

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

**Creación e implementación de la Unidad de Gestión de la Calidad en el
Hospital San Francisco de Quito**

Gabriela Jacqueline Reinoso Trujillo

**Sandra Salazar, Dra.
Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito
para la obtención del título de Especialista en Gerencia de Salud

Quito, 16 de mayo de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**Creación e implementación de la Unidad de Gestión de la Calidad en el
Hospital San Francisco de Quito**

Gabriela Jacqueline Reinoso Trujillo

Firmas

Sandra Salazar, MD, MPH
Directora del Trabajo de Titulación

Bernardo Ejgenberg, MD, ESP-SP
Director de la Especialización en Gerencia
de Salud

Jaime Ocampo, MD, PhD.
Decano de la Escuela de Salud Pública

Gonzalo Mantilla, MD., M.Ed., F.A.A.P.
Decano Colegio de Ciencias de la Salud

Hugo Burgos, PhD.
Decano del Colegio de Posgrados

Quito, 16 de mayo de 2016

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombre: Gabriela Jacqueline Reinoso Trujillo

Código de estudiante: 00127889

C. I.: 1715573596

Lugar, Fecha Quito, mayo de 2016

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis hijos Elian, Juan Sebastián, a mi esposo Eduardo y a mi madre por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme permitido alcanzar una meta más propuesta en mi vida.

También quiero agradecer a mis hijos Elian y Juan Sebastián a quiénes les quito tiempo de madre, para poder dedicarme a mi especialización.

A mi esposo Eduardo, por estar conmigo en los momentos en que el trabajo y mis estudios ocuparon todo mi tiempo y esfuerzo. Gracias por toda tu ayuda.

Agradezco a mi madre por creer en mí, por haberme apoyado, por sus consejos y por el ejemplo y valor mostrado para salir adelante.

Y por último, agradezco a mis profesores de la Universidad San Francisco de Quito por su apoyo y motivación para la culminación de la especialización.

RESUMEN

En el contexto actual de la normativa expedida por la Autoridad Sanitaria que establece el Estatuto de Gestión por Procesos de Hospitales y con el fin de garantizar la calidad de atención a los usuarios de las unidades médicas del IESS, se plantea la creación e implementación de la Unidad de Gestión de Calidad en el Hospital San Francisco de Quito del IESS.

La unidad se enfocará en la misión, visión, desarrollará la política de la calidad, objetivos de la calidad y permitirá direccionar a las autoridades de la institución para una correcta toma de decisiones y así proporcionar servicios que cumplan las expectativas de nuestros usuarios.

Palabras clave: calidad, atención, gestión, hospitalaria.

ABSTRACT

In the current context of regulations issued by the Health Authority established by the Statute Process Management Hospitals and ensure the quality of care to users of medical units of IESS, the creation and implementation of raises Quality Management unit at the San Francisco de Quito IESS hospital.

The unit will focus on the misión, visión, develop the quality policy, quality objectives and allow address to the authorities of the institution for proper decisión-making and thus provide services that meet the expectations of our user.

Key words: quality, service, management, hospital.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	6
Abstract.....	7
Indices de tablas.....	9
Indices de figuras.....	10
Introducción.....	11
Revisión de la literatura	¡Error! Marcador no definido.4
Metodología y diseño de la investigación	31
Resultados esperados.....	45
Referencias.....	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Infraestructura m2 para la Unidad de Gestión de Calidad.....	32
Tabla 2. Equipamiento de la Unidad de Gestión de Calidad.....	33
Tabla 3. Interpretación de rangos de resultados.....	41
Tabla 4. Formato de hoja de Registro de monitoreo y control de procesos.....	42
Tabla 5. Estrategias de comunicación interna.....	43
Tabla 6. Cronograma de actividades.....	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura No. 1: Fases para la implementación de la Unidad de Gestión de la Calidad	34
Figura No. 2: Estructura organizacional del HSFQ	35
Figura No. 3: Organigrama estructural de la Unidad de Gestión de la Calidad	36
Figura No. 4: Organigrama funcional de la Unidad de Gestión de la Calidad	37
Figura No. 5: Mapa de Procesos del HSFQ.....	39

INTRODUCCION

a. Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyo objetivo es coordinar y dirigir la labor sanitaria a nivel mundial, en 1984 propicia la política de calidad en salud, que nos ayuda a promover y desarrollar la calidad sanitaria, de esta manera se comienza a trabajar en los temas: de mejoramiento continuo, la administración total de la calidad y la acreditación de los hospitales a los países miembros. La OMS y la OPS (Organización Panamericana de la Salud) han establecido iniciativas para el fortalecimiento institucional de los programas nacionales de la mejora de la calidad que incluyen incorporación en las agendas sectoriales, nacionales y regionales de marcos regulatorios que apoyen la importancia de la calidad en salud, y que faciliten las condiciones para la implementación de los programas nacionales de la mejora de la calidad, además recomiendan incorporar programas de educación de la garantía de la calidad en la formación y educación continua de los profesionales de la salud (Organización Panamericana de Salud, 2004).

En Ecuador el Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por estar fragmentado, centralizado, el presupuesto asignado al sector salud era muy bajo y esto se reflejaba en la racionalización de los servicios sanitarios, inequidad en el acceso a los servicios de salud, escasos e inestabilidad laboral del personal, limitada capacidad resolutoria, abandono de los establecimientos, frenando de esta manera su expansión y ocasionando a la vez la pérdida de la confianza por parte de la población en el Sistema Nacional de Salud. Ante esta realidad el 2007 el Gobierno, en función al Buen Vivir o Sumak Kausay, define como prioritario el

sector social y particularmente la salud por lo que decide incrementar el presupuesto a este sector y establecer la política de universalidad y gratuidad progresiva de la atención pública de salud.

Es así como en una primera etapa de intervención mejoró la infraestructura, equipamiento, recursos humanos, dotación de medicamentos e insumos a las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), todo esto con el fin de aumentar la cobertura de atención, además fortaleció el I nivel de atención con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).

Así se inicia la reforma del Sistema de Salud Ecuatoriano, en respuesta al mandato de la Constitución 2008, el cual se enfoca en 5 pilares: Fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud, recuperar y mejorar la infraestructura pública de salud, ampliar la cobertura de la oferta sanitaria, garantizar la gratuidad de la atención, mejorar la calidad de la provisión de los servicios de salud y la gestión de los establecimientos asistenciales del MSP, mejorar las competencias del personal de salud. (PAHO, 2013)

Nuestro país ha creado un amplio marco legal y normativo relacionado a la garantía del derecho a la salud, la estructuración del Sistema Nacional de Salud, la protección de grupos poblacionales y en varios de sus artículos nos menciona la calidad como componente importante de la salud. (Ecuador M. d., 2012).

En la Constitución de la República del Ecuador, el artículo 32 establece que “la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

El artículo 361 señala que "El estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la autoridad sanitaria nacional, será el responsable de formular la política nacional de salud y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector".

El artículo 362, inciso 1, establece que "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".

El artículo 363, inciso 2, establece "como responsabilidad del Estado, universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura". (Ecuador A. N., 2008)

La Ley Orgánica de Salud, el artículo 4 señala que "la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que le corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley".

El artículo 6, número 24-25 disponen que "es responsabilidad del Ministerio de Salud regular, vigilar, controlar y autorizar el funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud, públicos y privados, con y sin fines de lucro y los demás sujetos a control sanitario, así como regular y ejecutar los procesos de licenciamiento y certificación y establecer las normas para la acreditación de los servicios de salud. (MSP, 2012).

El artículo 201 menciona "es responsabilidad de los profesionales de la salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias,

buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos”. (Nacional, 2012)

Que, con Acuerdo Ministerial No. 000001034 de 01 de Noviembre de 2011, se emitió el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, publicado en el Registro Oficial No. 279 de fecha 30 de marzo de 2012;

El Acuerdo Ministerial 1537 del 25 de Septiembre del 2012 expide el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de Hospitales del Ministerio de Salud Pública, en donde se plantea la existencia de una Unidad de Gestión de Calidad.

En la resolución 308 del Consejo Directivo del IESS establece “El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), se ha planteado tres estrategias para garantizar la calidad de la atención en los servicios de salud: la primera se refiere a un establecimiento de una Gerencia Estratégica que comprende la organización efectiva y eficiente de los establecimientos de salud y la red para mejorar la calidad y eficiencia de las prestaciones. La segunda, se enfoca a la calidad técnica que incluye auditoría médica, mejoramiento de la calidad, aplicación de guías clínicas y desarrollo de personal en técnicas de atención al usuario. La tercera es la integración del sistema de medición permanente y continua de la satisfacción del usuario”.

Con miras a ampliar la cobertura y de ese modo mejorar la calidad de atención de los afiliados, el 05 de Diciembre del 2011 se inauguró el Hospital San Francisco de Quito (HSFQ), hospital general, de nivel II-5, ubicado al norte de Quito, en la parroquia de Carcelén, en la Ave. Jaime Roldós Aguilera 40554 y Mercedes Gonzales. Cuenta con una infraestructura de cinco plantas funcionales y tres subsuelos, donde funcionan los servicios de emergencia, consulta externa de especialidades básicas y subespecialidades, laboratorio clínico, servicio

de hospitalización, además cuenta con servicios administrativos y todos los servicios auxiliares.

Oferta una cartera de servicios con las siguientes especialidades y subespecialidades: cardiología, dermatología, gastroenterología, medicina familiar, medicina interna, neumología, neurología, endocrinología, nutrición, salud ocupacional, anestesiología, cirugía vascular, cirugía general, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, ortopedia, fisioterapia- rehabilitación, terapia respiratoria, urología, nefrología, ginecología, obstetricia, pediatría, psicología, unidad de cuidados intensivos neonatales y de adultos.

La población del área de influencia de este hospital proviene de toda la ciudad de Quito, pero sobre todo de las parroquias de Carcelén, Calderón, Pomasqui, El Condado, Ponceano, Cotacollao, Comité del Pueblo, Llano Chico, una parte de Cayambe, Otavalo, Ibarra. (HSFQ, 2014)

b. Planteamiento del problema

Desde el año 2010 el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) incrementó la extensión de cobertura de salud a los hijos menores de 18 años y al cónyuge del afiliado, por lo tanto el número de afiliados aumentó significativamente.

Esto ha producido que el número de beneficiarios para el IEES se triplique, sin embargo el número de unidades médicas no se incrementaron para dar satisfacción a toda la demanda, esto se traduce a la falta de oportunidad en la atención en los servicios de salud, produciendo de esta manera insatisfacción del usuario por no recibir una atención a tiempo en las unidades del IESS incluido el Hospital San Francisco de Quito.

Inicialmente la gerencia del HSFQ intentó realizar el manejo del hospital enfocado en procesos, pero los constantes cambios administrativos no permitieron continuar con ese enfoque, esto ha ocasionado que el hospital no se maneje con objetivos claros, que desconozca los problemas que tiene dentro de su institución, en consecuencia no se realiza una correcta gestión gerencial, ya que los indicadores no obedecen a ningún objetivo y no facilitan la toma de decisiones.

Al no tener procesos definidos y normas claras el costo de los servicios se elevan.

c. Objetivo general

- Implementar la Unidad de Gestión de Calidad en el Hospital San Francisco de Quito del IESS, como unidad técnica administrativa que apoye los diferentes procesos médicos, científicos, asistenciales y administrativos, con el fin de garantizar una atención de calidad y con respeto a los derechos de las y los usuarios internos y externos, para lograr la satisfacción con la atención recibida.

d. Objetivos específicos

- Crear el mapa de procesos e implementar los procesos de la nueva Unidad de Gestión de Calidad.
- Crear el Manual de Calidad aplicable a los procesos hospitalarios, como herramienta que utilizará la nueva Unidad de Gestión de Calidad.

- Diseñar un Plan de Sostenimiento a la Unidad de Gestión de Calidad con indicadores, metas y socialización para el involucramiento de todo el personal del Hospital.

e. Marco Teórico

Marco Histórico.

En lo que se refiere a calidad en salud, el Código de Hammurabi tenía ocho artículos explícitamente referidos a los actos médicos y a las penalidades en caso de que el daño causado por el "médico" al paciente fuera mayor que la enfermedad que intentaba cura.

La calidad en salud ha venido evolucionando, desde 1958 Florence Nightingale, realizó estudios de la tasa de mortalidad de los hospitales militares, logrando disminuir del 40 % al 4 % al controlar el ambiente.

En 1910 Flexner evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubrió la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano.

En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir "los resultados finales" de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y Codman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales.

En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad. (Chandia; Turmero I. , 1993; Turmero I.)

Avedis Donabedian es reconocido como el padre de la calidad en salud, ya que en 1966 publicó el primer artículo sobre calidad de atención médica, el cual sirvió de base para el desarrollo de la calidad sanitaria y mostró la importancia de los indicadores como medida de la efectividad clínica. Publicó 8 libros, más de 50 artículos y numerosas cátedras, siempre poniendo énfasis en el tema de la calidad de la atención en la salud, transformando los paradigmas y pensamientos en los sistemas en salud. En 1966 publicó un artículo sobre estructuras, procesos y resultados que en la actualidad son las bases de la evaluación de la calidad de la atención en salud. Se considera que la mejor publicación realizada por Donabedian fue la serie de tres volúmenes, sobre evaluación y monitoreo de la calidad. En 1996 el Dr. Avedis Donabedian expresó que "cualquier método o estrategia de garantía de la calidad que se aplique será exitosa". (Fair, 2006)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Objetivo 31 de "Salud para todos en el año 2000" para la Oficina Regional Europea en 1980 estableció: "De aquí a 1990, todos los Estados miembros deberán haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el marco de sus sistemas de prestaciones sanitarias". "Se podrá atender este objetivo si se establecen métodos de vigilancia, continua y sistemática, para determinar la calidad de los cuidados prestados a los enfermos, convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante de las actividades

habituales de los profesionales sanitarios, y finalmente, impartiendo a todo el personal sanitario una formación que asegure y amplíe sus conocimientos". Al enunciar este problema y plantear las posibles soluciones, la OMS hacía énfasis en que la evaluación de la calidad de los cuidados no debe únicamente limitarse al nivel de desarrollo técnico o de experiencia, sino que se trata de una responsabilidad que incumbe a todos los trabajadores: investigadores, profesionales de la sanidad, autoridades y beneficiarios. (Acevedo, Lorenzo , & Pinedo, 2009)

En la actualidad las instituciones de salud, están imponiendo el mejoramiento continuo como la mejor estrategia para prevenir fallas y si se presentan corregirlas inmediatamente, pero para dar cumplimiento a este enfoque es necesario la presencia de la Unidad de Gestión de Calidad. (Malagon-Londoño, Galán, & Pontón Laverde, 2003)

Marco Conceptual.

Calidad.

"Es un concepto subjetivo, su origen es latín y significa: atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes o servicios". (Muñoz, 2013). Se relaciona con la percepción de cada individuo para comparar una cosa con cualquier otra de su misma especie.

La calidad se refiere a la capacidad que posee un objeto para satisfacer necesidades implícitas o explícitas, un cumplimiento de requisitos. (ISO-8402, 2015)

"Es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad puede costear y que tiene la capacidad de producir un

impacto, sobre la mortalidad, morbilidad, la incapacidad y la desnutrición". (M.I. Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS-1998).

La Organización Mundial de la Salud (OMS)“ la calidad en la Atención en Salud consiste en la apropiada ejecución (de acuerdo a estándares) de intervenciones de probada seguridad, que son económicamente accesibles a la población en cuestión, y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición ” (Robalino M. , 2014)

Calidad de la atención.

Consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas, para maximizar los beneficios para la salud sin aumentar proporcionalmente sus riesgos.

Dimensiones de la calidad en atención.

Oportunidad.

Satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, con los recursos apropiados y de acuerdo a la severidad del caso. (Malagon-Londoño, Galán, & Pontón Laverde, 2003)

Continuidad.

Aplicación de manera ordenada y en secuencia lógica las etapas del proceso de atención. (Malagon-Londoño, Galán, & Pontón Laverde, 2003)

Suficiencia e integridad.

Provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender al paciente de forma integral. (Malagon-Londoño, Galán, & Pontón Laverde, 2003)

Racionalidad lógico-científica.

Utilización de los conocimientos y de la tecnología para atención del paciente, aplicando el criterio lógico y óptimo.

Satisfacción del usuario y del proveedor.

Complacencia del usuario con la atención recibida, así también la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborables y el medio en el cual se desempeñan. (Malagon-Londoño, Galán, & Pontón Laverde, 2003)

Efectividad.

Alcanzar el grado máximo de mejoramiento de la salud, con la mejor atención disponible. (Malagon-Londoño, Galán, & Pontón Laverde, 2003)

Eficiencia.

Capacidad de reducir al máximo los costos de atención, sin reducir el grado de mejoramiento de la salud. (Malagon-Londoño, Galán, & Pontón Laverde, 2003)

Optimización.

Es el balance entre costos y beneficios de la salud. (Malagon-Londoño, Galán, & Pontón Laverde, 2003)

Aceptabilidad.

Conformidad de la atención recibida, de acuerdo a deseos y expectativas del paciente. (Malagon-Londoño, Galán, & Pontón Laverde, 2003)

Legitimidad.

Conformidad con los principios éticos, normas y leyes que rigen la comunidad. (Malagon-Londoño, Galán, & Pontón Laverde, 2003)

Equidad.

La justa distribución de la atención en salud a todos los miembros de la población (Malagon-Londoño, Galán, & Pontón Laverde, 2003)

Gestión de la Calidad.

Se entiende a las “actividades coordinadas para dirigir, controlar una organización en lo relativo a la calidad” esto incluye políticas y objetivos de la calidad, planificación, control, aseguramiento y mejora de la calidad. Todo esto conforma el diseño y desarrollo de un programa de calidad. (Salvador, Gestion de la Calidad en las organizacione sanitarias, 2014)

Garantía y mejoramiento.

"Conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño , en forma continua y cíclica de manera que la atención prestada sea efectiva , eficaz y segura, orientándose a la satisfacción del usuario" (Orozco, 2009)

Procesos.

Conjunto de pautas de actuación o métodos de trabajo utilizados por una organización para la prestación de servicios a sus clientes. Proceso, es un conjunto de actividades interrelacionadas, repetitivas y sistemáticas donde las entradas se transforman en salidas o resultados que satisfagan a los clientes. Se establecen procesos clave y se efectúa la medición y seguimiento de éstos.

Indicadores.

Son una herramienta para medir la calidad; se define como un variable de calidad, cantidad, tiempo, utilizada para medir directa o indirectamente los cambios en una situación y apreciar el progreso alcanzado, nos provee una base para desarrollar planes adecuados para su mejoría (Paneque, 2004).

REVISION DE LA LITERATURA

La creación de una unidad de gestión de la calidad e implementación de un sistema de gestión de la calidad (SGC) es una decisión estratégica de la institución. Y tanto el diseño como la implementación dependen de las necesidades, objetivos, procesos, tamaño y estructura de la organización. (Turmero I. , 1993)

Un sistema de gestión de la calidad es un sistema para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad y los encargados de marcar estas directrices son los directores o los altos mandos, ya que son ellos quienes toman las decisiones estratégicas en todos los niveles y están a cargo de todo el personal que labora en las organizaciones. Es por esto que los directivos están implicados en el desarrollo, implementación y evaluación de un sistema de calidad en la organización. (Turmero I.)

En los servicios de salud para hacer gestión de la calidad debemos pensar en:

- Los servicios de salud se caracterizan por que en el proceso de atención está implicado física y mentalmente el paciente, y este proceso se basa en una interacción continua entre los profesionales de la salud y el paciente
- Información desigual o asimetría de la información, el paciente tiene poco conocimiento de los aspectos técnicos del servicio entregado y las decisiones estarán muy influenciadas por el profesional de salud.
- Los servicios de salud se caracterizan por ser muy complejos y esto se da por las relaciones e interacciones entre los pacientes, los profesionales de la salud, los proveedores, las compañías de seguro, la industria, los organismos

gubernamentales y la sociedad. (Cabo, Gestión de la calidad de las Organizaciones sanitarias, 2014)

También debemos tomar en cuenta que los servicios de salud están sometidos a constantes cambios introducidos por las nuevas tecnologías. Con la implementación de un sistema de gestión de la calidad, los procesos que están relacionados con la prestación de servicios de salud, se pueden controlar para satisfacer estos requisitos. (Cabo, Gestión de la calidad de las Organizaciones sanitarias, 2014)

Guía para la implantación de un sistema de gestión

Debe basarse en estos principios:

Enfoque al paciente o usuario.

El paciente es el elemento clave en el desarrollo de los servicios de salud. La heterogeneidad de los pacientes, sus diversas necesidades, nos invita a actuar de acuerdo a los diferentes contextos y a desarrollar servicios versátiles, por lo tanto los servicios de salud deben adaptarse a los requerimientos del paciente, tomando en cuenta su entorno. (Cabo, Gestión de la Calidad en las organizaciones sanitarias, 2014)

Liderazgo de la dirección orientado hacia la cultura de la calidad.

En las organizaciones sanitarias, el liderazgo es fundamental para la gestión de la organización y de la calidad, va enfocado al paciente promueve y apoya a la cultura de la calidad. La calidad involucra a todos los profesionales de la salud al igual que a la dirección. Los profesionales son los responsables de su práctica profesional,

sin embargo la dirección es responsable de la seguridad y de la calidad de todos los servicios ofrecidos por la institución.

Los servicios de salud son "personas que trabajan con personas " por lo tanto el desarrollo de la calidad requiere cambios desde los paradigmas de la dirección dirigida hacia una cultura orientada a las personas, que afecte a las habilidades del equipo para la mejora de los procesos.

Las directrices y la motivación del personal son esenciales y requieren con una comunicación constante y estructurada. (Cabo, Gestión de la calidad de las Organizaciones sanitarias, 2014)

Enfoque por procesos.

Puede definirse como una forma de enfocar el trabajo, persiguiendo el mejoramiento continuo de las actividades de una organización mediante la identificación, selección, descripción, documentación y mejora continua de los procesos.

Toda actividad o secuencia de actividades que se llevan a cabo en las diferentes unidades constituye un proceso y como tal, hay que gestionarlo. (Peper, 2011).

La producción de servicios sanitarios modernos constituyen procesos integrados, la asistencia se entregará por medio de los procesos centrales que siga al

paciente desde el inicio de su atención hasta después de ser dado el alta, incluyendo sus citas subsecuentes.

Capacitación continua.

La práctica profesional se basa en la evidencia y las mejores prácticas se registran en los protocolos. Es necesario que la asistencia brindada pueda ser evaluada y adaptada continuamente. La mejora de la calidad en los servicios sanitarios se basa en el conocimiento.

Interacción para la calidad a través de la red de servicios sanitarios.

La coordinación de los servicios entre diferentes proveedores determina la continuidad de la asistencia que los pacientes reciben dentro de cualquier sistema de salud.

Mantener buenas relaciones con los proveedores.

Los servicios de comunicación, asesoría financiera, limpieza, nutrición, son servicios de apoyo y sus fallas afectan la calidad de la institución, y si queremos servicios seguros y de alta calidad debe haber apoyo por parte de nuestros proveedores.

Mejora continua.

Las organizaciones sanitarias deben evolucionar continuamente en su aprendizaje, aceptando, procesando e interpretando resultados y mejorando el

desempeño de experiencias pasadas, este es un paso clave que permitirá que la institución se desarrolle con éxito en un ambiente de continua evolución.

Sistema de gestión de la calidad en una institución hospitalaria basada en procesos

Gestión basada en procesos.

Un proceso es una actividad que utiliza recursos y permite que los elementos de entrada se conviertan en resultados, permitiendo que la institución u organización funcione de manera eficaz.

“Un proceso es una secuencia de actividades que uno o varios sistemas desarrollan para hacer llegar una determinada salida (*output*) a un usuario, a partir de la utilización de determinados recursos (entradas/input)”. (Peper, 2011).

Una ventaja de la gestión por procesos es que nos permite controlar continuamente la relación que existe entre procesos individuales dentro del propio sistema de procesos, así como su combinación e interacción.

La importancia de un sistema de gestión de la calidad enfocado en procesos se basa en: el cumplimiento de los requisitos y su comprensión, en considerar a los procesos como términos que aporten valor, la obtención de resultados del desempeño y eficacia del proceso, la mejora continua de los procesos con base a sus objetivos. (Cabo, Gestión de la Calidad en las organizaciones sanitarias, 2014)

Además a todos los procesos se puede aplicar la metodología conocida como Ciclo de la Calidad: Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA)

Planificar.

Establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del paciente y las políticas de la organización

Hacer.

Implementar los procesos

Verificar.

Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los servicios producidos, respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el servicio e informar sobre los resultados

Actuar.

Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos
(Cabo, Gestión de la calidad de las Organizaciones sanitarias, 2014)

Identificar y describir los procesos.

El enfoque basado en procesos nos permite la identificación (procesos clave, procesos de apoyo, procesos estratégicos) e interacción entre ellos para poder ofrecer las prestaciones de asistencia de salud.

Planificación e implantación de un sistema de gestión de calidad.

El propósito de implantar un sistema de gestión de calidad (SGC), va enfocado a mejorar los resultados. Basándose en el cumplimiento de los objetivos de calidad, identificando los procesos operativos y recursos necesarios para cumplir dichos objetivos, elaborando estrategias para cumplirlos y lograr que el resultado cumpla con las expectativas del cliente. Además que mejore la competencia, mejore las condiciones de trabajo de los empleados y sobretodo reduzca los costes derivados de la no calidad. (Cabo, Gestión de la calidad de las Organizaciones sanitarias, 2014)

La planificación del SGC es una de las responsabilidades de los directores. Para establecer un sistema de gestión de calidad es necesario revisar sus actividades, procesos y experiencias como punto de partida, mirar al pasado, y ver cómo estamos actualmente, identificar las necesidades, optimizar los recursos y establecer las condiciones necesarias para el logro de los objetivos planteados.

La planificación del sistema de gestión de calidad, se integra al sistema de gestión existente en la institución.

Un SGC bien planificado e implementado, mejora la calidad de los servicios de salud, sistematiza las funciones dentro de la institución y mejora la colaboración con organizaciones externas.

El SGC provee a los directivos muchas herramientas para el control y desarrollo de su institución, por lo que las autoridades deben comprometerse con promocionar una cultura de calidad a todo nivel.

Los directivos son quienes lideran el SGC, y quienes deben influir en todo el personal para que todos trabajen por un objetivo común, pero además de esto debe conocer claramente las necesidades de los pacientes, del personal, satisfacción de los

usuarios, eficacia de los procesos, debilidades y fortalezas de la competencia, y luchar por el cumplimiento de los objetivos y sobre todo debe conocer la legislación de salud. (Cabo, Gestión de la calidad de las Organizaciones sanitarias, 2014)

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se plantea la creación de una unidad de calidad que a través de la implementación de un sistema de gestión de calidad nos permita mejorar la administración al interior del hospital.

Plan para la creación e implementación de la Unidad de Gestión de Calidad

La creación de la Unidad de Gestión de Calidad del HSFQ parte de la identificación de la necesidad de crear un área dentro de la organización que esté a cargo de gestionar la calidad de todos los servicios que se ofrecen en el hospital.

Para ello, es indispensable contar con la aprobación de los directivos de la unidad de salud, quienes deben comprometerse a asignar los recursos necesarios, esto es: infraestructura, talento humano, tecnología y financieros.

Cabe señalar que la parte del financiamiento queda a cargo de la administración del hospital, por lo que el proyecto presenta únicamente los requerimientos relacionados con la infraestructura, equipamiento y talento humano para que se puedan gestionar los recursos económicos necesarios para el efecto.

Infraestructura.

El modelo de infraestructura dirigida a la Unidad de Gestión de Calidad se basa en la plantilla establecida por el Ministerio de Salud Pública para el efecto, como se presenta a continuación.

Tabla 1. Infraestructura m² para la Unidad de Gestión de Calidad

	Función	Planificación (en unidades)	Metros cuadrados	Total m²
Dirección de la Unidad				
Despacho de Director de Unidad	Trabajo del Director	1	10	10
Secretaría	Secretaría del Director	1	6	6
SUBTOTAL				16
Auditoría de Gestión de Calidad Médica				
Despacho auditores médicos de calidad	Trabajo administrativo	2	8	16
Despacho técnico de calidad	Trabajo administrativo	1	8	8
Despacho de enfermería de calidad	Trabajo administrativo	1	6	6
Despacho coordinador/epidemiólogo	Trabajo administrativo	1	8	8
Despacho enfermera de epidemiología	Trabajo administrativo	1	6	6
Despacho estadístico	Trabajo administrativo	1	6	6
Despacho informático	Trabajo administrativo	2	6	12
SUBTOTAL				62
Archivo y sala de reuniones				
Área de archivo	Archivo de documentos de gestión de calidad y epidemiología	1	14	14
Sala/mesa de reuniones	Gestión de calidad y Epidemiología	1	8	8
SUBTOTAL				22
TOTAL				100

Elaborado por: Gabriela Reinoso

De acuerdo a lo expuesto en la tabla 1, la creación de la Unidad de Gestión de la Calidad requiere de la asignación y adecuación de un espacio de 100 metros cuadrados.

Equipamiento.

Como parte de la infraestructura se toma en consideración el equipamiento de la Unidad, con el detalle a continuación:

EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD		
N°	EQUIPAMIENTO	CANTIDAD
1	Escritorios	9
2	Sillas con ruedas y espaldar de escritorio	9
3	Sillas sin ruedas	4
4	Computadores de escritorio	7
5	Computadores portátiles	2
6	Impresora con escáner y copiadora	1
7	Teléfonos	2
8	Mesa de reunión	1
9	Pizarra tiza líquida	1

Tabla 2. Equipamiento de la Unidad de Gestión de Calidad

Elaborado por: Gabriela Reinoso

Recursos humanos.

Los recursos humanos que se precisan para crear la Unidad de Gestión de Calidad son los que se exponen a continuación:

- 1 Director de la Unidad con bases y experiencia en Gestión de Calidad Hospitalaria
- 2 Médicos Gestores y 1 auditor de calidad, preferiblemente con título de 4to nivel y/o conocimientos y experiencia en auditoría médica, auditoría de calidad, gestión de calidad
- 1 Enfermera de Gestión de Calidad, preferiblemente con título de 4to nivel en gestión hospitalaria y/o con conocimientos en auditoría de calidad y médica.
- 1 Técnico de Calidad
- 1 Médico epidemiólogo

- 1 Estadístico
- 1 Informático

Funciones de los miembros de la Unidad de Gestión de Calidad.

Las funciones de los miembros de la Unidad de Gestión de Calidad se determinan acogiendo lo que al respecto señala el Ministerio de Salud Pública.

Plan de acción para la implementación de la Unidad de gestión de calidad

El plan de acción para la implementación de la Unidad de Gestión de la Calidad es el que se presenta a continuación:

Figura 1: Fases para implementación de la Unidad de Gestión de la Calidad

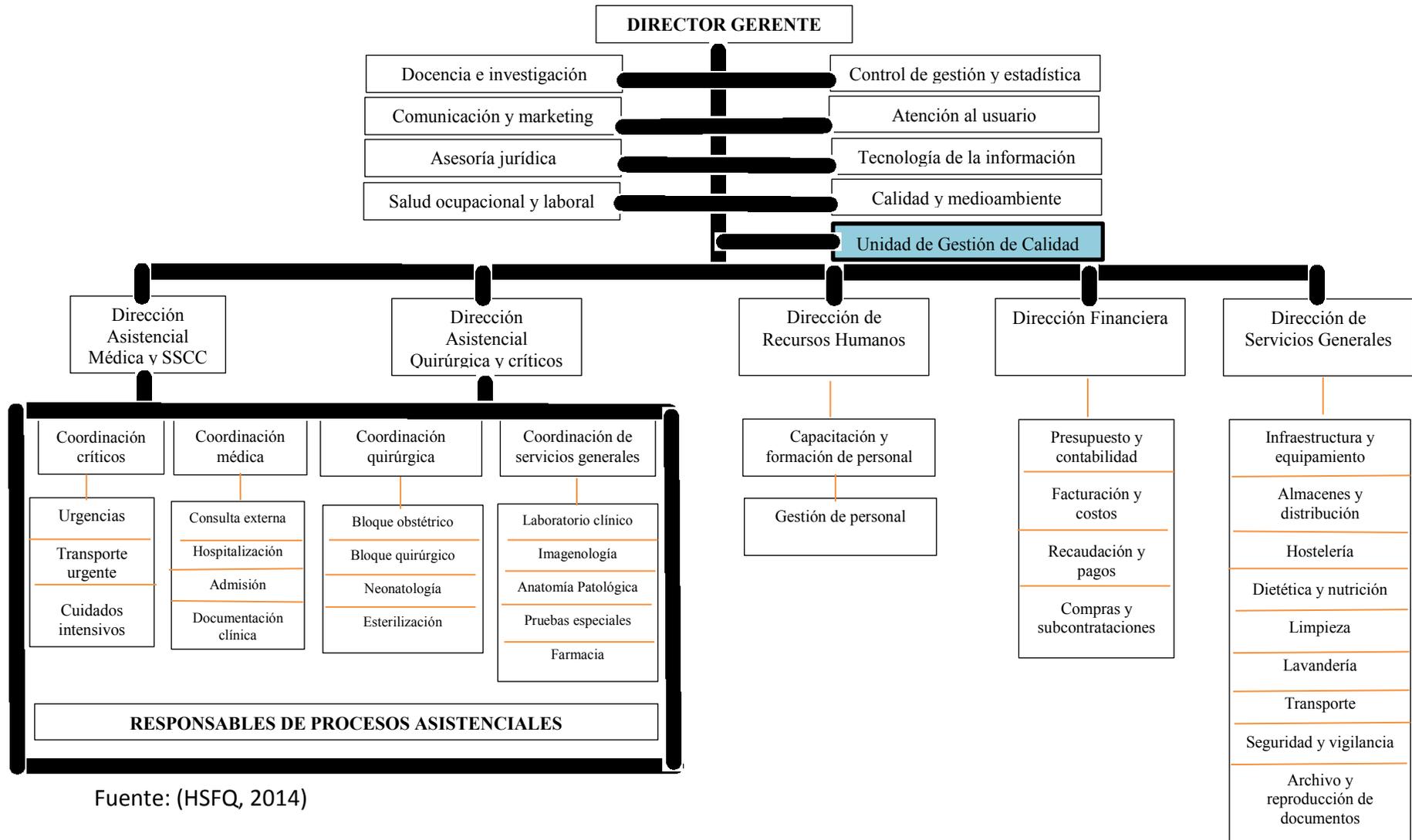


Elaborado por: Gabriela Reinoso

Fase 1. Planificación organizativa.

La planificación organizativa parte de la creación de la Unidad de Gestión de Calidad dentro de la estructura organizacional del HSFQ, como se muestra a continuación:

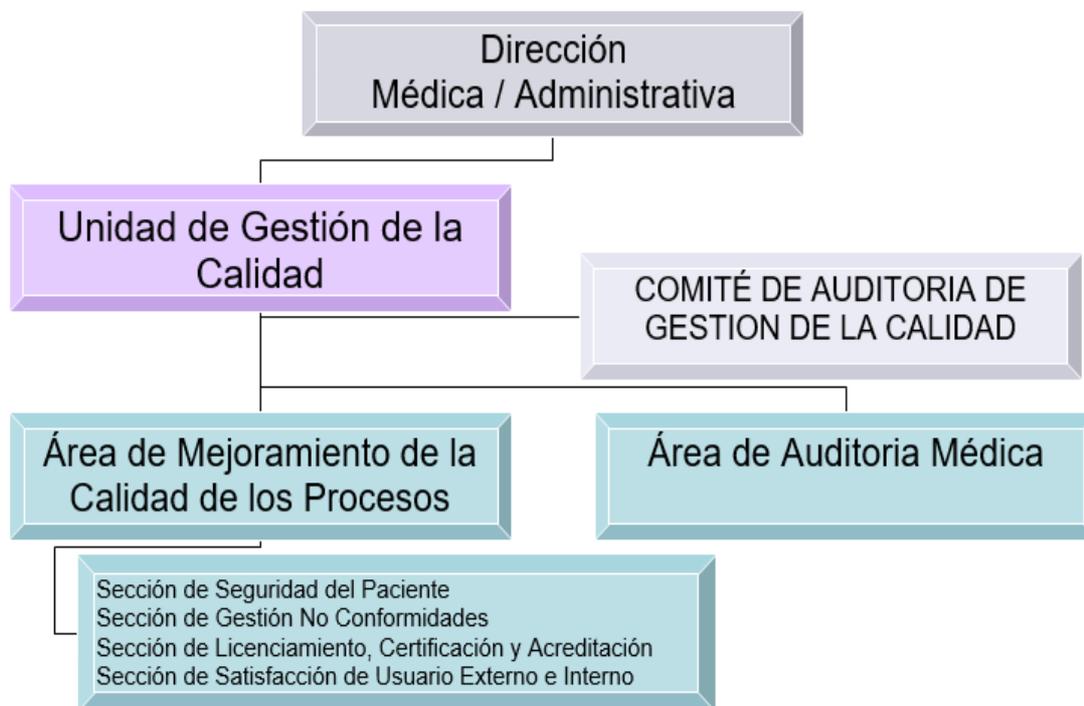
Figura 2: Estructura Organizacional del HSFQ



Fuente: (HSFQ, 2014)

Organigrama estructural de la Unidad de Gestión de Calidad.

Figura 3. Organigrama Estructural

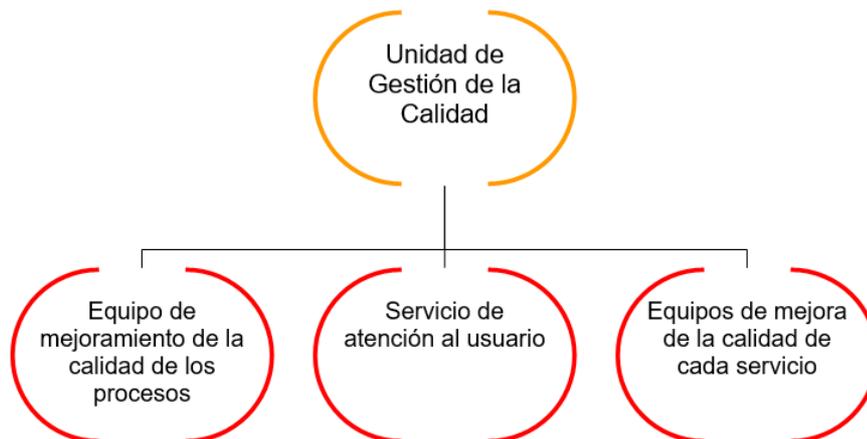


Elaborado por: Gabriela Reinoso

La Unidad de Gestión de Calidad está bajo dependencia directa de la Dirección Médica/Administrativa del HSFQ. Para la toma de decisiones se contará con el Comité de Auditoría de Gestión de Calidad. Además, bajo su dirección se encuentra el Área de mejoramiento de la calidad de procesos que involucra: la seguridad del paciente, la gestión de no conformidades, la sección de licenciamiento, certificación y acreditación, y la satisfacción de usuario externo e interno. Además del área de auditoría médica.

Organigrama funcional de la Unidad de Gestión de Calidad.

Figura 4. Organigrama Funcional



Elaborado por: Gabriela Reinoso

Las principales funciones a cargo de esta unidad son: establecer el equipamiento de mejoramiento de la calidad de los procesos, servicio de atención al usuario y equipos de mejora de calidad de cada servicio.

Miembros de la Unidad de Gestión de la Calidad.

1. Responsabilidades.

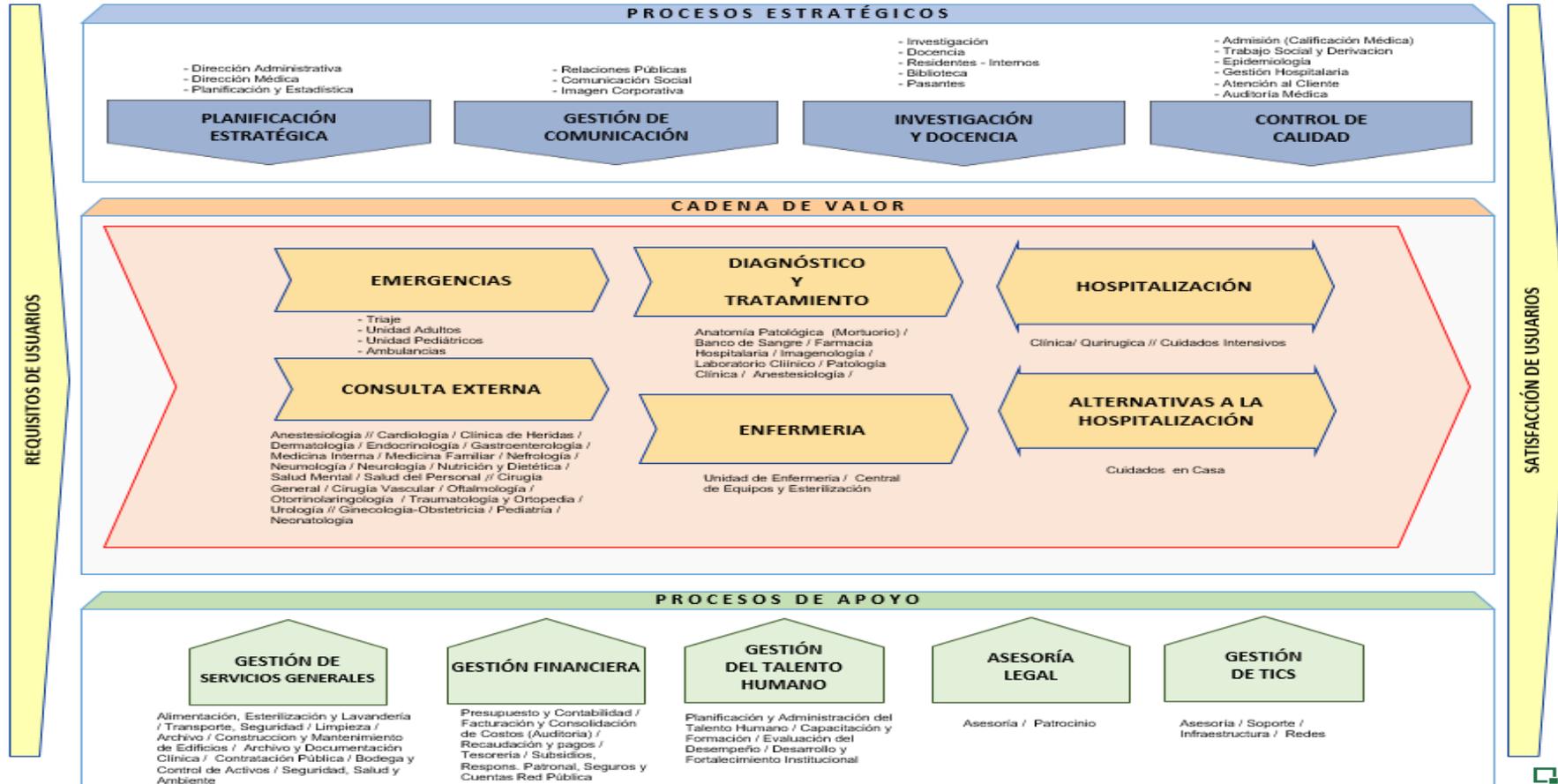
Personas a cargo del funcionamiento del sistema, velando por su eficacia y a quien se debe recurrir en busca de apoyo para mejorarlo y por otra parte y muy importante es el verdadero "representante del cliente" dentro de la empresa, ya que tiene como función asegurar y velar que toda la organización conozca los requerimientos del cliente, los entienda y los cumpla.

2. Funciones.

- Apoyar:
 - A la Direcciones a definir, difundir y mantener la política de calidad y los principios de gestión de la calidad.
 - A la toma de acciones para la correcta implantación y el cumplimiento de los requisitos internos derivados del sistema de gestión.
- Asegurar:
 - Que todos los componentes de la organización conocen los requerimientos del cliente.
 - El correcto procesamiento y uso de la información referente al sistema de gestión.
- Coordinar:
 - La realización de las auditorías internas de calidad, siendo aconsejable que sea parte activa en las mismas.
 - Las auditorías externas.
 - Las acciones derivadas para la corrección de las no conformidades.
 - Los mecanismos de participación del personal: equipos de mejora, sugerencias...}
 - Los programas de mejora.
 - Las acciones formativas derivadas del estudio de las necesidades de formación.
- Promover:
 - La activa participación del personal en el diseño y mejora de los procedimientos e instrucciones de trabajo.
 - La prevención y corrección de no conformidades detectadas.
 - La implantación de un programa de costes de calidad.

Fase 2. Estructura de procesos e implementación

Figura 5. Mapa de procesos del HSFQ



Fuente: (HSFQ, 2014)

Fase 3. Diseño del manual de calidad para guiar la implementación de la unidad de gestión de la calidad.

El objetivo general de este documento es:

- Describir el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) de Hospital San Francisco de Quito – IESS.

Este Manual enuncia la política gerencial para la administración de la calidad describiendo de manera clara y precisa las políticas y objetivos de calidad de la institución, así como la descripción puntual del Sistema Integrado de Gestión que regula el Hospital San Francisco de Quito – IESS, II Nivel. Para demostrar su capacidad de proporcionar servicios que satisfacen los requisitos de sus clientes; en cada uno de los subsistemas de: Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), Control Interno (SCI), Gestión Documental y Archivo (SIGA), Gestión de Seguridad de la Información (SGSI), de Seguridad y Salud Ocupacional (S&SO), Responsabilidad Social (SRS) y la Gestión Ambiental (SGA).

El Manual describe las disposiciones adoptadas por la institución a efecto de cumplir con sus políticas, objetivos, requisitos legales, condiciones y acuerdos contractuales y normativos relacionados con la calidad, así como los protocolos o guías clínicas.

Fase 4. Plan de acción para dar sostenimiento a la unidad de gestión de calidad.

Se basa en la necesidad de:

- Establecer indicadores de evaluación para que se logren los objetivos trazados en el Manual de calidad.
- Precisar el lapso de tiempo en el que se deberá realizar el control de resultados.
- Definir la fórmula de cálculo.
- Proveer un formato de registro de monitoreo y control.

- Establecer estrategias de comunicación internas que permitan involucrar a todos los funcionarios del HSFQ en la gestión de calidad.

Indicadores de evaluación.

Los indicadores de gestión se fundan en principios de eficiencia, tienen la finalidad de controlar los recursos o las entradas de cada proceso.

Los rangos de valoración que facilita su interpretación son los que se exponen a continuación:

Tabla 3. Interpretación de rangos de resultados

RESULTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Cumplimiento del proceso X Hasta 50%	Bajo
Cumplimiento del proceso X A partir 51% hasta 80%	Medio
Cumplimiento del proceso X A partir 81% hasta 90%	Alto
Cumplimiento del proceso X A partir 91% hasta 100%	Óptimo

Elaborado por: Gabriela Reinoso

Así por ejemplo en el proceso de admisión el indicador será el porcentaje de pacientes admitidos satisfechos.

Periodicidad del control.

El control de los resultados se llevará a cabo cada seis meses. La responsabilidad recaerá en el área de auditoría de la Unidad de Gestión de Calidad.

Para el efecto deberán apoyarse en los informes que emitan los directores de cada área del hospital.

Definición de la fórmula de cálculo.

Tomando el ejemplo anterior, la fórmula de cálculo para identificar la eficiencia de cada proceso estará dada por:

$$\% = \frac{\text{Número de pacientes admitidos satisfechos}}{\text{Número de la demanda de admisiones}}$$

Formato de la hoja de registro de monitoreo y control de los procesos.

A continuación, se presenta el formato de la hoja de Registro y Control de los procesos, tomando en consideración el ejemplo citado.

Tabla 4. Formato de hoja de Registro de monitoreo y control de los procesos

ADMISIONES								
PROCESO: INFORMACIÓN								
INDICADOR	FÓRMULA	BENEFICIO	FUENTE	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	META	RESULTADO ₁	CUMPLIMIENTO ₂
% de pacientes y/o familiares debidamente informados	% de pacientes y/o familiares informados debidamente en relación a la demanda.	Mantener pacientes y/o familiares bien informados del proceso de admisión permite que exista una buena comunicación y evita malos entendidos.	Encuesta de satisfacción	Departamento de admisiones.	Semestral	Informar correctamente al 100% de pacientes y/o familiares admitidos en el hospital sobre el proceso de admisión.		
1.Llenar este campo una vez que se haya aplicado la fórmula 2.Llenar en caso de que se haya cumplido la meta con su respectiva explicación								

Elaborado por: Gabriela Reinoso

Estrategias de comunicación interna.

Para lograr que la Unidad de Gestión de Calidad tenga éxito es preciso involucrar a todos los funcionarios de la institución, por ello, se presentan estrategias que contribuyen a lograrlo.

La Unidad de Gestión de Calidad es la responsable de llevar a efecto todas las estrategias de comunicación interna establecidas.

Tabla 5. Estrategias de comunicación interna

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESULTADOS
ESTRATEGIA 1: Socializar el Manual de Calidad con todos los funcionarios de la institución.	Reuniones Divulgación a través de la entrega de ejemplares del manual en físico y vía intranet.	Todos los funcionarios del hospital conocerán todo lo que involucra la calidad dentro de su accionar.
ESTRATEGIA 2 Socialización semestral de los resultados del monitoreo y control y el logro de metas.	Reuniones Boletines informativos publicados en carteleras y vía intranet.	Todo el personal que labora en la institución estará informado sobre los resultados que se han obtenido en el cumplimiento de metas.
ESTRATEGIA 3 Estimular la práctica de principios de calidad en la atención que brindan los funcionarios en el hospital.	Entrega de folletos informativos que involucren prácticas de principios de calidad en el servicio que ofrecen a los usuarios del hospital. Colocar buzones de sugerencias en los diferentes departamentos.	Lograr que los funcionarios del hospital trabajen bajo principios de calidad, favoreciendo la atención que brindan a los usuarios del hospital.
ESTRATEGIA 4 Incentivar a los funcionarios que contribuyen al cumplimiento de las metas establecidas.	Otorgar cartas de felicitación o diplomas de reconocimiento aquellos funcionarios que contribuyen al cumplimiento de metas.	Identificar y reconocer a los funcionarios que han colaborado en alcanzar las metas propuestas. Lograr que todos los funcionarios se motiven a trabajar en función de las metas establecidas.

Cronograma y responsables de llevar a cabo las acciones del plan de creación e implementación de la Unidad de Gestión de Calidad.

Tabla 6. Cronograma de actividades

Actividad	Descripción	Responsable	CRONOGRAMA								
			Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	
1	Elaboración propuesta de creación	Investigadora	X	X							
2	Socialización del plan de creación con la Dirección del HSFQ	Investigadora		X							
3	Aprobación de la creación	Dirección General			X						
4	Conformación de la unidad	Dirección General			X						
5	Planificación organizativa	Investigadora Unidad de Gestión de Calidad				X					
6	Estructura de procesos	Investigadora Unidad de Gestión de Calidad				X					
7	Diseño de Manual de Calidad y de Funciones de la Unidad	Investigadora Unidad de Gestión de Calidad					X				
8	Socialización del Manual de Calidad y Funciones de la Unidad	Unidad de Gestión de Calidad					X	X			
9	Plan de acción de sostenimiento	Investigadora								X	
10	Socialización del plan de acción de sostenimiento	Investigadora								X	
11	Aplicación de estrategias de comunicación interna	Unidad de Gestión de Calidad									X
12	Monitoreo y control de resultados*	Unidad de Gestión de Calidad									

*Esta tarea se realizará cada seis meses

Elaborado por: Gabriela Reinoso

RESULTADOS ESPERADOS

- Lograr que la Unidad de Gestión de Calidad se mantenga operativa a largo plazo.
- Alcanzar las metas propuestas en el Manual de Calidad en el menor tiempo posible.
- Involucrar a todos los funcionarios del hospital en la aplicación de la calidad como fundamento de sus acciones diarias.
- Conseguir que los colaboradores del hospital trabajen mancomunadamente en función de cumplir los objetivos propuestos en el Manual de Calidad.
- Contar con usuarios satisfechos con la atención que reciben en todas las áreas del hospital.

REFERENCIAS

- 703, D. E. (01 de 07 de 2015). *el telégrafo*. Quito Ecuador. Recuperado el 12 de 03 de 2016, de <http://www.eltelegrafo.com.ec/images/eltelegrafo/politica/2015/01-07-15-Decreto-Ejecutivo-703-1.pdf>
- Arango, L. (2009). Importancia de los costos de la calidad y la no calidad en las empresas de salud como herramientas de gestión para la competitividad. *EAN*, 75-94.
- Asamblea Nacional. (24 de Julio de 2008). *Documentos-Constitución Política del Ecuador*. Recuperado el 10 de 11 de 2015, de www.asambleanacional.gov.ec
- C.D.457, R. (2013). *El Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social*. Quito.
- Cabo, J. (2014). *Gestión de la calidad de las Organizaciones sanitarias*. Madrid: Diaz de Santos.
- Chandia, Y. (s.f.). Introducción a la calidad en salud. 3-9.
- Deming, E. (1986). *Out of the crisis*. MIT Press.
- Ecuador, M. (01 de 08 de 2015). *Salud.gob.ec*. Recuperado el 01 de 03 de 2016, de <http://www.salud.gob.ec/se-crea-agencia-para-la-promocion-y-el-control-de-la-calidad-y-la-proteccion-de-usuarios-y-profesionales-de-la-salud-acess/>
- Ecuador, M. d. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS*. Ecuador.
- Europea, R. (2002). *Manual guía para la defnición e implantación de un sistema de indicadores para la calidad*. España: EURO.
- Fair, B.-F. M. (Abril de 2006). *Calidad, en los servicios de salud ?* Caracas, Venezuela.
- HSFQ. (Noviembre de 2014). *Plan Médico Funcional del HSFQ*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2015, de www.hsfq.gob.ec
- IESS. (2010). *Resolución del Consejo Directivo*. Quito - Ecuador.
- IESS. (2010). *Resolución del Consejo Directivo 208*. Ecuador.
- ISO-8402. (27 de 11 de 2015). *Wikipedia*. Recuperado el 20 de 04 de 2016, de https://es.wikipedia.org/wiki/ISO_8402
- Jurán, J. (2004). *Architect of Quality: The Autobiography*. New York : McGraw Hill.

- Malagon-Londoño, G., Galán, R., & Pontón Laverde, G. (2003). *Auditoria en salud para una gestión eficiente*. Bogotá: Panamericana.
- Ministerio de Salud Pública, M. (2012). *Estatuto Orgánico Gestión Organizacional por Procesos de Hospitales*. Quito-Ecuador.
- MSP. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS. En *Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y Red Pública* (pág. 110). Quito.
- MSP. (01 de 08 de 2015). *salud.gob.ec*. Recuperado el 02 de 03 de 2016, de <http://www.salud.gob.ec/se-crea-agencia-para-la-promocion-y-el-control-de-la-calidad-y-la-proteccion-de-usuarios-y-profesionales-de-la-salud-aces/>
- Muñoz, Y. (2013). *Mejoramiento de la calidad de atención de enfermería en el servicio de gineco-obstetricia y pediatría en el Hospital San Francisco de Quito*. Quito.
- Nacional, A. (2012). *Reglamento a la Ley Orgánica de la Salud*. Quito - Ecuador.
- Net, A. (2008). *Fundación Avedis Donavedian*. Recuperado el 20 de Octubre de 2015, de La calidad de la atención: http://www.coordinadorapofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
- OPS, O. P. (19 de Agosto de 2004). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 22 de 11 de 2015, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.paho.org>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Hospitales*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/hospitals/es/>
- Orozco, M. (2009). *Curso Internacional de Desarrollo de Sistema de Salud*. Nicaragua.
- Otero, J. (2002). *Que es calidad en salud ?* Perú.
- PAHO, P. A. (14 de Octubre de 2013). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 31 de Octubre de 2015, de Regional Office of the World Health Organization: www.paho.org
- Paneque, R. J. (2004). Indicadores de Calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Cubana Salud PUBLICA*, 17-36.
- Penacho, J. (2000). *Evaluación histórica de la calidad en la contexto del mundo de la empresa y del trabajo*. Forum Calidad.
- Ramírez, S. (2011). Los costos de la no calidad en servicios de salud. *Salud en Tabasco*, 47-48.
- Robalino, M. (2014). *Plan Integral de Mejora de la Calidad*. Riobamba.

- Rojas, D. (2006). *Teorías de la ciudad* . Obtenido de Gestipolis:
<http://www.gestipolis.com/recursos/documents/fulldocs/ger1/teocalidad.htm>
- Salud, M. d. (2013). *Normas Técnicas de Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos Especializados*. Lima.
- Salvador, J. C. (2014). *Gestión de la Calidad en las organizaciones sanitarias*. Madrid: Días de Santos.
- Salvador, J. C. (2015). *Centro de estudios financieros*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2015, de www.gestion-sanitaria.com
- SEMPLADES, S. N. (24 de Junio de 2013). *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2015, de [www.buenvivir.gob.ec: documentos.senplades.gob.ec](http://www.buenvivir.gob.ec/documentos.senplades.gob.ec)
- Turmero, I. (1993). *Monografias.com*. Recuperado el 30 de 03 de 2016, de Planificación Estratégica de la Calidad: <http://www.monografias.com/trabajos93/planificacion-estrategica-de-la-calidad/planificacion-estrategica.shtml#ixzz45BrRSd00>
- Turmero, I. (s.f.). *Monografias.com*. Recuperado el 12 de 02 de 2016, de Diseño de un sistema de gestión de calidad para el modelo de gestión de servicios: <http://www.monografias.com/trabajos83/sistema-gestion-calidad-servicios-informatica/sistema-gestion-calidad-servicios-informatica3.shtml#ixzz45Bgta0sE>
- Villacís, T. (2015). Informe de gestión. Hospital San Francisco de Quito del IESS. Período 2014. Quito: