



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
ESCUELA DE MEDICINA

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA  
EL DESARROLLO LOCAL

**IMPLEMENTACION DE PROCESOS Y PROTOCOLOS DE  
ATENCIÓN PARA GESTIÓN DEL AREA QUIRÚRGICA DEL  
HOSPITAL UTPL, DURANTE SEPTIEMBRE/2009 A  
AGOSTO/2010**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÁSTER EN GERENCIA  
DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

AUTORA:

DRA. PATRICIA VERÓNICA GONZÁLEZ GRANDA

DIRECTORA:

DRA. NORITA BUELE MALDONADO

LOJA – ECUADOR  
2011

## **CERTIFICACIÓN**

*Dra.*

*Norita Buele Maldonado*

**DIRECTORA DE TESIS**

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado **“IMPLEMENTACION DE PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PARA GESTIÓN DEL AREA QUIRURGICA DEL HOSPITAL UTPL, DURANTE SEPTIEMBRE/2009 A AGOSTO/2010”** el mismo que está de acuerdo con lo estudiado en la Escuela de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, por consiguiente autorizo su presentación ante el Tribunal respectivo.

Loja, abril de 2011.

.....  
Dra. Norita Buele Maldonado

## AUTORÍA

Todas las ideas, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones que constan en el presente trabajo investigativo, mismo que ha sido puesto en ejecución, son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Loja, abril de 2011.

.....  
Dra. Patricia Verónica González Granda

## CESIÓN DE DERECHO

Yo, Patricia Verónica González Granda, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

Loja, abril de 2011.

.....  
Dra. Patricia Verónica González Granda

## DEDICATORIA

**E**l presente trabajo va dedicado a:

**M**i familia, mis padres, hermanos y sobrinos quienes muy pacientemente me han acompañado en el recorrido de esta Maestría, gracias a su apoyo y estímulo he podido llegar al final de una parte del camino con la obtención del título de Magister en Gerencia en Salud para el desarrollo local.

**A**l personal médico, paramédico y administrativo que labora en el Hospital Docente UTPL. A los estudiantes de Medicina Humana que diariamente rotan en sus instalaciones, como parte de su formación.

LA AUTORA

## AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento al personal docente y administrativo responsable de la Maestría en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, por haberme brindado la oportunidad de cursar la Maestría que me ha brindado herramientas valiosas para continuar con mi mejoramiento y capacitación profesional.

Agradezco al Hospital Docente UTPL de la ciudad de Loja, en la persona de la Dra. Viviana Dávalos, Directora Médica, quién me facilitó la infraestructura hospitalaria y los permisos correspondientes para realizar las diferentes actividades que hicieron posible la culminación de este trabajo.

A todo el personal médico, paramédico, administrativo y de servicios que participaron activamente en el desarrollo de los diferentes talleres.

Mención especial merece la Dra. Norita Buele Maldonado, quien desinteresadamente con sus sabios consejos supo guiarme en la elaboración del presente trabajo de investigación.

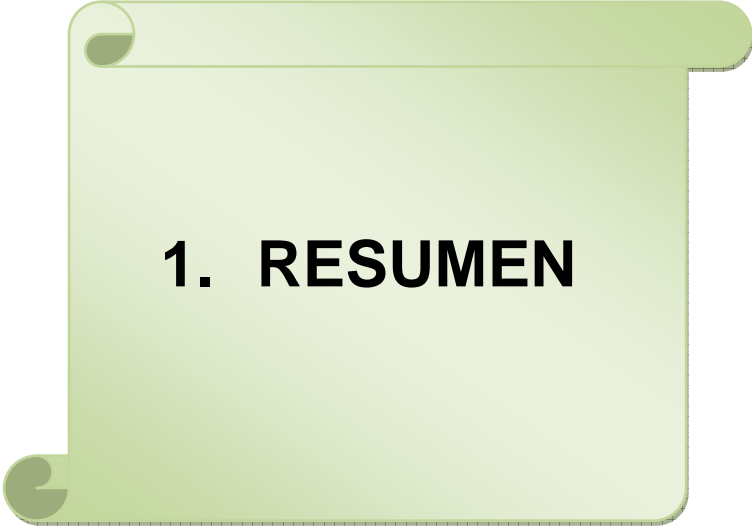
LA AUTORA

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	<b>CONTENIDOS</b>	<b>PÁGINAS</b>
<b>PRELIMINARES</b>		
	– Carátula	i
	– Certificación	ii
	– Autoría	iii
	– Cesión de Derecho	iv
	– Dedicatoria	v
	– Agradecimiento	vi
	– Índice	vii
 <b>APARTADOS</b>		
	1. Resumen	1
	2. Abstract	3
	3. Introducción	5
	4. Problematización	9
	5. Justificación	17
	6. Objetivos	19
	7. Marco Teórico	21
	8. Diseño Metodológico	55
	9. Resultados	61
	10. Conclusiones	96
	11. Recomendaciones	99
	12. Bibliografía	101
	13. Anexos	84
	○ Anexos de resultado 1	106
	○ Anexos de resultado 2	110
	○ Anexos de resultado 3	113
	○ Anexos de resultado 4	115



IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PARA GESTIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL UTPL, DURANTE SEPTIEMBRE/2009 A AGOSTO/2010.



**1. RESUMEN**

En la actualidad contar con herramientas de gestión participativa como procesos y protocolos de atención en las diferentes áreas o departamentos es la base para el desarrollo de un Hospital y más si éste es Docente, por eso se consideró como un problema susceptible de cambiar: La ausencia de procesos y protocolos de atención en el área quirúrgica del Hospital docente UTPL, como factores que dificultan la adecuada gestión y la calidad de atención que se ofrece a los usuarios.

Es así que el objetivo de este trabajo de investigación acción fue: Implementar procesos y protocolos de atención para gestión del área quirúrgica mediante investigación, capacitación, diálogo constructivo y participativo con la finalidad de lograr mejorar la calidad de atención en el Hospital UTPL. El fin del proyecto fue: Contribuir a mejorar la calidad de atención en el área quirúrgica del Hospital UTPL y el propósito: Elaborar e implementar procesos y protocolos de atención para la gestión en el área quirúrgica del Hospital UTPL.

Como metodología se utilizó el marco lógico, se obtuvo como resultado principal: un manual para el área donde constan normas, procesos, protocolos de atención e indicadores de calidad, el cual se elaboró de forma participativa con la colaboración del personal del área quirúrgica. Además se realizaron 4 talleres donde se fue introduciendo el tema y se consiguió la participación activa del personal. Es así que se cuenta con el manual rediseñado y se utilizan como herramientas de evaluación los indicadores de calidad del área quirúrgica y el buzón de sugerencias.

Como conclusiones principales se obtuvo:

- Mediante participación de todos los involucrados en la elaboración y utilización de los procesos y protocolos de atención se logró rediseñarlos con la finalidad de mejorar la calidad de atención a los pacientes del área quirúrgica del 70% programado se alcanzó el 80%.
- Se evalúa periódicamente la calidad de atención en el área quirúrgica del Hospital UTPL con el uso de Indicadores de calidad establecidos en las reuniones para el rediseño de los protocolos y además se utiliza para ello los buzones de sugerencias.



**2. ABSTRACT**

Currently counting with tools of participatory management processes and protocols of care in different areas is the basis for the development of a hospital and more if it's purpose is teaching, because it was considered a problem likely to change: The absence of processes and protocols of care in the UTPL Hospital surgical area as factors obstructing the proper management and the quality of care offered by the surgical area of Hospital UTPL.

The objective of this research was to implement the processes and protocols of care for surgical management through research, training, constructive dialogue in order to achieve better quality of care at the UTPL hospital. The plan of the project was: To help improve the quality of care in the surgical area of the UTPL Hospital and purpose to develop and implement procedures and protocols of care for the surgical management at the UTPL Hospital.

As main result was obtained: a guide for the area in which are standards, processes, treatment protocols and quality indicators; which was developed in collaboration with the surgical staff. Additionally 4 workshops were also carried out where it was introducing the subject and achieved active involvement. So that the manual has redesigned and tools are used as indicators of quality assessment of the surgical area and the suggestion box.

As main conclusions it was obtained:

- Through participation of all stakeholders in the development and implementation of processes and treatment protocols was achieved redesign them in order to improve the quality of care to the patients in the surgical area of the scheduled 70% was reached 80%.
- Regularly evaluates the quality of care in the surgical area of the UTPL Hospital with the use of quality indicators established in meetings for the redesign of the protocols and also is used for this mailbox suggestion.



### **3. INTRODUCCIÓN**

El uso de procesos y protocolos de atención como herramientas para la organización y gestión, son la base para el desarrollo de un Hospital y más si éste es Docente; lo que me ha permitido investigar, para poder realizar su implementación en el Área Quirúrgica y educar al personal; o sea, construir y participar para beneficio de usuario en su cuidado.

Todo el personal tanto médico como paramédico debe poseer un marco de referencia susceptible de cambios que sustenten su actuación en la práctica diaria. (Esteban, 2000)

Para efectos de este estudio formulé como marco de referencia el mejoramiento continuo para los procesos preoperatorio, operatorio y postoperatorio en la atención de pacientes que acudieron por atención quirúrgica. Los procesos no fueron una receta pronta para aplicar indistintamente a los pacientes, sino un compartir, un contrato que se hizo de ambos lados para que se puedan ejecutar y evaluar para que puedan ser efectivos. Me permitió repensar la asistencia para la mejora continua de la atención compartida.

El mejoramiento continuo es una estrategia de gestión de calidad. La gestión de calidad es un enfoque de calidad total. Para que haya gestión de calidad, la investigación es un principio de acción, la administración es necesaria ya que el proceso de atención en el área quirúrgica es una forma de administrar ese cuidado. De forma que se pueda profundizar en ese cotidiano de la asistencia y construir una estrategia de trabajo que permita la calidad de atención re-direccionando el quehacer del profesional médico y paramédico (cliente interno) y el contrato establecido con el usuario y su familia (cliente externo), aplicando los protocolos y procesos preoperatorio, operatorio y postoperatorio con un marco referencial de mejoramiento continuo. (González, 2001), (Chiavenato, 2003).

La atención quirúrgica ha sido modificada por los resultados de la investigación y requirió educación, diálogo, construyendo y participando.

Mi propósito de trabajo para implementar protocolos y procesos de atención del área quirúrgica me han dado satisfacción ya que han sido encaminados a la atención de calidad y mejoramiento continuo lo que me permitió superarme más y aplicar los conocimientos adquiridos y estudiados durante la Maestría en Gerencia en Salud. Me dio libertad de escoger el marco de referencia con el que trabajaremos en el Hospital sin olvidarme del Humanismo cristiano. Además se me han abierto nuevos caminos administrativos, de cuidado, de educación e investigación para el profesional del área en su trabajo cotidiano, con los que he podido demostrar como la calidad de atención es posible optimizando recursos y sin deshumanizar el servicio. (Vásquez, Estructura multidimensional de la calidad de servicio en cadenas de supermercados, 2001)

La implementación de procesos y protocolos de atención en los procedimientos y técnicas empleadas durante la atención quirúrgica con las diferentes especialidades involucradas nos ayudaron a todos los que trabajamos en el área, al acercamiento con el paciente para influenciar y modificar la imagen del hospital positivamente.

Entre las dificultades que he podido encontrar al aplicar el marco de referencia de mejoramiento continuo, cito: un personal tanto médico como paramédico absorbido por un sistema institucional de trabajo, cansado, no empoderado, desmotivado, con poco estímulo y desconocimiento del marco referencial de mejoría continua. Con un cliente externo acostumbrado o no a un sistema institucional de salud, con poca o mucha expectativa pero sin conocimiento del significado del mejoramiento continuo de la asistencia con el marco referencial que me propuse desarrollar. He encontrado un sistema institucional que camina por la ruta de control de calidad donde es un terreno fértil para la gestión de calidad de conjunto entre cliente interno, externo e institución. (Arapé, 1999)

Para implementar procesos y protocolos de atención en la gestión del área quirúrgica me propuse los siguientes objetivos estratégicos: Partiendo de una base sobre la percepción de calidad de atención en el área quirúrgica diseñé e implementé de forma participativa los procesos y protocolos de manejo del área quirúrgica del Hospital UTPL; evalué y rediseñé los procesos y protocolos de atención del área quirúrgica

elaborados en el Hospital UTPL y evalué el impacto de la implementación de procesos sobre la gestión y la calidad de atención del área quirúrgica.



## **4. PROBLEMATIZACIÓN**

a) Identificación del problema

¿La ausencia de procesos y protocolos de atención en el área quirúrgica del Hospital UTPL son factores que dificultan la adecuada gestión y disminuyen la calidad de atención que ofrece el servicio?

b) Descripción

En la actualidad es absolutamente necesario en las instituciones de salud brindar servicios de calidad, eficaces, oportunos y eficientes; y se deben implantar las nuevas formas de gerencia como son: la definición de procesos y protocolos que agilicen y direccionen al usuario para una pronta atención; así como también, el manejo de los procedimientos médicos con protocolos de manejo ajustados a la realidad local con la finalidad de garantizar un correcto y equilibrado accionar ante las solicitudes de nuestros pacientes por lo que es imperativo en una institución que está creciendo se realicen con la finalidad de competir con otras instituciones a nivel local y regional.

Revisando el servicio que se presta durante los 7 primeros meses del 2009 se han sido atendidos 224 pacientes en el área quirúrgica, de los cuales el 41,52% corresponden al sexo masculino y 58,48% al sexo femenino, atendándose principalmente en las especialidades quirúrgicas de cirugía general y ginecológica con el 23,66% respectivamente, seguido de cirugía pediátrica el 18,30%, el resto de especialidades (otorrinolaringología, traumatología, neurología, urología y cirugía vascular) en menores porcentajes.

Las principales intervenciones quirúrgicas que se han realizado son:

- En cirugía general: Apendicectomía por apendicitis aguda y Colectectomía laparoscópica por coleditiasis.

- En ginecología: Cesárea por antecedente de cesárea anterior y sufrimiento fetal agudo.
- En Cirugía pediátrica: Orquidopexia por criptorquidea, herniorrafia por hernias inguinales uni o bilaterales y circuncisión por fimosis.

Los tipos de anestesia que han recibido principalmente: anestesia general, seguido de anestesia conductiva (subdural y epidural).

En el Hospital UTPL a pesar de contar con el equipamiento, insumos y personal suficiente se han presentado en el área quirúrgica con frecuencia conflictos entre el personal y malos entendidos por varios motivos, esto se ha visto reflejado en la atención a los pacientes y lo hemos detectado al realizar un diagnóstico de esta problemática, en la siguiente tabla se detallan algunos de los problemas mencionadas por el personal del área:

**TABLA Nº 1**  
PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN FRECUENTEMENTE EN EL  
ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL UTPL

PROBLEMAS PRESENTADOS	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Retrasos en el inicio de las cirugías.	13	52,00	12	48,00	25	100,00
Planificación inadecuada de las cirugías.	15	60,00	10	40,00	25	100,00
Preparación pre-quirúrgica inadecuada de los pacientes.	12	48,00	13	52,00	25	100,00
No hay suficiente cuidado de los pacientes en recuperación.	12	48,00	13	52,00	25	100,00
Cada médico cirujano tiene diferente forma de preparar a los pacientes.	14	56,00	11	44,00	25	100,00
El personal de enfermería no tiene protocolos a seguir para la preparación de los pacientes.	21	84,00	4	16,00	25	100,00

**FUENTE:** Personal médico, de enfermería y administrativo del área quirúrgica H-UTPL

**ELABORACIÓN:** La autora

Además de los anotados en la tabla hay otros problemas que mencionaron en menores porcentajes como desabastecimiento de stocks de insumos, tardanza en la

reposición de los mismos, desconocimiento por parte del personal de turno de la hora de la intervención quirúrgica, tardanza en la administración de medicación, entre otros.

Así mismo se consultó al personal del área sobre las posibles causas para que se continúen presentando por reiteradas ocasiones los mismos problemas encontrando respuestas como las anotadas en la siguiente tabla.

**TABLA Nº 2**  
CAUSAS FRENTE DE LA PROBLEMÁTICA QUE SE PRESENTA EN EL ÁREA QUIRÚRGICA SEGÚN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL UTPL

POSIBLES CAUSAS	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Por mala información de horarios a los pacientes y/o médicos.	15	60,00	10	40,00	25	100,00
Por falta de equipos o insumos para la cirugía.	12	48,00	13	52,00	25	100,00
No conoce todo el equipo quirúrgico que se realizará el procedimiento	18	72,00	7	28,00	25	100,00
No está establecido el proceso para planificación de cirugías.	13	52,00	12	48,00	25	100,00
Pacientes no llegan con el suficiente tiempo para preparación.	17	68,00	8	32,00	25	100,00
Algunos pacientes ingresan sin valoración preanestésica.	11	44,00	14	56,00	25	100,00
Descuido del personal	8	32,00	17	68,00	25	100,00
Cirujanos de diferentes instituciones operan en el Hospital.	20	80,00	5	20,00	25	100,00
El personal no conoce la normas establecidas en el hospital	19	76,00	6	24,00	25	100,00
No se trabaja con protocolos de atención.	18	72,00	7	28,00	25	100,00

**FUENTE:** Personal médico, de enfermería y administrativo del área quirúrgica H-UTPL

**ELABORACIÓN:** La autora

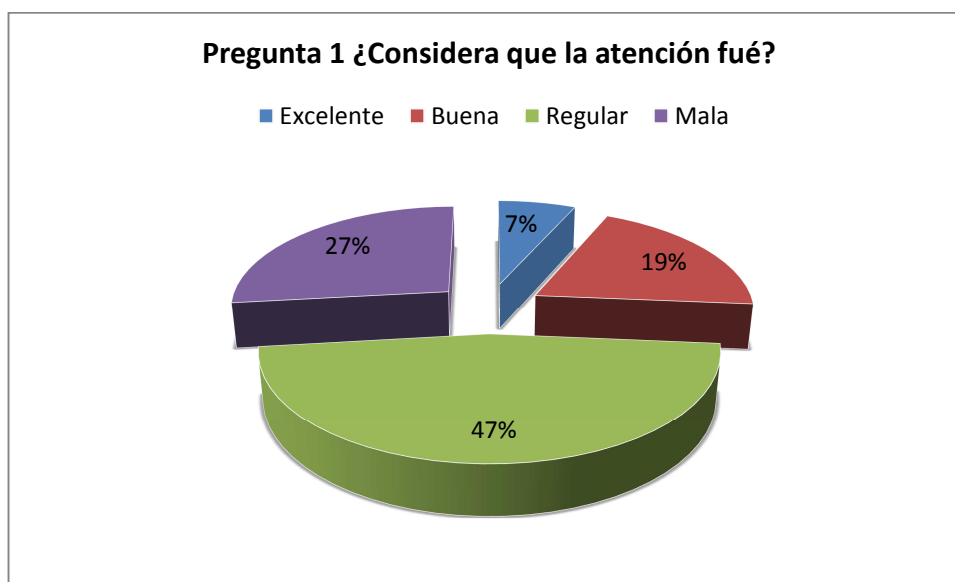
Al no tener una normativa, no estar definidos los roles y funciones del personal, ni contar con procesos claros y conocidos por todos para que nos ayude a la preparación y manejo de los pacientes quirúrgicos; los pacientes inicialmente son mal atendidos, no se realiza una planificación adecuada de las cirugías, no tienen todos una valoración preanestésica ni los exámenes preanestésicos necesarios o se realizan pedidos de exámenes innecesarios, los pacientes no reciben la información completa, no son bien direccionados, por lo que no llegan a la hora solicitada para su

planificación preoperatoria; el personal de enfermería y residentes desconocen el procedimiento que se realizará así como del material e insumos a utilizar por lo que se retrasan las cirugías.

Todo lo antes señalado ocasiona un malestar al paciente, que se traduce en insatisfacción y ocasionalmente en reclamos y comentarios que van en detrimento de la institución y su buen nombre y por consiguiente en la poca afluencia de pacientes en relación a la infraestructura con la que se cuenta.

Con la finalidad de determinar si hay insatisfacción por parte de los pacientes se realizó una encuesta abordando parámetros como atención recibida, realización de chequeo pre-anestésico, exámenes preoperatorios y cumplimiento de horario de planificación, la misma que se aplicó a 25 pacientes que voluntariamente accedieron a contestar las preguntas durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2009 obteniéndose los siguientes resultados:

**GRÁFICO N° 1**



**FUENTE:** Encuesta a los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente.

**ELABORACIÓN:** La autora

El 47% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente refirieron que la atención que recibieron fue regular.

**GRÁFICO N° 2**

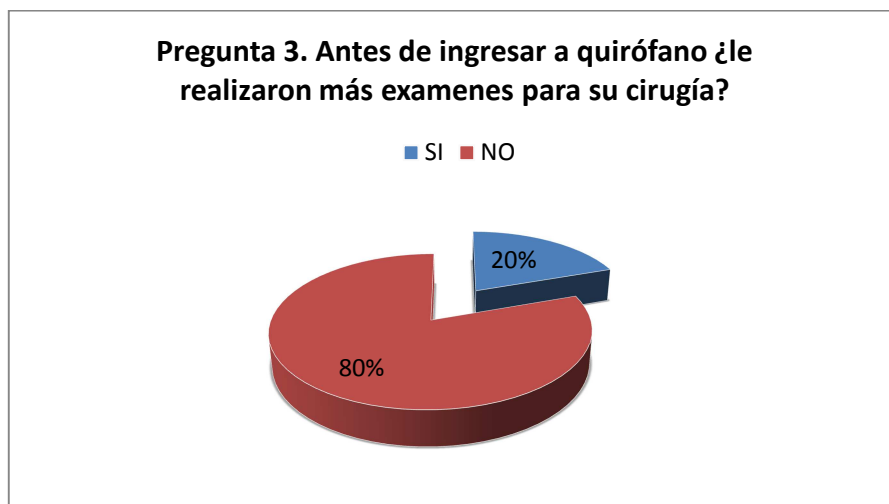


**FUENTE:** Encuesta a los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente.

**ELABORACIÓN:** La autora

El 35% de pacientes refirió haberse realizado el chequeo preanestésico.

**GRÁFICO N° 3**

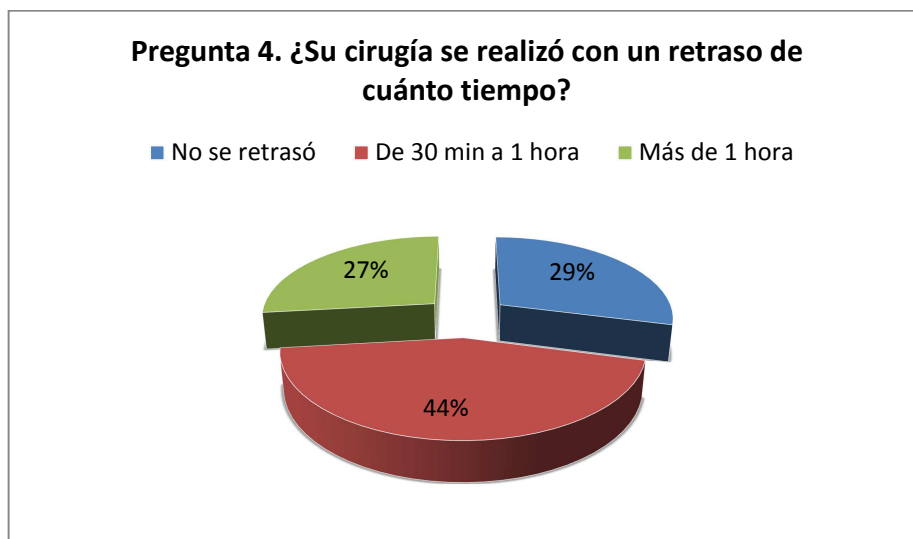


**FUENTE:** Encuesta a los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente.

**ELABORACIÓN:** La autora

El 20% de los pacientes refirió que luego de su ingreso para la cirugía le realizaron más exámenes para completar su valoración previa a la intervención quirúrgica.

**GRÁFICO N° 4**



**FUENTE:** Encuesta a los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente.

**ELABORACIÓN:** La autora

El 44% de los pacientes refirieron que su cirugía inició con 30 minutos a 1 hora de retraso a la hora de planificada la cirugía.

Consciente de esta problemática, me he propuesto cambiar la percepción que tienen los pacientes mediante la implementación de normas, procesos y protocolos de atención para el área quirúrgica del hospital, las que al ser elaboradas con la finalidad de mejorar el tipo de atención que se brinda antes, durante y después de la intervención quirúrgica y la comunicación entre el personal que labora en el área quirúrgica del Hospital UTPL, tendrán la finalidad de formar un equipo capaz de trabajar para la atención adecuada de los usuarios.

Su implementación va a permitir realizar una atención oportuna del paciente, planificar adecuadamente las intervenciones quirúrgicas, direccionar correctamente a los pacientes, evitar contratiempos entre el personal; todo, con la finalidad de mejorar la calidad de atención a los pacientes.

c) Análisis del problema

A pesar de que el Hospital UTPL está brindando sus servicios por más de 4 años y que cuenta con el apoyo administrativo de una empresa administradora de instituciones de salud no ha alcanzado a cubrir las expectativas en cuanto a cobertura de atención, hasta el momento el liderazgo ha sido de tipo vertical y los servicios que presta el hospital no están liderados adecuadamente, no hay definición de roles, el personal está desmotivado por ausencia de capacitación, actualización e incentivos además de una falta de conocimiento del estado general y percepción de los clientes internos sobre el funcionamiento del hospital.

d) Delimitación

Los problemas administrativos y del accionar médicos y de enfermería están generándose por la ausencia de procesos y protocolos de atención en el área quirúrgica.

e) Formulación operacional del problema

La ausencia de procesos y protocolos de atención en el área quirúrgica del Hospital UTPL son factores que dificultan la adecuada gestión y la calidad de atención que ofrece el servicio.



## **5. JUSTIFICACIÓN**

Es muy importante implementar los procesos: prequirúrgico, quirúrgico y postquirúrgico además de los protocolos de atención en el área quirúrgica del Hospital UTPL, ya que es necesario utilizar herramientas de gerenciamiento actuales en este mundo globalizado lo que ayudaría a cumplir con los objetivos de la institución y mi motivación personal es el hecho de haberla visto crecer desde sus cimientos formando parte de ella, ya que el crecimiento que tenga el hospital irá de la mano con el crecimiento personal de las personas que trabajan en la institución; tengo una motivación mayor ya que contribuiría a mejorar la calidad de atención del área quirúrgica y a mejorar el clima laboral de la institución.

El trabajar en una institución donde se trabaje como una familia y que se realicen acciones encaminadas a la calidad y mejoramiento continuo posibilita la superación personal y contribuye a brindar una imagen positiva a la comunidad.

El hospital al atender en sus diferentes servicios principalmente a personas de clase media y alta con un nivel cultural superior en mayor porcentaje; está obligado a competir con las clínicas particulares de la ciudad y la manera de cómo debe hacerlo es brindando una atención satisfactoria, eficaz, eficiente y oportuna, acorde a las necesidades de los usuarios externos. Es una posibilidad de mejorar el servicio y contribuir a la imagen institucional.

Además, al ser un hospital abierto donde pueden acudir especialistas que trataban en instituciones públicas y privadas donde realizan sus intervenciones quirúrgicas bajo diferentes políticas de atención; surge la necesidad de tener regulado el sistema de atención donde ellos también contribuyan a un servicio con calidad total.




## **6. OBJETIVOS**

## **6.1 OBJETIVO GENERAL**

- Implementar procesos y protocolos de atención para gestión del área quirúrgica mediante investigación, capacitación y diálogo constructivo y participativo con la finalidad de lograr mejorar la calidad de atención en el Hospital UTPL.

## **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- a) Establecer liderazgo administrativo y de gestión en el área quirúrgica del Hospital docente UTPL para implementación de normas, procesos y protocolos de atención.
- b) Diseñar, validar e implementar de forma participativa normas, procesos y protocolos de atención para gestión del área quirúrgica del Hospital UTPL.
- c) Capacitar al personal médico y paramédico en la utilización de normas, procesos y protocolos de atención elaborados.
- d) Evaluar el impacto de la implementación de normas, procesos y protocolos de atención sobre la gestión en la calidad de atención del área quirúrgica.



## **7. MARCO TEÓRICO**

## **7.1. MARCO INSTITUCIONAL**

### **EL HOSPITAL UTPL**

La Universidad Técnica Particular de Loja fue fundada por la comunidad Marista Ecuatoriana (AME) el 3 de mayo de 1973 como respuesta al requerimiento de la región sur del Ecuador, de formación técnica y humanística que sustente su desarrollo al amparo de los preceptos y valores cristianos tiene 37 años de creación. En 1997 se realiza el traspaso de para conducción y dirección de la Universidad a la “Asociación Id de Cristo Redentor, Misioneros y Misioneras identes.

La Escuela de Medicina fue creada en el 2002 con el apoyo y dirección de la Universidad Católica de Chile atendiendo a la necesidad de la región con la finalidad de formar profesionales médicos: con la suficiente formación ética y científica que les permita desempeñar de manera satisfactoria todo lo concerniente al manejo primario de salud, con una formación sólida en todas las ciencias básicas de tal forma que puedan comprender el idioma tecnológico actual y tengan la capacidad de poder aplicar estas nuevas tecnologías en los casos necesarios. Con actitudes profundamente humanísticas y solidarias, convencidos con su labor de ayuda a todos quienes así lo soliciten, en especial a los grupos vulnerables y desprotegidos. Profesionales con una sólida formación ética que enfrenten de manera decidida lasa diferentes situaciones que se presenten en el ejercicio de su profesión.

Con la finalidad de emprender en la investigación y extensión de servicios en marzo de 2004 se realizó la creación del CITTES de Ciencias Médicas.

Y en vista de la necesidad de contar con un centro en el que los estudiantes sean actores de una Institución de Salud diferente que brinde servicios con la mejor tecnología desde marzo de 2006 se inicia la construcción del Hospital UTPL en convenio con SOLCA.

Al momento el CIMED cuenta con 2 sub-CITTES: UMFC y Hospital Universitario. De igual manera el CIMED al contar con mayor personal ha emprendido en varias líneas de investigación y proyectos de intervención en salud para el desarrollo de este sector en nuestro medio.

El 3 de mayo, con ocasión del 36º aniversario institucional, la UTPL inaugura el Hospital:

Proyecto realizado a través de la cooperación interinstitucional con el Hospital de SOLCA, núcleo de Loja.

#### **a. Aspectos geográficos del Hospital UTPL**

El hospital se encuentra ubicado al norte de la ciudad en la Av. Salvador Bustamante Celi frente al parque recreacional Jipiro en el 4º y 5º piso del edificio de SOLCA.

A 300 metros del Hospital se encuentran el Río Zamora al oeste que se une con el río Jipiro que se encuentra a 200 mt. del Hospital por el Norte.

#### **b. Dinámica poblacional**

El Hospital brinda atención principalmente a los habitantes de la Provincia de Loja que según los datos preliminares del Censo del 2010 cuenta con 446.743 habitantes que representa un crecimiento de 7,57% con respecto al anterior censo del 2001 donde había 415.310 habitantes, además se ha brindado atención a pacientes de las provincias de Zamora Chinchipe, El Oro y Azuay.

En el cantón Loja el mayor porcentaje de la población (82.9%) se encuentra localizada en las parroquias urbanas del Cantón: San Sebastián, el Sagrario, Sucre y el Valle; de esta población el 69.1% se encuentra en el centro de la ciudad y 13.8 % en la periferia. Estas cifras son muy preocupantes para el desarrollo armónico del Cantón Loja, por

cuanto concomitante con esto, viene toda la infraestructura en servicios sanitarios, agua, etc.

La PEA del cantón Loja, guarda estrecha relación con la distribución de la población y la condición de ser capital provincial; En este sentido el 63.6 % de la PEA se dedica al sector servicios, seguidos del sector primario con el 19.5% y el sector de industrias manufactureras con el 7%.

La distribución de la PEA del Cantón Loja nos refleja a nivel de ciudad de Loja, en donde se concentra la mayor parte de la población (82.9%), que es una ciudad muy dependiente de los demás cantones y provincias en cuanto al abastecimiento de materias primas y víveres, esto hace que sea una de las ciudades más caras del país.

Otro aspecto que resalta es el hecho de ser un Cantón con poco nivel de desarrollo que no cuenta con industrias, tan solo dispone de muy pocas industrias manufactureras (7%); esto explica por qué es un Cantón con muchas migraciones, con alto índice de desempleo y que su PEA se vea obligado a trabajar más en el sector público.

### **c. La migración en la Provincia de Loja:**

Se ha convertido en un problema por cuanto están despoblando el agro de la provincia de Loja. Según el estudio realizado por la Cruz Roja Provincial de Loja (2001), a nivel país existen 237.500 niños y niñas cuyos padres emigraron, el 8.8% de estudiantes son hijos de progenitores en esta condición; en la Provincia de Loja 21.497 padres (16.55% )<sup>10</sup> han migrado. Según el mismo estudio, el 2.64% de niños y niñas hijos de padres emigrantes se quedan con el padre, el 19.74% con la madre, el 2.09 con tíos, el 1.35 con hermanos, el 7.64 con abuelos y el 0.89 con otros. Al relacionar por cantones, según estudio realizado por la Cruz Roja Loja en 2001, el Cantón Loja registra mayor número de migrantes con el 30.36%, seguido de Calvas con un 13.28%, Catamayo el 11.69%; y, Saraguro, Paltas y Amaluza con un 7.54%, en los

demás cantones la migración es menor. Entre los lugares de destino más importantes se destaca España y USA.

Los emigrantes se dedican en primer lugar a trabajar en la agricultura y ganadería (27.5%), en segundo lugar a servicios particulares y cuenta propia (19%), seguidos del servicio doméstico y la construcción con el 17.3% y 12.3%. Las demás actividades como empleados y obreros de fábrica, son relativamente bajas.

#### **d. Indicadores económicos:**

En cuanto a la distribución étnica, la población de la Provincia de Loja se caracteriza por existir predominio de población mestiza con un 92.8%, seguida de la población blanca con un 3.4% y la indígena con un 3.05%. La mulata, negra y otros son muy bajos.

La Provincia de Loja, se encuentra entre las más pobres del país junto a Chimborazo y Cotopaxi, a pesar del predominio de población mestiza. Según el quintil económico el 57% de la población de su población se encuentra en los quintiles económicos más pobres 1 y 2 (43% a nivel nacional) y el 13% en el quintil 5 (17% a nivel nacional).

El Cantón Loja se caracteriza por contar con diversas actividades productivas, entre las que se destacan las empresariales, agroindustriales, ganaderas, avícolas, de transporte y de turismo. La ciudad de Loja es la más dinámica, en la que se concentran los servicios y el comercio. Las actividades más desarrolladas son la banca, educación, salud, transporte y seguridad. Las parroquias rurales, centran su producción en el sector primario, producen productos agrícolas y pecuarios; dentro de los agrícolas entre los más importantes tenemos: maíz, fréjol, hortalizas, yuca, café, frutales y caña de azúcar, de la que obtiene panela y aguardiente. En la parroquia Yangana además explotan madera en forma tradicional, con repercusión en el ecosistema.

Dentro de la parte pecuaria tenemos ganado menor como cuyes, aves de corral y cerdos; ganado mayor como ganado vacuno (carne y leche). El Barrio Cera es famoso por las artesanías de cerámica elaboradas a mano. El Cantón Loja tiene muchos atractivos turísticos reconocidos internacionalmente, al igual que la hospitalidad y la alegría de su gente; en este campo la parroquia que más se ha destacado es Vilcabamba, conocido como “El Valle de la Longevidad”.

**e. Organización y participación social:**

El movimiento de mujeres de Loja marca su trayectoria legítima a través de la construcción de múltiples propuestas con enfoque de género, formuladas por algunas organizaciones de mujeres como **la Unión Popular de Mujeres Lojanas, el Comité de Desarrollo de Mujeres de Frontera, la Coordinadora Política de Mujeres y la Red de Mujeres de Loja**. Propuestas que se han trabajado mediante diversas actividades que han sido coordinadas con otras organizaciones sociales, fundaciones, instituciones públicas y privadas. El objetivo de estas actividades ha sido la defensa de los derechos humanos de las mujeres, entre éstos, el derecho a la salud integral.

El Ilustre Municipio de Loja, la Dirección Provincial de Salud y la Sociedad Civil Organizada, consciente de la grave crisis por la que atraviesa el sector salud en el país y el cantón, y que afecta sobre manera a la población más empobrecida del Ecuador; reconocen en el marco de la Reforma del Sector la importancia de aunar esfuerzos para la construcción del Sistema Nacional de Salud y la aplicación de su Política Nacional.

Por lo que, la conformación y funcionamiento del Consejo Cantonal de Salud como espacio de gestión, concertación y diálogo será el punto de partida para acordar un **pacto social**, que comprometa la participación desinteresada y comprometida de los representantes y directivos de las instituciones públicas y privadas, y de la ciudadanía. Sólo el esfuerzo conjunto y articulado en función de los derechos de usuarios y usuarias permitirá transformaciones en momentos en que la desesperanza paraliza y lesiona voluntades.

Con la conformación del Consejo Cantonal de Salud las instituciones y organizaciones participantes se adscriben a los principios de equidad, calidad, eficiencia, participación, pluralidad, solidaridad, universalidad, descentralización y autonomía en los que se rige la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud; y, definen su Visión, Misión y Ejes Programáticos:

**f. Educación:**

En el Cantón Loja el índice de analfabetismo descendió drásticamente, de casi el 50% en mayores de 15 años en 1950, al 8.3% en los de 10 años y más, en el 2001. Según datos del censo del 2001 la tasa de analfabetismo en el Cantón Loja es del 4.76% con un 3.73% y 5.63 de analfabetos hombres y mujeres respectivamente. Al igual que el resto del país el porcentaje de mujeres que acceden a la educación es menor en relación al otro género.

El porcentaje de escolaridad en el Cantón Loja es del 78.76% para la primaria completa, 34.33 % para la secundaria y 29.55% para la superior. Los datos revelan que el acceso de la población a la educación secundaria y superior desciende significativamente en relación al acceso a la educación primaria.

En cuanto a las diferencias de género estas tienden a equilibrarse en la medida que las mujeres acceden a la educación secundaria y superior. Lo que probablemente tiene que ver con la condición social y económica de los usuarios y usuarias de los establecimientos educativos.

**g. El Hospital docente UTPL**

Objetivo general:

- Brindar servicios médicos integrales, y constituirse en un centro destinado a la investigación y a la constante actualización de conocimientos de profesionales y

estudiantes de medicina, como fórmula para vincular la labor académica universitaria a la investigación y a la extensión para servir a la sociedad.

Objetivos específicos:

- Ofertar un servicio de atención médica de calidad y con calidez a la comunidad desde un enfoque familiar con el respaldo de tecnología de punta.
- Ofrecer a la comunidad universitaria un centro de aprendizaje docente enmarcado en principios éticos y de alto rigor científico.
- Desarrollar líneas de investigación que generen soluciones prácticas a los principales problemas de salud de nuestra comunidad.

#### **PRINCIPALES FORTALEZAS DEL HOSPITAL UTPL:**

- Atención médica de calidad y con sentido humano.
- Alta Tecnología
- Diagnóstico de calidad de salud del personal docente, administrativo y de servicios de la Universidad Técnica Particular de Loja.
- Personal Capacitado.
- Atención oportuna.
- Precios y tarifas accesibles.

#### **La Misión de la Institución:**

"Somos un Hospital docente que busca ser modelo de educación con el auspicio universitario de la UTPL, orientado a brindar un servicio médico integral, seguro y eficiente a nuestros pacientes. Esto lo logra gracias a sus modernas instalaciones, avanzada tecnología y a través del trabajo en equipo de profesionales y empleados conocidos por su excelencia, honestidad y humanidad.

- **Valores**
  - Defensa de vida
  - Respeto a la dignidad humana

- Compromiso
- Honestidad
- Solidaridad

### **La Visión de la Institución**

La visión de nuestra institución es ser un Hospital católico de referencia en el sur del país, al servicio del paciente y de la comunidad para asegurarle una asistencia médica de calidad y profundo respeto a su dignidad de persona. El HUTPL dirige sus esfuerzos a impulsar la docencia y la investigación en un estrecho vínculo con la UTPL con el fin de contribuir al desarrollo de la salud en el Ecuador, buscando apoyar cambios sociales, económicos, de educación y políticos que atenúen el sufrimiento y contribuyan al bienestar de la humanidad.

#### **h. Organización administrativa**

El estilo de administración, dirección y liderazgo del Hospital UTPL es de tipo vertical, cuyas acciones se basan en el presupuesto y la obtención de resultados.

#### **Servicios que presta la institución**

El Hospital UTPL para la atención médica integral, cuenta con la mejor infraestructura y última tecnología en manos de personas que amamos la vida.

- Urgencias 24 horas
- Quirófano con la mejor tecnología
- Área de diagnóstico
  - Laboratorio clínico
  - Electrocardiograma
  - Imágenes de diagnóstico: Radiografía, Tomografía, Ecografía, Eco cardiografía y Resonancia Magnética Nuclear.
  - Audiometría
  - Espirometría

- Hospitalización
- Cirugía general y Laparoscopia
- Endoscopías, Colonoscopia y cistoscopia
- Sala de Partos
- Unidad de Cuidados intensivos: Adultos y Neonatal
- Consulta Externa
  - o Medicina Interna
  - o Medicina Familiar
  - o Pediatría
  - o Cirugía
  - o Traumatología
  - o Gineco-Obstetricia
  - o Otorrinolaringología
  - o Dermatología
  - o Psicología
  - o Urología
  - o Anestesia y tratamiento del dolor

#### **h. Datos estadísticos de cobertura:**

### **ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN**

#### **Perfil Epidemiológico:**

La particular forma de enfermar y morir de los ecuatorianos(as) revela las condiciones de vida en las que se desenvuelve o desarrolló su existencia; las aun altas tasas de mortalidad infantil y materna y la irrupción de las enfermedades no transmisibles entre las primeras causas de mortalidad, revelan que a pesar de los esfuerzos realizados por las instituciones de salud pública y privados (ONG's, Iglesia), las inequidades no se resuelven a través los servicios de salud. La Provincia de Loja se encuentra entre las provincias con mayores índices de pobreza e indigencia del país, con un 49.4% y 31.15% respectivamente; sus habitantes enfrentan condiciones de vida que los

marginan y excluyen limitando su acceso a servicios y generando enfermedad y muerte. La tasa de mortalidad infantil de 15.5 niños por 1000 habitantes es alta en relación a las tasas internacionales al igual que la materna. Situación que se agrava por los subregistros detectados a nivel nacional y que se incrementan con una población dispersa como la de la Provincia.

**Cuadro 34: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA AMBULATORIA, SEGÚN CLASIFICACIÓN CIE 10 DEL CANTÓN LOJA. 2006**

CODIGOS CIE 10	PATOLOGÍAS	NUMERO	TASA/1000hab.
B65 – B83	Parasitosis	12614	72.27
J00 - J06	Infección respiratoria aguda	10314	59.09
A00 - A09	Enfermedad diarreica aguda	4758	27.26
E40 - E48	Desnutrición	1728	9.90
D50 – D53	Anemia	1520	8.71
N30 – N39	Infecciones del tracto urinario	1030	5.90
E10 – E14	Diabetes	626	3.59
I10 - I15	Hipertensión	531	3.04
N70 – N77	Enfermedades inflamatorias de la vulva y vagina	433	2.48
L20 – L30	Dermatitis	328	1.88

FUENTE: Informes Medicatura Rural

ELABORACIÓN: Departamento de Áreas de Salud DPSL.

**Diez Principales causas de Morbilidad  
ECUADOR , Año 2007**

N ° DE ORDEN	CAUSAS DE MORBILIDAD	NUMERO DE CASOS	TASAS *
1	Infecciones Respiratorias Agudas	1.703.083	12517,6
2	Enfermedades Diarreicas Agudas	516.567	3796,8
3	Otras Enfermedades Venéreas	91.960	675,9
4	Hipertensión Arterial	67.570	496,6
5	Diabetes	25.894	190,3
6	Varicela	17.721	130,2
7	Dengue Clásico	10.253	75,4
8	Intoxicación Alimentaria	10.199	75,0
9	Victimas de Violencia y Maltrato	9.566	70,3
10	Salmonellosis	7.298	53,6
<b>Población</b>	<b>13.605.485</b>		

\* Por 100.000 Habitantes

Fuente: EPI -2

Elaboración : Eduardo Aguilar

Las estadísticas con las que cuenta el Hospital UTPL. Están en relación al número de atenciones y hospitalización pero no con diagnósticos.



**Cuadro 35: PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN CLASIFICACIÓN CIE 10 CANTÓN LOJA 2006**

CODIGOS CIE 10	PATOLOGÍAS	# DE CASOS	TASA 10.000Hb.
I26 – I51	Paro cardíaco	162	9.2
I64	Accidente Cerebro Vascular	38	2.1
S06 – S09	Traumatismo Cráneo Encefálico	27	1.5
I20 – I25	Enfermedades Isquémicas del Corazón	27	1.5
C16	Cáncer Gástrico	27	1.5
E86	Schock Hipovolémico	16	0.9
N17 – N19	Insuficiencia Renal	16	0.9
I10 – I13	Enfermedades Hipertensivas	15	0.8
J12 – J18	Neumonía	15	0.8
K70 – k77	Cirrosis	5	0.3

FUENTE: Informes Medicatura Rural

ELABORACIÓN: Departamento de Áreas de Salud DPSL

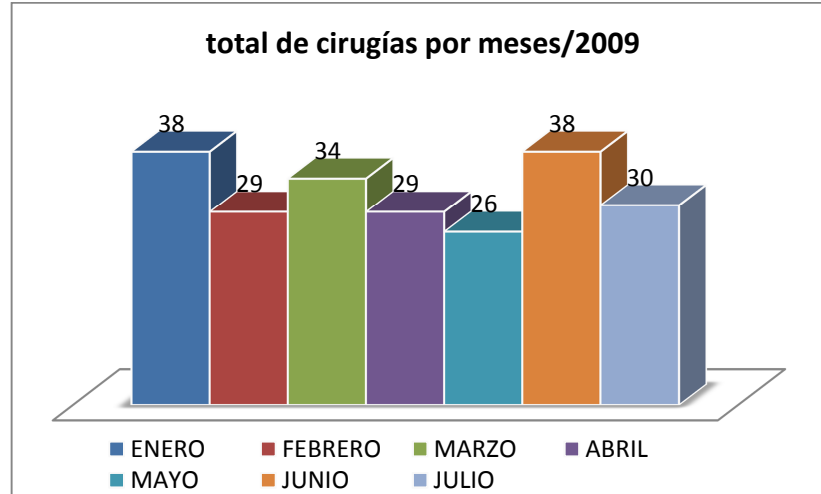
El hospital en el área quirúrgica viene prestando el servicio de cirugías ambulatorias y cirugías mayores en diferentes especialidades, se señalan en las siguientes tablas y gráficos:

**TABLA Nº 3**  
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA POR MESES Y SEXO /2009.

MESES	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
ENERO	14	6,25	24	10,71	38	16,96
FEBRERO	11	4,91	18	8,04	29	12,95
MARZO	17	7,59	17	7,59	34	15,18
ABRIL	13	5,80	16	7,14	29	12,95
MAYO	9	4,02	17	7,59	26	11,61
JUNIO	15	6,70	23	10,27	38	16,96
JULIO	14	6,25	16	7,14	30	13,39
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>41,52</b>	<b>131</b>	<b>58,48</b>	<b>224</b>	<b>100,00</b>

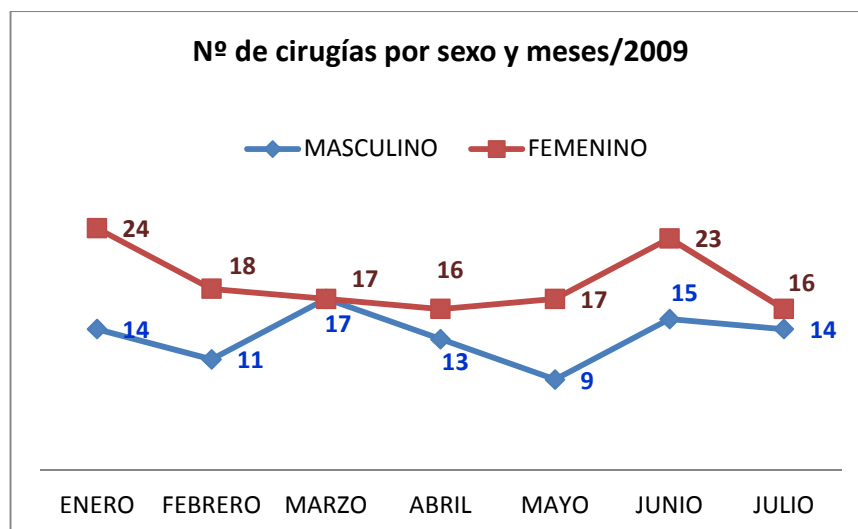
FUENTE: Archivos del Hospital UTPL  
ELABORACIÓN: La autora

**GRÁFICO Nº 5**  
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA POR MESES /2009.



FUENTE: Archivos del Hospital UTPL  
ELABORACIÓN: La autora

**GRÁFICO N° 6**  
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA POR MESES Y SEXO /2009.



FUENTE: Archivos del Hospital UTPL

ELABORACIÓN: La autora

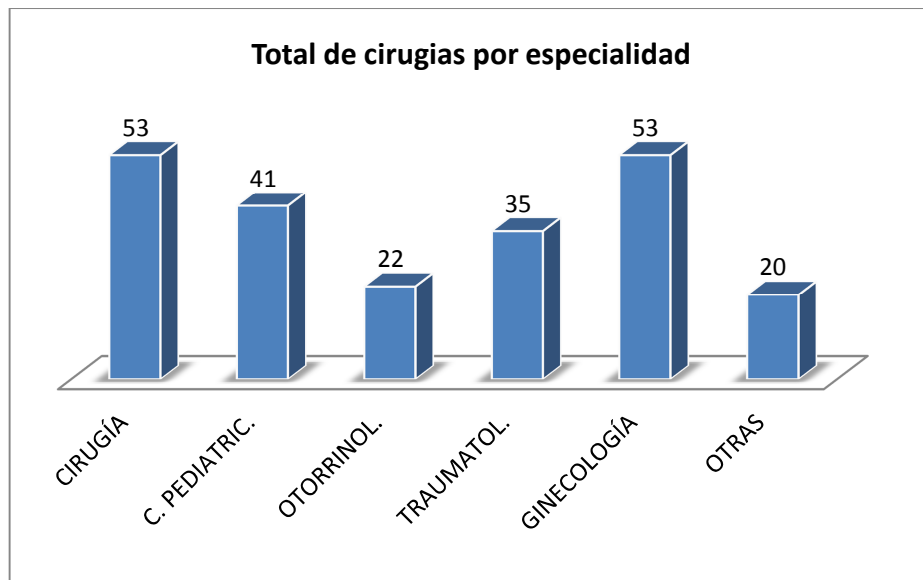
**TABLA N° 4**  
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA POR MESES Y ESPECIALIDAD /2009.

ESPECIALIDAD	CIRUGÍA		C. PEDIAT.		OTORRIN.		TRAUMAT.		GINECOLO		OTRAS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
ENERO	11	4,91	12	5,36	1	0,45	6	2,68	8	3,57	0	0,00	38	16,96
FEBRERO	8	3,57	6	2,68	2	0,89	3	1,34	5	2,23	5	2,23	29	12,95
MARZO	8	3,57	7	3,13	6	2,68	3	1,34	5	2,23	5	2,23	34	15,18
ABRIL	5	2,23	3	1,34	1	0,45	9	4,02	7	3,13	4	1,79	29	12,95
MAYO	3	1,34	5	2,23	0	0,00	6	2,68	9	4,02	3	1,34	26	11,61
JUNIO	10	4,46	5	2,23	5	2,23	5	2,23	11	4,91	2	0,89	38	16,96
JULIO	8	3,57	3	1,34	7	3,13	3	1,34	8	3,57	1	0,45	30	13,39
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>23,66</b>	<b>41</b>	<b>18,30</b>	<b>22</b>	<b>9,82</b>	<b>35</b>	<b>15,63</b>	<b>53</b>	<b>23,66</b>	<b>20</b>	<b>8,93</b>	<b>224</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Archivos del Hospital UTPL

ELABORACIÓN: La autora

**GRÁFICO N° 7**  
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA POR ESPECIALIDAD /ENERO A JULIO 2009.



**FUENTE:** Archivos del Hospital UTPL

**ELABORACIÓN:** La autora

#### **i. Políticas de la institución**

El Hospital UTPL es una institución privada con fines de lucro cuya función es el servicio, docencia e investigación, el representante legal es el Vicecanciller de la Universidad y administrada por American Hospital.

Cuenta con médicos de planta que son docentes a tiempo completo de la Universidad y con médicos adscritos a la institución, funcionando con la modalidad de un hospital abierto.

## **7.2. MARCO CONCEPTUAL.**

### **7.2.1. LA CALIDAD DE ATENCIÓN:**

En la actualidad existe una cierta unanimidad en que el atributo que contribuye, fundamentalmente, a determinar la posición de la empresa en el largo plazo, es la opinión de los clientes sobre el producto o servicio que reciben. Resulta obvio que, para que los clientes se formen una opinión positiva, la empresa debe satisfacer sobradamente todas sus necesidades y expectativas. Es lo que se ha dado en llamar calidad del servicio.

Por tanto, si satisfacer las expectativas del cliente es tan importante como se ha dicho, entonces es necesario disponer de información adecuada sobre los clientes que contenga aspectos relacionados con sus necesidades, con los atributos en los que se fijan para determinar el nivel de calidad conseguido. (Ruiz-Olalla, 2001)

La calidad, y más concretamente la calidad del servicio, se está convirtiendo en nuestros días en un requisito imprescindible para competir en las organizaciones industriales y comerciales de todo el mundo, ya que las implicaciones que tiene en la cuenta de resultados, tanto en el corto como en el largo plazo, son muy positivas para las empresas envueltas en este tipo de procesos. De esta forma, la calidad del servicio se convierte en un elemento estratégico que confiere una ventaja diferenciadora y perdurable en el tiempo a aquellas que tratan de alcanzarla.

La calidad de atención al cliente es un proceso encaminado a la consecución de la satisfacción total de los requerimientos y necesidades de los mismos, así como también atraer cada vez un mayor número de clientes por medio de un posicionamiento tal, que lleve a éstos a realizar gratuitamente la publicidad persona a persona. (Casado, 2001).

En tal sentido, los clientes constituyen el elemento vital de cualquier organización. Sin embargo, son pocas las organizaciones que consiguen adaptarse a las necesidades

de sus clientes ya sea en cuanto a calidad, eficiencia o serviciopersonal. Es por ello que los directivos deben mejorar la calidad del servicio que ofrecen a sus clientes, ya que no es cuestión de elección: la vida de la organización depende de ello. (Schermerhorn, 2003)

Según el Dr. Avedis Donavedian, 1980: "La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología medicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios". (Reina, 2001).

Según Romer y Montoya Aguilar, OMS, 1998: "Calidad es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de reproducir un impacto sobre la mortalidad, la incapacidad y la desnutrición". (Shriberg, 2004).

Miguel Jamer (Padre de la ingeniería): "Calidad es agregar atributos tangibles e intangibles a los productos y/o servicios que la organización produce y/o brinda". Es satisfacer plena y constantemente las necesidades del cliente.

Según W. Edwards Deming, considerado el padre del movimiento de la gestión de la calidad total, resumió la calidad de la siguiente manera: "Calidad es hacer lo correcto, en forma correcta, de inmediato."

Según el proyecto de garantía de calidad (PGC): "Calidad es hacer lo correcto, en forma correcta, desde la primera vez a tiempo y todo el tiempo, mejorando siempre, innovando siempre y siempre satisfaciendo a nuestros clientes".

De estos enfoques, cabe destacar el formulado por Donavedian que establece una relación entre proveedor y cliente; y el del proyecto de garantía de calidad que coincidiendo con Deming da una definición más sencilla e integral de la calidad.

Recordemos que: “la calidad nunca es un accidente, es siempre el resultado de una gran intención, de un esfuerzo sincero, de una dirección inteligente y de una ejecución hábil; representa una sabia elección entre varias alternativas”. (Quality Assurance Project-URC).

La calidad es una filosofía, es una forma de ser y actuar.

La calidad se vive, se practica diariamente.

La calidad empieza por nosotros. La calidad somos nosotros (Eskola, 2002).

#### **7.2.1.1. DIMENSIONES DE LA CALIDAD EN SALUD**

##### **Competencia técnica.**

Es el nivel de conocimientos, habilidades, destrezas, capacidad de desempeño de los profesionales de la salud, del personal técnico y del personal administrativo.

La competencia técnica o profesional se relaciona con la ejecución de las pautas y las normas de atención y el ejercicio profesional en términos de precisión, confiabilidad y uniformidad. (Olivares, 2001)

##### **Relaciones interpersonales.**

Es el grado de interacción y comunicación entre gerentes y proveedores de salud, entre proveedores y clientes y entre los equipos de salud y la comunidad.

Las buenas relaciones interpersonales generan en los clientes confianza y credibilidad y se demuestra por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y la compenetración.

También por la manera de escuchar y comunicarse. Una buena relación entre compañeros de trabajo fortalece la integración del equipo y optimiza el rendimiento.

##### **Eficiencia.**

La eficiencia está ligada a los costos.

Eficiencia es la capacidad de suministrar el mayor beneficio, la atención más óptima al paciente y a la comunidad con los recursos que se cuenta, no obstante las limitaciones que puedan existir.

Exige que los proveedores de los servicios eviten suministrar atenciones duplicadas, innecesarias o inapropiadas. Es reducir los costos de atención sin afectar la calidad.

**Eficacia.**

Es el grado de relación entre el procedimiento aplicado y los resultados esperados o programados.

La calidad de los servicios de salud depende del cumplimiento de las normas de prestación de servicios y las de orientación clínica.

Una evaluación de la eficacia debe responder a las siguientes preguntas:

Por ejemplo, cuando un tratamiento se aplica correctamente, ¿produce los resultados esperados?, ¿es el tratamiento recomendado y la tecnología usada la más apropiada para el medio en el cual se presta el servicio?

La eficacia es una dimensión importante en el ámbito central donde se definen las normas y especificaciones, pero también son importantes en el ámbito local en el que los gerentes o directivos deciden como aplicar las normas y adaptarlas a las condiciones locales. (Olivares, 2001)

**Acceso a los servicios.**

Es el grado de facilidad que tiene el usuario de hacer uso de los servicios de salud donde desee ser atendido. El acceso a los servicios implica que la prestación u otorgamiento de los servicios de salud no sean impedidos, limitados ni restringidos por barreras.

- Tipos de barreras:

- a) geográficas,
- b) económicas,
- c) sociales,
- d) culturales,
- e) organizacionales (servicios convenientes, horarios, turnos, tiempo de espera)
- f) o lingüísticas. (Zambrano, 2001)

**Comodidad.**

Es importante porque influye en la expectativa del paciente.

A menudo se relaciona con el buen trato, la cordialidad, CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD.

Se puede considerar también como otra forma de comodidad ofrecer a los usuarios música, video, teléfono público, cafetería, albergues, etc.

En suma la comodidad se refiere a las características de los servicios de salud que, aunque no están directamente relacionados con la eficacia del servicio, agregan valor y acrecientan la satisfacción del paciente. (Olivares, 2001)

**Continuidad.**

Implica que los usuarios clientes puedan recibir la serie completa de los servicios de salud que necesitan sin interrupciones, suspensiones, ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.

La continuidad se logra asegurando que los usuarios retornen al mismo establecimiento y visiten al mismo proveedor de atención.

**Seguridad.**

Es la relación entre el procedimiento realizado y sus riesgos potenciales.

Implica la reducción de riesgos de infecciones, de efectos colaterales perjudiciales, de exposiciones innecesarias, etc. Todos aquellos peligros que para el usuario o para el proveedor pudieran derivarse de la prestación de servicios.

La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros del equipo de salud así como del paciente.

Nuestro sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con mínimo de riesgo. (Shriberg, 2004)

**Equidad**

Equidad es dar a cada quien lo que le corresponde. (Igualdad es dar a todos por igual).

Se debe establecer el marco regulatorio para el accionar de los prestadores del sector salud para aumentar progresivamente la equidad en la provisión de los servicios expresados en:

- Priorización de los sectores más pobres y vulnerables.
- Financiamiento de la atención a los sectores más desprotegidos.
- Paquetes de prestación de los servicios de salud y medicamentos

### **Imagen institucional**

Está relacionada con el aspecto físico del establecimiento, al mantenimiento de la infraestructura, al orden, la limpieza, cumplimiento de horarios, el cuidado de áreas verdes, la señalización, etc. (Vásquez, El conocimiento de las expectativas de los clientes: Una pieza clave de la calidad de servicio en el Turismo, 2001)

## **7.2.2. HERRAMIENTAS DE GESTIÓN:**

### **7.2.2.1. DEFINICIONES:**

#### **NORMAS DE ATENCIÓN:**

La norma de atención contiene información semejante a una guía de atención o una guía de práctica clínica, pero esta tiene carácter impositivo a nivel del país y debe ser cumplida por todo centro de salud, público o privado.

#### **PROCESOS DE ATENCIÓN:**

El proceso es el desarrollo continuo de tareas/actividades que en un determinado momento tiempo están relacionadas y articuladas entre sí cuya conexión agrega valor de acción (valor agregado) con el objeto de mezclar y transformar los insumos (inputs) para que produzcan un rendimiento identificado como resultado interno o externo (outputs), el cual debe satisfacer al cliente interno y externo. (Zambrano, 2001).

#### **PROTOCOLOS DE ATENCIÓN:**

Los protocolos son instrumentos de aplicación, de orientación, eminentemente práctica, que pueden o no resumir los contenidos de una Guía de Práctica Clínica o Guía de Atención. (Varo, 1994)

#### **7.2.2.2. OBJETIVOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE NORMAS, PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN:**

- Homologar el proceso de atención a las personas, mejorando la eficiencia y la toma oportuna de decisiones basado en evidencia científica.
- Definir la responsabilidad de cada uno de los miembros del personal de salud, según nivel de atención.
- Fortalecer la toma de decisiones por parte de las y los usuarios, dándoles oportunidad para que participen en su proceso de atención.
- Promover el respeto a los derechos humanos de las y los usuarios en el proceso de atención.
- Fortalecer la equidad en el proceso de atención mediante la utilización de los recursos de manera eficaz y eficiente.
- Sistematizar y simplificar y el registro de información del proceso de atención que facilite la evaluación de la misma.
- Generar indicadores para la evaluación del proceso de atención con base en estándares objetivos.
- Fortalecer la práctica del personal de salud, como un respaldo, en la atención a las personas. (Lopez, 2007)

#### **PROCESOS DE ATENCIÓN:**

El proceso es una secuencialización de cómo se deben hacer “correctamente las cosas correctas”. Es conveniente saber qué hacemos, quién lo hace, dónde y cómo se hace, que resultado obtenemos y sobre todo si lo vamos haciendo cada vez mejor y de manera más eficiente. (Asenjo, 1999)

#### **PROTOCOLOS DE ATENCIÓN:**

Los Protocolos de Atención son instrumentos para mejorar la calidad de la atención de las personas. Permiten estandarizar los criterios para evaluar la práctica clínica, ya que con estos instrumentos se da mayor importancia a las intervenciones efectivas, basadas en pruebas científicas y se desalienta la utilización de otras intervenciones de efectividad dudosa.

La razón principal para la existencia de los Protocolos, es contar con términos de referencia o parámetros que permitan valorar la calidad de la atención que se ofrece. La práctica de atención a las personas es variable, tanto en la utilización de los recursos de salud como en los resultados obtenidos, atribuibles a las diferencias en la oferta de servicios y a la disparidad en la prestación de los mismos.

Los protocolos, permiten resolver este tipo de variabilidad, ya que definen la secuencia, duración y responsabilidad de cada equipo o proveedor, para la atención a las personas; esto optimiza las actividades del personal de los servicios, en el abordaje de los problemas o situaciones de salud, con lo que se logra mejorar la utilización del tiempo, de los recursos y mejorar la calidad de la atención.

### **7.2.2.3. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO**

El problema o situación de salud para el que se elabora la guía o protocolo de atención debe ser de interés Institucional y se construye de acuerdo a la metodología oficial de la Institución. Debe apearse a la evidencia disponible y respetar el enfoque de atención integral.

Para la realización de cualquier guía u protocolo, existen dos grupos responsables del proceso; el *Grupo Conductor* y el *Grupo Ejecutor*, según se define a continuación:

#### **GRUPO CONDUCTOR:**

Se debe definir un área de gestión técnica que será el órgano institucional responsable de conducir la formulación, implementación y regulación de todas las normas, procesos y protocolos en el marco de la atención integral. Organiza, coordina y dirige a los grupos ejecutores que se conformen para elaborar las Guías o Protocolos de Atención a las Personas que se requieran en la institución.

Esto incluye lo que a nivel institucional se conoce como manuales de atención.

### **Funciones del grupo Conductor.**

- Dirige, regula y define las políticas estratégicas en materia de Normas, Procesos y Protocolos a nivel institucional en coordinación con los comités institucionales.
- Avala la construcción y diseño de procesos y protocolos de atención propuestas por los diferentes grupos institucionales.
- Organiza y convoca al grupo ejecutor necesario para la elaboración de los procesos y protocolo de un problema o situación en salud específica.
- Representa oficialmente a la institución en procesos de construcción de normas nacionales y guías para la atención a las personas.
- Gestiona los permisos requeridos para los integrantes del grupo ejecutor que se conforme.
- Define procedimientos de revisión bibliográfica y utilización de la evidencia al grupo ejecutor en las diferentes partes del desarrollo de la guía y la validación.
- Define los indicadores para la evaluación y monitoreo de los procesos y protocolos de atención que se implementan en las diferentes unidades.
- Establece, según necesidades, un proceso de revisión periódica total o parcial, de los procesos y protocolos elaborados con base a nueva información.
- Coordina y realiza con el grupo ejecutor, la implantación de los procesos y protocolos de atención.
- Monitorea y evalúa el cumplimiento de los procesos y protocolos de atención en conjunto con los comités de calidad y docencia del hospital, con los grupos

ejecutores de las guías o con aquellos profesionales que se considere pertinente.

- Presenta los procesos y protocolos de atención a la Dirección Médica y administrativa del hospital.

### **GRUPO EJECUTOR:**

Es el grupo encargado de la elaboración de un determinado proceso y protocolo. Será conformado y avalado por el Grupo de Gestión Técnica en Servicios de Salud.

Realiza un proceso participativo de consulta para la elaboración del proceso y/o protocolo de atención que incluye el aporte de las personas involucradas (personal de salud y usuarios) en los procesos o situación que enfoca el protocolo y/o protocolo de atención.

### **Conformación del Grupo Ejecutor**

Los Grupos Ejecutores serán conformados por grupos de profesionales de diferentes disciplinas (según su ámbito de competencia) y de los distintos niveles de atención cuando se requiera. Deben tener legitimidad técnica y ética, demostrar conocimiento y experiencia en el tema y estar actualizados.

### **Funciones del Grupo Ejecutor**

- Establece cronograma para la elaboración del proceso y/o protocolo de atención.
- Analiza la bibliografía y evidencia existentes relativa al problema o situación por atenderse.
- Analiza y diseña el proceso de atención del problema o situación de salud basado en su historia natural.
- Desarrolla un documento borrador del proceso y/o protocolo de atención del tema específico.

- Coordina para la revisión del borrador de la guía, la participación de diferentes actores involucrados en el proceso de atención de todos los niveles en la guía, así como a diferentes organizaciones de profesionales.
- Elabora el documento preliminar y su validación operativa con diferentes grupos y personas (personal de salud y usuarios).
- Presenta el documento final al grupo conductor para su aval y aprobación.
- En coordinación con el comité de docencia organiza y desarrolla los procesos de capacitación sobre la guía o protocolos, con los funcionarios de las unidades de atención.
- Establece tiempos y responsabilidades para la implantación de la guía.

#### **7.2.2.4. DECLARACIÓN DE INTERESES:**

Los miembros del grupo conductor y los del grupo ejecutor deben completar una declaración de intereses tanto personales como no personales.

Intereses personales comprende beneficios económicos o de cualquier índole para el individuo en cuestión.

Un interés no personal comprende el beneficio de cualquier grupo, unidad o departamento del cual el individuo es responsable. Ejemplo financiamientos educativos u otros por parte de la industria farmacéutica.

#### **7.2.3. METODOLOGÍA PARA ELABORAR UNA GUÍA DE ATENCIÓN O PROTOCOLO.**

**Requisitos para solicitar la realización o actualización de una guía o protocolo de atención:**

La unidad o establecimiento que considere necesario elaborar o actualizar una guía o protocolos, debe realizar el trámite ante el Grupo Conductor según cronograma oficial mediante una carta de solicitud del aval correspondiente para la construcción de la

guía o protocolo de atención, que incluya la descripción del problema y los objetivos, según se establece en este mismo documento. (Ávila, 2004)

### **Desarrollo de una guía de atención o protocolo:**

Para elaborar una guía de atención, deben seguirse los siguientes pasos:

El Grupo Conductor selecciona un problema o situación de salud según la priorización establecida, el cual puede ser de interés local o nacional o un grupo de profesionales de una unidad específica selecciona un problema.

El Grupo Conductor conforma o avala un Grupo Ejecutor que realiza lo siguiente:

- Revisa y analiza la bibliografía y evidencia científica relativa al problema o situación de salud por atenderse.
- Analizar y diseñar el proceso de atención del problema o situación de salud.
- Desarrolla un documento borrador de Guía de Atención o protocolo del problema específico o situación en salud basado en el formato de presentación establecido.
- Presenta un borrador del proceso y protocolos de atención a diferentes actores del proceso de atención en todos los niveles, lo mismo que a organizaciones de profesionales.
- Presenta el borrador para su aval.
- Valida el borrador de la Guía de Atención con grupo de expertos y personal de salud de las diferentes disciplinas y niveles de atención, personas con el problema o situación de salud según corresponda. Debe tomarse en cuenta la opinión de otras Gerencias según su pertinencia.
- Entrega el documento final a publicar para su revisión final y aval, quien lo presenta oficialmente a la Gerencia Médica.
- Desarrolla el plan de capacitación propuesto con las unidades de salud, sobre los contenidos de los procesos y protocolos de atención.
- Establece indicadores, tiempos y responsabilidades para la implantación.
- Realiza el proceso de evaluación y seguimiento de la implantación de los procesos y protocolos de atención, en coordinación con el Grupo Conductor.

- El proceso de construcción debe fundamentarse en la metodología Agree. (Lopez, 2007)

#### **7.2.4. Selección y priorización de problemas**

La selección y priorización de los problemas en salud, es un ejercicio que debe ser coordinado por el Jefe de cada área o servicio intra-hospitalario. La priorización de los procesos y protocolos de atención corresponden al comité de docencia e investigación y deben considerar los siguientes elementos:

##### **Aspectos generales:**

Para el desarrollo de la priorización se debe partir de los problemas identificados, mediante los cuales se define lo que hay que hacer, cómo, cuándo y con qué recursos. Este proceso debe basarse en el desarrollo de un conocimiento compartido de la situación actual del problema, una visión de la condición futura sobre la base de un proceso de cambio y una visión factible, tomando en cuenta la presencia de factores que propicien su desarrollo. Algunos de estos factores son los siguientes:

- a. Diseño de una estrategia e identificación del curso de acción, para alcanzar las metas definidas para cada una de las intervenciones seleccionadas.
- b. Evaluación de estructura: incluye la identificación de la estructura organizativa y gerencial para implementar las acciones, roles, funciones clave, tipo de organización, alianzas, trabajo conjunto con entidades extra-sectoriales o de la comunidad.
- c. Sistemas: debe contemplar el sistema de información para el seguimiento de la intervención, el sistema financiero, la tecnología y la infraestructura necesaria.
- d. Recurso humano: se valora el perfil actual y el perfil requerido del recurso humano en términos de cantidad. Se analiza la disponibilidad institucional y la factibilidad de obtener el recurso necesario no disponible. Se determinan las necesidades de capacitación y motivación del personal actual y se consideran los antecedentes culturales de las poblaciones meta. (Shriber, 2007)

- e. Evaluación de habilidades, destrezas, conocimientos de expertos requeridos, especialidades técnicas necesarias para desarrollar ciertas acciones.

Debe tomarse en cuenta para la priorización, el desarrollo posterior de intervenciones en las diferentes esferas reconocidas, proceso biológico, ecológico, de conciencia, de conducta y económico, en el trabajo previo de identificación y explicación de los problemas de salud, a la vez, al definir la intervención prioritaria se debe pensar en las probables metas de reducción del riesgo y de mejora en la oferta de atención de dicha prioridad.

Debe valorarse, sobre la base de la experiencia, la aparición de temas transversales a los problemas comunes identificados en las diferentes esferas, proceso biológico, ecológico, conciencia, conducta y económico, para facilitar y optimizar la inversión sobre las intervenciones priorizadas que llevarán a nuevos roles al Equipo de Salud, a formación de alianzas, fortalecimiento del nivel primario, promoción de estilos de vida saludables y fármaco-terapia necesaria de dichas prioridades.

#### **7.2.5. Criterios para la priorización**

**Magnitud:** Se entiende como la frecuencia del problema o situación de salud dentro de daños estudiados. Un ejemplo puede ser la mortalidad y en este caso se tendrá en cuenta el grupo de edad o población en el cual su frecuencia es mayor. De esta forma, se obtendrá el peso proporcional de la causa.

**Gravedad:** Se refiere a las consecuencias del problema o situación de salud en el tanto que puede causar muertes, discapacidad o invalidez permanente o temporal, que demandan servicios de salud de alta tecnología para su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

**Vulnerabilidad:** Es la posibilidad que se tiene de modificar positivamente el problema o situación de salud, mediante diversas intervenciones. Este criterio está íntimamente relacionado con el estado del conocimiento del problema y las estrategias

documentadas para impactar en él, la disponibilidad de métodos y técnicas efectivas, el desarrollo de tecnología apropiada, entre otros.

**Tendencia:** Se refiere al comportamiento que ha tenido el problema o situación de salud en un periodo de tiempo.

**Costos:** Se relaciona con el costo social y económico que genera el problema o situación de salud.

**Equidad:** Refiere a la posibilidad de que al intervenir el problema, se promueva la reducción de las disparidades sociales en cumplimiento al enfoque de derechos y género.

**Interés local según corresponda:** Se entiende como la importancia que muestra la comunidad o establecimiento hacia la solución del problema o situación de salud, su nivel de motivación y reflejo de su participación en esa solución.

**Agenda política según corresponda:** Si el problema de salud está ubicado en ella, tanto en el ámbito nacional como internacional, tiene mayor posibilidad de ser transformado pues hace factible la consecución de recursos. (Caja Costarricense del seguro social, 2000)

#### **7.2.6. Revisión sistemática de la literatura**

La revisión sistemática de literatura es definida como una técnica eficiente para la identificación y resumen de la evidencia de que las intervenciones son efectivas, así como de la generalización y consistencia de los hallazgos de esa evidencia. Se parte de la realización de un análisis de la literatura científica, a la cual se le da una calificación basada en la calidad metodológica intrínseca de los estudios.

Los criterios de inclusión de los estudios se deben fijar de acuerdo al diseño de la investigación y su pertinencia con el tópico por desarrollar. También se establece una

estrategia de búsqueda y obtención de la literatura: palabras clave, bases de datos, años y otras fuentes.

Una vez establecido el tópico de los procesos y protocolos de atención, el Grupo Ejecutor puede desglosarlo en una serie de preguntas que comprenden la problemática identificada y constituyan la base de la búsqueda de literatura sistemática a desarrollar. Estas preguntas pueden estructurarse de acuerdo al siguiente ejemplo:

#### **Cuestiones de intervención**

¿Cuál es la efectividad de las intervenciones?

¿Cuáles son las alternativas de intervención?

¿Es la efectividad del tratamiento similar en todos los grupos de personas o existen diferencias?

¿Cuáles son los efectos adversos que se deben considerar?

#### **Cuestiones sobre diagnóstico**

¿Qué instrumentos o metodologías realizar? ¿Cuál es la precisión del instrumento diagnóstico? ¿En qué grupos de personas tiene mayor justificación?

¿Ha sido comparado con otros instrumentos metodológicos o exámenes diagnósticos?

¿Existe evidencia de que el examen, instrumento o metodología puede afectar las decisiones de manera que puedan inducir cambios de importancia en el manejo, o mejorar su pronóstico final, más allá de aportar diagnósticos más precisos?

#### **Cuestiones sobre programas de tamizaje**

¿Cuál es la precisión de exámenes para realizar tamizaje?

¿Existe evidencia de que un programa de tamizaje de este tipo haya mejorado el pronóstico de los y las pacientes?

#### **Cuestiones referentes a educación de los y las pacientes**

¿Cuáles son las metodologías educativas que se utilizan?

¿Cuáles son las técnicas y recursos audiovisuales de apoyo?

¿Cuáles son los Indicadores de evaluación educativa que se utilizan?

¿Cuáles son los conocimientos de las y los usuarios sobre el problema o situación de salud que se aborda?

¿Se validaron los contenidos con las y los usuarios de los aspectos de educación a las personas?

### **Cuestiones referentes a consideraciones económicas**

¿Cuál es el presupuesto requerido?

¿Cuál es el costo de las intervenciones?

¿Cuál es la factibilidad de las intervenciones?

¿Se consulta a las instancias pertinentes en relación a lo económico?

### **Cuestiones referentes a prevención**

¿Cuáles estrategias de prevención que se requieren?

### **Cuestiones referentes a promoción de estilos de vida saludable**

¿Cuáles son las Intervenciones para la promoción de estilos de vida saludables?

### **Características esperadas en el proceso de selección de material bibliográfico**

- Sistematización de la búsqueda bibliográfica
- Pertinencia de las fuentes
- Amplitud de la búsqueda bibliográfica. (Harrison's, 2008)

Estas características se traducen en:

- Revisión de Guías provenientes de instancias, instituciones y organizaciones (The National Institute of Health Canadian Task Force on Periodic Health Examination, US Preventive Task Force, entre otras.
- Recolección selectiva de literatura en salud proveniente de bases de datos: es claro que para minimizar los sesgos y asegurar una adecuada cobertura de la información relevante, la estrategia de búsqueda comprende diferentes fuentes: MEDLARS, MEDLINE, AIDS LINE, Biblioteca Cochrane, NICE webpage, SIGN webpage; de la cual se obtienen revisiones sistemáticas, meta-

análisis, conferencias de consenso y otros documentos basados en la evidencia.

- Evaluación de la evidencia: se basa en una serie de preguntas clave, que se enfocan en aspectos del diseño del estudio, que la investigación ha demostrado que poseen una influencia significativa en la validez de los resultados que sustentan las conclusiones.
- Síntesis de literatura o recomendación de aceptación de Protocolos base, que tienen como producto un documento preliminar del protocolo en cuestión. (Araujo, 2005)

Se debe recalcar que la búsqueda y sistematización de la información es una etapa crucial que está ligada al grado de validez final del producto obtenido. Esta revisión debe ser responsabilidad del Grupo Ejecutor de los procesos y protocolos de atención.

### **7.3. Validación:**

Los procesos de validación deben ser coordinados por el grupo conductor y por el grupo ejecutor, asegurando la participación de las personas (usuarios meta) que deben aplicar los procesos y protocolos de atención en los diferentes niveles involucrados.

Se realiza una validación de la calidad técnica del documento y una validación de la factibilidad de los procedimientos que se establecen en la guía – validación operativa- para lo que se sugiere la utilización de la técnica FODA, la cual permite identificar las fortalezas y oportunidades con que se cuenta, así como las debilidades y amenazas que se puedan presentar.

### **7.4. Implantación:**

Cada Área de Salud, Clínica u Hospital, debe designar un grupo coordinador local, el cual recibe capacitación sobre los contenidos de los procesos y protocolos de atención elaborados para que pueda presentar al personal de su unidad.

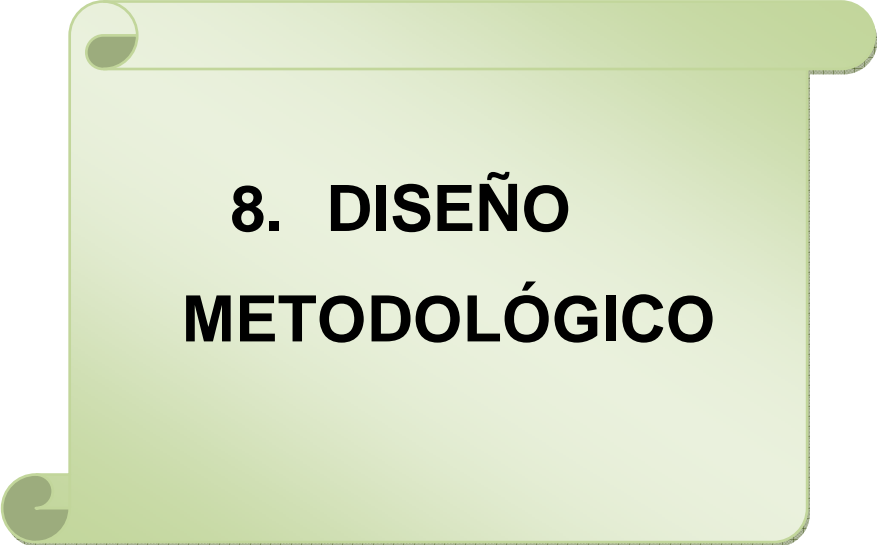
Se llevará a cabo una actividad de capacitación con los grupos coordinadores para el conocimiento, manejo, seguimiento y evaluación de los procesos y protocolos de atención. La convocatoria para esta se realiza vía Dirección Médica, según el procedimiento institucional.

#### **7.5. Evaluación:**

Se define un proceso específico de evaluación, que pretende medir la eficacia obtenida en la implantación de los procesos y protocolos de atención, precisando indicadores a utilizar, así como instrumentos de medición.

Se recomienda la evaluación y actualización de los procesos y protocolos de atención, tres años después de publicadas y si es necesario antes, para reflejar nuevos avances de la evidencia. Se puede revisar y actualizar en su totalidad o en alguna área específica.

La evaluación debe enfocarse en los diferentes componentes de todo el proceso, desarrollo, validación, implantación, actualización y no solo de los resultados obtenidos en las personas al momento de aplicar los procesos y protocolos de atención. (Jiménez, 2001).



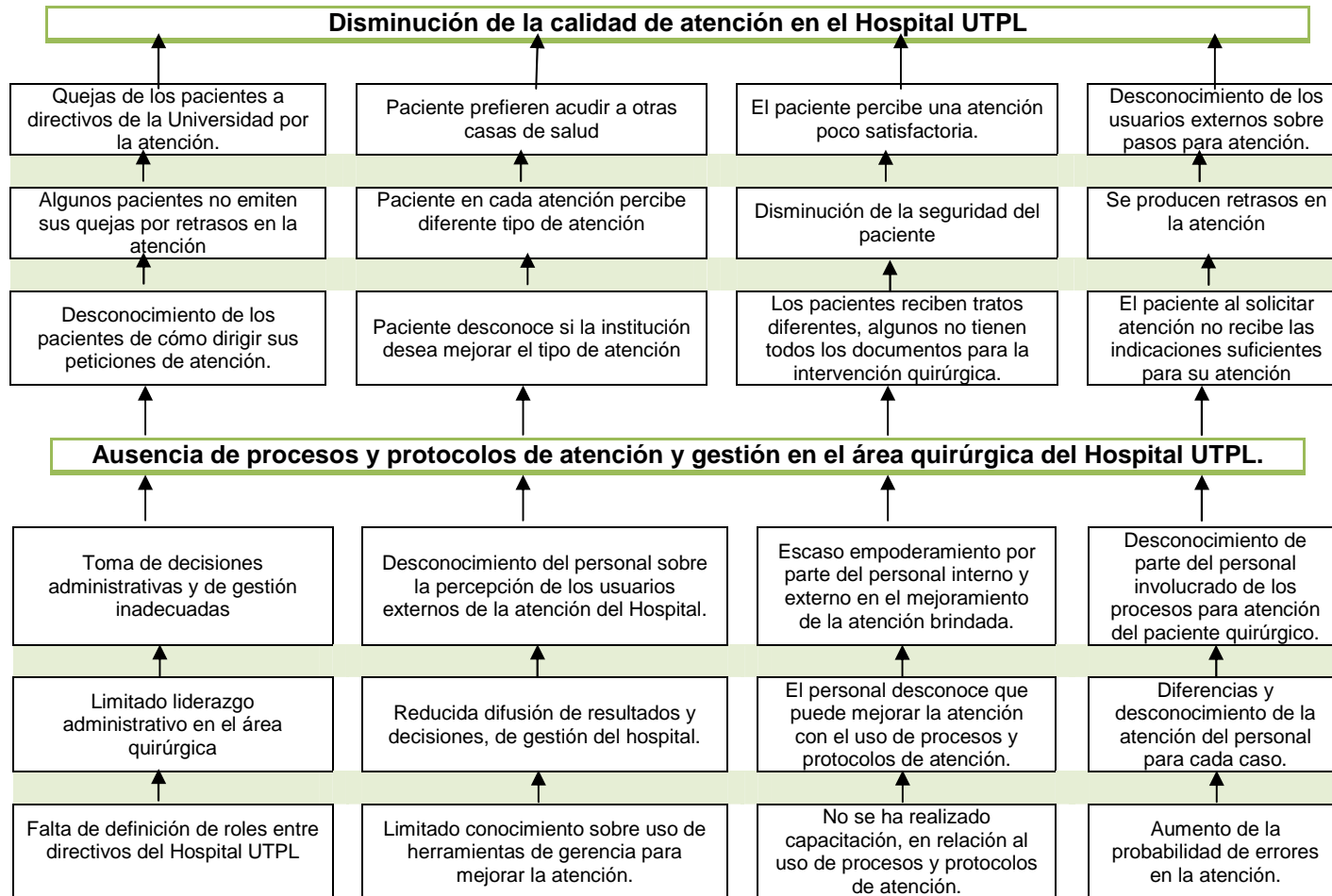
**8. DISEÑO  
METODOLÓGICO**

Para la presente investigación se utilizó la metodología del marco lógico, para lo cual se partió del análisis de los involucrados, potenciales beneficiarios del servicio, personal médico y paramédico, con quienes se construyó participativamente la problemática, abordando las causas y efectos de la misma; para con ello, definir los objetivos estratégicos que se aspiraron cumplir a través de las actividades propuestas y plasmadas en la matriz de marco lógico que se incluye más adelante y que además contempla los recursos, responsables y el respectivo cronograma.

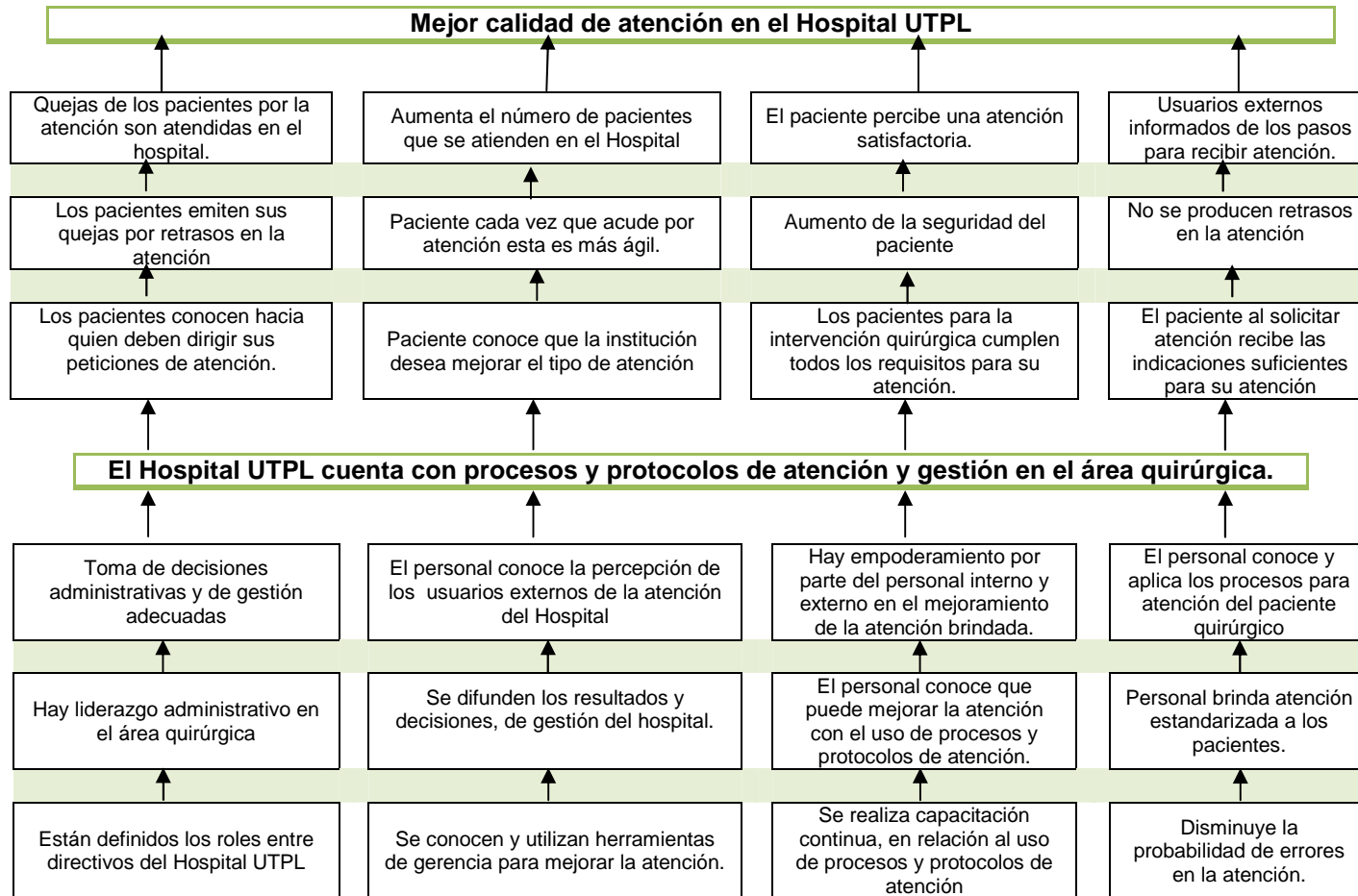
#### a. Matriz de involucrados

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
<b>Anestesiólogos y cirujanos de planta del Hospital UTPL</b>	Trabajar con conocimiento adecuado de los procesos y protocolos de atención del Área Quirúrgica del Hospital UTPL	Recursos humanos Recursos materiales Recursos financieros Gerenciar el área quirúrgica del Hospital UTPL  Aplicar normas	Atención en área quirúrgica deficiente.  Ausencia de procesos y protocolos de atención.
<b>Usuarios internos (cirujanos, anestesiólogos adscritos, médicos residentes y enfermeras)</b>	Contar con un equipo que conoce los protocolos y procesos del área quirúrgica. Involucrar al personal en el mejoramiento de los procesos del área. Contar con herramientas y mecanismos establecidos para el funcionamiento del Área Quirúrgica.	Recursos humanos Recursos materiales Recursos financieros Recursos educativos  Aplicar normas	Inadecuada coordinación de trabajo entre los diferentes servicios.  Desconocimiento de las normativas y herramientas de calidad.
<b>Usuarios externos (pacientes)</b>	Recibir atención oportuna, segura, eficaz y eficiente. Demandar buena calidad de atención	Recursos humanos Recursos materiales Recursos financieros Leyes de amparo	Desconocimiento de los pacientes sobre los procesos para recibir la atención.

## b. Árbol de problemas



### c. Árbol de objetivos



#### d. Matriz de marco lógico

**Problemática:** La ausencia de procesos y protocolos de atención en el área quirúrgica del Hospital UTPL son factores que dificultan la adecuada gestión y la calidad de atención que ofrece el área quirúrgica de Hospital UTPL.

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>FIN</b>			
Se contribuye a mejorar la calidad de atención en el área quirúrgica del Hospital UTPL.		Registros Encuestas de satisfacción.	Se utilizan en el Hospital UTPL herramientas de gestión que propician la calidad de atención.
<b>PROPÓSITO</b>			
Implementar procesos y protocolos de atención para la gestión en el área quirúrgica del Hospital UTPL.	El 80% de pacientes son atendidos siguiendo normas, protocolos y procesos de atención en el área quirúrgica hasta agosto/2010	Monitoreo con encuestas.	Se cuenta con un manual de procesos y protocolos evaluado periódicamente.
<b>RESULTADOS</b>			
1. Hay liderazgo administrativo y de gestión en el área quirúrgica del Hospital docente UTPL para implementación de normas, procesos y protocolos de atención.	El 70% del personal médico de planta forma parte en el liderazgo de las áreas y comités hospitalarios.	Nombres de responsables	Hay personas responsables de la gestión del área quirúrgica.
2. Normas, procesos y protocolos de atención del área quirúrgica del Hospital UTPL son elaborados, validados e implementados.	El 80% del personal del área quirúrgica participa en el diseño, validación e implementación de normas, procesos y protocolos de atención, hasta abril de 2010.	Listado de personas asistentes a los talleres. Memorias de talleres.	El personal del área quirúrgica utiliza procesos y protocolos de atención.
3. El personal médico y paramédico está capacitado y utiliza los protocolos y procesos de atención del área quirúrgica del Hospital UTPL.	El 100% del personal del área quirúrgica capacitado y manejando los procesos y protocolos de atención hasta mayo de 2010	Procesos y protocolos de atención impresos.	En el área quirúrgica del hospital el personal conoce las normas, procesos y protocolos de atención.
4. El impacto de la implementación de normas, procesos y protocolos de atención del área quirúrgica es evaluado periódicamente.	Se evalúa cada 3 meses el impacto de la implementación de procesos mediante encuestas de satisfacción.	Resultados de encuestas de satisfacción.	Se evalúa periódicamente la satisfacción del usuario.

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
<b>A.1. Hay liderazgo administrativo y de gestión en el área quirúrgica del Hospital docente UTPL para implementación de normas, procesos y protocolos de atención.</b>			
1.1. Socializar el proyecto con los directivos del Hospital UTPL.	Autora del proyecto	Sept. / 2009	Material de oficina
1.2. Nombramiento de responsables del área quirúrgica del Hospital UTPL capacitados en gerencia.	Directivos del Hospital UTPL	Diciembre / 2009	Material de oficina
1.3. Conformación de comités hospitalarios	Directivos del Hospital UTPL	Enero / 2010	Material de oficina
<b>A.2. Normas, procesos y protocolos de atención del área quirúrgica del Hospital UTPL son elaborados, validados e implementados.</b>			
2.1. Taller para diseño participativo de procesos y protocolos de atención para el área quirúrgica del Hospital UTPL	Autora del proyecto y personal médico del área.	Diciembre / 2009	Proyector y sala de reuniones.
2.2. Taller para socialización de normas, procesos y protocolos de atención del área quirúrgica.	Autora del proyecto Personal involucrado en la atención del paciente quirúrgico.	Enero / 2010	Material de oficina Copias Revisiones bibliográficas
2.3. Taller para evaluación y rediseño de procesos y protocolos de atención del Hospital UTPL	Autora del proyecto Personal médico y administrativo del área quirúrgica.	Abril-Junio / 2010	Material de oficina Manual del área quirúrgica.
<b>A.3. El personal médico y paramédico está capacitado y utiliza los protocolos y procesos de atención del área quirúrgica del Hospital UTPL.</b>			
3.1. Entrega del manual de normas, procesos y protocolos de atención del área quirúrgica del Hospital UTPL	Autora del proyecto	Marzo / 2010	Manual
3.2. Taller para capacitación al personal del área quirúrgica sobre atención de calidad y empleo de procesos y protocolos de atención.	Autora del proyecto Médicos tratantes del área quirúrgica y Usuarios internos	Marzo / 2010	Material de oficina Copias Revisiones bibliográficas
3.3. Aplicar encuesta sobre uso de normas, procesos y protocolos de atención.	Autora del proyecto. Directivos del Hospital. Personal médico y administrativo del área quirúrgica.	Junio y Julio / 2010	Material de oficina Manual del área quirúrgica. Encuestas de satisfacción.
<b>A.4. El impacto de la implementación de normas, procesos y protocolos de atención del área quirúrgica es evaluado periódicamente.</b>			
4.1. Evaluación trimestral sobre uso de protocolos y cumplimiento de los procesos de atención en el área quirúrgica del Hospital UTPL.	Comité de calidad	Agosto / 2010	Evaluación de HC para verificar cumplimiento.
4.2. Implementar el buzón de sugerencias para los usuarios externos	Directivos del Hospital	Agosto / 2010	Evaluación por parte de los pacientes.



## **9. RESULTADOS**

A continuación se describen los resultados del presente trabajo de intervención:

## **1. RESULTADO UNO:**

**Procesos y protocolos de atención del área quirúrgica del Hospital UTPL son elaborados de forma participativa.**

Para lograr este resultado se realizaron las siguientes actividades:

### **1.1. Reuniones de socialización el proyecto con los directivos del Hospital UTPL.**

El día 14 de octubre de 2009 se realizó la reunión para presentar el proyecto a los directivos del Hospital, se realizó con la presencia de: el director médico y administrador del Hospital, acordándose la elaboración de normas, procesos y protocolos de atención no solamente para el Área quirúrgica, sino también para todas las áreas del Hospital, para lo cual se convocó para el día 21 de octubre a otra reunión con los responsables de cada área, adquiriendo el compromiso de realizar los procesos de atención por áreas para lo cual se conformó equipos de trabajo para realizar inicialmente un diagnóstico de las necesidades para elaborar los protocolos y para la búsqueda de información quedando conformados equipos de trabajo:

- **EQUIPO DEL ÁREA QUIRÚRGICA:**
  - RESPONSABLE: Dra. Patricia González
  - Cirujano (Dr. Byron Pinza)
  - Anestesióloga (Dra. Viviana Dávalos)
  - Médico Residente (Md. Franz González)
  
- **EQUIPO DE HOSPITALIZACIÓN:**
  - RESPONSABLE: Dr. Víctor Hugo Vaca
  - Médico tratante (Dr. Juan Valdivieso)
  - Médico Residente (Md. Nayra Ramírez)

- **EQUIPO DE CONSULTA EXTERNA**
  - RESPONSABLE: Dra. María Sol Rubio
  - Médico tratante (Dr. Víctor Vaca)
  - Médico Residente (Md. María Elena Espinosa)
  
- **EQUIPO DE EMERGENCIA**
  - RESPONSABLE: Dr. David Jaramillo.
  - Médico tratante (Dr. Víctor Vaca)
  - Médico Residente (Md. Danny Torres)



Foto 1. Socialización del proyecto

## 1.2. Nombramiento de responsables del área quirúrgica del Hospital UTPL capacitados en gerencia.

Esta actividad se retrasa según lo programado por el anuncio de cambio de autoridades en la universidad, una vez nombrado el nuevo director médico, la Dra. Viviana Dávalos el 17 de febrero procede a designar a los coordinadores de las diferentes Áreas del Hospital quedando nombrados:

Coordinador del Área de Emergencia:	Dra. Karina Yaruquí
Coordinador del Área de Hospitalización:	Dr. Víctor Hugo Vaca
Coordinador del Área de Consulta Externa:	Dra. María Sol Rubio
Coordinador del Área de Diagnóstico e Imagen:	Dr. René Samaniego
Coordinador del Área Quirúrgica:	Dra. Patricia González

Los cuales se encargarán de dar seguimiento a la elaboración de procesos y protocolos de atención según un esquema que se compromete plantear la autora del proyecto.



Foto 2. Reuniones de responsables de comités hospitalarios

### 1.3. Conformación de Comités Hospitalarios:

En vista de las necesidades del Hospital se realizaron reuniones con la Directora médica para conformar Comités Hospitalarios con la finalidad de empoderar al personal, quedando integrados de la siguiente manera:

#### COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN:

INTEGRANTES	FUNCIONES
Dra. Andrea Samaniego	Presidenta
Dr. Fernando Espinoza	Secretario
Dr. David Jaramillo	Vocal
Dra. María Sol Rubio	Vocal
Dr. Víctor Vaca	Vocal
Dr. Daniel Pacheco	Vocal

#### COMITÉ DE CALIDAD:

INTEGRANTES	FUNCIONES
Dra. Patricia González G.	Presidenta
Dr. Fernando Espinoza	Vocal
Dra. Catherine Acurio	Vocal
Dra. Jana Bobokova	Vocal
Bq. Verónica Loayza	Vocal
Md. Nayra Ramírez	Vocal
Ing. Mónica Calva	Vocal

#### COMITÉ DE BIOSEGURIDAD:

INTEGRANTES	FUNCIONES
Dr. Víctor Vaca	Presidente
Lic. Nancy Ordoñez	Secretaria
Md. Diego Gómez	Vocal
Dr. Juan Valdivieso	Vocal

#### COMITÉ DE FARMACIA:

INTEGRANTES	FUNCIONES
Director médico	Presidente
Delegado del área administrativa	Secretario
Jefe del área involucrada	Vocal
Responsable de Farmacia	Vocal

**INDICADOR:** Se planteó como meta que el 70% del personal médico de planta forma parte en el liderazgo de las áreas y comités hospitalarios.

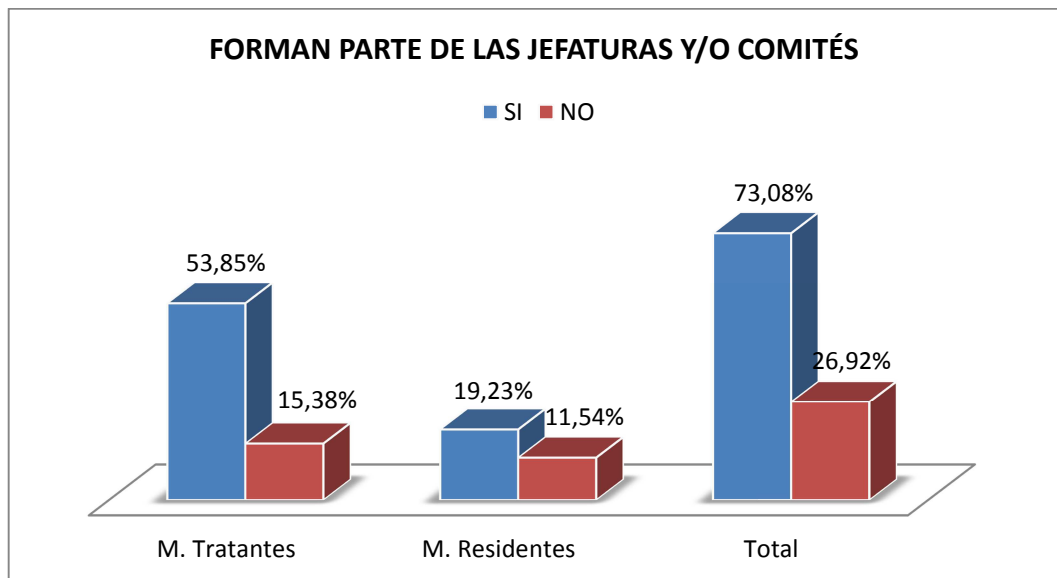
Luego del nombramiento del líder del área quirúrgica, el resto de las áreas y comités hospitalarios, se obtuvo el siguiente resultado.

TABLA Nº 5  
**FORMAN PARTE DE LAS JEFATURAS Y/O COMITÉS**

Personal médico de planta	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Médicos Tratantes	14	53,85	4	15,38	18	69,23
Médicos Residentes	5	19,23	3	11,54	8	30,77
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>73,08</b>	<b>7</b>	<b>26,92</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Hospital UTPL  
Elaboración. La Autora, 2010

**GRÁFICO Nº 8**



Fuente: Hospital UTPL  
Elaboración. La Autora, 2010

## 2. RESULTADO DOS:

**Personal médico y de enfermería capacitado en el uso de protocolos y procesos de atención en el área quirúrgica del Hospital UTPL.**

Este resultado se logró realizando las siguientes actividades:

### 2.1. Taller para diseño participativo de procesos y protocolos de atención para el área quirúrgica del Hospital UTPL

#### **PROYECTO: DISEÑO PARTICIPATIVO DE PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN**

##### **MEMORIA TÉCNICA**

**GRUPO META:** PERSONAL DEL ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL UTPL.

**EVENTO:** TALLER PARTICIPATIVO

**FECHA:** miércoles 10 de marzo de 2010

**NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 12 personas

**LUGAR:** Sala de reuniones Nº 1 del Hospital UTPL, 4º piso.

**TEMA:** PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

**NÚMERO DE HORAS:** 2 HORAS

**FACILITADORES RESPONSABLES:** Dr. Jorge Londoño y Dra. Patricia González

**OBJETIVO GENERAL:** Desarrollar en los participantes las destrezas y habilidades necesarias para definir los aspectos metodológicos, concertar el cronograma de actividades, los participantes y sus responsabilidades en la elaboración de los procesos y protocolos de atención para el Hospital UTPL.

**METODOLOGÍA, TÉCNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS:** La metodología utilizada fue básicamente sensibilizar a los participantes sobre la necesidad y ventajas de contar con procesos y protocolos de atención, mediante presentación con diapositivas y apoyo de un retroproyector y computadora portátil.

**DESARROLLO DEL TALLER:**

10h00 Bienvenida, Presentación y Expectativas del Taller

10h15 Acuerdos y Compromisos

10h30 Exposición de Diapositivas sobre los temas a tratarse

11h00 Elaboración de cronograma de actividades con integración de grupos y definición de responsabilidades.

11h40 Presentación por grupos y cierre



Foto 3. Reunión para diseño de los procesos y protocolos de atención

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:**

Se desarrolló el taller según la programación, llegándose a cumplir el 100% de actividades con los participantes. La asistencia fue del 80% del personal (Anexo 1).

El evento se desarrolló en un ambiente agradable, el lugar adecuado, lográndose concientizar al personal para participar en la identificación y elaboración de los procesos y protocolos de atención del área quirúrgica y brindar la información suficiente para concretar los mismos.

Una recomendación planteada para el desarrollo de este tipo de talleres sería el entregar con anticipación un material para lectura previa, para así poder ampliar más las ideas y lograr una mayor participación de los asistentes.

#### **OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:**

Aunque inicialmente los asistentes acudieron por la obligatoriedad de la convocatoria se logró en ellos una buena respuesta, lo que da para pensar que están muy deseosos de mejorar por el bien de la institución, personal y de los pacientes que acuden por atención al Hospital.

El horario para el desarrollo de este tipo de eventos podría ser fuera de las horas laborables, en donde el personal no se encuentre inquieto por las actividades que debe cumplir o se podría organizar el mismo taller en 2 fechas diferentes para lograr el 100% de la asistencia.

**2.2. Taller para socialización de normas, procesos y protocolos de atención del área quirúrgica**

**PROYECTO: NORMAS, PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA**

**MEMORIA TÉCNICA**

**GRUPO META:** PERSONAL DEL ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL UTPL.

**EVENTO:** TALLER PARTICIPATIVO

**FECHA:** miércoles 14 de abril de 2010

**NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 10 personas

**LUGAR:** Sala de reuniones N° 1 del Hospital UTPL, 4º piso.

**TEMA:** NORMAS, PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

**NÚMERO DE HORAS:** 2 HORAS

**FACILITADORES RESPONSABLES:** Dra. Patricia González,  
Lic. Nancy Ordoñez

**OBJETIVO GENERAL:** Socializar a los participantes las normas, procesos y protocolos de atención para el Hospital UTPL para su utilización.

**METODOLOGÍA, TÉCNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS:** La metodología utilizada fue básicamente dar a conocer a los participantes las normas, procesos y protocolos de atención, mediante la presentación con diapositivas y apoyo de un retroproyector y computadora portátil, para que los pongan en práctica.

**DESARROLLO DEL TALLER**

11h00 Bienvenida, Presentación y Expectativas del Taller

11h15 Acuerdos y Compromisos

11h30 Exposición de Diapositivas sobre con las normas del Área. (La maestrante)

12h00 Exposición de Diapositivas sobre los procesos y protocolos de atención preoperatorios del Área quirúrgica (Lic. Nancy Ordoñez)

12h30 Exposición de Diapositivas sobre los procesos y protocolos de atención operatorios y postoperatorios del Área quirúrgica. (La maestrante)



Foto 4. Reunión para socialización de los procesos y protocolos de atención

#### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:**

Se desarrolló el taller según la programación, llegándose a cumplir el 100% de actividades con los participantes. La asistencia fue del 75% del personal (Ver Anexo 2).

El evento se desarrolló en un ambiente agradable, el lugar adecuado, lográndose que los asistentes conozcan la elaboración de las normas, procesos y protocolos de atención del área quirúrgica lográndose el compromiso de ponerlos en práctica.

#### **OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:**

Como prácticamente todo el personal participó y contribuyó en la elaboración de los procesos y protocolos de atención el taller se realizó en forma ágil y los asistentes ya conocían su contenido.

Se podría organizar el mismo taller en 2 fechas diferentes para lograr el 100% de la asistencia.

- 2.3. Taller para evaluación y rediseño de procesos y protocolos de atención del Hospital UTPL** con ayuda de algunos especialistas como son de cirugía, anestesiología, ginecología y obstetricia y traumatología.

**PROYECTO: EVALUACIÓN Y REDISEÑO DE PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DEL HOSPITAL UTPL.**

**MEMORIA TÉCNICA**

**GRUPO META:** PERSONAL DEL ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL UTPL.  
**EVENTO:** TALLER PARTICIPATIVO  
**FECHA:** martes 10 de mayo de 2010  
**NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 14 personas  
**LUGAR:** Sala de reuniones N° 1 del Hospital UTPL, 4º piso.  
**TEMA:** EVALUACIÓN Y REDISEÑO DE PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN  
**NÚMERO DE HORAS:** 2 HORAS

**FACILITADORES RESPONSABLES:** Dra. Patricia González

**OBJETIVO GENERAL:** Evaluar y rediseñar los procesos y protocolos de atención para el Hospital UTPL.

**METODOLOGÍA, TÉCNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS:** La metodología utilizada fue participativa donde los asistentes emitieron su opinión en relación a cada proceso de atención para realizar las correcciones respectivas.

**DESARROLLO DEL TALLER**

07h00 Bienvenida, Presentación y Expectativas del Taller

07h15 Acuerdos y Compromisos

07h30 Exposición de los problemas y dificultades que se han presentado en la atención de los pacientes.

08h00 Intervención de cada uno de los participantes.

09h00 Cierre



Foto 5. Reunión para rediseño de normas, procesos y protocolos de atención.

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:**

Se desarrolló el taller según la programación, llegándose a cumplir el 100% de actividades con los participantes. La asistencia fue del 80% del personal (Ver. Anexo 2).

### **OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:**

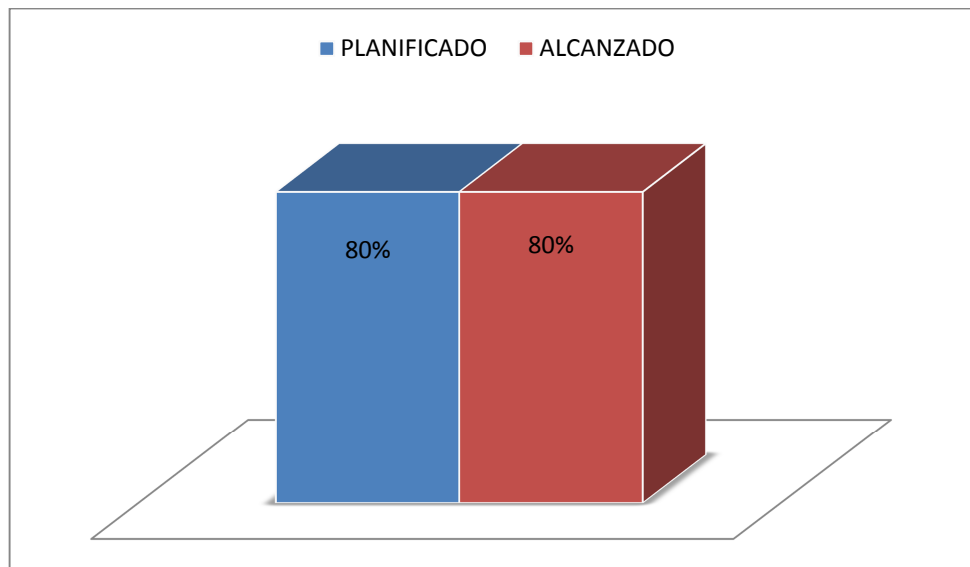
Como el personal que participó en el taller ya contribuyó inicialmente a la elaboración del proceso el taller se realizó en forma ágil y los asistentes supieron contribuir a que se cumplan los procesos.

El horario para el desarrollo de este tipo de eventos podría ser fuera de las horas laborables, en donde el personal no se encuentre inquieto por las actividades que debe cumplir.

**INDICADOR.** Se planteó como meta que el 80% del personal del área quirúrgica participe en el diseño de procesos y protocolos de atención y que los utilice para la atención de los pacientes, hasta marzo de 2010.

Se logró que el 80% del personal de planta del Hospital participe en la elaboración de los protocolos y procesos de atención y que los utilice en la atención de los pacientes.

**GRAFICO N° 9**  
PERSONAL PARTICIPA EN DISEÑO Y USO DE PROTOCOLOS Y PROCESOS DE ATENCIÓN EN EL ÁREA QUIRÚRGICA



Fuente: Hospital UTPL  
Elaboración. La Autora, 2010

### **3. RESULTADO TRES:**

**El personal médico y paramédico está capacitado y utiliza las normas, protocolos y procesos de atención del área quirúrgica del Hospital docente UTPL.**

Para cumplimiento del tercer resultado se realizaron las siguientes actividades:

#### **3.1. Entrega del manual de normas, protocolos y procesos de atención del Hospital UTPL.**

En la elaboración del manual se logró la participación del personal administrativo, de enfermería y médicos relacionados con el Área quirúrgica. Los temas que involucra están en relación con la atención integral del paciente quirúrgico, tomándose en cuenta los 3 momentos principales:

- Pre-quirúrgico.
- Quirúrgico y
- Postquirúrgico

Una vez diseñado, elaborado, validado y revisado el manual del área quirúrgica que contiene las normas, procesos y protocolos de atención por parte de la dirección médica del hospital; se realizó la entrega del mismo al personal para su consulta permanente.



Foto 6. Entrega del manual de normas, procesos y protocolos de atención.

**3.2. Taller para capacitación al personal del área quirúrgica sobre atención de calidad y empleo de procesos y protocolos de atención.**

**PROYECTO: CAPACITACIÓN AL PERSONAL DEL ÁREA QUIRÚRGICA SOBRE ATENCIÓN DE CALIDAD Y EMPLEO DE PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN.**

**MEMORIA TÉCNICA**

**GRUPO META:** PERSONAL DEL ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL UTPL.

**EVENTO:** TALLER PARTICIPATIVO

**FECHA:** miércoles 10 de mayo de 2010

**NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 12 personas

**LUGAR:** Sala de reuniones N° 1 del Hospital UTPL, 4º piso.

**TEMA:** PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

**NÚMERO DE HORAS:** 2 HORAS

**FACILITADORES RESPONSABLES:** Dr. David Jaramillo y Dra. Patricia González

**OBJETIVO GENERAL:** Capacitar a los participantes en el uso de procesos y protocolos de atención para el Hospital UTPL.

**METODOLOGÍA, TÉCNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS:** La metodología utilizada fue capacitar a los participantes en el uso de protocolos y procesos de atención mediante la presentación de casos prácticos que se han presentado en el hospital, en una presentación con diapositivas y apoyo de un retroproyector y computadora portátil, solicitando la participación de cada persona que interviene en el proceso y puntualizando sobre el protocolo de atención a seguir en cada caso.

**DESARROLLO DEL TALLER**

07h00 Bienvenida, Presentación y Expectativas del Taller

07h15 Acuerdos y Compromisos

07h30 Exposición de los casos

08h00 Intervención de cada uno de los participantes indicando su contribución al cumplimiento del proceso.

08h40 Presentación por grupos

09h00 Cierre

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:**

Se desarrolló el taller según la programación, llegándose a cumplir el 100% de actividades con los participantes. La asistencia fue del 80% del personal (Ver. Anexo 2).

El evento se desarrolló en un ambiente de compañerismo, en el lugar adecuado, lográndose la participación de todos los asistentes indicando su intervención en el proceso de atención del área quirúrgica.

### **OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:**

Como el personal que participó en el taller ya contribuyó inicialmente a la elaboración del proceso el taller se realizó en forma ágil y los asistentes supieron indicar cuál era su contribución a que se cumplan los procesos.

El horario para el desarrollo de este tipo de eventos podría ser fuera de las horas laborables, en donde el personal no se encuentre inquieto por las actividades que debe cumplir.

### 3.3. Trabajo del personal aplicando las normas, procesos y protocolos de atención actualizados

Se realizó una encuesta al personal en relación al uso de normas, procesos y protocolos de atención, obteniéndose los siguientes resultados:

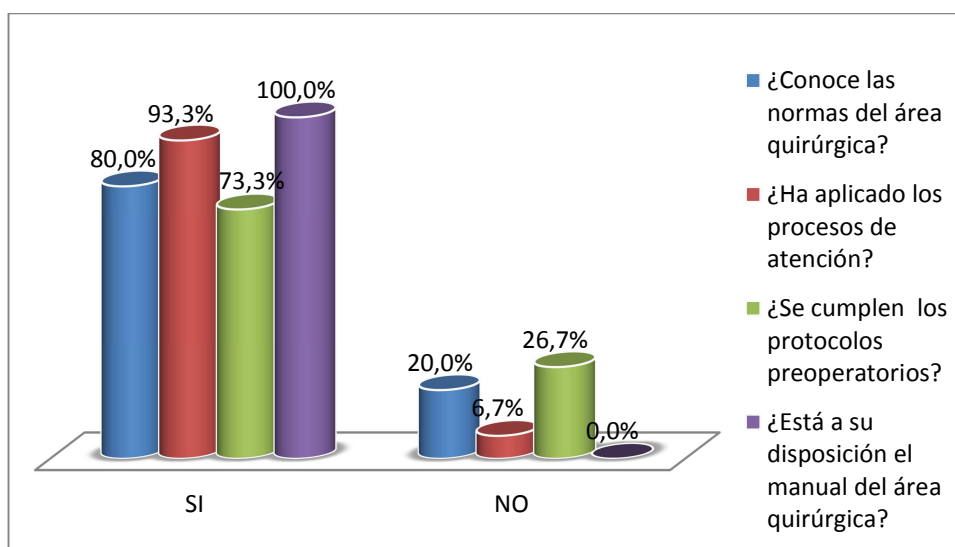
**TABLA Nº 6**  
TRABAJO DEL PERSONAL APLICANDO LAS NORMAS, PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

NORMAS, PROCESOS Y PROTOCOLOS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
¿Conoce las normas del área quirúrgica?	12	80,00	3	20,00	15	100
¿Ha aplicado los procesos de atención?	14	93,33	1	6,67	15	100
¿Se cumplen en el servicio los protocolos preoperatorios?	11	73,33	4	26,67	15	100
¿Está a su disposición en caso de duda el manual del área quirúrgica?	15	100,00	0	0,00	15	100
<b>Promedio</b>	<b>13</b>	<b>86,67</b>	<b>2</b>	<b>13,33</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada al personal del área quirúrgica del Hospital UTPL.

**Elaboración:** La Autora, 2010

**GRAFICO Nº 10**  
TRABAJO DEL PERSONAL APLICANDO LAS NORMAS, PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN



**Fuente:** Encuesta realizada al personal del área quirúrgica del Hospital UTPL.

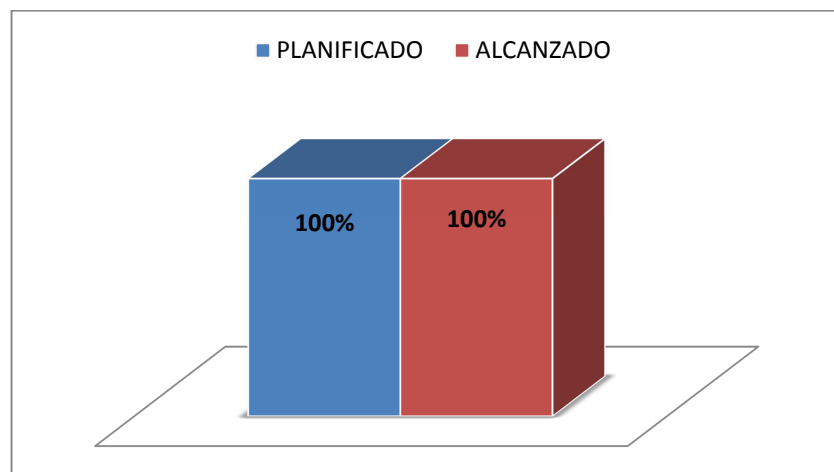
**Elaboración:** La Autora, 2010

**INDICADOR:**

El 100% del personal del área quirúrgica, capacitado y manejando los procesos y protocolos de atención hasta mayo de 2010.

Se concluyó con éxito la programación establecida en el cronograma para la obtención del 3º resultado, tanto en la presentación de los procesos y protocolos, como en la aplicación en casos problemas. Se alcanzó que el 100% del personal del área quirúrgica, conozca y maneje adecuadamente estas herramientas de gestión.

**GRAFICO N° 11**  
PERSONAL CAPACITADO EN EL USO DE PROTOCOLOS Y PROCESOS DE ATENCIÓN EN EL ÁREA QUIRÚRGICA



Fuente: Hospital UTPL  
Elaboración. La Autora, 2010

#### 4. RESULTADO CUATRO:

##### **Evaluación del impacto de la implementación de procesos sobre la gestión en la calidad de atención del área quirúrgica.**

Para alcanzar este objetivo se realizaron las siguientes actividades:

##### **4.1. Evaluación trimestral sobre el uso de protocolos y cumplimiento de los procesos de atención en el área quirúrgica del Hospital UTPL.**

Se comprueba periódicamente en el Hospital la utilización de los procesos y protocolos de atención para lo cual se definen indicadores de calidad del servicio, los que constan en el manual del área quirúrgica y además se elabora una hoja de ruta quirúrgica para verificar el cumplimiento de los mismos por parte del personal de enfermería. Los indicadores son:

<b>Nº</b>	<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR</b>
1	Porcentaje de pacientes que son re-citados para la valoración del riesgo anestésico
2	Porcentaje de suspensión de intervenciones confirmadas en parte de quirófano.
3	Preparación preoperatoria del paciente
4	Cumplimentación de la hoja de ruta quirúrgica
5	Cambios en el régimen asistencial previsto para el paciente

**INDICADOR # 1**

<b>Denominación</b>	<b>Porcentaje de pacientes que son re-citados para la valoración del riesgo anestésico</b>
<b>Dimensión</b>	Resultado
<b>Fundamento</b>	La valoración del riesgo anestésico para la intervención del enfermo debe realizarse en una sola visita
<b>Fórmula</b>	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes que son re-citados para la valoración del riesgo anestésico} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de pacientes vistos por primera vez}$
<b>Criterio</b>	Cita única. Los enfermos son evaluados y emitida una valoración definitiva en el mismo día
<b>Estándar</b>	< 20%
<b>Definición de términos:</b>	Paciente re-citado: Aquél para cuya valoración del riesgo anestésico se necesita más de una visita Numerador: N° de enfermos re-citados Denominador: N° de enfermos vistos por primera vez
<b>Fuente</b>	Agenda de anestesia
<b>Periodicidad</b>	Mensual

**TABLA Nº 7**

INDICADOR 1: PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SON RE-CITADOS PARA VALORACIÓN DEL RIESGO ANESTÉSICO

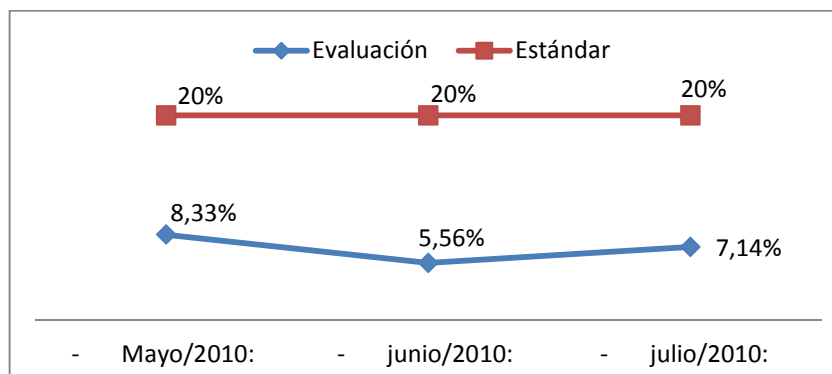
MESES	P. recitados	P. 1ª vez	Total pct.	Evaluación
Mayo/2010	2	24	26	8,33%
Junio/2010	2	36	38	5,56%
Julio/2010	2	28	30	7,14%

FUENTE: Archivo Hospital UTPL.

ELABORACIÓN: La autora

**GRÁFICO Nº 12**

INDICADOR 1: PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SON RE-CITADOS PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO ANESTÉSICO



FUENTE: Archivo Hospital UTPL.

ELABORACIÓN: La autora

**INDICADOR # 2**

<b>Denominación</b>	<b>Porcentaje de suspensión de intervenciones confirmadas en parte de quirófano.</b>
<b>Dimensión</b>	Efectividad. Continuidad
<b>Fundamento</b>	Necesidad de investigar las causas de la suspensión tras la confirmación de la intervención por parte del paciente 48 horas antes.
<b>Fórmula</b>	Cálculo: N° de intervenciones suspendidas X 100 / N° de intervenciones en parte de quirófano
<b>Criterio</b>	Todas las causas de suspensión deben ser investigadas
<b>Estándar</b>	Población adulta < 4% Población pediátrica < 8 %
<b>Definición de términos:</b>	Población pediátrica: pacientes hasta los 14 años de edad Población adulta: pacientes de más de 14 años de edad Intervenciones en parte de quirófano: pacientes que han confirmado la intervención en las 48 horas previas
<b>Fuente</b>	Parte de quirófano
<b>Periodicidad</b>	Mensual

**TABLA Nº 8**

INDICADOR 2: PORCENTAJE DE SUSPENSIÓN DE INTERVENCIONES CONFIRMADAS EN PARTE DE QUIRÓFANO

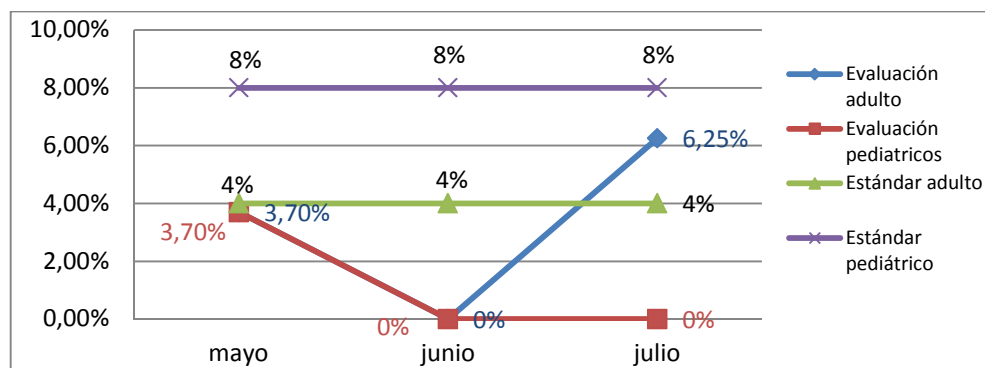
MESES	Nº cirugías suspendidas adulto	Nº cirugías suspendidas pediátricas	Nº cirugías programadas	Evaluación adulto	Evaluación pediátricos
may-10	1	1	27	3,70	3,70
jun-10	0	0	38	0,00	0,00
jul-10	2	0	32	6,25	0,00

FUENTE: Archivo Hospital UTPL.

ELABORACIÓN: La autora

**GRÁFICO Nº 13**

INDICADOR 2: PORCENTAJE DE SUSPENSIÓN DE INTERVENCIONES CONFIRMADAS EN PARTE DE QUIRÓFANO



FUENTE: Archivo Hospital UTPL.

ELABORACIÓN: La autora

**INDICADOR # 3**

<b>Denominación</b>	<b>Preparación preoperatoria del paciente</b>
<b>Dimensión</b>	Aceptabilidad. Confianza
<b>Fundamento</b>	La preparación inadecuada del paciente puede incidir en los resultados esperados
<b>Fórmula</b>	Cálculo: N° de pacientes a los que se les ha aplicado correctamente el protocolo preoperatorio X 100 / N° total de pacientes que van a ser intervenidos
<b>Criterio</b>	Cumplimentación de los protocolos preoperatorios
<b>Estándar</b>	> 85%
<b>Definición de términos:</b>	Protocolo preoperatorio: Conjunto de actividades que han de ser realizadas por el personal sanitario siguiendo el protocolo específico definido para el procedimiento quirúrgico asignado
<b>Fuente</b>	Hoja de ruta quirúrgica
<b>Periodicidad</b>	Mensual

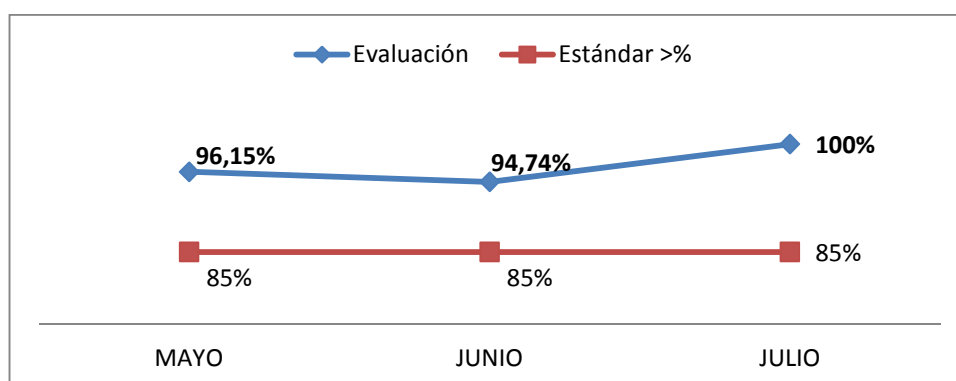
**TABLA N° 9**  
INDICADOR: PREPARACIÓN PREOPERATORIA DEL PACIENTE

MESES	Pacientes a los que se ha aplicado correctamente el protocolo preoperatorio	Pacientes que van a ser intervenidos	Evaluación	Estándar >%
MAYO	25	26	96,15%	85%
JUNIO	36	38	94,74%	85%
JULIO	30	30	100,00%	85%

**FUENTE:** Archivo Hospital UTPL.

**ELABORACIÓN:** La autora

**GRÁFICO N° 14**  
PREPARACIÓN PREOPERATORIA DEL PACIENTE



**FUENTE:** Archivo Hospital UTPL.

**ELABORACIÓN:** La autora

**INDICADOR # 4**

<b>Denominación</b>	<b>Cumplimentación de la hoja de ruta quirúrgica</b>
<b>Dimensión</b>	Efectividad. Continuidad
<b>Fundamento</b>	Necesidad de registrar todos los sucesos que ocurren durante el pre, peri y post-operatorio para mejorar la asistencia al paciente
<b>Fórmula</b>	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes en los que, al alta, la hoja de ruta ha sido cumplimentada en todos sus apartados y ésta se define como correcta} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes intervenidos y dados de alta}$
<b>Criterio</b>	Cumplimentación de todos los campos definidos en el momento de realizarse éstos
<b>Estándar</b>	> 90%
<b>Definición de términos:</b>	Hoja de ruta quirúrgica: Expresión precisa de todas las actuaciones desde la llegada del paciente al Bloque Quirúrgico hasta el alta del mismo.
<b>Fuente</b>	Hoja de ruta quirúrgica
<b>Periodicidad</b>	Mensual

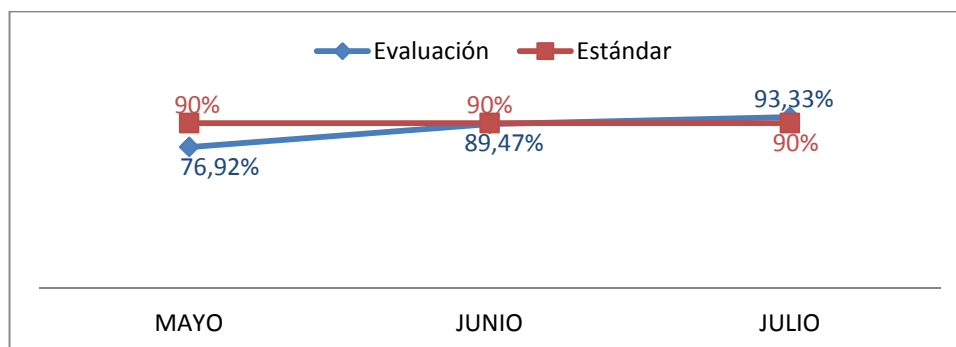
**TABLA Nº 10**  
INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE LA HOJA DE RUTA QUIRÚRGICA

MESES	Pacientes con alta, hoja de ruta correcta	Pacientes intervenidos y dados de alta	Evaluación	Estándar
MAYO	20	26	76,92%	90%
JUNIO	34	38	89,47%	90%
JULIO	28	30	93,33%	90%

**FUENTE:** Archivo Hospital UTPL.

**ELABORACIÓN:** La autora

**GRÁFICO Nº 15**  
PREPARACIÓN PREOPERATORIA DEL PACIENTE



**FUENTE:** Archivo Hospital UTPL.

**ELABORACIÓN:** La autora

**INDICADOR # 5**

<b>Denominación</b>	<b>Cambios en el régimen asistencial previsto para el paciente</b>
<b>Dimensión</b>	Resultado
<b>Fundamento</b>	El cambio del régimen asistencial del paciente implica una inadecuada actuación pre, per o post-operatoria y nos obliga a analizar sus causas
<b>Fórmula</b>	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes a los que se les modifica el régimen asistencial tras la intervención} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes intervenidos}$
<b>Criterio</b>	Conocer los cambios de destino previstos
<b>Estándar</b>	Cirugía ambulatoria: < 4%
<b>Definición de términos:</b>	Régimen asistencial previo del paciente: Establecimiento de la procedencia y destino (domicilio/hospitalización; domicilio/domicilio; hospitalización/hospitalización) del paciente antes y después de la intervención quirúrgica programada
<b>Fuente</b>	Hoja de ruta quirúrgica
<b>Periodicidad</b>	Mensual

**TABLA Nº 11**

INDICADOR: CAMBIOS EN EL RÉGIMEN ASISTENCIAL PREVISTO PARA EL PACIENTE

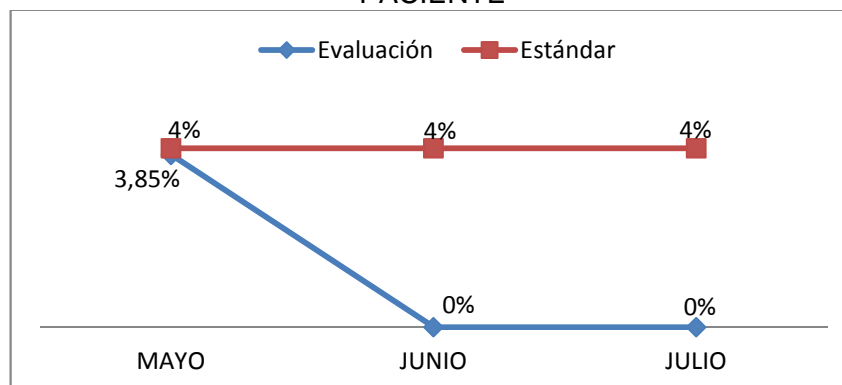
MESES	Pacientes se modifica régimen asistencial luego de cirugía	Total de pacientes intervenidos	Evaluación	Estándar
MAYO	1	26	3.85%	< 4%
JUNIO	0	38	0.0%	< 4%
JULIO	0	30	0.0%	< 4%

**FUENTE:** Archivo Hospital UTPL.

**ELABORACIÓN:** La autora

**GRÁFICO Nº 16**

INDICADOR: CAMBIOS EN EL RÉGIMEN ASISTENCIAL PREVISTO PARA EL PACIENTE



**FUENTE:** Archivo Hospital UTPL.

**ELABORACIÓN:** La autora

#### 4.2. Implementar el buzón de sugerencias para los usuarios

Se planteó la necesidad de contar con un buzón de sugerencias a las autoridades del hospital, se aprobó esta petición, se instalaron 2 buzones de sugerencias (uno en el área quirúrgica del hospital y otro en consulta externa) y el personal administrativo es quien periódicamente emite los informes de la percepción de los usuarios y sugerencias en relación al servicio.



**Foto. Ubicación del buzón de sugerencias**



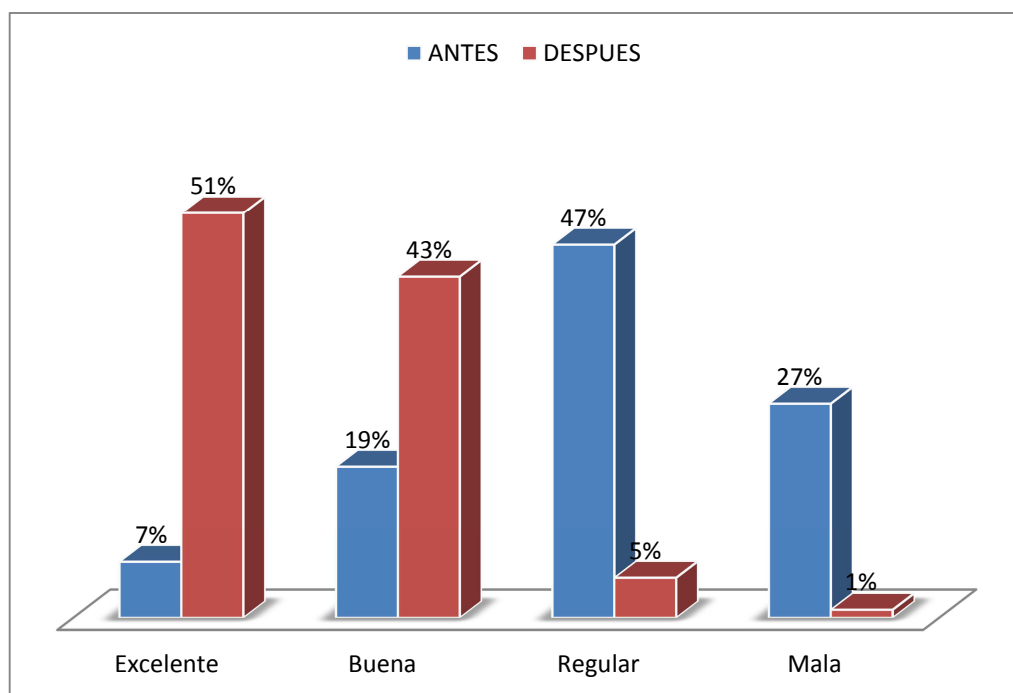
**INDICADOR:** Se evalúa cada 3 meses el impacto de la implementación de procesos mediante encuestas de satisfacción.

Con la implementación de los indicadores de calidad y buzones de sugerencias se realiza evaluación trimestral de la calidad de atención y satisfacción por el servicio recibido por parte de los usuarios externos. Para el análisis he recurrido a las encuestas ubicadas en los buzones de sugerencias. En el que se analizaron cuatro aspectos fundamentales:

**1. La atención recibida por el paciente en relación a la pertinencia del tratamiento recibido.**

**GRAFICO Nº 17**

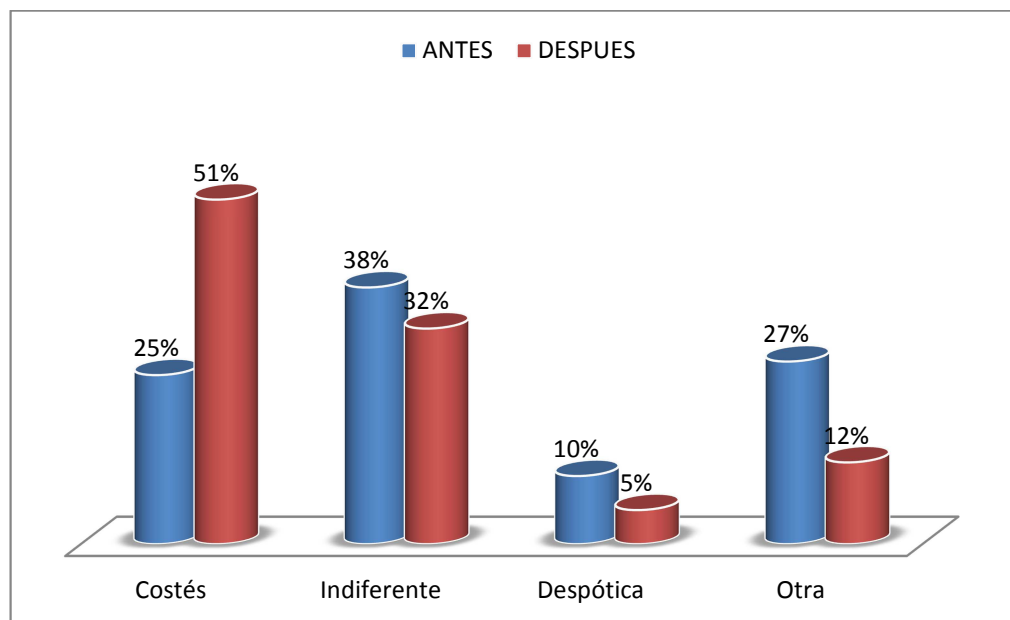
Pregunta 1: ¿CONSIDERA QUE LA ATENCIÓN EN EL ÁREA QUIRÚRGICA FUE?



**FUENTE:** Encuesta de satisfacción para los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente.  
**ELABORACIÓN:** La autora

## 2. El trato que recibió por parte del personal médico y paramédico.

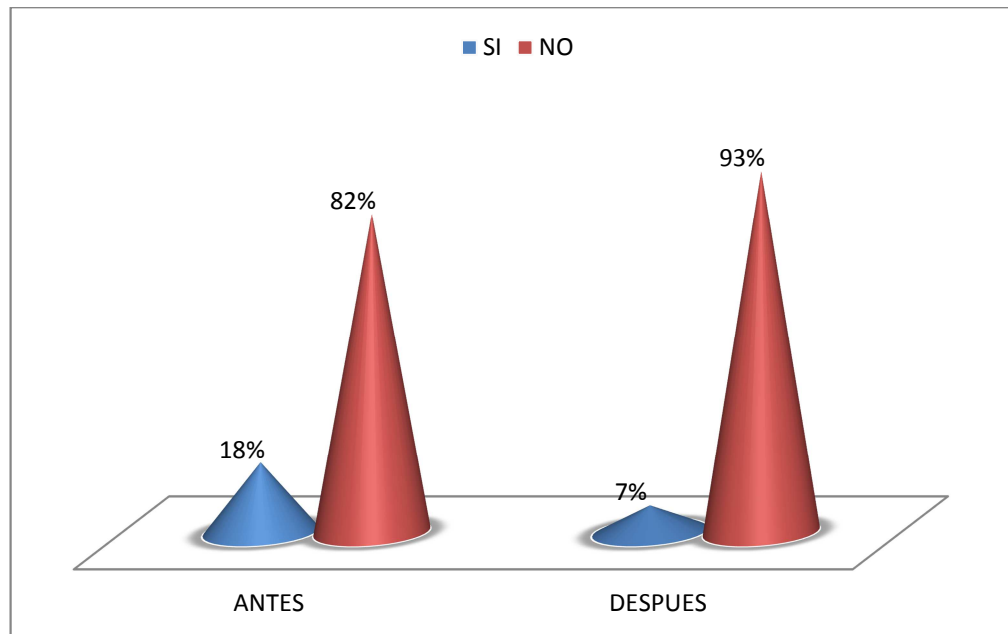
**GRAFICO Nº 18**  
PREGUNTA 2. ¿CÓMO FUE LA ATENCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO?



**FUENTE:** Encuesta de satisfacción para los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente.  
**ELABORACIÓN:** La autora

### 3. Cambios en el régimen asistencial previsto:

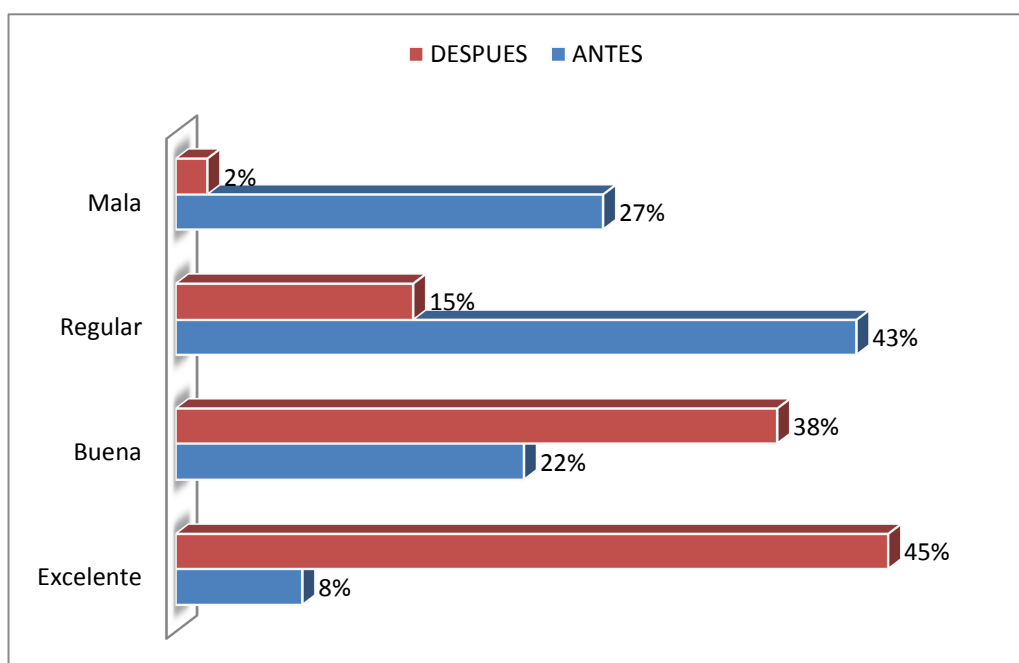
**GRAFICO N° 19**  
**¿SE REALIZÓ ALGÚN CAMBIO EN LO PREVISTO PARA SU INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?**



**FUENTE:** Encuesta de satisfacción para los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente.  
**ELABORACIÓN:** La autora

#### 4. Percepción global de calidad de atención en el área quirúrgica:

**GRAFICO Nº 20**  
EN FORMA GLOBAL ¿LA CALIDAD DE ATENCIÓN LE PARECIÓ?



**FUENTE:** Encuesta de satisfacción para los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente.  
**ELABORACIÓN:** La autora

Al analizar los resultados previos, en los que se investigó la calidad de atención encontramos que el 30% recibía una atención adecuada (calificada como buena y excelente por los pacientes). Al finalizar el trabajo de intervención y volver a aplicar la misma encuesta se encontró que se ha mejorado hasta el 83%, alcanzándose el objetivo planteado cuyo indicador era de que el 80% de los usuarios estaría satisfecho con la atención.

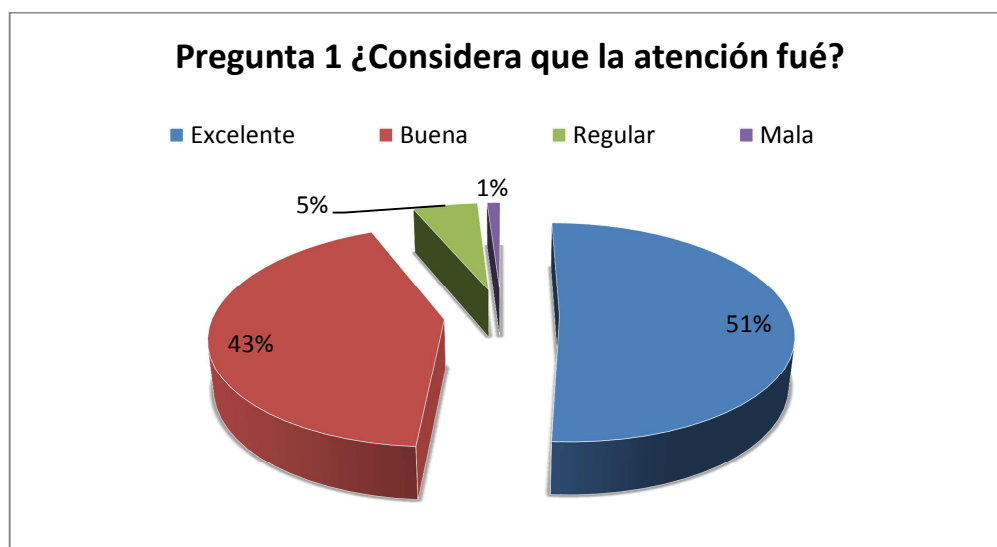
## ANÁLISIS DEL PROPÓSITO

El propósito del presente proyecto de acción es la implementación de procesos y protocolos de atención y gestión en el área quirúrgica del Hospital docente UTPL.

El indicador fue que el 80% de pacientes son atendidos siguiendo los protocolos y procesos del área quirúrgica hasta agosto de 2010.

Para este análisis he recurrido a las encuestas aplicadas antes de realizado el trabajo de intervención y se las ha aplicado al finalizar el mismo obteniendo los siguientes resultados:

GRÁFICO Nº 21

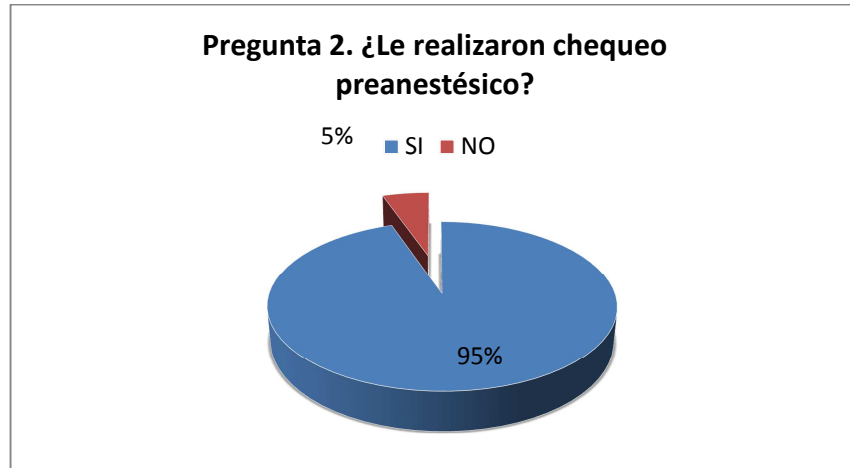


**FUENTE:** Archivo Hospital UTPL.

**ELABORACIÓN:** La autora

El 51% de los pacientes considera que la atención fue excelente y buena el 43%. A diferencia de los obtenidos antes de comenzar el proyecto donde se obtuvo para excelente el 7% y buena el 19%.

GRÁFICO Nº 22

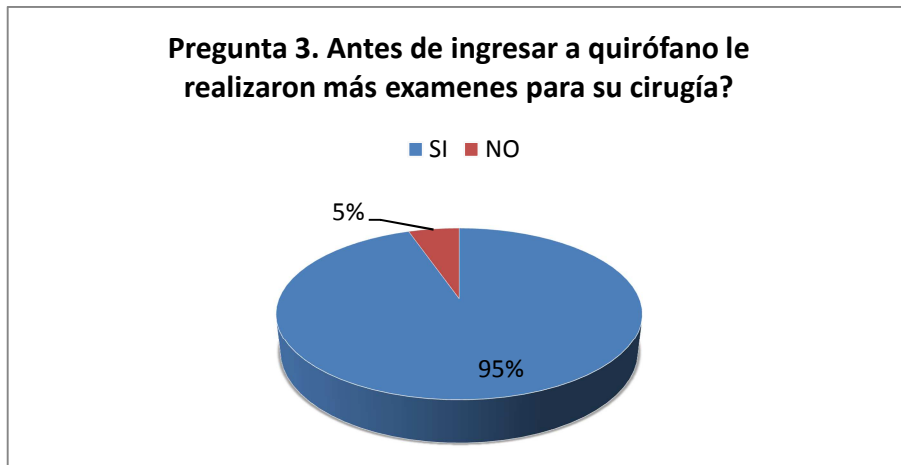


**FUENTE:** Encuesta a los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente.

**ELABORACIÓN:** La autora

A la segunda pregunta el 95% de pacientes contestaron que se realizó el chequeo preanestésico; en cambio en la primera evaluación el 35% contestó que si le realizaron.

GRÁFICO Nº 23

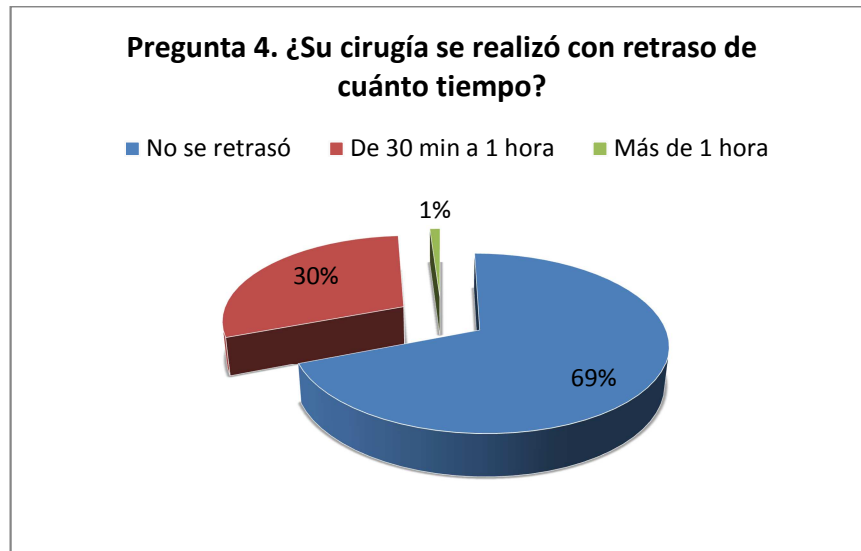


**FUENTE:** Encuesta a los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente.

**ELABORACIÓN:** La autora

A la tercera pregunta el 5% contestó que le realizaron más exámenes antes del ingreso a quirófano, a diferencia del 20% que fue al inicio.

GRÁFICO Nº 24



**FUENTE:** Encuesta a los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente.

**ELABORACIÓN:** La autora

En el 69% de las intervenciones quirúrgica no se produjo retraso de la cirugía, comparado con el 29% que fue inicialmente.



**10. CONCLUSIONES**

- Mediante socialización del proyecto y aceptación por parte de los directivos del hospital se nombró a los coordinadores de las áreas y la conformación de comités hospitalarios involucrándose al 73,8% del personal médico en los mismos, permitiendo así que sean actores y protagonistas de la organización del Hospital docente UTPL y responsables de la atención brindada a los usuarios.
- Se logró en forma participativa mediante los talleres y asignación de funciones el diseño, elaboración, validación e implementación de procesos y protocolos de atención para el área quirúrgica del hospital, conformándose un equipo multidisciplinario del área quirúrgica obteniéndose la participación activa del 80% del personal tanto administrativo, médico y paramédico cumpliéndose lo planificado.
- Mediante participación de todos los involucrados en la elaboración y utilización de los procesos y protocolos de atención se logró rediseñarlos con la finalidad de mejorar la calidad de atención a los pacientes del área quirúrgica del 70% programado se alcanzó el 80%.
- Cumple un rol importante para la sensibilización y concientización del personal sobre el servicio brindado la capacitación, la cual debe ser permanente ya que suele ocurrir rotación del personal.
- Se evalúa periódicamente la calidad de atención en el área quirúrgica del Hospital UTPL con el uso de Indicadores de calidad establecidos en las reuniones para el rediseño de los procesos y además se utiliza para ello los buzones de sugerencias, los cuales son publicados periódicamente para conocimiento del personal.
- Además de la elaboración de protocolos y procesos de atención se implementó normas para el área e indicadores de calidad los cuales nos ayudan a conocer el cumplimiento de las normas, procesos y protocolos de atención y la satisfacción del usuario.

- Con la implementación de normas, protocolos y procesos de atención según evaluaciones antes y después del proyecto encontramos que según la percepción de los pacientes, antes de la intervención el 30% recibía una atención adecuada (calificada como buena y excelente por los pacientes) y después de la intervención se encontró que se ha mejorado hasta el 83%; con lo que se puede decir que al involucrar y sensibilizar al personal en su accionar se logra mejores resultados en la atención a los usuarios.



## **11. RECOMENDACIONES**

- Para los directivos del Hospital docente UTPL continuar con la implementación de normas, procesos y protocolos de atención de forma estandarizada y participativa de forma que se regule y evalúe la calidad de atención en todos los servicios y áreas de gestión.
- Continuar con la elaboración de protocolos según las problemáticas que se vayan presentando, y actualizar periódicamente los ya existentes.
- Mantener un programa de formación y evaluación permanente con el personal existente y el nuevo tanto en atención al usuario, relaciones humanas, manejo de procesos y protocolos de atención; y formación profesional con la finalidad de garantizar una mejor calidad de atención.
- Mantener como preocupación permanente la evaluación de la calidad de atención en el Hospital docente UTPL.



## **12. BIBLIOGRAFÍA**

1. Arapé, J. (15 de Noviembre de 1999). Estrategia – Medición y Calidad Total. Recuperado el 7 de abril de 2010, de Estrategia – Medición y Calidad Total: [www.visiongc.com](http://www.visiongc.com)
2. Araujo, M. (2005). Pauta para la elaboración, aplicación y evaluación de guías de práctica clínica. Chile: Ministerio de Salud.
3. Asenjo, M. (1999). Las claves de la gestión hospitalaria. Barcelona: Gestión 2000.
4. Ávila, G. I. (2004). Guía de Trabajo de Grado I. Diseño, ejecución y gerencia de proyectos para la salud. Loja-Ecuador: UTPL.
5. Caja Costarricense del seguro social. (2000). Plan de Atención de Salud a las Personas. Desarrollo de Guías para la Atención Integral. Versión Preliminar, (pág. 43). Costa Rica.
6. Casado, J. M. (2001). El Directivo del Siglo XXI. Barcelona: Gestión 2000.
7. Chiavenato, A. (2003). Administración de Recursos Humanos (Quinta ed.). Colombia: McGRAW-HILL.
8. Eskola, G. (2002). Ensayos sobre género y desarrollo 2. Cuenca-Ecuador.
9. Esteban, J. (25 de febrero de 2000). Encuentro Internacional de gerencia en salud. El hospital como empresa social. Recuperado el 15 de marzo de 2010, de <http://medicablogs.diariomedico.com/calidadasistencial/2010/09/10/v-encuentro-internacional-de-gestion-sanitaria/>
10. González, M. (2001). Comportamiento organizacional. México: CECOSA.
11. Harrison's. (2008). Principles of Internal Medicine (17th edition ed.). USA: McGraw-Hill.
12. Jiménez, V. (4 de Diciembre de 2001). Evaluación de la calidad de servicio y fijación de objetivos en unidades de negocio. Un enfoque de frontera. Recuperado el 10 de mayo de 2010, de <http://www.empresa.unizar.es/acede2001/trabajos/pr007.pdf>
13. Lopez, A. (2007). Metodología para la elaboración de guías de atención y protocolos. San José, Costarrica: Caja Costarricense de Seguro Social.
14. Olivares, M. G. (2001). Comportamiento organizacional. México D.F.: CECOSA.

15. Reina, L. (2001). Liderazgos cuestionados. Recuperado el 20 de septiembre de 2010, de [www.mujeres.com: http://www.utpl.edu.ec/eva/descargas/material/185/G32041.pdf](http://www.utpl.edu.ec/eva/descargas/material/185/G32041.pdf)
16. Ruiz-Olalla, C. (Noviembre de 2001). Gestión de la calidad del servicio, [en línea] 5campus.com, Control de Gestión . Recuperado el 12 de febrero de 2010, de <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>
17. Schermerhorn, J. (2003). Administración. México: Limusa Wiley.
18. Shriber, A. (2007). Liderazgo Práctico. México: Patria.
19. Shriberg, A. (2004). Liderazgo práctico. Principios y aplicaciones. México: Compañía Editorial Continental.
20. Varo, J. (1994). Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria, . Madrid-España: Díaz de Santos.
21. Vásquez, R. (Noviembre de 2001). El conocimiento de las expectativas de los clientes: Una pieza clave de la calidad de servicio en el Turismo. Recuperado el 12 de Febrero de 2010, de Economía: [www.fade.es/faPag/webFade/infoempresa/](http://www.fade.es/faPag/webFade/infoempresa/)
22. Vásquez, R. (4 de Diciembre de 2001). Estructura multidimensional de la calidad de servicio en cadenas de supermercados. Recuperado el 5 de abril de 2010, de Desarrollo y validación de la escala CALSUPER: [www.fade.es/faPag/webFade/infoempresa](http://www.fade.es/faPag/webFade/infoempresa)
23. Zambrano, S. (2001). Siete Encadenamientos Estratégicos para hacer Ingeniería de Procesos. Quito: Consultora Empresarial Ediciones.
24. American College of Surgeons. (2005). Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos. Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos. USA.
25. Anielski R, Kuśnierz-Cabala B, Szafraniec K. (2009). An evaluation of the utility of additional tests in the preoperative diagnostics of acute appendicitis. Langenbecks Arch Surg. 2009 Nov 19. [Epub ahead of print] ONLINE <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19924436>.
26. Arévalo, J. (2010). Cirugía Práctica. Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja. Ecuador.

27. Casillas, R., Yegiyants, S., Collins, C.(2008). Early Laparoscopic Cholecystectomy Is the Preferred Management of Acute Cholecystitis. Arch Surg; 143(6):533-537.
28. Delcore R, Cheung, LY. (2004). Acute abdominal pain. ACSC Surgery, Principles and Practice, WebMD Inc. 1-16.
29. Ebell, MH. (2008). Diagnosis of appendicitis part 1. History and physical examination. Am. Fam. Physical. Mar 15:77(6), 828, 30. Review.
30. García Villa, P., Álvarez, J., Uzqueda, G. (2010). Diagnosis and Laparoscopic Approach to Gallbladder Torsion and Cholelithiasis JSLS, Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons, 14: (1)147-151(5).
31. Ibáñez, L., et al. (2007). Colectomía laparoscópica, experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev. Chilena de Cirugía. 59 (1) ,10-15.
32. Maier R., Martin, R. (2007). Abordaje actual de los traumatismos. Clínicas Quirúrgicas de Norte America. 87(1).
33. Mattox KL, Moore EE, Feliciano MD. (2008). Trauma. México: McGraw-Hill. Sexta edición.



**13. ANEXOS**

## ANEXOS 1

### 1.1. CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS:

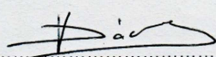
**DOCTORA VIVIANA DÁVALOS, DIRECTORA MÉDICA DEL HOSPITAL DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA.**

**CERTIFICA:**

Que la doctora PATRICIA VERÓNICA GONZÁLEZ GRANDA, realizó en el Área Quirúrgica del Hospital UTPL el proyecto de investigación acción, con el tema: "IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PARA GESTIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL UTPL, DURANTE SEPTIEMBRE/2009 A AGOSTO/2010".

Lo certifico,

Loja, abril de 2011

  
.....  
**DRA. VIVIANA DÁVALOS B.**  
**DIRECTORA MÉDICA**



**1.2. IMÁGENES DEL HOSPITAL UTPL Y ÁREA QUIRÚRGICA:**



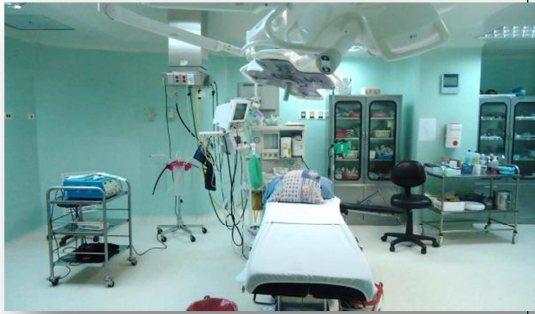


Foto 1. Quirófano 1



Foto 4. Recuperación

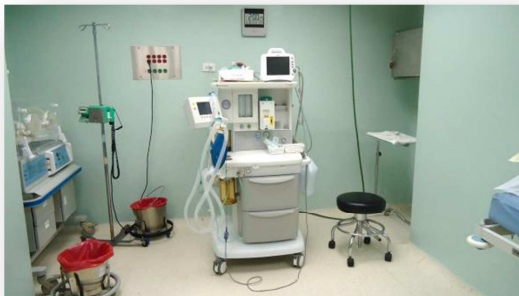


Foto 2. Quirófano 2



Foto 5. Esterilización

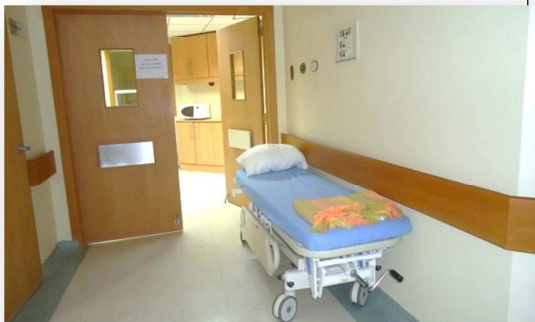



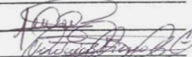
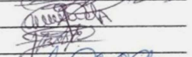
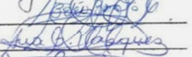
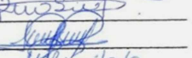
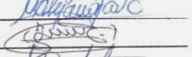
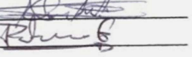
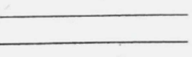
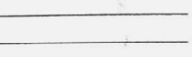
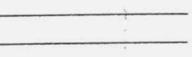
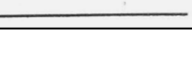


Foto 3. Transfer



Foto 6. Zona de lavado de manos

Fuente: Fotografías tomadas en el Hospital UTPL.  
Elaboración: La autora

**1.3. LISTA DE ASISTENTES AL TALLER PARTICIPATIVO PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN, DEL 10 DE MARZO.**

 <b>Hospital UTPL</b> Cuidamos la vida		ASISTENCIA	
FECHA: 10 DE MARZO/2010.		HOSPITAL UTPL	
TEMA: TALLER PARTICIPATIVO "PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN"			
# Cedula	Nombres y Apellidos	Dependencia	Firma
1103977984	Johana Paulina Fernández Romero	HUTPL	
110457861-4	Verónica Ferro Covillo	HUTPL	
070350225-2	Maribel Abad Reyes	HUTPL	
110461274-2	Vasio Azael Loyes	HUTPL	
110367447-0	Verónica Belén Bravo Maldonado	HUTPL	
1104739691	Dr. C. Vázquez Guzmán	HUTPL	
110446575-0	Karen Anabel Sánchez Poma	HUTPL	
1104889900	Sra. Gabriela Rodríguez Vilanova	HUTPL	
1104726896	María Alejandra Utes Cevallos	HUTPL	
010440351	Juan Vazquez Padua	HUTPL	
1103333678	Santiago Felipe Tapie Tebazo	HUTPL	
1103609716	Rhena Gracia Jimilla	HUTPL	



**Foto. Asistencia al taller**



## 2.2. LISTA DE ASISTENTES AL TALLER DE MOTIVACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE NORMAS PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN 19 DE ABRIL.

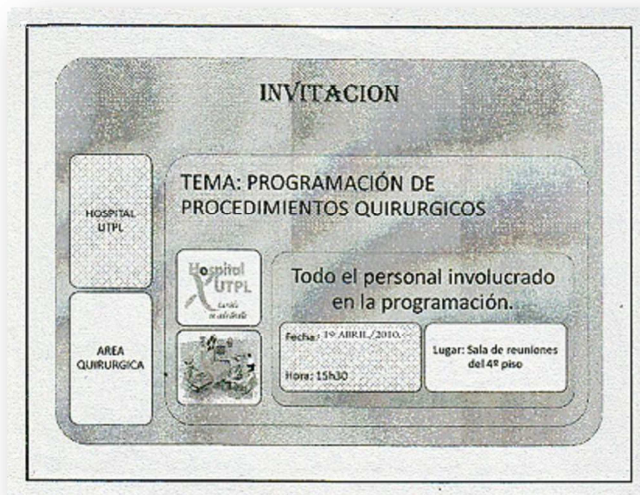



Imagen 1: Invitación al taller.

TALLER DE MOTIVACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LAS NORMAS Y PROCESOS DE ATENCIÓN PARA EL ÁREA QUIRÚRGICA				
FECHA: 19 de abril/2010			LUGAR: SALA 1 HOSPITAL UTPL	
Nº	NOMBRE	FUNCIÓN O CARGO	CORREO ELECTRÓNICO	TIEMPO DE TRABAJO EN EL HOSPITAL
1	Yadira Camacho Cano	Secretaria Clínica	ycamacho@utpl.edu.ec	3 años 3 meses
2	Wendy SAAZAR CARRIZAL	Servicios Cliente	wussazzer@utpl.edu.ec	2 años 2 meses
3	MARCO CAJAMARCA CAPA.	RECEPCIÓN	mcajamarca@utpl.edu.ec	2 AÑOS.
4	Mónica FREIRE BARRERA	Seguros Convencios	mmfreire@utpl.edu.ec	10 meses
5	Haidee Gabriela Jarama	Seguros Convencios	mgudaveza@utpl.edu.ec	1 año 4 meses
6	Eduardo D. Freire Mora	Recepcion	edfreire@ <sup>utpl.edu.ec</sup> hospital.com	2 años
7	Tatiana Valeria Bermeo Veintimilla	Recepción	tvbermeo@utpl.edu.ec	4 meses
8	SASHA MARICELA CABRERA B	Recepción	smcabrera@utpl.edu.ec sohac	11 meses.
9	MARIE VELEZ GUDANIN	Secretaria Clínica	mkvelez@utpl.edu.ec	1 año 9 meses.
10				
11				
12				

**2.3. LISTA DE ASISTENTES AL TALLER DE CAPACITACIÓN EN USO DE NORMAS PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DEL 10 DE MAYO.**

 <b>Hospital UTPL</b> Cuidamos la vida		<b>ASISTENCIA</b>	
<b>FECHA:</b> 10 DE MAYO 2010.		<b>HOSPITAL UTPL</b>	
<b>TEMA:</b> TALLER DE CAPACITACIÓN EN USO DE NORMAS PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN			
# Cedula	Nombres y Apellidos	Dependencia	Firma
110305341-7	Isidoro Venturillo H.	07:10	<i>[Signature]</i>
1104060744	Diego Fompa Larrea	07:15	<i>[Signature]</i>
1104463789	Diego K. Collón F.	07:10	<i>[Signature]</i>
110446575-0	Karen Anabel Sánchez Poma	07:00	<i>[Signature]</i>
1103939672	Santiago Felipe Tapia Tabango	07:00	<i>[Signature]</i>
110324027	SAHAR F. CORRAL D.		<i>[Signature]</i>
1104726896	María Alejandra Vélez Cevallos	07:00	<i>[Signature]</i>
1104260888	NAYRA CRISTINA RAHIREZ APPROBO	07:05	<i>[Signature]</i>
1104739691	Ana Gislina Urbaz Guereso	07:00 HOSP	<i>[Signature]</i>
1102907026	Karina Yanqui R.	HUTPL	<i>[Signature]</i>
1102964440	Patricia González	11 7H40	<i>[Signature]</i>
1103360070	GLORIA A. CARRIÓN F.	H/UTPL (G400)	<i>[Signature]</i>
1105872568	María Elena Espinosa G	HUTPL 07100	<i>[Signature]</i>
	Viviana Dávalos	7:00	<i>[Signature]</i>
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/



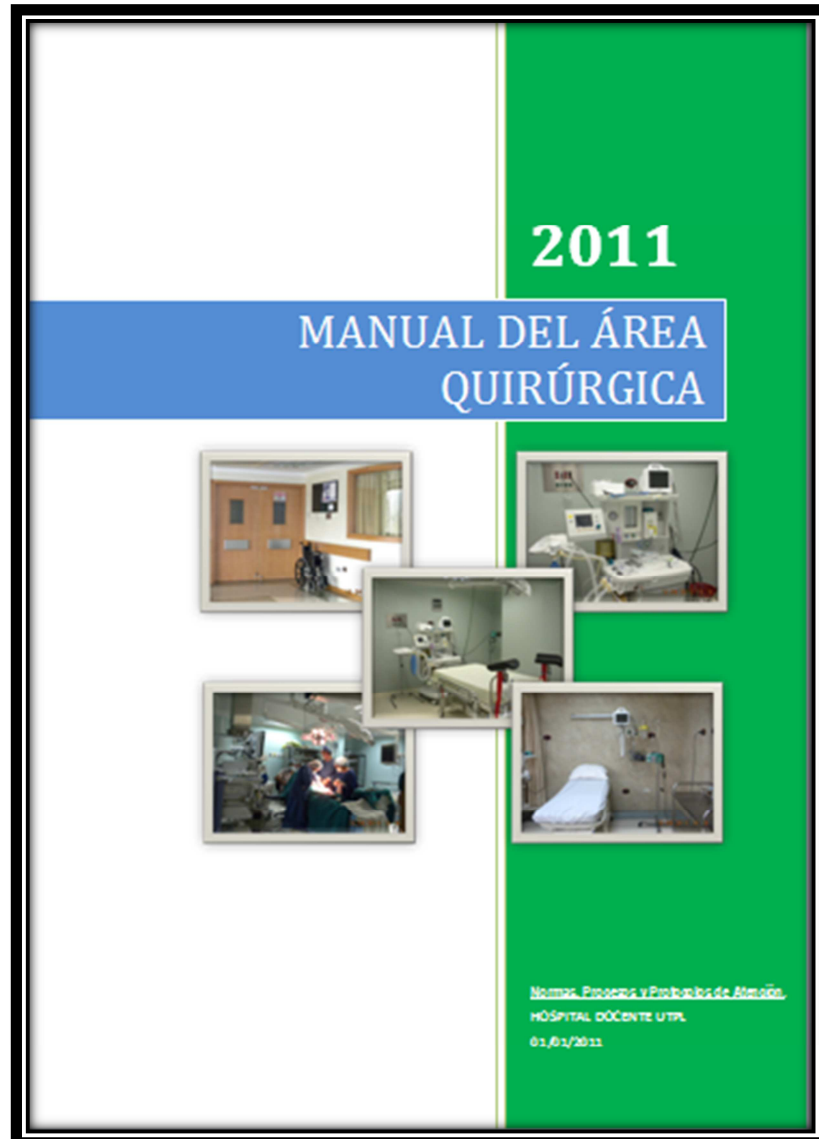
**Foto. Actividades prácticas del taller**

### **ANEXOS 3**

#### **3.1. ENTREGA DEL MANUAL DE NORMAS, PROCESOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL UTPL**



### 3.2. MANUAL DEL ÁREA QUIRÚRGICA.



## ANEXOS 4

### 4.1. FOTOS DE LOS BUZONES DE SUGERENCIAS:



**Foto. Ubicación del buzón de sugerencias**



## **4.2. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN:**

### **4.2.1. ENCUESTA REALIZADA A LOS USUARIOS ANTES Y DESPUÉS DE IMPLEMENTADO EL PROYECTO.**

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
ESCUELA DE MEDICINA  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD

#### **ENCUESTA PARA LA(OS) USUARIAS(OS) DEL HOSPITAL UTPL**

PROPÓSITO: Determinar las percepciones que tienen las(os) usuarias(os) sobre la atención recibida en el Área Quirúrgica del Hospital docente UTPL Loja.

1. ¿Usted considera que la atención que recibió fue?
  - a. Excelente
  - b. Buena
  - c. Regular
  - d. Mala
  
2. ¿Le realizaron antes de su ingreso una consulta preanestésica?
  - a. Si
  - b. No
  
3. Antes de ingresar a quirófano. ¿Le realizaron más exámenes para su intervención quirúrgica?
  - a. Si
  - b. No
  
4. ¿Su cirugía tubo un retraso de cuánto tiempo para la hora planificada?
  - a. No se retrasó
  - b. Se retrasó de 30 minutos a 1 hora
  - c. Se retrasó más de 1 hora.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**4.2.2. ENCUESTA REALIZADA A LOS USUARIOS DESPUÉS DE IMPLEMENTADO EL PROYECTO.**

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
ESCUELA DE MEDICINA  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD

**ENCUESTA PARA LA(OS) USUARIAS(OS) DEL HOSPITAL UTPL**

PROPÓSITO: Determinar las percepciones que tienen las(os) usuarias(os) sobre la atención recibida en el Área Quirúrgica del Hospital docente UTPL Loja.

1. ¿Usted considera que la atención en el área quirúrgica fue?
  - a. Excelente
  - b. Buena
  - c. Regular
  - d. Mala
  
2. ¿La atención por parte del personal médico y paramédico fue?
  - a. Cortés
  - b. Indiferente
  - c. Despótica
  - d. Otra¿Cuál? .....
  
3. ¿Se realizó algún cambio en el plan previsto para su intervención quirúrgica?
  - a. Si
  - b. No
  
4. ¿En forma global la calidad de atención le pareció?
  - a. Excelente
  - b. Buena
  - c. Regular
  - d. Mala

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**4.2.3. ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO:**

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
ESCUELA DE MEDICINA  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD

**ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO DEL  
HOSPITAL UTPL**

PROPÓSITO: Determinar el conocimiento y uso de los procesos y protocolos de atención en el Área Quirúrgica del Hospital docente UTPL Loja.

1. ¿Conoce las normas del área quirúrgica del hospital?
  - a. Si
  - b. No
  
2. ¿Ha aplicado los procesos de atención al brindar sus servicios a los pacientes?
  - a. Si
  - b. No
  
3. ¿Se cumplen los protocolos preoperatorios en los pacientes que acuden para una intervención quirúrgica?
  - a. Si
  - b. No
  
4. ¿Está a su disposición el manual del área quirúrgica, para consulta en caso de necesitarlo?
  - a. Si
  - b. No

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN