



Título de la tesis

PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA
LA MEJORA CONTINUA DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL
HOSPITAL BÁSICO YEROVI MACKUART PERTENECIENTE AL
DISTRITO 05D06 SALCEDO – SALUD, (ECUADOR) GESTIÓN 2024

TESIS DE MAESTRÍA

que para obtener el Grado de MSc.

MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA

PRESENTA

Leonardo Javier Carrillo Chuchuca

México, 2025

La presente Tesis de Maestría debe ser citada como:

Carrillo Chuchuca, Leonardo (2024). *Plan de gestión de la calidad y seguridad del paciente para la mejora continua de la atención sanitaria en el Hospital Básico Yerovi Mackuart, Distrito 05D06 Salcedo -Salud (Ecuador), Gestión 2024* [tesis de Maestría]. Universidad de Investigación e Innovación de México.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Se permite la reproducción total o parcial y la comunicación pública de la obra con reconocimiento de la autoría. No se permite el uso comercial ni la creación de obras derivadas.

RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito diseñar un plan de gestión de calidad y seguridad del paciente aplicable al Hospital Básico Yerovi Mackuart, con el fin de mejorar la atención sanitaria desde una perspectiva integral, segura y centrada en el usuario. Para ello, se empleó una metodología mixta que combinó técnicas cualitativas y cuantitativas, incluyendo revisión documental, encuestas a pacientes hospitalizados, auditorías clínicas y evaluación del estado del equipamiento biomédico. Los resultados evidenciaron deficiencias significativas en infraestructura, disponibilidad y funcionamiento de equipos médicos, percepción de los usuarios y cumplimiento de protocolos clínicos esenciales. Se constató que gran parte del equipamiento supera su vida útil o presenta condiciones operativas inadecuadas, lo cual impacta negativamente en la eficacia y seguridad de los procedimientos. Además, se observó una baja adherencia a prácticas críticas como la higiene de manos y la notificación de eventos adversos, indicativo de una cultura de seguridad aún en desarrollo. Aunque los pacientes mostraron una valoración positiva en aspectos relacionales, expresaron insatisfacción con servicios complementarios como alimentación y lencería hospitalaria. Sobre la base de estos hallazgos, se propuso un plan de intervención estructurado en fases claramente definidas: diagnóstico continuo, modernización tecnológica, capacitación permanente del personal, implementación de indicadores de desempeño y participación activa de todos los actores involucrados. La propuesta demostró ser viable, adaptable y replicable en contextos similares, especialmente en hospitales rurales con recursos limitados, destacando la importancia de integrar estándares internacionales con estrategias locales para promover una mejora continua en la calidad asistencial.

Palabras claves: Gestión de calidad, seguridad del paciente, atención sanitaria, hospital básico, mejora continua.

ABSTRACT

The present study aims to design a quality and patient safety management plan applicable to the Yerovi Mackuart Basic Hospital, in order to improve healthcare from an integral, safe, and user-centered perspective. To achieve this, a mixed methodology was employed, combining qualitative and quantitative techniques, including documentary review, surveys of hospitalized patients, clinical audits, and assessment of the condition of biomedical equipment. The findings revealed significant deficiencies in infrastructure, availability and functionality of medical equipment, user perception, and adherence to essential clinical protocols. It was found that much of the equipment has exceeded its useful life or presents inadequate operational conditions, negatively affecting the effectiveness and safety of medical procedures. Additionally, low adherence was observed in critical practices such as hand hygiene and adverse event reporting, indicating that a safety culture is still developing. Although patients expressed positive evaluations regarding interpersonal aspects, they reported dissatisfaction with complementary services such as food and hospital linens. Based on these findings, an intervention plan was proposed, structured into clearly defined phases: continuous diagnosis, technological modernization, ongoing staff training, implementation of performance indicators, and active participation of all stakeholders. The proposal proved to be viable, adaptable, and replicable in similar contexts, especially in rural hospitals with limited resources, highlighting the importance of integrating international standards with local strategies to promote continuous improvement in healthcare quality.

Keywords: Quality management, patient safety, healthcare services, basic hospital, continuous improvement.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo está dedicado en primer lugar a Dios quien me ha guiado a lo largo de camino y me ha brindado la fortaleza de cumplir todas mis metas.

A mi familia que han creído siempre en mí y me han brindado su apoyo incondicional.

Y a todos mis amigos que con sus palabras de aliento y estímulo constante de que culminare con éxito este trabajo.

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a mis padres, Olga y José, por su amor, sacrificio y apoyo incondicional, han sabido guiarme por el buen camino y me han enseñado que con dedicación y esfuerzo se puede cumplir todos los sueños y metas que se tenga en la vida.

A mis hermanos, Fabricio, Maribel y José por ser mis compañeros de vida, aventuras y amarme de manera incondicional. A mis sobrinos, Samantha, Isabella y Samuel por traer alegría y luz a mi vida.

Gracias por creer en mí y por ser mi motivación para alcanzar todas mis metas.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	13
Capítulo 1: Proyección de la investigación.	16
1.1 Línea de investigación de la Universidad de UIIX.	16
1.2 Planteamiento del problema.	17
1.2.1 Antecedentes.	17
1.2.2 Situación problemática.	19
1.3 Formulación del problema (Pregunta de investigación):	20
1.4 Justificación.	20
1.5 Objeto de estudio.	21
1.6 Campo de acción.	22
1.7 Objetivos.	22
1.7.1 Objetivo General	22
1.7.2 Objetivos Específicos.	22
1.8 Hipótesis.	22
1.9 Alcance temático.	22
1.10 Delimitación espacial y temporal.	23
Capítulo 2: Fundamentos Teóricos Referenciales.	24
2.1 Estado del arte (Marco Histórico y Actual).	24
2.2 Marco teórico.	25
2.2.1 Gestión de calidad.	25
2.2.2 Seguridad del paciente	26
2.2.3 Atención Sanitaria de Calidad.	26
2.3 Marco Conceptual.	28
2.3.1 Calidad.	28

		8
2.3.2	Calidad en salud.	28
2.3.3	Gestión de calidad en salud.	29
2.3.4	Seguridad del Paciente.	29
2.3.5	Atención sanitaria de calidad en el Hospital Básico Yerovi Mackuart.	30
2.3.6	Mejora Continua.	31
2.3.7	Eventos adversos.	32
2.3.8	Gestión de calidad y seguridad del paciente.	32
2.4	Marco Contextual	33
2.5	Marco Legal y Normativo	33
Capítulo 3: Fundamentos metodológicos y resultados de la investigación.		
36		
3.1	Cuadro Operacionalización de variables.	36
3.2	Diseño metodológico.	38
3.2.1	Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación de la tesis.	39
3.2.2	Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos .	39
3.2.3	Determinación de la muestra y su criterio de selección.	41
3.2.4	Trabajo de campo.	41
3.2.5	Aplicación de los instrumentos.	43
3.3	Análisis de los resultados en los datos obtenidos.	43
3.3.1	Diagnóstico situacional e identificación de problemas.	43
3.3.2	Resultados y satisfacción usuaria.	55
3.3.3	Redacción de resultados y discusión.	58
Capítulo 4: Propuesta de transformación.		61

	9	
4.1	Fundamentación de propuesta de transformación.	61
4.2	Estructura de la propuesta de transformación.	62
4.3	Valoración/ evaluación / validación de la propuesta de transformación	66
	CONCLUSIONES	68
	RECOMENDACIONES	72
	BIBLIOGRAFÍA	74
	ANEXOS	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Ilustración 1 Mapa espacial del Hospital Básico Yerovi Mackuart	23
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Figura 1 Gestión de la calidad en el HBYM 43

Figura 2 Resultados de la encuesta de satisfacción de enero-marzo del 2025 55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de las variables	36
Tabla 2 Escala de calificación de la encuesta de satisfacción	40
Tabla 3 Acciones ejecutadas en el trabajo de campo	42
Tabla 4 Horas de servicios por consulta/servicio del HBYM	45
Tabla 5 Estado de equipos biomédicos e infraestructura	46
Tabla 6 Personal médico, técnico y administrativo	48
Tabla 7 Resumen de indicadores de producción	49
Tabla 8 Resumen de resultados auditorías materno-neonatales	49
Tabla 9 Resumen de los resultados de las auditorías al formulario 008b	50
Tabla 10 Resumen de los resultados de las auditorías de historias clínicas	50
Tabla 11 Registro de pacientes sin brazaletes	51
Tabla 12 Eventos adversos durante el año 2024	52
Tabla 13 Registro de notificación de eventos relacionados con la SP	52
Tabla 14 Lista de verificación cirugía segura	53
Tabla 15 Formulario de observación de higiene de manos	53
Tabla 16 Resumen de actividades del diagnóstico situacional del HBYM	63
Tabla 17 Acciones y recursos para la intervención técnica y logística en el HBYM	64
Tabla 18 Programa de formación continua del Talento Humano del HBYM	64
Tabla 19 Indicadores claves de desempeño	65

INTRODUCCIÓN

La gestión de calidad (GC) y la seguridad del paciente (SP) constituyen pilares fundamentales en el ámbito de la atención sanitaria, especialmente en entornos hospitalarios donde la complejidad de los procesos y la alta demanda de servicios pueden generar riesgos significativos para los usuarios. En este contexto, la calidad de la atención se posiciona como un objetivo prioritario dentro del marco de la cobertura sanitaria universal. El propósito principal de la cobertura sanitaria universal es garantizar que todas las personas que requieren servicios de salud puedan acceder a atención de alta calidad sin enfrentar dificultades económicas. Para ello, esta cobertura se define a través de servicios sanitarios integrales, que incluyen promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Sin embargo, es importante destacar que, aunque el acceso a los servicios de salud se amplíe, las mejoras en los resultados de salud no se alcanzarán a menos que dichos servicios sean efectivos y cumplan con estándares de calidad adecuados (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Cifras publicadas por la OMS(2023) revelan que, en el ámbito de la atención sanitaria, se estima que aproximadamente 1 de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante la recepción de servicios de salud, lo que resulta en más de 3 millones de fallecimientos anuales a nivel global. En particular, en países de ingresos medianos y bajos, esta cifra alcanza a 4 de cada 100 personas. Cabe destacar que más de la mitad de estos daños (equivalente a 1 de cada 20 pacientes) son prevenibles, y en el 50% de los casos, están relacionados con errores en la administración de medicamentos. Asimismo, estudios indican que 4 de cada 10 pacientes experimentan daños durante la atención primaria y ambulatoria, de los cuales entre el 23,6% y el 85% podrían evitarse. Entre los EA más comunes que conducen a daños prevenibles se encuentran errores en la identificación de pacientes, diagnósticos incorrectos, prescripciones inadecuadas, caídas, transfusiones de sangre sin análisis adecuado y riesgos asociados a procedimientos quirúrgicos. Además, se incluyen infecciones relacionadas con la atención sanitaria, úlceras por presión y tromboembolismos venosos. Desde una perspectiva económica, se ha estimado que los daños causados a los pacientes reducen el crecimiento económico mundial en un 0,7% anual, con costos indirectos que ascienden a billones de dólares estadounidenses. No obstante, invertir en la prevención de estos daños no solo generaría ahorros económicos

significativos, sino que también mejoraría sustancialmente los resultados clínicos de los pacientes. Estos incidentes, subrayan la necesidad de implementar estrategias efectivas para minimizar los riesgos y mejorar la calidad de la atención. En este contexto es esencial fomentar una cultura de seguridad en las organizaciones de salud, donde los profesionales se sientan seguros para reportar errores sin temor a represalias, promoviendo así la comunicación abierta y el aprendizaje continuo (Meléndez et al., 2020).

El presente estudio propone la elaboración de un plan de GC y SP para mejorar la atención médica en el Hospital Básico Yerovi Mackuart, Distrito 05D06 Salcedo. Esta propuesta contribuye a la discusión sobre cómo las instituciones de salud pueden fortalecer sus sistemas de gestión para ofrecer una atención de calidad que cumpla con las expectativas de los pacientes y los estándares internacionales.

En el capítulo primero presenta la proyección de la investigación sobre la GC y SP en el Hospital Básico Yerovi Mackuart de Ecuador. Se contextualiza la línea de investigación en liderazgo y gestión del talento, destacando la importancia de la cultura organizacional y la participación del personal en la mejora continua de los servicios de salud. Se plantea el problema, respaldado por antecedentes nacionales e internacionales que evidencian la necesidad de fortalecer los sistemas de calidad y seguridad. Se formula la pregunta de investigación, objetivos, hipótesis y delimitaciones, estableciendo las bases metodológicas para el estudio, que se desarrollará durante 2024.

En el capítulo dos de la tesis se desarrolla el marco teórico referencial sobre la GC y SP. Se inicia con el estado del arte, que describe la evolución histórica y actual de estas prácticas a nivel internacional, regional y nacional, destacando iniciativas de la OMS y la OPS, así como los lineamientos del Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador. Luego, se presenta el marco teórico y conceptual, definiendo la GC en tres dimensiones (estructura, proceso y resultado) y la SP como la ausencia de daños prevenibles.

Finalmente, se aborda el marco legal y normativo, que incluye directrices internacionales, nacionales y locales, enfatizando la importancia de alinear las prácticas del Hospital Básico Yerovi Mackuart con estas normativas para garantizar una atención segura y de calidad.

El Capítulo tres establece el marco metodológico de la investigación, adoptando un enfoque mixto para evaluar la GC y SP en el Hospital Básico Yerovi Mackuart. Se

empleó un diseño no experimental, transversal y descriptivo-explicativo, analizando datos del último trimestre de 2024 mediante revisión documental, encuestas de satisfacción y observación directa. Se presenta la matriz de operacionalización empleada en la investigación y se establece la utilización de herramientas como Excel para el análisis estadístico. La muestra se seleccionó mediante muestreo aleatorio estratificado (población: 68 profesionales y usuarios del Cantón Salcedo), con criterios de inclusión/exclusión definidos. La triangulación de datos permitió contrastar resultados objetivos con percepciones, identificando brechas clave (ej.: historias clínicas incompletas, insatisfacción en servicios) que sustentan la propuesta de mejora. Este enfoque garantiza una visión integral, combinando evidencia cuantitativa con elementos cualitativos para fortalecer la calidad asistencial. Además, expone los resultados obtenidos en la investigación, cuyo objetivo principal consiste en caracterizar la situación actual de los procesos de calidad y SP implementados en el HBYM. El análisis se sustenta en un exhaustivo diagnóstico situacional, complementado con los datos recogidos mediante encuestas de satisfacción aplicadas a una muestra de 30 usuarios durante el primer trimestre de 2025, las cuales buscaban recoger sus percepciones sobre estos aspectos fundamentales de la atención hospitalaria. Los hallazgos se organizan y presentan sistemáticamente, manteniendo coherencia con las variables definidas en el estudio y alineándose con los objetivos específicos planteados inicialmente en la investigación.

El capítulo cuatro presenta la propuesta de transformación del Plan de gestión de la calidad y seguridad del paciente del HBYM.

Capítulo 1: Proyección de la investigación.

El presente capítulo desarrolla la proyección de la investigación sobre la GC y SP en instituciones hospitalarias, específicamente en el Hospital Básico Yerovi Mackuart de Ecuador. Se inicia contextualizando la línea de investigación dentro del liderazgo y gestión del talento en hospitales, destacando la relevancia de la participación del personal y la cultura organizacional en la mejora continua de los servicios de salud. Posteriormente, se presenta el planteamiento del problema, sustentado en antecedentes nacionales e internacionales que evidencian la necesidad de fortalecer los sistemas de GC y SP. Finalmente, se formula el problema de investigación, sus correspondientes objetivos, hipótesis y delimitaciones, estableciendo las bases metodológicas para el desarrollo del estudio durante el año 2024 en el mencionado hospital.

1.1 Línea de investigación de la Universidad de UIIX.

La presente investigación se alinea con los objetivos académicos y profesionales de la Maestría en Gestión del Talento Humano en entornos de salud de la UIIX. A través de una revisión de los planes de gestión y seguridad implementados en el Hospital Básico Yerovi Mackuart de Ecuador, busca identificar estrategias óptimas para garantizar la calidad y SP, así como los desafíos para su implementación práctica. Este estudio se enmarca en la línea de investigación de liderazgo y gestión del talento en hospitales, destacando la importancia de la participación del personal y la cultura organizacional en la mejora continua de los servicios de salud.

En el trabajo se aplican los principios teóricos y metodológicos promovidos por el programa de la Maestría, examinando como optimizar procesos críticos en el Hospital Yerovi Mackuart empleando modelos de liderazgo y estrategias de retención del talento humano. En particular, se analizarán los desafíos que atentan contra la calidad de los servicios de salud, problemáticas que la Maestría aborda desde un enfoque práctico y ético, en línea con su compromiso de promover entornos sanitarios seguros, eficientes y centrados en el paciente.

La investigación aportará evidencia empírica para enriquecer el corpus académico del programa, generando recomendaciones adaptables a realidades similares en otros centros de salud del país. De esta forma se espera contribuir a los objetivos formativos de la

Maestría vinculando la teoría con soluciones concretas para instituciones como el Hospital Yerovi Mackuart.

1.2 Planteamiento del problema.

1.2.1 Antecedentes.

Como parte del proceso investigativo, se encontró un estudio a nivel internacional, en Perú, realizado por Ayllaucan (2023) en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao que determinó la relación entre la GC y la SP. Mediante un enfoque cuantitativo, no experimental y transversal, se aplicó un cuestionario a 278 pacientes, analizando los datos con el coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados mostraron una correlación positiva y moderada ($\rho= 0,556$) entre ambas variables, con una significancia estadística ($p<0,05$), lo que permitió rechazar la hipótesis nula y aceptar que existe una relación significativa entre la GC y la SP. Además, se identificaron correlaciones positivas y moderadas entre la gestión de la calidad y factores como la actitud profesional ($\rho= 0,502$), la comunicación ($\rho= 0,543$) y la administración correcta de medicamentos ($\rho= 0,417$), todas con significancia estadística ($p<0,05$). Los hallazgos de este estudio son relevantes para la investigación ya que respaldan la importancia de fortalecer la gestión de la calidad para mejorar la SP en entidades públicas de salud.

También en el ámbito internacional, en Colombia, los autores Moreno y Cuello (2024) en su estudio titulado “Implementación de estrategias del programa de SP, con enfoque en el mejoramiento continuo de la calidad, en la ESE Hospital San Rafael del municipio de Santo Domingo, Antioquia. 2024”, afirman que la SP es un tema crítico en el ámbito hospitalario, dado su impacto en la calidad de la atención. Mediante un proyecto de intervención se implementó en la citada institución hospitalaria estrategias para mejorar la calidad de la atención, enfocándose en la identificación y prevención de EA.

Mediante una matriz de marco lógico y la colaboración del personal, se identificaron riesgos y se desarrolló una herramienta de reporte amigable, complementada con un plan de capacitación. Los resultados mostraron un aumento significativo en los reportes de EA, reflejando una mayor conciencia y cultura de reporte, sin necesariamente indicar un incremento en errores. Se destacó la importancia de evitar enfoques punitivos y promover un entorno abierto para la investigación de incidentes. Aunque la mayoría de

los reportes provienen de urgencias, se identificó la necesidad de extender esta cultura a todos los servicios. Los resultados positivos de este estudio respaldan la replicación de este modelo en otros centros de salud, consolidando una cultura de calidad centrada en el paciente.

En el mismo eje temático pero en el ámbito nacional, Martínez (2022) presenta el tema “Plan de gestión de la calidad y seguridad del paciente del Hospital Básico Clínica Jerusalén ciudad de Quito”, donde se describe el Plan de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente (PGCSP) como una herramienta estratégica para mejorar la atención médica mediante la identificación y análisis de riesgos. Alineado con normativas y prácticas internacionales, el PGCSP se organiza en cinco ejes: (1) Gestión de la SP, (2) Gestión de la Calidad Asistencial, (3) Gestión de la Información y la Tecnología, (4) Gestión de la Atención Integral al Paciente, y (5) Gestión de los Recursos.

Estas áreas incluyen acciones como capacitación del personal, mejora continua de servicios y planificación eficiente de recursos. A pesar de su efectividad, el PGCSP enfrenta desafíos como falta de coordinación, insuficiente capacitación y seguimiento limitado de resultados. Estas limitaciones representan áreas de oportunidad clave para el diseño de propuestas similares, como el plan del Hospital Básico Yerovi Mackuart, asegurando su sostenibilidad y consolidando un modelo de atención centrado en la calidad y SP.

De manera similar se reconocen los aportes del trabajo de Campos (2024) también en Ecuador titulado “Plan de evaluación de la calidad y seguridad del paciente del Centro de Salud Nivel A, parroquia Tambillo, cantón Mejía, Pichincha”, que destaca la importancia de evaluar la calidad y SP para garantizar servicios eficaces y mejorar los resultados clínicos y la satisfacción del usuario. La investigación analiza la infraestructura, equipamiento, suministros y capacitación del personal, enfatizando la formación continua y la competencia profesional. También revisa protocolos de seguridad, como prácticas de higiene, manejo de medicamentos y respuesta a emergencias, y evalúa la experiencia del paciente, considerando tiempos de espera, comunicación y satisfacción. Además, aborda la gestión de riesgos (GR) y EA, proponiendo mecanismos para su reporte y manejo. Mediante indicadores de calidad, se miden áreas clave como prevención de infecciones y atención preventiva. El estudio

concluye con recomendaciones para mejorar la calidad y seguridad, incluyendo inversión en infraestructura, capacitación del personal y un sistema robusto de GR, promoviendo una atención centrada en el paciente, segura y de alta calidad. Este trabajo aporta herramientas prácticas para optimizar la atención, fomentando mejoras sostenibles en los servicios de salud.

1.2.2 Situación problemática.

En el Hospital Básico Yerovi Mackuart, perteneciente al Distrito 05D06 Salcedo, se ha identificado la necesidad de implementar mejoras continuas en la calidad y seguridad de la atención sanitaria. A pesar de contar con un área dedicada a la gestión de la calidad, que elabora anualmente un PGCSP en cumplimiento del Acuerdo Ministerial 0031-2021, y de realizar encuestas de satisfacción de manera periódica (dirigidas a pacientes hospitalizados, de consulta externa, laboratorio, imagenología, entre otros), los resultados obtenidos durante el año 2024 evidencian niveles significativos de insatisfacción entre los usuarios.

Las principales áreas de preocupación incluyen una infraestructura deteriorada (el hospital tiene 47 años de antigüedad), dificultades en los procesos de valoración y diagnóstico debido a la obsolescencia tecnológica de los equipos médicos, e incumplimientos en el plan de mantenimiento del hospital. Las encuestas de satisfacción realizadas en el año 2024 identificaron como principales elementos de insatisfacción la calidad de la alimentación, las condiciones de limpieza y la obsolescencia tecnológica de los equipos médicos. Según los parámetros establecidos por el área de calidad del hospital, cuando el porcentaje de insatisfacción está por debajo del 84%, se requiere la implementación de un plan de mejora específico.

El mejoramiento continuo de la calidad representa una metodología sistemática que introduce cambios concretos en los procesos de atención sanitaria, con el objetivo de alcanzar niveles elevados de calidad y satisfacción entre los usuarios. Este proceso debe ser constante y progresivo, integrando mejoras en los sistemas organizacionales y fomentando una cultura de calidad entre todos los funcionarios y prestadores de servicios del MSP. La institucionalización de esta cultura de garantía de calidad es fundamental para alcanzar estándares de excelencia y asegurar una atención sanitaria segura, eficiente y centrada en el paciente.

1.3 Formulación del problema (Pregunta de investigación):

¿Cómo un plan de gestión de calidad y seguridad del paciente contribuye a la mejora de la atención sanitaria en el Hospital Básico Yerovi Mackuart, (Ecuador) gestión 2024?

1.4 Justificación.

La relevancia de esta investigación radica en su capacidad para diagnosticar el estado actual de la GC y SP en el Hospital Básico Yerovi Mackuart, con el fin de asegurar estándares óptimos en la atención sanitaria y garantizar la seguridad y satisfacción de los usuarios. Para ello, se propone la elaboración de un PGCSPP, que incluirá acciones estratégicas orientadas a la mejora continua de los servicios de salud. Este plan se enfocará en elevar la calidad de la atención mediante cambios en los procesos, acciones administrativas, resolución de problemas, diseño y rediseño de la calidad, y la emisión de políticas alineadas con estándares de referencia. Para lograrlo, se implementarán mecanismos internos obligatorios, como: a) El monitoreo periódico del cumplimiento de estándares establecidos en las normativas vigentes. b) El mejoramiento continuo, utilizando métodos y herramientas que permitan alcanzar niveles superiores de calidad de manera progresiva. De esta manera, la investigación contribuirá a fortalecer la gestión de la calidad y seguridad en el hospital, promoviendo una atención sanitaria más eficaz, segura y centrada en el paciente.

Desde la dimensión teórica, este estudio se sustenta en los lineamientos establecidos por la OMS y en teorías relacionadas con la GC y la SP. Estas enfatizan la implementación de intervenciones seguras en los diferentes niveles de atención, el manejo adecuado y coordinado de la información, y una comunicación efectiva entre el personal sanitario, orientada a garantizar un cuidado integral y humanizado para los pacientes, sin distinción de su condición socioeconómica. Además, se emplea como marco referencial el manual “Gestión de la calidad de la atención en los establecimientos de salud” del MSP de Ecuador (2021), el cual establece lineamientos técnicos para la gestión de la calidad en instituciones de salud, incluyendo los niveles desconcentrados zonales, distritales y de oficinas técnicas. En su numeral 9.1, el manual señala que cada unidad desconcentrada territorial y establecimiento de salud debe disponer de una planificación estratégica institucional, siendo el plan anual de calidad un componente fundamental, con objetivos específicos y líneas de acción claramente definidas. Asimismo, en el

numeral 9.2.5, se establece que la gestión de la calidad es responsabilidad de las autoridades y todos los integrantes del establecimiento, entendida como acciones gerenciales, administrativas y técnicas encaminadas a mejorar la calidad de la atención, adaptándose a la tipología y estructura organizacional de cada institución.

Desde la dimensión práctica, la investigación se justifica por su contribución al estudio de mejoras aplicables en instituciones de salud a nivel nacional, proporcionando información valiosa para la optimización de los procesos de atención sanitaria. Esto permitirá ofrecer a los pacientes una atención segura, humanizada, de calidad y oportuna, en la que todo el personal médico participe activamente en el proceso de recuperación, minimizando acciones que puedan comprometer su bienestar. Además, se propone el diseño e implementación de un sistema de información integrado que conecte las áreas involucradas, facilitando el acceso centralizado e inmediato a datos relacionados con diagnósticos, tratamientos y estadísticas sobre EA, lo que agilizará la toma de decisiones y la actuación ante situaciones críticas.

Desde la dimensión social, el estudio busca impactar positivamente en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, asegurando que reciban una atención médica que respete sus derechos y garantice su seguridad. Al promover un enfoque humanizado y equitativo en la atención sanitaria, se contribuye a reducir las desigualdades en el acceso a servicios de salud de calidad, fortaleciendo la confianza de la comunidad en el sistema sanitario.

Finalmente, desde la dimensión metodológica, la investigación se sustenta en un enfoque sistemático y riguroso que combina el análisis documental, la revisión de normativas y la evaluación de procesos institucionales. Este enfoque permitirá identificar brechas y proponer soluciones basadas en evidencia, alineadas con los estándares internacionales y las políticas nacionales de salud.

1.5 Objeto de estudio.

El objeto de estudio de la presente investigación es el diseño y la propuesta de un plan de gestión de calidad y seguridad del paciente. Este plan tiene como propósito final contribuir a la mejora continua de la atención sanitaria del Hospital Básico Yerovi Mackuart en Ecuador.

1.6 Campo de acción.

El campo de acción del estudio abarca en específico el Hospital Básico Yerovi Mackuart, ubicado en el Distrito 05D06 del Cantón Salcedo, Ecuador, enfocado en la gestión del año 2024.

1.7 Objetivos.

1.7.1 Objetivo General

Proponer un plan de gestión de calidad y seguridad del paciente que contribuya a la mejora de la atención sanitaria en el Hospital Básico Yerovi Mackuart, (Ecuador) gestión 2024.

1.7.2 Objetivos Específicos.

- Determinar los fundamentos teóricos referenciales que sustentan la gestión de la calidad y seguridad del paciente.
- Caracterizar el estado actual de la gestión de la calidad y seguridad del paciente en el contexto del Hospital Básico Yerovi Mackuart.
- Elaborar la propuesta de un plan de gestión de calidad y seguridad del paciente para su implementación en el Hospital Básico Yerovi Mackuart.

1.8 Hipótesis.

La propuesta un plan de gestión de calidad y seguridad del paciente que contribuya a la mejora de la atención sanitaria en el Hospital Básico Yerovi Mackuart, (Ecuador) gestión 2024.

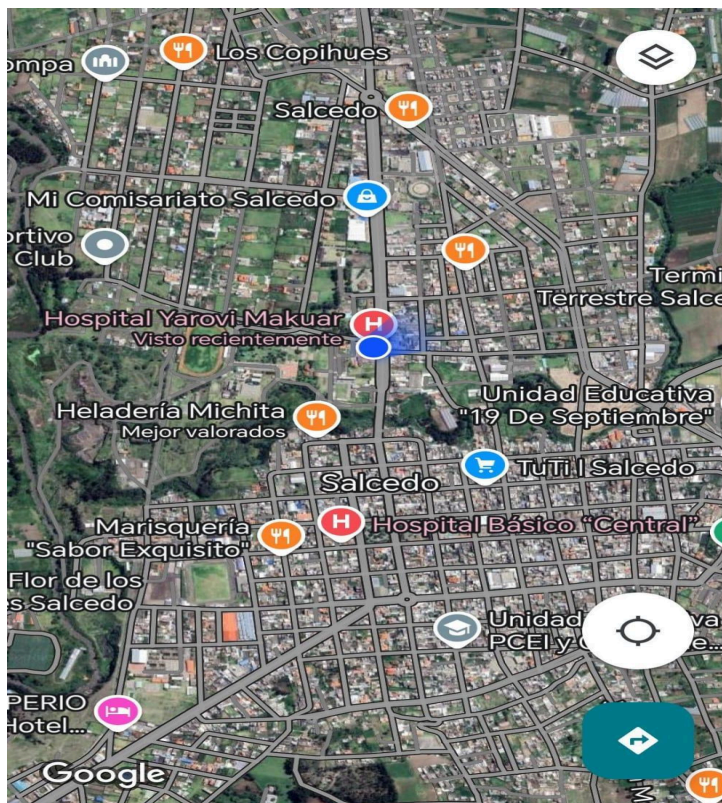
1.9 Alcance temático.

La investigación se centrará en el análisis de la GC y SP en los servicios del Hospital Básico Yerovi Mackuart, con el objetivo de identificar las problemáticas existentes y proponer estrategias para su mejora. Se abordarán aspectos relacionados con los procesos de atención médica, la implementación de estándares de calidad, la prevención de EA y la optimización de los servicios ofrecidos en las áreas de medicina interna, pediatría, cirugía general, ginecología y obstetricia, así como en los servicios complementarios de farmacia, laboratorio y emergencias.

1.10 Delimitación espacial y temporal.

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Básico Yerovi Mackuart, ubicado en el Cantón Salcedo, Distrito 05D06, Ecuador (Ilustración 1). Este establecimiento de salud, clasificado como de segundo nivel de atención, brinda servicios especializados a la población del cantón y es referente para otras unidades operativas del distrito, como los centros de salud tipo B y centros de salud comunitarios.

Ilustración 1 Mapa espacial del Hospital Básico Yerovi Mackuart



Fuente: Google Maps 2025

La investigación se desarrollará durante el año 2024, período en el cual se recopilarán y analizarán datos actualizados sobre la GC y SP en el hospital, con el fin de proponer estrategias de mejora alineadas con las normativas vigentes y las necesidades identificadas.

Capítulo 2: Fundamentos Teóricos Referenciales.

El este capítulo se establecen las bases conceptuales y normativas que sustentan la gestión de calidad (GC) y la seguridad del paciente (SP) en el ámbito hospitalario. Se comienza con una revisión del 'Estado del Arte', que traza la evolución histórica y las tendencias actuales de estas prácticas a nivel internacional, con el liderazgo de organismos como la OMS, en el contexto latinoamericano a través de la OPS, y específicamente en Ecuador mediante los lineamientos del MSP. Esta revisión también identifica los desafíos que enfrenta el Hospital Básico Yerovi Mackuart en la implementación de estos estándares. Posteriormente, se desarrolla el marco teórico, para profundizar en los modelos y principios de la GC en sus dimensiones de estructura, proceso y resultado, así como en las teorías de la SP, incluyendo sus bases históricas y la comprensión de los eventos adversos. Además, se definen los componentes clave de la atención sanitaria de calidad desde una perspectiva multidimensional. A continuación, el marco conceptual instaura la terminología esencial de la investigación, clarificando definiciones específicas como calidad en salud, mejora continua y los distintos enfoques de la gestión de calidad en el contexto hospitalario. Finalmente, se examina el marco legal y normativo, donde se detalla las directrices globales, nacionales y locales relevantes, enfatizando la importancia de alinear las operaciones del Hospital Básico Yerovi Mackuart con estas regulaciones para asegurar una atención de salud segura y de alta calidad.

2.1 Estado del arte (Marco Histórico y Actual).

El estado del arte en la GC y SP ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, tanto a nivel internacional como en el contexto latinoamericano y ecuatoriano. A nivel global, la OMS ha liderado iniciativas para mejorar la calidad y seguridad en la atención sanitaria, destacando la Alianza Mundial por la SP, establecida en 2004. Esta alianza busca reducir los EA y los errores médicos, que afectan a millones de pacientes anualmente(Organización Mundial de la Salud, 2006).

En América Latina, la calidad y SP han sido temas prioritarios desde la 1ra Cumbre de las Américas en 1994, donde los gobiernos de la región se comprometieron a garantizar el acceso equitativo a servicios de salud esenciales y a mejorar su calidad. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha promovido reformas basadas en

principios de equidad, eficiencia, sostenibilidad y responsabilidad social. Sin embargo, los avances en la implementación de sistemas de garantía de calidad han sido desiguales, y persisten desafíos relacionados con la infraestructura, la capacitación del personal y la cultura organizacional.

En Ecuador, el MSP ha establecido lineamientos técnicos para la gestión de la calidad en los establecimientos de salud, como se detalla en el “Manual de Gestión de la Calidad de la Atención en los Establecimientos de Salud” (2021). Este documento enfatiza la importancia de la planificación estratégica, la formulación de planes anuales de calidad y la GR para garantizar una atención segura y efectiva. En este acuerdo ministerial se establece que cada unidad desconcentrada y establecimiento de salud debe contar con una estructura organizacional y funcional para la gestión de la calidad, incluyendo la supervisión, coordinación y ejecución de actividades relacionadas con la SP.

A nivel institucional, el Hospital Básico Yerovi Mackuart enfrenta desafíos similares a los de otras instituciones de salud en el país, como la necesidad de mejorar la infraestructura, optimizar los procesos de atención y fortalecer la cultura de calidad y seguridad entre el personal. La implementación de un Plan de GC y SP se alinea con estos lineamientos y busca contribuir a la mejora continua de los servicios de salud en esta institución.

2.2 Marco teórico.

La sección de marco teórico desarrolla las teorías y modelos generales que sirven de base a la investigación, proporcionando el soporte conceptual para entender la calidad y la seguridad del paciente en el ámbito de la salud.

2.2.1 Gestión de calidad.

La GC se define como un enfoque integral que busca asegurar que los productos y servicios de una organización cumplan con estándares específicos y satisfagan las expectativas de los usuarios (Moncada et al., 2021). Este concepto no se limita al resultado final, sino que también abarca los procesos y medios utilizados para alcanzar dicha calidad. Siguiendo los planteamientos de Varo (1994) y Álvarez (2015), Arguello(2020) sostiene que la GC surge como una función estratégica de la dirección organizacional, encargada de definir e implementar políticas de calidad. Los principios

que guían la gestión de la calidad de los servicios de salud en Ecuador están inspirados en las políticas y lineamientos generales del Plan Nacional del Buen Vivir y del Modelo de Atención Integral de Salud del MSP y están orientados a la implementación de un proceso alineado a la realidad y necesidades prioritarias del país en temas de salud. Estos principios engloban elementos como: el liderazgo, trabajo en equipo, evidencia científica, mejoramiento continuo, énfasis en los procesos de atención y participación social.

2.2.2 Seguridad del paciente

La SP es un pilar fundamental de la gestión de la calidad y se define como la ausencia de daños prevenibles asociados a la atención sanitaria (OMS, 2020). Este concepto se basa en el principio hipocrático "primum non nocere" (lo primero es no hacer daño) y abarca la identificación, prevención y mitigación de riesgos que puedan afectar la salud y el bienestar de los pacientes. Es una dimensión que se vincula con la fiabilidad y prevención de errores (Febré et al., 2018).

La SP adquiere una relevancia crítica, como una de las dimensiones claves de la calidad asistencial, por tanto se convierte en un objetivo prioritario para la gestión de la calidad en los sistemas de salud (George et al., 2022). Villáman et al.(2023) concuerdan al afirmar que la SP es una de las metas en el sector de salud, para alcanzar estándares de excelencia clínica, a través de la mejora continua de la calidad en la atención en los procesos asistenciales. Este enfoque cobro relevancia tras la difusión del informe "Error es humano" del Instituto de Medicina de Estados Unidos, el cual revelo que entre 44000 y 98000 fallecimientos anuales en hospitales del país eran atribuibles a fallos durante la atención médica (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2000).

2.2.3 Atención Sanitaria de Calidad.

La atención sanitaria de calidad en los entornos sanitarios es un concepto multifacético que abarca componentes claves como las habilidades de comunicación, la SP y el apoyo emocional. Estos componentes se interrelacionan y son esenciales para brindar una atención de calidad y centrada en paciente. El sistema de salud actual demanda un equilibrio entre tres dimensiones fundamentales:

- Dimensión técnico-científica: Abarca la calidad objetiva y cuantificable, se define como el nivel de excelencia en la prestación del servicio, medible mediante indicadores objetivos. Está sustentada en una atención basada en evidencia que implica la utilización de protocolos clínicos actualizados según los estándares internacionales, la seguridad de la paciente expresada en una reducción de errores médicos y la eficacia y eficiencia en los servicios traducida en el uso óptimo de recursos diagnósticos y terapéuticos. Incluye componentes como la eficacia, efectividad, eficiencia, continuidad y ética (George et al., 2022).
- Dimensión Funcional (humana/relacional): Abarca la calidad subjetiva y perceptual. Puede definirse como el modo en que se entrega el servicio y es percibido por el paciente/usuario. Se apoyada en la empatía y la comunicación efectiva mediante el ejercicio de la escucha activa, el lenguaje claro y adaptado al paciente. Además del respeto a la autonomía del paciente y la adaptación a la diversidad étnica y lingüística. Entre los atributos claves incluye la cortesía y sensibilidad, la credibilidad, la comunicación efectiva, la competencia y la seguridad (George et al., 2022).
- Dimensión de entorno físico-organizacional: Abarca la calidad estructural y contextual. Esta dimensión incluye las condiciones materiales y organizativas que enmarcan la atención sanitaria. Implica una infraestructura adecuada con condiciones higiénicas, ambientes terapéuticos que promuevan el bienestar, señalización y privacidad; disponibilidad de equipamiento e insumos básicos para garantizar la calidad de los servicios en la atención al paciente. Entre los indicadores medibles incluye la accesibilidad y la tangibilidad.

En resumen, este enfoque integra la aplicación de conocimientos científicos que cumplan estándares clínicos basados en evidencia con principios de accesibilidad, seguridad y calidez, garantizando no solo la resolución de patologías sino también la dignidad y satisfacción del usuario y contando con una infraestructura accesible. En el contexto ecuatoriano, este paradigma se alinea con los lineamientos del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) y las normativas del MSP, que priorizan la gestión por procesos, la SP y la mejora continua de los servicios ofertados.

2.3 Marco Conceptual.

En el marco conceptual se expone la definición de los términos claves tal como se entienden y utilizan específicamente en esta investigación, asegurando una comprensión unificada de la terminología.

2.3.1 Calidad.

De acuerdo a la definición de la Real Academia Española (RAE), el concepto de calidad etimológicamente deriva del latín “*qualitas*” y su significado alude a la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permiten juzgar su valor. En palabras de Mejías (2019) el concepto de calidad ha evolucionado a través de cinco fases, desde la inspección inicial en la Revolución Industrial hasta el enfoque actual de calidad total, donde la percepción del consumidor se posiciona como el eje central de la Gestión de Calidad (GC). Esto implica la implementación de estrategias que garantizan un servicio o producto alineado con las expectativas y necesidades del cliente. Zuleta y su equipo (2024) atribuyen la evolución cronológica y conceptual de este concepto a las contribuciones de autores como: Shewhart, Deming, Juran, Ishikawua, Crosby, Ouchi y Feigenbaum. Para George y colaboradores (2022) la calidad es un concepto polisémico y subjetivo. Estos autores siguiendo las contribuciones de autores como Kotler manifiestan que, en el contexto de los servicios, la calidad es entendida como la capacidad de satisfacer necesidades tanto explícitas como implícitas de los usuarios, combinando aspectos técnicos (lo que se ofrece) y funcionales (cómo se ofrece). Sin embargo, para Martínez y Estada (2015) establecer una definición precisa del concepto de calidad se dificulta debido a su aplicabilidad en múltiples ámbitos.

2.3.2 Calidad en salud.

Donabedian citado en (Fariño et al., 2018) define la calidad en el ámbito de la salud como una propiedad inherente a los procedimientos de atención médica, que puede ser percibida desde diversos aspectos, incluyendo la eficiencia, organización y satisfacción del paciente. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud , OMS (2025) destaca que la calidad de la atención en salud se refiere al grado en que los servicios aumentan la probabilidad de obtener resultados deseados, basándose en evidencia científica y siendo fundamental para alcanzar la cobertura sanitaria universal. Una atención de calidad debe ser eficaz (basada en evidencia), segura (evitando daños) y centrada en las personas

(respetando sus preferencias y necesidades). Además, debe ser oportuna (reduciendo tiempos de espera), equitativa (sin variaciones por género, etnia o condición socioeconómica), integrada (ofreciendo servicios completos a lo largo de la vida) y eficiente (optimizando recursos y evitando desperdicios). Estos principios son esenciales para garantizar una atención sanitaria que responda a las expectativas de los usuarios y a los estándares internacionales.

En el trabajo de Castillo y colaboradores (2023) se especifica que la calidad en salud incluye dimensiones como la: técnica (eficacia, eficiencia, efectividad) humana (empatía, comunicación, cortesía, sensibilidad), y el entorno físico (accesibilidad, infraestructura).

2.3.3 Gestión de calidad en salud.

La gestión de la calidad en los servicios de salud en el contexto ecuatoriano se define como un conjunto de acciones gerenciales, administrativas y técnicas encaminadas a mejorar la atención médica, basándose en estándares internacionales y normativas nacionales. Según el MSP(2021), la calidad de la atención se evalúa en tres dimensiones principales: estructura, proceso y resultado.

- Estructura: Se refiere a la adecuación de las instalaciones, equipos, talento humano y sistemas de información necesarios para brindar una atención eficaz (Jiménez, 2004).
- Proceso: Incluye las acciones y procedimientos que configuran la atención médica, destacando la precisión, oportunidad y comunicación entre el personal y los pacientes(Saturno et al., 2019).
- Resultado: Evalúa los efectos de la atención en términos de recuperación, satisfacción del usuario, supervivencia y costos, proporcionando indicadores definitivos de la eficacia y calidad de los servicios (Morales & García, 2019).

2.3.4 Seguridad del Paciente.

Según la OMS(2023), la SP se conceptualiza como la eliminación de daños prevenibles y la reducción al mínimo posible del riesgo de ocasionarles perjuicios innecesarios durante la atención médica. Esto conlleva la puesta en marcha de acciones estructuradas, tales como procesos, sistemas, procedimientos, tecnologías y entornos de atención, que de manera continua y sostenible disminuyan los riesgos, eviten daños que puedan

prevenirse y atenúen sus consecuencias cuando estos se presenten. Este enfoque busca garantizar una atención sanitaria más segura y confiable para los pacientes.

En el trabajo de Zuleta y otros (2024) se cita a Rodríguez y Losardo (2018) para destacar los aportes de tres de los autores considerados pioneros por sus contribuciones para la SP: Florence Nightingale, estableció los principios de la técnica aséptica en la atención sanitaria de los heridos durante la guerra de Crimea (1853-1856); Ignaz Philipp Semmelweis, publicó en 1961 su libro “ De la etiología , el concepto y la profilaxis de la fiebre puerperal” donde destaca la importancia del lavado de manos clínico entre pacientes tras realizar procedimientos invasivos; y por ultimo Joseph Lister, en 1867 instauró el uso de antisépticos para: la limpieza del instrumental, el lavado de manos de los cirujanos y el uso en la limpieza de heridas.

2.3.5 Atención sanitaria de calidad en el Hospital Básico Yerovi Mackuart.

El Hospital Básico "Yerovi Mackuart" brinda atención médica especializada a las unidades operativas de primer nivel de su jurisdicción, que incluyen los Centros de Salud Tipo B y los centros de salud de Mulliquindil Santa Ana, Papahurco, Anchilivi, San Marcos, Yanayacu, Panzaleo, Antonio José Holguín, Mulalillo y Cusubamba. Atendiendo patologías agudas y crónicas mediante un sistema de referencia y contrarreferencia. El personal está conformado por médicos especialistas con experiencia, técnicos calificados y personal administrativo competente. Esta estructura organizativa permite al Hospital Básico Yerovi Mackuart cumplir con su misión de brindar atención médica especializada dentro del Sistema Nacional de Salud, garantizando servicios de prevención, recuperación y rehabilitación a la población del distrito.

La garantía de calidad representa el pilar fundamental de la gestión de servicios de salud en el Ministerio de Salud Pública, constituyendo una responsabilidad compartida por todos los profesionales e instituciones del sector. Este enfoque de atención sanitaria de calidad se articula en tres componentes esenciales: definición, medición y mejoramiento continuo de la calidad.

- a) La definición de calidad implica el establecimiento de atributos y estrategias para una atención óptima, que incluyen la reorganización estructural, la implementación de estándares clínicos y administrativos, así como el desarrollo de sistemas de

vigilancia y programas de capacitación. Estos elementos se fundamentan en las dimensiones clave de calidad: efectividad, seguridad, eficiencia, accesibilidad, aceptabilidad, equidad, continuidad y oportunidad.

- b) La medición de calidad se realiza mediante la comparación sistemática entre los estándares establecidos y el desempeño real, utilizando instrumentos como auditorías internas y externas, evaluaciones de satisfacción usuaria, y procesos de habilitación y acreditación institucional.
- c) El mejoramiento continuo integra todas las estrategias metodológicas y administrativas para elevar los estándares de atención. Este proceso comprende el rediseño de procesos asistenciales, la resolución sistemática de problemas, la comparación con referentes nacionales e internacionales, y la formulación de políticas específicas. Como mecanismos obligatorios, se implementan: el monitoreo periódico del cumplimiento normativo y la aplicación de metodologías de mejora continua para alcanzar niveles progresivos de excelencia en la prestación de servicios de salud. Basado en lo anterior, se elabora el triángulo de garantía de calidad del HBYM.

2.3.6 Mejora Continua.

La mejora continua integra todas las estrategias metodológicas y administrativas para elevar los estándares de atención. Este proceso comprende el rediseño de procesos asistenciales, la resolución sistemática de problemas, la comparación con referentes nacionales e internacionales, y la formulación de políticas específicas. Como mecanismos obligatorios, se implementan: el monitoreo periódico del cumplimiento normativo y la aplicación de metodologías de mejora continua para alcanzar niveles progresivos de excelencia en la prestación de servicios de salud. La gestión por procesos es un enfoque clave para la mejora continua, ya que permite optimizar la organización de las actividades, medir indicadores de desempeño y garantizar una atención rápida y efectiva. Este enfoque fomenta una cultura organizacional orientada hacia la calidad y la SP. Se apoya fundamentalmente en dos teorías o metodologías la gestión por procesos y el ciclo Deming o PDCA. La gestión por procesos se sustenta en la idea de que el desempeño organizacional puede mejorarse si se adopta un enfoque holístico para administrar los procesos internos. Este enfoque busca continuamente formas de

optimizar los procesos y mejorar la satisfacción del cliente lo que implica definir y documentar claramente los procesos y medir su desempeño (Alarcón et al., 2023). En el paso actuar del ciclo Deming la organización sigue la filosofía de emprender las acciones de mejora continua apropiadas para alcanzar el éxito (Zapata, 2015). En la salud estas metodologías son aplicables a la mejora continua de procesos de gestión de citas y tiempos de espera, procesos de diagnóstico, gestión de medicamentos, flujos de atención de emergencias, gestión de inventarios de suministros médicos entre otros.

2.3.7 Eventos adversos.

A pesar de los avances en medicina y tecnología, los errores médicos y los eventos adversos(EA) siguen siendo una preocupación global, con graves repercusiones humanas, morales y económicas (Meléndez et al., 2020). Los eventos adversos representan una causa significativa de morbilidad y mortalidad. Se definen como cualquier lesión o complicación no deseada que resulte en una hospitalización más prolongada, una discapacidad al momento del alta o incluso el deceso del paciente. La característica fundamental es que estos eventos son provocados por la forma en que se administra la atención sanitaria y no por la condición médica o enfermedad subyacente. Es relevante destacar que la incidencia de los EA suele ser mayor debido a prácticas inadecuadas por parte del personal de salud (Pallango et al., 2022).

2.3.8 Gestión de calidad y seguridad del paciente.

La calidad y la SP están intrínsecamente relacionadas e implican tres ámbitos de acción:

1. Definir la calidad: Establecer estándares y estrategias para una atención efectiva, segura, eficiente, accesible, equitativa y oportuna.
2. Medir la calidad: Comparar el desempeño real con los estándares definidos, utilizando mecanismos como auditorías, encuestas de satisfacción y certificaciones.
3. Mejorar la calidad: Implementar cambios en los procesos, resolver problemas y diseñar políticas que promuevan la mejora continua.

Además, la gestión por procesos es un enfoque clave para la mejora continua, ya que permite optimizar la organización de las actividades, medir indicadores de desempeño y garantizar una atención rápida y efectiva. Este enfoque fomenta una cultura organizacional orientada hacia la calidad y la SP.

Figura 1 Triángulo de garantía de calidad de HBYM



Fuente: Plan de Gestión de la calidad HBYM (2024)

2.4 Marco Contextual

El Hospital Básico Yerovi Mackuart, objeto de estudio de esta investigación, se sitúa en el Cantón Salcedo, dentro del Distrito 05D06 en Ecuador. Constituye una unidad de segundo nivel de atención sanitaria dentro del Sistema Nacional de Salud del Ecuador es un establecimiento de referencia distrital. Este establecimiento, con 47 años de antigüedad, enfrenta desafíos significativos en su infraestructura, la cual se encuentra deteriorada. Además, presenta dificultades en los procesos de valoración y diagnóstico debido a la obsolescencia tecnológica de sus equipos médicos y al incumplimiento del plan de mantenimiento hospitalario. Aunque cuenta con un área dedicada a la gestión de calidad que anualmente elabora un Plan de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente (PGCSP) y realiza encuestas de satisfacción, los resultados de las mismas han revelado niveles significativos de insatisfacción de los usuarios. Un porcentaje de insatisfacción por debajo del 84% en las encuestas internas del hospital indica la necesidad imperante de implementar un plan de mejora específico.

2.5 Marco Legal y Normativo

El marco legal y normativo que sustenta la GC y SP en Ecuador se basa en instrumentos internacionales, nacionales y locales. A nivel internacional, las directrices de la OMS y la OPS proporcionan un marco de referencia para la implementación de prácticas seguras y sistemas de GR.

A nivel nacional el marco regulatorio que rige la GC en los hospitales del Ministerio de Salud Pública (MSP) se fundamenta en instrumentos normativos claves:

1. Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (Acuerdo Ministerial No. 00001537, Registro Oficial No. 339 de 25/09/2012) que asigna a la Unidad de Calidad la responsabilidad de: Implementar y supervisar el sistema integral de GC, Garantizar el cumplimiento de procedimientos e indicadores de calidad y Asegurar la satisfacción de la demanda y la articulación con otros sistemas.
2. Reglamento de Comités de Calidad (Acuerdo Ministerial 0072-2017) aplicable a establecimientos de segundo y tercer nivel de atención, con el objetivo de mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud y donde se establece la creación de tres instancias técnicas: Comités Hospitalarios de Gestión de la Calidad, Comités Técnicos de la Calidad Hospitalarios, Equipos de Mejoramiento de la Calidad.
3. Manual de SP (Acuerdo Ministerial No. 0000115, Registro Oficial No. 3760 de 14/11/2016) el cual estandariza los lineamientos técnicos, procedimientos operativos y herramientas de gestión aplicable en todos los establecimientos de salud del país.
4. Manual de Gestión de la Calidad de la Atención en los Establecimientos de Salud (2021), (Acuerdo Ministerial 00031-2021) que establece los lineamientos técnicos para la planificación, implementación y evaluación de la calidad en los establecimientos de salud.

Estos documentos destacan la importancia de:

- La formulación de planes anuales de calidad con objetivos específicos y líneas de acción claras.

- La GR y la implementación de prácticas seguras, como la identificación correcta del paciente, la conciliación de medicamentos y la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
- La creación de una estructura organizacional y funcional para la gestión de la calidad, que incluya la supervisión y coordinación de actividades.

Los establecimientos del MSP del Ecuador tienen la responsabilidad de aplicar programas que de forma sostenida incorporen las siguientes prácticas seguras de atención al paciente:

1. Identificación correcta del paciente
2. Mantenimiento preventivo de equipos biomédicos
3. Control de abreviaturas peligrosas
4. Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo
5. Control de electrolitos concentrados
6. Conciliación de medicamentos
7. Administración correcta de medicamentos
8. Administración de antibióticos profilácticos en procedimiento quirúrgicos
9. Profilaxis de trombo-embolismo venoso
10. Prevención de úlceras por presión
11. Notificación de eventos relacionados con la SP
12. Prácticas quirúrgicas seguras
13. Transferencia correcta de información de los pacientes en puntos de transición
14. Manejo correcto de bombas de infusión
15. Higiene de manos
16. Prevención de caídas
17. Educación en SP

En resumen, el marco legal y normativo proporciona las bases para la implementación de estrategias integrales que promuevan la calidad y SP, contribuyendo a la mejora continua de los servicios de salud en el Hospital Básico Yerovi Mackuart (HYBM) y en el sistema sanitario ecuatoriano en general.

Capítulo 3: Fundamentos metodológicos y resultados de la investigación.

El presente capítulo expone los fundamentos metodológicos que guían la investigación sobre la GC y SP en el Hospital Básico Yerovi Mackuart. El marco metodológico propuesto responde a las particularidades del contexto estudiado, y establece las bases para el desarrollo de una propuesta de mejora sustentada en evidencia empírica y la normativa vigente. Además, se presentan los resultados de la investigación que permiten caracterizar el estado actual de la GC y SP en el contexto del HBYM, basados en un diagnóstico situacional integral del último trimestre de 2024 y los resultados de las encuestas de satisfacción actualizadas con los datos correspondiente al primer trimestre de 2025 aplicadas a 30 usuarios, con el propósito de identificar sus percepciones respecto a la GC y la SP en el HBYM. La revisión documental, la observación directa y las encuestas, han permitido revelar datos que aportan una visión integral de la problemática estudiada. Los resultados se presentan en función de las variables alineadas con los objetivos específicos de la investigación y los hallazgos relevantes del estudio.

2.1 Cuadro Operacionalización de variables.

La siguiente matriz de operacionalización (tabla 1) establece la relación entre las variables de estudio, sus dimensiones, indicadores e instrumentos de medición para esta investigación.

Tabla 1 Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
Independiente: GC			
PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Cumplimiento del Plan de Calidad	- Nivel de adecuación a normativas MSP	Revisión documental
Estructura	Estado de equipos biomédicos e infraestructura	- % de equipos obsoletos (ej: Rayos X, quirófanos)	

(Normativa e infraestructura)			
Procesos	Adherencia a guías clínicas	- % de historias clínicas incompletas (auditorías)	Revisión documental
		- % de insatisfacción con los medios de información (teléfono, web, ventanilla)	
		- % de insatisfacción con el tiempo de espera para atención médica	
		- % de insatisfacción con las instalaciones (limpieza, infraestructura, accesibilidad)	
		- % de insatisfacción con la señalética (rótulos de direccionamiento)	
		- % de insatisfacción con el mobiliario (camillas, sillas, equipos en mal estado)	
Resultados (Satisfacción y eficacia)	Percepción de calidad por usuarios	- % de insatisfacción con la funcionalidad de equipos médicos	Encuestas
		- % de insatisfacción con la atención del profesional (buen trato, claridad de información)	
		- % de insatisfacción con la privacidad durante la atención	
		- % de insatisfacción con el servicio de alimentación hospitalaria	
		- % de insatisfacción con la lencería hospitalaria	

Variable dependiente: SP	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
		(sábanas, toallas, almohadas)	
ATENCIÓN SANITARIA	Cumplimiento de estándares	- # de pacientes identificados incorrectamente (brazalete/registro)	Observación directa
Prácticas Seguras	OMS/MSP	- # de eventos adversos reportados - # de cirugías con prácticas quirúrgicas seguras - % de adherencia al protocolo de higiene de manos	Revisión documental

Fuente: elaborado por el autor

2.2 Diseño metodológico.

La naturaleza del presente estudio sigue un enfoque mixto (cualitativo-cuantitativo). Los métodos mixtos constituyen un enfoque investigativo poderoso que combina estratégicamente técnicas cuantitativas y cualitativas, permitiendo una comprensión integral de los fenómenos estudiados. Su principal fortaleza radica en la flexibilidad para adaptar instrumentos y estrategias analíticas según las necesidades específicas del estudio. Este enfoque es particularmente útil para abordar problemas complejos que exigen múltiples perspectivas. Un valor agregado clave es la triangulación metodológica, que fortalece la validez de los hallazgos mediante la contrastación de datos cualitativos y cuantitativos. Este enfoque resulta especialmente pertinente cuando la investigación requiere tanto mediciones precisas como la exploración de significados y contextos profundos. Sin embargo, exige un riguroso proceso de integración de resultados, donde el investigador debe identificar sistemáticamente convergencias, complementariedades y discrepancias entre los distintos tipos de datos, logrando así una visión holística y coherente del objeto de estudio (Cueva Luza et al., 2023).

En la presente investigación el enfoque cualitativo permitirá comprender las percepciones de satisfacción sobre la calidad de la atención sanitaria, mediante el análisis de las encuestas de satisfacción del último trimestre de 2024. Mientras que el enfoque cuantitativo permitirá el análisis de los indicadores de calidad (ej.: % de equipos obsoletos, % de insatisfacción (limpieza, alimentación) etc.) a través de la revisión documental de registros hospitalarios, reportes de incidentes, etc. La combinación de los resultados permitirá identificar patrones y realizar inferencias acerca de cómo la gestión de la calidad influye positiva o negativamente en la SP.

2.2.1 Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación de la tesis.

La elección del enfoque mixto posibilitará la triangulación de datos numéricos (indicadores medibles del Plan de Calidad) con las percepciones cualitativas (encuestas de satisfacción etc.). La elección de este enfoque permitirá evaluar tanto el cumplimiento normativo como la satisfacción percibida por los usuarios con los servicios de salud prestados por el HBYM.

La investigación adopta un diseño no experimental, transversal y de campo. En el diseño no experimental las variables no se manipulan, en su lugar, se observan de forma sistemática y se recopilan datos de los fenómenos o comportamientos en su entorno natural (Baena, 2017). Es de corte transversal, porque los datos son recabados en un momento y lugar específicos. Este estudio recopila datos (registros hospitalarios, reportes de incidentes, encuestas de satisfacción etc.) del último trimestre del 2024 sobre la GC y SP en el HBYM.

Además, posee un diseño descriptivo-explicativo. La investigación descriptiva caracteriza un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el propósito de establecer su estructura o comportamiento, mientras que la investigación explicativa busca el porqué de los hechos estableciendo relaciones causa-efecto (Arias, 2012). Este trabajo caracteriza el estado actual de la GC, y explica su impacto en la GC durante la atención sanitaria en el HBYM.

2.2.2 Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos .

La investigación se apoya en el método analítico-sintético. Este método conjuga el análisis y la síntesis, consiste en la separación de un fenómeno en partes para analizarlas de manera individual y posteriormente reunir las y estudiarlas en su totalidad (Pimienta &

de la Orden, 2017). En este trabajo se emplea para descomponer los problemas identificados en la gestión de la calidad del HYBM y sintetizar las soluciones e incluirlas en una propuesta de Plan de Gestión de la Calidad.

Entre los métodos empíricos empleados para la recolección de datos se encuentran la revisión documental (Plan HBYM-UC-PC-2024, normativas MSP, registros de auditorías, registros hospitalarios, reportes de incidentes, entre otros), la observación directa y las encuestas de satisfacción. Los instrumentos relacionados a las técnicas seleccionadas incluyen los cuestionarios, la guía de observación y la ficha de recolección. En lo relacionado con la revisión documental específicamente para la revisión de los registros de auditoría se consideró el número dispuesto en el Plan de Trabajo del Comité de Auditorías recogido en el Plan HBYM-UC-PC-2024 el cual establece la revisión mensual de: 10 Hojas de emergencia (formulario 008) y 10 historias clínicas por especialidad (Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, y Obstetricia y Ginecología) para un total de 50 historias clínicas auditadas mensualmente. En caso que se detecte un elevado porcentaje de omisiones en las historias clínicas se puede sugerir aumentar el número de historias clínicas a auditar.

Las encuestas de satisfacción se aplican con frecuencia mensual con el propósito de conocer los niveles de satisfacción de 30 usuarios distribuidos por las áreas de: consulta externa (8), emergencia (8), hospitalización (8), exámenes de laboratorio o imagen (6). La escala de clasificación del nivel de satisfacción va del 1 al 5, donde: Satisfacción de calidad 5 se corresponde con ‘Totalmente satisfecho’, hasta 1 que significa ‘Nada satisfecho’, tal como se muestra en la tabla 2. De acuerdo con la meta nacional trazada cuando el porcentaje calculado de acuerdo a la escala de satisfacción se encuentra por debajo del 84% es necesario elaborar un plan de acción que constituirá una propuesta de mejora al Plan de Gestión de la Calidad del HBYM.

Tabla 2 Escala de calificación de la encuesta de satisfacción

IMPORTANCIA	CALIDAD
1. Sin importancia	1. Nada satisfecho
2. Poca importancia	2. Poco satisfecho
3. Neutral	3. Neutral

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 4. Importante | 4. Muy satisfecho |
| 5. Esencial | 5. Totalmente satisfecho |
-

Fuente: Elaboración propia

2.2.3 Determinación de la muestra y su criterio de selección.

La población de estudio está conformada por el censo del personal de salud y usuarios del Cantón Salcedo, Distrito 05D06. Para garantizar la validez de los resultados, se estableció una muestra estratificada que incluyó:

- Personal de salud (médicos, enfermeras, técnicos) involucrados directamente en la atención clínica, el censo de profesionales del HBYM.
- Usuarios de los principales servicios del hospital (consulta externa, emergencia, hospitalización).

Criterios clave de selección:

Enfoque temporal: Se consideraron datos del último trimestre de 2024 y la encuesta se aplicó en el primer trimestre del 2025 para obtener datos más actualizados.

Representatividad: La muestra cubrió proporcionalmente todas las áreas críticas evaluadas en el estudio (ej.: 30 usuarios distribuidos en servicios según su demanda relativa).

Exclusión de datos incompletos: Se descartaron registros con información parcial para mantener la confiabilidad.

Este enfoque permitió alinear la muestra con los objetivos de evaluación de calidad y seguridad, priorizando actores clave en la cadena asistencial. La estrategia de estratificación reflejó la estructura operativa real del HBYM, para identificar si los problemas varían significativamente entre servicios.

2.2.4 Trabajo de campo.

El procedimiento de trabajo abarca cuatro fases: preparación, recolección, procesamiento y análisis. La fase de preparación incluye la selección de documentos (registros hospitalarios, resultados de encuestas de satisfacción, reportes de incidentes, informes de resultados de auditorías internas, normativas internas y del MSP, Plan Anual de Gestión de la Calidad entre otros de interés para la investigación). La fase de recolección incluye la revisión a profundidad de la documentación seleccionada en la fase de preparación. En la fase de procesamiento se analizan e interpretan los resultados cuantitativos mediante el

uso de la estadística descriptiva con el uso de la herramienta EXCEL y se analizan cualitativamente las percepciones del personal que posibilitan caracterizar el estado actual y la elaboración de la propuesta. En la fase de análisis se triangulan los datos para identificar los patrones que caracterizan el fenómeno de estudio. La triangulación de los datos de acuerdo con Cueva et al. (2023) fortalece la validez y la confiabilidad de los resultados en el enfoque mixto al comparar y contrastar los datos cuantitativos y cualitativos.

La tabla 3 muestra las acciones del trabajo de campo realizadas en el estudio.

Tabla 3 Acciones ejecutadas en el trabajo de campo

Acciones	Actividad
Diagnóstico situacional	Recolección de datos operativos: <ul style="list-style-type: none"> - Revisión del cumplimiento de la normativa. - Inventario de infraestructura - Inventario técnico detallado por áreas de equipos biomédicos - Análisis de indicadores de producción Evaluación de recursos humanos: <ul style="list-style-type: none"> - Identificación del personal médico, técnico y administrativo
Identificación de problemas	Infraestructura y equipamiento: <ul style="list-style-type: none"> - Verificación del deterioro físico del hospital - Detección de equipos obsoletos, defectuosos o rotos Procesos clínicos: <ul style="list-style-type: none"> - Auditorías a historias clínicas para detectar incumplimientos en registros. - Revisión y monitoreo de prácticas seguras (ej. identificación de pacientes, higiene de manos).
Resultados y satisfacción usuaria	- Aplicación de encuestas de satisfacción

Fuente: Elaborado por el autor

2.2.5 Aplicación de los instrumentos.

El proceso de aplicación de los instrumentos comenzará con la revisión documental la cual permitirá realizar un diagnóstico situacional actualizado de la GC y la SP en el HBYM. Además, facilitará la identificación de problemáticas relacionadas con la infraestructura, equipamiento y en los procesos clínicos. En el caso de la evaluación de las prácticas seguras la revisión documental se complementará con la observación para identificar el porcentaje de cumplimiento de los estándares de la OMS/MSP en los indicadores seleccionados. Posteriormente se realizará la aplicación de la encuesta de satisfacción.

2.3 Análisis de los resultados en los datos obtenidos.

A continuación, se presentan los resultados del diagnóstico situacional e identificación de problemas a partir de la revisión documental y observación directa de la problemática en estudio. Además, se exponen los resultados de la aplicación de la encuesta de satisfacción

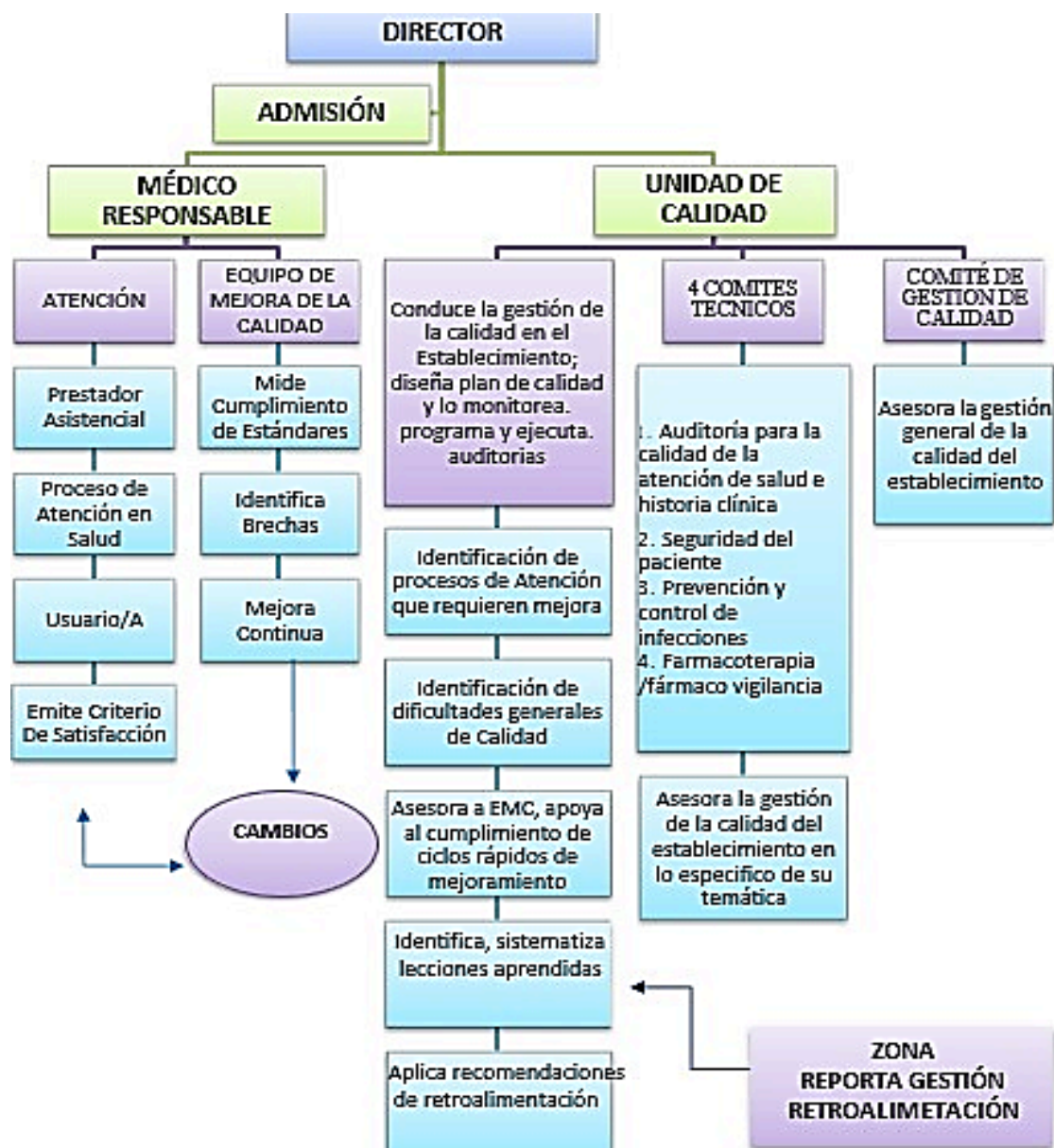
2.3.1 Diagnóstico situacional e identificación de problemas.

- Revisión del cumplimiento de la normativa.

Mediante revisión documental, se determinó que el Plan de Calidad del establecimiento fue formalizado el 4 de enero de 2025, en cumplimiento del Acuerdo Ministerial 0031-2021 (Manual de Gestión de la Calidad para Establecimientos de Salud 2021). Este marco normativo establece los lineamientos para la formulación, implementación y evaluación de planes de calidad en hospitales de diversa complejidad (básicos, generales, de especialidad y especializados).

La figura 1 diagrama el proceso de gestión de la calidad empleado en el HBYM:

Figura 1 Gestión de la calidad en el HBYM



Fuente: Plan de Calidad HBYM 2024

El seguimiento del plan en el HBYM se realiza trimestralmente, mientras que su actualización es anual, incorporando actividades orientadas al mejoramiento continuo. Estas acciones, adaptadas a las particularidades institucionales, están diseñadas para garantizar la satisfacción de los usuarios mediante planes de acción evaluables.

- **Inventario de infraestructura.**

El HBYM dispone de 15 camas censables distribuidas entre sus diferentes especialidades médicas: medicina interna (3), pediatría (2), cirugía general (3) y obstetricia y

ginecología (7). El área de emergencias cuenta con 6 camas adicionales, organizadas en zonas de triaje (1), atención a críticos (1) y sala de observación para mujeres y hombres (4). Asimismo, posee dos quirófanos destinados a Cirugía General y Cirugía Gineco-Obstétrica. Complementan estas instalaciones dos salas de parto, una de carácter intercultural y otra convencional.

La atención al público se estructura en dos modalidades principales: por un lado, la consulta externa; y por otro, el servicio de emergencias (tabla 4).

Tabla 4 Horas de servicios por consulta/servicio del HBYM

Modalidad	Consulta/Servicio	Horas
Consulta externa	Medicina Interna	8 horas
	Pediatría	8 horas
	Ginecología	8 horas
	Cirugía	8 horas
	Anestesiología	6 horas
	Medicina Ocupacional	8 horas
Servicios	Sala De Primera Acogida	24 horas
	Psicología Clínica	8 horas
	Nutrición	8 horas
	Farmacia	24 horas
	Rayos X	8 horas
	Laboratorio clínico	24 horas
	Estadística	8 horas

Fuente: Elaboración propia

El análisis de los datos de la infraestructura revela que el HBYM tiene 47 años de construcción. De los dos quirófanos destinados a Cirugía General y Cirugía Gineco-Obstétrica, solo uno se encuentra completamente equipado y el otro no es funcional. El servicio de Rayos X no posee equipos funcionales.

- **Inventario técnico detallado por áreas de equipos biomédicos.**

La tabla 5 resume el inventario técnico detallado por áreas de equipos biomédicos del HBYM. El análisis del estado general de los equipos evidencia que el 50% de los equipos

instalados antes de 2010 ya cumplieron su vida útil y los equipos instalados después del 2018 aunque están en mejor estado, algunos ya presentan fallas parciales. Solo el 33% de los equipos funciona correctamente, el 40% funciona parcialmente y el 27% están obsoletos o están dados de baja.

Tabla 5 Estado de equipos biomédicos e infraestructura

Equipo	Marca	Año de instalación	Observaciones
CENTRO QUIRÚRGICO			
Máquina de anestesia	PENLON	2005	- Cumplió su vida útil - Cumple sus funciones parcialmente
	PENLON	2005	- Cumplió su vida útil - No cumple con sus funciones
Monitor multiparámetro	EDAN	2021	- Cumple con sus funciones parcialmente
	NHON	2015	- Cumplió su vida útil, dado de baja
	ADVANCED	2022	- Cumple con sus funciones parcialmente
Electrobisturí	UNION MEDICAL	2005	- Cumple con sus funciones parcialmente
	UZUMCU	2005	- Cumplió su vida útil, dado de baja
Lampara cie lítica	AEONMED	2018	- Cumple con sus funciones
	AEONMED	2018	- Cumple con sus funciones
Mesas quirúrgicas	UISEPPE	2018	- Cumplió su vida útil
	SORDINA		- Cumple con sus funciones parcialmente
	(SM)	2018	- Cumplió su vida útil - No cumple con sus funciones
EMERGENCIA			

Ventilador de presión	EOMED	2018	- Cumple con sus funciones
Monitor multiparámetro	MEDIBLU	2022	- Cumple con sus funciones parcialmente
Electrocardiógrafo	MEDIBLU	2022	- Cumple con sus funciones parcialmente
Desfibrilador	ZOLL	2005	- Cumple con sus funciones parcialmente
Ecografía	MINDRA	2020	- Cumple con sus funciones
HOSPITALIZACIÓN			
Monitor multiparámetro	(SM)	2005	- Cumplió su vida útil - Cumple con sus funciones parcialmente
Electrocardiógrafo	(SM)	2005	- Cumple con sus funciones parcialmente
CONSULTA EXTERNA			
	(SM)	2012	- Cumplió su vida útil
Ecografía	TOSHIBA	2012	- Cumple con sus funciones
	GENERAL ELECTRIC	2012	- Cumple con sus funciones
IMAGENOLOGIA			
Rayos X fijos	QUANTUM	2005	- Cumplió su vida útil
Rayos X portátil	WDN	2020	- Cumple con sus funciones

Fuente: Elaboración propia

Los anteriores hallazgos evidencian el envejecimiento del parque tecnológico del HBYM que supera los 15 años, afectando la eficiencia y seguridad. El Centro Quirúrgico y Hospitalización constituyen áreas críticas que requieren renovación urgente. Los equipos que funcionan parcialmente pueden comprometer la atención clínica. Los datos sugieren la necesidad de priorizar inversiones para reemplazar los equipos en áreas críticas (anestesia, monitoreo), modernizar los equipos (ej. ecógrafos, rayos X portátiles)

con soporte técnico adecuado. Además, se debe implementar como estrategia un plan de renovación escalonada, priorizando equipos con mayor impacto en la atención.

- Identificación del personal médico, técnico y administrativo.

Para garantizar la calidad en la prestación de servicios, la institución cuenta con un equipo multidisciplinario de 68 trabajadores altamente capacitado (tabla 6). Este incluye profesionales médicos especializados, personal técnico en áreas como enfermería, laboratorio e imagenología, además de un equipo administrativo con amplia experiencia en la gestión de servicios de salud. Esta combinación de recursos humanos y físicos permite ofrecer una atención integral acorde a los estándares del sistema público de salud.

Tabla 6 Personal médico, técnico y administrativo

Categoría profesional	Número
Enfermeras	16
Auxiliar de enfermería	6
Médico	6
Residente	12
Tecnólogo laboratorio	6
Tecnólogo imagen	1
Nutricionista	1
Administrativos	20
TOTAL	68

Fuente: Elaboración propia

- Indicadores de producción.

La tabla 7 muestra un resumen de los indicadores de producción durante el año 2024 y para un mes del periodo analizado (noviembre). El análisis de los indicadores durante 2024 revela que, en promedio, se atendieron 21 consultas externas y 58 emergencias diarias, con 2 egresos hospitalarios por día. Este mismo análisis para el mes de noviembre revela, se observó un incremento del 28% en consultas externas (27 atenciones/día) frente al promedio anual, posiblemente asociado a mayor demanda estacional o campañas de salud. Por el contrario, las emergencias disminuyeron un 19%

(47 atenciones/día), lo que podría indicar una menor incidencia de urgencias. Los egresos hospitalarios se mantuvieron estables (2/día). Estos resultados permiten observar la variabilidad en la demanda de servicios, destacando la necesidad de optimizar recursos en períodos de alta carga y evaluar las causas detrás de las fluctuaciones para mejorar la planificación operativa.

Tabla 7 Resumen de indicadores de producción

INDICADORES	ENERO- DICIEMBRE 2024	PROMEDIO DIARIO
Total, de atenciones en Consulta Externa	7677	21
Total, de atenciones de Emergencia	21037	58
Total, de Egresos Hospitalarios	707	2
NOVIEMBRE 2024		
Total, de atenciones en Consulta Externa	806	27
Total, de atenciones de Emergencia	1368	47
Total, de Egresos Hospitalarios	53	2
Total, del personal del Hospital (operativo y administrativo)	68	

Fuente: Elaboración propia

- Auditorías de historias clínicas.

La tabla 8 resume los resultados de las auditorías realizadas a las historias clínicas materno-natales en el periodo octubre-diciembre del año 2024.

Tabla 8 Resumen de resultados auditorias materno-neonatales

Mes	Total, Auditado	Partograma Correcto	Toma de Decisiones	Profilaxis Oftálmica
Octubre	11	100%	90.9%	No disponible
Noviembre	14	92.9%	92.2%	No disponible

Diciembre	18	100%	100%	No disponible
-----------	----	------	------	---------------

Fuente: Elaboración propia

Los datos contenidos en la tabla 8 muestran un excelente cumplimiento en la gráfica de la partograma con 100% de cumplimiento ellos meses de octubre y diciembre. Además, se observa una mejora creciente en la toma de decisiones frente a desviaciones (90.9% ->100%). Se identifica que la falta de ungüento oftálmico para profilaxis neonatal es una debilidad constante en todos los meses analizados.

Los datos relacionados con las auditorías del formulario 008b (emergencias) son recogidas en la tabla 9.

Tabla 9 Resumen de los resultados de las auditorías al formulario 008b

Mes	Total, Auditado	Bien Llenados	Mal Llenados	Ítems No Aplicables
Octubre	10	60%	40%	13.91%
Diciembre	10	60%	40%	24.09%

Fuente: Elaboración propia

El resumen de los hallazgos anteriores evidencia la existencia de estabilidad en el llenado (60% de formularios bien llenados en ambos meses). Sin embargo, persiste un 40% de formularios mal llenados. Entre los principales errores se encuentran las omisiones o inconsistencias en ítems críticos.

Tabla 10 Resumen de los resultados de las auditorías de historias clínicas

Mes	Total, Auditado	Bien Llenados	Mal Llenados	Ítems No Aplicables
Noviembre	41	24.4%	75.6%	18.35%
Diciembre	10	10%	90%	17.05%

Fuente: Elaboración propia

Los hallazgos claves (Tabla 10) en la revisión de la auditoría general de historias clínicas revela el bajo cumplimiento (<25% bien llenados) en los meses de noviembre y diciembre en los requisitos de llenado de las historias clínicas.

Los resultados de las auditorías en general evidencian un desempeño variable, con fortalezas en el área obstétrica, pero debilidades en documentación general. Entre los problemas recurrentes se encuentra la falta de completitud y precisión en los registros lo que sugiere la necesidad de capacitación urgente en llenado, enfocada fundamentalmente en ítems frecuentemente omitidos.

- **Prácticas seguras.**

La revisión documental evidenció que el Servicio de Calidad del HBYM implementa un sistema sistemático de recolección mensual de datos sobre indicadores clave de SP. Estos indicadores, derivados de los registros clínicos de los servicios de hospitalización, emergencia y quirófano, comprenden: (1) la identificación de pacientes sin brazalete de identificación, (2) la notificación de eventos adversos relacionados con la SP, y (3) el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura.

Los datos recopilados son sometidos a análisis periódico y posteriormente remitidos a dos instancias jerárquicas: la responsable de Calidad Distrital y la Coordinación Zonal 3 de Salud. Complementariamente, se institucionalizaron reuniones trimestrales de evaluación, cuyo propósito es analizar el grado de adherencia a las prácticas seguras mediante la interpretación de los resultados cuantitativos obtenidos en el monitoreo de estos indicadores.

Los resultados obtenidos en el indicador de registro de pacientes sin brazalete (tabla 11) demuestran un cumplimiento satisfactorio durante el último trimestre del año 2024. El análisis de los datos revela una adherencia óptima al protocolo de identificación de pacientes, evidenciada por la ausencia de incidencias reportadas en el período evaluado.

Tabla 11 Registro de pacientes sin brazaletes

Mes	# de Pacientes
Octubre	0
Noviembre	0
Diciembre	0
Nivel de aplicación	ACEPTABLE

Fuente: Elaboración propia

La notificación de eventos relacionados con la SP constituye una responsabilidad fundamental del personal de salud. Cuando un profesional identifica un incidente, ya sea evento adverso, cuasi evento o evento centinela está obligado a reportarlo mediante los canales establecidos. Este proceso de notificación permite realizar un análisis posterior para determinar las acciones correctivas correspondientes, con el objetivo de resolver la situación detectada e implementar medidas preventivas que eviten su recurrencia. La tabla 12 recoge los seis incidentes ocurridos durante el 2024 en el HBYM.

Tabla 12 Eventos adversos durante el año 2024

Evento	Tipo	Cantidad
Cuasi evento	Medicación	3
	Otro (alta voluntaria no autorizada)	1
Evento adverso	Medicación	1
	Procedimiento clínico	1
	Procedimiento quirúrgico	1
Evento centinela		0

Fuente: Elaboración propia

El análisis del indicador de notificación de eventos adversos relacionados con la SP (Tabla 13) evidencia un nivel de cumplimiento satisfactorio durante el período evaluado. Los registros muestran que en el mes de octubre se reportó un único evento, el cual fue debidamente documentado en el sistema de GC, incluyendo las acciones correctivas implementadas. Este hallazgo sugiere una mejora significativa en la aplicación de los protocolos establecidos en el manual de SP, particularmente en lo concerniente a las prácticas administrativo-asistenciales.

Tabla 13 Registro de notificación de eventos relacionados con la SP

Mes	# de Eventos Adversos
Octubre	1
Noviembre	0

Diciembre	0
Nivel de aplicación	ACEPTABLE

Fuente: Elaboración propia

En lo que respecta al análisis de los resultados de la aplicación del formulario de cirugía segura en el último trimestre del 2024 (tabla 14) es posible observar que se obtuvo un nivel de aplicación aceptable. En dicho ítem durante el mes de octubre se aplicaron 28 formularios de cirugía segura. Noviembre 18 formularios, diciembre 17 formularios de cirugía segura. En todos los formularios aplicados se cumplió con el 100% el indicador de práctica segura.

Tabla 14 Lista de verificación cirugía segura

Mes	
Octubre	28/28
Noviembre	18/18
Diciembre	17/17
Nivel de aplicación	ACEPTABLE

Fuente: Elaboración propia

El formulario de observación de higiene de manos se aplicó a 48 profesionales evaluados en cinco momentos claves según las indicaciones de la OMS. La tabla 15 resume estos resultados.

Tabla 15 Formulario de observación de higiene de manos

Indicación	Acción	# de profesionales	Porcentaje
Antes del contacto con el paciente	Fricción de manos	15	31.3%
	Lavado de manos	1	2.1%
	Omisión	32	66.7%
Antes de realizar una tarea aséptica	Fricción de manos	28	58.3%
	Lavado de manos	12	25.0%
	Omisión	8	16.7%

Después del riesgo de exposición líquidos corporales	Fricción de manos	23	47.9%
	Lavado de manos	21	43.8%
	Omisión	4	8.3%
Después del contacto con el paciente	Fricción de manos	27	56.3%
	Lavado de manos	2	4.2%
	Omisión	19	39.6%
Después del contacto con el entorno del paciente	Fricción de manos	8	16.7%
	Lavado de manos	2	4.2%
	Omisión	38	79.2%

Fuente: Elaboración propia

El análisis de los hallazgos evidencia que:

- Antes del contacto con el paciente, solo el 33% realizó higiene de manos (15 fricciones +1 lavado). El 67% omitió, lo que implica un alto riesgo de transmisión de patógenos al paciente.
- El cumplimiento de la desinfección de manos fue bueno antes de tareas asépticas con un 83% (28 fricciones + 12 lavados). Aunque un 16.7% lo omitió.
- Se evidenció una alta adherencia (92%, 23 fricciones + 21 lavados) al protocolo después de la exposición a líquidos corporales. Posiblemente relacionado con una mayor percepción de riesgo.
- Después del contacto con el paciente el 60% (27 fricciones +2 lavados) cumplió, pero 40% omitió, lo que incrementa el riesgo de contaminación cruzada.
- Solo 21% realizó higiene (8 fricciones + 2 lavados) después del contacto con el entorno del paciente. La mayoría 79% omitió, lo que refleja falta de conciencia sobre la contaminación ambiental.

En resumen, los resultados sugieren que, a pesar de conocer los protocolos, persisten brechas en la adherencia, especialmente en situaciones percibidas como "menos riesgosas". La fricción de manos (alcohol-gel) fue la técnica más utilizada en la mayoría de las indicaciones, excepto en "Después del contacto con el entorno del paciente", donde predominó la omisión. El lavado de manos con agua y jabón fue menos frecuente, excepto en "Después del riesgo de exposición a líquidos corporales", donde tuvo una alta adherencia. Mientras que, la omisión (no realizar higiene de manos) fue más crítica en:

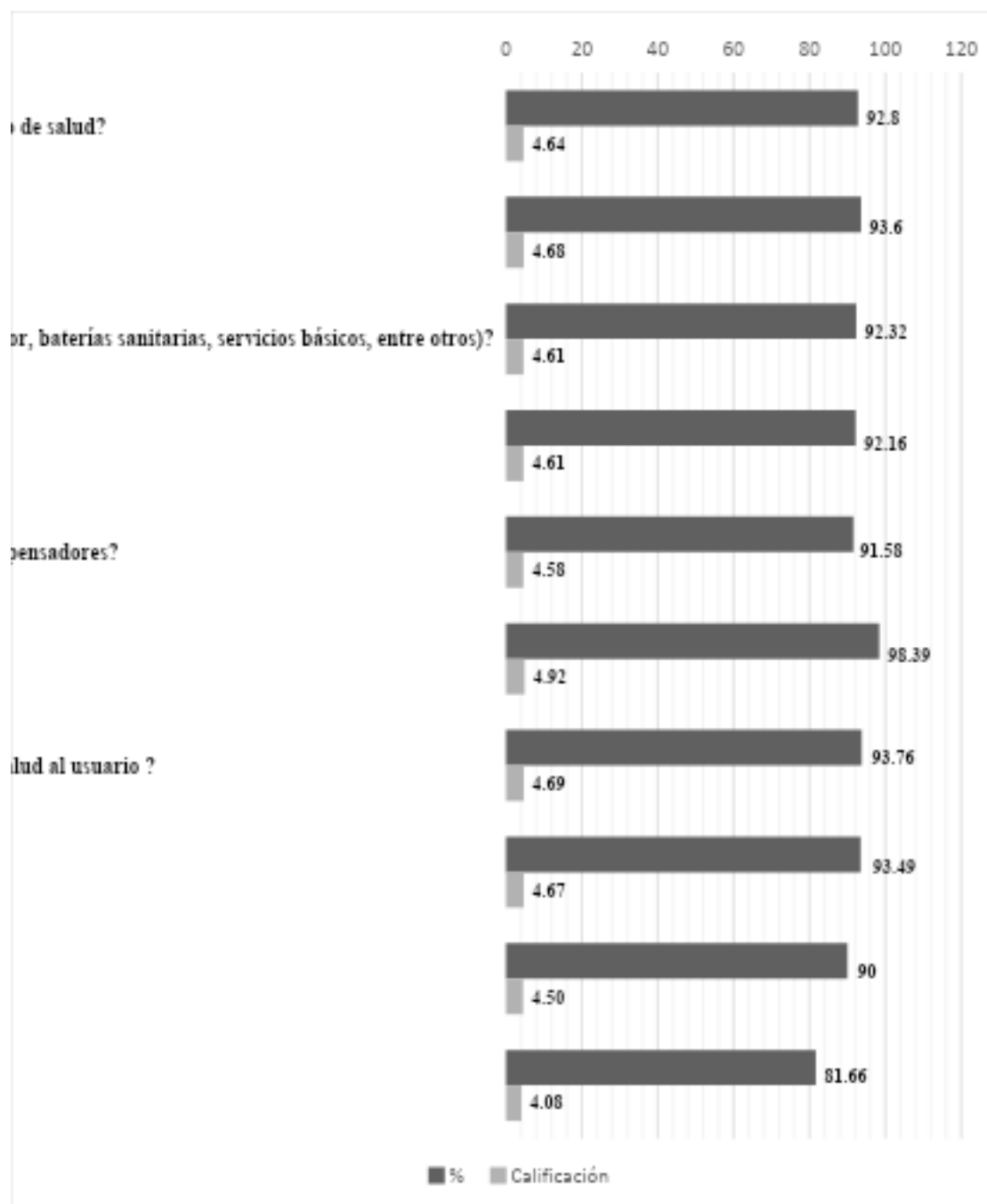
"Después del contacto con el entorno del paciente" (38/48, 79%) y "Antes del contacto con el paciente" (32/48, 67%).

2.3.2 Resultados y satisfacción usuaria.

- Resultados de la aplicación de la encuesta de satisfacción

La figura 2 muestra los resultados de la encuesta de satisfacción correspondiente al primer trimestre de 2025, aplicada a 30 usuarios distribuidos en las áreas de consulta externa, emergencia, hospitalización y exámenes de laboratorio o imagen, reflejan altos niveles de satisfacción en diversos aspectos de los servicios brindados por el establecimiento de salud.

Figura 2 Resultados de la encuesta de satisfacción de enero-marzo del 2025



Fuente: Elaboración propia

El análisis e interpretación de los resultados por pregunta formulada revelan:

1. El 92.8% de los usuarios encuestados con una calificación promedio de 4.64 muestran un alto nivel de satisfacción con los medios de información (teléfono, página web, ventanilla de atención), lo que indica que estos canales son efectivos para comunicar los servicios ofrecidos.

2. El nivel de satisfacción de 93.6% de ellos expresa a través de una calificación promedio de 4.68 una elevada complacencia con el tiempo de espera para la atención médica, sugiriendo que los procesos de atención son eficientes y cumplen con las expectativas de los usuarios.
3. Con un 92.32% de satisfacción y una calificación promedio de 4.61 valoran positivamente las condiciones de las instalaciones, incluyendo limpieza, accesibilidad y servicios básicos, lo que refleja un entorno adecuado para la atención.
4. La presencia de señalética y direccionamiento es bien evaluada con un 92.16% de satisfacción y una calificación promedio de 4.61, indicando que los usuarios encuentran fácil la orientación dentro del establecimiento.
5. Aunque la satisfacción en relación con el estado y disponibilidad del mobiliario es alta (91.63%) y la calificación promedio es de 4.58, este ítem presenta una ligera disminución en comparación con los anteriores, lo que podría sugerir áreas de mejora en el mantenimiento del mobiliario.
6. La funcionalidad de los equipos médicos destaca como el mejor evaluado por los usuarios con 98.39% de satisfacción y una calificación promedio de 4.92, evidenciando que los equipos médicos cumplen eficazmente su función durante la atención.
7. Con un significativo 93.76% de satisfacción con calificación promedio de 4.69 los usuarios perciben un trato respetuoso, amable y claro por parte del personal de salud, lo que es fundamental para la satisfacción general.
8. La privacidad durante la atención es otro aspecto bien valorado con un 93.49% de satisfacción de los usuarios y una calificación promedio de 4.67, lo que refleja el cumplimiento de estándares éticos en la atención médica.
9. Aunque la satisfacción es alta (90%) y la calificación promedio es de 4.50 el servicio de alimentación hospitalaria, es un ítem que muestra un margen de mejora, especialmente en comparación con los otros servicios evaluados.
10. La calidad de la lencería hospitalaria es el único ítem que no alcanza la meta del 84%, el porcentaje de satisfacción es de 81.66% y la calificación promedio es de 4.08. Lo que indica una insatisfacción relativa con la calidad de sábanas, toallas y

almohadas. Este resultado implica la necesidad de implementar un plan de acción para mejorar este aspecto específico.

En términos generales, los resultados demuestran un alto nivel de satisfacción en la mayoría de los aspectos evaluados, superando la meta nacional del 84%. Sin embargo, la calidad de la lencería hospitalaria emerge como un área crítica que requiere atención inmediata. Se recomienda elaborar un plan de acción enfocado en este punto para elevar los estándares de calidad y alinear este servicio con las expectativas de los usuarios. Asimismo, es importante mantener los altos niveles de satisfacción en los demás aspectos mediante estrategias de mejora continua. El estado y disponibilidad del mobiliario el servicio de alimentación hospitalaria son ítems que muestran la necesidad de un margen de mejora para prevenir que los niveles de insatisfacción alcancen valores inferiores a la meta trazada.

2.3.3 Redacción de resultados y discusión.

Los resultados obtenidos en el diagnóstico situacional del HBYM permiten identificar tendencias y regularidades clave en la GC y SP, las cuales se contrastan con los referentes teóricos presentados en el marco referencial. A continuación, se discuten estos hallazgos:

- Infraestructura y equipamiento obsoleto.

Los datos obtenidos señalan que el 50% de los equipos biomédicos superan su vida útil, y solo el 33% funciona correctamente. Se identifican áreas críticas como el centro quirúrgico y hospitalización con equipos obsoletos o en mal estado, lo que afecta la eficiencia y seguridad de los procedimientos. Según Donabedian citado por Fariño et al. (2018) la calidad en salud depende de la dimensión de estructura, que incluye instalaciones y equipos adecuados. La OMS (2025) enfatiza que la atención segura requiere infraestructura funcional y tecnología actualizada. La situación del HBYM evidencia una brecha significativa frente a estos estándares.

- Deficiencias en registros clínicos y prácticas seguras

Las auditorías revelan incumplimientos en el llenado de historias clínicas (40% mal llenadas) y formularios de emergencia (008b), así como omisiones en profilaxis neonatal. Sin embargo, se observa alto cumplimiento en identificación de pacientes (100%) y cirugía segura (100%). El Acuerdo Ministerial 0031-2021) exige

documentación completa para garantizar trazabilidad y seguridad. Los resultados reflejan una inconsistencia entre esta normativa y la práctica, aunque áreas como la identificación de pacientes se alinean con las prioridades de la OMS (2023) para reducir errores médicos.

- **Adherencia al protocolo de higiene de manos.**

Se evidenció por los resultados que solo el 33% de los profesionales realizó higiene de manos antes del contacto con el paciente, pero el cumplimiento mejoró en situaciones percibidas de alto riesgo, el 92% mostro adherencia después de exposición a líquidos corporales. La OMS (2023) destaca la higiene de manos como práctica fundamental para prevenir infecciones. Los resultados muestran una cultura de seguridad fragmentada, donde el cumplimiento depende de la percepción de riesgo, coincidiendo con lo señalado por Villáman et al. (2023) sobre la necesidad de capacitación continua.

- **Satisfacción usuaria y calidad percibida.**

Las encuestas revelan alta satisfacción ($\geq 90\%$) en trato profesional, privacidad y funcionalidad de equipos, pero insatisfacción con la lencería hospitalaria (81.66%) y alimentación (90%). Los autores George y colegas (2022) señalan que la calidad en salud integra dimensiones técnicas (eficacia) y funcionales (empatía). Los resultados del HBYM muestran fortalezas en lo relacional (trato) pero debilidades en lo tangible (infraestructura y servicios complementarios), alineándose con estudios ecuatorianos como el de Bustamante y colaboradores (2022).

- **Eventos adversos y cultura de reporte.**

Los hallazgos muestran que se reportaron seis eventos adversos en 2024, principalmente relacionados con medicación. La notificación fue limitada, pero el análisis de casos permitió implementar acciones correctivas. En relación Meléndez y su equipo (2020) resaltan que una cultura no punitiva fomenta el reporte de errores. El HBYM avanza en este aspecto, pero requiere fortalecer la sistematización, tal como propone el manual del MSP (2021).

En resumen, los resultados revelan una discordancia crítica entre la infraestructura envejecida (47 años) del HBYM y los estándares de calidad exigidos, limitando su capacidad para garantizar atención segura y oportuna. Asimismo, las auditorías

evidencian que la falta de capacitación en registros clínicos persiste como un problema estructural, afectando la continuidad de la atención. En cuanto a la cultura de seguridad, se observa una adherencia selectiva a prácticas clave, como la higiene de manos, lo que refleja la necesidad de intervenciones focalizadas, tal como señala Zuleta y colegas (2024). En conjunto, los resultados confirman que el HBYM enfrenta desafíos prioritarios en estructura y procesos, aunque con avances parciales en SP. Esta situación coincide con lo reportado por Martínez (2022) en contextos similares, donde la insuficiente inversión en equipos y capacitación obstaculiza la mejora continua. Por tanto, la propuesta de transformación deberá priorizar estas áreas críticas para alinear la gestión hospitalaria con los estándares nacionales e internacionales, asegurando una atención centrada en la calidad y SP.

Capítulo 4: Propuesta de transformación.

A partir de la discusión de los resultados obtenidos en la investigación, y mediante el análisis integrador de las conclusiones derivadas tanto de la información empírica recopilada como del marco teórico referencial, se devela y justifica la necesidad de una propuesta de transformación orientada a contribuir efectivamente a la solución del problema científico planteado. Los hallazgos de la investigación, clasificados como resultados propositivos, desde el punto de vista teórico permiten enriquecer y perfeccionar el cuerpo conceptual y metodológico existente en torno a la GC y SP; mientras que desde el punto de vista práctico apuntan a la aplicación concreta de estrategias innovadoras en el contexto del Hospital Básico Yerovi Mackuart. Esta articulación entre lo teórico y lo práctico sustenta la pertinencia y factibilidad de la propuesta, consolidándola como un instrumento válido para transformar aspectos críticos de la realidad institucional estudiada y promover una atención sanitaria más segura, eficiente y centrada en el paciente.

3.1 Fundamentación de propuesta de transformación.

A partir del análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la investigación, se identificaron deficiencias significativas en la GC y SP en el Hospital Básico Yerovi Mackuart (HBYM), lo que justifica la necesidad de una propuesta de transformación fundamentada teóricamente. Esta propuesta se sustenta en los lineamientos internacionales establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en las normativas del Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador, que promueven una atención centrada en el paciente, segura, eficiente y basada en evidencia científica. Los fundamentos teóricos que respaldan la propuesta incluyen conceptos claves como la calidad en salud, la GC, la SP y la atención sanitaria centrada en el usuario. Estas teorías han sido reelaboradas y contextualizadas en función de las particularidades institucionales del HBYM, modificando su aplicación tradicional para adecuarlas a las limitaciones estructurales, organizativas y operativas detectadas durante el diagnóstico situacional. Si bien la literatura refiere la importancia del liderazgo y trabajo en equipo interdisciplinario como ejes transversales de la calidad, en esta propuesta se prioriza su implementación mediante estrategias adaptadas a la realidad local, con énfasis en la capacitación continua del personal y la creación de comités internos de calidad.

Asimismo, desde el enfoque metodológico, se incorpora un modelo mixto de investigación (cuantitativo-cualitativo) que permite integrar tanto indicadores objetivos derivados de auditorías y registros hospitalarios, como percepciones subjetivas de usuarios y profesionales de la salud. Este enfoque fortalece la validez y confiabilidad de la propuesta, permitiendo construir un sistema de gestión integral, sostenible y ajustado a las necesidades reales del hospital.

La contribución del investigador al campo teórico se manifiesta en la articulación de nuevas representaciones sobre cómo implementar sistemas de calidad y seguridad en contextos con recursos limitados, proponiendo una ruta innovadora que combina buenas prácticas internacionales con soluciones locales viables. De esta forma, la propuesta no solo responde al objetivo general de mejorar la atención sanitaria en el HBYM, sino que también amplía el conocimiento existente en la gestión hospitalaria en entornos similares, posicionándose como un referente aplicable y adaptable a otras instituciones del país.

3.2 Estructura de la propuesta de transformación.

El presente documento tiene como finalidad presentar una Propuesta de Transformación orientada a la mejora integral del PGCSP en el HBYM. La propuesta surge como respuesta a las deficiencias detectadas durante un diagnóstico institucional previo, relacionado con infraestructura, equipamiento biomédico, percepción de usuarios, capacitación del personal y documentación clínica. La misma se sustenta en estándares nacionales e internacionales de calidad sanitaria y busca sentar las bases para un Plan de Calidad institucional actualizado y efectivo, cuya implementación permita elevar los niveles de satisfacción de los pacientes y optimizar los procesos asistenciales.

Objetivo General.

Fortalecer el sistema de GC y SP en el HBYM mediante acciones estratégicas, innovadoras y sostenibles que permitan optimizar la infraestructura, modernizar el equipamiento, mejora la percepción de los usuarios y la promoción de prácticas seguras, en concordancia con los estándares nacionales e internacionales vigentes.

Objetivos Específicos.

- Diagnosticar el estado actual del sistema de GC y SP en el HBYM.
- Identificar áreas críticas de mejora en infraestructura, equipamiento, procesos clínicos y percepción usuaria.

- Proponer acciones estratégicas para fortalecer la GC, enfocadas en la modernización de equipos, rehabilitación de espacios y mejora de procesos.
- Establecer estrategias de capacitación continua del talento humano en calidad y SP.
- Diseñar un sistema de monitoreo y evaluación de indicadores clave de desempeño (KPIs).
- Elaborar un plan de acción participativo que involucre a usuarios, personal médico y administrativo (Anexo 3).

Fases de organización de la propuesta

La propuesta se organiza en cuatro fases que responden a necesidades detectadas en el diagnóstico situacional:

1. Fase I: Diagnóstico Situacional Revisado priorizando áreas críticas

Tabla 16 Resumen de actividades del diagnóstico situacional del HBYM

Actividad	Responsable	Recursos
Actualización del diagnóstico institucional con datos recientes (enero-marzo 2025).	Coordinador de calidad	Registros hospitalarios, encuestas, matrices de equipo.
Análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción de usuarios y personal.	Equipo de Calidad	Encuestas aplicadas (anexo 1,4)
Evaluación detallada del estado físico y funcional de equipos biomédicos (matriz adjunta).	Técnico Biomédico	Matrices de equipos (anexo 2)
Identificación de áreas críticas con mayor incidencia de errores clínicos o insatisfacción usuaria.	Comité de Calidad	Informes técnicos, auditorías

Fuente: Elaborado por el autor

2. Fase II: Intervención Técnica y Logística

Tabla 17 Acciones y recursos para la intervención técnica y logística en el HBYM

Acción	Descripción	Recursos Estimados
Modernización del equipamiento	Priorizar la reposición de equipos obsoletos o dañados, especialmente en áreas críticas (urgencias, pediatría, obstetricia).	USD 25000 aprox.
Mejoras en infraestructura física:	Rehabilitación de espacios deteriorados, señalización clara, accesibilidad universal y condiciones higiénicas óptimas.	USD 15000 aprox.

Fuente: Elaborado por el autor

3. Fase III: Capacitación y Desarrollo del Talento Humano

Tabla 18 Programa de formación continua del Talento Humano del HBYM

Tema	Público objetivo	Duración	Frecuencia
GC ISO 9001	Personal médico y administrativo	8 horas	Trimestral
SP (OMS)	Médicos, enfermeras, técnicos	6 horas	Semestral
Manejo adecuado de equipos biomédicos	Técnicos y médicos	4 horas	Anual
Comunicación efectiva con pacientes	Personal de atención directa	4 horas	Semestral

Fuente: Elaborado por el autor

4. Fase IV: Implementación y Evaluación del Nuevo Plan de Calidad

1. Elaboración del Plan de Calidad HBYM 2025, ajustado a las necesidades reales del hospital.
2. Definición de indicadores clave de desempeño (KPIs):

Tabla 19 Indicadores claves de desempeño

Indicador (KPI)	Meta	Fuente de datos	Frecuencia de medición
% de equipos en funcionamiento	$\geq 95\%$	Matriz de equipos	Mensual
Tiempo promedio de espera en emergencias	≤ 30 minutos	Registros de triaje	Mensual
Índice de satisfacción del usuario	$\geq 85\%$	Encuestas semestrales	Mensual
Número de eventos adversos reportados	≤ 2 /mes	Sistema de notificación	Mensual

Fuente: Elaborado por el autor

3. Sistema de monitoreo trimestral y evaluación anual.
4. Incorporación de comités internos de calidad multidisciplinarios con representación de todos los niveles de atención.

Fundamentación Teórico-Conceptual y Referencial de la propuesta.

La propuesta de transformación se sustenta en los siguientes fundamentos teóricos y normativos:

- Modelo de Calidad Total (Deming, Juran, Crosby): Enfocado en la mejora continua, liderazgo comprometido y enfoque en el cliente interno y externo.

- Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre SP: Promueve prácticas seguras, comunicación efectiva y cultura de no culpabilidad.
- Manual de Gestión de la Calidad para Establecimientos de Salud (Acuerdo Ministerial 0031-2021, MSP Ecuador): Lineamientos obligatorios para hospitales en materia de GC.
- Enfoque basado en procesos y riesgos: Identificación, análisis y mitigación de riesgos en cada área crítica del hospital.
- Teoría de cambio organizacional: Facilitar la adopción de nuevas prácticas mediante capacitación, involucramiento y liderazgo transformacional.

Normativa de Apoyo.

- Acuerdo Ministerial 0031-2021 – MSP Ecuador
- Paquetes de SP de la OMS
- Guías de Auditoría Clínica del MSP
- ISO 9001 – Sistemas de GC

3.3 Valoración/ evaluación / validación de la propuesta de transformación

La propuesta se alinea directamente con el objetivo general de la investigación y responde a los hallazgos diagnósticos obtenidos mediante revisión documental, encuestas y observación directa. Las modificaciones propuestas son viables dentro del contexto del HBYM.

a) Pertinencia

La propuesta responde a necesidades reales detectadas en el diagnóstico, tales como:

- Equipamiento obsoleto o en mal estado
- Infraestructura deteriorada
- Baja percepción de calidad por parte de los usuarios
- Falta de capacitación formal en SP

b) Validez

Los componentes propuestos cumplen su función dentro del marco de la mejora continua y la SP, respaldados por normativas nacionales e internacionales.

c) Factibilidad

La propuesta es viable desde el punto de vista técnico, humano y financiero, considerando:

- Recursos disponibles
- Participación activa del personal
- Asignación gradual de fondos

d) Aplicabilidad

Es fácilmente aplicable en otros establecimientos similares del país, especialmente en zonas rurales con recursos limitados.

e) Generalización

La metodología puede ser replicada en otros centros de salud tipo A y puestos de salud de la región amazónica.

f) Novedad y Originalidad

La propuesta introduce un modelo mixto de evaluación y mejora, combinando estándares internacionales con soluciones locales innovadoras, enfocándose especialmente en la participación del personal y usuarios.

CONCLUSIONES

El estudio concluye destacando, en primer lugar, la importancia de la revisión del marco teórico y normativo que permitió establecer las bases conceptuales y metodológicas de la GC y la seguridad del paciente SP. Esta revisión, no solo hizo posible consolidar un marco sólido para definir la GC en sus dimensiones de estructura, proceso y resultado, y la SP como la ausencia de daños prevenibles, sino que teórico fue crucial para guiar el diagnóstico situacional, permitiendo identificar las áreas críticas de intervención, y para el diseño de una propuesta de transformación coherente y basada en evidencia.

Para ello el estudio se apoyó en los lineamientos establecidos por la OMS y en teorías y metodologías relacionadas con la GC y SP, que enfatizan la implementación de intervenciones seguras, el manejo coordinado de la información y una comunicación efectiva entre el personal sanitario. La investigación se alinea con el propósito de la cobertura sanitaria universal, buscando garantizar que todas las personas accedan a atención de alta calidad sin dificultades económicas, reconociendo que la efectividad de los servicios es clave para lograr mejoras reales en los resultados de salud

La mención del "Manual de Gestión de la Calidad de la Atención en los Establecimientos de Salud" del MSP de Ecuador (2021) subraya la pertinencia del estudio en el contexto nacional, validando la necesidad de alinear las prácticas del HBYM con las normativas vigentes. Además, la integración de principios de calidad como eficacia, seguridad, orientación a las personas, oportunidad, equidad, integración y eficiencia demuestra una comprensión holística del concepto de calidad asistencial, superando una visión meramente técnica. El enfoque mixto, empleado en la investigación permitió triangular los datos lo que enriqueció la validez de los hallazgos, al contrastar indicadores medibles con percepciones de satisfacción, proporcionando una visión integral y coherente del objeto de estudio. De esta forma se intentó dotar de robustez metodológica, fundamental para la lograr la credibilidad y replicabilidad del plan propuesto.

Como segunda conclusión se subraya que el diagnóstico situacional permitió realizar una caracterización detallada del estado actual del sistema de gestión de calidad y

seguridad del paciente en el del HBYM. Los resultados revelaron deficiencias estructurales y operativas significativas. En específico relacionadas con problemas en infraestructura, obsolescencia de equipamiento biomédico, baja adherencia a protocolos y niveles de insatisfacción en servicios complementarios, lo que justifica e impulsa la necesidad de intervenciones urgentes.

El estudio documentó un deterioro notable en la infraestructura física (hospital con 47 años de antigüedad) y una obsolescencia crítica en el equipamiento biomédico, lo que directamente afecta la capacidad del hospital para ofrecer una atención segura y oportuna. Esta situación no solo impacta negativamente en la eficacia y seguridad de los procedimientos, sino que también son un factor clave en la insatisfacción de los usuarios. A pesar de esto la funcionalidad de los equipos médicos es valorada positivamente por los usuarios en la encuesta, lo que contrasta con la "obsolescencia tecnológica de los equipos médicos" y el hecho de que "gran parte del equipamiento supera su vida útil o presenta condiciones operativas inadecuadas", lo que sugiere una posible disonancia entre la percepción del usuario y la realidad del estado técnico, o bien, que los usuarios valoran el hecho de que, a pesar de las limitaciones, los equipos funcionales se utilizan eficazmente. Los usuarios mostraron insatisfacción con servicios clave como la alimentación y la lencería hospitalaria, y se detectaron incumplimientos en protocolos de higiene y manejo de incidentes, así como una baja adherencia a prácticas críticas como la higiene de manos y la notificación de EA. La baja adherencia a prácticas críticas, como la higiene de manos y la notificación de EA, es un indicador preocupante de una cultura de seguridad aún en desarrollo. La tasa de insatisfacción interna, inferior al 84%, en las encuestas internas del hospital confirma la necesidad imperante de un plan de mejora específico. Esta caracterización detallada no solo identifico las problemáticas existentes, sino que proporciono una base solida y empírica para formular soluciones. La triangulación de los datos entre los resultados de la revisión documental, encuestas a pacientes y auditorías clínicas validó la necesidad urgente de una intervención, sino que también priorizó las áreas donde la propuesta de transformación debe enfocar sus esfuerzos para lograr un impacto real en la calidad asistencial.

Finalmente, la tercera conclusión resalta es viable, pertinente y aplicable la propuesta de transformación del plan de GC y SP, ofreciendo un modelo integral para la mejora continua de la atención sanitaria en el HBYM. Se anticipa que su implementación contribuirá a una atención más eficaz, segura y centrada en el paciente, siendo replicable en otros contextos hospitalarios con recursos limitados. La propuesta se estructura en fases claramente definidas: diagnóstico continuo, modernización tecnológica, capacitación permanente del personal, implementación de indicadores de desempeño y participación activa de todos los actores involucrados. Se abordan las deficiencias identificadas, como la infraestructura envejecida y la obsolescencia de equipos, sugiriendo una inversión en rehabilitación y modernización. La propuesta no se limita a soluciones técnicas, sino que enfatiza el fortalecimiento de la cultura de seguridad, promoviendo la notificación de EA sin temor a represalias y utilizando estos reportes como oportunidades de aprendizaje. Esto refleja un enfoque proactivo hacia la prevención y mejora continua, en lugar de un modelo punitivo.

La inclusión de acciones para la optimización de servicios complementarios, como la alimentación y la lencería hospitalaria, mediante la recolección y análisis sistemático de la retroalimentación del paciente, demuestra una clara orientación hacia la mejora de la experiencia del usuario y una atención centrada en el paciente. La capacitación continua del personal y la creación de comités internos de calidad multidisciplinarios son elementos clave para asegurar la sostenibilidad del plan y fomentar un liderazgo comprometido. La propuesta integra modelos de calidad total, el marco de SP de la OMS, y normativas ecuatorianas, lo que le confiere una sólida fundamentación. Su pertinencia, validez, factibilidad y aplicabilidad la convierten en un instrumento transformador. La capacidad de replicación en hospitales rurales con recursos limitados es un valor añadido significativo, ya que permite extender los beneficios de una atención de calidad y segura a poblaciones que a menudo enfrentan mayores desafíos en el acceso a servicios de salud. Finalmente, la propuesta introduce un modelo mixto de evaluación y mejora, combinando estándares internacionales con soluciones locales innovadoras, lo que resalta su novedad y originalidad. Esto es vital para asegurar una atención sanitaria que responda a las expectativas de los usuarios y a los estándares

internacionales, promoviendo una mejora continua y sostenible en la calidad asistencial del Hospital Básico Yerovi Mackuart.

RECOMENDACIONES

- **Desde el Punto de Vista Metodológico:** se recomienda la implementación de estudios longitudinales que permitan evaluar el impacto a largo plazo de las intervenciones propuestas en GC y SP. Esto implicaría un seguimiento continuo de los indicadores de desempeño (KPIs) y la satisfacción del usuario a lo largo del tiempo para medir la sostenibilidad de las mejoras. Instituir la aplicación obligatoria y regular de metodologías de análisis para todos los eventos adversos (EA. Esto permitiría identificar no solo los factores inmediatos, sino también las causas subyacentes y sistémicas que contribuyen a la ocurrencia de incidentes, facilitando así la implementación de medidas correctivas y preventivas más efectivas. Fomentar la investigación y desarrollo de modelos de GC y SP que sean específicamente adaptables a las realidades y limitaciones de hospitales rurales o con recursos limitados. Incorporar instrumentos validados para la evaluación periódica de la cultura de seguridad del paciente entre todo el personal. Los resultados de estas evaluaciones deben guiar la creación de programas de intervención específicos que refuercen la comunicación abierta, el reporte sin temor a represalias y el aprendizaje organizacional.
- **Desde el Punto de Vista Académico:** se recomienda promover futuras investigaciones que exploren la influencia del liderazgo transformacional en las prácticas de seguridad, el costo-beneficio de la incorporación de nuevas tecnologías en la GC, y el rol de aspectos intangibles como la comunicación empática y el trato humanizado en la experiencia y satisfacción del paciente. Establecer alianzas con instituciones académicas para integrar módulos obligatorios sobre GC y SP en los programas de pregrado y posgrado de ciencias de la salud, asegurando que los futuros profesionales adquieran competencias sólidas en estas áreas antes de su inserción laboral. Fomentar la publicación de los resultados y las lecciones aprendidas de este plan de mejora en revistas académicas y congresos especializados. Esto no solo enriquecerá el corpus de conocimiento existente, sino que también servirá como un recurso valioso para otros centros de salud que enfrentan desafíos similares.

- **Recomendaciones Prácticas:** Es imperativo priorizar un plan de renovación progresiva para el equipamiento biomédico obsoleto, especialmente en áreas críticas. La implementación de un programa de mantenimiento preventivo y correctivo robusto es esencial para asegurar el funcionamiento óptimo y la seguridad de los equipos existentes. Desarrollar e implementar programas de formación regulares y especializados en SP, manejo adecuado de equipos médicos y aplicación de buenas prácticas clínicas dirigidos a todo el personal sanitario, incluyendo médicos, enfermeras, técnicos y personal de apoyo. Esto debe incluir talleres prácticos sobre higiene de manos, manejo de medicamentos de alto riesgo y notificación de EA. Implementar un sistema estructurado para recolectar, analizar y actuar sobre la retroalimentación periódica de los pacientes, especialmente en relación con la alimentación y la lencería hospitalaria. Crear un comité multidisciplinario que revise estas sugerencias y proponga soluciones concretas para elevar la satisfacción y mejorar la experiencia general del paciente durante su estadía. Promover activamente una cultura organizacional donde los profesionales se sientan seguros y empoderados para reportar EA sin temor a represalias. Establecer un sistema de notificación de incidentes anónimo y fácil de usar, y utilizar estos reportes como oportunidades de aprendizaje para prevenir futuras ocurrencias, en lugar de como herramientas punitivas. Destinar recursos para la rehabilitación y modernización de la infraestructura física del hospital, dado sus 47 años de antigüedad. Esto incluye mejoras en las áreas de hospitalización, consulta externa y servicios de apoyo, con el objetivo de crear un entorno más seguro, funcional y confortable tanto para pacientes como para el personal. Desarrollar un cuadro de mando integral con indicadores clave de desempeño (KPIs) para monitorear de forma continua y sistemática la calidad y SP. Realizar auditorías internas periódicas para evaluar el cumplimiento de protocolos y estándares de calidad, utilizando los resultados para ajustar las estrategias de mejora.
-

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón Díaz, N., Alarcón Díaz, O., Alarcón Díaz, J. D., & Alarcón Díaz, D. S. (2023). Gestión por procesos en las entidades públicas, una revisión literaria. *PODIUM*, 44, 103–118. <https://doi.org/10.31095/podium.2023.44.7>
- Alvarez, F. (2015). *Calidad y auditoría en salud*. Bogotá, Colombia.
- Arguello, A. M., Monar, M. M., Argüello, V. J., & Chávez, E. M. (2020). EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL BÁSICO DE GUARANDA DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. *Revista de Investigación Enlace Universitario*, 19(2), 94–107. <https://doi.org/10.33789/enlace.19.2.77>
- Arias, F. G. (2012). *El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica (6a Edición)* (Issue July 2012). Editorial Episteme.
- Ayllaucan, M. del R. (2023). *Gestión de la calidad y seguridad del paciente en una entidad pública de salud, Callao 2023*.
- Baena, G. (2017). *Metodología de la investigación*. Grupo Editorial Patria.
- Bustamante, M. A., Lapo, M. del C., & Tello, M. G. (2022). Modelamiento estructural de la calidad de servicio en atención primaria de salud del Guayas, Ecuador. *Información Tecnológica*, 33(4), 171–180. <https://doi.org/10.4067/S0718-07642022000400171>
- Campos Chango, J. C. (2024). *Plan de evaluación de la calidad y seguridad del paciente del Centro de Salud Nivel A, parroquia Tambillo, cantón Mejía, Pichincha*. <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/16207>
- Castillo, L. M., Delgado, G. S., Briones, B. M., & Santana, M. E. (2023). La gestión de la calidad de cuidados en enfermería y la seguridad del paciente / Quality management in nursing care and patient safety. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de La Salud*, 7(13), 40–49. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1428997>
- Cueva Luza, T., Jara Córdova, O., Arias Gonzáles, J. L., Flores Limo, F. A., & Balmaceda Flores, C. A. (2023). *Métodos mixtos de investigación para principiantes*. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi

- Perú. <https://doi.org/10.35622/inudi.b.106>
- Fariño, J., Cercado, A., Vera, E., Valle, J., & Ocaña, A. (2018). Satisfacción de los usuarios y la calidad de atención que se brinda en las unidades operativas de atención primaria de salud. *Revista Espacios*, 39(32), 22. <https://www.revistaespacios.com/a18v39n32/a18v39n32p22.pdf>
- Febré, N., Mondaca-Gómez, K., Méndez-Celis, P., Badilla-Morales, V., Soto-Parada, P., Ivanovic, P., Reynaldos, K., & Canales, M. (2018). CALIDAD EN ENFERMERÍA: SU GESTIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y MEDICIÓN. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 278–287. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2018.04.008>
- George Quintero, R. S., Gámez Toirac, Y., & Mattos Laffita, D. (2022). Aspectos fundamentales de la calidad en los servicios de salud. *Revista de Información Científica Para La Dirección En Salud. INFODIR*, 37. <https://portal.amelica.org/ameli/journal/445/4452933032/>
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2000). *Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System. National Academies Press (US). Kakemam.*
- Jiménez, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública*.
- Martinez, C., & Estada, C. (2015). Percepción de la calidad y la importancia de sus componentes en la formación universitaria de kinesiología. *Rev Edu Méd Sup*. <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/475/269>
- Martínez Miranda, A. P. (2022). *Plan de gestión de la calidad y seguridad del paciente del Hospital Básico Clínica Jerusalén ciudad de Quito*. <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/14166>
- Mejías, Y. (2019). Consideraciones para una definición de calidad desde un enfoque salubrista. *INFODIR*, 30. <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/624>
- Meléndez Mogollón, C., Macias Maroto, M., & Alvarez González, A. R. (2020). Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000200009

- Ministerio de Salud Pública. (2021). *Gestión de la calidad de la atención en los establecimientos de salud. Manual*. Quito: Dirección Nacional de Normatización. <http://salud.qob.ec>
- Moncada, G., Córdova, C., Vera-Vega, R., Osses-Mendez, Y., & Casanova, R. (2021). Experiencia en la implementación de sistemas de gestión de calidad para la atención odontológica en un centro docente asistencial universitario. *International Journal of Interdisciplinary Dentistry*, 14(1), 11–16. <https://doi.org/10.4067/S2452-55882021000100011>
- Morales, L., & García, J. (2019). Calidad percibida en el servicio del sistema público de salud de Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 21(1), 128–134. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n1.83138>
- Moreno, F. E., & Cuello, F. (2024). *Implementación de estrategias del programa de seguridad del paciente, con enfoque en el mejoramiento continuo de la calidad, en la ESE Hospital San Rafael del municipio de Santo Domingo, Antioquia. 2024*. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/43203>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Seguridad del paciente. 59ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Punto 11.16 del orden del día provisional. A59/22*.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Servicios sanitarios de calidad. Servicios Sanitarios de Calidad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, September 11). *Seguridad del paciente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Calidad de la atención*. Calidad de La Atención. https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
- Pallango Espin, B. O., Fiallos Mayorga, T. J., Céspedes Cueva, J. C., & Tapia Tapia, N. H. (2022). Eventos adversos relacionados con procedimientos quirúrgicos. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 3(3), 39–52. <https://doi.org/10.51798/sijis.v3i2.393>
- Pimienta, J. H., & de la Orden, A. (2017). *Metodología de la Investigación*. Pearson Educación.
- Rodríguez, R., & Losardo, R. (2018). Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y

el estudio IBEAS. *Revista de La Asociación Médica Argentina*, 131(4), 25–30.
https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf

- Saturno, P., Poblano, O., & Flores, S. (2019). Indicadores de calidad de la atención a neonatos con patologías seleccionadas: estudio piloto. *Rev Sal Pub Mex*.
- Varo, J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios*.
- Villáman, R., Silva, D., & Infante, A. (2023). Comparación de modelos de aseguramiento de la calidad: el proceso de acreditación sanitario chileno con el modelo de excelencia 2000 de la fundación europea para la gestión de la calidad. *South Florida Journal of Development*, 4(7), 2624–2636.
<https://doi.org/10.46932/sfjdv4n7-003>
- Zapata, A. (2015). *Ciclo de la Calidad PHVA (Primera ed.)*. Comité editorial de la Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Zuleta González, L., Silva Jiménez, D., & Infante Peñafiel, A. (2024). Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente: Una Revisión Narrativa. *Gestión de Las Personas y Tecnología*, 17(50), 1. <https://doi.org/10.35588/2qp8yt25>

ANEXOS

Anexo 1 Encuesta de Satisfacción de usuarios del Servicio de Salud en el HBYM

Encuesta de Satisfacción del Servicio de Salud en el HBYM

Introducción

El presente cuestionario tiene como objetivo recoger la opinión y percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios brindados por el HBYM. La información obtenida será utilizada para identificar áreas de mejora y fortalecer los procesos de gestión de calidad y seguridad del paciente.

Datos Generales del Paciente (Opcional):

- Nombre: _____
- Edad: _____ años
- Área de hospitalización: _____
- Fecha de ingreso: _____
- Dieta asignada: () Normal () Especial () Otro: _____

Evaluación del Servicio de Salud

Por favor, marque con una X en la casilla correspondiente según su nivel de acuerdo o satisfacción:

Ítem	Pregunta	Excelente	Buen o	Regula r	Mal o	Muy malo
1	¿Cómo calificaría a los medios (teléfono, página web, ventanilla de atención al usuario, etc.) por los cuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ítem	Pregunta	Excelente	Buen o	Regula r	Mal o	Muy malo
	se informó sobre los servicios que brinda el establecimiento de salud?					
2	¿Qué tan satisfecho se encuentra con el tiempo que le tomó recibir la atención médica desde que se encuentra en el establecimiento de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Cómo calificaría las instalaciones del establecimiento de salud? (limpieza, paredes, techos, pisos, accesos para personas con discapacidad, puertas, escaleras, ascensor, baterías sanitarias, servicios básicos, entre otros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ítem	Pregunta	Excelente	Buen o	Regula r	Mal o	Muy malo
4	¿Qué tan satisfecho se encuentra con la presencia de señalética (rótulos de direccionamiento y ubicación) del establecimiento de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Cómo calificaría el estado y disponibilidad del mobiliario del establecimiento de salud como, por ejemplo: camillas, sillas, bancas, escritorios, carpas, basureros, dispensadores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Qué tan satisfecho se encuentra con la funcionalidad de los equipos médicos durante su atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ítem	Pregunta	Excelente	Buen o	Regula r	Mal o	Muy malo
7	¿Cómo calificaría la atención recibida por el Profesional de la Salud en relación al buen trato, amabilidad, respeto, y la entrega de información clara del estado de salud al usuario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	¿Qué tan satisfecho se encuentra con la privacidad con la que le atendió el personal de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿Cómo calificaría al servicio de alimentación durante su estancia hospitalaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	¿Qué tan satisfecho se encuentra con la calidad de la lencería hospitalaria (sábanas, toallas,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ítem	Pregunta	Excelente	Buen o	Regula r	Mal o	Muy malo
	almohadas) durante su estadía?					
<hr/>						
<hr/>						

Datos del Aplicador

- Nombre completo: _____
- Cargo: _____
- Firma: _____
- Fecha: ____ / ____ / ____

Notas Adicionales:

- Se recomienda aplicar esta encuesta mensualmente a una muestra representativa de pacientes hospitalizados.
- El tamaño de la muestra puede ser de 10 a 30 encuestas por mes, distribuidas proporcionalmente en las áreas de hospitalización.
- Las respuestas deben ser registradas en una base de datos para análisis cuantitativo y cualitativo.
- Los comentarios abiertos deberán ser analizados por el Comité de Calidad del hospital para generar planes de acción concretos.

Anexo 3 Plan de acción de mejora de satisfacción de los servicios

Instancia responsable del servicio: HOSPITAL BÁSICO YEROVI MACKUART
 Nombre del servicio: Gestión de la calidad
 Fecha de elaboración: 45697
 Líder del plan de mejora (nombre y cargo):
 Responsable de Calidad
 Responsable de Nutrición y Dietética
 Responsable de Gestión de Enfermería
 Responsable de Lavandería

PLAN DE ACCIÓN DE MEJORA DE SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS

(En actualización de la DPSMCCO)
 Código Formato:
 Versión: 1,0

PLAN DE MEJORA INSTITUCIONAL
 CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN

Problema (Detalle el problema que busca solucionar)	Acción de mejora	Alcance de aplicación de la mejora	Actividades principales a ejecutar	Responsable de la mejora (¿Quién es responsable de ejecutar la acción)	Tiempo de implementación	Fecha inicio	Fecha fin	Medios de verificación	Estado	Observaciones
---	------------------	------------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------	--------------	-----------	------------------------	--------	---------------

	Buscar la causa que afecta la atención del servicio de alimentación	Formular las encuestas para buscar la causa de la insatisfacción del servicio de alimentación durante su estancia hospitalaria	Aplicar encuestas a los usuarios hospitalizados en los diferentes servicios sobre el servicio de alimentación	Responsable de Calidad Responsable de Nutrición y Dietética	1 mes	Feb	Mar	Encuesta-Informe	Planificada	La encuesta se realiza de Lunes a Viernes
Nivel de satisfacción insuficiente en pregunta 12. ¿Cómo calificaría al servicio de alimentación durante su estadía hospitalaria?	Diversificación y personalización del menú	Ofrecer menús más variados que incluyan opciones adecuadas para diferentes tipos de pacientes (dietas)	Introducir menús que puedan ser fácilmente modificados en función de las necesidades nutricionales cada paciente.	Responsable de Nutrición y Dietética	1 mes	Feb	Mar	Informe	Planificada	Plan de Nutrición semanal
		Garantizar que los alimentos sean servidos a la temperatura adecuada para maximizar su sabor y seguridad alimentaria.	Utilizar equipos adecuados para mantener los alimentos a la temperatura correcta durante su transporte y distribución	Responsable de Calidad Responsable de Nutrición y Dietética						

<p>Nivel de satisfacción insuficiente en pregunta 13, ¿Qué tan satisfecho se encuentra con la calidad de la lencería hospitalaria (sábanas, toallas, almohadas) durante su estadía?</p>	<p>Generar una encuesta de satisfacción del área evaluada</p>	<p>Realizar un inventario de lencería hospitalaria disponible.</p>	<p>Responsable de Gestión de Enfermería Responsable de Lavandería</p>	<p>2 meses</p>	<p>Feb</p>	<p>Mar</p>	<p>Inventario físico</p>	<p>Planificada</p>	<p>Prendas en mal estado hospitalarias.</p>
<p>Se centrará en el servicio de lavandería del hospital, incluyendo los procesos de recolección, almacenamiento y distribución.</p>	<p>Supervisión en las áreas de lavandería y distribución.</p>	<p>Responsable de Calidad</p>	<p>2 a 4 semanas</p>	<p>Feb</p>	<p>Mar</p>	<p>Informe</p>	<p>Planificada</p>	<p>La encuesta se realiza de Lunes a Viernes</p>	

Anexo 4 Encuesta de satisfacción del servicio de alimentación hospitalaria

Hospital: Hospital Básico Yerovi Mackuart

Área: Servicio de Alimentación

Fecha de aplicación: _____

Aplicador: _____

Datos Generales del Paciente (Opcional):

- Nombre: _____
- Edad: _____ años
- Área de hospitalización: _____
- Fecha de ingreso: _____
- Dieta asignada: () Normal () Especial () Otro: _____

2.1 Evaluación del Servicio de Alimentación

Por favor, marque con una X en la casilla correspondiente según su nivel de acuerdo o satisfacción:

Ítem	Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	La presentación del menú me parece correcta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	La calidad de la comida es buena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	La preparación y el sabor de los alimentos me agrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ítem	Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
4	La temperatura de los platos es la idónea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Estoy de acuerdo con los horarios en que se sirve mi alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	La vajilla en que se sirve mi alimentación está limpia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Existe variedad en la alimentación durante mi estadía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	En general estoy satisfecho con el servicio de cocina del hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.1 Comentarios y Recomendaciones

9. ¿Qué recomendaciones daría usted para mejorar el servicio de alimentación?

4.1 Datos del Aplicador

- Nombre completo: _____
 - Cargo: _____
 - Firma: _____
 - Fecha: ____ / ____ / ____
-

Notas Adicionales:

- Se recomienda aplicar esta encuesta mensualmente a una muestra representativa de pacientes hospitalizados.
- El tamaño de la muestra puede ser de 10 a 30 encuestas por mes, distribuidas proporcionalmente en las áreas de hospitalización.
- Las respuestas deben ser registradas en una base de datos para análisis cuantitativo y cualitativo.
- Los comentarios abiertos deberán ser analizados por el Comité de Calidad y Nutrición del hospital para generar planes de acción concretos.