



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

Análisis comparativo de la variabilidad en la práctica clínica de los hospitales Teófilo Dávila y San Vicente de Paul para la propuesta de un plan de indicadores de gestión

AUTORES:

**MD. Graciela de Jesús Cabrera Miñán
MD. Fausto Alessandro Sangurima Pesantes**

**Previo a la obtención del grado académico de:
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTORA:

ECON. Laura Zambrano Chumo, MGS.

**Guayaquil, Ecuador
2022**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Médica Graciela de Jesús Cabrera Miñán** y el **Médico Fausto Alessandro Sangurima Pesantes**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Econ. Laura María Zambrano Chumo, Mgs.

REVISOR

Econ. Andrés Navarro Orellana, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María de los Ángeles Núñez Lapo, Mgs.

Guayaquil, a los 04 días del mes de agosto del año 2022



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Graciela de Jesús Cabrera Miñán y Fausto Alessandro Sangurima Pesantes**

DECLARAMOS QUE:

El Proyecto de Investigación **Análisis Comparativo de la Variabilidad en la Práctica Clínica de los Hospitales Teófilo Dávila y San Vicente de Paul para la Propuesta de un Plan de Indicadores de Gestión** previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 04 días del mes de agosto del año 2022

Graciela de Jesús Cabrera Miñán

LOS AUTORES

Fausto Alessandro Sangurima Pesantes



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Graciela de Jesús Cabrera Miñán y Fausto Alessandro Sangurima Pesantes**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **Análisis Comparativo de la Variabilidad en la Práctica Clínica de los Hospitales Teófilo Dávila y San Vicente de Paul para la Propuesta de un Plan de Indicadores de Gestión**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 04 días del mes de agosto del año 2022

Graciela de Jesús Cabrera Miñán

LOS AUTORES:

Fausto Alessandro Sangurima Pesantes



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

INFORME DE URKUND

URKUND
Abrir sesión

Documento [Tesis Cabrera Sangurima.docx](#) (D141332679)

Presentado 2022-06-27 09:43 (-05:00)

Presentado por gcabreram85@gmail.com

Recibido maria.lapo.ucsg@analysis.urkund.com

Mensaje TESIS CABRERA MIÑAN_SANGURIMA PESANTES [Mostrar el mensaje completo](#)

1% de estas 63 páginas, se componen de texto presente en 6 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

Categoría	Enlace/nombre de archivo
►	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / D55901819
►	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / D53435010
►	https://1library.co/document/yd2xjki6o-antibioticos-farmacoeconomia-tratamiento-neumoni...
►	Universidad Nacional de Cajamarca / D111556987
►	http://htdeloro.gob.ec/rcuentas2019/Rcuentas2019.pdf
►	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / D75739452

100% # 1 Activo

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TEMA:

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA CLINICA DE LOS HOSPITALES TEÓFILO DAVILA Y SAN VICENTE DE PAUL PARA LA PROPUESTA DE UN PLAN DE INDICADORES DE GESTIÓN

AUTORES: MD. CABRERA MIÑAN GRACIELA DE JESÚS MD. SANGURIMA PESANTES FAUSTO ALESSANDRO, MGS

PREVIO A LA OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO: MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TUTOR: ECON. LAURA ZAMBRANO CHUMO, MGS.

Guayaquil, Ecuador 2022

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por

la

Archivo de registro Urkund: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / D55901819 100%

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TEMA:

Agradecimiento

A la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a los comprometidos docentes de cada una de las materias impartidas, especialmente a la Economista Laura Zambrano, su direccionamiento y paciencia, reflejados en la cristalización de esta investigación.

A mi familia, mis compañeros y al personal administrativo y operativo de los Hospitales Teófilo Dávila y San Vicente de Paul, a nuestros pacientes, nuestra razón de ser, nuestra vocación.

**CABRERA MIÑAN GRACIELA DE JESUS
SANGURIMA PESANTES FAUSTO ALESSANDRO**

Dedicatoria

A mi madre, que desde la eternidad celebrará con nosotros esta meta de nuevo conocimiento de nuestro sistema de salud.

A mi hija, mi fuente de energía, mi razón para abrir paso entre hipótesis y datos, la intención de un mañana mejor.

A ustedes mis Mónicas, mi vida entera

SANGURIMA PESANTES FAUSTO ALESSANDRO

A mi Madre, Sra Betty Miñán Aguirre, por ese amor incondicional.

A mi Padre querido, Sr. Manuel Cabrera Loján, fundamental en mi formación, por su dedicación y amor, sé que desde el cielo me envías tus bendiciones.

A mi Esposo, Sr. Juan Carlos Gómez, por ser mi amigo, cómplice y compañero de vida

CABRERA MIÑAN GRACIELA DE JESUS

Índice General

Introducción	1
Antecedentes	3
Planteamiento del Problema.....	4
Formulación del Problema.....	6
Justificación.....	7
Preguntas de Investigación	9
Objetivos de la Investigación	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
Capítulo I	11
Marco Teórico y Conceptual	11
Variabilidad en la Práctica Clínica	11
Guías de Práctica Clínica	13
Componentes Epistemológicos, Filosóficos y Antropológicos.....	16
Balanced Scorecard	26
Mapa de Procesos.....	32
Control en las Organizaciones de Salud.....	34
Componentes del Sistema de Salud.....	36
Liderazgo y gobernanza.....	37
Financiación del sistema de salud.....	37
Sistema de información de salud.....	38
Promoción de la salud.....	38
Gestión de suministro de medicamentos.....	39
Prestación de Servicios	40
Recursos humanos para la salud	41
Importancia de la Logística Hospitalaria	41
Marco Conceptual	42
Capítulo II	46
Marco Referencial y Legal	46
Investigaciones Científicas	46

Situación Actual.....	49
Marco Legal.....	54
Capítulo III	57
Marco Metodológico	57
Enfoque de Investigación	57
Alcance de la Investigación	58
Diseño de la Investigación.....	58
Población y Muestra.....	59
Técnicas de Recolección de Datos.....	60
Procedimientos.....	62
Herramientas de Análisis de Datos.....	63
Técnicas de Análisis de Datos.....	63
Resultados	64
Encuesta.....	64
Entrevista	84
Análisis General de Resultados.....	86
Capítulo IV.....	91
Propuesta	91
Gestión de Calidad	93
Formación y Capacitación	94
Supervisión	97
Investigación	99
Tecnología	99
Normativa.....	101
Auditoría.....	102
Incentivos.....	103
Evaluación	104
Mejora Continua.....	105
Colaboración.....	106
Balanced Scorecard	108
Recursos y Responsabilidad	111

Cronograma	114
Conclusiones	116
Recomendaciones	119
Referencias	121
Apéndices.....	138
Apéndice A. Encuesta Dirigida a los Profesionales Médicos del Área de Urgencias	138
Apéndice B. Cuestionario de Entrevista a Pacientes	141

Índice de Tablas

Tabla 1 <i>Indicadores básicos de salud en Ecuador</i>	52
Tabla 2 <i>Población de los hospitales de estudio</i>	59
Tabla 3 <i>Formación y capacitación</i>	96
Tabla 4 <i>Mapa estratégico del área de emergencia</i>	110
Tabla 5 <i>Cuadro de mando integral del área de emergencia</i>	111
Tabla 6 <i>Recursos humanos y materiales de la propuesta</i>	112
Tabla 7 <i>Recursos financieros de la propuesta</i>	113
Tabla 8 <i>Cronograma de la propuesta</i>	114

Índice de Figuras

Figura 1 <i>Sexo</i>	64
Figura 2 <i>Edad</i>	65
Figura 3 <i>Estado civil</i>	66
Figura 4 <i>Experiencia</i>	66
Figura 5 <i>Hospital donde trabaja</i>	67
Figura 6 <i>Planta física</i>	68
Figura 7 <i>Tecnología y equipos</i>	69
Figura 8 <i>Capacidad física</i>	70
Figura 9 <i>Cantidad de personal</i>	70
Figura 10 <i>Preferencias</i>	71
Figura 11 <i>Atención en la recepción</i>	72
Figura 12 <i>Atención de emergencia</i>	73
Figura 13 <i>Tiempo de atención</i>	73
Figura 14 <i>Iluminación</i>	74
Figura 15 <i>Atención apropiada</i>	75
Figura 16 <i>Coordinación</i>	76
Figura 17 <i>Escucha con atención</i>	76
Figura 18 <i>Examina previamente</i>	77
Figura 19 <i>Exámenes médicos complementarios</i>	78
Figura 20 <i>Pruebas de laboratorio</i>	79
Figura 21 <i>Diagnóstico por imagen</i>	80
Figura 22 <i>Exámenes bajo técnicas especiales</i>	81
Figura 23 <i>Solicitud de estudios complementarios</i>	82
Figura 24 <i>Estudios acordes al cuadro clínico</i>	82
Figura 25 <i>Costos de estudios</i>	84
Figura 26 <i>Diagrama de flujo gestión de calidad</i>	95
Figura 27 <i>Informe clínico</i>	98
Figura 28 <i>Sistema de dispositivos y equipos hospitalarios</i>	101

Resumen

El presente estudio se desarrolló con el objetivo de realizar un análisis comparativo de la variabilidad en la práctica clínica de los Hospitales Teófilo Dávila y San Vicente de Paul para diseñar Indicadores de Gestión que permitan optimizar la solicitud de estudios complementarios. La metodología aplicada fue de enfoque mixto, alcance descriptivo, diseño no experimental y de corte transversal; la encuesta estuvo sujeta a una muestra de 102 profesionales. Conforme los resultados obtenidos, se destaca la ausencia de una planta física adecuada para la entrega del servicio (49.09% - 57.45%), escasez de tecnología y equipos apropiados (38.18% - 36.17%), limitaciones en la capacidad física (40% - 53.19%) y deficiencias en la cantidad de personal de atención (50.91% - 57.45%). Sin embargo, los puntos positivos evidenciados correspondieron a la entrega de una atención excelente (49.09% - 42.55%), donde el personal se encarga de examinar las necesidades de los pacientes (61.82% - 55.32%), solicitando con frecuencia exámenes complementarios que contribuyan en la entrega de un buen diagnóstico (61.82% - 57.45%) los cuales van acorde al cuadro clínico del paciente. Las entrevistas evidenciaron que, las mejoras deben partir de la capacitación al personal y abastecimiento de recursos necesarios a las instituciones para una buena atención. Se diseñó una propuesta fundamentada en 11 indicadores para optimizar los procesos de solicitud de los estudios complementarios y reducir la variabilidad en la praxis médica de los hospitales.

Palabras clave: Variabilidad, práctica clínica, indicadores de gestión, unidades hospitalarias, análisis comparativo, estudios complementarios

Abstract

The present study was developed with the objective of carrying out a comparative analysis of the variability in the clinical practice of the Teófilo Dávila and San Vicente de Paul Hospitals to design Management Indicators that allow optimizing the request for complementary studies. The applied methodology was a mixed approach, descriptive scope, non-experimental and cross-sectional design; the survey was subject to a sample of 102 professionals. According to the results obtained, the absence of an adequate physical plant for the delivery of the service stands out (49.09% - 57.45%), lack of technology and appropriate equipment (38.18% - 36.17%), limitations in physical capacity (40% - 53.19%) and deficiencies in the number of care personnel (50.91% - 57.45%). However, the positive points evidenced corresponded to the delivery of excellent care (49.09% - 42.55%), where the staff is in charge of examining the needs of the patients (61.82% - 55.32%), frequently requesting complementary exams that contribute in the delivery of a good diagnosis (61.82% - 57.45%) which are consistent with the clinical picture of the patient. The interviews showed that the improvements must start from the training of personnel and the supply of necessary resources to the institutions for good care. A proposal based on 11 indicators was designed to optimize the request processes for complementary studies and reduce the variability in the medical practice of hospitals.

Keywords: Variability, clinical practice, management indicators, hospital units, comparative analysis, complementary studies.

Introducción

La búsqueda del estado de bienestar físico y emocional por parte del ser humano de manera instintiva es casi tan antigua como el rastreo mismo de su albor, sin embargo, es en el periodo neolítico alrededor de 7000 años A.C., que las primeras pistas de la intervención empírica de los procesos salud – enfermedad, tienen sustento paleontológico y antropológico. A partir del desarrollo de la civilización, múltiples formas de organizar las contramedidas para enfrentar la muerte y el dolor se han sistematizado, en la actualidad las estadísticas de salud son un indicador ineludible en la medición del nivel de desarrollo de un estado. En el Ecuador, un país en vía de desarrollo es imprescindible definir los esfuerzos técnicos por mejorar nuestras condiciones sanitarias, y si resultaba complejo en el marco de estabilidad económica, política y ética, hoy será un reto infranqueable para los gestores de cambio en la administración de los servicios sanitarios.

Los indicadores de gestión en el área de la salud permiten a los gestores y directivos medir el desempeño de su organización y tomar las medidas correctivas necesarias para mejorarlo. Asimismo, sirven para evaluar el impacto de las políticas y programas, para poder determinar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos. Dentro de los factores principales se encuentra el número de consultas médicas realizadas, hospitalizaciones, cirugías, consultas de enfermería, medicamentos dispensados, camas ocupadas en los hospitales, días de tratamiento, muertes, cantidad de pacientes que abandonan el tratamiento y usuarios que no reciben el tratamiento adecuado. La selección de lo antes mencionado es muy

importante para el éxito de una organización sanitaria; no obstante, deben ser relevantes para los objetivos de la organización, fiables, consistentes y comparables.

Si bien la implementación del modelo integral de salud aún se encuentra en desarrollo en este país, el sistema biomédico preponderante por décadas, se encuentra enraizado en las estructuras y planes de ejecución actuales, en contraste a las condiciones económicas en que la inversión en el abordaje curativo, parecería no ser la opción de mayor retorno de inversión a mediano y largo plazo, se suma la considerable variabilidad de la práctica clínica que nos conduce a la solicitud de exámenes complementarios diagnósticos de forma no sistemática y no estructurada, lo que a más de traducirse en costos para el sistema, satura las emergencias del segundo nivel de atención con mayor tiempo de circulación hospitalaria para usuarios, creando un ciclo in crescendo costoso de asistencia reactiva. Es el objetivo de la presente investigación, brindar una herramienta de análisis de la variabilidad de la práctica clínica, y generar condiciones favorables, para el desarrollo de un plan para optimizar la solicitud de estudios complementarios que permita establecer una práctica clínica eficiente, que contemple estrategias trazables y medibles a las metas institucionales.

La presente investigación, se encuentra conformada por cuatro capítulos. En el capítulo I se presenta el marco teórico y conceptual del estudio, en donde se integra aspectos asociados con la variabilidad en la práctica clínica, guías de práctica clínica y componentes epistemológicos, filosóficos y antropológicos del tema de análisis.

En el capítulo II se evidencia el marco referencial y legal del estudio, el cual está conformado por antecedentes científicos relacionados con la problemática, la situación actual sobre la variabilidad de la práctica clínica y artículos legales procedentes de la Constitución de la República que fundamentan el desarrollo del estudio.

El capítulo III denominado marco metodológico involucra el enfoque, alcance y diseño de la investigación, en conjunto con la delimitación de la población y muestra, la identificación de las técnicas de recolección de datos y la presentación de los resultados con su respectivo análisis general. El capítulo IV corresponde a la propuesta, cuya estructura involucra el desarrollo de las actividades, designación de recursos y el establecimiento de un cronograma, finalizando con las conclusiones y recomendaciones del proyecto.

Antecedentes

Desde hace más de 40 años, las investigaciones realizadas en el campo de la salud han demostrado que la práctica clínica varía significativamente entre regiones y dicha variabilidad no se encuentra relacionada con las diferencias en las necesidades de la población. La variabilidad de la práctica médica es injustificable cuando la misma no se explica por las limitaciones de la ciencia médica, incidencia de la enfermedad o preferencia de las personas. La variación injustificada tiende a ser perjudicial para todos los pacientes y representar un costo excesivo para la sociedad; por ende, mapear y reportar patrones regionales e identificar las diferencias geográficas en los servicios médicos se contemplan como medidas esenciales para la delimitación de los

problemas y el desarrollo de prácticas y políticas que incrementen el valor de la atención médica (Westert et al., 2018).

El término de variabilidad en la práctica clínica se presenta por primera vez en las observaciones realizadas por Glover en el siglo pasado, en donde destacaba las diferencias en la praxis de la amigdalectomía en la población infantil, la cual entre hospitales variaba. Sin embargo, no es hasta los años 70 del siglo pasado que surgen los trabajos de Wennberg, donde se identificó que la variabilidad es propia de los procedimientos, más no del área geográfica, relacionándose directamente con lo denominado práctica de estilo profesional (Orellana, 2019). La literatura ha expresado la existencia de variaciones justificadas e injustificadas, donde la primera no amenaza la calidad de los sistemas de salud, mientras que la segunda sí lo hace, generando implicaciones costosas, gastos excesivos y un riesgo para la salud de los pacientes. Las variaciones injustificadas pueden estar relacionadas con los prestadores de la atención médica, destacando aspectos como su formación, experiencia y percepción. Por otro lado, se integran factores como los pacientes, pautas, las políticas e instalaciones, los factores sociales y el servicio como tal (Alyaarbi et al., 2020).

Planteamiento del Problema

La variabilidad en la práctica clínica corresponde a las diferencias que existen en el proceso asistencial y en los resultados de la atención dirigido a una problemática clínica en concreto que pueden generarse entre diferentes proveedores médicos o por uno mismo, posterior al control de los factores de estado de salud, socioculturales y demográficos (Simons, 2017). En

consecuencia, este término indica que el paciente no es tratado, ni cuidado del mismo modo en los diversos niveles de atención, a excepción de la existencia de conocimientos sólidos procedentes del cumplimiento de las guías de práctica clínica (Blanco et al., 2018).

Por consiguiente, ante la presencia de situaciones clínicas, la respuesta de los prestadores del servicio pueden variar sin contemplar una justificación fundamentada en la preferencia de los usuarios o evidencia disponible, provocando intervenciones deficientes por parte de los profesionales de la salud (Atsma, Elwyn, & Westert, 2020). La variabilidad puede generarse por múltiples factores, dentro de los cuales se encuentra la confiabilidad y calidad del servicio, la formación y experiencia de los médicos e inclusive el incumplimiento de las pautas en el desarrollo de evaluaciones clínicas. Dentro de este contexto, se aborda el uso injustificado de los exámenes complementarios por parte del personal asistencial, donde se determina que estas pruebas constituyen una herramienta que contribuye en la decisión clínica, cuyo resultado es apropiado cuando se responde a la interrogante planteada por el clínico previo a su solicitud, fomentando la ejecución de una intervención terapéutica que produce beneficios en los pacientes. Por el contrario, su utilización se dictamina como inapropiada cuando se provee información nula o escasa para dicha acción (Rendón & Villasís, 2021).

Dentro del enfoque clínico, la determinación de utilizar o no estudios complementarios se debe fundamentar en evidencia científica, la misma que se obtiene tras el desarrollo de interrogantes específicas que apunten a la validez del análisis; sin embargo, uno de los errores más frecuentes se

centra en la solicitud de pruebas innecesarias, lo cual tiende a incrementar los costos de la asistencia médica. Esto en el ámbito del presente estudio indica que, el empleo no justificado de los exámenes complementarios debido a la falta de protocolos estandarizados en el área de emergencia de los hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública (MSP) conlleva a la necesidad de analizar su pertinencia, en el contexto de la variabilidad de la práctica clínica.

Como objeto de estudio, se analizará la variabilidad de la práctica clínica entre médicos especialistas, postgradistas y residentes, utilizando métodos de investigación cuantitativos y cualitativos, en función de la tasa de solicitud de exámenes diagnósticos complementarios. Se obtendrán datos mediante una búsqueda integral de información en el Servicio de Emergencia, en el departamento de Estadística de la Institución, el Área de Laboratorio Clínico y el Área de Imagenología.

En cuanto al campo de acción, la actual investigación se realizará en el hospital General Teófilo Dávila (HTD) de la ciudad de Machala y el Hospital San Vicente de Paul (HSVP) que pertenecen al MSP, estas dos unidades operativas son el principal punto de referencias de pacientes en la Provincia de El Oro.

Formulación del Problema

¿Cuál es la variabilidad de la práctica clínica frente a la tasa de solicitudes de pruebas diagnósticas complementarias en los pacientes ambulatorios y hospitalizados en el área de emergencia de los hospitales Teófilo Dávila y San Vicente de Paul de la provincia de El Oro?

Justificación

Los Sistemas de Salud en América en la última década han dirigido grandes esfuerzos en la transformación de sus modelos, sin embargo, sus sociedades históricamente han sido víctimas de la inequidad sanitaria, desigualdad social y económica. Enfrentar este panorama Regional, con características relativamente recientes sumadas a la ecuación, como el envejecimiento acelerado de la población, la accidentabilidad en las carreteras, la amenaza delincinencial, violencia organizada y de género, que ya evidenciaban la necesidad de una mayor firmeza en el liderazgo de las Instituciones de Salud, protocolos de control de procesos transparentes, aumento de los presupuestos en salud y una distribución efectiva del talento humano priorizando la salud comunitaria (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014).

En el Ecuador, la crisis sanitaria por la COVID 19, se ha convertido en una ventana desde la que los actores sociales han apuntado hacia las falencias cada vez más visibles, no de un sistema o modelo de atención, sino del ejercicio ético con que los servidores públicos en el ámbito administrativo, los proveedores, los usuarios y las instancias de control, han sido vinculados al manejo ineficiente del mismo. Es fundamental que, en este contexto, contemos con data y herramientas para comprender los fenómenos que derivan en las diferentes posiciones clínicas de personal sanitario enfrentado a similares patologías, pero con abordajes no uniformes, esta variabilidad en la práctica clínica no incluye aquella influenciada por diferencias demográficas, socioantropológicas o epidemiológicas (Toro, 2005).

La relevancia de identificar la variabilidad de la práctica clínica en los países en vía de desarrollo, es la ruta para maximizar el retorno en inversión pública en salud, cuando se comprende sus relaciones con la solicitud de exámenes diagnósticos complementarios, estas variables aportarán las bases de futuras investigaciones pormenorizando distintos departamentos y otros grupos de profesionales sanitarios beneficiados de la retroalimentación de los resultados, pues según Bernar, en el planteamiento de la incertidumbre se presagia esta variabilidad, la misma que decae drásticamente con el consenso y entrenamiento de los profesionales que optimizarán progresivamente la sistematización de la práctica clínica. (Hueso, 2015)

La variabilidad de la práctica clínica según Moreno, compromete alrededor de un 30% del presupuesto para salud pública, mismo que pudiera destinarse a complementar la oferta de servicios, a aliviar la carga laboral del personal sanitario, y al desarrollo de investigación desde el segundo nivel de atención en salud, sin disminuir la calidad de la atención en salud o la satisfacción de los usuarios, reduciendo las solicitudes de exámenes diagnósticos complementarios de baja eficiencia o vinculados a mayores riesgos (Milán, 2007).

Con los resultados obtenidos, en el marco de la suma del conocimiento a la academia, los dos Hospitales más grandes de la Provincia de El Oro, reformularán o reforzarán sus estrategias de atención a la problemática actual, esta data puede modelar futuras investigaciones y su uso derivar en un impacto transmigracional a otras unidades operativas con distintas

carteras de servicios. Así también, esta investigación se articula con la línea de investigación de la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, denominada “Planeamiento Estratégico en Organizaciones de Salud”.

Preguntas de Investigación

1. ¿Cuáles son las teorías y conceptos relevantes en cuanto a la variabilidad de la práctica clínica?
2. ¿Cuáles son los resultados de estudios científicos que analizan la variabilidad de la práctica clínica?
3. ¿Cuál es el marco metodológico requerido para identificar la variabilidad de la práctica clínica en los hospitales de estudio?
4. ¿Cuáles son los indicadores de gestión para optimizar la solicitud de estudios complementarios en el Hospital Teófilo Dávila y San Vicente de Paúl de la provincia de El Oro?

Objetivos de la Investigación

Objetivo general

Realizar un análisis comparativo de la variabilidad en la práctica clínica de los Hospitales Teófilo Dávila y San Vicente de Paul para diseñar Indicadores de Gestión que permitan optimizar la solicitud de estudios complementarios

Objetivos específicos

1. Desarrollar el marco teórico y conceptual de la práctica clínica.
2. Realizar una revisión de evidencia científica de la variabilidad de la práctica clínica.
3. Determinar la metodología necesaria para analizar la variabilidad de la práctica clínica en los hospitales de estudio

4. Diseñar indicadores de gestión para optimizar la solicitud de estudios complementarios.

Capítulo I

Marco Teórico y Conceptual

El marco teórico se encuentra conformado por aquellos constructos teóricos relacionados con la variabilidad en la práctica clínica, en conjunto con la importancia de las guías de la práctica clínica y demás elementos que se detallan a continuación.

Variabilidad en la Práctica Clínica

La variabilidad de la práctica médica se determina como variaciones sistemáticas (no arriesgadas y prolongadas en el tiempo), además del uso o resultados de los procesos, una vez que se ha desestimado que en las disimilitudes se pueden asignar características de las comunidades u usuarios. La variabilidad arbitraria se puede imputar en que las asistencias médicas y del personal profesional sanitario requeridas no poseen grado de efectividad en áreas específicas. Sin embargo, las disimilitudes en la escala de pacientes y familiares pueden ser partícipes de esa parte variable (Torres, 2018).

La variabilidad de la práctica asistencial se identifica como variabilidad sistemática en el índice de incidencia esquematizada según la edad, sexo, género, proceso clínico particular, y un específico grado de la población. Es importante mencionar que, hay diversos factores explicativos de los inicios de la variabilidad en el sistema sanitario y que pueden generar una mejor comprensión de las variaciones de tratamientos y cuidados en la praxis médica. La variabilidad de los métodos de atención a nivel médico especialista como las distintas zonas geográficas forman parte de una de las

grandes problemáticas que debe enfrentar todo sistema sanitario, ya que existen usuarios que poseen mismos problemas clínicos; sin embargo, los tratamientos son distintos, esto a su vez depende en la mayoría de los casos de su médico tratante o de la ubicación geográfica, proyectándose como desventaja para la salud de los pacientes y la gestión del sistema sanitario (Franco, Arancibia, Meza, Madrid, & Kopitowski, 2020).

Por otro lado, la variabilidad de la práctica clínica es una realidad en la medicina actual, debido a que, diariamente los médicos se enfrentan a una variedad de condiciones médicas. En ciertos casos el médico puede aplicar su experiencia y sus conocimientos para llegar a un diagnóstico y un tratamiento adecuado para cada paciente. Este criterio permite evaluar el estado de salud del individuo y determinar qué tratamientos pueden ser necesarios o emergentes. También, ayuda a comprender cómo una enfermedad o condición puede progresar y qué complicaciones pueden surgir. Asimismo, en el caso que un profesional no tenga suficiente experiencia o conocimiento, puede tomar decisiones erróneas que pueden poner en peligro la salud del individuo (Cerrato, 2019).

Actualmente, el profesional de salud debe encarar la necesidad de ejecutar una búsqueda constante de información que sirva de soporte para la buena toma de decisiones, descripción de artículos o informes, preparación de programas clínicos, entre otros. Por otro lado, la información debe suplir ciertos estándares de calidad que sean beneficiosos, útiles y transferibles a la praxis clínica; es decir, información actualizada, científica y en torno a

informes más reciente. Por lo general, este proceso no se suele cumplir, ya que demanda de gran tiempo para el profesional sanitario (Villabriga, 2017).

Por otro lado, la práctica que estima las evidencias suele ser de gran complejidad y requiere de diversos conocimientos, organización y tiempo. La gestión clínica, conlleva a la mejora de los cuidados y se focaliza como una herramienta innovadora e indispensable de los servicios médicos, a través del marco de la eficacia, calidad y eficiencia en cada proceso otorgado durante la prestación de este. En toda esta gestión los profesionales parten de la capacidad planificada desde el ámbito individualizado y responsables a fin de atender a los usuarios según su necesidad clínica (Rodríguez, Villafáfila, & Sastre, 2019).

Guías de Práctica Clínica

Es importante la implementación de guías de práctica clínica (GPC), ya que forma parte de las estrategias sanitarias y además enfrenta las distintas problemáticas y le brinda garantía a los pacientes en cuanto al diagnóstico, de la manipulación individualizada del médico tratante y el seguimiento de su condición clínica; sin embargo, ciertas GPC ejecutadas por varias instituciones sanitarias no suelen dar resultados óptimos, ya que no siempre son coincidentes en sus recomendaciones, incluyendo el uso de las mismas pruebas (Díaz et al., 2017).

Las guías de práctica clínica son documentos basados en la evidencia implementados con una metodología de trabajo, deben diferenciarse de otras redacciones semejantes que no presentan estos atributos; las guías de práctica clínica pueden poseer distintas escalas de calidad, por lo

que se deben valer de evaluaciones críticas. Las guías de práctica clínica deben poseer gran relevancia en toda área sanitaria, ya que la información está estrechamente relacionada con la evidencia científica y su respectiva toma de decisiones en la salud; para mejor manejo y comprensión en dicha guía se acude a nomenclaturas variadas guiando a los profesionales de la salud en la buena toma de decisiones (Espinosa, 2017).

La importancia de la GPC radica en su capacidad para estandarizar el tratamiento de una enfermedad o afección específica, lo cual permite mejorar la calidad de atención médica al reducir la variabilidad en el tratamiento. Se desarrollan utilizando un método sistemático para evaluar la evidencia y formular recomendaciones. Por lo general, algunas guías se distribuyen gratuitamente, mientras que, otras están disponibles solo mediante suscripción o pago. En la actualidad, su uso ha ido en aumento significativamente, debido a la mayor disponibilidad de internet y concienciación sobre su importancia (Vásquez et al., 2020).

Las guías son de gran calidad cuando analizan factores contextuales, tales como el manejo de recursos y herramientas, cómo aplicarlo, los valores y gustos y preferencias de los usuarios. Posterior a aquello, las guías pueden poseer diversas versiones, modelos, esquemas y formatos según la función, operación o actividad a desempeñar y del uso que se desee brindar, su proyección parte de los usuarios, sean casos clínicos o pacientes ambulatorios. La vigilancia de la calidad en los servicios sanitarios debe ser uno de los procesos más relevantes con el fin de asegurar el cumplimiento

de los objetivos en bienestar de la salud del paciente, así como la disminución futura de complicaciones (Flores, 2018).

Todo usuario sea ambulatorio u hospitalario debe recibir una buena atención y tratamientos adecuados según su diagnóstico; además, la satisfacción debe ser un factor primordial en el espacio sanitario, esto le permitirá obtener mayor respaldo, un criterio más estructurado y capacidad de toma de decisión, bajo el marco de la efectividad. El paciente forma parte de la institución sanitaria; por ende, el personal de salud debe estar dispuesto a aclarar inquietudes, respuestas rápidas y mejores cuidados desde un enfoque competente ético, moral, empático y con calidez humana. El profesional de salud como parte de la práctica clínica debe saber identificar ciertos factores influyentes en el diagnóstico del paciente, así le permitirá poseer un panorama más amplio y un mejor desempeño en la actividad clínica diaria (Alvarado, Bonilla, & Mancilla, 2020).

Las Guías de Práctica Clínica benefician al personal de salud, ya que mejora la calidad de las decisiones clínicas; adicionando, ciertos estatutos o recomendaciones específicas a los doctores que no están completamente seguros sobre la mejor manera de proceder. También, se recomienda actualizar de manera continua y constante la información a fin de pulirlas o modificarlas a la era moderna; dicho proceso no solo les genera ventajas a los profesionales de salud, sino a toda institución sanitaria (Rojas, 2019).

Con su desarrollo se pueden disminuir ciertos costes de hospitalización, como los medicamentos y los procesos quirúrgicos a ejecutar en los pacientes, implicando un menor gasto para las instituciones hospitalarias y

una recuperación más rápida para los usuarios, proporcionándole un mejor imagen e identidad de los sistemas sanitarios, estandarizando la asistencia clínica o médica, y disminuyendo los riesgos en los pacientes. El enfoque principal es que todos accedan a la atención y cuidados de la misma manera, bajo el marco de la equidad y sin importar la condición o por quien son tratados (Manterola, Otzen, García, & Mora, 2019).

Componentes Epistemológicos, Filosóficos y Antropológicos

Para afianzar una visión de cambio en los profesionales que buscan oxigenar la administración de los servicios de salud, mediante la protocolización de una práctica clínica uniforme y sostenida, es necesario entender los componentes epistemológicos, filosóficos y antropológicos desde los que la ciencia ha logrado erigir las herramientas para la administración en salud, previo a la revisión de sus resultados, siempre perfectibles, es menester reconocer las dificultades que el sistema afronta, no solo en el contexto de una pandemia con impactos profundos en la economía, sino en la crisis de valores éticos que comprometería el aprovechamiento de recursos, la escogencia de personal calificado con formación técnica, las cuotas políticas que presionarían en la selección de proveedores bajo márgenes desfavorables para el erario, y demás involucradas en el deterioro de la confianza ciudadana de sus instituciones destinadas a proveerles salud.

En la base epistemológica de la gerencia en salud, en la más simple definición del estudio del conocimiento que se ha desarrollado a través del método científico, su naturaleza y validez, con el propósito de

esgrimir criterios de valor frente a pseudociencias, y a favor de la búsqueda sincera y responsable de la verdad. En el peldaño analítico o descriptivo, la gerencia en salud ocuparía el uso de las más básicas herramientas y procesos basados en las áreas críticas para sostener las operaciones de servicios, la consecución de talento humano, insumos y producción, desde el mínimo nivel de cumplimiento del servicio al usuario externo e interno, en este proceso, el uso de exámenes complementarios diagnósticos, son fundamentales en el contexto de uso racional y técnico con respecto a su solicitud (Robertt & Lisdero, 2016).

En la siguiente fase crítica, el conocimiento, una vez conformada la plataforma que permita reflejar la producción, se discierne en los niveles de interrelación, se define la jerarquía de los procesos, se asientan las bases de los juicios de valor de cada unidad de trabajo, donde se evidencia la necesidad del uso de aliados técnicos, más allá del examen físico, para la consecución de altos niveles diagnósticos. Progresando en la tercera fase lógica, se definen las reglas del curso de pensamiento científico, equiparable con la autonomía de las estructuras y departamentos, la procedimentación, normalización y actividad discursiva a la que nuevas formas de comunicación aporten en el género de la administración conceptos que definan las nuevas formas de pensamiento plasmadas en los procesos de control asociados al requerimiento de exámenes complementarios diagnósticos (Robertt & Lisdero, 2016).

Finalmente, una cuarta fase holística, que permita al conocimiento su reproducción en cualquier unidad operativa que oferte servicios de salud, que se pueda adaptar a toda realidad administrativa sin distinción de si corresponde a una red pública, una privada, a servicios complementarios de salud, a institutos como IESS, ISSFA, ISSPOL, o aseguradoras no gubernamentales, estos sistemas de control de la variabilidad de la práctica clínica por áreas y por médico, a través del registro en tiempo real de las solicitudes de exámenes complementarios por profesional y por patología, desde la necesidad de un sistema de características comunes que permita fácilmente a cualquier usuario el uso de la prestación, y a la academia, el acceso a datos en tiempo real, con objeto de investigación científica a todos los niveles, una vez que se garantice con la encriptación la confidencialidad de los usuarios (Robertt & Lisdero, 2016).

Esta cuarta fase promovería mejoras sustanciales en la utilización de plataformas que potencien el acceso a la información e historial, ahorrando horas-hombre/mujer del personal estadístico, el acceso a imágenes e informes en línea de imagenología, resultados de laboratorio, tamizajes, y demás recursos que durante la migración de un usuario, demanda el gasto del erario, sobrepone a radiaciones ionizantes, y disminuye la efectividad de la administración del talento humano con sobrecarga laboral del usuario interno, desde el enfoque de lo cosmológico hasta el individuo con la evolución del conocimiento gerencial en la administración de servicios de salud, se pretendería mediante los adecuados diagnósticos, planificación,

ejecución y evaluación, llegar a más usuarios con alta calidad y mayor impacto en la satisfacción de la prestación.

Desde el aspecto filosófico antropológico, la importancia del estudio del conocimiento científico de la gerencia, enfocando la bifurcación del proceso investigativo de la variabilidad de la práctica clínica frente a la solicitud de exámenes complementarios, sea tomando al sujeto a la cuya realidad se investiga como objeto, o al conocimiento que el sujeto adquiere, partiendo del objeto de la investigación. Desde ambas raíces epistemológicas, se entendería el descubrimiento del objeto mediante sus actos cognitivos y afectivos, en que el sujeto define una postura y partiendo de sus observaciones crea el conocimiento respecto a las más eficientes formas de ejercer la práctica sanitaria. Un enfoque distinto proviene de las observaciones externas a los puntos de vista, en que sin superar la intersubjetividad, el sujeto da lugar a nuevo conocimiento enmarcando la transdisciplinariedad, razón fundamental por la que los sistemas de evaluación y auditorías, internas y externas, deben cobrar un rol determinante en el involucramiento de agentes interinstitucionales, para validar los procesos generadores de variabilidad sobre los que se crearían aprendizajes que permitan la mejora continua del sistema (García Sierra, 2019)

De acuerdo con las diversas teorías y escuelas del pensamiento, la visión de la gerencia de los servicios de salud se clarifica bajo los principios en los que las diferentes perspectivas, hubieran influido en su

conformación estructural de los procesos que hoy son comunes a la mayoría de las instituciones. La administración de los servicios de Salud, desde la escuela funcionalista dentro de su procuración de orden, armonía e integración del conocimiento en consenso a principios científicos pre establecidos, interrelaciona tres dimensiones de la gerencia, la institucional, la individual y la grupal, tomando un papel mediador en la conducción organizacional, desde ellas se puede intervenir la realidad de la incertidumbre, precursora de la variabilidad, así también los techos sugeridos para responder desde el servicio diagnóstico de imágenes y laboratorio, con filtros técnicos que contribuyan a normalizar el uso racional y eficiente de recursos (Jurado Jurado, 2018).

Desde la escuela de relaciones humanas, la gerencia en salud considera su talento humano como el pilar de la organización, por encima de las condiciones del emplazamiento o los recursos financieros, este rol se potencia mediante tres ideas fundamentales: la dinámica de grupal (manejo de protocolos y producción), liderazgo (procesos de gestión y comunicación), y estímulo a la participación (empoderamiento en la toma de decisiones, sentido de responsabilidad), la intervención en estos componentes, hará consciente la reducción la variabilidad en la práctica clínica desde su origen. Desde la escuela burocrática, con un enfoque clásico, la eficacia institucional pasa a ser el primordial criterio de desempeño administrativo, a través de conseguir los objetivos planteados, la eficiencia individual tendrá un rol menos preponderante, que se impulsará, una vez establecidos los logros en

la perspectiva macro, donde el control documental y de costos, se dimensiona efectivo para promover el control de la variabilidad (García Sierra, 2019)

Desde la teoría de los sistemas sociotécnicos, la instauración de subsistemas de tareas (como TICS, estadístico y mantenimiento), subsistema gerencial y organizativo (como dirección, talento humano, seguridad, financiero y salud ocupacional), subsistema social (trabajo social, vinculación con la comunidad, comités y asociaciones de trabajadores), crean oportunidades para ejercer mayor control en los resultados de solicitudes de pruebas diagnósticas complementarias, que alerten un porcentaje o tendencia que amerite la intervención de sistemas de auto auditoría. Desde el enfoque Psico sociológico, por intermedio del mejoramiento de las condiciones sociológicas, el medio ambiente laboral, y la capacitación proactiva, propende a incentivar una mayor competitividad y eficiencia en los miembros del sistema gerencial en salud, sin agregar el componente de riesgo psicosocial o de intervención interdepartamental (Brunette & Curioso, 2017).

En la actualidad, otras aproximaciones a perspectivas que enfatizan la subjetividad como parámetro para el análisis de los resultados en el marco del compromiso y visión de los miembros de la organización, más allá de las estructuras verticalizadas y los objetivos materiales. Los cambios en las economías de las naciones, la necesidad de industrialización, reducción de pobreza, desigualdad, y nivel de desarrollo, son determinantes en la adaptación de los procesos gerenciales en administración de salud, de allí

que una administración dialéctica en la lucha con la visión reduccionista, operando con las contradicciones propias del sistema implementado, resulta innovadora a los rígidos procesos administrativos, por ejemplo, de los subsistemas fijos, que no siempre se logran adaptar al big data que las herramientas digitales generan, y cuya interpretación es la base para la toma de decisiones en los planes para una práctica clínica eficiente (García, 2019).

La dirección adecuada y sistemática con la utilización de recursos técnicos y humanos para la generación de información que fundamente los niveles de intervención permitirán la reducción de la incertidumbre clínica y la generación de variabilidad. El desarrollo de una cultura de lenguaje; la conceptualización de saberes en el marco de la influencia técnica del personal sanitario, las vías de comunicación, el manejo de lenguaje que permita retroalimentación que comprenda todos los actores; quienes intervienen en el proceso de salud, emisores, integradores, receptores y usuarios (Tognoni, 2011).

El componente técnico de asistencia sanitaria directa y el personal de gestión logística, mediante relaciones jurídicas, operativas y de complementariedad, se integra a los distintos niveles en donde su articulación garantice el acceso universal de los ciudadanos a los servicios de salud de emergencia. La gestión integrada, desconcentra la autonomía de los sistemas, y estimula la toma de decisiones de los territorios a través de su participación en la ejecución de la política pública de salud, a través de la concienciación de costos por examen y usuario, garantizará la provisión sostenida de los servicios complementarios de diagnóstico, en un país

diverso como Ecuador, se debe explotar el contexto intercultural sobre el que los profesionales sanitarios tejan sus redes hacia el cumplimiento de las metas de la reducción de la incertidumbre, como precursora de la variabilidad clínica (Dominguez et al., 2017).

Las variaciones en la práctica médica se definen como variaciones sistemáticas en la utilización de un procedimiento médico o quirúrgico o en sus resultados, una vez se descarta que las diferencias sean atribuibles a poblaciones o pacientes (Bernal-Delgado, 2018).

Variaciones sistemáticas: variaciones que ocurren de forma continuada a lo largo del tiempo y presumiblemente por causas relacionadas con el sistema (contexto en el que se trabaja). Podemos distinguir tres contextos organizativos: microsistema, el servicio o el departamento médico (servicio de cirugía o sección de hemodinámica); el mesosistema (hospital, centro de salud, área sanitaria) o el macrosistema (sistema regional de salud o sistema nacional de salud). Con el apelativo de sistemáticas nos referimos a aquéllas que no se producen de forma espuria o azarosa (Bernal-Delgado, 2018).

Estudios realizados en Reino Unido y Estados Unidos muestran que del 25 al 30 % de los estudios de laboratorio fueron inadecuados, innecesarios o no contribuían al cuidado del paciente. Asimismo, no hay una asociación entre el número de estudios y la salud de un paciente; por ejemplo, hasta el 27 % de los estudios realizados a un paciente con cetoacidosis no tienen un impacto directo en él; por otro lado, solicitar estudios a un individuo clínicamente asintomático lo expone al fenómeno de Ulises, el cual consiste en ser sometido a situaciones de estudio no justificadas con el consecuente

estrés y gasto que esto implica; está bien determinado que si a un individuo asintomático se le realizan 10 pruebas se podrán encontrar anomalías sin mayor significado clínico hasta en el 40 % de los estudios (Gamaliel Benítez-Arvizu, 2016).

Las diversas causas identificadas en el inadecuado empleo del laboratorio pueden ser agrupadas en tres clases: a) Atribuibles a los pacientes: las expectativas que tiene el paciente según la atención que ha recibido, aunadas a la presión que ejerce sobre el médico para la realización de estudios que sean acordes a lo que él ha “investigado” por su cuenta, además del aumento en la expectativa de vida de la población, todos estos son factores que ejercen presión sobre la cantidad de estudios en grupos etarios de más edad, así como el aumento de la sobrevida al padecer enfermedades como el cáncer, o la aparición de “nuevas” patologías, como el VIH, o la enfermedad injerto frente al hospedero, que es resultado de un trasplante (Gamaliel Benítez-Arvizu, 2016).

Asimismo, la presión administrativa, que es consecuencia del aumento de la población, condiciona un menor tiempo de consulta para una adecuada relación médico-paciente; b) Atribuibles al laboratorio: la automatización, la accesibilidad a las pruebas, la dicotomía práctica que condiciona un exceso de laboratorios innecesarios en sistemas de salud, así como el desarrollo de nuevas pruebas dan origen a dos fenómenos: uno es la accesibilidad a nuevas formas de complementar un diagnóstico, y el otro es cuando una nueva prueba es introducida en la mayoría de los casos pasa por un periodo de sobreestimación, lo que condiciona que se emplee excesivamente; c)

Atribuibles al médico: los médicos son los principales actores en el empleo inadecuado del laboratorio y el principal blanco de las políticas para corregir esta anomalía (Gamaliel Benítez-Arvizu, 2016).

Entre las situaciones identificadas, los médicos solicitan estudios por diferentes factores que resultan irrelevantes, como a) la curiosidad (gracias a la accesibilidad de las pruebas); b) la falta de evaluación del paciente de forma clínica, con lo que depositan la confianza en la tecnología y no en su juicio clínico y ocasionan que se soliciten estudios en búsqueda de patologías inusuales en poblaciones en las que la prevalencia esas patologías es muy baja; c) la falta de revisión de resultados previos, lo que ocasiona repeticiones injustificadas (por ejemplo, repetir el protocolo diagnóstico en un paciente ya diagnosticado en el centro hospitalario de referencia) y la fragmentación de la atención (subespecialidad) (Gamaliel Benítez-Arvizu, 2016).

La responsabilidad por el uso excesivo del laboratorio puede asignarse principalmente a los siguientes cuatro grupos: médicos en ejercicio, médicos en formación, pacientes y laboratorio clínico. Las estrategias para contener los crecientes costos de la atención médica han variado desde programas de educación médica individualizados hasta la intervención del gobierno. Los laboratorios han respondido a las restricciones fiscales impuestas por los posibles sistemas de pago intentando reducir los costos operativos sin afectar negativamente la calidad.

Las estrategias educacionales han demostrado ser efectivas en modificar las conductas de petición, pero para que sean duraderas se requiere un

constante intercambio de información con los clínicos. Otra herramienta efectiva ha sido la incorporación de protocolos de petición. Consiste en planes acordados, escritos y detallados, para una actuación médica analítica que se elabora en consenso con los clínicos siguiendo la metodología de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y Guía de Práctica Clínica (GPC). Los sistemas informáticos pueden ayudar a disminuir las repeticiones y adecuar la demanda al permitir a los clínicos consultar resultados de análisis previos u obtener información acerca de la probabilidad de que la magnitud solicitada sea anormal para un paciente concreto (García, 2008).

Balanced Scorecard

El Balanced Scorecard (BSC) o Cuadro de Mando Integral (CMI) es una metodología de administración estratégica usada para conceptualizar y hacer seguimiento a la táctica de una organización. Esta metodología, construida por Robert Kaplan y David Norton, posibilita estructurar las metas estratégicas de manera dinámica e integral para ponerlos a prueba según una secuencia de indicadores que evalúan el funcionamiento de cada una de las iniciativas y los proyectos necesarios para poder hacer su cumplimiento satisfactorio (Jadeed, 2022).

El BSC tiene como objetivo primordial transformar la táctica de una compañía en acción y resultado, por medio de alineación de las metas de cada una de las perspectivas. Por consiguiente el BSC se concibe como un proceso descendente que se apoya en traducir la tarea y la táctica universal de la compañía en fines y medidas más concretos que logren inducir a la acción empresarial adecuada y relevante, además de proporcionar una visión

integrada de la empresa y un enfoque estratégico para la toma de decisiones. De la misma manera, ayuda a las empresas a medir y evaluar el rendimiento en relación con sus objetivos estratégicos (Bongiorni, 2022).

El BSC se basa en la teoría de los cuatro pilares del desempeño empresarial, que sostiene que toda organización; debe medir y optimizar cuatro áreas clave para alcanzar el éxito a largo plazo. Estas son las finanzas, el cliente, los procesos internos y el aprendizaje y el crecimiento. La implementación de un BSC efectivo requiere una comprensión clara de los objetivos de la organización y de cómo estos objetivos se relacionan con las actividades clave de la empresa. También es necesario establecer un buen sistema de información para recopilar y analizar los datos de desempeño de la organización (Bolaños et al., 2020).

Se estima que estas las perspectivas del modelo engloban todos los procesos que la compañía necesita para un adecuado desempeño y tienen que tomarse en cuenta para conceptualizar los indicadores clave de la compañía. Es fundamental la igualdad entre estas categorías debido a que proporciona el balance entre los procesos internos que deben ver con ayudantes, innovación, capacitación, etcétera. así como los externos que van involucrados a los accionistas y consumidores (Bartolomé et al., 2017).

Por ende, la perspectiva financiera del BSC considera todos los aspectos de la empresa que tienen un impacto en su capacidad para generar ingresos, reducir costos y aumentar el valor para los accionistas. Los objetivos de esta perspectiva se centran en la generación de ingresos, la maximización del valor para los accionistas y la minimización de los costos. El *Key*

Performance Indicator (KPI) de esta perspectiva incluye el beneficio neto, el retorno sobre el patrimonio, el retorno sobre el capital invertido y el costo del capital. Del mismo modo, la perspectiva de clientes se centra en la satisfacción de los clientes y en la identificación de las necesidades de estos. Los KPI de esta perspectiva incluyen la satisfacción del cliente, el número de nuevos clientes, clientes perdidos, reclamos de usuarios y cantidad de personas que compran más de un producto o servicio (Murillo, 2020).

La perspectiva de aprendizaje y crecimiento se desenvuelve en el desarrollo de las personas y en el crecimiento de la empresa, cuyos objetivos son mejorar el conocimiento y las habilidades de los empleados, así como en aumentar el tamaño y la eficacia de la empresa. Los indicadores de esta perspectiva incluyen el número de empleados capacitados, trabajadores nuevos, colaboradores que abandonan la empresa, empleados promovidos y trabajadores que reciben capacitación (Valladares & Villanueva, 2017).

Por último, la perspectiva de procesos internos tiene que detectar las metas estratégicas que permanecen involucradas de forma directa con los procesos clave de la organización de los cuales es dependiente cubrir las expectativas tanto de accionistas como de los consumidores. Generalmente, el diseño de los indicadores de esta visión se realiza una vez que ya se han determinado el punto de vista financiero y el de enfoque en el comprador, debido a que ésta busca la alineación de las ocupaciones de los ayudantes con los procesos clave de la compañía, para con esto implantar las metas estratégicas (Ghiglione, 2021).

Los procesos internos tienen la posibilidad de verificar y mejorar los métodos internos que componen la cadena de costo, lo cual tiene como inicio el proceso de innovación siguiendo con los operativos y culminando con el servicio postventa que brindan el costo añadido a los consumidores. En especial, en este rubro es fundamental que se encuentre conveniente y diseñado según las operaciones de la organización y que se desarrolle tomando como punto de inicio la cadena de costo y/o el modelo de comercio sobre el cual se fundamentan las ocupaciones de la compañía (Ramón et al., 2018).

Esta concepción de la organización como un todo integral y referente, conduce a otra serie de ventajas, es decir, posibilita tener una perspectiva y control de cómo se desenvuelve y desempeña cada área e integrante de la organización, además de implantar una vinculación entre las metas y las ocupaciones correctas para lograrlos. Una vez ejecutadas las actividades de optimización es importante identificar cómo influyen en otras superficies de la compañía, lo cual permitirá realizar correcciones extras si se necesita (Pantoja & Garza, 2019).

Uno de los indicadores que utiliza el BSC es el KPI, este es un indicador clave de rendimiento, utilizado como una medida cuantitativa que se requiere para evaluar el éxito o el fracaso de un proceso o de una actividad en relación con un objetivo determinado. Los KPI pueden ser utilizados a nivel empresarial, operativo o individual; en caso de ser individuales podrían abarcar el número de llamadas telefónicas realizadas, el número de correos

electrónicos enviados o el número de reuniones asistidas (Quezada & Carrión, 2021).

Los KPI están caracterizados por ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y puntuales, lo que permite que puedan abarcar una amplia gama de áreas de negocio, desde la satisfacción del cliente y las ventas, hasta la productividad y el crecimiento. Los KPI operativos podrían incluir el número de clientes potenciales contactados, la cantidad de clientes nuevos adquiridos o las ventas realizadas (Domínguez et al., 2019).

En consecuencia, existe un sinnúmero de indicadores que tienen la posibilidad de ser relevantes para la táctica de la organización, varios de ellos solo poseen sentido si permanecen basados en datos, o en pruebas realizadas día a día. Por tal motivo, la empresa o quien requiera de estos indicadores puede utilizar diversos tipos de estos según con los intereses de quien está analizando los resultados. Por último, los KPI se dividen en dos categorías, primarios y secundarios. Los primarios son los indicadores clave de actuación que los directores quieren ver, primordiales para el desarrollo del objetivo e indicadores de que la empresa está creciendo económicamente. Asimismo, los secundarios tienen la obligación de comprender otros indicadores clave de actuación más a fondo. Sin olvidar que los indicadores secundarios deben justificar al primario (Cordero & Rodríguez, 2017).

Los indicadores de gestión son medidas utilizadas por las empresas para evaluar el desempeño de su negocio y tomar decisiones estratégicas, los mismos que pueden medir el rendimiento de una variedad de áreas de negocio, desde el desempeño financiero y de ventas hasta el rendimiento de

los empleados y el impacto ambiental. Las empresas hacen uso de esos indicadores para evaluar el progreso hacia sus objetivos, identificar áreas de mejora, al igual que medir el desempeño de los competidores y el impacto de las externalidades en el negocio (Cámara de Comercio Bogotá, 2020).

Los motivos para utilizar los indicadores de gestión son muchos y variados. Uno de los más influyentes a la hora de utilizar dichos indicadores es la mejora en la toma de decisiones, ya que, permiten a los responsables tener una visión clara y precisa de la situación actual de la empresa y de cómo están funcionando sus procesos. Otro de los motivos es la evaluación en el rendimiento de la empresa, la cual ayuda a comprender qué áreas están funcionando bien y cuáles necesitan mejoras. Por ende, sirven para identificar problemas y oportunidades en la empresa, por ejemplo, si un determinado proceso está generando demasiadas devoluciones, es posible que haya un problema en el diseño o la ejecución de este. De esta forma, los indicadores de gestión sirven para poner el foco en los problemas y oportunidades de la empresa y tomar las medidas necesarias para mejorar (Fuentes, 2018).

Al establecer objetivos claros y medibles, estos facilitan la toma de decisiones y mejoran el seguimiento y la evaluación de los resultados, que se pueden detectar rápidamente, tomar las medidas necesarias para solucionarlos y con ello comunicar resultados a los interesados. Existen muchas metodologías para entablar un indicador, es por esto que se debería ofrecer respuestas a preguntas como: ¿Qué se hizo?, ¿Cómo se hizo?, ¿Para qué se hizo?, ¿Cuál ha sido el resultado?; ya que, los indicadores de

administración se emplean para dirigir a la organización al logro de fines en el instante de su creación, por tal motivo se necesita que cumpla con ciertos recursos, estos son el objetivo, costo de alusión, fiabilidad, fórmula, fuente, responsable y rango de gestión (Medina & De Marco, 2017).

Mapa de Procesos

El mapa de procesos es una herramienta gráfica que se utiliza para representar de forma visual los diferentes pasos involucrados en un proceso. Esta representación permite a los responsables de la gestión de los procesos identificar fácilmente las áreas en las que se pueden mejorar y, en consecuencia, implementar las medidas correctivas necesarias (Medina et al., 2019).

La finalidad es conocer mejor y más profundamente el manejo de los procesos y las ocupaciones en los cuales la organización se encuentra implicada, prestando una atención particular a los puntos clave de estas. El mapa de procesos de una organización se define gráficamente como diagrama de valor, en él se combina el punto de vista universal de la compañía con las perspectivas locales del departamento respectivo en el cual se añade cada proceso. Su desarrollo, por consiguiente, debería intentar de consensuar la postura local y el funcionamiento concreto de estos procesos con los fines estratégicos corporativos, por lo cual resulta indispensable identificarlos y jerarquizarlos en funcionalidad de su definición específica. Dichos mapas tienen que ser concisos y bastante claros para que logren conseguir su objetivo (Corral, 2017).

De acuerdo con lo antes mencionado, se identifican tres tipos de procesos en cualquier compañía u organización, estos son los procesos estratégicos, claves y complementarios. En caso de ser procesos estratégicos, su definición corresponde a los cargos de dirección y gerencia. Esta situación atiende primordialmente a procesos de enorme calado estratégico, mismos que están condicionados a la definición y la importancia de los demás procesos involucrados. Por ende, brindan un soporte para la toma de elecciones acertadas, robustecer la operativa del comercio y ayudar a mejorar el punto de vista del comprador (Rojas, 2017).

De igual forma, los procesos claves aportan un costo a la interacción de la compañía con sus consumidores y usuarios, persiguiendo como objetivo primordial satisfacer sus necesidades. El desarrollo y la definición del mapa de procesos debe desarrollarse de modo cuidadoso que, identifique cada parte del proceso en el punto final de su recorrido y trazando en sentido inverso una línea que se dirija hasta su punto de partida indicando labores, ocupaciones y subprocesos que de forma directa indirecta dependan de él (Medina et al., 2019).

Por otro lado, los procesos complementarios o también conocidos como procesos de apoyo complementan a los procesos definidos con antelación. Sin importar que se traten de procesos menores a partir de un criterio estratégico y corporativo, condicionan de manera significativa el manejo de procesos y determinan el triunfo o la derrota de estos. Las ocupaciones y los procesos involucrados con el suministro de materias primas, con los instrumentos, las aplicaciones y los grupos informáticos o con la formación

del personal son ciertos ejemplos que encajan en esta importancia (Alárcon et al., 2020).

Control en las Organizaciones de Salud

El control en las organizaciones de salud se realiza a través de la toma de decisiones, estas se basan en el análisis de datos y la identificación de problemas, que son identificados a través de la observación, el estudio de información y la investigación. Una vez que se identifica un problema, se desarrollan soluciones y se toman medidas para implementar estas (González et al., 2018).

El control en las organizaciones de salud es esencial para garantizar que se presten servicios de calidad y se cumplan con los estándares de seguridad, además ayuda a minimizar los costos y mejorar la eficiencia. Existen diferentes enfoques para el control en las organizaciones de salud, entre ellos se menciona el enfoque tradicional, lo cual se centra en el uso de la autoridad y el poder para controlar el comportamiento de los empleados; mientras que, el enfoque contemporáneo se centra en el uso de la motivación y el compromiso de los empleados para lograr los objetivos de la organización (Terán et al., 2017).

El control en las organizaciones de salud debe estar estructurado en la evaluación, misma que se centra en el proceso de recopilación, análisis e interpretación de datos en relación con una actividad determinada. En cambio, la supervisión es un método de inspección y acompañamiento que tiene como objetivo mejorar el desempeño de las tareas. La importancia radica en que permite identificar las desviaciones respecto a los objetivos

planteados y tomar las medidas correctivas necesarias. También, es una herramienta esencial para la toma de decisiones, ya que permite analizar el impacto de las acciones implementadas. En resumen, esta gestión es un punto clave para una buena operatividad de las instituciones de salud, ya que permite conocer las desviaciones, medir las operaciones implementadas y tomar estrategias óptimas para un buen desarrollo de funciones (Vega y Tapia, 2018).

Hay tres magnitudes centrales para el estudio del sector salud en un territorio, estas son sus políticas de salud, el estado o situación de salud poblacional, y el sistema de salud. Como número uno están las políticas de salud, estas forman parte de las políticas sociales y se las puede conceptualizar como una idea sistemática para minimizar los inconvenientes de salud. Una política de salud lleva implícita la aprobación de la salud de los individuos como un problema público en el que el Estado asume un papel activo y explícito (Benavides et al., 2018).

Por lo tanto, el estado de salud poblacional constituye una magnitud de la calidad de vida. En él se manifiestan diversas interrelaciones de una secuencia de componentes, como las condiciones económicas, sociales, educativas, los estilos de vida, el ambiente, la genética y los sistemas de salud. La salud poblacional se puede medir mediante indicadores como las tasas de mortalidad y morbilidad, la esperanza de vida al nacer, y de indicadores epidemiológicos más avanzados, como los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) o los indicadores de calidad de vida vinculada con salud (Penchaszadeh, 2018).

Por último, el sistema de salud abarca la integridad de ocupaciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. El sistema de salud puede definirse como una contestación social estructurada a los inconvenientes de esta. La definición de este último criterio prueba su conexión con ambos anteriores y, paralelamente, de él se desprende que puede haber una contestación social a los inconvenientes de salud poblacional en las que no se vea involucrado el Estado (Hurtado et al., 2021).

Componentes del Sistema de Salud

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2022), el primordial objetivo del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud es reforzar los sistemas sanitarios basados en la Atención Primaria de Salud, secundando el progreso hacia la cobertura sanitaria mundial y la entrada mundial a la salud. Su tarea abarca el fortalecimiento de la gobernanza, la rectoría de los sistemas sanitarios y el fortalecimiento de los marcos normativos para los medicamentos y las tecnologías de la salud; el desarrollo de mecanismos financieros eficientes y equitativos que garanticen una correcta financiación pública del sistema de salud y una correcta defensa financiera para la ejecución progresiva del derecho a la salud. Por lo tanto, los componentes más influyentes en el sistema sanitario son el liderazgo y gobernanza, financiación del sistema de salud, sistema de información y promoción de la salud, al igual que la gestión de suministro de medicamentos, prestación de servicios y los recursos humanos pertinentes.

Liderazgo y gobernanza

Desde una perspectiva de liderazgo y gobernanza, un sistema de salud está formado por un conjunto de actores y estructuras que interactúan entre sí para lograr un objetivo común, que es mejorar la salud de la población. La efectividad de un sistema de salud depende de la calidad del liderazgo y la gobernanza. Estos componentes son esenciales para garantizar que el sistema funcione de manera eficiente y para asegurar que se tomen las mejores decisiones para mejorar la salud de la población.

Los actores en un sistema de sanitario incluyen a los prestadores de servicios de salud, las autoridades, las organizaciones no gubernamentales, la industria farmacéutica y el sector privado. Las estructuras incluyen el marco legal y la regulación, la financiación, la infraestructura y los servicios de salud (Véliz et al., 2018).

Financiación del sistema de salud

La financiación del sistema de salud es el proceso mediante el cual se recaudan y se utilizan los fondos necesarios para cubrir los costos de este. El sistema de salud de un país está formado por todos los servicios sanitarios que se ofrecen a la población, incluyendo la atención médica, la medicina preventiva y la educación sanitaria. Los sistemas de salud se financian de diversas maneras, incluyendo los impuestos, las cuotas de seguro, las donaciones y los fondos gubernamentales (Chang, 2017).

Es importante que se mantenga un eficiente financiamiento, de manera que se puedan ofrecer los servicios necesarios a la población. Si el sistema de salud no está bien financiado, puede haber una falta de personal médico,

medicamentos, equipos médicos, y una mala calidad de los servicios de salud. Los costos de los servicios sanitarios son altos y a menudo aumentan más rápido que la economía en general. Además, la financiación de este sistema está sujeta a cambios políticos, lo que puede hacer que sea difícil predecir el nivel de financiación futura (Lucio et al., 2019).

Sistema de información de salud

El Sistema de Información de Salud es un conjunto de datos, herramientas y métodos que se utilizan para almacenar, procesar, analizar y compartir información relacionada con la salud. Esta información puede ser utilizada para apoyar a las personas y las organizaciones en la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud, la investigación y el desarrollo de políticas (Vidal et al., 2017).

Este proceso está compuesto por una serie de elementos, que incluyen: el registro de salud denominado como un conjunto de datos que se recopilan sobre la atención médica proporcionada a los pacientes. Esta recopilación permitirá planificar y evaluar programas sanitarios, establecer prioridades de investigación, monitorear y evaluar el impacto de las políticas.

Posteriormente, los sistemas de información electrónica se centran en incluir registros electrónicos, de laboratorio, farmacia, y demás, en cambio, los de laboratorio incluye datos acerca de los resultados de los exámenes, tratamientos recibidos, y las complicaciones (Eslava et al., 2018).

Promoción de la salud

La promoción de la salud es una estrategia de intervención social diseñada para fomentar el bienestar de las personas y mejorar sus niveles de

salud. Implica el establecimiento de ambientes saludables, la educación sanitaria, el fomento de estilos de vida saludables y el acceso a servicios de salud de calidad. Esta se enfoca en el potencial de las personas para mejorar su propia salud y el de sus comunidades, en la prevención de la enfermedad y el deterioro de la salud. Está centrada en el desarrollo de capacidades y el fomento de estilos de vida saludables, y no solo en la prestación de servicios médicos (De La Guardia et al., 2020).

Este proceso dentro de las instituciones sanitarias es una forma de abordar la prevención de enfermedades y el fomento de estilos de vida saludables. Implica el desarrollo de programas y actividades que fomenten la adopción de comportamientos buenos y el cambio de malos hábitos que comúnmente repiten los seres humanos. Este método aborda una amplia gama de temas, como la alimentación saludable, el ejercicio físico, el control del peso, la reducción del consumo de tabaco, el consumo responsable de alcohol, la prevención de enfermedades crónicas, el cuidado mental y el bienestar. Las alternativas que pueden ofertar se enfocan en las charlas y talleres, proporcionar recursos y materiales educativos sobre salud, así como asesoramiento individualizado. Las organizaciones sanitarias también pueden desempeñar un papel en la sensibilización y el fomento de la conciencia sobre la importancia de la misma (Cajina, 2020).

Gestión de suministro de medicamentos

La gestión de suministros de medicamentos es un proceso que implica el seguimiento y el control de los medicamentos desde su entrada en el establecimiento hasta su distribución, este incluye el control de los

medicamentos. El objetivo de la gestión de suministros de medicamentos es asegurar que los medicamentos estén disponibles cuando se necesiten y que se utilicen de manera segura y eficaz. La gestión de suministros de medicamentos debe garantizar que los fármacos se almacenen de manera segura y se distribuyan de manera eficiente (Cruz & Delgado, 2020).

Los hospitales pueden mejorar la gestión de suministro de medicamentos mediante el uso de sistemas de información para realizar un seguimiento de los medicamentos, estos pueden ayudar a identificar la medicina que se están quedando sin stock y a pedir más al proveedor. También, planifica mejor el suministro a fin de que los pacientes no se queden sin estos, todo esto se convierte en una parte importante de la administración de unidades hospitalarias. Por otro lado, las instituciones deben asegurarse de estar abastecidos con el objetivo de que los productos estén disponibles cuando los necesiten los usuarios, así evitarán consecuencias graves, como una mala respuesta al tratamiento o una mayor estancia en el hospital (Peña y Delgado, 2020).

Prestación de Servicios

La prestación de servicios en la salud es una actividad mediante la cual se ofrecen servicios de salud a los pacientes, estos servicios pueden incluir la prevención y diagnóstico de enfermedades, el alivio del dolor y el tratamiento de lesiones. Los prestadores de servicios de salud pueden incluir médicos, enfermeras, farmacéuticos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, y otros profesionales de la salud (Pérez et al., 2018).

Por tal razón es una actividad esencial para la salud de la población, ya que, permite a las personas recibir el tratamiento y la atención que necesitan para mantenerse saludables. Además, la prestación de servicios de salud también contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas, dado que les permite tener acceso a servicios de salud de alta calidad (Ramón et al., 2017).

Recursos humanos para la salud

Los recursos humanos para la salud se componen del personal sanitario que está capacitado para brindar servicios de salubridad a la población. Esto incluye a médicos, enfermeras, dentistas, farmacéuticos, técnicos de laboratorio, higienistas dentales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos y otros profesionales de la salud. También incluyen el personal de apoyo, como el personal administrativo, de limpieza y de seguridad (Portela et al., 2017).

Los recursos humanos para la salud son esenciales para el funcionamiento de los servicios de salud. Sin un personal adecuadamente capacitado y motivado, los servicios de salud no pueden brindar los cuidados que necesita la población. Por ende, desempeña una función vital en brindar un espacio sanitario adecuado y con ello tienen un impacto directo en la salud de las personas a través de la prestación de servicios, la educación de la población y el desarrollo de políticas sanitarias (Yanco, 2017).

Importancia de la Logística Hospitalaria

La logística hospitalaria es el proceso de administrar el flujo de materiales y suministros médicos a través de un establecimiento de salud. También se

puede referir a la planificación y ejecución de los flujos de trabajo en un hospital o clínica para maximizar la eficiencia y reducir los costos. De la misma manera, dentro de este campo se encuentran los procesos de distribución de los diferentes insumos dentro del centro hospitalario, con el fin de precautelar la salud de los usuarios; además de los servicios de asignación de citas y la seguridad (Núñez & Sandoval, 2019).

Además de lo anterior, se destaca que la implementación de herramientas computacionales no está completamente divulgada en los centros hospitalarios. Esto supone que, a pesar de estar impulsada la implementación de los servicios tecnológicos, actualmente muchas de estas ocupaciones se llevan a cabo por el personal de salud, en lugar de ser tareas planeadas y diseñadas por personal capacitado. En primera instancia, está una densidad de la población creciente que aumenta la demanda por servicios médicos. A este primer componente, se suma un segundo elemento que trata sobre las políticas de Estado y gubernamentales encaminadas a agrandar la cobertura de tal modo que todo habitante tenga derecho al ingreso al sistema de salud. Finalmente, una tercera importancia nace a partir de la anterior y es que, en la actualidad, dado a los avances de la tecnología, los hospitales ofrecen un portafolio de servicios más exigentes (Palomar, 2020).

Marco Conceptual

El Balanced Scorecard es un sistema de gestión que sirve para medir y evaluar el desempeño de una organización, con el objetivo de cumplir sus objetivos financieros, estratégicos y operativos. Este modelo se compone de

cuatro perspectivas: Financiera, Clientes, Procesos Internos y Aprendizaje y Crecimiento. (Jassem et al., 2021). El mismo está apoyado en diversos indicadores de gestión que permiten un mayor control y administración de los objetivos propuestos previamente por la organización. Su relevancia dentro del Balance Scorecard es permitir evidenciar un panorama más amplio de la medición de aspectos como las ventas y beneficios (Betancourt & Caviedes, 2018).

Un indicador de gestión es una estrategia utilizada para medir si una organización, unidad, plan o persona está consiguiendo sus metas y fines estratégicos. Las empresas usan indicadores de administración en diversos niveles para evaluar su triunfo al conseguir los objetivos determinados en la organización estratégica (Fuentes, 2018). Por tal motivo, es considerado como una métrica utilizada para medir el rendimiento de una organización o de un área específica del negocio. Este modelo permite medir cualquier aspecto del rendimiento, desde la productividad y las ventas, hasta los niveles de satisfacción del cliente y el desempeño de los empleados (Cámara de Comercio Bogotá, 2020).

De la misma manera, además del uso de indicadores de gestión para la administración eficaz de una empresa, todas las organizaciones están compuestas por diversas actividades que permiten el funcionamiento adecuado, tanto a nivel interno como externo, también conocido como mapa de procesos. Este es un diagrama que muestra la secuencia de actividades que pueden ayudar a los gerentes y a otros interesados en un proceso a comprender mejor cómo se llevan a cabo y qué pasos son necesarios para

completarlo (Cordero & Sañay, 2020). Consecuentemente pueden ser útiles para identificar actividades que no aportan valor al proceso o que son innecesarias, y con ello implementar una mejora de procesos (Sánchez et al., 2017).

Dentro del campo sanitario, la guía de práctica clínica es una de las herramientas indispensables para el estudio y análisis de los profesionales de la salud. Su utilidad permite bajo evidencia científica ayudar a los médicos y otros proveedores de atención médica a tomar decisiones de calidad sobre el cuidado de los pacientes (Díaz et al., 2017). Esta guía es capaz de abordar una amplia variedad de temas, desde la prevención de enfermedades y el diagnóstico de condiciones médicas, hasta el tratamiento y la gestión de enfermedades crónicas (Torres et al., 2020).

En concordancia con lo anterior, de acuerdo con el análisis, diagnóstico y tratamiento de enfermedades es fundamental la gestión de suministros. Esta es una disciplina de la administración de empresas que se encarga de la planeación, coordinación y control de los flujos de materiales y suministros necesarios para el funcionamiento de una empresa, en este caso de insumos médicos que serán necesario para los usuarios dentro de las casas de salud (Rodríguez & Roig, 2020). La accesibilidad a los medicamentos y otros insumos estratégicos es un componente que consigue más grande trascendencia en la atención de salud y en la actualidad tiene un espacio preponderante en las agendas sanitarias. Estos productos que tienen la posibilidad de rescatar vidas no tienen la posibilidad de ser tratados como

cualquier mercancía y el abasto correcto debe ser una prioridad en los sistemas de salud (Organización Panamericana de la Salud, s. f. 2022)

La logística hospitalaria se refiere a la gestión de los recursos necesarios para el funcionamiento de un hospital. Esto incluye la coordinación de los suministros médicos, el personal y los equipos, así como la gestión de los pacientes (Palomar, 2020). Esta es una parte importante de la administración de un hospital y se encarga de asegurar que todos los recursos estén disponibles cuando se necesiten. También se encarga de coordinar el traslado de pacientes y de asegurar que se cumplan los protocolos de seguridad (Núñez & Sandoval, 2019).

Capítulo II

Marco Referencial y Legal

El marco referencial se encuentra conformado por un conjunto de investigaciones asociadas con la temática de estudio de carácter nacional e internacional, los cuales representan una guía de dirección para el desarrollo del presente estudio; asimismo, se integra el factor legal, determinando aquellos artículos sobre los cuales se articula la investigación.

Investigaciones Científicas

El estudio llevado a cabo por Orellana (2019) determinó el estado actual de la variabilidad en la ejecución de los procesos hospitalarios en Cuba. La metodología aplicada fue la investigación de acción junto a la técnica de entrevistas, encuestas y grupo focal. Los resultados manifestaron que, el 96.5% de los especialistas de la gestión hospitalaria y el 97.9% de los analistas de procesos determinaron que la variabilidad es un aspecto negativo en cuanto al gasto económico y el proceso de atención. El 97.9% de los profesionales de la salud y el 100% de los analistas estimaron que no es posible colaborar efectivamente a la planificación, control y gestión de los recursos sin antes descubrir y reducir la variabilidad de este.

Además, el 69.3% de los especialistas de la salud consideran que las técnicas y métodos empleados para el análisis de los procesos, no contribuyen de forma efectiva al desarrollo de los objetivos del programa; mientras que, el 26% permanecieron indecisos. El 85.7% argumentaron que las técnicas tradicionales hospitalarias no son capaces de detectar dicha variabilidad, el 89.7% opinaron que el modelo es complejo para los

profesionales de la salud, finalmente el 97.9% consideraron que se debe desarrollar tácticas en torno a bases teóricas no subjetivas, que detecten la variabilidad en los procesos hospitalarios. El investigador concluyó que, el modelo de técnicas y los métodos existentes para disminuir la variabilidad no son efectivos en el entorno sanitario cubano, por la gran variabilidad en sus procesos y la complejidad de este (Orellana, 2019).

La investigación desarrollada por Giménez y Díaz (2018) determinó si modelos de gestión sanitaria, como el de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir, conllevan a una baja variabilidad en el ámbito de heridas crónicas a diferencia con otros tipos de gestión. La metodología investigativa fue mediante un estudio observacional, tipo descriptivo, a través de encuestas, a una población muestral de 446 enfermeras. Los resultados evidenciaron que, la gran parte de los participantes poseen una leve formación en heridas con un total de 90.8%; mientras que, un 68.4% conocen ciertos protocolos de úlceras por presión. En cuanto, al actuar frente a dudas en el cuidado de heridas, en la GPC fue representado por un 63.2%, finalizando con la pregunta a otro colega con un 59.2%. Los autores concluyeron que, en la investigación se evidencia mucha variabilidad enfermera en torno a las heridas crónicas. Como recomendación para disminuir dicha variabilidad motivan a la capacitación de la enfermera en cuanto a heridas.

La investigación desarrollada por Blanco et al. (2018) efectuó un mapeo de variabilidad sobre prácticas de personal de salud vinculadas al acceso vascular en cuanto a tratamiento de hemodiálisis. La metodología aplicada

fue estudio observacional transversal a través de un cuestionario de preguntas con una población muestral de 217. La variabilidad asistencial resultó con una ponderación moderada; mientras que, un 53.24% de los encuestados coincidieron con la información otorgada en las GPC. Las intervenciones con mayor miedo y variabilidad están asociadas con el uso de medicamentos, tipo y periodo de tiempo de apósitos junto a la praxis técnica de punción.

A escala nacional, un estudio realizado por Gavilánez y Gutiérrez (2017) analizó la variabilidad de la praxis médica en el diagnóstico y tratamiento de la Faringoamigdalitis Bacteriana en una Unidad de Atención de Primer Nivel. La metodología de investigación consistió en un estudio descriptivo, retrospectivo, involucrando una muestra de 313 pacientes mediante la técnica instrumental de encuestas. Los resultados que encontraron fueron la implementación de criterios clínicos en torno a la escala Centor, manipulación terapéutica, predominio antibiótico en la mayoría de los casos, constituyendo un índice riesgoso de 38.86 veces, evidenciando la gran variabilidad de la práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de dicha afección.

Del mismo modo, una investigación creada por López (2018) determinó la variabilidad en la manipulación de la gastroenteritis aguda en adultos, por parte de los profesionales de salud del Servicio de Emergencia de un Hospital. La metodología aplicada fue un estudio de prevalencia con una muestra de 164 pacientes. Los resultados mostraron que el 29.7% dio positivo a bacterias, parásitos y hongos; en cuanto al agente bacteriano la

tasa fue del 23.6%. Por otra parte, no se efectuaron exámenes para identificar causa viral; mientras que, al 49.3% no se le obligó a realizar exámenes coprológicos. En torno al manejo por médicos generales fue del 62.2%, hay carencia de registros en el informe clínico sobre las características de la Enfermedad Diarreica Aguda con un 45.9%. El investigador concluye que los más afectados son los jóvenes, los médicos manejaron ciertas afecciones con muchos medicamentos. Recomendando que, se debe mantener criterios generalizados de diagnóstico y tratamiento.

Situación Actual

La velocidad con que se desarrollan las tecnologías en relación al siglo pasado, también son una firme variable en el desarrollo del conocimiento de la gerencia en el ámbito del uso eficiente del talento humano y los recursos diagnósticos complementarios, la administración interaccionista toma las perspectivas requeridas en el contexto de la administración estructuralista, que permite resaltar la importancia de los hechos organizacionales, y acciones administrativas, aunque limitando mediante la autorregulación la libertad e interacción de los colaboradores, lo que conlleva a la inhibición del ejercicio democrático de los actores de la organización, enfocando la consecución de objetivos, logrando por ejemplo, la renovación de un sistema de registro de historia clínica única, sin necesidad de un consenso absoluto por todos los trabajadores (García, 2019).

La administración interpretativa enfatiza la subjetividad, desde el valor de la libertad y la participación, en este ejemplo, propendería a la inclusión de los actores en la toma de decisiones, así como en el

análisis del carácter humano en la implementación del nuevo formato de trabajo, si bien provocaría una migración amigable desde el punto de vista psicosocial del médico, podría implicar un retraso en el ajuste del software en la búsqueda por recoger las perspectivas de otros actores, como técnicos de imagen, bioquímicos, laboratoristas, personal auxiliar y médicos imagenólogos, además del costo de desarrollo y del tiempo en que la migración disminuya la producción derivando en la insatisfacción del usuario externo e interno (Hernández Cortez, 2015).

El desarrollo de la civilización y el pensamiento científico, buscan resolver las interrogantes del conocimiento, estos problemas a través de un proceso sistemático encuentran el camino a través del método científico, plantean cierta unidireccionalidad, pero se muestran efectivos en un sinnúmero de escenarios biológico sobre los que intervienen mejorando las tasas de mortalidad global, haciendo uso del pensamiento racionalista cartesiano, viendo la salud como la ausencia de enfermedad, y basando en los hallazgos clínicos, la anatomía patológica, mecanismos biológicos y químicos para corregir las disfunciones de un aparato o sistema en especial, aunque limita la intervención en las esferas bio psico sociológicas y socioeconómicas, ambientales o espirituales del individuo. Para comprender sobre qué escenario el presente estudio pretende determinar la variabilidad en la práctica clínica, resulta imprescindible conocer la realidad ecuatoriana en salud (Baeta, 2015).

A la fecha de esta investigación, año 2021, con 17.620.738 de habitantes, con un 49,48% de mujeres y un 50,51% de hombres, los hombres alcanzan una esperanza de vida de 74 años mientras que las mujeres 80 años, en mayo de 2020 tan solo se cuenta con 2,44 millones de afiliados al IESS y se estima que por efectos de la emergencia sanitaria se cuente al terminar el año con medio millón menos. Contamos con una Canasta Familiar Básica de \$711,12. A septiembre de 2020, un empleo adecuado de solo el 32,1% y un desempleo del 6,6%. A diciembre de 2019 una tasa de pobreza multidimensional del 38,1%, ciertamente antes de la declaratoria de emergencia sanitaria por COVID 19, el Banco Central del Ecuador anuncia el cierre del 2020 con un decrecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) de -11%. El 64% de la población vive en la zona urbana donde los servicios sanitarios son más accesibles para la mayoría de la población, mientras que el 36% de los ciudadanos que primordialmente son los que sostienen la soberanía alimentaria, con gran demanda calórica, riesgos químicos, físicos, ergonómicos, biológicos, amenaza delincencial y radiaciones no ionizantes, en tareas de producción agropecuaria y pesca, donde en densidad, menos se concentra la infraestructura sanitaria para el desarrollo integral comunitario (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2020).

Tabla 1

Indicadores básicos de salud en Ecuador

Indicadores básicos de salud en Ecuador 2020	
Población	17'620,738
Esperanza de vida al nacer mujeres	80 años
Esperanza de vida al nacer hombres	74 años
Tasa de mortalidad general 2019	4.3%
Tasa de mortalidad infantil 2019	10.1%
Razón de mortalidad materna 2019	37
Prevalencia de hipertensión arterial 2019	9.3%
Prevalencia de diabetes mellitus 2019	7.5%
Mortalidad por diabetes mellitus 2019	6.5%
Prevalencia de sobrepeso y obesidad 2015	62.8%
Mortalidad de enfermedades hipertensivas 2019	4.5%
Partos atendidos por personal calificado 2019	96.7%
Cobertura de vacunación en menores de 1 año 2018	85.2%
BCG Tuberculosis 2017	84%
Poliomielitis 2017	79%
DPT (Difteria, tétanos y tosferina) 2017	83%
SRP (Sarampión, Rubeola y Parotiditis) 2017	86%
Población afiliada al IESS 2019	3'147,587
Población no afiliada al IESS 2019	14'473,151
Gasto total en salud como porcentaje al PIB 2017	4.36%

Gasto per cápita en salud 2017	242
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud 2017	54.82%

Fuentes: Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 "Toda una vida", Organización Panamericana de la Salud

Nota: Tomado de *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*, por INEC. (2020)

El Hospital General Teófilo Dávila, es un hospital general de segundo nivel de atención ubicado en la provincia de El Oro, cantón Machala, Dirección Distrital 07D02 Machala – Salud (Ministerio de Salud Pública, 2021); tiene una población beneficiaria directa de 286.120 proyección INEC 2019 (proyección INEC 2020 de 289.141); y población beneficiaria indirecta de 707.204 (Provincia de El Oro), Zona 8 Salud (Naranjal 92.472, Balao 25.822, Tenguel 11.936 habitantes.) Zona 6 Salud (Camilo Ponce Enríquez 34.774 habitantes), Puyango 42.464 habitantes según proyección INEC del 2019; además la población de la parte Norte del vecino país del Perú como parte de convenio binacional. Recibe referencias de hospitales de menor complejidad cumpliendo con la cartera de servicios (INEC, 2021).

El Oro es una de las 24 provincias que conforman la República del Ecuador, fue fundada el 23 de abril de 1884, está situada en el sur del país, su extensión es de 5.767 Km², con una población estimada de 707.204 habitantes y su capital administrativa es la ciudad de Machala con una población de 286.120 habitantes (INEC, 2019).

Mediante Acuerdo Ministerial 5212 el Hospital General Teófilo Dávila, es un establecimiento hospitalario de Segundo Nivel de atención categorizado como Hospital General. El Hospital Provincial General Teófilo Dávila es un Hospital de 220 camas que presta atenciones de salud integral a pacientes ambulatorios y de internación de esta ciudad, de cantones cercanos y de provincias vecinas, del vecino país del Perú y recibe referencias de pacientes de hospitales de menor complejidad.

Marco Legal

Constitución de la República

La Constitución de la República del Ecuador de 2008, señala en su artículo 32, que el Estado Ecuatoriano garantiza el derecho a la salud, así como aquellos elementos con los que su interrelación resulte del ejercicio de derechos necesarios para su concreción. De los resultados en la calidad, alcance, costo efectividad, acceso y cobertura, se abre como nación un sinuoso camino para cristalizar los niveles de servicio a los que el actual modelo de salud apunta a perfilar, tanto porque su asimilación no se adapta a los determinantes de salud del país, como debido al trazo rígido de los objetivos frente a panoramas políticos y económicos que no responden a las estructuras administrativas, que resultan complejas de transformar sin perder procesos en los que se han logrado avances, y cuya integración a la visión de los nuevos líderes que acompañan el desarrollo de política pública, a los recursos que se destinan al sistema de salud, a las condiciones de vida y desarrollo de sus actores sociales. (Constituyente, 2008)

En el artículo 359, el sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social. (Constituyente, 2008)

En el artículo 362, La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. (Constituyente, 2008)

En 2013, el Atlas VPM en colaboración con la Red Nacional de Agencias de Evaluación de Tecnología Sanitaria, inició el desarrollo del Atlas de utilización de procedimientos de dudoso valor, con el propósito de aportar elementos para apoyar una estrategia nacional encaminada a reducir al mínimo la utilización de procedimientos de dudoso valor en el SNS, fomentando el uso de las alternativas superiores o la reasignación de recursos a otras actividades más coste-efectivas. Desde el punto de vista del Sistema, un Atlas de esta naturaleza permite detectar las diferencias en exposición a cuidados de bajo valor a las que los ciudadanos están sujetos por el hecho de habitar en un área sanitaria determinada o ser atendidos en

un determinado centro hospitalario, lo que supone una amenaza al principio de equidad que guía al SNS y revela un uso ineficiente de los recursos asignados. (Angulo-Pueyo E, 2020).

Capítulo III

Marco Metodológico

El marco metodológico del presente estudio se encuentra conformado por un conjunto de procedimientos y técnicas que son empleadas para la identificación y resolución del problema. En esta acción se integran factores como el enfoque, alcance y diseño de la investigación, la delimitación de la población, identificación de las técnicas de recolección de datos y los procesos correspondientes para su análisis.

Enfoque de Investigación

El enfoque mixto, es parte de una metodología de investigación basada en el análisis de datos recogidos por medio de técnicas cuantitativas y cualitativas, integrando una comprensión más completa del problema planteado en la investigación (Bagur et al., 2021).

El estudio sostuvo un enfoque mixto, por un lado cuantitativo, debido que se dispuso la recolección de información numérica, misma que a través de un proceso estadístico permitió identificar la variabilidad de la práctica clínica y la tasa de solicitud de exámenes complementarios. Posteriormente, las frecuencias reconocidas, constituyeron factores que coadyuvaron en la construcción de los indicadores de gestión para las instituciones de análisis. Al mismo tiempo, un enfoque cualitativo intenta comprender la evidencia intangible, como la percepción de los pacientes sobre la esquematización de la atención y la relevancia que tienen los exámenes de laboratorio u otras pruebas diagnósticas complementarias.

Alcance de la Investigación

El alcance descriptivo alude a la escala de profundidad que, si bien es básico, conlleva una base de conocimiento sobre la temática y naturaleza de investigación; de forma que un estudio de tal magnitud puede inclusive incluir algún intervalo exploratorio dentro de cada fase, asimismo es considerado de gran ayuda, ya que profundiza la explicación sobre diversos sucesos poco conocidos e investigados (Sampieri & Torres, 2018). El alcance de la investigación fue de carácter descriptivo; lo cual permite caracterizar a la población de estudio que en este caso correspondió a los médicos especialistas, postgradistas y residentes del hospital General Teófilo Dávila y San Vicente de Paul.

Diseño de la Investigación

El diseño no experimental se refiere a la manera de estudiar las variables, sin incurrir en la manipulación de los datos, enfocándose principalmente en la observación de atributos tal y como se dan en su entorno natural para después realizar el respectivo análisis (Sampieri & Torres, 2018). En cambio, el corte transversal alude a una investigación observacional, el cual evalúa una o más características, los datos de una investigación transversal se recopilan en el presente y, algunas veces, a partir de patrones pasados como comportamientos o experiencias de los ciudadanos (Castellano et al., 2020).

El diseño de la investigación fue no experimental, debido que no se generó una manipulación deliberada de las variables de estudio, produciendo el reconocimiento de la situación problemática bajo un enfoque natural y actual. Adicional, se adoptó el diseño no experimental de corte transversal, lo

que determina que los datos de la investigación se recolectaron una sola vez en un período determinado.

Población y Muestra

La población es un conjunto de individuos, objetos o fenómenos sobre los cuales se desea realizar deducciones (Castellano et al., 2020). La población del presente estudio correspondió a los médicos especialistas, postgradistas y residentes que forman parte del área de emergencia del hospital General Teófilo Dávila y San Vicente de Paul. La unidad de análisis se encuentra conformada por 139 profesionales, cuya segmentación se visualiza en la siguiente tabla.

Tabla 2
Población de los hospitales de estudio

Hospital General Teófilo Dávila	Hospital San Vicente de Paúl
Médicos especialistas: 47	Médicos especialistas: 39
Postgradistas y residentes: 28	Postgradistas y residentes: 25
Total: 75	Total: 64

Los criterios de inclusión corresponden al personal que labora en el área de emergencia, específicamente, los médicos especialistas, postgradistas y residentes que aceptaron participar en el estudio mediante la autorización respectiva derivada del consentimiento informado.

Los criterios de exclusión implican aquellos profesionales que no cumplen con la denominación estipulada y que no pertenecen al área de emergencia de los hospitales de estudio.

Por otro lado, la muestra es un subconjunto de individuos, elementos o particularidades de una población mayor que se recopila y analiza para efectuar las respectivas deducciones. Por consiguiente, para representar correctamente a la población, la misma deberá ser recabada de forma aleatoria y debe ser lo suficientemente grande (Castellano et al., 2020).

Posterior al reconocimiento de la población, se llevó a cabo un muestreo de tipo probabilístico aleatorio simple en el cual, todos los elementos de estudio gozaron de las mismas posibilidades para ser elegidos. En este caso, se aplicó la fórmula de población finita, donde: "N" correspondió a la población que estuvo conformada por 139 profesionales; "Z" fue el nivel de confianza empleada, siendo del 95% que aludió a un valor de 1.96; las probabilidades de éxito y fracaso sostuvieron un valor del 50% "p-q"; mientras que el máximo error permitido se estipuló en el 5% "e".

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

Dado la ejecución del cálculo correspondiente y el reemplazo de valores, se determinó una muestra conformada por 102 elementos hacia los cuales se dirigió la encuesta. Por otro lado, se entrevistó a tres pacientes de cada hospital, con el fin de recabar más información.

Técnicas de Recolección de Datos

La encuesta es una técnica que se realiza a través de la implementación de un cuestionario a un determinado grupo de individuos; por lo general, este formato brinda datos acerca de los criterios, habilidades y conductas de los

usuarios (Díaz, 2018). El cuestionario se refiere a un instrumento de investigación que agrupa un conjunto de interrogantes o tipos de características con el propósito de recolección de datos del participante. Por otro lado, dicha herramienta usualmente suele ser una mezcla de interrogantes cerradas y abiertas, usadas con fines de investigación tanto cualitativas como cuantitativas (Díaz, 2018).

La técnica de recolección de datos empleada en el presente estudio fue la encuesta, mientras que el instrumento utilizado fue el cuestionario. La encuesta se encuentra conformada por cinco dimensiones que engloban 20 preguntas, las cuales son: planta física (1-3), personal de atención (4-7), comodidad del servicio (8-9), confiabilidad del servicio (10-14) y estudios complementarios (15-20). El cuestionario fue adaptado del estudio realizado por Ibarra y Rúa (2018), cuya validación se realizó mediante una prueba piloto en conjunto con la validación de expertos, integrando la participación de directores de tesis y profesionales médicos. Cabe mencionar que, el cuestionario contemplaba una valoración desde la perspectiva de los usuarios; sin embargo, se gestionó un cambio de enfoque, dirigiéndose para los profesionales médicos; asimismo, se incluyó una nueva dimensión que corresponde a los estudios de diagnóstico complementarios.

La entrevista es considerada como método que ejecuta una conversación interacción directa con cierto grupo de individuos con el propósito de recopilar información acerca de un tema en específico, es importante acotar que la información debe ser: clara, puntual, honesta y concisa a fin de poder

brindar soluciones o alternativas a la problemática planteada dentro del estudio (Feria et al., 2020).

Dicha técnica, se efectuó mediante un cuestionario de siete preguntas, de las que se va a obtener información sobre los problemas de salud que llevaron a los pacientes a usar el servicio de emergencias y el tiempo de respuesta. También se busca evidenciar desde la perspectiva de los pacientes la esquematización de la atención, según los pasos o procesos distinguidos por ellos. Asimismo, se busca identificar qué relevancia tienen los exámenes de laboratorio u otras pruebas diagnósticas complementarias para el diagnóstico de los pacientes. Entre otros aspectos, se obtendrá comentarios de satisfacción del servicio de urgencias orientados como factores motivantes y recomendaciones para mejorar la atención.

Procedimientos

La metodología aplicada correspondió al cumplimiento de un conjunto de pasos que se detalla a continuación.

- La recolección de datos se realizó dentro de las instituciones sanitarias; el desarrollo de las encuestas abordó un tiempo aproximado de 20 minutos por cada profesional médico del área de urgencias. Previamente, se solicitó la autorización correspondiente para ingresar a los hospitales y se llevó a cabo un consentimiento informado en donde los elementos aceptaron participar en el estudio. En este caso, los recursos humanos empleados fueron el personal de urgencias y los investigadores del estudio; mientras que, los recursos materiales correspondieron al uso de la encuesta de forma física.

- Posteriormente, se entrevistó seis pacientes en total, tres atendidos en el Hospital General Teófilo Dávila y tres atendidos en el Hospital San Vicente de Paúl.
- La clasificación y cuantificación de los datos obtenidos se realizó a través del programa Microsoft Excel, proceso que tomó entre cinco a siete días.

Herramientas de Análisis de Datos

La herramienta de análisis de datos empleada para el análisis de los datos obtenidos fue: Excel 2016. El programa Microsoft Excel se empleó para la cuantificación de la información.

Técnicas de Análisis de Datos

Las técnicas de análisis de datos aplicadas fueron de carácter descriptivo. En el primer enfoque, se emplearon gráficos de barra para la presentación de los datos de forma clara y precisa; con respecto, al alfa Cronbach si existe una prueba de confiabilidad estadística, la cual dio como resultado 0.897 evidenciando la fiabilidad del cuestionario.

Adicionalmente, se hará una síntesis, anotando las ideas principales de las respuestas de los pacientes entrevistados de acuerdo con cada pregunta y cada hospital, comparando los resultados entre ambos.

Resultados

Encuesta

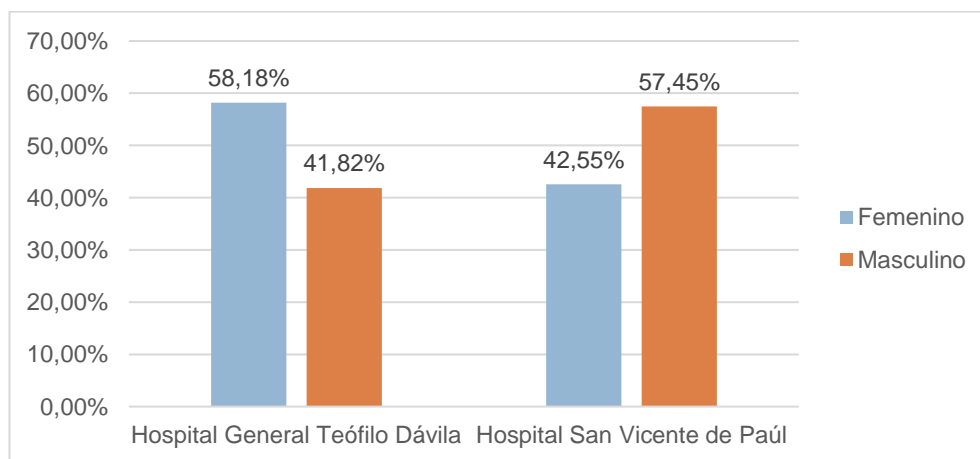
Datos sociodemográficos

Sexo

En el Hospital General Teófilo Dávila, el 58.18% del personal de emergencia es de sexo femenino, por el contrario, en el Hospital San Vicente de Paúl, solo representa el 42.55%. El sexo masculino en el primer caso es el 41.82% y en el segundo el 57.45%. En correspondencia, la muestra de médicos especialistas, postgradistas y residentes que forman parte del área de emergencia tienen diferentes proporciones en cada institución según el sexo, en el primero son más mujeres trabajando allí y en el segundo los hombres tienen mayor presencia.

Figura 1

Sexo



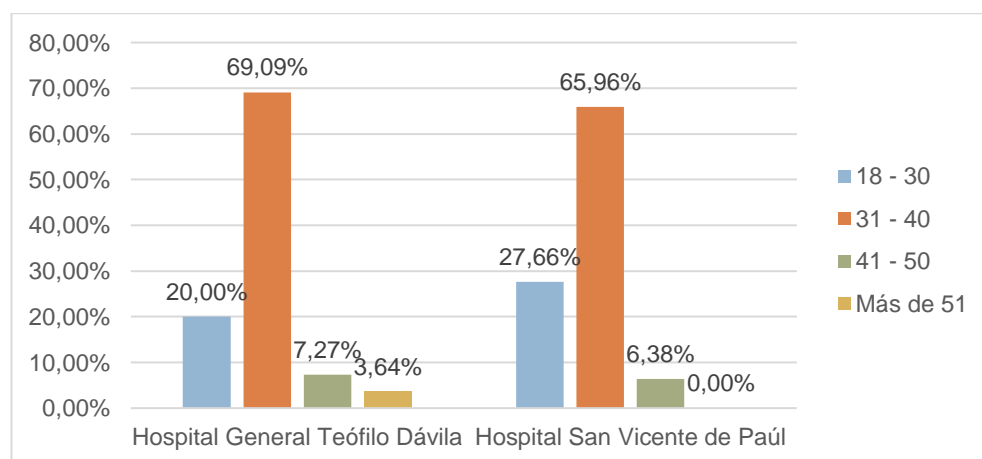
Edad

La edad del personal que labora en ambos hospitales está mayoritariamente comprendida en un rango de 31 a 40 años; en el Hospital

General Teófilo Dávila fluctúa en el 69.09% y en el Hospital San Vicente de Paúl en el 65.96%. El segundo rango de edad (18-30 años) con más colaboradores, se define con el 20% y 27.66% respectivamente. En menor frecuencia, el rango 41-50 años establece el 7.27% en el primer hospital y el 6.38% en el segundo. Finalmente, solo el Hospital General Teófilo Dávila cuenta con personal médico de más de 51 años, figurando el 3.64% del área de emergencia. En la actualidad, se puede observar que la edad de los médicos en ambos hospitales oscila entre 31 y 40 años.

Figura 2

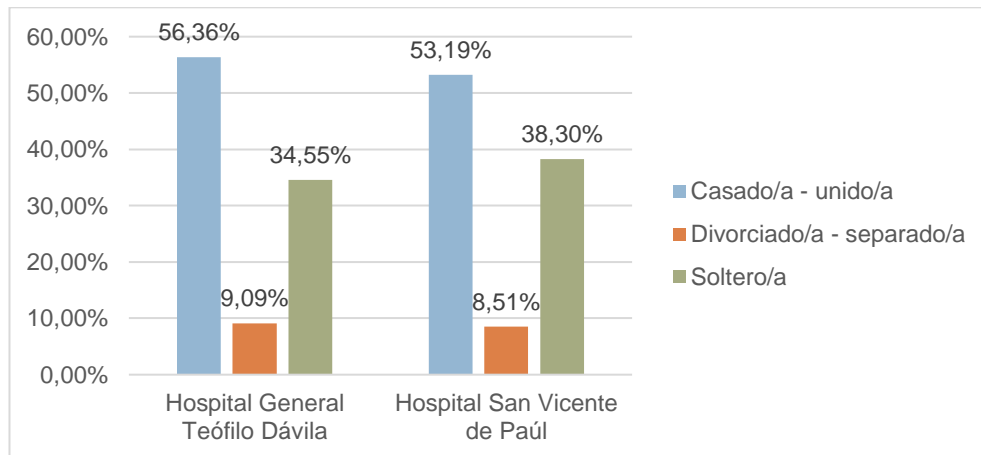
Edad



Estado civil

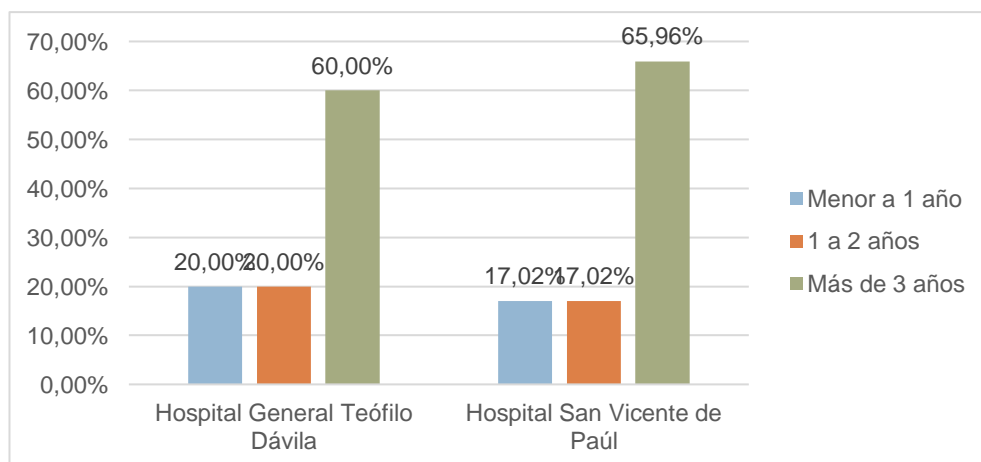
De acuerdo con la figura 3 la concentración del estado civil casado o unido quedó en 56.36% para el Hospital General Teófilo Dávila y 53.19% para el Hospital San Vicente de Paúl. El estado civil soltero resultó ser el 34.55% y 38.30% respectivamente. En los dos hospitales estudiados, los médicos especialistas, postgradistas y residentes encuestados están casados o unidos.

Figura 3

Estado civil**Experiencia o tiempo laborando en el área de emergencia.**

Del total de encuestados, se encontró que generalmente el personal de emergencia en ambos hospitales (60% y 65.96%) tiene más de tres años trabajando en esa área. Los demás tienen menos de dos años e incluso, de algunos, su tiempo es menor a un año. Se evidencia que más de la mitad del equipo humano de las áreas de emergencia tienen suficiente experiencia.

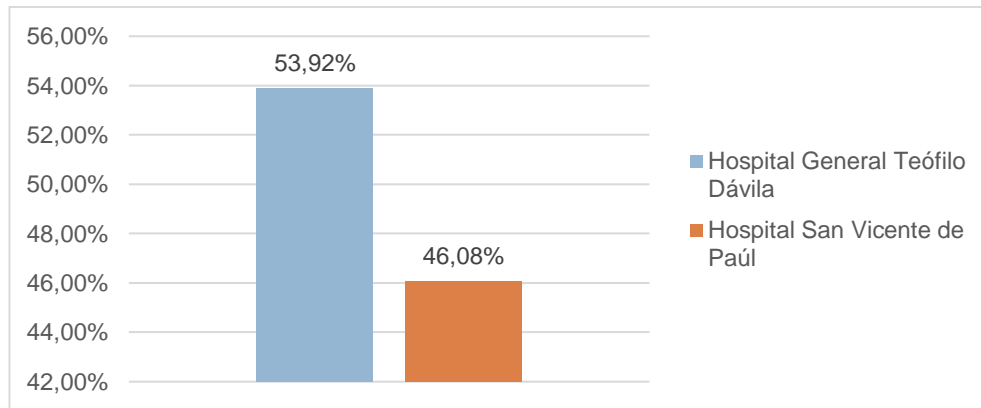
Figura 4

Experiencia

¿A qué hospital pertenece?

Figura 5

Hospital donde trabaja



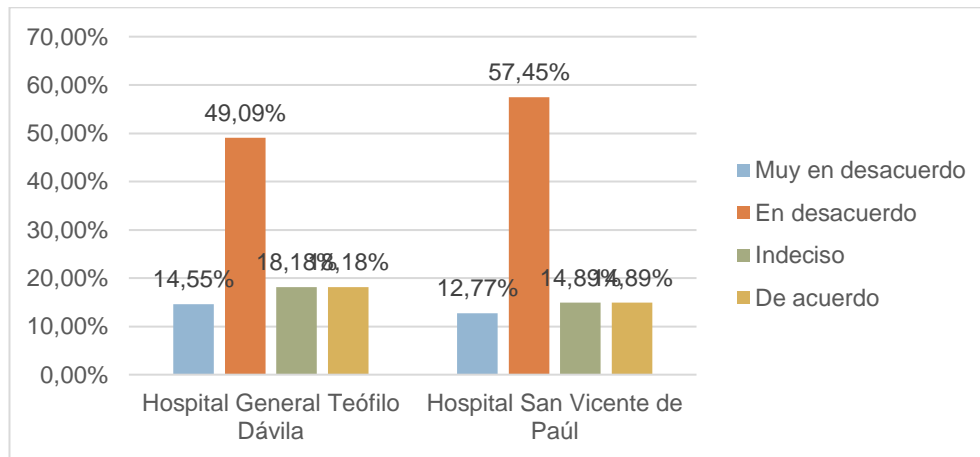
Respecto al número de personas encuestadas, el 53.92% trabaja en el Hospital General Teófilo Dávila y el otro 46.08% es parte del personal del Hospital San Vicente de Paúl. Se puede apreciar que por una pequeña diferencia el primer hospital tiene más trabajadores que el segundo.

Planta física

1. El servicio de urgencias cuenta con una planta física adecuada para brindar el servicio.

En el Hospital General Teófilo Dávila, el 49.09% de su personal quedó en desacuerdo al consultar esta afirmación y el 14.55% muy en desacuerdo. Igualmente, en el Hospital San Vicente de Paúl el 57.45 expresó estar en desacuerdo y el 12.77% muy en desacuerdo. Se constata que el servicio de urgencias en ambos hospitales no cuenta con una planta física adecuada para brindar el servicio.

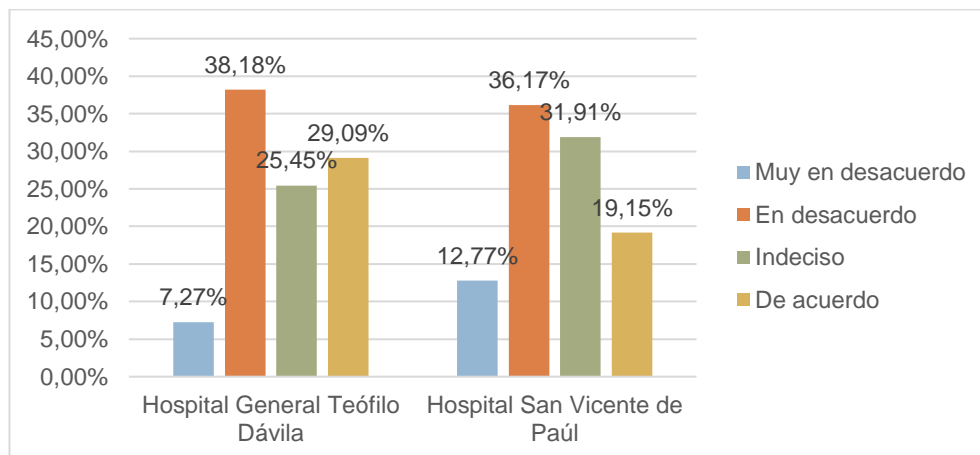
Figura 6

Planta física

2. El servicio de urgencias cuenta con la tecnología y equipos apropiados para la atención médica.

Estos resultados reflejan que el 38.18% de los trabajadores en el servicio de urgencias del Hospital General Teófilo Dávila están en desacuerdo y el 7.27% muy en desacuerdo. De igual forma, en el Hospital San Vicente de Paúl el 36.17% indica desacuerdo y el 12.77% muy en desacuerdo. Por otro lado, en el primer hospital existe una inclinación significativa (29.09%) a estar de acuerdo, mientras que en segundo la indecisión (31.91%) representa otro grupo importante respecto a esta afirmación. El servicio de urgencias no cuenta con la tecnología y equipos apropiados para la atención médica.

Figura 7

Tecnología y equipos

3. El servicio de urgencias tiene capacidad física suficiente para la atención de la población.

Sobre esta consulta, la mayor parte de las respuestas se concentra en lo negativo. En el Hospital General Teófilo Dávila, muy en desacuerdo representó el 40% y muy en desacuerdo el 38.18%. En el Hospital San Vicente de Paúl, en desacuerdo representó el 53.19% y muy en desacuerdo el 36.17%. Hubo una mínima parte que estuvo de acuerdo (9.09%) en el primer hospital, mientras que en el segundo absolutamente nadie dijo estar de acuerdo. Se reconoce así, que el servicio de urgencias no tiene capacidad física suficiente para la atención de la población.

Figura 8

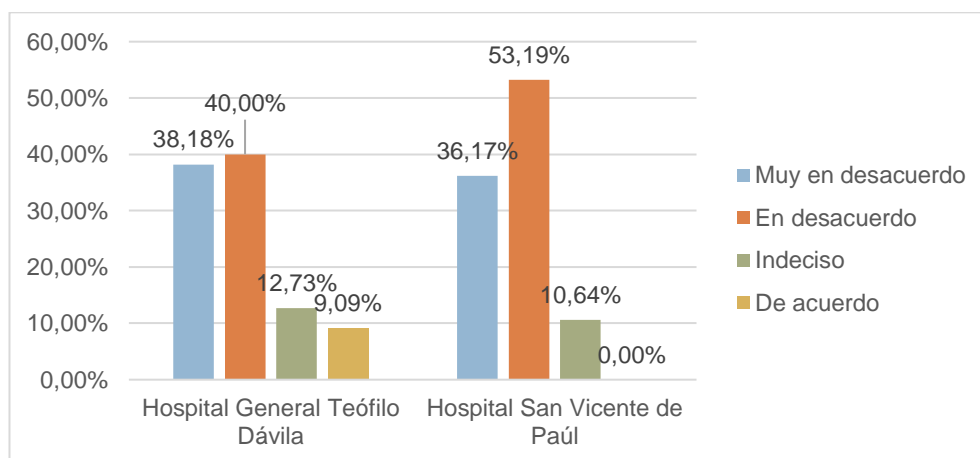
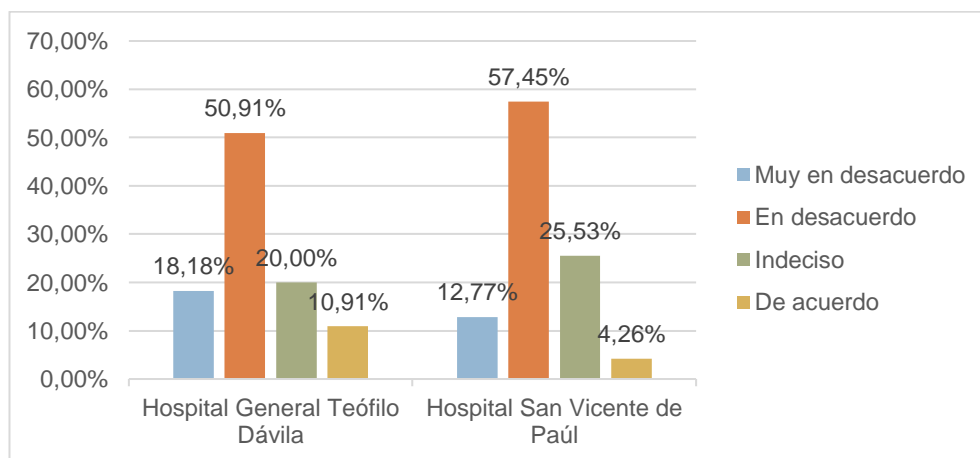
Capacidad física**Personal de atención****4. La cantidad de personal en atención de urgencias es el apropiado.**

Figura 9

Cantidad de personal

Del total de encuestas aplicadas, el personal del Hospital General Teófilo Dávila el 50.91% estuvo en desacuerdo y el 18.18% muy en desacuerdo. En el Hospital San Vicente de Paúl, con una misma distinción se encontró que el 57.45% estuvo en desacuerdo y el 12.77% muy en desacuerdo. Esto deja ver

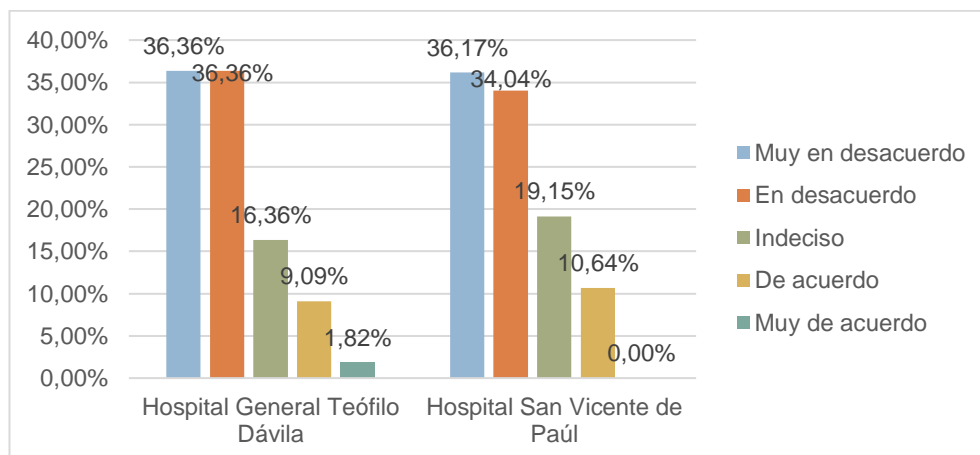
que el mismo personal reconoce no ser la cantidad apropiada para la atención de urgencias.

5. El personal de atención tiene preferencias sobre algunos pacientes.

De quienes trabajan en el Hospital General Teófilo Dávila se obtuvo que el 36.36% del grupo estudiado estaba muy en desacuerdo y en la misma proporción en desacuerdo. Del Hospital San Vicente de Paúl, el 36.17% también estaba en desacuerdo y in 34.04% en desacuerdo. El personal de atención confirmó no tener preferencias sobre algunos pacientes.

Figura 10

Preferencias



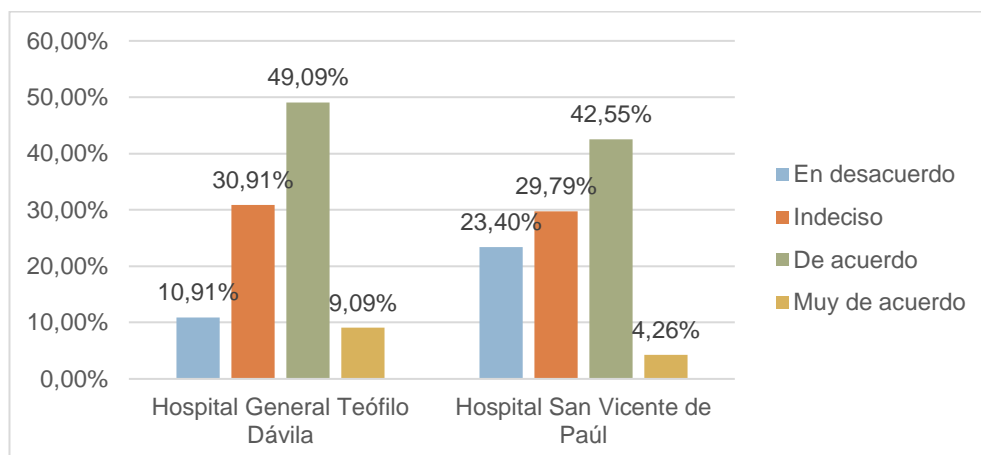
6. Considera que la atención que reciben los pacientes en la recepción del área de urgencias es excelente.

El personal de las áreas de emergencia de ambos hospitales definió estar de acuerdo con este supuesto, uno con el 49.09% y el otro con el 42.55%.

Desde el punto de vista de la muestra, la atención que reciben los pacientes en la recepción del área de urgencias sí es excelente.

Figura 11

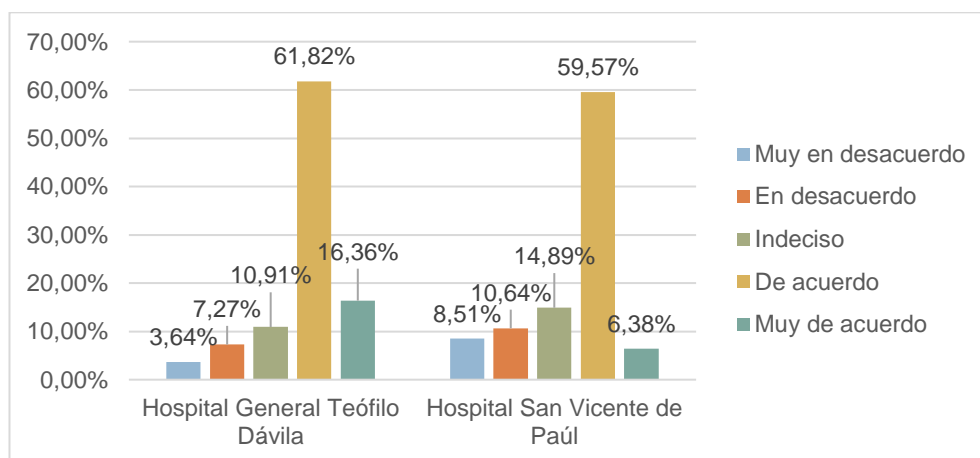
Atención en la recepción



7. Considera que la atención brindada por el personal de emergencia es efectiva

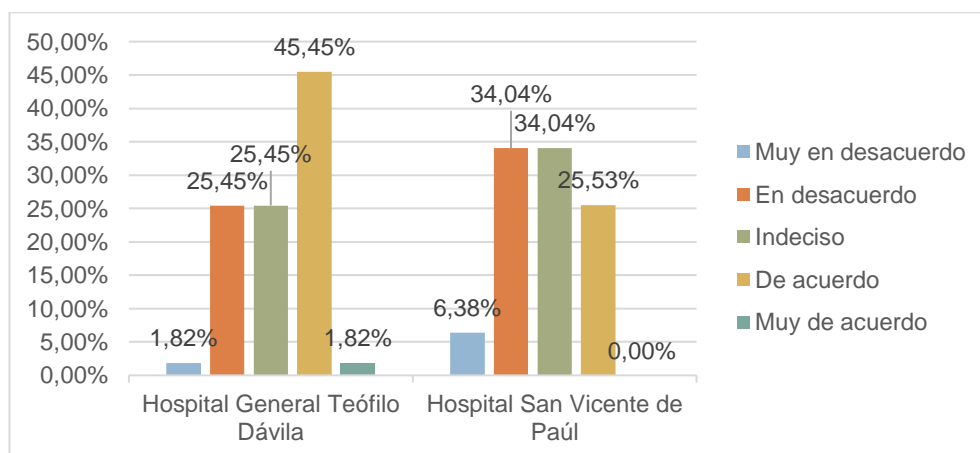
El 61.82% de los encuestados que trabajan en el Hospital General Teófilo Dávila indicó estar de acuerdo y el 16.36% muy de acuerdo. De forma similar, 59.67% los encuestados del Hospital San Vicente de Paúl afirmaron estar de acuerdo y el 6.38% muy de acuerdo. Se corrobora contundentemente la efectividad de la atención brindada por el personal de emergencia.

Figura 12

Atención de emergencia**Comodidad del servicio**

8. El tiempo de atención otorgado por el personal de urgencias es suficiente y apropiado

Figura 13

Tiempo de atención

En el Hospital General Teófilo Dávila la mayoría (45.45%) tiende a estar de acuerdo con lo planteado, a diferencia de lo obtenido de Hospital San Vicente de Paúl en donde la mayoría expresa estar en desacuerdo (34.04%)

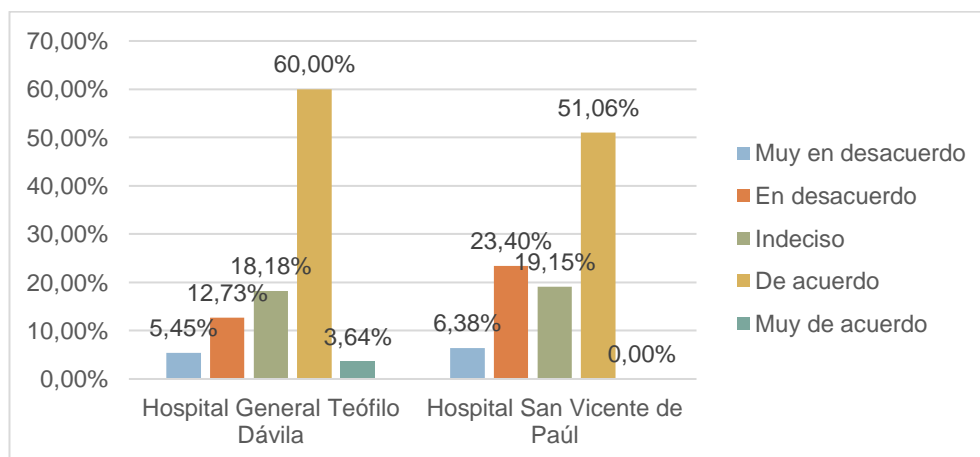
al igual que indecisa (34.04%) y muy en desacuerdo (6.38%). Se evidencia que existe una variación en la percepción del personal encuestado respecto al tiempo de atención, en el primero sí se considera suficiente y apropiado, en cambio en el siguiente, a pesar de la indecisión, son más quienes están en desacuerdo y creen que no es suficiente y apropiado el tiempo de atención otorgado por el personal de urgencias.

9. La iluminación del área de urgencias es adecuada para la entrega del servicio

Respecto a la iluminación, el personal de los dos hospitales está de acuerdo con esta premisa, uno lo demostró con el 60% y otro con el 51.06%. En términos generales, el personal sí cree que la iluminación del área de urgencias es adecuada para la entrega del servicio.

Figura 14

Iluminación



Confiabilidad del servicio

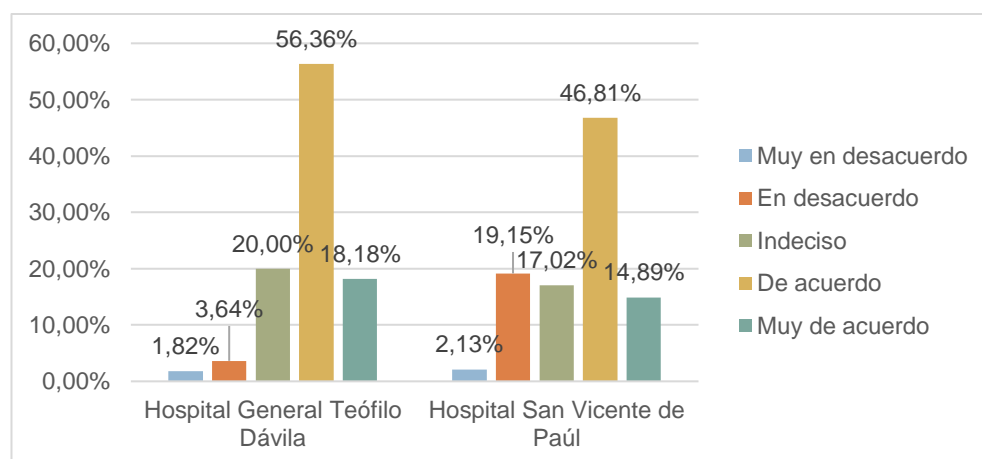
10. El personal de urgencias atiende apropiadamente a los pacientes

Del total de respuestas analizadas, los trabajadores de la salud de ambos

hospitales dejaron afianzada su posición al estar de acuerdo con la consulta hecha; del primer hospital se obtuvo el 56.36% de acuerdo y el 18.18% muy de acuerdo, del segundo, el 46.81% estuvo de acuerdo y el 14.89% muy de acuerdo. Esta sincronía marca que en los Hospitales Teófilo Dávila y San Vicente de Paúl la atención brindada por el personal de urgencias es apropiada para los pacientes.

Figura 15

Atención apropiada



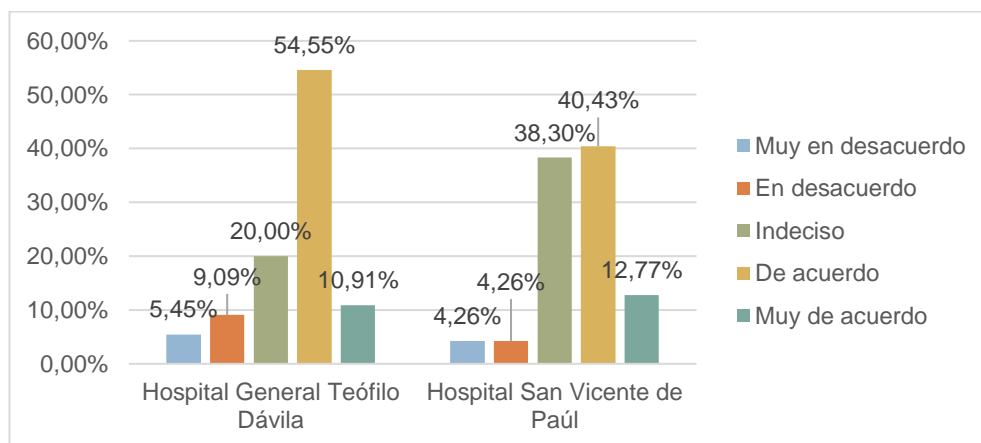
11. El personal de urgencias coordina adecuadamente la atención de los pacientes.

Las respuestas marcan que en el Hospital General Teófilo Dávila se está de acuerdo (54.55%) y muy de acuerdo (10.91%) en la coordinación. Del mismo modo, en el Hospital San Vicente de Paúl se está de acuerdo (40.43%), muy de acuerdo (12.77%) y se tienen presenta también una indecisión (38.30%). Por consiguiente, se infiere que los médicos especialistas, postgradistas y residentes que forman parte de las áreas de

emergencia de ambos hospitales sí coordinan adecuadamente la atención de los pacientes en sus instituciones.

Figura 16

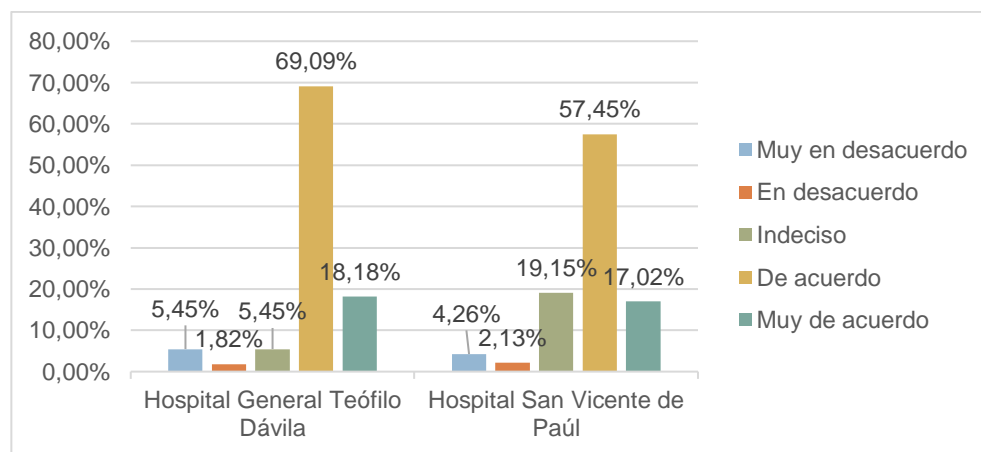
Coordinación



12. El personal de urgencias escucha con atención a los pacientes antes de realizar un diagnóstico

Figura 17

Escucha con atención



De los profesionales encuestados en el Hospital General Teófilo Dávila y San Vicente de Paúl, se obtuvo una coincidencia de posturas al estar de

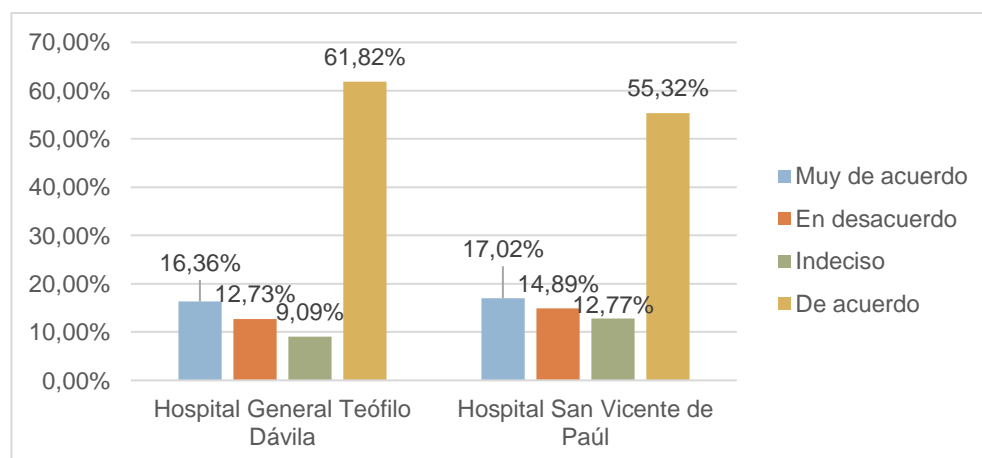
acuerdo (69.09% y 57.45% respectivamente) y muy de acuerdo (18.18% y 17.02% respectivamente). Se evidencia que el personal de urgencias escucha con atención a los pacientes antes de realizar un diagnóstico en los hospitales.

13. El personal de urgencia examina detalladamente al paciente previo al desarrollo de un diagnóstico

En ambos hospitales, el personal que laborar en las áreas de emergencia demostró mayor consenso por la opción de acuerdo, así lo señala el 61.82% en el primero y el 55.32% en el segundo. Esto demuestra que la mayoría del personal de urgencia tiene por costumbre examinar detalladamente al paciente previo al desarrollo de un diagnóstico.

Figura 18

Examina previamente

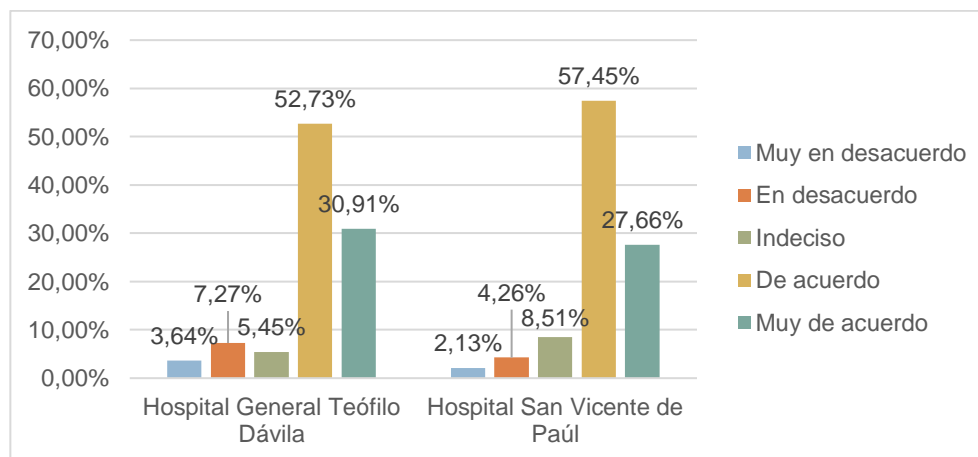


14. El personal de urgencias solicita exámenes médicos complementarios para la entrega de un buen diagnóstico en caso de ser necesario.

En cuanto a esto, el equipo de trabajo del área de emergencia de los hospitales General Teófilo Dávila y San Vicente de Paúl expresan estar de acuerdo con el 52.73% y el 57.45%, respectivamente; y muy de acuerdo en el 30.91% y 27.66%. Lo que demuestra que el personal de urgencias, en caso de ser necesario, solicita exámenes médicos complementarios para la entrega de un buen diagnóstico.

Figura 19

Exámenes médicos complementarios



Estudios complementarios

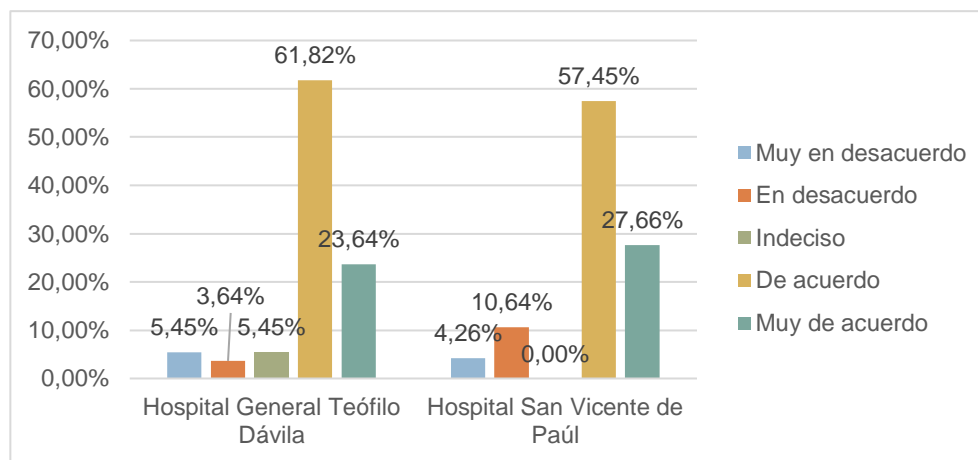
15. El personal de urgencias solicita frecuentemente pruebas de laboratorio para otorgar un diagnóstico (sangre, heces, orina, otros).

El personal que trabaja en ambas instituciones de salud expresó su conformidad con el supuesto planteado, señalado así por el 61.82% en el primer hospital y el 54.45% en el segundo (de acuerdo) y ratificado por otros

con el 23.64% y 27.66% (muy de acuerdo). Se constata que el personal de urgencias en ambas instituciones solicita frecuentemente pruebas de laboratorio como sangre, heces, orina u otros para otorgar un diagnóstico.

Figura 20

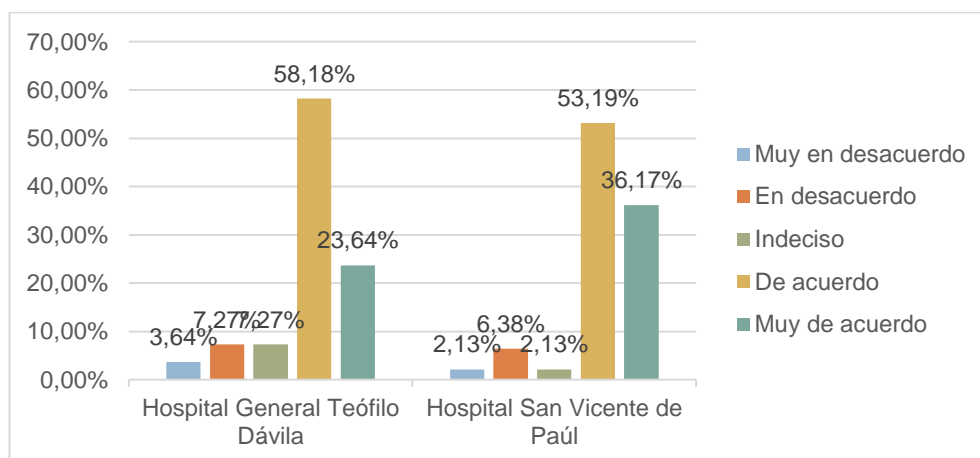
Pruebas de laboratorio



16. El personal de urgencias solicita frecuentemente exámenes bajo la técnica de diagnóstico por imagen (radiografía, tomografía, resonancia magnética, ultrasonidos, otros).

Del total de las encuestas aplicadas se expone que el personal de urgencias en ambos hospitales está a favor de la consulta efectuada; el 58.18% de quienes trabajan en el Hospital General Teófilo Dávila contestó de acuerdo y el 23.64% muy de acuerdo. En el Hospital San Vicente de Paúl, el 53.19% respondió de acuerdo y el 36.17% muy de acuerdo. Estas mayorías indican que exámenes bajo la técnica de diagnóstico por imagen son muy solicitados por el personal de urgencias.

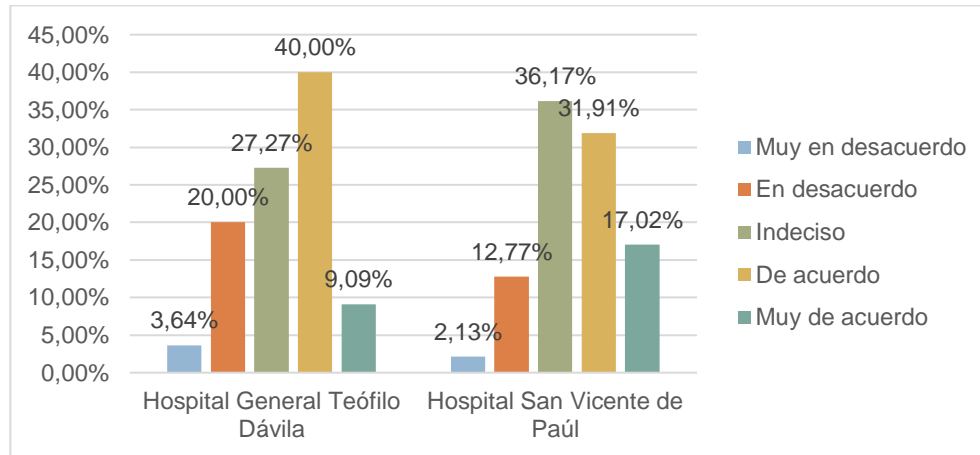
Figura 21

Diagnóstico por imagen

17. El personal de urgencias solicita frecuentemente exámenes bajo técnicas especiales (pruebas endoscópicas, anatomía patológica, electrogramas, estudios alergológicos, otros).

En el Hospital General Teófilo Dávila unos trabajadores del área de emergencia dijeron estar de acuerdo con esta premisa (40%), pero otros se mostraron indecisos (27.27%). En cambio, en el Hospital San Vicente de Paúl es mayor el porcentaje de los indecisos (36.17%) en comparación con el primer hospital; además, quienes estuvieron de acuerdo (31.91%) y muy de acuerdo (17.02%) representaron otros porcentajes significativos. En general, el personal de urgencias sí solicita frecuentemente pruebas endoscópicas, de anatomía, patológicas, electrogramas, estudios alergológicos u otros, aunque bajo ciertas condiciones.

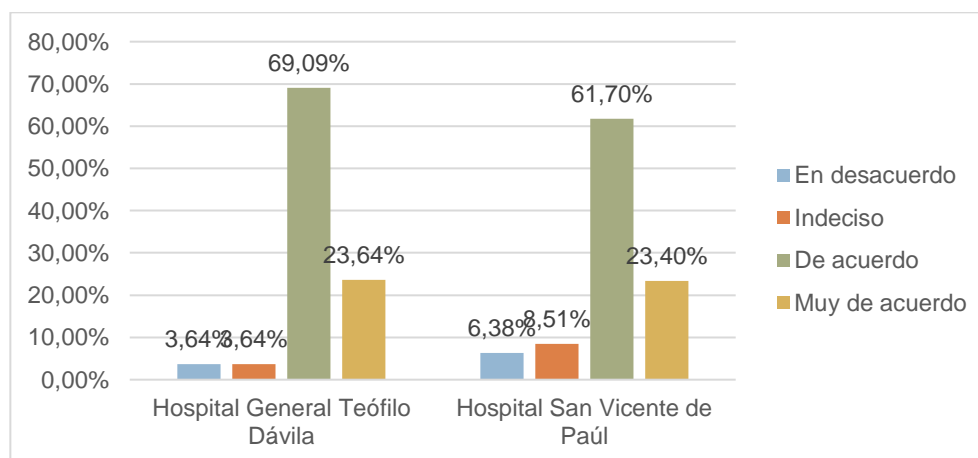
Figura 22

Exámenes bajo técnicas especiales

18. ¿El personal de urgencias solicita estudios complementarios para otorgar un buen diagnóstico al paciente y determinar el tratamiento más adecuado?

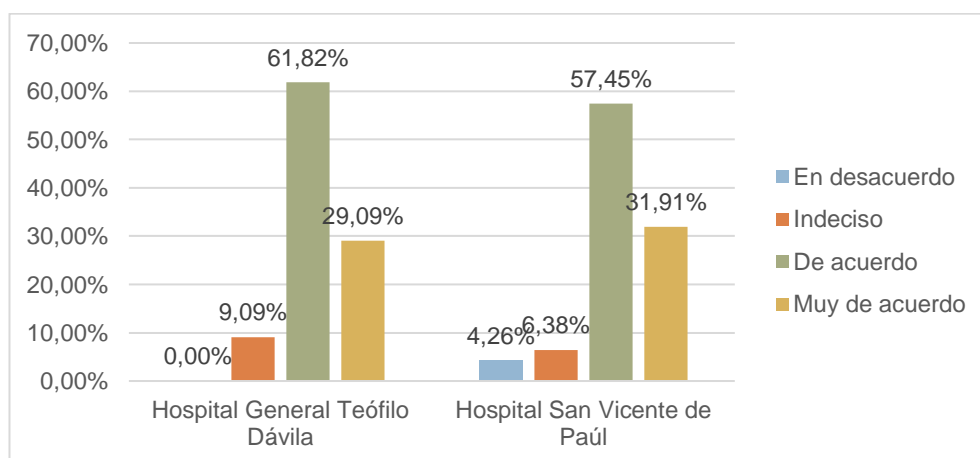
De quienes dijeron trabajar en el Hospital General Teófilo Dávila, el 69.09% mencionó estar de acuerdo y el 23.64% muy de acuerdo. De forma similar, quienes dijeron trabajar en el Hospital San Vicente de Paúl, el 61.70% afirmó estar de acuerdo y el 23.40% muy de acuerdo. Esto prueba que con el fin de otorgar un buen diagnóstico al paciente y determinar el tratamiento más adecuado, el personal de urgencia solicita estudios complementarios como parte del protocolo de atención.

Figura 23

Solicitud de estudios complementarios

19. ¿Los estudios complementarios solicitados por el médico van acorde al cuadro clínico del paciente?

Figura 24

Estudios acordes al cuadro clínico

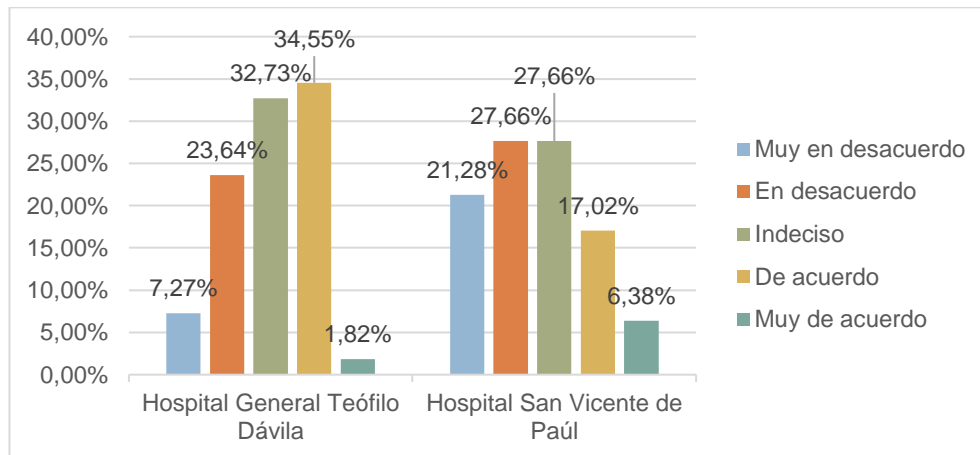
Los dos establecimientos en análisis demostraron estar de acuerdo con esta proposición, pues el 61.82% del personal del Hospital General Teófilo Dávila dijo estar de acuerdo y el 29.09% muy de acuerdo. En el mismo nivel de acuerdo, el 57.45% del personal del Hospital San Vicente expresó estar

de acuerdo y el 31.91% muy de acuerdo. Con estos porcentajes se establece que los médicos mantienen una correspondencia entre el cuadro clínico del paciente y los estudios complementarios solicitados.

20. ¿El personal médico conoce sobre los costos que tiene cada estudio solicitado?

Al respecto de esta pregunta, el personal muestra división de criterios en ambos hospitales. Según los datos obtenidos, en el Hospital General Teófilo Dávila el 34.55% está de acuerdo, el 32.73% mantiene una postura de indecisión, el 23.64% en desacuerdo y el 7.27% muy en desacuerdo. En cambio, en el Hospital San Vicente de Paúl la mayoría no tiene una postura clara dejando un 27.66% de indecisión, coincidiendo con el 27.66% de quienes están en desacuerdo, el 21.28% está muy en desacuerdo y el 17.02% de acuerdo. No obstante, de acuerdo con la totalidad de quienes están más a favor, en el primer hospital se evidencia que hay más personal con conocimiento del costo de los estudios, aunque sea de algunos. En el segundo caso la tendencia es contraria y se evidencia que médicos especialistas, postgradistas y residentes que forman parte del área de emergencia del hospital no conocen sobre los costos que tiene cada estudio solicitado.

Figura 25

Costos de estudios**Entrevista**

Por otro lado, para contrastar los datos descritos en la encuesta se efectuó un modelo de entrevista dentro de las instituciones a fin de evidenciar ciertos criterios propios de la atención brindada a los pacientes. Como primer punto se destaca el tipo de problema de salud que lo llevó a acudir al servicio de emergencia del hospital, donde varios de los entrevistados de la primera institución alegaron que fue por problemas cardíacos, enfermedades virales, hipertensión, problemas digestivos, diabetes, renales y otras patologías. De forma similar en la segunda casa de salud las atenciones más comunes suelen ser por hipertensión, renales, digestivos y enfermedades asociadas al hígado. Con lo antes expuesto, se puede deducir la atención debe estar enfocada en este grupo vulnerable que en muchas ocasiones no posee una atención oportuna y adecuada dentro del sistema sanitario.

De acuerdo, con los datos recabados acerca del tiempo de respuesta para la atención de un médico en su emergencia gran parte de los entrevistados manifestaron que, se debe minimizar el tiempo de espera, debido a que en algunos casos han tenido que esperar hasta 40 minutos para poder ser atendidos. En el caso del Hospital San Vicente de Paul el tiempo suele ser corto según el tipo de molestia en el paciente, llegando a esperar un máximo de hasta 25 minutos. Ante tales respuestas, es necesario que se empleen otras medidas que minimice el tiempo de esperar a fin de suplir las necesidades del usuario en el momento adecuado, sin que llegue a incurrir a futuras complicaciones en la salud de este.

Según lo observado por los pacientes durante su atención sobre la sugerencia del médico con respecto a un protocolo o pasos organizados en el servicio de emergencia la mayoría logro identificar que los más comunes son: toma de signos vitales, realización de exámenes físicos y laboratorio, emitir diagnóstico y designar tratamiento por el médico tratante. Por lo general, estos procesos son los más empleados en ambas instituciones de salud, además es aconsejable mejorar dichos métodos por grado de emergencia del paciente a fin de priorizar al grupo más vulnerable.

Con respecto, a la atención del problema de salud, los participantes expresaron que sí le aplicaron análisis de laboratorio u otros estudios según su diagnóstico; no obstante, estos no fueron los más adecuados, ya que existen demoras en los procesos de espera. Por otra parte, el trato fue respetuoso durante las pruebas diagnósticas complementarias; sin embargo, se debe implementar atenciones más personalizadas que involucre una

atención cordial, atento y que el profesional se involucre en las necesidades, emociones y diagnóstico del usuario a fin de brindar un mejor servicio sanitario.

En cuanto, a la satisfacción de la atención recibida por parte del personal de emergencia del hospital, por lo general, suele ser buena, a diferencia de cuando existe alta demanda de usuarios, donde la atención se puede convertir en un suceso estresante e insatisfactorio para cada uno de los involucrados. Por otra parte, el principal motivo de satisfacción para todos los entrevistados es la pronta recuperación de la salud, incluyendo los procesos de rehabilitación, diagnóstico, terapia y otros criterios propios de la atención sanitaria.

Finalmente, dentro de las recomendaciones en relación con el servicio para mejorar su atención, los participantes de ambas instituciones plantearon que se debe enfocar en: abastecer a los hospitales con tecnología y equipos que permitan brindar una atención médica rápida y oportuna, además de asegurar que el personal esté bien capacitado y que los recursos estén disponibles cuando se necesiten. También, recomendaron establecer un sistema de comunicación eficiente para que los pacientes y el personal puedan coordinar sus esfuerzos impactando positivamente en un servicio ágil y exitoso para todos los actores involucrados.

Análisis General de Resultados

Para el análisis comparativo de la práctica clínica de los hospitales Teófilo Dávila y San Vicente de Paúl se aplicó un cuestionario cuya primera parte define los datos sociodemográficos de los médicos especialistas,

postgradistas y residentes que forman parte del área de emergencia de ambos hospitales. Para la distinción entre el personal, se definió la representación de trabajadores de cada institución, siendo mayor el número de personas que laboran en el Hospital General Teófilo Dávila en comparación con el Hospital San Vicente de Paúl. Es importante tener en cuenta esta distribución para entender la diferencia o similitud en las dimensiones estudiadas durante la encuesta.

La información sociodemográfica refleja una distribución diferente entre los datos recogidos. En el primer hospital, la muestra encuestada estuvo representada más por el sexo femenino a diferencia de lo que se encontró en el segundo, que predominó el masculino. En cuanto a la edad, la muestra tomada oscila mayormente entre los 31 y 40 años, con estado civil casado o unido. Además, el personal en ambos casos cuenta con una experiencia mayor a tres años laborando en el área de emergencia, cuya condición otorga más pertinencia a las consultas subsiguientes del cuestionario.

La dimensión planta física que evalúa la infraestructura y los aspectos tangibles de los hospitales revelan similitudes en el nivel de acuerdo del personal en ambos casos. Al respecto, se considera que los servicios de urgencias no cuentan con una planta física adecuada para brindar el servicio; no cuentan con la tecnología y equipos apropiados; así como tampoco tienen capacidad física suficiente para la atención de la población. En este sentido, la infraestructura representa un factor de eficiencia en la gestión hospitalaria, cuya contribución y calidad explicaría variaciones en los resultados entre

quienes tienen acceso a los servicios médicos prestados en hospitales públicos.

En la dimensión personal de atención, que evalúa la eficacia de médicos especialistas, postgradistas y residentes, se demuestra una misma tendencia en la apreciación desde el punto de vista de la muestra. Se establece así que la cantidad de colaboradores en los servicios de urgencias no es el apropiado en ninguno de los dos hospitales. También se considera que la atención que reciben los pacientes en la recepción de las áreas de emergencia es excelente y que la atención brindada por sus personales es efectiva. En cuanto al trato con los pacientes, las dos instituciones no existen preferencias sobre los ellos.

En la dimensión comodidad del servicio, se analiza la flexibilidad del personal y de las instituciones para otorgar facilidades y comodidades al paciente. Al respecto, se evidencia que existe una diferenciación en la percepción del personal encuestado debido al tiempo de atención. En el Hospital General Teófilo Dávila sí se considera suficiente y apropiado, en cambio, en el Hospital San Vicente de Paúl, aun cuando hay indecisión, es mayor el desacuerdo y creen que no es suficiente y apropiado el tiempo otorgado. En cuanto a los servicios básicos de la institución, en ambos hospitales la iluminación del área de urgencias es adecuada para la entrega del servicio.

En la dimensión confiabilidad del servicio, los resultados demuestran que no hay mayor variabilidad del nivel de acuerdo de las consultas. En la medida de lo posible, el personal de urgencias coordina adecuadamente la atención

a los pacientes y está presto a escucharlos atentamente durante la revisión médica previa al desarrollo de un diagnóstico. En función de ello y tomando en cuenta que la brecha de calidad de los servicios hospitalarios se evalúa por la diferencia entre expectativas y percepciones, se puede afirmar que la atención del personal de urgencias es apropiada para a los pacientes, lo que marca una alta confiabilidad del servicio en ambos hospitales.

En la dimensión estudios complementarios, que evalúa la práctica clínica de los hospitales, se explica que el personal de urgencias solicita exámenes médicos complementarios para la entrega de un buen diagnóstico solo en caso de ser necesario. Entre los exámenes que más se solicitan están las pruebas de laboratorio previas para otorgar un diagnóstico, como análisis de sangre, de heces, orina, entre otros. Además, por la naturaleza de los servicios emergencia, es común que el personal de urgencias solicite exámenes bajo la técnica de diagnóstico por imagen como radiografías, tomografías, resonancia magnéticas o ultrasonidos que proporcionen más información al personal médico para buen diagnóstico al paciente y determinar el tratamiento más adecuado. Solo en casos más específicos, el personal de urgencias reconoce que sí solicita pruebas endoscópicas, de anatomía, patológicas, electrogramas u otros estudios acordes al cuadro clínico del paciente.

En cuanto a los costos que tiene cada estudio solicitado, en el Hospital General Teófilo Dávila se evidencia que hay más personal con conocimiento del costo de los estudios, en comparación, con el Hospital San Vicente de Paúl donde se evidencia que médicos especialistas, postgradistas y

residentes que forman parte del área de emergencia del hospital no tienen mayor conocimiento sobre los costos de cada estudio solicitado.

Capítulo IV

Propuesta

La variabilidad en la práctica clínica es el cambio en el uso de procedimientos diagnósticos, tratamientos y servicios que se observa en la práctica de salud. Esta mutabilidad es una de las principales causas de la varianza en la calidad de la atención, la cual se produce por diversos factores, como la falta de evidencia científica, la variación en el conocimiento y la experiencia de los profesionales de la salud, la variación en el uso de recursos, el poco tiempo disponible para el análisis de casos, la falta de coordinación entre profesionales de la salud, entre otros (Orellana, 2019).

Los cambios en la atención conllevan a que los pacientes con la misma enfermedad reciban tratamientos diferentes, lo que puede comprometer su salud. Por lo tanto, es importante que los profesionales de la salud estén conscientes de la variabilidad en la práctica clínica y la reduzcan al máximo. Por ejemplo, las estrategias a aplicar para reducir la variabilidad en la praxis médica de los hospitales incluyen:

- Gestión de calidad: establecen protocolos y procedimientos estandarizados para la atención clínica, así como para la gestión de esta.
- Formación y capacitación: impartir cursos de la siguiente variable acerca de las mejores prácticas clínicas para los profesionales sanitarios.
- Supervisión: realizar revisiones periódicas de la práctica clínica en los hospitales para garantizar la calidad y la uniformidad de la atención.

- Investigación: llevar a cabo investigaciones sobre la variabilidad en la praxis clínica en las instituciones de salud con el fin de identificar sus causas y mejorar la calidad de la atención.

- Tecnología: utilizar herramientas tecnológicas para mejorar la coordinación y la eficacia de la atención clínica en los hospitales.

- Normativa: establecer normativas para la práctica clínica en los hospitales que garanticen la calidad y la uniformidad de la atención.

- Auditoría: realizar auditorías periódicas del indicador antes mencionado en las unidades hospitalarias para verificar su cumplimiento con las normativas establecidas.

- Incentivos: precisar incentivos para mejorar la calidad de la atención clínica en los hospitales.

- Evaluación: realizar evaluaciones periódicas de la práctica clínica en los centros de salud para determinar su impacto en los pacientes.

- Mejora continua: poner en marcha mejores procesos en la práctica clínica en los hospitales con el fin de reducir la variabilidad en la atención.

- Colaboración: establecer acuerdos de colaboración entre instituciones para compartir experiencias y mejorar la calidad de la atención clínica.

Por otra parte, cada uno de los indicadores antes mencionados tendrán su respectiva descripción de la propuesta con la finalidad de proporcionar alternativas en cuanto a la problemática, a fin de dar el respectivo soporte a la práctica clínica y demás procesos operativos de la unidad hospitalaria.

Gestión de Calidad

ISO 9000, la norma ISO 9001:2008 y el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), la cual se puede usar en los procesos de la práctica clínica de los hospitales. ISO 9000 es un conjunto de normas internacionales sobre gestión de la calidad (Benzaquen & Schol, 2018). La norma ISO 9001:2008 es la versión más reciente de esta medida y establece los requisitos para un SGC (Chacon & Rugel, 2018). El SGC es un modelo de gestión de la calidad que se puede adaptar a las necesidades de cualquier organización, incluidas los establecimientos de salud (Palma et al., 2018). El SGC involucra las siguientes seis etapas:

1. Planificación
2. Diseño e implementación
3. Operación
4. Mejora continua
5. Auditoría
6. Certificación

Las etapas 2, 3, 4 y 5 se aplican especialmente a la gestión de la calidad de la práctica clínica de los hospitales. Para implementar un SGC, se requiere la participación de todos los miembros de la organización. La etapa 1 (planificación) es especialmente importante, ya que es la que define los objetivos y requisitos del SGC. Las etapas 2, 3, 4 y 5 se pueden implementar utilizando una variedad de herramientas y técnicas, como el diagrama de flujo, las matrices de impacto, el análisis de peligros y puntos críticos de control (HACCP), el esquema de Ishikawa y el diagrama de Pareto. Para la

etapa 6 (certificación), se pueden utilizar diferentes procedimientos, como la auditoría de la calidad o el examen de la conformidad. Los hospitales pueden utilizar estas normas y procedimientos para mejorar la calidad de la práctica clínica y cumplir con los requisitos de la norma ISO 9001:2008.

En la figura 26 se presenta un modelo que detalla de forma adecuada los procesos que deben ser aplicados dentro de las instituciones y, a su vez, garantiza una gestión de calidad.

Formación y Capacitación

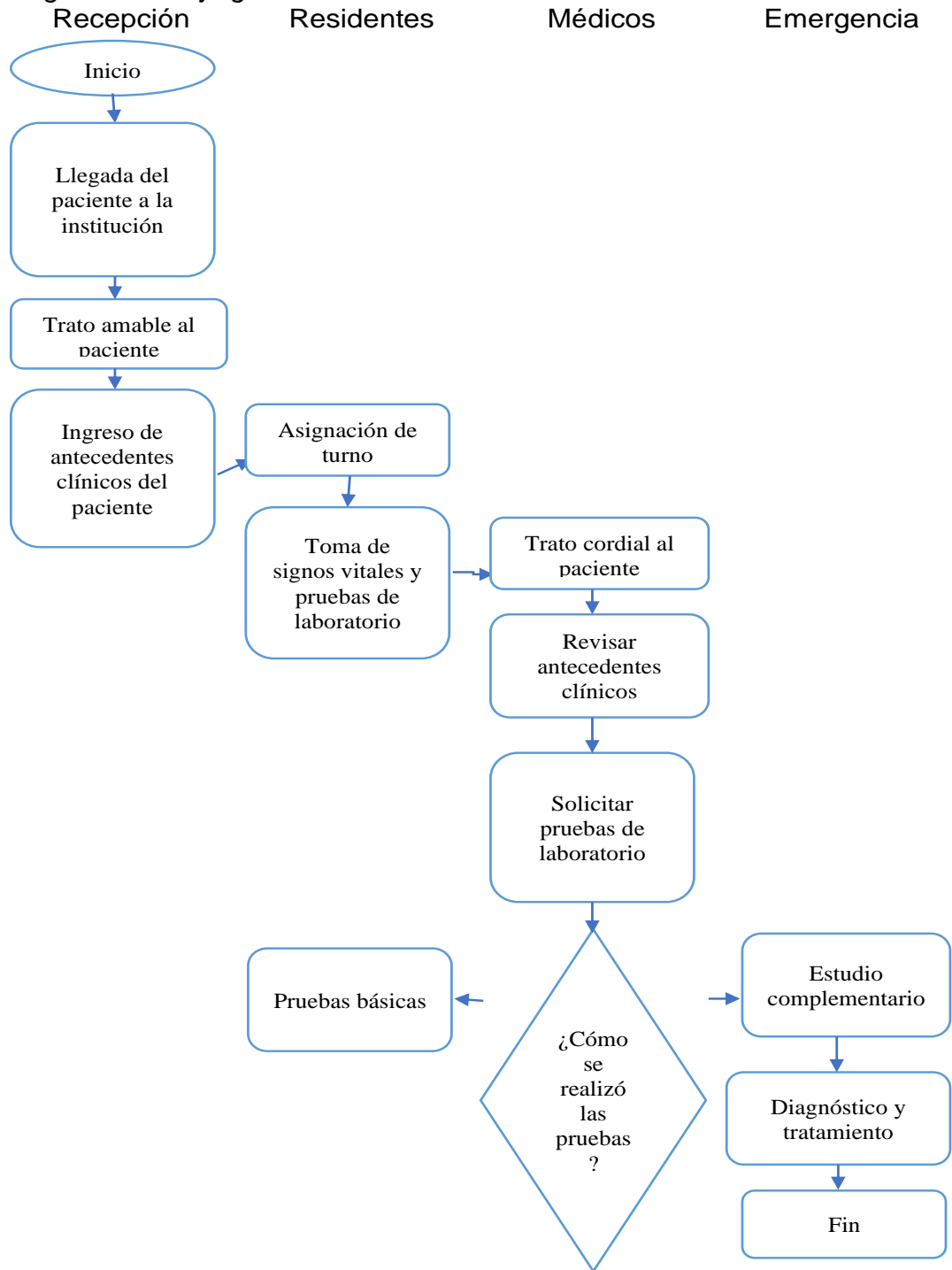
El contenido de la formación y capacitación sobre mejores prácticas clínicas debe incluir:

- La evaluación de la prueba científica disponible.
- Los principios de la medicina basada en la evidencia.
- La implementación de guías de práctica clínica.
- El empleo de herramientas de diagnóstico.
- La aplicación de terapias basadas en la evidencia.
- La detección y manejo de conflictos de interés.
- La comunicación con el paciente.
- La organización de la atención clínica.
- Los criterios de calidad en la atención.
- La seguridad del paciente.
- La farmacovigilancia.
- Las normas de precautelar la transmisión de enfermedades.
- Las medidas de prevención de accidentes.
- La gestión de la información clínica.

- Los aspectos éticos de la práctica clínica.

Figura 26

Diagrama de flujo gestión de calidad



En el siguiente apartado se detallará la propuesta para la formación y capacitación, la cual implica dictar charlas al equipo involucrado mediante convenios con otras instituciones que dispongan de mejores avances teóricos y prácticos. Las capacitaciones se dictarán cada tres meses con la finalidad de mejorar los aspectos éticos de la práctica clínica y, por ende, la atención dada al usuario. En el caso de la cobertura de costos será financiada por la gestión de la misma institución mediante acuerdos con el Ministerios de Salud Pública y otras entidades. Los horarios están sujetos al cronograma establecido por los capacitadores con días y horas alternadas, los responsables son el jefe de área de la institución y el Ministerio, quienes serán los encargados de designar los profesionales que impartirán los temas según su experiencia y nivel de conocimientos. A continuación, se detalla cada punto a compartir durante las charlas, incluyendo sus horarios y responsables de tales actividades.

Tabla 3

Formación y capacitación

Tema	Horario	Responsable
Técnicas de diagnóstico	13:00 a 16:00 sábado	Jefe de área y Ministerio
Técnicas especiales de laboratorio	10:00 a 12:00 lunes	Jefe de área y Ministerio de Salud Pública

Trato al paciente y pruebas de laboratorio	9:00 a 12:00 sábado	Jefe de área y Ministerio de Salud Pública
¿Cómo realizar un tratamiento óptimo?	13:00 a 16:00 lunes	Jefe de área y Ministerio de Salud Pública

Supervisión

Las revisiones periódicas de la práctica clínica en los hospitales se deben efectuar de acuerdo con las guías de práctica clínica o protocolos establecidos. Las cuales se deben ejecutar por personal calificado, con experiencia en la materia; de forma sistemática, para identificar y corregir problemas en la atención de los pacientes. A su vez, se deben documentar en un informe.

Las revisiones periódicas de la práctica clínica en los hospitales se recomiendan para asegurar que la atención que se brinda a los pacientes es la mejor posible. Las revisiones pueden incluir el análisis de la evidencia científica sobre el tema, la evaluación de la práctica clínica existente y la identificación de mejoras potenciales.

El informe servirá para monitorear la práctica clínica en las instituciones de salud a través de la evaluación de lo que se observa en la praxis; a continuación, se proyecta un modelo del informe para los profesionales sanitarios. El diseño será designado al personal médico como a los residentes de ambos hospitales.

Investigación

Las investigaciones sobre la variabilidad en la práctica clínica se pueden gestionar de diferentes maneras, dependiendo de la información que se quiera recopilar. Por ejemplo, si se desea indagar sobre la variación en la toma de decisiones clínicas, se podría diseñar un estudio en el que se pida a los participantes que realicen una serie de decisiones clínicas simuladas, y se registre los cambios en las respuestas.

Si se quiere averiguar sobre las modificaciones en la ejecución de una actividad clínica, se podría diseñar un estudio en el que se pida a los participantes que ejecuten una tarea en particular, y se registre la variabilidad en las respuestas. Una vez que se haya decidido qué información se quiere recopilar, se pueden seguir una serie de pasos para gestionar dichas observaciones sobre la variabilidad en la práctica clínica:

1. Decidir el objetivo de la búsqueda.
2. Seleccionar un diseño de investigación adecuado.
3. Planificar el estudio.
4. Recopilar y analizar los datos.
5. Presentar los resultados.
6. Implementar cambios en la práctica clínica.
7. Realizar seguimiento de cada proceso.

Tecnología

La mejor manera de gestionar la tecnología en el contexto de la práctica clínica hospitalaria es a través de la integración de esta en los procesos de trabajo, así como en las herramientas de gestión de la información.

Asimismo, se logra una mejor visibilidad de la información y se facilita su utilización para mejorar los procesos de atención al paciente.

Por otro lado, es importante que los hospitales cuenten con una estrategia de gestión de la tecnología que defina las prioridades en función de las necesidades de los pacientes y de los profesionales de la salud. De esta forma, se pueden seleccionar las soluciones tecnológicas más adecuadas y aprovechar al máximo las ventajas que ofrecen.

Finalmente, es importante que los hospitales establezcan una cultura de innovación que fomente el uso de la tecnología para mejorar la práctica clínica. De esta forma, se pueden experimentar con nuevas soluciones y continuar con la calidad de atención al paciente.

En la siguiente sección es importante realizar un sistema que le permita al profesional conocer el tipo de equipo o dispositivo tecnológico que disponen las instituciones con la finalidad de llevar un orden más específico sobre los recursos de los hospitales, el programa deberá especificar el tipo de aparato, su función, disponibilidad, área y otras clases de indicaciones, lo cual le permitirá al profesional optimizar tiempo y en el caso del usuario suplir sus necesidades. Asimismo, deberá estar al alcance de los profesionales médicos como de los residentes. A continuación, se deja un modelo del programa que será usado a través de los dispositivos privados (celulares) y PC de las unidades hospitalarias.

Figura 28

Sistema de dispositivos y equipos hospitalarios



Normativa

Las normativas para la práctica clínica en los hospitales se gestionan a través de los comités de ética. Estas juntas son organismos independientes encargados de revisar y aprobar los protocolos de investigación clínica, así como las solicitudes de uso de material biológico humano y de prestación de servicios clínicos. Los comités están compuestos por un número variable de miembros, que suelen ser expertos en ética, medicina, derecho y farmacia. También, cuentan con un secretario técnico que se encarga de la gestión administrativa de la comisión. Las delegaciones de ética clínica tienen la

responsabilidad de velar por el respeto a los principios éticos en la práctica clínica, así como por el cumplimiento de la legislación vigente en esta materia.

Las normativas para la práctica clínica en los hospitales de Ecuador son gestionadas por el Ministerio de Salud. Estas se encuentran basadas en la Ley Orgánica de Salud y el respectivo reglamento de esta. Las normativas regulan la práctica clínica en los hospitales, incluyendo la selección de personal clínico, la formación y capacitación de grupo, la práctica clínica, el uso de medicamentos y dispositivos médicos, y la prestación de servicios de salud. Estas también establecen los requisitos para la acreditación de hospitales.

De acuerdo con, la siguiente propuesta se plantea que el comité de ética clínica asignado por el Ministerio de Salud realice visitas periódicas a las instituciones por lo mínimo dos veces al año, con la finalidad de monitorear todos los procesos y que las normativas se cumplan a cabalidad dentro de la misma, además toda la información recabada servirá para analizar los puntos emergentes y efectuar las respectivas correcciones a tiempo dentro de las unidades hospitalarias.

Auditoría

Las auditorías de la práctica clínica en los hospitales de Ecuador se gestionan a través de un programa de auditoría que se implementa en el hospital. La agenda de auditoría incluye un plan, una metodología, una lista de verificación y una guía de esta; el plan de auditoría se establece para caracterizar el alcance y objetivos de la auditoría. La metodología se define

para puntualizar la forma en que se llevará a cabo la auditoría. La lista de verificación se utiliza para identificar los puntos de auditoría, el modelo de auditoría se utiliza como una guía.

Los resultados de la auditoría se registran en un informe, el documento se utiliza con la finalidad de determinar si el hospital está cumpliendo con los requisitos de la práctica clínica. El programa de auditoría se actualiza periódicamente para asegurar que se está cumpliendo con los requisitos de la práctica clínica.

Incentivos

Las principales estrategias para gestionar los incentivos a fin de mejorar la calidad de la atención clínica en los hospitales son: establecer metas de calidad, evaluar periódicamente la calidad de la atención clínica, premiar a los hospitales que mejoren los procesos de la atención clínica y sancionar a las instituciones que fallen en la consecución de las metas de calidad.

Las metas de calidad pueden establecerse en función de criterios como la satisfacción de los pacientes, la mortalidad, la morbilidad, el tiempo de estancia en el hospital, la tasa de readmisiones, etc. La evaluación periódica de la calidad de la atención clínica debe incluir la medición de indicadores tales como la satisfacción de los pacientes, la mortalidad, la morbilidad, el tiempo de estancia en el hospital, la tasa de readmisiones, entre otros aspectos.

Con respecto, a la siguiente sección se incentivará al personal de salud con charlas pagas las cuales tendrán un costo de \$500 la clase intensiva con profesionales extranjeros, todo esto con el propósito de mejorar la praxis

clínica, también se realizará la entrega de bonos extras al equipo que más cumpla con satisfacción usuaria tomando en consideración la atención al individuo y el tipo de servicio brindado, estimando el criterio del paciente después de su atención médica y, por último, obsequiar insumos o herramientas médicas personales al equipo que mejor optimización de tiempo y recursos efectuó durante las atenciones clínicas.

Evaluación

Las instituciones de salud deben establecer mecanismos para evaluar la práctica clínica, con el fin de mejorar la calidad y seguridad de los pacientes. La evaluación debe incluir la revisión de casos clínicos, la auditoría de procesos y la observación de la satisfacción de los pacientes.

Para evaluar la práctica clínica en los hospitales, se deben considerar diversos aspectos, como la calidad de la atención, la seguridad del usuario, el cumplimiento de las normas y los estándares, así como la satisfacción de los pacientes. Además, se debe evaluar el impacto de la práctica clínica en los hospitales en diversos aspectos, como el costo, la eficiencia y la calidad de vida de los pacientes. Finalmente, se debe realizar una evaluación de la práctica clínica en los hospitales en función de indicadores concretos, que permitan identificar las fortalezas y las debilidades de esta.

Como parte del siguiente indicador, se designará un responsable que dé seguimiento al cumplimiento de las normas y políticas de la institución, el cual deberá ingresar lo observado en cada ficha que entregue el personal una vez culminado el servicio, dicho seguimiento será diario con el fin de determinar aspectos claves de la atención y en el caso que sea necesario

realizar las respectivas correcciones a tiempo, sin incurrir en mayores falencias clínicas.

Mejora Continua

Las organizaciones que buscan la mejora continua en la práctica clínica de los hospitales pueden seguir algunas pautas. Entre ellas están las siguientes:

1. Establecer objetivos y metas claros.
2. Definir una estrategia para alcanzar estos objetivos.
3. Implementar un proceso de mejora continua en la práctica clínica.
4. Monitorear y evaluar el progreso obtenido.
5. Adaptar la estrategia en caso de que sea necesario.
6. Motivar a los empleados para que colaboren en la mejora continua.
7. Fomentar una cultura de progreso continuo en la organización.
8. Celebrar los éxitos obtenidos.

En este punto se determinan los siguientes objetivos, los cuales deben ser monitoreados por el responsable de área a fin de que se cumplan a cabalidad por el personal médico y que impacte positivamente en la satisfacción usuaria y respectivamente el reconocimiento de las unidades hospitalarias. En el caso de los pacientes se trazan las siguientes metas:

- Apoyar a las personas con su diagnóstico y brindar tratamiento que disminuyan los riesgos de la enfermedad.
- Impartir charlas educativas sanitarias con la finalidad que el usuario sea más consciente de su diagnóstico y procesos clínicos.

- Brindar a los pacientes ayuda profesional a través de mejores tratamientos y darle el respectivo seguimiento médico.
- Fomentar el autocuidado en usuarios con diagnóstico complejo a fin de evitar complicaciones y que, a su vez, pueda mantener las actividades de la vida diaria.

En cuanto, al profesional se detallan los siguientes objetivos:

- Fomentar de manera activa la cultura de la calidad y la mejora continua dentro de la organización.
- Promover la participación y el compromiso de los profesionales en sus funciones de mejora continua de la calidad.
- Fortalecer los procesos que velen por la seguridad del usuario.
- Brindar las herramientas y recursos necesarios para la aplicación adecuada de sistemas de gestión de la calidad.
- Controlar de manera periódica las normas y protocolos para adaptarla a futuras necesidades.

Colaboración

Los hospitales pueden establecer acuerdos de colaboración para compartir experiencias y mejorar la calidad de la atención clínica a través de mecanismos como la coordinación de actividades, el intercambio de información y la formación conjunta.

Coordinación de actividades: esta característica permite que las instituciones sanitarias trabajen juntas para mejorar la calidad de la atención clínica. Por ejemplo, los hospitales pueden colaborar para desarrollar

protocolos clínicos, estandarizar las prácticas de atención o elaborar planes de mejora.

Intercambio de información: este apartado permite que los hospitales compartan experiencias y conocimientos sobre la atención clínica. Por ejemplo, los establecimientos pueden compartir información acerca de los casos clínicos más complejos, las mejores prácticas o las herramientas de gestión.

Formación conjunta: permite que los hospitales capaciten a los profesionales de la atención clínica. Por ejemplo, las unidades hospitalarias pueden organizar cursos de instrucción sobre temas específicos o colaborar en programas de formación continua.

Los indicadores de calidad pueden ser aplicados para reducir la variabilidad en la práctica clínica de los hospitales. Estos indicadores miden el rendimiento de los hospitales en términos de eficiencia, seguridad y calidad. Los centros pueden utilizar estos indicadores para mejorar la eficiencia y la calidad de sus prácticas clínicas. La seguridad de los pacientes también es una prioridad para tales instituciones y estas características pueden ayudar a reducir la variabilidad en la práctica clínica. Las unidades hospitalarias pueden mejorar la calidad de sus prácticas clínicas a través de la implementación de programas de mejora. Tales actividades pueden incluir la mejora de la gestión, la coordinación de la atención y la comunicación entre los profesionales de la salud.

En resumen, es indispensable que las instituciones de salud en general lleguen a realizar acuerdos con otros establecimientos a fin de reforzar los

conocimientos teóricos y prácticos clínicos que, a su vez, esto impacte positivamente en el usuario y, por ende, reconocimiento de las instituciones.

Balanced Scorecard

El balanced scorecard (BSC) es una herramienta de gestión empresarial creada por Robert S. Kaplan y David P. Norton, la cual permite a las empresas medir y evaluar el desempeño de los negocios en cuatro áreas claves: financiera, clientes, procesos internos, y aprendizaje y crecimiento (Vega & Lluglla, 2019). Cada una de estas perspectivas se mide mediante un conjunto de indicadores clave de desempeño (KPI). Además, ofrece a las instituciones sanitarias una forma sistemática de medir y evaluar el desempeño de sus negocios (Loaiza, 2021). Por lo tanto, permite a estas organizaciones identificar y abordar las áreas en las que necesitan mejorar para alcanzar sus objetivos estratégicos.

El BSC en el sector sanitario se basa en el desempeño de las actividades de emergencia del hospital para brindar una medición más completa de la calidad de los servicios de esta área, pudiéndose medir el impacto positivo y negativo. El BSC mide el impacto de la calidad de los servicios de emergencia en términos de eficacia, eficiencia y satisfacción del paciente. La eficacia se valora en términos de los resultados de los pacientes, la eficiencia en términos de los costos de los servicios de emergencia y la satisfacción del paciente en términos de la percepción de los pacientes sobre la calidad de los servicios de emergencia (Castro et al., 2021).

La perspectiva financiera del BSC se centra en los objetivos y metas financieras de una empresa, en la generación de valor para los accionistas y

en la maximización del beneficio. Los objetivos financieros del BSC pueden incluir la reducción de costos, el aumento de las ventas y la mejora de los ratios financieros clave. Las metas financieras deben estar alineadas con los objetivos estratégicos de la empresa y deben permitir la medición del progreso hacia el logro de esos objetivos. Los indicadores clave de la perspectiva financiera de un hospital público podrían incluir el costo por paciente, el número de pacientes atendidos y el ingreso total.

La perspectiva del usuario se enfoca en el impacto que los productos y servicios de una empresa tienen en los clientes y usuarios, determinando el grado en que la empresa satisface las necesidades y expectativas de los clientes. Los indicadores clave de esta perspectiva pueden incluir el número de reclamos, el número de clientes perdidos, el número de clientes nuevos y las encuestas de satisfacción del cliente (Solís & Llamuca, 2020).

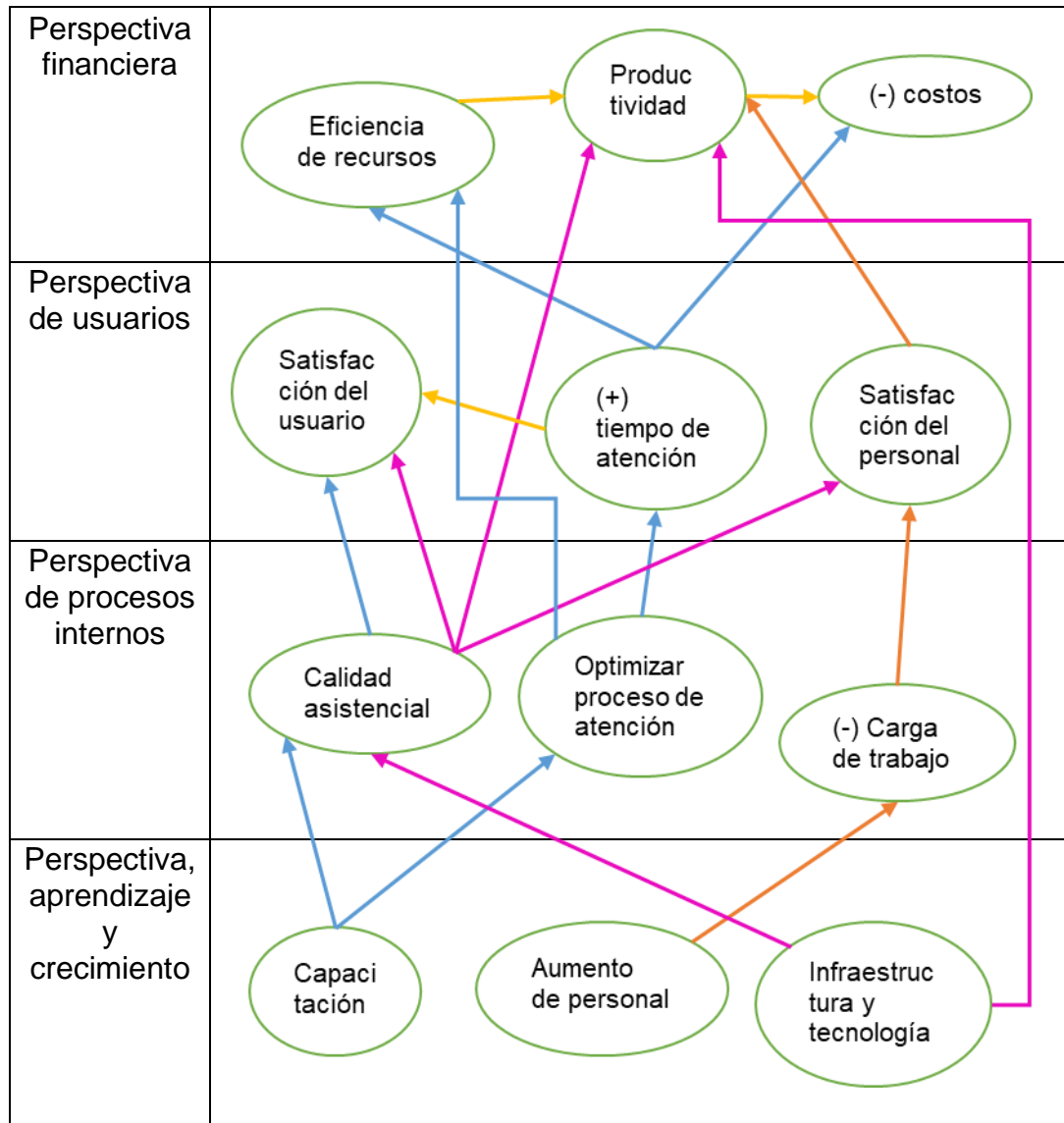
La perspectiva del proceso interno se preocupa por mejorar los procesos internos de la empresa para que esta pueda alcanzar sus objetivos a largo plazo. Los objetivos suelen estar relacionados con la eficiencia y la efectividad de los procesos, así como con la mejora de la calidad de los productos y servicios. Para medir la perspectiva se suele utilizar indicadores como el costo por unidad de producto, el tiempo de entrega de los productos, la tasa de devolución de los clientes, entre otros (Bolaños, 2020).

La perspectiva aprendizaje y desarrollo trata de medir cómo está la empresa en cuanto a su capacidad para aprender y mejorar, la misma se centra en cuestiones como la formación y el desarrollo de los empleados, la innovación y el cambio. Los indicadores clave de desempeño pueden incluir

el número de empleados que reciben formación, el número de nuevas ideas que se generan, el número de procesos que se mejoran, entre otros (Quintero & Osorio, 2018).

Tabla 4

Mapa estratégico del área de emergencia



A continuación, se determinan un conjunto de indicadores fundamentados en el BSC.

Tabla 5

Cuadro de mando integral del área de emergencia

Objetivos	Indicador
Incrementar la eficiencia de recursos del área de emergencias en un 75%	Tiempo de espera para ser atendidos y la tasa de readmisión (# pacientes con segunda visita / # pacientes atendidos)
Mejorar la productividad del área de emergencia en un 25%	# pacientes atendidos por médico previo / # pacientes atendidos por médico actual
Reducir costos por solicitudes de estudios innecesarios en un 30%	# estudios innecesarios realizados # estudios
Incrementar la satisfacción del usuario en un 25%	Nivel de satisfacción del usuario mediante encuesta
Incrementar tiempo de atención por paciente en un 10%	Promedio de tiempo desde que recibe paciente hasta que es trasladado a planta
Incrementar la satisfacción de los profesionales en un 30%	Nivel de satisfacción laboral (encuesta)
Mejorar la calidad asistencial en un 30%	Nivel de calidad de servicio (encuesta)
Reducir la carga de trabajo en un 15%	# horas trabajadas por semana previo / # horas trabajadas por semana actual
Optimizar el proceso de atención en un 30%	Nivel de satisfacción del usuario (encuesta)
Capacitación sobre comunicación asertiva y optimizar costos por estudios complementarios en el 100% del personal	# de empleados invitados a capacitación / # de empleados que asisten a capacitación
Incrementar el personal del área de emergencia en un 10%	# profesionales nuevos / total del personal de emergencia
Mejorar la infraestructura y la tecnología del área de emergencia en un 15%	# pacientes atendidos en emergencia semanal

Recursos y Responsabilidad

A continuación, se presentan los principales recursos que se requieren para el desarrollo de la propuesta, mismo que se encuentran establecidos en

tres categorías: humanos, materiales y financieros. Por último, se determinan los actores claves que sustentan la responsabilidad de ejecutar la propuesta.

Tabla 6

Recursos humanos y materiales de la propuesta

Recursos humanos	Recursos materiales
Autoridades máximas de la organización	Modelos de informes médicos, de auditoría y fichas.
Miembros de la organización (residentes, médicos y demás personal)	Insumos o herramientas médicas personales
Responsable de seguimiento	Programa tecnológico
Comité de ética clínica	Recursos para el desarrollo de la formación y capacitación en conjunto con las charlas

En la tabla 7 se determinan los recursos financieros que se requieren para el desarrollo de la propuesta, considerando además el costo de la ejecución de cada criterio, reconociendo los factores que demandan de un valor monetario o por el contrario serán financiados por la misma institución u otras entidades nacionales. Finalmente, la responsabilidad de llevar a cabo el desarrollo de la presente propuesta radica en los directores de los hospitales de estudio, jefes de área y el Ministerio de Salud Pública.

Tabla 7

Recursos financieros de la propuesta

Recursos financieros	Costo
Formación y Capacitación	\$ 400.00 (Autogestión)
Informes	\$ 100.00 (Autogestión)
Modelo de programa	\$ 800.00 (Autogestión)
Charlas	\$ 500.00
Bonos extras	\$ 200.00 (Autogestión)
Insumos y herramientas médicas personales	\$ 500.00 (Autogestión)
Responsable de seguimiento	\$ 450.00 (Autogestión)
Certificación de calidad	\$ 900.00 (Autogestión)
Total	\$3,850.00

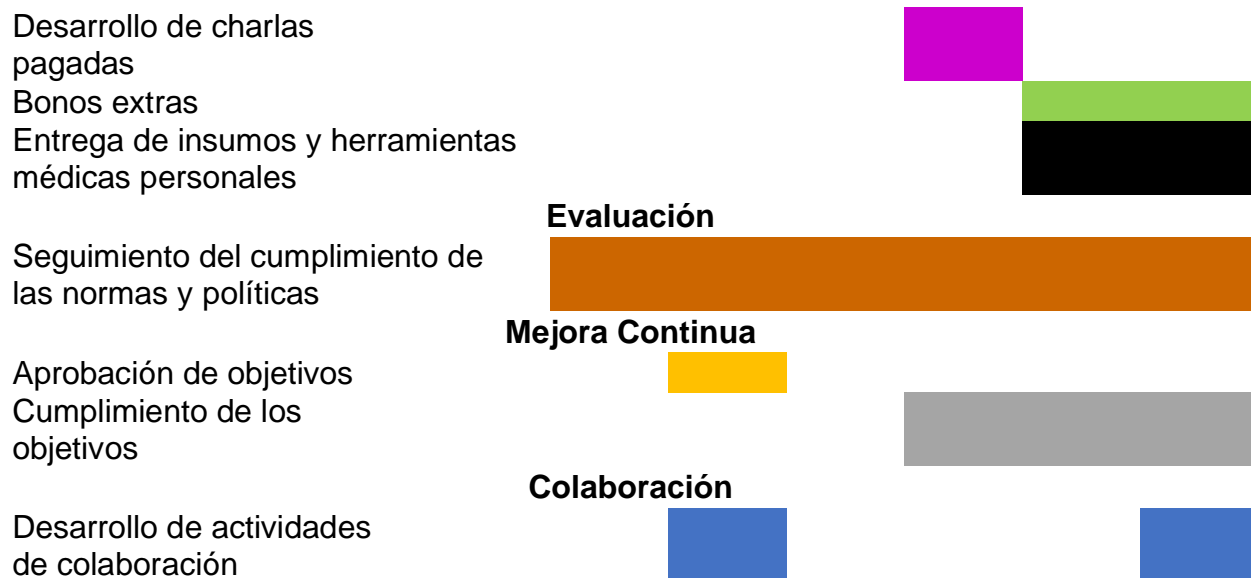
Cronograma

En la siguiente tabla se evidencia el cronograma determinado para el desarrollo de la propuesta planteada, cuya ejecución se prevé desde el mes de junio del año 2022.

Tabla 8

Cronograma de la propuesta

Actividades	Jun				Jul				Ago				Sept				Oct				Nov				Dic							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Gestión de Calidad																																
Cumplimiento de las etapas del SGC																																
Formación y Capacitación																																
Desarrollo de capacitaciones																																
Supervisión																																
Revisiones periódicas de la práctica clínica																																
Informe de monitoreo																																
Investigación																																
Desarrollo de indagaciones																																
Resultados de la investigación																																
Desarrollo de cambios																																
Desarrollo de seguimiento																																
Tecnología																																
Modelo del programa																																
Uso del programa																																
Normativa																																
Desarrollo de visitas periódicas																																
Auditoría																																
Desarrollo de auditorías																																
Presentación de informe de auditoría																																
Incentivos																																



Conclusiones

Conforme el planteamiento de los objetivos específicos se concluye que la variabilidad de la práctica médica constituye un fenómeno que se encuentra estrechamente relacionado con la medicina y se interpreta como la desigualdad de los recursos sanitarios y conocimientos entre los diferentes niveles de asistencia. En la actualidad, los profesionales sanitarios se enfrentan a la necesidad de gestionar una incesante búsqueda de datos que brinden el soporte efectivo para la ejecución de programas clínicos oportunos que contribuyan a la toma efectiva de decisiones. Consecuentemente, se enfatiza la importancia de la gestión clínica, una herramienta imprescindible que se caracteriza por su innovación en los servicios médicos bajo los principios de calidad, eficacia y eficiencia.

Con respecto a la evidencia científica de la variabilidad de la práctica clínica, múltiples estudios permitieron reconocer que este factor constituye un aspecto negativo en la esfera del proceso de atención y el gasto económico. Además, tiende a perjudicar la colaboración efectiva de la planificación, el control y gestión de los recursos. En la actualidad, las técnicas y procesos tradicionales hospitalarios no han logrado determinar con eficacia la variabilidad de la práctica clínica, generando la necesidad de gestionar tácticas que permitan mitigar la prevalencia de este paradigma. Dentro de este marco, la mayor variabilidad se encuentra relacionada con el uso de medicamentos y la praxis técnica de punción y de enfermería.

La metodología aplicada en el estudio correspondió a un enfoque mixto, alcance descriptivo, diseño no experimental y corte transversal; se empleó

una muestra de 102 profesionales, quienes desarrollaron una encuesta. En relación con los resultados, dentro de los aspectos negativos identificados en ambas instituciones se enfatiza la ausencia de una planta física adecuada para la entrega del servicio, escasez de tecnología y equipos apropiados, limitaciones en la capacidad física y personal de atención. No obstante, es fundamental destacar la entrega de una atención excelente y efectiva, donde el personal se encarga de escuchar y examinar las necesidades de los pacientes, además, de solicitar frecuentemente exámenes complementarios que contribuyan en la entrega de un buen diagnóstico, los cuales van acorde al cuadro clínico del paciente.

Con respecto, a las entrevistas se evidenció que existe cierta demora para el proceso de atención en las instituciones; sin embargo, la atención brindada suele ser buena y, por lo general los pacientes suelen sentirse satisfechos con los servicios cuando es poca la demanda de estos. Por último, se recomendó abastecer a los hospitales con tecnología y equipos que permitan brindar una atención médica rápida y oportuna, además de asegurar que el personal esté bien capacitado y que los recursos estén disponibles cuando se necesiten. También, establecer un sistema de comunicación eficiente para que los pacientes y el personal puedan coordinar sus esfuerzos.

Sin embargo, con el objetivo de optimizar los procesos de solicitud de los estudios complementarios y a su vez reducir la variabilidad en la praxis médica de los hospitales se gestionó el diseño de un conjunto de indicadores de gestión. En este ámbito, se delimitaron 12 indicadores a través del cuadro

de mando integral, segmentados en la perspectiva financiera, de clientes, de procesos internos, y de aprendizaje y crecimiento. Por otro lado, se adoptaron acciones estrategias fundamentadas en 11 criterios que implican la gestión de calidad, formación y capacitación, supervisión, investigación, tecnología, normativa, auditoría, incentivos, evaluación y mejora continua.

Recomendaciones

En primer lugar, se recomienda llevar a cabo la socialización del presente estudio con los directivos de los hospitales de estudio, esto con la finalidad de demostrar el alcance de la problemática y las alternativas de solución que se han delimitado en función del paradigma identificado y de un análisis teórico exhaustivo. Asimismo, el desarrollo del marco teórico y conceptual al estar estructurado por ciertos constructos relacionados con la variabilidad en la práctica clínica, servirán como apoyo para una mejor gestión dentro de las unidades hospitalarias. Al igual que, será un modelo a seguir para otros tipos de instituciones sanitarias.

Por otro lado, una vez aplicado la propuesta en ambas instituciones se debe llevar a cabo un proceso de seguimiento para verificar que todas las actividades consideradas han sido adoptadas de forma efectiva, con el fin de gestionar procesos oportunos que favorezcan la operatividad de las unidades hospitalarias. Es importante, que se designe un supervisor a fin de que los procesos se lleven a cabo de una manera más organizada y planificada con el objetivo de alcanzar mayor éxito y diferenciación con otras organizaciones.

De igual forma, se recomienda desarrollar nuevos trabajos investigativos centrados en realizar una comparativa de la situación actualmente identificada con los resultados que se obtengan a futuro, específicamente luego de un año de haber sido aplicadas los indicadores de gestión. Para mejor desarrollo del mismo, es necesario que los futuros investigadores consideren la metodología aplicada dentro del proceso del proyecto, al igual

que, una investigación de mercado conforme a la problemática o necesidades evidenciadas de la comunidad.

Finalmente, se recomienda determinar qué acciones requieren mejorarse conforme los indicadores planteados al año de su aplicación en ambos hospitales y gestionar una nueva comparativa interinstitucional. En este punto, es importante considerar lo planteado dentro de la propuesta a fin de optimizar tiempo y recursos. Además, es recomendable brindarle un seguimiento a fin de vigilar la operatividad de estos dentro de ambas instituciones de salud.

Referencias

- Alvarado, A., Bonilla, A., & Mancilla, B. (2020). Paciente ambulatorio y hospitalizado, estado actual de la evidencia para la prevención de caídas. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 28(2), 1-23. doi:<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95355>
- Alyaarbi, A., Atatreh, S., Alsereidi, A., Alblooshi, N., Almaazmi, S., Jayaraman, R., . . . Ellahham, S. (2020). Evaluation of Variability in Clinical Assessments. *Quality Improvement including Lean Six Sigma in Healthcare*, 971-977. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/340730363_Evaluation_of_Variability_in_Clinical_Assessments
- Angulo-Pueyo E, e. a. (MARZO de 2020). *VPM atlas*. Obtenido de <https://www.atlasvpm.org/atlas/desinversion-2017/>
- Antúnez, A. (2014). Necesidad del uso reflexivo de estudios complementarios. *Mediciego*, 19(2), 1-7. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdcs132n.pdf>
- Atsma, F., Elwyn, G., & Westert, G. (2020). Understanding unwarranted variation in clinical practice: a focus on network effects, reflective medicine and learning health systems. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(4), 271–274. doi:<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa023>
- Baeta S., M. F. (diciembre de 2015). *Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad*. Obtenido de Comunidad y Salud:

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000200011

Bernal-Delgado, E. (2018). Revisando casos de variabilidad. *UNEDENS*, 2. Obtenido de http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500660/n7.6_Revisando_casos_de_variabilidad.pdf

Blanco, I., Rodríguez, M., Bolaños, G., Sánchez, A., & Parra, G. (2018). Mapeo de variabilidad sobre prácticas enfermeras relacionadas con el acceso vascular en el entorno de hemodiálisis. Estudio transversal. *Enfermería Nefrológica*, 21(3), 1-9. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842018000300005>

Brunette, M. J., & Curioso, W. H. (2017). *Sistemas de salud móvil integrados: rol de los factores socioculturales y el enfoque de sistemas sociotécnico*. (SCIELO, Ed.) Obtenido de Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000300023

Castellano, I., Bittar, O., Castellano, N., & Silva, H. (2020). *Incursionando en el mundo de la investigación: orientaciones básicas*. Colombia: Editorial Unimagdalena.

Constituyente, A. (2008). *Constitución de la Republica del Ecuador*. Quito.

Díaz, C., Mostajo, J., Olivares, F., Timana, R., Pimentel, P., & Aybar, C. (2017). Guías de práctica clínica: evolución, metodología de elaboración y definiciones actuales. *Acta Médica Peruana*, 34(4), 317-

22. Obtenido de

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000400010

Díaz, J. (2018). *Técnicas de prevención de riesgos laborales: seguridad y salud en el trabajo*. Madrid: Editorial Tebar.

Dominguez, E., Flores, C., & Pacherras, S. (mayo de 2017). Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural. *Revista científica Dominio de las Ciencias*, 3(2), 921-935.

doi:10.23857/dc.v3i2.460

Espinosa, A. (2017). Revalorando el papel de las guías de práctica clínica. *Revista Finlay*, 1-23.

doi:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200008

Flores, R. (2018). *Los expertos definen la importancia de las Guías de Práctica Clínica*. Obtenido de <https://elmedicointeractivo.com/los-expertos-definen-la-importancia-de-las-guias-de-practica-clinica/>

Franco, J., Arancibia, M., Meza, N., Madrid, E., & Kopitowski, K. (2020). Clinical practice guidelines: Concepts, limitations and challenges. *Medwave*, 20(3).

doi:<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/MetodInvestReport/7887.act>

Galeano, M. (2020). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Colombia: Universidad Eafit.

- Gamaliel Benítez-Arvizu, e. a. (2016). Gasto excesivo por uso. *Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Social*, 217-218. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/ims162o.pdf>
- García, A., Caballe, I., & Giménez, Á. (2008). Uso adecuado del laboratorio clínico: necesidad y tendencias. *Revista del Laboratorio Clínico*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-del-laboratorio-clinico-282-pdf-S1888400808000068>
- García, P. (03 de 10 de 2019). *Manual de materialismo filosófico*. Obtenido de Diccionario filosófico: <https://menteclara.org/libros/diccionario.pdf>
- Gavilánez, M., & Gutiérrez, D. (2017). Variabilidad de la práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis bacteriana aguda en pacientes de 3 a 15 años de edad en unidad de atención de primer nivel, Centro de Salud “Fray Bartolome de las Casas”. Sede Quito. (Tesis Maestría). Repositorio Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13003>.
- Giménez, R., & Díaz, A. (2018). Variabilidad de la práctica clínica enfermera en el abordaje de heridas crónicas en la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. *Ciberindex*, 14, 1-15.
doi:<http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e11631/e11631>
- Hernández Cortez, N. (2015). *Nuevos enfoques epistemológicos para la Administración pública*. Obtenido de SCIELO:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642016000200011

- Hueso, B. H. (18 de Diciembre de 2015). *Variabilidad en el manejo diagnóstico y terapéutico de pacientes ingresados por un primer episodio de insuficiencia cardíaca*. Obtenido de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=47020>
- Ibarra, A., & Rua, E. (2018). Evaluación de la calidad en la atención al usuario del servicio de urgencias del hospital público de Yopal en Casanare, Colombia. *NOVA*, 16(29), 21-31. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/nova/v16n29/1794-2470-nova-16-29-00021.pdf>
- INEC. (2020). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Obtenido de Ecuador en cifras: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2021). *Proyecciones Poblacionales*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
- Jurado Jurado, J. C. (enero-junio de 2018). *Autoridad. Derivaciones conceptuales en las teorías de la administración*. Obtenido de SCIELO: <http://www.scielo.org.co/pdf/cadm/v31n56/0120-3592-cadm-31-56-81.pdf>
- León, C., Rivero, G., López, M., & Rodríguez, I. (2015). Uso irracional de las pruebas de laboratorio clínico por parte de los médicos de asistencia. *MEDISAN*, 19(11), 1-9. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001100001

- López, M. (2018). Variabilidad del manejo de gastroenteritis aguda en adultos, por médicos del servicio de emergencia del Hospital Enrique Garcés. (Tesis Maestría). Repositorio Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15234>.
- Manterola, C., Otzen, T., García, N., & Mora, M. (2019). Evidence-based clinical practice guidelines. *Revista de Cirugía*, 71(5), 468-475. doi:<http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492019005416>
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *Hospital General Teófilo Dávila*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/hospital-general-teofilo-davila/>
- Moreno Milán, E. (29 de Mayo de 2007). *Variabilidad de la práctica clínica en la atención a urgencias y emergencias*. Obtenido de Revista científica de la Sociedad de Medicina de Urgencias y Emergencias: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/variabilidad-de-la-practica-clinica-en-la-atencion-a-urgencias-y-emergencias/>
- OPS. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7652/CD53-R14-e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.)
- Orellana, A. (2019). Diagnóstico de la variabilidad de los procesos hospitalarios en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(3), 1-23. doi:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662019000300013

- Pérez, J. (2019). *Sisinio de Castro. Manual de Patología General*. España: Elsevier Health Sciences.
- Rendón, M., & Villasís, M. (2021). Fases para determinar la utilidad clínica de las pruebas diagnósticas. *Revista alergia México*, 67(3), 279-285. doi:<https://doi.org/10.29262/ram.v67i3.831>
- Robertt, P., & Lisdero, P. (2016). Epistemología y metodología de la investigación sociológica: Reflexiones críticas de nuestras prácticas de investigación. *Sociologías*, 18(41), 54-83.
- Rodríguez, M., Villafáfila, C., & Sastre, P. (2019). Enfermeras de práctica avanzada y práctica basada en evidencias. Una oportunidad para el cambio. *Enfermería Clínica*, 29(2), 119-124. doi:DOI: 10.1016/j.enfcli.2018.12.007
- Rojas, R. (2019). *Las ventajas que ofrecen las Guías de Práctica Clínica*. Obtenido de <https://www.saludiarario.com/las-ventajas-que-ofrecen-las-guias-de-practica-clinica/>
- Sá, L., Teixeira, A., Tavares, F., Costa, C., Couto, L., Costa, A., . . . Martins, C. (2017). Diagnostic and laboratory test ordering in Northern Portuguese Primary Health Care: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(11), 1-20. doi:<https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmjopen-2017-018509>
- Sampieri, R., & Torres, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Colombia: McGraw-Hill Interamericana.

- Simons, P. (2017). Variabilidad y calidad de la práctica clínica de enfermería en pacientes con Diabetes mellitus, hospitalizados. *Revista Ciencia y Tecnología*(20), 67-90. doi:<https://doi.org/10.5377/rct.v0i20.5496>
- Tognoni, D. G., & al., e. (2011). *MANUAL DE EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA*. ARGENTINA: Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Obtenido de <http://higagandulfo.com.ar/adjuntos/ALAMES/Manual%20de%20Epidemiologia%20Comunitaria.pdf>
- Toro, A. G. (2005). *Variaciones en la Práctica Médica: proyecto VPM-IRYSS*. Obtenido de <http://www.index-f.com/evidentia/n6/156articulo.php>
- Torres, J. (2018). *Variación de la práctica clínica (VPC) en Hospitalizaciones potencialmente evitables (HPE)*. Obtenido de <https://medicinainternaaltovalor.fesemi.org/el-valor-de-la-practica-clinica/variacion-de-la-practica-clinica-vpc-en-hospitalizaciones-potencialmente-evitables-hpe/>
- Villabriga, L. (2017). *¿Podemos ser más eficientes en nuestra práctica clínica?* Ámsterdam: Elsevier.
- Westert, G., Groenewoud, S., Wennberg, J., Gerard, C., Dasilva, P., Atsma, F., & Goodman, D. (2018). Medical practice variation: public reporting a first necessary step to spark change. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(9), 731–735. doi:<https://dx.doi.org/10.1093%2Fintqhc%2Fmzy092>
- Alárcon, G., Alárcon, P., Guamán, C., & Rivera, D. (2020). El Sistema de Gestión de Indicadores de Procesos SGIP. *Revista Espacios*, 41(7), 4.

- Bagur, S., Rosselló, M. R., Paz, B., & Verger, S. (2021). El enfoque integrador de la metodología mixta en la investigación educativa. *RELIEVE. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 27(1).
<https://www.redalyc.org/journal/916/91668059003/html/>
- Bartolomé, E., Jiménez, J., Sánchez, L., Bartolomé, M., Dominguez, A., Marti, M., Hernández, M., & Mique, A. (2017). Desarrollo y evolución de un cuadro de mando integral en atención primaria: Lecciones aprendidas. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(1), 40-49.
<https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.005>
- Benavides, F., Delclós, J., & Serra, C. (2018). Estado de bienestar y salud pública: El papel de la salud laboral. *Gaceta Sanitaria*, 32(4), 377-380.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.007>
- Benzaquen, J., & Schol, W. (2018). La calidad en las empresas de Chile. *Revista Espacios*, 39(51), 17.
- Betancourt, A., & Caviedes, I. (2018). Metodología de correlación estadística de un sistema integrado de gestión de la calidad en el sector salud. *Signos: Investigación en sistemas de gestión*, 10(2), 119-139.
- Bolaños, A. (2020). *Balanced Scorecard como Herramienta de Gestión y mejora en los Emprendimientos*. 5(3).
<https://revistas.uide.edu.ec/index.php/innova/article/view/1362>
- Bolaños, A., Méndez, J., & Méndez, M. (2020). Balanced Scorecard como Herramienta de Gestión y mejora en los Emprendimientos. *INNOVA*

Research Journal, 5(3), 62-77.

<https://doi.org/10.33890/innova.v5.n3.2020.1362>

Bongiorni, G. (2022). *Balanced Scorecard: Su implementación*.

https://www.economicas.unsa.edu.ar/afinan/afe_2/material_de_estudio/material/Balanced%20Scorecard%20su%20implementacion.pdf

Cámara de Comercio Bogotá. (2020, julio). *Taller: Indicadores de Gestión*.

<https://bibliotecadigital.ccb.org.co/handle/11520/25597>

Castellano, I., Bittar, O., Castellano, N., & Silva, H. (2020). *Incursionando en el mundo de la investigación: Orientaciones básicas*. Editorial Unimagdalena.

Castro, H., Montes, M., & Diez, M. (2021). Balanced Scorecard: Estrategia para la medición del desempeño en la dirección de proyectos. *Revista Venezolana de Gerencia*, 26(96), 1269-1288.

<https://doi.org/10.52080/rvgluz.26.96.17>

Chacon, J., & Rugel, S. (2018). Artículo de Revisión. Teorías, Modelos y Sistemas de Gestión de Calidad. *Revista Espacios*, 39(50), 14.

Chang, C. (2017). Evolución del sistema de salud de Ecuador: Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 452-460.

<https://doi.org/10.15381/anales.v78i4.14270>

Cordero, D., & Rodríguez, G. (2017). La inteligencia de negocios: Una estrategia para la gestión de las empresas productivas. *Revista Ciencia UNEMI*, 10(23), 10.

- Cordero, D., & Sañay, I. (2020). Marco de trabajo para gestión de procesos de negocio (BPM). Caso de una empresa de servicios. *Revista Científica y Tecnológica UPSE - CTU*, 7(1).
<https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/7502>
- Corral, R. (2017). *KPIs útiles*. LEEEXONLINE.
<http://www.robertocorral.com/KPIs-utiles>
- Cruz, T., & Delgado, J. (2020). Gestión del suministro para disponibilidad de medicamentos e insumos en micro redes de salud 2020. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 4(2), 1182-1202.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v4i2.148
- De La Guardia, M., Ruvalcaba, J., De La Guardia, M., & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Díaz, J. (2018). *Técnicas de prevención de riesgos laborales: Seguridad y salud en el trabajo*. Editorial Tebar.
- Domínguez, E., Pérez, B., Rubio, Á., & Zapata, M. (2019). A taxonomy for key performance indicators management. *Computer Standards & Interfaces*, 64, 24-40. <https://doi.org/10.1016/j.csi.2018.12.001>
- Feria, H., Matilla, M., & Mantecón, S. (2020). La entrevista y la encuesta: ¿métodos o técnicas de indagación empírica? *Didáctica Y educación*, 11(3), 62-79.
- Fuentes, E. (2018). *Control de gestión. Herramientas para aportar valor (3.^a edición)*. Edicions Universitat Barcelona.

<https://books.google.es/books?id=891fDwAAQBAJ&lpg=PA53&ots=6SWmO5RLqI&dq=ventajas%20de%20los%20indicadores%20de%20gesti%C3%B3n&lr&hl=es&pg=PA53#v=onepage&q=ventajas%20de%20los%20indicadores%20de%20gesti%C3%B3n&f=false>

- Ghiglione, F. (2021). El cuadro de mando integral como herramienta de eficiencia en la gestión empresarial. *Ciencias administrativas*, 18, 87-93. <https://doi.org/10.24215/23143738e088>
- González, V., Morantes, M., & Hernández, C. (2018). Agenda pública para el financiamiento de sistemas de información en organizaciones del sector salud. *Revista de ciencias sociales*, 24(2), 105-113.
- Hurtado, D., Losardo, R., & Bianchi, R. (2021). Salud plena e integral: Un concepto más amplio de salud. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 134(1), 8.
- Jadeed, A. (2022). *El cuadro de mando integral y sus efectos a la rentabilidad*.
https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/40762/TD_alijadeed.pdf?sequence=1
- Jassem, S., Zakaria, Z., & Che Azmi, A. (2021). Sustainability balanced scorecard architecture and environmental performance outcomes: A systematic review. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 71(5), 1728-1760.
<https://doi.org/10.1108/IJPPM-12-2019-0582>
- Loaiza, A. (2021). El balanced scorecard en la gestión de salud. *Revista Salud y Bienestar Colectivo*, 5(1), 5-17.

- López, M. (2018). *Variabilidad del manejo de gastroenteritis aguda en adultos, por médicos del servicio de emergencia del Hospital Enrique Garcés. Periodo julio–diciembre 2016* [Pontificia Universidad Católica del Ecuador].
<http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/15234>
- Lucio, R., López, R., Leines, N., & Terán, J. (2019). El Financiamiento de la Salud en Ecuador. *revistapuce*, 108.
<https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i108.215>
- Medina, A., Nogueira, D., Hernández, A., & Comas, R. (2019). Procedimiento para la gestión por procesos: Métodos y herramientas de apoyo. *Ingeniare. Revista chilena de ingeniería*, 27(2), 328-342.
<https://doi.org/10.4067/S0718-33052019000200328>
- Medina, O., & De Marco, M. (2017). Indicadores de Productividad en Hospitales Públicos. *SciELO*, 21(2), 1-12.
- Murillo, L. (2020). Cuadro de mando integral para la gestión del impacto social en organizaciones de empleo inclusivo. *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 98, 153.
<https://doi.org/10.7203/CIRIEC-E.98.13368>
- Núñez, M., & Sandoval, O. (2019). Logística hospitalaria: Una revisión bibliográfica. *REDIIS / Revista de Investigación e Innovación en Salud*, 2, 38-49. <https://doi.org/10.23850/rediis.v2i0.2075>
- Orellana, A. (2019). Diagnóstico de la variabilidad de los procesos hospitalarios en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(3), Article 3. <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1339>

- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Sistemas y Servicios de Salud— OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*.
<https://www.paho.org/es/sistemas-servicios-salud>
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Dispositivos médicos— OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado 7 de junio de 2022, de <https://www.paho.org/es/temas/dispositivos-medicos>
- Palma, hugo, Barrios, I., & Martínez, D. (2018). Gestión de la calidad: Elemento clave para el desarrollo de las organizaciones. *Criterio Libre*, 16(28), 169-185. <https://doi.org/10.18041/1900-0642/criteriolibre.2018v16n28.2130>
- Palomar, C. (2020). El servicio de farmacia frente a la logística de adquisición de medicamentos. *FARMACIA HOSPITALARIA*, 44(7), 17-20.
<https://doi.org/10.7399/fh.11489>
- Pantoja, M., & Garza, J. (2019). Etapas de la administración: Hacia un enfoque sistémico. *Revista EAN*, 87, 139-154.
<https://doi.org/10.21158/01208160.n87.2019.2412>
- Penchaszadeh, V. (2018). Bioética y salud pública. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 7, 1-15. <https://doi.org/10.14422/rib.i07.y2018.004>
- Pérez, M., Orlandoni, G., Ramoni, J., & Valbuena, M. (2018). Percepción de la calidad en la prestación de servicios de salud con un enfoque seis sigma. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(2), 325-343.
- Portela, G., Fehn, A., Ungerer, R., & Poz, M. (2017). Recursos humanos para la salud: Crisis global y cooperación internacional. *Ciência & Saúde*

Coletiva, 22(7), 2237-2246. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02702017>

Quezada, W., & Carrión, A. (2021). Cuadro de mando integral: Evaluación de normas internacionales de información financiera, caso de estudio. *Revista Científica Ciencia y Tecnología*, 21(32), Article 32. <https://doi.org/10.47189/rcct.v21i32.486>

Quintero, L., & Osorio, L. (2018). Balanced Scorecard como herramienta para empresas en estado de crisis. *Revista CEA*, 4(8), 75-94. <https://doi.org/10.22430/24223182.1049>

Ramón, J., Florez, R., & Domínguez, N. (2018). Utilidad del presupuesto y del cuadro de mando integral en la gestión de centros de atención primaria. Impacto sobre la motivación del personal. *Atención Primaria*, 50(3), 166-175. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.02.009>

Ramón, S., Quintero, G., Laborí, R., Bermúdez, L., & Iván, G. (2017). Aspectos teóricos sobre eficacia, efectividad y eficiencia en los servicios de salud. *Revista de Información Científica*, 96(6), 12.

Rodríguez, P., & Roig, N. (2020). Importancia de la integración e implementación de un Modelo de Gestión de Medicamentos en programas de Cooperación Internacional. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*, 5(1), 23-32. <https://doi.org/10.37536/RIECS.2020.5.1.204>

Rojas, L. (2017). Metodología para la transición a un modelo de dirección estratégica sustentada en procesos. *Revista Ingeniería Industrial*, 16(3), 319-339.

- Sánchez, L., Paredes, J., López, P., & Morgan, A. (2017). Mapa de activos para la salud y la convivencia: Propuestas de acción desde la intersectorialidad. *Index Enferm*, 26(3), 1-12.
- Solís, V., & Llamuca, S. (2020). Indicadores de Gestión del Balanced Score card en el Ecuador. *FIPCAEC*, 5(19), 186-209.
- Terán, G., Montenegro, B., Bastidas, J., Realpe, I., Villarreal, F., & Fernández, A. (2017). Análisis crítico de la responsabilidad social en entidades de salud. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(1), 0-0.
- Torres, M., Zurita, J., Aguilar, B., Miranda, A., Calzada, R., Rivera, A., Morales, M., Padrón, M., Ruiz, M., García, L., Barrón, C., & Arguinzoniz, S. (2020). Metodología para la elaboración de la Guía de práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 77, 1-6. <https://doi.org/10.24875/bmhim.20000083>
- Valladares, L., & Villanueva, M. (2017). La aplicación del Cuadro de Mando Integral en las Autoridades Portuarias: Perspectiva de aprendizaje y crecimiento. *Revista de la Agrupación Joven Iberoamericana de Contabilidad y Administración de Empresas (AJOICA)*, 17, 12.
- Vega, V., & Lluglla, D. (2019). El Balanced Scorecard como herramienta de gestión organizacional. *Revista Científica Ecociencia*, 6(2), 1-24. <https://doi.org/10.21855/ecociencia.62.187>
- Véliz, A., Carreón, J., Dörner, A., Estay, J., & García, C. (2018). Democracia, Gobernanza y Conductas éticas: Ejes transversales en la formación. *Opción: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 86, 152-175.

Vidal, M., Pujals, N., Castañeda, I., & Bayarre, H. (2017). Propuestas de innovación para la gestión de información y el conocimiento en salud.

Revista Cubana de Salud Pública, 43(4), 564-585.

Yanco, D. (2017). *Estrategia de recursos humanos para la salud universal*.

https://argentina.campusvirtualsp.org/sites/argentina.campusvirtualsp.org/files/webfiles/2017/Estrategia_RRHH_CORDOBA_JUNIO17.pdf

Apéndices

Apéndice A. Encuesta Dirigida a los Profesionales Médicos del Área de Urgencias



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

Objetivo: Realizar un análisis comparativo de la variabilidad en la práctica clínica de los Hospitales Teófilo Dávila y San Vicente de Paul para la propuesta de Indicadores de Gestión.

Nosotros, Graciela Cabrera y Fausto Sangurima solicitamos su ayuda en la resolución de la siguiente encuesta, la misma que será empleada únicamente con fines académicos y científicos para dar respuesta al tema de investigación denominado “**Análisis Comparativo De La Variabilidad En La Práctica Clínica De Los Hospitales Teófilo Dávila Y San Vicente De Paul Para La Propuesta De Un Plan De Indicadores De Gestión**”.

Datos sociodemográficos

Sexo

Femenino
 Masculino

Divorciado/a-separado/a
 Viudo/a

Edad

18 - 30
 31 - 40
 41 - 50
 Más de 51

Experiencia o tiempo laborando en el área de emergencias

Menor a 1 año
 1 a 2 años
 Más de 3 años

Estado civil

Soltero/a
 Casado/a-unido/a

¿A qué hospital pertenece?

Hospital General Teófilo Dávila
 Hospital San Vicente de Paúl

Marque con una X la respuesta que considere adecuada conforme su percepción y siguiendo los criterios que definen cada sigla estimulada.

Criterios:

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
MED	ED	I	DA	MDA

Preguntas	MED	ED	I	DA	MDA
Planta física					
1. El servicio de urgencias cuenta con una planta física adecuada para brindar el servicio					
2. El servicio de urgencias cuenta con la tecnología y equipos apropiados para la atención médica					
3. El servicio de urgencias tiene capacidad física suficiente para la atención de la población					
Personal de atención					
4. La cantidad de personal en atención de urgencias es el apropiado					
5. El personal de atención tiene preferencias sobre algunos pacientes					
6. Considera que la atención que reciben los pacientes en la recepción del área de urgencias es excelente					
7. Considera que la atención brindada por el personal de emergencia es efectiva					
Comodidad del servicio					
8. El tiempo de atención otorgado por el personal de urgencias es suficiente y apropiado					
9. La iluminación del área de urgencias es adecuada para la entrega del servicio					
Confiabilidad del servicio					
10. El personal de urgencias atiende apropiadamente a los pacientes					
11. El personal de urgencias coordina adecuadamente la atención de los pacientes					
12. El personal de urgencias escucha con atención a los pacientes antes de realizar un diagnóstico					
13. El personal de urgencia examina detalladamente al paciente previo al desarrollo de un diagnóstico					

14. El personal de urgencias solicita exámenes médicos complementarios para la entrega de un buen diagnóstico en caso de ser necesario.					
Estudios complementarios					
15. El personal de urgencias solicita frecuentemente pruebas de laboratorio para otorgar un diagnóstico (sangre, heces, orina, otros)					
16. El personal de urgencias solicita frecuentemente exámenes bajo la técnica de diagnóstico por imagen (radiografía, tomografía, resonancia magnética, ultrasonidos, otros)					
17. El personal de urgencias solicita frecuentemente exámenes bajo técnicas especiales (pruebas endoscópicas, anatomía patológica, electro gramas, estudios alergológicos, otros)					
18. El personal de urgencias solicita estudios complementarios para otorgar un buen diagnóstico al paciente y determinar el tratamiento más adecuado?					
19. ¿Los estudios complementarios solicitados por el médico van acorde al cuadro clínico del paciente?					
20. ¿El personal médico conoce sobre los costos que tiene cada estudio solicitado?					

Apéndice B. Cuestionario de Entrevista a Pacientes



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

Objetivo: Realizar un análisis comparativo de la variabilidad en la práctica clínica de los Hospitales Teófilo Dávila y San Vicente de Paul para la propuesta de Indicadores de Gestión.

Nosotros, Graciela Cabrera y Fausto Sangurima solicitamos su ayuda respondiendo a la siguiente entrevista, la misma que será empleada únicamente con fines académicos y científicos para dar respuesta al tema de investigación denominado “**Análisis Comparativo De La Variabilidad En La Práctica Clínica De Los Hospitales Teófilo Dávila Y San Vicente De Paul Para La Propuesta De Un Plan De Indicadores De Gestión**”.

1. ¿Qué tipo de problema de salud lo llevó a acudir al servicio de emergencia del hospital?
2. ¿Cuál fue el tiempo de respuesta para la atención de un médico en su emergencia?
3. ¿Observó usted durante su atención que el médico siguiera un protocolo o pasos organizados en el servicio de emergencia? ¿Qué pasos o procesos distinguió?
4. En la atención de su problema de salud, ¿le aplicaron análisis de laboratorio u otros estudios? ¿Fueron adecuados según su percepción? ¿Por qué?
5. ¿Cómo se sintió durante las pruebas diagnósticas complementarias?
6. ¿Se siente satisfecho de la atención recibida por parte del personal de emergencia del hospital? ¿Qué motiva su satisfacción?
7. ¿Qué recomendaría en relación con el servicio de para mejorar su atención?



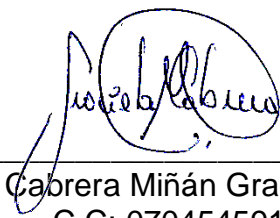
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

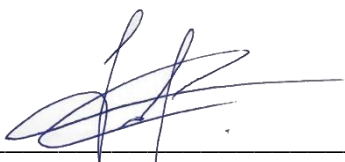
Nosotros, Cabrera Miñán Graciela de Jesús, con C.C: # 0704545912 y Sangurima Pesantes Fausto Alesandro con C.C: # 0702906066 autores del trabajo de titulación: **Análisis Comparativo de la Variabilidad en la Práctica Clínica de los Hospitales Teófilo Dávila y San Vicente de Paul para la Propuesta de un Plan de Indicadores de Gestión** previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 04 de agosto del 2022

f. 
Nombre: Cabrera Miñán Graciela de Jesús
C.C: 0704545912

F 
Nombre: Sangurima Pesantes Fausto Alessandro
C.C: 0702906066



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Análisis Comparativo de la Variabilidad en la Práctica Clínica de los Hospitales Teófilo Dávila y San Vicente de Paul para la Propuesta de un Plan de Indicadores de Gestión		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Cabrera Miñán, Graciela de Jesús Sangurima Pesantes, Fausto Alessandro		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Navarro Orellana, Andrés Zambrano Chumo Laura María		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	04 agosto 2022	No. DE PÁGINAS:	120
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gestión hospitalaria.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Variabilidad, práctica clínica, indicadores de gestión, unidades hospitalarias, análisis comparativo, estudios complementarios.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>El presente estudio se desarrolló con el objetivo de realizar un análisis comparativo de la variabilidad en la práctica clínica de los Hospitales Teófilo Dávila y San Vicente de Paul para diseñar Indicadores de Gestión que permitan optimizar la solicitud de estudios complementarios. La metodología aplicada fue de enfoque mixto, alcance descriptivo, diseño no experimental y de corte transversal; la encuesta estuvo sujeta a una muestra de 102 profesionales. Conforme los resultados obtenidos, se destaca la ausencia de una planta física adecuada para la entrega del servicio (49.09% - 57.45%), escasez de tecnología y equipos apropiados (38.18% - 36.17%), limitaciones en la capacidad física (40% - 53.19%) y deficiencias en la cantidad de personal de atención (50.91% - 57.45%). Sin embargo, los puntos positivos evidenciados correspondieron a la entrega de una atención excelente (49.09% - 42.55%), donde el personal se encarga de examinar las necesidades de los pacientes (61.82% - 55.32%), solicitando con frecuencia exámenes complementarios que contribuyan en la entrega de un buen diagnóstico (61.82% - 57.45%) los cuales van acorde al cuadro clínico del paciente. Las entrevistas evidenciaron que, las mejoras deben partir de la capacitación al personal y abastecimiento de recursos necesarios a las instituciones para una buena atención. Se diseñó una propuesta fundamentada en 11 indicadores para optimizar los procesos de solicitud de los estudios complementarios y reducir la variabilidad en la praxis médica de los hospitales.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	0983863818 0983159354	gcabreram85@gmail.com faustosangurimap_md@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Núñez Lapo, María de los Ángeles		
	Teléfono: 043804600 / 0997196258		
	E-mail: maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			