



**“DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE INDICADORES DE GESTIÓN PARA  
EVALUAR EL DESEMPEÑO DE HOSPITALES PÚBLICOS”**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE  
MAGÍSTER EN CONTROL DE GESTIÓN**

**Alumno: Juan Carlos Armijos  
Profesor Guía: Alicia Núñez Mondaca**

**Santiago, Diciembre de 2017**

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres, Carlos Vicente Armijos Armijos, Guillermina Piedad Armijos Arévalo, Gracias a ustedes por ser el pilar fundamental, por ser mi guía y mi ejemplo a seguir, gracias por sus enseñanzas, por corregir siempre mi camino y por permitirme llegar hasta donde hoy eh llegado, gracias por su consejos, por estar siempre ahí como mis grandes amigos, y porque con sabiduría han sabido formarme y entender que el mejor regalo y herencia que uno puede recibir, es la educación, gracias por aquello, gracias por todo.

A mis hermanos, Verónica Patricia González Armijos, Karla del Rocío Armijos Armijos, Juan Pablo Armijos Armijos, Gracias a ustedes, por estar en todo momento conmigo, por su apoyo incondicional, por haber creído en mí, en que se pueden romper barreras, que es fácil hacerlo cuando se tiene el apoyo necesario, el suficiente, tan solo el suyo, su apoyo, gracias por hacer que crea en mí, en que todo es posible, gracias porque a pesar de la distancia siempre los tuve muy cerca mío, este logro también es suyo, gracias infinitas.

A mis amigos, todos aquellos que estuvieron desde el inicio de esta travesía, y también a aquellos que en el camino se fueron sumando, gracias a los amigos que dejé en Ecuador y aquellos que este país me dio la oportunidad de conocer, gracias por sus buenos deseos y por hacerme sentir como en casa.

A mis compañeros y amigos, Nicolás Eduardo Ulriksen Pérez, Felipe Órdenes San Martín, Engels Gutiérrez Solórzano, gracias a ustedes por su apoyo incondicional, por las largas jornadas de estudio, que sin duda fueron fructíferas, gracias por formar un excelente equipo de trabajo, por que sin duda sin ustedes, esta travesía hubiese sido distinta, gracias por compartir de sus experiencias y sobre todo por sus hospitalidad y amistad.

A aquellas personas que estuvieron conmigo desde el principio de este proyecto y que hoy en día, por diversas circunstancias no están, gracias también a ustedes por su apoyo incondicional y por haber creído siempre en mi siempre, gracias infinitas.

Al cuerpo docente de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, facultad de la cual me siento orgulloso de haber formado parte, gracias por sus enseñanzas,

y por brindarme la experiencia de aprender y formarme en una de las mejores Facultades y Universidades de Latinoamérica, gracias por su tiempo y dedicación.

A la Doctora Liliana Nériz Jara, por destinar su tiempo y dedicación, y por la oportunidad de aprender de su vasta experiencia, desde las aulas universitarias, gracias por su confianza, y con orgullo colaborar como su ayudante de cátedra e investigación, gracias por el apoyo y la confianza brindada.

Finalmente, quiero agradecer de manera especial a mi Directora de Tesis, la Doctora Alicia Núñez Mondaca, gracias infinitas a usted, por su tiempo y dedicación, por darme también la oportunidad de trabajar como su ayudante de investigación, gracias por sus consejos, por la dedicación brindada en cada una de las etapas del proyecto investigativo, gracias por sus enseñanzas desde las aulas universitarias, por su confianza, gracias por creer en mí, y por la oportunidad de colaborar en proyectos futuros, gracias totales.



Al Proyecto Fondecyt, Iniciación N° 11160150, por financiar parte de esta investigación

## RESUMEN EJECUTIVO

El control de gestión permite garantizar no solo un uso adecuado de los recursos asignados, sino que también admite que, en distintas entidades, sin importar su rubro, se cumplan los objetivos propuestos. Estos no solo deben establecerse como aplicaciones básicas en puntos clave o críticos, sino que también deben configurarse en términos generales o de integridad, en pos de lograr cumplimiento de políticas, objetivos y planificaciones directivas superiores. Dentro de este complicado panorama, se encuentra el área hospitalaria, la cual se encuentra sometida en una problemática diversa y compleja, que va desde el inadecuado manejo de los recursos hasta problemas de infraestructura. Frente a este contexto, lograr aplicar un modelo de gestión que se encargue de evaluar el desempeño de los hospitales públicos, se constituye en un verdadero desafío.

Para conseguir este propósito, se estableció como objetivo principal la identificación de procesos claves o críticos que desempeñan los hospitales, para de esa manera generar una propuesta de indicadores orientados a controlar el adecuado uso de recursos e infraestructura.

El enfoque metodológico que se empleó en esta investigación, se orientó en dos etapas principales: la primera de ellas, se enfocó en la ejecución de varias actividades, entre ellas, la realización de visitas de campo, tanto en hospitales de Chile, como de Ecuador, permitiendo de esta forma, tener mayor información acerca del objeto de estudio, luego de realizadas las visitas de campo, se procedió a la aplicación de entrevistas, y junto con ello, la realización de sesiones de trabajo con la Directora Zonal de Salud y con miembros del personal médico y administrativo del hospital objeto de estudio, entre los cuales se puede mencionar a jefes departamentales de las distintas unidades del hospital, así como a personal de los departamentos de admisiones, consulta externa, epidemiología, emergencia, planificación, talento humano, entre otros. Estas reuniones fueron posibles una vez obtenidos los permisos correspondientes para poder desarrollar la investigación, mediante la presentación de oficios a la Directora Zonal de Salud, y a los directivos de la institución. Finalmente, la recolección de documentación, es decir, el levantamiento de información acerca del uso de indicadores en entidades hospitalarias, se produjo mediante la revisión bibliográfica, la cual tuvo como soporte la revisión de distintos libros, publicaciones periódicas e Instrumentos legales, enfocados en la evaluación del desempeño, análisis de

los sistemas de salud de Chile y Ecuador, indicadores de gestión relacionados con procesos críticos o claves para la gestión de hospitales públicos, entre otros, así como la exploración de sitios web, en donde se revisaron minuciosamente cada uno de los sistemas de salud de cada uno de los países de la región, permitiendo de esta forma, obtener la mayor cantidad de información acerca de los indicadores seleccionados por cada uno de estos sistemas, lo que permitiría a la postre, obtener información sólida y valedera.

Una vez obtenida la información, se analizaron los datos para generar la propuesta de control a través del uso de indicadores hospitalarios. Para lograr este objetivo, se procedió a la Identificación y Categorización de los Objetivos e Indicadores, lo cual permitió establecer el modelo de indicadores definidos para esta investigación. Posteriormente, el modelo propuesto en esta investigación, fue validado por personal hospitalario, tanto de Chile (Hospital Clínico de la Universidad de Chile), como de Ecuador (Hospital General Isidro Ayora), mediante la aplicación de encuestas y entrevistas. El proceso de validación fue efectuado por personal médico, jefes departamentales de distintas unidades y Directores Académicos y Médicos, pertenecientes a los hospital. Finalmente, y luego de efectuada la validación, se procedió a la aplicación del modelo de indicadores de gestión al Hospital General Isidro Ayora.

Así, finalmente, se diseñó y aplicó un modelo de evaluación del desempeño, el cual está compuesto por un total de 84 indicadores claves de desempeño (KPIs), los cuales mediante su aplicación, permiten generar información de calidad, sobre el funcionamiento de las unidades que conforman el objeto de estudio, en este caso, hospitales.

**PALABRAS CLAVE:** CONTROL DE GESTIÓN – INDICADORES DE DESEMPEÑO – EVALUACIÓN DEL DESEMPÑO – EFICIENCIA – HOSPITALES PÚBLICOS – CHILE – ECUADOR.

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	iv
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	8
1.1. Planteamiento del Problema.....	10
1.2. Justificación.....	13
1.3. Objetivos.....	14
1.3.1. Objetivo General.....	14
1.3.2. Objetivos Específicos.....	14
1.4. Preguntas de Investigación.....	14
1.5. Alcances y Limitaciones.....	14
1.5.1. Alcances.....	14
1.5.2. Limitaciones.....	15
1.6. Metodología.....	15
<b>CAPÍTULO II</b> .....	21
<b>II. MARCO TEÓRICO</b> .....	21
2.1. Estructura del Sistema de Salud Chileno.....	21
2.2. El Subsector Público de Salud.....	24
2.2.1. El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).....	24
2.2.2. El Fondo Nacional de Salud (FONASA).....	26
2.2.3. Organización asistencial del SNSS.....	27
2.2.4. Otras instituciones de salud del subsector público.....	28
2.3. El subsector privado de salud.....	29
2.4. Beneficios y debilidades del sistema de salud chileno.....	30
2.5. Estructura del Sistema de Salud Ecuatoriano.....	34
2.6. El Sistema Nacional de Salud en el Ecuador (SNS).....	37
2.6.1. Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud.....	38
2.7. El subsector público de salud.....	39
2.8. El subsector privado de salud.....	41
2.9. Beneficios y debilidades del sistema de salud ecuatoriano.....	42
2.10. Evaluación del desempeño.....	44
2.10.1. Desempeño.....	44

2.10.2. Evaluación de desempeño en el sector público .....	46
2.10.3. Evaluación del desempeño en hospitales .....	48
2.11. Indicadores de desempeño en el sector público .....	49
2.11.1. Clasificación .....	50
<b>CAPÍTULO III</b> .....	54
<b>III. MODELO DE INDICADORES</b> .....	54
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	71
<b>IV. APLICACIÓN DEL MODELO</b> .....	71
4.1. Contexto de la Institución .....	71
4.1.1. Servicios que presta la Institución .....	71
4.1.2. Misión .....	72
4.1.3. Visión .....	72
4.1.4. Objetivos Estratégicos Institucionales.....	73
4.2. Aplicación del Modelo en el Hospital General Isidro Ayora .....	74
4.2.1. Resultados de la Aplicación del Modelo .....	76
4.3. Análisis de Resultados.....	83
4.3.1. Indicadores de Tiempo .....	83
4.3.2. Indicadores de Calidad.....	85
4.3.3. Indicadores de Eficiencia .....	90
4.3.4. Indicadores de Capacidad .....	92
4.3.5. Indicadores Económicos .....	95
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	98
<b>ANEXOS</b> .....	110

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla N°1:</b> Caracterización Sociodemográfica y Tramos.....	<b>27</b>
<b>Tabla N°2:</b> Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud de Chile.....	<b>28</b>
<b>Tabla N°3:</b> Aspectos deficitarios del sistema de salud chileno comparativamente con los países de la OCDE .....	<b>31</b>
<b>Tabla N°4:</b> Funciones del Sistema Nacional de Salud.....	<b>37</b>
<b>Tabla N°5:</b> Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud de Ecuador.....	<b>38</b>
<b>Tabla N°6:</b> Selección y Agrupación de los Indicadores.....	<b>56</b>
<b>Tabla N°7:</b> Lista de indicadores utilizados en la aplicación del modelo .....	<b>57</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura N°1:</b> Metodología de trabajo empleada en el desarrollo de la investigación.....	<b>20</b>
<b>Figura N°2:</b> Estructura del Sistema Nacional de Salud de Chile .....	<b>23</b>
<b>Figura N°3:</b> Organigrama del Sistema Nacional de Salud de Chile .....	<b>25</b>
<b>Figura N°4:</b> Porcentaje de población asegurada .....	<b>30</b>
<b>Figura N°5:</b> Estructura del Sistema Nacional de Salud del Ecuador.....	<b>36</b>
<b>Figura N°6:</b> División Sectorial de la Cobertura de Salud en Ecuador. ....	<b>41</b>

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo A:</b> Planilla de Indicadores utilizados en la aplicación del modelo .....	<b>110</b>
<b>Anexo B:</b> Encuesta de Satisfacción Laboral .....	<b>138</b>
<b>Anexo C:</b> Resultado de la aplicación de la encuesta realizada a los empleados del Hospital General Isidro Ayora.....	<b>141</b>
<b>Anexo D:</b> Encuesta de Satisfacción del Paciente.....	<b>161</b>
<b>Anexo E:</b> Resultado de la aplicación de la encuesta realizada a los pacientes del Hospital General Isidro Ayora.....	<b>163</b>

## CAPÍTULO I

### I. INTRODUCCIÓN

Las entidades que prestan servicios en el área de la salud exhiben características especiales, principalmente porque su actuar, incidencia y resultados repercuten directamente en el paciente e indirectamente en el resto de la sociedad. Los hospitales presentan una gran complejidad, debido a que en ellos se realizan actividades de diferente naturaleza, gran cantidad de tareas diferenciadas, y se prestan una gran diversidad de servicios, siendo muchos de estos con categoría de urgencia o inmediatez irrenunciable.

Los sistemas de salud de cada país se constituyen de forma distinta, sin importar su cercanía geográfica o su parecido ideológico. La presente investigación se centrará en el análisis de dos países latinoamericanos: Chile y Ecuador, países que poseen similitudes respecto de los problemas sanitarios que enfrentan sus sistemas de salud. Estructuralmente hablando, los sistemas de salud de ambos países se dividen en 2 sectores: público y privado, constituyéndose ambos como un sistema dual.

En ambos países, pese a que se han realizado reformas en pos de mejorar la gestión de recursos económicos y humanos, se presentan problemáticas bastantes marcadas, tales como la falta de médicos especialistas, y la carencia de equipamiento médico a las que se enfrentan los directivos día a día, y que se posicionan como grandes desafíos en los que se debe trabajar.

Para intentar cambiar esta realidad, en el último tiempo se ha posicionado en Chile a la autogestión hospitalaria como un aspecto trascendental para la mejora de los problemas que aquejan a la red de salud, puesto que, de esta manera, los hospitales pueden hacer uso inteligente de los pocos recursos que le son asignados. Así, se puede “mejorar la eficiencia, el reconocimiento de las responsabilidades no médicas, la rendición de cuentas y la elección de prestaciones por los usuarios” (Méndez y Torres, 2010, p.368). En el caso de Chile, las diversas reformas en el área de la salud pretenden crear hospitales cuya estrategia esté alineada con las necesidades de la población, prestando servicios acordes a las expectativas de los usuarios, tanto en la parte operativa como en su parte estructural, busca, además, crear centros de costos y generar mecanismos de evaluación para analizar el nivel

de satisfacción que poseen los usuarios respecto de los servicios que le son prestados (Méndez y Torres, 2010). Es preciso indicar que, en un primer momento, esta necesidad se centró en el fortalecimiento del recurso humano mediante formación, acreditación e incentivos, lo que no se implementó al momento de generar reformas estructurales, y por lo tanto no logró solucionar los problemas basales (Méndez y Torres, 2010). Así, para que esta red se ponga en marcha, es preciso modificar el enfoque de los cambios hacia la resolución de las demandas de salud que poseen los usuarios (Méndez y Torres, 2010).

En el caso de Ecuador es preciso indicar que desde hace algunos años, se ha intentado abogar por la puesta en marcha de varios proyectos que amplíen la red de salud del país, pero los esfuerzos se han focalizado en la creación de un sistema de salud subsidiado que “brinde acceso universal a la salud sin cobro en el momento de su utilización, cree una Red Pública Integral de Salud, proteja a grupos vulnerables o con necesidades especiales, eleve a rango constitucional las declaraciones de Doha de 2001, según las cuales el derecho al acceso a medicamentos debe anteponerse al derecho de propiedad intelectual, y fortalezca el papel rector del Ministerio de Salud Pública” (Lucio R et al, 2011, p.186). Para poder lograr esto, Ecuador debe hacer un esfuerzo de coordinación interinstitucional para fiscalizar y regularizar el trabajo de los organismos de salud. Si bien el esfuerzo se encuentra concentrado en lo anterior, lo que se ha logrado hoy en día es la creación de la Red Pública Integral de Salud, pero aún queda mucho trabajo para garantizar el acceso equitativo e igualitario a una salud pública de calidad.

Pese a que ambos países han trabajado en resolver las dificultades que se presentan en el sistema de salud público, aún se detectan problemas generalizados, entre los cuales destacan: inadecuadas instalaciones, falta de médicos generales, especialistas y otros profesionales, largos tiempos de espera para recibir atención médica, falta de equipamiento y de recursos para otorgar los servicios que la población requiere, entre otros (Olavarría, 2004; Ministerio de Salud Pública, 2011; Ponce, 2015; Rucio y Henríquez, 2011).

Las problemáticas detectadas están vinculadas con la falta de recursos económicos y humanos, y con problemáticas administrativas que enfrentan los sistemas de salud en la actualidad. Lo anterior también se evidencia en deficientes procesos de planificación, organización y control de los recursos asignados y problemas relacionados con la falta de formación en el sistema educacional, lo que repercute en un problema grave de gestión.

Frente a este complejo escenario, es necesario contar con un mecanismo que permita el manejo y control adecuado de todas las aristas que se presenten en la dirección de una entidad hospitalaria, para que las problemáticas antes presentadas puedan prevenirse o manejarse de mejor forma. Al visualizar este panorama, se detecta la necesidad de disponer de mecanismos de control que permitan guiar a la organización en la implementación de su estrategia.

### **1.1. Planteamiento del Problema**

Para entender los problemas de gestión que se presentan en ambos países, es preciso indicar que hoy en día es una realidad que los servicios privados de salud, pese a que muchas veces no cumplen con los estándares esperados de atención y calidad, son los escogidos por los usuarios que pueden acceder a ellos (Pezoa, 2013).

En Chile se presentan diversas situaciones que han puesto de manifiesto la deficiencia en el uso adecuado de los recursos públicos, y en muchos de estos casos, la inexistencia de los mismos. Lo anterior se expresa, en el caso de los hospitales, en la precarización de la asignación presupuestaria por parte del ejecutivo, lo que año a año se va acentuando de acuerdo con la crisis económica en la que se ha visto sometido el país, por lo que estas entidades han tenido que sobre endeudarse y reducir gastos en recursos humanos y en medicamentos, para poder lograr ajustar las cifras a los topes indicados (Bedregal et al, 2002). Lo anterior se puede contraponer a que año a año, se han incrementado las cifras de gasto por paciente, aumento que aún no es suficiente para poder subsanar las falencias de salud que se han presentado de manera histórica, por lo que el verdadero problema es en sí el modelo de salud aplicado, el cual no satisface las demandas de los pacientes. Si se habla del porcentaje de dinero que sale del bolsillo de cada persona que se atiende, es preciso indicar que este valor es relativo, puesto que en el caso de la atención pública muchas veces no se pone dinero extra (esto depende del tipo de ingreso socioeconómico que posee el paciente); sin embargo, hay medicamentos y exámenes específicos que, por temas de presupuesto hospitalario, el mismo paciente debe adquirir de manera particular. Esta situación es un claro ejemplo de la importancia que tiene el gestionar y administrar oportunamente los recursos con los que cuentan los hospitales, cuya función principal debe centrarse en la integración eficiente de los recursos humanos, financieros, y económicos, cuyo objetivo principal se centra en el logro de una atención óptima de los servicios de salud

que requieren los pacientes. Lo que se puede trabajar con más fuerza cuando un hospital se auto gestiona, puesto que este proceso de descentralización “implica [...] una mayor desconcentración e independencia en materias de gestión, todo esto en un contexto de redes de atención estructuradas en torno a un Modelo de Atención Integral en Salud” (Artaza, 2008, p.127), es decir, este modelo de gestión permitiría que los hospitales manejaran de manera óptima los recursos que le son asignados, lo que permitiría acoger en mayor grado las necesidades locales que posee la comunidad.

Respecto de la asignación de recursos en Ecuador, es preciso indicar que ésta ha tenido una importante evolución en los últimos años, lo que se refleja en el gasto fiscal en el área de salud, el cual ha crecido considerablemente a un 27,8% del presupuesto anual en los últimos 10 años (Ministerio de Salud Pública, 2011). Pese a ello, esta inversión es de alrededor de 500 dólares per cápita, monto que no es suficiente para cubrir el gasto total de los pacientes, los cuales aún deben asumir más del 50% del dinero para poder atenderse en el servicio público (Ministerio de Salud Pública, 2011). Si se habla del modelo de gestión, se puede precisar que éste también se encuentra en plena reforma, priorizando la modernización de la administración y creando estrategias para cumplir sus propósitos. Junto con ello, se ha trabajado para poder implementar legislaciones de salud internacionales como son la implementación del Reglamento Sanitario Internacional, Vigilancia epidemiológica, sanitaria y ambiental en salud, entre otros (Ponce, 2015).

Si se mencionan las problemáticas de salud comunes para ambos países, una de las mayores dificultades que se identifican corresponde a la ausencia de médicos especialistas, lo que ocurre debido a que la mayoría no acepta trabajar en las condiciones que se les ofrece en el servicio público y emigran a las clínicas privadas. La ausencia de especialistas se evidencia por la falta de recursos económicos, lo que no solo se traduce en una mala remuneración, sino que también en un déficit de equipamiento tecnológico (como unidades de escáner y resonadores), que muchas veces dificulta que los profesionales de la salud puedan hacer su trabajo de forma correcta. Otro de los asuntos que frecuentan los médicos es la falta de camas para poder estabilizar a los pacientes y la falta de insumos, lo cual también termina de cansar al personal médico que se desempeña en los hospitales (Revista Colegio Médico, 2014). Ahora bien, el bajo nivel de cobertura, protección insuficiente para los grupos con bajos ingresos, fragmentación y segmentación institucional, desabastecimiento de medicamentos y beneficios dispares, los cuales se encuentran sujetos

al ingreso del paciente (Ministerio de Salud Pública, 2011), es otro de los puntos presentes en ambos sistemas de salud y que se manifiestan como una gran carencia.

Adicionalmente, se puede precisar que actualmente los hospitales públicos en ambos países se encuentran colapsados, esto debido a la alta demanda a la que están sometidos, lo que se visualiza no solo en los servicios de urgencia, sino que también en las atenciones periódicas de pacientes crónicos. Como bien se sabe, esta problemática viene sucediendo hace varios años atrás, en donde se identifican servicios médicos primarios que no brindan las atenciones adecuadas a los pacientes que derivan en sus centros, lo que hace que los hospitales deban expandir sus posibilidades y recursos a niveles inimaginables, lo que se traduce en una atención precarizada (Revista Colegio Médico, 2014). Se suma, además, que muchas veces la designación de cargos directivos es realizada de acuerdo con compromisos políticos más que por los conocimientos en el área, lo que se traduce evidentemente en la mala gestión de los recursos asignados.

Si se añade la insatisfacción que tienen los pacientes respecto del sistema de salud pública de ambos países, es preciso indicar que sus primeras molestias se presentan cuando se dirigen a la atención primaria. Es aquí donde los pacientes ya se sienten disminuidos puesto que los profesionales que los atienden muchas veces no empatizan con sus síntomas e indican que sus consultas son injustificadas (Miranda y Saffie, 2014). Otra de las problemáticas identificadas por los pacientes es el modelo piramidal que posee la atención pública, el cual no satisface sus necesidades debido a que los cuidados, cobertura y atención aún son deficientes. Lo anterior se vincula también con la relación que existe entre la oferta y la demanda, en donde se evidencia una alta demanda de pacientes frente a una escasa cobertura asistencial (Quintana y Días da Silva, 2007). Otra de las quejas frecuentes de los pacientes es la falta de especialistas que existe en los hospitales, por lo que estos muchas de las veces deben dirigirse a otras unidades más lejanas o esperar turnos cuya atención podría durar varias semanas e inclusive meses. Por último, sumado a lo antes mencionado, las preocupaciones y críticas de los pacientes se focalizan en que, muchas veces, al sufrir una enfermedad catastrófica o permanente, deben abandonar sus tratamientos, debido a que el servicio no posee ni las herramientas ni el presupuesto adecuado para atenderlos (Quintana y Días da Silva, 2007).

Dentro de este panorama, aparece la evaluación de desempeño, la cual es vital para que cualquier organización de salud monitoree la gestión de sus recursos. Esta herramienta permite que los trabajadores se mantengan motivados y pendientes de cada una de las tareas que les son asignadas. Además, permite identificar falencias y debilidades para crear planes de acción que ayuden a solucionarlas (Jiménez, 2004).

## **1.2. Justificación**

Uno de los grandes problemas en salud pública es la percepción de mala gestión en todos sus niveles, lo que genera desconfianza e insatisfacción por parte de quienes hacen uso de los servicios de salud, lo que podría modificarse si se implementara un sistema de gestión adecuado que permita realizar un seguimiento de las acciones implementadas en pos de mejorar la atención.

Los hospitales deben hacer múltiples esfuerzos para garantizar el cumplimiento de aspectos esenciales para su correcto funcionamiento, asegurando parámetros fundamentales como la efectividad, la eficiencia y la eficacia en el desarrollo de sus actividades. Para ello, una de las formas que se proponen para alinear a la organización con el cumplimiento de sus objetivos es la implementación de un sistema de control de gestión, el cual permita, entre otros, evaluar el desempeño de la organización a través de un sistema de monitoreo constante que releve datos para analizar si las acciones y tareas están siendo realizadas en pos de conseguir los objetivos propuestos.

Así, esta investigación propone un modelo de indicadores claves de desempeño, los cuales, mediante su correcta aplicación y su continuo monitoreo, permitan establecer e identificar los diversos síntomas o anomalías que se presentan en el desarrollo normal de las actividades. Es así, como mediante la creación de un modelo de indicadores y su correcta aplicación, se pueda contar con información constante, real y precisa respecto de las actividades que se manejan dentro de la organización, siendo de vital importancia dar cumplimiento a los objetivos y tareas que se ha propuesto cumplir la organización.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo General**

- Diseñar e Implementar un sistema de medición de desempeño basado en indicadores clave para hospitales de Chile y Ecuador, que contribuya a mejorar la toma informada de decisiones.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Establecer indicadores de gestión para los principales procesos de los hospitales.
- Generar a modo de propuesta, una matriz de control, destacando los principales indicadores consignados, estableciendo a la vez procedimientos de seguimiento y control.
- Aplicar los indicadores propuestos en el hospital seleccionado como objeto de estudio.

### **1.4. Preguntas de Investigación**

a) ¿Es factible evaluar el desempeño de hospitales en Chile y Ecuador a través de un sistema de indicadores de gestión?

b) ¿La aplicación de estos indicadores claves de desempeño permitirán a los hospitales plantear posibles planes de acción o estrategias que mejoren la toma de decisiones?

### **1.5. Alcances y Limitaciones**

#### **1.5.1. Alcances**

El presente trabajo de investigación entrega como resultado el diseño y aplicación de un modelo de indicadores claves de desempeño, el cual será aplicado en el Hospital General Isidro Ayora.

Si bien el estudio puede ser aplicado tanto en el sector público como privado de salud, este, fue aplicado en un hospital público (Hospital General Isidro Ayora), debido a que hoy

en día los usuarios del sistema público perciben la mayor cantidad de problemas y deficiencias. Así, se puede indicar que este estudio se vincula con la gestión y control de organizaciones públicas en base a un modelo de indicadores, los cuales serán aplicados en el hospital seleccionado como objeto de estudio.

### 1.5.2. Limitaciones

El Tesista no forma parte de la institución, por lo tanto, el acceso a la información es limitado.

### 1.6. Metodología

El enfoque metodológico se realizó en dos etapas, una de ellas de carácter inicial referida al levantamiento de información en entidades hospitalarias a través de las visitas de campo, y la otra en la indagación, búsqueda y/o propuesta de indicadores de gestión relacionados con procesos críticos o claves que fueron determinados en la etapa inicial. Se utilizó como técnicas de levantamiento de información, la observación y la revisión bibliográfica global, enfocando posteriormente el análisis en diferentes estudios relacionados con las áreas de salud de Chile y Ecuador.

Los documentos a los que se hace referencia son:

- **Libros:** Las fuentes documentales que más se utilizaron en la investigación, entre ellos libros de texto, manuales, diccionarios, enciclopedias, así como obras de colección.
- **Publicaciones Periódicas:** Artículos publicados en distintos Journals Científicos.
- **Instrumentos Legales:** Normativas legales vigentes en Chile y Ecuador relacionadas.
- **Web:** Consultas a través de sitios Web.

En el desarrollo de la metodología se tomaron en cuenta varios aspectos, entre los cuales se consideró la realización de visitas de campo, sesiones de trabajo con la Directora Zonal de Salud y con miembros del personal médico y administrativo del hospital, entre los cuales se puede mencionar a jefes departamentales de las distintas unidades del hospital,

así como a personal de los departamentos de admisiones, consulta externa, epidemiología, emergencia, planificación, talento humano, entre otros. Estas reuniones fueron posibles una vez obtenidos los permisos correspondientes para poder desarrollar la investigación, mediante la presentación de oficios dirigidos a la Directora Zonal de Salud, y a los directivos de la institución.

Para poder recopilar la información necesaria en el proceso de indagación, se realizó una selección y evaluación preliminar del material encontrado que pudiera formar parte de la investigación. Finol y Nava (1996), consideran que: “La selección y evaluación del material disponibles requiere de un conocimiento previo, tanto del problema que se investiga como de los lugares donde posiblemente se encuentra el material ciertamente valioso. De allí que la selección exige una lectura exploratoria y una cala de la información existente a fin de ubicar la información necesaria para la comprobación de las hipótesis planteadas” (p.70).

La recolección de documentación, es decir, en el levantamiento de información acerca del uso de indicadores en entidades hospitalarias se produjo mediante la revisión bibliográfica, la cual tuvo como soporte la revisión de distintos libros, publicaciones periódicas, e Instrumentos legales, enfocados en la evaluación del desempeño, análisis de los sistemas de salud de Chile y Ecuador, indicadores de desempeño, entre otros, así como la exploración de sitios web, en donde se revisaron minuciosamente cada uno de los sistemas de salud de la región, así como páginas oficiales de distintos Centros Hospitalarios, permitiendo de esta forma, obtener la mayor cantidad de información.

Una vez obtenida la información, se analizaron los datos para generar la propuesta de control a través del uso de indicadores hospitalarios. Para lograr este objetivo, se procedió a la Identificación y Categorización de los Objetivos e Indicadores, mismos que fueron categorizados de acuerdo al análisis de varios estudios utilizados en esta investigación, estudios realizados por Tórres (1991), López y Gadea (1992), Núñez et al. (2017), entre otros, en los que se definen los siguientes grupos de indicadores de gestión hospitalaria: (Indicadores de Tiempo, de Calidad, de Eficiencia, de Capacidad, y Económicos). Lo cual permitió a la postre, establecer el modelo de indicadores definidos para esta investigación.

Es importante señalar, que para el establecimiento del modelo de indicadores de gestión, se debieron seguir una serie de criterios. Un primer criterio consideró la revisión de todos los

indicadores, eliminando aquellos que se encontraban duplicados o eran iguales en su naturaleza de medición. El segundo criterio consistió en el análisis de los indicadores seleccionados tras la aplicación del primer criterio, eliminando aquellos indicadores que según su naturaleza de medición permitían medir, o eran útiles tan solo para actividades específicamente desarrolladas por una unidad o servicio hospitalario, por ejemplo; indicadores para el servicio de gastroenterología, de odontología, o la unidad de cuidados intensivos, etc. La decisión de omitir estos indicadores se basa en que si bien son relevantes para la gestión de la unidad en sí, deberían estar alineados a indicadores más globales que permitan monitorear a nivel general el desempeño del hospital.

El tercer criterio consistió en realizar una depuración de aquellos indicadores que están destinados a medir el desempeño de hospitales especializados en ciertas áreas de la medicina como son; cáncer, psiquiatría, pediatría, entre otras. Este tipo de indicadores si bien son relevantes, son de carácter específico y no proveen de mayor información acerca del desempeño de un hospital en general. El cuarto criterio consideró la participación de personal experto, 15 expertos fueron consultados entre ellos: médicos, enfermeras, y personal administrativo fueron entrevistados. De acuerdo a su expertiz y trayectoria en el área de la salud, y en gestión de hospitales, se realizó una última depuración, dejando 84 indicadores que son de mayor relevancia para la gestión de hospitales.

Posteriormente, el modelo propuesto en esta investigación, fue validado por personal hospitalario, tanto de Chile (Hospital Clínico de la Universidad de Chile), como de Ecuador (Hospital General Isidro Ayora), mediante la aplicación de encuestas y entrevistas. El proceso de validación fue efectuado por personal médico de la institución, y por el Director Académico del hospital antes mencionado, para el caso de Ecuador, la validación del modelo en el caso Chileno fue realizada por jefes departamentales de distintas unidades pertenecientes al hospital, así como de la Directora Médica de la Institución. Finalmente, y luego de efectuada la validación, se procedió a la aplicación del modelo de indicadores de gestión al Hospital General Isidro Ayora.

En lo referente a la aplicación del modelo de indicadores de gestión, es importante señalar que, para la aplicación de los indicadores establecidos en cada una de las categorías (Tiempo, Calidad, Satisfacción, Eficiencia, Capacidad, y Económicos), fue necesaria la realización de reuniones periódicas con distintos jefes departamentales, por

mencionar; Departamento de Estadística, Planificación, Talento Humano, entre otros, generando de esta forma, información suficiente para el cálculo de los indicadores seleccionados para cada una de las categorías. Es importante señalar, que los indicadores de tiempo se construyeron desde la “Fase 0: Situación inicial”, en donde se realizó el diagnóstico ante un ambiente donde se evidenció que no existen mediciones, y en consecuencia, resultados que ayudaran a la toma de decisiones para la gestión hospitalaria. La información para los indicadores de tiempo fue recogida en su totalidad por medio de la utilización de un cronómetro, por medio del cual se estableció con exactitud el tiempo que se requería medir para cada uno de los indicadores, tanto para las subcategorías de indicadores de tiempos de espera como de proceso. El tiempo tomado para cada uno de los indicadores presentes en esta categoría, fue realizado de forma aleatoria, es decir, se tomaron tiempos varias veces en distintos días de la semana, y en distintas jornadas de atención al público. Por ejemplo, varios indicadores fueron aplicados un día lunes por la mañana, luego, este mismo grupo de indicadores fue aplicado el día miércoles por la tarde, el día viernes por la noche, y así sucesivamente, permitiendo de esta forma, dar mayor precisión a los datos obtenidos durante su aplicación, siendo lo contrario, si este hubiese sido aplicado, tan solo un día a la semana, o en la misma jornada de atención al paciente.

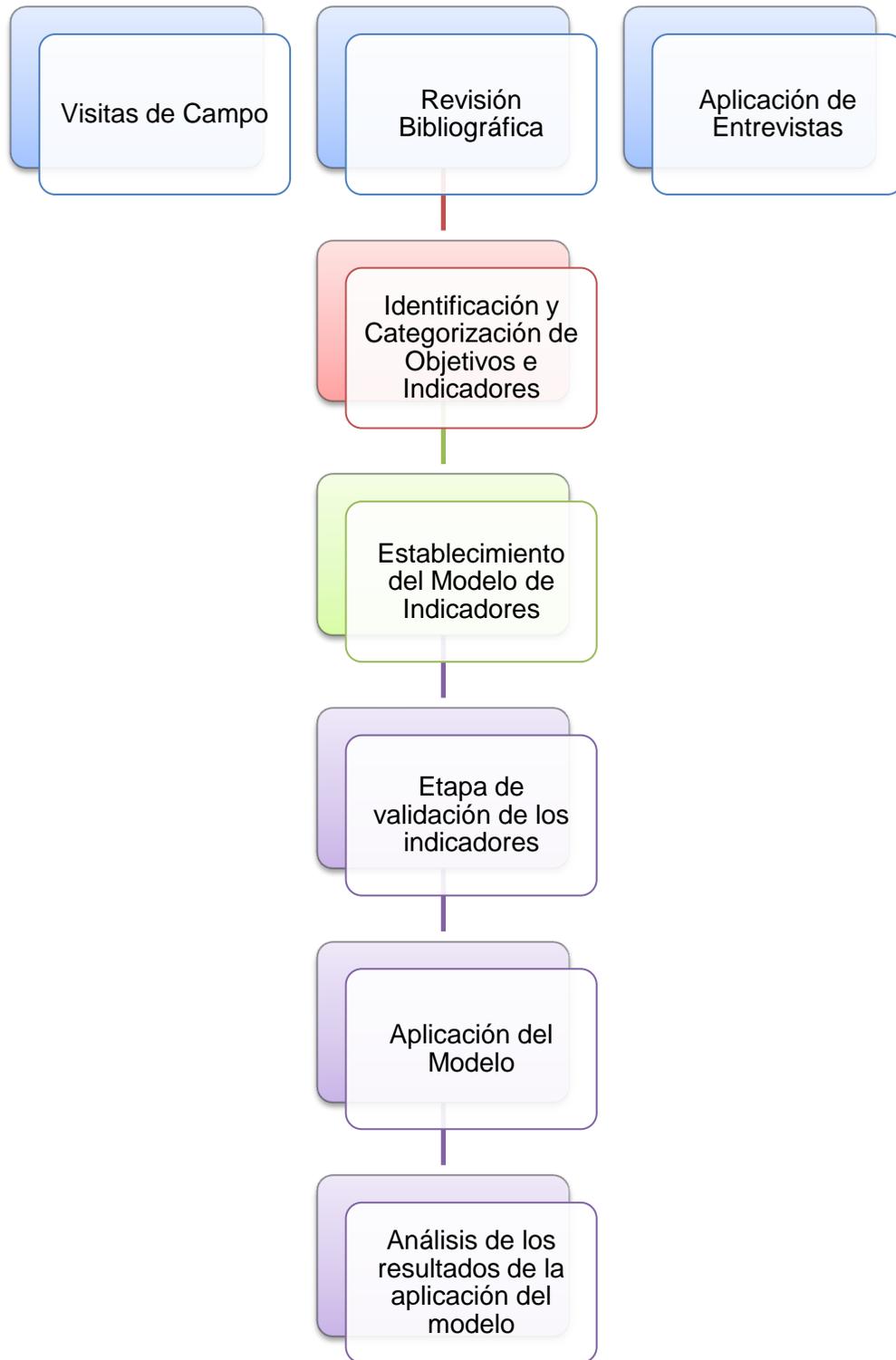
Respecto de los Indicadores de satisfacción, para el levantamiento de información, fue necesaria la elaboración y aplicación de encuestas, tanto del personal como del paciente (ver anexos: N°2 y 4). Las encuestas de satisfacción del paciente fueron contestadas por un total de 190 usuarios, en la que se establecen un total de 26 preguntas, considerando aspectos como; calidad de la atención, calidad de la organización y funcionamiento del establecimiento, calidad de la infraestructura, entre otros. Se incluyeron 190 usuarios de los Servicios de Hospitalización, Consulta Externa, y Emergencias del Hospital General Isidro Ayora. Por otro lado, las encuestas de satisfacción laboral fueron contestadas por un total de 94 personas, en las que se incluyeron, personal médico, administrativo, entre otros. Para la elaboración de la encuesta se tomaron en cuenta diversas variables establecidas en la teoría de los dos factores de Herzberg, por medio de la cual se presentan, por una parte, los factores higiénicos o extrínsecos relacionados con la insatisfacción, los cuales engloban todas las condiciones del ambiente en el cual se mueve la persona, y los factores motivacionales o intrínsecos, vinculados con aspectos más profundos respecto del puesto específico que posee el individuo. Por medio de la aplicación de las encuestas, se presentaron preguntas destinadas a explorar las condiciones de trabajo, el reconocimiento,

los premios, incentivos y capacitaciones, los logros obtenidos a lo largo del ejercicio de sus funciones, entre otras. Estas encuestas (personal y pacientes), fueron aplicadas en el mes de marzo del presente año.

En cuanto a los indicadores de eficiencia, calidad, y capacidad, para el levantamiento de la información, fue necesaria la realización de entrevistas con el personal del departamento de estadística, planificación, y talento humano del Hospital General Isidro Ayora, además de la revisión de documentos, específicamente, informes y reportes presentados por las distintas unidades del hospital. En relación al quinto grupo de indicadores -indicadores económicos- la información fue proporcionada por el departamento de planificación y financiero de la institución.

La Figura N°1 detalla el esquema metodológico utilizado en el desarrollo de la investigación.

**Figura N°1:** Metodología de trabajo empleada en el desarrollo de la investigación.



**Fuente:** Elaborado por el Autor.

## CAPÍTULO II

### II. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Estructura del Sistema de Salud Chileno

El sistema de salud chileno está compuesto por todas las personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma (Colegio Médico de Chile, 2013). Actualmente, el sistema de salud se conforma por instituciones, organismos y entidades del sector público y privado, es por ello que se puede denominar como un sistema de salud mixto, donde el Estado actúa a través del Ministerio de Salud como un ente garante para la ejecución de políticas públicas en el área.

El Ministerio de Salud se encarga de ejercer la rectoría de este sector, dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas (MINSAL, 2016).

En este sentido, el sistema de salud público se encuentra encabezado por el Ministerio de Salud y el Fondo Nacional de Salud (FONASA). El primero se encuentra encargado de diseñar las políticas de salud y coordinar su implementación en los 26 servicios de salud que tiene a su cargo y en los establecimientos hospitalarios, mientras que el segundo, es el servicio que recauda, administra y distribuye los recursos financieros del sistema público (Fundación Sol, 2009).

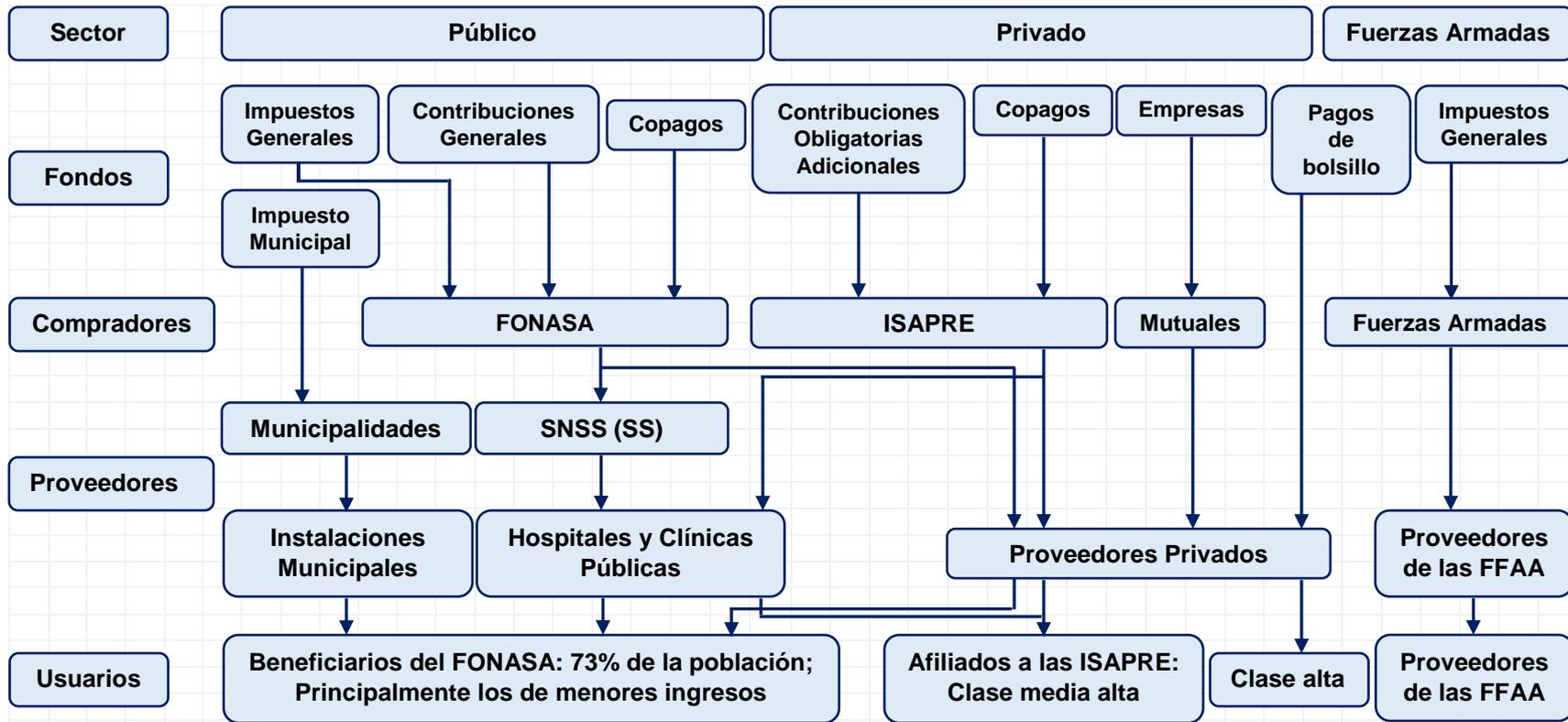
Por su parte, el sistema privado se encuentra conformado por las compañías aseguradoras de salud (ISAPRES), las mutuales de seguridad y los productores particulares de salud, conformados por clínicas, hospitales y profesionales independientes. Este sistema privado de igual manera se encuentra regulado y supervisado por el Ministerio de Salud, quienes se encargan de que éstos cumplan sus reglamentos, tarea realizada en conjunto por la Superintendencia de Isapres, organismo descentralizado de carácter fiscalizador (Larrañaga, 1997).

Ahora bien, sin importar qué tipo de sistema escojan las personas, es preciso indicar que éste es de carácter obligatorio, puesto que todo trabajador activo o pasivo está obligado a cotizar el 7% de su sueldo para financiamiento de su régimen de salud.

La constitución dual que posee el sistema de salud también se encarga de dividir a la población en 2 grupos. El primer grupo, referido a personas que pese a tener altos ingresos económicos, poseen bajos riesgos de salud, por lo cual pueden atenderse sin mayores problemas dentro del sistema público. El segundo grupo, se constituye por las personas en las que la relación que se indicó con anterioridad se da de forma inversa, es decir, personas con bajos ingresos económicos que poseen alto riesgo sanitario (Larrañaga, 1997).

La Figura N°2 muestra la Estructura del Sistema Nacional de Salud de Chile:

**Figura N°2:** Estructura del Sistema Nacional de Salud de Chile.



FONASA: Fondo Nacional de Salud.  
 SNSS. Sistema Nacional de Servicios de Salud.  
 FFAA: Fuerzas Armadas (Ejército, Marina, Aviación, Policía).

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional.  
 SS: Servicios de Salud Regionales.

**Fuente:** Berrecil-Montekio V, Reyes JD, Manuel A. Sistema de Salud de Chile (2011).

## **2.2. El Subsector Público de Salud**

El subsector público de salud en Chile se encuentra conformado por: el prestador de servicios denominado Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y la entidad administradora de las recaudaciones y/o autorizaciones de prestaciones sin pago Fondo Nacional de Salud (FONASA) que a la vez es parte del subsistema principal.

El objetivo principal de este subsector fue promover la equidad y la calidad en el acceso a la atención de salud, lo que implica desafíos sanitarios, los cuales se presentan con una agenda inconclusa en algunos aspectos y nuevos problemas emergentes o reemergentes en otro aspecto.

Con el objetivo de dibujar la estructura y propósito del sistema de salud, se describe en la siguiente sección el Sistema Nacional de Servicios de Salud de Chile.

### **2.2.1. El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)**

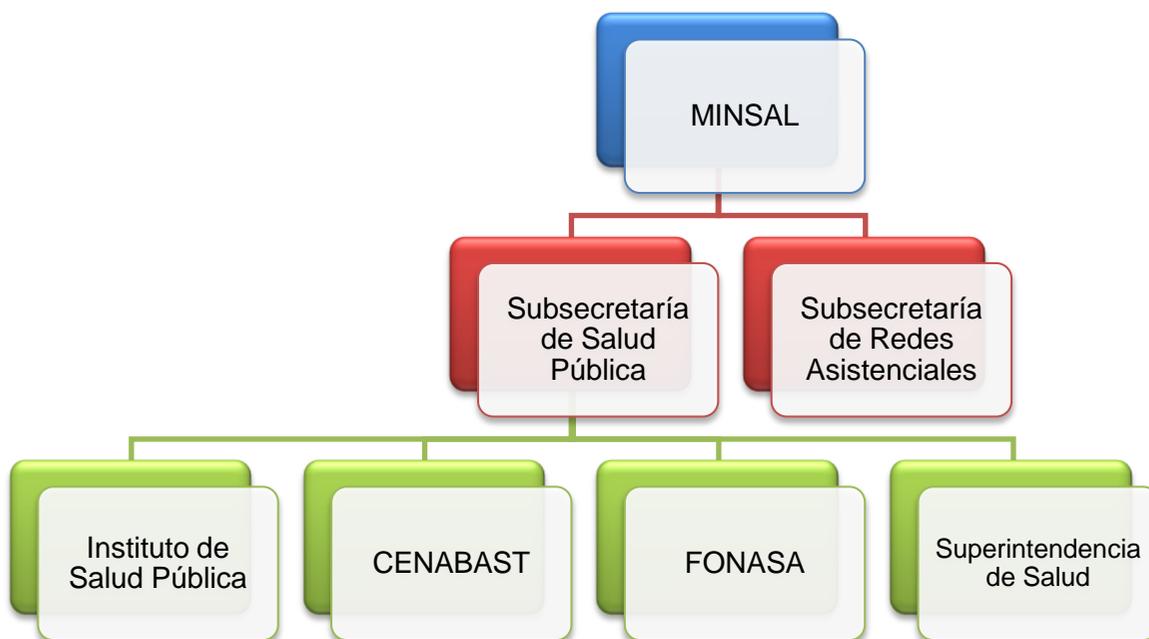
El Estado por definición debe velar por el bienestar de sus ciudadanos y para ello debe apoyar el desarrollo de políticas de salud nacional, garantizando el libre e igualitario acceso a las acciones de fomento, protección, recuperación de la salud y rehabilitación del enfermo. Para lograr este propósito, el Estado dictará normas, formulará planes y programas, efectuará la supervisión, evaluación y control del cumplimiento de las políticas y planes de salud, y de la coordinación de las actividades que tienen incidencia sobre el estado de salud, tanto de los organismos de su propio sistema, como con otras instituciones del sector y con otros sectores, garantías establecidas constitucionalmente (Constitución de Chile, 2014).

Por esta razón, la existencia y organización del SNSS se basa en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (DS de 1980), donde se indica que está compuesto por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes: los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento. Además, participan de este sistema todas aquellas instituciones que realizan convenios como los municipios y servicios delegados. En este caso Chile que es un país descentralizado, a nivel

de cada región, el Ministerio está representado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, responsables de ejercer las mismas funciones que el Ministerio.

De esta manera, se puede indicar que los servicios de salud se constituyen como organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones. Así, se puede indicar que existen 26 servicios con asignación geográfica definida con el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente, que se encuentran estructurados internamente por una Dirección de Servicio a la que le corresponde la supervisión, coordinación y control de todos los establecimientos y dependencias, constituidos por Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Postas Rurales de Salud y Estaciones Médico-Rurales. En la Figura N°3 se muestra el Organigrama del Sistema de Salud Chileno.

**Figura N°3:** Organigrama del Sistema Nacional de Salud de Chile.



**Fuente:** Instituto de Salud Pública de Chile (2016). Recuperado de <http://www.ispch.cl/content/21427>

En la figura anterior se presenta la estructura organizativa del Ministerio de Salud, en donde se evidencia la descentralización de funciones y la dependencia de organismos adscritos. En las siguientes secciones se describen estas instituciones adscritas, empezando por el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

### **2.2.2. El Fondo Nacional de Salud (FONASA)**

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el continuador legal del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y es el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud, en conformidad con las políticas, planes y normas que para esos efectos determina el Ministerio. (FONASA, 2016).

Las principales funciones de este ente son: recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del sector salud, es decir, debe financiar las prestaciones de salud otorgadas a sus beneficiarios; identificar a los asegurados e informarles adecuadamente sobre sus derechos; conocer y resolver reclamos; fiscalizar las cotizaciones de salud y los recursos destinados a prestaciones.

De esta manera se confirma que las funciones principales de FONASA están orientadas a financiar las acciones de salud y las inversiones de capital que requiere el Sistema y a colaborar con el Ministerio en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados al Ministerio, con el Presupuesto Global de Salud. Corresponde igualmente al FONASA cumplir las funciones y obligaciones como administrador del Fondo de Asistencia Médica (Ley 16.781) y administrar los recursos destinados a la atención de salud por la modalidad de Libre Elección.

Es importante mencionar que FONASA da cobertura de salud a más de 13, 5 millones de asegurados (FONASA, 2016), sin exclusión de edad, sexo, nivel de ingreso, número de cargas familiares ni enfermedades preexistentes. Posee cobertura nacional a través de su Casa Matriz y sus cuatro Direcciones Zonales: Norte, Centro Norte, Centro Sur y Sur. En la Tabla N°1, se presenta la clasificación de los beneficiarios FONASA según ingreso y nivel de cobertura.

**Tabla N°1: Caracterización Sociodemográfica y Tramos.**

<b>TRAMOS Y COPAGOS</b>	
<b>Cuando un nuevo beneficiario se incorpora al Seguro Público de Salud, nuestra primera tarea es colocarlo en uno de nuestros 4 tramos de ingreso. Esta clasificación, de tipo escala, nos permite levantar caracterizaciones socioeconómicas de la población beneficiaria, y están definidos de la siguiente manera:</b>	
<b>TRAMO DE INGRESO</b>	<b>BENEFICIARIOS DEL TRAMO</b>
<b>TRAMO A</b>	Beneficiarios carentes de recursos para cotizar en salud, o en condición de indigencia (no cotizantes).
<b>TRAMO B</b>	Beneficiarios con ingresos menores a \$ 270.000 al mes (cotizantes). Trabajadores del sector público de salud.
<b>TRAMO C</b>	Beneficiarios con ingresos entre \$ 270.000 y \$ 394.200 al mes (cotizantes).
<b>TRAMO D</b>	Beneficiarios con ingresos de \$ 394.200 y más al mes (cotizantes)
<b>COPAGOS EN LA RED PREFERENTE (POR TRAMOS DE INGRESO)</b>	
<b>TRAMO DE INGRESO</b>	<b>DESCRIPCIÓN DEL COPAGO</b>
	<b>Gratuidad:</b> No cotiza y tampoco paga por la atención de salud, por lo que tiene subsidio total por parte de Fonasa.
	<b>100% de bonificación, 0% de copago:</b> Cotiza, pero no paga por la atención en salud.
	<b>90% de bonificación, 10% de copago:</b> Cotiza y paga según lo indicado
	<b>80% de bonificación, 20% de copago:</b> Cotiza y paga según lo indicado
<b>La clasificación de los beneficiarios en tramos de ingreso permite darle la misma cobertura a todos, pero con copagos que solidarizan con los que tienen menos recursos.</b>	

**Fuente:** Cuenta Pública del Fondo Nacional de Salud (2017). Recuperado de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/tramos>

En esta Tabla, se evidencia que existen cuatro tramos de caracterización sociodemográfica, y en cada uno, existen ciertas características correspondientes a los beneficiarios. Para apoyar estos tramos se hace necesaria la creación de la Organización Asistencial del SNSS, la cual que se describe a continuación.

### **2.2.3. Organización asistencial del SNSS**

Para llevar a cabo sus funciones, el SNSS se ha estructurado en una red asistencial de establecimientos y niveles de atención organizados de acuerdo a su cobertura y complejidad asistencial, los cuales son clasificados en tres niveles de atención: primario, secundario y terciario, según los siguientes criterios de complejidad y cobertura, los cuales son mostrados en la Tabla N°2.

**Tabla N°2:** Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud de Chile.

ESTABLECIMIENTOS	COMPLEJIDAD	COBERTURA POBLACIONAL
NIVEL PRIMARIO	Baja	Alta
NIVEL SECUNDARIO	Media	Media
NIVEL TERCIARIO	Alta	Baja
	Los establecimientos de nivel primario son la primera instancia a la que deben acudir las personas con algún problema de salud, perfilándose como la puerta de entrada al sistema de salud pública. Desde estos establecimientos básicos, los casos más graves son derivados a los niveles superiores de atención. Son estos casos los que componen el grueso de la población atendida por los establecimientos secundarios y terciarios.	
	El rasgo fundamental de este nivel es que junto con el nivel terciario sirven de referencia para la Atención Primaria, y que sus recursos para satisfacer las demandas son más complejos. Los establecimientos-tipo de estos niveles son los Hospitales <sup>20</sup> y los Centros AP con tecnología de especialidad, entre los cuales cuentan el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), también conocido como Policlínico de Especialidades <sup>21</sup> , el Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) y el Centro de Referencia de Salud (CRS).	
	El nivel terciario está orientado a la resolución de los problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia para la derivación de pacientes de su área de influencia más inmediata, como así también de áreas de carácter regional, suprarregional y en oportunidades nacional. Los establecimientos-tipo de estos niveles son los Hospitales <sup>20</sup> y los Centros AP con tecnología de especialidad, entre los cuales cuentan el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), también conocido como Policlínico de Especialidades <sup>21</sup> , el Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) y el Centro de Referencia de Salud (CRS).	

**Fuente:** Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque Laboral, Sindical e Institucional. Disponible en <http://www.fundacionsol.cl/wp-content/uploads/2010/09/Cuaderno-11-Salud-y-enfoque-laboral.pdf>

Esta caracterización es fundamental para el entendimiento del sistema, y poder agrupar los indicadores que miden los resultados de gestión y desempeño en las instituciones de salud seleccionadas en este estudio. Para apoyar este desempeño, se describen las otras instituciones de salud involucradas en el subsector público.

#### 2.2.4. Otras instituciones de salud del subsector público

Además del SNSS, existen otras instituciones del subsector público que cuentan con sistemas propios de salud, destinados a dar atenciones de salud a su personal y cargas familiares, para lo cual cuentan con establecimientos y unidades asistenciales de atención abierta y cerrada; estas se subdividen en el sector público y privado en este grupo destacan los siguientes: los establecimientos de las Fuerzas Armadas y de Orden, Penitenciaría, Empresa Nacional del Petróleo y Universidad de Chile, entre otras. En relación al sector privado de salud se describe a continuación.

### **2.3. El subsector privado de salud**

El sistema privado de salud en Chile nace bajo la premisa de descongestionar el sector público para permitir que éste pueda centrar sus esfuerzos en las personas de más bajos recursos (Superintendencia de Salud, 2016). Su eje principal se basa en la existencia de las ISAPRES, las cuales nacen tras la reforma al sistema de salud que se realizó en el año 1981, lo que, en teoría, permitiría que los trabajadores tuviesen un aumento de sus libertades individuales al tener posibilidad de optar en qué tipo de servicio de salud deseaban atenderse.

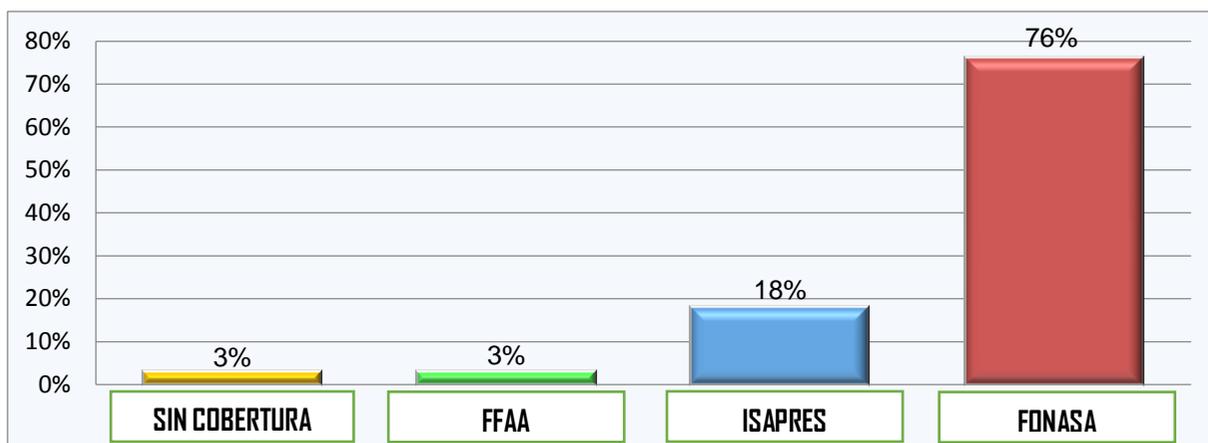
Para adscribirse al sistema privado, los trabajadores individualmente suscriben un “contrato” de salud con la ISAPRE que elijan, desviándose sus cotizaciones al nuevo sistema de salud para poder acceder a los beneficios que ofrezca el plan escogido. El contrato con las ISAPRES establece las condiciones para el otorgamiento del examen de medicina preventiva, protección de la mujer en el embarazo y del niño hasta los 6 años.

Adicionalmente, muchas veces se adiciona el beneficio de cobertura para enfermedades catastróficas, el cual opera desde el año 2000 y ha financiado prestaciones por más de 100 mil millones de pesos. Este beneficio se encuentra acoplado a la Ley 19.966 (AUGE), la cual entrega a los afiliados del sistema público y privado las garantías para poder tratar los problemas de salud con mayor morbilidad en Chile y que no se encuentran cubiertos por las entidades de salud.

Por su parte, es importante mencionar que en los contratos el afiliado puede renunciar a su ISAPRE transcurrido un año. Esta, por su parte, no puede poner término al contrato, salvo por las causales señaladas en la ley 18.933.

Luego de revisar la estructura del sistema de salud en Chile, se presenta el porcentaje de población asegurada, tanto por el sistema público como privado de salud.

**Figura N°4:** Porcentaje de población asegurada.



**Fuente:** El Sistema de Salud Chileno: Orígenes, Transformaciones y Desafíos. Disponible en <http://www.isapre.cl/PDF/Informe%20Te%CC%81cnico%20El%20Sistema%20de%20Salud%20Chileno.pdf>

#### **2.4. Beneficios y debilidades del sistema de salud chileno**

Si bien, todo sistema es perfectible, el sistema de salud chileno a pesar de tener debilidades también posee una serie de beneficios para la población. Entre ellos, se encuentran los exámenes de medicina preventiva, la atención a mujeres embarazadas, el pago de subsidios por incapacidad laboral, la atención a los recién nacidos hasta los 6 años, el programa AUGE, entre otros (Ministerio de Salud, 2016). Estos programas anteriormente mencionados dan cuenta de una preocupación por parte del estado por brindar la mayor cantidad de beneficios a la población, pero aún queda mucho trabajo por delante.

Ahora bien, como se ha ido delineando a lo largo de esta investigación, los hospitales chilenos tienen una situación deficitaria de recursos humanos, camas hospitalarias, medicamentos genéricos, entre otros, como lo revelan datos de la OCDE: en comparación con los países integrantes de esa organización (ver Tabla N°3), Chile muestra un menor número de médicos (1,7 x 1.000 hab.) que el promedio de los otros países (3,2 x 1.000 hab.), menor número de enfermeras (4,2 x 1.000 hab. versus 8,8 x 1.000) y menor tasa de camas hospitalarias (2,1 x 1.000 hab. versus 4,8 x 1000); por otra parte, el porcentaje de medicamentos genéricos en el mercado es de 30% en Chile, y de 75% en los países del OCDE. Lo anterior se visualizará en la Tabla N°3:

**Tabla N°3:** Aspectos deficitarios del sistema de salud chileno comparativamente con los países de la OCDE.

INDICADORES	CHILE	OCDE
Médicos (x 1.000 hab)	1,7	3,2
Enfermeras (x 1.000 hab)	4,2	8,8
Camas Hospitalarias (N° x 1.000 hab)	2,2	4,8
Medicamentos genéricos (Disponibilidad en el mercado %)	30	75
Gasto total en salud (%PIB)	7,3	9,3
Gasto público en salud (% gasto total)	49,2	72,3
Gasto de bolsillo en salud (% del gasto en salud)	31,9	19,0
Gasto de bolsillo en salud (% del consumo final del hogar)	4,8	2,9

Fuente: El Sistema de Salud de Chile. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n6/art11.pdf>

Pese a que las debilidades son notorias, antes de realizar un diagnóstico, es preciso entender las causas detonantes que provocan este empobrecimiento de la salud pública. Es así como Goic (2015) en su texto *El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente*, expone algunos datos que permiten entender este panorama:

- En Chile, menos del 50% de los médicos trabajan en el sector público.
- Casi una tercera parte del gasto en salud es pagada directamente por los hogares, comparado con menos de 20% en promedio respecto a los países de la OCDE.
- El gasto particular en Chile alcanza el 4,6% mientras en el promedio de los países pertenecientes a la OCDE es de 2,86%.
- El costo de los medicamentos es desproporcionado y existe un oligopolio de la industria farmacéutica que fija arbitrariamente los precios e, incluso, en ocasiones se ha coludido para aumentarlos injustificadamente.
- El número de hospitales y la disponibilidad de camas hospitalarias es claramente insuficiente y muchos establecimientos muestran precarias condiciones en su infraestructura.
- En el sistema público el acceso de la población a la atención médica en consultorios periféricos suele ser en extremo dificultoso y, a veces, dramático por trabas burocráticas y deficiencias organizativas.
- Las listas de espera para exámenes de laboratorio, exploraciones instrumentales e intervenciones quirúrgicas son interminables.

- El acceso a ambulancias en situaciones de emergencia suele ser tardío.

Las debilidades no solo se encuentran en la salud pública, sino que también en la privada, donde destacan, en primer lugar, un alto costo de prestaciones, el cual no puede ser solventado por gran parte de la población, lo que se traduce en la visualización de la salud como un negocio. Otros de los aspectos negativos son la discriminación por edad y sexo, restricciones de ingreso al sistema, escasez de programas preventivos, entre otros. Lo anterior visualiza que las falencias del sistema privado se relacionan directamente con el poder adquisitivo de la persona que desea acceder a él.

Por otra parte, en la actualidad, la gestión hospitalaria acarrea varios problemas fundamentales, centrados específicamente en la atención y en la prestación de los servicios ofrecidos a la comunidad, la falta de medicamentos, de médicos especialistas, de camas hospitaleras, entre otros, problemas que se han visto reflejados en varios de los hospitales públicos del país y que inciden en la calidad de atención de los pacientes.

Así, la autogestión hospitalaria, que por su naturaleza pretende generar un empoderamiento de los miembros integrantes de la organización y cumplimiento de los objetivos con autonomía en el manejo de los recursos, representa una herramienta relevante para los hospitales, ya que se centra en que éstos desarrollen sus actividades con sus propias propuestas.

Dichas propuestas deben considerar aspectos definidos por la red de salud, entre los que se encuentran: guías y objetivos como *“construir un plan de actividades y el plan de inversiones que éstas requieren, las cuales fundamentarán la propuesta de presupuesto que el establecimiento negociará, debiéndose aprobar por los ministerios de Salud y Hacienda antes del 15 de diciembre de cada año”* (Artaza, 2008).

El problema radica justamente en que la mayoría de las personas, miembros de las organizaciones, no sienten ese deseo de participar voluntariamente en el cambio y en la generación de propuestas, sino que el desarrollo de sus actividades se basa tan solo en el cumplimiento de un trabajo asignado.

Ahora bien, para gestionar y auto gestionar de manera efectiva una institución, es necesario también evaluar el desempeño de los integrantes de ésta, con el fin de determinar o establecer el grado de cumplimiento de los objetivos. Para lograr una evaluación positiva, los objetivos deben ser desarrollados de forma eficiente, utilizando los recursos necesarios para dar cumplimiento a las metas propuestas por la organización. Por este motivo, es importante contar con métodos que permitan evaluar este desempeño, métodos cuya aplicación sea precisa mediante instrumentos que mejoren los resultados de la entidad.

## 2.5. Estructura del Sistema de Salud Ecuatoriano

El sistema de salud ecuatoriano tiene similitudes respecto del sistema de salud chileno, puesto que se encuentra segmentado en 2 sectores: público y privado, y se constituye como un sistema financiado por las cotizaciones de los trabajadores, quienes pueden acceder a una atención gratuita (a modo de seguridad social) o a redes asistenciales privadas según su realidad socioeconómica.

El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social [Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)]. En este caso, el MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada (Lucio, 2011).

Por su parte, el sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social (Lucio, 2011). Entre ellas se encuentran diversas ONG, organizaciones de la sociedad civil (OSC), y asociaciones de servicios sociales. Entre estas últimas destacan La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), La Cruz Roja Ecuatoriana y la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

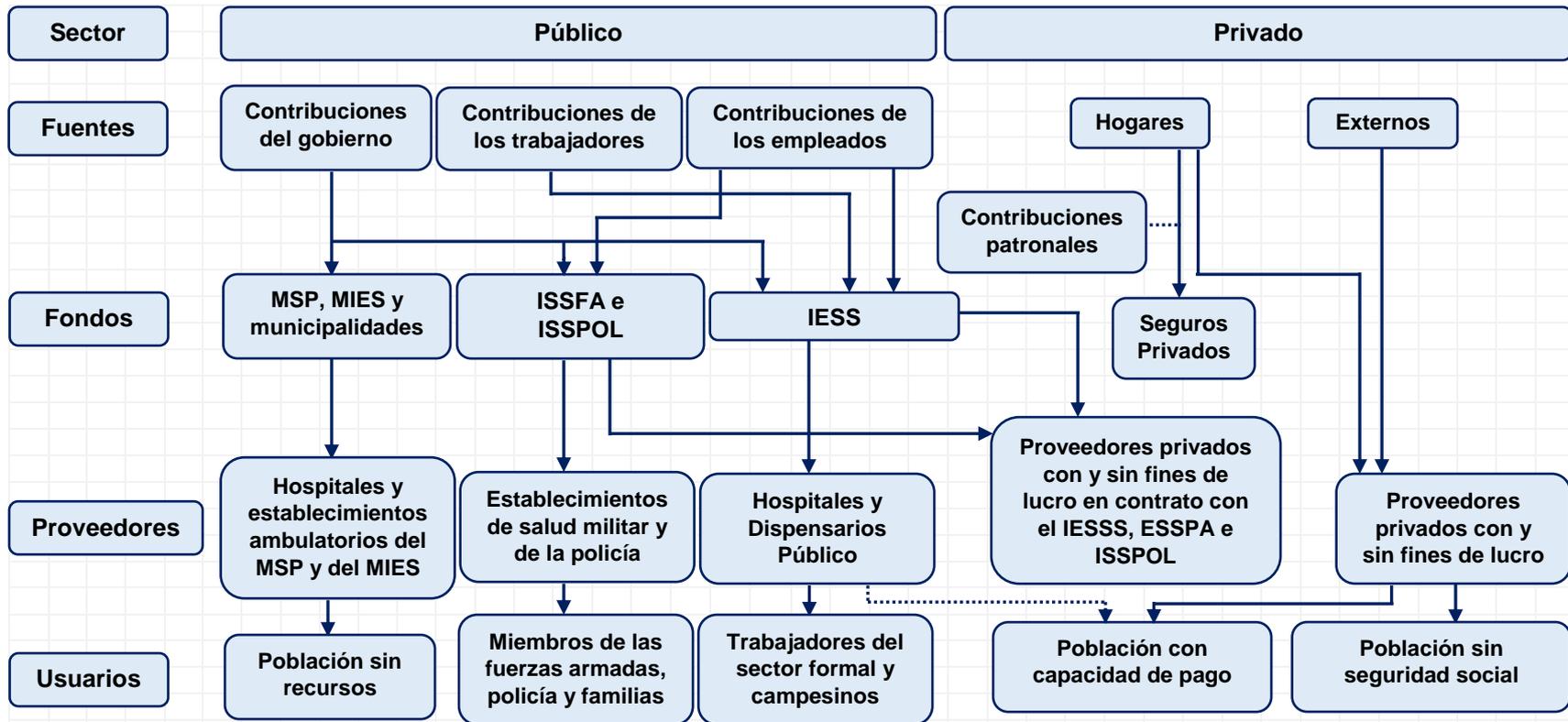
Ahora bien, haciendo referencia a la cobertura que tiene cada uno de los sectores, es preciso indicar que el sector público, incluye a todos los trabajadores que prestan sus servicios en el sector formal, en la actualidad esta cobertura por medio del Ministerio de Salud Pública cubre alrededor del 51% de la población (OSINSA, 2015).

De acuerdo con la legislación vigente, la cobertura en salud debe ser universal, todos los trabajadores del sector formal de la economía, incluyendo al sector campesino, tienen derecho de afiliarse al IESS. Sin embargo, solamente cerca del 20% de la población tiene esta cobertura (incluyendo al 6,2% inscrito en el Seguro Social Campesino). Además, sólo

alrededor del 4% de los ecuatorianos pertenece a los seguros institucionales de la policía (ISSPOL), y el ejército (ISSFA), mientras que apenas el 3% se encuentra cubierto por algún seguro médico privado, que en su gran mayoría pertenecen a estratos de ingreso medio y alto (Observatorio Sindical de la Salud, 2015). El resto de la población se encuentra sin cobertura, lo que equivale a un 22% (Observatorio Sindical de la Salud, 2015).

Haciendo una revisión a la estructura general planteada inicialmente, es preciso indicar que el eje primordial de este sistema es el Ministerio de Salud, el cual posee 4 roles: rectoría, promoción de la salud, garantía de acceso equitativo a la atención y provisión descentralizada de los servicios (Consejo Nacional de Salud, 2002). Pese a que estos 4 ejes son axiales en las acciones que realiza el ministerio, la carencia de presupuesto y la falta de liderazgo de esta área han derivado en problemáticas que han limitado sus ejes de acción (Consejo Nacional de Salud, 2002). La Figura N°5 muestra la Estructura del Sistema Nacional de Salud de Ecuador:

Figura N°5: Estructura del Sistema Nacional de Salud del Ecuador.



**MSP:** Ministerio de Salud Pública.  
**MIES:** Ministerio de Inclusión Económica y Social.  
**ISSFA:** Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

**ISSPOL:** Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.  
**IESS:** Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

**Fuente:** Ruth Lucio, Nilhda Villacrés, Rodrigo Henríquez. Sistema de Salud de Ecuador (2011).

## 2.6. El Sistema Nacional de Salud en el Ecuador (SNS)

El marco legal ecuatoriano refleja la conceptualización del Sistema Nacional de Salud (SNS), sus funciones en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) y detalla en el artículo 2º que tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho de la salud. Está constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes (Ministerio de Salud Pública, 2002). En la Tabla N°4 se explican cada uno de los ejes con que cuenta el Ministerio de Salud:

**Tabla N°4:** Funciones del Sistema Nacional de Salud.

<b>Rectoría</b>	El Estado garantizará la rectoría del sistema a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.	<b>Constitución de la República del Ecuador Art. 361</b>
<b>Coordinación</b>	Es la función del sistema que coordina el relacionamiento entre las demás funciones y entre los integrantes del Sistema. Su ejercicio es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud.	<b>Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 10</b>
<b>Provisión de Servicios</b>	La provisión de servicios de salud es plural y con participación coordinada de las instituciones prestadoras. El sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención.	<b>Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 11</b>
<b>Aseguramiento</b>	Es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en cumplimiento al derecho ciudadano a la protección social en salud. Se promoverá la ampliación de cobertura de salud de todas las entidades prestadoras de servicios y del Seguro General Obligatorio y Seguro Social Campesino, pertenecientes al IESS, de otros seguros públicos, como el ISSFA e ISSPOL.	<b>Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 12</b>
<b>Financiamiento</b>	El financiamiento es la garantía de disponibilidad y sostenibilidad de los recursos financieros necesarios para la cobertura universal en salud de la población. El Consejo Nacional de Salud establecerá mecanismos que permitan la asignación equitativa y solidaria de los recursos financieros entre grupos sociales, provincias y cantones del país, así como su uso eficiente.	<b>Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 13</b>

**Fuente:** Consejo Nacional de Salud (2002). *Marco de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador.*

### 2.6.1. Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud del Ecuador (SNS) está compuesto por 4 niveles atencionales, el primer nivel de atención es el más cercano a la población, el cual facilita y coordina el flujo de pacientes dentro del Sistema, asegurando la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueve acciones de Salud Pública de acuerdo con las normas emitidas por la autoridad sanitaria nacional. Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia. Es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud. (Ministerio de Salud Pública, 2012). La presente Tabla detalla los niveles de atención existentes en el Sistema Nacional de Salud de Ecuador:

**Tabla N°5:** Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud de Ecuador.

<b>I NIVEL DE ATENCIÓN</b>	Por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales.
<b>II NIVEL DE ATENCIÓN</b>	Da continuidad a la atención INICIADA en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor. El ingreso al II nivel se realizará a través del primer nivel de atención exceptuándose los casos de urgencias médicas que una vez resueltas serán canalizadas a nivel uno. Se desarrollan actividades de prevención, curación y rehabilitación en ambos niveles.
<b>III NIVEL DE ATENCIÓN</b>	Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelven los problemas de salud de alta complejidad, tienen recursos de tecnología de punta, realizan intervenciones quirúrgicas de alta severidad, realizan trasplantes, cuidados intensivos, cuentan con subespecialidades reconocidas por la ley.
<b>IV NIVEL DE ATENCIÓN</b>	El IV nivel de atención es el que concentra la experimentación clínica, pre-registro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población, pero que han demostrado buenos resultados casuísticos o por estudios de menor complejidad. Estos establecimientos solo serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS).
<b>ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA</b>	Es el nivel de atención autónomo e independiente de los servicios de salud, que oferta atención desde que se comunica un evento que amenaza la salud, en cualquier lugar donde éste ocurra, hasta que él o los pacientes sean admitidos en la unidad de emergencia, u otro establecimiento de salud, cuya capacidad resolutoria sea la adecuada.

**Fuente:** Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS (2012). Disponible en [http://instituciones.msp.gov.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gov.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)

## 2.7. El subsector público de salud

El sector público de salud se encuentra compuesto por el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y por los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (Lucio, 2011).

Dentro de las funciones del Ministerio se encarga de ofrecer atención a toda la población, la cual se estructuran de forma regionalizada, con 2 niveles de descentralización: provincial (direcciones provinciales de salud) y cantonal (áreas de salud) (Lucio, 2011). Por su parte, el MIES y las municipales se encargan de elaborar los programas y planes que serán implementados en los establecimientos de salud en los que no solo atienden a los asegurados, sino que también a los que no lo están.

Este sector cumple una labor social importante, es preciso indicar que los afiliados y sus hijos, así como también los jubilados, pensionados, personas con discapacidad y las viudas, tienen derecho a asistencia médica, quirúrgica, dental y farmacológica integral, servicios de maternidad, protección de la infancia y compensaciones de gastos (Giedion et al, 2010).

El sistema de financiamiento se realiza por las cotizaciones de carácter obligatorio que deben pagar los trabajadores, cuyo aporte alcanza el 9,45% (Castelo y Alarcón, 2013). Ahora bien, si se habla del aporte realizado por el Estado, es preciso indicar que éste alcanza el 9,2%, aporte proporcionado por diversos proveedores, entre los que se encuentran, el Ministerio de Salud, el Seguro Social Campesino, El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, ONGs, entre otros (OMS, 2015).

Ahora bien, si se habla de la cobertura de salud, es preciso mencionar que para el año 2004 se presentó un fenómeno, que ocurrió cuando el país tuvo una crisis importante que derivó en que *“la población ecuatoriana cubierta por un seguro de salud ya sea público o privado era de apenas el 23% en el año 2004 con amplias diferencias según los quintiles. En el quintil más pobre (Q1) apenas el 12% tenía un seguro de salud mientras que en el quintil*

*más rico (Q5), el 36% tenía un seguro” (Organización Panamericana de la Salud, 2008, p.34).*

Con lo anterior, se puede deducir que en este tiempo no existía una cobertura de salud universal, realidad que cambia en el año 2006, cuando el gobierno decidió implementar el Programa de Aseguramiento Universal en Salud (PRO-AUS), que se concentró en *“brindar un sistema de aseguramiento que comprende prestaciones integrales con calidad, eficiencia y equidad, bajo una concepción de protección social y una lógica de aseguramiento público, priorizando a la población que vive en condiciones de extrema pobreza y pobreza (la más vulnerable)” (Organización Panamericana de la Salud, 2008, p.34).*

El propósito era que el programa llegara a todo el país, finalmente, solo se pudo implementar en Quito y en algunos cantones de la ciudad de Guayaquil. Por esta razón, se optó por proponer el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAISFC), el que buscaba *“mejorar el acceso de la población vulnerable (Q1 y Q2) a los servicios de salud mediante la creación de equipos básicos de atención en las áreas de salud, a los cuales se les asigna un territorio y una población para su cuidado y protección social” (Organización Panamericana de la Salud, 2008, p.35).*

Esta situación mejoró una vez establecida la nueva Constitución, creada en 2008, cuyo enfoque se basa en el Buen Vivir, en el cual se establecen políticas para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, y la relación armoniosa entre la sociedad y los demás seres vivos. Dicha constitución en su artículo 32, enfatiza que *“La salud es un derecho que garantiza el Estado cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir)” (Constitución, 2008, p.29).* Para ello, *“El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas de salud, salud sexual y salud reproductiva)” (Constitución, 2008, p.29).*

Luego de ello, para el periodo 2009 - 2013, se crea el Plan Nacional para el Buen Vivir, el cual garantiza en su objetivo número tres, la mejora de la calidad de vida de la población, el mismo que está establecido además en el Plan Nacional para el Buen Vivir para el periodo

2013 - 2017. De este modo, se propone promover “acciones públicas, con un enfoque intersectorial y de derechos, que se concretan a través de sistemas de protección y prestación de servicios integrales e integrados” con énfasis en los servicios de salud (SENPLADES, 2009).

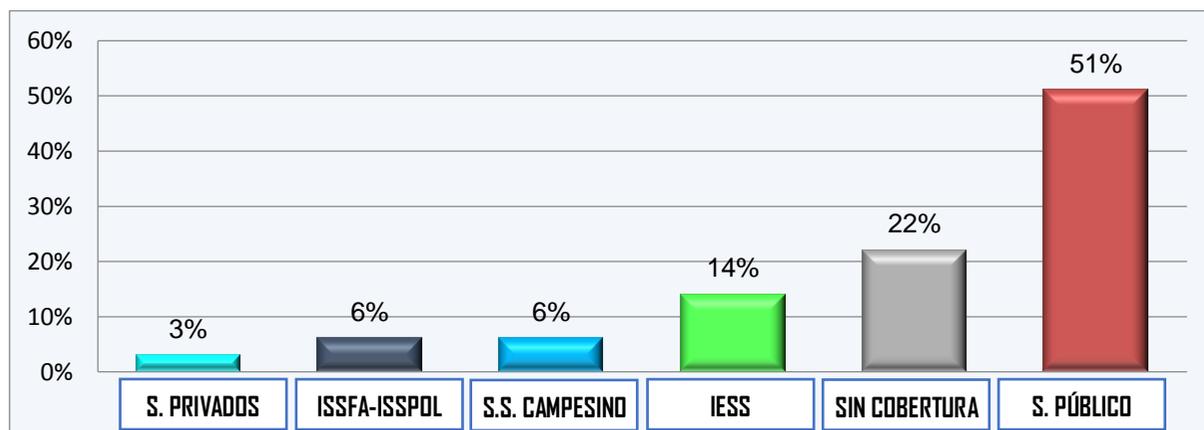
Ahora bien, luego de conocer el funcionamiento, características, instituciones y niveles de atención del Sistema de Salud Público de Ecuador, es importante describir los elementos del sistema privado de salud, los cuales son descritos a continuación.

## 2.8. El subsector privado de salud

El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente al 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos (Lucio, 2011).

Existe un pequeño porcentaje de la población que acude directamente a servicios individuales, en los cuales se paga de manera particular por atención. A continuación, se muestra el porcentaje de población asegurada, tanto por el sistema público como privado de salud de Ecuador.

**Figura N°6:** División Sectorial de la Cobertura de Salud en Ecuador.



**Fuente:** Cobertura universal de salud en América del Sur. Disponible en <http://www.osinsa.org/2015/08/25/cobertura-universal-de-salud-en-america-del-sur/>

En la figura anterior se evidencia que el 51% de los beneficiarios pertenecen al sistema público, un 22% no poseen cobertura, el 14% se encuentran asegurados por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), un 6% cubiertos por el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el 6% con el Seguro Social Campesino, y el 3% restante, cubierto por medio de Seguros Privados. De manera general, se puede destacar que una gran parte de la población, se encuentra cubierta por el sistema público de salud, y tan solo el 3% por el sistema privado. Ahora bien, luego de revisar las dimensiones específicas del sistema de salud ecuatoriano, es necesario revisar sus beneficios y debilidades, con la finalidad de complementar el análisis para ambos países.

## **2.9. Beneficios y debilidades del sistema de salud ecuatoriano**

Entre los beneficios que ofrece el sistema de salud ecuatoriano, se puede mencionar que dentro del marco legal, existe un amparo constitucional, unidades médicas y presupuesto económico nacional, voluntad política para aprobar políticas que beneficien a la población, estadísticas con adecuada cobertura y segregación y reporte de enfermedades infecciosas con adecuado funcionamiento (Castelo y Alarcón, 2013). Además, entrega asistencia médica, quirúrgica, dental y farmacológica integral para los beneficiarios, lo que se complementa con compensación de gastos médicos y atención médica mediante convenios suscritos con diversas clínicas privadas (Lucio R et al, 2011).

Por su parte, las debilidades que se detectan se encuentran vinculadas con la escasez de personal y su poca capacidad de resolución ante emergencias; baja asignación de recursos económicos que se traduce en una deficitaria calidad de atención; niveles de cobertura que no se encuentran acordes a las necesidades de la población; falta de política integral de recursos humanos, inadecuada coordinación interinstitucional y alto costo de insumos y tecnologías (Lucio, 2011). Estas debilidades, en el caso de Chile, se ven acrecentadas por la segregación, el lucro y la desigualdad en las condiciones de acceso al sistema de salud, lo que se deriva del constante desmantelamiento de la salud pública en pos de beneficiar a los sistemas privados (Sinclair, 2013).

En este sentido, ambos sistemas de salud (chileno y ecuatoriano), para dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas por la organización, necesitan gestionar adecuadamente los recursos, para lo cual deben apoyarse en sistemas que permitan medir

el nivel de gestión, que les ayuden a determinar qué recursos deben ser mejor gestionados para la prestación oportuna de los servicios y el cumplimiento de objetivos. Además, es indispensable contar con métodos que permitan evaluar oportunamente el desempeño, cuya aplicación permitirá a la organización conocer de cierto modo las falencias que presentan y necesitan ser corregidas con oportunidad.

A modo de síntesis, se puede precisar que existen barreras económicas, geográficas y culturales que afectan a gran parte de la población, y no permiten un fácil acceso a los servicios de salud, a la población indígena, por ejemplo, le ha sido relegado históricamente el acceso a la salud, lo cual se ve reflejado notoriamente en las tasas o índices de desnutrición. Los datos demuestran que los niños que provienen de hogares de habla nativa presentan una tasa de desnutrición crónica del 43,7%, mientras que para aquellos niños de habla hispana se presenta una tasa del 15,1%. (Observatorio de la Economía Latinoamericana, 2007).

En este contexto, temas como el antes mencionado han sido descuidados de manera significativa; ya que para el año 2016, la tasa de desnutrición para niños de habla nativa disminuyó tan solo el 1,4%, pasando de 43,7% a 42,3%. (Diario El Universo, 2016). Lo anterior se traduce en el hecho de que la gestión de las entidades encargadas de la administración de salud ha descuidado la jerarquización de políticas públicas enmarcadas en el otorgamiento del Estado de Bienestar, en donde se tomen en cuenta aspectos claves para una adecuada inserción e inclusión de los sectores más vulnerables.

Otro elemento que brinda complejidad al problema es que los hospitales son entidades que prestan servicios a un número indefinido de pacientes, por lo que el desempeño de cada uno de los empleados se mide a partir del panorama diario, que no es constante. Todas estas complicaciones dan cuenta de la dificultad que supone hacer un seguimiento constante de las labores que desempeñan cada uno de los trabajadores, debido a que las condiciones de trabajo van cambiando continuamente.

Estos aspectos, referente a los sistemas de salud de ambos países, sirven de criterio para establecer los puntos en común y comparativos, además de las categorías bajo los cuales se diseñarán los indicadores de desempeño propuestos en este documento, por este motivo se desarrolla en la siguiente sección la evaluación de desempeño.

## **2.10. Evaluación del desempeño**

La evaluación de desempeño es una estrategia empleada en los departamentos de recursos humanos que sirve para medir el ejercicio que cumple cada uno de los trabajadores al realizar las tareas que corresponden a su cargo (Sánchez y Bustamante, 2008). Así, esta herramienta permite tomar decisiones prudentes para que la organización cumpla sus propósitos. Ahora bien, para poder modificar un sistema de gestión deficiente, es preciso evaluar todos los procesos y compararlos con una pauta para medir los aspectos positivos y negativos de este sistema, modificando la estructura deficiente y manteniendo los elementos que contribuyen de manera positiva.

Así, la evaluación no se puede desligar del desempeño, debido a que son dos conceptos que trabajan juntos, donde el desempeño se entiende como el rendimiento de una persona (o entidad) frente a los desafíos y dificultades que se les presente (Sánchez y Bustamante, 2008).

En base a aquello, toda actividad, función o actuación podría eventualmente ser evaluada.

### **2.10.1. Desempeño**

Si se mencionan las reflexiones teóricas de especialistas en el tema, se puede indicar que los procedimientos de evaluación de desempeño se establecen a partir de los objetivos y metas predeterminados por la empresa, con el objeto de determinar las contribuciones que se esperan de cada trabajador a nivel individual (Harris, 1986). Por su parte, Harper y Lynch (1992) plantean que ésta es una técnica o procedimiento que pretende apreciar, de la forma más sistemática y objetiva posible, el rendimiento de los empleados de una organización.

Según Robbins (1995), una de las metas principales de la evaluación del desempeño es determinar con precisión la contribución del desempeño individual como base para tomar decisiones. Byars y Rue (1996) apoyan esta idea, indicando que la evaluación del desempeño o evaluación de resultados, es un proceso destinado a determinar y comunicar a los empleados la forma en que están desempeñando su trabajo, y, en principio a elaborar planes de mejora.

Así, supone una herramienta al servicio de la persona, con una concepción más responsable de su trabajo y de la empresa, para la optimización de recursos (Gil, Ruiz y Ruiz, 1997).

Por su parte, Chiavenato (1999) indica que la evaluación de desempeño es una apreciación sistemática del desempeño de cada persona en el cargo o del potencial de desarrollo futuro, es decir, toda evaluación es un proceso para estimular o juzgar el valor, la excelencia y las cualidades de alguna persona. La evaluación de los individuos que desempeñan roles dentro de una organización puede llevarse a cabo utilizando varios enfoques, que reciben denominaciones como evaluación del desempeño, evaluación del mérito, evaluación de los empleados, informes de progreso, evaluación de eficiencia personal, etc.

A modo de síntesis, se puede comprender la evaluación del desempeño como un mecanismo de control, que permite al gerente de la organización saber con cierta precisión cuánto contribuye cada miembro de la organización; permite, además, la implementación de nuevas políticas de compensación, tales como mejora del desempeño, toma de decisiones como promoción, contratación, despidos, etc. También ayuda a analizar si el miembro de la organización evaluado está capacitado para ejercer su función y tomar acciones en el caso que lo amerite. Una vez determinado lo anterior, se establece el nivel de su contribución a los objetivos de la empresa, buscando:

- Verificar el cumplimiento de los objetivos y los estándares individuales en cuanto a productividad, cantidad y calidad del trabajo
- Valorar periódicamente la importancia del aporte individual de cada trabajador y de las unidades o grupos de trabajo
- Medir y determinar con precisión el rendimiento de los trabajadores y sobre esa base asignar bonificaciones e incentivos
- Reforzar el uso de los métodos de evaluación como parte de la cultura organizacional
- Mejorar la relación superior y subordinado, al verificar el desempeño individual
- Prever información de retroalimentación para mejorar el comportamiento laboral de los trabajadores

- Proporcionar datos para efectuar promociones de los colaboradores a puestos o cargos de mayor nivel
- Efectuar rotación del personal de acuerdo con los conocimientos, habilidades y destrezas mostradas en su desempeño
- Detectar necesidades de capacitación de los colaboradores
- Proporcionar datos para efectuar promociones de los colaboradores a puestos o cargos de mayor nivel
- Efectuar rotación del personal de acuerdo con los conocimientos, habilidades y destrezas mostradas en su desempeño
- Detectar necesidades de capacitación de los colaboradores

### **2.10.2. Evaluación de desempeño en el sector público**

La evaluación de desempeño también puede visualizarse en el análisis de las políticas públicas, puesto que ésta persigue generar información que tenga alguna relevancia con la toma de decisiones político-administrativas, información que permita resolver problemas concretos como evaluación de programas, gestión y resultados de las entidades, desempeño individual, entre otros (Ballart, 1992). Es así como la revisión de la documentación especializada da cuenta de múltiples definiciones sobre la evaluación en el ámbito público. Una de las más complejas, aplicada a la gestión de las entidades, es la desarrollada en el marco de un estudio realizado en los países de la OCDE. En ésta se señala que la evaluación de la gestión es la “medición sistemática y continua en el tiempo de los resultados obtenidos por las instituciones públicas y la comparación de dichos resultados con aquellos deseados o planeados, con miras a mejorar los estándares de desempeño de la institución” (OCDE/PUMA 1998).

La evaluación puede clasificarse de las siguientes maneras:

### **Según el propósito de la evaluación:**

En el caso de la evaluación de políticas y programas, el objetivo de la evaluación es el perfeccionamiento de éstos, en términos de maximización de eficacia (logro de objetivos buscados), y eficiencia desde el punto de vista de la economicidad de los medios utilizados, en un contexto de escasez de recursos.

En el caso de la evaluación del desempeño de las entidades públicas, el propósito es una mezcla entre el apoyo a la toma de decisiones de las estrategias para lograr mejores resultados y gestionar más eficiente y eficazmente sus procesos y el apoyo de la rendición de cuentas a usuarios y diferentes grupos de interés.

### **Según los mandantes de la evaluación:**

- Evaluación externa desarrollada por entes independientes de la entidad
- Evaluación interna, desarrollada por la propia entidad ya sea por imposición de un ente externo como la autoridad presupuestaria, Congreso, Contraloría, etc., o bien por propia decisión como instrumento de apoyo a la toma de decisiones

### **Según la etapa de la intervención:**

Considera a la evaluación como un proceso el cual puede realizarse en las siguientes etapas de la intervención o acción pública:

- **Evaluación ex ante:** se realiza previamente a la implantación de la acción gubernamental, en la cual se encuentran los estudios de diseño de programas, estudios de pre-inversión y similares
- **Evaluación de procesos:** se realiza durante el ejercicio de la acción gubernamental y tiene que ver con el uso de los recursos para el cumplimiento de los objetivos, el ajuste a la programación de la generación de los productos, entre otros aspectos
- **Evaluación ex post:** se realiza una vez finalizada la intervención o acción gubernamental, o la gestión de un determinado período, e involucra el análisis y

pronunciamiento de los resultados inmediatos, intermedios e impactos o resultados finales

### **2.10.3. Evaluación del desempeño en hospitales**

Desde hace ya varios años se ha venido planteando la idea de cambiar la metodología utilizada para evaluar eficazmente los centros hospitalarios, esto debido a la gran complejidad con que están conformados, al ser un servicio público de primera necesidad requieren de mayor atención en todas las dimensiones que tienen que ver con la gestión de recursos, y de una adecuada evaluación que permita satisfacer y cumplir tanto los procesos internos como los externos, logrando así al cumplimiento de metas y la satisfacción de la comunidad en general.

Según Ortún (2003), la gestión clínica puede definirse de múltiples formas, pero siempre se debe visualizar bajo la premisa de que gestión significa coordinar y motivar personas para conseguir unos objetivos. En definitiva, para realizar una buena evaluación, la gestión y la práctica médica deben estar unidas, puesto que ambas partes comparten el mismo objetivo.

Como se ha dicho a lo largo de esta investigación, la evaluación del desempeño es un aspecto sumamente importante para los hospitales, por lo que se deben mantener los recursos humanos que trabajan en la entidad en una situación que los mantenga satisfechos, para lo cual es importante crear un sistema de recompensas (González, 2009).

Ahora bien, una vez que se pone en práctica una buena gestión, es preciso que el desempeño sea evaluado bajo dos perspectivas. La primera de ellas permite determinar en qué medida los recursos humanos alcanzan sus metas y, la segunda, se vincula con el establecimiento de remuneraciones acorde a las tareas asignadas. Así, esta evaluación cumple con un rol pedagógico, en donde hay causa y efecto con respecto a la mejora de un servicio; también es social, puesto que una vez que se evalúa el desempeño, los resultados son presentados de manera pública, y es rentable, debido a que genera beneficios directos a la entidad hospitalaria (González, 2009).

Para evaluar el desempeño, se deben emplear los siguientes pasos:

- Conformación y selección del equipo de trabajo.
- Reunión del equipo de trabajo con el consejo de dirección.
- Informar del equipo de trabajo a las organizaciones de masas del Hospital.
- Preparación del equipo de trabajo.
- Definición de la misión, los objetivos, los principios y las principales exigencias del sistema de Evaluación del Desempeño.
- Determinación de los métodos, las técnicas y los procedimientos para la Evaluación del Desempeño teniendo en cuenta las características del Hospital.
- Determinación de los indicadores de desempeño y la forma de cuantificarlo.
- Determinación de los indicadores de auditoría de la Evaluación del Desempeño.
- Determinación de las relaciones con otras actividades de la Gestión de Recursos Humanos.
- Presentación del procedimiento para la Evaluación del Desempeño propuesto.
- Capacitación a evaluados y evaluadores.
- Implantación del procedimiento para la Evaluación del Desempeño propuesto.

Control del procedimiento para la Evaluación del Desempeño (González, 2009).

Ahora bien, es preciso indicar que se han realizado diversas publicaciones que tratan la evaluación de desempeño en distintas áreas de salud. Por ejemplo, en el área de cardiología (Sociedad Argentina de Cardiología, s/f; Mijares, 2003), en el área de cirugía (Bejarano, 2011; Anaya-Prado et al, 2012; Kasparian et al, 2014; Intramed, 2017), en el área de pediatría (Monteoliva et al, 2014), en el área de obstetricia (Salina et al, 2006; Ministerio de Salud, 2013), documentos que evalúan distintos objetivos de los trabajadores de salud según el área en la que se desempeñan.

## **2.11. Indicadores de desempeño en el sector público**

No puede existir una buena evaluación del desempeño si no se cuestiona cómo se ha realizado la intervención, si se han cumplido los objetivos (concretamente, la medida en que éstos han sido cumplidos), el nivel de satisfacción de la población objetivo, entre otras. Lo anterior se puede lograr diseñando indicadores que permitan evaluar cuán bien o cuán

aceptable ha sido el desempeño de determinado organismo público con el objetivo de tomar las acciones necesarias para perfeccionar la gestión.

Ahora bien, es preciso indicar qué se entiende por indicador. Un indicador es un instrumento de medición para comprobar el grado de consecución de un objetivo propuesto (Anaya, 2008), entendiéndose como variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas.

Si lo anterior se contextualiza en la salud, se puede indicar que los indicadores son instrumentos que sirven para determinar la situación real de ciertos procedimientos, ejecución de programas o cumplimiento de objetivos, lo que permite determinar situaciones sociales existentes, entre las que se encuentran tasa de mortalidad, ocupación hospitalaria, entre otros, que reflejan el estado real de la población en términos de salud.

### **2.11.1. Clasificación**

Según López y Gadea (1992), la clasificación de indicadores según su naturaleza puede ser:

- **Indicadores de economía:** establecen una comparativa de costos entre lo predecible y lo real. Llevan consigo la organización de los recursos (materiales y humanos) y su correcta distribución. Un ejemplo de ellos puede ser: costo de material desechable semanal en un área determinada, órdenes de trabajo de mantenimiento imputadas a centros de coste, coste de un oficio en su dedicación a un área, coste mensual de horas a un guardia en un departamento, etc.
- **Indicadores de eficiencia:** evalúan si los recursos utilizados para la presentación de un servicio son óptimos. Se efectúa una comparativa de las tareas o servicios a desarrollar, con los recursos económicos, humanos o materiales disponibles, con el fin de conseguir el mejor rendimiento (estableciendo plazos de tiempo). Un ejemplo de ello puede ser: coste medio de primeras consultas en el área de ginecología en una semana, coste de medio de operaciones de mantenimiento en el área

quirúrgica en un mes, números de intervenciones de cataratas en periodo vacacional (teniendo en cuenta la reducción de plantilla), etc.

- **Indicadores de eficacia:** evalúan los resultados concretos y el funcionamiento de la institución sobre la población macro que está incluida en la cartera de servicios. Se mide el funcionamiento del hospital y su adaptación al medio. Un ejemplo de este tipo de indicadores: lista de espera en población de más de 6 meses en traumatología, número de segundas consultas mensuales en el área de medicina interna, entre otros.
- **Indicadores de efectividad:** buscan el resultado final óptimo, para lo cual comparan los resultados reales con los que se marcaron como objetivo. Un ejemplo puede ser: el número de quejas mensuales en urgencias, números de fallecimientos en trasplantes apáticos y los de números de intervenciones, porcentaje mensual de consulta que no precisaron segunda visita.
- **Indicadores de resultados:** miden directamente los resultados obtenidos y los comparan con los esperados.
- **Indicadores de proceso:** miden la situación de lo que está pasando aun con el proceso sin finalizar. Valoran los aspectos relacionados con las actividades y su eficacia.
- **Indicadores de estructura:** comparan los recursos disponibles y la infraestructura empleada, con los costes que de ellos se deriva.
- **Indicadores estratégicos:** se encuentran subdivididos en:
  1. **Indicadores de actividad:** evalúan y cuantifican la actividad desarrollada por la organización.
  2. **Indicadores de recursos humanos:** evalúan la cantidad y calidad de los trabajos desarrollados por el personal, además el número de recursos que se precisan y sus costos.

Por su parte, Torres (1991), propone tres tipos de indicadores: **demanda de servicios, oferta y calidad**. Los primeros miden el grado de necesidad de servicios, relacionándolos con el número de habitantes, los segundos miden el grado de disponibilidad de los mismos, y por último, los indicadores de calidad se centran en el nivel de servicios ofrecidos por el centro hospitalario. Este último indicador permite evaluar la eficiencia de estos centros, reflejado en el grado de satisfacción de los pacientes.

Ahora bien, desde el punto de vista de la calidad y seguridad asistencial, Avedis Donabedian en 1966 propuso la siguiente clasificación:

- Indicadores de estructura
- Indicadores de proceso
- Indicadores de resultado

**1. Indicadores de estructura:** Los indicadores de estructura describen el tipo y la cantidad de los recursos utilizados por los proveedores de servicios de salud para entregar sus servicios y prestaciones. Estos indicadores dan cuenta de la presencia de determinado número de profesionales, pacientes, camas, insumos, equipamiento e infraestructura. Para su interpretación es fundamental considerar el estándar o medida referencial recomendada con el cual se comparará su resultado.

**2. Indicadores de Proceso:** Los indicadores de proceso se refieren a lo que el prestador realiza por el paciente y a cuantas de estas actividades adhieren a lo establecido en la institución como “buena práctica”. Los procesos son considerados como una serie de actividades interrelacionadas entre sí que tienen un determinado objetivo, por lo que estos indicadores miden las actividades y tareas en diversas fases del proceso asistencial. En general para un primer proceso de acreditación en salud, los prestadores definen en su mayoría indicadores de proceso, ya que su interés es evaluar el grado de adopción de los procedimientos requeridos por los diversos Estándares. En la medida que los prestadores implementan un sistema consolidado de medición y evaluaciones mantenidas en el tiempo, les será de utilidad la adopción de otros tipos de

indicadores. En cualquier caso, cada institución tiene la libertad de definir qué indicadores utilizará para cumplir con la evaluación periódica que exigen los Estándares.

- 3. Indicadores de Resultado:** Los indicadores de resultado evalúan los cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención de salud. En consecuencia, miden la efectividad de la atención y se repercusión en el bienestar de las personas. Desde el punto de la seguridad de la atención los indicadores de resultado pueden apuntar a evaluar la aparición de eventos que generan daño o secuelas en el paciente y que pueden ser prevenibles.

Ahora bien, si se habla a modo de ejemplo, los lugares en los que se han aplicado indicadores para evaluar desempeños en el área de la salud se pueden mencionar que en Brasil (específicamente en Sao Paulo), se está trabajando con la implementación de la evaluación del personal de enfermería de los hospitales públicos, además de la realización de estudios referentes a la utilización de indicadores de desempeño en el servicio de enfermería de los hospitales públicos (Gabriel et al., 2011). En México, se ha evaluado el desempeño de programas que poseen los servicios de salud (Garrido y López, 2011). En Colombia, se han propuesto esfuerzos gubernamentales para evaluar la calidad de la salud, eficiencia en el gasto, administración de los recursos humanos, entre otros indicadores. En España, se han hecho varios estudios acerca de la evaluación del desempeño en Hospitales Públicos (Sánchez et al., s/f). Así se puede ver que se han realizado esfuerzos para implementar indicadores, pero aún falta mucho trabajo para incorporarlos de manera permanente.

## CAPÍTULO III

### III. MODELO DE INDICADORES

Los datos que se presentan a continuación reflejan la metodología utilizada para la construcción del modelo de indicadores propuesto para esta investigación, cabe señalar que la lista inicial contó con un total de 694 indicadores de desempeño, los cuales fueron identificados a través de revisión bibliográfica, incluyendo principalmente la revisión de libros, manuales, guías, procedimientos, y la recopilación de indicadores que se encuentran publicados en sitios web de diversos Centros Hospitalarios y Ministerios de Salud Pública de la Región. Cabe destacar que la lista inicial de indicadores, incluye indicadores a nivel de procesos omitiendo indicadores clínicos.

La lista inicial de indicadores fue depurada siguiendo una serie de criterios. Un primer criterio consideró la revisión de todos los indicadores, eliminando aquellos que se encontraban duplicados o eran iguales en su naturaleza de medición, esto redujo en un 38% los indicadores de la lista original, dando como resultado un total de 428 indicadores. El segundo criterio consistió en el análisis de los indicadores seleccionados tras la aplicación del primer criterio, eliminando aquellos indicadores que según su naturaleza de medición permitían medir, o eran útiles tan solo para actividades específicamente desarrolladas por una unidad o servicio hospitalario, por ejemplo; indicadores para el servicio de gastroenterología, de odontología, o la unidad de cuidados intensivos, etc. La decisión de omitir estos indicadores se basa en que si bien son relevantes para la gestión de la unidad en sí, deberían estar alineados a indicadores más globales que permitan monitorear a nivel general el desempeño del hospital. Este segundo filtro redujo en un 36% la lista inicial de indicadores, quedando un total de 250 indicadores.

El tercer criterio consistió en realizar una depuración de aquellos indicadores que están destinados a medir el desempeño de hospitales especializados en ciertas áreas de la medicina como son; cáncer, psiquiatría, pediatría, entre otras. Entre este tipo de indicadores se encuentran; mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 y más años, porcentaje de mortalidad por cáncer de mama en la mujer, posibilidad de ingreso de pacientes psicogerítricos y crónicos en unidades de corta estancia, número de fugas de enfermos psiquiátricos, etc. Este tipo de indicadores si bien son relevantes, son de carácter

específico y no proveen de mayor información acerca del desempeño de un hospital en general, por lo que fueron eliminados de la lista previamente depurada, de esta manera se eliminaron un 23% de la lista original de indicadores, obteniendo un total de 160 indicadores. El cuarto criterio consideró la participación de personal experto, 15 expertos fueron consultados entre ellos: médicos, enfermeras, y personal administrativo fueron entrevistados. De acuerdo a su expertiz y trayectoria en el área de la salud, y en gestión de hospitales, se realizó una última depuración, dejando los indicadores que son de mayor relevancia para la gestión del hospital. El criterio experto llevó a eliminar finalmente un 11% de la lista de indicadores, reduciendo el listado a 73 indicadores relevantes de desempeño. Sin embargo, a esta lista final se incluyeron otros indicadores que no estaban recogidos en la literatura pero que según criterio experto son relevantes para la gestión hospitalaria de Chile y Ecuador, de esta forma a la lista de 73 indicadores se agregaron otros 11 indicadores adicionales. Por lo tanto, la lista final de indicadores incluyó un total de 84 indicadores de desempeño.

Los indicadores seleccionados se agruparon de acuerdo a las categorías previamente definidas en varios de los estudios utilizados en esta investigación, estudios realizados por Tórres (1991), López y Gadea (1992), Núñez et al. (2017), entre otros, en los que definen los siguientes grupos de indicadores de gestión hospitalaria: (Indicadores de Tiempo, de Calidad, de Eficiencia, de Capacidad, y Económicos). En relación a los indicadores de tiempo, estos se dividen en dos subcategorías: indicadores de tiempo de espera e indicadores de tiempo de proceso. En cuanto a los indicadores de calidad, estos a su vez se subdividen en tres categorías de indicadores: de errores, de cumplimiento de estándares y de satisfacción. Los indicadores de eficiencia se definieron en: indicadores de productividad (rendimiento), y cumplimiento de estándares. En cuanto a los indicadores de capacidad se encuentran definidos por dos tipos, indicadores de oferta y demanda. Finalmente, los Indicadores Económicos, se subdividieron en: indicadores de costos y financieros. La Tabla N° 6 detalla la lista de indicadores utilizados en la aplicación del modelo.

Hay que destacar que todos los indicadores nacen de los principios estratégicos de las organizaciones, por ello, todos contribuyen a lograr estos propósitos, la diferenciación de categorías hacen referencia a la inclinación de determinados indicadores en actividades y situaciones específicas que son objeto de análisis.

**Tabla N°6:** Selección y Agrupación de los Indicadores.

<b>NOMBRE</b>	<b>TIPO</b>	<b>N°</b>
<b>INDICADORES DE TIEMPO</b>	Tiempo de Espera	<b>11</b>
	Tiempo de Proceso	<b>09</b>
<b>INDICADORES DE CALIDAD</b>	Errores	<b>18</b>
	Cumplimiento de Estándares	<b>03</b>
	Satisfacción	<b>10</b>
<b>INDICADORES DE EFICIENCIA</b>	Productividad - Rendimiento	<b>10</b>
	Cumplimiento de Estándares	<b>03</b>
<b>INDICADORES DE CAPACIDAD</b>	Oferta	<b>08</b>
	Demanda	<b>07</b>
<b>INDICADORES ECONÓMICOS</b>	Costos	<b>03</b>
	Financieros	<b>02</b>
<b>TOTAL</b>		<b>84</b>

**Fuente:** Elaborado por el Autor.

El listado total de 84 indicadores, se detalla a continuación, en la Tabla N° 7. El Anexo A contiene la ficha técnica de cada uno de estos indicadores.

**Tabla N°7:** Lista de indicadores utilizados en la aplicación del modelo.

INDICADORES DE TIEMPO							
TIPO DE INDICADOR: TIEMPO DE ESPERA							
IH	INDICADOR	OBJETIVO	MÉTRICA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	PROCESO	ÁREA
01	Tiempo promedio de espera de admisión	Minimizar tiempo de espera de admisión	(Hora inicio admisión - Hora llegada paciente) / N° de pacientes	2 minutos <sup>1</sup>	Mensual	Admisión – Recaudación	Unidades Médicas
02	Tiempo promedio de espera triage	Minimizar tiempo de espera de Triage	(Hora entrada triage - Hora término admisión) / N° de pacientes	< 10 minutos <sup>1</sup>	Mensual	Triage	Unidades Médicas
03	Tiempo promedio de espera en box	Minimizar tiempo de espera para entrar al box	(Hora ingreso paciente al box - Hora de triage) / N° de pacientes ingresados al box de atención	20 min. <sup>1</sup>	Mensual	Primera Atención Médica	Unidades Médicas
04	Tiempo promedio de espera por procedimiento médico	Minimizar tiempo de espera por procedimiento médico	(Hora inicio procedimiento – Hora orden de procedimiento) / N° de pacientes con procedimiento	30 min. <sup>1</sup>	Mensual	Procedimiento Médico	Unidades Médicas
05	Tiempo promedio de espera por procedimiento de enfermería	Minimizar tiempo de espera por procedimiento de enfermería	(Hora inicio procedimiento – Hora orden de procedimiento) / N° de pacientes con procedimiento	15 min. <sup>1</sup>	Mensual	Procedimiento de Enfermería	Unidades Médicas
06	Tiempo de espera en consulta externa hospitalaria <sup>a</sup>	Minimizar tiempo de espera en consulta externa hospitalaria	N° total de minutos de espera en consulta externa (por servicio o especialidad) en un periodo / Total de usuarios observados en ese mismo periodo	≤ 30 minutos <sup>3</sup>	Mensual	Atención al paciente	Unidades Médicas
07	Tiempo promedio de espera de traslados internos y externos	Minimizar tiempo de espera de los traslados internos y externos	(Hora real de inicio del traslado – Hora de solicitud del traslado) / N° de pacientes trasladados	45 min. <sup>2</sup>	Mensual	Apoyo Logístico	Unidades Médicas
08	Tiempo promedio de espera de alta médica	Minimizar tiempo de espera de alta médica	(Hora real de egreso - Hora de decisión de egreso) / N° pacientes egresados	3 min. <sup>1</sup>	Mensual	Alta Médica	Unidades Médicas

<sup>a</sup> Ajustar por especialidad y/o por consulta.

<sup>1</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009).

<sup>2</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** Ministerio de Salud de México; Dirección General de Revaluación del Desempeño.

<sup>3</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** Ministerio de Salud del Perú, Oficina General de Epidemiología, Manual de Indicadores Hospitalarios.

IH	INDICADOR	OBJETIVO	MÉTRICA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	PROCESO	ÁREA
09	Tiempo promedio de espera para primera atención médica <sup>4</sup>	Minimizar tiempos de espera para la asignación de cita médica	Nº total de los días, entre la fecha en la cual el paciente pide cita, y la fecha para la cual es asignada la cita / Nº total consultas médicas asignadas en el hospital	<b>C1:</b> 98% atención médica inmediata. <b>C2:</b> 85% < 7 min. <b>C3:</b> 80% < 15 min. <b>C4:</b> 75% < 30 min. <b>C5:</b> 70% < 40 min.	Semestral	Atención al paciente	Unidades Médicas
10	Tiempo promedio de espera actividades de apoyo al diagnóstico <sup>b</sup>	Minimizar tiempos de espera	(Hora inicio actividad de apoyo – Hora orden actividad de apoyo) / Nº de actividades solicitadas	15 min. <sup>5</sup>	Mensual	Apoyo al Diagnóstico	Unidades Médicas
11	Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo <sup>c</sup>	Minimizar tiempos de espera	(Hora entrega resultados – Hora término actividad de apoyo) / Nº de actividades de apoyo solicitadas	( ≤ 1 hora <sup>1</sup> ) <sup>5</sup>	Mensual	Apoyo al Diagnóstico	Unidades Médicas
				( 3 horas <sup>2</sup> ) <sup>5</sup>			
<b>TIPO DE INDICADOR: TIEMPO DE PROCESO</b>							
12	Tiempo promedio admisión (tiempo recaudación)	Minimizar tiempo promedio de admisión (tiempo recaudación)	(Hora término admisión (recaudación) - Hora inicio admisión (recaudación)) / Nº de pacientes	3 min. <sup>6</sup>	Mensual	Admisión – Recaudación	Unidades Médicas
13	Tiempo promedio reanimación <sup>d</sup>	Mejorar asignación de recursos	Tiempo total uso sala reanimación / Nº pacientes que requieren reanimación	( 20 – 30 min <sup>1</sup> ) <sup>5</sup>	Mensual	Reanimación	Unidades Médicas
				( 5 min <sup>2</sup> ) <sup>5</sup>			
14	Tiempo promedio de triage <sup>7</sup>	Mejorar la asignación de recursos	(Hora término triage – Hora inicio triage) / Nº de pacientes	<b>C1:</b> 0 min. <b>C2:</b> ≤ 10 min. <b>C3:</b> ≤ 60 min. <b>C4:</b> ≤ 120 min. <b>C5:</b> > 240 min.	Mensual	Triage	Unidades Médicas
15	Tiempo promedio en box	Mejorar la asignación de recursos	(Hora salida box – Hora entrada box) / Nº de pacientes ingresados al box de atención	20 – 25 min. <sup>1</sup>	Mensual	Primera Atención Médica	Unidades Médicas
16	Tiempo promedio de procedimiento médico <sup>1</sup>	Mejorar la asignación de recursos	(Hora término procedimiento – Hora inicio procedimiento) / Nº de pacientes con procedimiento	15 – 20 minutos <sup>e</sup>	Mensual	Procedimiento Médico	Unidades Médicas

<sup>b</sup> Se incluyen los tiempos de espera por todo tipo de actividades de apoyo médico (exámenes de sangre, de rayos x, laboratorio, etc.)

<sup>1</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009).

<sup>4</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** “Modelo de Medición de Desempeño en Unidades de Urgencias”, (Santiago, Octubre de 2015).

<sup>5</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** Indicadores de Gestión Hospitalaria del Ministerio de Salud del Ecuador. (KPIs Nº 11 y 13).

<sup>6</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** Manual de Indicadores de Actividad y Calidad Para Urgencias y Emergencias Sanitarias.

<sup>c</sup> **Considérese:** Si el examen se realiza a pacientes que ingresan por emergencia ( ≤ 1 hora <sup>1</sup> ), mientras que, para exámenes de rutina (3 horas) <sup>2</sup>.

<sup>d</sup> **Este tiempo varía dependiendo de:** Si se evidencia para cardíaca (20 - 30 minutos) <sup>1</sup>, si no se evidencia para cardíaca (5 minutos) <sup>2</sup>.

<sup>7</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** Manchester System Triage (MTS).

<sup>e</sup> El lapso de este tiempo, varía de acuerdo a cada procedimiento médico.

IH	INDICADOR	OBJETIVO	MÉTRICA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	PROCESO	ÁREA
17	Tiempo promedio de procedimiento de enfermería	Mejorar la asignación de recursos	(Hora término procedimiento enfermería – Hora inicio procedimiento enfermería) / N° de pacientes con procedimiento	15 – 20 min. <sup>1</sup>	Mensual	Procedimiento de Enfermería	Unidades Médicas
18	Tiempo promedio de actividades de apoyo al diagnóstico <sup>f</sup>	Minimizar tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico	(Hora término actividad de apoyo – Hora inicio actividad de apoyo) / N° de actividades solicitadas	Para exámenes de laboratorio (10 min.). Rayos X (30 min.) <sup>5</sup>	Mensual	Apoyo al Diagnóstico	Unidades Médicas
19	Tiempo promedio del ciclo del paciente	Minimizar tiempo promedio de ciclo	(Hora real de egreso - Hora de admisión) / N° pacientes egresados	142 min. <sup>4</sup>	Mensual	Atención al Paciente	Unidades Médicas
20	Tiempo promedio de atención médica <sup>g</sup>	Mejorar la asignación de recursos	(Hora decisión de egreso - Hora de evaluación médica) / N° pacientes egresados	30 – 45 min. <sup>1</sup>	Mensual	Primera Atención Médica	Unidades Médicas
<b>INDICADORES DE CALIDAD</b>							
<b>TIPO DE INDICADOR: ERRORES</b>							
21	Porcentaje de infecciones intrahospitalarias	Evaluar la calidad de la atención hospitalaria	(Total, de pacientes con Infecciones Intrahospitalarias / N° de Egresos) x 100	< 0,7% <sup>8</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad Asistencial Eficiencia Clínica	Unidades Médicas
22	Tasa de mortalidad en el servicio de urgencias	Minimizar la tasa de pacientes fallecidos en el servicio de urgencias	(N° de pacientes atendidos que son éxitus / N° de pacientes atendidos en el servicio de urgencias) x 100	0% <sup>5</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica Egresar paciente	Emergencias
23	Tasa neta de mortalidad hospitalaria	Mejorar la asignación de recursos	(N° de defunciones hospitalarias <sup>h</sup> / N° de egresos en el mismo período) x 100	3 – 4 % <sup>8</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica Egresar paciente	Unidades Médicas
24	Porcentaje hospitalario de mortalidad materna	Minimizar el porcentaje de mortalidad materna	N° de defunciones de pacientes obstétricas (48 h Hospital) / N° de egresos obstétricos en un periodo dado	0,01% <sup>9</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica Egresar paciente	Unidades Médicas
25	Porcentaje hospitalario de mortalidad neonatal	Minimizar el porcentaje de mortalidad neonatal	N° defunciones recién nacidos (hospital) > 48h Hospital (-28 días) / N° de nacidos vivos	0,01% <sup>9</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica Egresar paciente	Neonatología

<sup>h</sup> Fallecidos a partir de 48 horas de admisión al hospital, servicio o especialidad en un período.

<sup>1</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009).

<sup>4</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** “Modelo de Medición de Desempeño en Unidades de Urgencias”, (Santiago, Octubre de 2015).

<sup>5</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** Indicadores de Gestión Hospitalaria del Ministerio de Salud del Ecuador.

<sup>f</sup> Se incluye tiempo de espera por todo tipo de actividades de apoyo médico (exámenes de sangre, de rayos X, laboratorio, etc).

<sup>8</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** Ministerio de Salud del Perú, Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para hospitales, Institutos y DIRESA (2013).

<sup>9</sup> Ajustable de acuerdo con el tipo de atención (Ambulatoria, Urgencias, etc.).

<sup>9</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.

IH	INDICADOR	OBJETIVO	MÉTRICA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	PROCESO	ÁREA
26	Tasa de pacientes fallecidos en espera por hospitalización	Minimizar la tasa de pacientes fallecidos en espera por hospitalización	(N° pacientes fallecidos en espera por hospitalización / N° pacientes con orden de hospitalización) x 100	0% <sup>1</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica Egresar paciente	Unidades Médicas
27	Porcentaje de cirugías suspendidas	Minimizar el porcentaje de cirugías suspendidas	(N° de Intervenciones quirúrgicas suspendidas / N° Intervenciones quirúrgicas programadas) x 100	1 – 5 % <sup>10</sup>	Mensual	Atención al paciente Eficiencia clínica	Cirugía
28	Porcentaje de reingresos hospitalarios	Minimizar el número de reingresos hospitalarios	(N° de pacientes que reingresan / N° de egresos hospitalarios) x 100	1 – 3 % <sup>10</sup>	Trimestral	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Unidades Médicas
29	Tasa de eventos adversos relacionados con la mala identificación de pacientes	Mejorar la asignación de recursos	(N° de pacientes identificados de acuerdo con la norma en el Servicio / Total de pacientes identificados en el Servicio) x 100	0% <sup>11</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Unidades Médicas
30	Porcentaje de errores en la medicación	Minimizar errores en la medicación	Número de errores ocurridos / Cantidad de pacientes medicados x 100	< 5% <sup>12</sup>	Mensual	Atención al paciente	Unidades Médicas
31	Permanencia superior a 24 horas en el servicio de urgencias	Mejorar la asignación de recursos	(N° de pacientes con permanencia superior a 24 horas en el S.U. / N° de pacientes atendidos) x 100	1% <sup>1</sup>	Mensual	Atención al Paciente	Emergencia
32	Caídas en pacientes hospitalizados	Reducción y mitigación del número de accidentes	(N° de caídas en pacientes hospitalizados / total de altas de hospitalización) x 100	0% <sup>13</sup>	Mensual	Atención al Paciente Calidad Asistencial	Unidades Médicas
33	Tiempo de demora en intervenciones quirúrgicas urgentes	Cumplir con los estándares de tiempo, calidad de atención y satisfacción del paciente	(N° de pacientes con patología quirúrgica urgente, intervenidos antes de 6 horas / N° de pacientes con patología quirúrgica urgente por intervenir) x 100	95% <sup>1</sup>	Semestral	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Cirugía
34	Número de pacientes en lista de espera quirúrgica	Minimizar el número de pacientes en lista de espera	Sumatoria total de los pacientes en lista de espera quirúrgica	98 <sup>9</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Cirugía

<sup>1</sup> Estándar definido de acuerdo a: Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009).

<sup>10</sup> Estándar definido de acuerdo a: Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Indicadores de Gestión Hospitalaria (2002).

<sup>11</sup> Estándar definido de acuerdo a: Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud (2010).

<sup>12</sup> Estándar definido de acuerdo a: Sixtina Consulting Group; Los 25 indicadores (KPI) más usados en el sector de la salud en 2012.

<sup>13</sup> Estándar definido de acuerdo a: Indicadores de Calidad Para Hospitales del Sistema Nacional de Salud (SECA 2012).

<sup>9</sup> Estándar definido de acuerdo a: Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.

IH	INDICADOR	OBJETIVO	MÉTRICA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	PROCESO	ÁREA
35	Porcentaje de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Minimizar el número de eventos adversos	(Nº de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias / Total de personas atendidas en el servicio de urgencias en el periodo) x 100	< 5% <sup>14</sup>	Semestral	Atención al paciente	Emergencia
36	Retorno a urgencias en 72 horas	Mejorar la asignación de recursos	(Nº de pacientes readmitidos en un intervalo de 72 horas / Nº de pacientes atendidos en urgencias) x 100	< 2,5% <sup>15</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Emergencia
37	Porcentaje de pacientes en espera de atención en consulta externa igual o menor a 15 días	Incrementar la calidad en las prestaciones de salud a la población en el Hospital	Nº de pacientes agendados 15 días o menos en primeras consultas / Total de pacientes que solicitan ser atendidos en Consulta Externa	0,62% <sup>9</sup>	Semestral	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Unidades Médicas
38	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Mejorar la asignación de recursos	(Nº de pacientes que reingresan a hospitalización, antes de 15 días / Nº de egresos en el periodo) x 100	≤ 3% <sup>14</sup>	Semestral	Atención al paciente Calidad asistencial	Unidades Médicas
<b>TIPO DE INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES</b>							
39	Existencia de protocolos clínicos	Verificar la existencia y el cumplimiento de los protocolos clínicos	Existencia de Protocolos Clínicos (Si / No)	SI <sup>1</sup>	Anual	Calidad	Calidad
40	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de triage	Cumplir con estándares de tiempo de triage	Nº de pacientes que cumplen con estándar de triage / Nº de pacientes	> 90% <sup>16</sup>	Mensual	Calidad asistencial Atención al paciente	Unidades Médicas
41	Porcentaje de pacientes que son operados dentro de un periodo de 48 horas desde su ingreso	Cumplir con guías y protocolos clínicos	(Nº de pacientes intervenidos el mismo día o al día siguiente del ingreso / Nº de pacientes ingresados para cirugía programada) x 100	95% <sup>16</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Cirugía

<sup>14</sup> Estándar definido de acuerdo a: Fundación Avedis Donabedian; II Seminario Virtual Internacional Sobre Seguridad del Paciente (2016).

<sup>15</sup> Estándar definido de acuerdo a: **SERVICIOS DE URGENCIAS**; Indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria.

<sup>9</sup> Estándar definido de acuerdo a: Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.

<sup>1</sup> Estándar definido de acuerdo a: Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009).

<sup>16</sup> Estándar definido de acuerdo a: Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA 2012).

TIPO DE INDICADOR: SATISFACCIÓN							
IH	INDICADOR	OBJETIVO	MÉTRICA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	PROCESO	ÁREA
42	Porcentaje de reclamos contestados oportunamente <sup>i</sup>	Reducir el porcentaje de quejas	(N° de quejas resueltas / Total de quejas recibidas) x 100	> 90% <sup>17</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial	Unidades Médicas
43	Encuestas de satisfacción de los profesionales	Verificar la aplicación de las encuestas de satisfacción laboral	Realización de encuestas de satisfacción del profesional (Si / No)	SI <sup>1</sup>	Semestral	Foco en el Personal	T. Humano
44	Encuestas de satisfacción de los pacientes	Verificar la aplicación de las encuestas de satisfacción del paciente	Realización de una encuesta de satisfacción periódica a los pacientes y sus familias o entorno cuidador (Si / No)	SI <sup>18</sup>	Anual	Atención al paciente	Unidades Médicas
45	Personas atendidas fuera de box	Aumentar la satisfacción del paciente Incrementar la calidad del servicio	(N° de pacientes atendidos fuera de box / N° de pacientes atendidos) x 100	< 1% <sup>1</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Unidades Médicas
46	Existencia de protocolos de información a pacientes y familiares	Cumplir con guías y protocolos clínicos	Existencia de protocolo (Si / No)	SI <sup>1</sup>	Anual	Atención al paciente Calidad asistencial	Unidades Médicas
47	Tasa de reclamos realizados por los pacientes	Aumentar la satisfacción del paciente, por medio de la disminución de reclamos	(N° de pacientes que han presentado reclamos en el período de estudio / N° total de pacientes atendidos en el período de estudio) x 100	< 5% <sup>19</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Calidad
48	Información a los pacientes sobre los procedimientos a efectuarse durante su estancia	Proporciona al paciente la autonomía para participar en las decisiones que le afectan	(N° de pacientes informados / N° de pacientes dados de alta del servicio de urgencias) x 100	> 90% <sup>18</sup>	Diaria	Atención al paciente Calidad asistencial	Unidades Médicas
49	Tasa de Satisfacción del paciente	Aumentar la satisfacción del paciente	(N° de pacientes satisfechos / N° de pacientes tratados) x 100	≥ 85% <sup>12</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Calidad

<sup>i</sup> Aplicar de acuerdo al número de días que se consideren como oportunos para la contestación de los reclamos efectuados por los pacientes.

<sup>17</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** Normas Técnicas de Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos Especializados, Ministerio de Salud del Perú.

<sup>1</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009).

<sup>12</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** Sixtina Consulting Group; Los 25 indicadores (KPI) más usados en el sector de la salud en 2012.

<sup>18</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** Soc. Española de Cuidados Paliativos - Ministerio de Sanidad y Consumo - Fundación Avedis Donabedian.

<sup>19</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (2009).

IH	INDICADOR	OBJETIVO	MÉTRICA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	PROCESO	ÁREA
50	Tasa de Satisfacción de los profesionales <sup>j</sup>	Conocer el clima laboral, y el número de profesionales del que están satisfechos con el desarrollo de sus actividades	(Nº de profesionales que indican estar satisfechos / N° total de profesionales encuestados o entrevistados) x 100	≥ 85% <sup>12</sup>	Semestral	Satisfacción de los profesionales	T. Humano
51	Existencia de planes de formación para: (médicos, paramédicos, enfermeras, administrativos, etc.)	Aumentar el personal calificado Incrementar la calidad del servicio	Existencia de planes de formación (Si / No)	SI <sup>1</sup>	Anual	Satisfacción de los profesionales Calidad asistencial Eficiencia clínica Atención al paciente	T. Humano
<b>INDICADORES DE EFICIENCIA</b>							
<b>TIPO DE INDICADOR: PRODUCTIVIDAD – RENDIMIENTO</b>							
52	Rendimiento hora – médico <sup>k</sup>	Determinar el número de pacientes atendidos por hora	N° de Atenciones Médicas Realizadas / N° de Horas Médico-Efectivas	De 3 a 4 consultas por hora <sup>8</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Unidades Médicas
53	Productividad hora – médico <sup>k</sup>	Conocer la productividad hora médico por el número de pacientes atendidos por hora por el profesional	N° de Atenciones Médicas realizadas en un período / N° de horas médico-programadas en el mismo período	De 3 a 4 consultas por hora <sup>8</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Unidades Médicas
54	Rendimiento de la sala de operaciones	Incrementar la eficiencia operacional	N° de Intervenciones quirúrgicas ejecutadas / N° de salas de operaciones	De 80 a 100 intervenciones sala / mes <sup>8</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Cirugía
55	Intervenciones quirúrgicas / quirófano / día	Incrementar la eficiencia operacional	N° de cirugías que se realizaron / N° de quirófanos / 20 días laborables	2 <sup>9</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Cirugía
56	Promedio de estancia	Incrementar la eficiencia operacional en el Hospital	Total, días estadía (pacientes egresados) / N° de egresos	5,8 <sup>9</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial	Unidades Médicas
57	Porcentaje de Cirugías ambulatorias	Medir el porcentaje de cirugías que admiten el retorno del paciente a su casa el mismo día respecto del total de cirugías realizadas	(N° de cirugías ambulatorias efectuadas / N° de cirugías efectuadas) x 100	>30% <sup>12</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Cirugía

<sup>1</sup> Estándar definido de acuerdo a: Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009).

<sup>8</sup> Estándar definido de acuerdo a: Ministerio de Salud del Perú, Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para hospitales, Institutos y DIRESA (2013).

<sup>9</sup> Estándar definido de acuerdo a: Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.

<sup>12</sup> Estándar definido de acuerdo a: Sixtina Consulting Group; Los 25 indicadores (KPI) más usados en el sector de la salud en 2012.

<sup>j</sup> Este indicador podría ajustarse por categoría profesional y servicio.

<sup>k</sup> Este indicador varía según servicio o especialidad.

IH	INDICADOR	OBJETIVO	MÉTRICA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	PROCESO	ÁREA
58	Rendimiento cama	Conocer el uso promedio de una cama	N° egresos / N° camas disponibles promedio	4 egresos al mes <sup>8</sup>	Mensual	Eficiencia Clínica	Unidades Médicas
59	Porcentaje de Contrareferencias	Incrementar la eficiencia operacional en el Hospital	N° de Contrareferencias / Total de referencias cumplidas	0,36% <sup>9</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Unidades Médicas
60	Porcentaje de cesáreas por partos atendidos	Minimizar la tasa de cesáreas	N° de partos por cesáreas atendidos en el establecimiento / Total de partos atendidos en el establecimiento	0,32% <sup>9</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial	Cirugía
61	Porcentaje de utilización de pabellones quirúrgicos electivos	Incrementar la productividad de los pabellones quirúrgicos	(N° de horas de pabellones electivos utilizadas en el periodo / Total de horas de pabellones electivos disponibles en el periodo) x 100	≥ 85% <sup>17</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Cirugía
<b>Nota: Se toma en cuenta el rendimiento asociado a todo tipo de actividades del personal médico, paramédico, especialistas, enfermeras, etc.</b>							
<b>TIPO DE INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES</b>							
62	Existencia de un sistema de clasificación o selección de pacientes	Verificar la existencia y la correcta aplicación del sistema	Existencia de la sistemática (Sí / No)	SI <sup>1</sup>	Anual	Atención al paciente Calidad asistencial	Unidades Médicas
63	Porcentaje de pacientes identificados correctamente en la ficha de acceso al centro de salud	Verificar que los datos del identificador utilizado corresponden al paciente	(N° pacientes en que ambas fuentes de información coinciden / N° total de pacientes identificados) x 100	95% <sup>11</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial	Unidades Médicas
64	Número de registro de pacientes por turno	Mejorar la asignación de recursos	(N° de registros de pacientes internados / N° de turnos hospitalarios)	40 – 50 <sup>12</sup>	Diaria	Foco en el personal Atención al paciente	Unidades Médicas
65	Capacidad de camas hospitalarias	Medir el número de camas en el hospital diseñadas y construidas para la admisión de pacientes	N° de camas hospitalarias	175 - 200 <sup>12</sup>	Anual	Atención al paciente Calidad asistencial	Calidad

<sup>1</sup> Estándar definido de acuerdo a: Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009).

<sup>8</sup> Estándar definido de acuerdo a: Ministerio de Salud del Perú, Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para hospitales, Institutos y DIRESA (2013).

<sup>9</sup> Estándar definido de acuerdo a: Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.

<sup>11</sup> Estándar definido de acuerdo a: Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud (2010).

<sup>12</sup> Estándar definido de acuerdo a: Sixtina Consulting Group; Los 25 indicadores (KPI) más usados en el sector de la salud en 2012.

<sup>17</sup> Estándar definido de acuerdo a: Instrumento de Evaluación de Establecimientos Auto Gestionados en Red (MINSAL 2016).

IH	INDICADOR	OBJETIVO	MÉTRICA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	PROCESO	ÁREA
66	Relación enfermeras / médicos	Determinar el balance de personal médico y de enfermería en atención al paciente	Nº de enfermeras en atención directa / Nº de médicos	4 <sup>10</sup>	Anual	Atención al paciente Calidad asistencial	T. Humano
67	Número de camas por médico	Determinar el balance de personal médico en relación con la capacidad instalada	Nº de médicos adscritos en atención directa / Nº de camas censables	8 <sup>10</sup>	Anual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Calidad
68	Relación enfermeras / camas no censables	Determinar el balance de personal de enfermería en atención directa al paciente, en relación con la capacidad instalada	Nº de personal de enfermería en atención directa / Nº de camas no censables	1 – 3 % <sup>10</sup>	Anual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	T. Humano Calidad
69	Relación enfermeras / camas censables	Determinar el balance de personal de enfermería en atención directa al paciente, en relación con la capacidad instalada	Nº de enfermeras en atención directa / Nº de camas censables	1 – 3 % <sup>10</sup>	Anual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	T. Humano Calidad
<b>INDICADORES DE CAPACIDAD</b>							
<b>TIPO DE INDICADOR: OFERTA</b>							
70	Ausentismos de los profesionales (médicos, enfermeras, paramédicos y otros)	Conocer el número de profesionales del centro sanitario que no acuden a realizar su labor asistencial	(Nº de profesionales que no acuden a su puesto de trabajo / Total de profesionales) x 100	< 5 % <sup>6</sup>	Mensual	Atención al paciente Foco en el personal	T. Humano
71	Promedio diario de camas disponibles	Determinar el número de camas que en promedio estuvieron en funcionamiento cada día durante un período	Total de días-cama disponibles en un período dado / Total de días del mismo período	85 – 95% <sup>20</sup>	Diaria	Atención al paciente Calidad asistencial	Calidad
72	Índice de rotación o giro de camas	Medir el número de pacientes que pasan por una cama hospitalaria en un período de tiempo determinado	Nº de egresos en un periodo dado / Promedio de camas disponibles o en trabajo del mismo período	Para hospitales de 180 y más camas de 47 egresos anuales por cama censable <sup>21</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial	Unidades Médicas

<sup>6</sup> Estándar definido de acuerdo a: Universidad de Cádiz; Validación de un modelo para medir la Calidad Asistencial en los Hospitales.

<sup>10</sup> Estándar definido de acuerdo a: Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Indicadores de Gestión Hospitalaria (2002).

<sup>20</sup> Estándar definido de acuerdo a: Ministerio de Salud de Argentina, Guía para la elaboración de indicadores seleccionados.

<sup>21</sup> Estándar definido de acuerdo a: Manual Censo Diario de Camas y Pacientes, Ministerio de Salud de Chile (2014).

TIPO DE INDICADOR: DEMANDA							
IH	INDICADOR	OBJETIVO	MÉTRICA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	PROCESO	ÁREA
73	Promedio días de estada	Medir cuantos días en promedio está hospitalizado un paciente desde su ingreso hasta su egreso	Nº de días de estadía de pacientes egresados en un período dado / Total de egresos del mismo período	De 3 a 7 días <sup>21</sup>	Diaria	Atención al paciente Calidad asistencial	Calidad
74	Promedio de censo diario	Medir el número de camas ocupadas por día en el hospital, en promedio	Nº de días camas ocupadas en un período dado / Total de días del mismo periodo	40 – 50 <sup>12</sup>	Diaria	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Calidad
75	Tasa de pacientes mañana <sup>1</sup>	Controlar la tasa de pacientes (mañana)	Nº de pacientes que ingresan en turno de 08:01 a 14:00 / Total de pacientes en 24hrs	40% <sup>9</sup>	Diaria	Atención al Paciente	Calidad
76	Tasa de pacientes tarde <sup>1</sup>	Controlar la tasa de pacientes (tarde)	Nº de pacientes que ingresan en turno de 14:01 a 20:00 / Total de pacientes en 24hrs	35% <sup>9</sup>	Diaria	Atención al Paciente	Calidad
77	Tasa de pacientes noche <sup>1</sup>	Controlar la tasa de pacientes (noche)	Nº de pacientes que ingresan en turno de 20:01 a 08:00 / Total de pacientes en 24hrs	25% <sup>9</sup>	Diaria	Atención al Paciente	Calidad
78	Porcentaje de ocupación de camas hospitalarias	Medir el grado de ocupación de cada cama hospitalaria	(Nº de Pacientes-Días / Total de Días camas Disponibles) x 100	0,7% <sup>9</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Calidad
79	Intervalo de sustitución cama	Determinar el tiempo en que permanece la cama vacía entre un egreso y el subsiguiente ingreso a la misma cama	(Nº Días cama disponibles - Nº pacientes día) / Nº de egresos hospitalarios	0,6 hasta 1 día <sup>8</sup>	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Calidad
INDICADORES ECONÓMICOS							
TIPO DE INDICADOR: COSTOS							
80	Porcentaje de pérdida de citas	Reducir los costos de turnos perdidos	Nº de turnos perdidos / Nº de turnos otorgados	< 10% <sup>12</sup>	Mensual	Administrativo	Unidades Medicas Financiero
81	Costo promedio por paciente por total de pacientes	Minimizar el costo promedio por paciente	Costo total pacientes atendidos / Nº de pacientes egresados	Definido por cada hospital	Mensual	Recaudación	Financiero
82	Costo promedio por servicio	Determinar costos promedios por servicio	Promedio del costo de cada servicio	Definido por cada hospital	Mensual	Recaudación	Financiero

<sup>1</sup> El estándar para este indicador debe ajustarse acorde a la demanda que presente cada hospital.

<sup>9</sup> Estándar definido de acuerdo a: Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.

<sup>12</sup> Estándar definido de acuerdo a: Sixtina Consulting Group; Los 25 indicadores (KPI) más usados en el sector de la salud en 2012.

<sup>21</sup> Estándar definido de acuerdo a: Manual Censo Diario de Camas y Pacientes, Ministerio de Salud de Chile (2014).

<sup>8</sup> Estándar definido de acuerdo a: Ministerio de Salud del Perú, Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para hospitales, Institutos y DIRESA (2013).

TIPO DE INDICADOR: FINANCIERO							
IH	INDICADOR	OBJETIVO	MÉTRICA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	PROCESO	ÁREA
83	Ejecución presupuestaria	Cumplir con el presupuesto	Presupuesto ejecutado / Presupuesto programado	100% <sup>5</sup>	Trimestral	Administrativo	Financiero
84	Porcentaje de ejecución Presupuestaria gasto corriente	Cumplir con el presupuesto	Devengado / Vigente	0,24% <sup>5</sup>	Anual 2016	Administrativo	Financiero

<sup>5</sup> **Estándar definido de acuerdo a:** Indicadores de Gestión Hospitalaria del Ministerio de Salud del Ecuador.

**Fuente:** Elaborado por el Autor.

Como se muestra en la Tabla N° 7, cada uno de los indicadores, tienen asociado, un objetivo, métrica, estándar, frecuencia, proceso, y área o departamento. Ahora bien, cada uno de estos ítems tienen un propósito para el cual fueron creados, por ejemplo, el objetivo de cada indicador determina el fin al que se desea llegar, o lo que pretende alcanzar cada indicador luego de su aplicación. La métrica, por otra parte, determina la fórmula para su medición, vale decir, el método de cálculo de cada indicador, el estándar, determinará el grado de cumplimiento esperado por cada uno de los indicadores. La frecuencia, señala la periodicidad con la que se realizará la medición de cada indicador y el proceso, por otra parte, establece el conjunto de actividades o procedimientos planificados, los cuales, mediante la participación de un sinnúmero de recursos (humanos y materiales), permitirán dar cumplimiento a los objetivos establecidos en cada indicador. Por último, el área, corresponde a las distintas Unidades presentes en los hospitales, las cuales, por medio de un responsable, se encargarán de la recopilación y uso correcto de la información, así como de monitorear y dar cumplimiento a cada uno de los objetivos establecidos en cada uno los indicadores.

A continuación, en la Tabla N° 8, se presentan cada uno de los indicadores de gestión hospitalaria, agrupados por Área o Unidad Responsable.

**Tabla N°8:** Agrupación de Indicadores por Área o Unidad Responsable.

AREA RESPONSABLE	INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA
<b>UNIDADES MÉDICAS</b>	Tiempo promedio de espera de admisión
	Tiempo de espera para triage
	Tiempo promedio de espera box
	Tiempo promedio de espera por procedimiento médico
	Tiempo promedio de espera por procedimiento de enfermería
	Tiempo de espera en Consulta Externa Hospitalaria
	Tiempo promedio de espera de traslados internos y externos
	Tiempo promedio de espera de alta médica
	Tiempo promedio de espera para primera cita médica: <b>C1: atención inmediata, C2: &lt; 7 min., C3: &lt; 15 min., C4: &lt; 30 min., C5: &lt; 40 min.</b>
	Tiempo promedio de espera de actividades de apoyo al diagnóstico (exámenes de sangre, de rayos x, laboratorio, etc.)
	Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo.
	<b>Considérese:</b>
	1. Exámenes para pacientes en sala de emergencias ≤ 1 hora
	2. Exámenes de rutina = 3 horas
	Tiempo promedio admisión (Tiempo recaudación)
	Tiempo promedio de reanimación
	Tiempo promedio de triage
	Tiempo promedio en box
	Tiempo promedio de procedimiento médico
	Tiempo promedio de procedimiento de enfermería
	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (exámenes de sangre, de Rayos X, laboratorio
	Tiempo promedio del ciclo del paciente).
	Tiempo promedio de atención médica
	Porcentaje de Infecciones Intrahospitalarias
	Tasa neta de mortalidad hospitalaria
	Porcentaje hospitalaria de mortalidad materna
	Tasa de pacientes fallecidos en espera por hospitalización
	Porcentaje de reingresos hospitalarios
	Tasa de eventos adversos relacionados con la mala identificación de los pacientes
	Porcentaje de errores en la medicación
Caídas en pacientes hospitalizados	
Porcentaje de pacientes en espera de atención en consulta externa igual o menor a 15 días	
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	
Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de triage	

<b>AREA RESPONSABLE</b>	<b>INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA</b>
<b>UNIDADES MÉDICAS</b>	Porcentaje de reclamos contestados oportunamente
	Encuestas de Satisfacción de los Pacientes
	Personas atendidas fuera de box
	Existencia de Protocolos de Información a Pacientes y Familiares
	Porcentaje de pacientes informados sobre los procedimientos a efectuarse durante su estancia
	Rendimiento Hora – Médico
	Productividad Hora – Médico
	Promedio de estancia
	Rendimiento Cama
	Porcentaje de Contrareferencias
	Existencia de un sistema de clasificación o selección de pacientes
	Porcentaje de pacientes identificados correctamente en la ficha de acceso al centro de salud
	N° de registros de pacientes por turno
	Índice de rotación o giro de camas
	Porcentaje de pérdidas de citas
Porcentaje hospitalario de mortalidad neonatal	
<b>NEONATOLOGÍA</b>	Porcentaje hospitalario de mortalidad neonatal
<b>AREA RESPONSABLE</b>	<b>INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA</b>
<b>EMERGENCIAS</b>	Tasa de Mortalidad en el Servicio de Urgencias
	Permanencia Superior a 24 horas en el Servicio de Urgencias
	Porcentaje de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias
	Retorno a Urgencias en 72 horas
<b>AREA RESPONSABLE</b>	<b>INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA</b>
<b>CIRUGÍA</b>	Porcentaje de Cirugías Suspendidas
	Tiempo de Demora en Intervenciones Quirúrgicas Urgentes
	Número de pacientes en lista de espera quirúrgica
	Porcentaje de pacientes que son operados dentro de un periodo de 48 horas desde su ingreso
	Rendimiento de sala de operaciones
	Intervenciones Quirúrgicas / Quirófano / día
	Porcentaje de Cirugías Ambulatorias
	Porcentaje de cesáreas por partos atendidos
Porcentaje de Utilización de Pabellones Quirúrgicos Electivos	
<b>AREA RESPONSABLE</b>	<b>INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA</b>
<b>CALIDAD</b>	Existencia de Protocolos Clínicos
	Tasa de reclamos realizados por los pacientes
	Tasa de satisfacción del paciente
	Capacidad de camas hospitalarias

AREA RESPONSABLE	INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA
<b>CALIDAD</b>	Número de camas por médico
	Relación enfermeras / camas no censables
	Relación enfermeras / camas censables
	Promedio diario de camas disponibles
	Promedio días de estadía
	Promedio de censo diario
	Tasa de pacientes mañana
	Tasa de pacientes tarde
	Tasa de pacientes noche
	Porcentaje de ocupación de camas hospitalarias
	Intervalo de sustitución cama
AREA RESPONSABLE	INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA
<b>TALENTO HUMANO</b>	Encuestas de Satisfacción de los Profesionales
	Tasa de satisfacción de los profesionales (encuesta aplicada por el autor)
	Existencia de Planes de Formación (médicos, paramédicos, enfermeras, administrativos, etc.)
	Relación enfermeras / médicos
	Relación enfermeras / camas no censables
	Relación enfermeras / camas censables
	Ausentismos de los profesionales (médicos, enfermeras, paramédicos y otros)
<b>FINANZAS</b>	Porcentaje de pérdida de citas
	Costo promedio por paciente por total de pacientes
	Costo promedio por servicio
	Ejecución Presupuestaria
	Porcentaje de Ejecución Presupuestaria – Gasto Corriente

**Fuente:** Elaborado por el Autor.

Una vez establecidos los indicadores de gestión, por Área o Unidad Responsable, a continuación se procedió con la aplicación del modelo planteado en esta investigación, la cual se presenta en la siguiente sección.

## CAPÍTULO IV

### IV. APLICACIÓN DEL MODELO

#### 4.1. Contexto de la Institución

El Hospital General Isidro Ayora, de segundo nivel de complejidad se encuentra ubicado en el área céntrica de la ciudad de Loja, Ecuador. Este hospital inicia sus actividades el 02 agosto de 1979, como una entidad pública perteneciente al Sistema de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. El Hospital General Isidro Ayora presta atención de salud integral de tipo ambulatorio y de hospitalización para la población de la Región Sur del país. Es además, un centro de formación profesional de personal médico y de enfermería, así como de investigación bio-social.

El Hospital General Isidro Ayora actualmente cuenta con una dotación de 243 camas destinadas a la atención de una población urbana de 110.633 (76,6%) habitantes, y de 33.860 (23,4%) para el área rural, dando cobertura además a provincias como el Oro y Zamora Chinchipe, así como a la parte norte del Perú, esto debido a su cercanía geográfica con el hospital (Plan Operativo Anual Hospital General Isidro Ayora, 2010).

##### 4.1.1. Servicios que presta la Institución

Los servicios prestados por la institución se encuentran agrupados en las siguientes especialidades:

- Traumatología
- Fisiatría
- Psicología
- Otorrinolaringología
- Cirugía Plástica
- Oftalmología
- Dermatología
- Cardiología
- Neurocirugía
- Nefrología
- Cirugía Pediátrica
- Neonatología
- Gastroenterología
- Obstetricia
- Ginecología
- Terapia Intensiva
- Reumatología
- Pediatría
- Neumología

El hospital ofrece otros Servicios especiales para el Diagnóstico y Tratamiento que ayudan a determinar y/o confirmar los diversos problemas de salud de los usuarios que acuden a esta dependencia, los cuales están básicamente constituidos por:

- Laboratorio Clínico y Anatómico-Patológico
- Radiología: Ecografía, Mamografía, Tomografía, Angiografía y Rayos X.
- Endoscopia
- Electrocardiograma (Plan Estratégico Hospital General Isidro Ayora, 2017 – 2020).

Los servicios ayudan a conocer los procesos medulares de la institución, mismos que son vitales para vincularlos con la misión y marco estratégico, desde donde se instalarán los sistemas de control de gestión (sistemas de indicadores). Considerando lo anterior, es importante revisar lo que plantea la institución en el corto y largo plazo, como es el caso de la misión y visión, presentadas a continuación.

#### **4.1.2. Misión**

La misión de la institución es prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con las responsabilidades 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.

Ahora bien, sobre la actuación de la institución a largo plazo, la institución ha definido la siguiente visión:

#### **4.1.3. Visión**

La visión de la institución es ser reconocido por la ciudadanía como hospital accesible, que presta 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 (Plan Estratégico Hospital General Isidro Ayora, 2017 – 2020).

Para darle forma y estructura a la visión, el hospital ha definido los objetivos estratégicos institucionales que se detallan a continuación.

#### **4.1.4. Objetivos Estratégicos Institucionales**

Los objetivos estratégicos estipulados en el nuevo modelo de Gestión Hospitalaria, están alineados con los mandatos de la Constitución de la República del Ecuador, aprobada mediante referéndum el 28 de septiembre de 2008; al Plan Nacional del Buen Vivir, a la agenda del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, al rol estratégico de las entidades hospitalarias, en lo que refiere al Hospital General Isidro Ayora por la capacidad resolutive, se lo ubica como de nivel operativo II, con el modelo de gestión administrativa por procesos.

En este contexto, los Objetivos Estratégicos son los mismos que rigen para todos los hospitales del Ministerio de Salud del Ecuador, que se encuentran estipulados en el **“Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador”**. A continuación se detallan los Objetivos Estratégicos de los Hospitales de Nivel Operativo II:

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

**Objetivo 2:** Trabajar bajo los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud de forma integrada y en red con otras Unidades Operativas de Salud, tanto del Ministerio de Salud, como de otras instituciones públicas o privadas que conforman el Sistema Nacional de Salud de Ecuador, bajo la coordinación de esta cartera de estado.

**Objetivo 3:** Mejorar la accesibilidad y disminuir el tiempo de espera para recibir atención, considerando y respetando la diversidad de género, cultural, socio económica, origen y diversidad generacional de los(as) usuarios(as).

**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 atención de calidad y respeto a los derechos de los(as) usuarios(as), para alcanzar su 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 apropiada rendición de cuentas (Plan Estratégico Hospital General Isidro Ayora, 2017 – 2020).

Como se puede observar, en los objetivos estratégicos organizacionales está el desarrollo de la cultura organizacional, y que junto con la aplicación oportuna del modelo propuesto en esta investigación, servirá de herramienta para el cumplimiento de muchos de estos objetivos; esto les garantizará, entre otras cosas, que se realice la rendición de cuentas de forma oportuna a través del logro de los propósitos estratégicos de los Hospitales de Nivel Operativo II. Considerando esta información, se describe a continuación la aplicación del modelo en el Hospital General Isidro Ayora.

#### **4.2. Aplicación del Modelo en el Hospital General Isidro Ayora**

En este apartado se presenta la aplicación del modelo de indicadores, el cual tuvo una duración aproximada de 5 meses (Noviembre 2016 – Marzo 2017). Durante los tres primeros meses fue necesaria la presentación de oficios dirigidos a la Directora Zonal de Salud, y a los directivos de la institución objeto de estudio.

En el oficio se detalló un cronograma para el levantamiento de la información acerca de cada grupo de indicadores a mencionar: de tiempo, calidad, eficiencia, de capacidad, e indicadores económicos. A continuación se describe el proceso de aplicación para cada una de las categorías mencionadas.

Los **indicadores de tiempo** se construyeron desde la “Fase 0: Situación inicial”, en donde se realizó el diagnóstico ante un ambiente donde se evidenció que no existen mediciones, y en consecuencia, resultados que ayudaran a la toma de decisiones para la gestión hospitalaria. La información para los indicadores de tiempo fue recogida en su totalidad por medio de la utilización de un cronómetro, por medio del cual se estableció con exactitud el tiempo que se requería medir para cada uno de los indicadores, tanto para las

subcategorías de indicadores de tiempos de espera como de proceso. El tiempo tomado para cada uno de los indicadores presentes en esta categoría, fue realizado de forma aleatoria, es decir, se tomaron tiempos varias veces en distintos días de la semana, y en distintas jornadas de atención al público. Por ejemplo, varios indicadores fueron aplicados un día lunes por la mañana, luego, este mismo grupo de indicadores fue aplicado el día miércoles por la tarde, el día viernes por la noche, y así sucesivamente, permitiendo de esta forma, dar mayor precisión a los datos obtenidos durante su aplicación, siendo lo contrario, si este hubiese sido aplicado, tan solo un día a la semana, o en la misma jornada de atención al paciente. Ahora bien, para el levantamiento de información de los **indicadores de calidad**, fue necesaria la realización de entrevistas con los jefes departamentales de las unidades que reportan este tipo de datos (Departamento de Estadística, Planificación, y Talento Humano). Estas entrevistas se aplicaron de forma presencial con el apoyo de una guía de preguntas que fueron respondidas de manera individual por el personal de los departamentos antes mencionados, generando de esta forma, información suficiente para el cálculo de los indicadores seleccionados para esta categoría.

Para el levantamiento de información de **los indicadores de satisfacción**, fue necesaria la elaboración y aplicación de encuestas, tanto del personal como del paciente (ver anexos: N°2 y 4). Las encuestas de satisfacción del paciente fueron contestadas por un total de 190 usuarios, en la que se establecen un total de 26 preguntas, considerando aspectos como; calidad de la atención, calidad de la organización y funcionamiento del establecimiento, calidad de la infraestructura, entre otros. Se incluyeron 190 usuarios de los Servicios de Hospitalización, Consulta Externa, y Emergencias del Hospital General Isidro Ayora. Por otro lado, las encuestas de satisfacción laboral fueron contestadas por un total de 94 personas, en las que se incluyeron, personal médico, administrativo, entre otros. Para la elaboración de la encuesta se tomaron en cuenta diversas variables establecidas en la teoría de los dos factores de Herzberg, por medio de la cual se presentan, por una parte, los factores higiénicos o extrínsecos relacionados con la insatisfacción, los cuales engloban todas las condiciones del ambiente en el cual se mueve la persona, y los factores motivacionales o intrínsecos, vinculados con aspectos más profundos respecto del puesto específico que posee el individuo. Por medio de la aplicación de las encuestas, se presentaron preguntas destinadas a explorar las condiciones de trabajo, el reconocimiento, los premios, incentivos y capacitaciones, los logros obtenidos a lo largo del ejercicio de sus funciones, entre otras.

Estas encuestas (personal y pacientes), fueron aplicadas en el mes de marzo del presente año.

En cuanto a los **indicadores de eficiencia, y capacidad**, para el levantamiento de la información, fue necesaria la realización de entrevistas con el personal del departamento de estadística y talento humano del hospital, además de la revisión de documentos, específicamente, informes y reportes presentados por las distintas unidades del hospital.

En relación al quinto grupo de indicadores **-indicadores económicos-** la información fue proporcionada por el departamento de planificación y financiero de la institución. La Tabla N°8 muestra de forma gráfica cada uno de los procedimientos efectuados.

**Tabla N°9:** Carta Gantt (Proceso de aplicación del modelo de indicadores de gestión).

INSTITUCIÓN: HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA												
N°	Actividades	Nov.	Dic.	Enero	Febrero	Marzo						
01	Presentación de Oficios	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
-	<b>Levantamiento de Información</b>											
02	Indicadores de Tiempo						■	■	■	■	■	■
03	Indicadores de Calidad									■	■	■
04	Indicadores de Satisfacción									■	■	■
05	Indicadores de Eficiencia									■	■	■
06	Indicadores de Capacidad									■	■	■
07	Indicadores Económicos									■	■	■

**Fuente:** Elaborado por el Autor.

Es importante señalar que, para el levantamiento de información de los indicadores de tiempo, se debió realizar en dos etapas, (una por cada grupo de indicadores: de espera y procesos), debido a la dificultad en términos de tiempo (días calendario), para medir todas las actividades involucradas (febrero - marzo).

A continuación se presentan los resultados derivados de la aplicación de este modelo.

#### 4.2.1. Resultados de la Aplicación del Modelo

En este apartado se muestran los resultados obtenidos luego de la aplicación del modelo de indicadores de gestión, los cuales se presentan a través de la técnica de semaforización, técnica mediante la cual podemos identificar el progreso o cumplimiento de cada indicador.

Esta técnica se basa principalmente en la determinación de umbrales o estándares (el término estándar se asocia preferentemente a la definición de niveles óptimos de cumplimiento de ciertos criterios de calidad), dando de esta forma un valor para cada uno de los colores que comúnmente conocemos en la semaforización tradicional, estos valores determinarán el grado de cumplimiento de cada indicador, siendo así que para el **color verde (cumplimiento del indicador)**, se establece un índice ( $\geq 90$ ), para el **color amarillo (precaución o revisión del proceso)**, un índice ( $70 \leq \text{índice} < 90$ ), para el **color rojo (incumplimiento)**, un índice ( $< 70$ ), adicional a los ya mencionados, se incluyó un **cuarto color gris**, con la finalidad de identificar aquellos indicadores que por falta de información no fueron aplicados. Es importante señalar, que cada uno de los indicadores debe ajustar sus estándares, de acuerdo a los criterios que establezca cada hospital para el cumplimiento de sus objetivos.

Por último, es preciso mencionar que, los resultados de la aplicación del modelo corresponden al mes de marzo, de acuerdo con el levantamiento de información para cada grupo de indicadores (Tiempo, Calidad, Eficiencia, Capacidad, y Económicos), ver Tabla N°9.

**Tabla N°10:** Resultados de la Aplicación del Modelo al Hospital General Isidro Ayora.

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL MODELO							
INSTITUCIÓN: HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA							
INDICADORES DE TIEMPO							
TIPO DE INDICADOR: TIEMPO DE ESPERA							
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación	
01	Tiempo promedio de espera de admisión	Unidades Médicas	Mensual	2 min.	<u>0:02:45</u>	▲ 0:00:45	
02	Tiempo de espera para triage	Unidades Médicas	Mensual	< 10 min.	<u>0:11:25</u>	▲ 0:01:25	
03	Tiempo promedio de espera box	Unidades Médicas	Mensual	20 min.	<u>0:22:43</u>	▲ 0:02:43	
04	Tiempo promedio de espera por procedimiento médico	Unidades Médicas	Mensual	30 min.	<u>0:32:45</u>	▲ 0:02:45	
05	Tiempo promedio de espera por procedimiento de enfermería	Unidades Médicas	Mensual	15 min.	<u>0:19:57</u>	▲ 0:04:57	
06	Tiempo de espera en Consulta Externa Hospitalaria	Unidades Médicas	Mensual	≤ 30 min.	<u>0:32:28</u>	▲ 0:02:28	
07	Tiempo promedio de espera de traslados internos y externos	Unidades Médicas	Mensual	45 min.	<u>0:47:20</u>	▲ 0:02:20	
08	Tiempo promedio de espera de alta médica	Unidades Médicas	Mensual	3 min.	<u>0:03:20</u>	▲ 0:00:20	
09	Tiempo promedio de espera para primera cita médica: <b>C1: atención inmediata, C2: &lt; 7 min., C3: &lt; 15 min., C4: &lt; 30 min., C5: &lt; 40 min.</b>	Unidades Médicas	Semestral	C1: 98%	<u>NI</u>	- -	
				C2: 85%	<u>NI</u>	- -	
				C3: 80%	<u>NI</u>	- -	
				C4: 75%	<u>NI</u>	- -	
				C5: 70%	<u>NI</u>	- -	
10	Tiempo promedio de espera de actividades de apoyo al diagnóstico (exámenes de sangre, de rayos x, laboratorio, etc.)	Unidades Médicas	Mensual	15 min.	<u>0:19:15</u>	▲ 0:04:15	
11	Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo. <b>Considérese:</b> 1. Exámenes para pacientes en sala de emergencias ≤ <u>1 hora</u> 2. Exámenes de rutina = <u>3 horas</u>	Unidades Médicas	Mensual	≤ 1 hora	<u>≤ 1 hora</u>	= 0 min.	
				3 horas	<u>3 horas</u>	= 0 min.	
TIPO DE INDICADOR: TIEMPO DE PROCESO							
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación	
12	Tiempo promedio admisión (Tiempo recaudación)	Unidades Médicas	Mensual	3 min.	<u>0:03:27</u>	▲ 0:00:27	
13	Tiempo promedio de reanimación: (si se evidencia paro cardíaco <sup>1</sup> , si no se evidencia paro cardíaco <sup>2</sup> )	Unidades Médicas	Mensual	20 – 30 min <sup>1</sup>	<u>NI</u>	- -	
				5 min <sup>2</sup>	<u>NI</u>	- -	
14	Tiempo promedio de triage	Unidades Médicas	Mensual	C1: 0 min.	<u>C1: = 0 min.</u>	= 0 min.	
				C2: ≤ 10min.	<u>C2: = 0:09:30</u>	▼ 0:00:30	
				C3: ≤ 60min.	<u>C3: = 67 min.</u>	▲ 0:07:00	
				C4: ≤ 120min.	<u>C4: = 142min.</u>	▲ 0:22:00	
				C5: > 240 min.	<u>C5: &gt; 240min.</u>	= 0 min.	

15	Tiempo promedio en box	Unidades Médicas	Mensual	20 - 25 min.	<u>0:25:35</u>	▲	0:00:35	
16	Tiempo promedio de procedimiento médico	Unidades Médicas	Mensual	15 – 20 min.	<u>0:18:25</u>	▼	0:01:35	
17	Tiempo promedio de procedimiento de enfermería	Unidades Médicas	Mensual	15 – 20 min.	<u>0:22:50</u>	▲	0:02:50	
18	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (exámenes de sangre <sup>1</sup> , de Rayos X <sup>2</sup> , laboratorio <sup>1</sup> ).	Unidades Médicas	Mensual	10 min <sup>1</sup>	<u>0:09:15</u>	▼	0:00:45	
				30 min <sup>2</sup>	<u>0:28:35</u>	▼	0:01:25	
19	Tiempo promedio del ciclo del paciente	Unidades Médicas	Mensual	142 min.	<u>230 min.</u>	▲	88 min.	
20	Tiempo promedio de atención médica	Unidades Médicas	Mensual	30 - 45 min.	<u>0:47:36</u>	▲	0:02: 36	

**Nota:** Solo para esta categoría, el levantamiento y aplicación de indicadores corresponden al Servicio de Emergencias.

### INDICADORES DE CALIDAD

#### TIPO DE INDICADOR: ERRORES

N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación	
21	Porcentaje de Infecciones Intrahospitalarias	Unidades Médicas	Mensual	< 0,7%	<u>NI</u>	- -	
22	Tasa de Mortalidad en el Servicio de Urgencias	Emergencia	Mensual	0%	<u>NI</u>	- -	
23	Tasa neta de mortalidad hospitalaria	Unidades Médicas	Mensual	3 – 4 %	<u>1.77%</u>	▼ 2,23%	
24	Porcentaje hospitalario de mortalidad materna	Unidades Médicas	Mensual	0,01%	<u>0%</u>	▼ 0.01%	
25	Porcentaje hospitalario de mortalidad neonatal	Neonatología	Mensual	0,01%	<u>0%</u>	▼ 0.01%	
26	Tasa de pacientes fallecidos en espera por hospitalización	Unidades Médicas	Mensual	0%	<u>NI</u>	- -	
27	Porcentaje de Cirugías Suspensas	Cirugía	Mensual	1 – 5 %	<u>NI</u>	- -	
28	Porcentaje de reingresos hospitalarios	Unidades Médicas	Trimestral	1 – 3 %	<u>NI</u>	- -	
29	Tasa de eventos adversos relacionados con la mala identificación de los pacientes	Unidades Médicas	Mensual	0 %	<u>0%</u>	= 100%	
30	Porcentaje de errores en la medicación	Unidades Médicas	Mensual	< 5%	<u>NI</u>	- -	
31	Permanencia Superior a 24 Horas en el Servicio de Urgencias	Emergencia	Mensual	1%	<u>NI</u>	- -	
32	Caídas en pacientes hospitalizados	Unidades Médicas	Mensual	0%	<u>0%</u>	= 0%	
33	Tiempo de Demora en Intervenciones Quirúrgicas Urgentes	Cirugía	Semestral	95%	<u>NI</u>	- -	
34	Número de pacientes en lista de espera quirúrgica	Cirugía	Mensual	98	<u>10</u>	▼ 88	
35	Porcentaje de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Emergencia	Semestral	< 5%	<u>NI</u>	- -	
36	Retorno a urgencias en 72 horas	Emergencia	Mensual	< 2,5%	<u>NI</u>	- -	
37	Porcentaje de pacientes en espera de atención en consulta externa igual o menor a 15 días	Unidades Médicas	Semestral	0,62%	<u>0,5798%</u>	▼ 0,0402%	

38	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Unidades Médicas	Semestral	≤ 3%	<u>NI</u>	-	-	
<b>TIPO DE INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES</b>								
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación		
39	Existencia de Protocolos Clínicos	Calidad	Anual	SI	<u>SI</u>	=	100%	
40	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de triage	Unidades Médicas	Mensual	> 90%	<u>NI</u>	-	-	
41	Porcentaje de pacientes que son operados dentro de un periodo de 48 horas desde su ingreso	Cirugía	Mensual	95%	<u>NI</u>	-	-	
<b>TIPO DE INDICADOR: SATISFACCIÓN</b>								
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación		
42	Porcentaje de reclamos contestados oportunamente	Unidades Médicas	Mensual	> 90%	<u>100%</u>	▲	10%	
43	Encuestas de Satisfacción de los Profesionales	T. Humano	Semestral	SI	<u>NO</u>	▼	0%	
44	Encuestas de Satisfacción de los Pacientes	Unidades Médicas	Anual	SI	<u>SI</u>	=	100%	
45	Personas Atendidas Fuera de Box	Unidades Médicas	Mensual	< 1%	<u>0%</u>	▼	0%	
46	Existencia de Protocolos de Información a Pacientes y Familiares	Unidades Médicas	Anual	SI	<u>SI</u>	=	100%	
47	Tasa de reclamos realizados por los pacientes	Calidad	Mensual	< 5%	<u>3%</u>	▼	2%	
48	Porcentaje de pacientes informados sobre los procedimientos a efectuarse durante su estancia	Unidades Médicas	Diaria	> 90%	<u>84%</u>	▼	6%	
49	Tasa de satisfacción del paciente (encuesta aplicada por el autor)	Calidad	Mensual	≥ 85%	<u>71,85%</u>	▼	13,15%	
50	Tasa de satisfacción de los profesionales (encuesta aplicada por el autor)	T. Humano	Semestral	≥ 85%	<u>65,5%</u>	▼	19,5%	
51	Existencia de Planes de Formación (médicos, paramédicos, enfermeras, administrativos, etc.)	T. Humano	Anual	SI	<u>SI</u>	=	100%	
<b>INDICADORES DE EFICIENCIA</b>								
<b>TIPO DE INDICADOR: PRODUCTIVIDAD – RENDIMIENTO</b>								
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación		
52	Rendimiento Hora – Médico	Unidades Médicas	Mensual	De 3 a 4 consultas / hora	<u>3 – 4</u>	=	100%	
53	Productividad Hora – Médico	Unidades Médicas	Mensual	De 3 a 4 consultas / hora	<u>3 – 4</u>	=	100%	
54	Rendimiento de sala de operaciones	Cirugía	Mensual	De 80 a 100 sala / mes	<u>NI</u>	-	-	
55	Intervenciones Quirúrgicas / Quirófano / día	Cirugía	Mensual	2	<u>2,69</u>	▲	0,69	
56	Promedio de estancia	Unidades Médicas	Mensual	5,8 %	<u>5,0996%</u>	▼	0,70%	
57	Porcentaje de Cirugías	Cirugía	Mensual	>30%	<u>NI</u>	-	-	

	Ambulatorias							
58	Rendimiento Cama	Unidades Médicas	Mensual	4 egresos al mes	<u>3.74</u>	▼	0,26	
59	Porcentaje de contrareferencias	Unidades Médicas	Mensual	0,36%	<u>0,6867%</u>	▲	0,3267%	
60	Porcentaje de cesáreas por partos atendidos	Cirugía	Mensual	0,32%	<u>0,4163%</u>	▲	0,0963%	
61	Porcentaje de Utilización de Pabellones Quirúrgicos Electivos	Cirugía	Mensual	≥ 85%	<u>NI</u>	-	-	
<b>TIPO DE INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES</b>								
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación		
62	Existencia de un sistema de clasificación o selección de pacientes	Unidades Médicas	Anual	SI	<u>SI</u>	=	100%	
63	Porcentaje de pacientes identificados correctamente en la ficha de acceso al centro de salud	Unidades Médicas	Mensual	95%	<u>100%</u>	▲	5%	
64	N° de registros de pacientes por turno	Unidades Médicas	Diaria	40 – 50	<u>50</u>	=	0	
<b>INDICADORES DECAPACIDAD</b>								
<b>TIPO DE INDICADOR: OFERTA</b>								
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación		
65	Capacidad de camas hospitalarias	Calidad	Anual	175 – 200	<u>218</u>	▲	18	
66	Relación enfermeras / médicos	T. Humano	Anual	4	<u>0,91</u>	▼	3,09	
67	Número de camas por médico	Calidad	Anual	8	<u>NI</u>	-	-	
68	Relación enfermeras / camas no censables	T. Humano Calidad	Anual	1 – 3 %	<u>1,64%</u>	▼	1,36	
69	Relación enfermeras / camas censables	T. Humano Calidad	Anual	1 – 3 %	<u>0,52%</u>	▼	2,48	
70	Ausentismos de los profesionales (médicos, enfermeras, paramédicos y otros)	T. Humano	Mensual	< 5%	<u>NI</u>	-	-	
71	Promedio diario de camas disponibles	Calidad	Diaria	85 – 95%	<u>93%</u>	▼	2%	
72	Índice de rotación o giro de camas	Unidades Médicas	Mensual	3,92	<u>3,74</u>	▼	0,18	
<b>TIPO DE INDICADOR: DEMANDA</b>								
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación		
73	Promedio días de estadía	Calidad	Diaria	De 3 a 7 días	<u>5,10</u>	▼	2,10	
74	Promedio de censo diario	Calidad	Diaria	40 – 50	<u>NI</u>	-	-	
75	Tasa de pacientes mañana	Calidad	Diaria	40%	<u>43,25%</u>	▲	3,25%	
76	Tasa de pacientes tarde	Calidad	Diaria	35%	<u>32,46%</u>	▼	2,54%	
77	Tasa de pacientes noche	Calidad	Diaria	25%	<u>24,29%</u>	▼	0,71%	
78	Porcentaje de ocupación de camas hospitalarias	Calidad	Mensual	0,7%	<u>0,7582%</u>	▲	0,058%	
79	Intervalo de sustitución cama	Calidad	Mensual	De 0,6 a 1 día	<u>2,00</u>	▲	1	
<b>INDICADORES ECONÓMICOS</b>								
<b>TIPO DE INDICADOR: ECONÓMICO</b>								
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación		
80	Porcentaje de pérdida de citas	Unidades Médicas Financiero	Mensual	< 10%	<u>NI</u>	-	-	

81	Costo promedio por paciente por total de pacientes	Financiero	Mensual	No definido	<u>NI</u>	-	-	
82	Costo promedio por servicio	Financiero	Mensual	No definido	<u>NI</u>	-	-	
<b>TIPO DE INDICADOR: FINANCIERO</b>								
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación		
83	Ejecución Presupuestaria	Financiero	Anual 2016	100%	<u>99,61%</u>	▼ 0,39%		
84	Porcentaje de Ejecución Presupuestaria – Gasto Corriente	Financiero	Trimestral	0,24%	<u>0,1996%</u>	▼ 0,0404%		

**Fuente:** Datos obtenidos a partir de la aplicación del modelo de indicadores de gestión, en el Hospital General Isidro Ayora.

<b>TIEMPOS</b>			
SEMAFORIZACIÓN	ÍNDICE	NIVEL DE EFICIENCIA	OBSERVACIÓN
Estándar	< = t	Óptima	Ajustable de acuerdo con el estándar establecido para cada indicador.
Revisar Proceso	> t y < t + 5 min.	Media	
No Cumple	> t + 5 min.	Baja	
No informado	-	-	

<b>PORCENTAJES</b>			
SEMAFORIZACIÓN	ÍNDICE	NIVEL DE EFICIENCIA	OBSERVACIÓN
Estándar	> = 90	Óptima	Ajustable de acuerdo con el estándar establecido para cada indicador.
Revisar Proceso	(>=70 y <90)	Media	
No Cumple	< 70	Baja	
No informado	-	-	

### 4.3. Análisis de Resultados

En esta sección se presentan los resultados obtenidos luego de la aplicación del modelo de indicadores de gestión, al Hospital General Isidro Ayora, detallando los resultados por cada grupo de indicadores (Tiempo, Calidad, Eficiencia, Capacidad, y Económicos).

#### 4.3.1. Indicadores de Tiempo

El conjunto de indicadores de tiempo seleccionados para este estudio, (cuya muestra representa el **23,81%** del total de indicadores), fueron aplicados durante el mes de marzo del presente año, cuyos resultados se presentan a continuación:

**Tabla N°11:** Resultado de la aplicación de modelo: Indicadores de Tiempo.

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL MODELO							
INSTITUCIÓN: HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA							
INDICADORES DE TIEMPO							
TIPO DE INDICADOR: TIEMPO DE ESPERA							
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación	
01	Tiempo promedio de espera de admisión	Unidades Médicas	Mensual	2 min.	<u>0:02:45</u>	▲ 0:00:45	
02	Tiempo de espera para triage	Unidades Médicas	Mensual	< 10 min.	<u>0:11:25</u>	▲ 0:01:25	
03	Tiempo promedio de espera box	Unidades Médicas	Mensual	20 min.	<u>0:22:43</u>	▲ 0:02:43	
04	Tiempo promedio de espera por procedimiento médico	Unidades Médicas	Mensual	30 min.	<u>0:32:45</u>	▲ 0:02:45	
05	Tiempo promedio de espera por procedimiento de enfermería	Unidades Médicas	Mensual	15 min.	<u>0:19:57</u>	▲ 0:04:57	
06	Tiempo de espera en Consulta Externa Hospitalaria	Unidades Médicas	Mensual	≤ 30 min.	<u>0:32:28</u>	▲ 0:02:28	
07	Tiempo promedio de espera de traslados internos y externos	Unidades Médicas	Mensual	45 min.	<u>0:47:20</u>	▲ 0:02:20	
08	Tiempo promedio de espera de alta médica	Unidades Médicas	Mensual	3 min.	<u>0:03:20</u>	▲ 0:00:20	
09	Tiempo promedio de espera para primera cita médica: <b>C1: atención inmediata, C2: &lt; 7 min., C3: &lt; 15 min., C4: &lt; 30 min., C5: &lt; 40 min.</b>	Unidades Médicas	Semestral	C1: 98%	<u>NI</u>	- -	
				C2: 85%	<u>NI</u>	- -	
				C3: 80%	<u>NI</u>	- -	
				C4: 75%	<u>NI</u>	- -	
				C5: 70%	<u>NI</u>	- -	
10	Tiempo promedio de espera de actividades de apoyo al diagnóstico (exámenes de sangre, de rayos x, laboratorio, etc.)	Unidades Médicas	Mensual	15 min.	<u>0:19:15</u>	▲ 0:04:15	

11	Tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo. <b>Considérese:</b> 1. Exámenes para pacientes en sala de emergencias <u>≤ 1 hora</u> 2. Exámenes de rutina = <u>3 horas</u>	Unidades Médicas	Mensual	≤ 1 hora	<u>≤ 1 hora</u>	=	0 min.	
				3 horas	<u>3 horas</u>	=	0 min.	
<b>TIPO DE INDICADOR: TIEMPO DE PROCESO</b>								
N°	Indicador	Encargado	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación		
12	Tiempo promedio admisión (Tiempo recaudación)	Unidades Médicas	Mensual	3 min.	<u>0:03:27</u>	▲	0:00:27	
13	Tiempo promedio de reanimación: (si se evidencia paro cardiaco <sup>1</sup> , si no se evidencia paro cardiaco <sup>2</sup> )	Unidades Médicas	Mensual	20 – 30 min <sup>1</sup>	<u>NI</u>	-	-	
				5 min <sup>2</sup>	<u>NI</u>	-	-	
14	Tiempo promedio de triage	Unidades Médicas	Mensual	C1: 0 min.	<u>C1: = 0 min.</u>	=	0 min.	
				C2: ≤ 10min.	<u>C2: = 0:09:30</u>	▼	0:00:30	
				C3: ≤ 60min.	<u>C3: = 67 min.</u>	▲	0:07:00	
				C4: ≤ 120min.	<u>C4: = 142min.</u>	▲	0:22:00	
				C5: > 240 min.	<u>C5: &gt; 240min.</u>	=	0 min.	
15	Tiempo promedio en box	Unidades Médicas	Mensual	20 - 25 min.	<u>0:25:35</u>	▲	0:00:35	
16	Tiempo promedio de procedimiento médico	Unidades Médicas	Mensual	15 – 20 min.	<u>0:18:25</u>	▼	0:01:35	
17	Tiempo promedio de procedimiento de enfermería	Unidades Médicas	Mensual	15 – 20 min.	<u>0:22:50</u>	▲	0:02:50	
18	Tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico (exámenes de sangre <sup>1</sup> , de Rayos X <sup>2</sup> , laboratorio <sup>1</sup> ).	Unidades Médicas	Mensual	10 min <sup>1</sup>	<u>0:09:15</u>	▼	0:00:45	
				30 min <sup>2</sup>	<u>0:28:35</u>	▼	0:01:25	
19	Tiempo promedio del ciclo del paciente	Unidades Médicas	Mensual	142 min.	<u>230 min.</u>	▲	88 min.	
20	Tiempo promedio de atención médica	Unidades Médicas	Mensual	30 - 45 min.	<u>0:47:36</u>	▲	0:02: 36	
<b>Nota:</b> Solo para esta categoría, el levantamiento y aplicación de indicadores corresponden al Servicio de Emergencias.								

**Fuente:** Elaborado por el Autor.

Luego de la aplicación de los indicadores, se puede mencionar que existe un alto porcentaje de indicadores que deben revisar su proceso, esto se debe a que de la totalidad de indicadores presentes en esta categoría (31), tan solo 8 de los 31 indicadores, vale decir, el 26% se encuentran en estado de cumplimiento. De los indicadores restantes, 13 de ellos (42%) están en estado amarillo, esto quiere decir que deben revisar su proceso, 3 de ellos (10%), no cumple con el proceso, es decir, se encuentra en color rojo, y finalmente, 7 de estos (22%), carecen de información.

Entre los resultados obtenidos, es necesario destacar aquellos indicadores, que luego de la aplicación de la técnica de semaforización, arrojaron color verde, como es el caso del

tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo, tiempo promedio de procedimiento médico, tiempo promedio de triage para pacientes en las categorías C1, C2 y C5, entre otros. Respecto de este último indicador, si bien las categorías de mayor urgencia médica cumplen con el proceso, existen dos categorías para aquellos pacientes clasificados como C3 y C4, que requieren mejorar los procesos para cumplir con los estándares indicados para la atención. El indicador correspondiente a tiempo promedio de ciclo del paciente, no cumplió con el proceso o estándar establecido de 142 minutos, su resultado refleja un exceso de 88 minutos respecto del tiempo total que el paciente debería estar en la unidad. Esto desde luego tiene un impacto en el retraso de los procesos en general para la atención de los pacientes. Sumado a ello, hay que destacar que, existe una espera prolongada de 183 minutos aproximadamente (diferencia entre tiempo promedio del ciclo del paciente y tiempo promedio de atención médica) y una atención médica que suma en promedio aproximadamente 47 minutos.

En conclusión, se puede mencionar que, dados los resultados, la aplicación de estos indicadores es de suma importancia para determinar los tiempos que son empleados para cada actividad realizada en atención del paciente, el determinar estos tiempos permitirá establecer los recursos necesarios para una óptima atención, disminuyendo entre otros; las largas esperas por atención de: procedimientos médicos, de enfermería, de consulta externa, etc., permitiendo además la identificación correcta de pacientes por medio de un uso adecuado en los tiempos de atención de acuerdo a cada categoría empleada en triage, minimizando los tiempos de espera, mejora en la asignación de los recursos, entre otros, dando como producto final una adecuada atención, y por ende la satisfacción de los pacientes. Es importante mencionar que el levantamiento de información, y su respectiva aplicación para cada uno de los indicadores presentes en esta categoría, fueron aplicados en su totalidad por el autor.

#### **4.3.2. Indicadores de Calidad**

El conjunto de indicadores de calidad seleccionados para este estudio, (cuya muestra representa el **36,90%** del total de indicadores), fueron aplicados durante el mes de marzo del presente año, cuyos resultados se presentan a continuación:

**Tabla N°12:** Resultado de la aplicación de modelo: Indicadores de Calidad.

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL MODELO								
INSTITUCIÓN: HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA								
INDICADORES DE CALIDAD								
TIPO DE INDICADOR: ERRORES								
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación		
01	Porcentaje de Infecciones Intrahospitalarias	Unidades Médicas	Mensual	< 0,7%	<u>NI</u>	-	-	
02	Tasa de Mortalidad en el Servicio de Urgencias	Emergencia	Mensual	0%	<u>NI</u>	-	-	
03	Tasa neta de mortalidad hospitalaria	Unidades Médicas	Mensual	3 – 4 %	<u>1.77%</u>	▼	2,23%	
04	Porcentaje hospitalario de mortalidad materna	Unidades Médicas	Mensual	0,01%	<u>0%</u>	▼	0.01%	
05	Porcentaje hospitalario de mortalidad neonatal	Neonatología	Mensual	0,01%	<u>0%</u>	▼	0.01%	
06	Tasa de pacientes fallecidos en espera por hospitalización	Unidades Médicas	Mensual	0%	<u>NI</u>	-	-	
07	Porcentaje de Cirugías Suspendidas	Cirugía	Mensual	1 – 5 %	<u>NI</u>	-	-	
08	Porcentaje de reingresos hospitalarios	Unidades Médicas	Trimestral	1 – 3 %	<u>NI</u>	-	-	
09	Tasa de eventos adversos relacionados con la mala identificación de los pacientes	Unidades Médicas	Mensual	0 %	<u>0%</u>	=	100%	
10	Porcentaje de errores en la medicación	Unidades Médicas	Mensual	< 5%	<u>NI</u>	-	-	
11	Permanencia Superior a 24 Horas en el Servicio de Urgencias	Emergencia	Mensual	1%	<u>NI</u>	-	-	
12	Caídas en pacientes hospitalizados	Unidades Médicas	Mensual	0%	<u>0%</u>	=	0%	
13	Tiempo de Demora en Intervenciones Quirúrgicas Urgentes	Cirugía	Semestral	95%	<u>NI</u>	-	-	
14	Número de pacientes en lista de espera quirúrgica	Cirugía	Mensual	98	<u>10</u>	▼	88	
15	Porcentaje de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Emergencia	Semestral	< 5%	<u>NI</u>	-	-	
16	Retorno a urgencias en 72 horas	Emergencia	Mensual	< 2,5%	<u>NI</u>	-	-	
17	Porcentaje de pacientes en espera de atención en consulta externa igual o menor a 15 días	Unidades Médicas	Semestral	0,62%	<u>0.5798%</u>	▼	0,0402%	
18	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Unidades Médicas	Semestral	≤ 3%	<u>NI</u>	-	-	
TIPO DE INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES								
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación		
19	Existencia de Protocolos Clínicos	Calidad	Anual	SI	<u>SI</u>	=	100%	
20	Tasa de cumplimiento de estándares de tiempos de triage	Unidades Médicas	Mensual	> 90%	<u>NI</u>	-	-	
21	Porcentaje de pacientes que son operados dentro de un periodo de 48 horas desde su ingreso	Cirugía	Mensual	95%	<u>NI</u>	-	-	

TIPO DE INDICADOR: SATISFACCIÓN								
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación		
22	Porcentaje de reclamos contestados oportunamente	Unidades Médicas	Mensual	> 90%	<u>100%</u>	▲ 10%		Verde
23	Encuestas de Satisfacción de los Profesionales	T. Humano	Semestral	SI	<u>NO</u>	▼ 0%		Rojo
24	Encuestas de Satisfacción de los Pacientes	Unidades Médicas	Anual	SI	<u>SI</u>	= 100%		Verde
25	Personas Atendidas Fuera de Box	Unidades Médicas	Mensual	< 1%	<u>0%</u>	▼ 0%		Verde
26	Existencia de Protocolos de Información a Pacientes y Familiares	Unidades Médicas	Anual	SI	<u>SI</u>	= 100%		Verde
27	Tasa de reclamos realizados por los pacientes	Calidad	Mensual	< 5%	<u>3%</u>	▼ 2%		Verde
28	Porcentaje de pacientes informados sobre los procedimientos a efectuarse durante su estancia	Unidades Médicas	Diaria	> 90%	<u>84%</u>	▼ 6%		Amarillo
29	Tasa de satisfacción del paciente	Calidad	Mensual	≥ 85%	<u>71,85%</u>	▼ 13,15%		Amarillo
30	Tasa de satisfacción de los profesionales (encuesta aplicada por el autor)	T. Humano	Semestral	≥ 85%	<u>65,5%</u>	▼ 19,5%		Rojo
31	Existencia de Planes de Formación (médicos, paramédicos, enfermeras, administrativos, etc.)	T. Humano	Anual	SI	<u>SI</u>	= 100%		Verde

**Fuente:** Elaborado por el Autor.

Luego de la aplicación de los indicadores, se puede mencionar que existe un alto porcentaje de indicadores que cumplen con los estándares establecidos, esto se debe a que de la totalidad de indicadores presentes en esta categoría (31), 14 de los 31 indicadores, vale decir, el 46% se encuentran en estado de cumplimiento. De los indicadores restantes, 2 de ellos (6%) están en estado amarillo, esto quiere decir que deben revisar su proceso, con el mismo porcentaje (6%), 2 de los 31 indicadores, no cumplen con el proceso, es decir, se encuentran en color rojo, y finalmente, 13 de estos (42%), carecen de información.

En general, se puede mencionar que existe un porcentaje alto de indicadores cuya semaforización arrojó un color verde, siendo parte de esta lista, indicadores como la tasa neta de mortalidad hospitalaria, porcentaje de reclamos contestados oportunamente, existencia de planes de formación (médicos, paramédicos, enfermeras, administrativos, etc.), entre otros. Este último indicador, si bien su cumplimiento es del 100% debido a la existencia de dichos planes, es necesario mencionar que mediante la aplicación de las encuestas de satisfacción laboral, en la categoría (Premios, Incentivos y Capacitación, ítem 35), los empleados manifestaron una satisfacción tan solo del 44%, respecto del

cumplimiento de estos planes, en conclusión, el contar tan solo con planes de formación, no es suficiente, ya que, estos deberían ser aplicados, en primer lugar, a la totalidad de los empleados del hospital, y en segundo lugar, acorde al área en que se desempeña cada empleado.

Con respecto a los indicadores cuya semaforización arrojó color amarillo, se pueden destacar indicadores como la tasa de satisfacción del paciente, y el referente al porcentaje de pacientes informados sobre los procedimientos a efectuarse durante su estancia. Para el primer caso, y luego de la aplicación de las encuestas de satisfacción del paciente, se determinó que, del 85%, (estándar establecido para este indicador), tan solo el 71,5%, de los pacientes señaló que se encuentra satisfecho con el trato y servicios recibidos, existiendo por ende, una brecha del 13,5% con el estándar definido. La reducción y por ende mitigación de este resultado, dependerá de los correctivos necesarios que se puedan efectuar en la Institución. Es importante señalar, que según criterio de los pacientes encuestados, la insatisfacción es reflejada, entre otras cosas a la:

- Falta de personal médico (generales - especialistas) y de enfermería
- Tiempos prolongados de espera para ser atendidos
- Trato inadecuado a usuarios y familiares
- Falta de medicamentos
- Falta de personal en atención al usuario (admisiones).

Esta percepción permite al usuario establecer expectativas con respecto de la atención recibida durante su estancia en el hospital. Cabe señalar, que el estándar de este indicador establece un cumplimiento mayor o igual al 85%, lo cual, evidentemente no se cumple en el Hospital General Isidro Ayora.

Por último, respecto del segundo indicador (Información a los Pacientes sobre los procedimientos a efectuarse durante su estancia), de la aplicación de las encuestas a los pacientes (Anexo N°4, ítems 11, 15), se determinó que, el 84% de los pacientes encuestados, declaran estar informados acerca de los procedimientos a efectuarse por el personal médico durante su estancia, generando una brecha del 6% respecto del estándar establecido (90%), por lo que no se cumple con el estándar establecido y es necesario

revisar el proceso de entrega de información a los pacientes. En conclusión, se puede decir, que la información que se proporciona al paciente o usuario de un servicio de salud, puede contribuir al mejor desarrollo del proceso asistencial, mejorar la relación entre el personal de salud y, por tanto, influir en la calidad del servicio, reflejando además, la buena imagen y el prestigio del hospital, es por ello la importancia del manejo adecuado de la información oportuna y de calidad, que se pueda brindar al paciente.

Respecto de los indicadores cuya semaforización arrojó el color rojo, y haciendo mención al indicador referente a encuestas de satisfacción de los profesionales, se puede mencionar que en el Hospital General Isidro Ayora, no se aplican este tipo de encuestas, lo cual fue expuesto por parte de los empleados que laboran en la entidad, por lo que para determinar el porcentaje de satisfacción, se elaboró una encuesta tomando en cuenta diversas variables establecidas en la teoría de los dos factores de Herzberg, por medio del cual se presentan, por una parte, los factores higiénicos o factores extrínsecos, relacionados con la insatisfacción, los cuales engloban a todas las condiciones del ambiente en el cual se mueve la persona, y los factores motivacionales o factores intrínsecos, vinculados con aspectos más profundos respecto del puesto específico que posee el individuo. (Revista Sociología de la Empresa '09, 2009). El objetivo principal de la aplicación de las encuestas de satisfacción laboral, se debe enfocar en determinar o conocer que factores inciden en la satisfacción o insatisfacción de los profesionales, para potenciar aquellos aspectos positivos, y mejorar aquellos aspectos que impiden que el empleado se desenvuelva de forma adecuada, solo aplicando la encuesta se pueden analizar dichos resultados, y, por lo tanto, establecer e implementar los correctivos necesarios. En el Anexo N°2 se presenta la encuesta de satisfacción laboral.

Por otra parte, otro de los indicadores que arrojó color rojo luego de la aplicación de la técnica de semaforización, es el referente a la tasa de satisfacción de los profesionales, el estándar para este indicador, establece un porcentaje de cumplimiento, igual o mayor al 85%. Luego de aplicadas las encuestas, a un total de 94 empleados, se determinó que tan solo el 65,5% de los empleados se encuentran satisfechos desempeñando sus funciones. En conclusión se puede mencionar que, la insatisfacción laboral afecta directamente el rendimiento de los trabajadores, lo que se ve reflejado en la productividad, eficiencia, y por ende la generación y prestación de servicios de calidad, lo que sin duda se ve reflejado en la

tasa de satisfacción de los pacientes. Los resultados de la aplicación de la encuesta son presentados en el Anexo N°3.

### 4.3.3. Indicadores de Eficiencia

El conjunto de indicadores de eficiencia seleccionados para este estudio, (cuya muestra representa el **15,48%** del total de indicadores), fueron aplicados durante el mes de marzo del presente año, cuyos resultados se presentan a continuación:

**Tabla N°13:** Resultado de la aplicación de modelo: Indicadores de Eficiencia.

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL MODELO							
INSTITUCIÓN: HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA							
INDICADORES DE EFICIENCIA							
TIPO DE INDICADOR: PRODUCTIVIDAD – RENDIMIENTO							
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación	
01	Rendimiento Hora – Médico	Unidades Médicas	Mensual	De 3 a 4 consultas / hora	<u>3 – 4</u>	=	100%
02	Productividad Hora – Médico	Unidades Médicas	Mensual	De 3 a 4 consultas / hora	<u>3 – 4</u>	=	100%
03	Rendimiento de sala de operaciones	Cirugía	Mensual	De 80 a 100 sala / mes	<u>NI</u>	-	-
04	Intervenciones Quirúrgicas / Quirófano / día	Cirugía	Mensual	2	<u>2,69</u>	▲	0,69
05	Promedio de estancia	Unidades Médicas	Mensual	5,8 %	<u>5,0996%</u>	▼	0,70%
06	Porcentaje de Cirugías Ambulatorias	Cirugía	Mensual	>30%	<u>NI</u>	-	-
07	Rendimiento Cama	Unidades Médicas	Mensual	4 egresos al mes	<u>3,74</u>	▼	0,26
08	Porcentaje de contrareferencias	Unidades Médicas	Mensual	0,36%	<u>0,6867%</u>	▲	0,3267%
09	Porcentaje de cesáreas por partos atendidos	Cirugía	Mensual	0,32%	<u>0,4163%</u>	▲	0,0963%
10	Porcentaje de Utilización de Pabellones Quirúrgicos Electivos	Cirugía	Mensual	≥ 85%	<u>NI</u>	-	-
TIPO DE INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES							
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación	
11	Existencia de un sistema de clasificación o selección de pacientes	Unidades Médicas	Anual	SI	<u>SI</u>	=	100%
12	Porcentaje de pacientes identificados correctamente en la ficha de acceso al centro de salud	Unidades Médicas	Mensual	95%	<u>100%</u>	▲	5%
13	N° de registros de pacientes por turno	Unidades Médicas	Diaria	40 – 50	<u>50</u>	=	0

Fuente: Elaborado por el Autor.

Luego de la aplicación de los indicadores, se puede mencionar que existe un alto porcentaje de indicadores que cumplen con su proceso, esto se debe a que de la totalidad de indicadores presentes en esta categoría (13), 8 de los 13 indicadores, vale decir, el 61% se encuentran en estado de cumplimiento. De los indicadores restantes, 1 de ellos (8%) están en estado amarillo, esto quiere decir que deben revisar su proceso, con el mismo porcentaje (8%), es decir, 1 indicador, no cumple con el proceso, y finalmente, 3 de estos indicadores (23%), carecen de información.

A continuación se analizan algunos de los indicadores que se encuentran con mayores problemas de cumplimiento en esta categoría, como por ejemplo los referentes al porcentaje de cesáreas por partos atendidos (color rojo), y rendimiento cama (color amarillo), los cuáles evidentemente no cumplen con los estándares establecidos. Dados estos resultados se establece lo siguiente:

Con respecto al porcentaje de cesáreas por partos atendidos, el dato presente en la tabla, refleja información entregada por parte del Hospital General Isidro Ayora, en el cual se desarrolló esta investigación, para contrastar esta información se hizo el levantamiento de la información correspondiente para este indicador. La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda que la relación de partos por cesáreas respecto de los partos naturales tenga un límite de entre el 10 y 15%, lo cual evidentemente no se cumple por parte del Hospital, ya que en el mes de marzo de 2017, se efectuaron un total de 236 partos, de los cuales 111 corresponden a partos distócicos o cesáreas, y 125 a partos eutócicos o normales, reflejando así un alto porcentaje de partos por cesáreas, cuyo porcentaje representa el 47,03% del total de partos atendidos. La cesárea, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es necesaria cuando el parto vaginal entrañe un riesgo para la madre o el bebé: trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal o porque el niño por nacer está en posición anormal (Organización Mundial de la Salud, 2017). Lo antes expuesto ratifica que las intervenciones de partos por cesáreas son necesarias en casos netamente estrictos o críticos, por lo que se deben establecer o implementar iniciativas, las cuales permitan que estos procedimientos sean practicados tan solo en los casos antes mencionados.

Respecto del segundo indicador (Rendimiento Cama), el resultado obtenido a través de la aplicación del indicador, denota el incumplimiento del mismo, cuyo resultado es de 3,74

egresos hospitalarios al mes, es decir el 93.5%, mientras que el estándar recomendado para este indicador establece un promedio de 4 egresos al mes, cuyo nivel de eficiencia o cumplimiento según los datos obtenidos, es el siguiente:

- **Nivel de eficiencia media:** los egresos hospitalarios están aumentados presentándose una adecuada productividad de la cama, sin embargo, **el Intervalo Sustitución de Camas (ISC), se encuentra en negativo** reflejando que existen más pacientes que camas, por lo que la ocupación y el promedio de estancia hospitalaria también se encuentran aumentados.

Lo señalado con anterioridad, refleja los datos presentados en la aplicación del modelo, denotando que existe una evidente falta de cumplimiento del indicador.

Finalmente, hay que resaltar aquellos indicadores, cuyo nivel de cumplimiento en términos de eficiencia, fue óptimo, destacando indicadores como: Rendimiento Hora – Médico, Intervenciones quirúrgicas / quirófano / día, porcentaje de contrareferencias, entre otros, cuyo cumplimiento en la mayoría de los casos, fue del 100%.

#### 4.3.4. Indicadores de Capacidad

El conjunto de indicadores de capacidad seleccionados para este estudio, (cuya muestra representa el **17,86%** del total de indicadores), fueron aplicados durante el mes de marzo del presente año, cuyos resultados se presentan a continuación:

**Tabla N°14:** Resultado de la aplicación de modelo: Indicadores de Capacidad.

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL MODELO								
INSTITUCIÓN: HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA								
INDICADORES DE CAPACIDAD								
TIPO DE INDICADOR: OFERTA								
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación		
01	Capacidad de camas hospitalarias	Calidad	Anual	175 – 200	<u>218</u>	▲	18	Green
02	Relación enfermeras / médicos	T. Humano	Anual	4	<u>0,91</u>	▼	3,09	Red
03	Número de camas por médico	Calidad	Anual	8	<u>NI</u>	–	–	Grey
04	Relación enfermeras / camas no censables	T. Humano Calidad	Anual	1 – 3 %	<u>1,64%</u>	▼	1,36	Green
05	Relación enfermeras / camas censables	T. Humano Calidad	Anual	1 – 3 %	<u>0,52%</u>	▼	2,48	Red

06	Ausentismos de los profesionales (médicos, enfermeras, paramédicos y otros)	T. Humano	Mensual	< 5%	<u>NI</u>	-	-	
07	Promedio diario de camas disponibles	Calidad	Diaria	85 – 95%	<u>93%</u>	▼	2%	
08	Índice de rotación o giro de camas	Unidades Médicas	Mensual	3,92	<u>3,74</u>	▼	0,18	
<b>TIPO DE INDICADOR: DEMANDA</b>								
Nº	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación		
09	Promedio días de estadía	Calidad	Diaria	De 3 a 7 días	<u>5,10</u>	▼	2,10	
10	Promedio de censo diario	Calidad	Diaria	40 – 50	<u>NI</u>	-	-	
11	Tasa de pacientes mañana	Calidad	Diaria	40%	<u>43,25%</u>	▲	3,25%	
12	Tasa de pacientes tarde	Calidad	Diaria	35%	<u>32,46%</u>	▼	2,54%	
13	Tasa de pacientes noche	Calidad	Diaria	25%	<u>24,29%</u>	▼	0,71%	
14	Porcentaje de ocupación de camas hospitalarias	Calidad	Mensual	0,7%	<u>0.7582%</u>	▲	0,058%	
15	Intervalo de sustitución cama	Calidad	Mensual	De 0,6 a 1 día	<u>2.00</u>	▲	1	

**Fuente:** Elaborado por el Autor.

Luego de la aplicación de los indicadores, se puede mencionar que existe un porcentaje moderado de indicadores que cumplen con su proceso, esto se debe a que de la totalidad de indicadores presentes en esta categoría (15), 7 de los 15 indicadores, vale decir, el 47% se encuentran en estado de cumplimiento. De los indicadores restantes, 2 de ellos (13%) están en estado amarillo, esto quiere decir que deben revisar su proceso, 3 de estos (20%), no cumplen con el proceso, es decir, se encuentran en color rojo, y finalmente, los últimos 3 indicadores (20%), carecen de información.

Una vez aplicados los indicadores de capacidad, y habiendo obtenido los resultados para cada uno de los indicadores, se puede mencionar que existe una cantidad moderada de indicadores que cumplen su proceso, del cual se destacan indicadores como el promedio diario de camas disponibles, porcentaje de ocupación de camas hospitalarias, etc. En términos de eficiencia, y medición del desempeño, el cumplimiento eficiente de estos indicadores, servirá como aporte para determinar la cantidad de recursos necesarios con que cuenta el hospital, para hacer frente a la demanda generada por los usuarios.

Ahora bien, indicadores como el índice de rotación o giro de camas, cuyo resultado luego de la semaforización fue de color amarillo, se establece que, según la norma, para hospitales de 180 y más camas se deben generar 47 egresos anuales por cama censable, por lo que si se considera evaluar dicho indicador de forma mensual, se deberá dividir los 47

egresos entre los 12 meses que componen un año, dando como resultado un estándar o meta de 3.92, evaluando este resultado con el presentado por el hospital (3.74), se demuestra levemente bajo el estándar el cumplimiento de dicho indicador, un índice de rotación bajo implica que los egresos son menores a lo potencialmente posible, por otra parte la aplicación de este indicador orienta sobre el rendimiento de la cama y permite, por lo tanto, una mejor distribución de las mismas. En este caso, la institución debería evaluar los egresos de los pacientes y tomar medidas correctivas en caso que sea necesario. Con respecto a la tasa de pacientes mañana, es importante mencionar que durante las visitas efectuadas a las distintas unidades del hospital, se mencionó en varias ocasiones, la falta de personal médico y de enfermería, por lo que evidentemente la cobertura de salud no es la suficiente para cubrir la demanda, por lo que este, es uno de los detonantes para que por lo general, en turnos de la mañana, en donde se genera el mayor ingreso de pacientes, estos no puedan ser cubiertos por falta del recurso y generen un colapso en el sistema.

Por otra parte, entre los indicadores cuyos resultados arrojaron color rojo, se encuentra la relación enfermeras / médicos, cuyo estándar establece que la relación existente entre enfermeras y médicos debe ser de 4 enfermeras por cada médico, y el hospital solo tiene 0,91 enfermeras por médico, lo cual representa a menos de 1 enfermera por cada médico. Esto sin duda repercute en la atención a los pacientes y el malestar por parte del personal médico, explicando probablemente los resultados reflejados en las encuestas de Satisfacción, tanto laboral como del paciente, presentadas en los anexos N°3 y N°5.

Con respecto al indicador, Relación enfermeras / camas censables, en el Hospital General Isidro Ayora, se mantiene una dotación normal de 243 camas, las cuales no son clasificadas en camas censables o no censables, por ello, y luego de la revisión literaria, se determinó en conjunto con el personal de la Institución, un total de 218 camas censables, y un total de 25 camas no censables. Luego de ello, y una vez establecidas por categoría cada una de las camas, se procedió a la aplicación del indicador, el cual, mediante su estándar establece que debería existir de 1 a 3% de enfermaras por cama, lo cual sin duda no se cumple, ya que tan solo existe el 0,52 % de profesionales asignadas para el cumplimiento de esta labor. En términos de desempeño es imprescindible contar con el recurso necesario para el cumplimiento de las actividades a desarrollarse en el hospital, ya que de esta forma, se podría cubrir la demanda y evitar por ende, los excesivos tiempos de espera, que se ven reflejados en esta categoría, previamente señalada.

Finalmente, en lo referente al indicador intervalo de sustitución cama, cabe señalar, que el uso adecuado de los recursos de una institución es uno de los aspectos más importantes al momento de evaluar la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, en el caso del Hospital General Isidro Ayora, tomando como referencia el máximo del estándar permitido (0.6 hasta 1 día), es decir de 1 día, los resultados denotan que las camas como promedio permanecen vacías 2 días, este indicador establece que una cama en promedio no debe estar más de un día vacía, por lo que los promedios más altos indican, poca demanda del servicio u otros problemas organizacionales.

En términos generales se pueden mencionar, que la gestión adecuada de los recursos por parte del personal del hospital, permitirá en gran parte, dar cumplimiento a la mayor parte de indicadores presentes en esta categoría.

#### 4.3.5. Indicadores Económicos

El conjunto de indicadores económicos seleccionados para este estudio, (cuya muestra representa el **5,95%** del total de indicadores), fueron aplicados durante el mes de marzo del presente año, cuyos resultados se presentan a continuación:

**Tabla N°15:** Resultado de la aplicación de modelo: Indicadores Económicos.

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL MODELO							
INSTITUCIÓN: HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA							
INDICADORES ECONÓMICOS							
TIPO DE INDICADOR: ECONÓMICO							
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación	
01	Porcentaje de pérdida de citas	Unidades Médicas Financiero	Mensual	< 10%	<u>NI</u>	-	-
02	Costo promedio por paciente por total de pacientes	Financiero	Mensual	No definido	<u>NI</u>	-	-
03	Costo promedio por servicio	Financiero	Mensual	No definido	<u>NI</u>	-	-
TIPO DE INDICADOR: FINANCIERO							
N°	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación	
04	Ejecución Presupuestaria	Financiero	Anual 2016	100%	<u>99,61%</u>	▼	0,39%
05	Porcentaje de Ejecución Presupuestaria – Gasto Corriente	Financiero	Trimestral	0,24%	<u>0,1996%</u>	▼	0,0404%

**Fuente:** Elaborado por el Autor.

Luego de la aplicación de los indicadores, se puede mencionar que existe un alto porcentaje de indicadores carentes de información, esto se debe a que de la totalidad de indicadores presentes en esta categoría (5), tan solo 1 de los 5 indicadores, vale decir, el 20% se encuentran en estado amarillo, esto quiere decir que se debe revisar su proceso. El indicador restante (1), corresponde al color rojo, cuyo porcentaje corresponde al 20%.

Una vez establecidos los resultados para este grupo de indicadores, y cuya aplicación, tan solo se efectuó a 2 de los 5 indicadores, entre ellos los correspondientes a ejecución presupuestaria, y porcentaje de ejecución presupuestaria / gasto corriente. Para el primer indicador (Ejecución presupuestaria), cuya semaforización denota el color amarillo, se puede concluir que este indicador permite determinar o establecer qué porcentaje de gasto ha sido ejecutado durante un periodo determinado, su correcta aplicación es de suma importancia, ya que permitirá a los altos directivos de la institución, tomar los correctivos necesarios de acuerdo con el comportamiento del gasto en un determinado periodo. Por lo general se espera que el resultado de este indicador refleje un cumplimiento del 100%, hay que tener en consideración que se debe analizar la ejecución correcta del gasto, si bien es necesario e importante que sea cumplido en su totalidad, debe estar, además, correctamente alineado con las metas y objetivos propuestos por la organización, es decir que el presupuesto además de ser ejecutado en su totalidad debe ser ejecutado de forma adecuada y eficiente. Respecto del segundo indicador (porcentaje de ejecución presupuestaria / gasto corriente), cuyo resultado arrojó un color rojo, es necesario mencionar que la ejecución del gasto debe ser efectuado de forma eficiente, ya que su correcta aplicación permitirá dar cumplimiento a las metas propuestas por la organización, para el caso del hospital, tan solo se cumple el 79,87%, para lo cual se debe poner mayor énfasis en su correcto uso y ejecución, cabe mencionar que este porcentaje corresponde al mes de marzo por lo que para el final de periodo, por lo general anual, se deberá establecer si este ha sido cumplido en su totalidad, (lo cual no justifica su falta de cumplimiento en su primer trimestre (enero, febrero, marzo de 2017)).

Por último, una vez establecidos los resultados para cada grupo de indicadores, es importante mencionar el porcentaje de cumplimiento en términos de desempeño para cada una de las categorías presentes en este estudio, la cual se presenta a continuación en la Tabla N°15:

**Tabla N°16:** Resultados obtenidos a partir de la aplicación del modelo mediante la técnica de semaforización.

NOMBRE	TIPO	N°	Verde	Amarillo	Rojo	Gris	%
INDICADORES DE TIEMPO	Tiempo de Espera	15	12,5 %	56,2%	-	31,3%	100
	Tiempo de Proceso	15	40%	26,7%	20%	13,3%	100
INDICADORES DE CALIDAD	Errores	18	38,9%	-	-	61,1%	100
	Cumplimiento de Estándares	03	33,3%	-	-	66,7%	100
	Satisfacción	10	60%	20%	20%	-	100
INDICADORES DE EFICIENCIA	Productividad - Rendimiento	10	50%	10%	10%	30%	100
	Cumplimiento de Estándares	03	100%	-	-	-	100
INDICADORES DE CAPACIDAD	Oferta	08	37,5%	12,5%	25%	25%	100
	Demanda	07	57,1%	14,29%	14,29%	14,29%	100
INDICADORES ECONÓMICOS	Costos	03	-	-	-	100%	100
	Financieros	02	-	50%	50%	-	100
<b>TOTAL</b>		<b>94</b>	<b>39,03%</b>	<b>17,2%</b>	<b>12,8%</b>	<b>31,05%</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos obtenidos a partir de la aplicación del modelo de indicadores de gestión al Hospital General Isidro Ayora.

Luego de realizar el cálculo general para cada grupo de indicadores, se estableció que, del 100% de indicadores presentes en este estudio, el 39,03% corresponden al color **verde** (cumplimiento del indicador), el 17,2% al color **amarillo** (precaución o revisión del proceso) el 12,8% al color **rojo** (incumplimiento), y finalmente el 31,05% al color **gris**.

Es importante mencionar, que del total de indicadores presentes en la tabla N°7, 84 de ellos corresponden a la lista original seleccionada para este estudio, de esta lista, existen indicadores que por su naturaleza de aplicación se dividen entre sí, como es el caso del tiempo promedio de espera para primera cita médica, dividido en 5 categorías, (C1, C2, C3, C4, C5), sumados a este, tenemos, el tiempo promedio de espera de resultados de actividades de apoyo, tiempo promedio de triage, y por último el correspondiente a tiempo promedio de reanimación, dando como resultado, un total de 94 indicadores.

Una vez obtenidos los resultados de la aplicación del modelo, en la siguiente sección, se presentan sus respectivas conclusiones.

## CAPÍTULO V

### 5. CONCLUSIONES

La evaluación del desempeño en los hospitales públicos se ha convertido en un reto para los sistemas de salud de cada país, ya que, al tratarse de instituciones complejas, y cuyo producto final es la satisfacción del paciente, inciden varios factores como; los cambios epidemiológicos, el crecimiento en el gasto de salud, los cambios sociodemográficos, entre otros, lo que lleva a buscar y crear mecanismos, que permitan la optimización y el uso eficiente de recursos, así como la prestación de servicios más eficientes y de mejor calidad. El método creado para la aplicación de este estudio, permitirá, por lo tanto, generar información relevante y oportuna, que permita a los directivos una adecuada toma de decisiones.

Chile y Ecuador no son la excepción y de acuerdo a hallazgos identificados en varios de los estudios realizados, varios autores, concluyen que existen varios desafíos, entre los cuales se presentan: a) Deficiencias acerca del cumplimiento de los indicadores con relación a estándares internacionales, b) Falta de conocimiento, y por ende implementación de sistemas que sirvan de herramienta para la toma oportuna de decisiones, c) Falta de inversión en salud, entre otros.

La evaluación del desempeño se ha convertido en los últimos tiempos, en un mecanismo o instrumento para mejorar los resultados de los recursos, por medio del cual se puede determinar el porcentaje de cumplimiento de las metas u objetivos trazados por la organización en un determinado periodo, permite además, generar una alarma en caso que algún procedimiento u objetivo no se esté cumplimiento en los tiempos y plazos establecidos, en sí, permite monitorear y corregir a tiempo dichas anomalías presentes.

La elaboración de un modelo de indicadores de gestión, su adecuada aplicación, y el correcto abordaje de los resultados, permitirá a los hospitales públicos, tener una mejor idea respecto de aspectos claves que permitan determinar el contexto real de la prestación de los servicios de salud, en qué condiciones se encuentran actualmente, sus necesidades y los posibles correctivos que se deban aplicar.

La implementación de un modelo de indicadores de gestión, en el que se incluyen indicadores de tiempo, de calidad, satisfacción, eficiencia, capacidad y económicos, representan una propuesta que aporta nuevos enfoques o perspectivas respecto de una adecuada mejora de calidad en los hospitales públicos.

Uno de los factores clave, para que este tipo de evaluación resulte en éxito o fracaso, es el relacionado con la transmisión de información que se pueda generar, antes, durante y después de la aplicación de este tipo de herramientas, ya que, dependiendo de la veracidad, confiabilidad y oportunidad de la información, se podrán tener datos aproximados en términos de evaluación, y por ende, sus posibles correctivos de ser necesarios.

Todos los indicadores propuestos en esta investigación fueron validados en hospitales, tanto de Chile como de Ecuador, y están orientados a la mejora, son fácilmente interpretables, pueden ser medidos sin grandes recursos, y no necesitan excesivos esfuerzos para la recolección de los datos, especialmente si se encuentran sustentados por sistemas de información, esta apreciación se realiza ya que durante el proceso de investigación no fue posible obtener la información de todos los indicadores para la aplicación del método propuesto, ya que entre otros aspectos, está el tiempo que dispone el personal para poder facilitar la información, desconocimiento, y en ciertos casos falta de colaboración e interés. El apoyo de la Dirección es fundamental para el éxito de este sistema de monitoreo.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del modelo, denotan la gran importancia de contar con herramientas que permitan, en términos de evaluación del desempeño, dar cumplimiento a las metas y objetivos trazados por la institución, haciendo hincapié principalmente en los indicadores cuya semaforización dio como resultado colores rojo y amarillo, pero sin perder de vista el monitoreo de aquellos indicadores que se encuentran en verde, poner énfasis principalmente en estos aspectos ya que, son de vital importancia para el desarrollo óptimo de la institución, es por ello que los administrativos del hospital deben aunar esfuerzos en busca de lograr un adecuado desempeño, este estudio sirve por ende, como herramienta, y como un instrumento, el cual, mediante su correcta aplicación permitirá tomar medidas correctivas en el desempeño de hospitales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acebedo, T., Restrepo, P., y Posada, J. (2004). *Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención*. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a17.pdf> Recuperado el 22 de agosto de 2017.
- Anaya, T. (2008). *Almacenes, Análisis, Diseño y Organización*. ESIC. Disponible en [https://books.google.cl/books?id=ND-L5bo5aYC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.cl/books?id=ND-L5bo5aYC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false) e Recuperado en 30 de noviembre de 2017.
- Andes. (2013). *El sistema de salud en Ecuador se ubica entre los 20 mejores del mundo*. Disponible en <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/sistema-salud-ecuador-ubica-entre-20mejores-mundo.html> Recuperado el 11 de septiembre de 2016.
- Artaza, O. (2008). "Los desafíos de autogestión hospitalaria" en *Revista Chilena de Pediatría*. p. 127-130.
- Ballart, X. (1992). *¿Cómo evaluar programas y servicios públicos?: Aproximación sistemática y estudio de caso*. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas. Disponible en <https://es.scribd.com/document/323845270/Xavier-Ballart-Como-evaluar-Programas-y-Servicios-Publicos> Recuperado el 5 de diciembre de 2017.
- Becerril-Montekio V., Reyes JD., y Manuel, A . (2011). *Sistema de Salud de Chile*. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/09.pdf>. Recuperado el 24 de noviembre de 2016
- Bedregal, P., Leal, V., Lavados, M., Lafuente, M., Chomali, F., Ardiles, J., Martínez, J., y Boeusséu, M. (2002). "Asignación de recursos en salud en Chile. Consideraciones éticas en la toma de decisión" en *Revista Médica de Chile*, v.130, n.2. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872002000200008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000200008). Recuperado el 10 de septiembre de 2016.
- Chiavenato, I. (2007). *Administración de Recursos Humanos. El Capital Humano de las Organizaciones* (8ª ed.). McGraw-Hill.
- Civil, D. N. (2011). *Gestión del desempeño en servicios públicos*. Disponible en [http://www.serviciocivil.gob.cl/sites/default/files/gestion\\_2012\\_rev1.pdf](http://www.serviciocivil.gob.cl/sites/default/files/gestion_2012_rev1.pdf). Recuperado el 28 de marzo de 2017.
- Constitución. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Disponible en [http://www.presidencia.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2014/07/l2\\_base\\_legal\\_normas\\_creacion\\_Presidencia.pdf](http://www.presidencia.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2014/07/l2_base_legal_normas_creacion_Presidencia.pdf) Recuperado el 30 de noviembre de 2017..
- Departamento de desarrollo estratégico del Ministerio de Salud. (2016). *Diseño e implementación de una metodología de evaluación, seguimiento y acompañamiento de la reforma de la salud de Chile*. Disponible en

[http://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=396:disponible-reporte-final-diseno-metodologia-evaluacion-seguimiento-acompanamiento-reforma-saludchile&catid=383:chi.02-diseo-de-servicios-de-salud-acorde-con-es&Itemid=213](http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=396:disponible-reporte-final-diseno-metodologia-evaluacion-seguimiento-acompanamiento-reforma-saludchile&catid=383:chi.02-diseo-de-servicios-de-salud-acorde-con-es&Itemid=213) Recuperado el 9 de enero de 2017.

Diario El Telégrafo. (2017). Ecuador sobrepasa límite de cesáreas recomendado. Disponible en <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/ecuador-sobrepasa-limite-de-cesareasrecomendado> Recuperado el 16 de agosto de 2017.

Diario el Universo. (2016). La desnutrición infantil, un mal que cuesta revertir. Disponible en <http://www.eluniverso.com/noticias/2016/09/04/nota/5780076/desnutricion-infantil-mal-que-cuesta-revertir> Recuperado el 14 de septiembre de 2017.

Dirección General de Evaluación del Desempeño. (2013). *Manual de Indicadores para Evaluación de Servicios Hospitalarios*. Disponible en [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/ind\\_hospitalarios.html](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/ind_hospitalarios.html) Recuperado el 29 de septiembre de 2017.

Dirección General de Evaluación del Desempeño. (s/f). *Manual de Indicadores de Servicios de Salud*. Disponible en [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/ind\\_hosp/Manual-ih.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/ind_hosp/Manual-ih.pdf) Recuperado el 30 de noviembre de 2017.

Dolan, S., Valle, R., Jackson, S., y Schuler, R. (2007). *La gestión de los recursos humanos*. (3ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.

Donabedian A. (1980). "Explorations in quality assessment and monitoring". The definition of quality and approaches to its assessment.

Fajardo, G., Fernández, M., Ortiz, A., y Olivares, R. (2015). *La dimensión del paradigma de la complejidad en los sistemas de salud*. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000974111500033X> Recuperado el 21 de septiembre de 2016.

Felisart, J., Requena, J., Roqueta, F., y Tomas, S. (2001). *Servicios de urgencias: Indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria*. Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/257502898\\_Servicios\\_de\\_urgencias\\_indicadores\\_para\\_medir\\_los\\_criterios\\_de\\_calidad\\_de\\_la\\_atencion\\_sanitaria](https://www.researchgate.net/publication/257502898_Servicios_de_urgencias_indicadores_para_medir_los_criterios_de_calidad_de_la_atencion_sanitaria) Recuperado el 29 de septiembre de 2017.

Finol De Navarro, T., y Nava De Villalobos, H . (1996). *Procesos y Productos en la Investigación Documental*. Maracaibo: Editorial de la Universidad del Zulia (EDILUZ).

FONASA. (2017). *Beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (Fonasa)*. Disponible en <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/tramos> Recuperado el 18 de septiembre de 2017.

Fondo Nacional de Salud (FONASA). (2016). *Cuenta Pública Participativa Gestión*. Disponible en

[http://fonasaweb.fonasa.cl/portal\\_fonasa/stat/\\_CPP2016/CuentaPublica\\_gestion2016.pdf](http://fonasaweb.fonasa.cl/portal_fonasa/stat/_CPP2016/CuentaPublica_gestion2016.pdf) Recuperado el 30 de noviembre de 2017.

Fundación Sol. (2009). *Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque Laboral, Sindical e Institucional*. Disponible en <http://www.fundacionsol.cl/wpcontent/uploads/2010/09/Cuaderno-11-Salud-y-enfoque-laboral.pdf> Recuperado el 7 de noviembre de 2016.

Gabriel, C., Antonieto, M., Rossi, F., Bernardes, A., Miguelaci, T., y Prado, M. (2011). Utilización de indicadores de desempeño en servicio de enfermería de hospital público. Disponible en [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es\\_24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_24.pdf) Recuperado el 01 de junio de 2017.

García, E. (2007). *Universidad de Cádiz: Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales*. Disponible en <http://minerva.uca.es/publicaciones/asp/docs/tesis/ignaciogarcia.pdf> Recuperado el 29 de septiembre de 2017.

Garrido, F., y López, S. (2011). *Evaluación de los programas y servicios de salud en México*. Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342011001000002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342011001000002) Recuperado el 01 de junio de 2017.

Gatica, C., Mansilla, F., Neri, F., y Vera, A. (2008). *Prestaciones y beneficios otorgados por el plan de acceso universal con garantías explícitas*. Disponible en [http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2008/de-gatica\\_c/pdfAmont/de-gatica\\_c.pdf](http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2008/de-gatica_c/pdfAmont/de-gatica_c.pdf) Recuperado el 29 de marzo de 2017.

Giedion, U., Villar, M., y Ávila, A. (2010). *Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado*. Disponible en: <https://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemasde-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf> Recuperado el 12 de enero de 2017.

Gil, I., Ruiz L., y Ruiz, J. (1997). *La nueva dirección de personas en la empresa*. Madrid: McGraw-Hill.

Gobierno de Chile, Superintendencia de Salud. (2010). *Indicadores de Calidad: Manual de Muestreo para Prestadores*. Disponible en [http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-6358\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-6358_recurso_1.pdf) Recuperado el 30 de noviembre de 2017.

González, S. (2009). *¿Cómo evaluar el desempeño de los dirigentes en salud?* . Disponible en <http://www.eumed.net/rev/cccss/05/saga2.htm> Recuperado el 12 de enero de 2017.

Goyenechea, M., y Sinclair, D. (2013). *Propuesta para una salud pública gratuita y de calidad*. Disponible en <http://ciperchile.cl/2013/06/03/propuesta-para-una-salud-publicagratis-y-de-calidad/> Recuperado el 11 de septiembre de 2016.

- Harris, O. (1994). *Administración de Recursos Humanos: Conceptos de Conducta Interpersonal y casos / Managing people at work*. México: Limusa.
- Hospital General Isidro Ayora, Departamento de Estadística. (2010). *Plan operativo Anual*.
- Hospital Regional Isidro Ayora. (2017). *Plan Estratégico Institucional para el periodo 2017 al 2020*.
- Isapres de Chile. (2016). *El Sistema de Salud Chileno: Orígenes, Transformaciones y Desafíos*. Disponible en [http://www.isapre.cl/PDF/Informe%20Te%CC%81cnico\\_El%20Sistema%20de%20Salud%20Chileno.pdf](http://www.isapre.cl/PDF/Informe%20Te%CC%81cnico_El%20Sistema%20de%20Salud%20Chileno.pdf) Recuperado el 10 de mayo de 2017.
- Jaramillo, J. (1998). *Gerencia y administración de servicios médicos y hospitales*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, Editora Nacional de Salud y Seguridad Social.
- Jiménez, R. (2004). *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual*. Disponible en [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_1\\_04/sp04104.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/sp04104.htm) Recuperado el 9 de enero de 2017.
- Larrañaga, O. (1997). *Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno*. Disponible en [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5252/1/S9700138\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5252/1/S9700138_es.pdf) Recuperado el 11 de septiembre de 2016.
- Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP). *Registro Oficial Suplemento*, Q. E. (2010). Disponible en [http://www.seguridad.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2016/04/ley\\_organica\\_de\\_l\\_servicio\\_publico.pdf](http://www.seguridad.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2016/04/ley_organica_de_l_servicio_publico.pdf) Recuperado el 9 de enero de 2017.
- López Camps, J., y Gadea. (1992). *El control de gestión en la administración local*. Barcelona: Ed. 2000.
- Lucio, R., Villacrés, N., y Henríquez, R. (2011). "Sistema de Salud en Ecuador" en *Salud Pública Mex.* Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800013](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013) Recuperado el 3 de octubre de 2016.
- Luft H.S., y Hunt, S.S. (2000). *Evaluating individual hospital quality through outcome statistics*. JAMA, 986; 255:2780.
- Méndez, C., y Torres, M. (2010). "Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile. Los desafíos para el recurso humano en salud" en *Rev Saude Pública* 44(2), p.366-71.
- Ministerio de Salud de Argentina, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. (2005). *Guía Para la Elaboración de Indicadores Seleccionados*. Disponible en <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie1Nro19.pdf> Recuperado el 29 de septiembre de 2017.

- Ministerio de Salud de Chile. (2014). *Manual Censo Diario de Camas y Pacientes*. Disponible en [file:///C:/Users/Alicia09/Downloads/Manual\\_Censo\\_Diario\\_de\\_Camas\\_y\\_Pacientes%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Alicia09/Downloads/Manual_Censo_Diario_de_Camas_y_Pacientes%20(1).pdf) Recuperado el 29 de septiembre de 2017.
- Ministerio de Salud de Chile. (2016). *Instrumento de Evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red*. Disponible en [http://sisq.minsal.cl/sites/default/files/biblioteca/instrumento\\_de\\_evaluacion\\_ear\\_2016\\_agminsal.pdf](http://sisq.minsal.cl/sites/default/files/biblioteca/instrumento_de_evaluacion_ear_2016_agminsal.pdf) Recuperado el 29 de septiembre de 2017.
- Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. (2014). *Manual Censo Diario de Camas y Pacientes*. Disponible en [file:///C:/Users/Alicia09/Downloads/Manual\\_Censo\\_Diario\\_de\\_Camas\\_y\\_Pacientes%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Alicia09/Downloads/Manual_Censo_Diario_de_Camas_y_Pacientes%20(2).pdf) Recuperado el 30 de noviembre de 2017.
- Ministerio de Salud del Perú. (2013). *Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para hospitales, Institutos y DIRESA*. Disponible en <http://cmp.org.pe/wpcontent/uploads/2016/07/GTIndicadoresCalidad/IndicadoresGestionEvaluacionHospitalariaMinsa.pdf> Recuperado el 29 de septiembre de 2016.
- Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Salud de las Personas. (2003). *Normas Técnicas de Estándares de Calidad Para Hospitales e Institutos Especializados*. Disponible en [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg\\_pac/EstandarHosp2003.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/EstandarHosp2003.pdf) Recuperado el 29 de septiembre de 2017.
- Ministerio de Salud del Perú, Oficina General de Epidemiología. (2001). *Manual de Indicadores Hospitalarios*. Disponible en <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/iih/protocolos/17.pdf> Recuperado el 29 de Septiembre de 2017.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Modelo de Atención Integral de Sistema Nacional de Salud*. Disponible en [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAISM SP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAISM SP12.12.12.pdf) Recuperado el 4 de octubre de 2016.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2002). *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. Disponible en <http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nacsalud.pdf> Recuperado el 29 de noviembre de 2016.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). *Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). Enfoque familiar, comunitario, e intercultural*. Disponible en [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAISM SP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAISM SP12.12.12.pdf) Recuperado el 4 de octubre de 2016.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS*. Disponible en [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAISM SP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAISM SP12.12.12.pdf) Recuperado el 29 de noviembre de 2016.

- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Unidad de Urgencias Hospitalaria, Estándares y Recomendaciones*. Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf> Recuperado el 30 de noviembre de 2017.
- Miranda, G., y Saffie, X. (2014). "Pacientes policonsultantes: ¿un síntoma del sistema de salud en Chile?" en *Acta Bioethica*, vol. 20, n. 2. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2014000200009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2014000200009) Recuperado el 3 de octubre de 2016.
- Muñoz, D. (2013). *El 51% de pacientes de urgencias hospitalarias espera más de 12 horas por una cama*. Disponible en <http://www.latercera.com/noticia/nacional/2013/05/680-5250439-el-51-de-pacientes-de-urgencias-hospitalarias-espera-mas-de-12-horas-por-una.shtml> Recuperado el de septiembre de 2016.
- Murray, C.J.L., y Frenk, J. (2010). *A WHO framework for health system performance assessment*. World Health Organization.
- Núñez, A., Neriz, L., Mateo, R., y Ramaprasad, A. (2017). *Emergency Departments KPIs: A Unified Framework and its Application as a Monitoring System* (Working paper).
- Observatorio de Calidad en Salud. (2017). *Herramientas para la Gestión de Calidad, Indicadores de Calidad*. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3propertyvalue-3412.html> Recuperado el 30 de noviembre de 2017.
- Observatorio de la Economía Latinoamericana. (2007). *Situación de la Salud en el Ecuador*. Disponible en <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2007/gvd-salud.htm> Recuperado en 14 de septiembre de 2017.
- OCDE/PUMA. (1998). *Best Practices Guidelines for Evaluation*. Policy Brief N°5. Paris. Disponible en <http://www.oecd.org/site/govgfg/39044817.pdf> Recuperado el 15 de noviembre de 2016.
- Olavarría Gambi, M. (2004). *Pobreza, Crecimiento Económico y Políticas Sociales*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Observatorio mundial de la salud: Ecuador*. Disponible en <http://www.who.int/countries/ecu/es/> Recuperado 28 de marzo de 2017.
- Organización Panamericana de Salud. (2008). *Perfil de los sistemas de salud de Ecuador*. Disponible en [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=p\\_ublications&alias=74-perfil-de-los-sistemas-de-salud-ecuador-monitoreo-y-analisis-de-losprocesos-de-cambio-y-reforma&Itemid=599&lang=en](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=p_ublications&alias=74-perfil-de-los-sistemas-de-salud-ecuador-monitoreo-y-analisis-de-losprocesos-de-cambio-y-reforma&Itemid=599&lang=en) Recuperado el 15 de noviembre de 2016.
- Ortún Rubio, V. (2003). *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Barcelona: Masson. Disponible en

[https://www.upf.edu/documents/2984046/0/LibroGestClinSan\\_IdaVuelta.pdf/5314bdf1-d3c2bcd2-9656-0bf6cd058293](https://www.upf.edu/documents/2984046/0/LibroGestClinSan_IdaVuelta.pdf/5314bdf1-d3c2bcd2-9656-0bf6cd058293) Recuperado el 28 de marzo de 2017.

OSINSA. (2015). *Cobertura universal de salud en América del Sur*. Disponible en <http://www.osinsa.org/2015/08/25/cobertura-universal-de-salud-en-america-del-sur/> Recuperado el 10 de mayo de 2017.

Pezoa, M. (2013). *Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores*. Informe Global. Disponible en [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-9005\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-9005_recurso_1.pdf) Recuperado el 10 de mayo de 2017.

Ponce, J. (2015). *Sistema de Salud del Ecuador y la Atención Primaria de la Salud*. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos106/sistema-salud-del-ecuador-y-atencion-primariasalud2.shtml#ixzz4KOT2BaMh> Recuperado el 11 de septiembre de 2016.

Quintana, G., y Días da Silva, A. (2007). “Demandas de los usuarios a un servicio de emergencia y la recepción por el sistema de salud” en *Rev Latino-am Enfermagem*. Disponible en [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es\\_v15n1a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es_v15n1a03.pdf) Recuperado el 3 de octubre de 2016.

Revista Clínica de Medicina de Familia. (2009). *La información al Paciente como pieza clave de la Calidad Asistencial*. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699695X2009000100005&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699695X2009000100005&script=sci_arttext&lng=en) Recuperado el 22 de agosto de 2017.

Revista Colegio Médico. (2014). *Las falencias del sistema público a nivel nacional*. Disponible en <http://revista.colegiomedico.cl/las-falencias-del-sistema-publico-a-nivelnacional/> Recuperado el 9 de septiembre de 2016.

Revista de Calidad Asistencial. (2001). *Servicios de urgencias: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria*. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revistarevista-calidad-asistencial-256-articulo-servicios-urgencias-indicadores-medir-losS1134282X01774623> Recuperado el 30 de noviembre de 2017.

Revista de Calidad Asistencial. (2014). *Conjunto de Indicadores de calidad y seguridad para hospitales de la Agencia Valenciana de Salud*. Disponible en <http://www.elsevier.es/esrevista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-conjunto-indicadores-calidad-seguridadhospitales-S1134282X1300119X?redirectNew=true> Recuperado el 30 de diciembre de 2017.

Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (2005). *Indicadores de Gestión Hospitalaria*. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2005/in052i.pdf> Recuperado el 29 de septiembre de 2017.

Revista Médica de Chile. (2015). *El Sistema de Salud de Chile: Una tarea pendiente*. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n6/art11.pdf> Recuperado el 29 de mayo de 2017.

- Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social. (2015). *Eficiencia hospitalaria medida por el aprovechamiento del recurso cama en un hospital de segundo nivel de atención*. Disponible en [http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_medica/article/view/160/461](http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/160/461) Recuperado el 22 de agosto de 2017.
- Revista Sociología de la Empresa '09. (2009). *Teoría de motivación de Herzberg*. Disponible en <https://sociologiaempresa09.wordpress.com/2009/11/09/teoria-de-motivacion-deherzberg/> Recuperado el 21 de agosto de 2017.
- Robbins, S. (1995). *Comportamiento Organizacional. Teoría y Práctica (7ª ed.)*. México: Prentice Hall.
- Rojas, M. (2010). *Clínicas de la capital registran hasta tres horas de espera en servicios de urgencia*. Disponible en <http://www.emol.com/noticias/nacional/2010/02/27/400800/clinicasde-la-capital-registran-hasta-tres-horas-de-espera-en-servicios-de-urgencia.html> Recuperado el 11 de septiembre de 2016.
- Sánchez, B., López, E., y Gómez, J. (s.f.). *La evaluación del rendimiento en los hospitales públicos españoles: una primera aproximación*. Disponible en [http://www.observatorioiberoamericano.org/ricg/N%C2%BA\\_14/Beatriz\\_Gonz%C3%A1lez\\_S%C3%A1nchez,\\_Ernesto\\_Lopez-Valeira\\_Sampedro\\_y\\_Jacobo\\_G%C3%B3mez\\_](http://www.observatorioiberoamericano.org/ricg/N%C2%BA_14/Beatriz_Gonz%C3%A1lez_S%C3%A1nchez,_Ernesto_Lopez-Valeira_Sampedro_y_Jacobo_G%C3%B3mez_) Recuperado el 01 de junio de 2017.
- Sánchez, J., y Bustamante, K. (2008). *Auditoría al proceso de evaluación del desempeño*. Contabilidad y Auditoría (198), 105-133.
- Sastre, M., y Aguilar, E. (2003). *Dirección de recursos humanos, un enfoque estratégico*. Madrid: McGraw-Hill.
- SENPLADES (2009). *Plan Nacional del Buen Vivir 2009 – 2013*. Disponible en [http://www.planificacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/07/Plan\\_Nacional\\_para\\_el\\_Buen\\_Vivir.pdf](http://www.planificacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf). Recuperado el 31 de mayo de 2017.
- Servicio Andaluz de Salud. (2010). *Manual de Indicadores de Actividad y Calidad para Urgencias y Emergencias Sanitarias*. Disponible en <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20Indicadores%20Calidad.pdf> Recuperado el 30 de noviembre de 2017.
- Sinclair, D. (2013). *Segregación, lucro y desigualdad - el sistema de salud chileno a 40 años del golpe*. Disponible en <https://cl.boell.org/es/2013/09/07/segregacion-lucro-y-desigualdad-del-sistema-de-salud-chileno-40-anos-del-golpe> Recuperado el 29 de marzo de 2017.
- Sixtina Consulting Group . (2012). *Los 25 indicadores (KPI) más usados en el sector de la salud*. Disponible en <https://www.sixtinagroup.com/los-25-indicadores-kpi-mas-usados-en-el-sector-de-la-salud-en-2012/> Recuperado el 29 de septiembre de 2017.

- Sociedad Española de Calidad Asistencial. (2011). *Indicadores de Calidad Para Hospitales del Sistema Nacional de Salud*. Disponible en [http://www.elmedicointeractivo.com/media/elmedicointeractivo/files/2011/10/11/1318335195249Informe\\_SECA.pdf](http://www.elmedicointeractivo.com/media/elmedicointeractivo/files/2011/10/11/1318335195249Informe_SECA.pdf) Recuperado el 29 de septiembre de 2017.
- Sociedad Española de Calidad Asistencial. (2012). *Indicadores de Calidad Para Hospitales del Sistema Nacional de Salud*. Disponible en <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/335.pdf> Recuperado el 29 de septiembre de 2017.
- Sociedad Española de Calidad Asistencial. (2015). *La Calidad de la Atención Sanitaria, Indicadores de Efectividad Clínica*. Disponible en [http://calidadasistencial.es/wp-seca/wpcontent/uploads/2015/02/indicadores\\_efectividad\\_clinica2.pdf](http://calidadasistencial.es/wp-seca/wpcontent/uploads/2015/02/indicadores_efectividad_clinica2.pdf) Recuperado el 29 de septiembre de 2017.
- Sociedad Española de Calidad Asistencial, Revista de Calidad Asistencial. (2015). *La calidad de la atención sanitaria. Indicadores de efectividad clínica*. Disponible en [http://calidadasistencial.es/wp-seca/wpcontent/uploads/2015/02/indicadores\\_efectividad\\_clinica2.pdf](http://calidadasistencial.es/wp-seca/wpcontent/uploads/2015/02/indicadores_efectividad_clinica2.pdf) Recuperado el 30 de noviembre de 2017.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos - Ministerio de Sanidad y Consumo - Fundación Avedis Donabedian. (2006). *Indicadores y Estándares de Calidad en Cuidados Paliativos*. Disponible en <https://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j59.pdf> Recuperado el 29 de septiembre de 2017.
- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. (2009). *Manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales*. Disponible en <http://doczz.es/doc/939401/manual-de-indicadores-de-calidad-para-los-servicios-de-ur> Recuperado el 29 de septiembre de 2017.
- Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. (2005). *Indicadores de Calidad del Enfermo Crítico*. Disponible en [http://www.semicyuc.org/sites/default/files/actualizacion\\_indicadores\\_calidad\\_2011.pdf](http://www.semicyuc.org/sites/default/files/actualizacion_indicadores_calidad_2011.pdf) Recuperado el 30 de noviembre de 2017.
- Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., y Álvarez, A. (2010). *El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias*. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272010000200008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008) Recuperado el 29 de septiembre de 2017.
- Superintendencia de Salud. (s.f.). *Indicadores de Calidad*. Disponible en [http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14437\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14437_recurso_1.pdf) Recuperado el 12 de noviembre de 2017.
- Superintendencia de Salud. (2016). *Sistema privado de salud*. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-propertyvalue-4190.html> Recuperado el 14 de noviembre de 2016.

- Téllez, A. (2006). *Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud*. Disponible en <http://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/atencion-primariafactor-clave-en-la-reforma-al-sistema-de-salud.pdf> Recuperado el 28 de marzo de 2017.
- Torres, L. (1991). *Indicadores de Gestión para las Entidades Públicas*. Disponible en <file:///C:/Users/Alicia09/Downloads/Dialnet-IndicadoreseGestionParaLasEntidadesPublicas44028.pdf> Recuperado el 12 de noviembre de 2017.
- Weiss, C. (1998). *Evaluation: Methods for Studying Programs and Policies* (2nd Edition). New Jaersey: Prentice Hall.
- Werther, W., y Davis, K. (1995). *Administración de personal y recursos humanos* (4ª ed.). México: McGraw-Hill.

## ANEXOS

**Anexo A:** Planilla de Indicadores utilizados en la aplicación del modelo.

<b>INDICADORES DE TIEMPO</b>	
<b>TIPO DE INDICADOR: TIEMPO DE ESPERA</b>	
<b>IH - 01    NOMBRE: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DE ADMISIÓN</b>	
<b>Ubicación</b>	Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009)
<b>Objetivo</b>	Minimizar tiempo de espera de admisión
<b>Métrica</b>	(Hora inicio admisión - Hora llegada paciente) / N° de pacientes
<b>Estándar</b>	2 minutos
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Admisión – Recaudación
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>ADMISIÓN DEL PACIENTE:</b> Corresponde al conjunto de actividades que se realizan cuando el paciente ingresa al hospital.

<b>IH -02    NOMBRE: TIEMPO DE ESPERA PARA TRIAGE</b>	
<b>Ubicación</b>	Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009)
<b>Objetivo</b>	Minimizar tiempo de espera de Triage
<b>Métrica</b>	(Hora de entrada triage – Hora termino admisión / N° de pacientes ingresados al box de atención
<b>Estándar</b>	<10 minutos
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Triage
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>TIEMPO DE ESPERA PARA TRIAGE:</b> Es el tiempo transcurrido desde la hora de llegada del paciente al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, hasta que es atendido por el médico o el enfermero responsable del Triage.

<b>IH -03    NOMBRE: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA BOX</b>	
<b>Ubicación</b>	Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009)
<b>Objetivo</b>	Minimizar tiempo de espera para entrar al box
<b>Métrica</b>	(Hora ingreso paciente al box - Hora de triage) / N° de pacientes ingresados al box de atención
<b>Estándar</b>	20 minutos
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Primera Atención Médica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>BOX:</b> Lugar físico donde los profesionales sanitarios llevan a cabo acciones para mejorar la salud de los pacientes que presentan un riesgo moderado o grave que no compromete su salud.

<b>IH - 04 NOMBRE: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA POR PROCEDIMIENTO MÉDICO</b>	
<b>Ubicación</b>	Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009)
<b>Objetivo</b>	Minimizar tiempo de espera por procedimiento médico
<b>Métrica</b>	(Hora inicio procedimiento – Hora orden de procedimiento) / N° de pacientes con procedimiento
<b>Estándar</b>	30 minutos
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Procedimiento Médico
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Los procedimientos médicos son prestaciones de salud (atenciones unitarias o en grupo) que se otorgan a un paciente para efectos diagnósticos, terapéuticos o quirúrgicos, implican el uso de equipamiento, instrumental, instalaciones y profesionales especializados, dependiendo de la complejidad del procedimiento y de las condiciones clínicas del paciente.

<b>IH - 05 NOMBRE: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA POR PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA</b>	
<b>Ubicación</b>	Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009)
<b>Objetivo</b>	Minimizar tiempo de espera por procedimiento de enfermería
<b>Métrica</b>	(Hora inicio procedimiento – Hora orden de procedimiento) / N° de pacientes con procedimiento
<b>Estándar</b>	15 minutos
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Procedimiento de Enfermería
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>PROCESO DE ENFERMERÍA:</b> El proceso enfermero, también denominado proceso de enfermería, es un método sistemático que brinda cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud.

<b>IH - 06 NOMBRE: TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA</b>	
<b>Ubicación</b>	Ministerio de Salud del Perú, Oficina General de Epidemiología, Manual de Indicadores Hospitalarios
<b>Objetivo</b>	Minimizar tiempo de espera en consulta externa hospitalaria
<b>Métrica</b>	N° total de minutos de espera en consulta externa (por servicio o especialidad) en un periodo / Total de usuarios observados en ese mismo periodo
<b>Estándar</b>	≤ 30 minutos
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Este indicador muestra el tiempo promedio que debe esperar un paciente, desde la hora asignada de su cita hasta que recibe la atención. Se puede obtener el promedio del área de consulta externa, pero es más útil hacerlo por servicios o especialidades, para identificar aquellos consultorios donde los tiempos de espera son mayores, buscar las causas y tomar medidas correctivas.  Ajustar por especialidad y/o por consulta.

<b>IH - 07</b>	<b>NOMBRE: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DE TRASLADOS INTERNOS Y EXTERNOS</b>
<b>Ubicación</b>	Ministerio de Salud de México; Dirección General de Revaluación del Desempeño.
<b>Objetivo</b>	Minimizar tiempo de espera de los traslados internos y externos
<b>Métrica</b>	Hora real de inicio del traslado – Hora de solicitud del traslado / N° de pacientes trasladados
<b>Estándar</b>	45 minutos
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Apoyo Logístico
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<p><b>TRASLADO DE PACIENTE:</b> Traslado seguro e informada de un paciente, desde un área a otra de acuerdo con los requerimientos del diagnóstico, tratamiento o rehabilitación que precise.</p> <p><b>TRASLADOS INTERNOS:</b> Cambio formal de responsabilidad en la atención de un paciente entre servicios de la misma institución.</p>

<b>IH - 08</b>	<b>NOMBRE: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DE ALTA MÉDICA</b>
<b>Ubicación</b>	Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009)
<b>Objetivo</b>	Minimizar tiempo de espera de alta médica
<b>Métrica</b>	(Hora real de egreso - Hora de decisión de egreso) / N° pacientes egresados
<b>Estándar</b>	3 minutos
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Alta Médica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<p><b>ALTA MEDICA DEFINITIVA:</b> es el egreso por autorización médica, de un paciente internado que implica la finalización del tratamiento de internación (sin indicación de reingreso por el mismo proceso o episodio).</p> <p><b>ALTA MEDICA TRANSITORIA:</b> es el egreso por autorización médica, de un paciente internado que implica la finalización de una etapa del tratamiento de internación (con indicación de re-internación dentro de un periodo determinado para continuar con el tratamiento por el mismo proceso).</p>

<b>IH - 09</b>	<b>NOMBRE: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA MÉDICA</b>
<b>Ubicación</b>	“Modelo de Medición de Desempeño en Unidades de Urgencias”, (Santiago, Octubre de 2015).
<b>Objetivo</b>	Minimizar tiempo de espera para la asignación de cita médica
<b>Métrica</b>	N° total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente pide cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita / N° total consultas médicas generales asignadas en el hospital
<b>Estándar</b>	<b>C1:</b> 98% (atención médica inmediata), <b>C2:</b> 85% (< 7 min.), <b>C3:</b> 80% (< 15 min.), <b>C4:</b> 75% (< 30 min.), <b>C5:</b> 70% (< 40 min.).
<b>Frecuencia</b>	Semestral
<b>Proceso</b>	Atención al paciente
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>CITA MÉDICA:</b> Expresa el tiempo de espera en días calendario, que transcurren entre la fecha de solicitud de la cita para consulta por Medicina General de primera vez por parte del paciente/usuario a la IPS y la fecha en que es asignada.

<b>IH - 10</b>	<b>NOMBRE: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA ACTIVIDADES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO</b>
<b>Ubicación</b>	Indicadores de Gestión Hospitalaria del Ministerio de Salud del Ecuador
<b>Objetivo</b>	Minimizar tiempo de espera
<b>Métrica</b>	(Hora inicio actividad de apoyo – Hora orden actividad de apoyo) / N° actividades de apoyo solicitadas
<b>Estándar</b>	15 minutos
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<p><b>APOYO DIAGNÓSTICO:</b> Es el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos que contribuyen con el plan terapéutico del paciente en cualquiera de los servicios básicos.</p> <p>Se incluyen los tiempos de espera por todo tipo de actividades de apoyo médico (exámenes de sangre, de rayos x, laboratorio, etc.)</p>

<b>IH - 11</b>	<b>NOMBRE: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DE RESULTADOS DE ACTIVIDADES DE APOYO</b>
<b>Ubicación</b>	Indicadores de Gestión Hospitalaria del Ministerio de Salud del Ecuador
<b>Objetivo</b>	Minimizar tiempo de espera
<b>Métrica</b>	(Hora entrega resultados – Hora término actividad de apoyo) / N° de actividades de apoyo solicitadas
<b>Estándar</b>	Si el examen se realiza a pacientes que ingresan por emergencia ( $\leq 1$ hora), mientras que, para exámenes de rutina (3 horas).
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Apoyo al diagnóstico
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<p><b>DESCRIPCIÓN:</b> En medicina, el diagnóstico o propedéutica clínica es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad (el estado de salud también se diagnostica).</p>

<b>TIPO DE INDICADOR: TIEMPO DE PROCESO</b>	
<b>IH - 12</b>	<b>NOMBRE: TIEMPO PROMEDIO ADMISIÓN (TIEMPO RECAUDACIÓN)</b>
<b>Ubicación</b>	Manual de Indicadores de Actividad y Calidad Para Urgencias y Emergencias Sanitarias
<b>Objetivo</b>	Minimizar tiempo promedio de admisión (tiempo recaudación)
<b>Métrica</b>	(Hora término admisión (recaudación) - Hora inicio admisión (recaudación)) / N° de pacientes
<b>Estándar</b>	3 minutos
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Admisión – Recaudación
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<p><b>ADMISIÓN HOSPITALARIA:</b> Esta unidad realiza el pre-ingreso de pacientes a partir de la solicitud efectuada directamente por el equipo médico y por el propio paciente. Además, administra y asigna las camas disponibles y la solicitud de reserva y coordina con los servicios clínicos el ingreso de pacientes en condiciones especiales.</p>

IH - 13 NOMBRE: TIEMPO PROMEDIO REANIMACIÓN	
Ubicación	Indicadores de Gestión Hospitalaria del Ministerio de Salud del Ecuador
Objetivo	Mejorar asignación de recursos
Métrica	Tiempo total uso sala reanimación / N° pacientes que requieren reanimación
Estándar	Si se evidencia parada cardiaca (20 – 30 minutos). Si no se evidencia parada cardiaca (5 minutos).
Frecuencia	Mensual
Proceso	Reanimación
Explicación de Términos / Descripción	<b>REANIMACIÓN:</b> La reanimación es un proceso muy importante dentro de la atención de urgencia, pero no siempre es necesaria su realización. Consiste en la reanimación de un paciente que presenta riesgo vital. Generalmente los pacientes C1 y en menor proporción los pacientes C2, son los que necesitan ser reanimados debido a presentar riesgo vital.

IH - 14 NOMBRE: TIEMPO PROMEDIO EN TRIAGE	
Ubicación	Manchester System Triage (MTS)
Objetivo	Mejorar la asignación de recursos
Métrica	(Hora término triage – Hora inicio triage) / N° de pacientes
Estándar	<b>Manchester System Triage (MTS)</b> = (C1: 0 minutos) , (C2: ≤ 10 minutos) , (C3: ≤ 60 minutos) , (C4: ≤ 120 minutos) , (C5: > 240 minutos)
Frecuencia	Mensual
Proceso	Triage
Explicación de Términos / Descripción	<b>TRIAGE:</b> El triage hospitalario es un proceso de valoración preliminar, es decir, se realiza antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa que se brinda en el Servicio de Urgencias; clasifica a los pacientes con base en criterios de su gravedad clínica, de tal forma que los más urgentes sean tratados primero, y el resto sean controlados continuamente y reevaluados hasta que se les pueda ofrecer atención, dicho proceso debe mantenerse las 24 horas del día para asegurar la calidad. <b>Sistema Manchester (MTS)</b> El Manchester Triage Group nació en el mes de noviembre de 1994 y sus esfuerzos se centraron en 5 objetivos: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar una nomenclatura común.</li> <li>2. Usar definiciones comunes.</li> <li>3. Desarrollar una metodología sólida de <i>triaje</i>.</li> <li>4. Implantar un modelo global de formación.</li> <li>5. Permitir y facilitar la auditoria del método de <i>triaje</i> desarrollado.</li> </ol>

IH - 15 NOMBRE: TIEMPO PROMEDIO EN BOX	
Ubicación	Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009)
Objetivo	Mejorar la asignación de recursos
Métrica	(Hora salida box – Hora entrada box) / N° de pacientes ingresados al box de atención
Estándar	20 – 25 minutos
Frecuencia	Mensual
Proceso	Primera atención médica
Explicación de Términos / Descripción	<b>BOX DE TRIAGE:</b> Ubicado de forma que permita la visión de la zona de entrada y de la sala de espera y contiguo a la admisión, es un local destinado a la clasificación de los pacientes a fin de priorizar la atención urgente según su gravedad, determinando el tiempo de atención y el recurso más adecuado en cada caso.

<b>IH - 16 NOMBRE: TIEMPO PROMEDIO DE PROCEDIMIENTO MÉDICO</b>	
<b>Ubicación</b>	Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009)
<b>Objetivo</b>	Mejorar la asignación de recursos
<b>Métrica</b>	(Hora término procedimiento – Hora inicio procedimiento) / N° de pacientes con procedimiento
<b>Estándar</b>	15 -20 minutos
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Procedimiento médico
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<p><b>PROCEDIMIENTO MÉDICO:</b> Un procedimiento médico es un plan de acción destinado a lograr un resultado en el cuidado de las personas con problemas de salud.</p> <p>Un procedimiento médico con la intención de determinar, medir o el diagnóstico de una condición o parámetro paciente también se llama un examen médico. Otros tipos comunes de procedimientos son terapéuticos, incluyendo el gran grupo de procedimientos quirúrgicos. Procedimientos de rehabilitación se incluyen en este grupo.</p>

<b>IH - 17 NOMBRE: TIEMPO PROMEDIO DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA</b>	
<b>Ubicación</b>	Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009)
<b>Objetivo</b>	Mejorar la asignación de recursos
<b>Métrica</b>	(Hora término procedimiento – Hora inicio procedimiento) / N° de pacientes con procedimiento
<b>Estándar</b>	15 – 20 minutos
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Procedimiento de enfermería
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<p><b>DESCRIPCIÓN:</b> La medición del tiempo promedio de asistencia de enfermería constituye una medida objetiva para la evaluación de la cantidad y calidad de los profesionales de enfermería de las instituciones hospitalarias, ya que posibilita evaluar las condiciones de los recursos humanos existentes.</p>

<b>IH - 18 NOMBRE: TIEMPO PROMEDIO DE ACTIVIDADES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO</b>	
<b>Ubicación</b>	Indicadores de Gestión Hospitalaria del Ministerio de Salud del Ecuador
<b>Objetivo</b>	Minimizar tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico
<b>Métrica</b>	(Hora término actividad de apoyo – Hora inicio actividad de apoyo) / N° de actividades de apoyo solicitadas
<b>Estándar</b>	Para exámenes de laboratorio (10 min.) Rayos X (30 min.).
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Apoyo al diagnóstico
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<p><b>APOYO AL DIAGNÓSTICO:</b> Los tratamientos de apoyo al diagnóstico ayudan al médico a corroborar o refutar su hipótesis diagnóstica, y determinar las acciones a realizar. Para poder efectuar dichos tratamientos, primero el médico genera la orden de realización, y en caso de que sea necesario debe pedir hora para realizarlo.</p>

<b>IH - 19 NOMBRE: TIEMPO PROMEDIO DEL CICLO DEL PACIENTE</b>	
<b>Ubicación</b>	“Modelo de Medición de Desempeño en Unidades de Urgencias”, (Santiago, Octubre de 2015).
<b>Objetivo</b>	Mejorar la asignación de recursos
<b>Métrica</b>	(Hora real de egreso - Hora de admisión) / N° pacientes egresados
<b>Estándar</b>	142 minutos
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Es el tiempo promedio que pasa un paciente dentro de la unidad de urgencia, desde su llegada, marcada generalmente por el proceso de admisión, hasta su egreso, que implica que no solo se tomó una decisión de egreso, sino que además el paciente pudo abandonar la urgencia. Se recomienda agruparlo según tipo de paciente: pediatría, adulto y ginecobstétrico (o mujer según corresponda); y por las categorías de triage: C1, C2, C3, C4 y C5. Debe ser medido en minutos por paciente.

<b>IH - 20 NOMBRE: TIEMPO PROMEDIO DE ATENCIÓN MÉDICA</b>	
<b>Ubicación</b>	Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009)
<b>Objetivo</b>	Mejorar la asignación de recursos
<b>Métrica</b>	(Hora decisión de egreso - Hora de evaluación médica) / N° pacientes egresados
<b>Estándar</b>	30 – 45 minutos
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Primera Atención Médica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>ATENCIÓN MÉDICA:</b> Es el tiempo promedio que pasa un paciente desde su llegada, marcada generalmente por el proceso de admisión, hasta que ingresa al box de atención para ser visto por un médico. Se recomienda agruparlo según tipo de paciente: pediatría, adulto y ginecobstétrico (o mujer según corresponda); y por las categorías de triage: C1, C2, C3, C4 y C5.

**\*Nota: Se incluyen los tiempos de espera por todo tipo de actividades de apoyo médico (exámenes de sangre, de rayos x, laboratorio, etc.)**

<b>INDICADORES DE CALIDAD</b>	
<b>TIPO DE INDICADOR: ERRORES</b>	
<b>IH - 21 NOMBRE: PORCENTAJE DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS</b>	
<b>Ubicación</b>	Ministerio de Salud del Perú, Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA, (2013)
<b>Objetivo</b>	Evaluar la calidad de la atención hospitalaria y medir la magnitud y causas que originan las infecciones intrahospitalarias
<b>Métrica</b>	Total, de pacientes con Infecciones Intrahospitalarias / N° de Egresos x 100
<b>Estándar</b>	< 0,7%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Se define como la incidencia de infecciones que aparecen dentro del ámbito hospitalario o asistencial, como complicación de un proceso de atención ambulatorio o con internación. A través de él puede monitorizarse la eficiencia de los procesos de asepsia y antisepsia utilizados para el control de microorganismos patógenos en el personal asistencial, las áreas físicas, los equipos y materiales de la institución.

<b>IH - 22 NOMBRE: TASA DE MORTALIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</b>	
<b>Ubicación</b>	Indicadores de Gestión Hospitalaria del Ministerio de Salud del Ecuador
<b>Objetivo</b>	Minimizar la tasa de pacientes fallecidos en el servicio de urgencias
<b>Métrica</b>	N° de pacientes atendidos que son éxitus / N° de pacientes atendidos en el servicio de urgencias x 100
<b>Estándar</b>	0%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica Egresar paciente
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>ÉXITUS:</b> Se excluyen los ingresados cadáveres Se incluyen los fallecidos durante su permanencia en el servicio de urgencias y sus dependencias, así como los producidos durante traslados internos.

<b>IH - 23 NOMBRE: TASA NETA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA</b>	
<b>Ubicación</b>	Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA
<b>Objetivo</b>	Mejorar la asignación de recursos
<b>Métrica</b>	(N° defunciones hospitalarias <sup>a</sup> / N° de egresos en el mismo período) x 100
<b>Estándar</b>	3 – 4 %
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica Egresar paciente
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Es la relación porcentual entre el número de egresos por defunción hospitalaria en un periodo y el número de egresos en el mismo período. (Fallecidos a partir de 48 horas de admisión al hospital, servicio o especialidad en un período.). <sup>d</sup>

<b>IH - 24 NOMBRE: PORCENTAJE HOSPITALARIO DE MORTALIDAD MATERNA</b>	
<b>Ubicación</b>	Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.
<b>Objetivo</b>	Minimizar el porcentaje de mortalidad materna
<b>Métrica</b>	N° Defunciones pacientes obstétricas (48 h Hospital) / Egresos Obstétricos en un periodo dado
<b>Estándar</b>	0,01%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica Egresar paciente
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Se encuentra directamente relacionado con características como el nivel de complejidad de los servicios de gineco-obstetricia de la institución, la no disponibilidad de insumos básicos que permitan resolver oportunamente una urgencia obstétrica, desarticulación interinstitucional, deficiencias en la red de referencia y contrarreferencia, el nivel socio cultural de las maternas que demandan servicios en la institución, su perfil epidemiológico y el seguimiento o no del embarazo a través del control prenatal.

<b>IH - 25 NOMBRE: PORCENTAJE HOSPITALARIO DE MORTALIDAD NEONATAL</b>	
<b>Ubicación</b>	Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.
<b>Objetivo</b>	Minimizar el porcentaje de mortalidad neonatal
<b>Métrica</b>	N° Defunciones recién nacidos en el Hospital > 48h Hospital (-28 días) / Nacidos Vivos
<b>Estándar</b>	0,01%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica Egresar paciente
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Es la relación expresada en porcentaje entre las defunciones de recién nacidos en el hospital en un periodo y los nacimientos ocurridos en el mismo. Este indicador sufre todavía variaciones entre hospitales, debido al subregistro o debido a mala clasificación de los recién nacidos en el hospital, que mueren en los primeros minutos y horas de vida (nacimiento y defunción).

<b>IH - 26 NOMBRE: TASA DE PACIENTES FALLECIDOS EN ESPERA POR HOSPITALIZACIÓN</b>	
<b>Ubicación</b>	Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.
<b>Objetivo</b>	Minimizar la tasa de pacientes fallecidos en espera por hospitalización
<b>Métrica</b>	(N° pacientes fallecidos en espera por hospitalización / N° pacientes con orden de hospitalización) x 100
<b>Estándar</b>	0%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica Egresar paciente
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>HOSPITALIZACIÓN:</b> Es el servicio destinado al internamiento de pacientes, previa autorización del médico tratante, para establecer un diagnóstico, recibir tratamiento y dar seguimiento a su padecimiento.

<b>IH - 27 NOMBRE: PORCENTAJE DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS</b>	
<b>Ubicación</b>	Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (Indicadores de Gestión Hospitalaria).
<b>Objetivo</b>	Minimizar el porcentaje de cirugías suspendidas
<b>Métrica</b>	N° Intervenciones quirúrgicas suspendidas / N° Intervenciones quirúrgicas programadas x 100
<b>Estándar</b>	1 – 5 %
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> La tasa de suspensión de cirugía se define como el número de cirugías suspendidas dividido por el número total de cirugías programadas en un determinado período de tiempo en una institución y multiplicado por 100. Para la construcción de este indicador deben ser considerados todos los motivos de suspensión: los relacionados con el paciente (condición clínica desfavorable, inasistencia del paciente, falta de ayuno, entre otras) y los relacionados con el hospital (organización del centro quirúrgico, error en la programación quirúrgica, prioridad de las urgencias, disponibilidad de recursos humanos y materiales, entre otros).

<b>IH - 28 NOMBRE: PORCENTAJE DE REINGRESOS HOSPITALARIOS</b>	
<b>Ubicación</b>	Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Indicadores de Gestión Hospitalaria (2002)
<b>Objetivo</b>	Minimizar el número de reingresos hospitalarios
<b>Métrica</b>	$(N^{\circ} \text{ de pacientes que reingresan} / N^{\circ} \text{ de egresos hospitalarios}) \times 100$
<b>Estándar</b>	1 – 3 %
<b>Frecuencia</b>	Trimestral
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Los reingresos hospitalarios son un importante reflejo de la complejidad tanto de las relaciones entre los distintos niveles asistenciales como de la atención a personas con edad avanzada. Un ingreso hospitalario en estas personas es un factor de riesgo que puede desencadenar un proceso de declive en el estado funcional y una pérdida de calidad de vida.

<b>IH - 29 NOMBRE: TASA DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA MALA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES</b>	
<b>Ubicación</b>	Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud (2010).
<b>Objetivo</b>	Mejorar la asignación de los recursos
<b>Métrica</b>	$(N^{\circ} \text{ de pacientes identificados de acuerdo a la norma local en el Servicio} / \text{Total de pacientes identificados en el Servicio}) \times 100$
<b>Estándar</b>	0%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:</b> Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.  <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE:</b> es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

<b>IH - 30 NOMBRE: PORCENTAJE DE ERRORES EN LA MEDICACIÓN</b>	
<b>Ubicación</b>	Sixtina Consultin Group
<b>Objetivo</b>	Minimizar errores en la medicación
<b>Métrica</b>	$\text{Número de errores ocurridos} / \text{Cantidad de pacientes medicados} \times 100$
<b>Estándar</b>	< 5%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Un error en la medicación es un evento que puede llevar a que se haga un uso inadecuado de una medicación mientras es administrada y controlada por un profesional de la salud, un paciente o un consumidor. La oportunidad para el error incluye la dosis recomendada más la dosis ordenada pero omitida. Cualquier dosis puede ser correcta o incorrecta.

IH - 31 NOMBRE: PERMANENCIA SUPERIOR A 24 HORAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	
Ubicación	Manual de Indicadores de Calidad Para los Servicios de Urgencias de Hospitales (SEMES 2009)
Objetivo	Mejorar la asignación de recursos
Métrica	(N° de pacientes con permanencia superior a 24 horas en el S.U. / N° de pacientes atendidos) x 100
Estándar	1%
Frecuencia	Mensual
Proceso	Atención al paciente
Explicación de Términos / Descripción	<b>ESTANCIA:</b> Tiempo desde la llegada al servicio de urgencias en la zona de boxes, camillas, hasta el alta. Para este indicador, no debe considerarse estancia en el servicio de urgencias la atención del paciente en unidades de observación propias del servicio de urgencias donde se realiza control y / o tratamiento.

IH - 32 NOMBRE: CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	
Ubicación	Indicadores de Calidad Para Hospitales del Sistema Nacional de Salud (SECA 2012)
Objetivo	Reducción y mitigación del número de accidentes
Métrica	(N° de caídas en pacientes hospitalizados / total de altas de hospitalización) x 100
Estándar	0%
Frecuencia	Mensual
Proceso	Atención al paciente Calidad asistencial
Explicación de Términos / Descripción	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Las caídas en pacientes hospitalizados representan un problema común y persistente. Las tasas de caídas suelen variar en función de la casuística atendida, del entorno y de las prácticas sanitarias. Se incluyen todas las caídas de pacientes ingresados producidas en cualquiera de las áreas del hospital.

IH - 33 NOMBRE: TIEMPO DE DEMORA EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS URGENTES	
Ubicación	Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009)
Objetivo	Cumplir con estándares de tiempo, calidad de atención y satisfacción del paciente
Métrica	(N° de pacientes con patología quirúrgica urgente, intervenidos antes de 6 horas / N° de pacientes con patología quirúrgica urgente que son intervenidos) x 100
Estándar	95%
Frecuencia	Semestral
Proceso	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
Explicación de Términos / Descripción	<b>PATOLOGÍA QUIRÚRGICA URGENTE:</b> Se seleccionan los siguientes diagnósticos medibles: - Apendicitis aguda - Fracturas abiertas

<b>IH – 34    NOMBRE: NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA</b>	
<b>Ubicación</b>	Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora
<b>Objetivo</b>	Minimizar el número de pacientes en lista de espera
<b>Métrica</b>	Sumatoria total de los pacientes en lista de espera quirúrgica
<b>Estándar</b>	98
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>CENTRO QUIRÚRGICO:</b> Es el conjunto de ambientes donde se encuentra ubicada la sala de cirugía; y, cuya función gira alrededor de las salas de operaciones y que proporciona al equipo quirúrgico las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad con respecto a contaminaciones.

<b>IH - 35    NOMBRE: PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN URGENCIAS</b>	
<b>Ubicación</b>	Fundación Avedis Donabedian: II Seminario virtual internacional sobre Seguridad del paciente (2016)
<b>Objetivo</b>	Minimizar el número de eventos adversos
<b>Métrica</b>	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias / Total de personas atendidas en el servicio de urgencias en el periodo x 100
<b>Estándar</b>	< 5%
<b>Frecuencia</b>	Semestral
<b>Proceso</b>	Atención al paciente
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS:</b> Procedimiento mediante el cual un fármaco es administrado correctamente por la enfermera al paciente, por diferentes vías, según indicación médica escrita, debidamente informado y registrado, asegurando la calidad de los cuidados y disminuyendo el riesgo potencial de eventos adversos.

<b>IH - 36    NOMBRE: RETORNO A URGENCIAS EN 72 HORAS</b>	
<b>Ubicación</b>	<b>SERVICIOS DE URGENCIAS:</b> indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria
<b>Objetivo</b>	Mejorar la asignación de recursos
<b>Métrica</b>	Nº de pacientes readmitidos en un intervalo de 72 horas / Nº de pacientes atendidos en urgencias x 100
<b>Estándar</b>	< 2,5%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Los motivos por los que los pacientes pueden volver a solicitar asistencia al servicio de urgencias en un periodo breve posterior a la primera atención incluyen aquellos en los que no se ha instaurado un tratamiento efectivo o han presentado complicaciones. Este indicador nos ofrece la posibilidad de detectarlos.

<b>IH - 37</b>	<b>NOMBRE: PORCENTAJE DE PACIENTES EN ESPERA DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA IGUAL O MENOR A 15 DÍAS</b>
<b>Ubicación</b>	Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.
<b>Objetivo</b>	Incrementar la calidad en las prestaciones de salud a la población en el Hospital
<b>Métrica</b>	N° de pacientes agendados 15 días o menos en primeras consultas / Total de pacientes que solicitan ser atendidos en Consulta Externa
<b>Estándar</b>	0,62%
<b>Frecuencia</b>	Semestral
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>CONSULTA EXTERNA:</b> El servicio de consulta externa hace parte de la integralidad en el sistema de atención médica hospitalaria, produce un conjunto de actividades que apoyan los procesos preventivos, curativos y de rehabilitación de las personas y es considerado una de las puertas de entrada del paciente pediátrico y adulto a la institución hospitalaria.

<b>IH - 38</b>	<b>NOMBRE: TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MENOS DE 15 DÍAS</b>
<b>Ubicación</b>	Fundación Avedis Donabedian: II Seminario virtual internacional sobre Seguridad del paciente (2016)
<b>Objetivo</b>	Mejorar la asignación de recursos
<b>Métrica</b>	N° de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días / N° de egresos en el periodo x 100
<b>Estándar</b>	≤ 3%
<b>Frecuencia</b>	Semestral
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>REINGRESOS HOSPITALARIO:</b> El reingreso de los pacientes a los servicios de hospitalización se presenta con frecuencia como consecuencia de un deficiente abordaje y solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó. Por esta razón, este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados.

<b>TIPO DE INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES</b>	
<b>IH - 39</b>	<b>NOMBRE: EXISTENCIA DE PROTOCOLOS CLÍNICOS</b>
<b>Ubicación</b>	Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009)
<b>Objetivo</b>	Verificar la existencia y el cumplimiento de los protocolos clínicos
<b>Métrica</b>	Existencia de Protocolos Clínicos (Si / No)
<b>Estándar</b>	SI
<b>Frecuencia</b>	Anual
<b>Proceso</b>	Calidad
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> La relación de protocolos debe incluir, como mínimo, los correspondientes a las patologías más frecuentes de cada servicio. Ello corresponde a los diagnósticos que, de forma conjunta, sumen el 60% de la actividad del servicio.

<b>IH - 40 NOMBRE: TASA DE CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE TIEMPOS DE TRIAGE</b>	
<b>Ubicación</b>	Sociedad Española de Calidad Asistencial (2012)
<b>Objetivo</b>	Cumplir con estándares de tiempo de triage
<b>Métrica</b>	Nº de pacientes que cumplen con estándar de triage / Nº de pacientes
<b>Estándar</b>	> 90%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Calidad asistencial Atención al paciente
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Entre los objetivos del triage está asegurar una valoración rápida de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieren de una atención inmediata para disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad. Por lo que el cumplimiento adecuado de los tiempos destinados para cada estándar de triage, permiten brindar una atención adecuada, evitando así posibles complicaciones y la mala atención al usuario.

<b>IH - 41 NOMBRE: PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SON OPERADOS DENTRO DE UN PERIODO DE 48 HORAS DESDE SU INGRESO</b>	
<b>Ubicación</b>	Sociedad Española de Calidad Asistencial (2012)
<b>Objetivo</b>	Cumplir con guías y protocolos clínicos
<b>Métrica</b>	( Nº de pacientes intervenidos el mismo día o al día siguiente del ingreso / Pacientes ingresados para cirugía programada x 100
<b>Estándar</b>	95%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>PACIENTE OPERADO:</b> Es aquel en quien se ha practicado una o más intervenciones quirúrgicas en el centro quirúrgico del hospital. El número de pacientes operados es producto de sumar todas las personas operadas en los servicios, aunque puede desagregarse por cada uno de ellos.

<b>TIPO DE INDICADOR: SATISFACCIÓN</b>	
<b>IH - 42 NOMBRE: PORCENTAJE DE RECLAMOS CONTESTADOS OPORTUNAMENTE</b>	
<b>Ubicación</b>	Normas Técnicas de Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos Especializados, Ministerio de Salud del Perú
<b>Objetivo</b>	Determinar la capacidad del establecimiento de salud para resolver las quejas de sus usuarios
<b>Métrica</b>	Número de quejas resueltas / Total de quejas recibidas x 100
<b>Estándar</b>	> 90%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> El desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad contempla la generación permanente y organizada de evidencias de la calidad de la atención y niveles de satisfacción de los usuarios externos. Por tal motivo se requiere que los establecimientos de salud cuenten con un sistema eficaz de gestión de quejas y sugerencias de los usuarios a fin de incrementar su satisfacción. La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las entidades promotoras de salud.

IH - 43 NOMBRE: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES	
Ubicación	Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009)
Objetivo	Verificar la aplicación de las encuestas de satisfacción laboral
Métrica	Realización de encuestas de satisfacción del profesional (Si / No)
Estándar	SI
Frecuencia	Semestral
Proceso	Foco en el personal
Explicación de Términos / Descripción	<p><b>DESCRIPCIÓN:</b> Encuesta validada que sondea la opinión del profesional sobre aspectos que inciden en su satisfacción e insatisfacción en su lugar de trabajo</p> <p>Las encuestas generalmente, permiten tomar decisiones a partir de la identificación de puntos críticos, pero es necesario profundizar con otros instrumentos complementarios que permitan mejorar en el análisis de las causas que están generando la insatisfacción y tomar medidas correctivas.</p>

IH - 44 NOMBRE: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES	
Ubicación	Sociedad Española de Cuidados Paliativos Ministerio de Sanidad y Consumo Fundación Avedis Donabedian
Objetivo	Verificar la aplicación de las encuestas de satisfacción del paciente
Métrica	Realización de una encuesta de satisfacción periódica a los pacientes y sus familias o entorno cuidador (Si / No)
Estándar	SI
Frecuencia	Anual
Proceso	Atención al paciente
Explicación de Términos / Descripción	<p><b>LA ENCUESTA TIENE QUE VALORAR LOS ÁMBITOS SIGUIENTES:</b></p> <p>Trato personal, higiene de la unidad, intimidad, relaciones interpersonales, información, entorno, cuidado de objetos personales, autonomía y participación en la toma de decisiones.</p>

IH - 45 NOMBRE: PERSONAS ATENDIDAS FUERA DE BOX	
Ubicación	Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009)
Objetivo	Aumentar la satisfacción del paciente Incrementar la calidad del servicio
Métrica	$(N^{\circ} \text{ de pacientes atendidos fuera de box} / N^{\circ} \text{ de pacientes atendidos}) \times 100$
Estándar	< 1%
Frecuencia	Mensual
Proceso	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
Explicación de Términos / Descripción	<p><b>BOX:</b> toda estructura física dotada de intimidad, que se utilice como área de visita y tratamiento de enfermos.</p> <p><b>ATENCIÓN FUERA DEL BOX:</b> atención que se desarrolla fuera de la estructura física adecuada. Fundamentalmente en los aspectos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesis y exploración física.</li> <li>- Situaciones que requieren intimidad.</li> </ul>

<b>IH-46</b>	<b>NOMBRE: EXISTENCIA DE PROTOCOLO DE INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES</b>
<b>Ubicación</b>	Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009)
<b>Objetivo</b>	Cumplir con guías y protocolos clínicos
<b>Métrica</b>	Existencia de protocolo Si / No
<b>Estándar</b>	SI
<b>Frecuencia</b>	Anual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> El protocolo de información debe especificar el tipo de información que se facilita a pacientes y familiares en cada una de las fases del proceso asistencial en urgencias, así como el responsable de proporcionarla.

<b>IH-47</b>	<b>NOMBRE: TASA DE RECLAMOS REALIZADOS POR LOS PACIENTES</b>
<b>Ubicación</b>	Sociedad española de Medicina de Urgencias y Emergencias (2009)
<b>Objetivo</b>	Minimizar la tasa de reclamaciones Aumentar la satisfacción del paciente y de sus familiares
<b>Métrica</b>	$(N^{\circ} \text{ de pacientes que han presentado reclamación en el período de estudio} / N^{\circ} \text{ total de pacientes atendidos en el período de estudio}) \times 100$
<b>Estándar</b>	< 5%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Las reclamaciones suponen un fracaso en la calidad que perciben los pacientes, familiares y usuarios en general de los SUH. La tasa es una medida global del grado de conformidad del paciente con la asistencia recibida permitiendo su monitorización la detección de desviaciones.

<b>IH-48</b>	<b>NOMBRE: INFORMACIÓN A LOS PACIENTES SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS A EFECTUARSE DURANTE SU ESTANCIA</b>
<b>Ubicación</b>	Sociedad Española de Cuidados Paliativos - Ministerio de Sanidad y Consumo - Fundación Avedis Donabedian
<b>Objetivo</b>	Proporciona al paciente autonomía necesaria para participar en las decisiones que le afectan
<b>Métrica</b>	$(N^{\circ} \text{ de pacientes informados} / N^{\circ} \text{ de pacientes dados de alta del servicio de urgencias}) \times 100$
<b>Estándar</b>	> 90%
<b>Frecuencia</b>	Diaria
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	

	<b>DESCRIPCIÓN:</b> El protocolo de información debe especificar el tipo de información que se facilita a pacientes y familiares en cada una de las fases del proceso asistencial en urgencias, así como el responsable de proporcionarla.
<b>IH - 49</b>	<b>NOMBRE: TASA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE</b>
<b>Ubicación</b>	Sixtina Consulting Group
<b>Objetivo</b>	Aumentar la satisfacción del paciente
<b>Métrica</b>	(N° de pacientes satisfechos / N° de pacientes tratados) x 100
<b>Estándar</b>	≥ 85%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Los tiempos de espera y el tiempo pasado con el médico son aspectos clave en el nivel de satisfacción de los pacientes. En general, un nivel bajo de satisfacción de los pacientes está asociado con las esperas prolongadas antes de ver al médico combinadas con la brevedad de la consulta.

<b>IH-50</b>	<b>NOMBRE: TASA DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES</b>
<b>Ubicación</b>	Sixtina Consulting Group
<b>Objetivo</b>	Conocer el clima laboral, y el número de profesionales del hospital que están satisfechos con el desarrollo de sus actividades
<b>Métrica</b>	(N° de profesionales que indican estar satisfechos / N° total de profesionales encuestados o entrevistados) x 100
<b>Estándar</b>	≥ 85%
<b>Frecuencia</b>	Semestral
<b>Proceso</b>	Satisfacción del profesional
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> El conocimiento de la satisfacción del profesional puede constituir un método en sí mismo para identificar problemas u oportunidades de mejora que repercutan en la calidad de los servicios prestados.  Para medir la satisfacción hay que utilizar instrumentos que permitan analizar las diferentes dimensiones de la misma: relación con los compañeros, satisfacción intrínseca con el trabajo, remuneraciones, oportunidades de promoción, grado de responsabilidad, presión laboral, ambiente físico.

<b>IH-51</b>	<b>NOMBRE: EXISTENCIA DE PLANES DE FORMACIÓN (MÉDICOS, PARAMÉDICOS, ENFERMERAS, ADMINISTRATIVOS, ETC).</b>
<b>Ubicación</b>	Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009)
<b>Objetivo</b>	Aumentar el personal calificado Incrementar la calidad del servicio
<b>Métrica</b>	Existencia de planes de formación (Si / No)
<b>Estándar</b>	SI
<b>Frecuencia</b>	Anual
<b>Proceso</b>	Satisfacción del profesional Calidad asistencial Eficiencia clínica Atención al paciente
<b>Explicación de</b>	

<b>Términos / Descripción</b>	<b>PLAN DE FORMACIÓN:</b> Se entiende como plan de formación el documento que recoge y analiza las necesidades percibidas de formación por los profesionales del SUH y las del responsable del servicio, así como las acciones formativas que se establecen para el período concreto de acuerdo a las competencias, conocimientos y habilidades de los profesionales del servicio.
-------------------------------	--

#### INDICADORES DE EFICIENCIA

#### TIPO DE INDICADOR: PRODUCTIVIDAD - RENDIMIENTO

#### IH-52 RENDIMIENTO HORA - MÉDICO

<b>Ubicación</b>	Ministerio de Salud del Perú, Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA, (2013)
<b>Objetivo</b>	Determinar el número de pacientes atendidos por hora
<b>Métrica</b>	N° de Atenciones Médicas realizadas / N° de Horas Médico-Efectivas
<b>Estándar</b>	De 3 a 4 consultas por hora
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Es el número de productos alcanzados, en relación al recurso utilizado por unidad de tiempo.

#### IH-53 NOMBRE: PRODUCTIVIDAD HORA - MÉDICO

<b>Ubicación</b>	Ministerio de Salud del Perú, Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA, (2013)
<b>Objetivo</b>	Conocer la productividad hora médico por número de pacientes atendidos por hora por el profesional médico
<b>Métrica</b>	N° de Atenciones Médicas realizadas en un período / N° de horas médico-programadas en el mismo período
<b>Estándar</b>	De 3 a 4 consultas por hora
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>PRODUCTIVIDAD HORA – MÉDICO:</b> La relación representa la productividad hora médico de pacientes atendidos en consultorio externo. Este indicador permite evaluar la productividad del recurso médico, al conocer el número de atenciones que realiza por cada hora programada de trabajo en consultorio externo.

#### IH-54 NOMBRE: RENDIMIENTO DE LA SALA DE OPERACIONES

<b>Ubicación</b>	Ministerio de Salud del Perú, Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA, (2013)
<b>Objetivo</b>	Incrementar la eficiencia operacional en el Hospital
<b>Métrica</b>	N° Intervenciones Quirúrgicas Ejecutadas / N° de Salas de Operaciones
<b>Estándar</b>	De 80 a 100 intervenciones sala / mes
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Este Indicador sirve para conocer el promedio de

<b>Descripción</b>	<p>intervenciones quirúrgicas que se realizan, en cada sala de centro quirúrgico. Permite identificar el grado de uso de las salas quirúrgicas (puede calcularse por separado el promedio de las salas de emergencia y de las destinadas para operaciones electivas).</p> <p>Mide el número promedio de intervenciones quirúrgicas realizadas en cada turno.</p>
<b>IH-55</b>	<b>NOMBRE: INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS / QUIRÓFANO / DÍA</b>
<b>Ubicación</b>	Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.
<b>Objetivo</b>	Incrementar la eficiencia operacional en el Hospital
<b>Métrica</b>	N° de cirugías que se realizaron / N° de quirófanos / 20 días laborables
<b>Estándar</b>	2
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:</b> Conjunto de procedimientos quirúrgicos realizado a un paciente en un Quirófano (Pabellón Quirúrgico), bajo anestesia, para un tratamiento determinado, (efectuadas por uno o más equipos de, médico anestesiólogo, cardiólogo y otros según corresponda.

<b>IH-56</b>	<b>NOMBRE: PROMEDIO DE ESTANCIA</b>
<b>Ubicación</b>	Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.
<b>Objetivo</b>	Incrementar la eficiencia operacional en el Hospital
<b>Métrica</b>	Total, días estadía (pacientes egresados) / N° Egresos
<b>Estándar</b>	5,8
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DÍAS ESTANCIA:</b> Es el número de días que un paciente ha permanecido hospitalizado. Si un paciente estuvo hospitalizado en la misma oportunidad en dos o más servicios, las estancias se deben registrar en el último servicio de donde egresó. No se consignan en este rubro los días de hospitalización de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos o Intermedios, ni de los de emergencia. Tampoco los días estancia de los pacientes de cunas e incubadoras de los recién nacidos sanos

<b>IH-57</b>	<b>NOMBRE: PORCENTAJE DE CIRUGÍAS AMBULATORIAS</b>
<b>Ubicación</b>	Sixtina Consulting Group
<b>Objetivo</b>	Medir el porcentaje de cirugías que admiten el retorno del paciente a su casa el mismo día respecto del total de cirugías realizadas
<b>Métrica</b>	$(N^{\circ} \text{ de cirugías ambulatorias efectuadas} / N^{\circ} \text{ de cirugías efectuadas}) \times 100$
<b>Estándar</b>	>30%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> En las últimas décadas creció el número de cirugías ambulatorias gracias a los avances en el instrumental quirúrgico, la existencia de técnicas quirúrgicas menos invasivas y los costos menores. La cirugía

	ambulatoria elimina el proceso de admisión, reduce la cantidad de medicación que se prescribe y aprovecha más eficientemente el tiempo de los médicos. La eliminación de la admisión de los internos reduce la cantidad de medicación prescrita y puede maximizar la eficiencia del trabajo médico. Actualmente se realizan más procedimientos en el consultorio del cirujano, llamada cirugía en consultorio, que en un quirófano.
<b>IH-58</b>	<b>NOMBRE: RENDIMIENTO CAMA</b>
<b>Ubicación</b>	Ministerio de Salud del Perú, Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA, (2013)
<b>Objetivo</b>	Conocer el uso promedio de una cama
<b>Métrica</b>	Nº egresos / Nº camas disponibles promedio
<b>Estándar</b>	4 egresos al mes
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Eficiencia Clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> El valor representa el número de pacientes que usaron una misma cama en un periodo determinado, este indicador puede usarse en forma general para todo el hospital o para un servicio o especialidad.

<b>IH-59</b>	<b>NOMBRE: PORCENTAJE DE CONTRAREFERENCIAS</b>
<b>Ubicación</b>	Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.
<b>Objetivo</b>	Incrementar la eficiencia operacional en el Hospital
<b>Métrica</b>	Nº de Contrareferencias / Total de referencias cumplidas
<b>Estándar</b>	0,36
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>REFERENCIA:</b> La Referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud. <b>CONTRAREFERENCIA:</b> La Contrareferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió.

<b>IH-60</b>	<b>NOMBRE: PORCENTAJE DE CESÁREAS POR PARTOS ATENDIDOS</b>
<b>Ubicación</b>	Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.
<b>Objetivo</b>	Minimizar la tasa de cesáreas
<b>Métrica</b>	Nº de partos por cesáreas atendidos en el establecimiento / Total de partos atendidos en el establecimiento
<b>Estándar</b>	0,32
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Aunque la cesárea es un procedimiento quirúrgico que, bien utilizado, contribuye a salvar vidas y mejorar la calidad de vida de madres e

	hijos, el crecimiento en su frecuencia va más allá de lo que podría esperarse dadas las indicaciones puntuales para las que se recomienda esta intervención. Por tanto, la medición del porcentaje de cesáreas arroja información sobre la calidad de la atención, particularmente en sus aspectos técnicos, y permite identificar desviaciones mayores no sólo entre unidades sino entre profesionales de la salud.
<b>IH-61</b>	<b>NOMBRE: PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE PABELLONES QUIRÚRGICOS ELECTIVOS</b>
<b>Ubicación</b>	Instrumento de Evaluación Establecimientos Auto Gestionados en Red Minsal - abril 2016
<b>Objetivo</b>	Incrementar la productividad de los pabellones quirúrgicos
<b>Métrica</b>	(Número de horas de pabellones electivos utilizadas en el periodo / Total de horas de pabellones electivos disponibles en el periodo) x 100
<b>Estándar</b>	≥ 85%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Se definirá como porcentaje de utilización de pabellones quirúrgicos electivos, el tiempo medido en horas, en que se utiliza el conjunto de recursos humanos y materiales disponibles, de manera organizada, en un recinto físico determinado, para proporcionar acciones anestésicas, diagnósticas y terapéuticas de tipo quirúrgico, de acuerdo a las necesidades del paciente.
<b>*Nota: Se toma en cuenta el rendimiento asociado a todo tipo de actividades del personal médico, paramédico, especialistas, enfermeras, etc.</b>	

<b>TIPO DE INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES</b>	
<b>IH-62</b>	<b>NOMBRE: EXISTENCIA DE UN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN O SELECCIÓN DE PACIENTES</b>
<b>Ubicación</b>	Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de los Hospitales (SEMES 2009)
<b>Objetivo</b>	Verificar la existencia y la correcta aplicación del sistema
<b>Métrica</b>	Existencia de la sistemática (Sí / No)
<b>Estándar</b>	SI
<b>Frecuencia</b>	Anual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>CLASIFICACIÓN O SELECCIÓN:</b> permite efectuar una evaluación inicial de los pacientes y priorizar la asistencia. <b>SISTEMÁTICA DE CLASIFICACIÓN:</b> protocolo escrito que especifica la forma en que se han de clasificar los pacientes. Ha de contemplar el tiempo máximo de clasificación, el lugar donde hay que efectuarla, la persona encargada, los niveles de priorización establecidos mediante algoritmos y la actitud a seguir según el nivel de priorización.

<b>IH-63</b>	<b>NOMBRE: PORCENTAJE DE PACIENTES IDENTIFICADOS CORRECTAMENTE EN LA FICHA DE ACCESO AL CENTRO DE SALUD</b>
<b>Ubicación</b>	Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud
<b>Objetivo</b>	Verificar que los datos del identificador utilizado corresponden al paciente
<b>Métrica</b>	Nº pacientes en que ambas fuentes de información coinciden / Nº total de pacientes identificados x 100

<b>Estándar</b>	95%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> La identificación inadecuada de pacientes es una causa importante en los problemas de complicaciones asociadas a errores en la asistencia.
<b>IH-64</b>	<b>NOMBRE: NÚMERO DE REGISTROS DE PACIENTES POR TURNO</b>
<b>Ubicación</b>	Sixtina Consulting Group
<b>Objetivo</b>	Mejorar la asignación de recursos
<b>Métrica</b>	(N° de registros de pacientes internados / N° de turnos hospitalarios)
<b>Estándar</b>	40 – 50
<b>Frecuencia</b>	Diaria
<b>Proceso</b>	Foco en el personal Atención al paciente
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Mide el número de registros de internos por turno, en promedio

<b>INDICADORES DE CAPACIDAD</b>	
<b>TIPO DE INDICADOR: OFERTA</b>	
<b>IH - 65</b>	<b>NOMBRE: CAPACIDAD DE CAMAS HOSPITALARIAS</b>
<b>Ubicación</b>	Sixtina Consulting Group
<b>Objetivo</b>	Mide el número de camas en el hospital diseñadas y construidas para la admisión de pacientes
<b>Métrica</b>	N° de camas hospitalarias
<b>Estándar</b>	175 - 200
<b>Frecuencia</b>	Anual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<p><b>CAMA HOSPITALARIA:</b> Es la cama instalada para el uso regular de los pacientes hospitalizados (que no sean recién nacidos en el hospital) durante su estadía en el establecimiento.</p> <p><b>SE CUENTA COMO CAMA DE HOSPITAL:</b> todas las camas de adultos y de niños (con o sin barandillas), las cunas de recién nacidos enfermos, las incubadoras, las camas de cuidados intensivos.</p> <p>No deben contarse como camas de hospital aquellas que se usan sólo temporalmente con fines de diagnóstico o tratamiento (rayos X, fisioterapia, cama de trabajo de parto, camas de recuperación postoperatoria, camillas ubicadas en la sala de emergencia donde los pacientes esperan su atención definitiva), camas para acompañantes, camas en el depósito y camas para el personal.</p>

<b>IH-66</b>	<b>NOMBRE: RELACIÓN ENFERMERAS / MÉDICOS</b>
<b>Ubicación</b>	Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Indicadores de Gestión Hospitalaria (2002)
<b>Objetivo</b>	Determinar el balance de personal médico y de enfermería en atención al paciente
<b>Métrica</b>	Total, de enfermeras en atención directa / N° de médicos

<b>Estándar</b>	4
<b>Frecuencia</b>	Anual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Proporción del personal de enfermería con relación al personal médico
<b>IH-67</b>	<b>NOMBRE: NÚMERO DE CAMAS POR MÉDICO</b>
<b>Ubicación</b>	Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Indicadores de Gestión Hospitalaria (2002)
<b>Objetivo</b>	Determinar el balance de personal médico en relación con la capacidad instalada
<b>Métrica</b>	Nº de médicos adscritos en atención directa / Nº de camas censable
<b>Estándar</b>	8
<b>Frecuencia</b>	Anual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Proporción de personal médico con relación al número de camas censables

<b>IH-68</b>	<b>NOMBRE: RELACIÓN ENFERMERAS / CAMAS NO CENSABLES</b>
<b>Ubicación</b>	Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Indicadores de Gestión Hospitalaria (2002)
<b>Objetivo</b>	Determinar el balance de personal de enfermería en atención directa al paciente, en relación con la capacidad instalada
<b>Métrica</b>	Nº de personal de enfermería en atención directa / Nº de camas no censables
<b>Estándar</b>	1 – 3 %
<b>Frecuencia</b>	Anual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>CAMA NO CENSABLE:</b> Se denomina cama no censable, a la cama que se destina a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y su característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.

<b>IH-69</b>	<b>NOMBRE: RELACIÓN ENFERMERAS / CAMAS CENSABLES</b>
<b>Ubicación</b>	Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Indicadores de Gestión Hospitalaria (2002)
<b>Objetivo</b>	Determinar el balance de personal de enfermería en atención directa al paciente, en relación con la capacidad instalada
<b>Métrica</b>	Nº de enfermeras en atención directa / Nº de camas censables
<b>Estándar</b>	1 – 3 %
<b>Frecuencia</b>	Anual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
	<b>CAMA CENSABLE:</b> Se denomina cama censable, a la cama en servicio

<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	instalada en el área de hospitalización, para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la asigna al paciente en el momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.
--	---

<b>IH-70</b>	<b>NOMBRE: AUSENTISMOS DE LOS PROFESIONALES (MÉDICOS, ENFERMARAS, PARAMÉDICOS Y OTROS)</b>
--------------	--

<b>Ubicación</b>	Universidad de Cádiz: Validación de un Modelo para Medir la Calidad Asistencial en los Hospitales
<b>Objetivo</b>	Conocer el número de profesionales del centro sanitario que no acuden a realizar su labor asistencia
<b>Métrica</b>	(N° de profesionales que no acuden a su puesto de trabajo / Total de profesionales) x 100
<b>Estándar</b>	< 5%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Foco en el personal
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Este indicador mide la tasa de ausentismo por turno como el N° de días licencias médicas sobre la dotación de personal de urgencia. Debe ser mostrado según la función del empleado, es decir, médicos, enfermeras, técnicos paramédicos, auxiliares, especialistas, etc.

<b>IH-71</b>	<b>NOMBRE: PROMEDIO DIARIO DE CAMAS DISPONIBLES</b>
--------------	---

<b>Ubicación</b>	Ministerio de Salud de Argentina, Guía para la elaboración de Indicadores Seleccionados
<b>Objetivo</b>	Determinar el número de camas que en promedio estuvieron en funcionamiento cada día durante un período
<b>Métrica</b>	Total de días-cama disponibles en un período dado / Total de días del mismo período
<b>Estándar</b>	85 – 95%
<b>Frecuencia</b>	Diaria
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Es el número promedio de camas que estuvieron en funcionamiento cada día en un período dado. El promedio de censo diario es un indicador de utilización de las camas disponibles, que expresa los servicios brindados a los pacientes internados en un día censal.

<b>IH-72</b>	<b>NOMBRE: ÍNDICE DE ROTACIÓN O GIRO DE CAMAS</b>
--------------	---

<b>Ubicación</b>	Manual Censo Diario de Camas y Pacientes Ministerio de Salud de Chile (2014)
<b>Objetivo</b>	Medir el número de pacientes que pasan por una cama hospitalaria en un período de tiempo determinado
<b>Métrica</b>	N° de egresos en un periodo dado / Promedio de camas disponibles o en trabajo del mismo período
<b>Estándar</b>	Para hospitales de 180 y más camas de 47 egresos anuales por cama censable
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial

<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<p><b>DESCRIPCIÓN:</b> Es la razón de egresos hospitalarios, en relación con el número de camas censables existentes.</p> <p>Este indicador permite conocer la intensidad de la utilización de una cama disponible durante un periodo dado. Es una medida de afluencia de paciente, ya que aumenta a media que ingresan y egresan pacientes al establecimiento.</p> <p>Orienta sobre el rendimiento de la cama y permite, por lo tanto, una mejor distribución de las mismas.</p>
<b>TIPO DE INDICADOR: DEMANDA</b>	
<b>IH-73 NOMBRE: PROMEDIO DÍAS DE ESTADA</b>	
<b>Ubicación</b>	Manual Censo Diario de Camas y Pacientes Ministerio de Salud de Chile (2014)
<b>Objetivo</b>	Mide cuantos días en promedio está hospitalizado un paciente desde su ingreso hasta su egreso
<b>Métrica</b>	Nº de días de estadía de pacientes egresados en un período dado / Total de egresos del mismo período
<b>Estándar</b>	De 3 a 7 días
<b>Frecuencia</b>	Diaria
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA:</b> Es el número de días de permanencia en el hospital de un paciente egresado, comprendido entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso. Para el cálculo del indicador se cuenta el día de ingreso, pero no el de egreso. A los pacientes ingresados y egresados el mismo día se les computa un día de permanencia.

<b>H-74 NOMBRE: PROMEDIO DE CENSO DIARIO</b>	
<b>Ubicación</b>	Sixtina Consulting Group
<b>Objetivo</b>	Mide el número de camas ocupadas por día en el hospital, en promedio
<b>Métrica</b>	Nº de días camas ocupadas en un período dado / Total de días del mismo periodo
<b>Estándar</b>	40 – 50
<b>Frecuencia</b>	Diaria
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<p><b>CENSO DIARIO DE CAMAS Y PACIENTES:</b> El censo diario de camas y pacientes hospitalizados tiene por objetivo recoger información diaria acerca de las camas disponibles, su utilización y el movimiento de pacientes ocurridos en el área de hospitalización, permitiendo obtener el recuento diario de pacientes que ocupan camas en dotación hospitalarias, verificando fechas de ingreso, desde el exterior o de manera interna del establecimiento hospitalario y fechas de egresos cuando corresponda.</p> <p>Se registrarán todas las “entradas” y “salidas” producidas en la sala de hospitalización que se está censando, pero sólo después de efectuadas. Es decir, la “entrada” se anotará en el momento que el paciente ocupe la cama en dotación y la “salida” desde que la desocupe y abandone la sala.</p>

<b>IH-75 NOMBRE: TASA DE PACIENTES MAÑANA</b>	
<b>Ubicación</b>	Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.
<b>Objetivo</b>	Controlar tasa de pacientes (mañana)
<b>Métrica</b>	Nº de pacientes que ingresan en turno de 08:01 a 14:00 / Total de pacientes en 24hrs

<b>Estándar</b>	40%
<b>Frecuencia</b>	Diaria
<b>Proceso</b>	Atención al paciente
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Permite determinar la cantidad de pacientes que son atendidos en cada una de las jornadas (Matutina, Vespertina y Nocturna), con la finalidad de establecer los recursos necesarios para una óptima atención, así como el uso adecuado de los mismos.
<b>IH-76 NOMBRE: TASA DE PACIENTES TARDE</b>	
<b>Ubicación</b>	Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.
<b>Objetivo</b>	Controlar tasa de pacientes (tarde)
<b>Métrica</b>	N° de pacientes que ingresan en turno de 14:01 a 20:00 / Total de pacientes en 24hrs
<b>Estándar</b>	35%
<b>Frecuencia</b>	Diaria
<b>Proceso</b>	Atención al paciente
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Permite determinar la cantidad de pacientes que son atendidos en cada una de las jornadas (Matutina, Vespertina y Nocturna), con la finalidad de establecer los recursos necesarios para una óptima atención, así como el uso adecuado de los mismos.

<b>IH-77 NOMBRE: TASA DE PACIENTES NOCHE</b>	
<b>Ubicación</b>	Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.
<b>Objetivo</b>	Controlar tasa de pacientes (noche)
<b>Métrica</b>	N° de pacientes que ingresan en turno de 20:01 a 08:00 / Total de pacientes en 24hrs
<b>Estándar</b>	25%
<b>Frecuencia</b>	Diaria
<b>Proceso</b>	Atención al paciente
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Permite determinar la cantidad de pacientes que son atendidos en cada una de las jornadas (Matutina, Vespertina y Nocturna), con la finalidad de establecer los recursos necesarios para una óptima atención, así como el uso adecuado de los mismos.

<b>IH-78 NOMBRE: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS</b>	
<b>Ubicación</b>	Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.
<b>Objetivo</b>	Mide el grado de ocupación de cada cama hospitalaria
<b>Métrica</b>	Total, de Pacientes-Días / Total de Días camas Disponibles * 100
<b>Estándar</b>	0,7%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> El porcentaje de ocupación hospitalaria es una forma de medir la eficiencia en la utilización de los recursos hospitalarios, dado que informa sobre la capacidad utilizada o subutilizada en los hospitales. De acuerdo con los manuales de contenido múltiple para unidades hospitalarias, el porcentaje de ocupación máximo para unidades de 30 a 180 camas censables, total y por servicio, fluctúa de 85 a 90%, así un porcentaje menor al 85% refleja capacidad instalada ociosa; por otra parte en los hospitales es recomendable un 15% de

	capacidad de reserva. Este indicador mide el grado de utilización de las unidades hospitalarias a partir de valorar el porcentaje de ocupación anual, para el cálculo se empleará una constante de 365 días hábiles. Se incluirán las camas censables de unidades hospitalarias, a excepción de las camas en unidades psiquiátricas, las destinadas a médicos internistas y enfermeras y las clasificadas como de tránsito.
<b>IH-79</b>	<b>NOMBRE: INTERVALO DE SUSTITUCIÓN DE CAMA</b>
<b>Ubicación</b>	Ministerio de Salud del Perú, Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA, (2013)
<b>Objetivo</b>	Determinar el tiempo en que permanece la cama vacía entre un egreso y el subsiguiente ingreso a la misma cama
<b>Métrica</b>	(N° Días cama disponibles - N° pacientes día) N° de egresos hospitalarios
<b>Estándar</b>	0.6 hasta 1 día
<b>Frecuencia</b>	Anual
<b>Proceso</b>	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<p><b>DESCRIPCIÓN:</b> Este indicador mide el tiempo en que permanece la cama vacía ente un egreso y el subsiguiente ingreso a la misma cama.</p> <p>El intervalo de sustitución y el promedio de estadía son los indicadores que determinan estadísticamente el porcentaje de ocupación y el rendimiento cama. Los promedios más altos indican poca demanda del servicio u otros problemas organizativos.</p> <p>Una cama como promedio, no debe estar más de un día vacía.</p> <p><b>DATOS REQUERIDOS:</b> Días camas disponibles, Pacientes-Días y Egresos Hospitalarios.</p>

<b>INDICADORES ECONÓMICOS</b>	
<b>TIPO DE INDICADOR: COSTOS</b>	
<b>IH-80</b>	<b>NOMBRE: TURNOS PERDIDOS</b>
<b>Ubicación</b>	Sixtina Consulting Group
<b>Objetivo</b>	Reducir los costos de turnos perdidos
<b>Métrica</b>	N° de turnos perdidos / N° de turnos otorgados
<b>Estándar</b>	< 10%
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Administrativo
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<p><b>DESCRIPCIÓN:</b> La pérdida de turnos puede significar una pesada carga administrativa y económica para cualquier Institución de Salud. Las causas pueden ser múltiples, desde falta de información correcta de los pacientes hasta problemas organizativos de la institución. Cuando este indicador es muy elevado se hace evidente la necesidad de analizar sus causas.</p>

<b>IH-81</b>	<b>NOMBRE: COSTO PROMEDIO POR PACIENTE POR TOTAL DE PACIENTES</b>
<b>Ubicación</b>	Indicadores de Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
<b>Objetivo</b>	Minimizar el costo promedio por paciente
<b>Métrica</b>	Costo total pacientes atendidos / N° de pacientes egresados
<b>Estándar</b>	Depende del estándar definido por cada hospital
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Recaudación

<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Este indicador indica el costo promedio que significa un paciente durante su estancia en el centro hospitalario. Debido a lo distinto que es cada tipo de paciente, y los diferentes recursos que requiere, se recomienda agruparlos según patologías, categorización, u otro criterio adecuado según la demanda de la unidad.
<b>IH-82 NOMBRE: COSTO PROMEDIO POR SERVICIO</b>	
<b>Ubicación</b>	Indicadores de Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
<b>Objetivo</b>	Determinar costos promedios por servicio
<b>Métrica</b>	Promedio del costo de cada servicio
<b>Estándar</b>	Depende del estándar definido por cada hospital
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Proceso</b>	Recaudación
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Este indicador indica el costo promedio que significa un paciente en el servicio en el que ha sido atendido. Debido a lo distinto que es cada tipo de paciente, y los diferentes recursos que requiere, se recomienda agruparlos según patologías, categorización, u otro criterio adecuado según la demanda de la unidad.

<b>TIPO DE INDICADOR: FINANCIERO</b>	
<b>IH-83 NOMBRE: EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA</b>	
<b>Ubicación</b>	Indicadores de Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
<b>Objetivo</b>	Cumplir con el presupuesto
<b>Métrica</b>	Presupuesto ejecutado / Presupuesto programado
<b>Estándar</b>	100%
<b>Frecuencia</b>	Trimestral
<b>Proceso</b>	Administrativo
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Este indicador complementa al costo promedio por paciente, ya que analiza el presupuesto realmente ejecutado en la atención del paciente, en relación con el presupuestado asignado.  - Principalmente, en el sector público, la ejecución presupuestaria es muy importante para poder evaluar el correcto uso de los recursos asignados a un servicio de salud.

<b>IH-84 NOMBRE: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA – GASTO CORRIENTE</b>	
<b>Ubicación</b>	Objetivos trazados por el Hospital General Isidro Ayora.
<b>Objetivo</b>	Cumplir con el presupuesto
<b>Métrica</b>	Devengado / Vigente
<b>Estándar</b>	0,24
<b>Frecuencia</b>	Anual 2016
<b>Proceso</b>	Administrativo
<b>Explicación de Términos / Descripción</b>	<b>DESCRIPCIÓN:</b> Este indicador permite evaluar la eficacia del gasto, componente importante de la capacidad gerencial de quienes dirigen un hospital. Ofrece información útil para conocer la proporción del presupuesto que ha sido gastado durante un período. Para realizar los cálculos, se puede considerar el tiempo que corresponde al ejercicio presupuestal o el año

calendario, pero es recomendable tomar períodos más cortos, por rubros, para lograr la máxima utilidad de este indicador, de tal manera que sea posible conocer el comportamiento del gasto y establecer medidas correctivas oportunamente.

**Fuente:** Elaborado por el Autor.

**Anexo B:** Encuesta de Satisfacción Laboral.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL INSTITUCIÓN: HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA									
<p><i>La presente encuesta forma parte de un estudio investigativo previo a optar el grado de Magíster en Control de Gestión de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile. Su información es muy importante para considerar aquellos factores que están influyendo en su satisfacción. Por este motivo solicito su colaboración y a la vez agradezco su atención. Los datos proporcionados serán de absoluta confidencialidad. De la lista de preguntas proporcionadas por medio de la presente encuesta, sírvase marcar con una (X) lo que a su criterio considere pertinente.</i></p>									
<b>Fecha de aplicación:</b> marzo de 2017									
ÁREA EN DONDE TRABAJA	CARGO DESEMPEÑA	QUE	DATOS PERSONALES		ESTUDIOS DE CUARTO NIVEL				
Emergencia	Cuidado Directo		EDAD		Doctorado				
UCI	Líder de Servicio		SEXO		Maestría				
Cirugía	Supervisor (a)		Masculino		Especialización				
Medicina Interna	Otro:		Femenino		Ninguno				
Sala de Operación	PROGRAMA DE CONTRATACIÓN		ESTADO CIVIL		ÚLTIMA CAPACITACIÓN				
Recuperación	Nombramiento		Soltero (a)		Año 2017				
Gineco-Obstetricia	Indefinido		Casado (a)		Año 2016				
Neonatología	Temporal		Divorciado (a)		Año 2015				
Consulta Externa	TIPO DE SERVIDOR		Viudo (a)		Año 2014				
Otros:	Servidor Público N°		Unión Libre		Ninguno				
ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	TRABAJA EN OTRA INSTITUCIÓN		QUIÉN OTORGÓ SU ÚLTIMA CAPACITACIÓN						
Años:	Sí	No	Personal		Hospital				
<p><b>Marque con una (X) ¿Cómo usted se siente con respecto a...? De la siguiente manera: MI = Muy insatisfecho, I = Insatisfecho, E = Indiferente, S = Satisfecho, MS = Muy Satisfecho.</b></p>									
<b>REMUNERACIÓN Y BENEFICIOS</b>					MI	I	E	S	MS
1.	Los beneficios sociales que usted recibe								
2.	El sueldo que percibe acorde a su trabajo								
<b>SEGURIDAD LABORAL</b>					MI	I	E	S	MS
3.	La seguridad, estabilidad y protección que brinda su trabajo								
4.	La posibilidad de asistencia médica, dotación de uniformes								
5.	La seguridad laboral que ofrece el trabajo frente a riesgo de enfermedades								
<b>CONDICIONES DE TRABAJO</b>					MI	I	E	S	MS

6.	Los recursos materiales e informáticos que cuenta su lugar de trabajo					
7.	La limpieza, higiene y salubridad del lugar de trabajo					
8.	El entorno físico y espacio que dispone su lugar de trabajo					
9.	El nivel de ruido que se produce en el lugar de trabajo					
10.	El tiempo o las horas que dispone para realizar o terminar el trabajo					
11.	El puesto de trabajo que ocupa y que le corresponde por capacidad y preparación					
12.	La flexibilidad de horarios de trabajo y las oportunidades de cambios de turno					
<b>STATUS Y PRESTIGIO</b>		<b>MI</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>MS</b>
13.	La independencia para organizar su trabajo según puesto categoría profesional					
14.	La capacidad para decidir autónomamente sobre aspectos relativos a su trabajo					
15.	La confianza en sí misma, aptitud y habilidad para desempeñar su trabajo					
<b>SUPERVISIÓN</b>		<b>MI</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>MS</b>
16.	La frecuencia de supervisión que ejercen sobre su trabajo					
17.	La forma en que sus supervisores juzgan su tarea					
18.	La forma como está dirigido o gestionado su hospital					
19.	La función que realiza la coordinación de Enfermería					
<b>RELACIONES</b>		<b>MI</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>MS</b>
20.	La relación es cordial con sus jefes					
21.	La relación con sus compañeros de trabajo					
<b>DIRECCIÓN Y POLÍTICAS</b>		<b>MI</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>MS</b>
22.	Los objetivos, misión, visión del hospital					
23.	Las políticas sobre cambios de turnos					
24.	Las políticas de permisos, contratación y reglamento interno del trabajo					
<b>VIDA PERSONAL</b>		<b>MI</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>MS</b>
25.	El tiempo suficiente que puedo dedicar a mi familia, trabajando en el hospital					
26.	El estado de ánimo, salud y horas de sueño no altera o perturban mi trabajo					
<b>LOGROS</b>		<b>MI</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>MS</b>
27.	Los logros que ha obtenido durante todo el tiempo de permanencia en el hospital					
28.	La calidad de atención que se obtiene para brindar a la población					
<b>RECONOCIMIENTO</b>		<b>MI</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>MS</b>
29.	Su participación, es tomada en cuenta en las decisiones de su grupo de trabajo					
30.	El reconocimiento que recibe por su esfuerzo por realizar un buen trabajo					
		<b>MI</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>MS</b>

<b>PREMIOS, INCENTIVOS Y CAPACITACIÓN</b>						
<b>31.</b>	La forma que el hospital premia e incentiva a sus empleados					
<b>32.</b>	La oportunidad que tiene para aprender nuevas cosas en el hospital					
<b>33.</b>	La posibilidad de promoción que tiene en el hospital					
<b>34.</b>	Las oportunidades de ascender en su puesto de trabajo					
<b>35.</b>	La capacitación, promoción, formación y actualización de la carrera que le dan					
<b>CRECIMIENTO</b>		<b>MI</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>MS</b>
<b>36.</b>	Las oportunidades que ofrece su trabajo en realizar lo que más le gusta					
<b>37.</b>	El apoyo que recibe por parte de sus jefes para realizar un trabajo bien hecho					
<b>RESPONSABILIDAD</b>		<b>MI</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>MS</b>
<b>38.</b>	La facilidad para llevar a cabo sus funciones					
<b>39.</b>	La cantidad de responsabilidad que le dan					
<b>INDIQUE 3 FACTORES QUE MÁS LE GUSTEN DE SU TRABAJO</b>						
1.						
2.						
3.						
<b>INDIQUE 3 SUGERENCIAS DE MEJORAS QUE CONSIDERE NECESARIAS PARA DESEMPEÑAR SUS FUNCIONES SATISFACTORIAMENTE</b>						
1.						
2.						
3.						
<b>¡¡¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!</b>						

Fuente: Adaptación propia.

**Anexo C:** Resultado de la aplicación de la encuesta realizada a los empleados del Hospital General Isidro Ayora.

### 1. Características Generales Sociodemográficas y Laborales.

Al caracterizar la muestra tomada para este estudio, la cual representa un total de 94 empleados, se presenta en la Tabla N°1, sus principales variables sociodemográficas y laborales.

**Tabla N°1:** Variables Sociodemográficas y Laborales de los empleados del Hospital Isidro Ayora.

<b>VARIABLES DEMOGRÁFICAS</b>		<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJES</b>
<b>SEXO</b>	MASCULINO	28	29.79
	FEMENINO	66	70.21
<b>EDAD</b>	Menor de 25 años	4	4.26
	De 25 a 35años	36	38.30
	De 36 a 45 años	28	29.79
	De 46 a 55 años	12	12.77
	Mayor a 55 años	14	14.89
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltero (a)	20	21.28
	Casado (a)	52	55.32
	Divorciado (a)	14	14.89
	Viudo (a)	6	6.38
	Unión Libre	2	2.13
<b>CARGO QUE DESEMPEÑA</b>	Cuidado Directo	6	6.38
	Líder de Servicio	4	4.26
	Supervisor (a)	2	2.13
	Otros	82	87.23
<b>ESCALA DE REMUNERACIÓN</b>	SP Nro. 03 – 05	46	48.94
	SP Nro. 06 – 10	40	42.55
	SP > Nro. 10	8	8.51
<b>ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</b>	De 06 a 11 meses	4	4.26
	De 1 a 5 años	44	46.81
	De 6 a 10 años	18	19.15
	De 11 a 15 años	12	12.77
	De 16 a 20 años	0	0
	> 20 años	16	17.02
<b>FORMA DE CONTRATACIÓN</b>	Nombramiento / Indefinido	56	59.57

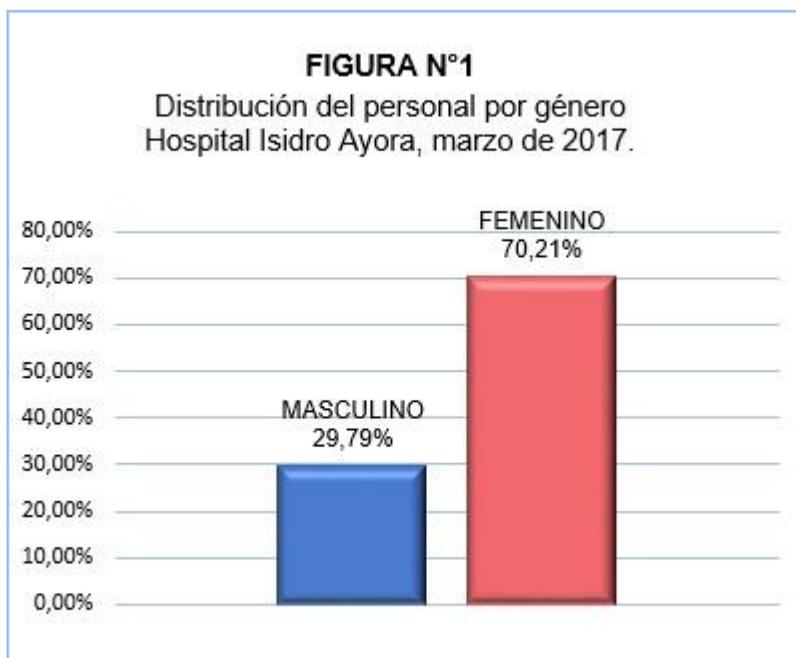
	Temporal	38	40.43
<b>TRABAJA EN OTRA INSTITUCIÓN</b>	SI	6	6.38
	NO	88	93.62

**Fuente:** Datos obtenidos a partir de la aplicación de la encuesta de satisfacción laboral realizada a los empleados del Hospital Isidro Ayora.

## 2. Demostración Gráfica de las Variables Sociodemográficas y Laborales.

### 2.1. Distribución del personal por género

<b>VARIABLES DEMOGRÁFICAS</b>		<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJES</b>
<b>SEXO</b>	Masculino	28	29.79%
	Femenino	66	70.21%
	<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

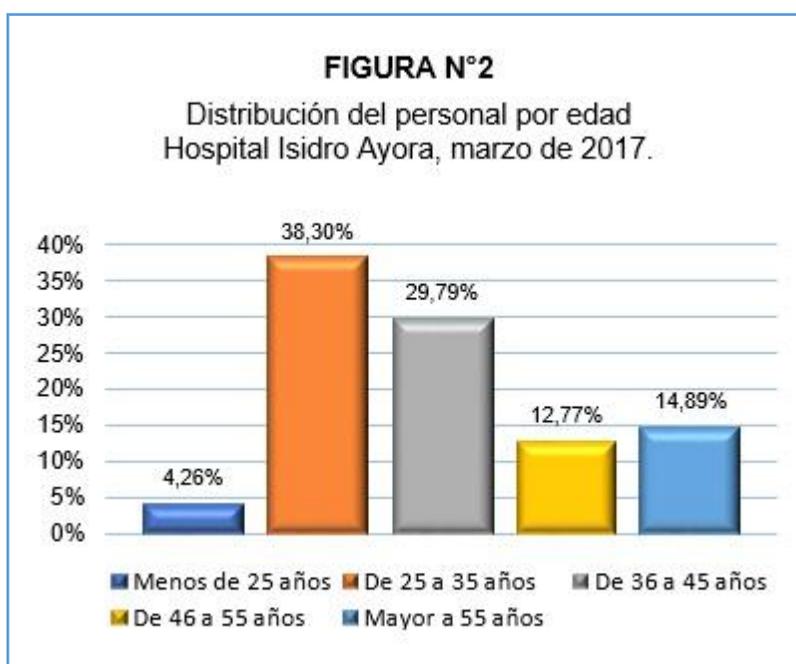


### INTERPRETACIÓN:

De la aplicación de la encuesta se pudo determinar que del total de los 94 empleados que participaron del estudio, el 70,21% corresponde al sexo femenino, mientras que el 29,79% de los empleados encuestados corresponden al sexo masculino.

## 2.2. Distribución del personal por edad

<b>VARIABLES DEMOGRÁFICAS</b>		<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJES</b>
<b>EDAD</b>	Menos de 25 años	4	4.26%
	De 25 a 35 años	36	38.30%
	De 36 a 45 años	28	29.79%
	De 46 a 55 años	12	12.77%
	Mayor a 55 años	14	14.89%
	<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>



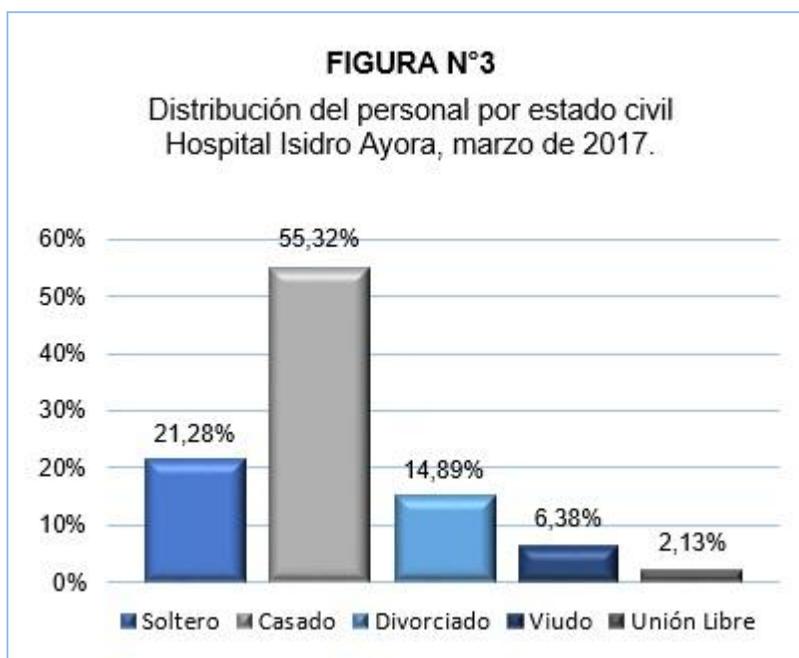
### INTERPRETACIÓN:

En cuanto a la edad, se destaca que, del total de los empleados encuestados, el 4,26% corresponde a una edad menor de 25 años, siendo esta la menos frecuente, por el contrario,

se puede mencionar que la edad más frecuente corresponde a la comprendida entre 25 a 35 años, con un porcentaje equivalente al 38,30%.

### 2.3. Distribución del personal por estado civil

<b>VARIABLES DEMOGRÁFICAS</b>		<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJES</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltero (a)	20	21.28 %
	Casado (a)	52	55.32 %
	Divorciado (a)	14	14.89 %
	Viudo (a)	6	6,38 %
	Unión Libre	2	2.13 %
	<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>



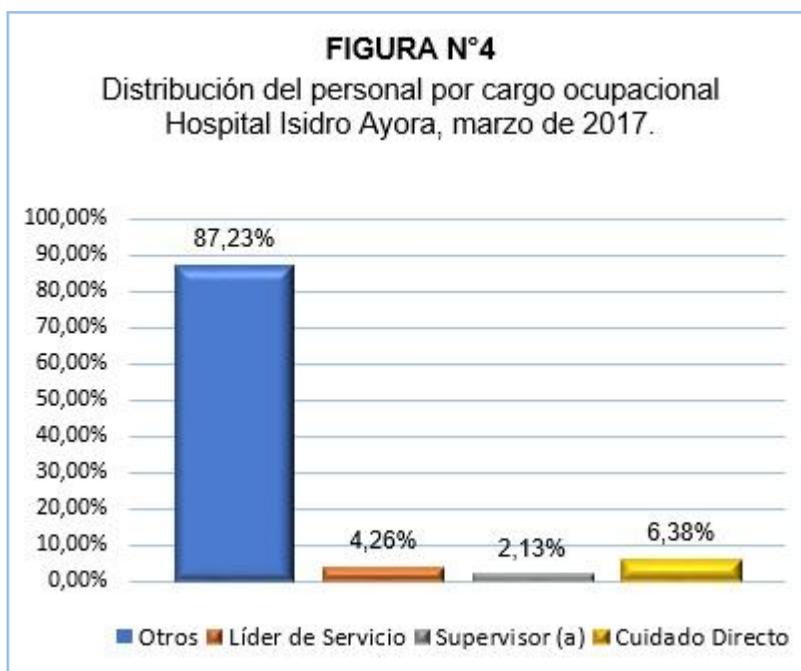
#### INTERPRETACIÓN:

Respecto del estado civil de los empleados (as) del Hospital General Isidro Ayora, aquellos que se encuentran en condición de casados (as), representan un 55,32% del total

de los empleados encuestados, mientras que, el 21,28% corresponde aquellos que se encuentran en condición de solteros, siendo los primeros los que tienen mayor representatividad en el estudio, por otra parte, tan solo el 2,13% de los empleados encuestados permanecen en unión libre, un 6,38% viudos, y un 14,89% a aquellos que se encuentran en condición de divorciados.

#### 2.4. Distribución del personal por cargo ocupacional

VARIABLES DEMOGRÁFICAS		FRECUENCIA	PORCENTAJES
<b>CARGO QUE DESEMPEÑA</b>	Cuidado Directo	34	6.38%
	Líder de Servicio	4	4.26%
	Supervisor (a)	2	2.13%
	Otros	54	87.23%
	<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>



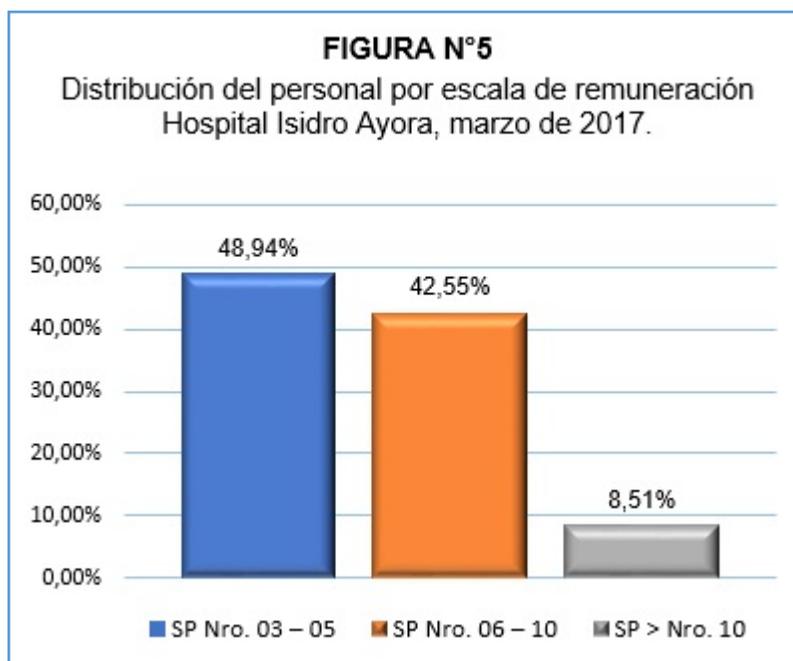
#### INTERPRETACIÓN:

En relación con la distribución del personal respecto de la categoría profesional: el 4,26% del personal que contestó la encuesta son líderes de servicio, el 6,38% corresponde a

empleados de cuidado directo, el 2,13% a supervisores, y finalmente, el 87,23% a aquellos profesionales que cumplen una función distinta a las ya mencionadas.

## 2.5. Distribución del personal por escala de remuneración

<b>VARIABLES DEMOGRÁFICAS</b>		<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJES</b>
<b>ESCALA DE REMUNERACIÓN</b>	SP Nro. 03 – 05	46	48.94%
	SP Nro. 06 – 10	40	42.55%
	SP > Nro. 10	8	8.51%
	<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>



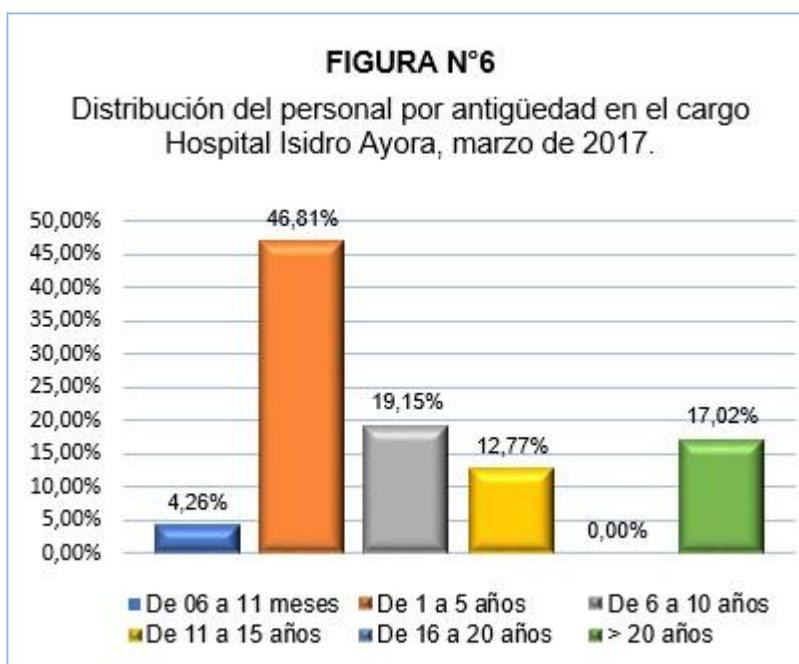
### INTERPRETACIÓN:

Acerca de la distribución del personal por escala de remuneración, se obtuvo que del total de los empleados que participaron de la encuesta, el 48,94% corresponde a aquellos servidores que se encuentran en una escala de remuneración del servidor público (SP Nro.

03 – 05), el 42,55% a servidores públicos cuya remuneración se encuentra en la escala de (06 – 10), y, por último, el 8,51% de los empleados encuestados se encuentran en la escala de remuneración correspondiente a (SP > Nro. 10).

## 2.6. Distribución del personal por antigüedad en el cargo

VARIABLES DEMOGRÁFICAS		FRECUENCIA	PORCENTAJES
<b>ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</b>	De 06 a 11 meses	4	4.26%
	De 1 a 5 años	44	46.81%
	De 6 a 10 años	18	19.15%
	De 11 a 15 años	12	12.77%
	De 16 a 20 años	0	0%
	> 20 años	16	17.02%
	<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

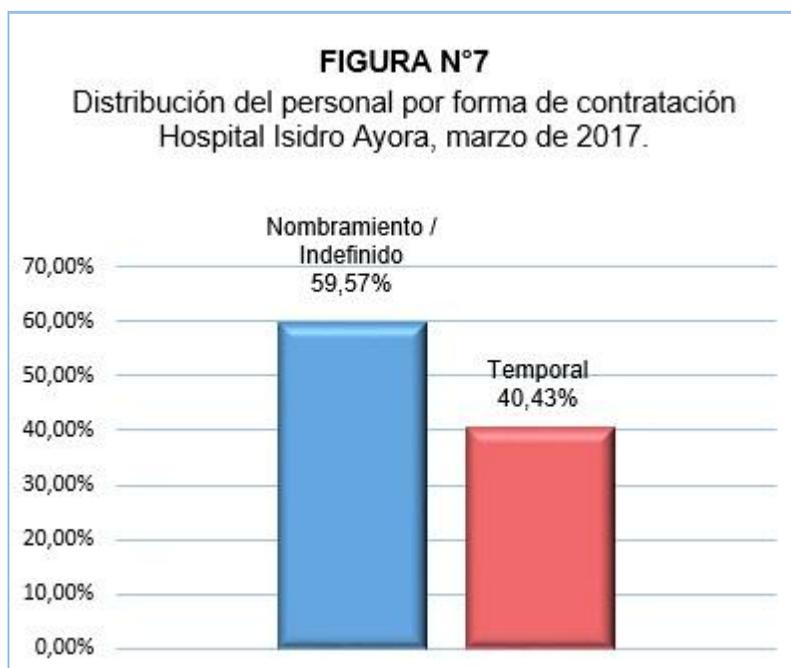


### INTERPRETACIÓN:

En cuanto a la antigüedad en el cargo, el 4,26% de los empleados poseen menos de 1 año en el desarrollo de sus funciones, es decir de 06 a 11 meses, el 46,81%, de 1 a 5 años, el 19,15% corresponde a aquellos empleados que prestan sus servicios por alrededor de 10 años, un menor porcentaje correspondiente al 12,77% lo ocupan los empleados que trabajan por alrededor de 11 a 15 años, y por último el 17,02% corresponde a empleados con más de 20 años en la institución.

## 2.7. Distribución del personal por la forma de contratación

VARIABLES DEMOGRÁFICAS		FRECUENCIA	PORCENTAJES
<b>FORMA DE CONTRATACIÓN</b>	Nombramiento / Indefinido	56	59.57%
	Temporal	38	40.43%
	<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>



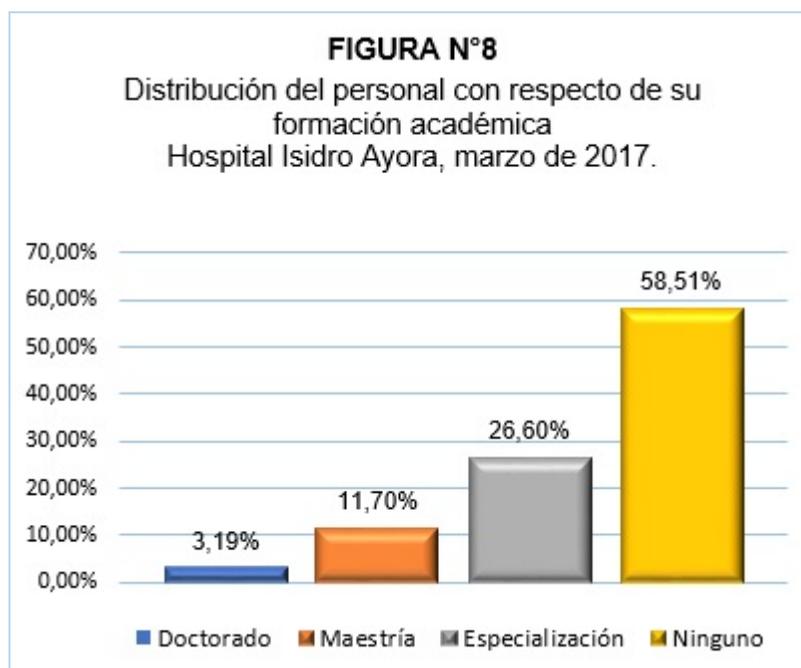
### INTERPRETACIÓN:

En relación con la situación laboral, el 59,57% de los empleados cuentan con Contrato Fijo o Nombramiento por Concurso, mientras que el 40,43% poseen Contrato Ocasional o Nombramiento Eventual, los resultados indican que existe una mínima diferencia entre

aquellos empleados cuya situación laboral está sujeta a un contrato laboral, de aquellos que poseen contrato indefinido.

## 2.8. Distribución del personal con respecto de su formación académica

<b>VARIABLES DEMOGRÁFICAS</b>		<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJES</b>
<b>ESTUDIOS DE CUARTO NIVEL</b>	Doctorado	3	3,19%
	Maestría	11	11,70%
	Especialización	25	26,60%
	Ninguno	55	58,51%
	<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

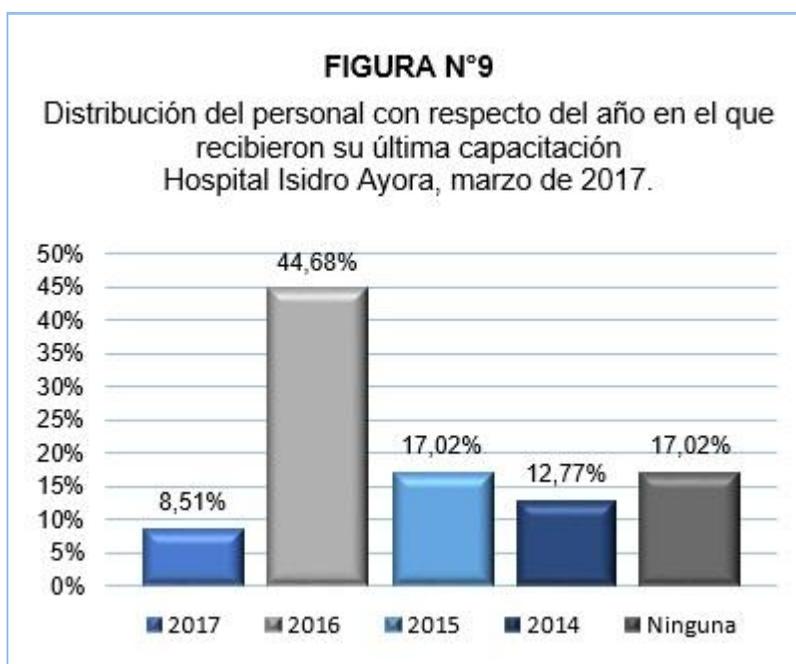


### INTERPRETACIÓN:

Con respecto a la formación académica, tan solo el 3,19% de los encuestados posee estudios de Doctorado, el 11,70% de maestría, el 26,60% de especialización, y el 58,51% del personal encuestado no posee título de cuarto nivel.

## 2.9. Distribución del personal con relación al año en el que recibieron su última capacitación

<b>VARIABLES DEMOGRÁFICAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJES</b>
<b>AÑO EN EL QUE RECIBIÓ SU ÚLTIMA CAPACITACIÓN</b>	2017	8,51%
	2016	44,68%
	2015	17,02%
	2014	12,77%
	Ninguna	17,02%
	<b>TOTAL</b>	<b>94</b>

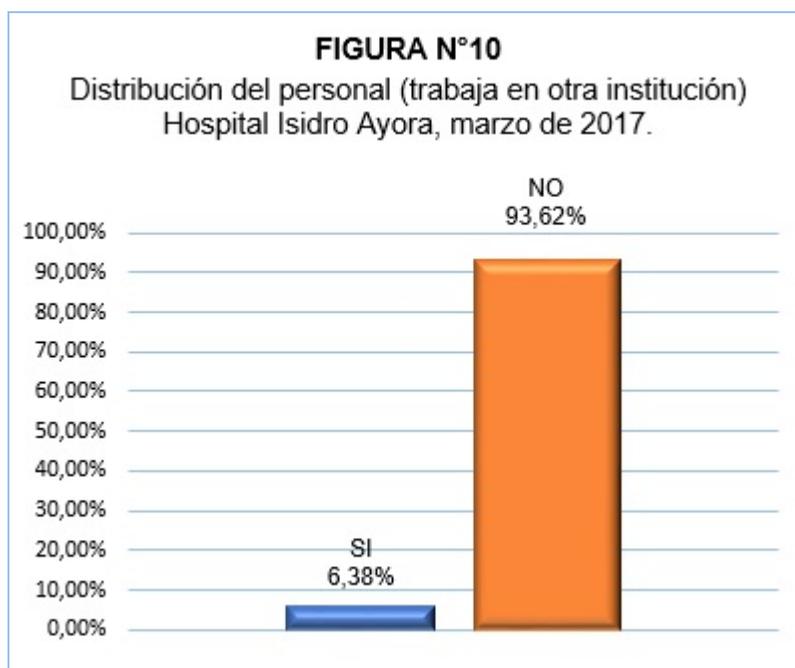


**INTERPRETACIÓN:**

Respecto de las capacitaciones recibidas, el 44,68% del personal afirma haber recibido su última capacitación en el año 2016, el 17,02% en el año 2015, el 12,77% en el año 2014, el 17,02% afirma no haber recibido alguna capacitación por parte del Hospital, cabe mencionar además, que para este año (marzo 2017) tan solo el 8,51% de los empleados han recibido capacitación.

## 2.10. Distribución del personal con respecto de si estos trabajan en otra institución

VARIABLES DEMOGRÁFICAS		FRECUENCIA	PORCENTAJES
<b>TRABAJA EN OTRA INSTITUCIÓN</b>	SI	6	6.38%
	NO	88	93.62%
	<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>



### INTERPRETACIÓN:

El 6,38% de los empleados que participaron de la encuesta, manifiestan realizar o desempeñar actividades ajenas a las prestadas en el Hospital General Isidro Ayora, es

decir, desarrollarse como profesional en alguna otra institución, mientras que, prácticamente la totalidad de la muestra representada en un 93,62%, aducen no prestar sus servicios profesionales en otras instituciones.

### 3. Satisfacción laboral relacionada con las características sociodemográficas y laborales.

A partir de los datos obtenidos en la aplicación de la encuesta, se efectuó la relación entre la satisfacción laboral y las características sociodemográficas y laborales, obteniendo los siguientes resultados:

**Tabla N°2:** Satisfacción Laboral de los empleados del Hospital Isidro Ayora de acuerdo con las Características Sociodemográficas.

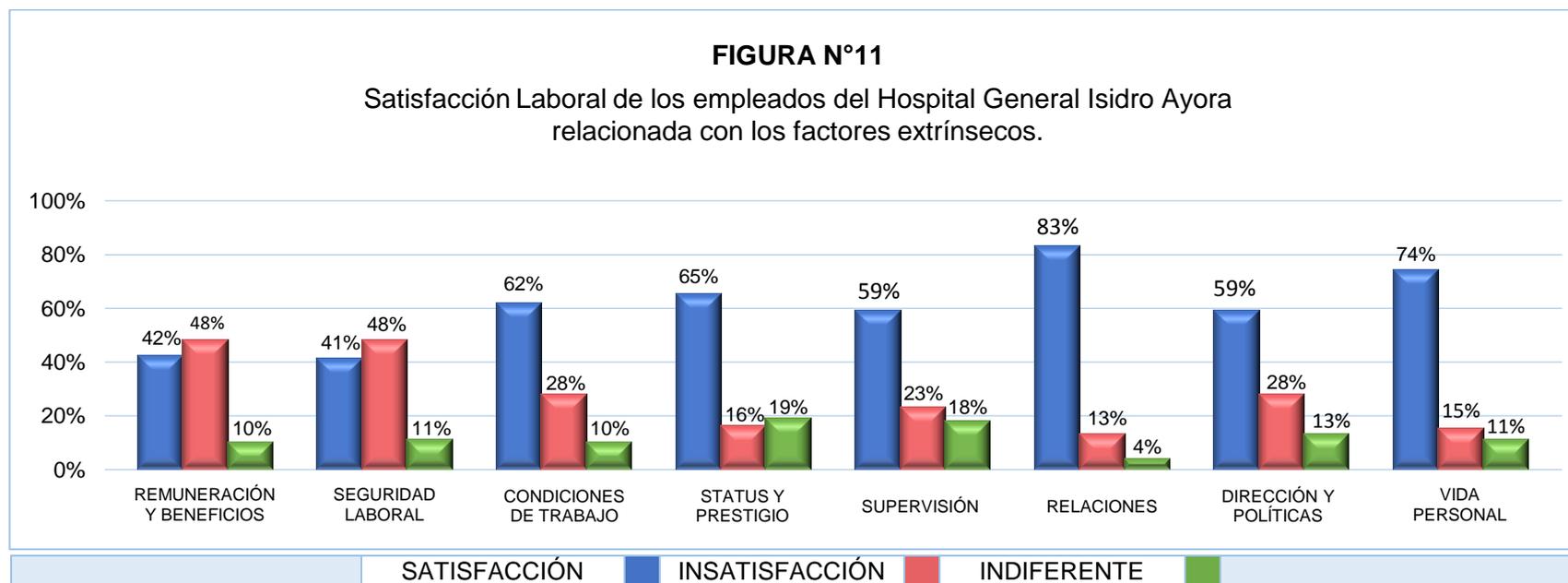
<b>VARIABLE</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>INSATISFACCIÓN</b>	<b>INDIFERENTE</b>	<b>SATISFACCIÓN</b>
<b>SEXO</b>	Femenino	35 %	12 %	53 %
	Masculino	37 %	19 %	44 %
<b>EDAD</b>	Menor de 25 años	57 %	-	43 %
	De 25 a 35 años	23 %	17 %	60 %
	De 36 a 45 años	39 %	15 %	46 %
	De 46 a 55 años	52 %	11 %	37 %
	Mayor a 55 años	54 %	11 %	35 %
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltero (a)	41 %	16 %	43 %
	Casado (a)	36 %	17 %	47 %
	Divorciado (a)	40 %	14 %	46 %
	Viudo (a)	38 %	5 %	57 %
	Unión Libre	22 %	5 %	73 %
<b>CARGO QUE DESEMPEÑA</b>	Cuidado Directo	77 %	7 %	16 %
	Líder de Servicio	17 %	17 %	66 %
	Supervisor (a)	29 %	19 %	52 %
	Otro	31 %	17 %	52 %
<b>ESCALA DE REMUNERACIÓN</b>	SP Nro. 03 – 05	25 %	14 %	61 %
	SP Nro. 06 – 10	37 %	15 %	48 %
	SP > Nro. 10	44 %	8 %	48 %
<b>ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</b>	< 1 año	-	23 %	77 %
	De 1 a 5 años	35 %	11 %	54 %
	De 6 a 10 años	49 %	9 %	42 %
	De 11 a 15 años	44 %	5 %	51 %

	De 16 a 20 años	-	-	-
	> 20 años	34 %	24 %	42 %
<b>FORMA DE CONTRATACIÓN</b>	Nombramiento / Indefinido	41 %	15 %	44 %
	Temporal	28 %	18 %	54 %

**Fuente:** Datos obtenidos a partir de la aplicación de la encuesta de satisfacción laboral realizada a los empleados del Hospital Isidro Ayora.

#### 4. Nivel de Satisfacción Laboral con relación a los factores extrínsecos de los empleados del Hospital Isidro Ayora.

VARIABLE	SATISFACCIÓN	INDIFERENTE	INSATISFACCIÓN
REMUNERACIÓN Y BENEFICIOS	42%	10%	48%
SEGURIDAD LABORAL	41%	11%	48%
CONDICIONES DE TRABAJO	62%	10%	28%
STATUS Y PRESTIGIO	65%	19%	16%
SUPERVISIÓN	59%	18%	23%
RELACIONES	83%	4%	13%
DIRECCIÓN Y POLÍTICAS	59%	13%	28%
VIDA PERSONAL	74%	11%	15%



**Fuente:** Datos obtenidos a partir de la aplicación de la encuesta de satisfacción laboral realizada a los empleados del Hospital General Isidro Ayora.

## **INTERPRETACIÓN:**

Luego de la aplicación del estudio realizado al personal del Hospital General Isidro Ayora, se determinó que existe mayor satisfacción respecto de los factores; Relaciones y Vida Personal, y una marcada insatisfacción en los factores; Seguridad Laboral y Remuneración y Beneficios.

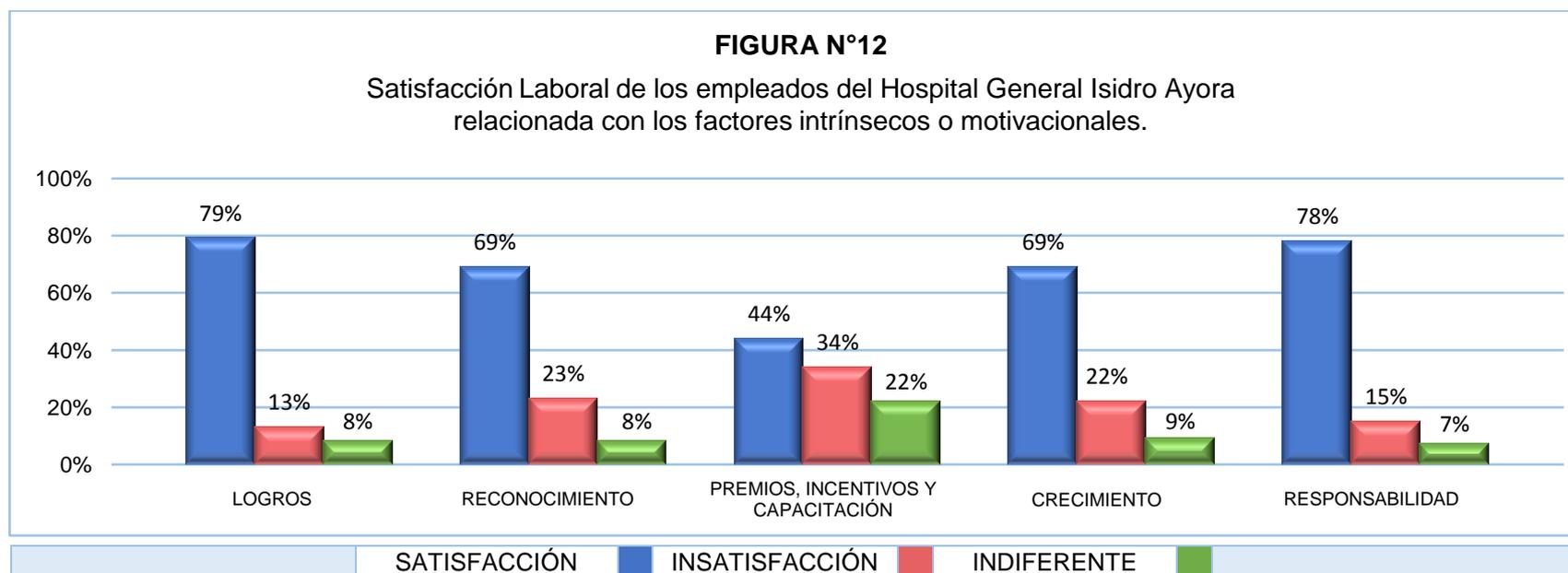
De acuerdo a los factores evaluados con respecto a la satisfacción laboral, se determinó que, para el primer factor correspondiente a la Remuneración y Beneficios, se percibe una insatisfacción correspondiente al **48%**, seguido por el de Seguridad Laboral cuyo porcentaje coincide con el primer factor, es decir un **48%** de los empleados se sienten insatisfechos respecto de la Seguridad que brinda su lugar de trabajo. Ahora bien, para el primer caso el personal podría no sentirse motivado al desarrollar sus actividades, ya que no se sienten conformes respecto de la remuneración que perciben por la prestación de sus servicios, y con relación al segundo factor, se puede mencionar que los empleados encuentran su entorno muy inseguro.

Respecto de los factores que generan un mayor grado de satisfacción, los cuales están relacionados con las Relaciones Interpersonales, cuyo porcentaje es equivalente al **83%**, se puede mencionar que existe un nivel general de satisfacción, ya que la mayor parte de los empleados se encuentran satisfechos, destacando de esta forma las relaciones que puedan conllevar entre compañeros y con sus superiores, destacando de esta forma el clima organizacional, el cual es fundamental para el buen manejo y desarrollo de las actividades, y el cumplimiento de metas y objetivos.

En cuanto al factor Vida Personal, cuyo nivel de satisfacción corresponde al **74%**, cabe señalar que, mediante la aplicación de las encuestas, se pudo determinar que los empleados muestran un gran nivel de motivación en cuanto al tiempo que pueden compartir tanto con sus familias como en el desarrollo de sus actividades.

**5. Nivel de Satisfacción Laboral con relación a los factores intrínsecos o motivacionales de los empleados del Hospital General Isidro Ayora.**

<i>VARIABLE</i>	<i>INSATISFACCIÓN</i>	<i>INDIFERENTE</i>	<i>SATISFACCIÓN</i>
<b>LOGROS</b>	13 %	8 %	79 %
<b>RECONOCIMIENTO</b>	23 %	8 %	69 %
<b>PREMIOS, INCENTIVOS Y CAPACITACIÓN</b>	34 %	22 %	44 %
<b>CRECIMIENTO</b>	22 %	9 %	69 %
<b>RESPONSABILIDAD</b>	15 %	7 %	78 %



**Fuente:** Datos obtenidos a partir de la aplicación de la encuesta de satisfacción laboral realizada a los empleados del Hospital General Isidro Ayora.

## INTERPRETACIÓN:

En cuanto a los factores intrínsecos o motivacionales, aquellos que por su naturaleza nacen del individuo y se ven reflejados en su accionar o comportamiento, y que además están relacionados con el cargo y con las tareas que el individuo realiza. Los factores motivacionales involucran sentimientos relacionados con el crecimiento individual, la responsabilidad, los logros o las metas alcanzadas, etc. Factores cuyo resultado se ve reflejado directamente en el nivel de satisfacción que el individuo posee.

Respecto de los datos obtenidos, a través de la aplicación de la encuesta, se obtuvieron los siguientes resultados: para el factor Logros, cuyos ítems corresponden a los logros que el empleado ha obtenido durante todo el tiempo de permanencia en el hospital, y sobre la calidad de atención que se obtiene para brindar a la población, se obtuvo un porcentaje equivalente al **79%**, respecto de la satisfacción de los empleados, y un **13%** de insatisfacción.

Para el factor relacionado con el Reconocimiento, se pudo evidenciar que existe un gran porcentaje de satisfacción, cuyo porcentaje equivale al **69%**, y la insatisfacción con un porcentaje del **23%**, los ítems que fueron contestados por los empleados corresponden a si su participación es tomada en cuenta en las decisiones de su grupo de trabajo, y respecto del reconocimiento que recibe por realizar un buen trabajo.

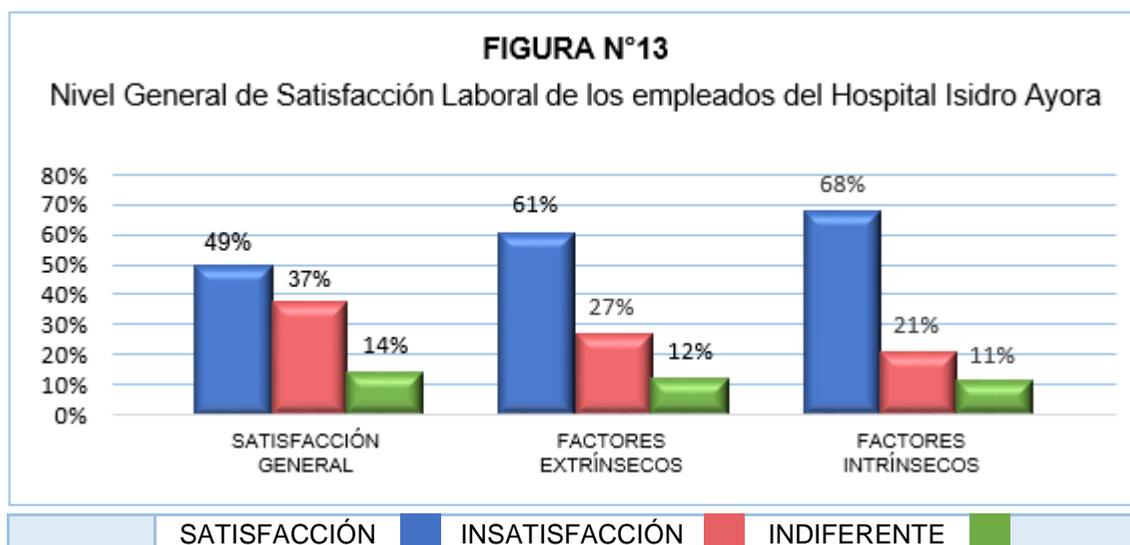
En cuanto al factor Premios, Incentivos y Capacitación, los resultados mostraron que existe un porcentaje de satisfacción moderado, cuyo porcentaje de satisfacción es equivalente al **44%**, y el de insatisfacción con un **34%**, cabe señalar que el ítem que genera mayor grado de insatisfacción es el correspondiente a la forma en la que el hospital premia e incentiva a sus empleados, dando como resultado el **52%** de insatisfacción, **22%** de satisfacción, y por último, el **26%** de los empleados consideran que este ítem es indiferente.

Para el factor Crecimiento existe una notoria satisfacción, representada por un porcentaje del **69%**, **22%** de insatisfacción, y tan solo el **9%** de la población encuestada es indiferente respecto de este factor, cabe señalar que los ítems utilizados para este factor estuvieron

relacionados con las oportunidades que ofrece el trabajo para realizar lo que más les gusta, y el apoyo recibido por parte de sus jefes.

Por último, para el factor Responsabilidad, relacionado con la facilidad que tienen los empleados para llevar a cabo sus funciones, y acerca de la cantidad de responsabilidad que les son encomendadas, los resultados obtenidos reflejan un grado de satisfacción alto, cuyo porcentaje equivale al **78%**, por otro lado, el nivel de insatisfacción representa el **15%**, y tan solo el **7%** de los empleados se muestran indiferentes con respecto de este factor.

## 6. Satisfacción General.



### INTERPRETACIÓN:

Para determinar el nivel de satisfacción laboral, es preciso determinar el nivel general de satisfacción, es por ello que una vez analizados cada uno de los factores, se pudo determinar que para la satisfacción general existe un grado de **satisfacción bajo**, ya que tan solo el **49%** de los empleados se encuentran satisfechos respecto de este factor, por otra parte, al analizar los factores intrínsecos y extrínsecos de los trabajadores del Hospital General Isidro Ayora, se determinó que existe un nivel de satisfacción mayor con respecto de los factores intrínsecos, siendo estos los que generan mayor motivación al momento de desarrollar las actividades a ellos encomendadas.

**7. Sugerencias de los empleados del Hospital General Isidro Ayora luego de aplicada la encuesta de satisfacción laboral.**

- Beneficios Sociales
- Estabilidad Laboral
- Capacitaciones
- Implementación de personal

**Anexo D:** Encuesta de Satisfacción del Paciente.

<b>ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE</b> <b>INSTITUCIÓN: HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA</b>							
<p><i>La presente encuesta forma parte de un estudio investigativo previo a optar el grado de Magíster en Control de Gestión de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile. Su información es muy importante para considerar aquellos factores que están influyendo en su satisfacción. Por este motivo solicito su colaboración y a la vez agradezco su atención. Los datos proporcionados serán de absoluta confidencialidad. De la lista de preguntas proporcionadas por medio de la presente encuesta, sírvase marcar con una (X) lo que a su criterio considere pertinente.</i></p>							
<b>Fecha de aplicación:</b> marzo de 2017							
<b>Sexo:</b>	<b>Femenino</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Masculino</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Edad:</b>	<b>15 – 25</b>	<input type="checkbox"/>	<b>26 – 35</b>	<input type="checkbox"/>	<b>36 – 45</b>	<input type="checkbox"/>	<b>46 – 55</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>56 – 65</b>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>66 y +</b>
<b>1. Quién contesta la encuesta: (Relación con el Consultante)</b>							
<b>Paciente</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Padre</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Madre</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Hijo (a)</b>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Otro</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Motivo de asistencia al Centro Hospitalario</b>							
<b>Servicios</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Farmacia</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Vacunas</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Emergencia</b>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Otro</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aspectos Generales de la Hospitalización</b>							
<b>Según la experiencia que tuvo respecto de la atención de salud recibida. ¿Cuán satisfecho (a) o insatisfecho (a) está usted con los siguientes aspectos? Por favor, marque con una (X) lo que a su criterio considere pertinente.</b>					<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>3.</b>	El Hospital dispone de especialistas.						
<b>4.</b>	Cuando llegó a hospitalizarse, el tiempo que esperó para que le asignaran una cama o pieza fue más de una hora.						
<b>5.</b>	La realización de los exámenes y procedimientos durante la hospitalización tomó un tiempo prudente.						
<b>6.</b>	El hospital dispone de suficientes equipos técnicos, medicamentos, insumos y materiales.						
<b>7.</b>	Los servicios y unidades del hospital estaban claramente indicados y señalizados.						
<b>URGENCIA:</b> (Solo se despliega si ingresó por urgencia)					<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>8.</b>	El tiempo de espera fue razonable desde que llegó hasta ser atendido.						
<b>9.</b>	El personal de salud actuó en forma coordinada y eficiente para resolver su problema de salud.						
<b>10.</b>	Mientras esperó atención en la camilla, el personal le hizo sentir que no estaba solo, que lo estaban cuidando.						
<b>11.</b>	El médico le informó en términos no médicos a usted y familia sobre su estado de salud, procedimientos a efectuarse, entre otros.						

12.	El personal que lo atendió le transmitió confianza, le dio seguridad en lo que hace.				
<b>Calidad de la Atención</b> (en relación con la última atención recibida)		<b>Muy Buena</b>	<b>Buena</b>	<b>Mala</b>	<b>Muy Mala</b>
13.	La atención recibida en el Hospital fue:				
14.	Su percepción sobre el trato de los profesionales del Hospital fue:				
15.	La atención y/o información entregada por el funcionario que la/lo atendió en su consulta médica fue:				
16.	La atención recibida en la farmacia fue:				
17.	La atención recibida por medio del call center fue:				
<b>Calidad de la organización y funcionamiento del establecimiento.</b>		<b>Muy Buena</b>	<b>Buena</b>	<b>Mala</b>	<b>Muy Mala</b>
18.	El tiempo de espera previo a su atención médica es:				
19.	La entrega de información con respecto al funcionamiento del Hospital es:				
20.	En relación con sus reclamos y sugerencias, la adopción de estas ha sido:				
<b>Calidad de la Infraestructura.</b>		<b>Muy Buena</b>	<b>Buena</b>	<b>Mala</b>	<b>Muy Mala</b>
21.	La implementación (sillas, televisión, calefacción, etc.) de la Sala de Espera es:				
22.	La infraestructura (sala de espera, box, oficinas, etc.) del Hospital es:				
23.	La disponibilidad de baños para los pacientes es:				
24.	La limpieza de los baños es:				
25.	El acceso al Hospital es:				
26.	El acceso a personas a personas con discapacidad o minusválidos al Hospital es:				
<b>DESEA REALIZAR ALGÚN COMENTARIO ADICIONAL:</b>					
<b>¡¡¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!</b>					

Fuente: Adaptación propia.

**Anexo E:** Resultado de la aplicación de la encuesta realizada a los pacientes del Hospital General Isidro Ayora.

**1. Factores sociodemográficos relacionados a la satisfacción con la atención percibida.**

Al caracterizar la muestra tomada para este estudio, la cual representa un total de 190 pacientes, se presenta en la Tabla N°5, sus principales variables sociodemográficas.

**Tabla N°3:** Variables Sociodemográficas de los pacientes del Hospital General Isidro Ayora.

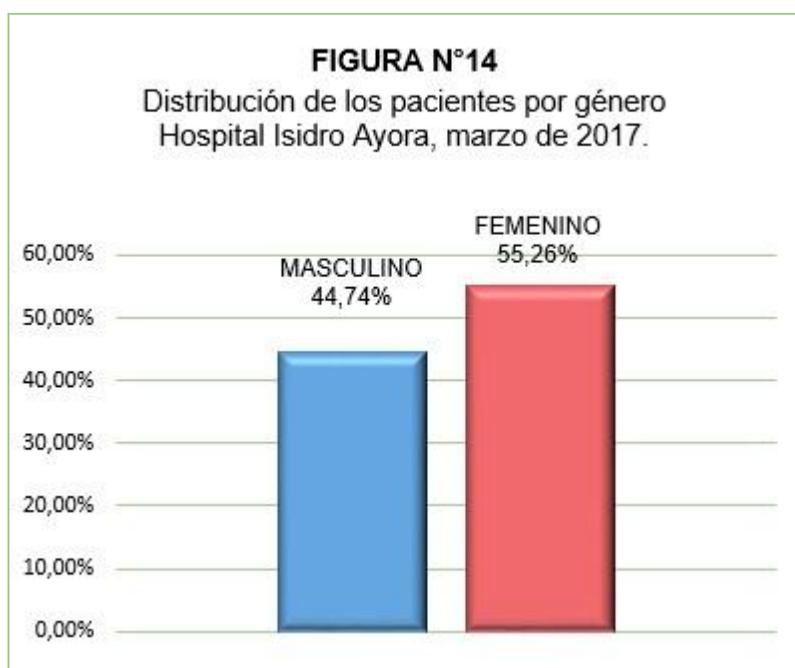
<b>VARIABLES DEMOGRÁFICAS</b>		<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJES</b>
<b>SEXO</b>	Masculino	85	44.74
	Femenino	105	55.26
<b>EDAD</b>	De 15 a 25 años	64	33.68
	De 26 a 35 años	48	25.26
	De 36 a 45 años	26	13.68
	De 46 a 55 años	30	15.79
	De 56 a 65 años	12	6.32
	Mayor de 66 años	10	5.26
<b>QUIÉN CONSULTA LA ENCUESTA (Relación con el Consultante)</b>	Paciente	28	20
	Padre	38	14.74
	Madre	56	29.47
	Hijo (a)	38	20
	Otro	30	15.79
<b>MOTIVO DE ASISTENCIA AL CENTRO HOSPITALARIO</b>	Servicios	74	38.94
	Farmacia	12	6.32
	Vacunas	14	7.37
	Emergencia	60	31.58
	Otros	30	15.79

**Fuente:** Datos obtenidos a partir de la aplicación de la encuesta de satisfacción realizada a los pacientes del Hospital General Isidro Ayora.

## 2. Demostración Gráfica de las Variables Sociodemográficas.

### 2.1. Distribución de los pacientes por género

VARIABLES DEMOGRÁFICAS		FRECUENCIA	PORCENTAJES
SEXO	Masculino	85	44.74%
	Femenino	105	55.26%
	<b>TOTAL</b>	<b>190</b>	<b>100%</b>

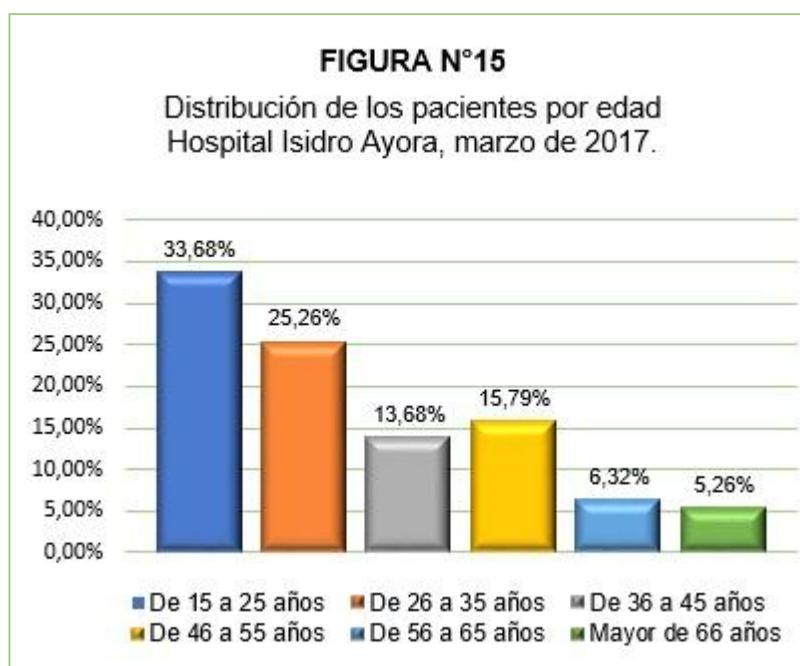


#### INTERPRETACIÓN:

De la aplicación de la encuesta se pudo determinar que del total de los 190 pacientes que participaron del estudio, el 55,26% corresponde al sexo femenino, mientras que el 44,74% de los empleados encuestados corresponde al sexo masculino.

## 2.2. Distribución de los pacientes por edad

VARIABLES DEMOGRÁFICAS		FRECUENCIA	PORCENTAJES
EDAD	De 15 a 25 años	64	33.68%
	De 26 a 35 años	48	25.26%
	De 36 a 45 años	26	13.68%
	De 46 a 55 años	30	15.79%
	De 56 a 65 años	12	6.32%
	Mayor de 66 años	10	5.26%
	<b>TOTAL</b>	<b>190</b>	<b>100%</b>

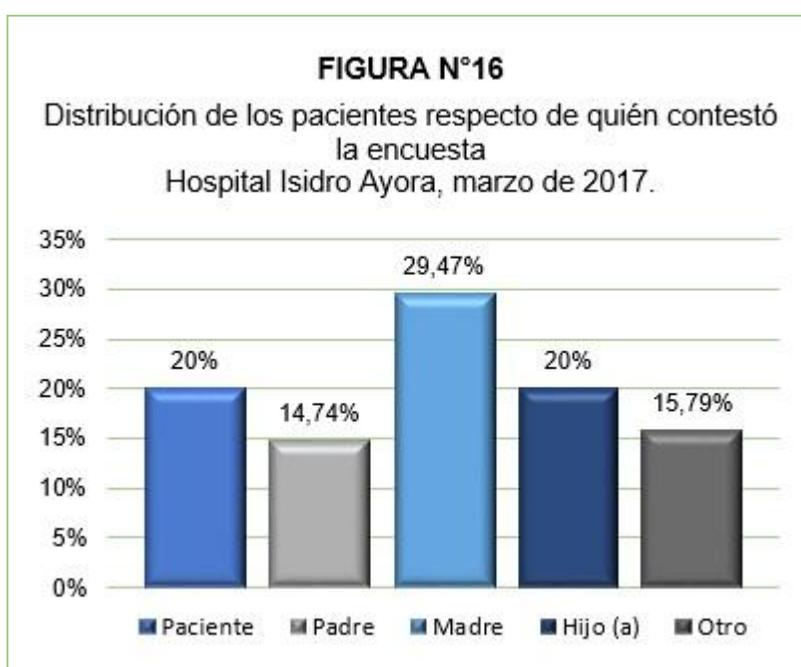


### INTERPRETACIÓN:

En cuanto a la edad, se destaca que, del total de los pacientes encuestados, el 33,68% corresponde a una edad menor de 25 años, siendo esta la más frecuente, por el contrario, se puede mencionar que la edad menos frecuente corresponde a pacientes con una edad mayor de 66 años, con un porcentaje equivalente al 5,26%.

### 2.3. Distribución de los pacientes respecto de quién contestó la encuesta

<b>VARIABLES DEMOGRÁFICAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJES</b>
<b>QUIÉN CONSULTA LA ENCUESTA (Relación con el Consultante)</b>	Paciente	28 20%
	Padre	38 14.74%
	Madre	56 29.47%
	Hijo (a)	38 20%
	Otro	30 15.79%

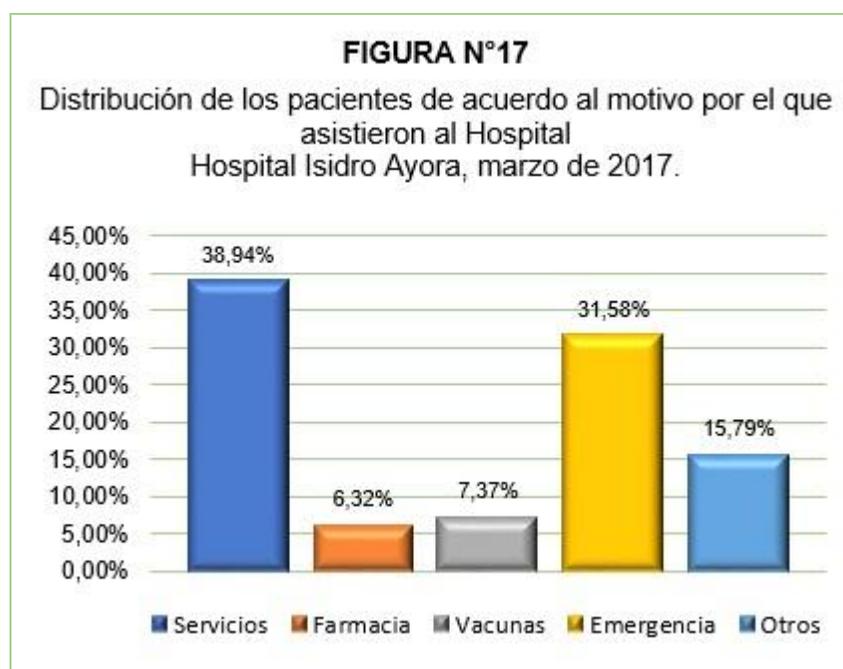


#### INTERPRETACIÓN:

Respecto de esta variable se, puede mencionar que del total de personas encuestadas, el 20% corresponde a aquellos personas en condición de pacientes, es decir, aquellas personas que asistieron al hospital por necesidad de atención o prestación de un servicio, el 14,74%, y 29,47%, respectivamente, corresponden a familiares de los pacientes, quienes contestaron la encuesta en base a la percepción recibida, respecto del trato y prestación de servicios, realizado a sus familiares en el centro hospitalario, algo similar sucede para el caso de aquellos pacientes cuya encuesta de satisfacción, fue contestada por algún familiar, en este caso sus hijos, cuyo resultado representa el 20% de la muestra seleccionada.

## 2.4. Distribución de los pacientes de acuerdo con el motivo por el que asistieron al Hospital

VARIABLES DEMOGRÁFICAS		FRECUENCIA	PORCENTAJES
<b>MOTIVO DE ASISTENCIA AL CENTRO HOSPITALARIO</b>	Servicios	74	38.94 %
	Farmacia	12	6.32 %
	Vacunas	14	7.37 %
	Emergencia	60	31.58 %
	Otros	30	15.79 %



### INTERPRETACIÓN:

En esta categoría se establece el porcentaje de pacientes cuyo motivo de asistencia al hospital fue por la utilización de alguno o varios de los servicios brindados por el hospital, siendo así que el 38,94% de los encuestados, manifestó asistir al hospital por la utilización de servicios generales, el 6,32%, por servicios de farmacia, el 7,37%, Servicio de vacunas, por motivos de emergencia, el 31,58%, y por último, el 15,79% de los pacientes encuestados, admiten haber asistido al hospital por utilización de algún otro tipo de servicio.

### 3. Satisfacción laboral relacionada con las características sociodemográficas.

A partir de los datos obtenidos en la aplicación de la encuesta, se efectuó la relación entre la satisfacción percibida por los pacientes y las características sociodemográficas, obteniendo los siguientes resultados:

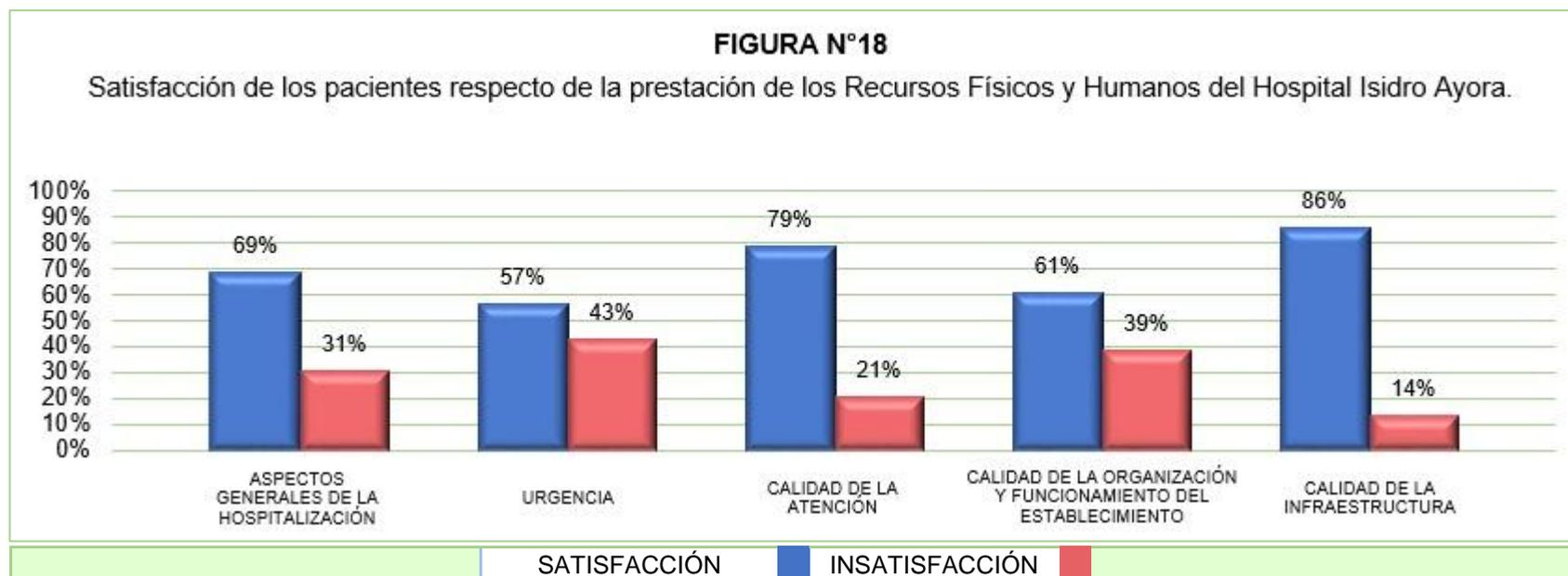
**Tabla N°4:** Satisfacción Laboral de los empleados del Hospital General Isidro Ayora de acuerdo con las Características Sociodemográficas.

<i>VARIABLE</i>	<i>CATEGORÍA</i>	<i>INSATISFACCIÓN</i>	<i>SATISFACCIÓN</i>
<b>SEXO</b>	Femenino	27%	73%
	Masculino	38%	62%
<b>EDAD</b>	De 15 a 25 años	26%	74%
	De 26 a 35 años	43%	57%
	De 36 a 45 años	41%	59%
	De 46 a 55 años	18%	82%
	De 56 a 65 años	12%	88%
	Mayor de 66 años	0%	100%
<b>QUIÉN CONSULTA LA ENCUESTA (Relación con el Consultante)</b>	Paciente	38%	62%
	Padre	52%	48%
	Madre	25%	75%
	Hijo (a)	22%	78%
	Otro	21%	79%
<b>MOTIVO DE ASISTENCIA AL CENTRO HOSPITALARIO</b>	Servicios	19%	81%
	Farmacia	25%	75%
	Vacunas	9%	91%
	Emergencia	32%	68%
	Otros	33%	67%

**Fuente:** Datos obtenidos a partir de la aplicación de la encuesta de satisfacción realizada a los pacientes del Hospital General Isidro Ayora.

**4. Nivel de Satisfacción de los pacientes respecto de la prestación de los recursos humanos y físicos del Hospital Isidro Ayora.**

<i>VARIABLE</i>	<i>INSATISFACCIÓN</i>	<i>SATISFACCIÓN</i>
<i>ASPECTOS GENERALES DE LA HOSPITALIZACIÓN</i>	31%	69%
<i>URGENCIA</i>	43%	57%
<i>CALIDAD DE LA ATENCIÓN</i>	21%	79%
<i>CALIDAD DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO</i>	39%	61%
<i>CALIDAD DE LA INFRAESTRUCTURA</i>	14%	86%

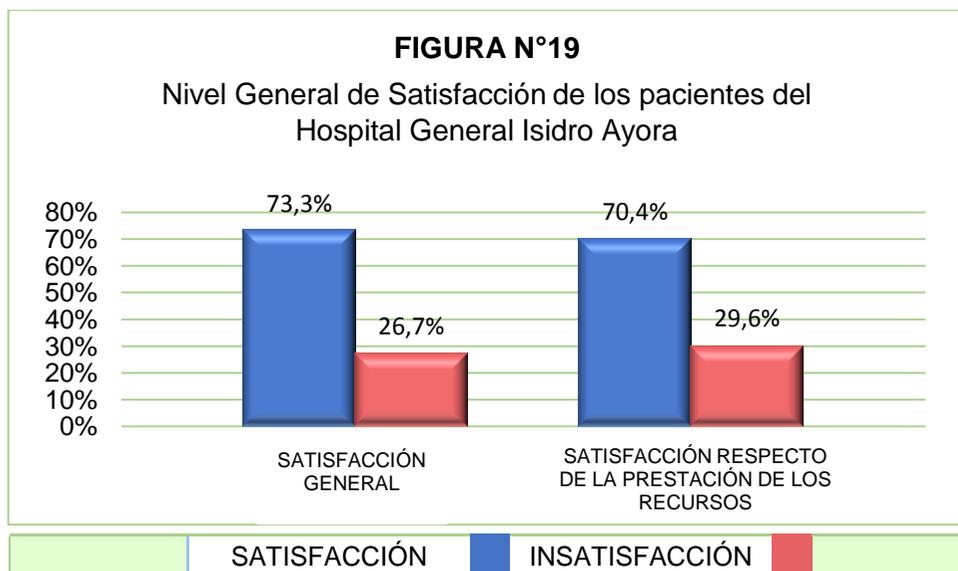


**Fuente:** Datos obtenidos a partir de la aplicación de la encuesta de satisfacción realizada a los pacientes del Hospital General Isidro Ayora.

## **INTERPRETACIÓN:**

Una vez obtenidos los resultados mediante la aplicación de las encuestas de satisfacción laboral, se puede concluir que existen altos porcentajes de satisfacción en lo referente a la calidad de la infraestructura, y calidad de la atención, cuyos porcentajes corresponden al 86% y 79% respectivamente, los puntos más bajos y que generan mayor insatisfacción, se ven reflejados en las variables correspondientes a urgencia, y a calidad de la organización y funcionamiento del establecimiento, cuyos porcentajes bordean, los 43%, y 39%, respectivamente.

## 5. Satisfacción General.



### INTERPRETACIÓN:

A nivel de satisfacción general, se puede mencionar que del total de pacientes encuestados, el 71,85% de ellos, menciona encontrarse satisfecho con el trato y servicios recibidos durante su estancia hospitalaria, mientras que el 28,15% de ellos, aduce no estarlo, estos resultados, determinaron a la postre el resultado para el indicador establecido en la categoría de satisfacción, el cual se presenta durante la aplicación del modelo.

## **6. Sugerencias de los pacientes luego de aplicada la encuesta de satisfacción.**

- Falta de personal médico (generales - especialistas) y de enfermería.
- Tiempos prolongados de espera para ser atendidos.
- Trato inadecuado a usuarios y familiares.
- Falta de medicamentos.
- Falta de personal administrativo en atención al usuario (admisiones).