



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

La Universidad Católica de Loja

**ÁREA BIOLÓGICA**

**TITULACIÓN DE MAGÍSTER EN GERENCIA EN SALUD PARA EL  
DESARROLLO LOCAL**

**Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Medicina Interna  
del Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito, 2013**

TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

AUTORA: Coronel Pazos, Carina Vanessa, Dra.

DIRECTORA: Alarcón Dalgo, Carmen María, Magíster.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2014

## **APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA**

Magíster

Carmen Alarcón Dalgo

**DOCENTE DE LA TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de maestría, denominado Mejoramiento de la Calidad de Atención en el servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito, 2013, realizado por Carina Vanessa Coronel Pazos, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Quito, 21 de Febrero del 2014

f: .....

## DECLARACION DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS

Yo, Coronel Pazos Carina Vanessa, declaro ser autora del presente trabajo de fin de maestría, Mejoramiento de la Calidad de Atención en el servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito, 2013, de la Titulación Maestría en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, siendo Carmen Alarcón Dalgo directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente 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 “

f.....

Carina Vanessa Coronel Pazos

1720203031

## **DEDICATORIA**

La persona con un mal desempeño en una organización, dentro de los límites impuestos por la misma, debe ser oída antes de ser sancionada. Una sencilla explicación de las razones puede descubrir una serie de elementos que perjudican su actividad en desmedro de su moral y autoestima, y, las perniciosas consecuencias las sufren pacientes sin nombre, sin voz, sin capacidad de reclamar la inequidad.

A esos sencillos trabajadores de la salud, que batallan con armas obsoletas o con armas sin municiones. A esos humildes pacientes, que sufren silenciosos e impotentes, los desmanes de la desorganización.

PARA ELLOS, DEDICO ESTE TRABAJO Y MI RECONOCIMIENTO.

## **AGRADECIMIENTO**

“No nos atrevemos a muchas cosas porque son difíciles, pero son difíciles porque no nos atrevemos a hacerlas”.- Este pensamiento de Séneca puede resultar irreverente cuando nadamos contra corriente; en este contexto, la vitalidad que produce la solidaria participación del personal del Servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez, el Personal Docente de la Universidad Técnica Particular de Loja, permitió la ejecución de este trabajo con marcado entusiasmo.- Generosa contribución por la que les expreso mi eterna gratitud.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula .....	( i )
Aprobación del fin del trabajo de fin de maestría.....	( ii )
Declaración de Autoría y Cesión de Derecho .....	(iii )
Dedicatoria .....	(iv )
Agradecimiento .....	( v )
Índice de Contenidos .....	(vi )
Resumen .....	( 1 )
Abstract .....	(2 )
Introducción .....	( 3 )
CAPITULO I .....	( 7 )
1.Marco Institucional .....	( 8 )
1.1 Historia .....	( 8 )
1.2 Misión, Visión .....	( 9 )
1.3 Servicios .....	(10)
1.4 Perfil Epidemiológico .....	(12)
1.5 Objetivos Estratégicos de la Institución .....	(13)
2. Marco Conceptual .....	(14)
2.1 Calidad .....	(18)
2.2 Relación y aplicación de la Norma ISO 9001 .....	(20)
2.3 Indicadores de Calidad .....	(23)
2.4 Manual de Calidad .....	(26)
CAPITULO II .....	(29)
1. Diseño metodológico .....	(30)
1.1 Matriz de Involucrados .....	(30)
1.2 Árbol de Problemas .....	(32)
1.3 Árbol de Objetivos .....	(33)
1.4 Matriz del Marco Lógico .....	(34)
CAPITULO III .....	(38)
1. Desarrollo del Componente 1 .....	(39)
2. Desarrollo del Componente 2 .....	(42)
3. Desarrollo del Componente 3 .....	(50)
Conclusiones .....	(73)
Recomendaciones .....	(74)
Bibliografía .....	(75)

## ANEXOS

ANEXO 1. Plan de Capacitación Gestión de Calidad .....	(78)
ANEXO 2. Acta Comité de Calidad Servicio Medicina Interna HPAS .....	(79)
ANEXO 3. Cuestionario para Valoración de Gestión de Calidad en el Servicio Medicina Interna HPAS .....	(82)
ANEXO 4. Encuesta de Satisfacción de los pacientes internados en el Servicio Medicina Interna HPAS .....	(85)
ANEXO 5. Fotos .....	(87)
ANEXO 6. Autorizaciones de Jefes de Servicio .....	(90)
ANEXO 7. Registro de Asistentes a la Charla .....	(92)
ANEXO 8. Manual de Calidad .....	(95)

## **RESUMEN**

Cuando los miembros de la comunidad buscan atención médica en los servicios públicos del área de salud, reciben los efectos de su buena o mala organización, y son, justamente los niveles de satisfacción revelado por los pacientes, el termómetro que mide las bondades de un sistema.

El mejoramiento de la calidad de atención mediante la aplicación de Normas ISO y el Manual de Calidad, permite verificar procedimientos administrativos para una eficiente atención, el esquema de seguimiento de los procesos médicos pertinentes para cada caso, la responsabilidad de los involucrados en la atención, se aproveche de mejor manera la experiencia de médicos especialistas y la actualización permanente del personal, asegurando la prestación de servicios de salud con calidad y calidez en un marco de justicia y equidad social.

El aporte de esta tesis es la elaboración de un manual de gestión de calidad aplicable en el Servicio de Medicina Interna, a través de la estandarización de procesos que da como resultado el mejoramiento continuo de la calidad de atención.

**Palabras clave:** calidad, ISO

## **ABSTRACT**

When a community members look for medical attention in the public services of the wealth area, they get the effects of a good or bad organization, and the satisfaction levels reveal by them is the thermometer of the system.

The improvement of the quality attention with the ISO Norm application and the Quality Manual , let us prove administrative process for an efficient attention, the schematic for pursuit of the medic process for wich case, the involved responsibility in the attention, let us exploited the specialists doctors, the academic intermediation of the graduates, and the collaboration of everybody to ensure the delivery wealth service with quality and warmth in a justice framework and social equity.

The contribution of the thesis is the making of a quality procuration manual applicable in the Internal Medicine Service, standardizing the processeshaving as a result the continue improvement of the quality.

**Key words:** quality, ISO

## INTRODUCCION

Una visión del concepto de calidad indica que calidad es entregar al cliente, no lo que quiere, sino lo que nunca se había imaginado que quería, y que una vez que lo obtenga, se de cuenta que era lo que siempre había querido.

La tesis está dirigida a valorar la calidad de atención en el servicio de Medicina Interna, conocer los errores en el proceso, capacitar al personal y mejorar la atención en salud, mediante la aplicación de un Manual de Calidad.

No se han realizado proyectos de acción con el uso de las normas ISO en medios hospitalarios públicos, es por eso que este trabajo es un desafío para mí como autora y ejecutora del trabajo, y para el personal de salud del servicio.

El Manual de Calidad es un documento que tiene por objeto el aseguramiento de la calidad en él se describen las disposiciones generales, para prevenir las no conformidades, para acciones precisas y evitar su repetición, a través de la identificación de los procesos, alcanzar la mejora continua del sistema, así como la satisfacción de sus usuarios.

La aplicación de normas de gestión de calidad busca revertir esta realidad con el objeto de incentivar la participación del servicio en tareas complementarias como el cumplimiento de la toma de medicación, alimentación saludable, ejercicio físico, métodos de relajación.

En este trabajo se consiguió los objetivos propuestos gracias al apoyo del personal, la participación en las capacitaciones, la conformación del comité de calidad y la elaboración del manual de calidad para el servicio de Medicina Interna.

## **PROBLEMATIZACIÓN**

El Servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez, para su atención en Consulta Externa depende del Servicio de Estadística, mismo que asigna turnos sobrecargando a médicos, sin considerar el tiempo necesario para una óptima atención de cada paciente. Esta estructura trae como consecuencia una deficiente atención a los pacientes, lo que da como resultado el deterioro de su salud y el aumento de problemas; así como el incremento de los costos de atención.

Además del aumento del costo para la organización hospitalaria por el deterioro de la salud de los pacientes; la estadía hospitalaria alargada conlleva al mismo resultado, y el deterioro de la enfermedad incrementa los gastos para el paciente, quien suspende sus actividades económicas.

No existen actividades de verificación y control administrativo, ni de auditoría médica, como consecuencia de ello existen fallas administrativas y funcionales del departamento de Medicina.

Además existe una falta de capacitación del personal de salud del servicio en el tema de gestión de calidad y por ende la calidad de atención es limitada en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez, lo que genera desconfianza y poca credibilidad del paciente hacia la organización

El servicio de Medicina Interna del HPAS no cuenta con un responsable de calidad formalmente designado y capacitado para cumplir con sus funciones. No existe inducción del personal en el servicio y la comunicación interna es deficiente.

La propuesta de este proyecto es implementar un Manual de Calidad en el Servicio de Medicina Interna del HPAS , basado en las normas ISO 9001, contemplando las soluciones para cada falencia señalada, reorganizando sistemas u optimizando los mecanismos que permitirá definir funciones, tiempos de atención, complementados con las transferencias necesarias a otros centros hospitalarios, lo que mejora de la calidad de atención que reciben los pacientes y todas las consecuencias que ésto conlleva.

## **JUSTIFICACIÓN**

Un derecho por parte de los usuarios es que se les brinde la atención que se merecen y su deber es exigir y valorar la atención que se les brinda. Nuestro deber como trabajadores de la salud es optimizar nuestro accionar para satisfacer las necesidades de los pacientes, ser garantes de la salud y de su recuperación para toda la ciudadanía.

Para poder hacer viable esto, es necesario que cada instancia de este proceso asuma el rol que le corresponde, teniendo en cuenta el involucramiento de todos los actores, estandarizando los procesos, construyendo nuestro propio Manual de Calidad basado en las Normas ISO 9000, mismo que al ser aplicado por todos llevará al mejoramiento continuo de la Atención del Servicio.

El fin de este trabajo es contribuir a la gestión de aseguramiento de calidad en el servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez y optimizar la atención que reciben los pacientes.

La norma ISO 9001 promueve en la organización la necesidad de mejorar sus actividades, estimular esfuerzos, proveer los medios adecuados y asignar personal adiestrado y con conocimiento para realizar actividades en el servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez, mediante el uso de un manual elaborado que fue basado en las normas ISO

La motivación que impulsó a realizar el proyecto de acción son los pacientes internados en el Servicio de Medicina Interna del HPAS, lugar en el cual trabajo, lograr aplacar el dolor de estos pacientes y devolverles conformidad, lograr mejorar la calidad de atención que reciben y finalmente fortalecer su confianza con el sistema de salud.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General.**

Mejorar la calidad de atención del Servicio de Medicina Interna mediante la aplicación de las normas ISO, la capacitación del personal y la elaboración del manual de gestión de calidad en el Servicio de Medicina Interna del HPAS, para alcanzar la satisfacción del usuario

### **Objetivos Específicos.**

- 1) Capacitar al personal de salud del servicio de Medicina Interna del HPAS en el sistema de gestión de calidad
- 2) Aplicar las normas ISO en el Hospital Pablo Arturo Suárez, Servicio de Medicina Interna
- 3) Elaborar y aplicar el Manual de gestión de calidad para el Servicio de Medicina Interna del HPAS y difusión del mismo

## CAPITULO I

## 1. Marco Institucional

### Hospital Pablo Arturo Suárez



#### 1.1 Historia

El Hospital Pablo Arturo Suárez posee una alta trayectoria en servicio médico asistencial en la Ciudad de Quito. Fue creado por la fusión del Hospital San Juan de Dios, fundado en la época Colonial en 1565 y el Sanatorio de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA), creado en 1958 para el aislamiento de personas enfermas de tuberculosis. En 1973 se produce esta fusión creando una nueva casa asistencial llamada Pablo Arturo Suárez, el mismo que en un comienzo dependió administrativamente de la LEA, más tarde pasa a ser una unidad operativa del Ministerio de Salud Pública por decreto supremo 1364 del 11 de Diciembre en 1974, con la denominación de Hospital Pablo Arturo Suárez.

El Hospital se inicia con 216 camas, de las cuales 120 estaban destinadas para Neumología, 48 camas par Medicina Interna y 48 camas para Cirugía. En septiembre de 1989 se pone al servicio de la comunidad la Consulta Externa y en Abril de 1993 se inauguraron los servicios de Obstetricia y Neonatología.

A fines de la década de los noventa, la consulta externa se desarrolla con los servicios de demanda de la población y de especialidades que responden a la morbilidad más frecuente de la población.

Actualmente el Hospital Pablo Arturo Suárez atiende un promedio de 10500 personas anualmente en consultas ambulatorias, de las cuatro especialidades grandes de la medicina que son: Cirugía, Medicina Interna, Gineco- Obstetricia, Pediatría y Estomatología, con sus

distintas subespecialidades. Es decir esta casa asistencial solventa los problemas médicos a cerca del 5% de la población de Quito y sus alrededores.

El Hospital se encuentra ubicado en la zona nor-occidental de la ciudad de Quito, calle Ángel Ludeña y Machala. (<http://www.hpas.gob.ec/>)



### **1.2 Misión**

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social. (<http://www.hpas.gob.ec/>)

### **1.3 Visión**

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente. (<http://www.hpas.gob.ec/>)

## 1.4 Servicios

**Tabla 1. Servicios HPAS**

CLINICAS	QUIRURGICAS
<b>Emergencias</b>	Neurocirugía
<b>Gineco obstetricia</b>	Traumatología
<b>Medicina Interna</b>	Cirugía General
<b>Neurología</b>	Maxilofacial
<b>Neumología</b>	
<b>Nefrología</b>	
<b>Hematología</b>	
<b>Imagenología</b>	
<b>Odontología</b>	
<b>Psicología</b>	
<b>Psiquiatría</b>	
<b>Dermatología</b>	
<b>Otorrinolaringología</b>	
<b>Oftalmología</b>	

Fuente: Departamento de Estadística HPAS

Elaborado por: Dra Carina Coronel

## 1.5 Perfil Epidemiológico

**Tabla 2. Principales causas de morbilidad Medicina General**

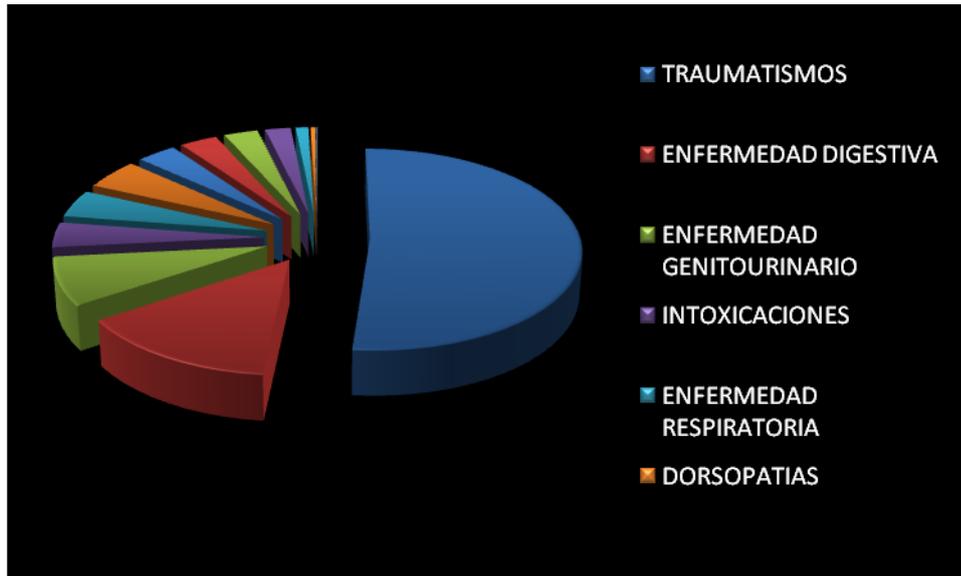
No.	Código CIE 10	DESCRIPCIÓN	TOTAL CAUSAS	SEXO		%
				HOMBRE	MUJER	
1	S00-T32	TRAUMATISMOS, FRACTURAS, LUXACIONES, HERIDAS PENETRANTES, QUEMADURAS Y CUERPOS EXTRAÑOS	6394	4477	1917	51,30%
2	K20-K92	ENFERMEDAD DEL SISTEMA DIGESTIVO	1748	719	1029	14%
3	N00-N40	ENFERMEDADES SISTEMA GENITOURINARIO	966	212	754	7,70%
6	T36-T65	INTOXICACIÓN ALCOHOLICA, MEDICAMENTOSA, ÓRGANO FOSFORADO, Y OTRAS SUSTANCIAS TÓXICAS	507	146	361	4%

5	J00- J47	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	552	230	322	4,40%
4	M00- M19, M50- M54	DORSOPATÍAS (LUMBO-CIATALGIA)	610	332	278	4,80%
7	I10- I69	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	435	168	267	3,40%
8	G24- G53	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	402	139	263	3,20%
9	E10- E14	DIABETES MELLITUS	364	141	223	2,90%
10	A00- A09, A15- A19, B00- B83	ENFERMEDADES INTESTINALES Y PARASITARIAS	284	93	191	2,20%
	....	<b>OTRAS CAUSAS</b>	<b>135</b>	<b>47</b>	<b>88</b>	1,08%
	Z02	CERTIFICADOS MÉDICOS (POLICIALES)	49	33	16	0,39%
	C00- C97	TUMORES [NEOPLASIAS] MALIGNOS	12	5	7	0,09%
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>12458</b>	<b>6742</b>	<b>5716</b>	<b>100%</b>

Fuente: Departamento de Estadística HPAS

Elaborado por: Departamento de Estadística HPAS

**Gráfico 1. Principales causas de morbilidad Medicina General**



Fuente: Departamento de Estadística HPAS

Elaborado por: Dra Carina Coronel

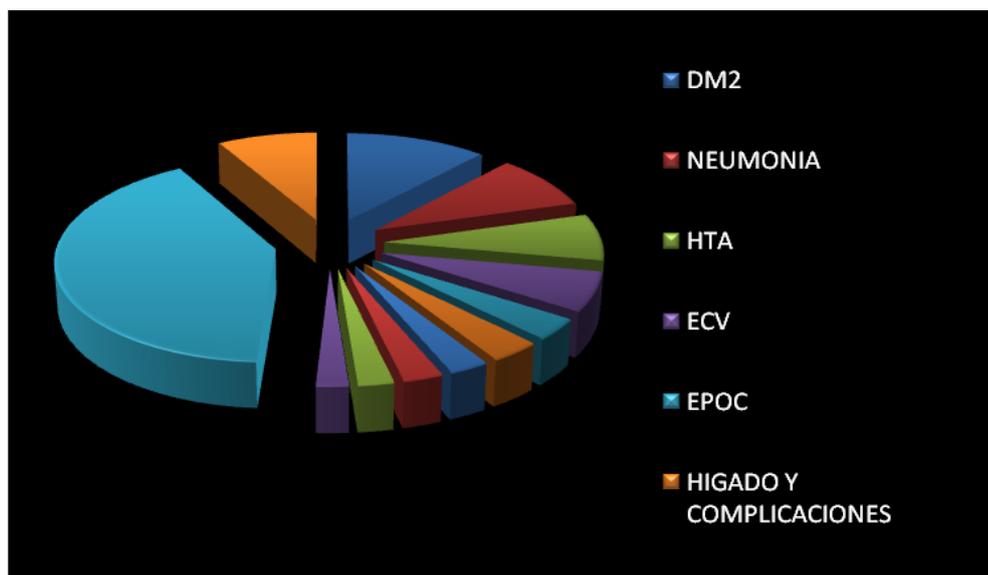
**Tabla 3. Principales causas de Morbilidad por egreso hospitalario Medicina Interna 2012**

No. ORDEN	CÓDIGO CIE-10	C A U S A S	TOTAL GENERAL	%	TOTAL TODAS EDADES		1 A 4 AÑOS		5 A 14 AÑOS		15 A 19 AÑOS		20 A 29 AÑOS		30 A 39 AÑOS		40 A 49 AÑOS		50 A 54 AÑOS		55 A 74 AÑOS		75 A 84 AÑOS		85 Y MÁS AÑOS			
					EDADES		EDADES		EDADES		EDADES		EDADES		EDADES		EDADES		EDADES		EDADES		EDADES		EDADES		EDADES	
					H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
1	E10-E14	DIABETES MELLITUS Y COMPLICACIONES	163	11,69	68	95					1	4	2	4	6	13	9	26	46	16	18	2	10	3	3			
2	J18	INFLUENZA Y NEUMONÍA	122	8,75	50	72				1	1	6	4	5	4	8	8	11	5	13	12	12	13	19				
3	I10-I13	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	104	7,46	40	64						1	3	1	2	4	11	19	9	13	8	16	7	10				
4	I60-I69	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	88	6,31	38	50				1	1	2	1	1	3	5	8	11	5	8	8	6	14	4	10			
5	J44	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	48	3,44	25	23						2					1	3	1	5	10	8	11	7				
6	K70-K76	ENFERMEDADES DEL HÍGADO Y COMPLICACIONES	48	3,44	28	20				1			2	1	1	2	4	11	6	9	4	3	2	1	1			
7	K25-K27	ÚLCERA GÁSTRICA Y DUODENAL	37	2,65	18	19				1	2	2		1	4	2	5	2	2	4		6	3	3				
8	N17-N19	ENFERMEDADES RENALES	37	2,65	23	14				3	1	4			2	1	3	8	4	2	2	3	1	2	1			
9	L02-L08	INFECCIONES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	33	2,37	23	10				4		5	1	4		2	2	6	5	1		1	1			1		
10	I50	INSUFICIENCIA CARDÍACA	30	2,15	15	15						2				1	1	5	3	3	1	1	10	3				
	-	OTRAS CAUSAS	569	40,82	256	313			1	2	20	11	25	50	41	30	27	46	61	70	32	43	33	37	16	24		
	Z49-Z51	PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD PARA PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS	115	8,25	8	107					1	2	2	23		13	1	46		19	4	3					1	
		<b>T O T A L</b>	<b>1394</b>	<b>100,0</b>	<b>592</b>	<b>802</b>			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>32</b>	<b>19</b>	<b>54</b>	<b>84</b>	<b>60</b>	<b>60</b>	<b>58</b>	<b>133</b>	<b>153</b>	<b>193</b>	<b>92</b>	<b>114</b>	<b>79</b>	<b>117</b>	<b>63</b>	<b>80</b>		

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos

Elaborado por: Dra Rosa López

Gráfico 2. Principales causas de Morbilidad por egreso hospitalario Medicina Interna 2012



Fuente: Departamento de Estadística HPAS

Elaborado por: Dra Carina Coronel

### 1.6 Objetivos Estratégicos de la Institución

**Objetivo1:** Garantizar la equidad en el acceso y gratuidad de los servicios.

**Objetivo 2:** Trabajar bajo los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud de forma integrada y en red con el resto de las Unidades Operativas de Salud del Ministerio de Salud Pública y otros actores de la red pública y privada complementaria que conforman el sistema nacional de salud del Ecuador.

**Objetivo3:** Mejorar la accesibilidad y el tiempo de espera para recibir atención, considerando la diversidad de género, cultural, generacional, socio económica, lugar de origen y discapacidades.

**Objetivo4:** Involucrar a los profesionales en la gestión del hospital, aumentando su motivación, satisfacción y compromiso con la misión del hospital.

**Objetivo 5:** Garantizar una atención de calidad y respeto a los derechos de las y los usuarios, para lograr la satisfacción con la atención recibida.

**Objetivo 6:** Desarrollar una cultura de excelencia con el fin de optimizar el manejo de los recursos públicos, y la rendición de cuentas.

## **2. Marco Conceptual**

### **2.1. Calidad**

#### **Definición**

“Es la totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio que se sustenta en su habilidad para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente, y cumplir con las especificaciones con la que fue diseñado.” (FERNANDEZ HATRE, Alfonso: Manual y procedimientos de un sistema de calidad ISO 9001-2000, 2008). En la actualidad el concepto va direccionado a una forma de gestión para la mejora continua en cualquier organización.

La calidad del servicio, un elemento básico de las percepciones del cliente; en el caso de los servicios puros (por ejemplo, atención de la salud, servicios financieros, educación), la calidad del servicio será el elemento dominante en las evaluaciones de los clientes. En casos los que el servicio o servicios al cliente son ofrecidos en combinación con un producto físico (por ejemplo, servicios TI, autoservicios), la calidad del servicio destacó estas relaciones. (ZEITHAML, Valerie, pág. 111, 2009 ).

Cuando hablamos de calidad hablamos de la asociación de equidad, eficacia y eficiencia, en la cual, ninguno de ellos tiene un comportamiento independiente, y la satisfacción del usuario dependerá del cumplimiento de estos tres principios, junto con los patrones culturales locales.

El desarrollo de una visión de calidad en torno a estos principios tiene el potencial de facilitar y promover un equilibrio institucional sustentado en la calidad del acto clínico, el respeto a la dignidad del usuario, la eficiencia de los procesos internos de gestión y la proyección social del hospital. Su aplicación, sin embargo, no está exenta de dificultades. Por una parte, la visión de calidad debe ser articulada por la dirección del hospital, pero compartida por todo el personal de la institución. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 2010).

Cumplir con un programa de gestión de calidad depende no solo de una persona, sino del trabajo conjunto de todo el personal de salud, con ayuda y dirección de los jefes respectivos. Por otra parte, la percepción de como la eficacia afecta la calidad de la salud individual y colectiva a menudo representa un conflicto, expresado en las dicotomías frecuentes entre la gestión clínica y la gestión administrativa.

## Historia

El mejoramiento de la atención en salud no es tema actual únicamente; históricamente los servicios de salud han buscado la excelencia. A principios de 1900, la realidad hospitalaria en EEUU indicaba que existían grandes déficits y que los establecimientos no eran más que pensiones para los pacientes carenciados, sin que existiera un responsable del cuidado suministrado, no se examinaba adecuadamente a los pacientes, los registros clínicos eran malos, etc.

Estas y otras conclusiones surgen en 1910 del Informe Flexner, así denominado en virtud de que su autor es considerado el iniciador de las grandes transformaciones que tuvo la atención médica en EEUU en el siglo XX. Dicho documento constituye un importantísimo informe publicado sobre la mala calidad de los servicios médicos de ese país. Puede afirmarse, sin temor a equivocarse, que las duras críticas, descarnadas muchas veces, formuladas por Flexner, tuvieron eco tanto en las sociedades médicas como en las autoridades de salud.

Como consecuencia de éstos y otros factores, en 1912 se funda el Colegio Americano de Cirujanos. Entre los objetivos centrales de la nueva institución, figuró la necesidad de desarrollar un sistema de estandarización hospitalaria. Luego de realizarse una importante reunión de especialistas en Chicago en 1917, se estableció formalmente, en 1918, el Programa del Colegio de Cirujanos de Estandarización de Hospitales. En lugar de medir los resultados finales, el programa midió el cumplimiento de los estándares relacionados con la calidad del cuidado. Como consecuencia de dicha iniciativa, en 1919, se informó que sólo 89 hospitales habían cumplimentado los estándares y que 692 (de más de 100 camas) habían sido rechazados. Estas conclusiones fueron consideradas en su época como catastróficas, por lo cual fueron quemadas las listas identificatorias de los establecimientos a fin de evitar su difusión, no obstante 109 hospitales corrigieron sus deficiencias.

En diciembre de 1919, el Colegio Americano de Cirujanos adoptó cinco estándares oficiales para la prestación de cuidados en los hospitales, que se conocieron colectivamente.

1. Los médicos y cirujanos privilegiados para ejercer en hospitales se encuentren organizados como grupo o personal definido. No se refiere a las características identificadas como establecimiento abierto o cerrado, sino a la organización que tienen los médicos que regularmente actuasen en el hospital.

2. Los médicos y cirujanos tuvieran certificados médicos y licencias médicas legales, sean competentes en su propia especialidad y tuvieran respeto por las normas éticas de la profesión, prohibiéndose la modalidad de división de honorarios bajo cualquier disfraz.
3. El personal adopte normas, reglamentos y políticas, tendientes a gobernar el trabajo profesional. En especial, celebrará reuniones por lo menos una vez al mes y el análisis y evaluación en intervalos regulares de la experiencia clínica en los distintos servicios.
4. Se demuestre la exactitud y completabilidad de los registros clínicos de los casos de todos los pacientes y sean archivados de manera accesible en el hospital.
5. Hubiera instalaciones de diagnóstico y terapéuticas disponibles para el diagnóstico y tratamiento de pacientes, incluyendo patología, radiología y servicio de laboratorio.

El Dr. Franklin Martin, uno de los profesionales que desarrolló dicho documento, expresaba que la intención de los mismos era “salvaguardar el cuidado del paciente, la competencia de los doctores, asegurar el correcto diagnóstico y prohibir la práctica de la división de honorarios bajo cualquier disfraz”.

La observación desprejuiciada de la realidad y la conciencia creciente de que la calidad de atención debía ser mejorada fueron los estímulos iniciales que impulsaron la idea de desarrollar un programa de acreditación. Así es como se crea la Joint Commission (JCAH).

El número de hospitales aprobados, que en 1919 habían llegado a 89, fue de 3290 en 1950. El proceso de acreditación incluyó distintas etapas, entre ellas: el desarrollo de estándares razonables; la difusión del pedido voluntario; la evaluación de los establecimientos realizado por profesionales conocedores de los estándares; la realización de consultas y obtención de un consenso más amplio, y por último las acciones correctoras realizadas por los establecimientos para mejorar la calidad de los servicios.

En 1966 la Joint Commission (JCAH) emprendió una revisión de los estándares entendiendo que la mayoría de los hospitales de EEUU habían logrado cumplimentar los estándares mínimos, al mismo tiempo, el Gobierno Federal decidió tomar parte de la definición de los niveles mínimos aceptables. En 1965 el Congreso Americano aprobó la ley por la cual se creó el MEDICARE (Programa Federal de Atención Médica para mayores de 65 años)

aceptando que los hospitales acreditados por la JCAH estaban en condiciones de brindar servicios sin requerir otra certificación.

Actualmente evalúa aproximadamente a 9000 organismos para el cuidado de la salud, a través de un proceso voluntario de acreditación. Esta evaluación descripta ha conducido, independientemente del éxito obtenido, a un replanteo de la orientación normativa de la JCAH, entendiendo que los actuales estándares, estructurales y funcionales, no son del todo suficientes para mejorar la calidad de la atención hospitalaria. Dicha organización ha emprendido un proceso de revisión metodológica tendiente a incorporar indicadores de resultados relacionados con el desempeño organizacional en los estándares de evaluación a los efectos de mejorar el perfil evaluativo vigente.

Este enfoque adapta la filosofía y las herramientas que las industrias han utilizado para mejorar de manera eficaz los niveles de calidad de sus productos y servicios. Los organismos para el cuidado de la salud pueden utilizar estos métodos de mejoramiento de la calidad para lograr más eficiencia en los servicios, reducir los costos y mejorar la calidad.

Fuera de los EEUU la acreditación se extendió a distintos países. Además de Canadá, en 1973 Australia inició un programa similar que se mantiene en vigencia. En Europa, Gran Bretaña, los Países Bajos y España tienen programas de evaluación o En Asia, Corea del Sur tiene establecido un programa de acreditación para hospitales de referencia docentes. En Japón se ha desarrollado un programa denominado "Círculos de Calidad" tendientes a evaluar problemas relacionados con la calidad de la atención médica.

Su contenido está relacionado con el marco cultural de la sociedad japonesa y demuestra la posibilidad de enfoques alternativos. En este caso, resaltando un aspecto que para los programas de Occidente se encuadra en la denominada genéricamente "autoevaluación".

México tiene una interesante experiencia en programas dedicados a la calidad de la atención médica y a la aplicación de programas de círculos de calidad. En América Latina y el Caribe existe además una importante tendencia vinculada al desarrollo de Programas de Garantía de Calidad en los últimos años.

En la República Argentina hubo diversas iniciativas del ámbito público y privado que fueron por ejemplo, desde la definición en su momento de niveles de complejidad hospitalaria, el

sistema de acreditación de Residencias Médicas a través de la CONAREME, la certificación y recertificación de profesionales a través de Instituciones Científicas y Académicas, y algunas experiencias de acreditación de establecimientos voluntaria y privada.

En el marco de todos estos antecedentes y a fin de darle coherencia, persistencia en el tiempo y dimensión nacional, se crea el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM) en el año 1992. (WILLIAMS, Guillermo. Calidad de los Servicios de Salud, 2005)

### **Calidad de Salud en el Ecuador**

Nuestro país en los últimos años ha procurado mejorar la calidad de atención, principalmente en el primer nivel de atención y desarrolla el Plan del Buen Vivir.

Dentro del Plan Nacional del Buen Vivir se ha considerado como tema principal el reposicionamiento del sector social y la salud como eje fundamental del desarrollo y bienestar a través de la recuperación de lo público, lo que ha precisado una reforma estructural al MSP que permita la articulación del sistema público de salud para lo cual se diseñó y se implementó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que se orienta a garantizar el derecho a la salud para toda la población, con un enfoque comunitario, familiar, pluricultural y de género, basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), que busca acercar los servicios integrales de salud a los hogares y la comunidad, fortaleciendo el primer nivel como puerta de entrada obligatoria a la red integral de servicios de salud en todas sus componentes entre ellos infraestructura, equipamiento y tecnología para lo cual se ha determinado reformas al financiamiento de la salud en el país.

Se crearon normativas entre las que se encuentra el Licenciamiento, la que entre otras, definió la estrategia de fortalecimiento del primer nivel de atención a través de cuatro ejes:

1. Construcción y mejoramiento de la infraestructura, equipamiento y mobiliario de los servicios de salud.
2. Mejorar la capacidad resolutoria del Talento Humano.
3. Implementación de un sistema informático único de información (Sistema informático para la gestión integral de salud – SIGIS)
4. Definir el modelo de gestión de los establecimientos de salud.

Con el fin de fortalecer el Primer Nivel como parte del MAIS, se creó el Proyecto de Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad, el cual inicialmente fue estructurado para financiar obras de construcción y mantenimiento de la infraestructura existente de los Centros de Salud así como para la adquisición de equipamiento y mobiliario de dichas unidades. Sin embargo a través de la Planificación Territorial se determinó la brecha existente entre la demanda de los servicios de salud versus la oferta actual, de lo cual se diagnosticó los siguientes determinantes de las condiciones del Primer Nivel de Atención:

- No existe un sistema informatizado que permita la generación de registros por actividad, por uso de recursos para la atención, por persona y por unidad operativa, necesita de tiempo y personal para el procesamiento y análisis de la información, más aún cuando debe ser organizada para la toma de decisiones, tanto a nivel de cada servicio, de cada unidad y de nivel de gestión operativa, intermedia y estratégica. Así mismo, cuando se trata de intercambiar información con otras instituciones del sector salud y de otros sectores relacionados con el desarrollo humano y con las condiciones sociales, económicas y culturales de la población ecuatoriana.
- De igual manera la infraestructura, el equipamiento y las instalaciones eléctricas y sanitarias existentes no responden a la demanda y sistema de prestación de los servicios de acuerdo al MAIS. Con estos antecedentes, el Proyecto de Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad redefinió su campo de acción para actuar como ente financiador de la puesta en marcha de los nuevos centros de salud, a través del Instituto de Contratación de Obras -ICO- , así como de la readecuación de los centros de salud a mantenerse y la adquisición de equipamiento biomédico, tecnológico y mobiliario (clínico, básico y de oficina) para la totalidad de los mencionados establecimientos de salud (<http://www.salud.gob.ec/fortalecimiento-de-la-red-de-servicios-de-salud-y-mejoramiento-de-la-calidad/> )

#### **Dimensiones de la calidad**

- ❖ Confiabilidad: capacidad para ejecutar el servicio prometido en forma digna de confianza y con precisión.
- ❖ Sensibilidad: disposición a ayudar a los clientes y proporcionar un servicio expedito.

- ❖ Seguridad: conocimiento y cortesía de los empleados y su capacidad para inspirar confianza y seguridad.
- ❖ Empatía: cuidado, atención individualizada dada a los clientes.
- ❖ Tangibles: apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y materiales impresos. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 2010).

Las dimensiones de calidad dependerán de la localidad donde serán aplicadas, se ha demostrado además que las diferencias culturales pueden causar también que las dimensiones originales sean interpretadas de manera ligeramente diferente.

## **2.2 Relación y aplicación con la Norma ISO 9001**

Esta norma internacional proporciona directrices con el fin de considerar tanto la eficacia como la eficiencia de un sistema de la calidad y por lo tanto el potencial de mejora del desempeño de la organización. Es aplicable a los procesos y por lo tanto pueden difundir en la organización los principios de calidad y la consecución de la mejora continua medida a través de la satisfacción de pacientes y de las demás partes interesadas. (Iliana Monzón Quintana, principios de la Gestión de la Calidad, 2004).

Es un sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad y está integrado en las operaciones de la empresa u organización y sirve para asegurar su buen funcionamiento y control en todo momento.

Una herramienta adecuada que orienta de la estructura organizacional por procesos de la institución y brinda los lineamientos que en materia de calidad regirán la organización es el **MANUAL DE GESTIÓN DE CALIDAD**, mismo que será implementado para incorporar las normas ISO en forma estandarizada en el Servicio de Medicina Interna, para contar con personal con actitud de servicio y con sistemas, procesos y procedimientos estandarizados y automatizados, con la finalidad de proporcionar oportunamente una respuesta a la demanda y garantizar el adecuado funcionamiento del servicio bajo principios éticos y enfoque en la mejora continua de los procesos

Además es oportuno la actuación de un **COMITÉ DE CALIDAD** en el servicio, mismo que propone directrices y políticas de calidad, emite observaciones y recomendaciones para adecuar procesos, procedimientos instructivos y situaciones en que se incurra incumplimiento de leyes, reglamentos o normas que son de observancia obligatoria en

materia de salud y servicios públicos. Además Evaluará problemas y propuesta de medidas preventivas, correctivas y de mejora para la eficiencia y eficacia de los servicios, así como para la evaluación de los resultados alcanzados, fomentará la integración del personal de salud hacia la cultura de calidad institucional.

#### **Sistemas de Gestión de la Calidad.-**

- a) Identificar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación
- b) Determinar la secuencia e interacción de estos procesos
- c) Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces
- d) Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos
- e) Realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos
- f) Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos. (AMARISTA Zaida, SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, 2006.)

Para conducir y operar una organización en forma exitosa se requiere que ésta se dirija y controle en forma sistemática y transparente.

#### **Documentación.-**

- a) Declaración documentada de una política de la calidad y de objetivos de la calidad
- b) Un manual de la calidad
- c) Los procedimientos documentados requeridos en esta norma internacional
- d) Los documentos necesitados por la organización para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de los procesos
- e) Los registros *requeridos por la norma*. (AMARISTA Zaida, SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, 2006.)

Siempre se debe documentar todo lo que hacemos, hacer lo que escribimos y demostrarlo.

#### **Compromiso de la dirección.-**

- a) Comunicando a la organización la importancia de satisfacer tanto las necesidades del paciente como los legales y reglamentarios
- b) Estableciendo la política de la calidad
- c) Asegurando que se establecen los objetivos de calidad

- d) Llevando a cabo las revisiones por la dirección
- e) Asegurando la disponibilidad de recursos (AMARISTA Zaida, SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, 2006.)

La Dirección debe estar en condiciones de suministrar pruebas de su compromiso con el desarrollo y la implementación del sistema de calidad. Para hacerlo, debe llevar a cabo las tareas listadas anteriormente.

#### **Comunicación interna y revisión de la información.-**

La información para la revisión por la dirección debe incluir:

- a) Resultados de auditoría
- b) Retroalimentación de pacientes
- c) Desempeño de los procesos y conformidad del servicio
- d) Estado de las acciones correctivas y preventivas
- e) Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas
- f) Cambios que podrían afectar el sistema de gestión de la calidad
- g) Recomendaciones para la mejora. (AMARISTA Zaida, SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, 2006.)

La alta dirección debe asegurarse de que establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad

#### **Recursos Humanos.-**

- a) Determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del servicio.
- b) Proporcionar formación o tomar otras acciones para satisfacer dichas necesidades
- c) Evaluar la eficacia de las acciones tomadas
- d) Asegurarse de que el personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos
- e) Mantener los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia. (AMARISTA Zaida, SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, 2006.)

El personal de la organización debe estar motivado, seguro de sus funciones y responsabilidades, para conseguir los objetivos deseados.

### **Infraestructura.-**

- a) Edificios, espacios de trabajo y servicios asociados
- b) Equipo para los procesos, técnicos y administrativos
- c) Servicios de apoyo como transporte y comunicación- (AMARISTA Zaida, SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, 2006.)

Es responsabilidad de los trabajadores, funcionarios y directivos ofrecer los servicios hospitalarios sustentados en principios éticos, que reflejen los valores humanos en el plano colectivo e individual, y se manifiesten en un alto compromiso moral con ese encargo de la sociedad.

Debe asumirse una actitud responsable hacia la Calidad, que se convierta en un principio de conducta cotidiana, expresada en el desempeño integral a partir de la sensibilidad humana y el elevado nivel científico y profesional, como resultado del desarrollo de ideas, valores y conocimientos.

La conducción de los procesos de calidad por la dirección de las instituciones hospitalarias parte del ejemplo personal y requiere una elevada maestría y eficiencia en la formación integral de los trabajadores, para que adopten decisiones acertadas en cada momento de actuación. En ese empeño se debe propiciar el análisis de su propia conducta y la del colectivo, estimulándolos a realizar valoraciones con independencia y creatividad, para dar respuesta a los problemas identificados.

La Calidad Hospitalaria es una responsabilidad del Director del Hospital junto a todos los trabajadores. El Programa para el perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios requiere como cimiento a un colectivo de trabajadores motivado, comprometido, con sólidos valores humanos, morales y éticos.

Es un imperativo disponer de un diseño metodológico que incluya líneas de trabajo para elevar la calidad de la atención médica en los hospitales, con un sistema evaluativo capaz de detectar las alteraciones que puedan aparecer.

## **2.3 Indicadores de Calidad**

### **Definición**

Un indicador es la expresión objetiva del desempeño, medido a través de la relación entre las variables que intervienen en un proceso; se constituyen, por necesidad de información, son los insumos básicos que permiten construir diagnósticos y evaluaciones útiles para la gestión y operación de servicios, es preciso conocer sus características, alcances, limitaciones y supuestos respecto a la realidad que pretenden medir directa o indirectamente. (Pesantez L, Mary Graciela. Supervivencia, rentabilidad y crecimiento. 2013.)

Con los indicadores de calidad se concretan los objetivos y tareas que se propone una organización, se vuelven expresiones medibles, datos cuantitativos fáciles de evaluar La información sobre servicios de salud se basa tanto en datos en forma de indicadores, que aportan el aspecto cuantitativo, pero también se utiliza información textual que es importante para dar sentido a los indicadores y poder interpretarlos en contexto. (Pesantez L, Mary Graciela. Supervivencia, rentabilidad y crecimiento. 2013.)

El sistema de indicadores facilitará que los resultados puedan compararse, basados en una estandarización, lo que será motivo de estrechamiento de relaciones entre todo el sistema de gestión de calidad.

### **Indicadores de Gestión**

Son criterios que se utilizan para evaluar el comportamiento de las variables. Los indicadores pretenden valorar las modificaciones (variaciones dinámicas) de las características de la unidad de análisis establecida, es decir, de los objetivos institucionales y pragmáticos. Permiten valorar los siguientes elementos:

- Utilización de los recursos humanos, físicos, financieros, ecológicos y de tiempo.
- Cumplimiento de actividades, tareas o metas intermedias.
- Rendimiento físico promedio, medido este como la relación que existe entre los logros y los recursos utilizados.
- Costo promedio/efectividad /resultado o costo/beneficio
- Grado de eficiencia
- Tiempo. (Pesantez L, Mary Graciela. Supervivencia, rentabilidad y crecimiento. 2013.)

Este tipo de indicadores nos permitirán:

- ❖ Determinar el éxito o fracaso de una organización

- ❖ Evaluar el desempeño, funciones y procesos que se consideran prioritarios y valorar espacio-tiempo
- ❖ Hacer seguimiento de los resultados de una empresa de salud mediante la valoración de la estructura, procesos y resultados.

### **Clasificación de los indicadores**

#### **Indicadores de Estructura**

Son los que miden cuatro aspectos básicos: Presupuesto, Oferta de servicios, Conectividad necesaria para el sistema de información y Estructura de Vigilancia de la Salud. Se planteó su evaluación anual.

- Indicadores de disponibilidad
- Indicadores de accesibilidad

#### **Indicadores de Proceso**

Se definen como el conjunto de datos obtenidos durante la ejecución del proceso, y referidos a ésta, que permiten conocer el comportamiento del mismo y, por tanto, predecir su comportamiento futuro en circunstancias similares.

- Indicadores de extensión de uso
- Indicadores de intensidad de uso
- Indicadores de utilización
- Indicadores de productividad
- Indicadores de rendimiento
- Indicadores de calidad.

#### **Indicadores de Resultados**

Los indicadores son útiles para poder medir con claridad los resultados obtenidos con la aplicación de programas, procesos o acciones específicos, con el fin de obtener el diagnóstico de una situación, comparar las características de una población o para evaluar las variaciones de un evento.

- Indicadores de eficacia
- Indicadores de eficiencia
- Indicadores de efectividad.(Pesantez L, Mary Graciela. Supervivencia, rentabilidad y crecimiento. 2013.)
- Indicadores de impacto

**Tabla 4. Clasificación de Indicadores**

INDICADOR GENERAL	INDICADOR ESPECIFICO	INDICADOR	FORMULA	QUE MIDE
Indicador de resultado	Indicador de eficacia	% reingresos a emergencia	número reingresos en 24hs/ número egresos emer x 100	%eficacia y calidad de atención
Indicador de Procesos	Indicador de calidad	%de exámenes de imagen no reclamados	( total de exámenes no reclamados/total de exámenes) x 100	% exámenes necesarios de imagen
Indicadores de estructura	Indi. De accesibilidad	Oportunidad citas médicas	No citas asistidas/ No citas solicitadas	acceso a citas efectivas

Elaboración: Pesántez León, M, 2011. Riobamba-Ecuador

Fuente: Supervivencia, rentabilidad y crecimiento

#### 2.4 Manual de Calidad del Servicio de Medicina Interna ( Anexo 8)

El Manual de la calidad ha de proporcionar información acerca del SGC de la organización y ha de especificar:

- El alcance del SGC (incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión)
- Los procedimientos documentados establecidos para el SGC (o referencia a los mismos)
- Una descripción de la interacción entre los procesos del SGC de la organización.

Además, también puede incluir:

- Las actividades de la organización.
- Las características principales del SGC.
- La política de calidad y los objetivos a ella asociados.
- Declaraciones relativas a responsabilidad o autoridad.
- Una descripción de la organización (por ejemplo, un organigrama)
- Cómo funciona la documentación y dónde debe dirigirse el personal para encontrar los procedimientos acerca de cómo hacer las cosas
- Una definición de los términos que tengan un significado singular para la organización. ([http://es.wikipedia.org/wiki/Manual\\_de\\_calidad](http://es.wikipedia.org/wiki/Manual_de_calidad))

Este manual de calidad constituye una herramienta de orientación de la estructura organizacional por procesos de la institución y brinda los lineamientos que en materia de

calidad regirán la organización, para contar con personal con actitud de servicio y con sistemas, procesos y procedimientos estandarizados y automatizados, con la finalidad de proporcionar oportunamente una respuesta a la demanda y garantizar el adecuado funcionamiento del servicio bajo principios éticos y enfoque en la mejora continua de los procesos.

Es responsabilidad de todos y cada uno de los trabajadores de salud del servicio, aplicar el manual de calidad propuesto y mantener los procesos necesarios para su cumplimiento.

### **Objetivos del Manual**

- Desarrollar un proceso de mejoramiento continuo en la calidad de prestación de servicios de salud y de información proporcionada al paciente y familia, mediante la evaluación periódica de las necesidades y expectativas de los usuarios.
- Fortalecer las líneas de comunicación e información que den altos niveles de confiabilidad, oportunidad y seguridad tanto a los funcionarios como a los usuarios
- Brindar una atención integral en salud que incluya acciones de fomento, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en el proceso salud—enfermedad individual, familiar y comunitario, contribuyendo con el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y sus familias.
- Desarrollar estrategias que permitan alcanzar una cultura de servicio.

### **Estructura del Manual de Calidad**

#### **General**

- Compromiso
- Alcance del sistema de gestión de calidad

#### **Referencias**

#### **Requisitos del sistema de Gestión de Calidad**

- Requisitos Generales
- Requisitos de la documentación
- Manejo de los documentos

#### **Responsabilidad de la dirección**

- Compromiso de la dirección.
- Direcciones Médica, de Enfermería y de Gestión
- Coordinador de Calidad y Responsables de Calidad
- Comunicación interna y revisión de la información

- Procesos relacionados con el usuario
- Seguimiento de los procesos
- Servicio prestado
- Satisfacción del cliente
- Análisis de datos
- Administración de riesgos

#### Gestión de los Recursos

- Recursos humanos
- Formación del personal
- Infraestructura
- Ambiente de trabajo

#### Medición, análisis y mejora

- Gestión de calidad
- Cuestionario para valoración de gestión de calidad en el servicio de Medicina Interna del HPAS
- Satisfacción de los pacientes
- Encuesta de satisfacción de los pacientes internados en el servicio de Medicina Interna del HPAS

## **CAPITULO II**

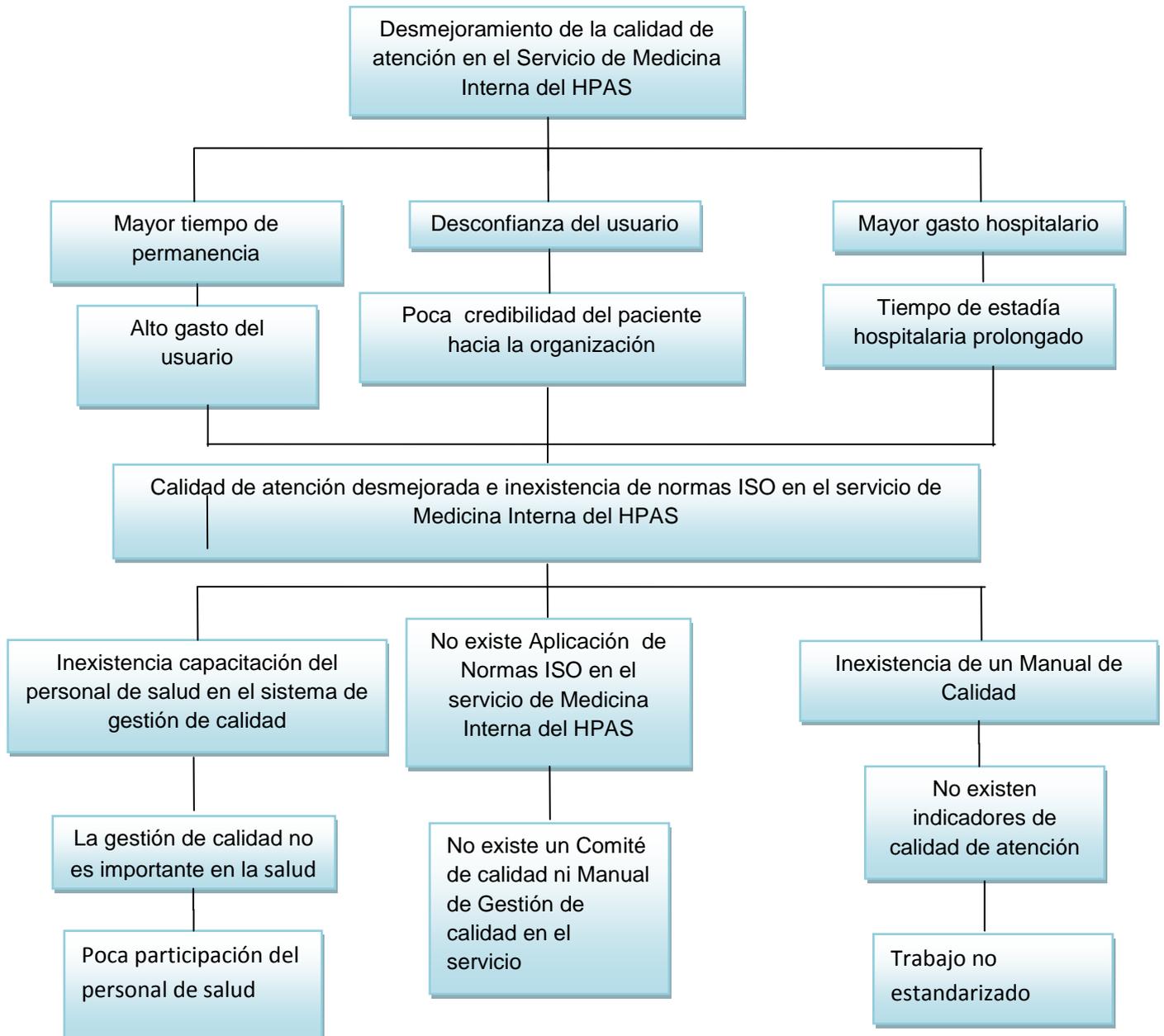
## 1. Diseño Metodológico

### 1.1 Matriz de Involucrados

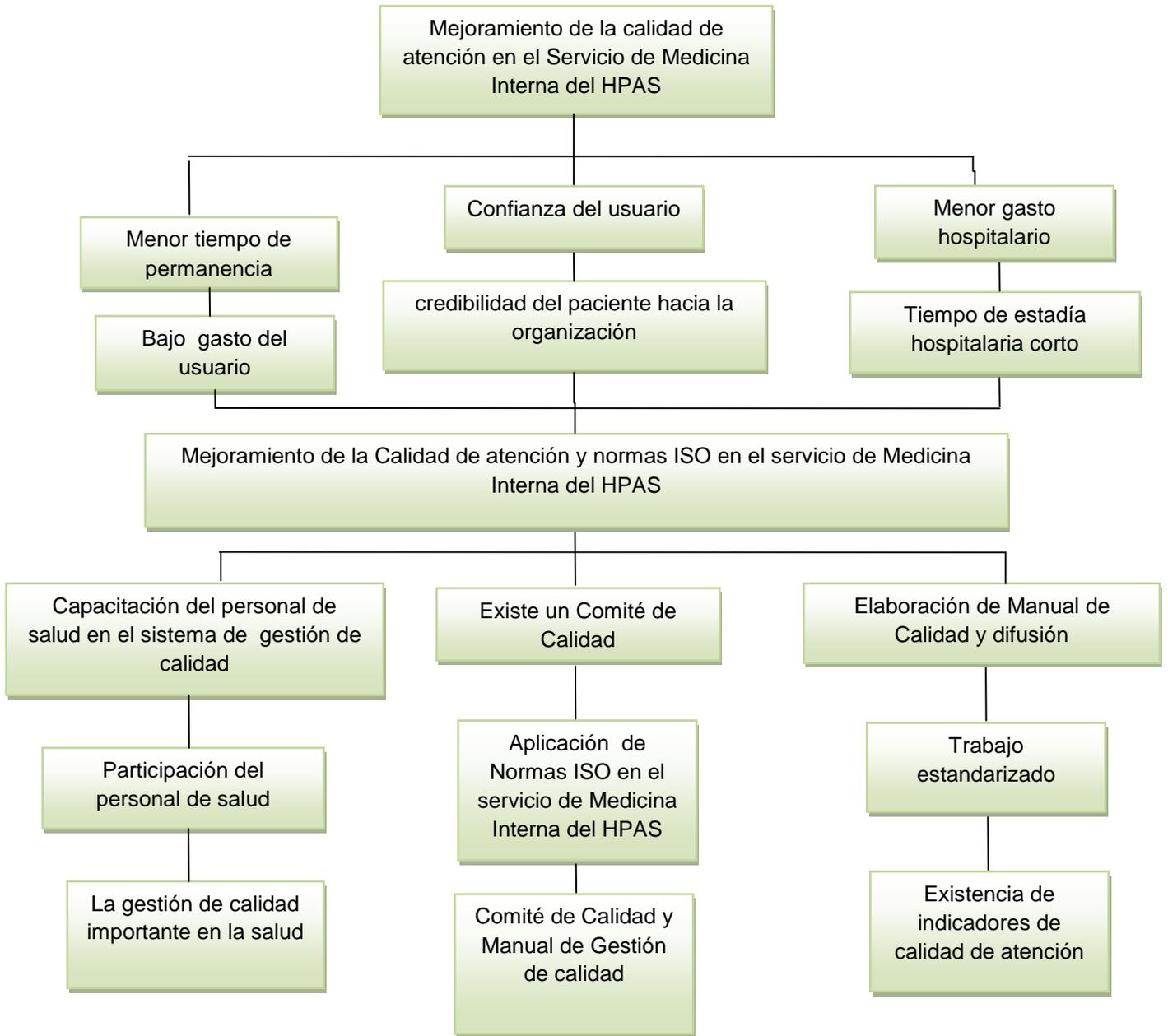
GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Pacientes del servicio de Medicina Interna del HPAS	Mejorar la atención durante su internación hospitalaria	Recursos humanos <b>CONSTITUCIÓN REGIMEN DE LA SALUD DEL DERECHO A LA SALUD Y SU PROTECCION ARTICULO 1.</b> Derecho universal a la salud regido por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, calidad y eficiencia	Desconocimiento de sus derechos como pacientes
Personal de salud del servicio de Medicina Interna del HPAS	Perfeccionamiento continuo de atención brindada a los pacientes del servicio	Recursos humanos <b>CONSTITUCIÓN REGIMEN DE LA SALUD DE LA LEY ORGÁNICA DE SALUD ARTICULO 3</b> La salud es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del estado y la sociedad	1)Poca colaboración del paciente 2)Poco interés del personal acerca de la gestión de calidad 3)Desconocimiento del tema
Maestrante de la UPTL	1)Elaboración de la tesis 2)Difundir conocimientos 3)contribuir a una mejor calidad de atención de	Recursos humanos y materiales  Mandatos: conocimientos impartidos <b>SENESCYT</b> Tesis de grado obligatoria para obtención de título de cuarto nivel	1)limitada comunicación y coordinación entre el personal de salud encargado de aplicar el plan de gestión de calidad 2) Falta de apoyo del personal

	los pacientes		
Directivos del HPAS	Mejorar la calidad de atención hospitalaria Del HPAS	<p>Recursos humanos</p> <p><b>REGLAMENTO INTERNO DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ</b></p> <p><b>OBLIGACIONES DEL PERSONAL DE SALUD DEL HPAS</b></p> <p><b>ARTICULO 2</b></p> <p>Todas las personas relacionadas al equipo de salud tienen la obligación de velar por la conservación y recuperación de la salud personal, familiar y de la comunidad</p>	<p>1) Escasa colaboración del personal de salud</p> <p>2) Falta de preparación del personal</p>
Jefe de Medicina Interna del HPAS	Mejorar la calidad de atención y productividad departamental	<p>Recursos humanos</p> <p><b>REGLAMENTO MEDICINA INTERNA HPAS</b></p> <p>Aumentar la capacidad de la organización para lograr satisfacer las necesidades de los usuarios externos e internos, por estar la organización en permanente cambio e innovación</p>	<p>1) Limitada colaboración del personal y falta de comunicación interna</p> <p>2) Excesivas obligaciones y falta de tiempo para nuevas actividades</p> <p>3) Poco interés de la mayor parte del personal para el cumplimiento de las nuevas normas</p>

## 1.2 Árbol de problemas



### 1.3 Árbol de Objetivos



### 1.4 Matriz del Marco Lógico

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p><b>FIN</b></p> <p>Contribuir a mejorar la satisfacción del paciente internado en en servicio de Medicina Interna del HPAS</p>			
<p><b>PROPÓSITO</b></p> <p>Calidad de atención mejorada con la aplicación de las Normas ISO en el Servicio de Medicina Interna del HPAS</p>	El 80% de la calidad de atención mejorada con las normas ISO hasta diciembre del 2013	Encuestas de satisfacción	Personal de salud participando en normativa de calidad
<p><b>COMPONENTES</b></p> <p>1) Personal de salud de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez capacitado en el sistema de gestión de calidad</p>	70% de personal de Medicina Interna capacitados hasta octubre del 2013	Listas de registro de capacitación Plan de capacitación	Personal de salud participando activamente
<p>2) ISO aplicadas en el Servicio de Medicina Interna del HPAS</p>	Comité de calidad establecido, Manual de calidad departamental	Registro de actos y conformación del comité y responsabilidades de los miembros del comité	Personal de salud del Servicio de Medicina Interna participando en el comité
<p>3) Manual de calidad elaborado y difundido</p>	Manual de calidad elaborado hasta diciembre del 2013	Manual impreso y plan de difusión realizado Lista de asistentes	Trabajadores de salud participando en la elaboración del manual

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
1. Personal de salud del Servicio de Medicina Interna del HPAS capacitado en el sistema de Gestión de calidad			
A1.1 Planificación del taller de capacitación que será dictado al personal de salud del servicio de medicina interna	Autora del proyecto, jefe del servicio, jefe de médicos residentes y enfermeras	Hasta octubre 2013	43.9\$
B1. Definición de temas que serán expuestos y horarios	Jefe de recursos humanos, autora del proyecto	Hasta octubre 2013	17.8\$
C1. Taller de capacitación sobre normas ISO y gestión de calidad dirigida a médicos tratantes, residentes y posgradistas del servicio, enfermeras, auxiliares de enfermería internos del servicio y externos	Autora del proyecto	Hasta octubre 2013	488,8\$
D1. Memorias del taller	Autora del proyecto	Hasta octubre 2013	70\$

<b>2 .Aplicación de las Normas ISO en el servicio de Medicina Interna del HPAS</b>			
A2. Definición de perfiles de los integrantes del comité de calidad	Jefe del servicio, autora del proyecto	Hasta noviembre del 2013	26\$
B.2 Conformación del comité de calidad del Servicio de Medicina Interna	Jefe del servicio, autora del proyecto, residentes y jefes de enfermeras	Hasta noviembre del 2013	325,4\$
C2. Establecimiento de responsabilidades de cada miembro	Autora del proyecto	Hasta noviembre del 2013	10.4\$
D2. Firma de actos y compromisos	Autora del proyecto	Hasta noviembre del 2013	10.4\$
E2. Elaboración de indicadores de monitoreo	Autora del proyecto	Hasta noviembre del 2013	10.4\$
F2. Elaboración de Manual de calidad del Servicio de Medicina Interna del HPAS	Desarrollado en parte C ( Manual de calidad elaborado y difundido )		

<b>3. Manual de calidad elaborado y difundido</b>			
A3. Levantamiento de las necesidades de calidad basados en el cuestionario de gestión de calidad aplicado	Autora del proyecto, jefe del comité de calidad	Hasta diciembre del 2013	31.2 \$
B3. Elaboración del manual de calidad	Autora del proyecto, comité de calidad del servicio de Medicina Interna	Hasta diciembre del 2013	624 \$
C.3Plan de Socialización	Autora del proyecto, comité de calidad del servicio de	Hasta diciembre del 2013	124.8 \$

	Medicina Interna		
D3. Elaboración de indicadores de calidad	Autora del proyecto, comité de calidad del servicio de Medicina Interna	Hasta diciembre del 2013	156 \$
E3. Impresión y entrega de manual de calidad	Autora del proyecto , comité De calidad del servicio	Hasta diciembre del 2013	27 Ejemplares \$40

## CAPÍTULO III

## 1. Desarrollo del Componente 1

Se desarrolló el primer componente que es la capacitación del personal de salud, esperando conseguir un 70% del personal capacitado, con interacción de los oyentes y con un registro de firmas de los asistentes

### A1. Planificación del Taller de Capacitación

Inicialmente se planificó un taller para el personal del servicio de Medicina Interna, pero luego de conversaciones con la Lcda. Jefe de Recursos humanos, se nos dio la apertura para participar de la charla sobre calidad y normas ISO dirigida para todo el personal del hospital

Se nos concedió una hora para la charla, pues el hospital al momento implementó charlas de docencia los viernes de 7 a 8 am.

#### Programación de la capacitación

Charla en Medicina Interna	Jueves 5 de septiembre del 2013
Charla para todo el personal de salud del HPAS	Viernes 6 de septiembre del 2013

### B1. Planificación de los temas a tratar

Se planificó los temas que serán tratados en las charlas, los cuales fueron:

- a) Presentación del estudio que realizaré en el servicio
- b) Definición de calidad y sus dimensiones
- c) Relación de la calidad con las normas ISO 9000
- d) Enfoque de las normas ISO 9000 en el campo hospitalario y departamental
- e) Explicación de componentes de las ISO
  - ✓ Sistema de gestión de calidad
  - ✓ Documentación
  - ✓ Compromiso de la dirección
  - ✓ Comunicación interna y revisión de la información
  - ✓ Recursos humanos
  - ✓ Infraestructura
- f) Exposición de los indicadores de calidad que podrán ser usados en el servicio para valoración de gestión de calidad (ANEXO1) Plan de Capacitación

### **C1. Taller de Capacitación**

La charla en el servicio de Medicina Interna se realizó el jueves 5 de septiembre, con la asistencia del jefe del Servicio de Medicina Interna, Jefe de docencia del servicio, director administrativo del hospital, director médico del hospital , médicos tratantes de medicina interna, médicos residentes de medicina interna, internos rotativos de medicina, externos, enfermeras, auxiliares , internas de enfermería, entre otros.

La segunda charla fue realizada el viernes 6 de septiembre, en el comedor hospitalario por cuestión de espacio, dirigida a todo el personal de salud del hospital y dictada por la Lcda. Jefe de Recursos humanos (Norma Suárez), el Jefe de residentes de Medicina Interna (Edison Barreto) y mi persona

Charla dictada en el servicio de Medicina Interna dirigida al personal departamental  
(Expositora Dra Carina Coronel)



Charla dirigida a todo el personal de salud Hospitalario (Expositores: Dr. Edison Barreto, Dra Carina Coronel, Lcda. Jefe Recursos Humanos )



#### **D1.Memorias del taller**

- Se logró capacitación del 90% del personal de Medicina Interna y del 50% del personal del Hospital
- Durante la charla se detectó que existe una resistencia que genera una estructura consolidada por hábitos y costumbres: hábito de cumplir jornadas de trabajo donde el único referente se refiere a la carga horaria que le corresponde y no al trabajo que desarrolla en esas horas.
- Con esta charla se logra romper la resistencia y recelos para crear compromiso con el proyecto con el pedido de fortalecer la socialización con un manual de normas aplicables en el servicio
- Se logró la participación tanto del personal del servicio de Medicina Interna , como del resto de los servicios del hospital, gracias a la colaboración de recursos humanos, dando charlas de carácter obligatorio acerca de calidad de atención y normas ISO , que inicialmente eran de poco interés para la mayor parte del personal, pero que finalmente interesaron a la mayoría, principalmente a los jefes del resto de servicios, culminando con el objetivo de extender un manual para uso de todo el hospital, con especificaciones por servicio.

#### **Análisis del Componente 1**

Con las charlas dictadas se consiguió personal de salud capacitado, ocupando áreas de trabajo específicas donde se aproveche su auténtica preparación académica y/o su experiencia, comprometidos con los objetivos propuestos, afán de crecimiento y verdadero amigo del paciente.

Es evidente la cultura del "no" difundida en nuestra sociedad, pensando siempre que cualquier programa o investigación no es aplicable en nuestro país, no es posible en el área de salud. Existe la cultura de la resistencia, nuestra sociedad piensa que las normas, los cambios que se desean realizar en una organización, pueden trastocar su trabajo y su vida; magnifican conceptos de normas y consideran que puede generar obligación de mejor preparación académica y monitoreo constante de su trabajo.

## **2. Desarrollo del Componente 2**

### **A2. Definición de los perfiles de los integrantes del Comité de Calidad**

#### **Presidente y Vicepresidente del Comité de Calidad**

##### **Requisitos personales:**

- Título superior
- Al menos 6 meses de experiencia laboral en el servicio de Medicina Interna del HPAS
- Participación en el taller de normas ISO dictado en el servicio de Medicina I.

##### **Requisitos generales:**

- Capacidad para orientar la acción de su grupo en una dirección determinada, inspirando valores de acción y anticipando escenarios.
- Habilidad para fijar objetivos a su equipo, realizar su seguimiento y brindar retroalimentación sobre su avance integrando las opiniones de los diferentes integrantes.
- Habilidad para desarrollar su energía y transmitirla a otros en pos de un objetivo común.
- Plantear abiertamente los conflictos para optimizar la calidad de las decisiones y la efectividad de la organización.
- Capacidad para solicitar opinión al resto del grupo, y valorar sinceramente las ideas y experiencia de los demás, manteniendo una actitud abierta para aprender de los otros.

- Habilidad para promover la colaboración de los distintos equipos, al interior de cada uno de ellos.
- Capacidad de valorar las contribuciones de los demás aunque tengan diferentes puntos de vista.
- Valora las contribuciones ajenas, aún cuando se le plantean diferentes puntos de vista.
- Facilidad de comunicación con el resto del servicio.
- Promueve el desarrollo de un ambiente de trabajo amistoso, de buen clima y cooperación.

### **Secretario/a del Comité de Calidad**

#### **Requisitos personales**

- Título superior
- Al menos 6 meses de experiencia laboral en el servicio de Medicina Interna
- Participación en el taller de normas ISO dictado en el servicio

#### **Requisitos generales:**

- Manejo de archivos y sistemas
- Digitación o mecanografía.
- Personalidad equilibrada y proactiva
- Criterio propio para actuar oportunamente y distinguir prioridades.
- Capacidad de crear, innovar e implementar
- Habilidades comunicativas y escucha activa

En la definición en el Manual de Gestión de calidad de los requisitos para integrar el Comité de Calidad se contempla antecedentes académicos necesarios para calificar una base de conocimientos, pero es necesario complementar con atribuciones particularmente humanas; ese componente que responde a la riqueza emocional y de actitud propia de quienes viven, o han vivido estrechamente vinculados a la comunidad, entienden el drama de la pobreza, los males de la injusta repartición de la riqueza y bajo esos preceptos, desarrollan un especial talento para liderar, orientar, inspirar, motivar y habilidad para comunicar.

Cuando se menciona la necesidad de cumplir la medicatura rural y luego un tiempo mínimo de trabajo en la unidad de Medicina Interna del HPAS, se pretende encontrar profesionales que han estado en contacto con la comunidad, sus costumbres, sus males, y, además

conozcan el funcionamiento interno de la Unidad de Salud donde se aplica el mecanismo para lograr una gestión de calidad

## **B2. Conformación del Comité de Calidad**

Viernes 11 de octubre del 2013

Se reunió al personal médico y de enfermería del servicio de Medicina Interna; se explico los objetivos del comité de calidad, las responsabilidades de cada uno de los integrantes y se realizo la votación para presidente, vicepresidente y secretario del comité de calidad.

Tomando en cuenta trabajo y responsabilidades hospitalarias se designo como presidente del Comité de calidad al doctor Edison Barreto, jefe de residentes del servicio, como vicepresidente mi persona Dra. Carina Coronel, residente asistencial del servicio y autora del proyecto, Dra. Verónica Chávez como secretaria del Comité de calidad.

Los médicos elegidos, firman su compromiso de cumplir con las funciones establecidas y trabajar para la mejora continua del servicio (Anexo 2).

Los servidores de la salud que conforman el Servicio de Medicina Interna del HPAS. consideraron para la conformación del Comité de Calidad, como Presidente al Dr. Edison Barreto, porque además de cumplir con los perfiles propuestos en el Manual de Calidad se aprovecha la calidad de Jefe de Residentes del Servicio que ostenta, lo que le concede un respaldo de autoridad reconocida y apreciada por todos los integrantes del servicio. La doctora Carina Coronel, como Vicepresidente del Comité, que cumpliendo los requisitos requeridos, por autora del proyecto conoce los detalles de su ejercicio, sus fines y objetivos y la necesaria motivación para concluirlo. La doctora Verónica Chávez como secretaria del Comité de Calidad, porque el ser residente asistencial del servicio, obliga una presencia permanente sumado a su capacidad de organizar información, conocimientos técnicos de archivo y manejo documental.

## **C2. Establecimiento de responsabilidades de cada miembro**

El viernes 18 de octubre se convocó al personal del comité de calidad para determinar las funciones de cada uno de los integrantes.

El Comité de Calidad propone directrices y políticas de calidad para el Servicio, emite observaciones y recomendaciones para adecuar procesos, procedimientos instructivos y

situaciones en que se incurra incumplimiento de leyes, reglamentos o normas que son de observancia obligatoria en materia de salud y servicios públicos.

Además Evaluara problemas y propuesta de medidas preventivas, correctivas y de mejora para la eficiencia y eficacia de los servicios, así como para la evaluación de los resultados alcanzados, Fomentara la integración del personal de salud hacia la cultura de calidad institucional. (Norma NMX-CC-9001-IMNC-2000. Sistemas de Gestión de la Calidad- Requisitos).

Que la calidad se vuelva una cultura es la mayor aspiración que tenemos, para beneficio del paciente que confía en nuestro sistema de salud.

### **Presidente**

- Coordinar entre las diferentes áreas del servicio de Medicina Interna su participación en la calidad de los servicios.
- Crear conciencia en el personal de salud sobre su responsabilidad en las acciones de mejora continua de la calidad.
- Presidir las sesiones plenarias del comité.
- Emitir voto de calidad en caso de empate.
- Difundir los alcances del SGC. (Norma NMX-CC-9001-IMNC-2000. Sistemas de Gestión de la Calidad- Requisitos)
- Detección oportuna de falencias en atención de calidad brindada en el servicio basándose en cuestionario realizado a los pacientes
- Propuestas para mejorar problemas encontrados
- Elaboración y difusión del manual de calidad basándose en datos encontrados en cuestionario realizado a los pacientes, que deberá ser utilizado por todo el personal de salud del servicio
- Seguimiento de la aplicación del manual en el servicio

### **Vicepresidente**

- Vigilar el cumplimiento de los lineamientos que rigen el funcionamiento del Comité.
- Proponer decisiones consensuadas.
- Proponer a la Dirección General las medidas resolutivas que planteó el Comité, para evitar que se presente la misma desviación.
- Presentar los problemas seleccionados para su análisis al pleno del Comité.

- Asistir en representación del departamento cuando sea invitado por los diferentes Comités de Calidad de otros Hospitales e Institutos
- Presentar conclusiones que permitan a la Alta Dirección establecer las medidas o estrategias correctivas para solucionar y evitar los problemas detectados tendientes a mejorar los servicios que presta el Instituto.
- Proponer la agenda de trabajo, firmar y emitir la convocatoria para las sesiones ordinarias y extraordinarias.
- Elaborar un programa de trabajo anual con las estrategias y acciones a seguir.
- Representar al Presidente en ausencia, e informarle de los asuntos tratados y los compromisos adoptados.
- Presentar los casos seleccionados para su análisis. (Norma NMX-CC-9001-IMNC-2000. Sistemas de Gestión de la Calidad- Requisitos)

### **Secretaria**

- Elaborar la agenda de trabajo del Comité, realizar y enviar la convocatoria para las sesiones ordinarias, extraordinarias y plenarias con los documentos e información de los casos a tratarse.
- Preparar las recomendaciones y sugerencias técnicas decididas por el Comité para la corrección de los problemas detectados.
- Elaborar el acta de acuerdos de los asuntos tratados las sesiones del Comité.
- Elaborar las comunicaciones escritas a los Miembros Permanentes del Comité sobre las medidas correctivas a desarrollar con base en los acuerdos establecidos en el mismo.
- Efectuar el plan de seguimiento a los asuntos determinados por el Comité.
- Recibir, organizar y controlar la información de los Miembros Permanentes del Comité. (Norma NMX-CC-9001-IMNC-2000. Sistemas de Gestión de la Calidad- Requisitos)
- Colaboración con el presidente y vicepresidente en sus funciones antes descritas
- Digitalización de ideas desarrolladas por comité
- Elaboración material del manual de calidad

### **Responsabilidades Generales**

- Entrega de un reporte trimestral del comité de calidad y su trabajo realizado en dicho periodo, resultados.

## **Reporte del Comité de Calidad**

En el reporte descrito por el comité de calidad constan los errores encontrados en el proceso de atención a los pacientes, en la calidad de la misma, en este caso en el servicio de Medicina Interna. Los errores encontrados por el Comité de calidad en el proceso de gestión de calidad inicialmente son:

- No se cuenta con un responsable de gestión de calidad en el servicio
- No hay inducción del personal nuevo
- Falta de comunicación interna
- Ambiente físico de trabajo inadecuado
- Desconocimiento de las necesidades de salud de los pacientes y expectativas
- No hay sistema de recolección de denuncias y reclamos
- No hay reuniones para elaboración del POA , ni monitoreo del cumplimiento de objetivos y metas previstas
- No hay análisis de productividad del servicio mínimo semestral
- Falta de participación de trabajadores del servicio en las decisiones que incluyen al personal y al servicio físico en sí.
- No hay control adecuado de bioseguridad
- La estadía hospitalaria es inadecuadamente larga
- Falta de reunión periódica de médicos para análisis de casos.

Las responsabilidades de cada miembro del Comité, expresamente determinadas en el Manual de Calidad, proponen directrices y políticas adecuadas para detectar necesidades, debilidades anteriores y posteriores a la aplicación del Manual, adecuar procesos y procedimientos, comprometer capacitación del personal, fomentar su integración; convertirse, en el ejercicio de su liderazgo, en los portavoces eficientes frente a las autoridades institucionales y nacionales para la eventualidad de asegurar compromisos y disponibilidad de recursos económicos que coadyuven a la consecución del objetivo fundamental: la calidad del servicio.

## **D2. Firma de Actas y compromisos (Anexo 2 )**

En el anexo 2 constan las firmas registradas que avalizan el compromiso de los profesionales elegidos miembros del Comité de calidad del Servicio de Medicina Interna del HPAS, de cumplir con las funciones establecidas y trabajar para la mejora continua del servicio

### **Análisis del Comité de Calidad**

Visto desde afuera se podría describir a un comité de calidad como un ente burocrático con funciones represivas, por ser nuevo y por desconocer su compromiso; pero, internamente, considero que se transforma no sólo en el ente generador de los medios óptimos para brindar un mejor servicio, sino, de respaldo institucional para la labor que desarrollan los servidores de la salud, frente a las realidades descubiertas en el departamento de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez.

¿Qué significa para el trabajador de la salud ecuatoriano ser cotizado? Hoy día ser cotizado es ser demandado. Este principio es ampliamente reconocido en el sector privado, pero no en el sector público, y es justamente el concepto que debe cambiar y el Comité de Calidad se transforma en un referente local para producir elementos interesantes que sean respetados interiormente en el HPAS y se constituyan en un ejemplo para el medio. En este sentido el Comité de Calidad detecta y obtiene como resultado de la labor desarrollada lo siguiente:

- Servicio de Medicina Interna organizado bajo las normas ISO 9000, que lejos de constituirse en conejillo de indias de un proyecto, refleje procedimientos de avanzada que concluyen en sustanciales mejoras y sea el antecedente para una reestructuración de toda la casa de salud.
- En cuanto a la infraestructura física donde desarrolla sus labores el Departamento de Medicina Interna del HPAS es compartida con el Departamento de Neumología, no se ha considerado privacidad del paciente y recibe sólo adecuaciones provisionales conforme las urgencias, es decir, no responde a planificación alguna.
- En lo referente a la parte administrativa se carece de políticas que atiendan las necesidades básicas y complementarias de los pacientes, la implementación de medios para recepción de denuncias, reclamos, actas de análisis de funcionamiento y productividad, controles de bioseguridad, monitoreo de cumplimiento de objetivos y procura del mejor ambiente de trabajo.
- Respecto al elemento humano, falta de compromiso para participar en los cambios en la búsqueda de la calidad de servicio, falta de inducción del personal nuevo, carencia de canales idóneos de comunicación e interrelación médica y especialidades en beneficio de los pacientes.

### **E. Elaboración de indicadores de monitoreo**

El manejo estadístico de los niveles de satisfacción de los pacientes, el análisis de ingresos, altas y reingresos, niveles de hospitalización por causas de infecciones intrahospitalarias, análisis de los promedios históricos y actuales de los promedios de días de hospitalización, se constituyen en los instrumentos de monitoreo directo de los indicadores de calidad y satisfacción del servicio.

Tabla 24. Indicadores de Calidad

INDICADOR	FORMULA	DEFINICION
<b>% de Satisfacción por la atención de hospitalización</b>	( total de pacientes atendidos en hospitalización /total de pacientes ingresados )	Mide el porcentaje de satisfacción por atención en hospitalización
<b>% de reingresos a hospitalización</b>	No. Reingresos menores a 7 días /No total de egresos	Mide el porcentaje de eficacia y calidad de atención en hospitalización
<b>% Infecciones hospitalarias</b>	(No infecciones presentadas en el período/total de egresos en el período analizado) x 100	Mide el porcentaje de infecciones adquiridas en el hospital
<b>Promedio de días de estada</b>	Total de días de estada x 100/egresos del servicio	Es el número promedio de días de hospitalización por cada paciente en un período de tiempo dado, mide cuántos días en promedio está hospitalizado un paciente desde su ingreso hasta su egreso
<b>Pacientes con información de los cuidados que requiere su enfermedad en el hogar el momento del alta</b>	Número de Pacientes que tienen información de su enfermedad al momento del alta x 100/pacientes dados de alta	La información se refiere a medicación , cuidados en alimentación , ejercicios, que requiera por su enfermedad

Fuente: Manual de indicadores de Servicio de salud, México, 2007

Elaborado por: Dra Carina Coronel

### 3. Desarrollo del Componente 3

#### A3. Levantamiento de las necesidades de calidad basados en el Cuestionario De Gestión de calidad aplicado

El cuestionario fue aplicado al personal del servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez, está incluido en la sección de anexos.

Los resultados de la tabulación de las encuestas fueron:

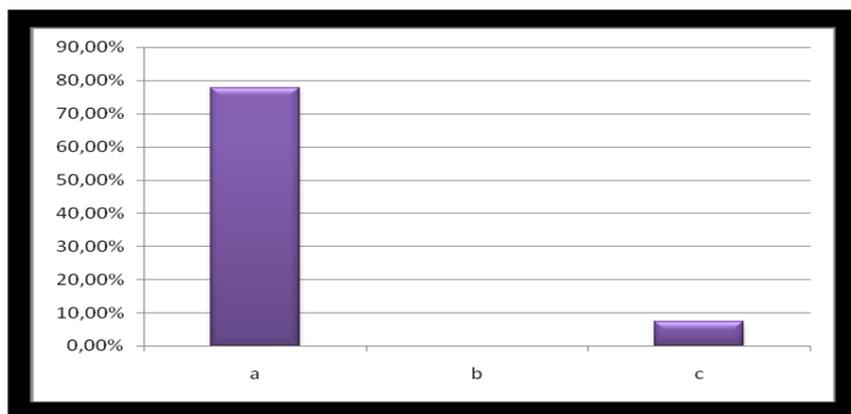
#### 1). El servicio cuenta con un responsable de la calidad formalmente designado y capacitado para cumplir con sus funciones

Tabla 5. Pregunta 1

a	25	77,80%
b	0	0,00%
c	2	7,40%

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 3. Pregunta 1



Elaborado por Carina Coronel

El 77.8% de personal piensa que no existe un responsable designado para manejo de gestión de calidad, 2% (Jefes de servicio) piensan que si existe personal que cumplen con lo establecido.

Al no existir un responsable de gestión de calidad en el servicio, todas las actividades se realizarán sin una guía precisa hacia una mejora en la atención hospitalaria.

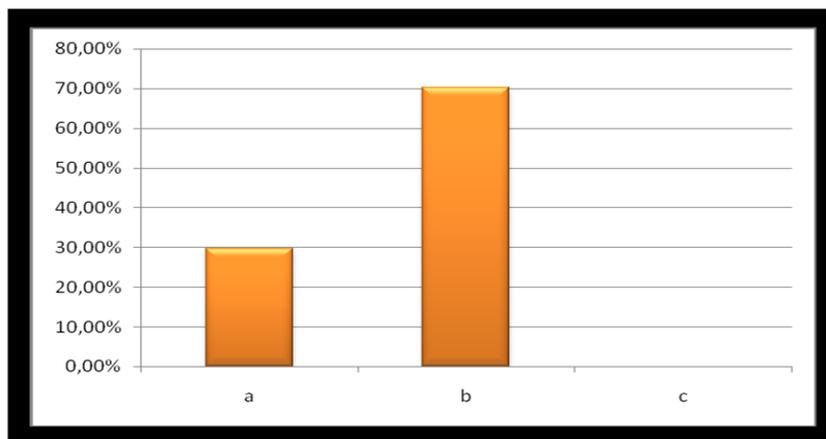
#### 2) Los responsables dan cuenta de los resultados de las actividades encomendadas a ellos en espacios de participación

Tabla 6. Pregunta 2

a	8	29,70%
b	19	70,30%
c	0	0

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 4. Pregunta 2



Elaborado por Carina Coronel

El 8% del personal piensa que los responsables del servicio no dan cuenta de los resultados de las actividades, un 70.3% piensa que si lo hacen pero parcialmente y solo institucionalmente.

Al no haber comunicación interna en el servicio acerca de los resultados de las actividades, no se podrá establecer claramente si el camino tomado es adecuado o cuáles son los puntos que requieren valoración y corrección.

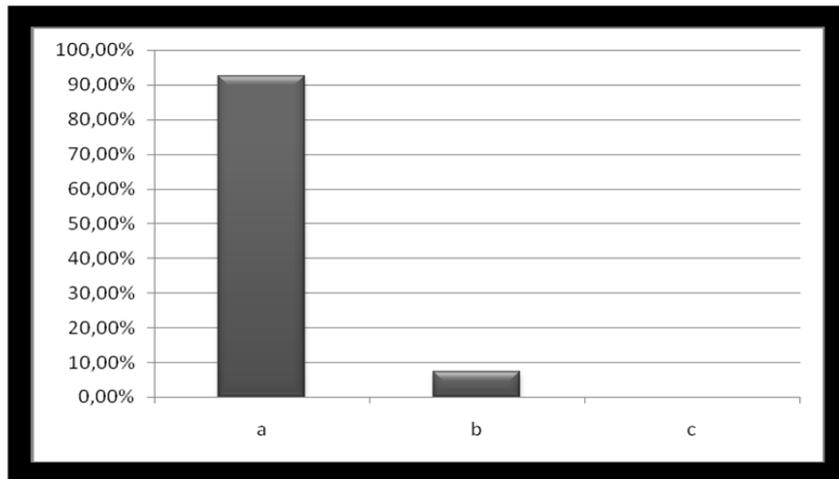
**3). El jefe del servicio o la persona asignada, tiene definido por escrito el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos.**

Tabla 7. Pregunta 3

a	25	92,60%
b	2	7,40%
c	0	0

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 5. Pregunta 3



Elaborado por Carina Coronel

El 92.6% piensa que no existe procedimiento de inducción del personal y un 7.4% opina que si lo hay. Al no existir inducción del personal que ingresa a trabajar al servicio, no podemos esperar que se cumpla con las expectativas planteadas.

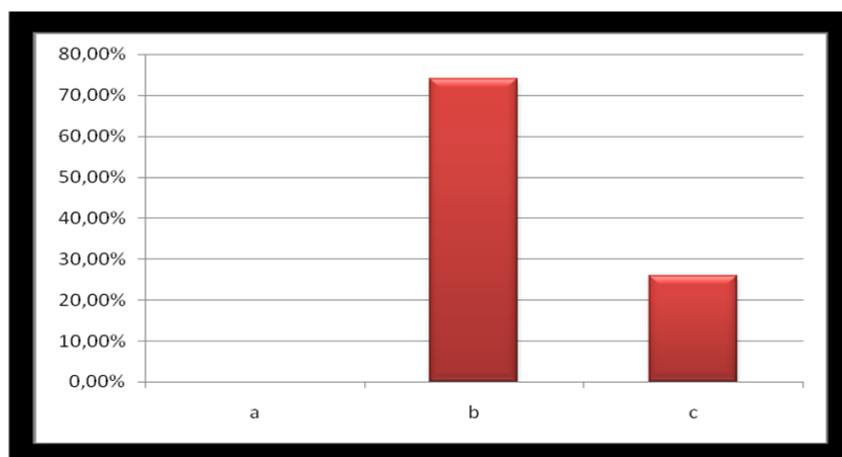
**4). El personal tiene el nivel de escolaridad y especialización suficiente para desempeñar las tareas asignadas**

Tabla 8. Pregunta 4

a	0	0,00%
b	20	74,10%
c	7	25,90%

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 6. Pregunta 4



Elaborado por Carina Coronel

El 74% piensa que el nivel de escolaridad y especialización del personal cumple con un 70 a 90% de las tareas planteadas, y un 25% opina que lo hace en más del 90% de lo establecido.

De aquí concluimos que el mayor problema no es la falta de conocimiento y capacitación del personal, sino falta de material, infraestructura y personal suficiente para una mejor atención.

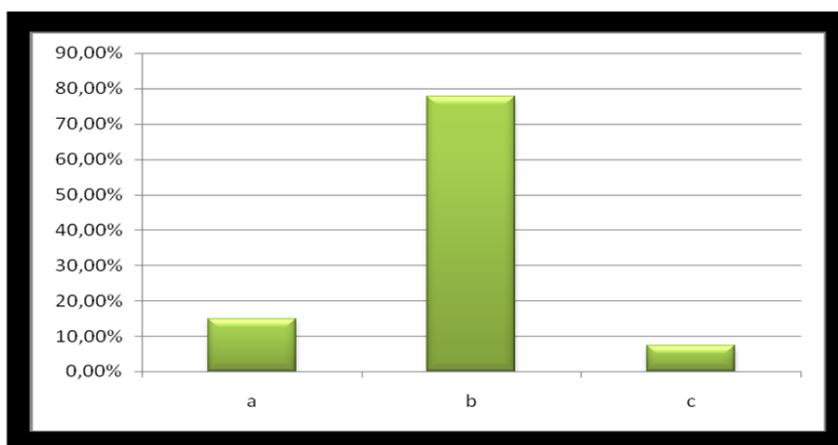
**5). Existe comunicación interna entre los trabajadores de la salud que se desempeñan en el Servicio de Medicina Interna?**

Tabla 9. Pregunta 5

a	4	14,90%
b	21	77,80%
c	2	7,40%

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 7. Pregunta 5



Elaborado por Carina Coronel

El 14.9% de personal de salud piensa que siempre existe comunicación interna en el servicio, el 77.8% que a veces existe y un 7.4% que nunca existe.

La comunicación interna del servicio es la base para los procesos de mejoramiento de calidad y ésta debe ser al 100% para poder cumplir los objetivos institucionales.

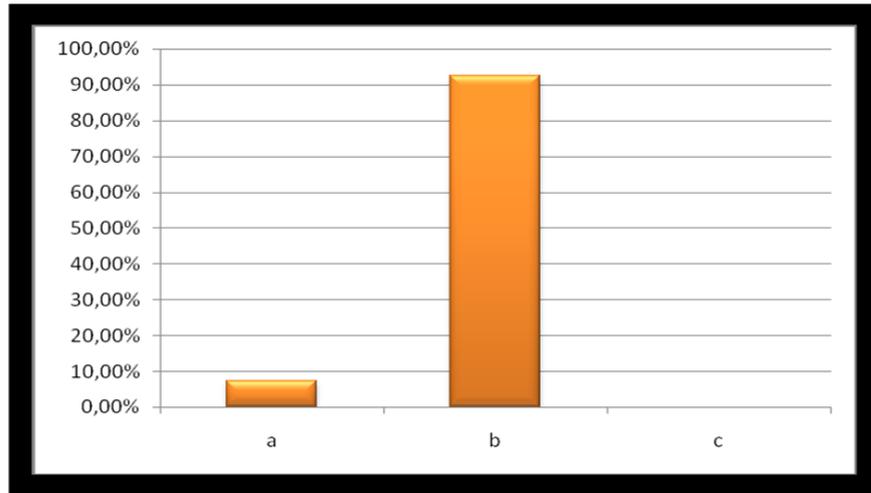
**6). El ambiente de trabajo en el Servicio de Medicina Interna es adecuado?**

Tabla 10. Pregunta 6

a	2	7,40%
b	25	92,60%
c	0	0,00%

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 8. Pregunta 6



Elaborado por Carina Coronel

El 7.4% del personal piensa que el ambiente de trabajo es adecuado y un 92.6% que es medianamente adecuado. Lamentablemente la falta de recursos dispuestos para infraestructura hospitalaria provoca que el espacio físico sea insuficiente y la privacidad de los pacientes sea secundaria.

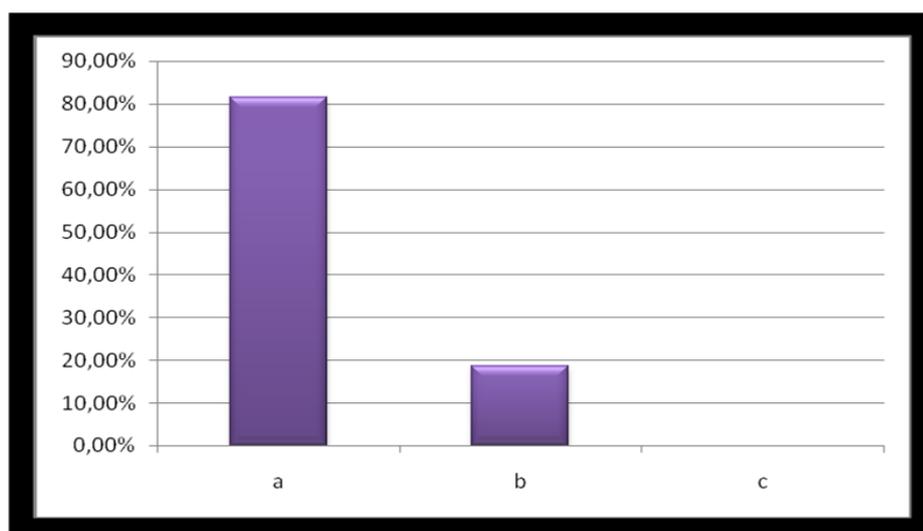
**7)Se han identificado las principales necesidades de salud y expectativas de los usuarios del servicio**

Tabla 11. Pregunta 7

a	22	81,50%
b	5	18,50%
c	0	0,00%

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 9. Pregunta 7



Elaborado por Carina Coronel

El 81.5% del personal de salud opina que las necesidades y expectativas de los usuarios han sido identificadas en su totalidad y un 18.5% que solo se han identificado algunas necesidades.

El hecho de conocer las necesidades de los pacientes no es suficiente, se requiere satisfacer dichas necesidades, la mayoría de las cuales podrían cumplirse sin un presupuesto extra, solo cuestiones humanitarias y de organización, y existen también necesidades que no podemos solventarlas puesto que el estado es el encargado de financiar medicamentos y equipos hospitalarios, muchos de los cuales no existen.

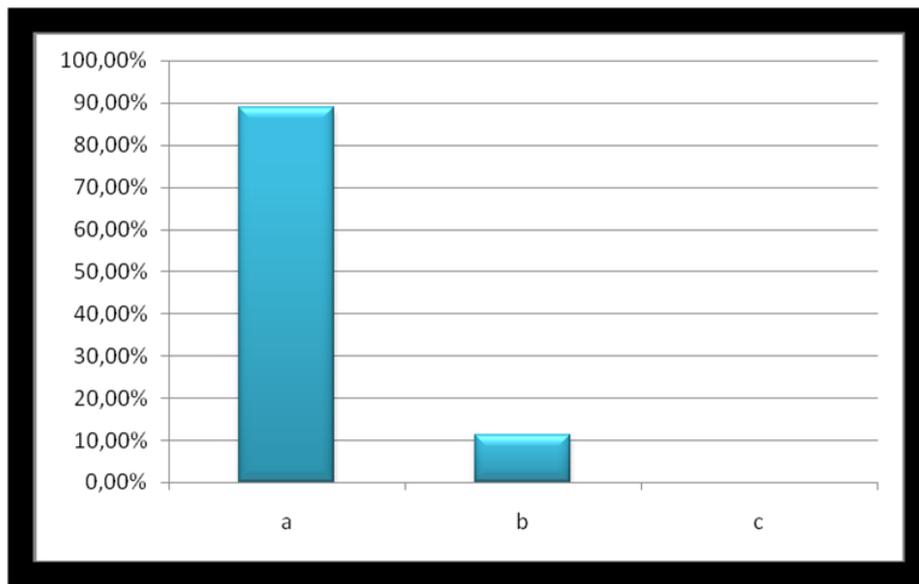
**8)El jefe del Servicio de Medicina Interna ha definido o asignado a alguien para implementar uno o varios mecanismos para recoger sugerencias, quejas, reclamos de los pacientes, procesarlas y atenderlas.**

Tabla 12. Pregunta 8

a	24	88,90%
b	3	11,10%
c	0	0,00%

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 10. Pregunta 8



Elaborado por Carina Coronel

El 88.9% del personal responde que no existe un mecanismo implementado para recoger sugerencias, quejas, reclamos de los pacientes, procesarlas y atenderlas y un 11.1% opina que se han definido pero no se han implementado.

La opinión de los pacientes es necesaria, pues son la parte más importante de una organización hospitalaria, se debe recoger las quejas de todos y buscar cuáles de ellas son repetitivas para buscar solucionarlas

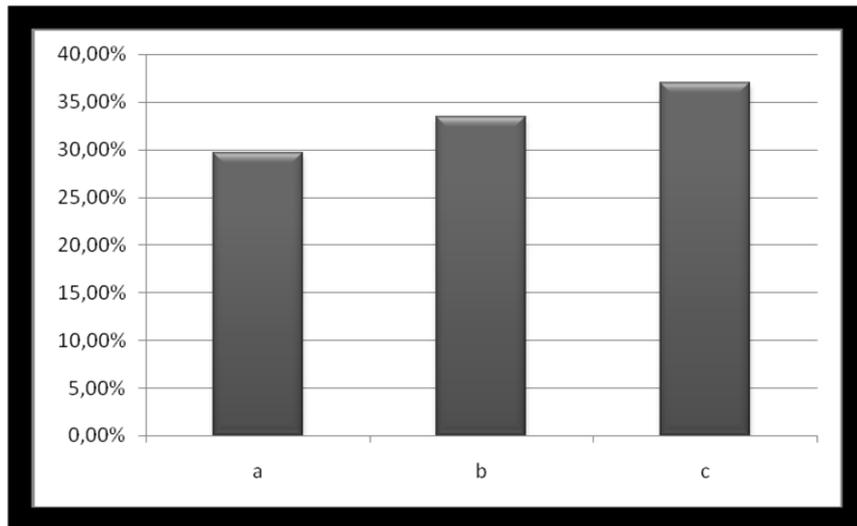
**9). Se ha establecido e implementado mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en el Servicio de Medicina Interna.**

Tabla 13. Pregunta 9

a	8	29,70%
b	9	33,40%
c	10	37,00%

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 11. Pregunta 9



Elaborado por Carina Coronel

El 29.7% opinan que no se ha establecido mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en el servicio, un 33.4% opina que se ha documentado pero no implementado y un 37% piensa que se cumple con la privacidad en la atención.

La privacidad de los pacientes es su derecho, aunque muchas de las veces no podemos cumplirlo principalmente por falta de espacio físico en el servicio, realizar procedimientos en los cuales la honra del paciente puede verse afectada, pero sin tener otra opción.

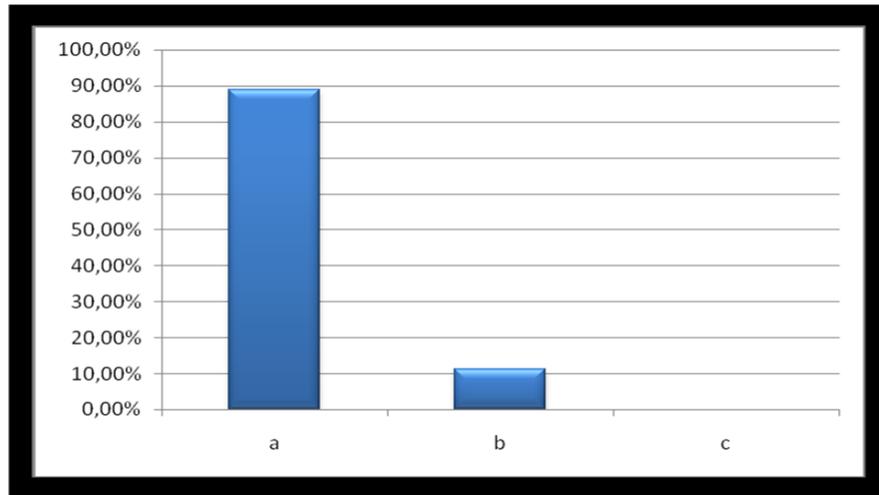
**10) Existe un proceso para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los pacientes en el servicio, especialmente los relacionados a su dignidad personal, privacidad y seguridad.**

Tabla 14. Pregunta 10

a	24	88,90%
b	3	11,10%
c	0	0,00%

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 12. Pregunta 10



Elaborado por Carina Coronel

El 88.9% responde que no existe un proceso definido para garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los pacientes en el servicio, especialmente los relacionados con la dignidad personal, privacidad y seguridad y un 11.1% opina que existe pero no se aplica o se lo hace en un 50%.

Los derechos de los pacientes son indiscutibles y pueden ser motivo para problemas médico legales, además de ser parte de la gestión de calidad.

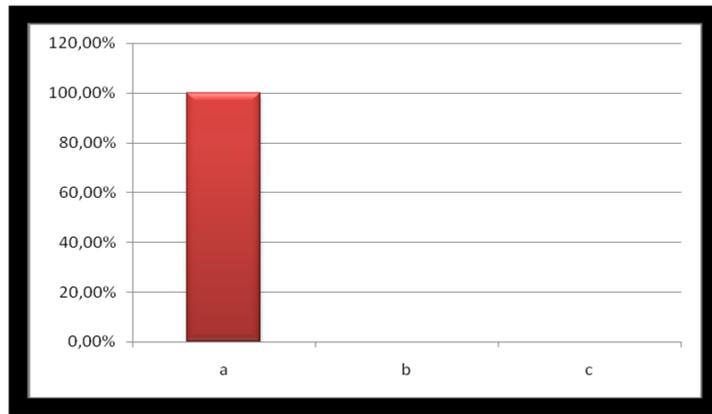
**11) Se evalúa la satisfacción del usuario interno y externo por lo menos semestralmente y se propone correctivos.**

Tabla 15. Pregunta 11

a	27	100,00%
b	0	0,00%
c	0	0,00%

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 13. Pregunta 11



Elaborado por Carina Coronel

El 100% del personal de salud piensa que no se evalúa por lo menos semestralmente la satisfacción del usuario interno, lo que produce que no se pueden tomar medidas correctivas contra las mismas y el proceso de gestión de calidad sea deficiente.

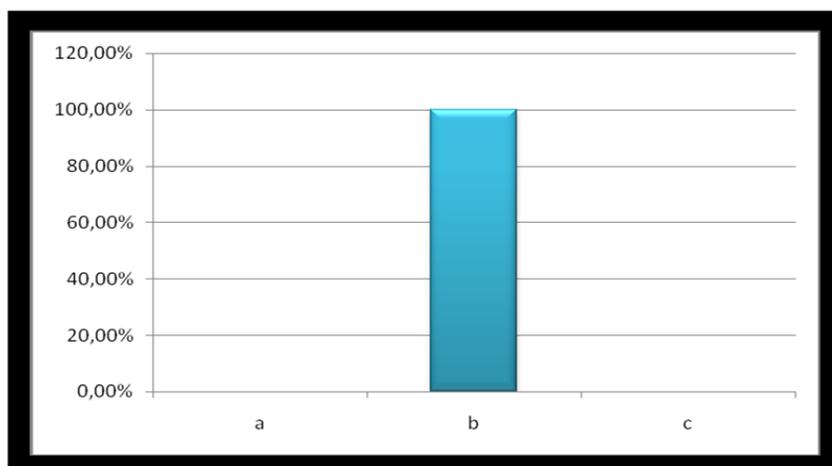
**12) El servicio de Medicina Interna formula participativamente su plan operativo anual**

Tabla 16. Pregunta 12

a	0	0,00%
b	27	100,00%
c	0	0,00%

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 14. Pregunta 12



Elaborado por Carina Coronel

El 100% del personal responde que el servicio de Medicina Interna formula el plan operativo anual pero no participativamente, lo cual puede ser perjudicial ya que mientras más opiniones existan para mejorar el servicio es más fructífero realizar el plan en pro de los pacientes.

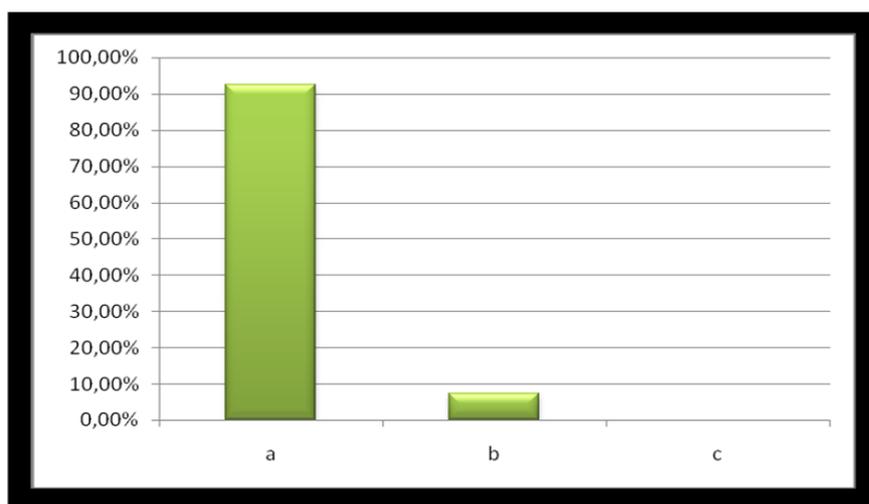
**13) Los objetivos, metas del Servicio de Medicina Interna cuentan con un sistema de monitoreo**

Tabla 17. Pregunta 13

a	25	92,60%
b	2	7,40%
c	0	0,00%

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 15. Pregunta 13



Elaborado por Carina Coronel

El 96.2% responde que no existe un sistema de monitoreo de los objetivos y metas del servicio y un 7.4% que sí y que el cumplimiento de metas están dentro del 50 al 80% de lo esperado.

La falta de un sistema definido de monitorización de objetivos y metas lleva a un deterioro del sistema de gestión de calidad, pues lo que se busca en él es cumplir con lo que se propone el servicio para una mejora continua del proceso.

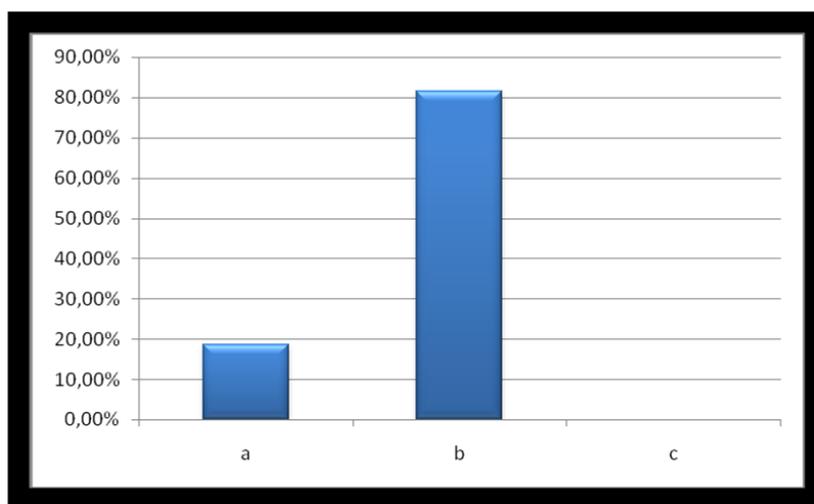
**14) La jefatura del servicio analiza los resultados de la productividad individual, de acuerdo a los estándares establecidos por la alta dirección.**

Tabla 18. Pregunta 14

a	5	18,60%
b	22	81,40%
c	0	0,00%

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 16. Pregunta 14



Elaborado por Carina Coronel

El 81.4% opina que la jefatura del servicio si analiza la productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la alta dirección, el 18.6% opina lo contrario.

El análisis de la productividad individual de cada uno de los trabajadores del servicio es esencial para un avance grupal del mismo.

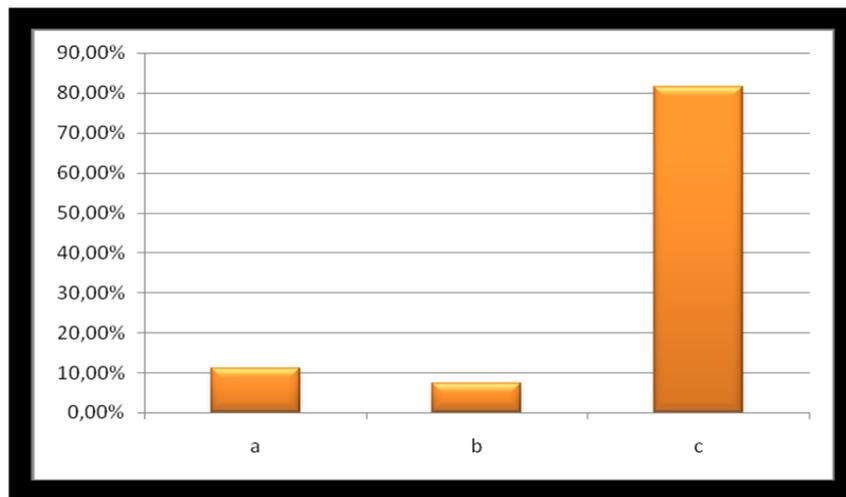
**15) El equipo de trabajo de cada servicio identifica los problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el resultado de los recursos humanos.**

Tabla 19. Pregunta 15

a	3	11,20%
b	2	7,40%
c	22	81,50%

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 17. Pregunta 15



Elaborado por Carina Coronel

El 81.5% responden que el equipo de trabajo del servicio propone y participa en las decisiones, un 11.2% cree que solo se identifica los problemas y un 7.4% cree que se identifica los problemas y se proponen las soluciones pero no se participa en las mismas en forma grupal.

La participación de todo el equipo de salud en la identificación de los problemas y propuesta de soluciones es necesaria puesto que la gestión de calidad no es un trabajo individual sino grupal.

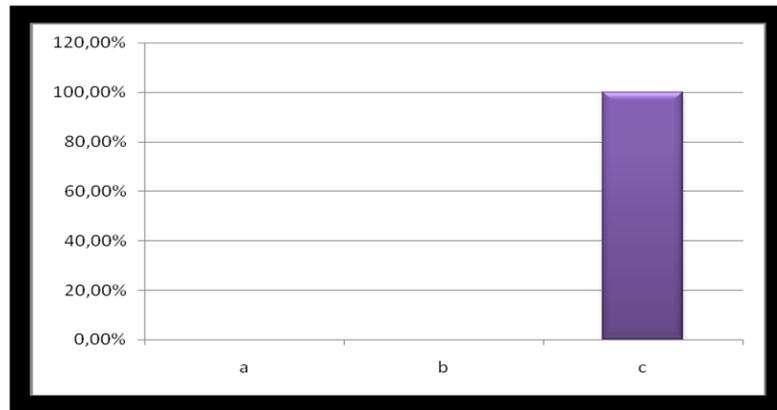
**16) Los médicos del servicio se organizan para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica, casos clínicos de pacientes hospitalizados en ese momento que requiera decisiones grupales.**

Tabla 20. Pregunta 16

a	0	0,00%
b	0	0,00%
c	27	100,00%

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 18. Pregunta 16



Elaborado por Carina Coronel

El 100% del personal responde que se reúne periódicamente para reflexión de su práctica y casos clínicos que requieran decisiones grupales.

Los viernes de 11 a 12 am se realizan reuniones en el staff del servicio para análisis de casos clínicos de pacientes hospitalizados.

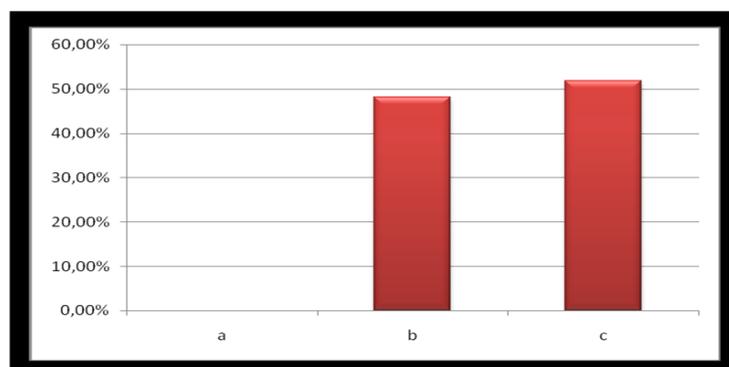
**17) El hospital facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles, así como otras acciones para precautelar la salud del personal del servicio de Medicina Interna**

Tabla 21. Pregunta 17

a	0	0,00%
b	13	48,20%
c	14	51,80%

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 19. Pregunta 17



Elaborado por Carina Coronel

El 48.2% del personal de salud piensa que el hospital facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles pero que no cubre a todos los trabajadores, mientras que el 51.8% piensa que cubre a todo el personal.

El hospital tiene la obligación de entregar material de bioseguridad par el manejo de pacientes infecciosos para cautelar la salud de su personal.

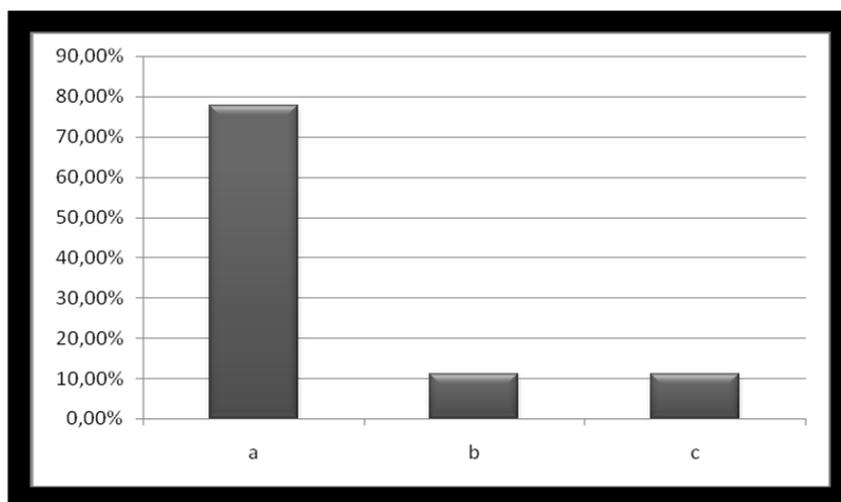
**18) La estadía de los pacientes en el hospital es innecesariamente larga, por lo que la tasa de infecciones hospitalarias es alta.**

Tabla 22. Pregunta 18

a	21	77,80%
b	3	11,10%
c	3	11,10%

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 20. Pregunta 18



Elaborado por Carina Coronel

El 77.8% del personal opina que la estadía hospitalaria de los pacientes es innecesariamente larga en más del 80% de los casos, un 11.1% piensa que entre un 50 y 80% y un 11.1% opina que esto se produce en menos de la mitad de los casos.

La estadía innecesariamente larga de los pacientes está llevando al aumento de infecciones intrahospitalarias, multirresistentes, de fácil contagio, y la tasa de mortalidad de las mismas es muy alta

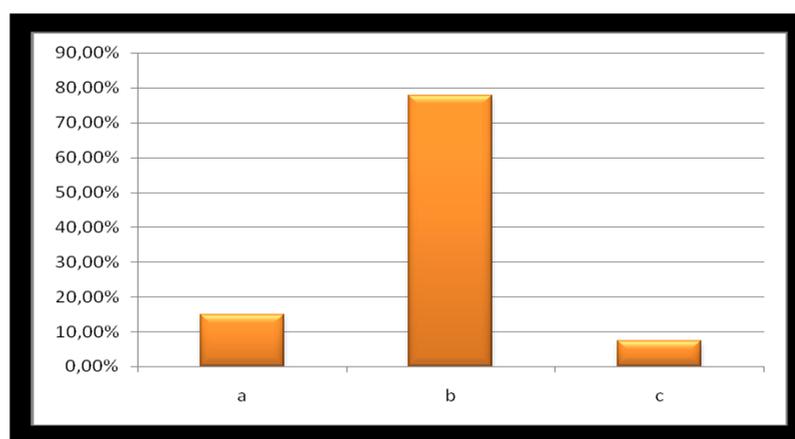
**19) El personal de salud del servicio se lava las manos luego de cualquier procedimiento en cada paciente.**

Tabla 23. Pregunta 19

a	4	14,80%
b	21	77,80%
c	2	7,40%

Elaborado por Carina Coronel

Gráfico 21. Pregunta 19



Elaborado por Carina Coronel

En el 77.8% de los casos el personal de salud no se lava las manos luego de cualquier procedimiento con cada paciente, solo a veces, un 7.4% lo hace siempre y un 14.8% no lo hace nunca.

La tasa de infecciones para el personal de salud y para el resto de pacientes del servicio es muy alta debido al hecho de no lavarse las manos luego de cualquier procedimiento en cada uno de los pacientes.

### **B3. Elaboración del Manual de Calidad**

Manual de calidad incluido en sección de anexos 8. El Manual de la calidad ha de proporcionar información acerca del SGC de la organización y ha de especificar:

- El alcance del SGC (incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión)
- Los procedimientos documentados establecidos para el SGC (o referencia a los mismos)

- Una descripción de la interacción entre los procesos del SGC de la organización.

Además, también puede incluir:

- Las actividades de la organización.
- Las características principales del SGC.
- La política de calidad y los objetivos a ella asociados.
- Declaraciones relativas a responsabilidad o autoridad.
- Una descripción de la organización (por ejemplo, un organigrama)
- Cómo funciona la documentación y dónde debe dirigirse el personal para encontrar los procedimientos acerca de cómo hacer las cosas
- Una definición de los términos que tengan un significado singular para la organización. ([http://es.wikipedia.org/wiki/Manual\\_de\\_calidad](http://es.wikipedia.org/wiki/Manual_de_calidad))

Este manual de calidad constituye una herramienta de orientación de la estructura organizacional por procesos de la institución y brinda los lineamientos que en materia de calidad regirán la organización, para contar con personal con actitud de servicio y con sistemas, procesos y procedimientos estandarizados y automatizados, con la finalidad de proporcionar oportunamente una respuesta a la demanda y garantizar el adecuado funcionamiento del servicio bajo principios éticos y enfoque en la mejora continua de los procesos.

Es responsabilidad de todos y cada uno de los trabajadores de salud del servicio, aplicar el manual de calidad propuesto y mantener los procesos necesarios para su cumplimiento.

### **Objetivos del Manual**

- Desarrollar un proceso de mejoramiento continuo en la calidad de prestación de servicios de salud y de información proporcionada al paciente y familia, mediante la evaluación periódica de las necesidades y expectativas de los usuarios.
- Fortalecer las líneas de comunicación e información que den altos niveles de confiabilidad, oportunidad y seguridad tanto a los funcionarios como a los usuarios.
- Brindar una atención integral en salud que incluya acciones de fomento, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en el proceso salud—enfermedad individual, familiar y comunitario, contribuyendo con el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y sus familias.
- Desarrollar estrategias que permitan alcanzar una cultura de servicio.

## **Estructura del Manual de Calidad**

### General

- Compromiso
- Alcance del sistema de gestión de calidad

### Referencias

### Requisitos del sistema de Gestión de Calidad

- Requisitos Generales
- Requisitos de la documentación
- Manejo de los documentos

### Responsabilidad de la dirección

- Compromiso de la dirección.
- Direcciones Médica, de Enfermería y de Gestión
- Coordinador de Calidad y Responsables de Calidad
- Comunicación interna y revisión de la información
- Procesos relacionados con el usuario
- Seguimiento de los procesos
- Servicio prestado
- Satisfacción del cliente
- Análisis de datos
- Administración de riesgos

### Gestión de los Recursos

- Recursos humanos
- Formación del personal
- Infraestructura
- Ambiente de trabajo

### Medición, análisis y mejora

- Gestión de calidad
- Cuestionario para valoración de gestión de calidad en el servicio de Medicina Interna del HPAS
- Satisfacción de los pacientes

## **C3. Plan de Socialización**

- a) Impresión del manual y entrega a:
- Jefe del Servicio de Medicina Interna
  - Jefe de Docencia de Medicina Interna

- Jefe de Recursos humanos del HPAS
  - Presidente, vicepresidente y secretaria del Comité de calidad
  - Residentes Médicos asistenciales del Servicio de Medicina Interna del HPAS
  - Jefe de enfermeras de Medicina Interna hombres y mujeres
  - Jefe de auxiliares de Enfermería de Medicina Interna hombres y mujeres
  - Jefes de servicio del resto de servicios Del HPAS (cirugía, traumatología, urología, neurocirugía, ginecología, emergencia )
  - Representantes de cada grupo de internos de todos los servicios del hospital
- b) Envío del manual vía electrónica a todas las personas descritas en el punto anterior
- c) Publicación del manual de calidad del Servicio de Medicina Interna en la página electrónica del Hospital Pablo Arturo Suárez
- d) Se realiza charlas departamentales con la intervención de los miembros del comité de calidad, pioneros en el sistema de gestión de calidad departamental, para inducción del manual de gestión de calidad y sugerencias para formación de comités de calidad por cada servicio del hospital
- e) Exposición del manual de calidad en las reuniones científicas dictadas a todo el personal de salud del hospital, de carácter obligatorio, todos los viernes de 7 a 8 am.

Por limitaciones de tiempo debo aprovechar todos los canales de información disponibles en la institución, en este contexto el Manual de Calidad debe ser conocido no sólo por los profesionales directamente involucrados en el proyecto, que son parte del Servicio de Medicina Interna, por lo que, la publicación en la página electrónica del HPAS, el uso de los correos electrónicos de los jefes de servicios de las distintas unidades e incluir un espacio a nuestra disposición en la convocatoria a Asamblea General que periódicamente realiza la Dirección General del HPAS, se constituyen en los medios idóneos para socializar el Manual de Calidad y el propósito del proyecto.

#### **C4. Elaboración de indicadores de calidad.**

El manejo estadístico de los niveles de satisfacción de los pacientes, el análisis de ingresos, altas y reingresos, niveles de hospitalización por causas de infecciones intrahospitalarias, análisis de los promedios históricos y actuales de los promedios de días de hospitalización, se constituyen en los instrumentos de monitoreo directo de los indicadores de calidad y satisfacción del servicio.

Tabla 24. Indicadores de Calidad

INDICADOR	FORMULA	DEFINICION
<b>% de Satisfacción por la atención de hospitalización</b>	( total de pacientes atendidos en hospitalización /total de pacientes ingresados )	Mide el porcentaje de satisfacción por atención en hospitalización
<b>% de reingresos a hospitalización</b>	No. Reingresos menores a 7 días /No total de egresos	Mide el porcentaje de eficacia y calidad de atención en hospitalización
<b>% Infecciones hospitalarias</b>	(No infecciones presentadas en el período/total de egresos en el período analizado) x 100	Mide el porcentaje de infecciones adquiridas en el hospital
<b>Promedio de días de estada</b>	Total de días de estada x 100/egresos del servicio	Es el número promedio de días de hospitalización por cada paciente en un período de tiempo dado, mide cuántos días en promedio está hospitalizado un paciente desde su ingreso hasta su egreso
<b>Pacientes con información de los cuidados que requiere su enfermedad en el hogar el momento del alta</b>	Número de Pacientes que tienen información de su enfermedad al momento del alta x 100/pacientes dados de alta	La información se refiere a medicación , cuidados en alimentación , ejercicios, que requiera por su enfermedad

Fuente: Manual de indicadores de Servicio de salud, México, 2007

Elaborado por: Dra Carina Coronel

#### **D4. Impresión y entrega del Manual de Calidad**

Se entregará un total de 27 ejemplares del manual de calidad del Servicio de Medicina Interna del HPAS a todos los involucrados en el plan de socialización antes descrito

#### **Resultados del Componente 3**

- Plan de gestión de calidad difundido en el servicio de Medicina Interna como una herramienta de trabajo diario, de monitoreo constante y de proyección de resultados.

- La aplicación del Manual de Calidad en el Servicio de Medicina Interna aseguró los procesos necesarios para el sistema de Gestión de Calidad.
- Estandarización de procedimientos
- Se reconoce la obligatoriedad (realmente voluntaria) de la inducción del personal nuevo
- Acopio de actas de procedimientos, acciones y recomendaciones técnicas.
- La supervisión es ampliamente reconocida, aceptada y valorada.
- Los canales de comunicación se utilizan y fortalecen.
- Se incrementa los comunicados que incluye normas de relaciones humanas para la mejor atención al paciente.

Las necesidades que se identifican luego de la aplicación del cuestionario de gestión de calidad son las siguientes:

- Falta de un titular responsable de gestión de calidad con funciones definidas y con liderazgo para conducir las mejoras.
- Falta de responsables en cada unidad para identificar necesidades, definir procedimientos y procurar la inducción del personal
- La escolaridad y especialización del personal no puede desarrollarse adecuadamente por carencias en la infraestructura hospitalaria e insuficiencia de insumos.
- Fragilidad de los mecanismos de comunicación interna para alcanzar el objetivo de calidad.
- Escasa participación de las autoridades de la salud para lograr mejoras en la infraestructura hospitalaria en procura de mejoras en el ambiente de trabajo, privacidad en la atención de pacientes, respeto a los derechos de los pacientes.
- Falta de responsable de recepción de sugerencias y quejas e inexistencia de mecanismo adecuado y democrático para receptar tanto quejas internas como externas y procesarlas para conocimiento de todo el personal.
- Carencia de mecanismo que permita la participación del personal en la elaboración del plan operativo anual.
- Inexistencia de monitoreo interno y externo, pacientes, en el cumplimiento de objetivos de calidad
- Fragilidad de las medidas de bioseguridad hospitalaria con graves consecuencias en la salud del personal y de pacientes

- Estadía innecesariamente larga de pacientes y aumento de infecciones intrahospitalarias.
- Falta de educación del personal en medidas básicas de higiene en el cumplimiento de procedimientos hospitalarios.

### **Análisis del Componente 3**

Una vez identificadas las necesidades mediante la aplicación del cuestionario, comprometida la participación del personal médico y trabajadores del servicio, se torna indispensable esquematizar todos los elementos o componentes del proyecto en un documento que se convierta en la herramienta idónea para la metodología aplicable, sistematizar procesos y procedimientos, contar con las bases en la que todos los participantes conozcan el papel que desempeñan y admitan sus responsabilidades con entusiasmo, ese es el antecedente para la elaboración del Manual de Calidad que se constituye en el Código de conducta en la búsqueda del objetivo final, calidad de servicio y satisfacción del usuario.

El conocimiento del objetivo del proyecto, la aceptación de la autoridad de un Comité y su correcta aplicación requiere de un colectivo de integrantes motivado y comprometido, por esta razón, la impresión de veinte y siete ejemplares del Manual de Calidad para la entrega directa a los integrantes del Servicio de Medicina Interna del HPAS constituye un reforzamiento de los fines que propone la calidad de un servicio. Por falta de oportunidad logística, esta entrega se la realiza en forma individual a cada trabajador del servicio.

### **Análisis del Propósito**

El propósito de aplicar las Normas ISO con la vigencia de un Manual de Gestión de Calidad en la atención del Servicio de Medicina Interna del HPAS, contó con un solidario entusiasmo de los compañeros profesionales que laboran en esta casa de salud, dispuestos a capacitarse y recibir responsabilidades, participando en la medida que su limitado tiempo lo permite y con las lógicas limitaciones que se tiene al no ser un proyecto que nace de la Dirección del Hospital o las Autoridades de la Salud; pero como un ensayo académico promovido por una de sus compañeras, constituye un elemento motivador para romper un esquema costumbrista y defectuoso.

El atender una convocatoria inicial a una reunión de socialización de un proyecto, participar en las encuestas, comunicar su opinión sobre debilidades del sistema, aceptar un cargo

simbólico para ejercer responsabilidades de control, son saludables síntomas de que, dentro de la estructura hospitalaria, hay un estamento, conformado por médicos, enfermeras y trabajadores de la salud, ávidos de cambios. En este contexto, el propósito de alcanzar una gestión de calidad en el Servicio de Medicina Interna del HPAS, mientras lo desarrollé, se cumplió en un alto porcentaje. Lo lamentable, la imposibilidad de comprometer en este propósito a los Directivos del Hospital y menos aún, a las Autoridades Nacionales de salud.

Normas ISO de calidad y elaboración del Manual de Gestión de calidad para la atención en el servicio de Medicina Interna del HPAS aplicado

### **Análisis del Fin**

La aplicación de un Manual de gestión de Calidad en el Servicio de Medicina Interna del HPAS cumple el fin fundamental de contribuir a mejorar la satisfacción del paciente internado en dicha unidad; con este fin, el trabajo desarrollado al momento de aplicación del ensayo, por lo menos se diferenció en la calidez humana observada en la atención, la entrega con que los trabajadores de la salud participantes atendieron los casos, vale decir, que el fin de una autentica gestión de calidad, satisfacción de los pacientes, se observó como una muestra investigativa exitosa, aunque ocasional.

### **Análisis General**

“Si alguien es capaz de aumentar la energía de un grupo de empleados por unos minutos, sabrá el poder que tiene la motivación en los resultados de ese grupo”, este pensamiento no sólo resume los efectos de un proyecto que sacude la apatía en que se desenvuelve la atención pública de la salud, sino que, mientras se ejecuta los propósitos, todos nosotros, trabajadores de la salud que conformamos el Servicio de Medicina Interna asumimos como propios el concepto de liderazgo, concebido con la congruencia de Donald Walter, “ el liderazgo es una oportunidad de servir no de lucirse” en estos términos, aunque sea transitoriamente, quienes participaron en el proyecto tienen la convicción de que es posible cambiar y ser capaces de ser agentes de ese cambio.

## **CONCLUSIONES**

- ❖ La aplicación de manual de calidad es gestar una nueva historia, vinculada a los compromisos, de un óptimo servicio de atención a los pacientes y mejorar la imagen institucional
- ❖ La aplicación de Normas ISO se constituye en una herramienta estratégica en el cambio actual propuesto.
- ❖ La aplicación del Manual de Calidad asegura que se implemente y mantenga un proceso de gestión de calidad del servicio y alcanzar el cumplimiento de la Misión constante en el mismo Manual
- ❖ Prestar servicios de salud con calidad y calidez cumplir con los objetivos constitucionales
- ❖ La aplicación de Normas ISO en el Manual de Calidad del Servicio de Medicina Interna del HPAS, permitió aprovechar la experiencia de médicos especialistas, la actualización académica de postgradistas, asegurando el objetivo de calidad del servicio en el Departamento de Medicina Interna del HPAS.

## RECOMENDACIONES

- ❖ Se debe fortalecer el cambio en el Servicio de Medicina Interna del HPAS y ampliar a otros servicios del Hospital, ya que constituye el soporte para que se cumpla el proceso.
- ❖ Es necesario anotar la diferencia de llevar adelante el desarrollo profesional con actualización académica y técnica de los servidores de salud, para lo cual se debe disponer de una infraestructura virtual, permanente y adecuada, al servicio de los trabajadores de la salud.
- ❖ La participación en cursos, seminarios, intercambios nacionales y extranjeros, creación de becas, para fortalecer el cambio.
- ❖ Para el éxito de la aplicación de Normas ISSO se requiere de medidas complementarias de participación y educación de la comunidad, en tal virtud, pacientes, laboratorios.
- ❖ Se debe comunicar en forma trimestral, a través de una revista que contenga los logros alcanzados y las nuevas propuestas para ser socializadas al interior del HPAS. y con la comunidad.
- ❖ Se recomienda en cuanto a horas de capacitación y descanso lo siguiente:
  - 20 horas de capacitación anuales para todo el personal de salud, en cuanto a gestión de calidad y manual de calidad
  - 15 minutos de descanso en la mañana y 15 durante la tarde, para los profesionales de salud que trabajan en jornadas de 8 horas diarias
  - 30 minutos de descanso durante la tarde y 2 horas en la noche y madrugada para los profesionales que trabajan en jornadas de 24 horas
  - Reuniones de integración departamentales mínimo una vez al año

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Advanced Education Council of British Columbia (1992). An overview of institutional evaluation in British Columbia colleges and institutes. En H. R. Kells, Self-regulation in higher education: A multinational perspective on collaborative systems of quality assurance and control. (Appendix D, pp. 1206). London: Jessica Kingsley
- 2) Advanced Education Council of British Columbia (1992). An overview of institutional evaluation in British Columbia colleges and institutes. En H. R. Kells, Self-regulation in higher education: A multinational perspective on collaborative systems of quality assurance and control. (Appendix D, pp. 196-206). London: Jessica Kingsley
- 3) AMARISTA, SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. *FUNDAMENTOS Y VOCABULARIO*. FONDONORMA-ISO 9000:2006. (ISO 9000:2005). (3ra Revisión) 2006
- 4) Bergquist, W. H. (1995). Quality through access, access with quality: The new imperative for higher education. San Francisco: Jossey-Bass
- 5) Buele, Norita (2012) Guía didáctica Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para la Salud (Trabajo de Grado II) Loja, Ed. UTPL
- 6) Boletín de la Academia Nacional de Medicina. 4º Seminario “Calidad y Costo de la Atención Médica” Edición Estudio Sigma. Bs.As. 2002
- 7) Cerda, H. (2003). Cómo elaborar proyectos. Bogotá -Colombia. Editorial Magisterio
- 8) Crespi, R.J.: El Control y la Evaluación de Sistemas de Atención Médica Ediciones Nero. Bs.As. 2007.
- 9) DEZEREGA, 1992, Control de la Gestión Empresarial, Entrenamiento de Ejecutivos (EDECA), Caracas, 400p.
- 10) FERNÁNDEZ HATRE: “Manual y procedimientos de un sistema de calidad ISO 9001"2000.” Instituto de Fomento Regional, 2006
- 11) FERNANDEZ HATRE, Alfonso: “Manual y procedimientos de un sistema de calidad ISO 9001-2000.” Instituto de Fomento Regional, 2008.
- 12) Hillman A y Pauly MV, 1989. How do financial incentives affect clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations.(HMO). N Engl J Med
- 13) Hospital General Pablo Arturo Suárez, 2013, disponible en <http://www.hpas.gob.ec/>
- 14) <http://www.salud.gob.ec/fortalecimiento-de-la-red-de-servicios-de-salud-y-mejoramiento-de-la-calidad/>
- 15) ISO 9004:2000, Sistemas de gestión de la calidad — Directrices para la mejora del desempeño

- 16) ISO 9004: , Gestión para el éxito sostenido de una organización – Un enfoque basado en la gestión de la calidad
- 17) ISO 10001:2007 Gestión de la calidad — Satisfacción del cliente — Directrices para los códigos de conducta de las organizaciones
- 18) ISO 10002:2004 , Sistemas de gestión de la calidad .Satisfacción del cliente . Directrices para el tratamiento de las quejas en las organizaciones
- 19) ISO 10003:2007 Gestión de la calidad — Satisfacción del cliente — Directrices para la resolución de conflictos de forma externa a las organizaciones
- 20) ISO 10005:2005, Sistemas de gestión de la calidad . Directrices para los planes de la calidad
- 21) ISO 10006: 2003, Sistemas de gestión de la calidad . Directrices para la gestión de la calidad en los proyectos
- 22) ISO 10007:2003, Sistemas de gestión de la calidad . Directrices para la gestión de la configuración
- 23) ISO 10012, Sistemas de gestión de las mediciones — Requisitos para los procesos de medición y los equipos de medición
- 24) ISO 10012:2003, Sistemas de gestión de las mediciones-Requisitos para los procesos de medición y los equipos de medición
- 25) Marracino( C ); AbAdie (J) y Vera, M ( ) Indicadores para monitoreo de sistemas de atención de la salud - Bogotá-Colombia.
- 26) Metodología para la implementación de un sistema documental ISO 9000,Enero 2000disponible en <http://www.monografias.com/trabajos12/mndocum/mndocum.shtml#ixzz2WYnHWu>
- 27) Ministerio de Salud Pública .2000. Proyecto de Garantía de Calidad. Guía metodológica de planeación estratégica para hospitales en proceso de modernización . Ecuador
- 28) MONZON QUINTANA,Iliana, principios de la Gestión de la Calidad, 2004 )
- 29) NORMA INTERNACIONAL ISO 9000, 2005, disponible en [http://www.uco.es/sae/archivo/normativa/ISO\\_9000\\_2005.pdf](http://www.uco.es/sae/archivo/normativa/ISO_9000_2005.pdf)
- 30) Norma NMX-CC-9001-IMNC-2000. Sistemas de Gestión de la Calidad- Requisitos
- 31) OHMAE, Kenichi, 1990, La Mente del Estratega , Mc Graw Hill, México D.F., 299 p.
- 32) OPS .2001. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington DC
- 33) Pesantez L, Mary Graciela. 2013. Supervivencia, rentabilidad y crecimiento. Loja. Segunda edición,

- 34) Primo-Yúfera, E. (199/). Introducción a la investigación científica y tecnológica.  
Madrid: Alianza.
- 35) SERNA GÓMEZ, HUMBERTO. Gerencia Estratégica. Global Ediciones.
- 36) WILLIAMS,Guillermo.Calidad de los Servicios de Salud, 2005
- 37) ZEITHAML , Valarie, Marketing de servicios, pág 111, México , 2009

## ANEXOS

### Anexo 1

#### Plan de Capacitación en Gestión de Calidad

Se agradece la presencia de todo el personal de salud del HPAS al taller de capacitación de carácter obligatorio, que se realizara los siguientes días:

<b>Charla en Medicina Interna</b>	<b>Jueves 5 de septiembre del 2013</b>
<b>Charla para todo el personal de salud del HPAS</b>	Viernes 6 de septiembre del 2013

La charla será dictada por Dr. Edison Barreto, medico postgradistas de Medicina Interna, Dra. Carina Coronel, medico asistencial del servicio de Medicina Interna y Lcda. Norma Suarez, Jefe de Recursos humanos del HPAS.

TEMAS	TIEMPO	ENCARGADO
<b>Presentación del estudio que realizaré en el servicio</b>	5 minutos	Dra. Carina Coronel
<b>Definición de calidad y sus dimensiones</b>	10 minutos	Dra. Carina Coronel
<b>Relación de la calidad con las normas ISO 9000</b>	5 minutos	Dra. Carina Coronel
<b>Enfoque de las normas ISO 9000 en el campo hospitalario y departamental</b>	7 minutos	Dr. Edison Barreto
<b>Explicación de componentes de las ISO</b>	25 minutos	Dra. Carina Coronel
❖ <b>Sistema de gestión de calidad</b>		Dr. Edison Barreto
❖ <b>Documentación</b>		Lcda. Suarez
❖ <b>Compromiso de la dirección</b>		
❖ <b>Comunicación interna y revisión de la información</b>		
❖ <b>Recursos humanos</b>		
❖ <b>Infraestructura</b>		
<b>Exposición de los indicadores de calidad que podrán ser usados en el servicio para valoración de gestión de calidad</b>	8 minutos	Lcda. Suarez

## **Anexo 2**

### **Acta Comité de Calidad Servicio de Medicina Interna HPAS**

Siendo las 14horas 30 del 18 de octubre del 2013, se reúnen en las instalaciones del Hospital Pablo Arturo Suarez el personal médico y enfermería del Servicio de Medicina Interna, para designar quienes dirigirán el comité de calidad del servicio. Por unanimidad se nombra a la Dra. Carina Coronel como coordinadora de la reunión y a la Dra. Verónica Chávez como secretaria provisional. Como único orden del día se establece la elección del presidente, vicepresidente y secretario del comité de calidad del servicio de Medicina Interna.

Toma la palabra la Dra. Carina Coronel para la lectura de los perfiles y responsabilidades de los cargos que se ocuparan en el comité. Una vez leídos los perfiles, el Dr. Sánchez, jefe de servicio, propone al Dr. Edison Barreto (jefe de residentes), como presidente del Comité de calidad; Dra. Carina Coronel, como vicepresidente del mismo y Dra. Verónica Chávez como secretaria, lo mismo que fue aceptado por unanimidad.

Toma la palabra el Dr. Edison Barreto a nombre personal y de los profesionales elegidos para agradecer la confianza en el depositado y aceptar el cargo a la que se allanan la Dra. Carina Coronel y Dra. Verónica Chávez. Siendo las 14 horas con 15 minutos se cierra la sesión y para constancia firman la coordinadora y los profesionales elegidos.

.....

Dr. Edison Barreto

CI 130900441

Presidente del Comité de Calidad Servicio de Medicina Interna HPAS

.....

Dra. Carina Coronel

CI 1720203031

Vicepresidente del Comité de Calidad Servicio de Medicina Interna HPAS

.....

Dra. Verónica Chávez

CI 1711387447

Secretaria del Comité de Calidad Servicio de Medicina Interna HPAS

La firmas registradas avalizan el compromiso de los profesionales, miembros del Comité de calidad del HPAS, Servicio de Medicina Interna, de cumplir con sus funciones establecidas y trabajar para la mejora continua del servicio. Las funciones se detallan a continuación:

### **Presidente**

- Coordinar entre las diferentes áreas del servicio de Medicina Interna su participación en la calidad de los servicios.
- Crear conciencia en el personal de salud sobre su responsabilidad en las acciones de mejora continua de la calidad.
- Presidir las sesiones plenarias del comité.
- Emitir voto de calidad en caso de empate.
- Difundir los alcances del SGC. (Norma NMX-CC-9001-IMNC-2000. Sistemas de Gestión de la Calidad- Requisitos)
- Detección oportuna de falencias en atención de calidad brindada en el servicio basándose en cuestionario realizado a los pacientes
- Propuestas para mejorar problemas encontrados
- Elaboración y difusión del manual de calidad basándose en datos encontrados en cuestionario realizado a los pacientes, que deberá ser utilizado por todo el personal de salud del servicio
- Seguimiento de la aplicación del manual en el servicio

### **Vicepresidente**

- Vigilar el cumplimiento de los lineamientos que rigen el funcionamiento del Comité.
- Proponer decisiones consensuadas.
- Proponer a la Dirección General las medidas resolutivas que planteó el Comité, para evitar que se presente la misma desviación.
- Presentar los problemas seleccionados para su análisis al pleno del Comité.
- Asistir en representación del departamento cuando sea invitado por los diferentes Comités de Calidad de otros Hospitales e Institutos
- Presentar conclusiones que permitan a la Alta Dirección establecer las medidas o estrategias correctivas para solucionar y evitar los problemas detectados tendientes a mejorar los servicios que presta el Instituto.
- Proponer la agenda de trabajo, firmar y emitir la convocatoria para las sesiones ordinarias y extraordinarias.

- Elaborar un programa de trabajo anual con las estrategias y acciones a seguir.
- Representar al Presidente en ausencia, e informarle de los asuntos tratados y los compromisos adoptados.
- Presentar los casos seleccionados para su análisis. (Norma NMX-CC-9001-IMNC-2000. Sistemas de Gestión de la Calidad- Requisitos)

### **Secretaria**

- Elaborar la agenda de trabajo del Comité, realizar y enviar la convocatoria para las sesiones ordinarias, extraordinarias y plenarias con los documentos e información de los casos a tratarse.
- Preparar las recomendaciones y sugerencias técnicas decididas por el Comité para la corrección de los problemas detectados.
- Elaborar el acta de acuerdos de los asuntos tratados las sesiones del Comité.
- Elaborar las comunicaciones escritas a los Miembros Permanentes del Comité sobre las medidas correctivas a desarrollar con base en los acuerdos establecidos en el mismo.
- Efectuar el plan de seguimiento a los asuntos determinados por el Comité.
- Recibir, organizar y controlar la información de los Miembros Permanentes del Comité. (Norma NMX-CC-9001-IMNC-2000. Sistemas de Gestión de la Calidad- Requisitos)
- Colaboración con el presidente y vicepresidente en sus funciones antes descritas
- Digitalización de ideas desarrolladas por comité
- Elaboración material del manual de calidad

### **Anexo 3**

#### **Cuestionario para valoración de Gestión de calidad en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez**

- 1) El servicio cuenta con un responsable de la calidad formalmente designado y capacitado para cumplir con sus funciones**
  - a) No se cuenta
  - b) Está designado pero no capacitado
  - c) Cumple con lo establecido
- 2) Los responsables dan cuenta de los resultados de las actividades encomendadas a ellos en espacios de participación**
  - a) No dan cuenta
  - b) Dan cuenta parcialmente y solo institucionalmente
  - c) Dan cuenta en los espacios de participación establecidos
- 3) El jefe del servicio o la persona asignada, tiene definido por escrito el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos**
  - a) Ha definido
  - b) Define pero no cumple al 100%
  - c) Define y cumple al 100%
- 4) El personal tiene el nivel de escolaridad y especialización suficiente para desempeñar las tareas asignadas**
  - a) Menos del 70%
  - b) Del 70 al 90%
  - c) Mas del 90% cumple con lo establecido
- 5) Existe comunicación interna entre los trabajadores de la salud que se desempeñan en el Servicio de Medicina Interna?**
  - a) Siempre
  - b) A veces
  - c) Nunca
- 6) El ambiente de trabajo en el Servicio de Medicina Interna es adecuado?**
  - a) Si
  - b) Medianamente
  - c) No
- 7) Se han identificado las principales necesidades de salud y expectativas de los usuarios del servicio**

- a) Se han identificado
- b) Solo se han identificado algunas necesidades
- c) Cumple con lo establecido

**8) El jefe del Servicio de Medicina Interna ha definido o asignado a alguien para implementar uno o varios mecanismos para recoger sugerencias, quejas, reclamos de los pacientes, procesarlas y atenderlas**

- a) No ha definido
- b) Ha definido pero no implementado
- c) Cumple con lo establecido

**9) Se ha establecido e implementado mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en el Servicio de Medicina Interna**

- a) No se ha establecido
- b) Se ha documentado pero no implementado
- c) Cumple con lo establecido

**10) Existe un proceso para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los pacientes en el servicio, especialmente los relacionados a su dignidad personal, privacidad y seguridad**

- a) No existe un proceso definido
- b) Existe pero no se aplica o se lo hace en un 50%
- c) Cumple con lo establecido

**11) Se evalúa la satisfacción del usuario interno y externo por lo menos semestralmente y se propone correctivos**

- a) No evalúa
- b) Evalúa anualmente
- c) Cumple con lo establecido

**12) El servicio de Medicina Interna formula participativamente su plan operativo anual**

- a) No formulan el 50% de servicios y departamentos
- b) Formular pero no participativamente
- c) Cumple con lo establecido

**13) Los objetivos, metas del Servicio de Medicina Interna cuentan con un sistema de monitorización**

- a) No hay monitoreo y las metas están por debajo del 50% de avance
- b) Del 50-80% de metas están en el nivel esperado
- c) Mas del 80% de metas están en nivel esperado

**14) La jefatura del servicio analiza los resultados de la productividad individual, de acuerdo a los estándares establecidos por la alta dirección**

- a) No analizan
- b) Algunos analizan
- c) Todos analizan

**15) El equipo de trabajo de cada servicio identifica los problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el resultado de los recursos humanos**

- a) Solo identifican
- b) Identifican y proponen
- c) Proponen y participan en las decisiones

**16) Los médicos del servicio se organizan para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica, casos clínicos de pacientes hospitalizados en ese momento que requiera decisiones grupales**

- a) No se organizan
- b) Se organizan pero no se reúnen
- c) Cumple con lo establecido

**17) El hospital facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles, así como otras acciones para cautelar la salud del personal del servicio de Medicina Interna**

- a) No facilitan
- b) Facilita pero no cubre a todos los trabajadores del área de riesgos
- c) Facilita cubre a todos

**18) La estadía de los pacientes en el hospital es innecesariamente larga, por lo que la tasa de infecciones hospitalarias es alta**

- a) Mas del 80% de los casos
- b) Del 50 al 80% de los casos
- c) Menos del 50% de los casos

**19) El personal de salud del servicio se lava las manos luego de cualquier procedimiento en cada paciente**

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

#### **Anexo 4**

### **Encuesta de satisfacción de los pacientes internados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez**

ANONIMO.

EDAD ( )

SEXO HOMBRE ( ) MUJER ( )

- 1) **Le informaron a usted que tiene derecho a permanecer con un acompañante en situaciones u horarios establecidos y / o visitas durante el proceso de hospitalización?**  
SI ( )  
NO ( )
- 2) **El médico que le ingresó a Medicina Interna se identificó?**  
SI ( )  
NO ( )
- 3) **Le explicaron los resultados de sus exámenes y su enfermedad?**  
SI ( )  
NO ( )
- 4) **Le informaron de los controles y estilo de vida que debe llevar en su hogar**  
SI ( )  
NO ( )
- 5) **Considera confortables las instalaciones del servicio de Medicina Interna ¿**  
SI ( )  
NO ( )
- 6) **El trato del personal es amable y considerado, resguardando sus derechos ?**  
SI ( )  
NO ( )
- 7) **Usted considera que respetaron su intimidad física y personal durante su hospitalización ?**  
SI ( )  
NO ( )
- 8) **Limpiaban el espacio físico los encargados diariamente durante su hospitalización**  
SI ( )  
NO ( )
- 9) **Recibió una explicación completa el momento del alta hospitalaria ?**  
SI ( )

NO ( )

**10) Al personal lo considera bien calificado y técnicamente competente para la labor que realiza?**

SI ( )

NO ( )

**11) Considera que el establecimiento está continuamente preocupado en mejorar el nivel de atención que brinda?**

SI ( )

NO ( )

**12) Cree usted que los usuarios cumplen con los deberes que tienen dentro del establecimiento (respeto hacia el personal, cuidado del hospital, colaboración e información con el personal) ?**

SI ( )

NO ( )

**13) Está satisfecho con la atención recibida en el servicio de Medicina Interna del HPAS?**

SI ( )

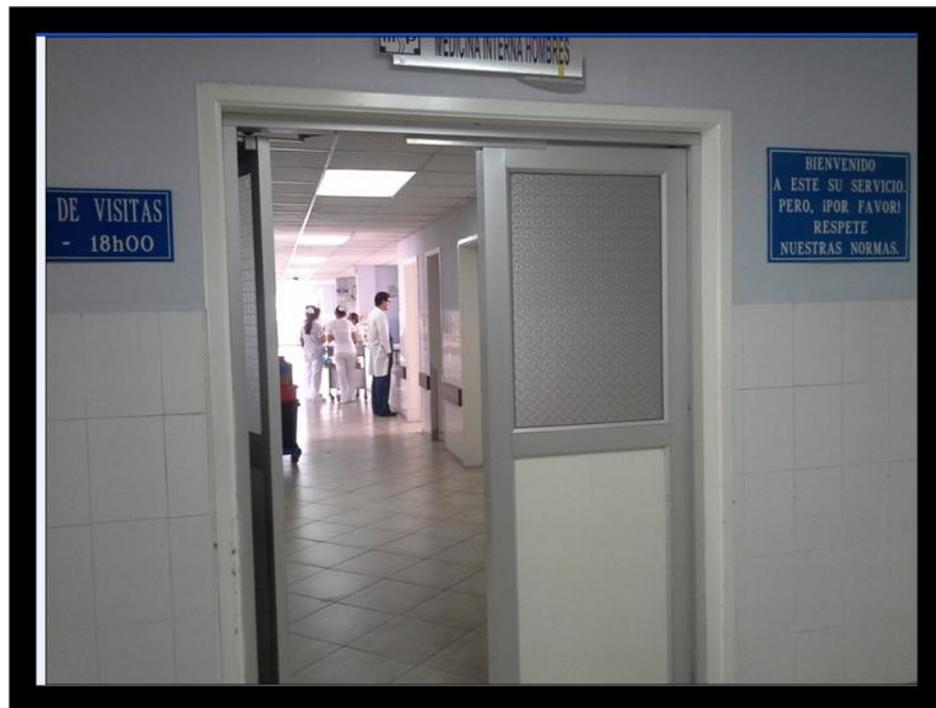
NO ( )

MEDIANAMENTE SATISFECHO ( )

## Anexo 5

### Fotos

#### Servicio de Medicina Interna



#### Staff de Medicina Interna



Charla departamental



Comedor del Hospital Pablo Arturo Suárez



Charla para todo el personal HPAS



**Anexo 6**  
**Autorizaciones Jefes de Servicio**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ  
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Quito, 6 de Septiembre del 2013

Doctora  
Carina Coronel  
MAESTRANTE UTPL  
Presente.

En atención a su pedido formulado mediante solicitud el 6 de Septiembre del 2013, a usted comunico:

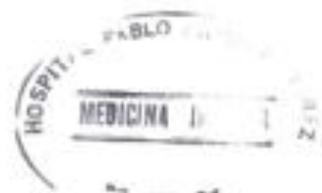
Mediante el presente oficio expresamente AUTORIZO que se realice el estudio necesario en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez para la implementación de un *MANUAL PARA APLICACIÓN DE NORMAS ISO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL AÑO 2013*, guardando los límites que obliga el reglamento del HPAS y como ensayo académico para la obtención del título de Magister en Gerencia en Salud para el desarrollo local



Atentamente  
Dr. Jorge Sánchez

Jefe de Medicina Interna del HPAS

DR. JORGE SÁNCHEZ, PhD  
MEDICINA INTERNA  
L. T. E. J. N. 10  
INH. 17-08-02110



Dirección: Angel Ludeña y Machala Oe5261  
Teléfono: (593) (2) 2598101

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ  
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Quito, 8 de Septiembre del 2013

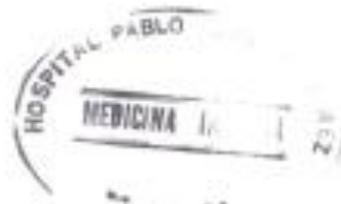
Doctora.  
Carina Coronel  
MAESTRANTE UTPL  
Presente.

En atención a su pedido formulado mediante solicitud el 8 de Septiembre del 2013, a usted comunico:

Mediante el presente oficio expresamente AUTORIZO que se realice el estudio necesario en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez para la implementación de un *MANUAL PARA APLICACIÓN DE NORMAS ISO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL AÑO 2013*, guardando los límites que obliga el reglamento del HPAS y como ensayo académico para la obtención del título de Magister en Gerencia en Salud para el desarrollo local

  
Atentamente  
Dra. Gabriela Vélez  
MAT 8 1159 Q. G. E.

Jefe de Docencia de Medicina Interna del HPAS



Dirección: Angel Ludeña y Machala Oe5261  
Teléfono: (593) (2) 2598101

Anexo 7

Registro de asistentes a Charla

HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ  
CAPACITACIÓN CALIDAD Y NORMAS ISO  
LISTA DE ASISTENCIA

TEMA: Calidad y Normas ISO  
FECHA: 5 y 6 de Septiembre

#	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA
	Dago Inayade	Cirujano General	170308534	[Firma]
	Alvaro Mendosa	Cirujano General	1708290390	[Firma]
	María Medina	Neumología	1705031918	[Firma]
	ISAAC CASILLAS	MD. Pediatría	180314631-7	[Firma]
	Dr. Virginia Lina	Biología	1716610249	[Firma]
	Dr. Sandra Lugo	Pediatría	180714035-8	[Firma]
	Federico Caspro	Urología	1711147828	[Firma]
	Sylvia Urzua	IRM	1923530000	[Firma]
	Lourdes Alvaro	Enfermería	171224004	[Firma]
	Dra. Ethia Henríquez	Emergencias	010428055	[Firma]
	Dr. Gabriel Ramos	NO	092131602	[Firma]
	DIANA GUERPOU	IRM	1720146736	[Firma]
	Johanna Cazor	IRM	1715974265	[Firma]
	Lidia Mary Ota	Enfermería	17517740	[Firma]
	Dr. Jony Rojas	Neurología	110326283-6	[Firma]
	Gema Encobar	Res. Méd. Int. Int.	1862626407	[Firma]
	Marta García	IRM	172742078-6	[Firma]
	Nataly Bernal	IRM. M. I.	172331336	[Firma]
	Dr. Daniel VASQUEZ	CIRUJANO	1000804877	[Firma]
	Sofía Morales	RM	149855823	[Firma]
	Gabriela Pacheco	Otorrinolaringología	100266801-9	[Firma]
	Miriam Pardo	Enfermería	172010324-3	[Firma]
	James Coronel	Psicólogo	1720203045	[Firma]
	Carla Corón	MD. Radiol.	1002728621	[Firma]
	Juan Pineda	Otorrinolaringología	172423303-1	[Firma]

**HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ**  
**CAPACITACIÓN CALIDAD Y NORMAS ISO**  
**LISTA DE ASISTENCIA**

TEMA: Calidad y Normas ISO  
 FECHA: 5 y 6 de Septiembre

#	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA
	Leonardo Esteban Hernández	Interno Medicina	100291985-0	[Firma]
	Michael David Riofrio	Interno Medicina	11412900-9	[Firma]
	Cristian Muñoz	Interno Medicina	10305736-4	[Firma]
	María Fernanda Rubio	Neurocirujano	130279130-9	[Firma]
	Vivante Santos Lombardo	Medicina	10-081245-0	[Firma]
	Diana Conquesch Pérez	M.I.H.	00591989-5	[Firma]
	Carli Andriano Somo	M.I.H.	172426518-9	[Firma]
	Pompeo Espinoza	M.I.H.	171822433-5	[Firma]
	Edgar Prando	M.I.	109832011-1	[Firma]
	Gustavo Torres	I.R.H.	192019610	[Firma]
	Diana P. Castellano Novales	Químico	11106517-9	[Firma]
	Cayetano Santiago	I.R.H.	1715847610	[Firma]
	Verónica A. Chávez E.	Medico	171138744-1	[Firma]
	Fernanda Lidia Zambrano	Medico	070158110-6	[Firma]
	Doris Pérez	Superintendente	171871239-9	[Firma]
	Pablo Roberto Cevallos	Externo	171674520	[Firma]
	Karla Elizabeth Portón	Externo	08011317	[Firma]
	José Quiroz	M.I.	110353932-3	[Firma]
	María Concha	M.I. Medicina	171028248	[Firma]
	Diana Comín	I.R.H.	19034275-6	[Firma]
	Viviana Muñoz	M.I.H.	12132308-6	[Firma]
	María Alejandra	Registramiento	17096007-9	[Firma]
	Rubén Rojas	Químico	121081082-1	[Firma]
	Oliver Viqueza	Medico	1002421621	[Firma]
	Ivonne Torres	Jeefe Gerencia	1705880704	[Firma]



**Anexo 8**  
**Manual de la calidad**  
**Servicio de Medicina Interna**

**MANUAL DE LA CALIDAD  
SERVICIO DE MEDICINA  
INTERNA**

**Hospital Pablo Arturo  
Suárez**

**DRA . CARINA CORONEL**

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> ii de 134

## Contenido

1. Introducción	
1.1 Prefacio	( 1 )
1.2 Marco Histórico	( 1 )
1.3 Planificación Estratégica	( 2 )
1.4 Política de Calidad	( 4 )
1.5 Comité de Calidad	( 5 )
2. Estructura	
2.1 Compromiso	( 9 )
2.2 Alcance del Sistema de Gestión de Calidad	( 9 )
3. Referencias	( 11 )
4. Requisitos del Sistema de Gestión de Calidad	
4.1 Requisitos Generales	( 12 )
4.2 Requisitos de la documentación	( 12 )
4.3 Manejo de documentos	( 12 )
5. Responsabilidad de la Dirección	
5.1 Compromiso de la Dirección	( 14 )
5.2 Direcciones Médica, de Enfermería y de Gestión	( 14 )
5.3 Coordinador de Calidad y Responsables de Calidad	( 14 )
5.4 Comunicación interna y revisión de la información	( 15 )
5.5 Procesos relacionados con el usuario	( 16 )
5.6 Seguimiento de los procesos	( 17 )
5.7 Servicio Prestado	( 17 )
5.8 Satisfacción del cliente	( 17 )
5.9 Análisis de datos	( 18 )
5.10 Administración de riesgos	( 19 )
6. Gestión de los Recursos	

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> iii de 134

6.1 Recursos humanos	( 19 )
6.2 Formación del Personal	( 19 )
6.3 Infraestructura	( 20 )
6.4 Ambiente de Trabajo	( 21 )
7. Medición , análisis y mejora	
7.1 Gestión de calidad	( 21 )
7.2 Cuestionario para valoración de gestión de calidad en el servicio de Medicina Interna del HPAS	( 22 )
7.3 Satisfacción de los pacientes	( 25 )
7.4 Encuesta de satisfacción de los pacientes internados en el servicio de Medicina Interna del HPAS	( 25 )

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 1 de 134

## 1. Introducción

### 1.1 Prefacio

Este manual de calidad constituye una herramienta de orientación de la estructura organizacional por procesos de la institución y brinda los lineamientos que en materia de calidad regirán la organización, para contar con personal con actitud de servicio y con sistemas, procesos y procedimientos estandarizados y automatizados, con la finalidad de proporcionar oportunamente una respuesta a la demanda y garantizar el adecuado funcionamiento del servicio bajo principios éticos y enfoque en la mejora continua de los procesos

Es responsabilidad de todos y cada uno de los trabajadores de salud del servicio, aplicar el manual de calidad propuesto y mantener los procesos necesarios para su cumplimiento

#### **Objetivos del Manual**

- Desarrollar un proceso de mejoramiento continuo en la calidad de prestación de servicios de salud y de información proporcionada al paciente y familia , mediante la evaluación periódica de las necesidades y expectativas de los usuarios
- Fortalecer las líneas de comunicación e información que den altos niveles de confiabilidad, oportunidad y seguridad tanto a los funcionarios como a los usuarios
- Brindar una atención integral en salud que incluya acciones de fomento, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en el proceso salud—enfermedad individual, familiar y comunitario, contribuyendo con el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y sus familias
- Desarrollar estrategias que permitan alcanzar una cultura de servicio

### 1.2 Marco Histórico

El Hospital Pablo Arturo Suárez posee una alta trayectoria en servicio médico asistencial en la Ciudad de Quito. Fue creado por la fusión del Hospital San Juan de Dios, fundado en la

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 2 de 134

época Colonial en 1565 y el Sanatorio de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA), creado en 1958 para el aislamiento de personas enfermas de tuberculosis. En 1973 se produce esta fusión creando una nueva casa asistencial llamada Pablo Arturo Suárez, el mismo que en un comienzo dependió administrativamente de la LEA, más tarde pasa a ser una unidad operativa del Ministerio de Salud Pública por decreto supremo 1364 del 11 de Diciembre en 1974, con la denominación de Hospital Pablo Arturo Suárez.

El Hospital se inicia con 216 camas, de las cuales 120 estaban destinadas para Neumología, 48 camas par Medicina Interna y 48 camas para Cirugía. En septiembre de 1989 se pone al servicio de la comunidad la Consulta Externa y en Abril de 1993 se inauguraron los servicios de Obstetricia y Neonatología.

A fines de la década de los noventa, la consulta externa se desarrolla con los servicios de demanda de la población y de especialidades que responden a la morbilidad más frecuente de la población.

Actualmente el Hospital Pablo Arturo Suárez atiende un promedio de 10500 personas anualmente en consultas ambulatorias, de las cuatro especialidades grandes de la medicina que son: Cirugía, Medicina Interna, Gineco- Obstetricia, Pediatría y Estomatología, con sus distintas subespecialidades. Es decir esta casa asistencial solventa los problemas médicos a cerca del 5% de la población de Quito y sus alrededores

El Hospital se encuentra ubicado en la zona nor-occidental de la ciudad de Quito, calle Ángel Ludeña y Machala

### **1.3. Planificación Estratégica**

#### **Misión**

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción,

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 3 de 134

prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

### **Visión**

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

### **Objetivos Estratégicos**

**Objetivo 1:** Garantizar la equidad en el acceso y gratuidad de los servicios.

**Objetivo 2:** Trabajar bajo los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud de forma integrada y en red con el resto de las Unidades Operativas de Salud del Ministerio de Salud Pública y otros actores de la red pública y privada complementaria que conforman el sistema nacional de salud del Ecuador.

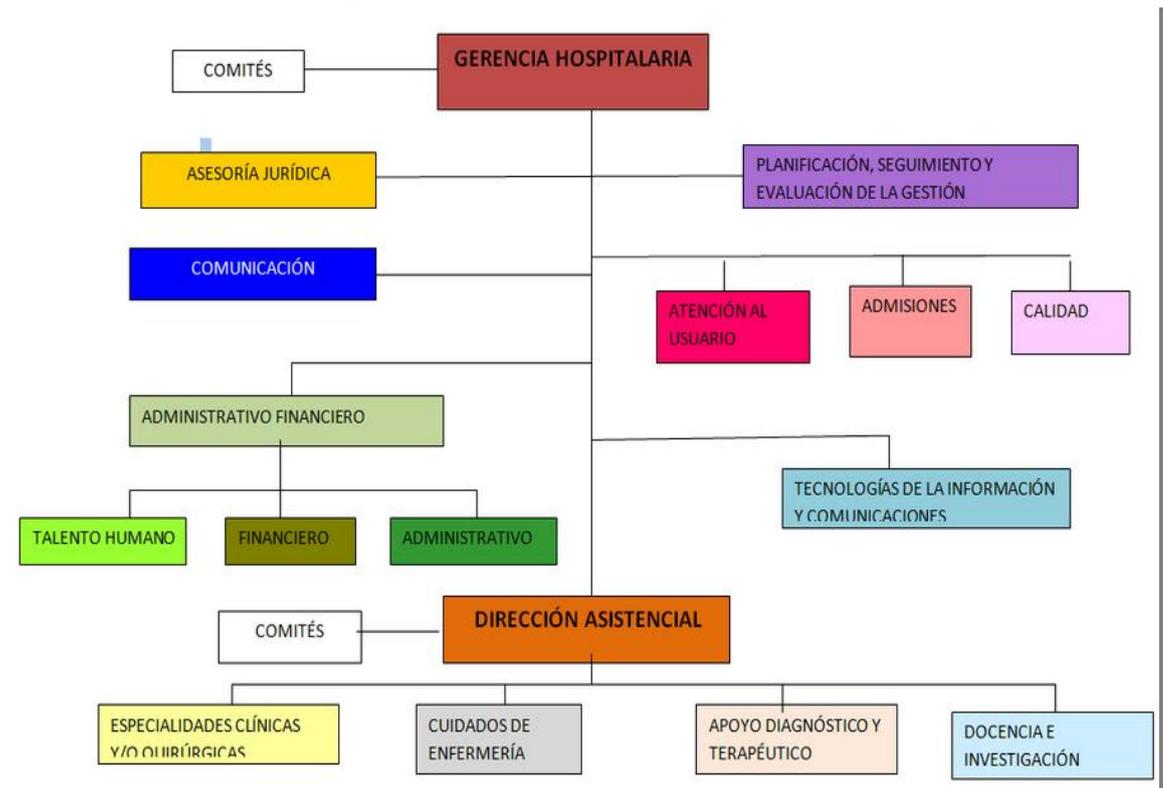
**Objetivo 3:** Mejorar la accesibilidad y el tiempo de espera para recibir atención, considerando la diversidad de género, cultural, generacional, socio económica, lugar de origen y discapacidades.

**Objetivo 4:** Involucrar a los profesionales en la gestión del hospital, aumentando su motivación, satisfacción y compromiso con la misión del hospital.

**Objetivo 5:** Garantizar una atención de calidad y respeto a los derechos de las y los usuarios, para lograr la satisfacción con la atención recibida.

**Objetivo 6:** Desarrollar una cultura de excelencia con el fin de optimizar el manejo de los recursos públicos, y la rendición de cuentas.

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 4 de 134



#### 1.4 Política de Calidad

Nuestra Política de Calidad es una norma de calidad que sirve para generar confianza a los clientes. Es preguntarnos si el trabajo que realizamos diariamente, ya sea técnico, administrativo o apoyo, lo hacemos de la mejor manera posible pensando siempre en lograr la satisfacción de nuestros pacientes y familiares. Es la carta de presentación de nuestra organización; es decir, describe lo que hacemos, lo que queremos lograr y cómo lo queremos realizar.

##### Política Medicina Interna

Se procura satisfacer los requerimientos de sus pacientes, brindando servicios médicos a quienes lo demanden, bajo una política de calidad basada en procesos, con objetivos cuantificables enfocados siempre en el mejoramiento continuo; garantizar una atención sanitaria efectiva y eficiente, centrada en el paciente y preocupada por su seguridad y

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 5 de 134

mejorar de forma continua la calidad de nuestro servicio mediante el análisis de datos y la identificación de áreas de mejora.

### **1.5 Comité de Calidad**

El Comité de Calidad propone directrices y políticas de calidad para el Servicio, emite observaciones y recomendaciones para adecuar procesos, procedimientos instructivos y situaciones en que se incurra incumplimiento de leyes, reglamentos o normas que son de observancia obligatoria en materia de salud y servicios públicos.

Además Evaluara problemas y propuesta de medidas preventivas, correctivas y de mejora para la eficiencia y eficacia de los servicios, así como para la evaluación de los resultados alcanzados, Fomentara la integración del personal de salud hacia la cultura de calidad institucional. (Norma NMX-CC-9001-IMNC-2000. Sistemas de Gestión de la Calidad-Requisitos)

Que la calidad se vuelva una cultura es la mayor aspiración que tenemos, para beneficio del paciente que confía en nuestro sistema de salud.

### **Definición de los perfiles de los integrantes del Comité de Calidad**

#### **Presidente y Vicepresidente del Comité de Calidad**

##### **Requisitos personales:**

- Título superior
- Al menos 6 meses de experiencia laboral en el servicio de Medicina Interna del HPAS
- Participación en el taller de normas ISO dictado en el servicio de Medicina I.

##### **Requisitos generales:**

- Capacidad para orientar la acción de su grupo en una dirección determinada, inspirando valores de acción y anticipando escenarios.
- Habilidad para fijar objetivos a su equipo, realizar su seguimiento y brindar retroalimentación sobre su avance integrando las opiniones de los diferentes integrantes.

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 6 de 134

- Habilidad para desarrollar su energía y transmitirla a otros en pos de un objetivo común.
- Plantear abiertamente los conflictos para optimizar la calidad de las decisiones y la efectividad de la organización.
- Capacidad para solicitar opinión al resto del grupo, y valorar sinceramente las ideas y experiencia de los demás, manteniendo una actitud abierta para aprender de los otros.
- Habilidad para promover la colaboración de los distintos equipos, al interior de cada uno de ellos.
- Capacidad de valorar las contribuciones de los demás aunque tengan diferentes puntos de vista.
- Valora las contribuciones ajenas, aún cuando se le plantean diferentes puntos de vista.
- Facilidad de comunicación con el resto del servicio.
- Promueve el desarrollo de un ambiente de trabajo amistoso, de buen clima y cooperación

### **Secretario/a del Comité de Calidad**

#### **Requisitos personales**

- Título superior
- Al menos 6 meses de experiencia laboral en el servicio de Medicina Interna
- Participación en el taller de normas ISO dictado en el servicio

#### **Requisitos generales:**

- Manejo de archivos y sistemas
- Digitación o mecanografía.
- Personalidad equilibrada y proactiva.
- Criterio propio para actuar oportunamente y distinguir prioridades.

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 7 de 134

- Capacidad de crear, innovar e implementar.
- Habilidades comunicativas y escucha activa

### **Funciones de los integrantes del Comité de Calidad**

#### **Presidente**

- Coordinar entre las diferentes áreas del servicio de Medicina Interna su participación en la calidad de los servicios.
- Crear conciencia en el personal de salud sobre su responsabilidad en las acciones de mejora continua de la calidad.
- Presidir las sesiones plenarios del comité.
- Emitir voto de calidad en caso de empate.
- Difundir los alcances del SGC. (Norma NMX-CC-9001-IMNC-2000. Sistemas de Gestión de la Calidad- Requisitos)
- Detección oportuna de falencias en atención de calidad brindada en el servicio basándose en cuestionario realizado a los pacientes
- Propuestas para mejorar problemas encontrados
- Elaboración y difusión del manual de calidad basándose en datos encontrados en cuestionario realizado a los pacientes, que deberá ser utilizado por todo el personal de salud del servicio
- Seguimiento de la aplicación del manual en el servicio

#### **Vicepresidente**

- Vigilar el cumplimiento de los lineamientos que rigen el funcionamiento del Comité.
- Proponer decisiones consensuadas.
- Proponer a la Dirección General las medidas resolutivas que planteó el Comité, para evitar que se presente la misma desviación.
- Presentar los problemas seleccionados para su análisis al pleno del Comité.
- Asistir en representación del departamento cuando sea invitado por los diferentes Comités de Calidad de otros Hospitales e Institutos

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 8 de 134

- Presentar conclusiones que permitan a la Alta Dirección establecer las medidas o estrategias correctivas para solucionar y evitar los problemas detectados tendientes a mejorar los servicios que presta el Instituto.
- Proponer la agenda de trabajo, firmar y emitir la convocatoria para las sesiones ordinarias y extraordinarias.
- Elaborar un programa de trabajo anual con las estrategias y acciones a seguir.
- Representar al Presidente en ausencia, e informarle de los asuntos tratados y los compromisos adoptados.
- Presentar los casos seleccionados para su análisis. (Norma NMX-CC-9001-IMNC-2000. Sistemas de Gestión de la Calidad- Requisitos)

### **Secretaria**

- Elaborar la agenda de trabajo del Comité, realizar y enviar la convocatoria para las sesiones ordinarias, extraordinarias y plenarias con los documentos e información de los casos a tratarse.
- Preparar las recomendaciones y sugerencias técnicas decididas por el Comité para la corrección de los problemas detectados.
- Elaborar el acta de acuerdos de los asuntos tratados las sesiones del Comité.
- Elaborar las comunicaciones escritas a los Miembros Permanentes del Comité sobre las medidas correctivas a desarrollar con base en los acuerdos establecidos en el mismo.
- Efectuar el plan de seguimiento a los asuntos determinados por el Comité.
- Recibir, organizar y controlar la información de los Miembros Permanentes del Comité. (Norma NMX-CC-9001-IMNC-2000. Sistemas de Gestión de la Calidad- Requisitos)
- Colaboración con el presidente y vicepresidente en sus funciones antes descritas
- Digitalización de ideas desarrolladas por comité
- Elaboración material del manual de calidad

## **2. Estructura**

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 9 de 134

## 2.1 Compromiso

El hospital Pablo Arturo Suárez, servicio de Medicina Interna, expresa su compromiso de atender con calidad a sus pacientes, quienes se benefician del sistema de gestión de calidad, satisfacen sus necesidades de todo tipo.

Mediante el establecimiento del manual de calidad del servicio basado en las normas ISO 9000 nos comprometemos cada uno de los funcionarios del Servicio de Medicina Interna en implantarlo en todos los casos.

## 2.2 Alcance del Sistema de Gestión de Calidad

Este manual de gestión de calidad describe la política y objetivos del servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez, se ha establecido en la organización bajo el modelo de Sistema de Gestión de Calidad ISO 9000.

### Lugar

El manual de calidad ha sido establecido para el Servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez.

### Transmisión

Autora del manual y personal encargado de la gestión de calidad en el servicio

### Distribución

Ciudad de Quito, Hospital Pablo Arturo Suárez

### Sitios de aplicación

Servicio de Medicina Interna del HPAS

### Procesos de apoyo

Jefe de servicio de Medicina Interna y Jefe de docencia departamental

Departamento de recursos humanos del HPAS

### Procesos

Los procesos necesarios para cumplir con la declaración del servicio que presta Medicina Interna en el HPAS se cumplen en un nivel:

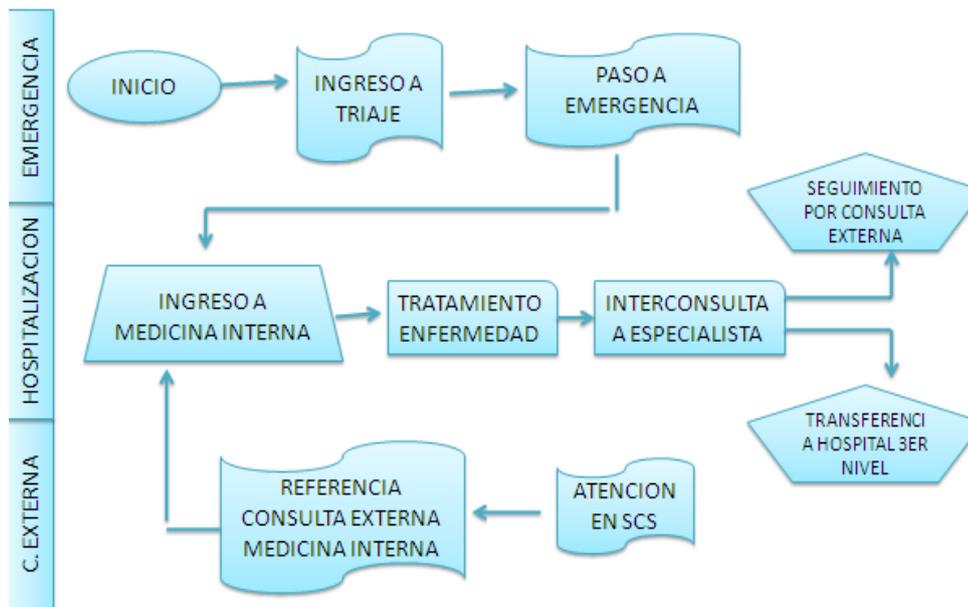
El servicio de Medicina Interna soluciona las enfermedades crónicas, clínicas de la medicina, genera promoción, prevención, tratamiento y seguimiento de las mismas,

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 10 de 134

buscando satisfacer los requerimientos de los pacientes con respeto a sus derechos dentro del marco legal.

Los pacientes que ingresan al Servicio lo hacen desde el servicio de Emergencia y consulta externa, interviniendo en la atención integral del adulto enfermo

Diagrama de procesos:



	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 11 de 134

### 3. Referencias

En este Sistema de Gestión de la calidad se han tomado como referencias principalmente estos documentos:

- Norma ISO 9000:2000
- Norma ISO 9001:2000
- Norma ISO 9004:2000

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 12 de 134

#### **4. Requisitos del Sistema de Gestión de Calidad**

##### **4.1 Requisitos Generales**

El servicio de Medicina Interna del HPAS ha implementado este manual cuya eficacia mejorará el sistema de gestión de calidad departamental con los requisitos de las Normas ISO 9000 para lo cual se cumple con:

- Identificación de los procesos necesarios para el sistema de Gestión de la Calidad , su aplicación y secuencia
- Asegura la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de sus procesos , con la ayuda de la dirección del hospital y Jefe de Servicio
- Realiza el seguimiento de la aplicación del manual, análisis y mejoras en los procesos

##### **4.2 Requisitos de la documentación**

La documentación del sistema de Gestión de la calidad incluye:

- El manual de Gestión de la calidad
- Encuestas de seguimiento y satisfacción requeridos para el control de la aplicación y difusión de gestión de calidad
- Actas de monitoreo, depuraciones y comunicación

##### **4.3 Manejo de los documentos**

- a) Elaboración de historia clínica por parte de los internos rotativos de medicina
- b) Revisión de documentos médicos por parte de médicos residentes, postgradistas y tratantes del servicio
- c) Aprobación de documentos médicos antes de su emisión
- d) Identificación de cambios que se efectúen a los documentos
- e) Establecimiento de mecanismos de archivo que garanticen la conservación y custodia de los documentos

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 13 de 134

- f) Uso de protocolos clínicos hospitalarios para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades en el servicio, y de no haberlo, elaborarlos.
- g) Luego del alta de cada paciente la historia se entregará a secretaría de Medicina Interna revisando que esté completa, deberá constar:

- Historia de la emergencia
- Nota de ingreso
- Historia clínica
- Evoluciones
- Exámenes
- Hoja del adulto mayor si este fuera el caso
- Hoja de alta firmada

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 14 de 134

## **5. Responsabilidad de la Dirección**

### **5.1 Compromiso de la Dirección**

La Dirección-Gerencia es la máxima responsable de la gestión calidad y está dotada de la autoridad necesaria para ejercer su responsabilidad.

Sus responsabilidades asociadas al Sistema de Gestión de la Calidad son:

- Comunicar a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios mediante la Política de la Calidad.
- Establecer y difundir la Política de Calidad
- Aprobar el Manual de Calidad y los Procedimientos Generales del servicio
- Llevando a cabo las revisiones del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para la realización de las actividades

### **5.2 Dirección Médica, de Enfermería y de Gestión**

El Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Medicina Interna tiene a estas Direcciones como responsables de velar por la adecuada gestión de recursos para el buen desempeño de los Sistemas de Gestión de la Calidad de los Servicios/Unidades.

Sus responsabilidades asociadas al Sistema de Gestión de la Calidad, aparte de lo indicado anteriormente, son:

- Revisar el Manual de la Calidad y los Procedimientos Generales
- Colaborar con la Dirección Gerencia en la gestión y control de los servicios que se ofrece a la población y de los recursos disponibles.

### **5.3 Coordinador de Calidad y responsables de Calidad**

Son los responsables de asegurarse de que se establezca, implemente y mantenga los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad del servicio, cada uno dentro

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 15 de 134

del ámbito de actuación de la Dirección a la que pertenece, coincidiendo en cada caso con los responsables de los Procesos.

En particular, para los Sistemas de Gestión de la Calidad de los Servicios/Unidades, el Coordinador de Calidad es responsable de:

- ❖ Asegurar que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para los Sistemas de Gestión de la Calidad de los Servicios/Unidades
- ❖ Informar a las Direcciones sobre el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad y de cualquier necesidad de mejora.
- ❖ Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente y de cualquier necesidad de mejora.
- ❖ Supervisar la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad en los Servicio/Unidades
- ❖ Elaborar el Manual de la Calidad del servicio
- ❖ Asegurar la distribución, el control y la difusión del manual de gestión de calidad
- ❖ Supervisar la gestión de No Conformidades y Acciones Correctivas
- ❖ Asesoramiento y apoyo, desde el punto de vista de la calidad, a la actuación técnica.
- ❖ Informar a la Dirección sobre el desempeño del Sistema y de cualquier necesidad del Sistema.
- ❖ Lo definido en este manual y en otros documentos del Sistema de Gestión de la Calidad que les aplique.

#### **5.4 Comunicación Interna y Revisión de la Información**

La alta dirección debe asegurarse de que se establezca los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y de que la comunicación se efectúe considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

- a) La información para la revisión por la dirección debe incluir resultados de auditoría
- b) Retroalimentación de pacientes
- c) Desempeño de los procesos y conformidad del servicio

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 16 de 134

- d) Estado de las acciones correctivas y preventivas
- e) Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas
- f) Cambios que podrían afectar el sistema de gestión de la calidad
- g) Recomendaciones para la mejora.

Todo el personal de servicio debe colaborar para que la comunicación se realice de forma que se asegure la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.

La Dirección mantiene canales de comunicación específicos:

- ❖ Verbal entre las personas de la organización (reuniones, comunicación personal, etc.)
- ❖ Escrita. La comunicación escrita se realiza a través de los siguientes canales:
  - ✓ Actas de reuniones.
  - ✓ Informes/comunicaciones entre el Responsable del Servicio y las Direcciones para la revisión del sistema.
  - ✓ Comunicados internos.
  - ✓ Correo electrónico.

### 5.5 Procesos relacionados con el Usuario

- a) El Sistema de Gestión de la Calidad del servicio satisface las necesidades de comunicación con los clientes facilitando la información requerida sobre nuestros servicios, procesando las correspondientes peticiones que se reciben, resolviendo las consultas que se planteen, y en su caso, sus modificaciones, y resolviendo las quejas y/o reclamaciones de los clientes.
- b) Los requisitos especificados por el usuario y que se encuentran en la normativa aplicable para cada proceso
- c) Información para el usuario sobre el servicio y los requisitos
- d) La retroalimentación del usuario, incluyendo sus quejas

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 17 de 134

## 5.6 Seguimiento de los Procesos

Los resultados de los indicadores son analizados por los responsables con la periodicidad indicada en cada caso, quienes establecerán las acciones necesarias para asegurar la conformidad del servicio cuando no se alcancen los resultados previstos.

## 5.7 Servicio Prestado

Al objeto de asegurar que los resultados del proceso de prestación del servicio cumple con los requisitos, se llevan a cabo las actividades de seguimiento y medición de las características de estos servicios. Estas se realizan a lo largo del proceso según sea adecuado (controles, verificaciones, validaciones,...) y de acuerdo con lo establecido por el propio Servicio/Unidad.

Los registros (informes u otros) deberán dejar evidencia de la conformidad de los servicios

## 5.8 Satisfacción del Cliente

Anualmente el servicio de Medicina Interna realiza encuestas de satisfacción a pacientes y familiares, se hará control del servicio no conforme o no conformidad, hablándose del incumplimiento de los requisitos establecidos para los servicios que se prestan.

Los resultados de cada estudio son incluidos en la correspondiente revisión del Sistema por la Dirección

## 5.9 Análisis de Datos

El servicio de Medicina Interna recopila y analiza la información necesaria para identificar las áreas de mejora y para determinar la adecuación y la eficiencia del Sistema de Gestión de la Calidad.

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 18 de 134

Los datos que se analizan procederán, como mínimo, de:

- a) Satisfacción de los clientes
- b) Conformidad del servicio que se presta con los requisitos establecidos: El Servicio/Unidad estudiará las no conformidades detectadas, así como cualquier otra información relevante.
- c) Características de los procesos, servicio y sus tendencias: El Servicio/Unidad estudia los resultados de los indicadores definidos para los procesos y sobre sus tendencias, realizando estadísticas y gráficos, si se considera adecuado, para facilitar una visión de la evolución. Se analizará también las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas.

### **5.10 Administración de Riesgos**

Teniendo en cuenta que un riesgo es toda aquella posibilidad de ocurrencia de un hecho que puede afectar la calidad de los productos o servicios ofrecidos por la entidad, o logro de los objetivos institucionales, la administración de los riesgos, cobra un papel importante dentro de la implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

En este sentido el Proceso Mejoramiento Continuo de la organización define la forma en que se identifican, priorizan, analizan, valoran y administran los diferentes riesgos institucionales, asociados a cada uno de los procesos establecidos para el Sistema de Gestión de la Calidad, de acuerdo con la siguiente clasificación:

Riesgos Financieros: Son aquellos que implican recursos económicos de tipo monetario

Riesgos Legales: Son aquellos derivados de acciones jurídico – administrativas o jurídico – procesales.

Riesgos Físicos: Son los relacionados con la integralidad material de las cosas.

Riesgos Técnicos: Son los del giro propio del servicio.

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 19 de 134

Riesgos Administrativos: Son los riesgos de la regla residual, o sea cuando no es ninguno de los anteriores.

## **6. Gestión de los Recursos**

### **6.1 Recursos Humanos**

- a) Determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afecten a la calidad del servicio.
- b) Proporcionar formación o tomar otras acciones para satisfacer dichas necesidades
- c) Evaluar la eficacia de las acciones tomadas
- d) Asegurarse de que el personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos
- e) Mantener los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia.

### **6.2 Formación del Personal**

Los lineamientos que se seguirán son:

- a) Establecer la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del servicio por medio de la evaluación realizada a partir de lo que establece la Dirección de Recursos Humanos y lo establecido en el perfil y la descripción del puesto.
- b) Proporcionar formación, o tomar otras acciones para satisfacer dichas necesidades aplicando los formatos de evaluación del desempeño.
- c) Evaluar la eficacia de las acciones tomadas, por medio de un seguimiento que permita conocer el desempeño posterior a la capacitación.
- d) Asegurarse de que el personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 20 de 134

Como complemento a la formación inicial, el servicio es consciente de la importancia de la formación continua. La metodología definida para:

- ❖ Identificar las necesidades de formación.
- ❖ Establecer el Plan de Formación.
- ❖ Implementar la formación necesario para mantener y mejorar el Sistema de Calidad
- ❖ Evaluar la eficacia de la formación.
- ❖ Mantener los registros necesarios.

Todo el personal de servicio es competente para realizar las actividades que tiene encomendadas en función del nivel educativo (titulación o similar), formación, experiencia y habilidades prácticas apropiadas para cada puesto, según lo dispuesto en el presente manual.

Para cada puesto de trabajo se determinan, cuando sea de aplicación, los requisitos necesarios:

- ❖ “Perfil de puesto”:
- ❖ Puesto de trabajo;
- ❖ Dependencia orgánica y funcional;
- ❖ Funciones y responsabilidades;
- ❖ Requisitos de competencia basados en nivel educativo, formación, experiencia y habilidades si fuera el caso.

### **6.3 Infraestructura**

- a) Edificio, área de trabajo y servicios necesarios para otorgar una atención adecuada al usuario y a su personal.
- b) Equipo para los procesos, (tanto software como hardware).
- c) Servicios de apoyo (transporte, comunicación, fotocopiado)

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 21 de 134

#### **6.4 Ambiente de Trabajo**

El servicio hospitalario debe cumplir con los siguientes lineamientos:

- a) El Servicio/Unidad se responsabilizará de identificar las condiciones de ambiente de trabajo necesarias para asegurar que los servicios que se prestan y/o los productos que se elaboran cumplen con los requisitos ( condiciones de limpieza, ambientales adecuadas para no afectar negativamente a la actividad que se está llevando a cabo
- b) Apreciación respecto a la manera en que los superiores orientan, apoyan y controlan a sus trabajadores durante la ejecución de su trabajo diario para que este se realice de manera óptima.
- c) Equidad en las recompensas por realizar un buen trabajo
- d) Apreciación que hacen los trabajadores de las normas o lineamientos institucionales que tienen por finalidad regular y uniformizar sus conductas dentro de la organización
- e) Apreciación de complacencia respecto a la interrelación entre los miembros de la organización, con quienes se comparten las actividades laborales cotidianas
- f) Apreciación de claridad, veracidad, precisión y oportunidad de la información que se transmite entre trabajadores al interior de la organización sobre aspectos relacionados al trabajo
- g) Reconocimiento por la participación de los trabajadores en las decisiones acertadas que se toman durante la ejecución de su trabajo y en las disposiciones que dirigirán el futuro de la organización.

### **7. Medición, Análisis y Mejora**

#### **7.1 Gestión de Calidad**

La medición de la aplicación de manual de calidad se realizará mediante la encuesta incluida en la tesis y realizada previa a la elaboración del manual, para determinar el estado de la gestión de calidad en el servicio

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 22 de 134

## 7.2 Cuestionario para Valoración de Gestión de Calidad en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez

**1) El servicio cuenta con un responsable de la calidad formalmente designado y capacitado para cumplir con sus funciones**

- a) No se cuenta
- b) Está designado pero no capacitado
- c) Cumple con lo establecido

**2) Los responsables dan cuenta de los resultados de las actividades encomendadas a ellos en espacios de participación**

- a) No dan cuenta
- b) Dan cuenta parcialmente y solo institucionalmente
- c) Dan cuenta en los espacios de participación establecidos

**3) El jefe del servicio o la persona asignada, tiene definido por escrito el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos**

- a) Ha definido
- b) Define pero no cumple al 100%
- c) Define y cumple al 100%

**4) El personal tiene el nivel de escolaridad y especialización suficiente para desempeñar las tareas asignadas**

- a) Menos del 70%
- b) Del 70 al 90%
- c) Mas del 90% cumple con lo establecido

**5) Existe comunicación interna entre los trabajadores de la salud que se desempeñan en el Servicio de Medicina Interna?**

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 23 de 134

**6) El ambiente de trabajo en el Servicio de Medicina Interna es adecuado?**

- a) Si
- b) Medianamente
- c) No

**7) Se han identificado las principales necesidades de salud y expectativas de los usuarios del servicio**

- a) Se han identificado
- b) Solo se han identificado algunas necesidades
- c) Cumple con lo establecido

**8) El jefe del Servicio de Medicina Interna ha definido o asignado a alguien para implementar uno o varios mecanismos para recoger sugerencias, quejas, reclamos de los pacientes, procesarlas y atenderlas**

- a) No ha definido
- b) Ha definido pero no implementado
- c) Cumple con lo establecido

**9) Se ha establecido e implementado mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en el Servicio de Medicina Interna**

- a) No se ha establecido
- b) Se ha documentado pero no implementado
- c) Cumple con lo establecido

**10) Existe un proceso para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los pacientes en el servicio, especialmente los relacionados a su dignidad personal, privacidad y seguridad**

- a) No existe un proceso definido
- b) Existe pero no se aplica o se lo hace en un 50%
- c) Cumple con lo establecido

**11) Se evalúa la satisfacción del usuario interno y externo por lo menos semestralmente y se propone correctivos**

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 24 de 134

- a) No evalúa
- b) Evalúa anualmente
- c) Cumple con lo establecido

**12) El servicio de Medicina Interna formula participativamente su plan operativo anual**

- a) No formulan el 50% de servicios y departamentos
- b) Formular pero no participativamente
- c) Cumple con lo establecido

**13) Los objetivos, metas del Servicio de Medicina Interna cuentan con un sistema de monitorización**

- a) No hay monitoreo y las metas están por debajo del 50% de avance
- b) Del 50-80% de metas están en el nivel esperado
- c) Mas del 80% de metas están en nivel esperado

**14) La jefatura del servicio analiza los resultados de la productividad individual, de acuerdo a los estándares establecidos por la alta dirección**

- a) No analizan
- b) Algunos analizan
- c) Todos analizan

**15) El equipo de trabajo de cada servicio identifica los problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el resultado de los recursos humanos**

- a) Solo identifican
- b) Identifican y proponen
- c) Proponen y participan en las decisiones

**16) Los médicos del servicio se organizan para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica, casos clínicos de pacientes hospitalizados en ese momento que requiera decisiones grupales**

- a) No se organizan
- b) Se organizan pero no se reúnen

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 25 de 134

c) Cumple con lo establecido

**17) El hospital facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles, así como otras acciones para cautelar la salud del personal del servicio de Medicina Interna**

- a) No facilitan
- b) Facilita pero no cubre a todos los trabajadores del área de riesgos
- c) Facilita cubre a todos

**18) La estadía de los pacientes en el hospital es innecesariamente larga, por lo que la tasa de infecciones hospitalarias es alta**

- a) Mas del 80% de los casos
- b) Del 50 al 80% de los casos
- c) Menos del 50% de los casos

**19) El personal de salud del servicio se lava las manos luego de cualquier procedimiento en cada paciente**

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

Esta encuesta nos servirá para determinar si ha cambiado el panorama en cuestión de calidad brindada por el personal de salud, comparada con el panorama inicial.

### **7.3 Satisfacción de los Pacientes**

Se realizará una encuesta de satisfacción a los pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez, que nos ayudará a hacer medidas correctivas en relación al tema

#### **7.4 Encuesta de Satisfacción de los pacientes internados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez**

ANONIMO.

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 26 de 134

EDAD ( )

SEXO HOMBRE ( ) MUJER ( )

**1) Le informaron a usted que tiene derecho a permanecer con un acompañante en situaciones u horarios establecidos y / o visitas durante el proceso de hospitalización?**

SI ( )

NO ( )

**2) El médico que le ingresó a Medicina Interna se identificó?**

SI ( )

NO ( )

**3) Le explicaron los resultados de sus exámenes y su enfermedad?**

SI ( )

NO ( )

**4) Le informaron de los controles y estilo de vida que debe llevar en su hogar**

SI ( )

NO ( )

**5) Considera confortables las instalaciones del servicio de Medicina Interna ¿**

SI ( )

NO ( )

**6) El trato del personal es amable y considerado, resguardando sus derechos ?**

SI ( )

NO ( )

**7) Usted considera que respetaron su intimidad física y personal durante su hospitalización?**

SI ( )

NO ( )

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 27 de 134

**8) Limpiaban el espacio físico los encargados diariamente durante su hospitalización?**

SI ( )

NO ( )

**9) Recibió una explicación completa el momento del alta hospitalaria ?**

SI ( )

NO ( )

**10) Al personal lo considera bien calificado y técnicamente competente para la labor que realiza?**

SI ( )

NO ( )

**11) Considera que el establecimiento está continuamente preocupado en mejorar el nivel de atención que brinda ?**

SI ( )

NO ( )

**12) Cree usted que los usuarios cumplen con los deberes que tienen dentro del establecimiento ( respeto hacia el personal, cuidado del hospital, colaboración e información con el personal ) ?**

SI ( )

NO ( )

**13) Está satisfecho con la atención recibida en el servicio de Medicina Interna del HPAS?**

SI ( )

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 28 de 134

NO ( )

MEDIANAMENTE SATISFECHO ( )

### Ejemplo de un procedimiento del Servicio de Medicina Interna

#### Toma de muestras sanguíneas

Concepto	Extracción de sangre venosa para realización de pruebas de laboratorio
<b>Insumos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol</li> <li>• Algodón</li> <li>• Jeringuilla de 3, 5, 10 o 20cc según el caso</li> <li>• Torniquete</li> <li>• Tubos rojo, lila y/o azul según sea el caso</li> </ul>
<b>Flujo</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavado de manos</li> <li>2. Desinfección del área de venopunción con alcohol</li> <li>3. Colocación del torniquete</li> <li>4. Palpación de vena</li> <li>5. Extracción de muestra venosa</li> <li>6. Colocación de muestra sanguínea en tubo rojo, azul o lila según corresponda</li> <li>7. Desechar jeringuilla en tacho rojo de Basura y aguja en desechos cortopunzantes</li> <li>8. Entrega de tubos sanguíneos a auxiliares de Enfermería del servicio</li> <li>9. Auxiliares bajan muestra a Laboratorio</li> <li>10. Encargado de laboratorio Por turno sube a</li> </ol>

	<b>MEDICINA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</b>	<b>ELABORACIÓN:</b> Carina Coronel
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>REVISIÓN</b> Magister Carmen Alarcón
		16\11\2013 <b>PÁGINA:</b> 29 de 134

	entregar Resultados de exámenes solicitados
<b>ELABORACION</b> 18/11/2013	CARINA CORONEL