1997); pág., 1.

Antes de dar paso a la comunicación integral, viene bien tener presente lo que Scheinsohn reflexiona respecto a la comunicación estratégica: “el modelo de comunicación estratégica asume a la comunicación como un proceso dinámico, en constante flujo, inacabado y muy complejo. Pero esta complejidad no ha de paralizar al empresario. Por el contrario, ha de decidirlo a actuar y comprometerse mucho más con un proceso que, aunque siendo muy complejo, mediante la intervención de la comunicación estratégica, se vuelve más gobernable”.

## **2.2 La comunicación integral.-**

La creciente complejidad de los mercados, hace que cada vez más, las organizaciones apliquen nuevas estrategias para conquistarlos, eso ha dado paso a una serie de herramientas, y en el ámbito de la comunicación organizacional no es una excepción.

La imagen de una organización no puede quedar supeditada a la labor aislada de una o dos actividades funcionales<sup>23</sup> - publicidad, relaciones públicas, marketing directo, propaganda, recursos periodísticos, etc.- Se debe buscar una mayor efectividad de la comunicación para contribuir con los objetivos de una organización. Esto ha condicionado el planteamiento de

---

<sup>23</sup> Cfr. Apuntes asignatura de Comunicación externa, docente Darío Ramos Grijalva, Universidad Tecnológica Equinoccial.

los objetivos de comunicación y evidentemente la forma de consecución de estos.

En este estado de cosas cambiante ha influido el mercado y a su vez éste ha condicionado la aplicabilidad de la comunicación en la gestión de la imagen de una organización. Es entonces necesario una nueva visión, hoy por hoy absolutamente necesaria para la supervivencia de las organizaciones: “la comunicación integral”.

### **2.2.1 Definición de comunicación integral.-**

Según Lacasa, la comunicación integral es un conjunto homogéneo y coordinado de herramientas de comunicación empresarial que busca un efecto sinérgico de globalidad perceptiva de la organización hacia los públicos<sup>24</sup>.

Hemos visto que la comunicación es un valor central del mundo actual contemporáneo, además claro está, de que es una necesidad, una herramienta, una filosofía, un objetivo, un medio, un fin, un comienzo, y la única disciplina capaz de hacer avanzar y adaptarse a los avances del entorno de una organización.

---

<sup>24</sup> Óp. Cit., 188.

Visto así, se entiende que se necesitan nuevos esquemas que superen los viejos, nuevas formas de concebir a la comunicación para sacar mejor provecho de ella, que vayan encaminados a fortalecer y optimizar los recursos comunicacionales a los que una organización puede recurrir con el único fin de destacarse de entre las demás.

La empresa necesita de una comunicación que responda a las exigencias y realidades que demandan hoy los nuevos escenarios. Estas exigencias se encaminan a definir la evolución lógica de las filosofías empresariales precedentes. Esta evolución apunta no sólo a la comunicación en su sentido más amplio, sino a la denominada comunicación integral.

### **2.2.2 Elementos de la comunicación integral.-**

La comunicación integral implica cuatro elementos:

- La empresa: Y su necesaria adaptación a un nuevo concepto de gestión comunicacional.
- Los públicos: Con la posibilidad de interactuar y ser conocidos.
- Los profesionales: Que trabajan con nuevos códigos y realidades.
- Los medios: Tradicionales adaptados y nuevos<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Cfr. Lacasa, A; GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL; Ediciones Gestión 2000; España (2004); Pág., 187.

A pesar, de que se siente la necesidad de integrar todas las actividades funcionales inherentes a la comunicación, se debe señalar que la tendencia en cuanto a comunicación externa se refiere se circunscribe en muchos casos a lo estrictamente publicitario, ignorando la verdadera dimensión de las relaciones públicas, reduciéndola tan solo a la parte que se ve del iceberg<sup>26</sup> Esta concepción de las relaciones públicas, desde luego, es escasa para entender un verdadero proceso de comunicación integral.

Así, la dicotomía que integra la comunicación integral, se desfasa por la miopía de muchos empresarios que, por falta de consejo o por estar mal asesorados, no pueden integrar en un solo plan las bondades de las relaciones públicas y la publicidad.

Mientras las relaciones públicas tienen como finalidad última, influir en los públicos de una organización para conseguir de ellos una opinión favorable hacia todo lo que hace una organización; la publicidad en cambio, tiene entre sus principales roles informar, modificar, relacionar, recordar, modificar y reforzar<sup>27</sup>, que son los que con más frecuencia se le pide a una campaña de publicidad.

El uso de las relaciones públicas y de la publicidad, permite que las organizaciones se centren en públicos que la segunda no puede contemplar,

---

<sup>26</sup> Cfr. Black, S; EL ABC DE LAS RELACIONES PÚBLICAS; Ediciones Gestión 2000; Barcelona -España (2004); Pág., 17.

<sup>27</sup> Cfr. Bonta, P y Farber, M; 199 PREGUNTAS SOBRE MARKETING Y PUBLICIDAD; Grupo Editorial Norma; Colombia (1994); Pág., 130.



sin embargo son necesarios para mantener una buena imagen, pues reducir las estrategias de comunicación tan solo al ámbito publicitario, haría que todos los públicos con los que se relaciona una organización, y no solo consumidores y clientes, perciban la imagen de esta a medias.

A todo esto, se puede definir a la comunicación integral como: “Un conjunto homogéneo y coordinado de herramientas de comunicación empresarial que busca un efecto sinérgico de globalidad perceptiva de la organización hacia los públicos”<sup>28</sup>.

Se busca, por tanto, un efecto armónico y coordinado donde todas las actividades funcionales actúen de acuerdo a sus competencias dentro de un plan de comunicación integral, y que a la vez coadyuven al logro de los objetivos de una organización.

Para que el rendimiento de un plan de comunicación integral sea óptimo, las organizaciones deben preguntarse una y otra vez las expectativas que tienen los públicos de una organización, qué es lo que esperan de ésta como ciudadana, como fabricante, como generadora de empleos, etc.

Para esto se debe definir los tipos de mensaje que recibe el público de una organización. A saber, los mensajes que una organización transmite a sus públicos pueden ser, según Lacasa con: comunicacionales, interpersonales y experienciales.

---

<sup>28</sup> Cfr. Lacasa A; Op. Cit.; pág., 188.

Los comunicacionales son los que se trasladan a través de los medios de difusión colectiva y soportes en general. Los interpersonales, son los que se reciben de otras personas que tienen algo que decir. En cambio, los experienciales son los que los públicos transmiten, debido al conocimiento de una organización por haber consumido sus productos o servicios o en su caso haber comprado en los establecimientos.

### **2.2.3 Características de la Comunicación Integral.-**

- Es una herramienta de gestión estratégica.
- Utiliza todas las capacidades de comunicación humanas y materiales de la Empresa.
- Desarrolla su implementación de forma homogénea y coherente con la imagen de la empresa.
- Coordina las acciones de forma sincrónica e interdependiente.
- Va más allá de acciones a corto plazo o puntuales.
- Es multimedia y multidisciplinar.
- Tiene un enfoque Global de la Comunicación.
- Utiliza la Comunicación en un sentido bidireccional y se retroalimenta de las respuestas para siguientes acciones.
- Su filosofía es proactiva (emprendedora) y favorece políticas reactivas.

- Se desarrolla con plena incorporación a la cultura empresarial<sup>29</sup>.

Además, podemos decir, con el ánimo de caracterizar a la Comunicación Integral, que no es una serie de acciones puntuales, aisladas o de respuesta. Tampoco es saturar los medios con acciones o informaciones de relaciones públicas, publicidad y más; eso tampoco tiene consistencia con el sentido continuo de la Comunicación Integral.

#### **2.2.4 Ventajas de la Comunicación Integral.-**

Para una organización, y para un hospital de igual manera, supone utilizar comunicación integral, ya que esta posee las siguientes ventajas:

- Llevar a cabo un tipo de comunicación fundamentada en la eficacia de las acciones, teniendo éstas un plus global, continuo y a largo plazo.
- Un aumento del feedback y por lo tanto una mejor adecuación de los mensajes, además de obtener información sobre la propia realidad empresarial.
- Un mejoramiento en la identificación de la Empresa por la coherencia permanente de sus acciones e imagen.
- Un aumento de credibilidad en los mensajes emitidos.
- Un aumento decisivo de la bidireccionalidad con los públicos mejorando el nivel relacional (de lo comercial a lo social).

---

<sup>29</sup> *Ibíd.*, pág., 189.

- Emitir mensajes más adecuados a las necesidades y expectativas de los públicos.
- Superar espacios muertos de comunicación entre planes o campañas puntuales.
- Refuerza los puntos débiles de la Empresa y potencia los fuertes frente a la competencia.
- Permite aprovechar con mayor capacidad de respuesta oportunidades de mercado o coyunturales y afrontar mejor posibles amenazas para la Empresa.

Ahora, para que la aplicación de la Comunicación Integral en una organización sea efectiva, y como se dijo líneas arriba, supone un cambio en la cultura organizacional. Las organizaciones deben tener una visión más global de la comunicación en sus objetivos y en el uso de sus herramientas. A esto debe acompañar el departamento o la Agencia especializada que canalice esta política de Comunicación por el camino correcto, sincronizando las comunicaciones de Marketing, Institucionales e Internas bajo el mismo concepto a nivel de imagen.

El punto de partida para el desarrollo idóneo de una Comunicación Integral es la Auditoría de Comunicación e Imagen. Auténtico análisis pormenorizado de todos los aspectos comunicacionales de la Empresa que permite un diagnóstico exacto del dónde estamos y a dónde queremos ir en nuestra imagen de empresa.

### **2.2.5 Aplicación de la Comunicación Integral.-**

La Comunicación Integral no es un concepto nuevo, ya en Estados Unidos, en los años 60, se utilizaba por algunos responsables de marketing que observaban cómo se desperdiciaba dinero realizando campañas exclusivamente de Publicidad, Relaciones Públicas o Promoción y por el contrario acciones combinadas tenían mejores resultados.

Existen distintos aspectos que han hecho de la Comunicación Integral una técnica eficaz como respuesta a unas necesidades del mercado:

- La diversificación de las audiencias, los distintos públicos a los que una Empresa se dirige y que esperan mensajes adecuados.
- El progresivo incremento de la publicidad para llegar al público objetivo.
- La disminución de la credibilidad en la publicidad.

Comunicación Integral son mensajes de producto y mensajes corporativos estratégicamente coordinados, teniendo en cuenta que deben:

- Presentar una imagen única.
- Lanzar comunicaciones consistentes y congruentes con los valores y cultura de la empresa.

La Comunicación Integral se desarrolla en base a tres ejes:

- Investigación de Marketing.
  - Aspectos creativos.
  - Implementación.
- 
- La Investigación de Marketing incluye: Análisis de mercados, planes de marketing, auditorias, bases de datos, análisis de medios, planes estratégicos, datos de ventas, de mercados etc.
  - Los aspectos creativos suponen la realización de los materiales a utilizar en las acciones. Esto incluye los folletos, catálogos, Identidad Corporativa (Logotipos), originales para prensa, piezas audiovisuales, Web's en Internet, etc.
  - La implementación de una estrategia de Comunicación Integral puede conseguir para una Empresa:
    - a. Diferenciación con la competencia.
    - b. Crear continuas ventajas de calidad.
    - c. Mantenerse presente de forma constante en el pensamiento de los públicos.
    - d. Situarse de forma destacada en los mercados.
    - e. Realizar prospectivas para prever mercados en el futuro.
    - f. Realizar comunicaciones orientadas a los públicos objetivos y fidelizarlos.

A esto debemos añadir el control de los resultados y la retroalimentación permanente.

Marcaremos los pasos a seguir para diseñar una Comunicación Integral:

1. Debemos auditar la Empresa: Empresa, imagen, producto...
2. Debemos analizar nuestro entorno: Mercado, tendencias, competencia...
3. Analizar los públicos receptores de nuestra comunicación: Perfil, medios a través de los cuales llegamos a ellos...
4. Definir los objetivos de comunicación: Qué queremos transmitir y con qué resultados.
5. Desarrollar las estrategias adecuadas para alcanzar esos objetivos.

En Comunicación Integral se utilizan fundamentalmente los siguientes instrumentos:

- Investigación: Que fundamenta todos los planes y logra poder establecer un punto de partida seguro para poder construir estrategias eficaces, objetivos alcanzables y mensajes comprensibles.
- Publicidad: Comercial e Institucional, con todas las ventajas que supone llegar a gran cantidad de públicos en espacios cortos de tiempo, consiguiendo niveles de notoriedad muy altos.

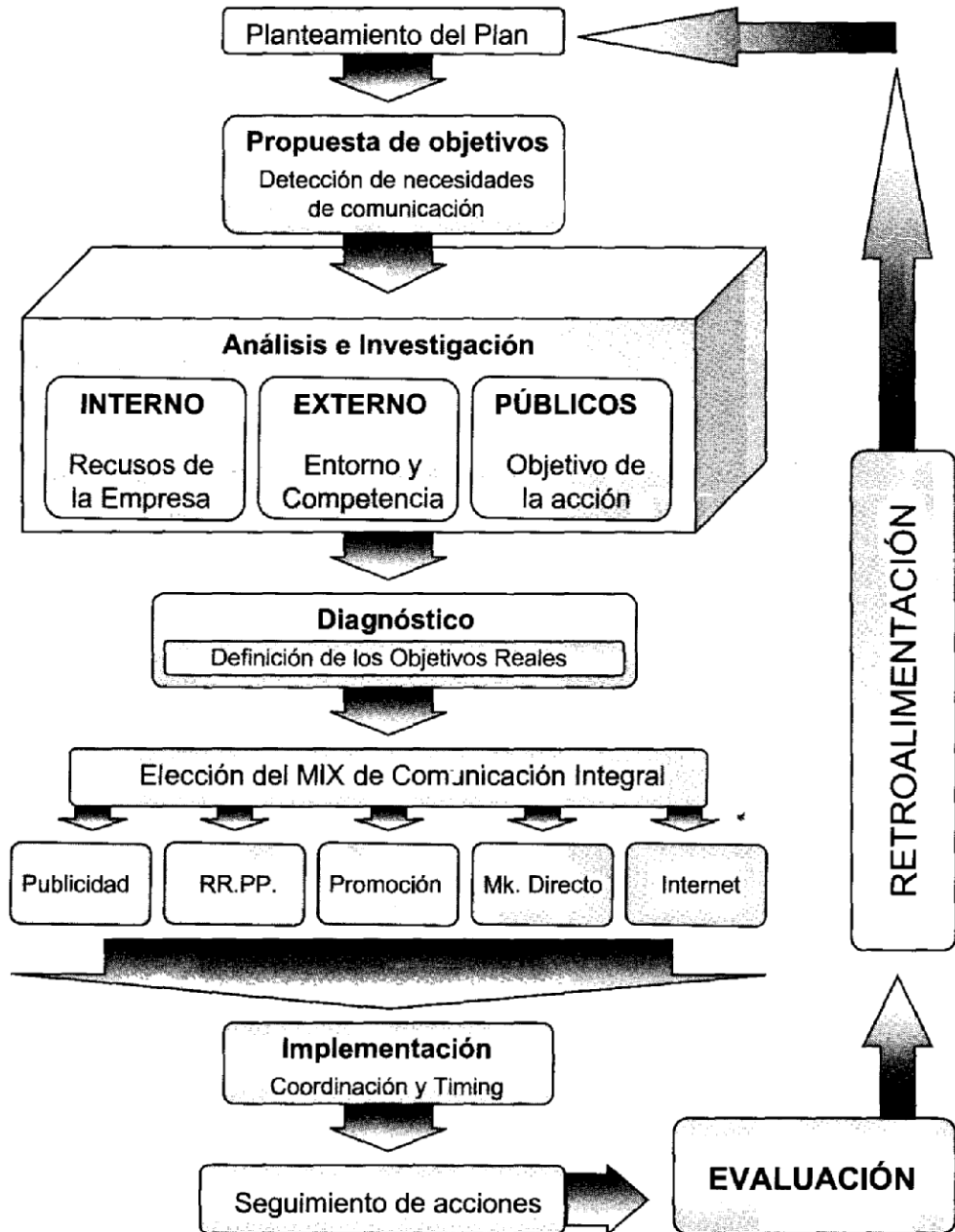
- Relaciones Públicas: Acciones para la creación de predisposiciones positivas e imagen.
- Promoción: Acciones a corto plazo, con conocimiento muy exacto del mercado para dar una oferta adecuada.
- Publicidad Directa: En toda su diversidad, con un conocimiento exacto de los públicos. Esto supone definir perfiles muy exactos, cruzar datos para obtener el público al que realmente debo alcanzar con los mensajes a lanzar.
- Medios Interactivos: Utilización de la bidireccionalidad de Internet para poder cerrar en un medio el proceso de comunicación y permitir de forma directa recoger respuestas para retroalimentar posteriores planes.



Figura No. 4

**Proceso de Planificación Estratégica de Comunicación Integral**

A. S. Lacasa



Fuente: Lacasa, pág. 194.

La Comunicación Integral es una política de comunicación estructurada como un ciclo continuo de acción — respuesta — acción, con un nivel de adaptabilidad al mercado muy superior al de otro tipo de estrategias o formas comunicativas.

### **3. Marco Institucional (Más ver anexo 1).-**

El sábado 30 de mayo de 1970, el Hospital Carlos Andrade Marín abre sus puertas para entregar atención de salud a los afiliados y jubilados del país.

Al disponer de una moderna y funcional infraestructura física, equipamiento de avanzada tecnología y el recurso humano capacitado, garantizando atención de alta especialidad y ubicándose a nivel de los mejores centros hospitalarios de Latinoamérica.

En 1936 se establece el seguro médico del Seguro Social como una sección del Instituto. En 1937 se reforma la Ley del Seguro Social Obligatorio, incorporando el Seguro de Enfermedad como un beneficio adicional para el afiliado.

Las autoridades de ese entonces no escatimaron recursos para la construcción de este importante Centro de Salud que lleva el nombre del destacado médico Carlos Andrade Marín que dirigió el Departamento Médico

del Seguro Social desde 1937, dando empuje al servicio de salud que establecían los estatutos de la Caja de Previsión Social.

Al tiempo de su apertura fue calificado como “Elefante Blanco”, que nunca se llenaría, el Hospital ha probado que es un beneficio para la ciencia y la humanidad. Actualmente ha crecido la población derecho habiente, se han acortado las posibilidades económicas para la medicina privada, el hospital se ha encogido en bienes y gentes, de modo que la lujosa atención brindada a los primeros pacientes, se ha derivado en un estrecho pero casi siempre eficaz servicio médico a los afiliados, beneficiarios y jubilados del IESS.

Durante 36 años de trayectoria ha contando con tecnología avanzada, en radiología, isótopos, ecosonografía, resonancia magnética, electrocardiografía, ergometría, hemodinámica, neurofisiología, endoscopía, broncoscopías, citoscopías, laparoscopía, laboratorio clínico, bacteriológico, entre otras, permitiéndole efectuar cirugías de alto riesgo de corazón abierto, trasplantes renales, trasplantes de cornea, neurológicas, urológicas, ginecológicas, otorrinolaringológicas, prótesis de cadera, prótesis vascular periférica, cirugía plástica, quemados, cirugías laparoscópicas. Así mismo, se efectúan intervencionismos coronarios, por catéteres, diálisis para insuficiencias renales, litotripsia. Cuenta con Neonatología, Banco de Sangre y Terapia Intensiva la más avanzada del país. Medicina Interna creó reglamentos para la atención de epidemias: SIDA, cólera, tifoidea, lupus e intoxicaciones.

Bajo la administración del Dr. Jacinto Montero Zamora, se continua con la gran tarea de remodelar y reequipar esta unidad de salud, para ir avanzando al mismo ritmo de la ciencia y la tecnología, todo esto con el fin de entregar servicios de calidad y calidez para los miles de afiliados que confían el cuidado de su salud en manos de profesionales calificados que laboran en este Centro de Salud uno de los más importantes de la Red de Salud del IESS.

El sistema hospitalario público en nuestro país tiene muchas falencias que las podemos destacar si hacemos un análisis detenido y formamos un concepto sobre la atención de la salud.

Los hospitales y centros médicos carecen de infraestructura física adecuada, salvo los que se encuentran ubicados en las ciudades principales, carecen de un equipamiento completo de alta tecnología capaz de dar atención a todas las enfermedades por esta razón los pacientes acuden masivamente del sector rural a los centros de las ciudades principalmente por atención médica congestionando y haciendo difícil el conseguir un turno.

Otro aspecto que podemos tratar es el insuficiente número de personal médico enfermeras y auxiliares que no se dan abasto para cumplir adecuadamente la salud de los pacientes y si sumamos que los horarios de

los médicos es de una, dos y hasta cuatro horas diarias y no todos los días, la atención se torna deficiente.

La carencia de medicinas, insumos y materiales propios del sistema hospitalario es muy común, los pacientes tienen que comprar en las farmacias particulares las medicinas requeridas por los médicos. Cuando los pacientes son de escasos recursos económicos y la enfermedad es de gravedad, el mejor remedio es la muerte, no hay quien ayude a esos pacientes.

Otro aspecto que podemos anotar es el trato que recibe los pacientes el mismo hecho de estar enfermo, el paciente requiere de un trato especial, con amabilidad, cariño, comprensión, tanto de los médicos, enfermeras y auxiliares, trato que no lo reciben lo cual son atendidos con grosería, impaciencia y hasta discriminación es lo que reciben los enfermos.

Pero si hemos realizado un análisis del sistema hospitalario público y la atención que reciben los pacientes para curar sus enfermedades, es también importante tratar de analizar el problema de la población que debe contar con agua potable, alcantarillado, viviendas saludables, tener una alimentación sana, cuando estos requisitos los tengamos en nuestras manos, la salud estará mas garantizada. Cuando el Ministro de Salud, este presente en todos los barrios para informar la forma de prevenir las enfermedades, tendremos ciudadanos sanos y los hombres sanos son elementos positivos para trabajar y producir.

Toda institución debe tomar en cuenta y dar a conocerse así misma de forma clara hacer bien las cosas y contar con todos los equipamientos necesarios sin engaños para los pacientes ya que la imagen es lo que cuenta y es de esta forma como los medios de comunicación atacan a la institución creando una desconfianza a la comunidad. Pero como lo es el Hospital Carlos Andrade Marín debe tener muy en cuenta su imagen ya que todas las empresas son afiliados a él, por ello la imagen es lo que proyecta a toda la sociedad.

El personal del Hospital debe trabajar en conjunto con todas las áreas ; crear un buen ambiente de trabajo para así poder atender a los pacientes con educación; dar capacitaciones de forma continua, dar cursos de relaciones humanas, para así trabajar en buen ambiente y saber las necesidades que cada uno tienen para mejorar y saber comprenderles en cada uno de los diferentes problemas que se presentan, y de esta manera proyectar una buena imagen, que los pacientes tengan un conocimiento, una opinión y valoración positiva de la institución y por tanto de los servicios que esta ofrece a la comunidad.

Otro punto importante es la falta de espacio ya que el hospital cuenta con 600 camas para los afiliados, y diariamente son atendidos en las diferentes aéreas unos 3.200 afiliados, es por esa razón que para conseguir una cama es muy difícil y deben esperar muchos días para ser internados.

Factores negativos: impuntualidad, pocas horas de trabajo de los médicos, falta de cursos de capacitación y motivaciones para los empleados.

## **CAPÍTULO II.**

### **2. METODOLOGÍA:**

#### **2.1 Unidad de análisis.-**

Afiliados al hospital Andrade Marín y el Hospital Andrade Marín.

#### **2.2 Universo (público objetivo).**

Hombres y mujeres radicados en la ciudad de Quito y cuya edad está comprendida entre 19 y mayores de 65 años de edad, además de ser afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y por ende al Hospital Andrade Marín.

#### **2.3 Muestra.-**

El tipo de muestra es probabilística puesto que todos los miembros (unidades de análisis) tienen la posibilidad de ser seleccionados. Es, además, un muestreo de tipo aleatorio simple.



- **Fórmula (muestreo de proporciones):**

Población finita: 319666 (Ver anexo 2).

$$n = \frac{Z^2 P * Q N}{e^2 N + Z^2 P * Q}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

z= Margen de confiabilidad, según los valores que se obtiene de la tabla de la distribución normal para un nivel de confianza del 95% el valor de Z es 1,96; para un nivel de confianza de 99% Z = 2.58

e= error admisible, es decir que se está dispuesto a aceptar con el nivel de confianza que se ha definido

N= Tamaño de la población.

P\*Q= 0,25

$$n = \frac{3.84 \quad (0.25) \quad 319666 \quad 306.879,36}{0.0025 \quad 319666 + 3.84 \quad 0.25 \quad 799.85}$$

Muestra (n): 400.

## **2.4 Tipo de investigación.-**

El presente estudio es de tipo descriptivo, puesto que se elaboró un cuestionario con preguntas específicas, donde se establecieron parámetros, porcentajes y frecuencias, etc., de algunos aspectos de nuestro sujeto, tales como la satisfacción del servicio, la atención del personal, las debilidades y fortalezas del hospital, información que recibe el personal, etc.

Además, es un estudio predictivo, debido a que su finalidad pretende llegar a un pronóstico; como el de determinar la incidencia de la comunicación integral en la optimización de la imagen de nuestro sujeto de estudio.

## **2.5 Métodos de estudio.-**

El presente estudio es inductivo, ya que se parte de la sistematización de un problema y su planteamiento para ir de lo particular a lo general, es así que al identificar causas se pudo establecer la problemática y por ende plantear objetivos comunicacionales para aplicar la respectiva propuesta.

Es deductivo, porque al analizar un marco teórico se dedujo las posibles utilidades del objeto de estudio, en este caso la comunicación integral, en beneficio de la imagen de nuestro sujeto de estudio, en este caso el Hospital Andrade Marín.

## 2.6 Técnicas e instrumentos de estudio.-

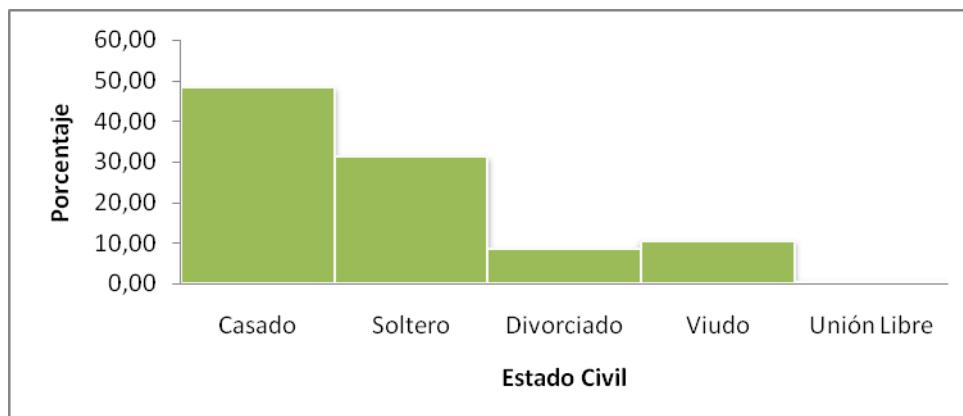
Se diseñó un cuestionario previamente planificado con preguntas específicas en las que se operacionalizaron las variables de la idea a defender (Ver anexo 3).

## 2.7 Fuentes de investigación.-

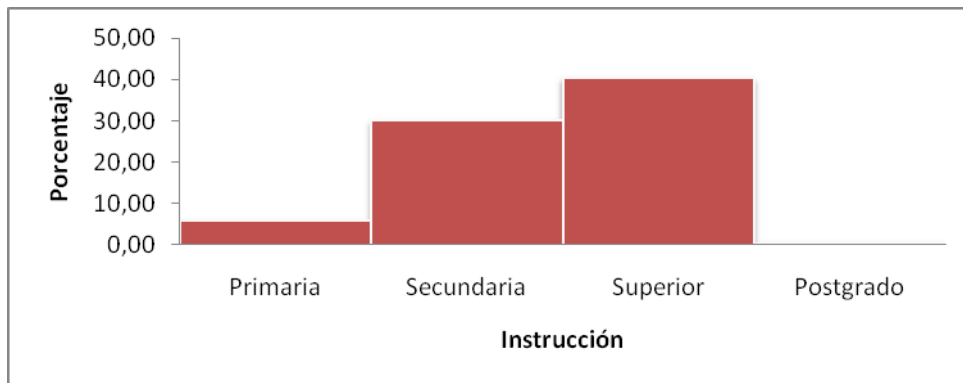
Se recurrió a fuentes primarias, tales como opiniones de los públicos investigados, también a fuentes secundarias como los archivos del hospital y terciarias como accesos a la página web del hospital.

## 2.8 Representación gráfica de la investigación.-

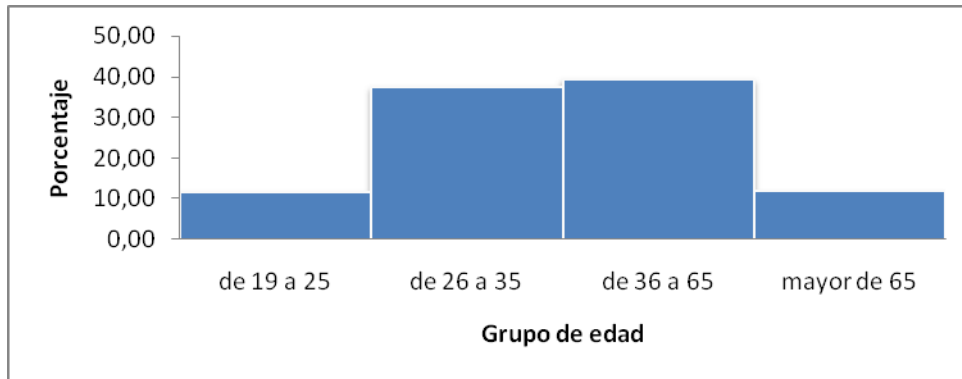
Estado Civil		
	nº	%
Casado	193	48,25
Soltero	125	31,25
Divorciado	34	8,50
Viudo	42	10,50
Unión Libre	2	0,50
Total	396	99,00
Sistema	4	1,00
Total	400	100



<b>Instrucción</b>		
	<b>nº</b>	<b>%</b>
Primaria	23	5,75
Secundaria	120	30,00
Superior	161	40,25
Postgrado	2	0,50
Total	306	76,50
Sistema	94	23,50
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100</b>



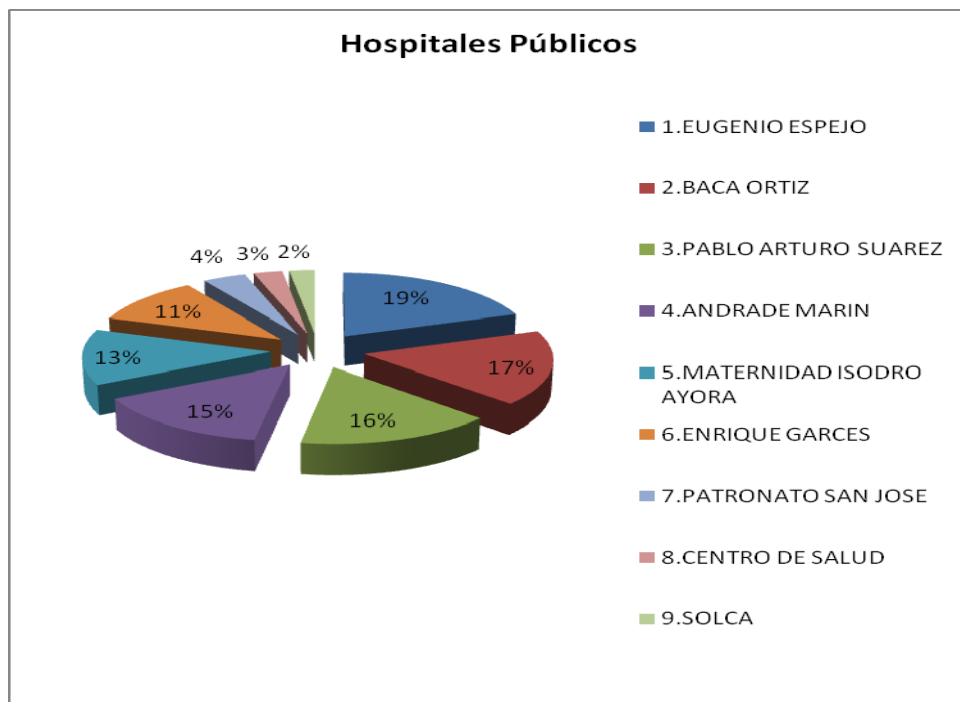
<b>Grupos de Edad</b>		
	<b>nº</b>	<b>%</b>
de 19 a 25	46	11,50
de 26 a 35	150	37,50
de 36 a 65	157	39,25
mayor de 65	47	11,75
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100</b>



- **Pregunta 1**

Mencione usted, al menos cinco hospitales públicos que usted conozca.

<b>NOMBRE DEL HOSPITAL</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
1.EUGENIO ESPEJO	352	88
2.BACA ORTIZ	311	77,75
3.PABLO ARTURO SUAREZ	282	70,5
4.ANDRADE MARIN	264	66
5.MATERNIDAD ISODRO AYORA	231	57,75
6.ENRIQUE GARCES	193	48,3
7.PATRONATO SAN JOSE	72	18
8.CENTRO DE SALUD	48	12
9.SOLCA	42	10,5



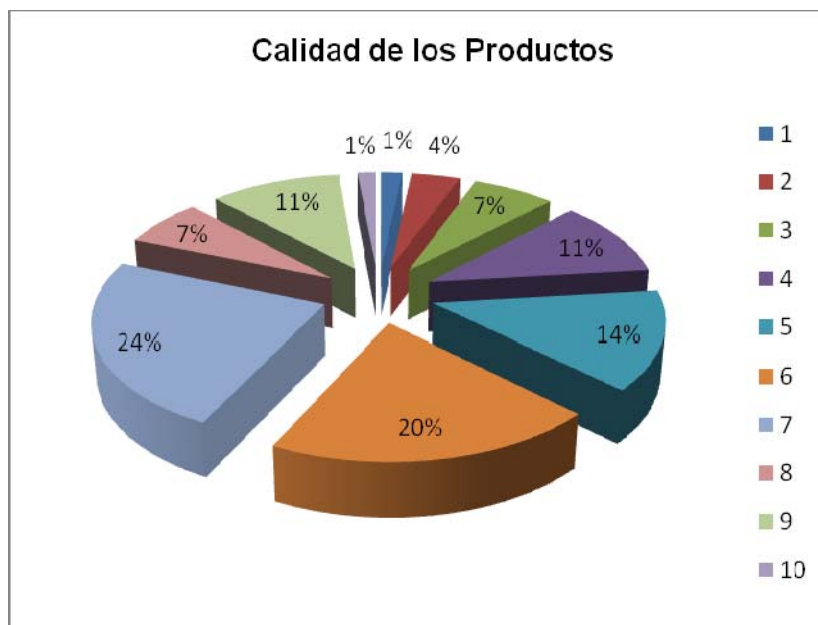
Como se observa en el gráfico de 9 hospitales públicos , el Hospital Andrade Marín se encuentra en 4 lugar según las encuestas aplicadas a los afiliados del mismo.

- **Pregunta 2**

En orden de importancia, escoja usted entre las siguientes características, las que para usted son importantes a la hora de recibir atención en un hospital público. Siendo nueve la mas importante y uno la menos importante.

- CALIDAD EN LOS PRODUCTOS RECIBIDOS
- PRECIOS DE TRATAMIENTOS MÉDICOS
- ATENCIÓN DE LAS ENFERMERAS
- GRADO DE EXPERIENCIA Y PREPARACIÓN DE LOS DOCTORES/RAS
- INSTALACIONES
- SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL
- TECNOLOGÍA MÉDICA
- SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
- CAFETERÍA
- OTROS

Criterio de Calificación	Calidad de los Productos	
	nº	%
1	7	1,75
2	16	4
3	27	6,75
4	43	10,75
5	55	13,75
6	81	20,25
7	95	23,75
8	27	6,75
9	43	10,75
S/R	6	1,5
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100</b>



Los afiliados le dan importancia en un 23,25% a la calidad de los productos.

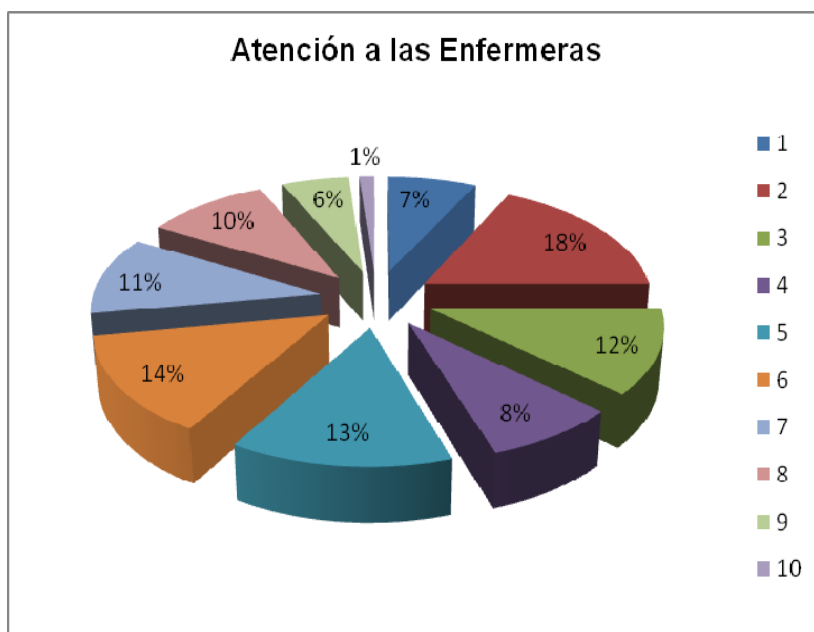


Precios de tratamientos	
nº	%
8	2
24	6
77	19,25
54	13,5
63	15,75
59	14,75
58	14,5
36	9
16	4
5	1,25
<b>400</b>	<b>100</b>



Como se observa en el gráfico el 19,25 de los afiliados le dan importancia a los precios en los tratamientos.

<b>Atención Enfermeras</b>	
<b>nº</b>	<b>%</b>
29	7,25
71	17,75
47	11,75
33	8,25
54	13,5
55	13,75
44	11
40	10
22	5,5
5	1,25
<b>400</b>	<b>100</b>



Se evidencia en el gráfico que el 18% de los afiliados le dan importancia a la atención de las enfermeras.

Experiencia Doctores	
nº	%
11	2,75
6	1,5
6	1,5
9	2,25
23	5,75
25	6,25
36	9
75	18,75
203	50,75
6	1,5
<b>400</b>	<b>100</b>



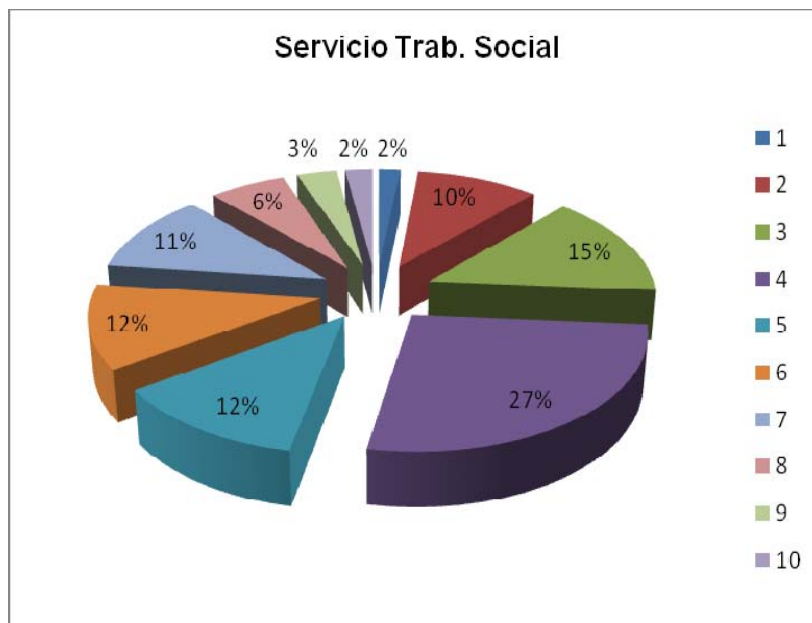
El 51% de los afiliados le dan importancia a la experiencia de los doctores.

Instalaciones	
nº	%
8	2
30	7,5
30	7,5
49	12,25
65	16,25
60	15
49	12,25
67	16,75
35	8,75
7	1,75
<b>400</b>	<b>100</b>



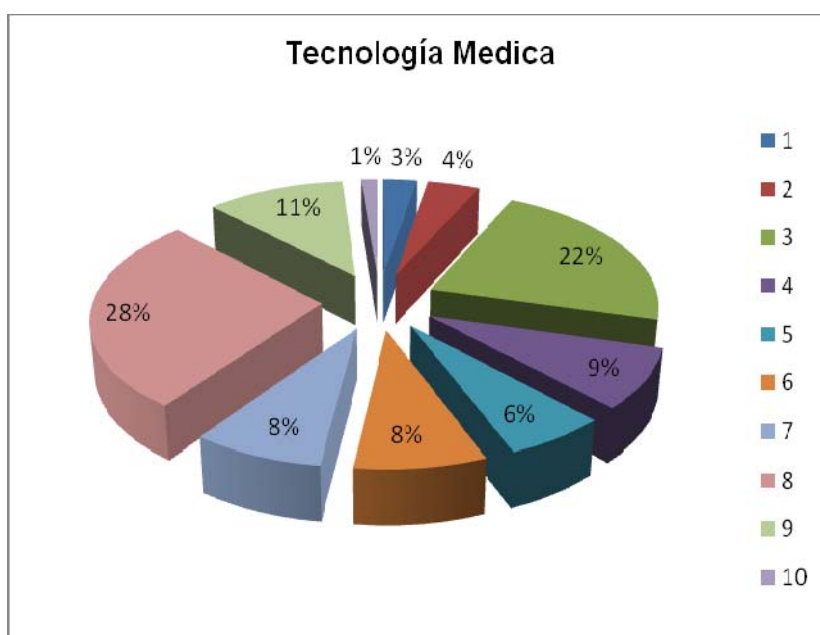
Se observa en el gráfico que el 17% de los afiliados le dan importancia a las instalaciones del hospital.

<b>Servicio Trabajo Social</b>	
<b>nº</b>	<b>%</b>
7	1,75
40	10
58	14,5
107	26,75
49	12,25
47	11,75
45	11,25
25	6,25
13	3,25
9	2,25
<b>400</b>	<b>100</b>



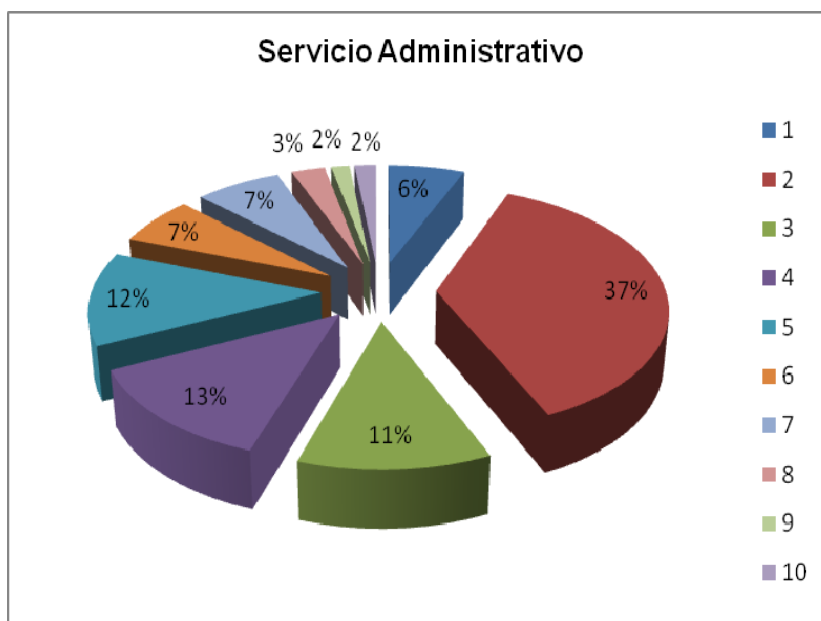
El 27% de los afiliados le dan importancia al servicio de trabajo social.

<b>Tecnología Médica</b>	
<b>nº</b>	<b>%</b>
11	2,75
17	4,25
89	22,25
34	8,5
25	6,25
32	8
32	8
110	27,5
45	11,25
5	1,25
<b>400</b>	<b>100</b>



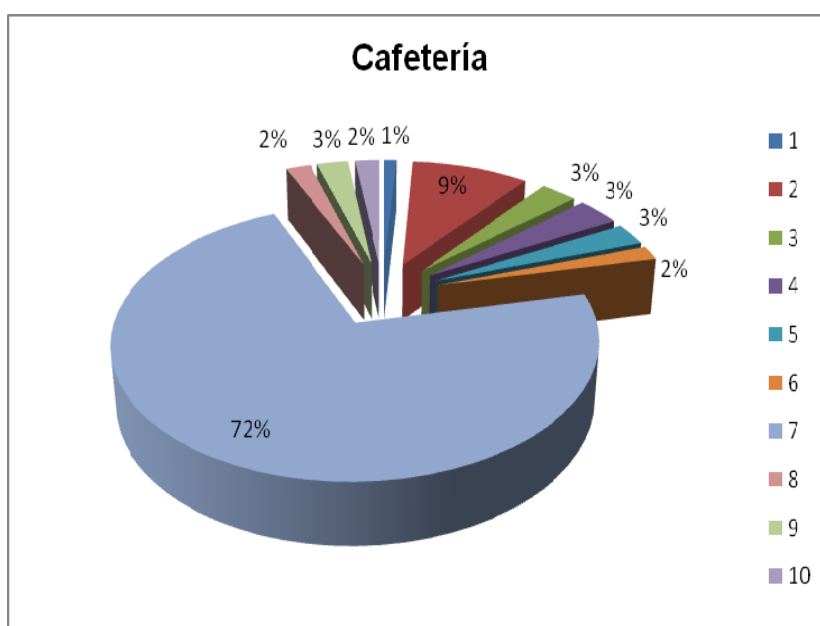
Se observa en el gráfico que el 28% de los afiliados le dan importancia a la tecnología médica.

<b>Servicio Administrativo</b>	
<b>nº</b>	<b>%</b>
25	6,25
149	37,25
46	11,5
52	13
50	12,5
26	6,5
28	7
11	2,75
6	1,5
7	1,75
<b>400</b>	<b>100</b>



Se evidencia en el gráfico que el 37,25% de los afiliados no le dan importancia al servicio administrativo.

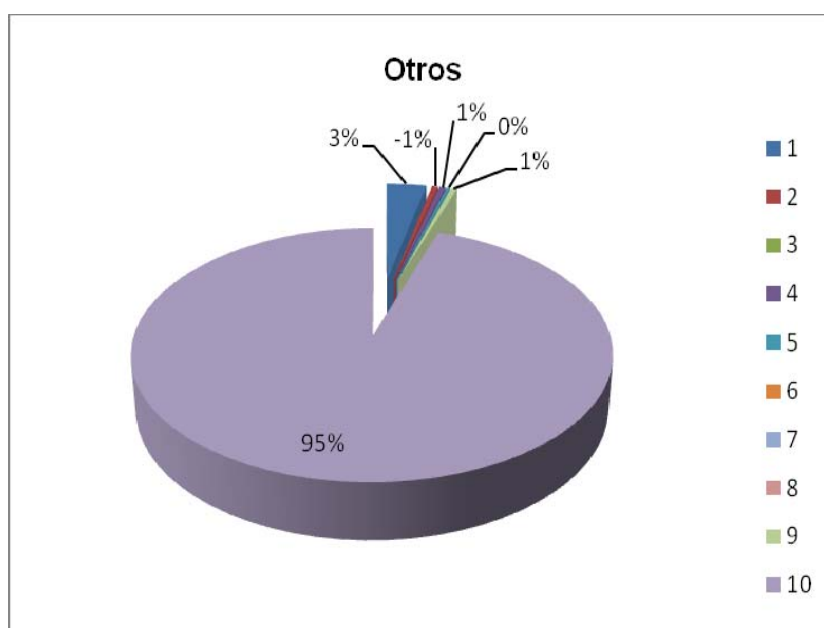
<b>Cafetería</b>	
<b>nº</b>	<b>%</b>
4	1
38	9,5
12	3
14	3,5
11	2,75
7	1,75
288	72
8	2
10	2,5
8	2
<b>400</b>	<b>100</b>



Se observa en el gráfico que el 72% de los afilados le da importancia a la cafetería.



<b>Otros</b>	
<b>nº</b>	<b>%</b>
13	3,25
2	0,5
2	0,5
1	0,25
2	0,5
380	95
<b>400</b>	<b>100</b>



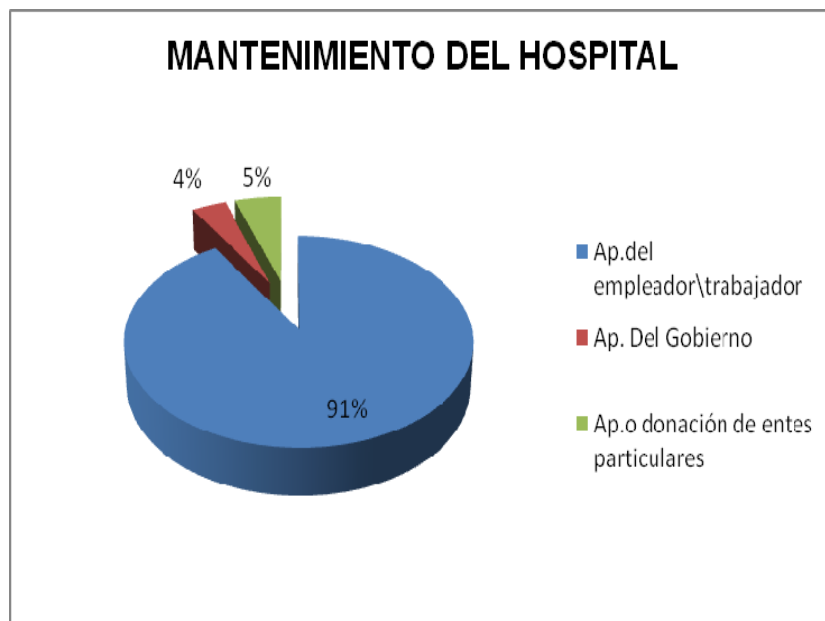
El 95% de los afiliados no responde esta pregunta.

- **Pregunta 3**

¿Sabe usted de qué manera se mantiene el hospital Andrade Marín?

Escoja una de las siguientes opciones.

	<b>No.</b>	<b>%</b>
Ap.del empleador\trabajador	365	91.25
Ap. Del Gobierno	15	3.75
Ap.o donación de entes particulares	20	5.00
<b>TOTAL</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

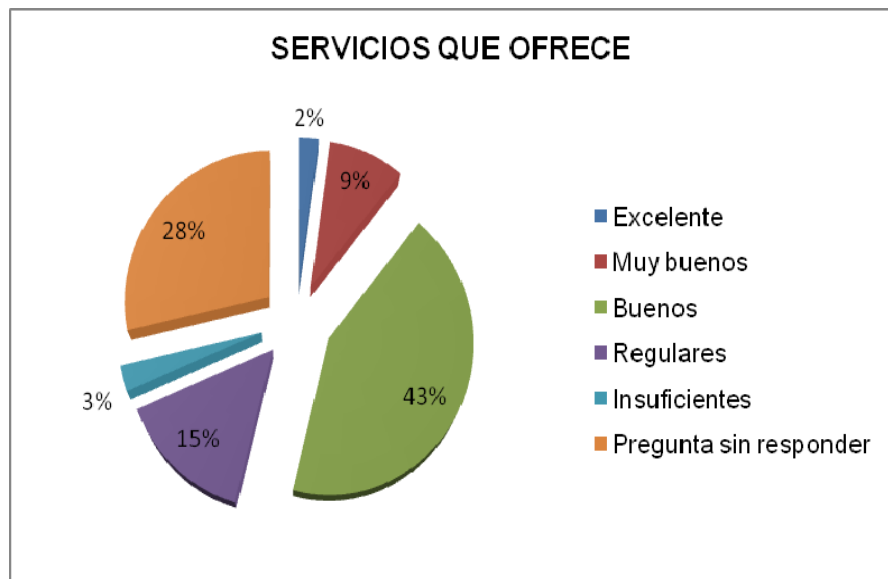


Se evidencia en el gráfico que el 91,25% de los afiliados sabe que el hospital se mantiene mediante los aportes del empleador/trabajador, mientras que un 3,75% cree que es mediante los aportes del Gobierno.

- **Pregunta 4**

Considera usted que los servicios que ofrece el hospital Andrade Marín son:

	<b>No.</b>	<b>%</b>
Excelente	9	2
Muy buenos	43	9
Buenos	172	43
Regulares	59	15
Insuficientes	11	3
Preguntas sin responder	114	28
<b>TOTAL</b>	<b>400</b>	<b>100</b>



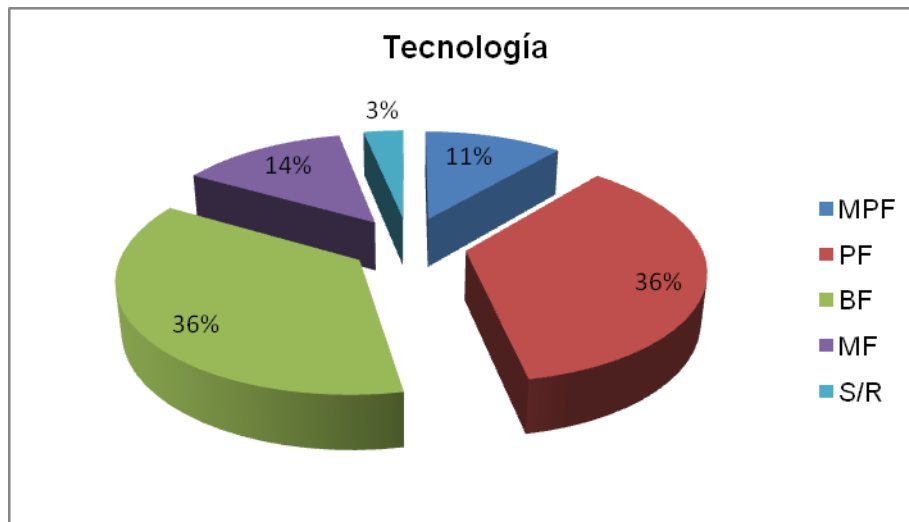
Se observa que un 43% de los afiliados consideran que los servicios que ofrece el hospital son buenos, mientras que un 2% son excelentes.

- **Pregunta 5**

¿Cuál de las siguientes características considera usted que son una fortaleza del hospital Andrade Marín?

**MPF**=muy poco fuerte, **PF**= poco fuerte, **BF**=bastante fuerte, **MF**=muy fuerte

Calificación	Tecnología	
	nº	%
MPF	45	11,25
PF	143	35,75
BF	145	36,25
MF	54	13,50
S/R	13	3,25
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,00</b>



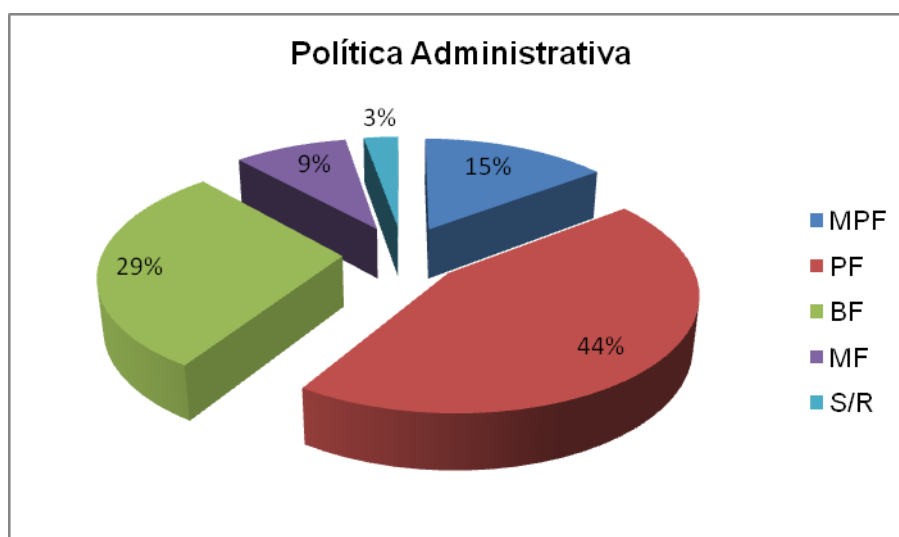
Se observa en el gráfico que el 36% de los afilados califica como bastante fuerte (BF) a la tecnología.

Recursos Humanos	
nº	%
53	13,25
178	44,50
129	32,25
32	8,00
8	2,00
<b>400</b>	<b>100,00</b>



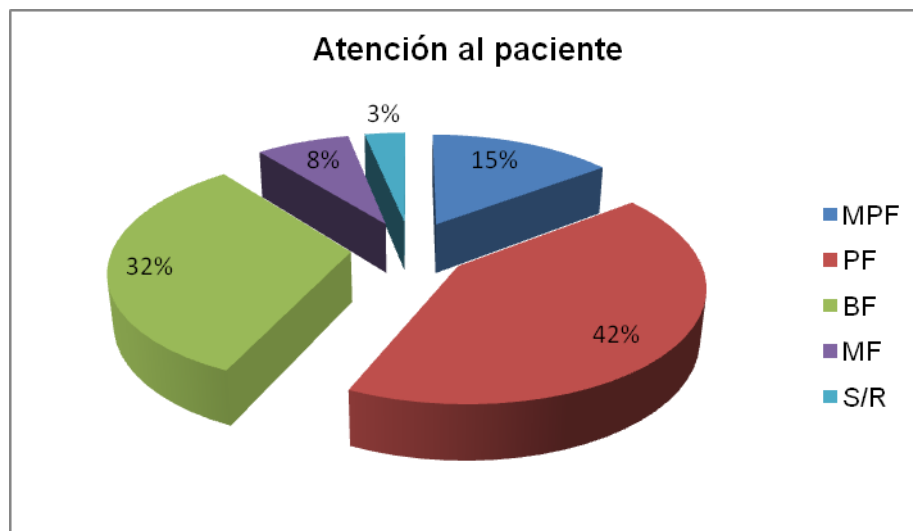
Se evidencia en el gráfico que el 45% de los afiliados califica poco fuerte (PF) a recursos humanos.

Políticas Administrativa	
nº	%
59	14,75
177	44,25
117	29,25
36	9,00
11	2,75
<b>400</b>	<b>100,00</b>



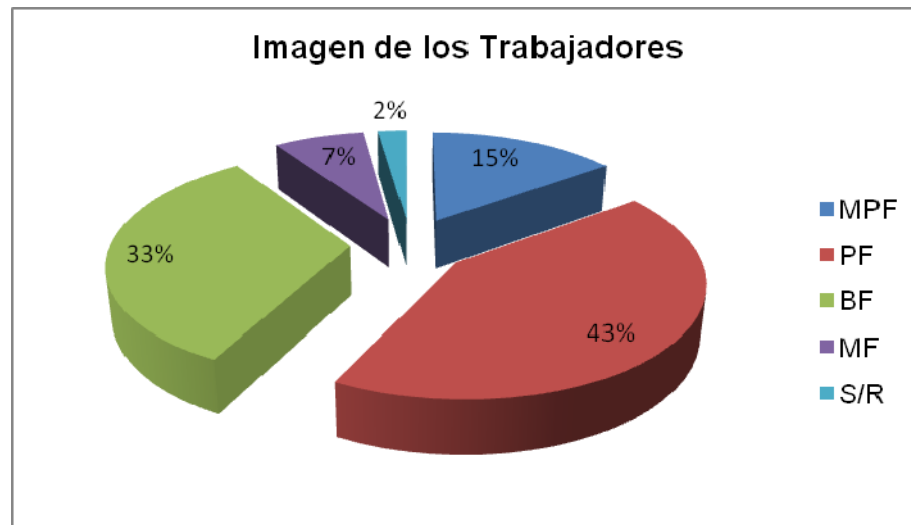
El 44% de los afiliados califica poco fuerte (PF) a la política administrativa.

Atención al paciente	
nº	%
59	14,75
168	42,00
130	32,50
30	7,50
13	3,25
<b>400</b>	<b>100,00</b>



Se observa en el gráfico que el 42% de los afiliados califica poco fuerte (PF) a la atención al paciente.

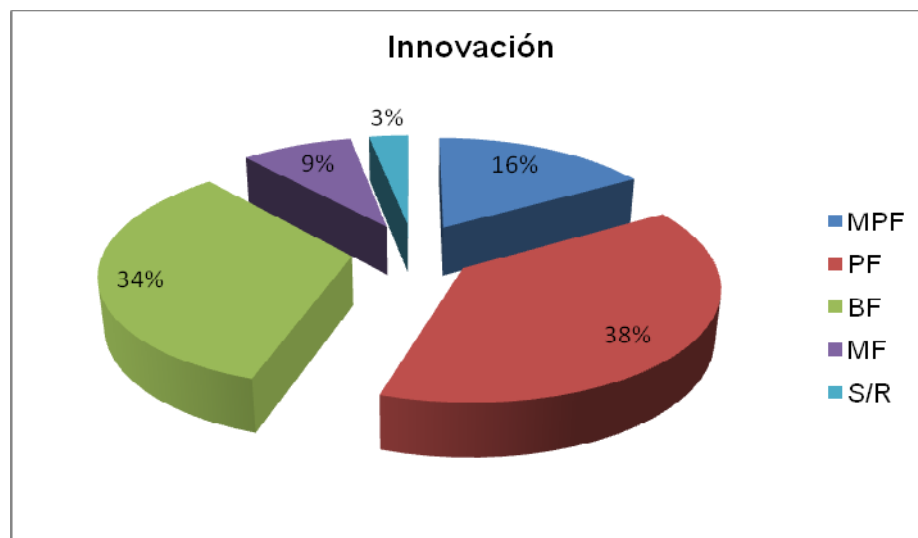
Imagen de los Trab.	
Nº	%
60	15,00
170	42,50
132	33,00
29	7,25
9	2,25
<b>400</b>	<b>100,00</b>



El 43% de los afiliados califica poco fuerte (PF) a la imagen de los trabajadores.

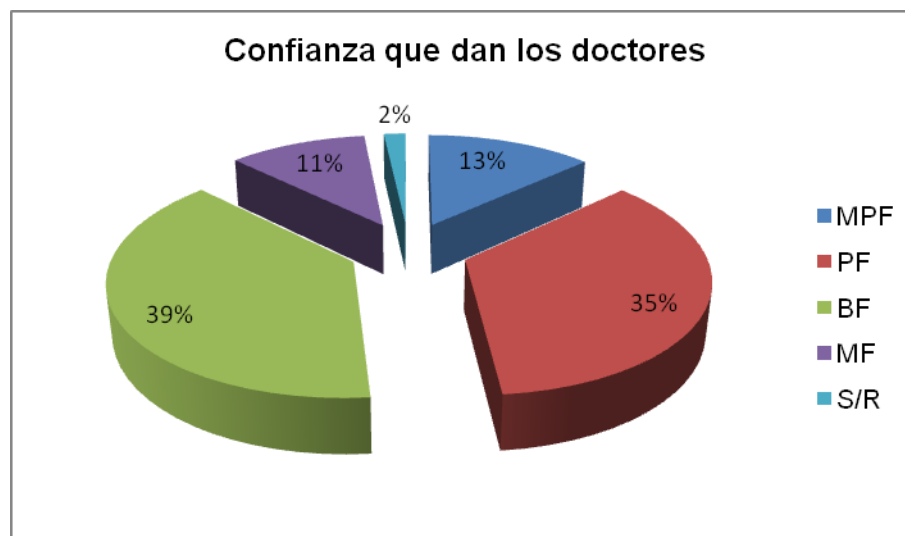


Innovación	
nº	%
66	16,50
154	38,50
134	33,50
34	8,50
12	3,00
<b>400</b>	<b>100,00</b>



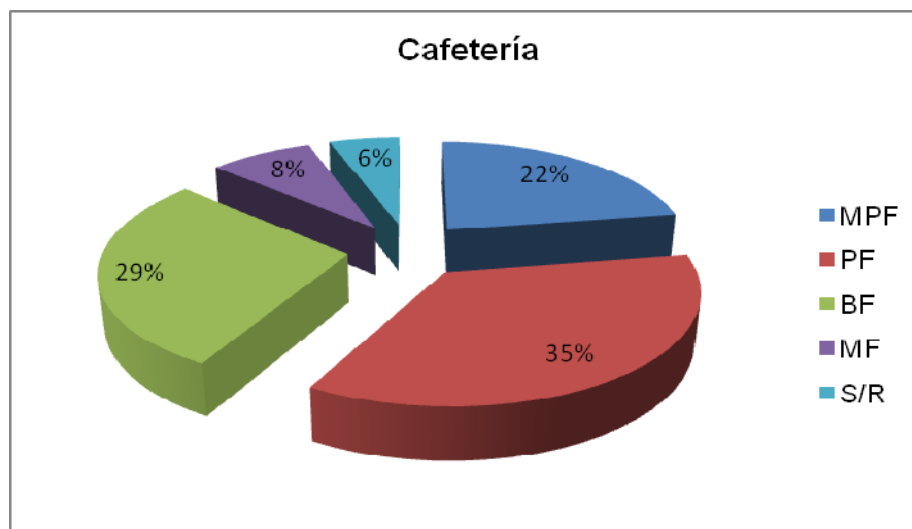
Se evidencia en el gráfico que el 38% de los afiliados califica poco fuerte (PF) a la innovación.

Confianza Doctores	
nº	%
53	13,25
141	35,25
155	38,75
44	11,00
7	1,75
<b>400</b>	<b>100,00</b>



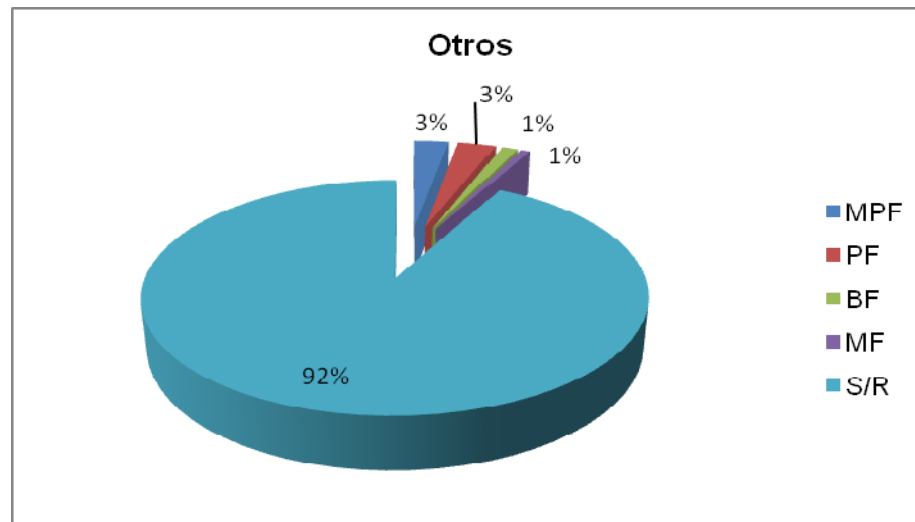
El 35% de los afiliados califica poco fuerte (PF) a la confianza que dan los doctores.

Cafetería	
nº	%
90	22,50
142	35,50
114	28,50
32	8,00
22	5,50
<b>400</b>	<b>100,00</b>



Se observa en el gráfico que un 35% califica poco fuerte (PF) a la cafetería.

Otros	
nº	%
11	2,75
12	3,00
5	1,25
3	0,75
369	92,25
<b>400</b>	<b>100,00</b>



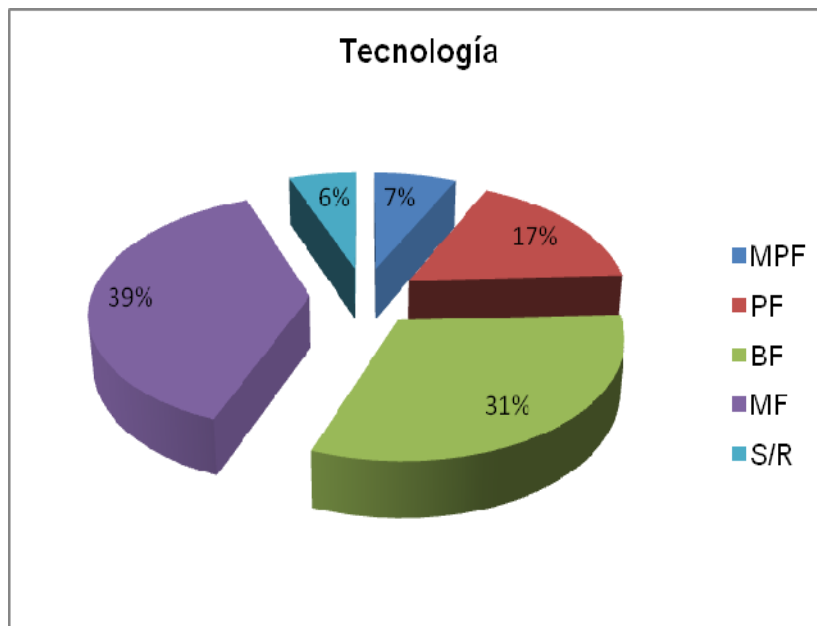
El 92% de los afiliados no respondieron.

- **Pregunta 6**

¿Cuál de las siguientes características considera usted que son una debilidad del hospital Andrade Marín?

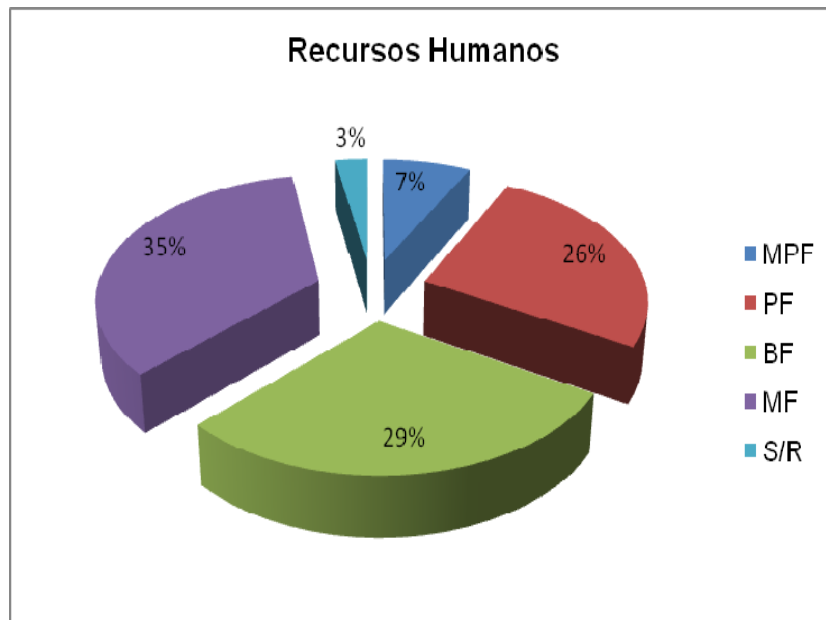
**MPF**=muy poco fuerte, **PF**= poco fuerte, **BF**=bastante fuerte, **MF**=muy fuerte

Calificación	Tecnología	
	nº	%
MPF	28	7,00
PF	69	17,25
BF	126	31,50
MF	154	38,50
S/R	23	5,75
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,00</b>



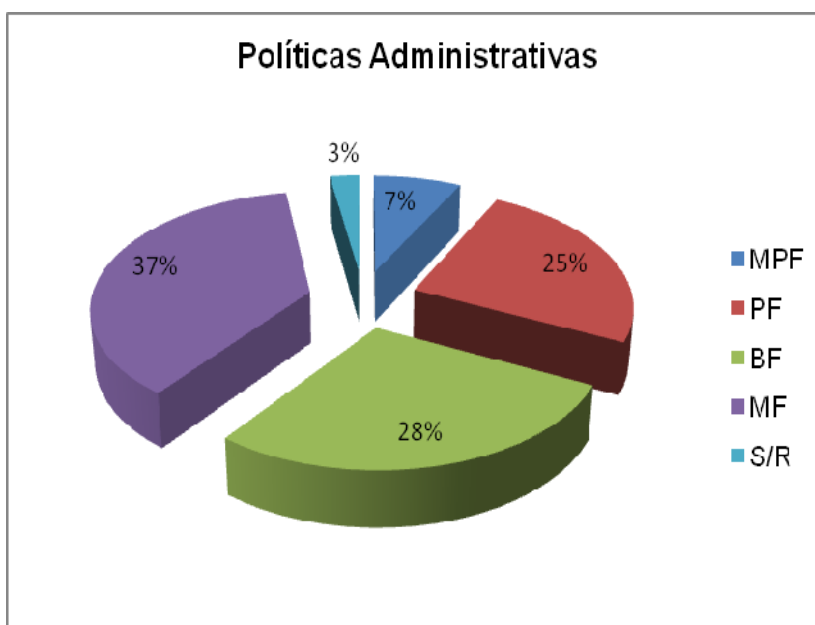
Se observa en el gráfico que el 39% de los afiliados califica como muy fuerte (MF) a la tecnología.

Recurso Humano	
nº	%
30	7,50
104	26,00
116	29,00
139	34,75
11	2,75
<b>400</b>	<b>100,00</b>



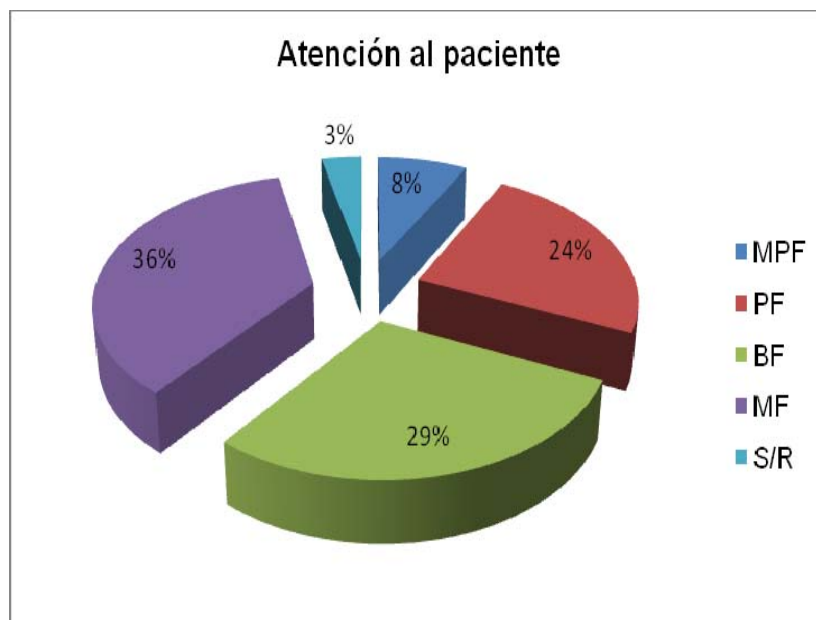
Se evidencia en el gráfico que el 35% de los afiliados califica muy fuerte (MF) a los recursos humanos.

<b>Políticas Administrativas.</b>	
<b>Nº</b>	<b>%</b>
30	7,50
99	24,75
112	28,00
149	37,25
10	2,50
<b>400</b>	<b>100,00</b>



El 37% de los afiliados califica muy fuerte (MF) a las políticas administrativas.

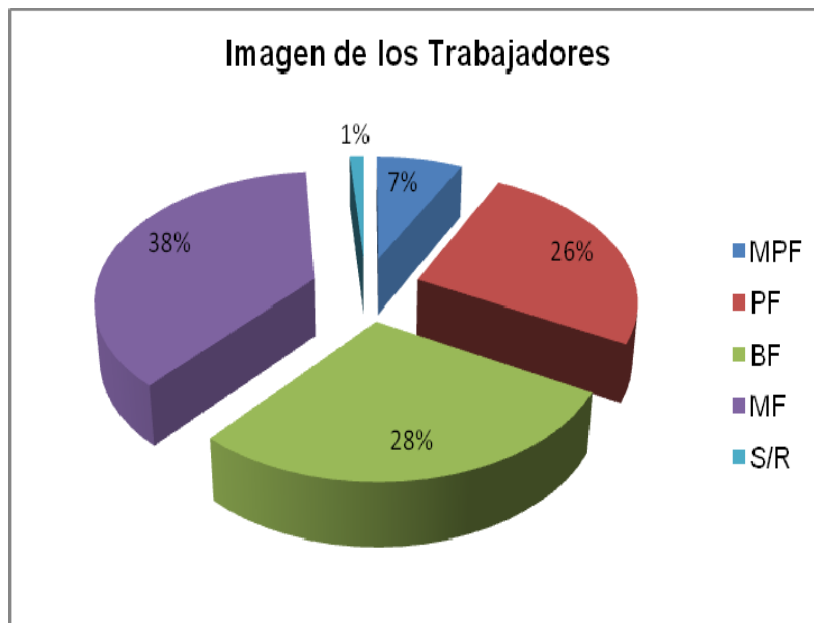
Atención al paciente	
nº	%
31	7,75
96	24,00
115	28,75
144	36,00
14	3,50
<b>400</b>	<b>100,00</b>



El 36% de los afiliados califica muy fuerte (MF) a la atención al paciente.

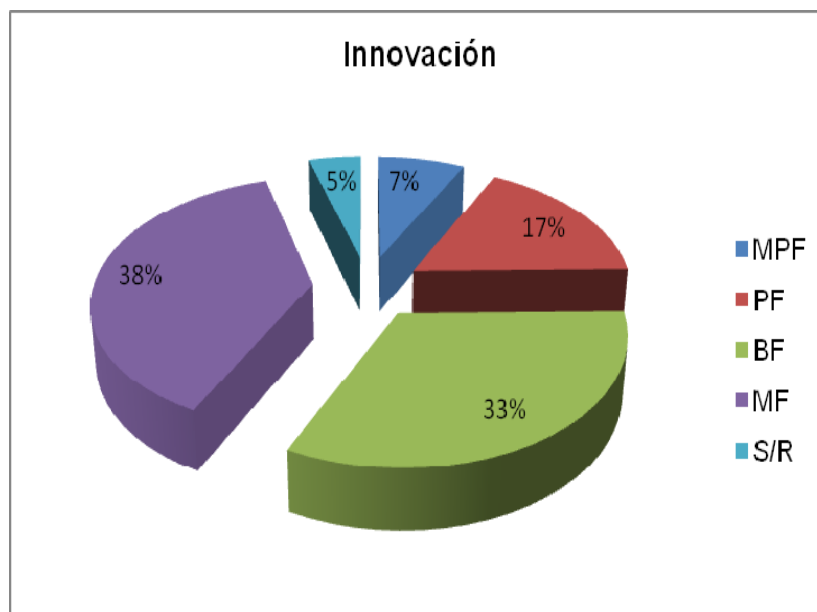


Imagen de los Trabajadores	
nº	%
30	7,50
102	25,50
113	28,25
150	37,50
5	1,25
<b>400</b>	<b>100,00</b>



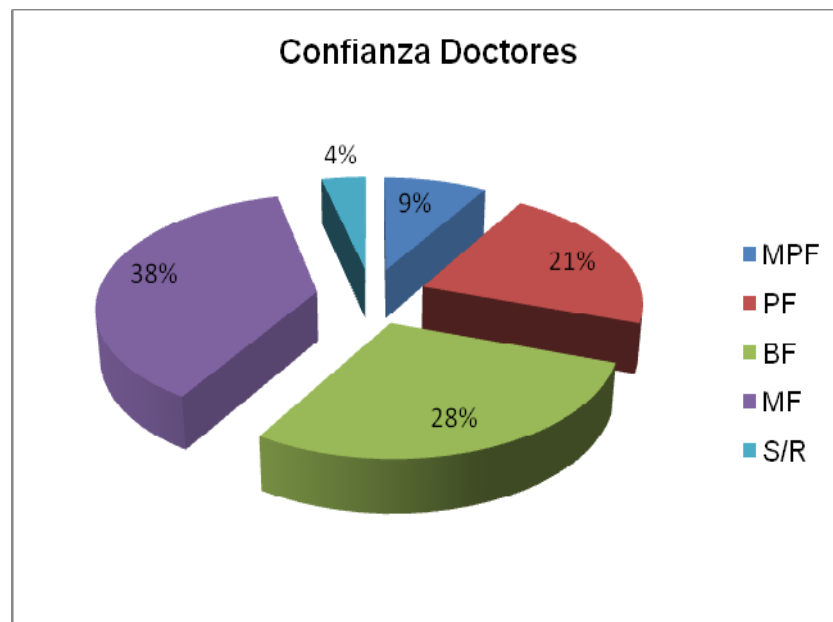
Se evidencia en el gráfico que el 38% de los afiliados califica muy fuerte (MF) a la imagen de los trabajadores.

Innovación	
nº	%
30	7,50
69	17,25
130	32,50
153	38,25
18	4,50
<b>400</b>	<b>100,00</b>



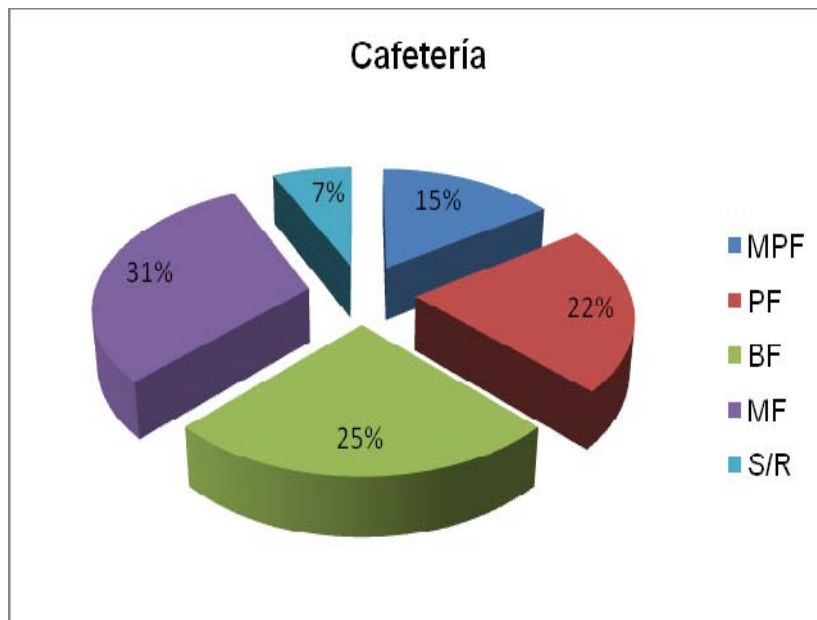
El 38% de los afiliados califica muy fuerte (MF) a la innovación.

Confianza Doctores	
nº	%
35	8,75
86	21,50
114	28,50
150	37,50
15	3,75
<b>400</b>	<b>100,00</b>



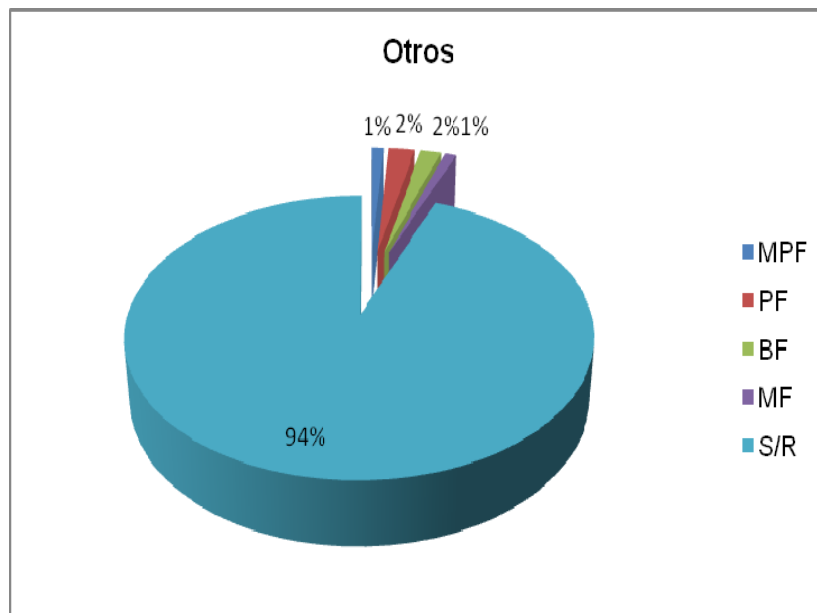
Se observa en el gráfico que el 38% de los afiliados califica muy fuerte (MF) a la confianza de los doctores.

Cafetería	
nº	%
62	15,50
88	22,00
100	25,00
122	30,50
28	7,00
<b>400</b>	<b>100,00</b>



El 31% de los afiliados califica fuerte (MF) a la cafetería.

Otros	
nº	%
4	1,00
9	2,25
7	1,75
4	1,00
376	94,00
<b>400</b>	<b>100,00</b>

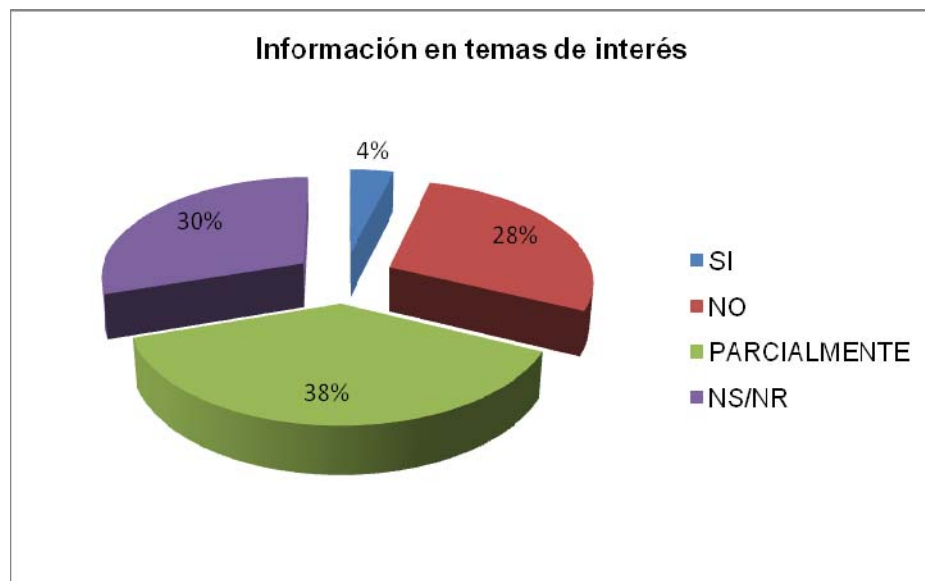


Se observa en el gráfico que el 94% de los afiliados no contestaron esta pregunta.

- **Pregunta 7**

Existe información por parte del Hospital a los afiliados en temas de interés para los afiliados.

	<b>No.</b>	<b>%</b>
SI	19	4
NO	111	28
PARCIALMENTE	151	38
NS/NR	119	30
<b>TOTAL</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

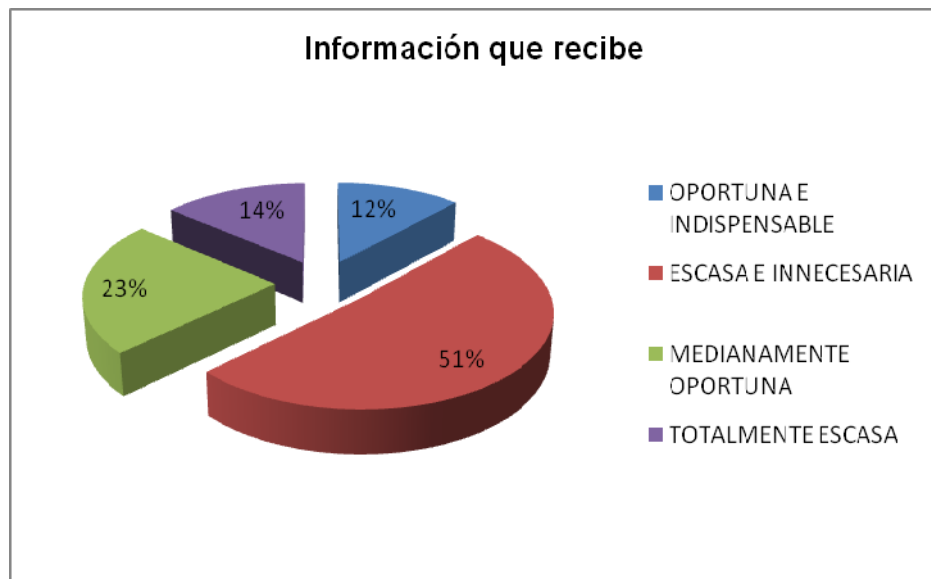


De los afiliados que fueron encuestados un 38% piensa que la información que da el hospital es parcialmente, mientras que un 4% dice que si recibe información.

- **Pregunta 8**

¿Cómo califica usted la información por parte del hospital?

	<b>No.</b>	<b>%</b>
OPORTUNA E INDISPENSABLE	48	12
ESCASA E INNECESARIA	206	51
MEDIANAMENTE OPORTUNA	92	23
TOTALMENTE ESCASA	54	14
<b>TOTAL</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

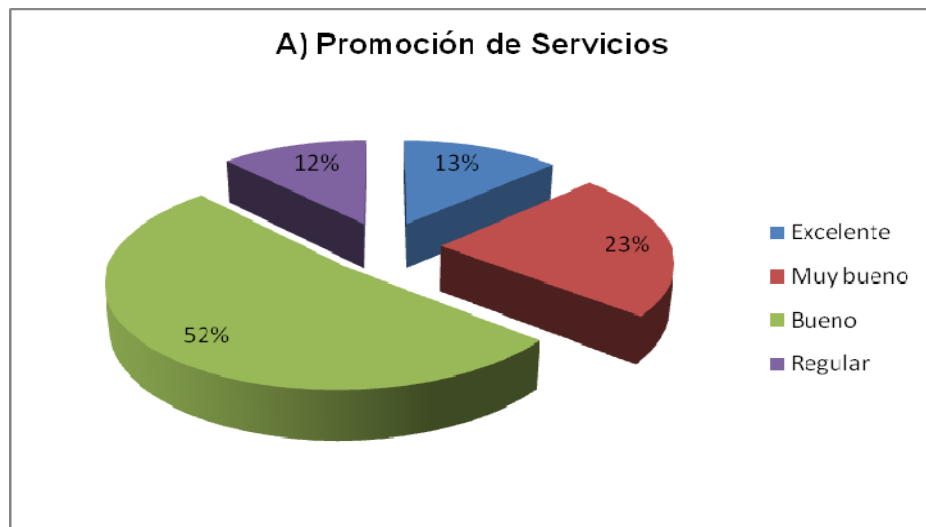


Como se observa en el gráfico el 51% de los afiliados califica a la información escasa e innecesaria, mientras que el 12% opina que es oportuna e indispensable.

- **Pregunta 9**

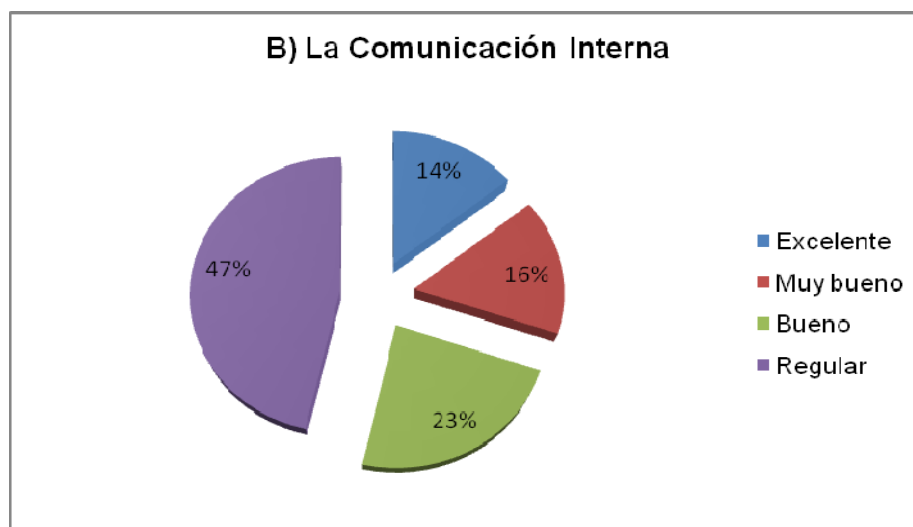
¿Qué opinión le merece el ambiente del hospital, en general?

	EXCELENTE		MUY BUENO		BUENO		REGULAR		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
	A	53	13,00	92	23,00	206	52,00	49	12,00	<b>400</b>
B	57	14,00	64	16,00	93	23,00	186	47,00	<b>400</b>	<b>100,00</b>
C	78	19,00	96	24,00	146	37,00	80	20,00	<b>400</b>	<b>100,00</b>
D	56	14,00	73	18,00	97	24,00	174	44,00	<b>400</b>	<b>100,00</b>
E	25	6,00	59	15,00	178	44,00	138	35,00	<b>400</b>	<b>100,00</b>

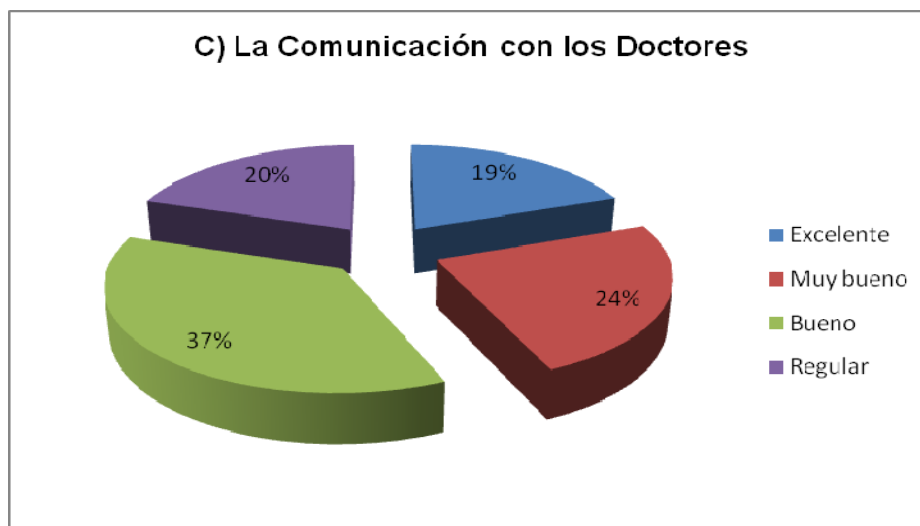


De los afiliados encuestados en cuanto se refiere a la opinión sobre la promoción de servicios un 52% dicen que son buenos mientras que un 12% son regulares.

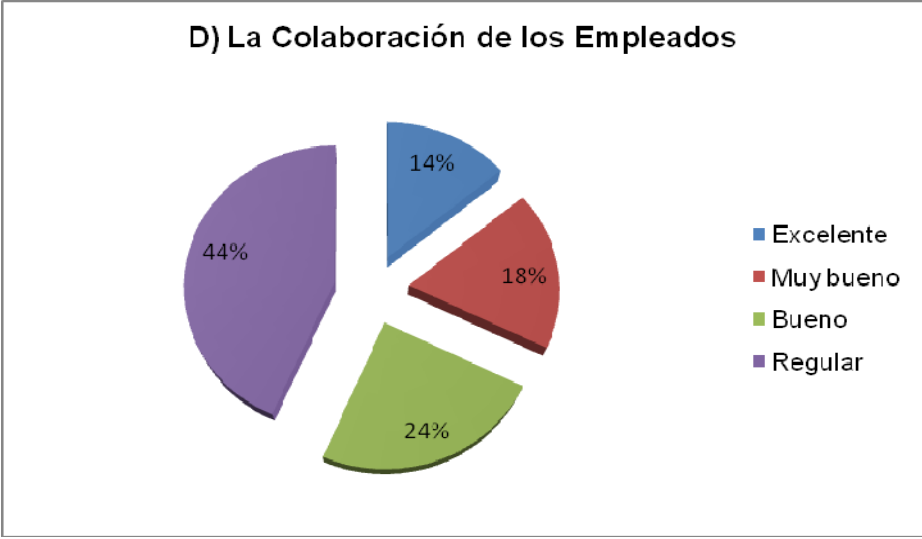




Se observa en el gráfico que un 47% de los afiliados opina que la comunicación interna es regular y un 14% piensan que es excelente.



El gráfico evidencia que un 37% de los afiliados piensan que la comunicación con los doctores es buena, mientras que un 19% la califica como excelente.



Se puede observar que un 44% de los afiliados piensan que la colaboración de los empleados es regular, mientras un 14% opina que es excelente.



El gráfico muestra que un 44% de los afiliados piensa que las instalaciones con buenas, mientras que un 6% son excelentes.

- **Pregunta 10**

¿Está usted satisfecho con el hospital, globalmente?

	<b>No.</b>	<b>%</b>
NADA	79	19,75
POCO	239	59,75
BASTANTE	59	14,75
MUCHO	19	4,75
S/R	4	1
<b>TOTAL</b>	<b>400</b>	<b>100</b>



El gráfico permite observar que un 60% de los afiliados se siente poco satisfecho con el hospital, y un 5% bastante satisfecho.

## **2.9 Análisis e interpretación de la investigación.-**

De acuerdo al debate sostenido en el marco teórico podemos analizar los problemas que tiene el hospital Carlos Andrade Marín con sus públicos externos.

Se considera un factor muy importante a los públicos externos ya que de ellos depende la imagen que le den al hospital es por ello que tras la investigación que fue llevada a cabo podemos determinar que existen muchas falencias por parte del hospital hacia los afiliados ya que ellos no se sienten identificados con el hospital, por lo cual debería existir un mejoramiento de identificación con el Hospital.

Los afiliados deben estar correctamente informados de las actividades que se realizan en el hospital, y así poder mejorar la comunicación con los afiliados, ya que ellos son el reflejo externo del mejoramiento continuo del hospital Carlos Andrade Marín. De igual forma los servicios que ofrece el hospital a sus afiliados son considerados como buenos es por esto que deben mejorar la credibilidad en los mensajes que emiten.

Existe un descontento por parte de los afiliados ya que no cuentan con la tecnología ni la innovación necesaria para que ellos se sientan satisfechos con el hospital por lo cual deberían dar mejores expectativas a los afiliados ya que en la encuesta realizada consideran como una debilidad a la tecnología.

Los afiliados por parte del hospital reciben una información parcialmente lo cual ellos opinan que dicha información es escasa e innecesaria para lo cual deben emitir mensajes mas adecuados a las necesidades y expectativas de los públicos.

En cuanto a la comunicación interna se pudo concluir que los afiliados creen que es regular. Los afiliados están poco satisfechos con los servicios que presta el hospital ya que no cuentan con toda la información necesaria para realizar sus trámites, por lo cual se debe implementar nuevos esquemas que superen a los anteriores, poder nuevas formas para tener una buena comunicación y sacar lo mejor de ella y así obtener un beneficio para todos los afiliados.

### Capítulo III.

**3. Propuesta: “Gestión de la imagen externa en los hospitales públicos a través del diseño de un plan estratégico de comunicación integral, caso Hospital Carlos Andrade Marín”.**

#### 3.1 Matriz de diagnóstico.

<b>CAUSAS</b>	<b>PROBLEMAS</b>	<b>EFFECTOS</b>	<b>ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.</b>
La falta de políticas promocionales, de relaciones públicas institucionales y la falta de información de los patronos a sus trabajadores hace que el hospital no sea reconocido por sus públicos externos.	El Hospital Carlos Andrade Marín no ocupa un sitio privilegiado a la hora de ser reconocido por los públicos.	El desconocimiento y la pérdida de identidad por parte de los públicos del hospital.	-Entregar información de las actividades que realiza el hospital a las empresas y de esta forma los afiliados tengan conocimiento de cada uno de los servicios que presta el hospital. -Mediante medios de comunicación dar a conocer los servicios que presta el hospital a sus afiliados.
No hay por parte de la dirección de recursos humanos programas de capacitación para optimizar la comunicación interpersonal entre el personal y los afiliados.	La atención que brindan las enfermeras y del servicio administrativo no es como los afiliados quisieran que sea.	Total inconformismo y preferencia del afiliado hacia hospitales incluso privados.	-Realizar cursos de capacitación al personal. -Realizar convivencias con el personal para conocer los problemas que afectan para que no den una buena atención.

			-Motivar al personal en días especiales para que de esta forma se sientan parte del Hospital y brinden una atención de primera a sus afiliados.
La cultura institucional del hospital no se refleja en las manifestaciones culturales del mismo.	El Hospital Carlos Andrade Marín no cuenta con instalaciones necesarias para la atención a los afiliados, así mismo, la tecnología médica es insuficiente.	Opiniones desfavorables de los afiliados hacia el hospital en cuanto a sus instalaciones.	
No hay valores culturales que representan las necesidades de los afiliados, es así que en el departamento de trabajo social no hay la eficacia necesaria para atender a los afiliados.	El Servicio de trabajo social no es tan eficaz como cada uno de los pacientes la necesita.	Total desinterés del afiliado a la hora de solicitar información en el departamento de trabajo social.	-Contratar una o más personas para dar más rapidez a la solicitud que el paciente necesita. -Capacitar al personal sobre la documentación correcta que necesita el afiliado -Mandar información por correo al afiliado sobre cualquier cambio que tenga e ir actualizando la documentación que necesita para cada trámite.
No hay un sistema de comunicación interna que permita mantener informados	La información que recibe el afiliado por parte del hospital es escasa e innecesaria.	Los afiliados al no contar con la información necesaria se sienten excluidos, a sabiendas de	-Mandar información a cada afiliado sobre las actividades que realiza el hospital.

oportunamente a los afiliados.		que la razón de ser del hospital es precisamente el afiliado.	-Dar a conocer sus servicios mediante los medios de comunicación.
La falta de sentido de pertenencia en los afiliados hace que éstos estén insatisfechos.	El afiliado está poco satisfecho en todo lo que es el hospital Carlos Andrade Marín.	Pérdida de confianza y lealtad de los afiliados hacia el hospital.	-Motivar a todos los afiliados en fechas especiales. (Navidad, Día de la Madre. Día del Padre) -Realizar paseos de integración. - Realizar cada 6 meses charlas sobre los cambios que ha tenido para si integrar al afiliado y poco a poco forme parte del hospital.

### 3.2 Problemática comunicacional.-

- El Hospital Carlos Andrade Marín no ocupa un sitio privilegiado a la hora de ser reconocido por los públicos.
- La atención de las enfermeras y del servicio administrativo no es como los afiliados quisieran que sea.
- El Hospital Carlos Andrade Marín no cuenta con instalaciones necesarias para la atención a los afiliados, así mismo, la tecnología médica es insuficiente.
- El Servicio de trabajo social no es tan eficaz como cada uno de los pacientes la necesita.



- La información que recibe el afiliado por parte del hospital es escasa e innecesaria.
- El afiliado está poco satisfecho en todo lo que es el hospital Carlos Andrade Marín.

### **3.3 Públicos receptores del mensaje.-**

Afiliados al hospital del IESS

### **3.4 Redacción mensaje de Relaciones Públicas:**

El mensaje para esta propuesta de comunicación integral, sobre la base de valores tales como: paciencia, atención al público, respeto y tolerancia, es el siguiente:

#### **Estrategia del mensaje (priorización de beneficios):**

Beneficio racional: servicio y atención al cliente (afiliado).

Beneficio emocional: paciencia, respeto y tolerancia.

#### **Priorización de los beneficios:**

Paciencia, respeto y tolerancia.

**Promesa:** Paciencia, respeto y tolerancia.

**Razón del porqué:** Capacitación al personal en el trato humano.

**Tono (redacción del mensaje):**

Nos enriquecemos en paciencia para ser pacientes con usted.

Nos enriquecemos en respeto para ser respetuosos con usted.

Nos enriquecemos en tolerancia para ser tolerantes con usted.

*“El Hospital Andrade Marín está cambiando por usted”.*

**Evidencia:**

Mensaje en piezas promocionales.

### **3.5 Objetivos comunicacionales.-**

1. Lograr que el público objetivo (afiliados) identifique el hospital Carlos Andrade Marín en un plazo de un año.
2. Optimizar el servicio de trabajo social en un plazo de seis meses.
3. Optimizar la información interna en las áreas de servicios hospitalarios, trabajo social, enfermería y administración con miras a reducir la desinformación en el afiliado.
4. Agilizar y mejorar el trato a los afiliados por parte del personal de enfermería y administrativa.
5. Mejorar el trato a los afiliados por parte del personal de enfermería y el área administrativa.

### 3.6 Estrategias y Tácticas

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	TÁCTICAS
<p>1. Lograr que el público objetivo identifique el hospital Carlos Andrade Marín en un plazo de un año.</p>	<p>Realizar campañas publicitarias y de relaciones públicas institucionales internas.</p>	<p>-Disponer de espacios dentro del hospital para instalar islas.            - Diseñar un brochure donde conste la cultura organizacional, un manifiesto de los servicios que ofrece el hospital.            -Instalar pantallas donde se programe mediante un video institucional en el cual conste la historia del hospital (Ver anexo 4). Además de testimoniales donde se cuenten historias de pacientes agradecidos por los servicios que presta el hospital.            -Diseñar artículos promocionales tales como camisetas, gorras, llaveros y jarros donde se lea el mensaje de relaciones públicas (Ver anexo 5).</p>
<p>2. Optimizar el servicio de trabajo social en un plazo de seis meses.</p>	<p>Diseñar un programa de conciencia social en el personal de trabajo social con miras a instaurar una cultura de servicio permanente al afiliado.</p>	<p>-Realizar conferencias y seminarios para el personal de trabajo social para socializar valores tales como la paciencia, la atención al público, el respeto y la tolerancia ante la situación humana de los pacientes.            -Cada trimestre</p>

		<p>evaluar al personal de trabajo social para verificar los resultados obtenidos, y constatar el cumplimiento de los valores antes mencionados.</p> <p>-Cada año realizar encuestas a los afiliados para saber si hay cambios en esta área.</p>
<p>3. Optimizar la información interna en las áreas de servicios hospitalarios, trabajo social, enfermería y administración con miras a reducir la desinformación en el afiliado.</p>	<p>Modernizar el centro de información del hospital incrementando nuevas herramientas de comunicación.</p>	<p>-Rediseño de una página web para informarse sobre todos los cambios, actividades, y demás información de interés para los afiliados (Ver anexo 6).</p> <p>- Reestructurar el call center para añadir más información general sobre citas médicas, disponibilidad de doctores y de medicinas, además crear un buen ambiente de trabajo para que así se sienta satisfecho el trabajador.</p> <p>-Alternar en las pantallas información general del hospital.</p> <p>-Mejorar el sistema de altavoces que posee el hospital.</p> <p>-Capacitar al personal de información en el manejo de las nuevas herramientas teniendo presente los valores arriba mencionados.</p>

<p>4. Agilizar y mejorar el trato a los afiliados por parte del personal de enfermería, médicos y el personal administrativo.</p>	<p>Realizar cursos de capacitación a los trabajadores donde, otra vez, se tengan presente los valores mencionados.</p>	<p>-Seminario: “La excelencia en el servicio al paciente para clínicas y hospitales” del centro de capacitación acreditado de Ernesto Yturalde &amp; Asociados Latinoamérica          -Disponer de un fondo creado por los propios empleados para recompensar al mejor trabajador.          -Diseñar programas de reconocimiento a la mejor enfermera y al mejor empleado. Reconocimiento tanto emocional como racional.</p>
<p>5. Mejorar el trato a los afiliados por parte del personal de enfermería, los médicos y el personal administrativo.</p>	<p>Realizar incentivos al personal.</p>	<p>-Motivar a los empleados con beneficios en compras para el hogar, supermercados, etc.          -Elaborar paseos de integración.          -Elaborar una evaluación cada seis meses a los empleados para saber cuál es el problema que existe para que no atiendan bien al afiliado y así buscar soluciones.</p>

### 3.7 Planes de acción:

**Táctica:** Disponer de espacios dentro del hospital para instalar islas.

**Fecha tentativa:** del 10 de febrero al 17 de febrero.

Actividades	Responsable	Inicio	Final	Coste
-Realizar carta para la aprobación. -Verificar si el espacio es el correcto. -Designación del espacio para islas dentro del hospital. -Instalación de la isla.	Dpto. Marketing	10 de febrero	17 de febrero	\$800

**Táctica:** Diseñar un brochure donde conste la cultura organizacional, un manifiesto de los servicios que ofrece el hospital.

**Fecha tentativa: del 12 de febrero al 20 de febrero.**

<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>	<b>Coste</b>
-Cotización para realizar un brochure. - Elaboración del contenido que tendrá un brochure.	Dpto. Marketing	12 de febrero	20 de febrero	\$360

**Táctica:** Instalar pantallas donde se programe mediante un video institucional en el cual conste la historia del hospital. Además de testimoniales donde se cuenten historias de pacientes agradecidos por los servicios que presta el hospital.

**Fecha tentativa: del 26 de febrero al 12 de marzo.**

<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>	<b>Coste</b>
-Convocar a los afiliados para que nos cuenten sus historias del hospital. -Creación del video institucional. -Alquiler de las pantallas. -Instalación de las pantallas en el hospital.	Dpto. Marketing	26 de febrero	12 de marzo	\$748



**Táctica:** Diseñar artículos promocionales tales como camisetas, gorras, llaveros y jarros donde se lea el mensaje de relaciones públicas.

**Fecha tentativa: del 11 de marzo al 26 de marzo.**

<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>	<b>Coste</b>
-Realizar una lista para saber el número de artículos que se va a diseñar. -Diseñar los artículos promocionales. -Realizar el mensaje. -Hacer la entrega de los artículos promocionales.	Dpto. Publicidad	11 de marzo	26 de marzo	\$760

**Táctica:** Realizar conferencias y seminarios para el personal de trabajo social para socializar valores tales como la paciencia, la atención al público, el respeto y la tolerancia ante la situación humana de los pacientes.

**Fecha tentativa: del 15 de abril al 17 de abril.**

<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>	<b>Coste</b>
-Realizar una lista para verificar cuantas personas van asistir a las conferencias y seminarios. -Convocar a los empleados para los seminarios y conferencias. -Controlar cuantas personas asistieron a las conferencias.	Dpto. RRHH	15 de abril	17 de abril	\$25.000

**Táctica:** Cada trimestre evaluar al personal de trabajo social para verificar los resultados obtenidos, y constatar el cumplimiento de los valores antes mencionados.

**Fecha tentativa: del 28 de abril al 30 de abril.**

<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>	<b>Coste</b>
-Diseñar la encuesta que se va a realizar al personal. -Evaluación al personal por medio de las encuestas.	Dpto. RRHH	28 de abril	30 de abril	\$8

**Táctica:** Cada año realizar encuestas a los afiliados para saber si hay cambios en esta área.

**Fecha tentativa: del 5 de mayo al 8 de mayo.**

<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>	<b>Coste</b>
-Diseño de las encuestas. -Realizar encuestas. -Tabulación de las encuestas.	Dpto. RRHH	5 de mayo	8 de mayo	\$8

**Táctica:** Rediseño de una página web para informarse sobre todos los cambios, actividades, y demás información de interés para los afiliados.

**Fecha tentativa:** del 12 de mayo al 20 de mayo.

<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>	<b>Coste</b>
-Llamado concurso a licitación para el rediseño de web. -Recopilación de la información que hace falta para ser colocada en la página web.	Dpto. Marketing.	12 de mayo	20 de mayo	\$800

**Táctica:** - Reestructurar el call center para añadir más información general sobre citas médicas, disponibilidad de doctores y de medicinas, además crear un buen ambiente de trabajo para que así se sienta satisfecho el trabajador.

**Fecha tentativa: del 13 de mayo al 29 de mayo.**

<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>	<b>Coste</b>
-Presentación de la carta para la aprobación del call center. -Presupuestos para los equipos necesarios. -Información sobre todo lo que corresponde a medicinas, citas, etc. -Personal que vaya a trabajar en el call center.	Dpto. Marketing.	13 de mayo	29 de mayo	\$1.300

**Táctica:** Alternar en las pantallas información general del hospital.

**Fecha tentativa: del 31 de mayo al 2 de junio.**

<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>	<b>Coste</b>
-Verificación de las pantallas. -Realizar un informe sobre la misma. -Realizar la edición y producción de la información obtenida. -Verificación de la información. -Añadir la información que haga falta del hospital.	Dpto. Marketing	31 de mayo	2 de junio	\$230

**Táctica:** Mejorar el sistema de altavoces que posee el hospital.

**Fecha tentativa:** del 3 de junio al 5 de junio.

<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>	<b>Coste</b>
-Realizar una carta al personal de mantenimiento. -Verificar la fecha que van a ir a reparar. -Realizar pruebas para verificar si funcionan bien.	Dpto. Técnico.	3 de junio.	5 de junio.	\$ 200



**Táctica:** Capacitar al personal de información en el manejo de las nuevas herramientas teniendo presente los valores arriba mencionados.

**Fecha tentativa: del 8 de junio al 10 de junio.**

<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>	<b>Coste</b>
-Selección de la persona que va a realizar la capacitación, la cual se convoca a todo el personal del hospital. -Verificar fecha para realizar la capacitación. -Convocatoria al personal para la capacitación.	Dpto. RRHH	8 de junio.	10 de junio.	\$800

**Táctica:** Seminario: “La excelencia en el servicio al paciente para clínicas y hospitales” del centro de capacitación acreditado de Ernesto Yturalde & Asociados Latinoamérica.

**Fecha tentativa: del 16 de junio al 18 de junio.**

<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>	<b>Coste</b>
-Realizar llamada para solicitar fecha para el seminario. -Informar al personal sobre el seminario y verificar el número de asistentes. -Confirmar asistencia al seminario.	Dpto. RRHH	16 de junio.	18 de junio.	\$99.00 P/P

**Táctica:** Disponer de un fondo creado por los propios empleados para recompensar al mejor trabajador.

**Fecha tentativa: del 14 de junio al 21 de junio.**

<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>	<b>Coste</b>
-Convocar a una reunión al personal. -Realizar una lluvia de ideas para ver como se saca el fondo.	Dpto. RRHH	14 de junio.	21 de junio.	No tiene costo

**Táctica:** Diseñar programas de reconocimiento a la mejor enfermera y al mejor empleado. Reconocimiento tanto emocional como racional.

**Fecha tentativa: del 14 de junio al 21 de junio.**

<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>	<b>Coste</b>
-Reunir al personal para conocer sus opiniones. -Organizar los programas que se va a realizar conjuntamente con el personal.	Dpto. RRHH	14 de junio.	21 de junio.	No tiene costo.

**Táctica:** Motivar a los empleados con beneficios en compras para el hogar, supermercados, etc.

**Fecha tentativa: del 5 de julio al 9 de julio.**

<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>	<b>Coste</b>
-Realizar cartas a los supermercados más grandes del país. -Cotizar las propuestas que se haya recibido. -Coordinar con los diferentes departamentos -Realizar la aprobación del mejor supermercado.	Dpto. RRHH	5 de julio.	9 de julio.	\$3500

**Táctica:** Elaborar paseos de integración.

**Fecha tentativa:** del 12 de julio al 19 de julio.

<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>	<b>Coste</b>
-Buscar tres fechas para la realización del paseo. -Sacar presupuestos de lugares recreativos. -Informar al personal sobre el paseo que se va a realizar. -Realizar el listado de las personas que van asistir a las diferentes fechas.	Dpto. RRHH	12 de julio.	19 de julio.	\$1.400

**Táctica:** Elaborar una evaluación cada seis meses a los empleados para saber cuál es el problema que existe para que no atiendan bien al afiliado y así buscar soluciones.

**Fecha tentativa: del 26 de julio al 30 de julio.**

<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>	<b>Coste</b>
-Diseño de la encuesta. -Convocatoria al personal. -Realización de la encuesta. -Tabulación de la encuesta.	Dpto. RRHH	26 de julio.	30 de julio.	\$8

### 3.8 Presupuesto.-

#### Costes administrativos:

1	Honorarios	\$1000,00
2	Viáticos	xxx,xx
3	Servicios Básicos	xxx,xx
	<b>TOTAL</b>	<b>\$ 1000,00</b>

#### Costes operativos:

1	Instalación isla	\$ 800
2	Brochure	\$ 360
3	Creación del video, pantallas	\$ 748
4	Artículos promocionales	\$ 760
5	Conferencias	\$ 25.000
6	Evaluación al personal	\$ 8
7	Encuesta a los afiliados	\$ 8
8	Rediseño Página Web	\$ 800
9	Reestructuración Call Center	\$ 1.300
10	Pantallas de información	\$ 230
11	Altavoces	\$ 200
12	Capacitación al personal	\$ 800
13	Seminario	\$ 7.920
14	Tarjetas de consumo	\$ 3.500
15	Paseo	\$ 1.400
16	Evaluación a los empleados	\$ 8
	<b>Costes de investigación</b>	<b>\$ 2192,1</b>
	<b>Costes de imprevistos</b>	<b>\$ 428,42</b>
	<b>Total partida presupuestaria propuesta</b>	<b>\$ 43.842</b>



### 3.9 Evaluación:

<b>Táctica</b>	<b>Mecanismo de evaluación</b>	<b>Indicadores</b>
Disponer de espacios dentro del hospital para instalar islas.	Presencia de los afiliados en la isla.	Número de afiliados que vayan a la isla.
Diseñar un brochure donde conste la cultura organizacional, un manifiesto de los servicios que ofrece el hospital.	Recordación del artículo.	Porcentaje de recordación.
Instalar pantallas donde se programe mediante un video institucional en el cual conste la historia del hospital. Además de testimoniales donde se cuenten historias de pacientes agradecidos por los servicios que presta el hospital.	Presencia de los afiliados a las salas que se encuentren las pantallas.	Número de testimonios sobre el contenido de las pantallas.
Diseñar artículos promocionales tales como camisetas, gorras, llaveros y jarros donde se lea el mensaje de relaciones públicas.	Seguimiento de la producción de los artículos mencionados.	Número de artículos que sean entregados a los afiliados.
Realizar conferencias y seminarios para el personal de trabajo social para socializar valores tales como la paciencia, la atención al público, el respeto y la tolerancia ante la	Observación in situ del comportamiento del personal luego de las conferencias.	Actitudes de los empleados frente a los pacientes.

situación humana de los pacientes.		
Cada trimestre evaluar al personal de trabajo social para verificar los resultados obtenidos, y constatar el cumplimiento de los valores antes mencionados.	Entrevistas al personal sobre su comportamiento en el trato con los pacientes.	Porcentaje de los resultados de la evaluación al personal.
Cada año realizar encuestas a los afiliados para saber si hay cambios en esta área.	Encuestas	Resultados de las encuestas realizadas.
Diseño de una página web para informarse sobre todos los cambios, actividades, y demás información de interés para los afiliados.	Vistas a la página.	Número de visitantes que ingresen a la página web.
Instalar un call center para información general sobre citas médicas, disponibilidad de doctores y de medicinas.	Revisión de la grabación de las llamadas.	Número de llamadas recibidas por el call center. Número de llamadas atendidas con cordialidad.

Alternar en las pantallas información general del hospital.	Asistencia de los afiliados en los sitios donde se encuentran las pantallas.	Número de afiliados que miren las pantallas.
Mejorar el sistema de altavoces que posee el hospital.	Recepción del mensaje por parte de los pacientes.	Nivel de escucha de los afiliados y captación del mensaje.
Capacitar al personal de información en el manejo de las nuevas herramientas teniendo presente los valores arriba mencionados.	Aprendizaje y adaptación a las nuevas herramientas.	Nivel de adaptación a las herramientas.
Seminario: “La excelencia en el servicio al paciente para clínicas y hospitales” del centro de capacitación acreditado de Ernesto Yturralde & Asociados Latinoamérica.	Recepción y retención de los contenidos de los mensajes. .	Nivel de recepción y retención de los contenidos de los mensajes del seminario.
Disponer de un fondo voluntario creado por los propios empleados para recompensar al mejor trabajador.	Apoyo de los empleados.	Número de empleados que apoyen con el fondo.
Diseñar programas de reconocimiento a la mejor enfermera y al mejor empleado. Reconocimiento tanto emocional como racional.	Conformidad con los programas.	Nivel de actitudes positivas frente a los programas de reconocimiento.

Motivar a los empleados con beneficios en compras para el hogar, supermercados, etc., en épocas navideñas.	Análisis motivacional a los empleados.	Grado de satisfacción.
Elaborar paseos de integración voluntarios.	Asistencia a los paseos.	Número de empleados que asistan al paseo.
Elaborar una evaluación cada seis meses a los empleados para saber cuál es el problema que existe para que no atiendan bien al afiliado y así buscar soluciones.	Conversaciones con los empleados.	Índices de cumplimiento y de atención al cliente.

## **4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **4.1 Conclusiones**

Con esta investigación nos damos cuenta que el Hospital Carlos Andrade Marín, no está utilizando bien sus herramientas para tener una buena comunicación con los afiliados, ya que son pocos los afiliados que se sienten satisfechos con los servicios que presta el hospital. Por eso, es necesario el diseño de un plan de comunicación estratégico de comunicación integral para dar a conocer a sus afiliados todos los servicios.

Esta investigación demuestra la necesidad que tiene el Hospital de implementar un plan de comunicación, el cual permitirá fortalecer su imagen ante todos los afiliados y que toda persona tenga un buen concepto del Hospital Carlos Andrade Marín.

De igual manera es muy importante la comunicación estratégica, ya que desarrolla una forma de coordinar integralmente los recursos existentes, lo cual va ayudar al hospital para que pueda lograr una buena posición.

Otro punto es la cultura organizacional la cual sirve mucho para que el hospital Carlos Andrade Marín mejore sus funcionamientos y así la cultura pueda influir sobre todas las actividades y los resultados que el hospital tenga con sus afiliados.

## 4.2 Recomendaciones

Es necesaria la capacitación para todos los empleados del Hospital, ya que de esta forma el personal puede aprender como tratar a los pacientes, ya que ellos y en sí toda persona se merece respeto y comprensión.

De igual manera, cumpliendo los objetivos planteados, es muy importante fortalecer la imagen del hospital, ya que ayudaría a que todas las personas tengan un concepto positivo del hospital, y así hagan uso de todos los servicios que el hospital ofrece a sus afiliados.

Otro punto muy importante es la comunicación, la cual debe existir entre el personal y los afiliados, es por eso que se recomienda implementar la información de todos los servicios , actividades, horarios de atención con los doctores, etc., para si crear confianza con sus pacientes y que ellos se den cuenta que el hospital está creando cambios por ellos mismos.

Tan sólo con el diseño de un plan de comunicación integral y su respectiva aplicación, una organización podrá dar a conocer las ventajas que posee a su público objetivo y las demás organizaciones. El agotar todas las posibilidades de promoción desde un enfoque publicitario y de relaciones públicas, hará que una organización tenga una percepción completa de la gestión de su imagen. El utilizar, o sólo publicidad; o sólo relaciones públicas proyectará una imagen a medias, y eso repercutiría en su

aceptación pública, y es que un hospital por ser una organización social se debe, además de sus pacientes, a toda una comunidad.

Es recomendable entonces que este plan no sólo quede en el diseño, sino que se lo aplique, esto garantizará que la imagen del hospital sea gestionada de manera integral.

## 5. Bibliografía

Libros:

- Benavides Juan; “DIRECCIÓN DE LA COMUNICACIÓN EMPRESARIAL E INSTITUCIONAL” Gestión 2000 Barcelona 2001.
- Black S; “EL ABC DE LAS RELACIONES PÚBLICAS” , ediciones Gestión 200, Barcelona – España 2004.
- Bonta P y Farber M; “199 PREGUNTAS SOBRE MARKETING Y PUBLICIDAD” Grupo Editorial Norma, Colombia 1994.
- Cess Van Riel; “COMUNICACIÓN CORPORATIVA” Ediciones Prentice Hall, Madrid – España; 2001.
- Fernández Collado Carlos; “LA COMUNICACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES” Editorial Trillas, México 2002.
- Grunig E. James, Hunt Todd; “DIRECCIÓN DE RELACIONES PÚBLICAS” Ediciones Gestión 2000 S.A. Barcelona 2000.
- Lacasa A. “GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN EMPRESARIAL” Ediciones Gestión 2000, España 2004.
- Pavlik V. Jonh; “LA INVESTIGACIÓN EN LAS RELACIONES PÚBLICAS” Ediciones Gestión 2000, SA, Barcelona 1999.
- Pérez Avellaneda Alba; “ESTADÍSTICA BÁSICA APLICADA A LAS CIENCIAS SOCIALES” Primera edición Quito, enero 2006.
- Ramos Grijalva Darío; “MANUAL BÁSICO DE COMUNICACIÓN CORPORATIVA” Primera edición, Bogotá – Colombia, 2007.



- Reinares Lara Pedro, Calvo Fernández Sergio; “GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN COMERCIAL” Mc Graw Hill de España 1999.
- Steitel P. Fraser; “TEORÍA Y PRÁCTICA DE LAS RELACIONES PÚBLICAS” octava edición Pearson Educación S.A. Madrid 2002
- Szalay Jorge Ríos; “RELACIONES PÚBLICAS” Editorial Trillas, México, D. F. octava reimpresión abril 2000.

Páginas Web:

- <http://hcam.iess.gov.ec/>

# ANEXOS

# **ANEXO 1:**

## **Formato Marco Institucional**

# CONTRIBUCIONES ESPECIALES

## RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARÍN"

Dr. Eduardo Villacís Meythaler

En 1936 se creó la Caja del Seguro Social y, en 1937, el Departamento Médico de la Seguridad Social. El iniciador de la prestación médica en la Seguridad Social fue el ilustre médico Pablo Arturo Suárez.

El doctor Carlos Andrade Marín fue Director del Departamento Médico desde 1937 hasta 1966; luego ostentó las dignidades de Presidente del Instituto Nacional de Previsión Social y Ministro del Ramo, gracias a su labor, se instalaron clínicas y se dio impulso a la creación de hospitales. Por eso, nuestro hospital lleva su nombre.

El Subdirector del Departamento Médico de entonces, fue el doctor Alejandro López Saa. A ellos, doctor Andrade Marín y López Saa, se atribuye la expansión del Servicio Médico del Seguro Social Ecuatoriano.

El Hospital Andrade Marín tiene una extensión de 41.911 metros cuadrados, el terreno fue adquirido por el Director Médico de entonces: doctor Aurelio Ordóñez, en 1956, en la cantidad de 3'654.500 sucres. Tiene un área de construcción de 50.000 metros cuadrados sobre 12.550 metros cuadrados de superficie. 22.000 metros cuadrados corresponden a jardines y espacios verdes.

La construcción se inició en 1961 por la Compañía Jaramillo Saa, que ganó el Concurso para empresas constructoras, bastantes años después de que se aprobara el proyecto arquitectónico diseñado por Distel. Fiscalizó la obra la oficina de construcciones de la Caja Nacional del Seguro Social Ecuatoriano y, en particular, el ingeniero René Pólit.

El precio de la inversión fue de 137'311.698 sucres. El equipamiento estuvo a cargo de la oficina norteamericana Ashco (la cual desapareció luego de esta participación), con excepción de los equipos radiológicos que fueron suministrados por el Consorcio Philips - Siemens. Inicialmente se habilitaron solamente 365 camas.

La inauguración del Hospital Andrade Marín se realizó el 30 de mayo de 1970, asistieron el Presidente de la República; doctor José María Velasco Ibarra, el Ministro de Previsión Social: doctor José Baquero de la Calle; el Presidente del Instituto Nacional de Previsión Social: doctor Alberto Acosta Velasco el Gerente de la Caja Nacional del Seguro

Social: doctor Raúl Zapater Hidalgo; y la señora Ana Andrade Thomas, viuda del doctor Carlos Andrade Marín.

También asistieron el Director del Departamento Médico: doctor Gonzalo Sánchez Domínguez; el Presidente del Comité Médico Asesor: doctor Fausto Villamar y el Presidente de la Comisión Nacional de hospitales: doctor Guillermo Acosta Velasco.

Estos datos fueron recogidos del relato prolijo en la colecta de hechos, cifras y fechas del doctor Eduardo Luna Yépez.

El personal médico estaba integrado por el doctor Carlos Samaniego, internista, el doctor Max Ontaneda, gastroenterólogo, los doctores Miguel Salvador y Guillermo Azanza, cardiólogos; doctor Augusto Bonilla, traumatólogo; doctor Oswaldo Rodríguez, neurocirujano; los doctores Luis Rendón y Luis F. Egúez, dermatólogos; doctor César Benítez, cirujano general; doctor Miguel Andrade, oftalmólogo; los doctores Leonardo Cornejo y Milton Paz y Miño, urólogos; doctor Leopoldo Arcos, neumólogo; doctor Oswaldo Morán, anestesiólogo; doctor José Cruz Cueva, neuropsiquiatra; doctor Estuardo Prado, pediatra; doctor Humberto Bolaños, radiólogo, el doctor Jaime Rivadeneira, patólogo; doctor Jorge Córdova Galarza, el doctor Alberto Monge, doctor Vicente Jiménez Salazar y doctor Victor Hugo Mejía, gineco-obstetras.

El doctor Plutarco Naranjo, inteligentemente, amplió el personal médico en previsión de la inauguración del Hospital Andrade Marín. Durante su gestión se incorporaron los siguientes profesionales: doctores Marcelo Touma, Luis Carrillo y Fausto Pazmiño, gastroenterólogos; doctor Guillermo Vela, nutricionista y dietólogo, doctor Galo Garcés, nefrólogo; doctor Enzo Flor, cirujano plástico; doctor Claudio Cañizares, hematólogo; doctor José Varea Terán, endocrinólogo; doctores Jaime Chávez, César Enríquez, Galo Rosero y Cecilia Castro, cirujanos generales; doctores Humberto Ramos, Eduardo Borja y Ramiro Dueñas, traumatólogos, doctores Enrique Brito e Ignacio Catreira urólogos; doctores Leonardo Malo y Rodrigo Jaramillo, radiólogos; doctores Franklin Tello, Oswaldo Bonilla y Rafael Arcos, cirujanos de corazón; doctores José Carrión, Elisa Calero, Carlos Oleas, Gonzalo Pérez y Eduardo Villacís, cardiólogos.

Los doctores Darío Landázuri y Carlos García, fueron médicos residentes de la antigua clínica, a los que sucedieron los doctores Edgar Patiño, Gastón Guerra y Francisco López, anesthesiólogos, y los médicos doctores Mario Caicedo, Eduardo Puente y Enrique Posligua.

En 1970 contábamos con 63 médicos, 6 médicos residentes y 66 enfermeras.

Fue el tiempo del inicio de la cirugía vascular periférica con el doctor Pablo Dávalos Dillon (1965), y de la cirugía de corazón abierto (19 de abril 1967) con los doctores Roberto Pérez Anda, Franklin Tello, Oswaldo Bonilla, Rafael Arcos, Elisa Calero y el Dr. Reinaldo García como anesthesiólogo del grupo.

El primer Director del Hospital Carlos Andrade Marín fue el doctor César del Pozo y contó con la colaboración del doctor Jaime Ríos, como Director Administrativo.

Calificado como "Elefante Blanco", al tiempo de su apertura, el Hospital ha probado que no debemos renunciar a la posibilidad de lo imposible, si de ello se deriva beneficio para la ciencia y la humanidad. Actualmente ha crecido la población derecho habiente, se han acortado las posibilidades económicas para la medicina privada, nuestro Hospital se ha encogido en bienes y gentes, de modo que la lujosa atención a los primeros pacientes ha derivado en un estrecho pero casi siempre eficaz - servicio médico a los afiliados.

El Departamento de Educación Médica del Hospital, tuvo un gran impulso cuando fue dirigido por un académico y maestro de los quilates del doctor Leopoldo Arcos, quien mejoró la biblioteca con la adquisición de 230 libros, y la suscripción a 69 revistas de todas las especialidades. Además editó, en 1970, el Manual de Procedimientos Médicos y Emergencias.

Cuando el doctor Leonardo Malo fue Director del Departamento Médico, creó una Comisión de Educación Médica, integrada por los doctores Nicolás Espinosa, Milton Paz y Miño y Eduardo Villacís. Esta Comisión, se vinculó con el doctor Enrique Garcés, Decano de la Facultad de Medicina y con el Secretario de AFEME: doctor Eduardo Yépez Villalba, para la realización de los primeros cursos de post grado, en 1973; el de Medicina Interna, dirigido por el doctor Eduardo Luna, con la colaboración de los doctores Marcelo Chiriboga y Hernán Proaño; el de Pediatría a cargo del doctor Nicolás Espinosa: creador de la Pediatría Ecuatoriana Contemporánea; el de Radiología conducido por el doctor Leonardo Malo; el de Ortopedia y Traumatología, bajo el mando del doctor Humberto Ramos, y los de Patología, Anestesia y Salud Pública.

La Comisión de Educación Médica editó, puntualmente, la Revista Médica de la Institución y redactó el primer reglamento para los concursos de los cargos médicos.

El Hospital tuvo siempre, tecnología de avanzada, en radiología. Isótopos, ecosonografía, resonancia magnética, electrocardiografía, ergometría, hemodinámica, neurofisiología, endoscopia: broncoscopias, cistoscopias, laparoscopia, laboratorio clínico, bacteriológico, de genética, cirugías la-

paroscópicas, neurológicas, urológicas, ginecológicas, otorrinolaringológicas, prótesis vascular periféricas, intervencionismo coronario, por catéteres; se operan corazones, se trasplantan riñones, hubo diálisis para insuficientes renales, cirugía plástica, litotripsia, Unidad de Quemados, Banco de Sangre, Unidad de Terapia Intensiva, era, con mucho, la más avanzada del país, Medicina Interna creó reglamentos y algoritmos para la atención de epidemias: SIDA, cólera, difteria, tifoidea, lupus, intoxicaciones, bajo la iniciativa del doctor Pedro Lovato.

El Seguro Campesino era una retribución de la justicia social para quienes sufrían la intemperie de la vida y las heladas de la muerte, pero sus posteriores realidades revelaron la falta de planificación, la carencia de financiamiento y ha significado una carga económica institucional. Su creación, fue un pregón promocional propicio al pavoneo político de sus iniciadores.

Los médicos han sido, desde hace siglos, perseguidos por los potentados de los poderes políticos e institucionales: Miguel Servet, fue quemado por atreverse a decir que la sangre circulaba; William Harvey vio su consultorio hundido en el Támesis por el delito de ser médico personal de Carlos I, de Inglaterra, decapitado por los "cabezas redondas" del insurrecto Cromwell y, entre nosotros, Eugenio Espejo, encarcelado por haber descubierto los "corpúsculos vivientes" y el virus de la libertad. Ahora, los métodos son más sofisticados: fiscalizaciones, auditorias, juicios de mala práctica, como para recordar la frase bíblica: "Todos los días estaba entre vosotros Fariseos, publicanos, mercaderes del Templo".

La actual Dirección del Hospital ha creado la Comisión de Bioética, para la ponderación de las acciones médicas, que son medidas bajo indicadores de justicia, equilibrio y respeto a la categoría médica, sin descuidar los derechos de los pacientes y los imperativos eternos de la medicina.

La APMOF y FENAMED tuvieron por finalidad proteger los intereses de los profesionales universitarios de la Seguridad Social, pero su acción no ha concordado con las aspiraciones de esta clase profesional, que anhela un respaldo sólido, activo y eficaz, alejado de manifestaciones vocingleras, sin repercusión legal efectiva

#### PERSONAL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN

	1995	2002
Médicos Tratantes	234	253
Médicos Residentes	145	149
Odontólogos, Químicos Psicólogos, Farmacéuticos	133	22
Enfermeras	390	407
Auxiliares de Enfermería	432	340
Áreas Económicas y Administrativas	162	236
Servicios Generales y Mantenimiento	241	77

### ATENCIÓNES DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN

	Hasta 1995	Año 2001
Hospitalizados	416.303	
Clínica		3.102
Cirugías	248.229	9.069
Obstetricia	93.224	3.347
Consulta Externa	6'792.699	177.250
Laboratorio	13'160.000	791.749
Radiología	1'322.776	57.829
Recetas	19'646.025	651.653

La actual Dirección del Hospital ha trabajado con denuedo por solucionar sus problemas, tarea difícil para una institución mal planificada, sin bases actuariales, con poca recep-

ción a los informes técnicos universales, con la desmesura de la demanda, con el incremento creciente de los precios de equipos e insumos y la poca continuidad en los mandos: el Hospital ha sido dirigido por los doctores: César del Pozo, Alberto Monge, Oswaldo Rodríguez, Luis Granja, Edmundo Nuñez, Patricio Guerrero, Jaime Chávez, Miguel Sánchez, Julio Larrea, Vladimiro Chávez, Hugo Hurtado, Edmundo Montiel, Carlos Arellano, Mario Caicedo, Alberto López, Rubén Silva, Jaime Grijalva, Patricio Jamriska, Efrén Karolys, Jorge Granja, y ahora por el doctor Rubén Bucheli.

Sin embargo amamos nuestro Hospital: nave gloriosa, capitana de los mares de la Medicina Ecuatoriana, escorada en los arrecifes de la política, algún día arribará a la costa de la estabilidad y eficiencia.

**IESS - HOSPITAL DE NIVEL III**  
**Organigrama Estructural**  
 Fuente: RESOLUCIÓN No. C.I. 086

**HOSPITAL III**  
**Gerencia General**

- Comité de Historias Clínicas
- Comité de Farmacología
- Comité de Bio-Etós
- Comité de Abastecimientos
- Comité Ejecutivo

Gerencia de Investigación y Docencia

Subgerencia de Servicio al Asegurado

Gerencia de Hospitalización y Ambulatorio

Subgerencia de Ambulatorio

- Especialidades: Cirujía, Quirúrgicos y Mieloma Intervi
- Área de Estomatología

Centro de Rehabilitación

Subgerencia de Clínica

- Neurología, Cardología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Ginecología, Hematología, Infectología, Medicina Interna, Neftología, Neurología, Neurología, Oncología y Salud Mental

Subgerencia de Cirujía

- Área de Especialidad etc.
- Cardiovascular, Cabeza y Cuello, Cirujía General, Plástica y Reconstrucción, Vascular Periférica, Torácica, Ginecología, Neurocirujía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Traumatología y Ortopedia.

Centro Quirúrgico y de Cirujía del Día

Centro de Quemados

Subgerencia de Cuidado Materno - Infantil

- Área de Especialidad etc.
- Ginecología y Obstetricia
- Pediatría, Cirujía Periférica

Centro de Alto Riesgo Obstétrico

Centro de Neonatología

Unidad de Enfermería

Asistencia Administrativa

Gerencia de Medicina Crítica

- Área de Anestesiología
- Área de Cuidados Intensivos

Subgerencia de Urgencias

- Área de Urgencias

Centro de Trauma

Centro de Recuperación Post Anestésica

Unidad de Enfermería

Asistencia Administrativa

Gerencia de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento

Áreas de Especialidad en:

- Anatomía Patológica.
- Patología Clínica.
- Inmunología.
- Medicina Nuclear.

Centro de Hemoterapia

Centro de Diálisis

Unidad de Enfermería

Asistencia Administrativa

Subgerencia de Servicios Generales

Servicio de Dietética y Nutrición

Servicio de Esterilización

Servicio de Lavandería

Servicio de Ambulancia y Transporte

Servicio Limpieza y Mantenimiento de Edificios

Servicio de Seguridad y Guardiamía

Subgerencia Financiera

Unidad de Presupuesto y Contabilidad

Unidad de Facturación y Consolidación de Cuentas

Unidad de Recaudación y Pagos

## PERSONAL TÉCNICO RESPONSABLE

LIC. EDISON ONOFRE GALLO  
ESTADÍSTICO DE LA SUBDIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE PICHINCHA  
SGSIF

### RESPONSABLES EN LAS UNIDADES MÉDICAS:

LIC. EDISON SÁNCHEZ  
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN

AB. TIMOTEO CAÑOLA  
HOSPITAL DE ESMERALDAS

LIC. SILVIA RODRÍGUEZ  
CAA. EL BATÁN

SRA. MERCEDES DÍAZ  
CAA. CENTRAL

ING. PABLO MÉNDEZ  
CAA. CHIMBACALLE

ING. EDISON LÓPEZ  
CAA. COTOCOLLAO

SRA. MÓNICA CORDERO  
CAA. SUR OCCIDENTAL

LIC. NORMA VÉLEZ  
CAA. SANTO DOMINGO

SRA. NATHALY POSLIGUA  
CAA. SAN JUAN

SR. RENÉ PAUCAR  
UAA. AMAGUAÑA

SRA. MILKA ESPÍN  
UAA. CAYAMBE

DR. EDGAR LEÓN  
UAA. LA ECUATORIANA

SR. FRANCISCO GUZMÁN  
UAA. SANGOLQUI

SRA. JUANITA BELTRÁN  
UAA. SAN LOREZO

SRTA. MARIBEL CRUZ  
UAA. TABACUNDO



## **PRESENTACIÓN**

*La Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar de Pichincha, Esmeraldas y Santo Domingo de los Tsáchilas, pone en consideración de las Autoridades del IESS, médicos, personal paramédico, personal administrativo, afiliados, beneficiarios y público en general, el Anuario Estadístico 2008 de Producción y Productividad de las actividades que se desarrollan en las Unidades Médicas de las Provincias de Pichincha, Esmeraldas y Santo Domingo de los Tsáchilas.*

*Este documento contiene datos referentes al Sistema de Información en Salud implementado y vigente en las Unidades Médicas del IESS, y su contenido se constituye en información oficial de la Subdirección Provincial, en las actividades de Consulta Externa, Hospitalización, Auxiliares de Diagnóstico, Rehabilitación y Dispensarios Anexos. En tal virtud, se procura que este ejemplar sea utilizado como una herramienta importante que permite efectuar acciones de planificación, análisis y evaluación de las unidades médicas, puesto que su contenido es fiel testimonio de lo realizado en las mismas.*

*El presente Anuario Estadístico cuenta con la información absoluta, los principales indicadores para cada una de las unidades, para cada especialidad en Consulta Externa y en Hospitalización; y, dispone de cuadros y gráficos estadísticos que resumen las principales actividades, para una mayor y rápida comprensión de los usuarios.*

*Se ha decidido destacar ciertas características que demanda el sistema de información de estadísticas de salud (tipo de beneficiario, género, grupos de edad, servicio donde se genera la información) y creemos haber cumplido al presentar un documento fácil de entender y manejar, oportuno, veraz y completo, motivo por el cual la Subdirección invita a los usuarios nos hagan llegar sugerencias y opiniones, con el propósito de considerarlas e incluirlas en futuras publicaciones, como por ejemplo la producción y productividad de actividades como Enfermería, Dietética, Trabajo Social, Lavandería, Servicios proporcionados por Prestadores Externos, Perfiles de Morbilidad, etc.*

*Quiero expresar mi testimonio de gratitud a las personas que aportaron con información estadística de las Unidades Médicas de esta jurisdicción, al Lcdo. Edison Onofre funcionario de la Subdirección, quien presenta este documento para su publicación como un aporte funcional que categoriza su capacidad profesional, y a los compañeros de la Imprenta del IESS por su valioso aporte.*

Dr. Harvey Rivadeneyra Galeano

**Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar de  
Pichincha, Esmeraldas y Santo Domingo de los Tsáchilas.**

## METODOLOGÍA

El presente documento está encaminado a realizar la investigación de las quince unidades médicas (2 Hospitales, 7 Centros de Atención Ambulatoria y 6 Unidades de Atención Ambulatoria) ubicadas en las provincias de Pichincha, Esmeraldas y Santo Domingo de los Tsáchilas.

Las Estadísticas de Salud de las Unidades Médicas antes mencionadas no son otra cosa que la información relativa a las actividades desarrolladas en beneficio de los pacientes atendidos en Consulta Externa, Hospitalización, Rehabilitación y Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, y algunos de los recursos utilizados en esas actividades. Técnicamente se recomienda que estos resultados se publiquen anualmente, pero adicionalmente se elaboran informes trimestrales, semestrales y anuales.

El principal objetivo del Anuario Estadístico es obtener un documento con los principales indicadores de gestión, que permita a las autoridades y usuarios en general realizar actividades de análisis y evaluación de las actividades para una buena planificación de las unidades médicas.

La fuente de datos donde se genera la información lo constituyen los formularios de uso diario en los que se registra la producción de trece actividades que forman parte del Sistema de Información en Salud de la Institución, la misma que se recibe mensualmente en la Subdirección Provincial de Salud para su revisión, corrección, ajustes, consolidación y cálculo de los respectivos indicadores. Para un futuro cercano se pretende incorporar la producción de otras importantes actividades como Enfermería, Dietética, Lavandería, Trabajo Social y fundamentalmente los Perfiles de Morbilidad Ambulatoria y, de Morbilidad y Mortalidad Hospitalaria.

Se han considerado algunas variables comunes para todas las actividades como Tipo de Beneficiario (activos, Riesgos del Trabajo, Voluntarios, Cónyuges, Hijos menores de 6 años, Jubilados, Seguro Social Campesino, Montepío y No afiliados), Género (masculino y femenino) y Grupos de Edad (Menores de 1 mes, de 1 a 11 meses, de 1 a 14 años, de 15 a 40 años, de 41 a 60 años y de 61 y más años), sin embargo se consideraran otras variables, propias de las actividades investigadas.

## **GLOSARIO DE TÉRMINOS**

### **HOSPITAL.**

Es un establecimiento donde ingresan pacientes que padecen o se suponen que padecen de enfermedades o traumatismos, así como parturientas, a los que puede dispensárseles atención médica de corta o larga duración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. El Hospital además puede o no tener asistencia para pacientes ambulatorios y de asistencia domiciliaria.

### **HOSPITAL GENERAL**

Es un establecimiento que brinda servicios de internación, tratamiento y rehabilitación, a personas de todas las edades, que padecen o son sospechosas de padecer ciertas enfermedades. Un Hospital General no necesariamente tiene todos los servicios de atención médica a todas las edades, pero provee al menos los servicios básicos de clínica médica, cirugía, obstetricia y pediatría; además de un número variable de servicios especializados..

### **HOSPITAL ESPECIALIZADO**

Es un establecimiento reservado primariamente para el diagnóstico y tratamiento de pacientes que padecen una enfermedad específica o una afección de un sistema reservado para el diagnóstico y tratamiento de condiciones que afectan a un grupo de edad específica. Comprenden los agudos y crónicos.

### **CAMAS DE DOTACION NORMAL**

Son las camas asignadas al establecimiento, por la autoridad competente y que funciona regularmente para la internación de pacientes, en periodos de actividad normal.

### **CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES**

Es la cama realmente instalada en el Hospital en condiciones de uso para la atención de pacientes hospitalizados, independientemente que estén o no ocupadas. El número de camas disponibles puede variar diariamente debido a que se agreguen por demanda o emergencia, o que se retiren para reparación, desinfección, pintura del local, clausura temporal del servicio, etc.

### **CENSO DIARIO DE PACIENTES**

Es el procedimiento mediante el cual se conoce el movimiento diario de pacientes hospitalizados (ingresos, egresos y transferencias) y la utilización de las camas de cada sala. Este procedimiento debe realizarse todos los días a las 24 horas por el personal de Enfermería de turno de cada sala y en los formatos creados para el efecto.

**PACIENTE HOSPITALIZADO**

Es la persona que ocupa una cama de hospital mientras recibe atención de diagnóstico y tratamiento. No se considera paciente hospitalizado al recién nacido sano, que no necesite otros servicios que los normales; los recién nacidos se contarán como pacientes hospitalizados cuando requieran cuidados especiales brindados en Neonatología. Tampoco se considera paciente hospitalizado al lactante que acompaña a la madre mientras ésta permanece hospitalizada.

**EGRESO HOSPITALARIO**

Es el retiro de un paciente hospitalizado de los servicios de internación del hospital. Un egreso implica siempre la conclusión de un período de hospitalización y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta o fallecimiento.

**EGRESO POR ALTA**

Es el retiro de un paciente vivo del hospital motivado por alta médica definitiva, alta médica transitoria, traslado a otro establecimiento o por otras causas (retiro voluntario, fuga, actos disciplinarios, etc.)

**EGRESO POR DEFUNCIÓN**

Un egreso se produce por defunción cuando el paciente hospitalizado fallece mientras está internado en el establecimiento.

**DIAS ESTADA**

Es el número de días de permanencia en el hospital de un paciente egresado, comprendido entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso; para su cálculo se cuenta el día de ingreso pero no el de egreso. A los pacientes ingresados y egresados en el mismo día se les computará como un día de estada.

**PROMEDIO DIAS DE ESTADA**

Es el número de días que, en promedio, han permanecido hospitalizados los pacientes egresados; el promedio se obtiene dividiendo el número de días de estada (días de hospitalización) de los pacientes egresados durante un período de tiempo que generalmente es un año, para el número total de egresos (altas y defunciones) durante el mismo período.

**PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMAS**

Es un indicador de hospitalización que determina el grado de uso o porcentaje de ocupación de las camas hospitalarias durante un período de investigación.

**RENDIMIENTO DE CAMAS**

Se denomina también giro de cama o coeficiente de renovación e indica el número de pacientes egresados por cada cama, durante el período de investigación.

**INTERVALO DE GIRO**

Conocido también como índice de sustitución, es una medida que indica el tiempo promedio que una cama pasa desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro.

**TASA BRUTA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA**

Conocida también como Tasa de Letalidad Hospitalaria, es la relación entre el número total de defunciones (independientemente de los días de estadía) ocurridas en el establecimiento hospitalario en el periodo de investigación, y el número de egresos (altas y defunciones) de dicho período.

**TASA NETA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA**

Es la relación entre el número total de defunciones ocurridas en el hospital, de pacientes con 48 horas y más de internación, durante el año y los egresos hospitalarios (altas y defunciones) ocurridas durante el mismo período.

**PACIENTE**

Es la persona que utiliza los servicios de tratamiento en los servicios de hospitalización, consulta externa o emergencia.

**CONSULTA EXTERNA**

Es un área del establecimiento de salud, destinada a la atención ambulatoria de pacientes dentro de cada especialidad médica incluidas las acciones de fomento y protección de la salud.

**CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN AÑO Y EN EL ESTABLECIMIENTO**

Es aquella consulta brindada a un paciente ambulatorio por primera vez en el año calendario, esto es del 1 de enero al 31 de diciembre, en un determinado establecimiento aun tratándose de enfermos crónicos y por causas de recuperación o de fomento y protección de la salud. Este dato permite obtener el grado de acceso de una población a los servicios de salud de una unidad médica.

**PRIMERA CONSULTA POR ENFERMEDAD**

Es aquella consulta médica brindada a un paciente ambulatorio, por primera vez por una determinada enfermedad o acción de salud, y en un determinado servicio o especialidad y en un tiempo previamente establecido (generalmente un año calendario).

**CONSULTA SUBSECUENTE**

Es aquella consulta médica brindada a un paciente ambulatorio, por segunda o más veces por la misma enfermedad o por una misma acción en atención de salud.

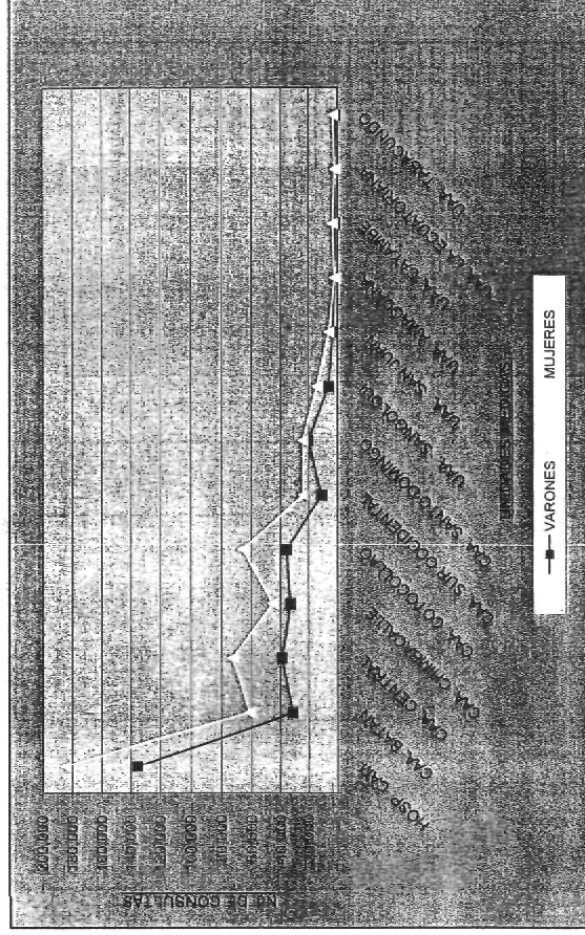
# **ANEXO 2:**

## **Formato Población**

**CUADROS Y  
GRÁFICOS DE RESUMEN**

PRODUCCION DE CONSULTA EXTERNA EN LAS UNIDADES MEDICAS DEL IESS POR GENERO PICHINCHA 2008

UNIDADES MEDICAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
HOSP. CAM	135,048	184,618	319,666
CAA. BATAN	30,850	61,419	92,269
CAA. CENTRAL	38,975	72,894	111,869
CAA. CHIMBACALLE	32,958	45,911	78,869
CAA. COTOCOLLAO	35,422	66,086	101,508
CAA. SUR OCCIDENTAL	10,715	24,032	34,747
CAV. SANTO DOMINGO	20,080	24,297	44,387
UAA. SANGOLQUI	5,902	14,160	20,062
UAA. SAN JUAN	3,038	5,790	8,828
UAA. AMAGUAÑA	1,713	1,877	3,590
UAA. CAYAMBE	1,524	3,394	4,918
UAA. LA ECUATORIANA	1,735	1,791	3,526
UAA. TABACUNDO	1,056	2,948	4,004
<b>TOTAL</b>	<b>319,026</b>	<b>509,217</b>	<b>828,243</b>

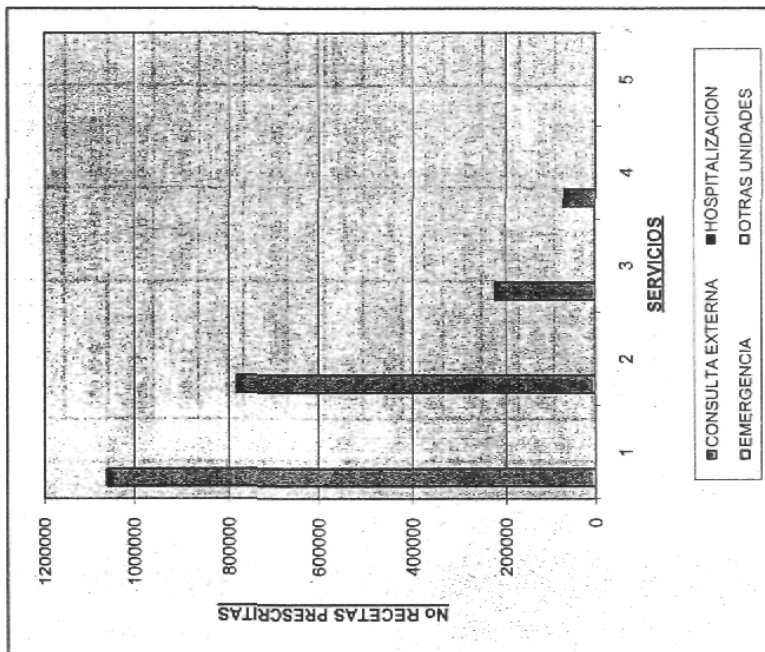


FUENTE : Informes mensuales de cons. ext. de las U.M.  
 Subdirección Prov. de Salud de Pichincha (EO)  
 ELABORADO POR :  
 FECHA : FEBRERO DEL 2009



**PRODUCCION DE FARMACIA (RECETAS DESPACHADAS) POR TIPO DE SERVICIO EN LAS UNIDADES MEDICAS DEL IESS. PICHINCHA  
2008**

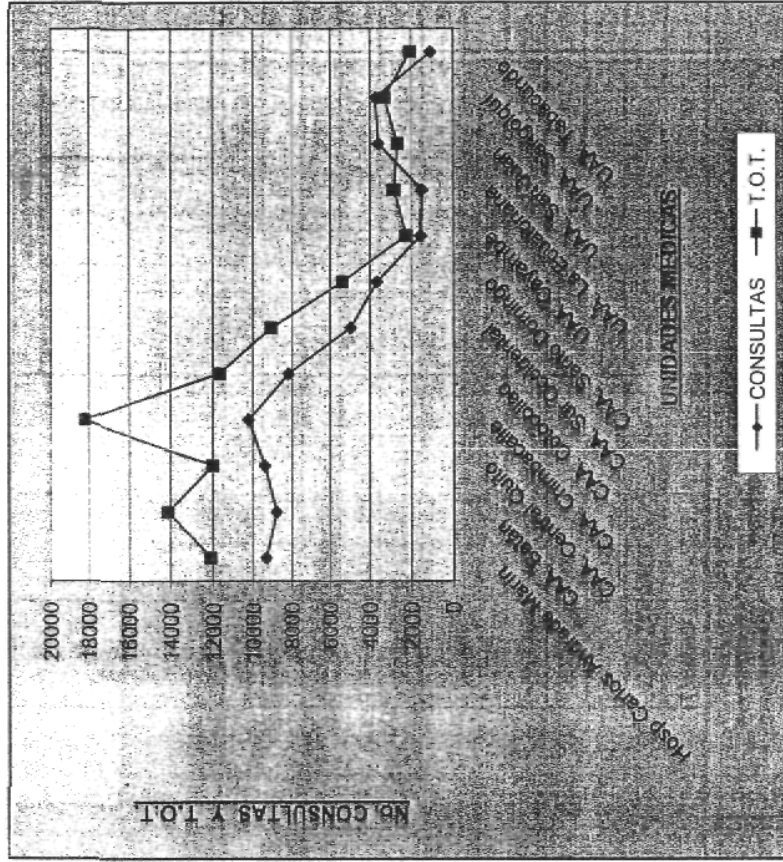
UNIDADES MEDICAS	RECETAS DESPACHADAS				TOTAL
	SERVICIOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA	OTRAS UNIDADES	
Hosp Carlos Andrade Marin	382978	781940	184047		1348965
CAA. Batán	122129		8859	8567	139555
CAA. Central Quito	130906		9956	36895	177757
CAA. Chimbacalle	129710		6889	3807	140406
CAA. Cotocollao	141388		14265	4956	160609
CAA. Sur Occidental	50569			2664	53233
CAA. Santo Domingo	54585		23	5591	60199
UAA. Amaguaña	3925				3925
UAA. Cayambe	3571			392	3963
UAA. La Ecuatoriana	4150			14	4164
UAA. San Juan	13036				13035
UAA. Sangolquí	19450			5123	24573
UAA. Tabacundo	2485				2485
<b>TOTAL PICHINCHA</b>	<b>1058881</b>	<b>781940</b>	<b>224039</b>	<b>68009</b>	<b>2132869</b>



FUENTE : Informes mensuales de las Unidades Médicas  
 ELABORADO POR : Subdirección Prov. de Salud de Pichincha (EOG).  
 FECHA : febrero del 2009

PRODUCCION DE ODONTOLOGIA, CONSULTAS Y TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS TERMINADOS EN LAS UNIDADES MEDICAS DEL IESS DE PICHINCHA 2008

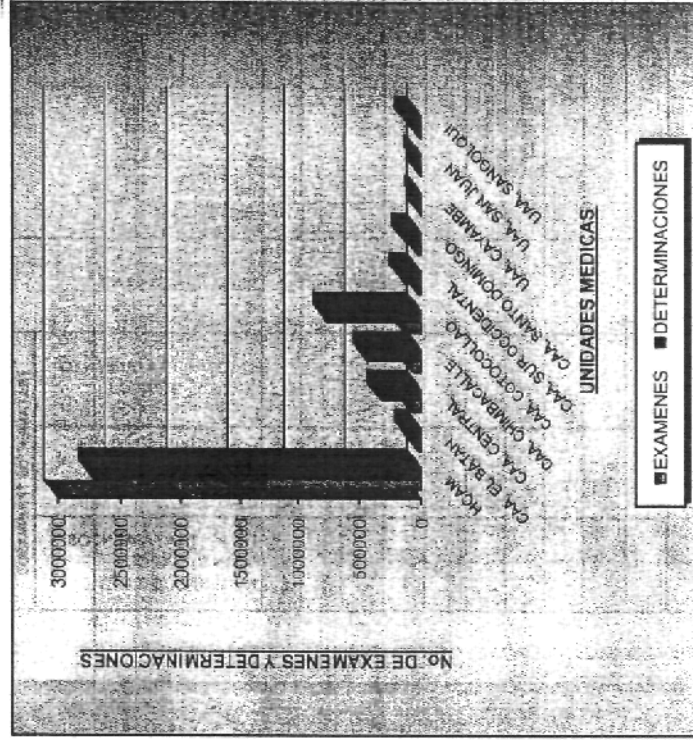
UNIDADES MEDICAS	TOTAL CONSULTAS	TRATAMIENTOS TERMINADOS		
		TOTAL TRATAMIENTO BASICO	TOTAL TRATAMIENTO ESPECIALIZADO	TOTAL TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS TERMINADOS T.O.T.
Hosp Carlos Andrade Marin	9329	6651	5450	12101
CAA. Batán	8804	13715	404	14119
CAA. Central Quito	9409	10564	1438	12002
CAA. Chimbacalle	10225	13186	5048	18234
CAA. Cotocollao	8186	9667	2010	11677
CAA. Sur Occidental	4962	7411	1658	9069
CAA. Santo Domingo	3665	5186	182	5368
UAA. Cayambe	1573	1988	250	2238
UAA. La Ecuatoriana	1510	2760	62	2822
UAA. San Juan	3583	2380	266	2646
UAA. Sangolquí	3746	2733	547	3280
UAA. Tabacundo	1098	1850	195	2045
<b>TOTAL PICHINCHA</b>	<b>66090</b>	<b>78091</b>	<b>17510</b>	<b>95601</b>



FUENTE : Informes mensuales de las Unidades Médicas  
 ELABORADO POR : Subdirección Prov. de Salud de Pichincha (EOG).  
 FECHA : febrero del 2009

**PRODUCCION DE LABORATORIO CLINICO, EXAMENES Y DETERMINACIONES, POR TIPO DE SERVICIO EN LAS UNIDADES MEDICAS DEL IESS DE PICHINCHA 2008**

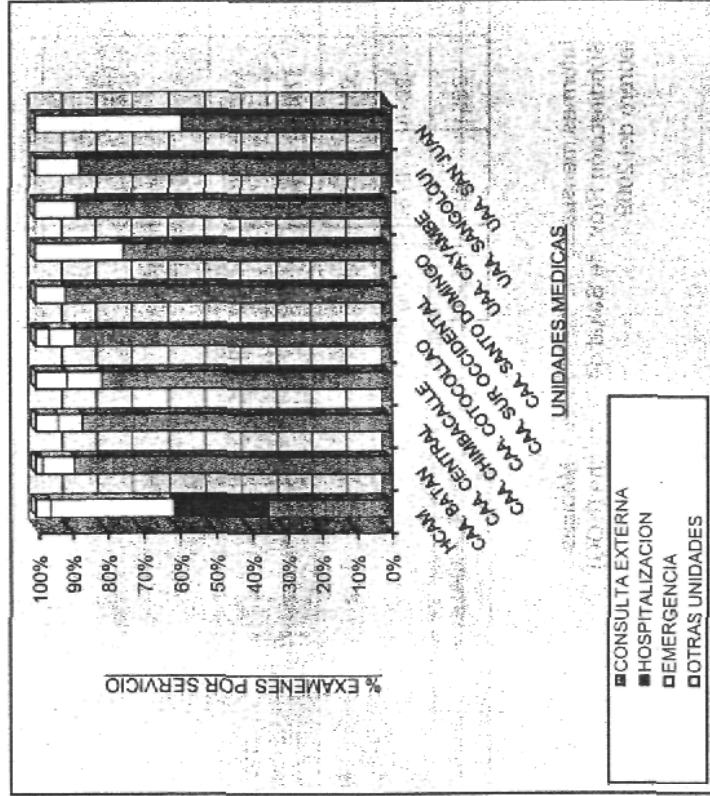
UNIDAD MEDICA	SERVICIOS			OTRAS UNIDADES	TOTAL	TOTAL DETERMINACIONES DE LABORATORIO
	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA			
HCAM	350259	559200	354868	12037	1276164	2714504
CAA. EL BATAN	28224	0	1077	2216	31517	92440
CAA. CENTRAL	67966	0	2184	12123	82273	319521
CAA. CHIMBACALLE	48933	0	828	25047	74808	428476
CAA. COTOCCILLO	110311	0	5502	9347	125160	760966
CAA. SUR OCCIDENTAL	25950	0	3	4304	30257	135765
CAA. SANTO DOMINGO	28284	0	48	6596	34928	116631
UAA. CAYAMBE	1812	0	0	2622	4434	11008
UAA. SAN JUAN	6361	0	0	0	6361	22004
UAA. SANGOLQUI	17572	0	0	5061	22633	94624
UAA. LA ECUATORIANA	2363				2363	4598
<b>TOTAL</b>	<b>688035</b>	<b>559200</b>	<b>364310</b>	<b>79353</b>	<b>1690898</b>	<b>4700537</b>



FUENTE : Informes mensuales de las Unidades Médicas  
 ELABORADO POR : Subdirección Prov. de Salud de Pichincha (EO)  
 FECHA : febrero del 2009

**COMPARACION DE IMAGENOLOGIA (EXAMENES) POR TIPO DE SERVICIO EN LAS UNIDADES MEDICAS DEL IESS PICHINCHA 2008**

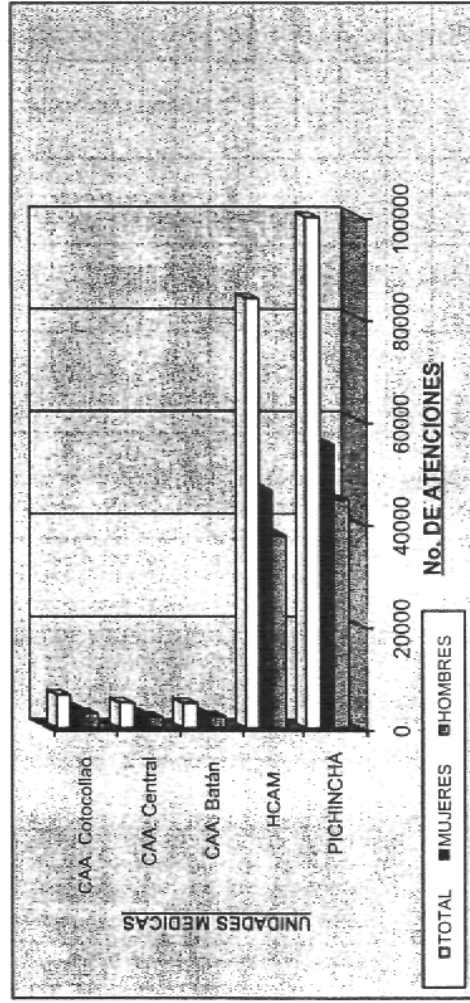
UNIDADES MEDICAS	SERVICIOS			OTRAS UNIDADES	TOTAL
	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA		
CA	47147	35487	46938	5645	135217
CA SAN JUAN	23738		2507	497	26742
CA CENTRAL	9897	0	807	748	11452
CA CHIMBACALLE	1839	0	225	211	2275
CA COTACALLAO	15812	0	1340	735	17887
CA SUR OCCIDENTAL	6598	0	0	646	7244
CA SANTO DOMINGO	7955	0	0	2697	10652
CA YAMBE	1336	0	7	185	1528
CA SANGOLQUI	6379	0		945	7324
CA SAN JUAN	4747	0	0	3322	8069
<b>TOTAL</b>	<b>125448</b>	<b>35487</b>	<b>51824</b>	<b>15631</b>	<b>228390</b>



Informes mensuales de las Unidades Médicas  
Subdirección Prov. de Salud de Pichincha (EOG).  
febrero del 2009

**PRODUCCION DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS POR GENERO, EN LAS UNIDADES MEDICAS DEL IESS PICHINCHA 2008**

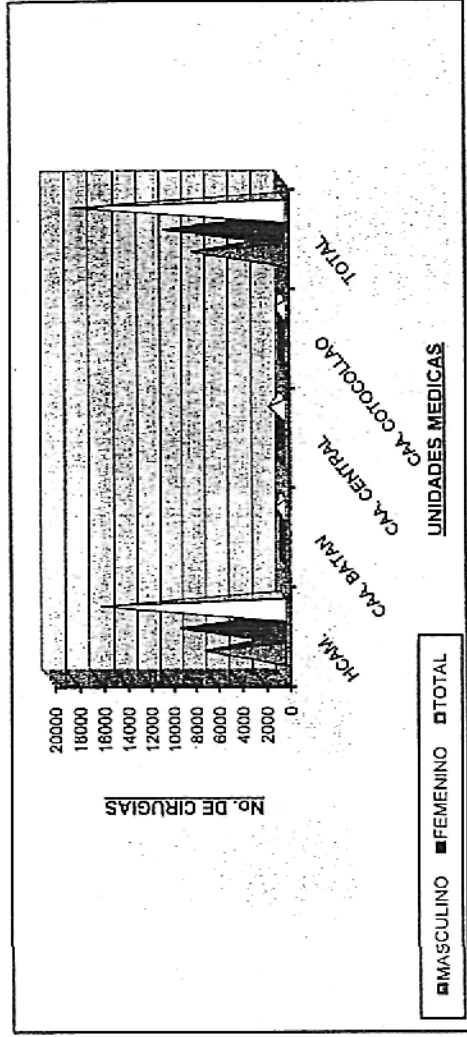
UNIDADES MEDICAS	GENERO		
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
PICHINCHA	44316	55236	99552
HCAM	37491	46195	83686
CAA. Batán	2126	2587	4713
CAA. Central	2018	2769	4787
CAA. Cotacollao	2681	3685	6366



FUENTE : Informes mensuales de las Unidades Médicas  
 ELABORADO POR : Subdirección Prov. de Salud de Pichincha (EOG).  
 FECHA : febrero del 2009

**PRODUCCION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR TIPO DE BENEFICIARIO Y GENERO EN LAS UNIDADES MEDICAS DEL IESS DE PICHINCHA 2008**

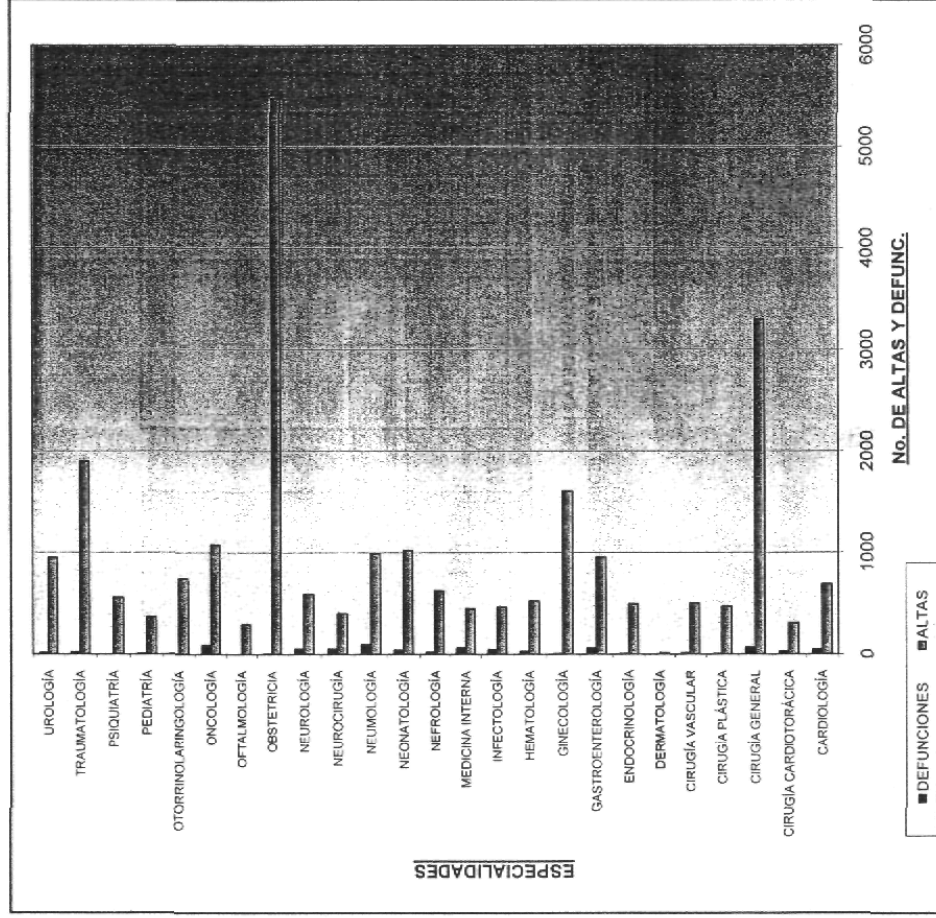
UNIDADES MEDICAS	GENERO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
HCAM.	6738	8990	15728
CAA. BATAN	269	316	585
CAA. CENTRAL	530	638	1168
CAA. COTOCOLLAO	264	375	639
<b>TOTAL</b>	<b>7801</b>	<b>10319</b>	<b>18120</b>



FUENTE : INFORMES MENSUALES DE LAS U.M.  
 ELABORADO POR : SUBDIR. PROV. DE SALUD PICHINCHA (EOG)  
 FECHA : FEBRERO 2008

PRODUCCION DE EGRESOS DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN SEGUN CONDICION AL EGRESO (ALTAS Y DEFUNCIONES) 2008

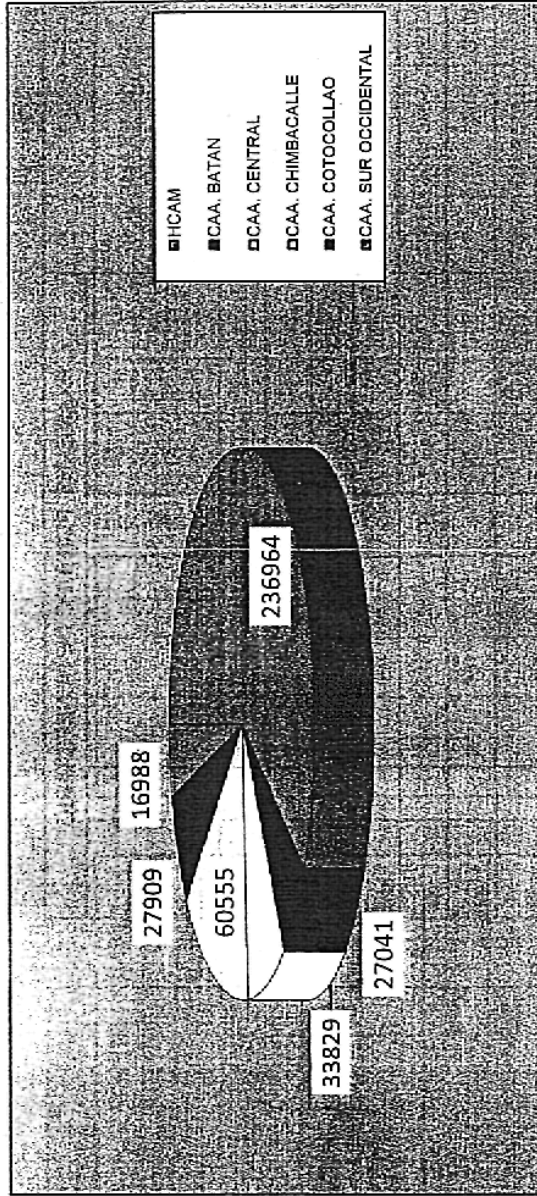
ESPECIALIDADES	CONDICION AL EGRESO	
	ALTAS	DEFUNCIONES
CARDIOLOGIA	691	45
CIRUGIA CARDIOTORACICA	307	29
CIRUGIA GENERAL	3298	66
CIRUGIA PLASTICA	471	3
CIRUGIA VASCULAR	503	13
DERMATOLOGIA	14	
ENDOCRINOLOGIA	495	6
GASTROENTEROLOGIA	955	58
GINECOLOGIA	1603	6
HEMATOLOGIA	524	29
INFECTOLOGIA	465	46
MEDICINA INTERNA	449	63
NEFROLOGIA	624	21
NEONATOLOGIA	1022	41
NEUMOLOGIA	992	95
NEURCIRUGIA	400	52
NEUROLOGIA	592	52
OBSTETRICIA	5479	1
OFTALMOLOGIA	292	0
ONCOLOGIA	1076	86
OTORRINOLARINGOLOGIA	745	2
PEDIATRIA	367	6
PSIQUIATRIA	558	
TRAUMATOLOGIA	1898	18
UROLOGIA	949	13
<b>TOTAL</b>	<b>24769</b>	<b>751</b>



FUENTE : INFORMES MENSUALES DE LAS U.M.  
 ELABORADO POR : SUBDIR. PROV. DE SALUD PICHINCHA (EOG)  
 FECHA : FEBRERO 2008

PRODUCCION DE SESIONES DE REHABILITACION EN LAS UNIDADES MEDICAS DEL IESS PICHINCHA 2008

UNIDADES MEDICAS	TOTAL
HCAM	236964
CAA BATAN	27041
CAA CENTRAL	33829
CAA CHIMBACALLE	60555
CAA COTOCOLLAO	27909
CAA SUR OCCIDENTAL	16988
<b>TOTAL</b>	<b>403286</b>

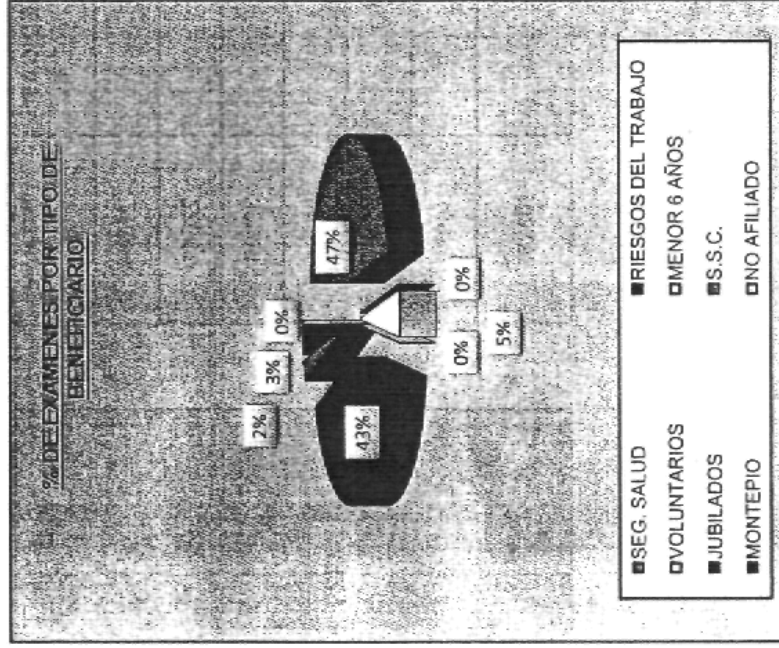


FUENTE: INFORMES MENSUALES DE LAS U.M.  
 ELABORADO POR: SUBDIR. PROV. DE SALUD PICHINCHA (EOG)  
 FEBRERO 2009



**PRODUCCION DE ELECTRODIAGNOSTICO EN LAS UNIDADES MEDICAS DEL IESS  
PICHINCHA 2008**

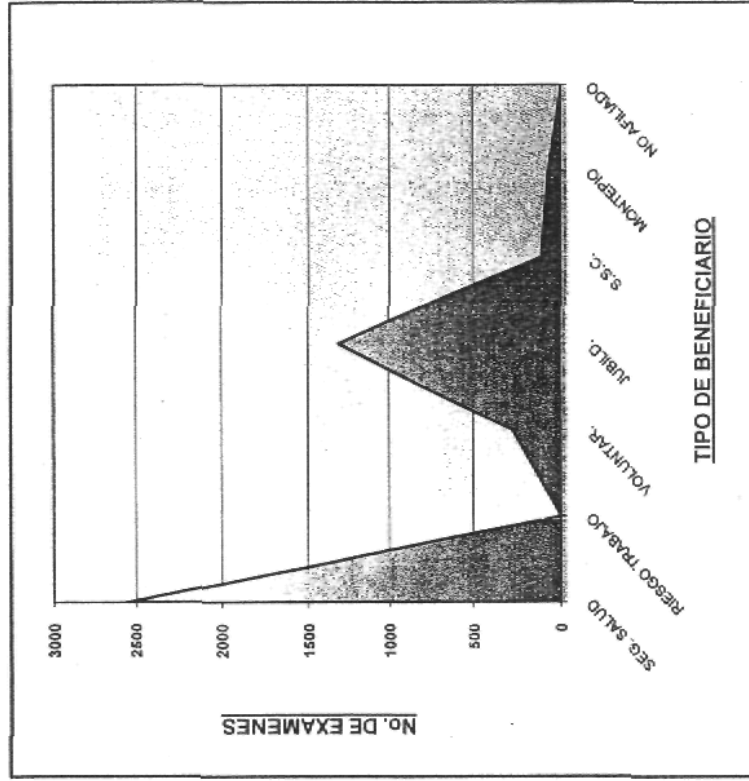
TIPO DE EXAMENES	EXAMENES POR TIPO DE BENEFICIARIO								TOTAL
	SEG. SALUD	RIESGOS DEL TRABAJO	VOLUNTARIOS	MENOR 6 AÑOS	JUBILADOS	S.S.C.	MONTEPIO	NO AFILIADO	
ELECTROCARDIOGRAFIA	8,765	23	1,098	-	8,395	416	548	4	19,249
ERGOMETRIA	221		26	-	188	3	9	-	447
HOLTER - EKG	163		19	-	189	7	8	-	386
ELECTROENCEFALOGRAFIA	466		27	11	210	102	3	1	820
POTENC. EVOCADOS AUDITIV.	42		-	-	-	2	-	-	44
AUDIOMETRIAS	2,600		244	-	1,940	66	94	-	4,944
ELECTRONISTAGMIOGRAFIA	16				28				44
IMPEDANCIOMETRIA	395		38	-	235	10	3	-	681
ECOCARDIOGRAMA	1,090		36	-	1,462	69	344		3,001
OTROS	657	7	42		410	20	4	1	1,141
<b>TOTAL</b>	<b>14,415</b>	<b>30</b>	<b>1,530</b>	<b>11</b>	<b>13,057</b>	<b>695</b>	<b>1,013</b>	<b>6</b>	<b>30757</b>



FUENTE : INFORMES MENSUALES DE LAS U.M.  
 ELABORADO POR : SUBDIR. PROV. DE SALUD PICHINCHA (EOG)  
 FECHA : FEBRERO 2008

**UNIDAD DE ENDOSCOPIAS POR TIPO DE BENEFICIARIO Y TIPO DE EXAMEN EN LAS UNIDADES MEDICAS DEL IESS  
PICHINCHA 2008**

TIPO DE EXAMENES (Endoscopias)	EXAMENES: POR TIPO DE BENEFICIARIO							TOTAL
	SEG. SALUD	RIESGO TRABAJO	VOLUNTAR	JUBILD.	S.S.C.	MONTEPIO	NO AFILIADO	
ENDOSCOPIA	174	-	4	162	33	6	1	380
ENDOSCOPIA DIGEST.ALTA	1,449	-	151	525	41	35	-	2,201
ENDOSCOPIA	304		21	97		1		423
ENDOSCOPIA IDEOSCOPIA	76		6	25				107
ENDOSCOPIA	68		7	15		11		101
ENDOSCOPIA	422	-	85	434	40	23	-	1,004
OTROS	67	2	8	62	8	1	-	148
<b>TOTAL</b>	<b>2,560</b>	<b>2</b>	<b>282</b>	<b>1,320</b>	<b>122</b>	<b>77</b>	<b>1</b>	<b>4,364</b>



FUENTE : INFORMES MENSUALES DE LAS U.M.  
ELABORADO POR : SUBDIR. PROV. DE SALUD PICHINCHA (EOG)  
FECHA : FEBRERO 2009

**PRODUCCIÓN DE ACTIVIDADES DE  
LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA**

**PROVINCIA DE:**

**PICHINCHA**

**2008**

PRODUCCION DE CONSULTA EXTERNA POR UNIDAD MEDICA

ACTIVIDAD MEDICA: PICHINCHA

MES: CONSOLIDADO ANUAL

AÑO: 2008

POBLACION: 822575

UNIDADES MEDICAS	CONSULTAS POR: TIPO DE BENEFICIARIO										POR SEXO					POR GRUPOS DE EDAD												
	Nº DE MEDICOS	Asesoramiento					SEG. SALUD	RIESGO TRABAJO	VOLUNTARIOS	CONYUGE	MENOR 6 AÑOS	DUBILADOS	S. C.	MONTEPIO	NO AFILIADO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	MENOR UN MES	DE 1 A 11 MESES	DE 1 A 14 AÑOS	DE 15 A 40 AÑOS	DE 41 A 60 AÑOS	DE 61 Y MAS	TOTAL		
		Asesoramiento	Asesoramiento	Asesoramiento	Asesoramiento	Asesoramiento																					HOMBRES	MUJERES
1. SAN CARLOS	222	4,238	138,067	555	17,165	11,555	125,389	8,392	6,438	12,104	319,886	135,048	184,618	319,666	1,201	11,188	1,309	52,891	118,058	135,011	319,660							
2. SAN CARLOS (2)	31	4,654	54,810	24	7,159	31	2,898	25,356	1,451	571	92,280	30,850	61,419	92,259	70	2,420	381	24,785	32,933	31,710	92,260							
3. SAN CARLOS CENTRAL (1) (2)	38	101	45,801	6	9,599	-	5,246	41,952	117	9,348	111,869	38,975	72,894	111,869	12	2,392	2,849	16,083	41,755	48,778	111,869							
4. SAN CARLOS CHIMBACALLE (2)	24	13,026	30,001	7,840	7,840	4,107	33,084	-	3,705	54	78,860	32,958	45,911	78,860	1,738	2,227	46	27,677	39,810	7,362	78,869							
5. SAN CARLOS COTOCOLLAO (1) (2)	34	-	46,176	7,691	7,691	6,914	38,099	76	2,552	-	101,508	35,422	66,086	101,508	294	6,027	593	22,500	20,284	43,782	101,508							
6. SAN CARLOS SIF OCCIDENTAL	16	7,980	18,339	7	4,401	1,786	8,815	-	1,399	-	34,747	10,715	24,032	34,747	476	1,093	67	7,466	14,279	11,366	34,747							
7. SAN CARLOS SANTO DOMINGO	13	5,060	32,841	123	986	13	1,196	5,205	2,987	1,001	44,387	20,090	24,297	44,387	297	790	610	10,327	15,520	8,827	44,387							
8. SAN CARLOS SANGOLUJI	6	4,181	12,046	33	936	-	5,013	24	298	-	20,062	5,902	14,160	20,062	103	871	140	5,919	7,786	5,233	20,062							
9. SAN CARLOS SAN JUAN	5	893	5,079	1	764	7	5	2,557	-	415	8,828	3,038	5,790	8,828	-	-	-	2,005	3,492	3,241	8,828							
10. SAN CARLOS SANGUANA	2	1,133	2,469	2	172	57	830	-	70	-	3,560	1,713	1,877	3,560	11	38	13	1,733	955	839	3,560							
11. SAN CARLOS SANGUAYMBE	2	1,863	4,477	45	41	6	4,918	317	-	32	4,918	1,524	3,394	4,918	6	5	-	3,528	948	431	4,918							
12. SAN CARLOS SANGUITORIANA	2	461	2,047	8	360	2	115	649	-	143	3,526	1,735	1,791	3,526	10	49	57	1,114	1,398	888	3,526							
13. SAN CARLOS TABACUNDO	2	1,502	3,765	-	18	4	103	-	34	-	4,004	1,056	2,948	4,004	3	12	-	3,007	733	249	4,004							
TOTAL	397	45,811	396,317	804	57,120	53	34,961	287,629	11,596	20,977	12,706	828,243	319,028	505,217	4,221	27,131	6,073	187,103	305,978	297,737	828,243							

SE INFORMAN PRIMERAS CONSULTAS EN EL AÑO Y EN EL ESTABLECIMIENTO.

SE INFORMAN CONSULTAS DE FOMENTO Y PREVENCIÓN

Informes mensuales de consulta externa de las Unidades Médicas

Subdirección Prov. de Salud de Pichincha (EO)

30 de enero del 2009

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
DIRECCION DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR  
SUBDIR. PROV. DE SALUD PICHINCHA - ESMERALDAS

PRODUCCION DE CONSULTA EXTERNA POR UNIDAD MEDICA

AÑO: 2008

CONSOLIDADO ANUAL

MES:

PICHINCHA

UNIDAD MEDICA:

UNIDADES MEDICAS	CONSULTAS POR ENFERMEDAD			INTERCONSULTAS		ORDENES			CONSULTAS DE FOM. Y PROTECC.			PROGRAMAS												
	SUBSECUENTES		TOTAL	SOLICITADAS	ATENDIDAS	No. RECETAS PRESCRITAS	No. DIAS REPOSO	ORDEN HOSPITALIZACION	CIRUGIA MENOR	ALTAS MEDICAS	PRIMERAS	SUBSECUENTES	TOTAL	No. RECETAS PRESCRITAS	EXAMEN PERIODICO DEL ADULTO	CALIFICACION MEDICA	EXAMEN PREOCUPACIONAL	CONTROL NIÑO SANO	CONTROL PRE NATAL	EXAMEN CLINICO Y/O PAPANICOLAO	EXAMEN POSITIVO DDC.	EXAMEN POSITIVO DIABETES	ANOVULATORIOS	
	PRIMERAS	SUBSECUENTES	TOTAL	SOLICITADAS	ATENDIDAS	No. RECETAS PRESCRITAS	No. DIAS REPOSO	ORDEN HOSPITALIZACION	CIRUGIA MENOR	ALTAS MEDICAS	PRIMERAS	SUBSECUENTES	TOTAL	No. RECETAS PRESCRITAS	EXAMEN PERIODICO DEL ADULTO	CALIFICACION MEDICA	EXAMEN PREOCUPACIONAL	CONTROL NIÑO SANO	CONTROL PRE NATAL	EXAMEN CLINICO Y/O PAPANICOLAO	EXAMEN POSITIVO DDC.	EXAMEN POSITIVO DIABETES	ANOVULATORIOS	
HOSP. CAM	13,261	292,266	305,527	44,785	20,935	335,603	-	27	184	58	6,965	7,174	14,139	67	7,375	17	5,694	109	59	59	8	8	1	1
CAA. BATAN	22,105	70,164	92,269	1,104	1,820	119,687	27,965	28	-	1,284	-	-	-	67	265	19	1	153	58	2	2	2	1	1
CAA. CENTRAL	25,919	85,950	111,869	-	-	127,678	6,023	5	38	851	-	-	-	3,272	4	-	1,210	718	408	-	-	-	23	23
CAA. CHIMBACALLE	20,369	58,338	78,707	-	-	122,609	18,080	-	-	-	-	162	162	-	-	-	288	150	135	-	-	-	2	2
CAA. COTOCOLLAO	28,872	72,636	101,508	7,906	6,582	139,429	27,165	-	120	1,898	-	-	-	-	1,018	-	28	385	139	8	44	-	-	-
CAA. SUR OCCIDENTAL	8,621	19,927	28,548	4,051	929	41,500	2,364	2,671	213	187	2,496	3,703	6,199	6,981	1,563	-	857	1,353	1,445	1	1	-	86	86
CAA. SANTO DOMINGO	19,846	21,369	41,215	439	334	48,743	30,527	49	297	1,055	536	2,636	3,172	4,976	304	-	514	2,195	515	1	1	-	34	34
UAA. SANGOLQUI	9,348	7,528	16,876	1,235	20	19,187	4,312	71	10	2,030	1,212	1,874	3,186	12	273	1	22	342	1,858	3,375	6	1	7	7
UAA. SAN JUAN	3,243	4,061	7,304	878	35	10,949	737	14	-	974	587	937	1,524	1,595	337	1	3	-	178	138	5	1	11	11
UAA. AMAGUANA	2,501	832	3,333	122	-	3,840	790	3	-	315	93	164	257	85	34	-	22	21	169	31	7	1	39	39
UAA. CAYAMBE	2,673	852	3,525	603	6	3,077	696	-	-	133	683	710	1,393	153	37	2	3	3	1,211	-	-	3	-	-
UAA. LA ECUATORIANA	1,515	1,103	2,618	147	-	3,434	99	1	13	1,625	330	578	908	612	199	319	19	52	90	81	23	14	14	14
UAA. TABACUNDO	2,155	630	2,785	353	-	2,197	6,724	1	18	1,656	461	758	1,219	1,770	150	-	5	1,035	1	-	-	-	13	13
<b>TOTAL</b>	<b>160,428</b>	<b>635,656</b>	<b>796,084</b>	<b>61,603</b>	<b>30,761</b>	<b>975,647</b>	<b>125,482</b>	<b>2,870</b>	<b>893</b>	<b>12,068</b>	<b>13,363</b>	<b>18,796</b>	<b>32,159</b>	<b>14,653</b>	<b>7,452</b>	<b>7,721</b>	<b>83</b>	<b>9,113</b>	<b>9,584</b>	<b>6,383</b>	<b>61</b>	<b>66</b>	<b>231</b>	<b>231</b>

INSTITUTO VECINO DE SEGURIDAD SOCIAL  
 SERVICIO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR  
 CALLE 1000 PICHINCHA - ESMERALDAS

**PRODUCCION DE CONSULTA EXTERNA POR UNIDAD MEDICA**

MES:  CONSOLIDADO ANUAL

PICHINCHA

UNIDAD MEDICA	TOTAL CONSULTAS			TOTAL RECETAS PRESCRITAS	No. DE HORAS TRABAJADAS	PRINCIPALES INDICADORES										
	PRIMERAS	SUBSECUENTES	TOTAL			GRADO DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	CONCENTRACION DE CONSULTAS	PROMEDIO CONSULTAS POR HORA	PROMEDIO RECETAS POR CONSULTA	PROMEDIO HORAS TRABAJADAS MEDICO/DIA	PROMEDIO DIARIO DE CONSULTAS	PROMEDIO DE CONSULTAS AFILIADO/AÑO	PROM. CONS. POR BENEFA. ATENDIDO EN CON EXTERNA	PROMEDIO DE CONSULTAS MEDICO AÑO	No DE CONSULTAS QUE GENERAN UN DIA DE REPOSO	% DE ALTAS
	20,226	299,440	319,666	335,603	61,097	1.7	15.8	5.2	1.1	1.2	1,372.0	4.4	1.3	75.4	1,441.6	0.3
	22,105	70,164	92,269	119,754	20,025	6.8	4.2	4.6	1.3	2.8	396.0	-	1.4	19.8	3,033.5	5.8
	25,919	85,950	111,869	127,678	37,073	0.1	4.3	3.0	1.1	4.3	480.1	-	1.2	1107.6	3,003.2	3.3
	20,369	58,500	78,869	122,609	12,305	20.0	3.9	6.4	1.6	2.2	338.5	0.2	1.2	6.1	3,286.2	4.4
	28,872	72,636	101,508	139,429	20,134	-	3.5	5.0	1.4	2.6	435.7	-	1.4	#####	3,007.6	6.6
	11,117	23,630	34,747	48,461	10,796	32.8	3.1	3.2	1.4	3.3	149.1	17.8	1.4	4.3	2,438.4	1.7
	20,382	24,005	44,387	53,721	17,029	19.2	2.2	2.6	1.2	6.3	190.5	7.1	1.5	7.8	3,832.0	5.2
	10,560	9,502	20,062	19,209	6,148	34.4	1.9	3.3	0.8	4.3	86.1	15.9	1.6	4.8	3,253.3	19.2
	3,830	4,998	8,828	12,544	3,316	54.2	2.3	2.7	1.4	4.0	37.9	17.3	4.8	8.9	2,463.6	25.4
	2,594	996	3,590	3,925	1,481	66.2	1.4	2.4	1.1	3.5	15.4	7.2	2.1	3.2	1,958.2	12.1
	3,356	1,562	4,918	3,230	1,344	51.4	1.5	3.7	0.7	2.8	21.1	28.3	1.3	2.5	2,360.6	7.1
	1,845	1,681	3,526	4,046	1,690	40.9	1.9	2.1	1.1	3.6	15.1	25.8	3.1	7.6	1,783.0	88.1
	2,616	1,398	4,004	2,367	1,157	46.9	1.5	3.5	0.6	2.7	17.2	30.4	1.3	2.7	2,184.0	63.3
TOTAL	173,791	654,452	828,243	992,598	193,595	7.4	4.8	4.3	1.2	2.1	3,554.7	3.9	1.3	18.0	2,119.2	6.9

PRODUCCION DE CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDADES

UNIDAD MEDICA: PICHINCHA

MES: CONSOLIDADO ANUAL

AÑO: 2008

POBLACION: 622575

ESPECIALIDADES	No. DE MEDICOS	Tras CONSULTAS AÑO/ESTABLECIMIENTO	CONSULTAS POR: TIPO DE BENEFICIARIO										POR SEXO					POR GRUPOS DE EDAD				
			SEG. SALUD	RIESGO TRABAJO	VOLUNTARIOS	CONYUGE	MEJOR 6 AÑOS	JUBILADOS	S.S.C.	MONTEPIO	NO AFILIADO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	MEJOR UN MES	DE 1 A 11 MESES	DE 1 A 14 AÑOS	DE 15 A 40 AÑOS	DE 41 A 60 AÑOS	DE 61 Y MAS	
CALIFICACION MEDICA	2	1	2,853	-	4,483	-	-	-	320	15	265	33	7,977	3,832	4,145	7,977	-	-	14	1,680	4,411	1,672
CARDIOLOGIA	17	1,257	13,004	-	2,758	2	97	24,043	1,138	2,530	553	44,125	19,325	24,800	44,125	1	2	16	2,770	15,653	25,662	
CIRUGIA CARDIOTORAC.	3	19	948	3	67	-	-	899	129	29	86	2,162	1,124	1,038	2,162	-	-	5	355	807	962	
CIRUGIA GENERAL	12	217	7,382	5	1,004	-	-	4,781	170	798	220	14,348	6,372	7,977	14,348	-	-	1	2,910	5,712	5,728	
CIRUGIA MAXILO-FACIAL	1	3	797	14	45	-	-	207	120	14	70	1,267	395	872	1,267	-	-	1	639	385	230	
CIRUGIA PLASTICA	7	20	4,518	181	234	-	-	1,021	206	53	229	6,452	3,798	2,654	6,452	-	-	46	2,839	2,375	1,105	
CIRUGIA VASCULAR	9	121	6,497	1	1,095	-	-	5,271	109	668	211	13,852	4,205	9,596	13,852	-	-	2	1,758	5,999	6,156	
DERMATOLOGIA	6	102	4,473	8	498	-	-	4,993	175	252	442	10,841	4,898	6,143	10,841	-	-	19	2,701	4,034	5,181	
ENDOCRINOLOGIA	12	577	12,594	2	2,713	-	-	14,775	371	1,409	795	32,662	9,357	23,305	32,662	-	-	18	3,295	14,231	15,102	
GASTROENTEROLOGIA	20	1,014	16,188	8	2,507	-	-	13,214	389	1,102	589	34,001	13,434	20,567	34,001	-	-	5	6,601	14,312	13,083	
GENETICA	1	147	375	9	-	-	-	19	97	41	541	304	237	304	541	-	-	33	95	205	128	
GINECO OBSTETRICIA	37	5,818	67,982	31	7,716	5	-	10,244	638	2,480	978	90,285	86	90,199	90,285	-	-	175	47,810	32,438	9,865	
HEMATOLOGIA	8	31	4,586	-	335	-	-	5,467	483	189	521	11,561	5,579	5,982	11,561	-	-	4	78	1,437	4,542	
INFECTOLOGIA	4	43	1,909	7	69	-	-	451	55	11	51	2,633	2,109	524	2,633	-	-	1	1,300	644	308	
MEDIC. FISICA Y REHAB.	16	813	17,874	126	2,376	-	-	16,378	240	1,141	867	39,105	15,446	23,659	39,105	-	-	227	25	9,961	15,693	
MEDICINA GENERAL	40	10,023	71,691	65	11,300	26	-	47,405	521	5,099	171	136,892	52,625	84,267	136,892	32	121	287	35,782	51,579	49,091	
MEDICINA INTERNA	21	1,895	21,553	10	2,928	3	-	21,959	321	1,637	999	49,416	17,581	31,835	49,416	-	-	7	7,074	19,629	22,708	
MEDICINA PREVENTIVA	5	1,558	9,903	-	379	5	-	2,170	331	211	28	13,023	5,507	7,522	13,023	-	-	12	4,742	5,150	3,122	
NEFROLOGIA	11	82	6,651	-	628	-	-	3,985	306	593	521	14,512	7,085	7,517	14,512	-	-	1	5	2,553	5,470	
NEUMOLOGIA	8	59	3,087	3	259	-	-	6,326	238	352	379	10,844	5,585	5,059	10,844	-	-	1	14	915	2,709	
NEUROCIRUGIA	6	50	1,535	12	110	-	-	699	76	13	106	2,551	1,480	1,071	2,551	-	-	6	723	1,230	591	
NEUROLOGIA	11	695	9,632	18	1,352	-	-	10,907	534	768	570	22,791	11,414	11,377	22,791	-	-	1	41	4,185	8,803	
OFTALMOLOGIA	19	2,079	16,919	10	2,288	3	-	15,480	531	1,317	1,059	37,644	16,851	20,793	37,644	11	698	120	7,109	13,660	16,108	
ONCOLOGIA	18	34	7,750	1	883	-	-	6,169	896	373	673	16,553	6,176	10,377	16,553	-	-	34	1,900	7,143	7,486	
OTORRINOLARINGOLOGIA	15	1,626	15,837	13	2,468	-	-	10,650	462	978	466	33,859	15,103	18,756	33,859	2	33	53	10,888	13,054	9,816	
PEDIATRIA	20	2,883	20	-	34,356	-	-	415	3	2	34,805	18,168	16,637	34,805	4,199	26,051	4,004	123	88	-		
PROCTOLOGIA	3	188	3,609	-	445	-	-	1,531	166	189	130	6,170	3,142	3,028	6,170	-	-	8	1,373	3,075	1,714	
PSICOLOGIA	7	38	2,189	12	178	-	-	1,009	108	39	220	3,755	1,754	2,001	3,755	-	-	6	905	1,696	1,008	
PSIQUIATRIA	9	371	6,591	3	1,635	-	-	10,895	160	959	273	20,316	7,196	13,120	20,316	-	-	13	2,787	7,714	9,802	
REUMATOLOGIA	3	164	2,765	3	362	-	-	1,877	117	56	213	5,393	1,122	4,271	5,393	-	-	-	876	2,813	1,704	
TRAUMATOLOGIA	26	3,703	28,524	286	3,482	7	-	17,042	713	1,637	535	53,338	24,592	28,746	53,338	3	239	83	14,345	21,978	16,000	
UROLOGIA	17	1,308	15,418	8	1,850	-	-	16,344	879	675	611	37,780	29,575	11,215	37,780	-	-	32	28	5,474	13,228	
OTRAS (1)	7	213	7,575	6	929	2	-	7,311	284	711	42	16,872	6,575	10,297	16,872	-	-	5	15	3,098	5,367	
TOTAL	397	45,911	398,317	804	67,120	53	-	34,861	287,629	11,596	26,977	828,243	319,026	509,217	828,243	4,221	27,131	6,073	187,103	302,978	297,737	

(1) INCLUYE: ALERGOLOGIA, GERONTOLOGIA, Y MEDICO A DOMICILIO Y OTRAS ESPECIALIDADES QUE SE INCORPORARON A CIERTAS UNIDADES EN EL TRANSCURSO DEL AÑO.

PRODUCCION DE CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDADES

MES: CONSOLIDADO ANUAL AÑO: 2008

PICHINCHA

ESPECIALIDADES	CONSULTAS POR ENFERMEDAD			INTERCONSULTAS			ORDENES			CONSULTAS DE FOM. Y PROTECC.			PROGRAMAS													
	PRIMERAS	SUBSECUENTES	TOTAL	SOLICITADAS	ATENDIDAS	NO RECETAS	NO DIAS REPOSO	ORDEN HOSPITALIZACION	ALTA MENOR	ALTA MEDICA	PRIMERAS	SUBSECUENTES	TOTAL	NO. RECETAS	EXAMEN PERIODICO DEL ADULTO	CALIFICACION MEDICA	EXAMEN PREOCUPACIONAL	CONTROL NINO SANO	CONTROL PRE NATAL	EXAMEN CLINICO Y/O PAPANICOLA	EXAMEN POSITIVO DOC.	EXAMEN POSITIVO DIABETES	ANOVULATORIOS	DIU	OTROS	
																										OTROS
7.977	2.917	41.208	44.125	1.987	1.132	76.178	313	1	22	6.952	1.025	7.977	7.375	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.777	2	2.160	2.162	957	355	3.791	3.888	7	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2.700	3.764	10.585	14.349	50	36	8.210	3.888	7	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
4.584	1	1.266	1.267	3	1	101	3.888	7	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1.320	15	6.437	6.452	3.080	1.685	943	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8.460	2.598	11.256	13.852	2.156	1.219	7.334	1.997	83	220	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3.600	4.159	6.682	10.841	4.113	2.231	10.216	1.45	-	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2.650	1.249	31.413	32.662	2.292	1.209	45.452	145	-	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1.670	3.689	30.312	34.001	32	100	49.350	1.126	231	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2.241	257	284	541	52	191	469	1.126	231	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1.570	18.580	64.367	82.947	4.439	2.107	72.480	39.609	515	666	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1.570	5	11.556	11.561	5	2	9.366	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2.050	2	2.631	2.633	2	2	4.469	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3.165	7.450	31.855	39.305	1.878	1.369	28.938	8.824	-	366	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1.865	46.900	85.493	132.393	6.946	2.177	220.517	21.991	2.044	175	6.804	1.983	2.516	4.499	1.309	687	323	51	81	2.519	113	30	18	66	21	69	
1.440	8.781	30.571	48.332	10.002	5.236	61.118	1.270	15	4	1.206	583	501	1.084	1.042	308	1	6	-	3	-	3	-	-	-	-	
1.020	2.195	7.820	10.015	2.537	1.286	10.938	752	15	166	166	2.300	705	3.014	3.265	1.701	-	84	95	154	1	-	15	5	5		
1.670	1.016	13.596	14.612	5.957	2.665	44.275	56	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1.570	3	10.641	10.644	1.781	806	19.515	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1.570	5	2.546	2.551	-	-	1.579	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1.700	980	21.811	22.791	1	-	39.297	869	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
591	8.260	29.394	37.644	849	1.186	27.836	7.238	-	138	279	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
503	222	16.331	16.553	238	106	25.375	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
861	6.068	25.747	33.816	686	518	40.329	1.340	5	17	41	2	43	127	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
861	8.536	18.065	26.601	71	10	7.032	59	31	185	558	304	7.800	8.204	1.526	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1.170	73	6.097	6.170	606	436	4.325	530	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1.700	935	2.820	3.755	798	512	798	-	-	217	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
305	840	19.378	20.316	5.989	2.157	33.650	10	-	69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
365	666	4.727	5.393	2.112	834	15.853	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
300	20.921	32.417	53.338	878	599	61.763	33.401	12	198	206	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
741	4.781	33.029	37.780	17	63	25.351	1.280	5	6	1.066	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
871	2.499	14.373.0	16.872	555	533	18.630	686	2	22	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
241	160.428	635.656	796.084	61.603	30.781	975.647	125.482	2.870	893	12.066	13.363	18.796	32.159	14.653	7.452	7.721	83	9.113	9.584	6.393	61	66	231	107	215	



PRODUCCION DE CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDADES

UNIDAD MEDICA: PICHINCHA MES: CONSOLIDADO ANUAL AÑO: 2008

ESPECIALIDADES	TOTAL CONSULTAS		PRINCIPALES INDICADORES	PRINCIPALES INDICADORES											
	PRIMERAS	SUBSECUENTES		GRADO DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	CONCENTRACION DE CONSULTAS	PROMEDIO CONSULTAS POR HORA	PROMEDIO RECET. PRESCRITAS POR CONSULTA	TRABAJADAS HORAS PROMEDIO MEDICINA	PROMEDIO DIARIO DE CONSULTAS	% DE CONSULT. DE FOM Y PROTECC.	PROMEDIO DE CONSULTAS AFILIADO/AÑO	FROM. CONS. POR BENEFI. CON EXTERNA	PROMEDIO DE CONSULTAS MEDICO AÑO	Nº DE CONSULTAS QUE GENERAN UN DIA DE REPOSO	% DE ALTAS
CALIFICACION MEDICA	6,952	1,025	7,977	1,754	1.1	4.5	0.2	3.6	34.2	100.0	7977.0	3,829.0	#DIV/0!	-	
CARDIOLOGIA	2,917	41,208	44,125	9,114	15.1	4.8	1.7	2.3	189.4	-	35.1	2,545.7	141.0	0.8	
CIRUGIA CARDIOTORAC.	2	2,160	2,162	483	####	4.5	1.8	0.7	9.3	-	113.8	682.7	#DIV/0!	-	
CIRUGIA GENERAL	3,764	10,585	14,349	3,005	3.8	4.8	0.6	1.1	61.6	-	66.1	1,212.6	3.9	0.1	
CIRUGIA MAXILO-FACIAL	1	1,266	1,267	329	####	3.9	0.1	1.4	5.4	-	422.3	1,267.0	#DIV/0!	-	
CIRUGIA PLASTICA	15	6,437	6,452	956	430.1	6.7	0.1	0.6	27.7	-	222.5	944.2	73.3	-	
CIRUGIA VASCULAR	2,586	11,256	13,842	7,083	5.3	4.6	0.5	1.5	59.5	-	114.5	1,553.5	6.9	8.5	
DERMATOLOGIA	4,159	6,682	10,841	2,006	2.6	5.4	0.8	1.8	46.5	-	106.3	2,323.1	#DIV/0!	-	
ENDOCRINOLOGIA	1,249	31,413	32,662	45,999	26.2	6.1	1.4	1.9	140.2	-	56.6	1,721.8	225.3	7.4	
GASTROENTEROLOGIA	3,689	30,312	34,001	5,542	9.2	6.1	1.5	1.2	145.9	-	33.5	1,721.6	30.2	0.9	
GENETICA	257	284	541	423	2.1	1.3	-	1.0	2.3	-	3.7	541.0	#DIV/0!	13.2	
GINECO OBSTETRICIA	19,771	70,514	90,285	80,863	4.6	4.5	0.9	2.4	387.5	8.1	15.5	2,487.9	2.3	3.4	
HEMATOLOGIA	5	11,556	11,561	9,565	####	5.1	0.8	1.7	49.8	-	372.9	2,010.6	#DIV/0!	-	
INFECTOLOGIA	2	2,631	2,633	4,469	####	5.6	1.7	0.5	11.3	-	61.2	672.3	#DIV/0!	-	
MEDIC. FISICA Y REHAB.	7,450	31,655	39,105	28,838	5.2	4.0	0.7	2.7	167.8	-	48.1	2,522.9	4.4	4.9	
MEDICINA GENERAL	48,883	80,009	138,892	223,748	2.6	3.7	1.6	4.0	587.5	3.3	7.4	3,415.2	6.2	13.9	
MEDICINA INTERNA	9,344	40,072	49,416	63,179	5.3	4.9	1.3	2.1	212.1	2.2	24.8	2,362.5	38.9	12.9	
MEDICINA PREVENTIVA	4,504	6,525	13,020	14,203	2.9	3.7	1.1	3.3	55.9	23.1	8.4	2,842.7	17.3	3.7	
NEFROLOGIA	1,016	13,598	14,612	44,275	14.4	3.4	3.0	1.7	62.7	-	178.2	1,338.5	260.9	0.1	
NEUMOLOGIA	3	10,641	10,644	19,515	1,782	####	6.0	1.8	45.7	-	180.4	1,435.1	#DIV/0!	-	
NEUROCIRUGIA	5	2,548	2,551	1,579	550	510.2	4.8	0.6	10.0	-	51.0	402.8	#DIV/0!	-	
NEUROLOGIA	980	21,911	22,791	39,267	3,408	23.3	6.7	1.7	97.8	-	33.3	2,153.5	25.6	-	
OFTALMOLOGIA	8,260	29,384	37,644	27,856	10,873	4.6	3.5	0.7	2.5	161.6	18.1	2,034.8	5.2	3.4	
ONCOLOGIA	222	16,331	16,553	25,375	4,285	74.6	3.9	1.5	71.0	-	486.0	1,051.0	#DIV/0!	-	
OTORRINOLARINGOLOGIA	8,110	25,749	33,859	40,456	8,711	4.2	3.9	1.2	2.5	145.3	20.8	2,262.8	22.0	0.2	
PEDIATRIA	8,840	25,965	34,805	8,559	10,955	3.9	3.2	0.2	2.3	149.4	12.2	1,733.0	589.9	6.3	
PROCTOLOGIA	73	6,097	6,170	4,325	1,505	84.5	4.1	0.7	2.2	26.5	33.2	2,115.4	11.8	-	
PSICOLOGIA	935	2,820	3,755	1,819	1,819	4.0	2.0	-	16.1	-	98.8	517.9	#DIV/0!	23.2	
PSICUIATRIA	840	19,378	20,316	33,650	4,364	21.6	4.6	1.7	67.2	-	54.8	2,497.9	####	7.3	
REUMATOLOGIA	686	4,217	5,393	15,653	1,218	8.1	4.4	2.9	23.1	-	32.9	1,787.7	#DIV/0!	-	
TRAUMATOLOGIA	20,821	32,417	53,238	61,703	12,098	2.5	4.4	1.2	2.0	238.9	14.4	2,084.9	1.6	1.0	
UROLOGIA	4,761	33,029	37,790	25,351	7,019	7.9	5.4	0.7	1.7	162.2	27.2	2,190.7	29.5	22.4	
OTRAS	2,489	14,373	16,872	18,630	5,185	6.8	3.3	1.1	3.7	72.4	79.2	2,738.0	24.6	1.6	
TOTAL	173,791	654,452	828,243	992,596	193,595	7.4	4.8	4.3	1.2	3,554.7	1.3	18.0	2,119.2	6.8	6.9

PRODUCCION DE CONSULTA EXTERNA

HCAM

CONSOLIDADO ANUAL

MES:

AÑO: 2008

POBLACION: 245600

CATEGORIA	No. DE MEDICOS	CONSULTAS POR: TIPO DE BENEFICIARIO										POR SEXO					POR GRUPOS DE EDAD					TOTAL	
		Tras CONSULTAS	MOESTABLECIMIENTO	REG. SALUD	RIESGO TRABAJO	VOLUNTARIOS	CONYUGE	MENOR 6 AÑOS	JUBILADOS	S. C.	MONTEPIPO	NO AFILIADO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	Menor UN MES	DE 1 A 11 MESES	DE 1 A 14 AÑOS	DE 15 A 40 AÑOS	DE 41 A 60 AÑOS		DE 61 Y MAS
2	1	2,853	-	4,483	-	-	-	328	15	265	33	7,977	3,832	4,145	7,977	-	-	14	1,890	4,411	1,872	7,977	
7	50	3,819	-	388	-	-	-	816	317	908	489	14,094	6,936	7,158	14,094	-	-	6	598	3,905	9,585	14,094	
3	19	949	3	67	-	-	-	899	129	29	86	2,162	1,124	1,038	2,162	-	-	5	355	807	995	2,162	
9	217	2,874	5	208	-	1	-	2,139	163	133	220	5,823	2,852	2,971	5,823	-	-	1	1,032	2,337	2,453	5,823	
1	3	797	14	45	-	-	-	207	120	14	70	1,287	872	395	1,287	-	-	1	639	385	230	1,287	
6	29	4,092	191	205	-	-	-	912	206	43	229	5,878	3,477	2,401	5,878	-	-	46	89	2,566	2,192	985	5,878
5	105	2,326	1	222	-	-	-	2,598	101	128	201	5,577	2,117	3,460	5,577	-	-	2	589	2,146	2,840	5,577	
4	102	3,874	8	376	-	-	-	4,361	175	168	442	9,404	4,028	5,376	9,404	-	-	19	27	1,387	3,498	4,473	9,404
8	113	6,858	2	1,144	-	-	-	8,188	354	488	759	17,793	4,534	13,259	17,793	-	-	16	1,544	7,283	8,934	17,793	
12	37	5,466	8	692	-	4	-	6,840	379	312	550	14,251	5,584	8,687	14,251	-	-	2	1,388	5,533	7,328	14,251	
1	147	375	-	9	-	9	-	-	19	97	41	541	237	304	541	-	-	33	95	205	128	21	541
15	879	17,001	-	1,535	-	-	-	3,386	426	262	883	23,493	62	23,431	23,493	-	-	6	10,218	10,108	3,161	23,493	
6	31	4,586	-	335	-	-	-	5,487	483	169	521	11,561	5,579	5,982	11,561	-	-	4	78	1,437	4,542	5,500	11,561
4	43	1,989	7	69	-	-	-	451	55	11	51	2,633	2,109	524	2,633	-	-	1	1,300	944	388	2,633	
9	79	8,620	117	628	-	-	-	7,948	233	308	925	18,780	8,185	10,595	18,780	-	-	224	22	3,081	7,534	7,919	18,780
15	182	12,470	3	988	-	-	-	12,528	310	889	982	27,971	9,344	18,627	27,971	-	-	6	3,394	10,507	13,664	27,971	
10	82	5,731	-	224	-	-	-	3,972	386	222	521	11,056	6,075	4,981	11,056	-	-	1	5	2,401	4,312	4,337	11,056
7	59	3,087	3	259	-	-	-	6,326	238	352	379	10,644	5,985	5,059	10,644	-	-	1	14	915	2,709	7,005	10,644
6	50	1,535	12	110	-	-	-	699	76	13	106	2,551	1,480	1,071	2,551	-	-	6	723	1,230	591	2,551	
9	72	6,237	18	803	-	-	-	6,173	528	297	570	16,826	8,509	8,117	16,826	-	-	1	41	2,615	5,783	8,196	16,826
8	232	4,460	16	460	-	-	-	5,908	293	313	1,019	12,470	6,085	6,485	12,470	-	-	6	606	84	1,385	3,792	6,597
16	34	7,758	1	683	-	-	-	6,169	896	373	673	16,553	6,176	10,377	16,553	-	-	34	1,890	7,143	7,489	18,553	
8	204	5,556	11	515	-	-	-	4,207	360	166	429	11,244	4,874	6,370	11,244	-	-	20	26	2,861	4,490	4,348	11,244
9	478	-	-	-	-	-	-	11,549	-	-	-	11,845	6,398	5,547	11,845	-	-	1,182	10,115	698	-	11,845	
2	186	2,089	-	227	-	-	-	1,232	131	42	130	3,831	1,954	1,877	3,831	-	-	8	761	1,819	1,243	3,831	
6	38	1,821	12	158	-	-	-	989	108	37	219	3,344	1,550	1,794	3,344	-	-	6	805	1,506	1,027	3,344	
6	34	3,146	3	608	-	-	-	1,877	158	169	272	9,743	3,089	6,674	9,743	-	-	13	1,197	3,709	4,824	9,743	
3	164	2,765	3	382	-	-	-	1,877	117	56	213	5,393	1,122	4,271	5,393	-	-	-	876	2,813	1,704	5,393	
14	127	7,637	111	610	-	-	-	5,301	350	196	477	14,682	7,093	7,589	14,682	-	-	20	30	3,275	5,766	5,691	14,682
11	423	6,064	6	831	-	-	-	10,433	866	170	569	19,538	14,017	5,521	19,538	-	-	28	26	2,101	5,971	11,412	19,538
1	29	452	-	39	-	-	-	300	5	9	36	841	289	552	841	-	-	3	173	353	312	841	
222	4,238	138,067	555	17,165	-	-	-	11,555	125,389	8,392	6,439	318,666	135,048	184,618	318,666	-	-	11,188	1,309	52,891	118,056	136,011	319,606





# **ANEXO 3:**

## **Formato Encuesta**

BUENOS DÍAS (TARDES)

SE ESTÁ HACIENDO UNA ENCUESTA CON EL PROPÓSITO DE CONOCER ALGUNOS ASPECTOS RELACIONADOS A LA IMAGEN DEL HOSPITAL ANDRADE MARÍN. PARA ELLO LE PEDIRÍA FUERA TAN AMABLE DE CONTESTAR UNAS PREGUNTAS. NO LE TOMARÁ MÁS DE 20 MINUTOS. LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ MANEJADA CON LA MÁS ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD, DESDE LUEGO, NO HAY PREGUNTAS DELICADAS.

CUESTIONARIO

ESTADO CIVIL:  
GÉNERO:  
EDAD:  
OCUPACIÓN:  
AÑOS DE AFILIACIÓN:  
NIVEL INSTRUCCIONAL:  
INSTITUCIÓN EN LA QUE ELABORA:

1. MENCIONE USTED, AL MENOS, CINCO HOSPITALES PÚBLICOS QUE USTED CONOZCA.

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

2. EN ORDEN DE IMPORTANCIA, ESCOJA USTED DE ENTRE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS, LAS QUE PARA USTED SON IMPORTANTES A LA HORA DE RECIBIR ATENCIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO. SIENDO NUEVE LA MÁS IMPORTANTE Y UNO LA MENOS IMPORTANTE.

- CALIDAD EN LOS PRODUCTOS RECIBIDOS.....
- PRECIOS DE TRATAMIENTOS MÉDICOS.....
- ATENCIÓN DE LAS ENFERMERAS.....
- GRADO DE EXPERIENCIA Y PREPARACIÓN DE LOS DOCTORES/RAS.....
- INSTALACIONES.....
- SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL.....
- TECNOLOGÍA MÉDICA.....
- SERVICIOS ADMINISTRATIVOS.....
- CAFETERÍA.....
- OTROS.....

3. ¿SABE USTED DE QUE MANERA SE MANTINE EL HOSPITAL ANDRADE MARÍN ? ESCOJA UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES .

1. POR LOS APORTE DEL EMPLEADOR Y DEL TRABAJADOR
2. POR APORTES DEL GOBIERNO
3. POR APORTE O DONACIONES DE ENTES PARTICULARES

4. CONSIDERA USTED QUE LOS SERVICIOS QUE OFRECE EL HOSPITAL ANDRADE MARÍN SON:

EXCELENTES  
 MUY BUENOS  
 BUENOS  
 REGULARES  
 INSUFICIENTES

5. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS CONSIDERA USTED QUE SON UNA FORTALEZA DEL HOSPITAL ANDRADE MARÍN?

	MPF	PF	BF	MF
1. TECNOLOGÍA	1	2	3	4
2. RECURSOS HUMANOS	1	2	3	4
3. POLÍTICAS ADMINISTRATIVAS	1	2	3	4
4. ATENCIÓN AL PACIENTE	1	2	3	4
5. IMAGEN DE LOS TRABAJADORES	1	2	3	4
6. INNOVACIÓN	1	2	3	4
7. CONFIANZA QUE DAN LOS DOCTORES	1	2	3	4
8. CAFETERÍA	1	2	3	4
9. OTROS ESPECÍFQUE	1	2	3	4

6. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS CONSIDERA USTED QUE SON UNA DEBILIDAD DEL HOSPITAL ANDRADE MARÍN?

	MPF	PF	BF	MF
1. TECNOLOGÍA	1	2	3	4
2. RECURSOS HUMANOS	1	2	3	4
3. POLÍTICAS ADMINISTRATIVAS	1	2	3	4
4. ATENCIÓN AL PACIENTE	1	2	3	4
5. IMAGEN DE LOS TRABAJADORES	1	2	3	4
6. INNOVACIÓN	1	2	3	4
7. CONFIANZA QUE DAN LOS DOCTORES	1	2	3	4
8. CAFETERÍA	1	2	3	4
9. OTROS ESPECÍFQUE	1	2	3	4

7. EXISTE INFORMACIÓN POR PARTE DEL HOSPITAL A LOS AFILIADOS EN TEMAS DE INTERÉS PARA LOS AFILIADOS:

SI  
 NO  
 PARCIALMENTE  
 NS/NR

8. ¿COMO CALIFICA USTED LA INFORMACIÓN QUE RECIBE POR PARTE DEL HOSPITAL?

OPORTUNA E INDISPENSABLE  
ESCASA E INNECESARIA  
MEDIANAMENTE OPORTUNA  
TOTALMENTE ESCASA

9. ¿QUÉ OPINIÓN LE MERECE EL AMBIENTE DEL HOSPITAL, EN GENERAL?

A)	PROMOCIÓN DE SERVICIOS	E	MB	B	R
B)	LA COMUNICACIÓN INTERNA	E	MB	B	R
C)	LA COMUNICACIÓN CON LOS DOCTORES	E	MB	B	R
D)	LA COLABORACIÓN DE LOS EMPLEADOS	E	MB	B	R
E)	LAS INSTALACIONES	E	MB	B	R

10. ¿ESTÁ USTED SATISFECHO CON EL HOSPITAL, GLOBALMENTE?

1. NADA
2. POCO
3. BASTANTE
4. MUCHO




# **ANEXO 4:**

## **Formato Pantallas**



Nos enriquecemos en respeto, para ser respetuosos con usted.  
"El Hospital Andrade Marin está cambiando por usted".

HOSPITAL ANDRADE MARIN



Nos enriquecemos en paciencia, para ser pacientes con usted.  
"El Hospital Andrade Marin está cambiando por usted".

HOSPITAL ANDRADE MARIN

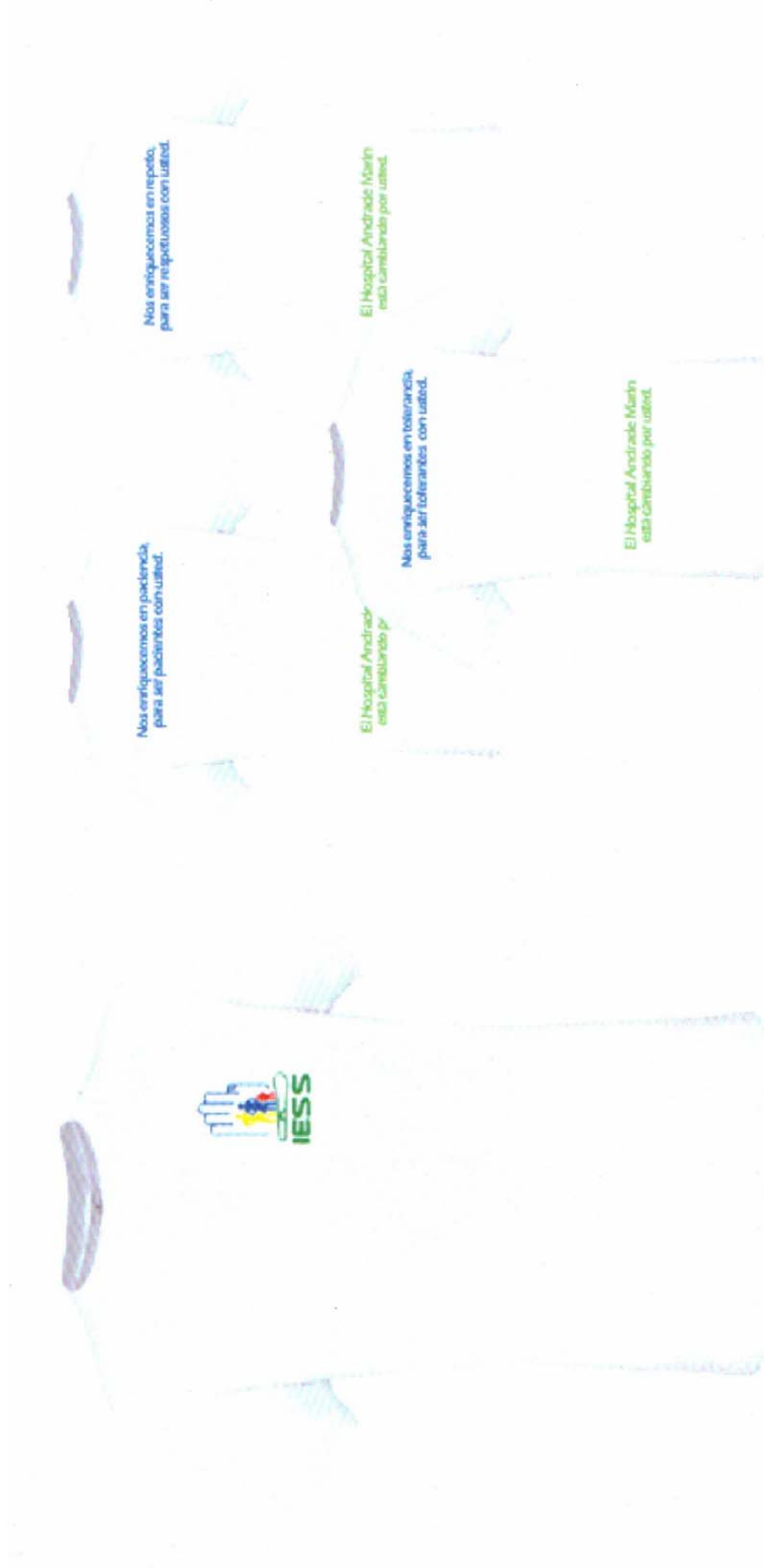


Nos enriquecemos en tolerancia, para ser tolerantes con usted.  
"El Hospital Andrade Marin está cambiando por usted".

HOSPITAL ANDRADE MARIN

# **ANEXO 5:**

**Formato Artículos Promocionales**



Nos enriquecemos en paciencia para ser pacientes con usted.

Nos enriquecemos en respeto para ser respetuosos con usted.

El Hospital Andrade Marín está cambiando por

Nos enriquecemos en tolerancia para ser tolerantes con usted.

El Hospital Andrade Marín está cambiando por usted.

El Hospital Andrade Marín está cambiando por usted.

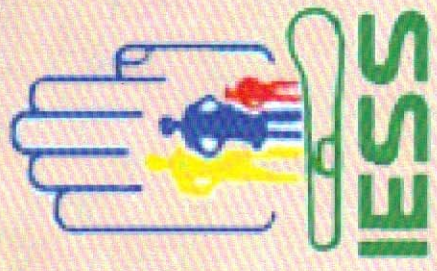
**Nos enriquecemos en paciencia, para ser pacientes con usted.  
Nos enriquecemos en respeto, para ser respetuosos con usted.  
Nos enriquecemos en tolerancia, para ser tolerantes con usted.**

**El Hospital Andrade Marín está cambiando por usted.**



**El Hospital Andrade Marín está cambiando por usted.**





El Hospital Andrade Marin  
está cambiando por usted.

# **ANEXO 6:**

**Formato Página Web**





# Hospital Carlos Andrade Marín

Quito - Ecuador  
Al servicio del afiliado



[Inicio](#)

[El Hospital](#)

[Servicios](#)

[Horarios](#)

[Convenios](#)

[Noticias](#)

[Empleados](#)

[Afiliados](#)

[Doctores](#)

[Enfermeras](#)

[Ambulancias](#)

[Misión](#)

[Razón social](#)



No enriqueceremos en paciencia,  
para ser pacientes con usted.

No enriqueceremos en respeto,  
para ser respetados con usted.

No enriqueceremos en tolerancia,  
para ser tolerados con usted.

**"El Hospital Andrade Marín está cambiando por usted"**



**En Enfermedad  
Cuando acredite  
6 meses consecutivos  
de 30 días, o en su  
defecto acredite en  
8 meses 189 días  
inmediatamente  
anteriores al inicio  
de la incapacidad.**



Servicios Médicos que brinda el Hospital

Intervención Clínica y la Responsabilidad "Cambio"



## Visión

Nuestra visión es ser un hospital líder en la atención de salud a nivel nacional e internacional.

Con autonomía económica y administrativa, enmarcado en los principios legales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, con un modelo de organización dentro del Sistema de Salud, que preste asistencia integral y especializada. Lograr excelencia en sus servicios para satisfacer y superar las necesidades y expectativas del cliente con el uso racionalizado de los recursos disponibles.



Sugerencias y comentarios

Call center  
1800 100 100  
140

Carlos Andrade Marín  
Av. 18 de Septiembre 3220 y  
Ayacucho (esq.)  
Tel. (02) 256 4939  
Fax. (02) 222 3636  
Quito, Ecuador

Información Consulta Externa, Hospitalización y Emergencias  
Información para Pacientes | Servicios Médicos | Información Científica | Proveedores  
Página Principal | Contactos | Estadísticas | Profesionales