



FACULTAD DE POSGRADOS

IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y CONTROL INTERNO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL BÁSICO DR. JAIME ROLDÓS AGUILERA.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad a los requisitos establecidos
para optar por el título de Especialista en Administración de Instituciones de
Salud.

Profesor Guía

Mg. Susana Janneth Larrea Cabrera

Autor

Roberto Carlos Moína Castro

Año

2017

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

Susana Janneth Larrea Cabrera
Magister en Gestión Empresarial
C.I. 170957659-7

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

Lidia Margarita Romo Pico
Magister en Economía Mención Descentralización y Desarrollo Local
C.I. 170371408-7

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

Roberto Carlos Moina Castro

C.I. 120558843-5

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, padre, madre, esposa, hijos y hermanos, por ser una fuente de inspiración constante, que alimenta mis sueños y metas con su apoyo incondicional en cada reto que me he propuesto.

A la Universidad de las Américas, a la Facultad de Posgrados, por brindarme la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos y prepararme para afrontar con éxito mi carrera profesional.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis hijos, Alessandro y Fiorella, quienes desde el momento que llegaron a mi vida, son mi fortaleza y mi motor para superar cualquier obstáculo y vencer todos mis miedos, su sola existencia me anima a seguir superándome día tras día, para ser un ejemplo de vida y superación para ellos.

RESUMEN

El propósito principal de este trabajo es crear una propuesta de trabajo, que mediante herramientas de gestión estratégica aporten al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud del Hospital Dr. Jaime Roldós Aguilera.

Los problemas identificados durante el tiempo de la investigación se relacionan con la ausencia de un modelo de gestión interno y control inadecuado del cumplimiento de la planificación por procesos que faciliten el objetivo de brindar una atención de salud con calidad y calidez

Para el desarrollo de la investigación se utilizó una metodología bibliográfica, basada en revisión de literatura pertinente en temas de gestión hospitalaria, entrevistas con autoridades del hospital, análisis FODA, encuesta de satisfacción del usuario sobre cuestiones de calidad.

Los resultados obtenidos en la investigación, revelaron problemas de organización en la gestión administrativa del hospital, falta de directrices específicas en temas de aseguramiento de la calidad, insatisfacción de los pacientes y falta de capacitaciones específicas al personal operativo en temas de calidad y calidez en salud.

Al final de este trabajo se recomendó diseñar un Sistema de Calidad Institucional; Crear un Comité de Calidad Multidisciplinario permanente; Plantear una nueva misión y visión institucional acorde a las aspiraciones actuales de la institución; Incluir capacitaciones de temas concernientes a normas de relacionamiento, servicio al cliente, buenas prácticas médicas; Mejorar los canales de comunicación internos para mantener informado a todo el personal acerca de temas relevantes para la institución y sus colaboradores.

ABSTRACT

The main purpose of this work is to create a work proposal that, through strategic management tools, contribute to the improvement of the quality of the health services of Dr. Jaime Roldós Aguilera Hospital.

The problems identified during the time of the investigation are related to the absence of an internal management model and inadequate control of the fulfillment of the planning by processes that facilitate the objective of providing health care with quality and warmth.

For the development of the research, a bibliographic methodology was used, based on a review of pertinent literature on hospital management issues, interviews with hospital authorities, SWOT analysis, and user satisfaction survey on quality issues.

The results obtained in the investigation revealed organizational problems in the administrative management of the hospital, lack of specific guidelines on quality assurance issues, patient dissatisfaction, and lack of specific training for operational staff on quality and health issues.

At the end of this work it was recommended to design an Institutional Quality System; Create a permanent Multidisciplinary Quality Committee; To propose a new mission and institutional vision according to the current aspirations of the institution; Include trainings of topics concerning standards of relationship, customer service, good medical practices; Improve internal communication channels to keep all staff informed about issues relevant to the institution and its collaborators.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
Objetivo General:.....	3
Objetivos Específicos:	3
1. CAPÍTULO I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.1. Antecedentes.....	4
1.2. Razones por las cuales se escogió el tema.....	6
1.3. Planteamiento del Problema.....	7
1.4. Pertinencia del Problema.....	8
1.5. Metodología	9
2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO E INVESTIGACIÓN..	12
2.1 Estudios similares que se hayan diseñado, analizado y/o puesto en práctica previamente.....	12
2.2 Estudios realizados en el hospital Dr. Jaime Roldós Aguilera.....	13
2.2.1 Resultados Obtenidos	13
2.3 Hallazgos de la revisión de la literatura académica	23
3. CAPÍTULO III. PROPUESTA DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL DR. JAIME ROLDÓS AGUILERA	27
3.1 Implementación de procesos de gestión administrativa.....	27

3.1.1	Misión y Visión.....	27
3.1.2	Políticas de Calidad	28
3.1.3	Gestión por Procesos	28
3.2	Control interno y seguimiento.....	31
3.2.1	Auditorías Internas.....	32
3.2.2	Indicadores.....	40
3.2.2	Procedimientos Internos	51
4.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
4.1	Conclusiones.....	53
4.2	Recomendaciones.....	54
	REFERENCIAS	55
	ANEXOS	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Resultado porcentual de la primera pregunta del sondeo	14
Figura 2. Resultado porcentual de la segunda pregunta del sondeo	15
Figura 3. Resultado porcentual de la tercera pregunta del sondeo	16
Figura 4. Resultado porcentual de la cuarta pregunta del sondeo	17
Figura 5. Resultado porcentual de la quinta pregunta del sondeo	18
Figura 6. Resultado porcentual de la sexta pregunta del sondeo.....	19
Figura 7. Resultado porcentual de la séptima pregunta del sondeo.....	21
Figura 8. Resultado porcentual de la octava pregunta del sondeo.....	22
Figura 9. Mapa de procesos y subprocesos.....	29
Figura 10. Elementos de un proceso.....	31

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Análisis FODA Hospital Dr. Jaime Roldós Aguilera.....	5
Tabla 2. Los valores K más utilizados y sus niveles de confianza.....	10
Tabla 3. Formulario para Auditoria en el Servicio de Consulta Externa.	33
Tabla 4. Formulario para Auditoria en el Servicio de Hospitalización.....	34
Tabla 5. Formulario para Auditoria en el Servicio de Quirófano.....	36
Tabla 6. Formulario para Auditoria en el Servicio de Enfermería.....	37
Tabla 7. Formulario para Auditoria en el Servicio de Archivo y Estadística.....	39

INTRODUCCIÓN

La época actual se encuentra enmarcada en una dinámica de desarrollo y avances tecnológicos que de una u otra manera impactan los procesos organizacionales rápidamente. Estos procesos no solo se ven afectados por las complejidades del entorno, sino por las mismas complejidades evidenciadas al interior de la institución u organización. La gestión por procesos, el control interno y la auditoría, desde sus diferentes temáticas aportan seguridad de manera sistémica a la organización, logrando minimizar las consecuencias económicas y administrativas que se puedan generar en las organizaciones.

La gestión y evaluación de los sistemas de control interno deben ser consideradas como procesos de escala orientada a la identificación de problemas, la evaluación y la interpretación. A partir de estos criterios la confiabilidad en los indicadores proporcionados por estos sistemas debe estar sujeta a planes de control más eficientes en los procesos organizacionales. Además de identificar un modelo eficiente para el control en gestión del sector empresarial y específicamente en el sector de la salud. (Srinidhi, 1986, págs. 64-65)

El sistema de salud del Ecuador cuenta con las clínicas privadas prestadoras de servicios (Red Privada Complementaria) y las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud (Red Pública de Instituciones de Salud), estas organizaciones son reguladas por el Ministerio de Salud Pública. La implementación de sistemas de control interno en este sector, debe estar sujeta a condiciones que se apliquen a todos los actores participantes, considerando su escala de gran empresa, mediana o pequeña. La importancia de estrategias de gestión y control interno de las organizaciones ha trascendido a todos los sectores, tocando todos los niveles empresariales y se convierte hoy en día, en una clara ventaja competitiva y en un mecanismo para satisfacer las necesidades primordiales de la gestión estratégica de toda organización.

Es por esto, que en los últimos años se ha incrementado la literatura sobre el control y los sistemas de evaluación en el sector empresarial y específicamente en el sector de la salud; esto demuestra la inquietud de todos los actores implicados en el sistema productivo de las naciones. (Sabato, 2017)

Las instituciones de salud públicas en su afán por cumplir con su razón de ser, (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017) *“Garantizar la calidad, eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios de salud que brinda el Ministerio de Salud Pública, en el marco de los derechos de las personas, con el propósito de lograr la excelencia en los servicios; conforme a las políticas sectoriales, modelos de calidad, normativas y lineamientos estratégicos establecidos”*, no cuentan con herramientas que permitan desarrollar procesos de gestión y control adecuados, lo cual crea vacíos administrativos que pueden ser llenados con análisis situacionales y levantamiento de procesos que faciliten su gestión.

En este trabajo se hará un análisis de la gestión administrativa actual del Hospital Dr. Jaime Roldós Aguilera, con la finalidad de proponer herramientas que permitan mejorar los procesos internos de la institución y fortalecer la gestión sanitaria de la institución.

OBJETIVOS

Objetivo General:

El objetivo general de este trabajo de investigación es conocer la situación actual de la gestión administrativa del Hospital Dr. Jaime Roldós Aguilera y en base a esa información, desarrollar una propuesta de trabajo que complemente el modelo de gestión del hospital, haciendo énfasis en el control interno y la gestión por procesos que faciliten el aseguramiento de la calidad de la atención en los servicios de salud.

Objetivos Específicos:

Proponer un plan de gestión estratégica para incrementar la productividad del personal operativo en todas las áreas utilizando de manera eficaz y eficiente el talento humano y los recursos tecnológicos de la institución.

Crear e implementar indicadores de gestión para controlar y dar seguimiento al cumplimiento de las metas institucionales propuestas a corto, mediano y largo plazo.

Establecer planes de mejora continua dentro de la planificación anual del hospital que cumplan con los requerimientos establecidos en cada una de las áreas y procesos.

CAPÍTULO I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes

El hospital Dr. Jaime Roldós Aguilera está ubicado en el cantón Ventanas, Provincia de Los Ríos. Es un hospital básico de referencia local y segundo nivel de atención, cuenta con cinco especialidades básicas, servicio de emergencias, consulta externa, pediatría, ginecología y obstetricia, imagen, terapia física y respiratoria, odontología y cirugía general. Con una capacidad instalada de 45 camas, cubre un área aproximada de noventa mil habitantes que abarca la cabecera cantonal y cinco parroquias aledañas.

El equipo médico está conformado por 7 médicos especialistas, 6 médicos generales, 4 médicos rurales, 3 obstetrices, 3 tecnólogos en laboratorio clínico, 2 terapistas, 2 odontólogos, 1 tecnólogo en radiología, 10 licenciadas en enfermería y 5 auxiliares de enfermería, sumando un total de 43 profesionales. El equipo administrativo lo integran 21 colaboradores ubicados de la siguiente manera: 3 personas en el área de dirección médica, 2 en talento humano, 2 en el departamento financiero, 2 en bodega, 3 en farmacia, 3 en estadísticas, 3 conductores, 3 en cocina.

La razón de ser del hospital se basa en actividades de promoción, prevención, rehabilitación y recuperación de la salud. También puede realizar actividades de docencia e investigación.

El hospital fue fundado en el año 1980 y desde entonces es parte de la red pública del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

A continuación, se expone un análisis FODA de la situación actual de la institución en términos de provisión de servicios.

Tabla 1.
Análisis FODA Hospital Dr. Jaime Roldós Aguilera

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Alta demanda de servicios sanitarios	Presupuesto estatal fijo, permitiendo una planeación eficiente con recursos económicos fijos
Diversificación de los servicios	Corta estancia de los pacientes en el hospital, rotación adecuada de camas
Implementación de programas continuos de promoción de la salud	Hospital de referencia desde primer nivel, flujo permanente de pacientes
Número de profesionales suficientes en las diferentes áreas de servicios	Contacto directo con la Dirección Distrital
Aumento constante de cobertura en áreas de influencia	Colaboración y buena comunicación con autoridades y COE cantonal
Buena ubicación geográfica en términos de accesibilidad	Buena aceptación en general de la población
Personal cualificado, procesos de contratación según concursos de mérito y oposición	Rotación periódica de personal en formación profesional, internos y médicos rurales
Cumplimiento del MAIS en su modelo de gestión	Facilidad de adquisición de insumos y medicamentos mediante compras publicas
DEBILIDADES	AMENAZAS
Resistencia al cambio organizacional	Limitadas fuentes de financiamiento, impide el desarrollo de nuevos proyectos
Falta de mantenimiento planificado de equipos médicos, tecnológicos y activos fijos del hospital	Aumento de la exigencia de los usuarios
No se efectúa seguimiento a sugerencias y quejas de pacientes	Falta de educación de uso de los servicios por parte del paciente
Ausencia de herramientas de control y auditorías internas	Uso desproporcionado de los servicios por usuarios

Falta de estrategias que garanticen la calidad y la mejora continua	Ubicación en zona endémica de enfermedades tropicales de transmisión vectorial
No existen un análisis real de las evaluaciones de desempeño	Excesivos casos de referencias recibidas no justificadas según nivel de complejidad
Ausencia de cronogramas de capacitaciones al personal	Falta de continuidad de directores y administradores del hospital por disposiciones ministeriales y políticas
Falta de socialización de metas, logros y pendientes al personal operativo	Dependencia administrativa de la coordinación zonal en toma de decisiones importantes

Entre las fortalezas de la institución se destacan el nivel cualificado del personal operativo y el cumplimiento de programas ministeriales de promoción de la salud, lo cual refleja la predisposición y el trabajo en equipo. Entre las debilidades internas se puede trabajar en estrategias de gestión para disminuir la resistencia al cambio institucional, la ausencia de planificación y falta de comunicación interna. En cuanto a las oportunidades estas deben seguir siendo aprovechadas para mejorar la colaboración interinstitucional y el uso adecuado de los recursos para el desarrollo de nuevos servicios de salud. Al identificar las amenazas externas se recomienda que estas deben ser tomadas en cuenta para contrarrestar un impacto negativo en la gestión del hospital y realizar planes de contingencia antes esos factores.

1.2. Razones por las cuales se escogió el tema

Las razones por las cuales se escogió este tema son la necesidad de fortalecer los procesos de gestión y control actuales, para facilitar el cumplimiento de metas, mejorar la calidad de los servicios sanitarios y promover un uso eficiente los recursos.

La elaboración de una propuesta integral de estrategias administrativas y procesos internos acorde a la realidad del Hospital Dr. Jaime Roldós Aguilera, permitiría afianzar el aseguramiento de la calidad de los servicios, y consolidar mediante actividades de gestión administrativas la promoción de la salud dentro de un contexto integral de interacción entre los recursos humanos, físicos y financieros, tal como lo propone Braulio Mejía en su libro *Auditoría médica para la garantía de calidad en salud*. (Garcia, Auditoria medica para la garantia de calidad en salud, 2012, págs. 30-60)

Además, mediante el planteamiento de este tema se podrá profundizar en el estudio de los diferentes problemas que se presentan en las áreas administrativas de las entidades de salud, facilitando la comprensión e induciendo a las autoridades sanitarias a buscar alternativas de trabajo que permitan encontrar soluciones a los problemas que presentan los sistemas de salud actuales.

1.3. Planteamiento del Problema

Apoyados en una cartera de servicios, limitados recursos económicos y talento humano, los Hospitales Básicos de la Red Pública de Salud, deben cumplir con su misión institucional, es decir, prestar servicios de calidad y calidez. Así como dar cumplimiento a los diferentes programas de prevención, y promoción conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública (Ecuador, 2017). Lo que conlleva a realizar planes y estrategias internas de gestión para lograr cumplimiento de la misión y visión institucional y los objetivos estratégicos de la institución.

En la mayoría de establecimientos de este tipo simplemente no se tiene un modelo de gestión interno definido que facilite el análisis, interpretación y toma de decisiones de los principales asuntos dentro de la institución.

1.4. Pertinencia del Problema

La pertinencia del estudio de este tema en el área de la administración sanitaria está justificada por los vacíos administrativos existentes en las instituciones de salud pública, carentes de directrices y lineamientos específicos de gestión hospitalaria, acorde al nivel de complejidad y particularidades de los hospitales públicos.

Las instituciones públicas y privadas operan en medios cambiantes y son altamente sensibles respecto a lo que sucede externamente, de ahí que los planes, procesos, programas, estructuras, e incluso el comportamiento de los miembros del equipo de trabajo, varían conforme se actúa. Según (Hernandez, 2008, pág. 18). Esto obliga a las empresas a establecer controles para conocer el grado de variabilidad entre lo que se está logrando o se logró. El propósito fundamental del control interno es mantener el equilibrio de la empresa, generando ayudas en la gestión empresarial (Hernandez, 2008, pág. 15). Los beneficios de implementar un sistema adecuado en control interno en las organizaciones tienen como resultado, la reducción de riesgos de corrupción, el lograr los objetivos y metas establecidos, promover el desarrollo organizacional e impulsar la rendición de cuentas de la alta dirección, proteger los recursos y bienes de las organizaciones, el adecuado uso de los mismos y fomentar las prácticas de valores.

Los aportes que nos ofrece la gestión por procesos, están enmarcados en estrategias y principios de calidad total, lo cual facilita a los profesionales el conocimiento y las herramientas de aquellos aspectos a mejorar. En el sistema sanitario la gestión por procesos permite coordinar los recursos globales del sistema, para garantizar una atención sanitaria integral, a través de servicios eficientes y de calidad, que satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios en términos de salud. (Barros, 2017).

El fortalecimiento de los servicios de salud es un tema en ascenso en las políticas públicas de muchas naciones desarrolladas y en desarrollo.

1.5. Metodología

Para el desarrollo de este trabajo, se planea realizar una revisión de las diferentes definiciones y conceptos como referentes teóricos, estudios de casos del control interno y la gestión administrativas en los servicios de salud nacionales y extranjeros.

Además, se prevé analizar las herramientas de gestión actuales del hospital y los problemas administrativos que enfrenta la institución, mediante entrevistas con las autoridades. También se realizará un sondeo para medir el nivel de satisfacción de los usuarios en términos de calidad de los servicios.

En el sondeo se abordarán 5 aspectos esenciales: calidad de los servicios, efectividad, eficiencia, relación entre empleados y usuarios y tiempos de espera. Para calcular el tamaño de la muestra se tomó como referencia la siguiente formula:

Fórmula para la obtención de la muestra del sondeo.

Ecuación 1.

$$n = k^2 * p * q * \frac{N}{e^2 * (N - 1)} + k^2 * p * q$$

N: es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

K: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación sean ciertos: un 95,5 % de confianza es lo mismo que decir que nos podemos equivocar con una probabilidad del 4,5%.

Tabla 2.
Los valores k más utilizados y sus niveles de confianza.

K	1,15	1,28	1,44	1,65	1,96	2	2,58
Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	95,5%	99%

Tomado de: (Santiago Fernández, 2002, pág. 85)

E: es el error muestra deseado. El error maestral es la diferencia que puede haber entre el resultado que obtenemos preguntando a una muestra de la población y el que obtendríamos si preguntáramos al total de ella.

p: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que $p=q=0.5$ que es la opción más segura.

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es $1-p$.

N: es el tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer).

Por consiguiente, para realizar el sondeo y medir la satisfacción de los usuarios del Hospital Jaime Roldós Aguilera, donde diariamente se atienden un promedio de 900 pacientes (N), (Departamento de Estadísticas del Hospital Dr Jaime Roldos Aguilera, 2016, págs. 1-10), con un nivel de confianza del 95% que determina que $k=2$, deseamos un error maestral del 5% (e) y consideramos que estarán satisfechos el 25% ($p=q=0.25$) necesitaríamos una muestra de 90 usuarios.

Luego de analizar los resultados obtenidos en el sondeo, se realizará una propuesta de trabajo en este ámbito, tomando en consideración la información obtenida y las observaciones levantadas.

En resumen, la metodología a utilizar para el desarrollo de este trabajo investigativo consiste en cuatro etapas:

1.- Revisión y análisis conceptual de las definiciones y características de los indicadores utilizados en la gestión de instituciones de salud, que se basa en dos componentes: búsqueda bibliográfica de publicaciones científicas y textos de estudio, y la discusión con académicos, autoridades y usuarios. Para la búsqueda bibliográfica se utilizó el servicio del archivo disponible en el hospital Dr. Jaime Roldós Aguilera, ensayos y artículos de autores colombianos, españoles, argentinos y mexicanos entre otros.

2.- Revisión bibliográfica de experiencias nacionales e internacionales de trabajos enfocados en la administración sanitaria y el control interno empresarial.

3.- Análisis de los resultados de la encuesta de satisfacción realizada a los usuarios del hospital en las principales áreas de servicio.

4.- Propuesta de mejora a los procesos de gestión administrativas existentes en el hospital Dr. Jaime Roldós Aguilera.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO E INVESTIGACIÓN

2.1 Estudios similares que se hayan diseñado, analizado y/o puesto en práctica previamente

En la revisión de los archivos con los que cuenta la institución y entrevistas con las autoridades actuales del Hospital Dr. Jaime Roldós Aguilera, se evidenció que no se han realizado estudios previos, ni diseño de propuestas similares de gestión administrativa a nivel local.

Las directivas anteriores y la actual administración se han limitado en seguir lineamientos generales emitidos desde el nivel central del MSP como por ejemplo la implementación del *Nuevo Modelo de Gestión del Ministerio de Salud Pública*, que entro en vigencia en el mes de septiembre del 2013 y en el cual se plantean reformas en la estructura del MSP basadas en la desconcentración de atribuciones y la descentralización de las competencias, mediante una nueva organización territorial, procesos y articulación intersectorial.

Una de las actividades administrativas que se realizan anualmente en el hospital como gestión de control interno, son las evaluaciones de desempeño, estas evalúan el trabajo que realiza cada funcionario en función a un perfil óptimo de competencias y es calificado por el jefe inmediato superior. Este tipo de mediciones generalmente se utiliza, para medir la eficiencia de los colaboradores del hospital en sus actividades asignadas.

En la entrevista de trabajo con la Directora actual del hospital Obs. Tamara Álvarez y el Director Distrital Dr. Daniel Jara, se conoció que en la actualidad la dirección del hospital se está enfocando en el desarrollo de planes para fomentar mejoras en cuanto a la calidad de los servicios, para lo cual ha encargado al departamento de Planificación realizar planes de asistencia al personal operativo acerca de estos temas, para promover de manera más activa las políticas, misión y visión institucionales.

Las capacitaciones que se dictan al personal médico del hospital, están relacionadas con los programas estatales que se ejecutan en la institución. De esta manera se mantiene actualizados los conocimientos de los profesionales respecto a las directrices que se dan a nivel ministerial. Sin embargo no existe una matriz de capacitaciones basada en necesidades propias de los trabajadores del hospital, sustentada en indicadores, estudios o auditorías de campo, que proporcionen temas de interés con respecto a la situación actual de la institución.

2.2 Estudios realizados en el hospital Dr. Jaime Roldós Aguilera

Con el propósito de obtener información actualizada, tomando en consideración la importancia de la opinión de los pacientes en cuanto al tipo de servicio que reciben y para obtener información de primera mano acerca de la organización de los procesos y servicios, conjuntamente con el departamento de Planificación del hospital, se llevó a cabo un sondeo tipo encuesta de satisfacción a los pacientes del hospital de todas las áreas de servicios, medicina general, consulta externa, cirugía, ginecología, pediatría y emergencia.

La encuesta fue planteada de la siguiente manera: 8 preguntas de opción múltiple, repartidas en tres secciones; 1.- servicios que utilizo, 2.- atributos de los servicios y profesionales médicos que lo atendieron y 3.- comentarios y sugerencias, respecto al tiempo de espera.

2.2.1 Resultados Obtenidos

Los resultados de esta encuesta serán utilizados como diagnóstico situacional del hospital en términos de calidad de los servicios y servirán como referencia para promover un plan de mejora en la institución, los cuales se exponen a continuación:

Primera parte. Área de Servicios.

1. ¿Es esta su primera vez como paciente en este Hospital?



Figura 1. Resultado porcentual de la primera pregunta del sondeo

Interpretación.- La mayoría de pacientes encuestados son pacientes que acuden por primera vez al hospital. Sin embargo no existe mucha diferencia entre los pacientes nuevos y subsecuentes lo que nos permite concluir que la asistencia por parte de estos dos grupos es homogénea.

2. ¿Por qué eligió este hospital?

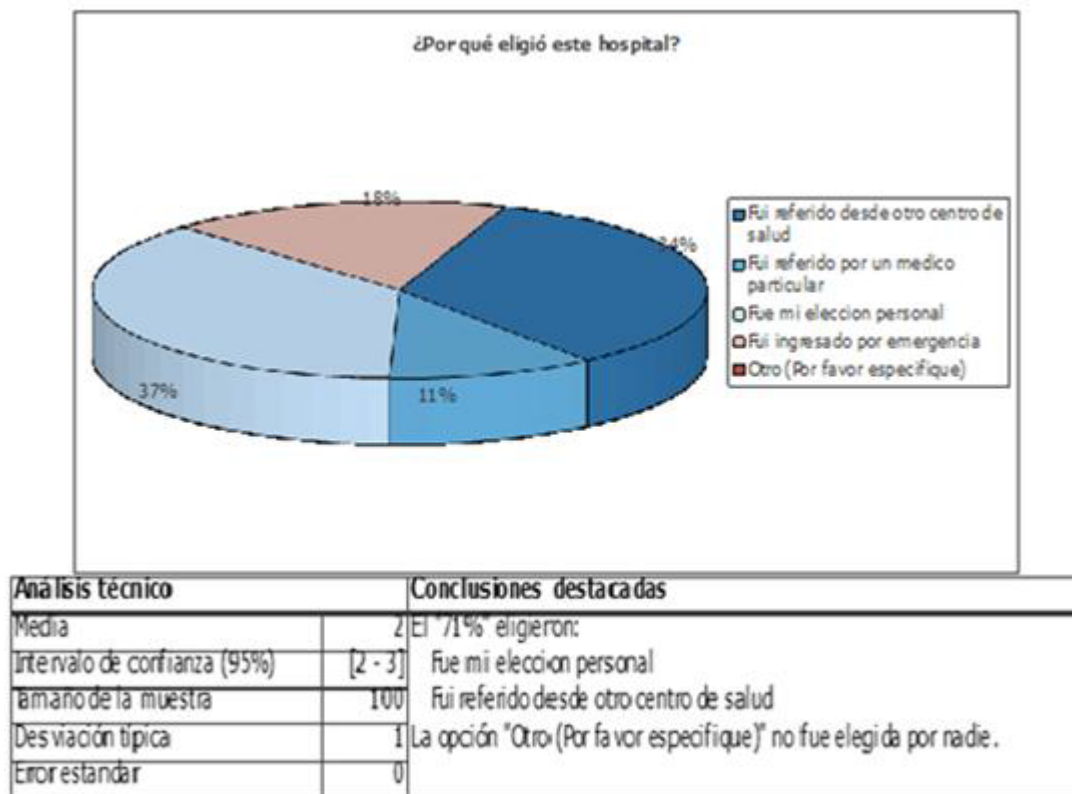


Figura 2. Resultados porcentuales de la segunda pregunta del sondeo

Interpretación.- La mayoría de pacientes encuestados acudieron referidos desde otras unidades de salud, lo que nos indica un alto porcentaje de atenciones por interconsultas y situaciones que requieren mayor complejidad resolutiva. El resultado de la segunda opción (fue mi elección personal), llama mucho la atención y nos indica que está fallando la captación de pacientes en el primer nivel de atención, por lo cual los pacientes están acudiendo directamente al hospital sin pasar antes por los centros de salud de atención primaria.

3. ¿Cuál es la especialidad del médico que le ingresó en este hospital?

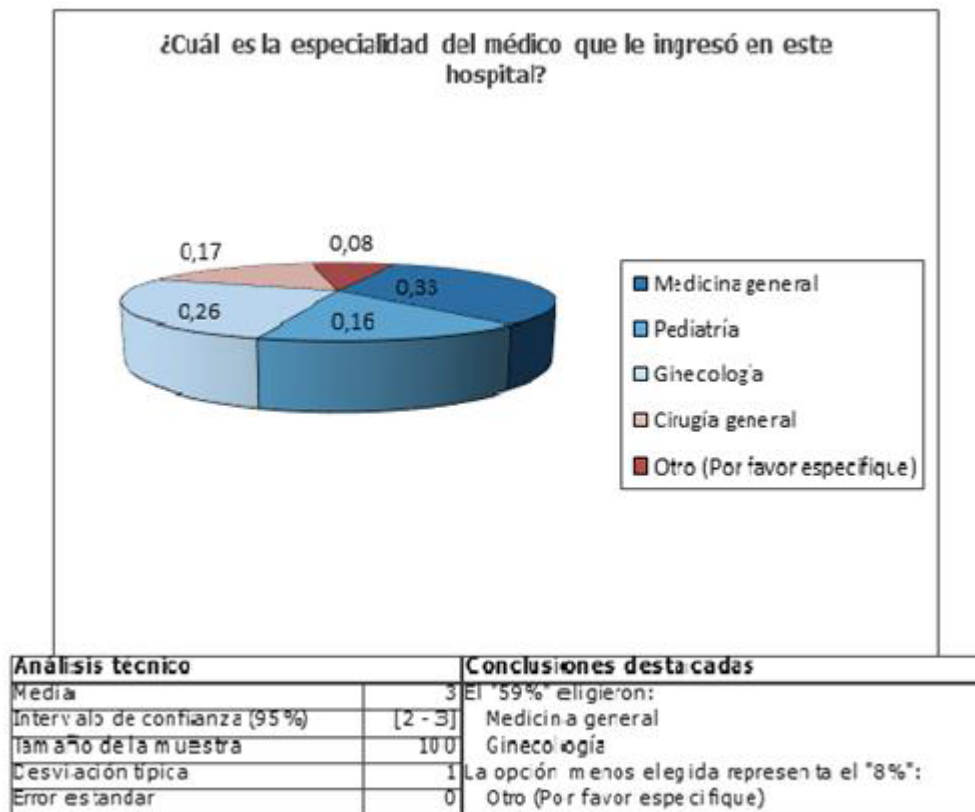


Figura 3. Resultados porcentuales de la tercera pregunta del sondeo

Interpretación.- Aproximadamente la mitad de los encuestados fueron ingresados o atendidos por dos especialidades, medicina general y ginecología, lo que refleja la alta demanda de estos dos servicios en el hospital. Entre las opciones menos elegidas que corresponden al 8% se encuentran los servicios de odontología, vacunación y terapia respiratoria.

4. ¿Cuántos días estuvo ingresado/a?

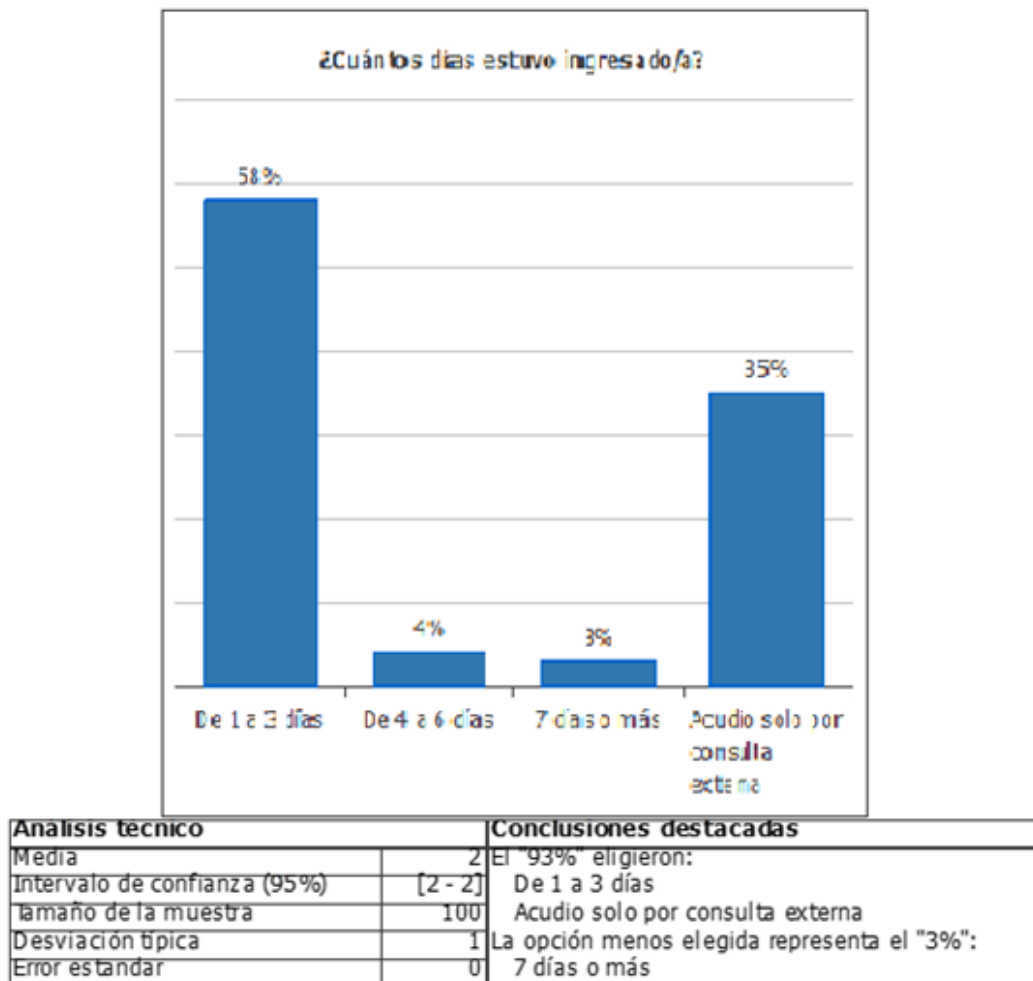


Figura 4. Resultados porcentuales de la cuarta pregunta del sondeo

Interpretación.- El 58% de pacientes encuestados, respondió haber sido ingresado durante 1 a 3 días, y el 35% contestó haber acudido solo por consulta externa. Lo cual corresponde al promedio de hospitalización por maternidad (1-3 días) en el primer caso y las atenciones por interconsultas que se solicitan desde otros centros de salud en el segundo.

5. ¿En qué unidad permaneció la mayoría de su estancia?

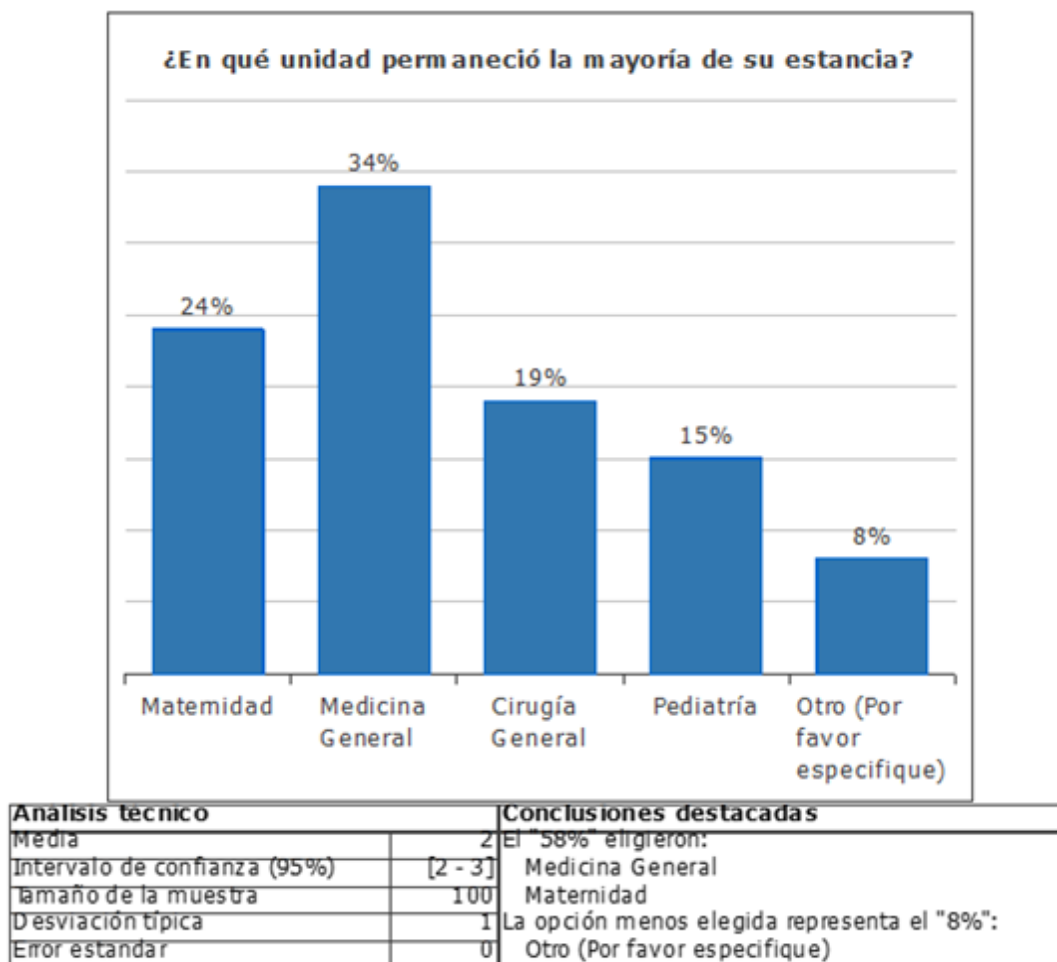


Figura 5. Resultados porcentuales de la quinta pregunta del sondeo

Interpretación.- Las unidades que recibieron a la mayoría de pacientes (58%) fueron los servicios de medicina general y maternidad. Mientras que, las unidades con menor afluencia (8 %) corresponden a los servicios de odontología, vacunación y terapia respiratoria.

Segunda parte. Satisfacción y atributos.

6. Por favor, valore los siguientes atributos que conciernen a los servicios del hospital:

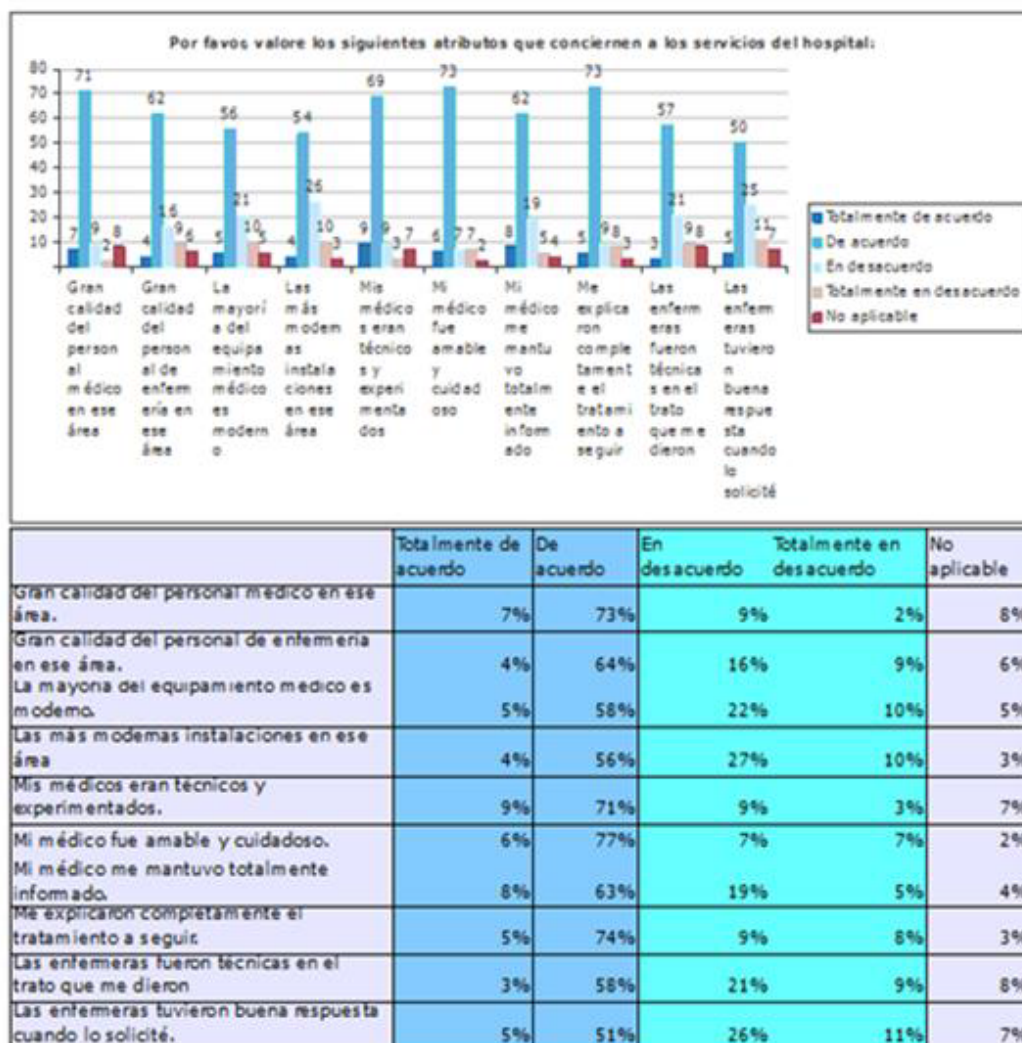


Figura 6. Resultados porcentuales de la sexta pregunta del sondeo

Interpretación.- En esta parte de la encuesta se solicitó al usuario que evaluara los atributos de calidad del equipo médico, equipamiento, infraestructura, buen trato e información contestando a 10 preguntas.

En la pregunta número 1, “gran calidad del personal médico en esa área”, el 80% de usuarios considera estar de acuerdo en que recibió una atención de calidad, mientras que, el 11% admite estar en desacuerdo con la calidad del servicio que recibió.

En la segunda pregunta, el 68% de pacientes está de acuerdo con la buena calidad de los servicios de enfermería, y el 26% dice estar en desacuerdo.

Al preguntar acerca de si está de acuerdo en que “la mayoría del equipamiento médico es moderno”, 63% dijo estar de acuerdo y 32% no estar de acuerdo.

A la pregunta acerca “las más modernas instalaciones en esta área”, el 60% admite estar de acuerdo y el 37% en desacuerdo.

En la pregunta “mis médicos eran técnicos y experimentados” las respuestas 80% de acuerdo y 12% en desacuerdo.

Al preguntar sobre “mi médico fue amable y cuidadoso”, 83% dijo estar de acuerdo con ese atributo y el 15% no estar de acuerdo.

La pregunta “mi médico me mantuvo totalmente informado” recibió 71% de personas de acuerdo y 24% de personas sintió que no se les había informado de todo lo que necesitaban saber.

En la pregunta “me explicaron completamente el tratamiento a seguir”, 80% dijo estar de acuerdo y 17% admitieron no haber recibido una explicación completa acerca de su tratamiento.

Al preguntar “las enfermeras fueron técnicas en el trato que me dieron”, el 61% de usuarios dijo estar de acuerdo y el 31% no percibieron una atención técnica en el trato recibido.

Finalmente, al preguntar “las enfermeras tuvieron buena respuesta cuando lo solicite”, 56% dijo estar de acuerdo y 37% no estuvo satisfecho con las respuestas recibidas por parte del personal de enfermería.

7. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con la atención y los cuidados médicos que recibió?

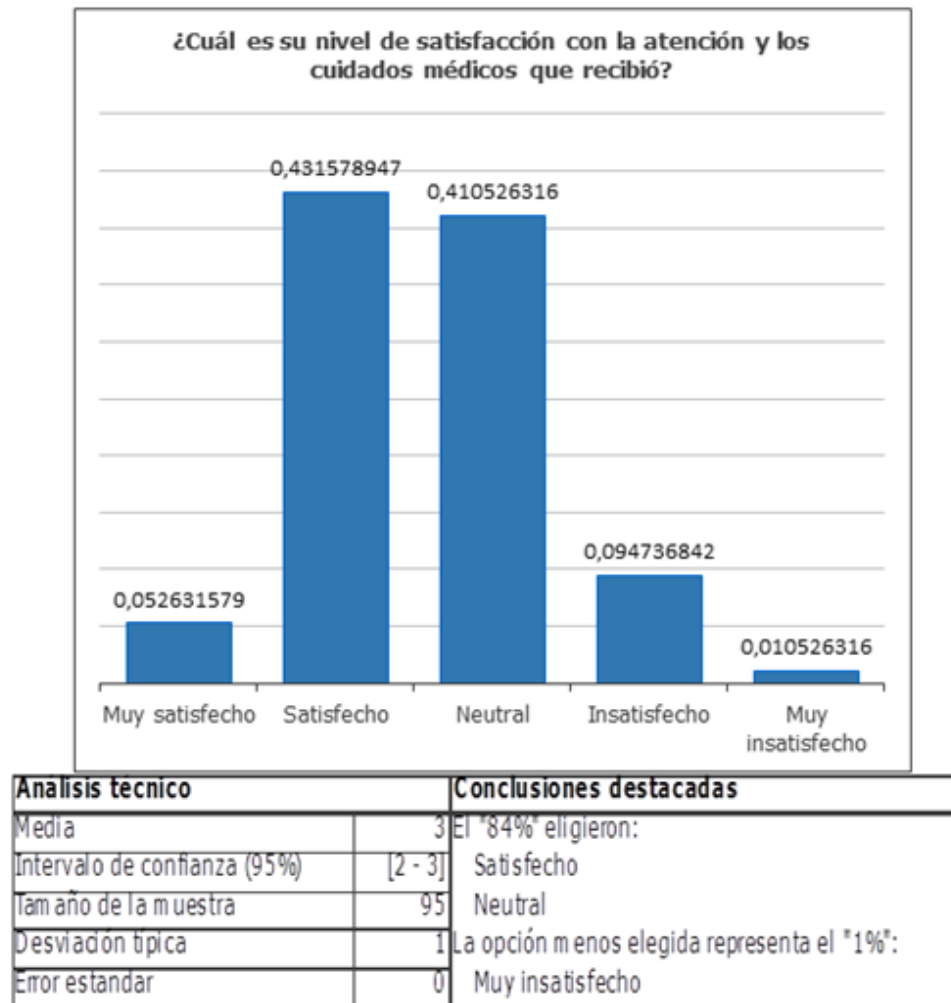


Figura 7. Resultados porcentuales de la séptima pregunta del sondeo

Comentario.- La mayoría de pacientes dijeron haberse sentido satisfechos con la atención y cuidados recibidos, mientras que, el 10% se sintió insatisfecho con el servicio recibido.

Tercera parte. Tiempos de atención.

8. el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido fue:

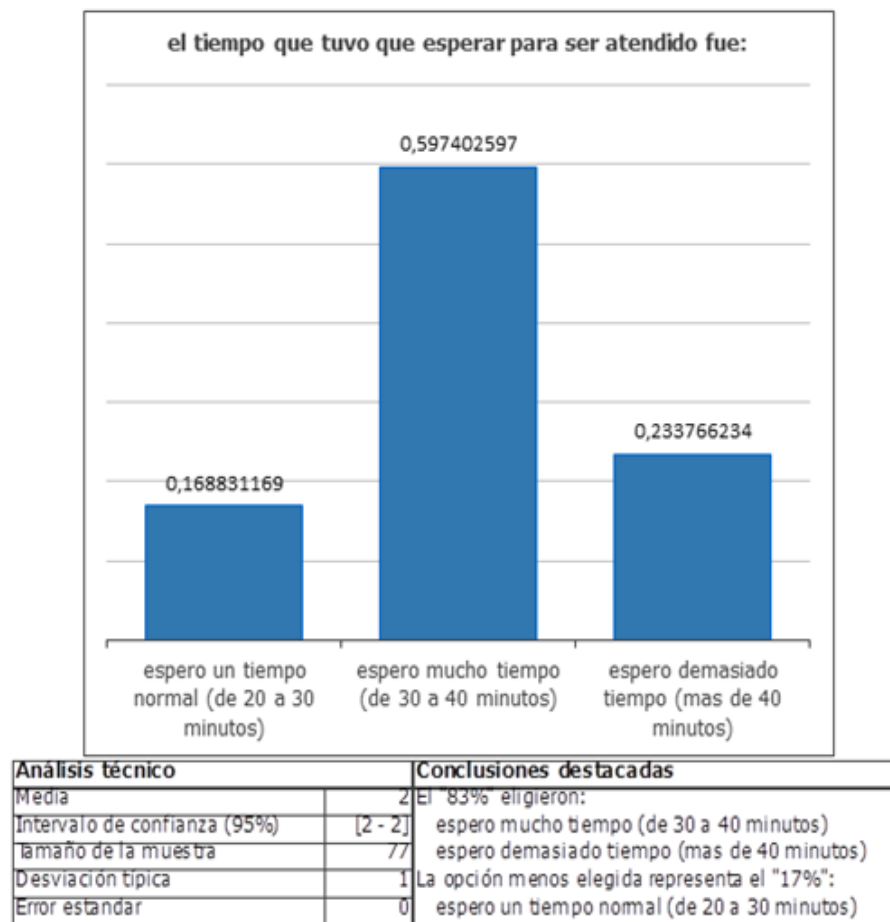


Figura 8. Resultados porcentuales de la octava pregunta del sondeo

Interpretación.- Los resultados de esta pregunta indican que la mayoría de usuarios consideran que esperaron mucho o demasiado tiempo antes de ser atendidos, a su vez, el 17% considera que espero un tiempo prudente antes de ser atendido.

Las conclusiones generales de los resultados del sondeo, muestran que hay una gran demanda y buena aceptación general de la calidad de los servicios que presta este hospital. Sin embargo, hay áreas en las cuales se puede mejorar y trabajar conjuntamente con todo el personal para alcanzar mejores resultados y así aprovechar las oportunidades de crecer como institución. En el

siguiente capítulo propondremos un plan de trabajo para potenciar las áreas sobresalientes y corregir los bajos resultados en las áreas que necesitan un mayor control.

2.3 Hallazgos de la revisión de la literatura académica

Los hospitales son organizaciones sanitarias de muy alta complejidad con pacientes distintos, patologías distintas, distintos grados de enfermedad y que, por lo tanto, requieren de una atención integral lo que implica la necesidad de una coordinación de tareas y de procesos en un orden lógico para conseguir un resultado esperado.

Un proceso se puede definir como un conjunto de actividades lógicamente interrelacionadas y ordenadas que actúan sobre unas entradas y que van a generar unos resultados preestablecidos para unos usuarios identificados. Hay tareas que se realizan sobre dichas entradas a las que añaden valor y se producen unas salidas o resultados. Hay actividades con valor añadido y actividades repetidas. Hay procesos primarios: médicos y quirúrgicos, hay procesos de apoyo (mantenimiento) y procesos de gestión. Los elementos de un proceso, a nivel sanitario, son los profesionales, los materiales, los equipos utilizados, y los recursos estructurales. (Cabo Salvador, 2017).

El éxito en la gestión sanitaria tiene mucho que ver con términos de calidad de los servicios que se brindan. Es por eso que en la descripción del concepto de calidad la O.M.S establece algunas variables que deben poseer los servicios de salud y que deben ser considerados al momento de plantearse mejoras de la gestión de los servicios de salud:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo de riesgo para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción por el paciente.
- Un impacto final en la salud.

Partiendo de estos lineamientos se establecen parámetros de calidad que podrían implementarse en las unidades operativas, y conjuntamente con procesos de control, contribuirían en la eficacia del servicio desde un punto de vista integral.

Uno de los autores citados (Braulio García), acerca de la mejora continua en calidad, en su libro propone conocer primeramente que es lo correcto, y con esto se refiere a que tanto el proceso como el desempeño individual de los empleados son importantes para identificar y corregir el problema “En la Garantía de Calidad el mejoramiento continuo se identifica en el punto de hacer correctamente las cosas correctas”. (García, Auditoría Médica para la garantía de calidad en salud., 2009, pág. 60).

Algunas de las causas que desvían la atención de las autoridades sanitarias en la búsqueda de mejoras en la gestión sanitaria, han sido los diferentes enfoques en la visión y misión de las instituciones. Este ejemplo se refleja directamente en la planificación actual de las instituciones de salud, que con los diferentes programas de prevención, así como metas de atenciones, se ven obligados a enfocar la mayoría de su tiempo y esfuerzos en cumplir con metas cuantitativas y han dejado de lado algo no menos importante como son las mediciones cualitativas de la atención y los servicios que ofrecen. “La diferencia de enfoques sobre calidad, así como la impresión de que esta no puede medirse, desalentaron la incorporación de indicadores de calidad en la atención los sistemas sanitarios. Por lo general, los administradores de instituciones de salud, están acostumbrados a medir más la cantidad de los servicios que su calidad. El deseo y necesidad de cumplir con metas enfocadas en el volumen de actividades ha sesgado la evaluación del desempeño basado en el concepto cuantitativo.” (García, Auditoría Médica para la garantía de calidad en salud., 2009, pág. 61).

En los trabajos de investigación de diferentes autores también surge el concepto de la Calidad Total, y se define como “el conjunto de filosofía, métodos y estrategias para que una empresa se movilice para producir calidad

a través de la satisfacción del cliente.” (Garcia, Auditoria Medica para la garantia de calidad en salud., 2009, pág. 70). Proyectándose como un esfuerzo mancomunado de todos los procesos de la empresa, que involucra a todos los empleados, servicios y productos. Para lograr estos objetivos se recomienda enfocarse en tres ejes principales que son:

- El control de la calidad.
- El aseguramiento de la calidad.
- La calidad total.

En este contexto también surgen planteamientos y principios para lograr la calidad total en salud. El cual se resume en un compendio de “buenas prácticas” en la gestión de las instituciones (Garcia, Auditoria Medica para la garantia de calidad en salud., 2009, pág. 70), tales como:

- Liderazgo
- Orientación hacia el cliente.
- Responsabilidad compartida.
- Aplicación de la mejora continua.
- Planificación.
- Gestión por procesos.
- Gestión con datos e indicadores.
- Trabajo en equipo.

Un aspecto importante dentro de las herramientas de control en la gestión sanitaria, según menciona (Malagon-Londoño Gustavo, 2014, págs. 35-40), es la implementación de auditoría en salud, refiriéndose a este proceso como “un esquema de vigilancia permanente de las normas y su aplicación en todas las

áreas de la institución“, que tiene como fin asesorar de manera permanente al proceso para llegar a la meta general que es la satisfacción del usuario.

Las funciones en las cuales debe enfocarse un proceso de control basado en auditoría en salud son las siguientes:

- Controlar el cumplimiento de normas.
- Vigilar el manejo de los recursos.
- Prevenir posibles fallas.
- Identificación de debilidades en el proceso.
- Aportar con recomendaciones y asegurar su cumplimiento.
- Evaluación constante del proceso.

Acerca de la necesidad de la auditoría médica en la garantía de la calidad de los servicios de salud también escribe Ricardo Rezzónico en su trabajo (Rezzonico Ricardo, 2016, pág. 100) argumentado las razones para llevar a cabo este tipo de procesos y los impactos que causa en el uso razonable de los recursos, afectación positiva en la vida de las personas y en la organización correcta de los servicios, responsabilidades, finanzas y actividades de las instituciones.

La mayoría de autores que hablan acerca de la calidad en los servicios de salud coinciden en que una atención de calidad, se consigue con el trabajo conjunto de toda la organización, lineamientos claros acerca de lo que representa y lo que quiere lograr la institución, implementación de planificación y estrategias, capacitaciones constantes al personal y un estricto control de las metas propuestas.

En el siguiente capítulo analizaremos más detalladamente cada uno de los lineamientos a seguir como propuestas para la implementación de un sistema

de gestión que garantice calidad para los servicios de salud en el hospital Dr. Jaime Roldós Aguilera.

CAPÍTULO III. PROPUESTA DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL DR. JAIME ROLDÓS AGUILERA

En base al planteamiento del problema identificado en el capítulo I, las investigaciones realizadas y luego del respectivo análisis de la información obtenida, a continuación realizamos una propuesta de trabajo que busca una solución a la falta de un modelo de gestión interno y planes de mejoras continua que faciliten la toma de decisiones de las autoridades y mejoren la calidad de los servicios de salud del Hospital Dr. Jaime Roldós Aguilera.

Nuestra propuesta de trabajo estará direccionada en dos ejes principales, que son la implementación de procesos de gestión administrativa y el control interno para el mejoramiento de la calidad de los servicios.

3.1 Implementación de procesos de gestión administrativa

La implementación de los siguientes procesos al sistema de gestión actual de la institución complementará el trabajo de las autoridades en la búsqueda de una atención de calidad y calidez, mejorando los niveles de desempeño en la gestión institucional, orientados a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios.

3.1.1 Misión y Visión

Como parte fundamental en un sistema de gestión es importante empezar por definir la misión y visión institucionales, al momento el hospital no ha definido su misión y visión institucional, sino que, utiliza la misión y visión del ente ministerial como es el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, cabe señalar que esta misión y visión deben representar a la institución en sí, estar fomentada acorde a la realidad local y deben ser definidos resumiendo la razón de ser y proyección de crecimiento de la organización. Una vez establecidas la

misión y visión institucionales deberán ser socializadas con el personal de la institución.

3.1.2 Políticas de Calidad

La elaboración de políticas de calidad e incluirlas en el sistema de gestión de la institución, facilitará el control interno de calidad de los servicios. También fortalece la confianza de los usuarios y permite avanzar en el crecimiento y mejora continua de la institución.

3.1.3 Gestión por Procesos

La puesta en marcha de un modelo de gestión estratégica por procesos permite identificar, agrupar y gestionar las diferentes actividades de la institución, las cuales deben ir directamente alineados con la misión, visión y políticas de calidad y además representa el modelo de operaciones de la institución (Ortiz, 2015, pág. 225).

El modelo de la gestión por procesos actual describe un modelo de operaciones dividido en 4 macro procesos, procesos y objetivos generales, gestión vertical hospitalaria clásica. (Ver figura 9. Mapa de procesos y subprocesos actual).

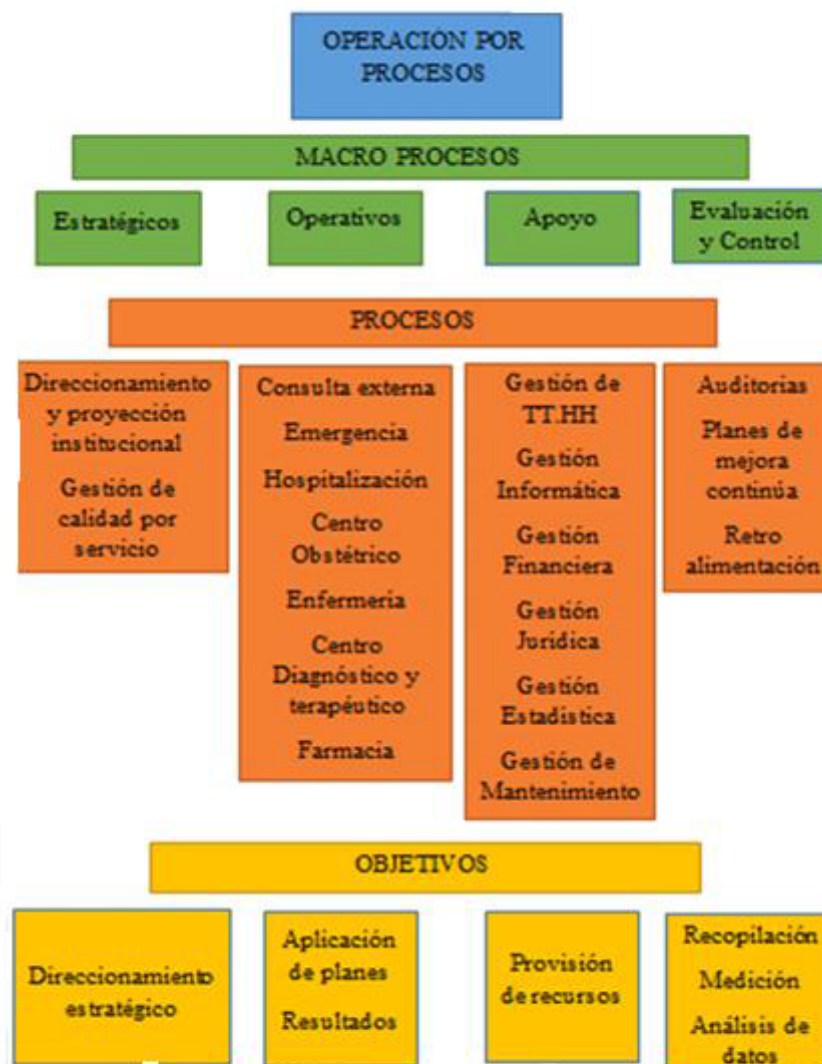


Figura 9. Mapa de procesos y subprocessos
Tomado de (Ortiz, 2015,p. 202)

Con la gestión por procesos se mejora la eficacia, eficiencia y la calidad al estandarizar las tareas y protocolizar los procedimientos basados en la evidencia científica. Además, la gestión por procesos permite identificar las necesidades de los pacientes y se coordinan las respuestas de atención y de cuidados que necesitan. Adicionalmente, se pueden identificar los costes de la actividad y la calidad con la que se realizan los procesos asistenciales. (Cabo Salvador, 2017)

Con la gestión por procesos se pasa de una gestión vertical hospitalaria clásica, estructura organizativa basada en una visión compartimental, especializada, orientada a los servicios, que no tiene una visión integral de la asistencia hospitalaria y puede generar demoras, duplicidades e incremento de costes, a una gestión horizontal y matricial. Esta gestión vertical es una gestión con falta de visión integradora de la gestión.

En una gestión por procesos deben estar aglutinados todos los subprocesos: subprocesos de gestión (administrativos, alta), subprocesos de diagnóstico y tratamiento (protocolos médicos y de enfermería), subprocesos de apoyo (hostelería, alimentación, lavandería, limpieza) y subprocesos de documentación (historia clínica, codificación). Ver figura 10. Elementos de un proceso.

La gestión por procesos emplea metodología ABQ (*Activity Based Quality*), es decir, calidad basada en la gestión de las actividades. Consiste en la optimización de cada una de las actividades que componen el proceso. Esto implica:

- Un análisis detallado de actividades.
- Análisis de evaluación y gestión basada en las actividades ABM (*Activity Based Management*). La ABM permite valorar si el trabajo está hecho, cómo se ha hecho y sirve de base para la mejora continua.
- ABC análisis de costes (*Activity Based costing*). La ABC implica un análisis de consumo de recursos y el valor que añaden al proceso. (Cabo Salvador, 2017)

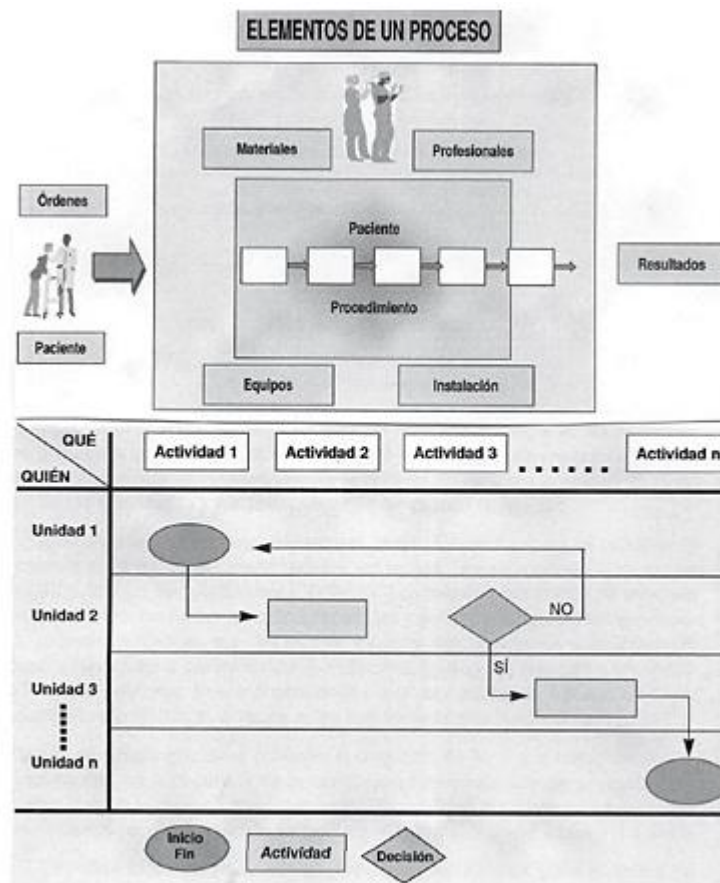


Figura 10. Elementos de proceso
Tomado de: (CaboSalvador, 2010).

3.2 Control interno y seguimiento

Para fortalecer los procesos de gestión administrativa es importante contar con medios de control y herramientas, que permita obtener datos reales y dar seguimiento al cumplimiento de la planificación en todos los servicios de la institución. Estos medios y herramientas incluyen, auditorías internas, indicadores de cumplimiento y procedimientos internos.

La implementación de estos medios de control y seguimiento nos permitirán obtener la siguiente información:

- Funcionamiento del sistema de gestión de calidad.
- Nivel de satisfacción del usuario.

- Aseguramiento de la calidad.
- Mejora continua del sistema de gestión de calidad.

Además se debe plantear la creación de un Comité de Mejoras, el cual debe estar conformado por el jefe de cada servicio y los responsables de cada macro-proceso, los cuales a través de informes y planes de acción determinarán los lineamientos y estrategias para el desarrollo de un proceso de mejoramiento continuo en casos de No Conformidad.

3.2.1 Auditorías Internas

Los procesos de auditorías internas deben ser vistos como oportunidades de crecimiento y desarrollo corporativo, la planeación de auditorías internas en periodos e intervalos preestablecidos, aseguran el cumplimiento de la garantía de la calidad de los servicios de salud.

Las características de las auditorías deben ser las siguientes:

- Planteamiento en conformidad con normas internacionales, por ejemplo, ISO-9001-2015 (Organización Internacional para la Estandarización, 2017), en base a requisitos establecidos en los Sistemas de Gestión de Calidad o Manuales de Calidad internos.
- Implementación de normativas internas de relacionamiento.
- Estricto cumplimiento con las Políticas Vigentes del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Al finalizar una auditoría se deben ejecutar informes de Retroalimentación que aporten en los resultados de los procesos auditados.

A continuación se recomienda un modelo para auditoría de estándares de salud por servicio, tomado del *Manual de Acreditación para Instituciones Hospitalarias, Colombia*. (Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, OPS., 2017). Se describen los estándares de calidad en salud por servicios y

pueden ser usados para una auditoria inicial de calidad en las diferentes instituciones de salud independientemente de su nivel de complejidad.

Tabla 3.

Formulario para Auditoria en el Servicio de Consulta Externa.

		Si	No
1.01	Cuenta con la sala de espera y consultorios para la atención de la demanda		
1.02	Existe un médico responsable del servicio		
1.03	La atención es prestada por personal profesional y auxiliar de acuerdo al tipo de consulta que ofrece		
1.04	Se abre historia clínica a todos los usuarios atendidos por primera vez en el servicio		
1.05	Las historias clínicas están disponibles en los consultorios el día y la hora de la consulta		
1.06	Se elabora el registro diario de consulta externa		
1.07	La jornada de atención es lo suficiente amplia para atención de la demanda		
1.08	Las citas para atención general están disponibles en un plazo no mayor de 48 horas		
1.09	El tiempo de los usuarios en la sala de espera no es mayor de 10 minutos		
1.10	Se hace análisis de los datos estadísticos sobre los diferentes tipos de consulta		
1.11	Existen, se aplican y se revisan		

	periódicamente los protocolos de manejo de las principales patologías		
1.12	El responsable de los servicios, revisa periódicamente las historias clínicas para verificar su concordancia con los protocolos		
1.13	Existe un buzón para quejas y sugerencias, y estas son tomadas en cuenta por el responsable del servicio, para el mejoramiento del mismo		
1.14	Se lleva registro de represamiento de consulta		
1.15	Se cuenta con personal especializado permanente, enfermeras licenciadas y otros profesionales del área de salud de acuerdo al tipo de consulta que ofrece		
1.16	Las citas para atención especializada están disponibles en un plazo no mayor de cinco días		

Tabla 4.
Formulario para Auditoría en el Servicio de Hospitalización.

2.01	Cuenta con habitaciones individuales y múltiples de hasta con cuatro camas	Si	No
2.02	Existe un médico responsable del servicio		
2.03	La atención es prestada las 24 horas por médico general y auxiliar de enfermería		

2.04	Todo paciente está bajo la responsabilidad de un médico tratante		
2.05	Se pasa revista médica diaria y se anota la evolución en la historia clínica		
2.06	Están disponibles los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas		
2.07	Existen, se revisan y se aplican los protocolos de manejo de las patologías más frecuentes de egresos hospitalarios		
2.08	Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar su concordancia con los protocolos de manejo		
2.09	Se analizan los informes estadísticos para la planeación de los servicios		
2.10	Se cuentan con médicos especialistas y enfermeros profesionales para prestar la atención		
2.11	Se cuenta con un sistema interno de llamado para el personal de enfermería		
2.12	Se registran e investigan las complicaciones y accidentes de los pacientes en el servicio		

Tabla 5.
Formulario para Auditoría en el Servicio de Quirófano.

		Si	No
03.01	Cuenta con área física exclusiva con circulación restringida		
03.02	Existe médico responsable de servicio de cirugía		
03.03	La atención es prestada por médicos especialistas		
03.04	Se elabora descripción del proceso en toda intervención quirúrgica		
03.05	Todo espécimen quirúrgico se envía a patología		
03.06	Existe registro diario de todas las intervenciones quirúrgicas		
03.07	Existe y se cumple programación quirúrgica		
03.08	Dispone de servicio de apoyo diagnóstico y tratamiento las 24 horas		
03.09	Existen y se cumplen normas y procedimientos de asepsia y antisepsia		
03.10	Existe, se aplican y se revisan periódicamente los protocolos de manejo de las patologías quirúrgicas más frecuentes en cada especialidad		
03.11	Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar la concordancia con los protocolos de		

	manejo		
03.12	Se cuenta para la atención con médicos especialistas, enfermeras e instrumentistas las 24 horas		
03.13	Se lleva registro sobre represamiento de procedimientos quirúrgicos		
03.14	Se cuenta con médicos de diferentes especialidades quirúrgicas las 24 horas		
03.15	Se tiene establecido estudio y seguimiento a pacientes infectados en sala de cirugía		
03.16	Se lleva registro y se investigan los casos de pacientes re-intervenidos		
03.17	Se lleva registro y se investigan los accidentes quirúrgicos		
03.18	Se dispone de dotación y equipo mínimo requerido para la prestación del servicio		

Tabla 6.
Formulario para Auditoría en el Servicio de Enfermería.

04.01	Cuenta con un área u oficina destinada a la enfermera jefe del servicio	Si	No
04.02	Cuenta con enfermera profesional encarga del servicio y auxiliares de enfermería		
04.03	Cuenta con cuadros de turno para la		

	distribución del personal		
04.04	Se registran, por parte del personal de enfermería, todas la novedades del paciente en la historia clínica		
04.05	Las enfermeras participan en los aspectos educativos y preventivos del paciente y su familia		
04.06	Se realiza la entrega de turno en forma verbal, escrita y documentada en la historia clínica		
04.07	Existen y se cumplen los manuales de procedimiento de enfermería		
04.08	Cuenta con enfermera profesional jefe del departamento, enfermeras profesionales en los servicios y auxiliares de enfermería		
04.09	Se realizan reuniones periódicas de participación y coordinación con todo el personal		
05.10	La enfermera jefe del departamento, participa y brinda información a todo el personal de enfermería de las metas, proyectos y conclusiones de las reuniones		
05.11	Cuenta con enfermera profesional responsable de la atención de los pacientes las 24 horas		
05.12	El personal de enfermería participa en el		

	comité de infecciones intrahospitalarias		
05.13	La jefe del departamento participa en el proceso de planeación de la asistencia de enfermería y dirige el desarrollo de protocolos de atención		
05.14	La administración de medicamentos y procedimientos especiales los realiza la enfermera profesional		

Tabla 7.
Formulario para Auditoría en el Servicio de Archivo y Estadística.

06.01	Cuenta con área exclusiva para el servicio	Si	No
06.02	Cuenta con una persona responsable del servicio con capacitación en el área		
06.03	Existen normas y procedimientos para el archivo y manejo de historias clínicas e informes estadísticos		
06.04	Se archivan en la historia clínica los resultados de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico		
06.05	A todo paciente a su salida, se le elabora la EPICRISIS, de acuerdo a normas establecidas		
06.06	La institución cuenta con historia clínica única		
06.07	Existe archivo de historia clínica activo y pasivo		

06.08	Existe tarjetero índice		
06.09	El servicio de archivo está disponible 24 horas		
06.10	Existe sistema centralizado y único para el archivo de las historias clínicas y se hace seguimiento de la ubicación de la historia		
06.11	La morbi-mortalidad se registra de acuerdo a la clasificación internacional (OPS-OMS)		
06.12	Se hace divulgación mensual de los informes estadísticos a los directores, jefes del departamentos de la institución y al nivel seccional		
06.13	Se rinde información sobre las enfermedades de notificación obligatoria		
06.14	Se efectúa el censo diario de pacientes		
06.15	Existe y funciona el comité de historias clínicas		

3.2.2. Indicadores.

Los indicadores de gestión deben incluirse en los reportes que cada servicio entrega periódicamente a la Dirección del hospital, como muestra de la medición de procesos. El análisis de los resultados obtenidos debe reflejar el impacto de cada proceso en el cumplimiento de los requerimientos del servicio. (García, Auditoría Médica para la garantía de calidad en salud., 2009, pág. 110)

El seguimiento y medición de procesos mediante esta herramienta, representa la capacidad de alcanzar los resultados planificados.

Con la correcta aplicación de estos métodos de gestión estratégica se pretende evaluar y realizar seguimiento al funcionamiento eficaz y eficiente de los procesos. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017)

Indicadores para áreas de atención.

1. Hospitalización

Promedio global días de estancia

Definición.- Es el número de días promedio que permanecen los usuarios en los servicios de hospitalización. Permite analizar los servicios con estancias prolongadas, causas y posibles soluciones.

Que mide.- Logra evaluar la calidad de los servicios prestados y el aprovechamiento del recurso cama.

Ecuación 2.

$$\text{total de días estancia} / \text{N}^{\circ} \text{ total de egresos}$$

Fuente de información.- Formulario estadístico de ingreso/egreso, con registro de días de hospitalización de los pacientes y fecha de egreso.

Periodo de medición.- Mensual.

Número de altas con contrareferencia, referencia inversa o cita definida

Definición.- Es el número de pacientes, que al ser dados de alta, se verifica el cumplimiento de la referencia, contrareferencia o se ha agendado una cita posterior de control en el mismo establecimiento, antes de su salida.

Que mide.- Evalúa la gestión de los servicios prestados y el cumplimiento a las normas de referencia y contrareferencia.

Ecuación 3.

$$\text{N}^{\circ} \text{ de egresos que cumplen requisitos de alta} / \text{N}^{\circ} \text{ total de egresos}$$

Fuente de información.- Hoja de referencia presente en las historias clínicas de pacientes referidos o contrareferidos, registro estadístico de agendamiento de citas de pacientes dados de alta.

Periodo de medición.- Mensual.

Tasas de mortalidad por servicio

Definición.- Corresponde al cociente entre, el número de fallecimientos ocurridos en un servicio, contra el número de egresos del mismo multiplicado por cien.

Que mide.- Mide el número de fallecimientos por servicio.

Ecuación 4

$$\frac{(\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes fallecidos despues de haber permanecido mas de 24 horas en un servicio} / (\text{N}^{\circ} \text{ de) egresos del sertvicio en el mismo periodo de tiempo} + \text{pases a otro servicio}) * 100$$

Estándar.- Servicios críticos y emergencias $\leq 3\%$, servicios de hospitalización $\leq 1.5\%$.

Fuente de información.- Registro de defunciones ocurridas en el hospital en un determinado periodo de tiempo, registro de defunciones ocurridas en cada servicio.

Periodo de medición.- Mensual

Tasas de reingreso (\leq de 7 días)

Definición.- Es el porcentaje de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización afectados por la misma patología.

Que mide.- Sirve para evaluar la calidad de los servicios hospitalarios, eficacia del diagnóstico y tratamientos médicos en el servicio.

Ecuación 5.

$$\left(\text{N}^{\circ} \text{ de reingresos menores de } 7 \frac{\text{días}}{\text{N}^{\circ} \text{ de egresos}} \right) * 100$$

Estándar.- Hospital básico 1%, hospital general 2%, hospital de especialidades 3%.

Fuente de información.- Registro estadístico de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización afectados por la misma patología hasta 7 días después de haber salido de alta.

Periodo de medición.- Mensual.

Porcentajes de caídas en pacientes internados

Definición.- Acontecimiento que se produce cuando el paciente desciende involuntariamente al suelo o a un nivel inferior de superficie.

Que mide.- Cuantifica la ocurrencia de caídas en los pacientes internados.

Ecuación 6.

$$\left(\text{N}^{\circ} \text{ de caídas en un periodo de } \frac{\text{tiempo}}{\text{N}^{\circ} \text{ de egresos en el mismo periodo}} \right) * 100$$

Estándar.- Hospitales básicos y generales \leq 2%, hospitales de especialidades \leq 4%.

Fuente de información.- Reporte de enfermería de caídas suscitadas por servicio y número de egresos hospitalarios.

Periodo de medición.- Mensual.

2. Consulta externa

Rendimiento Hora Médico

Que mide.- Mide el número de atenciones que realiza cada médico por cada hora efectiva de trabajo en la consulta externa, también permite conocer el rendimiento de un grupo de médicos por servicio o especialidad.

Ecuación 7.

$$\text{Nº de consultas} \frac{\text{médicas}}{\text{Total}} \text{ de horas medicas efectivas}$$

Estándar.- Todos 4.0.

Fuente de información.- Registro de atenciones médicas en parte diario de consulta externa.

Periodo de medición.- Mensual.

Relación primeras consultas sobre subsecuentes

Que mide.- Relaciona el número de consultas que se realizan a pacientes que acuden por primera vez al servicio y el número de pacientes que se atienden subsecuente por la misma patología, como seguimiento de casos crónicos.

Ecuación 8.

$$\text{Nº de primeras} \frac{\text{consultas}}{\text{Nº}} \text{ de consultas subsecuentes}$$

Estándar.- Promedio general debe ser entre 0.4 a 0.7.

Fuente de información.- Registro de atenciones médicas en parte diario de consulta externa.

Periodo de medición.- Mensual.

3. Emergencia

Porcentaje de pacientes en la Sala de Observación con estancias iguales o mayores a 24 horas

Que mide.- Permite evaluar la eficacia y calidad de atención en el servicio de emergencias, y la interrelación con los servicios de apoyo de diagnóstico y hospitalización.

Ecuación 9.

$$\left(\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes con estancias } \geq \text{ a } 24 \text{ h en la sala de } \frac{\text{observacion}}{\text{N}^{\circ}} \text{ de Pacientes día en sala de observación} \right) * 100$$

Estándar.- Hospital básico 5%, hospitales generales 8%, hospital de especialidades 10%.

Fuente de información.- Registro de horas de estancia en sala de observación por paciente. Si bien un paciente día se registra como cada lapso de 24 horas en el que una cama permanece ocupada, en la práctica, cuando un paciente ingresa y egresa el mismo día, se debe contar como una unidad paciente día.

Periodo de medición.- Mensual.

Tasa de reingresos a Emergencia menor de 24 horas

Definición.- Relaciona en términos porcentuales el número de pacientes que reingresan al servicio de emergencia en periodos menores a 24 horas y el número de egresos que se generan en el mismo servicio.

Que mide.- Evalúa la calidad del servicio en el manejo de los pacientes atendidos en la Emergencia del hospital, permite identificar fallas en los diagnóstico o tratamientos.

Ecuación 10.

$$\left(\frac{\text{Nº de reingresos a la Emergencia menores de 24 horas}}{\text{Nº de egresos de sala de observacion}} \right) * 100$$

Estándar.- Hospital básico 1%, hospital general 2%, hospital de especialidades 3%.

Fuente de información.- Registro de reingresos a sala de observación en menos de 24 horas, registro de egresos de sala de observación.

Periodo de medición.- Mensual.

Promedio de tiempo de espera en Emergencia para ser atendido

Definición.- Es la relación entre el tiempo total de espera para atención en el servicio de Emergencia entre el total de pacientes atendidos encuestados.

Que mide.- Permite evaluar la eficacia y capacidad de respuesta del servicio de Emergencia.

Ecuación 11.

$$\frac{\text{total tiempo en minutos de espera según prioridad de atención/}}{\text{total de pacientes atendidos según prioridad de atención Manchester}}$$

Estándar.- Para todos los niveles de hospitales ≤ 10 minutos para prioridad 1 y 2.

Periodo de medición.- Cada 3 meses (encuestas de observación directa).

Fuente de información.- Registro de tiempos de espera SIAPs (servicio inmediato de atención a pacientes).

4. Centro Quirúrgico

Rendimiento de sala de operaciones

Definición.- Es la relación entre el número de intervenciones quirúrgicas realizadas y el número de sala de operaciones del establecimiento de salud en un determinado periodo de tiempo.

Que mide.- Mide el numero promedio de intervenciones quirúrgicas realizadas por cada sala de operaciones.

Ecuación 12.

$$\text{N}^{\circ} \text{ de intervenciones quirurgicas} \frac{\text{ejecutadas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de}} \text{ sala de operaciones del establecimiento}$$

Estándar.- Hospital básico y general, al menos 2 cirugías por quirófano día.
Hospital de especialidades, al menos 3 cirugías por quirófano día.

Fuente de información.- Registro de intervenciones quirúrgicas realizadas, incluidas las cirugías de emergencias y las cirugías planificadas. Número de salas debidamente equipadas y operativas para realizar intervenciones quirúrgicas de diversa complejidad.

Periodo de medición.- Mensual.

Porcentaje de cirugías suspendidas

Definición.- Es el porcentaje de cirugías suspendidas con respecto a las programadas.

Que mide.- Mide el grado de cumplimiento de las actividades quirúrgicas programadas.

Ecuación 13.

$$\text{N}^{\circ} \text{ de cirugías} \frac{\text{suspendidas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de}} \text{ total de cirugías programadas}$$

Estándar.- cinco al mes

Fuente de información.- Registro de cirugías suspendidas y sus causas, registro total de cirugías programadas.

Periodo de medición.- Mensual.

Tasa de mortalidad de Centro Quirúrgico

Definición.- Es la relación entre el número de pacientes fallecidos en el quirófano o sala de recuperación y el total de pacientes intervenidos quirúrgicamente.

Que mide.- Mide la calidad de atención en el Centro Quirúrgico.

Ecuación 14.

$$\left(\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes fallecidos en quirófano} \frac{\text{total de pacientes intervenidos}}{\text{N}^{\circ}} \right) * 5,000$$

Estándar.- Hospital básico 0.25 por cada 5000 intervenciones, hospital general 0.50 por cada 5000 intervenciones, hospital de especialidades 1 por cada 5000 intervenciones.

Fuente de información.- Registro de pacientes fallecidos en quirófano y sala de recuperación, registro de pacientes intervenidos.

Periodo de medición.- Semestral y anual.

5. Servicios de Apoyo Diagnostico

Promedio de exámenes de laboratorio por consulta médica

Definición.- Es la relación entre el número de exámenes de laboratorio realizados por servicio y el total de consultas médicas de cada servicio en un determinado periodo de tiempo.

Que mide.- Mide el número de exámenes de laboratorio que se realiza por cada consulta médica.

Ecuación 15.

$$\text{N}^{\circ} \text{ de exámenes de laboratorio} \frac{\text{realizados}}{\text{N}^{\circ}} \text{ total de consultas medicas}$$

Estándar.- Hospital básico 0.4, hospital general 0.9, hospital de especialidades 1.5.

Fuente de información.- Registro de exámenes de laboratorio solicitados por servicio, registro de atenciones médicas realizadas por servicio.

Periodo de medición.- Mensual.

Promedio de exámenes radiológicos por consulta medica

Que mide.- Mide el número de exámenes radiológicos que se realizan por cada consulta médica.

Ecuación 16.

$$\text{N}^{\circ} \text{ de exámenes radiológicos} \frac{\text{realizados}}{\text{N}^{\circ}} \text{ total de consultas medicas}$$

Estándar.- Hospital básico 0.05, hospital general 0.10, hospital de especialidades 0.20.

Fuente de información.- Registro de exámenes radiológicos solicitados por servicio, registro de atenciones médicas realizadas por servicio.

Periodo de medición.- Mensual.

6. Farmacia

Promedio de recetas con fallas en el ingreso de la información

Definición.- Es la relación del número de recetas solicitadas por diferentes servicios y el número de recetas rechazadas por diferentes fallos de llenado.

Ecuación 17.

$$\frac{\text{Nº de recetas con fallas en el llenado/}}{\text{Nº total de recetas receptadas en farmacia}}$$

Fuente e información.- Registro de recetas rechazadas, registro de recetas recibidas.

Periodo de medición.- Mensual

7. Áreas Administrativas

Porcentaje de utilización de recursos

Que mide.- Mide el uso de los recursos, y tomar decisiones en el caso de desperdicio o desabastecimiento.

Ecuación 18.

$$\frac{\text{Nº de recusrsos utilizados por servicio en un determinado periodo de tiempo/}}{\text{Nº de recursos disonibles para un tipo de sercicio en el mismo periodo de tiempo}}$$

Estándar.- 85 a 90%.

Inventario de recursos, registro de uso de recursos por servicio.

Periodo de medición.- Mensual.

Grado de cumplimiento de las metas del plan operativo

Que mide.- Permite evaluar la eficiencia organizacional, mediante el cumplimiento de las metas institucionales programadas.

Ecuación 19.

$$\frac{\text{Nº de metas del plan operativo cumplidas en un periodo}}{\text{Nº de metas planteadas en el plan operativo para ese periodo}}$$

Estándar.- 90%.

Fuente de información.- Metas de planteadas en plan operativo.

Periodo de medición.- Semestral.

Tasa de ausentismo laboral

Que mide.- Permite hacer inferencias sobre el clima laboral y la aplicación de normas administrativas para el cumplimiento de la jornada laboral establecida.

Ecuación 20.

$$\frac{\text{Nº de días de ausencia laboral del personal por servicio en un periodo}}{\text{Nº de días de recurso humano disponible por servicio en el mismo periodo}}$$

Fuente de información.- Registro de asistencia y registro de permisos.

Periodo de medición.- Mensual o trimestral.

3.2.2 Procedimientos Internos

La aplicación de medidas de seguimiento a los procedimientos ya existentes puede ayudar a mejorar la gestión administrativa del hospital. Las siguientes

medidas actuarían como complemento a los procedimientos internos implementados.

Acciones correctivas.- permite realizar correcciones a un determinado procesos que necesita ser mejorado.

Acciones preventivas.- Permiten realizar planes para prevenir determinadas situaciones que afecten el curso normal de los procesos.

Control de servicio No conforme.- Permite dar seguimiento a procedimientos que no estén brindado los resultados esperados.

Medición de satisfacción de los usuarios.- Permite conocer el grado de satisfacción de los usuarios por el servicio que reciben.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

Una vez concluido el trabajo investigativo y realizada la propuesta de trabajo para mejorar la calidad de los servicios de salud del Hospital Dr. Jaime Roldós Aguilera, a continuación realizamos las siguientes conclusiones:

En cuanto al planteamiento del problema, concluimos que una de las debilidades de la gestión administrativa del hospital es que no se cuenta con un sistema de calidad establecido para dar seguimiento a lineamientos y metas planteadas por la alta directiva del hospital.

En cuanto a la investigación realizada. Para obtener información acerca de las políticas de calidad de la institución, en la entrevista con la directiva actual del hospital, en donde se evidencio la falta de personal de apoyo especializado en temas de salud pública, gestión de servicios sanitarios y calidad de los servicios de salud.

Para plantearnos la metodología de la investigación a realizar, nos apoyamos en textos y estudios de garantía de calidad en salud, auditorías médicas, gestión hospitalaria, etc. Los cuales citamos en el desarrollo de este trabajo de titulación, en esta investigación bibliográfica encontramos propuestas de mejora en los servicios de salud, las cuales pueden ser aplicadas en cualquier establecimiento de salud, independientemente del tipo de sistema de salud que se maneje.

En la realización del paneo/encuesta, obtuvimos información acerca de la satisfacción de los pacientes y conocimos sus puntos de vista en cuanto a la calidad de los servicios que recibieron en el hospital, el resultado fue positivo y participaron de manera activa. Además, como parte de la investigación realizada, elaboramos una matriz FODA, lo cual nos permitió establecer un diagnostico situacional de la institución y concluimos que las fortalezas de la

institución se encuentra en el talento humano y sus oportunidades se resumen en la gran demanda de pacientes, sus debilidades se relacionan con la ausencia de organización por procesos y las amenazas son los recursos limitados con los que cuentan actualmente.

En cuanto a las soluciones propuestas en el plan de trabajo, el mismo fue el resultado final de una investigación en campo, documental, y bibliográfica. Se recopilaron y analizaron datos para desarrollar un plan de mejoras acorde a los problemas encontrados. Todos los temas planteados como propuesta en el capítulo anterior son viables en la práctica y no requieren de recursos económicos adicionales para su ejecución.

4.2 Recomendaciones

En base a la propuesta de trabajo planteada en el capítulo III, ponemos a consideración las siguientes recomendaciones:

Diseñar e implementar un Sistema de Calidad de salud institucional, que sirva como base para los controles y auditorías internas de la institución.

Crear un Comité de Calidad Multidisciplinario, conformado por el Director de la institución y los responsables de cada área de servicio.

Plantear una misión, visión, valores y políticas de calidad institucionales acorde a las aspiraciones de la institución y sus colaboradores.

Incluir en los programas de capacitación al personal, temas concernientes a normas de relacionamiento, servicio al cliente, calidad y calidez en salud, y buenas prácticas médicas.

Mantener informado a todo el personal acerca de los resultados de la gestión de las autoridades, mediante la socialización de los indicadores de gestión y demás información relevante, utilizando canales de comunicación oficiales.

REFERENCIAS

- Asociación Colombiana de Hospitales. 2006. *Manual de Acreditación para Instituciones Hospitalarias*. Recuperado el 9 de abril de 2017, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Manual-Estandares-acreditacion-instituciones-salud-habilitacion-Rehabilitacion.pdf>
- Barros, M. C. 2009. *Gestión de la Función Administrativa del Servicio Gallego de Salud*. Recuperado el 9 de junio de 2017, de <http://www.mad.es/GESTION-DE-LA-FUNCION-ADMINISTRATIVA-DEL-SERVICIO-GALLEGO-DE-SALUD-SERGAS-TEMARIO-PARTE-ESPECIFICAVOLUMEN-3-isbn-9788467616866.html>
- Cabo Salvador, J. 2014. *Gestión sanitaria integral: pública y privada*. Recuperado el 12 de junio de 2017, de <http://www.gestion-sanitaria.com/gestion-sanitaria-integral-publica-privada.html>
- Departamento de Estadísticas del Hospital Dr Jaime Roldos Aguilera. (2016). Consolidado Mensual de Atenciones del Hospital Dr. Jaime Roldos Aguilera. En D. d. Aguilera, *Consolidado Mensual de Atenciones del Hospital Dr. Jaime Roldos Aguilera*. Ventanas.
- Ecuador, M. d. 2014. *Misión y Visión del Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Recuperado el 18 de marzo de 2017, de <http://www.salud.gob.ec>
- García, B. M. (2009). Auditoría Médica para la garantía de calidad en salud. En B. M. García, *Auditoría Médica para la garantía de calidad en salud*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- García, B. M. (2009). Auditoría médica para la garantía de calidad en salud. En B. M. García, *Auditoría médica para la garantía de calidad en salud*. Bogotá: Ecoe Ediciones.

- Hernandez, S. (2008). Administracion, teoría en el proceso y áreas funcionales de la organización. En S. Hernandez, *Administracion, teoría en el proceso y áreas funcionales de la organización*. Mexico D.F: Mc Graw hill.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015. *Indicadores de Servicios de Salud*. Recuperado el 25 de mayo de 2017, de http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/ind_hosp/Manual-ih.pdf
- Malagon-Londoño Gustavo, G. M. (2014). Garantia de Calidad en Salud, 2a. edicion. En G. M. Malagon-Londoño Gustavo, *Garantia de Calidad en Salud, 2a. edicion*. Bogota: Editorial Medica Internacional Ltda.
- Ministerio de Salud Publica del Ecuador. 2014. *Direccion Nacional de la Calidad de los Servicios de Salud*. Recuperado el 21 de febrero de 2017, de <http://www.salud.gob.ec>
- Organización Internacional para la Estandarización. 2015. *Normas ISO 9001:2015*. Recuperado el 16 de marzo de 2017, de <https://www.iso.org/home.html>
- Ortiz, F. (2015). Gerencia y Administración estratégica de la atención médica. En F. Ortiz, *Gerencia y Administración estratégica de la atención médica*. México D.F: Editorial Médica Panamericana.
- Rezzonico Ricardo, M. C. (2016). Auditoria medica y garantia de la calidad de la gestion sanitaria. En M. C. Rezzonico Ricardo, *Auditoria medica y garantia de la calidad de la gestion sanitaria*. Buenos Aire: Ediciones Journal S.A.
- Sabato, J. &. 1970. *La ciencia y la tecnología en el desarrollo futuro de America Latina*. Recuperado el 14 de junio del 2017, de http://docs.politicasciti.net/documents/Teoricos/Sabato_Botana.pdf

Santiago Fernández, J. C. (2002). Estadística descriptiva, segunda edición. En J. C. Santiago Fernández, *Estadística descriptiva, segunda edición*. Madrid.

Srinidhi, B. N. (1986). Auditor Judgment Concerning Establishment of Sustantive Test Based Internal Control Reliability. *Auditing A Journal of practicing*.

ANEXOS

Encuesta a pacientes del Hospital Dr. Jaime Roldós Aguilera

1.- Participe en nuestra encuesta

Por favor, dedique unos minutos a completar esta pequeña encuesta, la información que nos proporcione será muy útil para mejorar la calidad de los servicios de nuestro hospital.

Sus respuestas serán tratadas de forma confidencial y no serán utilizadas para ningún propósito distinto a la investigación llevada a cabo por el hospital.

Esta encuesta dura aproximadamente [5] minutos.

1. ¿Es esta su primera vez como paciente en este hospital?

- Sí
- No

2. ¿Por qué eligió este hospital?

- Fui referido desde otro centro de salud
- Fui referido por un médico particular
- Fue mi elección personal
- Fui ingresado por emergencia
- Otro (Por favor especifique)

3. ¿Cuál es la especialidad del médico que le ingresó en este hospital?

- Medicina general
- Pediatría
- Ginecología
- Cirugía general
- Otro (Por favor especifique)

4. ¿Cuántos días estuvo ingresado/a?

- De 1 a 3 días
- De 4 a 6 días
- 7 días o más
- Acudió solo por consulta externa

5. ¿En qué unidad permaneció la mayoría de su estancia?

- Maternidad
 Medicina General
 Cirugía General
 Pediatría
 Otro (Por favor especifique)

2.- Satisfacción atributos

6. Por favor, valore los siguientes atributos que conciernen a los servicios del hospital:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No aplicable
Gran calidad del personal médico en ese área	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gran calidad del personal de enfermería en ese área	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La mayoría del equipamiento médico es moderno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las más modernas instalaciones en ese área	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis médicos eran técnicos y experimentados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi médico fue amable y cuidadoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi médico me mantuvo totalmente informado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me explicaron completamente el tratamiento a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- seguir
- Las enfermeras fueron técnicas en el trato que me dieron
- Las enfermeras tuvieron buena respuesta cuando lo solicité

7. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con la atención y los cuidados médicos que recibió?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Neutral
- Insatisfecho
- Muy insatisfecho

3.- Comentarios y sugerencias

Indíquenos como fue el tiempo de espera

8. el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido fue:

- espero un tiempo normal (de 20 a 30 minutos) espero mucho tiempo (de 30 a 40 minutos) espero demasiado tiempo (más de 40 minutos)

La encuesta ha concluido.

Muchas gracias por su colaboración.