

# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



## FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

### MAESTRÍA EN GERENCIA DE INSTITUCIÓN SALUD

#### SEGUNDA COHORTE

---

TEMA: “LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE  
PATOLOGÍA Y SU INCIDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DEL  
CLIENTE INTERNO DEL HOSPITAL IESS AMBATO”.

---

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de  
Magíster en Gerencia de Instituciones de Salud

**Autora:** Licenciada, Martha Cecilia Granizo Castro

**Directora:** Ingeniera, María Dolores Guamán Guevara, Magister

Ambato - Ecuador

2017

## **A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias Administrativas**

El Tribunal receptor del Trabajo de Titulación presidido por el Ingeniero, Ramiro Patricio Carvajal Larenas, Doctor e integrado por los señores: Psicóloga, María Cristina Abril Freire, Magister; Ingeniero, Christian Andrés Barragán Ramírez, Magister; Ingeniero, Edwin Alberto Lara Flores, Magister, designados por la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias Administrativas de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Informe de Investigación con el tema: “LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA Y SU INCIDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO DEL HOSPITAL IESS AMBATO” elaborado y presentado por la señora Licenciada, Martha Cecilia Granizo Castro, para optar por el Grado Académico de Magister en Gerencia de Instituciones de Salud; una vez escuchada la defensa oral el Tribunal aprueba y remite el trabajo de titulación para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.



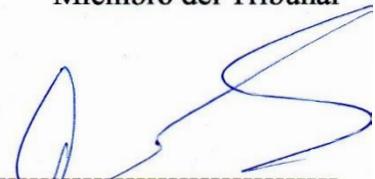
Ing. Ramiro Patricio Carvajal Larenas, Dr.  
Presidente y Miembro del Tribunal



Psic. María Cristina Abril Freire, Mg.  
Miembro del Tribunal



Ing. Christian Andrés Barragán Ramírez, MBA.  
Miembro del Tribunal



Ing. Edwin Alberto Lara Flores, Mg.  
Miembro del Tribunal

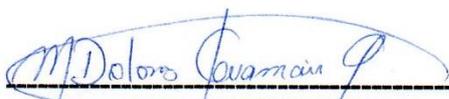
## AUTORÍA DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Titulación, presentado con el tema: “LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA Y SU INCIDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO DEL HOSPITAL IESS AMBATO” le corresponde exclusivamente a: Licenciada, Martha Cecilia Granizo Castro, Autora bajo la Dirección de la Ingeniera, María Dolores Guamán Guevara Mg. Directora del Trabajo de Titulación, y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.



Licenciada, Martha Cecilia Granizo Castro  
c.c. 1600416828

**AUTORA**



Ingeniera, María Dolores Guamán Guevara, Mg.  
c.c. 1802831691

**DIRECTORA**

## DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.



-----  
Licenciada, Martha Cecilia Granizo Castro  
c.c. 1600416828

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Portada .....	i
A la Unidad Académica .....	ii
Autoría del Informe de Investigación .....	iii
Derechos de Autor .....	iv
Índice General de Contenidos .....	v
Índice de Tablas .....	x
Índice de Figuras .....	xii
Agradecimiento .....	xiv
Dedicatoria .....	xv
Resumen Ejecutivo .....	xvi
Executive Summary .....	xvii
Introducción .....	1
CAPÍTULO I .....	3
EL PROBLEMA .....	3
1.1 Tema .....	3
1.2 Planteamiento del Problema .....	3
1.2.1 Contextualización .....	3
1.2.2 Contextualización Macro .....	3
1.2.3 Contextualización Meso .....	4
1.2.4 Contextualización Micro .....	7
1.2.5 Análisis Crítico .....	9
1.2.6 Prognosis .....	10
1.2.7 Formulación del Problema .....	11

1.2.8	Interrogantes de Investigación.....	11
1.2.9	Delimitación del Problema.....	11
1.3	Justificación .....	12
1.4	Objetivos.....	13
1.4.1	Objetivo General .....	13
1.4.2	Objetivos Específicos.....	13
CAPÍTULO II.....		14
MARCO TEÓRICO .....		14
2.1	Antecedentes Investigativos .....	14
2.2	Fundamentación Filosófica.....	16
2.3	Fundamentación Legal.....	17
2.4	Categorización de Variables .....	19
2.4.1	Desarrollo Conceptual de la Variable Independiente .....	21
2.4.1.1	Administración.....	21
2.4.1.1.1	Definición .....	21
2.4.1.1.2	Características .....	21
2.4.1.1.3	Importancia .....	22
2.4.1.1.4	Habilidades Administrativas.....	22
2.4.1.1.5	Las empresas como organizaciones sociales .....	23
2.4.1.2	Gestión Administrativa .....	24
2.4.1.2.2	Componentes de dirección.....	28
2.4.1.3	Gestión de Procedimientos .....	29
2.4.1.3.2	Estructura de un procedimiento .....	30
2.4.1.3.3	Tipos de procesos.....	31
2.4.1.3.3	La adaptación de los procesos .....	32
2.4.1.3.4	La gestión de procesos hospitalarios .....	32

2.4.1.3.5 Procedimiento de Patología .....	33
2.4.2 Desarrollo Conceptual de la Variable Dependiente.....	37
2.4.2.1 Satisfacción al Cliente .....	37
2.4.2.1.1 Definición .....	37
2.4.2.1.2 Importancia .....	38
2.4.2.1.3 Formas de lograr la satisfacción .....	38
2.4.2.1.4 La percepción de la satisfacción del cliente.....	39
2.4.2.1.5 Factores que afectan la percepción del cliente.....	39
2.4.2.1.6 Elementos que conforman la satisfacción del cliente .....	40
2.4.2.2 Servicio al Cliente.....	42
2.4.2.2.1 Definición .....	42
2.4.2.2.2 Fases del servicio al cliente .....	42
2.4.2.2.3 Reforzando el proceso de servicio al cliente.....	44
2.4.2.2.4 Tipos de clientes .....	45
2.4.2.3 Servicio .....	46
2.4.2.3.2 Características .....	46
2.4.2.3.3 Tipos de servicio .....	47
2.5 Hipótesis .....	47
2.6 Señalamiento de Variables.....	47
2.6.1 Variable Independiente .....	47
2.6.2 Variable Dependiente .....	47
CAPÍTULO III.....	48
METODOLOGÍA .....	48
3.1 Enfoque de la Investigación.....	48
3.2 Modalidad de la Investigación .....	48
3.2.1 Investigación de campo .....	48

3.2.2 Investigación bibliográfica documental.....	49
3.3 Nivel o Tipos de Investigación .....	49
3.3.1 Investigación exploratoria.....	49
3.3.2 Investigación descriptiva .....	49
3.3.3 Investigación correlacional .....	49
3.4 Población y Muestra .....	49
3.4.1 Población .....	50
3.5 Operacionalización de Variables .....	51
3.6 Plan de Recolección de la Información .....	53
3.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos .....	54
3.7.1.1 Validez y confiabilidad de los Instrumentos de Medición .....	55
3.7.1.2 Confiabilidad.....	55
3.8 Procesamiento y Análisis.....	57
CAPÍTULO IV .....	58
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	58
4.1 Análisis e Interpretación Encuesta Profesionales médicos IESS Ambato .....	58
4.2 Análisis e Interpretación Encuesta Personal de Patología IESS Ambato.....	69
4.3 Verificación de Hipótesis.....	79
CAPÍTULO V .....	85
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	85
5.1 Conclusiones.....	85
5.2 Recomendaciones .....	85
CAPÍTULO VI .....	85
PROPUESTA.....	87

6.1 Datos Informativos .....	87
6.2 Antecedentes de la Propuesta .....	87
6.3 Justificación .....	88
6.4 Objetivos .....	89
6.4.1 Objetivo General.....	89
6.4.2 Objetivos Específicos .....	89
6.5 Análisis de Factibilidad .....	89
6.6 Fundamentación Científico-Técnica.....	91
6.7 Modelo Operativo .....	111
6.8 Administración de la Propuesta .....	188
BIBLIOGRAFÍA .....	189
ANEXOS .....	193

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Estadística de exámenes Servicio de Patología H. IESS Ambato .....	8
Tabla 2 Procedimientos de Patología.....	34
Tabla 3 Población .....	50
Tabla 4 Variable Independiente: Gestión de Procedimientos.....	51
Tabla 5 Variable Dependiente .....	52
Tabla 6 Plan de Recolección de la Información .....	53
Tabla 7 Estadístico de Confiabilidad encuesta a profesionales médicos.....	55
Tabla 8 Estadístico de Confiabilidad encuesta a Personal Servicio de Patología .....	56
Tabla 9 Interpretación de los Niveles de Confiabilidad .....	56
Tabla 10 Disponibilidad de talento humano para cubrir demanda .....	58
Tabla 11 Atención inmediata.....	60
Tabla 12 Recursos necesarios .....	61
Tabla 13 Deficiencias en la gestión de servicios .....	62
Tabla 14 Procedimientos que incrementan tiempos de entrega informes.....	63
Tabla 15 Tiempo de entrega de muestras al Servicio de Patología .....	64
Tabla 16 Rechazo de muestras para diagnóstico .....	65
Tabla 17 Atención oportuna .....	66
Tabla 18 Tiempo de entrega de informes patológicos .....	67
Tabla 19 Nivel de satisfacción del servicio .....	68
Tabla 20 Tipo de gestión de procedimientos del Servicio de Patología.....	69
Tabla 21 Atención al cliente interno.....	70
Tabla 22 Recursos necesarios .....	71
Tabla 23 Guía de procedimientos técnicos .....	72
Tabla 24 Aplicación procedimientos para reducir tiempos de entrega de diagnósticos .	73
Tabla 25 Calidad de muestras quirúrgicas .....	74
Tabla 26 Frecuencia.....	75
Tabla 27 Calidad de atención al cliente .....	76
Tabla 28 Tiempo de entrega de informes patológicos .....	77
Tabla 29 Nivel de satisfacción del servicio entregado .....	78
Tabla 30 Respuestas Observadas .....	81
Tabla 31 Respuestas esperadas .....	81

Tabla 32 Cálculo del chi cuadrado .....	82
Tabla 33 Prueba de Hipótesis a través del Coeficiente de Correlación de Spearman ....	84
Tabla 34 Tipos de Benchmarking .....	94
Tabla 35 Simbología de Diagramas de Flujo.....	102
Tabla 36 Modelo Operativo .....	111
Tabla 37 Tabla para el control de la información.....	147
Tabla 38 Análisis y evaluación 80/20 detallada .....	153
Tabla 39 Análisis y evaluación por causas .....	154

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Árbol de Problemas .....	9
Figura 2: Categorización de la Variable Independiente.....	19
Figura 3: Categorización de la Variable Independiente.....	20
Figura 4: Proceso Administrativo .....	24
Figura 5: Proceso Administrativo según varios autores .....	25
Figura 6 Tipos de procesos .....	31
Figura 7 Niveles de satisfacción .....	41
Figura 8 Etapas del servicio al cliente .....	44
Figura 9 Talento humano cubre demanda de atención .....	58
Figura 10 Atención inmediata.....	60
Figura 11 Recursos necesarios.....	61
Figura 12 Deficiencias en la gestión de servicios .....	62
Figura 13 Procedimientos que incrementan tiempos de entrega informes .....	63
Figura 14 Tiempo de entrega de muestras al Servicio de Patología .....	64
Figura 15 Rechazo de muestras para diagnóstico .....	65
Figura 16 Atención oportuna .....	66
Figura 17 Tiempo de entrega de informes patológicos.....	67
Figura 18 Nivel de satisfacción del servicio .....	68
Figura 19 Tipo de gestión de procedimientos del Servicio de Patología.....	69
Figura 20 Atención al cliente interno .....	70
Figura 21 Recursos necesarios.....	71
Figura 22 Guía de procedimientos técnicos.....	72
Figura 23 Aplicación procedimientos para reducir tiempos de entrega de diagnósticos	73
Figura 24 Calidad de muestras quirúrgicas.....	74
Figura 25 Frecuencia del rechazo de muestras .....	75
Figura 26 Calidad de atención al cliente.....	76
Figura 27 Tiempo de entrega de informes patológicos.....	77
Figura 28 Nivel de satisfacción del servicio entregado .....	78
Figura 29 Campana de Gauss .....	83
Figura 30 Proceso Benchmarking.....	97
Figura 31 Diagrama de pez.....	101

Figura 32 Diagrama de Pareto .....	102
Figura 33 Estructura Organizacional Hospital Luis Vernaza .....	108
Figura 34 Ubicación de problemas principales en el Diagrama de Ishikawa .....	151
Figura 35 Diagrama de Pareto por Categorías.....	154
Figura 36 Recepción de la muestra.....	157
Figura 37 Almacenamiento y clasificación de muestras .....	158
Figura 38 Preparación de material para macroscopía.....	159
Figura 39 Macroscopía de muestras histopatológicas .....	160
Figura 40 Procesamiento e inclusión de muestras en parafina .....	161
Figura 41 Microtomía .....	162
Figura 42 Desparafinización, coloración, montaje y etiquetado.....	163
Figura 43 Diagnóstico, transcripción y envío de resultados .....	164
Figura 44 Archivo de pedidos, bloques y placas .....	165
Figura 45 Entrega de informes y material para estudios complementarios .....	166
Figura 46 Desechar muestras histopatológicas diagnosticadas .....	167
Figura 47 Entrega de turnos para toma muestras citología.....	168
Figura 48 Toma muestra Papanicolaou: registro, coloración y etiquetado.....	169
Figura 49 Toma de muestra PAAF de Tiroides .....	170
Figura 50 Fijar, colorear, etiquetar placas de PAAF de Tiroides .....	171
Figura 51 Procesamiento, coloración, etiquetado de citologías especiales .....	172

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento a Dios por las bendiciones brindadas. A mi familia por su apoyo incondicional.

A la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Administración, Unidad de Posgrados, a cada uno de los maestros que nos impartieron sus conocimientos.

Al servicio de Patología del Hospital IESS Ambato por la colaboración prestada para la realización de la investigación.

A mi Directora de Tesis, Ing. María Dolores Guamán por su guía y asesoramiento para culminar el presente trabajo de investigación con éxito.

Martha Granizo

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de tesis está dedicado a Dios por brindarme salud, fortaleza para culminar con éxitos mi carrera profesional.

A mi esposo por su constante apoyo, comprensión y compañía para cumplir mis sueños.

A mis hijos por ser mi fuente de motivación e inspiración para superarme cada día y brindarles así un futuro mejor.

A mi padre y hermana por sus consejos y apoyo moral.

Martha Granizo

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS**  
**MAESTRÍA EN GERENCIA DE INSTITUCIÓN DE SALUD**

**Tema** “LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE  
**PATOLOGÍA Y SU INCIDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DEL**  
**CLIENTE INTERNO DEL HOSPITAL IESS AMBATO”**

**Autora:** Licenciada, Martha Cecilia Granizo Castro  
**Directora:** Ingeniera, María Dolores Guamán Guevara, Mg.  
**Fecha:** 10 de Agosto de 2017

**RESUMEN EJECUTIVO**

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general determinar la gestión de los procedimientos del Servicio de Patología que inciden en la satisfacción del cliente interno del Hospital IESS Ambato, ante la necesidad de reducir tiempos de entrega de resultados de diagnóstico que permita al médico tratante tomar decisiones oportunas encaminadas al restablecimiento de la salud del paciente. La metodología utilizada fue exploratoria, descriptiva y correlacional. La población estuvo conformada por los profesionales técnicos que laboran en el Servicio de Patología y los médicos tratantes del Hospital del IESS que suman 57 profesionales a quienes se les aplicó un cuestionario estructurado; la escala Alfa de Cronbach determinó el valor de 0,952 de fiabilidad, equivalente a que el instrumento utilizado es de consistencia interna con tendencia a ser muy alta, de la misma forma, los resultados del estadístico del chi cuadrado como del coeficiente de Correlación de Spearman aceptan la hipótesis alterna, es decir ratifican que la adecuada gestión de procedimientos del Servicio de Patología si incide en la Satisfacción del cliente interno del Hospital IESS Ambato. De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que no se ha implementado mejores prácticas de procedimientos técnicos basada en la Metodología Benchmarking como una herramienta de autoevaluación válida para adaptar procesos básicos que permitan planificar, integrar y ejecutar acciones a partir de experiencias exitosas de otras instituciones que ofrecen el mismo servicio, pero cuyo desempeño es muy reconocido constituyéndose en modelos de gestión de mejora continua y de autosuperación organizacional, la implementación de la propuesta logró reducir el tiempo de entrega de informes de 90 a 60 día lo cual incide en la satisfacción al cliente y en el incremento de la calidad de atención en salud.

**Descriptores:** gestión de procedimientos, satisfacción al cliente, reducir tiempo, resultados de diagnóstico, Benchmarking.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS**  
**MAESTRÍA EN GERENCIA DE INSTITUCIÓN DE SALUD**

**Theme:** “INTERNAL COMMUNICATION AND ITS LINKAGE TO THE  
**WORK EFFICIENCY OF THE EXTERNAL CONSULTATION  
PERSONNEL OF HOSPITAL GENERAL DOCENTE AMBATO”**

**Author:** Licenciada, Martha Cecilia Granizo Castro  
**Directed by:** Engineer, María Dolores Guamán Guevara, Mg.  
**Date:** August 10th, 2017

**EXECUTIVE SUMMARY**

The present research work had as general objective to determine the management of the procedures of the Pathology Service that affect the satisfaction of the internal client of the IESS Ambato Hospital, given the need to reduce delivery times of diagnostic results that allow the treating physician to take timely decisions aimed at restoring the patient's health. The methodology used was exploratory, descriptive and correlational. The population was made up of the technical professionals who work in the Pathology Service and the medical doctors of the IESS Hospital, who added 57 professionals who were given a structured questionnaire; The Cronbach Alpha scale determined the value of 0.952 reliability, equivalent to that the instrument used is of internal consistency with a tendency to be very high, in the same way, the results of the chi square statistic and of the correlation coefficient of Spearman accept The alternative hypothesis, that is, ratify that the adequate management of procedures of the Pathology Service if it affects the satisfaction of the internal client of the Hospital IESS Ambato. According to the results obtained, it is concluded that better practices of technical procedures based on the Benchmarking Methodology have not been implemented as a valid self-assessment tool to adapt basic processes that allow planning, integration and execution of actions based on successful experiences of other institutions that Offer the same service, but whose performance is well recognized as being models of management of continuous improvement and organizational self-improvement, the implementation of the proposal managed to reduce the delivery time of reports from 90 to 60 days which affects customer satisfaction And in the increase of the quality of attention in health.

**Descriptors:** procedures management, customer satisfaction, time reduction, diagnostic results, Benchmarking.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se encuentra estructurado en capítulos.

Capítulo I denominado El Problema, se describe el planteamiento del problema detectado en el Servicio de Patología, dentro de un contexto mundial, nacional e institucional; describiendo y registrando la situación de la deficiente gestión de procedimientos del Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato; se planteó interrogantes de investigación para la formulación de objetivos generales y específicos a alcanzar, justificando y respaldando el presente trabajo.

Capítulo II denominado Marco Teórico contiene la revisión bibliográfica y análisis de investigaciones realizadas con anterioridad para profundizar los aspectos más relevantes de las variables y categorías de estudio; la fundamentación filosófica se ubica en el paradigma crítico propositivo, parte de una crítica a la situación del contexto para llegar a una propuesta de solución al problema detectado; dentro de la fundamentación legal se han considerado los art. 361 de la Constitución de la República del Ecuador, señalando que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector; además se tomó en cuenta la Ley Orgánica de Salud que rige, controla y norma la capacitación en las instituciones de salud en el Art. 205, 207 y 208. A través de las categorías fundamentales se realizó una revisión bibliográfica para actualizar el conocimiento de la gestión de procedimientos que inciden en la satisfacción del cliente interno, a continuación se encuentra la formulación de hipótesis y señalamiento de variables.

Capítulo III, Marco Metodológico consta del enfoque, modalidad, tipo de investigación utilizadas así como de las técnicas empleadas para ejecutar la investigación. A través del enfoque cuali-cuantitativo se analizó e interpretó resultados obtenidos de la encuesta aplicada al personal del Servicio de Patología y médicos tratantes del Hospital IESS Ambato que conformaron la población de estudio.

Capítulo IV, Análisis e Interpretación de Resultados que arrojó las encuestas aplicadas, verificación de la hipótesis planteada a través de la técnica estadística del chi cuadrado y del coeficiente de correlación de Spearman, cuyo resultado acepta la hipótesis alterna al señalar que la adecuada gestión de procedimientos del Servicio de Patología si incide en la satisfacción del cliente interno del Hospital IESS Ambato.

Capítulo V, Conclusiones y Recomendaciones alcanzadas a través de los resultados obtenidos en la encuesta aplicado y conforme a los objetivos específicos definidos.

Capítulo VI, Propuesta, consta de datos informativos, antecedentes, justificación, objetivo general y específicos, análisis de factibilidad, fundamentación científico-técnica, modelo operativo, administración, plan de monitoreo y evaluación de la propuesta.

A continuación se adjunta una amplia bibliografía relacionada con el tema que sustentó la investigación bibliográfica, finalmente se incluyen las matrices de las encuestas aplicadas para la recolección de datos.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 TEMA**

“LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA Y SU INCIDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO DEL HOSPITAL IESS AMBATO”.

### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.2.1 Contextualización**

#### **1.2.2 Contextualización Macro**

A nivel mundial, las instituciones sanitarias a cualquier nivel son centros de trabajo donde se realizan una serie de procesos asistenciales que requieren servicios y profesionales de diferentes ámbitos para proporcionar cuidados a los usuarios. La coexistencia de los diferentes ámbitos de trabajo dentro de los hospitales, causadas por las diferentes departamentos, unidades y categorías profesionales, hacen que confluyan una serie de procesos que detallan el itinerario de los usuarios dentro del centro y las actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se van a realizar con los ellos (Rojas, 2014).

Los hospitales y demás centros sanitarios son sistemas organizacionales con una estructura basada en recursos humanos y materiales que se conjugan entre sí para producir los bienes o servicios que precisan los usuarios. Analizando descriptivamente la estructura se encuentran una serie de instrumentos como son las funciones, las relaciones, los organigramas, los ámbitos de supervisión, encargados de organizar e informar sobre el funcionamiento de dicha estructura.

De acuerdo con Prada (2015), para responder a las necesidades de un entorno cambiante, se hace necesario modificar el funcionamiento de las organizaciones, incluidos los

hospitales, es decir, sus procesos. Ya no se piensa en diseños con una estructura ideal e inmutable con el paso de los años, sino permanentemente sometidos a revisiones, en virtud de que cada proceso de por sí es mejorable

González (2013) afirma que:

Actualmente, las empresas de servicios sanitarios en España se esfuerzan cada vez más en introducir organizaciones una filosofía y unas herramientas de gestión como cultura propia de funcionamiento, propiciando una mayor satisfacción de los pacientes, de los profesionales y una adecuada rentabilidad de los recursos; por ello, a partir del año 1998 se han ido revisando procesos de gestión estandarizados específicos con el fin de incorporar instrumentos que potencien y desarrollen un proceso asistencial más eficiente y satisfactorio para los usuarios (p. 276)

La gestión por procesos tiene elementos fundamentales como el enfoque centrado en el usuario y la implicación de los profesionales que trabajan en él y están sustentadas principalmente por las guías de práctica clínica, vías clínicas y protocolos

Para Ruiz, Martínez, & Alcalde (2015) la gestión de procesos es un instrumento para definir las actividades, realizar el análisis de las dimensiones de calidad más relevantes y establecer las mejoras necesarias. Asimismo, debe incluir métodos para sistematizar dichas actividades y monitorizar (medir y analizar periódicamente) los indicadores principales que van a informarnos sobre la situación permanente de dichos procesos.

### **1.2.3 Contextualización Meso**

En el Ecuador, hasta el año 2015 no se ha mantenido una apropiada gestión de procedimientos en el Servicio de Patología de los Hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social a nivel nacional puesto que no aplican apropiados planes estratégicos que incidan en la satisfacción del cliente interno, situación que ha desencadenado en problemas endógenos y exógenos que limitan la reestructuración inmediata de los mismos.

Granda, Torres & Silva (2014) afirma que:

El nivel de afiliación creció en 10,45% en el periodo 2008-2012 (en el 2008 un 22,87% de los ecuatorianos contaban con el seguro de salud del IESS, y

para el 2012 el nivel de afiliación fue 34,02%); y en segundo lugar, a partir de octubre de 2011 el seguro de salud del IESS es extensivo al cónyuge e hijos menores a 18 años del afiliado para casos de consulta externa y maternidad. (pág. 21)

Es notorio el incremento de la población afiliada que hasta el año 2012 creció en un 34,02%, multiplicándose también las necesidades y dificultades que limitan la gestión en los Hospitales del IESS a nivel nacional; entre las que se destaca la falta de mecanismos actualizados para mejorar los procesos administrativos debido a la escasa tecnificación en las principales áreas de gestión que han venido utilizando un plan piloto desde su inicio en todas sus dependencias y el Servicio de Patología no es la excepción.

Delgado & Ochoa (2011) señala que en el Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil tiene problemas en el Servicio de Anatomía Patológica porque no se está cumpliendo con los estándares mínimos de tiempo de proceso por cada una de las fases analíticas.

Según Gaviláñez (2009) en su estudio de Satisfacción en la calidad de servicio para medir la relación que existe entre el cliente interno y externo en el Dirección Provincial del Guayas IESS señala que:

La capacidad de respuestas y la oportunidad en la atención son ineficientes en un 60%; los asegurados están insatisfechos en un 60% con la calidez y calidad en la atención brindada por la institución; cobertura de servicios ineficientes en un 70%, mientras que en un 50% los afiliados consideran que existen procesos con falta de garantía, credibilidad y confianza (pág. 38)

Así mismo, Peñafiel (2013) en su estudio: Modelo de Gerencia Estratégica para los servicios de Salud en el Hospital Carlos Andrade Marín de la Ciudad de Quito señala que actualmente este centro hospitalario es cuestionado por la opinión pública porque no cubre con la demanda poblacional ni las necesidades de los afiliados y de los clientes internos debido a la falta de un modelo de gerencia estratégica que considere registros estandarizados de técnicas y protocolos de atención lo cual genera un desgaste humano importante, insatisfacción y la sensación de no lograr avanzar ni terminar de hacer las cosas.

Como se puede observar, el incremento del nivel de insatisfacción con los servicios prestados por los Hospitales del IESS a nivel nacional es alto así como la falta de

credibilidad y confianza de los afiliados hacia los servicios que presta esta institución; por ello se han derivado ciertos servicios con el propósito de mejorar, descongestionar la atención en salud y específicamente en los servicios de patología con el propósito de que el afiliado cuente con el diagnóstico oportuno de su enfermedad a fin de recibir tratamiento integral que incremente su calidad de vida.

Jaramillo (2014) manifiesta que:

A partir del año 2012 se incrementó la jornada laboral de los médicos a ocho horas debido a la demanda de servicios por que se incluyeron a los hijos menores de 18 años de los afiliados, cónyuges, trabajadoras domésticas que actualmente superan los 8 millones. (s. p)

Esta situación claramente demuestra la saturación de ciertos servicios que no se prepararon para tal incremento como es el caso del Servicio de Patología que en algunas instituciones funcionan con equipamiento desactualizado lo cual demora los procesos de gestión de procedimientos, además no se dispone de un control interno para mejorarlos a pesar de las recomendaciones realizadas por auditoría interna (Informe Auditoría Interna IESS, 2008).

El Hospital IESS Ambato, presta atención a un promedio mensual de 14000 consultas médicas en consulta externa, entre 650 y 700 consultas diarias, 1100 egresos, 600 cirugías, 7500 atenciones médicas en emergencia; es así que el hospital atiende en emergencias las 24 horas, centro quirúrgico y centro obstétrico, laboratorio, Rx, estadística y farmacia institucional. (Granda, et al. 2014)

En los últimos años, la cobertura de atención médica ciertamente se ha triplicado de acuerdo a datos proporcionados por Granda y García; además se han implementado nuevas especialidades médicas para atender la demanda de la población asegurada y de la red integral de salud.

De acuerdo con García (2015)

El Hospital IESS Ambato da cobertura a toda la población afiliada al seguro general, jubilados, beneficiarios de Montepío, voluntarios, afiliados del seguro social campesino de los 50 dispensarios de las provincias de la zona centro del país, esto es las provincias de Tungurahua, Cotopaxi, Bolívar, Pastaza y Napo; además de los pacientes de la Red Integral de Salud. (pág. 1)

Al ser una empresa pública autónoma, descentralizada, maneja su propias políticas, reglamentos, normas y resoluciones con las cuales guía a sus filiales en todo el país; sin

apartarse de las Leyes impuestas por el Gobierno y la Asamblea Nacional. Lamentablemente, poco se ha hecho para modernizar el equipamiento y adecuaciones de áreas para mejorar el servicio al usuario.

#### **1.2.4 Contextualización Micro**

En el Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato se ha observado una alta improvisación en los procedimientos que se realizan en ésta área, debido al escaso conocimiento en técnicas de Patología porque las mismas instituciones de Educación Superior del Ecuador no titulan profesionales con esta especialidad; por lo tanto, los profesionales que se desempeñan en esta área han ido adquiriendo las destrezas en base a la experiencia diaria y a la auto capacitación.

Desde hace 4 años el Servicio de Patología ha evidenciado un incremento progresivo de la demanda de exámenes en el área de Citología e Histopatología, en 2014 se recibieron 3800 casos histopatológicos y se derivaron los exámenes citológicos a proveedores externos en un número aproximado de 2500 (García, 2015).

El Servicio de Patología fue equipado hace 30 años, en el 2012 se actualizaron tan solo los equipos de micrótopo y dispensador de parafina, resultando insuficiente para satisfacer la demanda de acuerdo al incremento de la población afiliada; el único procesador de tejidos que posee el servicio ya cumplió su vida útil, tiene desperfectos y solo se pueden procesar 35 casetas al día, muchas veces de una misma muestra, (las casetas son contenedores de muestras de tejido, a través de las cuales es posible infiltrar insumos químicos que facilitan el estudio histopatológico); siendo una de las causas que genera el represamiento en la entrega de resultados oportunos para que el médico tratante diagnostique e inicie el manejo adecuado del paciente.

El insuficiente número de profesionales no abastece la demanda del servicio, en esta área trabajan dos licenciadas en laboratorio clínico entrenadas para laborar en Patología, dos médicos patólogos y un oficinista. Tomando en cuenta que ingresan mensualmente unas 350 muestras para su diagnóstico, los médicos patólogos se encuentran saturados al no poder entregar a tiempo todas las solicitudes ingresadas de un mismo mes. Por ejemplo,

los resultados de los pedidos ingresados en el mes de Julio del 2014 fueron entregados en el mes de septiembre, lo cual provoca quejas y reclamos frecuentes de médicos tratantes por la demora en la remisión de informes dentro del proceso asistencial al paciente, limitando así, la toma de decisiones médicas oportunas. Según los datos estadísticos de García (2015) el Servicio de Patología registra un incremento de solicitudes de análisis histopatológicos permanente .

**Tabla 1** Estadística de exámenes realizados en el Servicio de Patología H. IESS Ambato

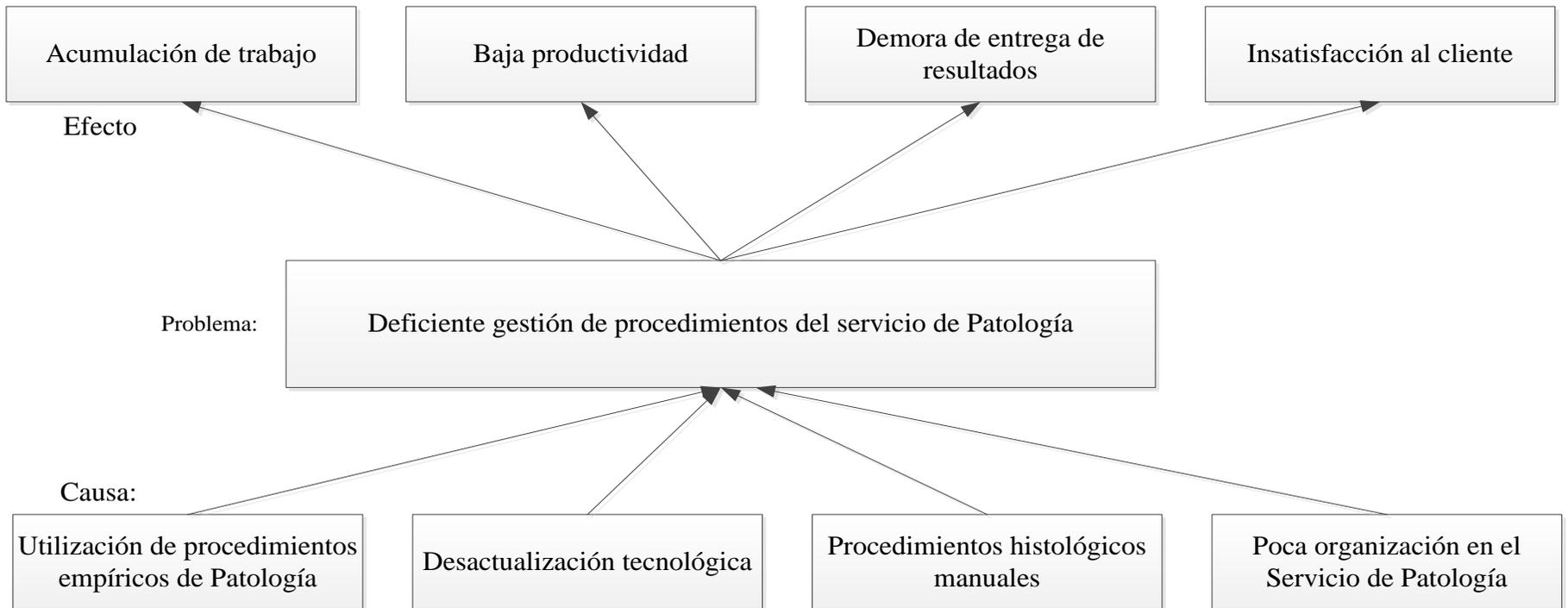
<b>AÑOS</b>	<b>HISTOPATOLOGICOS</b>	<b>CITOLOGICOS</b>
2009	1025	1542
2010	2044	1903
2011	2609	3711
2012	3984	3373
2013	3855	1115
2014	3716	817
2015	5067	1016

**Fuente:** García (2015)

García (2015) aclara que la tabla 1, no registra la totalidad de solicitudes no atendidas, debido a que se ha visto a la necesidad de derivarla a prestadores externos con el propósito de descongestionar, de alguna manera el represamiento existente. “Se considera que la demanda insatisfecha en el área de Citología es de aproximadamente 8000 casos al año. En el área de Histopatología se pueden procesar alrededor de 1820 muestras al año, mientras que la demanda es de 4000” (pág. 4).

Otra situación que retarda la entrega de informes oportunos, es la deficiente aplicación de mejores prácticas de procedimientos técnicos para el servicio de Patología a fin de tener una guía que oriente eficientemente sus actividades en el puesto de trabajo y no debilite el proceso productivo que ya es lento; además, se ha observado que no existe una delimitación de funciones para determinar las actividades inherentes a su cargo y establecer responsabilidades en caso de omisión.

**1.2.5 Análisis Crítico**  
**1.2.5.1 Árbol de Problemas**



**Figura 1:** Árbol de Problemas  
**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

La deficiente gestión de procedimientos en el Servicio de Patología se debe a la utilización de procedimientos empíricos patológicos que genera una acumulación del trabajo debido a la realización manual de procesos que consumen mucho tiempo en una área que concentra el estudio histopatológico de todo el hospital y que por lo tanto requiere mayor agilidad en sus procesos.

La desactualización tecnológica de los equipos informáticos y de procesamiento histológico del Servicio de Patología genera baja productividad, el equipo tarda en procesar 35 casetas de una misma muestra, 12 horas; en caso de que el Médico Patólogo considere necesario repetir la muestra o estudiar nuevos cortes de la misma muestra, tardará 12 horas adicionales, sobre todo en patologías con diagnósticos presuntivos malignos.

Los procedimientos patológicos manuales como el de codificación de muestras, bloques, placas; registros, transcripción de resultados, emisión de informes genera la demora en la entrega de resultados porque, al ser proceso manuales con normas pre establecidas como el etiquetado de placas (escribir en cada etiqueta los apellidos y un nombre del paciente, código asignado a la muestra al momento de su admisión, seguida del año, y número de placa) lo cual toma tiempo prolongado que bien pudiere aprovecharse transcribiendo los informes de diagnóstico.

La poca organización en el Servicio de Patología genera insatisfacción al cliente interno debido a la falta de los resultados de los exámenes histopatológicos que apoyen el diagnóstico médico que permita continuar con el proceso de recuperación de la salud del usuario.

#### **1.2.6 Prognosis**

De no darse solución a la deficiente gestión de procedimientos del servicio de patología que inciden en la satisfacción al cliente interno del Hospital IESS Ambato, no se estaría contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales. Se incrementarán las quejas y el desprestigio de atención de salud de la institución a pesar de los esfuerzos realizados por mejorarla.

Los servicios de patología son organizaciones que pueden ser adaptadas a modelos de gestión de calidad que generen confianza en sus procesos, en la calidad de sus productos y proporcionen las bases para una mejora continua en la satisfacción del cliente interno, por lo que requieren de una gestión de procedimientos integral implicando la necesidad de una coordinación de tareas y de procesos en un orden lógico para conseguir un resultado adecuado. Dentro del hospital las actividades realizadas repercuten en el cuidado del paciente, bien directamente (actividades clínicas, quirúrgicas, de diagnóstico) o indirectamente (actividades gestoras, de dirección o de apoyo, manejo de proveedores, etc). Tanto unas como otras son necesarias para lograr una atención sanitaria eficaz y eficiente y que cumpla además las expectativas del cliente.

### **1.2.7 Formulación del Problema**

¿De qué manera la gestión de procedimientos del Servicio de Patología incide en la satisfacción al cliente interno del Hospital IESS Ambato?

### **1.2.8 Interrogantes de Investigación**

¿Qué procedimientos de gestión se aplican en el Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato?

¿Cuál es el nivel de satisfacción al cliente interno del Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato?

¿Existen alternativas de solución al problema de la deficiente gestión de procedimientos del Servicio de Patología que inciden en la satisfacción al cliente interno del Hospital IESS Ambato?

### **1.2.9 Delimitación del Problema**

#### **De contenido**

**Área:** Administración  
**Ámbito:** Gestión de procedimientos  
**Aspecto:** Satisfacción al cliente

**Espacial:** Hospital IESS Ambato, Servicio de Patología,  
Av. Rodrigo Pachano y Edmundo Martínez  
032999100

**Temporal:** La presente investigación se realizó durante los meses de Octubre,  
Noviembre y Diciembre del año 2015.

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

La gestión de procedimientos del Servicio de Patología que incide en la satisfacción del cliente interno del Hospital IESS Ambato se justifica ante la necesidad de mejorar los procedimientos que permitan la entrega oportuna de resultados, con el objeto de que el médico tratante tome decisiones encaminadas a restablecer la salud del paciente.

Es importante para la Dirección Administrativa del Hospital IESS Ambato aplicar una gestión de procedimientos para el Servicio de Patología que contribuirá a alcanzar la misión y visión institucionales al agilizar la entrega de resultados en el Expediente Único para la Historia Clínica del Sistema Nacional de IESS y trabajar y de esta forma elevar la productividad de la institución.

Es de interés para los profesionales del equipo multidisciplinario que laboran en el Servicio de Patología, al no existir delimitación de funciones y establecimiento de responsabilidades, las actividades realizadas en esta área de salud no son generadas oportunamente y tampoco contribuyen a facilitar la labor asistencial del equipo de salud.

Es factible de realización porque se cuenta con el apoyo del Médico Patólogo, responsable del servicio quien supervisará personalmente la ejecución correcta de las actividades de cada proceso para evitar repeticiones y el desperdicio de recursos y tiempo que afecta la entrega de resultados.

Los beneficiarios directos de esta investigación son los clientes internos y externos, quienes mejorarán los tiempos de entrega de resultados patológicos para su tratamiento inmediato, aportando así con la salud integral del paciente como demandante principal de servicios de salud de calidad.

Es original porque en el Hospital IESS Ambato no cuenta con ningún tipo de gestión de procedimientos en el Servicio de Patología lo cual limita la productividad, el trabajo en equipo, deteriora el ambiente laboral y la adecuada provisión de recursos materiales para realizar el trabajo.

El impacto que se espera de este trabajo es la entrega oportuna de resultados patológicos, el médico tratante facilitará un manejo apropiado al paciente encaminado a la recuperación de la salud y mejoramiento de la calidad de vida.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar la incidencia de los procedimientos de la gestión del servicio de patología en la satisfacción del cliente interno del Hospital IESS Ambato.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Identificar los procedimientos de gestión que se aplican en el Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato.
- Diagnosticar el nivel de satisfacción al cliente interno del Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato.
- Proponer alternativas de gestión a los procedimientos del Servicio de Patología que incida en la satisfacción al cliente interno del Hospital IESS Ambato.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

La gestión de procedimientos es considerada actualmente como un instrumento importante para administrar de manera adecuada los hospitales porque reduce la variabilidad de la práctica clínica y contribuye a la efectividad del resultado y a la satisfacción del paciente (Aranaz, 2013). Su objetivo es el análisis periódico de la forma en que se realizan las actividades y procesos en una institución, en la búsqueda de un mejoramiento u optimización continua de los resultados que se obtienen como producto de dicha gestión. Responde a una visión horizontal de la institución, donde el usuario se convierte en eje esencial en torno del cual se planifican las actuaciones, se toman las decisiones, y se organizan las actividades.

La gestión de procedimientos asegura la atención integral al paciente de manera más adecuada que las organizaciones que se desarrollan por funciones o áreas, donde es muy difícil percibir e identificar de forma integrada las necesidades de los pacientes y coordinar las respuestas de atención y cuidados. Todo ello se da en un escenario, sin perder de vista que ese producto o resultado tiene como objetivo central el de satisfacer las expectativas y necesidades de un usuario. Estos constituyen los elementos para llegar al punto central, que es el cómo mejorar la gestión (Prada R. , 2015).

Los productos y servicios hospitalarios son el conjunto de actividades o procesos destinados a satisfacer las necesidades de atención y de información. En realidad un establecimiento provee múltiples servicios, pero los más característicos son aquellos demandados directamente por el usuario externo, es decir, los que dicen la relación con el diagnóstico y las indicaciones terapéuticas, incluyendo la gestión de los cuidados. Lo central en un hospital es la relación proveedores-equipo de salud – usuario que deriva en la indicación de terapias, eventualmente de exámenes y hospitalización que provee una especial intensidad en la gestión de los cuidados.

En estos casos el problema radica en establecer previamente cual es el proceso más adecuado y cual es el resultado esperado en cada caso concreto. Son las características intrínsecas al servicio del medio, las que obligan a planificar e instaurar procesos bien definidos y controlados, de forma que se puedan prevenir los errores, garantizando procesos de alta calidad técnica, con resultados que deben ser evaluables en función de unos estándares definidos y considerados como satisfactorios por los clientes.

Realpe & Agredo (2012) en su Manual de Procedimientos y protocolos en el Laboratorio de Patología de un Hospital Nivel III de la Ciudad de Popayán año 2012” de la Universidad del Cauca, Popayán, Colombia, señala que la mayoría de instituciones prestadoras de servicios de salud aún carecen de procesos estandarizados, mediante metodologías y herramientas que permitan generar una cultura de servicio al cliente, a partir del ciclo Planear, hacer, verificar y actuar, que contribuya a su mejoramiento continuo.

Esta situación obedece a factores como la falta de concientización del personal directivo, acerca de la importancia de la estandarización de los procesos, así como la tendencia a resultados inmediatos, lo que crea un ambiente de improvisación, dificultad en la previsión de eventos adversos y falta de cultura organizacional en los programas de mejoramiento continuo.

El laboratorio de patología dentro de una institución prestadora de servicios de salud es una herramienta básica en el apoyo al diagnóstico del médico en la atención médica del paciente. Los resultados de laboratorio se ha estimado que afectan hasta 70% el diagnóstico médico, generando así un impacto en el curso del tratamiento y pronóstico de los pacientes. Por lo tanto, estas áreas no pueden ser ajenas a las exigencias del medio, por ello es necesario contar con un excelente control de calidad de todos los procesos y procedimientos que se realizan en el laboratorio, para asegurar que los resultados que se liberan al paciente y profesional tratante, sean confiables y verídicos (Ruiz, González & Alcalde, 2015).

La desactualización de los procesos y procedimientos asistenciales del laboratorio constituyen un problema común en los hospitales de especialidades que hacen esfuerzos por estandarizar procedimientos; esta situación como señala Realpe & Agredo (2012)

produce un estancamiento en el proceso de atención de salud ya que los informes de laboratorio no se entregan a tiempo lo cual incide en la calidad de atención al cliente.

La renovación de los procesos de administrativos es muy importante en la organización porque refresca continuamente las actividades a realizar, permitiendo de esta forma retroalimentar, corregir errores y toma oportuna de decisiones para mejorar la atención en salud con los consecuentes beneficios para los usuarios internos y externos.

La aplicación de estrategias y conocimientos mencionados, son procesos base y claves para llegar a gestionar de manera adecuada las empresas. Schein (1968), considera que el desarrollo profesional se da a partir de un proceso adaptativo de asimilación y de adaptación laboral, los cuales dejan ver un proceso bidireccional, el cual evidencia distintos factores de la empresa u organización sobre las personas y estas sobre la misma.

Lo anterior se resume tomando en cuenta que el conocimiento en una organización es tan importante como los beneficios económicos; pero cada trabajador de una organización realiza actividades en las que las técnicas y destrezas para desarrollar su labor son únicas, implícitas a su conocimiento y no son conocidas por los demás miembros de la organización convirtiéndose esto en una debilidad, ya que si el trabajador sale de la empresa, el trabajo que realizó queda sin una base técnica y el nuevo trabajador tomaría un buen tiempo en descubrir y adquirir las destrezas para realizar la labor.

## **2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

El presente trabajo investigativo se fundamentó en el paradigma crítico propositivo. Crítico porque analizó la inexistente Gestión de Procedimientos Patológicos que inciden en la satisfacción al cliente; y, es propositivo porque ofreció alternativas de solución al problema detectado.

Desde el punto de vista filosófico, interesa mostrar que los profesionales del Servicio de Patología aportan al incremento de la insatisfacción del cliente por medio de la investigación científica, basada en el método y rigor científico que permite el desarrollo

de nuevos procedimientos para facilitar la gestión de su diario trabajo para mejorar la calidad de atención y su efectividad.

Desde el punto de vista de la epistemología en la investigación se utilizó un soporte científico y sus respectivas observaciones acerca de las formas y métodos para la gestión de los procedimientos patológicos, desde el punto de vista metodológico porque se utilizaron métodos cuantitativo y cualitativo que conceptualizan a la ciencia como uno de los modos de conocimiento y una forma de interpretar la realidad que la vincula a la práctica social.

### **2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

El fundamento legal se basa en la Constitución de la República del Ecuador que señala:

**Art. 361.-** “El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector”.

#### **Plan Nacional del Buen Vivir (2015)**

### **3.1 Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención**

#### **Ley Orgánica de la Salud**

### **CAPÍTULO IV**

#### **De la capacitación sanitaria**

Art. 205.- Créase la carrera sanitaria para los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, basada en el criterio de clasificación por niveles de formación y estructura ocupacional, con el propósito de establecer sus obligaciones y derechos, así como los incentivos que permitan garantizar la equidad, calidad en la atención y el servicio, la asignación adecuada y suficiente de recursos humanos en las distintas zonas del país.

La autoridad sanitaria nacional promoverá y desarrollará, dentro de la carrera sanitaria, un plan nacional de educación permanente con enfoque de género y pluri-cultural, para mejorar la productividad, calidad del desempeño laboral y promoción de sus recursos humanos.

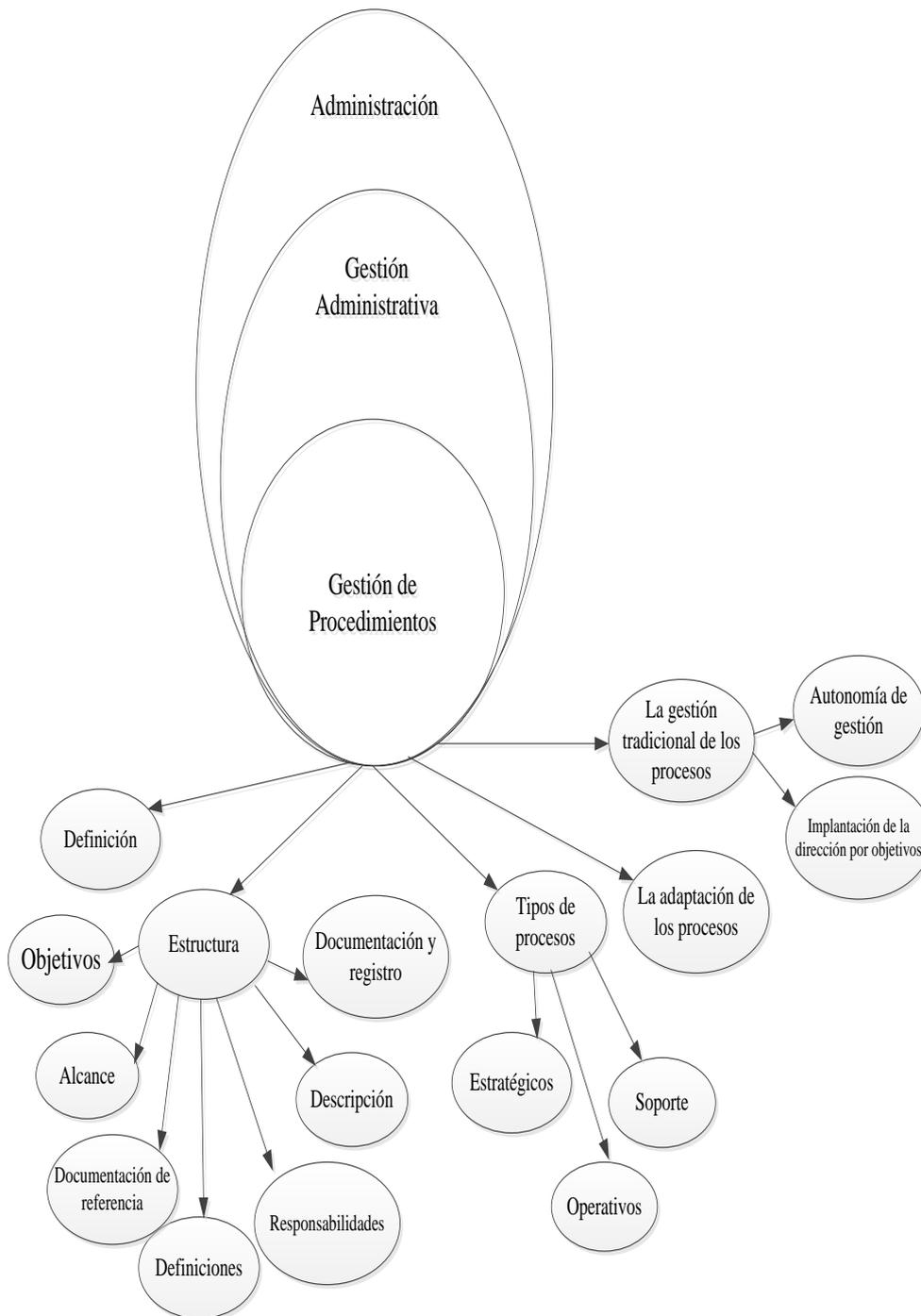
## **CAPÍTULO V**

Investigación científica en salud, genética y sistema de información en salud

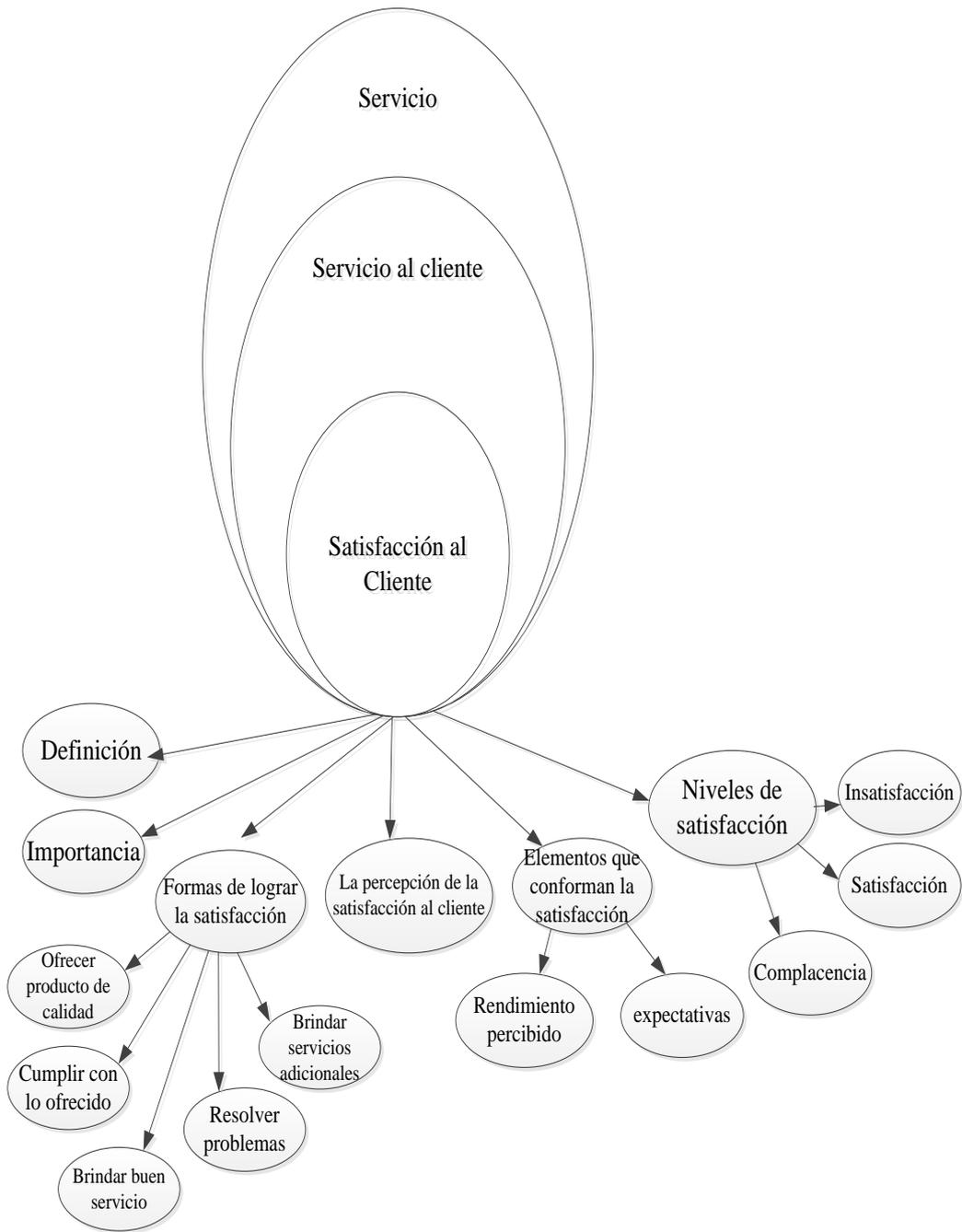
Art. 207.- La investigación científica en salud así como el uso y desarrollo de la biotecnología, se realizará orientada a las prioridades y necesidades nacionales, con sujeción a principios bioéticos, con enfoques pluri-cultural, de derechos y de género, incorporando las medicinas tradicionales y alternativas.

Art. 208.- La investigación científica tecnológica en salud será regulada y controlada por la autoridad sanitaria nacional, en coordinación con los organismos competentes, con sujeción a principios bioéticos y de derechos, previo consentimiento informado y por escrito, respetando la confidencialidad. (Ecuador. Ministerio de Salud. 2006)

## 2.4 CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES



**Figura 2:** Categorización de la Variable Independiente  
**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 3:** Categorización de la Variable Independiente  
**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

## 2.4.1 DESARROLLO CONCEPTUAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

### 2.4.1.1 ADMINISTRACIÓN

#### 2.4.1.1.1 Definición

Para Chiavenato (2012) la Administración constituye la forma de utilizar los recursos que dispone la organización para lograr los objetivos y alcanzar un excelente desempeño. Por lo tanto se puede manifestar que es un proceso para conseguir las metas propuestas con eficiencia y eficacia.

Al respecto Bateman & Snell (2009) señala que: “ser eficiente significa alcanzar las metas con el menor desperdicio de recursos, es decir, empleando de la mejor forma el dinero, el tiempo, los materiales y a la gente; Ser eficaz significa alcanzar las metas organizacionales” (pág. 19) consecuentemente la administración constituye el medio para alcanzar las metas organizacionales con eficiencia y eficacia.

#### 2.4.1.1.2 Características

La administración posee ciertas características muy particulares y propias que la diferencian de las otras ciencias:

- **Universalidad:** porque puede aplicarse a cualquier tipo de empresas sin importar su actividad económica, su forma jurídica o dimensión
- **Valor Instrumental:** la Administración es un medio para lograr el objetivo propuesto, debido a la finalidad eminentemente práctica.
- **Unidad Temporal:** que consiste en la aplicación de todas las partes del proceso administrativo de forma simultánea.
- **Amplitud de ejercicio:** Se aplica en todos los niveles o subsistemas de una organización formal.
- **Especificidad:** debido a que tiene características propias y específicas a pesar de su relación con otras ciencias y técnicas.

- **Interdisciplinarietà:** Porque se relaciona con otras ciencias y técnicas referentes a la eficiencia en el trabajo.
- **Flexibilidad:** porque los principios administrativos se adaptan a las necesidades propias de cada grupo social en donde se aplican.

#### **2.4.1.1.3 Importancia**

La Administración es muy importante porque se la aplica en los distintos ámbitos de la vida del ser humano para administrar debidamente los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros que posee con el propósito de incrementar la productividad.

Se mantiene siempre actualizada y acorde a los avances y requerimientos del mundo moderno promoviendo permanentemente el desarrollo de cualquier organismo social porque considera a la organización como un área donde se gestionan todo tipo de operaciones, actuando como un organismo de control de las diferentes actividades que se realizan en forma conjunta, coordinando las distintas tareas y organizando el trabajo para lograr los objetivos y metas institucionales.

#### **2.4.1.1.4 Habilidades Administrativas**

Todo gerente en menor o mayor grado de autoridad aplica las cuatro funciones básicas del proceso administrativo, para tal efecto, requiere de habilidades conceptuales, interpersonales o humanas y técnicas (Gallardo, 2012).

Habilidades conceptuales: consiste en diagnosticar situaciones complejas y de entender la organización como un todo.

Habilidades interpersonales: se refiere a la capacidad de entender, motivar, dirigir y controlar a otros y trabajar con ellos.

Habilidades técnicas: consiste en llevar a cabo tareas concretas por medio del uso de técnicas, instrumentos y procedimientos determinados, así mismo considera que estas tres habilidades deben estar presentes en cualquier nivel gerencial.

#### 2.4.1.1.5 Las empresas como organizaciones sociales

Actualmente, todo proceso productivo se realiza dentro de las organizaciones y el hombre depende de ella como fuente vital de desarrollo personal y profesional convirtiendo a la organización en el medio para satisfacer las necesidades humanas, por ello, las organizaciones surgen de la necesidad de cooperación y participación entre los diferentes grupos que la componen. De acuerdo con Chiavenato (2011) “cualquier organización está compuesta de dos o más personas que establecen relaciones recíprocas para alcanzar objetivos comunes” (pág. 43). De tal manera, la existencia de las organizaciones se las puede explicar en tres razones:

1. **Sociales:** Las personas necesitan relacionarse e interactuar entre sí y con los demás para vivir razón por la cual se organizan para satisfacer sus necesidades sociales.
2. **Materiales:** Las personas se organizan para conseguir en forma conjunta los objetivos que no lo podrían alcanzar en forma individual:
  - **Aumento de habilidades:** a través de las cuales, las personas mejoran la eficiencia de sus habilidades que si estuviesen solas.
  - **Reducción del tiempo:** “las empresas logran reducir el tiempo para realizar una tarea debido a que son más eficientes que las personas” al conseguir los objetivos con mayor rapidez, la organizaciones obtienen un ahorro de tiempo y esfuerzo lo cual redundará en la rentabilidad empresarial.
3. **Efecto Sinérgico:** se refiere al trabajo en conjunto demostrado en el mayor efecto producido en conjunto que de forma individual, llamado efecto multiplicador (Chiavenato, 2011).

Chiavenato (2011) manifestó que:

Uno de los principales objetivos de las organizaciones es producir elementos necesarios para la sociedad, para satisfacer sus necesidades, la organización presta una función social, pueden dedicarse a producir bienes y productos o servicios especializados muy diversificados como hospitales, universidades, clínicas, partidos políticos, clubes y asociaciones, supermercados, bancos, empresas de transportes, empresas orientadas a la información y las comunicaciones, recreación y entretenimiento; existe una variedad increíble de organizaciones. (pág. 44)

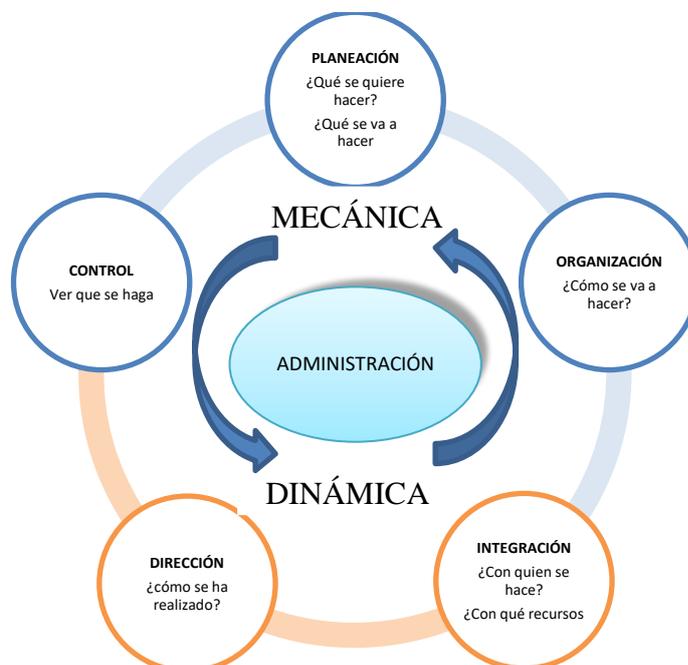
A medida que la organización logra sus objetivos tiende a ampliarlos y por lo tanto crece, situación que llevará a incrementar los recursos utilizados y necesarios para funcionar y producir. Generalmente, los objetivos organizacionales se encuentran en el ambiente en el cual se encuentran inmersas por lo cual, éste ambiente es el que condiciona su comportamiento.

## 2.4.1.2 GESTIÓN ADMINISTRATIVA

### 2.4.1.2.1 Definición

De acuerdo con Velastegui (2011) “es un conjunto de pasos o etapas necesarios para llevar a cabo una actividad” (pág.2) consecuentemente la gestión administrativa son etapas necesarias, sucesivas e interrelacionadas entre sí por medio de las cuales se efectúa la Administración.

Otros autores señalan la señalan como una herramienta para el logro de objetivos a fin de satisfacer las necesidades lucrativas y sociales de la organización (Hurtado, 2008); razón por la cual, se la considera también una metodología integrada por varias etapas. Cada etapa responde a interrogantes que deben plantearse durante el ejercicio de la administración.



**Figura 4:** Proceso Administrativo  
**Fuente:** Velastegui (2011)

Básicamente el proceso administrativo se divide en dos fases: La estructura (mecánica) que tiene como finalidad determinar las alternativas para conseguir los fines propuestos a través de la Planeación, Organización e Integración; y la Fase Operativa (dinámica) en la que se lleva a cabo las actividades para alcanzar las metas que se han planificado a través de la Dirección y Control.

		CHIAVENATO	KOONTZ & WEHRICH	PORTER, M	NEWMAN
FASE MECÁNICA O ESTRUCTURAL	PLANEACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Filosofía y valores</li> <li>Misión y visión</li> <li>Objetivos y estrategias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Misión y objetivo</li> <li>Toma decisiones</li> <li>Elige acción futura de la empresa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se basa en estrategias genéricas para alcanzar ventajas competitivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establece pasos a seguir</li> <li>Planifica por anticipado</li> </ul>
	ORGANIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>División del trabajo</li> <li>Coordinación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establece ambiente adecuado para el trabajo en equipo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esquematiza aspectos generales enfocados a la competitividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proceso de agrupamiento de actividades en secciones con fines directivos</li> </ul>
	INTEGRACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Selección</li> <li>Determinación de requisitos</li> <li>Análisis de proveedores</li> <li>Contratación</li> </ul>			
FASE DINÁMICA U OPERATIVA	DIRECCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivación</li> <li>Comunicación</li> <li>Programas y presupuestos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Influye en las personas para que puedan contribuir al cumplimiento de metas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>FAYOL, H</b> Conduce a la organización funcional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es la forma en que un ejecutivo emite instrucciones sobre lo que se debe hacer</li> </ul>
	CONTROL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estándares</li> <li>Medición, corrección</li> <li>Retroalimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medición y corrección del desempeño</li> <li>Garantiza cumplimiento de objetivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>FAYO, H</b> Evalúa desarrollo general de la empresa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigila funciones anteriores cumplidas con éxito</li> </ul>

**Figura 5:** Proceso Administrativo según varios autores  
**Fuente:** Velastegui (2011)

De acuerdo con Chiavenato (2006) la Administración en su enfoque neoclásico consiste en identificar funciones de los administradores y enseguida deducir de ellas los principios fundamentales de la complicada práctica. Las funciones del administración están dadas en sus diferentes etapas y dependiendo de su autor, éstas pueden variar. El fin del proceso administrativo siempre será alcanzar la eficacia y eficiencia organizacional mediante el

cumplimiento de los objetivos trazados, haciendo que cada una de las etapas se enlace una a la otra y a la siguiente, generando una constante retroalimentación

Generalmente se confunden el significado del proceso administrativo con el funcionamiento de las etapas (planeación, organización, dirección y control) en la integración y distribución de estas fases; para (Marín & Atencio, 2008) el proceso administrativo comprende actividades interrelacionadas humanas y de tiempo.

- **Planeación.**- Para Chiavenato, la planificación se encarga de definir los objetivos para el futuro desempeño organizacional, además decide los recursos y tareas necesarias para alcanzarlos de manera adecuada” (Chiavenato, 2012).

Según Koontz citado en Velastegui (2011) implica seleccionar misiones y objetivos y requiere tomar decisiones con el propósito de elegir el curso de acción futura que la empresa debe seguir.

Porter citado en Velastegui (2011) cambio señala que la planeación se basa en estrategias genéricas para lograr ventajas competitivas ya que de acuerdo a su criterio, es el medio que regirá el desempeño.

Newman citado en Velastegui (2011) en cambio considera que la planeación establece los pasos a seguir o las rutas de acción; es decir, planificar el futuro en base a una decisión previa de lo que se va a hacer.

Por tanto se puede manifestar que la planeación pretende fijar el rumbo hacia dónde va la empresa. Su importancia radica en encaminar y aprovechar todos los esfuerzos y recursos que dispone la empresa para reducir los niveles de incertidumbre. Además, la planeación de las empresas actual, deben integrar aspectos claves como la tecnológica e informáticas para enfrentar los aspectos cambiantes y permanentes de la empresa moderna.

**Organización.**- Tiene la finalidad de buscar los medios y recursos necesarios para llevar a cabo las estructuras, procesos, funciones y responsabilidades así como el

establecimiento de métodos y la aplicación de técnicas tendientes a la simplificación del trabajo. La organización es el proceso de distribuir y asignar tareas, de comprometer a las personas en un trabajo conjunto estructurado para conseguir objetivos comunes. La importancia radica en suministrar los recursos para su adecuado desempeño, reduciendo costos, incrementando la productividad. Sus etapas son: jerarquización, departamentalización, descripción de funciones y coordinación (Chiavenato, 2012).

Para Koontz citado en Velastegui (2011) organizar es un proceso para ordenar asuntos de trabajo o de responsabilidad, estableciendo un ambiente adecuado para el trabajo en equipo, Mientras que para Porter, la organización esquematiza aspectos generales enfocados a la competitividad de las organizaciones.

De acuerdo con Newman citado en Velastegui (2011) la organización determina las tareas de los trabajadores a través de una departamentalización de la empresa, estableciendo así el agrupamiento de actividades en secciones con fines directivos.

- **Integración.-** Ejecuta planes a través de la selección de los recursos humanos, materiales, financieros, tecnológicos necesarios para que la empresa funcione adecuadamente. (Chiavenato, 2012).

Las etapas de la integración son: definición de necesidades y requerimientos de los recursos así como aplicación de estándares de calidad y tiempos.

- **Dirección.-** Representa la puesta en marcha de todo lo que fue planeado y organizado; por lo tanto la dirección es la función administrativa que tiene como finalidad lograr la misión y visión organizacionales

Las etapas del proceso de la dirección se basan en la toma de decisiones de forma eficiente, así como mantener motivado al personal para el trabajo en equipo. De la misma forma, se encuentra la supervisión, comunicación y liderazgo como etapas básicas de esta función administrativa (Chiavenato, 2012).

Para Koontz citado en Velastegui (2011) la dirección consiste en influir en las personas para desarrollar el cargo y las tareas con el fin de contribuir al cumplimiento de metas y objetivos; Newman citado en Velastegui (2011) señala que es un paso esencial en la administración porque es la forma de emitir instrucciones por parte del ejecutivo a sus subordinados e indica qué es lo que debe hacerse.

Fayol citado en Velastegui (2011) considera que la dirección conduce a la organización funcional, con el claro objetivo de alcanzar su máximo rendimiento de todos los empleados en pos del interés de lograr los objetivos y metas institucionales.

Como argumenta Mendoza (2015):

La etapa de la dirección tiene una participación importante dentro del proceso administrativo, dado que en ella se encuentra el cómo poder llegar físicamente al logro de los objetivos a través de inducir, motivar y conducir al personal. De esta parte depende el éxito o fracaso en la Administración de los recursos humanos a su cargo.

La dirección es la ejecución de los objetivos de la empresa donde se pone en marcha los lineamientos propuestos en la planeación, estos podrán ser alcanzados si las metas son cumplidas por cada uno de los trabajadores.

#### **2.4.1.2.2 Componentes de dirección**

- **Ejecución:** Llevar a cabo los planes de acuerdo con la estructura organizacional.
- **Motivación:** Inducir a la gente a que actúe del modo deseado.
- **Guía o conducción:** Lograr el mejor esfuerzo de sus subordinados.
- **Comunicación:** Transmisión de información, conocimientos, actitudes, sentimientos y emociones, con el fin de lograr una modificación de conducta.
- **Supervisión:** Implica ver, revisar, vigilar, etcétera.
- **Alcanzar las metas de la organización:** Cumplir con los planes establecidos.

De acuerdo con MAIS-FCI (2012) La Dirección General de Salud tiene atribuciones y responsabilidades como la de coordinar con los organismos técnicos públicos y privados correspondientes al cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica de Salud y otras normas vigentes.

Direcciones Provinciales de Salud que son los representantes de la autoridad sanitaria nacional en la provincia, implementan la política, planifican, coordinan y controlan el cumplimiento de todas las acciones de salud en las zonas, distritos y circuitos.

La Dirección Distrital de Salud, se encarga de Desarrollar técnica y gerencialmente la red de servicios de salud de su zona de influencia, para brindar atención de salud integral, de calidad, eficiencia y equidad que permita contribuir al buen vivir de la población.

**Control.-** Para Koontz citado en Velastegui (2011) es la medición y corrección del desempeño que garantiza el cumplimiento de objetivos de la empresa, Newman citado en Velastegui (2011) considera que es vigilar si las funciones anteriores han sido cumplidas con éxito.

Jara (2009) señala que: el control de gestión es un sistema de información que permite al nivel directivo efectuar una revisión crítica, cuantitativa y cualitativa, del planeamiento, determinando el grado en que se logran los distintos planes para permitir realizar los ajustes y corregir los desvíos producidos pasando por todos los niveles de la organización.

El control es un medio para desarrollar actividades de diagnóstico, planificación, evaluación de los resultados, ayuda a tomar decisiones para brindar una mejor atención al cliente y alcanzar el logro de los objetivos propuestos por la organización.

### **2.4.1.3 GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS**

#### **2.4.1.3.1 Definición**

De acuerdo con Vázquez (2007) “los procedimientos administrativos poseen bases para enfocarse en el logro de sus objetivos; una buena utilización de recursos, la satisfacción de los clientes externos e internos, la competitividad, la relación con proveedores o la innovación y la tecnología” (pág. 23). Todos los procedimientos administrativos se componen de procesos que se entienden como secuencias interrelacionadas de actividades cuyo producto crea un valor intrínseco para el usuario del producto.

Se la define como un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman los elementos de entrada en resultados. (Gestión-Calidad Consulting, 2009).

Según Negrin (2010):

La Gestión de Procedimientos puede ser conceptualizada como la forma de gestionar toda la organización basándose en los procesos, siendo definidos estos como una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para conseguir un resultado, y una salida que a su vez satisfaga los requerimientos del cliente (pág. 1)

Consecuentemente, se puede manifestar que la gestión por procedimientos es la forma específica de llevar a cabo una actividad, un subproceso o un proceso, estos procesos son documentos escritos que explican exactamente los pasos que deben hacerse, a través de diagramas de proceso, de registros o documentación adicional.

La gestión de procedimientos se enfoca en la “mejora del flujo de información, comunicación y papeleo dentro de la organización” (Bittlel, 2016, pág. 1142).

De acuerdo con Sescam (2012)

Un procedimiento no es lo mismo que un proceso ya que un procedimiento es el conjunto de reglas e instrucciones que determinan la manera de proceder o de obrar para conseguir un resultado. Un proceso define qué es lo que se hace y un procedimiento cómo hacerlo (pág. 5)

Estos procedimientos clarifican la forma de actual, definiendo las responsabilidades y eliminando fuentes de conflicto.

#### **2.4.1.3.2 Estructura de un procedimiento**

**Objeto:** describe la función que realiza el proceso en la organización (qué).

**Alcance:** Establece los márgenes o influencia del proceso o subproceso que se describe, a qué afecta y a qué no afecta (cuanto).

**Documentación de referencia:** se refiere a los documentos legales del sistema de gestión dentro en el procedimiento.

**Definiciones:** Clarifica términos y define aquellos que puedan generar confusiones

**Responsabilidades:** designa responsables de ejecutar y supervisar el cumplimiento del procedimiento (quién).

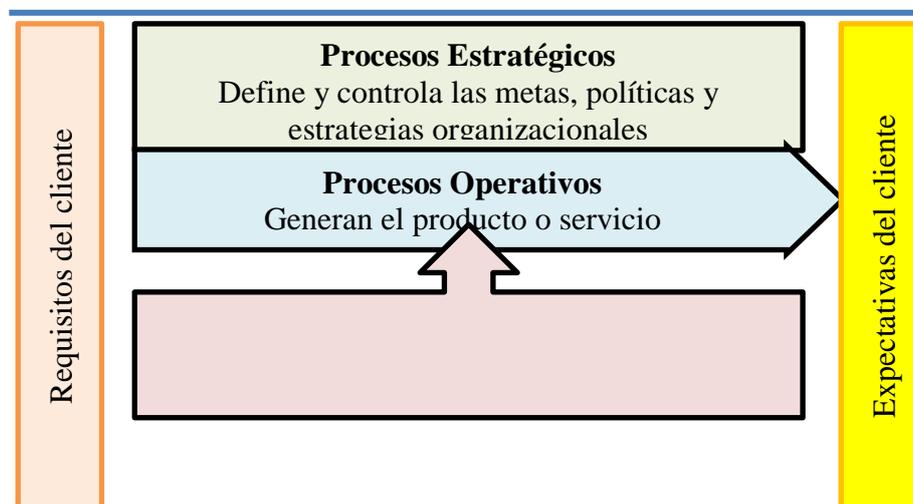
**Descripción:** Establece la sistemática que va a seguir la organización en la realización del proceso. Puede incluir o no el diagrama de flujos del proceso (cómo, dónde).

**Documentación y Registro:** enlista los documentos internos y externos y las plantillas relacionadas en el procedimiento. Establece el tiempo de archivo de los documentos relacionados.

#### 2.4.1.3.3 Tipos de procesos

Los procesos se pueden clasificar en: Procesos estratégicos, operativos y de soporte

- **Procesos estratégicos:** definen y controlan las metas, políticas y estrategias institucionales y se encuentran en una relación directa con la misión-visión organizacional. En este proceso se encuentra el primer nivel jerárquico de la organización.
- **Procesos operativos:** permiten generar el producto o servicio e inciden directamente en la satisfacción del cliente.
- **Procesos de soporte:** apoyan los procesos operativos, los clientes son internos.



**Figura 6** Tipos de procesos  
**Fuente:** Gestión-Calidad Consulting (2009)

#### **2.4.1.3.3 La adaptación de los procesos**

El diseño de los productos y servicios deben buscar principalmente la satisfacción y fidelidad del cliente por lo tanto, todos los procesos deben ser planificados y ejecutados en pos de lograr la satisfacción del cliente. De acuerdo a Zaratiegui (2011) es necesario que el entorno organizacional sea sometido “a variaciones rápidas, generadas por la globalización creciente y por cambios tecnológicos así como por lo que los clientes piden a cada proveedor y a sus competidores nuevas soluciones con características derivadas de las novedades tecnológicas” (pág. 82)

Bajo estas perspectivas, tanto metas organizacionales como métodos de funcionamiento, deben ser revisados permanentemente no de acuerdo a su estructura sino acorde a las necesidades actuales del entorno. Todo proceso es posible de mejorarse en sí mismo, reajustando a tiempo pequeños detalles que dinamicen el rendimiento sobre todo en lo productivo, “disminuyendo en lo posible los defectos y adaptándose a los requisitos cambiantes de mercados, clientes y tecnologías” (Zaratiegui, 2011, pág. 83).

#### **2.4.1.3.4 La gestión de procesos hospitalarios**

Tradicionalmente los principios de la gestión de hospitales se han centrado en técnicas de Taylor, enmarcados en un organigrama jerárquico y basado en:

**Autonomía de gestión**, a través del gerente designado por la dirección del hospital. Al gerente, le asignan un presupuesto y la máxima autonomía posible en la utilización de gastos como en planes de inversión y necesidades para lograr la consecución de los fines asistenciales. Tanto el gerente como su equipo directivo deben rendir cuentas de su gestión a los órganos de gobierno público y demás entes encargados de su control (Sescam, 2012, pág. 3).

**Implantación de la dirección por objetivos**: su filosofía es la aplicación de la dirección por objetivos en todos los estamentos y niveles de la institución a cuyo efecto se configura el servicio, enfocados al cumplimiento de los objetivos organizacionales. A partir de estos compromisos, se elaboran los presupuestos asistenciales, docentes; tanto para gastos corrientes como para inversión.

El sistema de trabajo parte de la definición de los objetivos globales, que deberán estar dentro de la planificación a largo plazo. Estos objetivos deben ser: cualitativos, asistenciales, docentes, investigadores, cualitativos. Una vez fijado los objetivos globales se procede a la elaboración de un plan para cada uno de los servicios; cada uno de los servicios deberá tener objetivos, medios o recursos para lograrlos. Además, la fijación de los objetivos deberán ser cuantificados en el primer año del plan.

La pormenorización de las previsiones institucionales a nivel de cada servicio, con el propósito de asignar porcentajes a las actividades planificadas, de la misma forma debe definirse estándares de calidad e incentivos para el logro de los objetivos.

En cuanto al control, éste incluirá no solamente la calidad, actividad sino también el control presupuestario utilizado en la consecución de los objetivos del servicio. Además, debe facilitarse mensualmente informes y reportes de cada servicio para su correcto control por parte de la dirección con el propósito dar seguimiento a la consecución de los objetivos de los servicios y los globales.

Actualmente, la gestión hospitalaria incluye como requisito la gestión de los procesos para el logro de los fines propuestos; además aporta herramientas para mejorar y rediseñar el flujo del trabajo para hacerlo más eficiente acorde a los requerimiento de los clientes.

#### **2.4.1.3.5 Procedimiento de Patología**

El procesamiento de piezas quirúrgicas, biopsias y citologías es un trabajo sincronizado, que requiere precisión y la responsabilidad de todo el personal para brindar un diagnóstico exacto y en el menor tiempo posible.

**Tabla 2** Procedimientos de Patología

PROCEDIMIENTOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Recepción de la muestra	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Revisar si la muestra tiene solicitud del médico con firma y sello.</li> <li>– Imprimir la orden del examen del sistema AS400.</li> <li>– Revisar si la orden está bien generada, con facturación acorde al espécimen.</li> <li>– Revisar si la muestra cuenta con datos completos del paciente: nombres completos, número de cédula, historia clínica, espécimen de la muestra, médico tratante responsable.</li> </ul>	Secretaria
Codificación de la muestra	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Revisar si la muestra se encuentra en solución de fijación (formol al 10%) adecuada para el tamaño de la muestra.</li> <li>– Codificar en orden secuencial la orden y la muestra.</li> <li>– Registro de muestras en libro de registros anual.</li> </ul>	Secretaria
Clasificación de muestras - ordenes	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Clasificar las muestras por servicio de procedencia, gastroenterología, dermatología, cirugía.</li> <li>– Clasificar órdenes con prioridades.</li> <li>– Clasificar órdenes en su respectivo lugar.</li> <li>– Almacenar muestras en bodega en orden secuencial.</li> </ul>	Personal técnico
Preparación de materiales para macroscopía	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rotulación de casetas.</li> <li>– Clasificación de muestras y órdenes para macroscopía.</li> <li>– Preparación de utensilios y materiales para macroscopía (guantes, mandil, cuchillo, bisturí, pinzas)</li> </ul>	Personal técnico
Macroscopía	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Toma nota de macroscopia.</li> <li>– Descripción macroscópica de la muestra a estudio</li> </ul>	Personal técnico Médico patólogo
Procesamiento de la muestra	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Colocar casetas con muestras para estudio en el equipo procesador de tejidos.</li> <li>– Preparar soluciones de alcohol, formol, neoclear para el equipo procesador de tejidos.</li> <li>– Medir concentración de alcohol del equipo procesador de tejidos.</li> </ul>	Personal técnico

Inclusión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incluir la muestra en parafina según el corte y el espécimen de la muestra.</li> <li>- Colocar las muestras con parafina sobre placa de hielo para que se solidifique.</li> </ul>	Personal técnico
Microtomía	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desbastar los bloques de parafina que contienen las muestras.</li> <li>- Realizar cortes de los tejidos a 4 micras de espesor.</li> <li>- Realizar pesca de la muestra en placas portaobjetos.</li> <li>- Rotular las placas con los datos de las casetas.</li> </ul>	Personal técnico
Desparafinización, coloración y montaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar las placas en canastillas y colocarlas a la estufa a una temperatura de 58 a 60°C por un tiempo de 20 minutos.</li> <li>- Pasar las placas por 3 coplins de Neoclear por un tiempo de 10 minutos en cada uno.</li> <li>- Colorear las placas con Hematoxilina-Eosina.</li> <li>- Dejar secar a temperatura ambiente.</li> <li>- Pasar las placas por 3 coplins de Neoclear para aclarar.</li> <li>- Realizar el montaje de las placas con laminillas cubreobjetos.</li> </ul>	Personal técnico
Rotulación de placas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotular las placas con dos apellidos y un nombre del paciente, colocar el código secuencial con el cual fue rotulada la muestra, en la parte inferior derecha colocar las iniciales del técnico responsable del procesamiento de la muestra.</li> <li>- Registrar en la orden el número de placas que se realiza, la fecha de entrega de placas.</li> <li>- Anotar en registros personales el número de placas realizadas y la fecha que la muestra se entrega al médico.</li> </ul>	Personal técnico
Microscopía	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar historia clínica del paciente.</li> <li>- Realizar estudio microscópico de cada una de las placas con tejidos histopatológicos.</li> <li>- Dar un diagnóstico.</li> <li>- Colocar el diagnóstico en la orden.</li> </ul>	Médico Patólogo
Transcripción de resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transcribir el resultado de la orden en la historia clínica del paciente.</li> </ul>	Secretaria

Confirmar resultados de diagnostico	– Revisar los datos transcritos, confirmar y enviar al sistema AS400.	Médico Patólogo
	– Anotar en registro personal la fecha que el diagnóstico es enviado al sistema AS400.	
Archivo	– Ordenar placas, bloque y órdenes para archivar en orden secuencial.	Personal técnico
Desecho de muestras	– Separar muestras que ya tienen diagnostico confirmado.	Personal técnico
	– Anotar en registro de muestras a desechar.	
	– Colocar las muestras en cartones para envío a desechar.	
Muestras de Papanicolaou	– Tomar muestra de Papanicolaou.	Personal técnico
	– Registrar el pedido de Papanicolaou en el libro de registro anual de citologías.	
	– Coloración de placas de Papanicolaou.	
	– Montaje de placas.	
	– Etiquetado de placas con los dos apellidos y un nombre de la paciente, seguido del código secuencial.	
Preparación de formol	– Preparación de formol buferado al 10% de concentración.	Personal técnico
Toma de muestras de punción por aspiración de aguja fina de tiroides	– Puncionar nódulos tiroides con orientación de eco tiroideo.	Médico Patólogo
	– Microscopia de placas de punción de tiróides.	
	– Dar un diagnóstico del material revisado.	
	– Enviar al sistema AS400 el diagnóstico.	
Coloraciones de citologías especiales	– Realizar extendidos para citologías de líquidos.	Personal técnico
	– Prepara a los pacientes para la toma de muestra de PAAF.	
	– Coloración Giemsa y Papanicolalou para casos especiales.	
	– Etiquetado de placas de citologías especiales.	
	– Registro de fecha, número de placas en registro digital	

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

## **2.4.2 DESARROLLO CONCEPTUAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE**

### **2.4.2.1 SATISFACCIÓN AL CLIENTE**

#### **2.4.2.1.1 Definición**

Para Pereiro (2008) “es la percepción que el cliente tiene sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos. La satisfacción es un estado psicológico, y por tanto subjetivo, cuya obtención asegura fidelidad” (s. p.) por tal razón se puede definir a la satisfacción como un juicio de valor sobre un servicio prestado.

La satisfacción del cliente es el componente esencial para incrementar la competitividad de las organizaciones, la identificación de las necesidades y expectativas de los distintos segmentos de clientes es fundamental para alcanzar la satisfacción (Prada F. y., 2011).

“Esta percepción se encuentra relacionadas con las expectativas del servicio que tiene el cliente” (Santana, 2012). La satisfacción al cliente es una respuesta emocional donde las percepciones sobre un objeto se comparan con las necesidades y deseos satisfechos de un individuo, de la manera que la satisfacción lo genera el cliente en forma individual basado en las expectativas que posee con respecto al servicio recibido.

Rico (citado en Vivas, 2008) manifiesta que: “la satisfacción es un estado de ánimo que crea agrado y complacencia” (pág. 22); es decir, el estado de ánimo de los clientes surge como producto de relacionar las necesidades y expectativas versus el valor y los rendimientos percibidos.

Aunque la satisfacción del cliente es un objetivo a perseguir, no es el fin en sí, y se la debe tomar como un camino de mejora permanente del servicio que se proporciona a fin de lograr incrementar los resultados económicos que benefician a la organización, lo cual se traducirá en rentabilidad y el aumento de clientes fieles.

#### **2.4.2.1.2 Importancia**

La importancia radica en que un cliente satisfecho será siempre una persona activa y permanente en la empresa ya que siempre regresará y recomendará los servicios y productos que se ofrecen, además de dar la mejor opinión, lo cual constituye la mejor referencia, marketing e ingresos que beneficiarán a la organización.

La fidelidad del cliente es un aspecto importante que genera la satisfacción ya que se traduce en la intención de volver a recomprar el producto que se ofrece es decir en la recompra, es decir se tiene la certidumbre que el cliente probablemente regresará a usar los servicios o productos.

#### **2.4.2.1.3 Formas de lograr la satisfacción**

Tomando en cuenta que la satisfacción al cliente es la base de la gestión de la calidad y que los clientes requieren productos y servicios que satisfagan sus necesidades y expectativas, existen ciertas formas de lograr la satisfacción al cliente, entre las que se encuentra:

- **Ofrecer un producto de calidad:** el producto deberá ser elaborado con insumos de primera dentro de envases y diseños atractivos, durables enfocados a satisfacer los gustos y preferencias del cliente.
- **Cumplir con lo ofrecido:** se debe hacer efectivas y respetar las condiciones de los ofrecimientos de publicidad realizadas en las promociones de ventas así como también cumplir con los plazos de entrega.
- **Brindar un buen servicio al cliente:** ofrecer en todo momento una atención rápida y oportuna, trato personalizado y ambiente amable.
- **Resolver problemas, quejas y reclamos:** atender y resolver problemas, quejas y reclamos de forma oportuna y efectiva ya que este, es uno de los indicadores que incide directamente en la satisfacción al cliente.
- **Brindar servicios adicionales:** servicios extras tales como entrega de productos a domicilio, instalación gratuita del producto, servicio técnico gratuito. (CreceNegocios, 2011).

#### 2.4.2.1.4 La percepción de la satisfacción del cliente

Anónimo (s.f.) señala que:

Los estudios al respecto de la satisfacción del cliente suelen enfocarse desde dos ópticas bien diferenciadas, o bien desde la perspectiva del cliente o bien desde la perspectiva de la organización que realiza el estudio. Por supuesto, existen entre estos dos extremos infinitas posibilidades para abarcar el modelado de la satisfacción del cliente (pág. 19)

El cliente o usuario tiene ciertas necesidades de los cuales incluso no es consciente, por lo que la organización debe recogerla con el propósito de diseñar y prestar los servicios para lograr la satisfacción

Ciertas actividades son capaces de identificar estas necesidades reales del cliente mientras que otros solo perciben estas necesidades de las cuales el cliente está consciente pero que son muy útiles para mejorar la calidad del servicio y alcanzar la satisfacción de quien recibe el servicio.

Según Martín (2015):

**Percepción del cliente.-** se refiere a cómo éste estima que la organización está cumpliendo con la entrega del servicio, de acuerdo a como él valora lo que recibe

**Expectativas del cliente.-** se refiere a lo que se espera que sea el servicio que entrega la organización. Esta expectativa se forma básicamente por sus experiencias pasadas, sus necesidades conscientes, comunicación de boca a boca e información externa. A partir de aquí puede surgir una retroalimentación hacia el sistema cuando el cliente emite un juicio (pág. 1)

#### 2.4.2.1.5 Factores que afectan la percepción del cliente

Mercer (2012) considera que la percepción de un servicio o producto se base parcialmente en la experiencia real, mientras que la investigación de mercado señala que la percepción está condicionada por una serie de factores muy concretos y otros menos tangibles tales como:

- **Precio:** este es un factor algo complejo porque ciertos a ciertos consumidores les gusta las rebajas porque asocian a precio económico mientras que por otro lado perciben a las cosas baratas como no de buena calidad, por lo que desconfían de este producto.

- **Calidad:** a pesar de que un producto o servicio presenten defectos, una excelente calidad puede ensombrecer cualquier experiencia negativa del producto.
- **Empaque y logotipo:** el modo de presentación del producto determina su percepción, por tanto el empaque y logotipo contribuyen a destacar el producto y hacerlo muy atractivo y confiable.
- **Reputación:** es la experiencia real con el producto, es la recomendación boca a boca que establece una visión compartida de la situación del producto o servicio y básicamente lo constituye la cadena de distribución.

#### 2.4.2.1.6 Elementos que conforman la satisfacción del cliente

Utilizando herramientas o métodos que permitan recolectar los reclamos y quejas de los clientes es posible medir la satisfacción del cliente, los elementos son:

- **Rendimiento percibido:** Se refiere al resultado que el cliente considera haber obtenido luego de haber adquirido el producto o servicio. (Kotler. & Armstrong, 2013). Tiene las siguientes características:
  - Se determina desde el punto de vista del cliente, no de la empresa.
  - Se basa en los resultados que el cliente obtiene con el producto o servicio.
  - Está basado en las percepciones del cliente, no necesariamente en la realidad.
  - Sufre el impacto de las opiniones de otras personas que influyen en el cliente.
  - Depende del estado de ánimo del cliente y de sus razonamientos. Dada su complejidad, el "rendimiento percibido" puede ser determinado luego de una exhaustiva investigación que comienza y termina en el cliente.
- **Las Expectativas:** se refiere a las esperanzas que los clientes tienen por conseguir algo. Las expectativas de los clientes se producen por el efecto de una o más de éstas cuatro situaciones:
  - Promesas que hace la misma empresa acerca de los beneficios que brinda el producto o servicio.

- Experiencias de compras anteriores.
- Opiniones de amistades, familiares, conocidos y líderes de opinión (p. ej.: artistas).
- Promesas que ofrecen los competidores.

En lo correspondiente a la organización, es necesario se establezca el nivel correcto de expectativas con el propósito de ser atractivas para sus clientes, tomando en cuenta que la disminución en los índices de satisfacción del cliente no siempre significa una disminución en la calidad de los productos o servicios; esta situación, generalmente es producto de publicidad y marketing cuyo monitoreo determinará si la empresa se encuentra dentro de los rangos esperados así como, es posible determinar si el producto cumple con las expectativas del cliente.

#### 2.4.2.1.4 Niveles de Satisfacción

De acuerdo con Fernández (2015) el cliente experimenta uno de estos tres niveles de satisfacción luego de haber realizado la compara de un producto o servicio:



**Figura 7** Niveles de satisfacción  
**Elaborado por:** Lic. Martha Granizo

- **Insatisfacción:** Se produce cuando el desempeño percibido del producto no alcanza las expectativas del cliente.
- **Satisfacción:** Se produce cuando el desempeño percibido del producto coincide con las expectativas del cliente.

- **Complacencia:** Se produce cuando el desempeño percibido excede a las expectativas del cliente (pág. 93)

Es posible conocer el grado de lealtad hacia la marca o empresa una vez que determinemos el nivel de satisfacción del cliente

Un cliente insatisfecho cambiará de marca o proveedor de forma inmediata (deslealtad condicionada por la misma empresa). Por su parte, el cliente satisfecho se mantendrá leal; pero, tan solo hasta que encuentre otro proveedor que tenga una oferta mejor (lealtad condicional). En cambio, el cliente complacido será leal a una marca o proveedor porque siente una afinidad emocional que supera ampliamente a una simple preferencia racional (lealtad incondicional).

Por ese motivo, las empresas inteligentes buscan complacer a sus clientes mediante prometer solo lo que pueden entregar, y entregar después más de lo que prometieron

## **2.4.2.2 SERVICIO AL CLIENTE**

### **2.4.2.2.1 Definición**

El servicio al cliente se lo define como el conjunto de actividades relacionadas entre sí que permite responder satisfactoriamente a las necesidades del cliente. (alteco, 2013). Constituye uno de los factores de incidencia en la pérdida de clientes debido a la mala atención por lo que el proceso de atención es el pilar fundamental en una organización al cual no le prestan la atención debido puesto que, al igual que otros procesos administrativos, también requiere de permanente gestión, planificación para ofrecer procesos eficientes y eficaces.

### **2.4.2.2.2 Fases del servicio al cliente**

Es necesario conocer la secuencia de fases y comportamiento de servicio al cliente puesto que, es un factor que incide en la percepción de la calidad del servicio.

Pleguezuelos (2016) considera que, el proceso de atención al cliente debe ser el siguiente.

**Etapa N°1: Iniciar el contacto:** el propósito es que el cliente se sienta atendido desde el principio del contacto, de esta forma es posible causar una buena impresión lo cual generará un ambiente positivo para una relación agradable (alteco, 2013).

- Advertir la presencia del cliente
- Sonreír y saludar amablemente
- Personalizar el contacto a través de la comunicación directa con el cliente, invitándolo a hablar.

**Etapa N°2: Obtener Información:** el objetivo es conocer y comprender las necesidades del cliente a fin de posibilitar su adecuada satisfacción. De esta forma se puede transmitir la impresión de que le escuchan y que se está interesado por su petición (alteco, 2013) enlista las siguientes:

- Observar al cliente y escucharlo atentamente
- Ubicarse en la posición del cliente
- Preguntar de modo no rutinario
- Estar atento mientras habla para conocer sus requerimientos
- Dirigir su atención hacia el cliente

**Etapa N°3: Satisfacer la necesidad:** con el propósito de facilitar las indicaciones oportunas u obtener los elementos suficientes para resolver las necesidades del cliente. Para ello es necesario:

- Identificar la necesidad del cliente
- Centrarse en su satisfacción
- Hacerse comprender amablemente
- Dedicar el tiempo necesario
- Asegurar la satisfacción.

**Etapa N°4: Finalizar:** el objetivo es asegurarse de que la necesidad del cliente ha sido resuelta lo cual generará una sensación final positiva (alteco, 2013); considera los siguientes pasos en esta etapa:

- Despedirse amablemente del cliente
- Sonreír y no demorar el final.

La capacitación permanente siempre será necesaria y vital en el proceso de atención al cliente para tener un final satisfactorio, para lo cual es necesario personalizar la atención, es decir tratar al cliente como una persona; este trato será percibido como un valor agregado. Se debe tener presente que “el concepto que se tiene de servicio está fuertemente condicionado al trato recibido” (alteco, 2013).



**Figura 8** Etapas del servicio al cliente  
**Elaborado por:** Lic. Martha Granizo

#### 2.4.2.2.3 Reforzando el proceso de servicio al cliente

Flecha (2010) considera necesario definir y estructurar adecuadamente los procesos de servicio al cliente con el objeto de detectar oportunamente problemas para corregirlos a tiempo, así como identificando situaciones que requieran reajustes para optimizar recursos. El desarrollo de procesos de atención al cliente sin control o ineficientes, son determinantes en la satisfacción y evaluación de la organización; por ello, es de interés

atender este tipo de problemas desde sus inicios para aplicar correctivos oportunos y acertados.

#### **2.4.2.2.4 Tipos de clientes**

Partiendo de que cliente es la persona que regularmente utiliza o compra los servicios de una empresa o profesional, de acuerdo con Ameca (2014) existen dos tipos de clientes: internos y externos.

**Cliente interno:** se refiere a todas las personas que intervienen en el proceso generador de resultados (productos o servicios) que son entregados a un cliente. Por ello, cada trabajador dentro de una organización es cliente y a su vez proveedor dentro de la empresa.

Ameca (2014) considera que existen tres tipos de clientes internos:

- **Ejecutivos:** son las personas que ofrecen el producto o el servicio a determinado mercado y mantienen una relación más cercana con los clientes externos.
- **Comercial:** son las personas que tienen una visión más clara de la calidad ya que tienen una relación directa con los trabajadores.
- **Operativa:** son las personas que se encargan de elaborar los productos o servicios.

Por tanto, el cliente interno debe poseer información global de todos los sectores con el fin de entender el trabajo desde la óptica empresarial y del cliente. Para el efecto proporcionará toda los datos necesarios que se generen en su trato con el cliente externo para propender a la mejora continua e implementar sistemas para mejorar los procesos productivos y el clima laboral.

**Cliente externo:** es la persona que no pertenece a la empresa y solicita satisfacer una necesidad a través del bien o servicio. Siguiendo a Serna, pueden ser de diferentes tipos:

- **Cientes leales:** son los clientes usuales y constituyen la base de la empresa.

- Clientes especializados en descuentos: se refiere a los compradores regulares y que gozan de descuentos que ofrece la empresa.
- Clientes impulsivos: son las personas que se guían por impulsos y no sales de un almacén sin comprar algo.
- Clientes basados en las necesidades: personas que buscan exclusivamente el producto o servicio que requieren.
- Clientes errantes: son personas que sin tener necesidad alguna ingresan a un almacén para observar.

### **2.4.2.3 SERVICIO**

#### **2.4.2.3.1 Definición**

El servicio es un proceso, una actividad directa o indirecta que no produce un producto físico y poseen ciertas características que los diferencian de los productos de acuerdo a la forma en que son producidos, consumidos y evaluados (Mateos, 2015)

El servicio es el resultado generado por las actividades de interrelación entre el proveedor y el cliente para satisfacer sus necesidades

#### **2.4.2.3.2 Características**

**Es intangible** porque no se lo puede tocar o saborear; sin embargo es posible sentirlo.

**Es irreparable** porque no es posible procesarlo cuando existe un error, por lo que es necesario garantizarlo a través de capacitación.

**Es de consumo inmediato:** no es almacenable, razón por la cual se requiere atención y actitud por parte de la persona que lo presta al momento de solicitarlo.

**Es indivisible** porque no es posible partirlo o brindarlo incompleto porque genera insatisfacción.

Serna (2016) manifiesta que: las características más comunes del servicio que se encuentran en la atención al cliente no puede ser percibida por los sentidos, por lo tanto es intangible; no es permanente ya que se produce y consume instantemente; es continua e integral al formar parte de ella todos los colaboradores, la oferta del servicio se resume en prometer y cumplir. Además, la satisfacción plena del cliente es el objetivo de la atención lo cual generará un valor agregado.

#### **2.4.2.3.3 Tipos de servicio**

**Básico:** es el conjunto de elementos que identifican a una organización

**Complementario:** es el servicio que se añade a la oferta básica para complementarla y diferenciarla de la competencia.

**Periférico:** es el servicio que el cliente adquiere adicional al complementario en las instalaciones de una empresa.

La capacidad estratégica del servicio consiste en garantizar y valorar el servicio, para ello debe valorarse adecuadamente de acuerdo a las expectativas de los clientes con el fin de crear un servicio que satisfagan la necesidad del cliente.

## **2.5 HIPÓTESIS**

La adecuada gestión de procedimientos del Servicio de Patología incide en la Satisfacción del Cliente Interno del Hospital IESS Ambato”.

## **2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES**

### **2.6.1 Variable Independiente**

Gestión de Procedimientos

### **2.6.2 Variable Dependiente**

Satisfacción al cliente.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo de investigación presentó relación con el paradigma crítico propositivo por lo tanto tuvo un enfoque cuali-cuantitativo. Es cuantitativo porque utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente; de acuerdo con (Gómez, 2006) el enfoque cuantitativa confía en la medición numérica, el conteo y en el uso de la estadística descriptiva para el análisis e interpretación de resultados. Es cualitativo porque se lo utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación.

#### **3.2 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

En el presente trabajo se utilizó las siguientes modalidades de investigación.

##### **3.2.1 Investigación de campo**

Como argumenta Díaz (2010) la investigación de campo es el estudio sistemático de los hechos en el lugar en el que se producen, a través del contacto directo del investigador con la realidad.

Teniendo como finalidad recolectar y registrar información de primera mano en contacto directo con los clientes internos que acuden al Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato, las mismas que permitió contextualizar el problema a través de la recolección de información directa de primera mano.

### **3.2.2 Investigación bibliográfica documental**

Consiste en analizar información escrita sobre un determinado problema con el propósito de conocer las contribuciones científicas del pasado y establecer relaciones, diferencias o estado actual del conocimiento respecto a la gestión de procedimientos y la satisfacción al cliente interno, leyendo documentos tales como libros, revistas científicas, informes técnicos, tesis de grado e internet.

## **3.3 NIVEL O TIPOS DE INVESTIGACIÓN**

### **3.3.1 Investigación exploratoria**

Su objetivo es ayudar al planteamiento del problema de investigación, formular hipótesis o seleccionar la metodología a utilizar.

### **3.3.2 Investigación descriptiva**

Detalla las características más importantes del problema en estudio, en lo que respecta a su origen y desarrollo. Su objetivo es describir cómo la gestión de procedimientos patológicos incide en la satisfacción del cliente interno dentro de una circunstancia de tiempo-espacio determinada, es decir en el cuarto trimestre del año 2015.

### **3.3.3 Investigación correlacional**

Tiene como propósito examinar la relación entre las variables y a su vez medir el grado de asociación que existe entre las mismas; es decir en qué medida influye la gestión de procedimientos que incide en la satisfacción al cliente interno que acude diariamente al Servicio de Patología en el Hospital IESS Ambato, en busca de resultados para dar tratamiento médico.

## **3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA**

### 3.4.1 Población

Población es el conjunto de elementos con características comunes, en un espacio y tiempo determinados. La población está constituida de la siguiente forma:

**Tabla 3** Población

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Médicos Patólogos	2
Lic. Laboratorio Clínico	3
Secretaria	1
Médico General	1
Médico Geriatra	1
Médico Familiar	3
Médico Internista	7
Médico Ginecólogo	10
Médico Traumatólogo	5
Médico Cirujano	8
Médico Gastroenterólogo	3
Médico Dermatólogo	1
Médico Otorrinolaringólogo	2
Médico Oftalmólogo	4
Médico Intensivista	3
Médico Urólogo	1
Médicos Anexos Externos	2
<b>TOTAL:</b>	<b>57</b>

**Fuente:** Departamento de Sistemas H. IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

Por tratarse de una muestra finita debido a que se conocen el número exacto de la población o universo de estudio se trabajará con todas las personas que lo conforman; es decir con 51 profesionales médicos y 6 profesionales que laboran en el Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato.

### 3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 4 Variable Independiente: Gestión de Procedimientos

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICA E INSTRUMENTOS
<p><b>Gestión de procedimientos</b></p> <p>Es la forma de gestionar toda la organización basándose en los procesos, siendo definidos estos como una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para conseguir un resultado, y una salida que a su vez satisfaga los requerimientos del cliente</p>	<b>Gestionar</b>	Número de Objetivos que conoce Número de deficiencias	¿Conoce ud. los objetivos de este departamento?  ¿Cuenta el servicio de Patología con los recursos necesarios?	<p><b>Técnica:</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumento:</b> Cuestionario</p>
	<b>Procesos</b>	Número de procedimientos Estratégicos Número de procedimientos Operativos	¿De acuerdo a su criterio, en qué proceso existe deficiencias?  ¿El servicio de Patología ha elaborado procedimientos destinados a disminuir el tiempo de entrega de informes?	
	<b>Generar</b>	Número de procedimientos Soporte  Diseño de producto Cumplimiento de objetivos Servicio	¿Qué tipo de proceso limita el cumplimiento de objetivos del Servicio de Patología?	

Elaborado por: Lcda. Martha Granizo

**Tabla 5** Variable Dependiente

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICA E INSTRUMENTOS
<p><b>Satisfacción al cliente</b></p> <p>Es la percepción que el cliente tiene sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos. La satisfacción es un estado psicológico, y por tanto subjetivo, cuya obtención asegura fidelidad</p>	Percepción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de percepción del cliente</li> <li>• Nivel de expectativas del cliente</li> </ul>	<p>¿Cuándo usted acude al servicio de Patología es atendido de forma inmediata?</p> <p>¿El nivel de percepción sobre el servicio recibido es?</p>	<p><b>Técnica:</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumento:</b> Cuestionario</p>
	Grado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de personas Insatisfechas</li> <li>• Número de personas satisfechas</li> </ul>	<p>¿El tiempo de entrega de informes patológicos ha sido oportuna?</p> <p>¿Cómo calificaría la satisfacción del servicio recibido?</p>	
	Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de Producto de calidad</li> <li>• Número problemas resueltos</li> </ul>	<p>¿Cuáles considera ud. los principales limitantes para obtener un servicio de calidad?</p>	

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

### 3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El presente procedimiento de recolección de información contempla estrategias metodológicas requeridas por los objetivos e hipótesis de la investigación, de acuerdo con el enfoque escogido:

Para sintetizar la descripción del plan de recolección es necesario establecer a las siguientes preguntas.

**Tabla 6** Plan de Recolección de la Información

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación
2. ¿De qué personas u objetos?	Personal que labora en el Servicio de Patología, médicos tratantes y especialistas del H. IESS Ambato
3. ¿Sobre qué aspectos?	Sobre la Gestión de Procedimientos Patológicos y la Satisfacción al cliente
4. ¿Quién? ¿Quiénes?	La investigadora
5. ¿Cuándo?	Enero 2016
6. ¿Dónde?	Servicio de Patología H. IESS Ambato
7. ¿Cuántas veces?	Una sola vez
8. ¿Qué técnicas de recolección?	Encuesta
9. ¿En qué situación?	En días hábiles

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

En la recolección de la información se define el problema y los objetivos de la investigación para lo cual se establecerán todos y cada uno de los objetivos específicos que se plantearon inicialmente en el proyecto, en cada uno de estos se establecerá la

manera como acceder a esta información, se clasificará a la información en secundaria y en primaria ya sea esta cuantitativa o cualitativa.

### **3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

De acuerdo con Yuni & Urbano (2014) la técnica hace referencia a los procedimientos de realizar las distintas actividades de forma estandarizada; en el campo de la metodología de la investigación científica las técnicas de recolección de información son todos los pasos a través de los cuales se generan informaciones válidas y confiables con el objeto de utilizarlos como datos científicos.

El instrumento es el mecanismo que utiliza el investigador para generar la información, la elección, construcción y validación de instrumentos ponen en juego la capacidad de inventiva del investigador, así como su inteligencia estratégica para construir instrumentos que el permitan obtener la información que necesita para el estudio.

Los instrumentos de investigación diseñados deben ser validados y confiables para que garantice el cumplimiento de los cánones de científicidad del conocimiento producido en la investigación. La fiabilidad y validez son cualidades esenciales que deben tener los cuestionarios diseñados, si el instrumento reúne estos requisitos existe garantía de los resultados y por lo tanto de las conclusiones obtenidas.

En concordancia con los conceptos mencionados, se puede manifestar que las técnicas de recolección de información son procedimientos a través de los cuales se obtiene información real del problema investigado. En este caso se utilizará la técnica de la Encuesta.

La encuesta es una técnica de recolección de información por la cual, los informantes responden por escrito a preguntas entregadas por escrito (Herrera et. al. 2008). Esta técnica de investigación se apoya en el cuestionario que consiste en una serie de preguntas impresas sobre el problema a investigar y que deben ser contestadas por la población o muestra de estudio.

Para efectos del presente trabajo, se utilizó como técnica de investigación la encuesta y como instrumento el cuestionario con 10 preguntas cerradas de opción múltiple con escala de tipo cuali-cuantitativo, aplicadas a los profesionales médicos y al personal del servicio de patología del Hospital IESS Ambato.

### 3.7.1 Diseño del instrumento de recolección de la información

#### 3.7.1.1 Validez y confiabilidad de los Instrumentos de Medición

Con el objeto de comprobar la validez del cuestionario aplicado, se sometió el instrumento al juicio de expertos, para lo cual se eligió a tres profesionales que expresaron su opinión sobre la relación de las preguntas del instrumento con los objetivos, variables e indicadores de la investigación, tomando en cuenta estas opiniones, se realizó correcciones necesarias antes de aplicar el cuestionario. Cada validador se le entregó los siguientes documentos:

- Objetivos del instrumento de diagnóstico
- Formulario de validación para registrar opinión de cada ítem
- Ficha del validador
- Instrumento

#### 3.7.1.2 Confiabilidad

La confiabilidad de un instrumento de medición refiere el grado en que la aplicación repetida al mismo sujeto produce resultados iguales, para tal efecto, se procedió a aplicar un pretest con el objeto de valorar la funcionalidad de las preguntas y comprensión por parte de la investigadora, con cuyos resultados obtenidos se aplicó el Alpha de Cronbach cuyos resultados son los siguientes:

**Tabla 7** Estadístico de Confiabilidad encuesta a profesionales médicos

	N	%
Válidos	51	100,0
Casos Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
Total	51	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N° de elementos
,952	10

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

**Tabla 8** Estadístico de Confiabilidad encuesta a Personal Servicio de Patología

		N°	%
	Válidos	6	100,0
Casos	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	6	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N° de elementos
,886	10

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

**Tabla 9** Interpretación de los Niveles de Confiabilidad

ESCALA	NIVELES
Menos de 0,20	Confiabilidad ligera
0,21 a 0,40	Confiabilidad baja
0,41 a 0,70	Confiabilidad moderada
0,71 a 0,90	Confiabilidad alta
0,91 a 1,00	Confiabilidad muy alta

**Fuente:** Hernández, Fernández, & Baptista (2010)

Comparando el coeficiente de confiabilidad obtenido en la encuesta aplicada a los profesionales médicos es de 0,952 con el cuadro de interpretación de los niveles de confiabilidad, se concluyó que el instrumento de medición es de consistencia interna con tendencia a ser muy alta.

El coeficiente de confiabilidad obtenido en la encuesta aplicada al personal del Servicio de Patología es de 0,886 y de acuerdo con la tabla de niveles de confiabilidad se concluyó que el instrumento de medición es de consistencia alta.

### **3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS**

Para el procesamiento y análisis de los datos obtenidos se siguieron los pasos planteados por (Herrera, Medina, & Naranjo, 2008).

- Revisión crítica de la información recogida, es decir limpieza de información defectuosa, contradictoria, incompleta, no pertinente y otras fallas.
- Repetición de la recolección en ciertos individuos, para corregir fallas de contestación.
- Cuadro según variables de cada hipótesis: cuadros de una sola variable, cuadro de cruce de variables, etc.
- Manejo de información (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influyen significativamente)
- El análisis de las encuestas se lo realizó por medio de gráficos ya sean de barras o de pastel con sus respectivos porcentajes.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Análisis e Interpretación de la Encuesta aplicada a los profesionales médicos del Hospital IESS Ambato

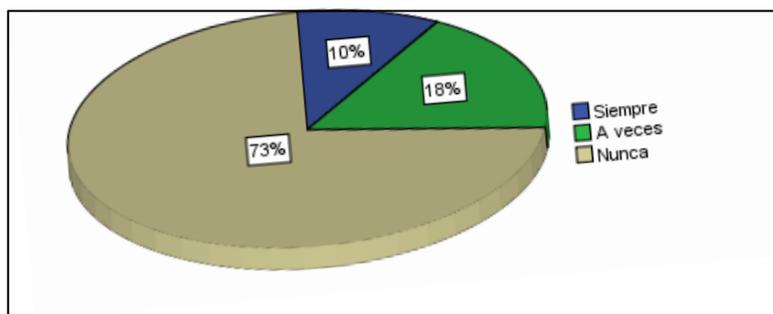
##### 1. ¿Considera ud. que el servicio de Patología dispone del talento humano suficiente para cubrir la demanda de análisis anatomopatológicos existente?

**Tabla 10** Disponibilidad de talento humano para cubrir demanda

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	5	9,8	9,8
	A veces	9	17,6	27,5
	Nunca	37	72,5	100,0
	Total	51	100,0	100,0

**Fuente:** Encuesta Profesionales Médicos Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 9** Talento humano cubre demanda de atención

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

#### Interpretación de Resultados

De los 51 profesionales médicos del Hospital IESS Ambato encuestados, el 10% consideran que el servicio de Patología, siempre dispone del talento humano suficiente para cubrir la demanda de análisis anatomopatológicos existente, el 18% a veces mientras que un 73% nunca lo considera.

## **Análisis de Resultados**

De acuerdo a los datos obtenidos, la mayoría de médicos consideran que el servicio de Patología, nunca dispone del talento humano suficiente para cubrir demanda de análisis y diagnóstico de muestras receptadas, razón por la cual el paciente no puede recibir tratamiento oportuno, originando insatisfacción del servicio prestado.

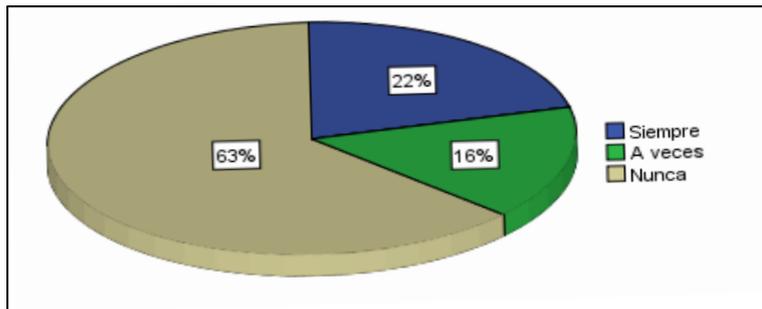
## 2. ¿Es usted atendido de forma inmediata en el servicio de Patología?

**Tabla 11** Atención inmediata

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	11	21,6	21,6	21,6
	A veces	8	15,7	15,7	37,3
	Nunca	32	62,7	62,7	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

**Fuente:** Encuesta Profesionales Médicos Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 10** Atención inmediata

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

### Interpretación de Resultados

De las 51 personas encuestadas, el 22% señala que siempre ha sido atendido de forma inmediata, el 16% a veces mientras que un 63% nunca es atendido inmediatamente.

### Análisis de Resultados

Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de los médicos no son atendidos inmediatamente ya que los resultados de los diagnósticos no son entregados inmediatamente porque no disponen de recursos suficientes para procesar todos los requerimientos de forma inmediata.

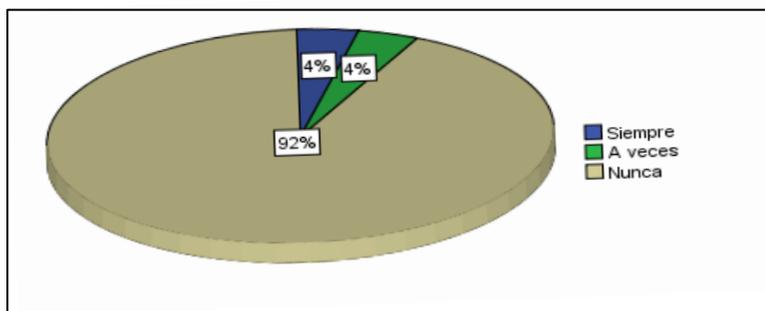
**3. ¿Considera ud. que el Servicio de Patología cuenta con los recursos (materiales, tecnológicos, humanos y económicos) necesarios?**

**Tabla 12** Recursos necesarios

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	2	3,9	3,9
	A veces	2	3,9	7,8
	Nunca	47	92,2	100,0
	Total	51	100,0	100,0

**Fuente:** Encuesta Profesionales Médicos Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 11** Recursos necesarios

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

**Interpretación de Resultados**

De las 51 personas encuestadas y que constituyen el 100%, el 4% considera que el servicio de patología siempre cuenta con los recursos (materiales, tecnológicos y económicos) necesarios, el 4% a veces mientras que un 92% nunca dispone.

**Análisis de Resultados**

La mayoría de los médicos encuestados señalan que el servicio de Patología nunca tiene los recursos necesario para realizar su trabajo acorde a la demanda hospitalaria por esta razón, los médicos no pueden iniciar los tratamientos requeridos del paciente, generando así insatisfacción y reclamos constantes.

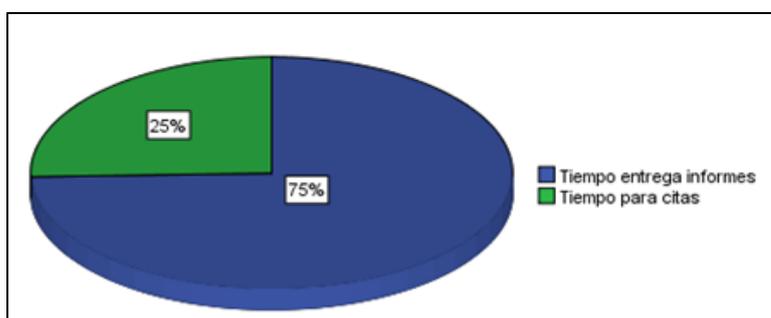
**4. De acuerdo a su criterio ¿existe deficiencias en la gestión de servicios que actualmente le brinda este departamento?**

**Tabla 13** Deficiencias en la gestión de servicios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Tiempo entrega informes	38	74,5	74,5	74,5
	Tiempo para citas	13	25,5	25,5	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

**Fuente:** Encuesta Profesionales Médicos Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 12** Deficiencias en la gestión de servicios

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

**Interpretación de Resultados**

De los 51 médicos encuestados y que constituyen el 100%, el 75% señala que las deficiencias en la gestión de servicios que actualmente le brinda este departamento es el prolongado tiempo de entrega de informes, mientras que el 25% señala que es el prolongado tiempo para citas.

**Análisis de Resultados**

Para la mayoría de médicos encuestados, la principal deficiencia en la gestión de servicios que actualmente brinda este departamento es el prolongado tiempo de entrega de informes, situación que genera malestar no solamente en pacientes sino también en el médico tratante quien permanentemente insiste en exige se acelere la entrega de informes.

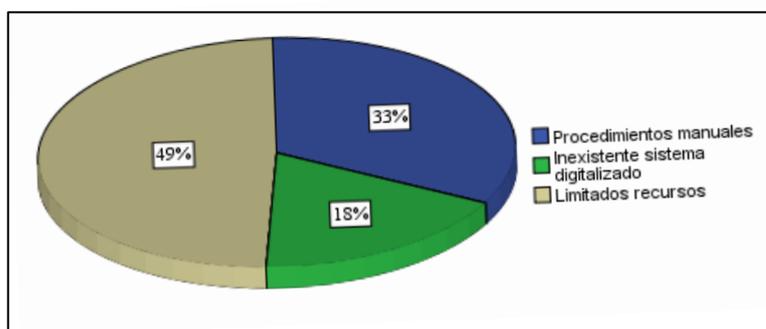
**5. De acuerdo a su criterio ¿qué procedimientos incrementan los tiempos de entrega de informes?.**

**Tabla 14** Procedimientos que incrementan tiempos de entrega informes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Procedimientos manuales	17	33,3	33,3	33,3
	Inexistente sistema digitalizado	9	17,6	17,6	51,0
	Limitados recursos materiales	25	49,0	49,0	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

**Fuente:** Encuesta Profesionales Médicos Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 13** Procedimientos que incrementan tiempos de entrega informes

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

**Interpretación de Resultados**

De acuerdo al 33% de los médicos encuestados, los procedimientos manuales son los que incrementan el tiempo de entrega de informes, para el 18% es el inexistente sistema digitalizado para registro de muestras, mientras que para el 49% son los limitados recursos materiales acorde a la demanda.

**Análisis de Resultados**

Para la mayoría de médicos, de acuerdo a los resultados obtenidos, el procedimiento que mayor tiempo demora la entrega de resultados es los limitados recursos materiales acorde a la demanda y el procesamiento manual por la inexistente guía de procesamiento de muestras para una eficiente ejecución de procedimientos que disminuya los tiempos de entrega de informes.

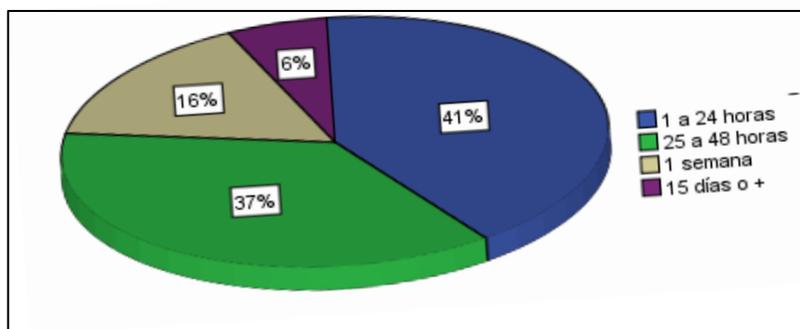
## 6. ¿Qué tiempo tardan las muestras quirúrgicas en ser enviadas al Servicio de Patología?

**Tabla 15** Tiempo de entrega de muestras al Servicio de Patología

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 a 24 horas	21	41,2	41,2	41,2
25 a 48 horas	19	37,3	37,3	78,4
1 semana	8	15,7	15,7	94,1
15 días o +	3	5,9	5,9	100,0
<b>Válidos</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**Fuente:** Encuesta Profesionales Médicos Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 14** Tiempo de entrega de muestras al Servicio de Patología

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

### Interpretación de Resultados

El 41% de los médicos encuestados señalan que el tiempo que tarda las muestras quirúrgicas en ser enviadas al Servicio de Patología es de 1 a 24 horas, el 37% se tardan entre 25 a 48 horas, el 16% se tardan 1 semana mientras que el 6% tardan entre 15 días o más.

### Análisis de Resultados

De acuerdo a la mayoría de médicos encuestados, el tiempo que tardan en enviar una muestra quirúrgica al servicio de Patología es de 1 a 24 horas mientras que un segundo grupo de médicos señalan que se tardan entre 25 a 48 horas, situación acorde con el proceso de conservación apropiada de la muestra para su análisis.

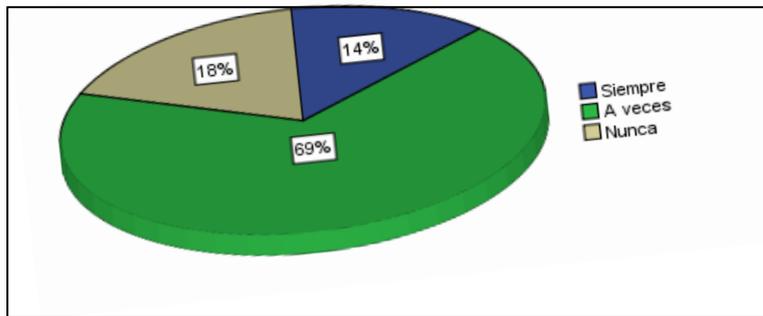
## 7. ¿Le han rechazado alguna muestra para diagnóstico en el Servicio de Patología?

**Tabla 16** Rechazo de muestras para diagnóstico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	7	13,7	13,7
	A veces	35	68,6	82,4
	Nunca	9	17,6	100,0
	Total	51	100,0	100,0

**Fuente:** Encuesta Profesionales Médicos Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 15** Rechazo de muestras para diagnóstico

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

### Interpretación de Resultados

De los 51 médicos encuestados, al 14% siempre le han rechazado alguna muestra para diagnóstico en el Servicio de Patología, al 69% es rechazado a veces, el 18% nunca ha sido rechazado.

### Análisis de Resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos la mayoría de médicos señalan que a veces, las muestras quirúrgicas son rechazadas porque no cuentan con todos los datos de los pacientes, los pedidos no están bien generados en el sistema unificado de historia clínica AS400 ó las muestras no se encuentran bien conservadas.

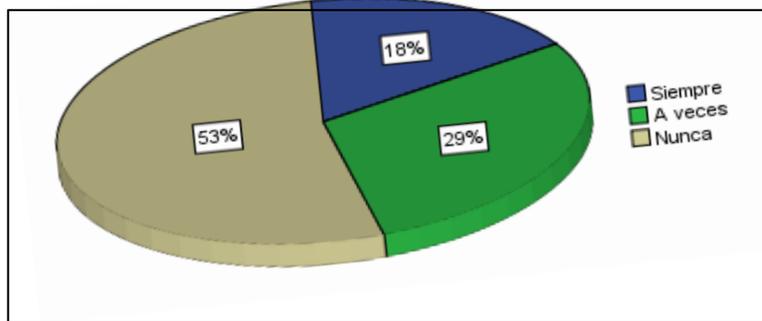
## 8. La atención brindada fue oportuna?

**Tabla 17** Atención oportuna

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	9	17,6	17,6
	A veces	15	29,4	47,1
	Nunca	27	52,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0

**Fuente:** Encuesta Profesionales Médicos Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 16** Atención oportuna

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

### Interpretación de Resultados

El 18% de los médicos encuestados señalan que la atención brindada fue oportuna, el 29% a veces fue oportuna, mientras que para el 53% la atención nunca fue oportuna.

### Análisis de Resultados

Los resultados señalan la gran insatisfacción que genera el tiempo prolongado de entrega de informes porque, éstos no permiten tratar o realizar el seguimiento de la enfermedad del paciente en forma oportuna, complicando así, el cuadro clínico del paciente.

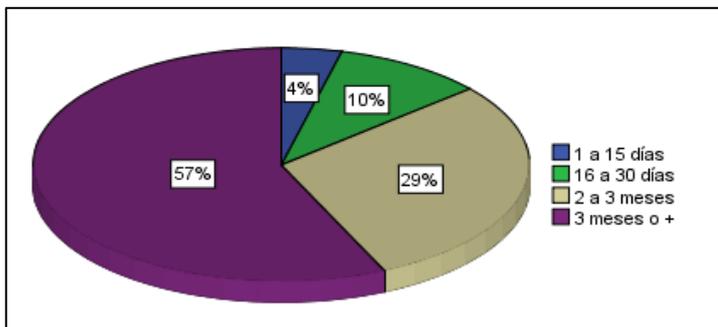
## 9. ¿Cuál es el tiempo de entrega de informes patológicos?

**Tabla 18** Tiempo de entrega de informes patológicos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 a 15 días	2	3,9	3,9	3,9
16 a 30 días	5	9,8	9,8	13,7
Válidos 2 a 3 meses	15	29,4	29,4	43,1
3 meses o +	29	56,9	56,9	100,0
Total	51	100,0	100,0	

**Fuente:** Encuesta Profesionales Médicos Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 17** Tiempo de entrega de informes patológicos

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

### Interpretación de Resultados

El 4% de los médicos encuestados consideran que el tiempo de entrega de informes patológicos es de 1 a 15 días, para el 10% es de 16 a 30 días, para el 29% es de 2 a 3 meses, mientras que para el 57% es de 3 meses o más.

### Análisis de Resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de médicos señalan que el área de Patología entregan informes entre 3 meses ó más; tiempo demasiado prolongado como para brindar un servicio de calidad y calidez que merecen los pacientes del Hospital IESS Ambato.

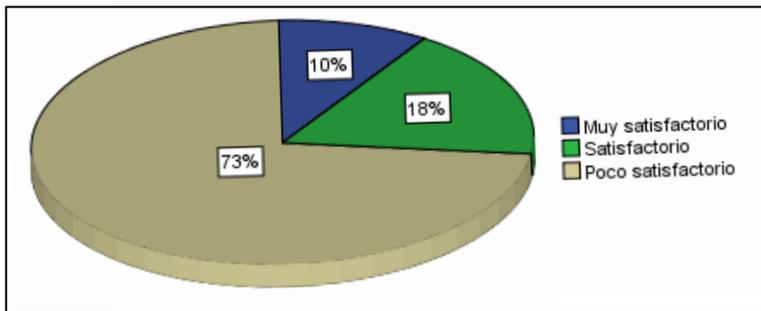
## 10. Indique el nivel de satisfacción del servicio recibido

**Tabla 19** Nivel de satisfacción del servicio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy satisfactorio	5	9,8	9,8
	Satisfactorio	9	17,6	27,5
	Poco satisfactorio	37	72,5	100,0
	Total	51	100,0	100,0

**Fuente:** Encuesta Profesionales Médicos Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 18** Nivel de satisfacción del servicio

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

### Interpretación de Resultados

El 10% de los médicos encuestados señalan que la satisfacción del servicio recibido es muy satisfactoria el 18% señala satisfactoria, mientras que el 73% considera que es poco satisfactoria.

### Análisis de Resultados

Para la mayoría de médicos del Hospital del IESS Ambato, la satisfacción del servicio es poco satisfactoria porque el tiempo de entrega de los informes es muy prolongado, situación que retrasa el tratamiento oportuno al paciente, quien se siente insatisfecho por el servicio en salud recibido.

## 4.2 Análisis e Interpretación de la Encuesta aplicada al Personal de Patología del Hospital IESS Ambato

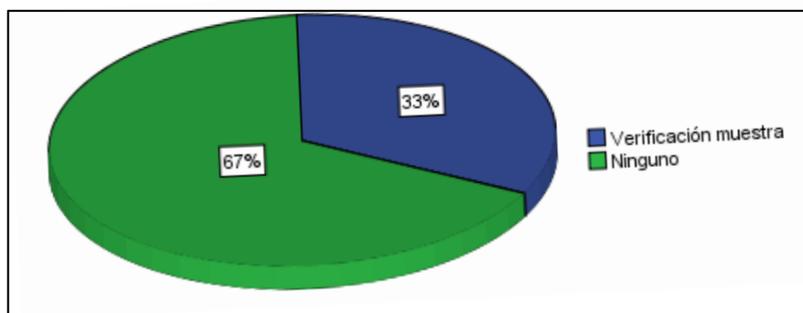
### 1. ¿Qué gestión de procedimientos aplica el Servicio de Patología?

**Tabla 20** Tipo de gestión de procedimientos del Servicio de Patología

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Verificación muestra	2	33,3	33,3	33,3
Válidos Ninguno	4	66,7	66,7	100,0
Total	6	100,0	100,0	

**Fuente:** Encuesta Personal Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 19** Tipo de gestión de procedimientos del Servicio de Patología

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

### Interpretación de Resultados

De las 6 personas del Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato encuestado y que constituyen el 100%, el 33% señala la gestión de procedimiento que se aplica es la verificación de la muestra mientras que el 67% señala que ninguno.

### Análisis de Resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría del personal del servicio de Patología, señala que nunca se aplica gestión de procedimientos porque no existe una guía técnica documentada sobre los pasos que debe realizarse desde la recepción de la muestra hasta la entrega de diagnóstico. Además se debe tomar en cuenta que el personal del servicio no ha sido entrenado en histopatología por lo que existen dudas en cada procedimiento lo cual no favorece la entrega de resultados de forma oportuna.

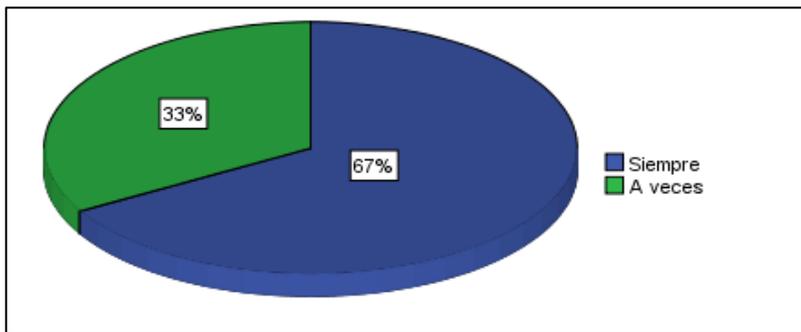
## 2. ¿Atiende de forma cordial e inmediata al cliente interno?

**Tabla 21** Atención al cliente interno

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre 4	66,7	66,7	66,7
	A veces 2	33,3	33,3	100,0
Total	6	100,0	100,0	

**Fuente:** Encuesta Personal Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 20** Atención al cliente interno

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

### Interpretación de Resultados

El 67% del Personal del Servicio de Patología señala que siempre atiende de forma cordial e inmediata al cliente interno, mientras que el 33% considera que a veces.

### Análisis de Resultados

La mayoría del Personal del Servicio de Patología siempre atiende cordialmente al cliente interno, receptando los pedidos, entregando informes de diagnóstico; lamentablemente estos informes no son entregados de forma inmediata porque el servicio no cuenta con los recursos: humanos, tecnológicos y sobre todo materiales que apoyen la labor de los médicos tratantes en el diagnóstico y tratamiento oportuno al paciente.

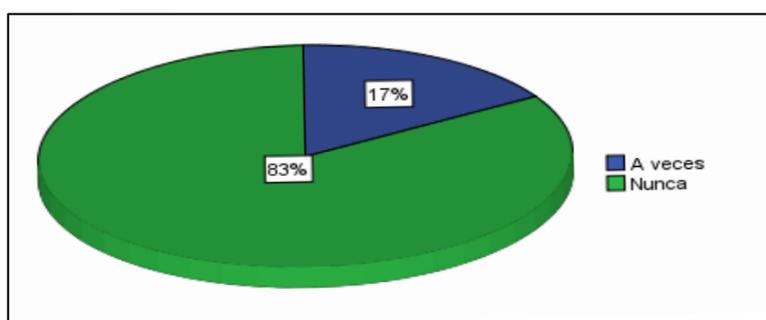
### 3. ¿El Servicio de Patología cuenta con los recursos (materiales, tecnológicos, humanos y económicos) necesarios?

**Tabla 22** Recursos necesarios

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A veces	1	16,7	16,7	16,7
Válidos Nunca	5	83,3	83,3	100,0
Total	6	100,0	100,0	

**Fuente:** Encuesta Personal Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 21** Recursos necesarios

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

#### Interpretación de Resultados

El 17% del Personal del Servicio de Patología a veces cuenta con los recursos materiales, tecnológicos, humanos y económicos necesario mientras que el 83% señala que nunca cuenta.

#### Análisis de Resultados

La mayoría de los profesionales que laboran en este servicio coinciden en destacar la falta de recursos que siempre son insuficientes para cubrir la demanda cada vez más extensa razón por la cual, existe un represamiento de muestras sin diagnosticar por la falta de equipo procesador y coloreador de tejidos, falta de recurso humano con entrenamiento técnico histopatológico y médico patólogo; aparte de esto y como recurso material, existe la carencia una guía de gestión de procedimientos que garantice al equipo de trabajo, realizar sus tareas con precisión a fin de disminuir ciertos errores técnicos que obligan a repetir constantemente el procedimiento, extendiendo así el tiempo de entrega de informes de diagnóstico, generando insatisfacción del cliente interno y consecuentemente quejas y reclamos de los pacientes.

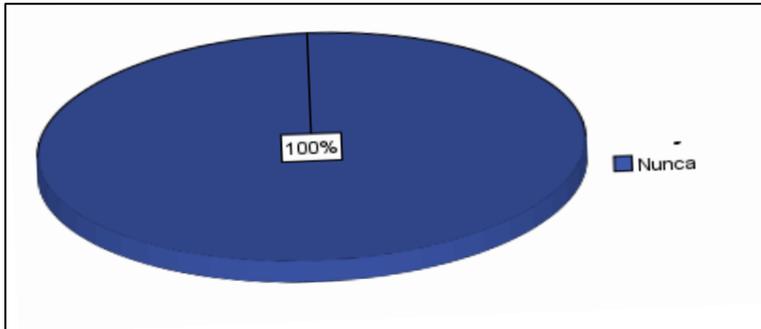
#### 4. ¿Existe una guía de procedimientos técnicos para orientar su trabajo diario?

**Tabla 23** Guía de procedimientos técnicos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca 6	100,0	100,0	100,0

**Fuente:** Encuesta Personal Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 22** Guía de procedimientos técnicos

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

#### Interpretación de Resultados

El 100% del Personal del Servicio de Patología señalan que no existe una guía de procedimientos técnicos para orientar su trabajo diario.

#### Análisis de Resultados

En el Servicio de Patología no existe una guía de procedimientos técnicos en la cual se tenga documentada los pasos a seguir desde la recepción hasta la entrega de placas de tejidos al médico patólogo quien da el diagnóstico de la muestra receptada; muchos de los casos de retraso se debe al desconocimiento del personal técnico para realizar esta labor en la que no ha sido capacitado y tampoco cuenta con una guía en la cual base su desempeño acorde a los requerimientos del médico patólogo, quien rechaza las placas presentadas y solicita repetir cortes y coloraciones de la misma muestra, ante la imposibilidad de evidenciar el diagnóstico, situación que retarda aún más la entrega de informes.

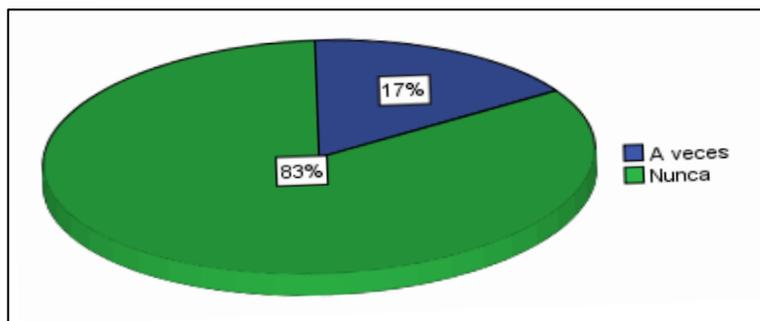
**5. ¿El servicio de Patología aplica procedimientos destinados a reducir los tiempos de entrega de diagnósticos?**

**Tabla 24** Aplicación de procedimientos para reducir tiempos de entrega de diagnósticos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A veces	1	16,7	16,7	16,7
Válidos Nunca	5	83,3	83,3	100,0
Total	6	100,0	100,0	

**Fuente:** Encuesta Personal Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 23** Aplicación de procedimientos para reducir tiempos de entrega de diagnósticos

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

**Interpretación de Resultados**

El 17% del Personal del Servicio de Patología a veces aplica procedimientos destinados a reducir tiempos de entrega de diagnósticos mientras que el 83% nunca lo hace.

**Análisis de Resultados**

La mayoría del Personal del Servicio de Patología nunca aplica procedimientos destinados a reducir tiempos de entrega de diagnóstico debido a la falta de una guía de procedimientos técnicos en la que se documente pasos obligatorios que garanticen una buena imagen microscópica para el diagnóstico histopatológico confiable.

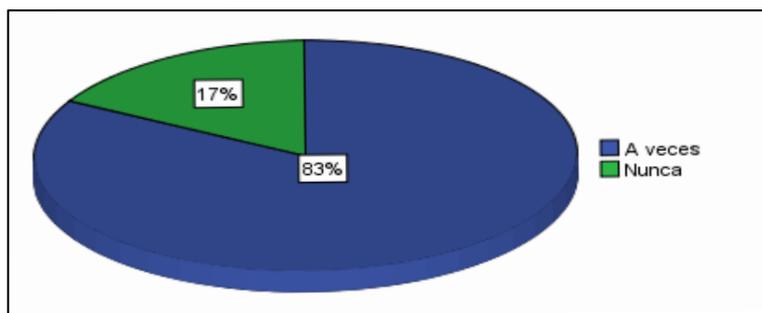
## 6. ¿Las muestras quirúrgicas receptadas mantienen un adecuado proceso de conservación?

**Tabla 25** Calidad de muestras quirúrgicas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A veces	5	83,3	83,3	83,3
Válidos Nunca	1	16,7	16,7	100,0
Total	6	100,0	100,0	

**Fuente:** Encuesta Personal Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 24** Calidad de muestras quirúrgicas

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

### Interpretación de Resultados

El 83% del Personal del Servicio de Patología señala que a veces las muestras quirúrgicas receptadas mantienen un adecuado proceso de conservación mientras que el 17% señala que nunca son conservadas adecuadamente.

### Análisis de Resultados

La mayoría del Personal del Servicio de Patología considera que las muestras a veces están adecuadamente conservadas en formol para su posterior estudio, debido a que el personal de enfermería no tiene conocimiento de la correcta manipulación de muestras para evitar el deterioro de tejidos que permita la obtención de secciones micrométricas para un buen diagnóstico del médico patólogo.

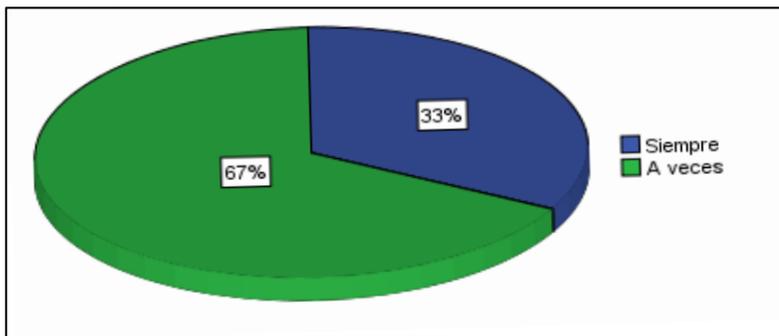
## 7. ¿Con qué frecuencia se rechaza una muestra para diagnóstico?

**Tabla 26** Frecuencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre	2	33,3	33,3	33,3
Válidos A veces	4	66,7	66,7	100,0
Total	6	100,0	100,0	

**Fuente:** Encuesta Personal Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 25** Frecuencia del rechazo de muestras

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

### Interpretación de Resultados

El 33% del Personal del Servicio de Patología siempre rechaza las muestras para diagnóstico, el 67% señala que a veces rechazan las muestras.

### Análisis de Resultados

La mayoría del personal del Servicio de Patología coinciden con los médicos tratantes en señalar que a veces las muestras son rechazadas por diferentes motivos: deficiente conservación, datos incompletos del paciente, pedidos mal generados en el sistema AS400. Razón por la cual, se imposibilita la realización de cortes de tejidos para un diagnóstico confiable, por lo que se solicita al personal quirúrgico mejorar estos procedimientos, que muchas veces son imposibles de repetir y por lo tanto deben hacerse con pericia.

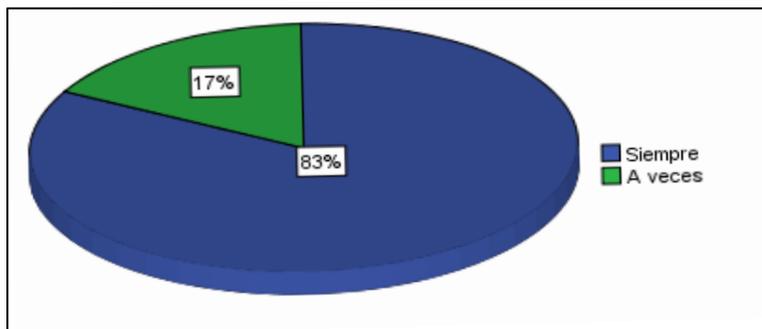
## 8. ¿Considera importante brindar una buena atención al cliente?

**Tabla 27** Calidad de atención al cliente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	5	83,3	83,3
	A veces	1	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0

**Fuente:** Encuesta Personal Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 26** Calidad de atención al cliente

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

### Interpretación de Resultados

El 83% del Personal del Servicio de Patología considera que siempre es importante brindar una buena atención al cliente mientras que el 17% señala que a veces es importante.

### Análisis de Resultados

La mayoría de las personas encuestadas resaltan la importancia de brindar una buena atención al cliente, proporcionando información de la causa de represamiento de entrega de informes a fin de consensuar excepciones en casos que lo justifiquen y priorizar los procesos solicitados.

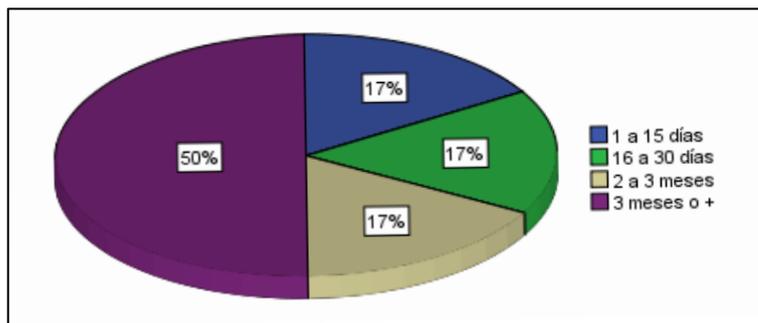
## 9. ¿Cuál es el tiempo de entrega de informes patológicos?

**Tabla 28** Tiempo de entrega de informes patológicos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 a 15 días	1	16,7	16,7	16,7
16 a 30 días	1	16,7	16,7	33,3
Válidos 2 a 3 meses	1	16,7	16,7	50,0
3 meses o +	3	50,0	50,0	100,0
Total	6	100,0	100,0	

**Fuente:** Encuesta Personal Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 27** Tiempo de entrega de informes patológicos

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

### Interpretación de Resultados

El 17% del personal del Servicio de Patología señala que el tiempo de entrega de informes patológicos es entre 1 a 15 días, otro 17% señala que se entrega entre 16 a 30 días, otro 17% entre 2 a 3 meses mientras que un considerable 50% dicen que entregan los informes entre 3 meses o más.

### Análisis de Resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de profesionales que laboran en el área de Patología señalan que el tiempo de entrega de informes se lo realiza entre 3 meses o más de haber recibido la muestra, situación que genera molestias no solo al paciente sino al médico tratante quien no tiene apoyo diagnóstico para iniciar el tratamiento o dar de alta al paciente.

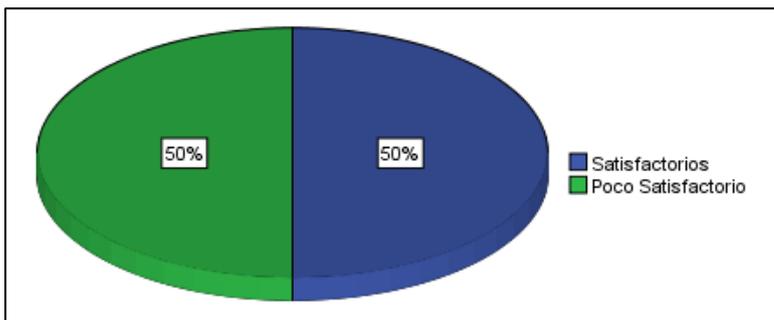
## 10. De acuerdo a su criterio, ¿cuál es el nivel de la satisfacción del servicio entregado?

**Tabla 29** Nivel de satisfacción del servicio entregado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Satisfactorio	3	50,0	50,0	50,0
	Poco Satisfactorio	3	50,0	50,0	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

**Fuente:** Encuesta Personal Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 28** Nivel de satisfacción del servicio entregado

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

### Interpretación de Resultados

El 50% del Personal del Servicio de Patología señala que la satisfacción del servicio entregado es satisfactorio, mientras que otro 50% manifiesta que es poco satisfactorio.

### Análisis de Resultados

Los datos obtenidos evidencian la diferencia de criterio en relación a la satisfacción del servicio entregado ya que existe una opinión dividida; por una parte, la mitad del Personal del Servicio de Patología manifiesta que es satisfactorio el servicio entregado mientras otra mitad considera que es poco satisfactorio. Esta diversidad de opinión puede deberse a la cantidad de molestias que genera la entrega tardía de diagnóstico por la falta de recursos necesarios para un procesamiento rápido y oportuno.

### 4.3 Verificación de Hipótesis

Planteamiento de Hipótesis

#### a) Modelo Lógico

**H<sub>0</sub>**= La adecuada gestión de procedimientos del Servicio de Patología **NO** incide en la Satisfacción del Cliente Interno del Hospital IESS Ambato”.

**H<sub>a</sub>**= La adecuada gestión de procedimientos del Servicio de Patología **SI** incide en la Satisfacción del Cliente Interno del Hospital IESS Ambato”.

#### b) Modelo Matemático

Hipótesis nula = H<sub>0</sub>= respuestas observadas = respuestas esperadas

Hipótesis alternativa H<sub>a</sub> = respuestas observadas = respuestas esperadas

#### Nivel de significación

La probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es falsa es del 5%, es decir el nivel de confianza es del 95%.

#### Estadístico de prueba

Para la verificación de la hipótesis se toma la fórmula estadística del chi cuadrado, se utilizó la encuesta como técnica de investigación escogiendo cuatro preguntas; dos de la encuesta aplicada a los profesionales médicos del Hospital IESS Ambato y dos preguntas de la encuesta aplicada al Personal del Servicio de Patología.

## Encuesta Personal Médico

### **Pregunta 2:**¿Es atendido de forma inmediata en el Servicio de Patología?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	11	21,6	21,6	21,6
	A veces	8	15,7	15,7	37,3
	Nunca	32	62,7	62,7	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

### **Pregunta 10:**Indique el nivel de satisfacción del servicio recibido

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy satisfactorio	5	9,8	9,8	9,8
	Satisfactorio	9	17,6	17,6	27,5
	Poco satisfactorio	37	72,5	72,5	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

## Encuesta Personal del Servicio de Patología

### **Pregunta 2:**¿Atiende de forma cordial e inmediata al cliente interno?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	4	66,7	66,7	66,7
	A veces	2	33,3	33,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

**Pregunta 10:** De acuerdo a su criterio ¿cuál es el nivel de satisfacción del servicio entregado?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Satisfactorio	3	50,0	50,0	50,0
	Poco satisfactorio	3	50,0	50,0	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

De las cuatro preguntas se obtuvo la siguiente tabla

**Tabla 30** Respuestas Observadas

<b>PREGUNTAS</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Pregunta 2 Médicos</b>	11	8	32	<b>51</b>
<b>Pregunta 10 Médicos</b>	5	9	37	<b>51</b>
<b>Pregunta 2 P. Patología</b>	4	2	0	<b>6</b>
<b>Pregunta 10 P. Patología</b>	3	3	0	<b>6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>69</b>	<b>114</b>

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Lcda. Martha Granizo

**Tabla 31** Respuestas esperadas

<b>PREGUNTAS</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Pregunta 2 Médicos</b>	10,29	9,84	30,87	<b>51,00</b>
<b>Pregunta 10 Médicos</b>	10,29	9,84	30,87	<b>51,00</b>
<b>Pregunta 2 P. Patología</b>	1,21	1,16	3,63	<b>6,00</b>
<b>Pregunta 10 P. Patología</b>	1,21	1,16	3,63	<b>6,00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>69</b>	<b>114</b>

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Lcda. Martha Granizo

### Fórmula del chi cuadrado

$$x^2 = \frac{\sum (O - E)^2}{E}$$

$x^2$ = valor a calcularse de chi cuadrado

$\sum$  = sumatoria

O= Respuestas observadas de la investigación

E= Respuestas esperadas o calculadas

## Resolución de la Fórmula

**Tabla 32** Cálculo del chi cuadrado

O	E	O-E	(O-E) <sup>2</sup>	(O-E) <sup>2</sup> /E
11	10,29	0,71	0,50	0,05
8	9,84	(1,84)	3,39	0,34
32	30,87	1,13	1,28	0,04
5	10,29	(5,29)	27,98	2,72
9	9,84	(0,84)	0,71	0,07
37	30,87	6,13	37,60	1,22
4	1,21	2,79	7,78	6,43
2	1,16	0,84	0,71	0,61
0	3,63	(3,63)	13,19	3,63
3	1,21	1,79	3,20	2,65
3	1,16	1,84	3,39	2,93
0	3,63	(3,63)	13,19	3,63
			<b>x<sup>2</sup>c=</b>	<b>24,32</b>

**Fuente:** Encuestas

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

### Regla de decisión

Si  $x^2c > x^2t$  rechazo  $H_0$  y acepto  $H_a$

### Grados de libertad

$$gl = (c-1)(r-1)$$

gl= grados de libertad

c= columnas de la tabla

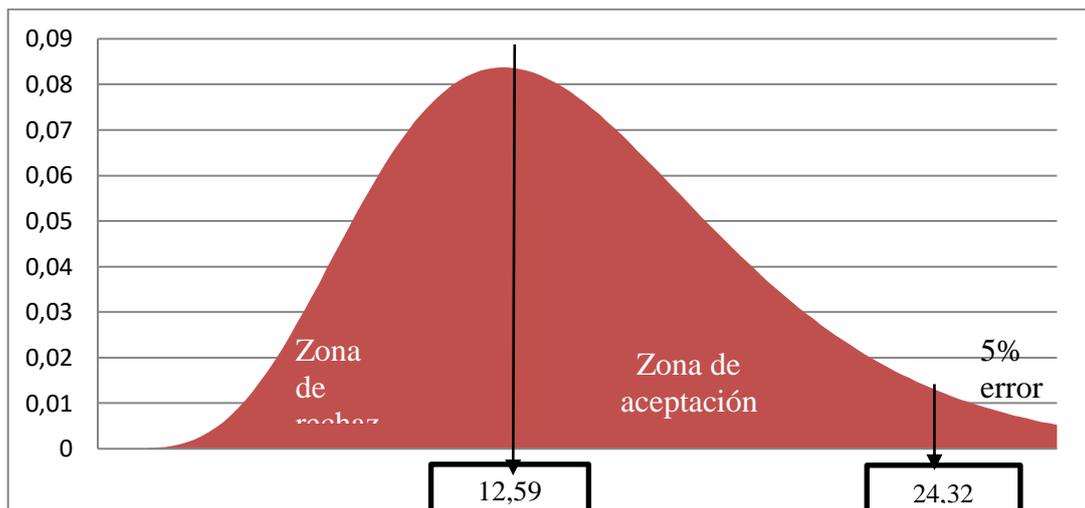
r= renglones

$$gl = (3-1)(4-1)$$

$$gl = 2 \cdot 3$$

$$gl = 6$$

Con un nivel de significancia del 5% y 6 grados de libertad  $x^2t = 24,32$



**Figura 29** Campana de Gauss  
**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

El valor de  $x^2_c = 24,32 > x^2_t = 12,59$  y de conformidad a lo establecido a la regla de decisión se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; es decir: La adecuada gestión de procedimientos del Servicio de Patología **SI** incide en la Satisfacción del Cliente Interno del Hospital IESS Ambato”.

El coeficiente de correlación de Spearman mide el grado de correspondencia que existe entre las dos variables de estudio, asignando valores a las variables gestión de procedimientos y a variable dependiente satisfacción al cliente. Inicialmente se verificó la confiabilidad del instrumento de medición cuyo nivel se ubicó en una consistencia con tendencia a ser muy alta, esto quiere decir que la encuesta midió los aspectos para los cuales fue diseñada.

El cálculo de chi cuadrado, por su parte, permite determinar entre hipótesis nula o afirmativa. En este caso, una vez comprobado la incidencia de los procedimientos del servicio de Patología en la satisfacción del cliente interno. Los estadísticos aplicados han demostrado condiciones fiables al presentar valores altos en relación al grado de correlación entre la variable independiente y dependiente.

**Tabla 33** Prueba de Hipótesis a través del Coeficiente de Correlación de Spearman

		Gestión de Procedimientos	Satisfacción al cliente
		Coeficiente de correlación	,967**
		Sig. (bilateral)	,000
Rho de Spearman	Gestión de Procedimientos	N	51
	Satisfacción al cliente	Coeficiente de correlación	,967**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	51

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

El resultado del coeficiente de correlación de Spearman es igual a 0,967, y de acuerdo a la tabla de interpretación se pueden tener una variación de entre -1,00 a +1,00; por lo que se determina que existe una correlación positiva marcada por la variable independiente Gestión de procedimientos del Servicio de Patología sobre la variable dependiente Satisfacción al Cliente Interno. De acuerdo a los resultados de la correlación de Spearman se indica como el p valor (sig = 0,00) es menor que 0,05 entonces se rechaza la Hipótesis nula (H0) y se acepta la Hipótesis alternativa (H1); es decir se confirma que: La adecuada gestión de procedimientos del Servicio de Patología **SI** incide en la Satisfacción del Cliente Interno del Hospital IESS Ambato”.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Conclusiones

- Se identificó que la gestión de procedimientos aplicados en el Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato es la verificación de la muestra en un 33%; debido a que es necesario que la muestra se encuentren bien conservada para el análisis anatomopatológico cuyo diagnóstico apoye al médico para prescribir un tratamiento adecuado.
- Se diagnosticó que los niveles de satisfacción del cliente interno, a criterio de los profesionales médicos es insatisfactorio en un 72% mientras que el personal que labora en el servicio de patología considera que es negativo en un 50%.
- Se propone el diseño de mejores prácticas de procedimientos técnicos debido a que el 100% del personal del servicio de patología señala que no dispone de una guía que oriente su trabajo diario a fin de reducir tiempos de entrega de informes de diagnóstico.

#### 5.2 Recomendaciones

- Documentar la gestión de procedimientos a aplicarse en el Servicio de Patología con la intención de que el personal que se integre al servicio tenga una guía que oriente su desenvolvimiento laboral. Se debe señalar que el personal actual está con nombramiento provisional con el agravante de que no existe especialización de técnicos anatomopatológicas, debiendo ser entrenados con antelación, restando así la producción del servicio que carece de talento humano no solo especializado sino suficiente.

- Elevar la satisfacción del cliente interno, acelerando el tiempo de entrega de informes anatomopatológicos que permita al médico tratante brindar una atención oportuna y acorde a las necesidades del paciente.
- Diseñar una guía de procedimientos técnicos que orienten el trabajo diario del Personal del Servicio de Patología para evitar repeticiones en el procesamiento de una misma muestra que genera pérdida de tiempo y de recursos.

## CAPÍTULO VI

### PROPUESTA

#### 6.1 Datos Informativos

- **Tema**  
Implementación de mejores prácticas de procedimientos técnicos para el Servicio de Patología basado en la Metodología Benchmarking.
- **Institución Ejecutora**  
Hospital IESS Ambato
- **Beneficiarios**  
Personal Servicio de Patología  
Clientes internos  
Pacientes del Hospital IESS Ambato
- **Ubicación**  
Av. Dr. Rodrigo Pachano y Edmundo Martínez  
Telf: 032999100
- **Tiempo estimado para la ejecución**  
Inicio: Octubre 2016
- **Equipo Técnico Responsable**  
**Investigador:** Lcda. Martha Granizo  
**Tutora:** Ing. Mg. María Dolores Guamán Guevara
- **Costo:** \$965,00

#### 6.2 Antecedentes de la Propuesta

La gestión de procedimientos técnicos aplicados por el Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato afecta la satisfacción del cliente interno, entre los factores de insatisfacción

se encuentra la verificación de la muestra que en un 83% es rechazada por la inadecuada conservación que permita dar diagnóstico confiable.

Por su parte, el personal médico del Hospital IESS Ambato determinó un nivel poco satisfactorio de los servicios recibidos, debido al tiempo muy prolongado de entrega de los informes, esta situación perjudica el tratamiento médico oportuno al paciente, que constantemente exige atención oportuna y de calidad. En los últimos años, la calidad en los servicios de salud es un enfoque necesario a implementar en las instituciones sanitarias públicas o privadas puesto que generan confianza y garantizar una atención profesional que eleva la percepción de la calidad del servicio recibido

Las buenas prácticas de procedimientos técnicos basadas en la metodología Benchmarking es una herramienta de autoevaluación válida para adaptar procesos básicos que permitan planificar, integrar y ejecutar acciones a partir de experiencias exitosas de otras instituciones que ofrecen el mismo servicio, pero cuyo desempeño es muy reconocido constituyéndose en modelos de gestión de mejora continua y de autosuperación organizacional.

### **6.3 Justificación**

El Hospital IESS Ambato, está empeñado en mejorar la eficiencia de todos sus procesos con el fin de obtener la Acreditación Canadá a través de la cual, se garantiza al cliente una atención segura, por lo que el Servicio de Patología cumple un papel importante en la toma de decisiones terapéuticas de los pacientes de quienes se ha obtenido una muestra para su estudio por lo que es prioritario que los informes de diagnóstico que emite este servicio sean entregados oportunamente a los médicos tratantes. Al haber comprobado un tiempo excesivo de demora en la entrega de informes, se afecta la satisfacción al cliente; por ello, la propuesta de la implementación de mejores prácticas de procedimientos técnicos para el Servicio de Patología basado en la Metodología Benchmarking pretende disminuir los tiempos de entrega de informes, mejorando la satisfacción y la calidad de atención en salud que brinda el Hospital IESS Ambato.

## **6.4 Objetivos**

### **6.4.1 Objetivo General**

Diseñar mejores prácticas de procedimientos técnicos para incidir en la satisfacción del cliente interno del Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato.

### **6.4.2 Objetivos Específicos**

- Determinar la estructura organizativa, funciones y responsabilidades del servicio de Patología del Hospital IESS Ambato
- Identificar los procesos técnicos anatomopatológicos del Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato.
- Elaborar mejores prácticas de procedimientos técnicos para el servicio de Patología del Hospital IESS Ambato
- Implementar las mejores prácticas de procedimientos técnicos para el servicio de Patología del Hospital IESS Ambato
- Evaluar la implementación de mejores prácticas de procedimientos técnicos para el servicio de Patología del Hospital IESS Ambato

## **6.5 Análisis de Factibilidad**

### **Factibilidad Política**

El Hospital IESS Ambato es una institución de salud vinculada al fortalecimiento de la Red Pública Integral de Salud y mejoramiento de la calidad. Forma parte del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) donde lo fundamental es el servicio y satisfacción del cliente interno y externo, garantizando un servicio de calidad y calidez en beneficio de los pacientes a nivel local y nacional, por tal razón la implementación de mejores prácticas de procedimientos técnicos para el servicio de Patología se enmarca dentro de la política pública de brindar un servicio de calidad y calidez permanentemente incorporando para ello acciones sustentadas en el fortalecimiento de la gestión del sistema de salud en función de lograr una mejora continua de los servicios de salud.

### **Factibilidad Socio-cultural**

Hablar de calidad médica y mejores prácticas de procesamiento técnico de servicios hospitalarios resulta complejo por lo que es importante abordar el tema entendiendo que todo lo que se hace puede y debe ser medido para que sus resultados produzcan mejoras en la atención. Desde la postura de varios autores y gestores de calidad médica a nivel mundial como Provonost o Ellen Zane citados por López (2016) están de acuerdo en que el contexto en el cual se entrega la salud depende del rol de la cultura e instan a las instituciones a generar indicadores de salud internos a fin de que puedan ser comparados con los de otros hospitales o centros ambulatorios como base a una mejora continua de los servicios de salud en el país.

### **Factibilidad Organizacional**

El Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato es un área operativa vinculada con las demás áreas de la institución, el personal que labora en este servicio coordina su accionar acorde a la oferta y demanda de atención al cliente interno y externo con calidad y calidez, todo ello dirigido al cumplimiento de la misión, visión, objetivos institucionales, nacionales y de la adopción de un proceso continuo y sistemático para identificar, analizar y adaptar mejores prácticas de procedimientos técnicos que eleven la evaluación desempeño.

### **Factibilidad Legal**

La implementación de mejores prácticas de procedimientos técnicos para el Servicio de patología basado en la Metodología Benchmarking tiene su fundamento legal en el Reglamento Orgánico Funcional (IESS, 2013).

Art. 4.- Orgánico funcional.- Las atribuciones, deberes, responsabilidades y funciones de los órganos y dependencias que conforman el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) son las siguientes:

La Subdirección Provincial de Apoyo a la Gestión Estratégica dependerá de la Dirección Provincial, estará a cargo del Subdirector Provincial de Apoyo a la Gestión Estratégica y tendrá las siguientes funciones y responsabilidades:

- f) Elaborar propuestas de mejora a los procesos, programas y proyectos provinciales, para el análisis de la Dirección Nacional de Procesos;
- g) Controlar el avance de la ejecución de proyectos y el desempeño de los procesos, en base a la gestión de mejora continua que se desarrolle en sus respectivas provincias;
- h) Identificar y reportar problemas y novedades en la implementación y operación de procesos y proyectos para la actualización del inventario de procesos y el portafolio de programas y proyectos institucionales respectivamente;
- i) Aplicar los lineamientos, normas, procedimientos, guías metodológicas y técnicas relacionados con la implementación y operación del Sistema de Gestión de procesos y proyectos generados por la Dirección Nacional de Procesos;

## **6.6 Fundamentación Científico-Técnica**

### **Benchmarking**

El papel de las instituciones de salud es cada vez más fundamental en la planeación estratégica del desarrollo organizacional ya que su gestión marca la dirección del quehacer social e institucional, por lo que es necesario identificar mejores prácticas de procedimientos que garanticen que la institución logre en el mediano plazo mayores niveles de competitividad. De acuerdo con (Polo, 2012) es la búsqueda de mejores prácticas organizacionales que conducen a un desempeño excelente.

Tomando en cuenta que el Benchmarking es el proceso sistemático de investigar, identificar, comparar y aprender de las mejores prácticas de otras instituciones similares, analizando ordenadamente el conjunto de factores que inciden en el éxito de las mismas para aprender logros y aplicarlos en los procesos de mejora a implementar. La intención del Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato con este ejercicio de referenciación competitiva a través de Benchmarking, es generar una comparación con el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil

que ha minimizado los tiempos de proceso idóneo para la entrega de informes que genera este servicio.

Existen varios tipos de Benchmarking en función del objetivo que se pretende alcanzar:

- Benchmarking interno: identifica la mejor práctica dentro de la organización.
- Benchmarking competitivo: busca las mejores prácticas en organizaciones que suministran servicios que compiten entre si.
- Benchmarking funcional: estudio las funciones o procesos que están en el mismo sector pero no es competencia directa.
- Benchmarking genérico. Es la comparación de procesos o funciones con independencia del sector o actividad.

Por tanto, el benchmarking es una metodología de proceso continuo de aplicación de prácticas óptimas que consiste en descubrir y conocer qué hacen y como lo hacen otras organizaciones, identificadas como las mejores, para así perfeccionar las propias actuaciones y capacidades.

Fue creada por la empresa Xerox en 1979 para comparar su desempeño frente a la competencia. Uno de sus objetivos no es solo conocer el producto terminado como sus procesos sino también identificar cómo aprender de las mejores prácticas para la implementación de un mejoramiento progresivo y así tener un cliente satisfecho que repercutirá en el crecimiento de la empresa. Su denominación y conceptualización se produce en la publicación de Robert Camp, que en 1989 *Benchmarking: The Search of industry Best Practics which Lead to Superior Performance*". Camp define el Benchmarking como la búsqueda de las mejores prácticas de la industria que conducen a un desempeño excelente, tal como señala el título de esta obra (Polo, 2012).

Inicialmente se aplicaba a empresas americanas hasta que a finales de los ochentas se lo utiliza en pequeñas y medianas empresas para mejorar la competitividad. Esta metodología no tuvo la misma aceptación en Europa porque consideraban que esta técnica es la adaptación de prácticas que han demostrado funcionar bien a una determinada situación. Consiste en comprender por qué ciertos comportamientos son mejores que

otros y en utilizar esa percepción para poder promocionarse (Intxaurburu, Ochoa, & Velasco, 2007).

En el sector público el benchmarking se utiliza en políticas sanitarias y de educación con el objetivo de mejorar procesos para ser más eficientes, comparando, entendiendo y aplicando políticas o procesos que han resultado exitosos en otras organizaciones similares, facilitando así la generación de consensos y la toma de decisiones ya que permite obtener un conocimiento fiable de la eficiencia y efectividad del programa a implementarse.

### **Atributos básicos de la metodología Benchmarking**

La Metodología Benchmarking tiene dos atributos básicos que los hacen útiles cuando se utiliza adecuadamente: estructura y lenguaje común.

- **Estructura**

Antes de iniciar la metodología Benchmarking es necesario proyectarse cómo deberá funcionar después de implementada. Un modelo de proceso proporciona un marco de referencia para la acción; dentro de este marco es posible todos los tipos de variaciones a fin de que el proceso pueda ser diseñado a la medida y se ajuste a los requerimientos específicos de la organización que la va a utilizar. Cualquiera que sea el modelo a implementarse debe tener una estructura apropiada y flexible como para ir realizando modificaciones al proceso para adaptarlo a las necesidades y requerimientos del proyecto.

- **Lenguaje común**

Generalmente, los modelos proporcionan mapas de acción y de comportamiento, de acuerdo con Spendolini (2016) estos mapas describen secuencias lógicas de actividades a seguir para alcanzar el resultado deseado. Una vez conocidos estos modelos dentro de la organización y la gente gana experiencia con el proceso de benchmarking para aplicarlo en cualquier proceso que lo requiera.

## Tipos de Benchmarking

**Tabla 34** Tipos de Benchmarking

TIPO	DEFINICIÓN	EJEMPLO	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Interno	Actividades similares en diferentes sitios, departamentos, unidades operativas, países, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prácticas de fabricación en EE.UU frente a prácticas de Xerox en Fuji, Japón.</li> <li>• Estrategias de marketing por división</li> <li>• (fotocopiadoras vs. estacionales de trabajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los datos suelen ser fáciles de recopilar.</li> <li>• Buenos resultados para compañías “excelentes” que están diversificadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foco limitado</li> <li>• Prejuicios internos</li> </ul>
Competitivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competidores directivos que venden a la misma base de clientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cannon</li> <li>• Ricoh</li> <li>• Kodak</li> <li>• Sharp</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información concerniente a los resultados del negocio.</li> <li>• Prácticas o tecnologías comparables.</li> <li>• Historia de recopilación de información</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades para la recopilación de datos.</li> <li>• Actitudes antagónicas</li> </ul>
Funcional (genérico)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización es acreditadas por tener lo más avanzado en productos, servicios, procesos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Almacenamiento (L. Bean)</li> <li>• Rastreo del estado de despacho (Federal Express)</li> <li>• Servicio al cliente (American Express)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto potencial para descubrir prácticas innovadoras.</li> <li>• Tecnología o prácticas fácilmente transferibles.</li> <li>• Desarrollo de redes profesionales.</li> <li>• Acceso a bases de datos pertinentes.</li> <li>• Resultados estimulantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para transferir prácticas a un medio diferente.</li> <li>• Alguna información no es transferible.</li> <li>• Consume tiempo.</li> </ul>

**Fuente:** (Spendolini, 2016)

## **Benchmarking Interno**

El objetivo del benchmarking interno es identificar los estándares de desarrollo. Varias organizaciones inician sus actividades de benchmarking comparando acciones internas, este esfuerzo es un punto de partida para iniciar a descubrir los mejores procesos en la organización. En este tipo de benchmarking se da por entendido que algunos de los procesos de trabajo que existen en una parte de la organización pueden ser más eficientes o eficaces que los de otras partes de la organización.

Las organizaciones pueden darse cuenta de los beneficios inmediatos al identificar las mejores prácticas comerciales internas y transferir luego esa información a otras partes de la organización. Empresas grandes como DEC, AT&T, recomiendan que los esfuerzos del benchmarking se inicien con total comprensión de los propios trabajos internos antes de aventurarse en el mundo exterior. Este conocimiento interno se convierte en la base de todas las subsiguientes investigaciones, también sirve para animar a los empleados a comunicarse entre sí, superando barreras organizacionales.

## **Benchmarking competitivo**

Comprende la identificación de productos, servicios y procesos de trabajo de los competidores directos de su organización. Su objetivo es identificar información específica acerca de los productos, los procesos y los resultados comerciales de sus competidores directos y compararlos con los de nuestra organización. Este tipo de benchmarking es de utilidad cuando se busca posicionar los productos, servicios y procesos en el mercado. Otra ventaja es el intercambio de información, respetando las reglas básicas de información confidencial y propiedad intelectual. En algunos casos, los competidores pueden unir esfuerzos para participar en proyectos conjuntos de benchmarking en áreas en que no haya patentes.

Cuando se hace benchmarking dificultades es fácil prever dificultades entre competidores, muchas organizaciones admiten que una de las mayores barreras para este tipo de benchmarking son ellas mismas. Los tradicionales paradigmas según los cuales

los competidores no son dignos de confianza o son enemigos obstaculizan la comunicación entre competidores.

### **Benchmarking funcional (genérico)**

Este tipo de benchmarking funcional también denominado genérico, comprende la identificación de productos, servicios y proceso de trabajo de organizaciones que podrían ser o no nuestros competidores directos, cualquiera que sea el sector en el que opere. El objetivo de benchmarking funcional es identificar las mejores prácticas en cualquier tipo de organización que se haya ganado una reputación de excelencia en el área específica que se está sometiendo a benchmarking como por ejemplo: manufactura, marketing, ingeniería, recursos humanos, etc.

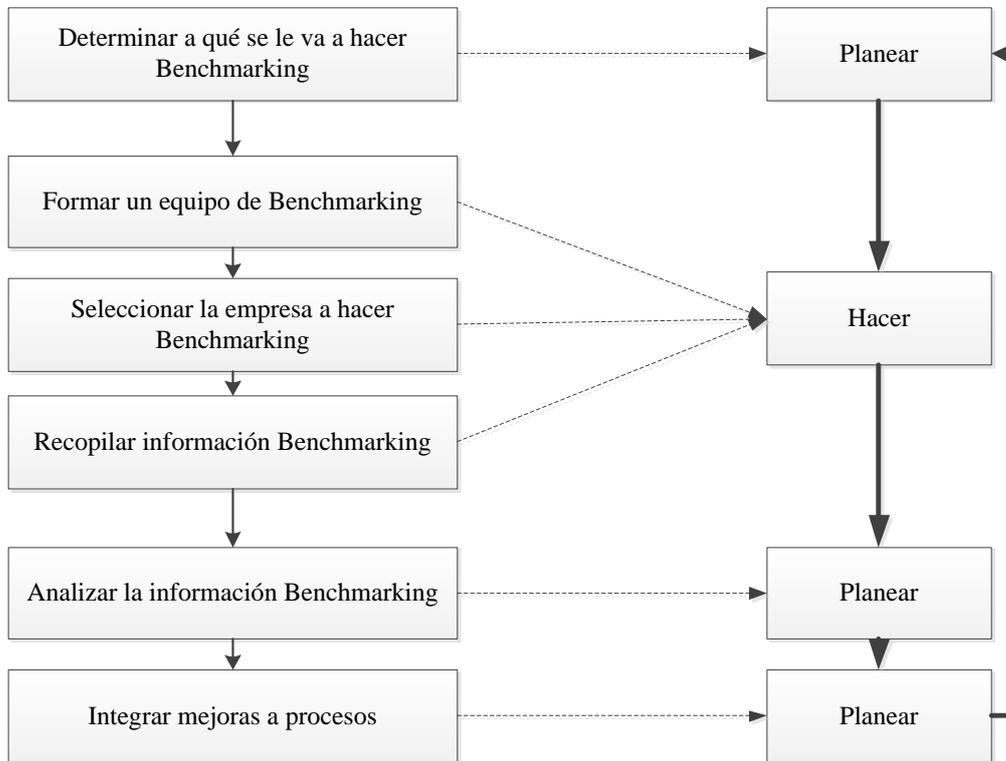
### **Metodología del proceso de Benchmarking**

Antes de la aplicación del modelo de benchmarking es necesario inicialmente identificar algún tipo de proceso organizado para benchmarking incorporado con éxito en el proceso normal de la organización. Los requisitos para su implementación son:

- Seguir una sencilla y lógica secuencia de actividades, no debe agregarse pasos, la mejor forma de evaluar el nivel de claridad de un modelo de proceso es la habilidad de las personas para describírselo a otras personas, incluyendo la habilidad para explicar por qué es importante cada parte del proceso para el usuario.
- Énfasis en la planificación y organización de actividades enfocadas en la satisfacción de las necesidades del cliente de benchmarking a través del desarrollo de instrumentos específicos para la recopilación de datos antes de la implantación de protocolos apropiados acorde a los requerimientos de los socios del benchmarking.
- Aplique benchmarking enfocado en el cliente: para lograr su satisfacción sobre el servicio, producto o información que requiera.
- Conviértalo en un proceso genérico: el proceso de benchmarking debe ser coherente en una organización, a pesar de que flexibilidad en todo el proceso no necesariamente debe haber un modelo exclusivo en cada uno de las áreas y departamentos de la organización, de esta forma se disminuye y reduce en lo posible el surgimiento de

barreras en que generan distanciamientos que afectan la comunicación y el proceso en si.

**El proceso contempla los siguientes pasos:**



**Figura 30** Proceso Benchmarking  
**Fuente:** Calderón (2016)

- 1. Determinar a qué se le va a hacer benchmarking:** en este primer paso es necesario identificar a los clientes para la información del benchmarking y sus necesidades con el propósito de definir los asuntos específicos a los cuales se trabajará; una vez hecho, inmediatamente se define los recursos necesarios para su ejecución.
- 2. Formar un equipo de benchmarking:** la mayor parte de las actividades del benchmarking se lo realiza a través de equipos de trabajo. Esta es una de las etapas más importantes del proceso ya que se debe escoger, orientar, dirigir el equipo y además asignar responsabilidades a los integrantes del equipo de trabajo, introduciendo herramientas de manejo de proyectos que garanticen que las tareas de benchmarking sean claras y de fácil identificación cada una de las etapas clave.
- 3. Identificar a los socios del benchmarking:** en esta etapa es necesario se identifique las fuentes de información (personas, literatura, informes de otras instituciones, bases

de datos computarizadas) a utilizar para recopilar la información de benchmarking; además deberá incluirse en esta etapa el proceso de identificación de las mejores prácticas industriales y organizacionales.

4. **Recopilar y analizar la información de benchmarking:** es necesario que las personas responsables de esta actividad sean expertos en estos métodos. Se contactan los socios del benchmarking y se recopila información de acuerdo con el protocolo establecido y luego se resume para hacer el análisis. La información deberá ser analizada con las necesidades del cliente original a fin de producir recomendaciones para la acción.
5. **Actuar:** en esta etapa del proceso está influenciada por las necesidades del cliente original y por los usos de la información de benchmarking. La acción que se realiza puede oscilar entre producir un solo informe y producir un conjunto de recomendaciones para la implementación real del cambio, basado al menos en parte en la información recopilada durante la investigación de benchmarking.

### **Pasos clave del proceso del benchmarking**

El proceso de benchmarking “es el proceso de comparar fortalezas, debilidades, procesos empresariales y métricas de desempeño de una entidad con sus pares” Olson (2013) realiza cinco fases esenciales que se inicia con la planeación e investigación, continúa con el análisis, integración y acción y finaliza con la fase de madurez. La forma cómo conducir esta fase implica la realización de una serie de pasos, los cuales necesariamente deben llevarse a cabo para poder alcanzar los objetivos propuestos en este proceso:

- **Fase de Planeación:** su objetivo es planear la investigación, los pasos a seguir son; qué, quién y cómo.

#### **¿Qué es lo que tiene que hacer benchmarking?**

Toda función de cualquier negocio, tiene o suministra un producto resultado de un proceso comercial de una función, sea éste un artículo físico, una orden, un envío, una factura un servicio o un reporte. Cuando se aplica el benchmarking lo primero a definir será en qué tipo de producto se enfocará.

### **¿Con quién se debe comparar?**

Los negocios que comprende la competencia directa de productos son los candidatos primarios para que el benchmarking realice las comparaciones, pero con el fin de evitar desperdicios de tiempo, en comparaciones innecesarias se debe establecer una prioridad entre dichos negocios para identificar quienes poseen el liderazgo y sobre ellos realizar comparaciones, no importándole el lugar donde se encuentren, solamente así el benchmarking se asegurará de identificar el mejor camino para lograr la superioridad.

### **¿Cómo se recaba información para el benchmarking?**

No existe un solo camino para conducir una investigación del benchmarking y para obtener la información requerida sino una infinita variedad de ellos. Gran parte de la información requerida está disponible y la que no, debe realizárselo a través de la aplicación de cierto nivel de indagaciones y métodos que satisfagan las necesidades del estudio. Un punto importante es que el benchmarking es un proceso, no es únicamente alcanzar metas sino que también se concentra en la investigación y documentación de las mejores prácticas industriales que permiten lograrlas.

- **Fase de análisis:** una vez que se hayan determinado los qué, cómo y quién; éstos deben ser analizados por medio del benchmarking. Este análisis debe contener una detallada información de las prácticas actuales del proceso pero es, sobre todo, un análisis comparativo que requiere un claro entendimiento, tanto del desarrollo interno actual como del desempeño futuro, y es precisamente en este punto donde actúa el benchmarking como un proceso de evaluación.
- **Fase de Integración:** esta fase establece las posibilidades de cambios a realizar a través de la integración de la información obtenida por el benchmarking, por lo tanto se requiere de la aplicación de una minuciosa planeación para adicionar nuevas prácticas en la operación y así asegurar que tales descubrimientos sean aprovechados al máximo dentro del proceso de planeación.

- **Fase de Acción:** tanto los descubrimientos como los principios operacionales deben convertirse en acciones específicas e implementativas, las cuales tiene que ser revisadas periódicamente. Es importante en esta fase que se comunique de forma permanente del avance del proceso para que se informen cómo y qué es lo que se está haciendo.
- **Fase de madurez:** esta fase se alcanza cuando las mejores prácticas son incorporadas al proceso y será en ese momento cuando la madurez se convierta en una faceta constante y esencial. Cuando esto sucede, el benchmarking habrá cumplido sus objetivos.

### **Herramientas y estrategias**

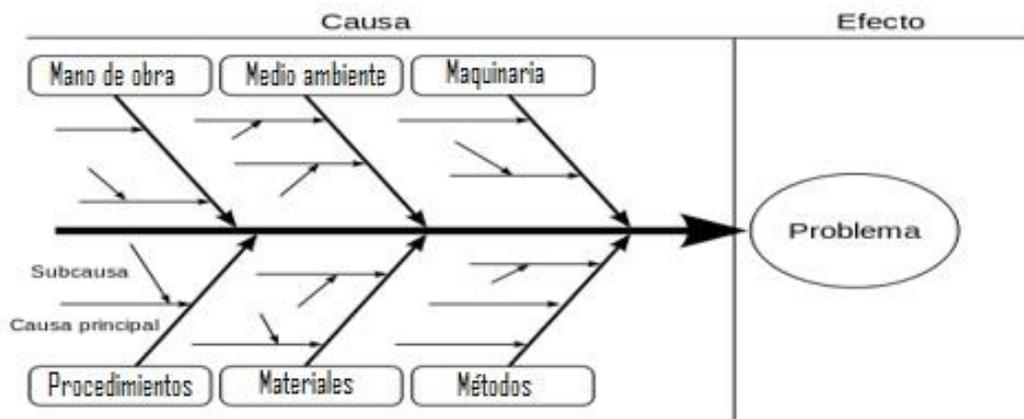
Para evaluar tanto la organización referente como la propia, en la cual se pretende implementar propuestas de cambio planificado, como consecuencia de un proceso de benchmarking se utilizan diversas herramientas o sistemas de evaluación, así como proceso de planeamiento estratégico. Para Claros (2015) la utilización de herramientas tales como el diagrama de Ishikawa, espina de pescado, diagrama de Pareto, flujogramas son muy útiles; en un proceso de buenas prácticas se utiliza esquemas, diagramas, cuestionarios, entrevistas a los actores claves con el propósito de obtener con prontitud insumos de evaluación y posterior desarrollo de la propuesta de cambios planificados, orientados al mejoramiento continua y la calidad.

- **Diagrama de pescado o de causa-efecto**

Es una representación gráfica utilizada para identificar las causas de un problema, expone las necesidades de forma clara y concisa. Clasifica las diversas causas que se piensa que afectan los resultados del trabajo. De la espina central dibujada de forma horizontal, se encuentran seis líneas que se unen a la línea centras que son las causas principales y que a su vez cuentan con líneas o espinas inclinadas llamadas espinas secundarias o sub causas.

Este diagrama facilita el análisis de problemas y sus soluciones en áreas como es la calidad de los procesos, los productos y servicios entre otros. El creador de este método, Dr. Ishikawa comprobó que muchos de los problemas tienen categorías principales las cuales son: mano de obra, medio ambiente, maquinaria, procesos, métodos y materiales, los cuales cubren la mayoría de las categorías potenciales, sin embargo pueden existir algunas otras que no pueden ser incluidas dentro de las ya mencionadas; un buen diagrama de pez es el que se ajusta al propósito para el cual se elabora (Borrego, 2009).

Para lograr los propósitos deseados es necesario definir el efecto o resultado a analizar, ubicar la declaración del problema mediante un breve descripción, identificar las causas principales que afectan el proceso, conectar las categorías principales con la línea central que se une a la declaración del problema, identificar factores específicos que pueden ser la causa del efecto, analizar el diagrama con el propósito de llegar a conclusiones concretas (AITECO, 2015).



**Figura 31** Diagrama de pez

**Fuente:** SPG (2012)

- **Diagrama de Pareto**

El Diagrama de Pareto es una variación del histograma tradicional, ya que en esta gráfica se ordenan los datos por su frecuencia de mayor a menor, el principio de Pareto es conocido como la regla 80/20, enunciando que indica que el 20% de las fuentes causa el 80% de cualquier problema. El objetivo del diagrama de Pareto es el de evidenciar prioridades, puesto que en la práctica suele ser difícil controlar todas las posibles inconformidades de calidad de un producto o servicio.



**Figura 32** Diagrama de Pareto

**Fuente:** Shiwray (2011)

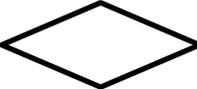
Inmediatamente estas inconformidades o molestias obtenidas son ordenadas y se calcula las frecuencias absolutas y frecuencias relativas, con estos datos se obtiene el diagrama de Pareto. Entre las ventajas se destacan que ayuda a concentrarse en las causas que tendrán mayor impacto sobre los defectos en los procesos de fabricación, proporciona una visión simple y rápida de la importancia de los problemas, ayuda a evitar que empeoren algunas causas al tratar de solucionar otras, su formato altamente visible proporciona un incentivo para seguir logrando más mejoras.

- **Diagramas de flujo**

Son representaciones gráficas de la secuencia de etapas, operaciones, movimientos, esperas, decisiones y otros eventos que ocurren en un proceso. Su importancia radica en la simplificación de un análisis preliminar del proceso y las operaciones que tienen lugar al estudiar características de calidad. Esta representación se efectúa a través de formas, símbolos, gráficos usualmente estandarizados y de conocimiento general.

Las reglas básicas para la construcción de un diagrama de flujo son: todos los símbolos deben estar conectados, a un símbolo de proceso pueden conectarse varias líneas, pero solo saldrán dos (sí o no; verdadero o falso), a un símbolo de inicio nunca le llegan líneas, de un símbolo de fin no parte ninguna línea (Menene, 2011).

**Tabla 35** Simbología de Diagramas de Flujo

SÍMBOLO	REPRESENTA
	Terminal, indica el inicio o la terminación del flujo, puede ser acción o lugar; además se utiliza para indicar una unidad administrativa o por persona que recibe o proporciona información.
	Disparador, indica el inicio de un procedimiento, contiene el nombre de éste o el nombre de la unidad administrativa donde se da inicio.
	Operación, representa la realización de una operación o actividad relativas a un procedimiento.
	Decisión o alternativa, indica un punto dentro del flujo en que son posibles varios caminos alternativos, con base en los valores: verdadero o falso; o, si y no.
	Documento, representa cualquier tipo de documento que entra, se utilice, se genere o salga del procedimiento.
	Archivo, representa un archivo común y corriente de oficina.
	Conector, representa una conexión o enlace de una parte del diagrama de flujo con otra parte lejana del mismo.
	Línea de flujo: Indica el orden de ejecución de las operaciones. La flecha indica la siguiente instrucción.

Fuente: Lucid (2015)

### El Servicio de Patología del Hospital IESS

La anatomía patológica es la especialidad médica que se encarga del estudio de las lesiones y alteraciones celulares de los tejidos y órganos, de sus consecuencias estructurales y funcionales, y por tanto, de su repercusión en el organismo. Esta especialidad contribuye decisivamente a la identificación de procesos de enfermedad o diagnóstico (etiopatogénico, estructural, fisiopatológico, clínico). Su aportación al diagnóstico estructural, compartida con otras especialidades médicas (hematología, radiología, medicina nuclear), es decisiva al dotario de gran objetividad científica. De él derivan muy importantes conocimientos para establecer el pronóstico, para la elección terapéutica y control de la respuesta, así como para la prevención y comprobación de la existencia del estado de salud (García, 2011).

Los Patólogos estudian las causas de la enfermedad, su progresión en el cuerpo humano, su expresión clínica, su pronóstico y cómo se modifica con los métodos terapéuticos de control. Es una especialidad que confiere una base científica a la medicina clínica y sirve como puente entre las ciencias básicas y la atención directa a los pacientes. Es una especialidad clínica e independiente, aunque muy relacionada con todas las demás, que aporta un diagnóstico clínico y radiológico, así como diferentes aspectos pronósticos del proceso, El procedimiento diagnóstico se basa en la observación directa de la lesión, en su estudio microscópico y en la aplicación de una serie de complejas técnicas histoquímicas, inmunohistoquímicas, de hibridación o amplificación de DNA.

La anatomía Patológica abarca diferentes áreas fundamentales (Patología Quirúrgica, Patología Médica, Citología y Patología autopsica) y se apoya en cuatro tipos de pruebas diagnósticas:

- Biopsia
- Citología
- Piezas quirúrgicas

Equipo de profesionales

- 1 Médica Patóloga
- 2 Licenciadas con conocimientos de técnicas en anatomopatología.

### **Política de Calidad**

Todos los integrantes del servicio de Anatomía Patológica y Citopatología están comprometidos a lograr un diagnóstico morfológico certero, confiable y oportuno, basado en la interpretación de laminillas sujetas a preparaciones técnicas óptimas para satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios a través de la mejora continua de los procesos.

## **Técnicas que se realizan en el servicio de anatomía patológica**

El servicio está capacitado para procesar y diagnosticar todo tipo de muestras de citologías, punciones, biopsias y piezas quirúrgicas, para ello dispone del instrumental preciso y de las técnicas necesarias, las habituales en la especialidad y que se utilizan de manera rutinaria en todos los hospitales.

Las diferentes pruebas, tipos de muestras y técnicas que se llevan a cabo habitualmente en el Servicio de Anatomía Patológica son las siguientes:

- **Toma de muestras de citología cérvico-vaginal:** se dispone de una sala de toma utilizada para este propósito, los exámenes son referidos por el servicio de ginecología, medicina familiar y medicina preventiva; actividad que tiene una alta demanda y a la cual se dedica alrededor de dos horas diarias por parte de uno de los profesionales que conforman el equipo de trabajo.
- **Biopsias:** son muestras de tejido generalmente de pequeño tamaño obtenidas mediante diferentes procedimientos (escisión sencilla, endoscopia, aguja gruesa, entre otros) por lo general mínimamente invasivos.
- **Piezas quirúrgicas:** se trata de especímenes obtenidos mediante cirugía reglada, generalmente de tamaño grande y cuyo estudio por el Patólogo persigue no solamente diagnosticar la enfermedad del paciente, sino establecer el alcance y adecuación del procedimiento quirúrgico y encontrar parámetros de carácter pronóstico.
- **Biopsias intraoperatorias:** Es el diagnóstico rápido de pequeñas muestras de tejido tomadas en quirófano, mientras el paciente y el cirujano permanecen a la espera del dictamen diagnóstico. En principio el diagnóstico de una Biopsia intraoperatoria condiciona el desarrollo posterior de la intervención quirúrgica.
- **Citología exfoliativa:** a diferencia de las muestras del tejido, en la citología exfoliativa, el diagnóstico se obtiene mediante el examen de las alteraciones observadas en células desprendidas del organismo bien de forma natural en las cavidades corporales o bien obtenidas mediante Punción-aspiración con Aguja Fina (PAAF), sin embargo a la ventaja de ser un método poco invasivo se debe sumar el inconveniente de que, salvo escasas excepciones, un diagnóstico citológico de tumor maligno necesita una comprobación por biopsia, la cual además permite obtener más

datos del tumor. A pesar de ello, la citología exfoliativa, ha demostrado ser una herramienta fundamental en el diagnóstico precoz de ciertos tumores, sobre todo en cáncer de cérvix. Existen tres grandes grupos de estudio citológicos.

- **Citologías Ginecológicas:** es el estudio citológico más conocido y extendido, consiste en obtener un frotis del aparato genital femenino que se examina al microscopio y permite diagnosticar precozmente las alteraciones neoplásicas o preneoplásicas, así como otros procesos de carácter inflamatorio o infeccioso.  
Citologías no ginecológicas: derrames en cavidades corporales (tórax, abdomen) citología de líquidos corporales (orina, exudados, esputos) cepillados de la superficie de cavidades corporales (cepillados bronquiales, esofágicos, gástricos entre otros).
- **Punción Aspiración con Aguja Fina (más conocida por las siglas PAAF):** consiste en la obtención de una muestra citológica mediante la punción con una aguja de una lesión y la aspiración mediante un sistema de vacío de sus células que se extienden sobre un portaobjetos. Existen dos tipos:
  - PAAF de lesiones palpables: la muestra es obtenida por el propio patólogo, a veces por otro médico y remitida al Servicio de Anatomía Patológica.
  - PAAF de lesiones profundas: la muestra es obtenida por un especialista en diagnóstico por imagen con o sin asistencia del patólogo que verifica la idoneidad de la muestra obtenida.

### **Principales Técnicas**

El estudio de cualquier caso comienza siempre con el examen al microscopio, mediante técnicas morfológicas clásicas, algunas de las cuales llevan utilizándose más de un siglo pero que siguen manteniendo su vigencia y utilidad, como es el caso de la tinción de Papanicolaou, para las citologías o la hematoxilina-Eosina para las biopsias (sin duda las técnicas con una relación coste/beneficio de la Historia de la Medicina).

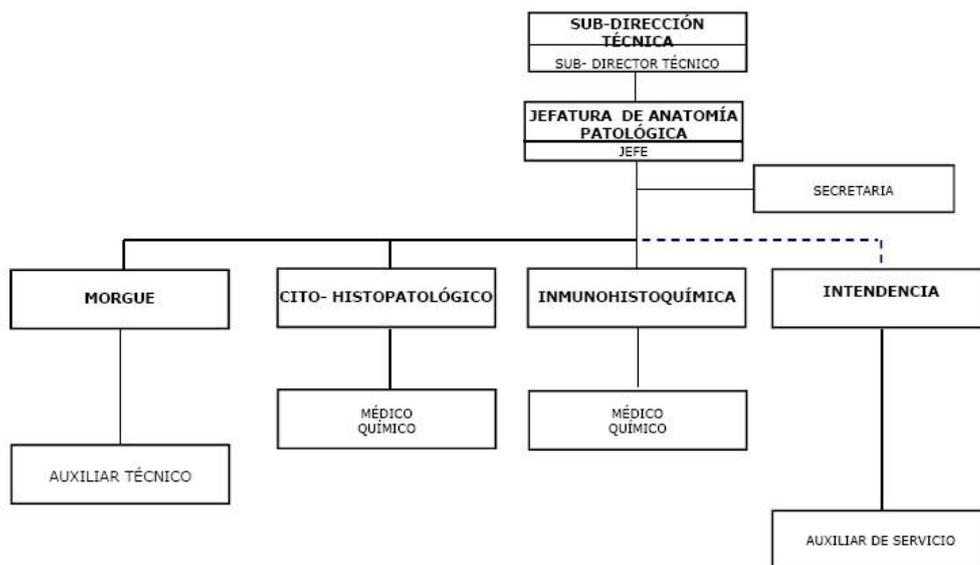
**Servicio de Patología del Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil**

En el servicio de anatomía Patológica del Hospital Luis Vernaza se realizan estudios de piezas quirúrgicas y muestras citológicas, las muestras quirúrgicas y citológicas son transportadas por mensajería interna desde quirófano o consultorios donde se obtiene la muestra. Cuenta con un recurso humano compuesto por: ocho médicos, seis licenciados, un químico farmacéutico, seis prácticos y siete administrativos.

El personal médico del Servicio de Patología realiza el diagnóstico anatomopatológico de cada enfermedad en el marco de su significación clínica analizando e interpretando materiales quirúrgicos, necropsias y citologías, con procedimientos rutinarios y especializados que permiten un diagnóstico anatomopatológico confiable, seguro de alta reproductibilidad que contribuye a la atención integral del paciente y a mejorar áreas de hospitalización, emergencia y consulta externa del Hospital Luis Vernaza, Clínica Sotomayor e instituciones hospitalarias externas que lo soliciten. Abarca tres áreas fundamentales:

- Patología quirúrgica
- Citología
- Patología autopsica.

El servicio se encuentra dividido en las siguientes áreas: técnica y administrativa. Además, se encarga del: estudio morfológico, histoquímico e inmunohistoquímico de material de: biopsias, piezas quirúrgicas, autopsias, estudio diagnóstico e investigación de la enfermedad, etiopatológico, fisiopatológico, patogénico, correlación anátomo clínica de casos quirúrgicos, de citología y de autopsia. Su estructura orgánica es la siguiente:



**Figura 33** Estructura Organizacional Hospital Luis Vernaza

**Fuente:** (Delgado & Ochoa, 2011)

A pesar de la reciente llegada del tema de estándares de calidad al laboratorio de anatomía patológica, el reconocimiento de la suficiencia diagnóstica, la satisfacción del cliente clínico y la rapidez en la emisión del informe son su claves principales y es algo bien establecido en el tiempo. Dentro de la fase analítica existen determinados puntos críticos que inciden de forma muy importante en la calidad de los resultados: a) la biopsia intraoperatoria, b) la estandarización de las pruebas auxiliares de diagnóstico, entre las que destacan la inmunohistoquímica y la hibridación in situ; c) la generación del diagnóstico final y d) los registros y los estándares de calidad del laboratorio.

### **El tiempo en el laboratorio de Anatomía Patológica**

Tras muchos años durante los cuales el tiempo transcurrido entre la recepción del espécimen en el laboratorio de anatomía patológica y la comunicación del diagnóstico al responsable clínico no era la calve del proceso analítico, actualmente se ha producido un golpe de péndulo para enfatizar la importancia que tiene la demora en la remisión del informe dentro del proceso de asistencia al paciente.

No obstante, la demora en los informes no debería centrar el aseguramiento de la calidad en el laboratorio pues se debe tener en consideración que puede ser muy variable dependiendo de la complejidad de cada caso así como de otros factores que incluyen la existencia de un programa de formación para residentes.

La norma UNE-EN ISO 15189 establece explícitamente la necesidad de mantener una política de gestión de las reclamaciones y encuestas de satisfacción del cliente (10, epígrafe 4.8) en este contexto una exigencia mínima para el aseguramiento de la calidad es la integración del software empleado como gestor en la historia clínica electrónica del paciente o en su defecto si esta utilidad no está implementada, la posibilidad de realizar consultas online de los informes anatomopatológicos por parte de los clientes autorizados.

Este requisito cumple sobradamente el programa de gestión NovoPath que tras la validación de cada informe lo vuelca directamente en el sistema informatizado de historias clínicas del hospital, a cuya base de datos se puede acceder a través de internet mediante la herramienta NPWEB.

### **Reduciendo los tiempo de proceso aplicando la metodología DMAIC**

La mejora continua de la calidad basada en Seis-Sigma en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Luis Vernaza proporciona la metodología para solucionar problemas al identificar sus causas. Solucionar el problema trabajando en equipo es un elemento importante, implica un compromiso genuino con la gestión de calidad que debe ser aplicado no solo en los procesos de trabajo sino también a la alta dirección y a la gerencia ya que son éstos los que determinan cómo los diversos componentes de una organización cuentan con recursos y logran trabajar juntos para entregar calidad a los clientes.

La metodología DMAIC se basa en cinco etapas bien concretas:

1. Definir el problema: en esta etapa se definen los objetivos del proyecto.
2. Medir y recopilar datos: toma de datos para validar y cuantificar el problema; permite y facilita la identificación de las causas reales del problema.
3. Analizar datos: descubre la causa raíz del problema
4. Mejorar: el equipo de trabajo determina la relación causa-efecto para predecir, mejorar, optimizar el funcionamiento del proceso.
5. Controlar: consiste en diseñar y documentar los controles necesarios para que lo implementado se mantenga una vez efectuados los cambios.

## **Modelado de procesos**

La delación de procesos es la documentación, el análisis y el diseño de la estructura de procesos de negocios, sus relaciones con los recursos necesarios para la implementación y el ambiente en el cual van a ser usados. Dentro de esta estrategia juega un papel fundamental el enfoque hacia la gerencia o administración de procesos, que conjuntamente con el cuadro de mando integral, complementan los indicadores del sistema de control financiero con los indicadores de proceso con el objetivo de alcanzar los objetivos estratégicos.

Un modelo es desarrollar una descripción lo más exacta posible de un sistema y de las actividades llevadas a cabo en él. Cuando un proceso es modelado, con ayuda de una representación gráfica (diagrama de proceso) pueden apreciarse con facilidad las interrelaciones existentes entre distintas actividades, analizar cada actividad, definir los puntos de contacto con otros proceso, así como identificar los subprocesos comprendidos; al mismo tiempo, los problemas existentes pueden ponerse de manifiesto claramente dando la oportunidad al inicio de acciones de mejora (Delgado & Ochoa, 2011).

Diagramar es establecer una representación visual de los procesos y subprocesos lo que permite obtener una información preliminar sobre la amplitud de los mismos, sus tiempos y los de sus actividades. La representación gráfica facilita el análisis, uno de cuyos objetivos es la descomposición de los procesos de trabajo en actividades discretas, también hace posible aquellas que aportan valor añadido de las que no lo hacen, es decir que no proveen directamente nada al cliente del proceso o al resultado deseado.

La modelación de procesos tiene como objetivos alcanzar un entendimiento común de los procesos con el menor esfuerzo posible, poder realizar un análisis económico y un análisis de costos de procesos individuales, mejorar la calidad de los procesos y optimizar la producción.

## 6.7 Modelo Operativo

**Tabla 36** Modelo Operativo

N°	FASES	OBJETIVOS	METAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
<b>FASE I</b>	Determinar la estructura organizativa, funciones y responsabilidades del servicio de Patología del Hospital IESS Ambato	Describir el sistema de gestión del servicio de Patología	Que se determine funciones, actividades y responsabilidad del personal del Servicio de Patología	Reunión de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartera de Servicios del Servicio de Patología</li> <li>• Perfil óptimo del personal</li> <li>• Organigrama funcional</li> </ul>	1 Semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigadora</li> <li>• Coordinador del servicio de Patología</li> <li>• Director Técnico Servicio de Auxiliares de Diagnóstico</li> </ul>	Organigrama de funciones del Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato
<b>FASE II</b>	Identificar los procesos técnicos anatomopatológicos del Servicio de Patología del Hospital IESS a	Determinar actividades para el procesamiento de la muestra	Que el Servicio de Patología documente los procedimientos técnicos anatomopatológicos	Reunión de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden impresa de pedido</li> <li>• Clasificación de la muestra</li> <li>• Procesamiento de la muestra</li> </ul>	4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigadora</li> <li>• Personal Servicio de Patología</li> <li>• Coordinador del servicio de Patología</li> <li>• Director Técnico Servicio de Auxiliares de Diagnóstico</li> </ul>	Descripción de Procedimientos técnicos anatomopatológicos

<b>FASE III</b>	Identificar los problemas existentes en los procedimientos anatomopatológicos del Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato que afectan la satisfacción al cliente interno	Establecer los problemas existentes en cada uno de los procedimientos técnicos anatomopatológicos	Que se genere posibles soluciones a los problemas detectados en cada uno de los procedimientos técnicos anatomopatológicos	Taller diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagramas de pescado</li> </ul>	8 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigadora</li> <li>• Personal Servicio de Patología</li> <li>• Coordinador del servicio de Patología</li> </ul>	Posibles soluciones a los problemas en cada uno de los procedimientos técnicos anatomopatológicos
<b>FASE IV</b>	Elaborar mejores prácticas de procedimientos técnicos para el servicio de Patología del Hospital IESS Ambato	Satisfacer al cliente interno del Hospital IESS Ambato	Elaborar nuevo procedimiento técnico anatomopatológico del Servicio de Patología para satisfacer al cliente interno	Reunión de trabajo	Flujogramas Formularios de definición de los procedimientos técnicos anatomopatológicos	4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigadora</li> <li>• Personal Servicio de Patología</li> <li>• Coordinador del servicio de Patología</li> </ul>	Mejores prácticas de procedimientos técnicos para el servicio de Patología del Hospital IESS Ambato
<b>FASE V</b>	Implementar las mejores prácticas de procedimientos técnicos para el servicio de Patología del Hospital IESS Ambato	Poner en prácticas los nuevos procedimientos técnicos anatomopatológicos para satisfacer al cliente interno del Hospital IESS Ambato	Que se socialice y se aplique los nuevos procedimientos técnicos anatomopatológicos	Taller diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejores prácticas de procedimientos técnicos para el servicio de Patología del Hospital IESS Ambato</li> <li>• Power Point</li> </ul>	1 semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigadora</li> <li>• Personal Servicio de Patología</li> <li>• Coordinador del servicio de Patología</li> <li>• Director Técnico Servicio de Auxiliares de Diagnóstico</li> </ul>	Implementación de mejores prácticas de procedimientos técnicos para el servicio de Patología del Hospital IESS Ambato

<b>FASE VI</b>	Evaluar las mejores prácticas implementadas en el Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato	Conocer la efectividad de la implementación de mejores prácticas de procedimientos técnicos anatomopatológicos	Que se promueva la mejora continua en los procedimientos técnicos anatomopatológicos del Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato	Taller diagnóstico	Mejores prácticas de procedimientos técnicos para el servicio de Patología del Hospital IESS Ambato  Encuesta Comparación de tiempos del proceso xxxx	1 semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigadora</li> <li>• Personal Servicio de Patología</li> <li>• Coordinador del servicio de Patología</li> <li>• Director Técnico Servicio de Auxiliares de Diagnóstico</li> </ul>	Evaluación de la implementación
----------------	--	--	---	--------------------	--	----------	--	---------------------------------

## **Desarrollo de la Propuesta**

### **FASE I**

#### **Determinar la estructura organizativa, funciones y responsabilidades del servicio de Patología del Hospital IEES Ambato**

El servicio de Patología es una unidad funcional en la asistencia médica, contribuye en el estudio y diagnóstico de enfermedades que modifican o alteran tejidos u órganos poniendo en riesgo la salud y la vida del paciente. Se encargan de un trabajo sincronizado de mucha precisión en el diagnóstico de biopsias, citologías y piezas quirúrgicas en un tiempo oportuno.

#### **Misión**

La misión del Servicio de Patología del Hospital IEES Ambato es “Elaborar diagnósticos morfológicos certeros, confiables y oportunos, para colaborar con el médico tratante en el establecimiento de tratamiento y pronóstico del paciente, utilizando equipo y tecnología de vanguardia así como con la capacitación constante de nuestro personal”.

#### **Visión**

Ser reconocido por sus diagnósticos oportunos y de excelencia, por las instituciones y usuarios a los cuales presta el servicio. Mantener el entusiasmo y compromiso del personal con la unidad, hospital y usuarios.

#### **Valores institucionales**

- Actitud de servicio
- Comunicación
- Trabajo en equipo
- Puntualidad
- Responsabilidad

- Disciplina
- Liderazgo
- Orientación a resultados
- Apuesta por la innovación
- Mejora continua

### **Cartera de servicios**

El personal del servicio de Patología se encuentra capacitado para procesar y diagnosticar muestras como:

- Biopsias
- Piezas quirúrgicas
- Toma de muestras de aspiración con aguja fina de tiroides.
- Toma de muestras de cérvico-uterinas
- Citología cérvico-uterina
- Citología de líquidos de cavidades corporales

## Perfil óptimo del Personal del Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato



### FORMULARIO MRL-EVAL-01 – MODIFICADO

FORMULARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO POR COMPETENCIAS PARA USO DEL JEFE INMEDIATO					
<b>DATOS DEL SERVIDOR:</b>					
<b>Apellidos y Nombres del Servidor (Evaluado):</b>			GARCIA SANTAMARIA GLENDA ARMENIA		
<b>Denominación del Puesto que Desempeña:</b>			MEDICO PATOLOGO		
<b>Título o profesión:</b>			MEDICO PATOLOGO		
<b>Apellidos y Nombre del jefe Inmediato o superior inmediato (Evaluador):</b>			PATRICIO ANIBAL BEDOYA VACA		
<b>Periodo de Evaluación (dd/mm/aaaa):</b>	<b>Desde:</b>	01/01/2017	<b>Hasta:</b>	31/12/2017	
EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PUESTO					
<b>INDICADORES DE GESTIÓN DEL PUESTO: # Actividades: 4 Factor: 60%</b>					
Descripción de Actividades	Indicador	Meta del Período Evaluado (número)	Cumplidos	% de Cumplimiento	Nivel de Cumplimiento
REALIZACION , ESTUDIO Y DIAGNOSTICO DE EXAMENES HISTOPATOLOGICOS	No . De exámenes histopatológicos realizados/ No de exámenes histopatológicos solicitados	2000			
REALIZACION DE ESTUDIOS Y DIAGNOSTICOS DE EXAMENES CITOLOGICOS	No . De exámenes citológicos realizados/ No de exámenes citológicos solicitados	350			
VERIFICACION DE EXAMENES CITOLOGICOS E HISTOPATOLOGICOS	No de reportes realizados/ No de reportes solicitados	2350			
REVISION DE CITOLOGIAS CERVICALES CON ATIPIAS	Nº. citologias cervixles con atipias revidadas / Nº citologias cervicales con atipias recibidas	70			
<b>¿A más del cumplimiento de la totalidad de metas y objetivos se adelantó y cumplió con objetivos y metas previstas para el siguiente período de evaluación ?</b>			<b>APLICA EL + 4 %</b>		<b>% DE AUMENTO</b>
			NO		0
<b>Total Actividades Esenciales:</b>					<b>0%</b>

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO JEFE  
INMEDIATO

\_\_\_\_\_  
FIRMA SERVIDOR

## FORMULARIO MRL-EVAL-01 - MODIFICADO

FORMULARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO POR COMPETENCIAS PARA USO DEL JEFE INMEDIATO			
<b>DATOS DEL SERVIDOR:</b>			
Apellidos y Nombres del Servidor (Evaluado):		DRA. DORA OCHOA PACHECO	
Denominación del Puesto que Desempeña:		MEDICO PATOLOGO	
Título o profesión:		MEDICO PATOLOGO	
Apellidos y Nombre del jefe Inmediato o superior inmediato (Evaluador):		GARCIA SANTAMARIA GLENDIA ARMENIA	
Periodo de Evaluación (dd/mm/aaaa):	Desde:	01/01 /2017	Hasta: 31/12/2017

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PUESTO					
INDICADORES DE GESTIÓN DEL PUESTO:		# Actividades: 2	Factor : 60%		
Descripción de Actividades	Indicador	Meta del Período Evaluado (número)	Cump lidos	% de Cumplimi ento	Nivel de Cumplimi ento
REALIZACION , ESTUDIO Y DIAGNOSTICO DE EXAMENES HISTOPATOLOGICOS	No . De exámenes histopatológicos realizados/ No de exámenes histopatológicos solicitados	1900			
CONFIRMACION DE RESULTADOS DE EXAMENES HISTOPATOLOGICOS EN EL SISTEMA AS 400	No de confirmaciones realizadas/ No de exámenes realizados	1900			
¿ A más del cumplimiento de la totalidad de metas y objetivos se adelantó y cumplió con objetivos y metas previstas para el siguiente período de evaluación ?			APLICA EL + 4 %		% DE AUMENTO
			NO		0
<b>Total Actividades Esenciales:</b>					<b>0%</b>

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO  
JEFE INMEDIATO

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
SERVIDOR

## FORMULARIO MRL-EVAL-01 - MODIFICADO

FORMULARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO POR COMPETENCIAS PARA USO DEL JEFE INMEDIATO			
<b>DATOS DEL SERVIDOR:</b>			
Apellidos y Nombres del Servidor (Evaluado):		TIPAN GUAMAN MAYRA ALEXANDRA	
Denominación del Puesto que Desempeña:		LABORATORISTA CLINICO 2	
Título o profesión:		LIC EN LABORATORIO CLINICO	
Apellidos y Nombre del jefe Inmediato o superior inmediato (Evaluador):		GARCIA SANTAMARIA GLENDA ARMENIA	
Periodo de Evaluación (dd/mm/aaaa):		Desde: 01/01/2017	Hasta: 31/12/2017

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PUESTO					
<b>INDICADORES DE GESTIÓN DEL PUESTO:</b>		# Actividades: 2	Factor: 60%		
Descripción de Actividades	Indicador	Meta del Período Evaluado (número)	Cumplidos	% de Cumplimiento	Nivel de Cumplimiento
TOMA ADECUADA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS CITOLOGICAS PROGRAMADAS	No de muestras citológicas realizadas/ No de muestras citológicas programadas	250	0	0%	0
SCREENING DE CITOLOGIA CERVICAL	No de citologías cervicales estudiadas/ No de citologías cervicales realizadas	1500	0	0%	0
¿ A más del cumplimiento de la totalidad de metas y objetivos se adelantó y cumplió con objetivos y metas previstas para el siguiente período de evaluación ?			APLICA EL + 4 %		% DE AUMENTO
			NO		0
<b>Total Actividades Esenciales:</b>					<b>0%</b>

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO JEFE  
INMEDIATO

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
SERVIDOR

## FORMULARIO MRL-EVAL-01 - MODIFICADO

FORMULARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO POR COMPETENCIAS PARA USO DEL JEFE INMEDIATO						
DATOS DEL SERVIDOR:						
Apellidos y Nombres del Servidor (Evaluado):			GRANIZO CASTRO MARTHA CECILIA			
Denominación del Puesto que Desempeña:			LABORATORISTA CLINICO 2			
Título o profesión:			LIC EN LABORATORIO CLINICO			
Apellidos y Nombre del jefe Inmediato o superior inmediato (Evaluador):			GARCIA SANTAMARIA GLENDA			
Periodo de Evaluación (dd/mm/aaaa):		Desde:	01/01/2017	Hasta:	31/12/2017	
EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PUESTO						
INDICADORES DE GESTIÓN DEL # PUESTO:						
			Actividades: 4	Factor: 60%		
Descripción de Actividades	de	Indicador	Meta del Período Evaluado (número)	Cumplidos	% de Cumplimiento	Nivel de Cumplimiento
TOMA ADECUADA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS CITOLÓGICAS PROGRAMADAS		No de muestras citológicas realizadas/ No de muestras citológicas programadas	250			
PROCESAMIENTO Y REALIZACIÓN DE MUESTRAS HISTOPATOLÓGICAS		No de muestras histopatológicas realizadas/ No de exámenes histopatológicos programados	1500			
MACROSCOPIA DE BIOPSIAS GÁSTRICAS		No de muestras realizadas/ No de muestras programadas	500			
MACROSCOPIAS DE APÉNDICES CECALES Y LEGRADOS		No de muestras histopatológicas realizadas/ No de muestras histopatológicas programadas	500			
¿ A más del cumplimiento de la totalidad de metas y objetivos se adelantó y cumplió con objetivos y metas previstas para el siguiente período de evaluación ?				APLICA EL + 4 %		% DE AUMENTO
				NO		0
<b>Total Actividades Esenciales:</b>						<b>0%</b>

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO  
JEFE INMEDIATO

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
SERVIDOR

## FORMULARIO MRL-EVAL-01 - MODIFICADO

FORMULARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO POR COMPETENCIAS PARA USO DEL JEFE INMEDIATO			
DATOS DEL SERVIDOR:			
<b>Apellidos y Nombres del Servidor (Evaluado):</b>	BAYAS NAVARRETE TANNIA FERNANDA		
<b>Denominación del Puesto que Desempeña:</b>	OFICINISTA		
<b>Título o profesión:</b>	ING. ADMINISTRACION DE EMPRESAS		
<b>Apellidos y Nombre del jefe Inmediato o superior inmediato (Evaluador):</b>	GARCIA SANTAMARIA GLENDA ARMENIA		
<b>Periodo de Evaluación (dd/mm/aaaa):</b>	<b>Desde:</b>	<b>Hasta:</b>	31/12/2017
	01/01/2017		17

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PUESTO					
INDICADORES DE GESTIÓN DEL PUESTO:		# Actividades: 8	Factor: 60%		
Descripción de Actividades	Indicador	Meta del Período Evaluado (número)	Cumplidos	% de Cumplimiento	Nivel de Cumplimiento
REALIZA INFORMES ESTADISTICOS MENSUALES DEL SERVICIO	No de informes realizados/ No de informes programados	12			
ELABORACION DE OFICIOS	Nº de oficios realizados / Nº de oficios solicitados	100			
RECEPCION DE CORRESPONDENCIA	Nº de oficios recibidos / Nº de oficios solicitados	50			
ASIGNACION DE TURNOS A PACIENTES	Nº de turnos asignados / Nº de turnos solicitados	3000			
RECEPCION DE MUESTRAS	Nº de muestras recibidas / Nº de muestras	3000			
REALIZA LAS REQUISICIONES	No de requisiciones realizadas/ No de requisiciones programados	10			
REALIZA LOS CONSUMOS MENSUALES DEL SERVICIO	No de CONSUMOS realizados/ No de CONSUMOS programados	12			
REALIZACION DE INFORMES DEL IESS PR	No de INFORMES realizados/ No de INFORMES programados	12			
<b>¿A más del cumplimiento de la totalidad de metas y objetivos se adelantó y cumplió con objetivos y metas previstas para el siguiente período de evaluación ?</b>			<b>APLICA EL + 4 %</b>		<b>% DE AUMENTO</b>
			NO		0
<b>Total Actividades Esenciales:</b>					<b>0%</b>

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO  
JEFE INMEDIATO

\_\_\_\_\_  
FIRMA SERVIDOR

## FORMULARIO MRL-EVAL-01 - MODIFICADO

FORMULARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO POR COMPETENCIAS PARA USO DEL JEFE INMEDIATO			
<b>DATOS DEL SERVIDOR:</b>			
<b>Apellidos y Nombres del Servidor (Evaluado):</b>		GAMBOA TIRADO MILTON DARIO	
<b>Denominación del Puesto que Desempeña:</b>		AUXILIAR DE SERVICIOS	
<b>Título o profesión:</b>		BACHILLER EN QUIMICO BIOLOGO	
<b>Apellidos y Nombre del jefe Inmediato o superior inmediato (Evaluador):</b>		GARCIA SANTAMARIA GLENDA ARMENIA	
<b>Periodo de Evaluación (dd/mm/aaaa):</b>		<b>Desde:</b>	<b>Hasta:</b>
		01/01/2017	31/12/2017

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PUESTO					
INDICADORES DE GESTIÓN DEL PUESTO:					
		# Actividad	#jREF!	Factor:	60%
Descripción de Actividades	Indicador	Meta del Período Evaluado (número)	Cumplidos	% de Cumplimiento	Nivel de Cumplimiento
ARCHIVO DE PLACAS Y BLOQUES	No de placas y bloques realizados/ No de placas y bloques archivados	3000			
ARCHIVO DE MUESTRAS	Nº de muestras recibidas / Nº de muestras archivadas	3000			
CANJE DE TOALLAS Y SÁBANAS	Nº de toallas y sábanas entregadas / Nº de toallas y sábanas canjeadas	50			
ASIGNACION DE TURNOS A PACIENTES	Nº de turnos asignados / Nº de turnos solicitados	800			
DESPACHO DE MUESTRAS PARA ELIMINACIÓN DE DESECHO	Nº de muestras generadas / Nº de muestras entregadas	2000			
¿ A más del cumplimiento de la totalidad de metas y objetivos se adelantó y cumplió con objetivos y metas previstas para el siguiente período de evaluación ?			APLICA EL + 4 %		% DE AUMENTO
			NO		#jREF!
<b>Total Actividades Esenciales:</b>					<b>#jREF!</b>

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO  
JEFE INMEDIATO

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
SERVIDOR

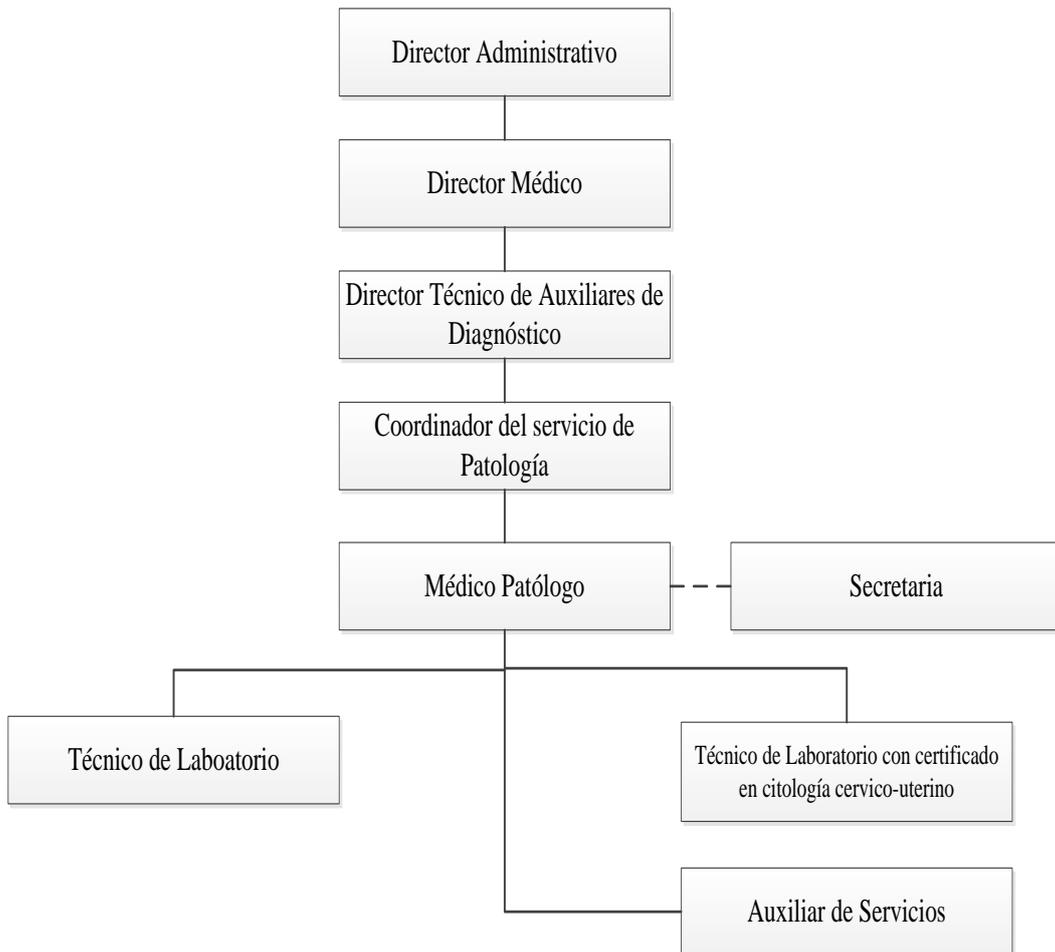


HOSPITAL IESS AMBATO

SERVICIO DE PATOLOGÍA



ORGANIGRAMA DE FUNCIONES DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA



REFERENCIAS

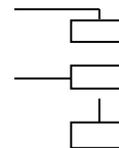
————— Autoridad

----- Coordinación

Nivel Auxiliar

Nivel Asesor

Nivel Operativo



Cargo :	MÉDICO PATÓLOGO- COORDINADOR DE SERVICIO	N° cargos: 1
<p><b>1. Función:</b> Dirigir, coordinar, supervisar, las actividades administrativas y técnicas del servicio de Patología del Hospital IESS Ambato.</p> <p><b>2. Relaciones del cargo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con el personal del servicio: Tiene relación de supervisión, reporta el cumplimiento de sus funciones.</li> <li>• Con Hospitales de mayor complejidad: relación de coordinación en el marco de referencia para estudios de inmunohistoquímica.</li> </ul> <p><b>3. Atribuciones del cargo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Representación administrativa y técnica del servicio Patología.</li> <li>• Autorización de actos administrativos y técnicos del servicio.</li> <li>• Supervisión, monitoreo y evaluación al personal a su cargo.</li> </ul> <p><b>4. Funciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificar, organizar y supervisar las actividades administrativas y técnicas del servicio.</li> <li>• Dirigir, supervisar y evaluar las actividades administrativas y técnicas del servicio.</li> <li>• Verificar el cumplimiento de las metas programadas para el servicio.</li> <li>• Elaborar y presentar oportunamente informes administrativos y técnicos solicitados por su jefe inmediato.</li> <li>• Cumplir y hacer cumplir los reglamentos, normas y disposiciones de la institución.</li> <li>• Dirigir actividades docentes y de investigación programadas por el servicio debidamente autorizadas.</li> <li>• Participar de reuniones o charlas hospitalarias en el campo de la especialidad de su competencia.</li> <li>• Velar por la seguridad, conservación y mantenimiento de los bienes asignados al servicio.</li> <li>• Realizar estudios macroscópicos y microscópicos de biopsias, piezas quirúrgicas receptadas en el servicio de Patología.</li> </ul>		

- Describir en forma detallada los hallazgos microscópicos en la historia clínica del paciente.
- Enviar al sistema institucional AS400 el diagnóstico del estudio realizado.
- Toma de muestras de Punción por aspiración de aguja fina de tiroides.
- Estudio microscópico de citologías (PAAF, líquidos)
- Revisión microscópica del 30% de citologías vaginales.
- Llevar un registro de casos estudiados en Word.

## **5. Requisitos:**

### **Educación:**

- Título profesional de Médico colegiado y habilitado.
- Título de especialidad en Anatomía Patológica registrada por el MSP.
- Deseable: Maestría y/o doctorado en gestión de servicios de Salud, Salud pública o equivalentes.

### **Capacidades:**

- Capacidad de análisis, expresión, síntesis, dirección, coordinación y organización.
- Capacidad analítica y organizativa.
- Capacidad para trabajar en equipo.

### **Habilidades:**

- Habilidad para concretar resultados en tiempos oportunos.

### **Ética y valores:**

- Responsabilidad, amabilidad, solidaridad y honradez

	<b>HOSPITAL IESS AMBATO</b>	
	<b>SERVICIO DE PATOLOGÍA</b>	
	<b>ORGANIGRAMA DE FUNCIONES DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA</b>	

<b>Cargo :</b>	<b>MÉDICO PATÓLOGO</b>	<b>N° cargos: 1</b>
<p><b>1. Función:</b>            Dar diagnóstico anatomopatológico eficiente y oportuno de las muestras receptadas en el servicio de Patología.</p> <p><b>2. Relaciones del cargo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con el coordinador del servicio: depende directamente y reporta el cumplimiento de su función.</li> <li>• Con el personal del servicio: relación de coordinación, supervisión y apoyo.</li> </ul> <p><b>3. Atribuciones del cargo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión y monitoreo.</li> </ul> <p><b>4. Funciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar estudios macroscópicos, microscópicos de biopsias o piezas quirúrgicas receptadas en el servicio de Patología.</li> <li>• Describir en forma detallada los hallazgos microscópicos en la historia clínica del paciente.</li> <li>• Confirmar resultados y enviar al sistema institucional AS400 el diagnóstico del estudio realizado.</li> <li>• Cumplir los reglamentos, normas y disposiciones de la institución.</li> <li>• Velar por la seguridad, conservación y mantenimiento de los bienes asignados al servicio.</li> <li>• Participar de reuniones o charlas hospitalarias en el campo de la especialidad de su competencia.</li> </ul>		

- Participar de actividades docentes y de investigación programadas por el servicio debidamente autorizadas.
- Llevar un registro de casos estudiados en Word.
- Las demás funciones que le asigne el coordinador del servicio.

## **5. Requisitos:**

### **Educación:**

- Título profesional de Médico general colegiado y habilitado.
- Título de especialidad en Anatomía Patológica registrada por el MSP y habilitado.

### **Capacidades:**

- Capacidad analítica y organizativa.
- Capacidad para trabajar en equipo.

### **Habilidades:**

- Para concretar resultados en el tiempo oportuno.

### **Actitudes:**

- Solución a problemas del usuario interno y externo.

### **Ética y valores:**

- Responsabilidad, solidaridad, honradez.

	<b>HOSPITAL IESS AMBATO</b>	
	<b>SERVICIO DE PATOLOGÍA</b>	
	<b>ORGANIGRAMA DE FUNCIONES DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA</b>	

<b>Cargo :</b>	<b>LICENCIADA EN LABORATORIO CLÍNICO CON CERTIFICACIÓN EN CITOLOGÍA CÉRVICO-UTERINA.</b>	<b>N° cargos: 1</b>
<p><b>1. Función:</b> Ejecutar screening de muestras de citología cérvico-uterina para la detección oportuna de cáncer de cuello uterino.</p> <p><b>2. Relaciones del cargo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con el coordinador del servicio: Depende directamente y reporta el cumplimiento de sus funciones.</li> <li>• Con el personal del servicio: Relación de coordinación y apoyo especializado.</li> </ul> <p><b>3. Atribuciones del cargo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación y supervisión</li> </ul> <p><b>4. Funciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar el cumplimiento de los procedimientos de toma de muestra, coloración y etiquetado de placas cérvico-uterinas.</li> <li>• Realizar estudio microscópico de placas cérvico-uterinas.</li> <li>• En supervisión del médico Patólogo dar diagnóstico de los estudios realizados.</li> <li>• Ingresar resultados en la historia clínica del paciente y enviar al sistema AS400.</li> <li>• Llevar un registro de casos estudiados en Word.</li> <li>• Cumplir los reglamentos, normas y disposiciones de la institución.</li> <li>• Velar por la seguridad, conservación y mantenimiento de los bienes asignados al servicio.</li> <li>• Participar de reuniones o charlas hospitalarias en el campo de la especialidad de su competencia.</li> </ul>		

- Participar de actividades docentes y de investigación programadas por el servicio debidamente autorizadas.
- Las demás funciones que le asigne el coordinador del servicio.

## **5. Requisitos:**

### **Educación:**

- Título Profesional Universitario de Licenciado en Laboratorio Clínico.
- Conocimientos técnicos en Anatomopatología.
- Certificación para estudio cérvico-uterino.

### **Capacidades:**

- Capacidad analítica y resolutive.
- Capacidad para trabajar en equipo.

### **Habilidades:**

- Para concretar resultados en tiempos oportunos.
- Manejo de herramientas informáticas.
- Liderazgo.

### **Actitudes:**

- Dar solución a problemas del usuario interno y externo.

### **Ética y valores:**

- Responsabilidad, solidaridad, honradez, amabilidad.

	<b>HOSPITAL IESS AMBATO</b>	
	<b>SERVICIO DE PATOLOGÍA</b>	
	<b>ORGANIGRAMA DE FUNCIONES DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA</b>	

<b>Cargo :</b>	<b>LICENCIADO/A EN LABORATORIO CLÍNICO</b>	<b>N° cargos: 2</b>
<p><b>1. Función:</b></p> <p>Ejecución de actividades técnicas anatomopatológicas de acuerdo con los protocolos establecidos en el servicio de Patología.</p>		
<p><b>2. Relaciones del cargo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con el coordinador del servicio: Depende directamente y reporta el cumplimiento de sus funciones.</li> <li>• Con el personal del servicio: Responsabilidad de coordinación y apoyo.</li> </ul>		
<p><b>3. Atribuciones del cargo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No tiene</li> </ul>		
<p><b>4. Funciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar cumplimiento a las normas de bioseguridad en el servicio de Patología.</li> <li>• Cumplir normas, reglamentos y disposiciones del coordinador del servicio y de autoridades del Hospital IESS Ambato.</li> <li>• Vigilar el cumplimiento de los procedimientos y disposiciones generales que regulen el funcionamiento del servicio de Patología.</li> <li>• Participar en actividades docentes e investigación programadas por el servicio de Patología.</li> <li>• Preparar casetas, pedidos para el estudio macroscópico. Tomar nota del estudio macroscópico realizado por el médico patólogo.</li> <li>• Realizar procesamiento de muestras (inclusión, microtomía, coloración y etiquetado de placas).</li> </ul>		

- Llevar un registro de muestras procesadas, número de placas entregadas por cada caso al médico responsable.
- Toma de muestras de Papanicolaou.
- Coloración de Papanicolaou.
- Preparación de placas de líquidos especiales, coloración y etiquetado.
- Asistir en la toma de muestras de punción por aspiración de aguja fina de tiroides.
- Coloración, etiquetado de placas de punción por aspiración de aguja fina de tiroides.
- Coloraciones especiales (giemsa, PAS, Tricromico, PAS Alcian blue)
- Preparación de colorantes (eosina, giemsa)
- Preparación de ácidos (ácido acético, alcohol ácido, agua amoniacal)
- Preparación de alcoholes a diferentes concentraciones para en equipo de procesamiento de tejidos.
- Llevar un registro de preparación de colorantes, alcoholes, formol.
- Etiquetar frascos de: colorantes, alcoholes, metanol, ácidos, glicerina, recalificador con la fecha de apertura, fecha de caducidad y persona responsable del procedimiento.
- Filtrar, cambiar colorantes, ácidos, neoclear, alcoholes, formoles, metanol.
- Revisar funcionamiento y cambio de alcoholes, formoles.
- Las demás funciones que le asigne el coordinador del servicio.

## **5. Requisitos:**

### **Educación:**

- Título profesional universitario en Licenciatura en Laboratorio clínico.
- Conocimientos en técnicas histopatológicas.

### **Capacidades:**

- Capacidad analítica y organizativa.
- Capacidad de trabajar en grupo.

### **Habilidades:**

- Para concretar resultados en tiempos oportunos.

- Manejo de herramientas informáticas.
- Liderazgo.

**Actitudes:**

Solucionar problemas del usuario interno y externo.

**Ética y valores:**

Solidaridad, responsabilidad, amabilidad y honradez

	<b>HOSPITAL IESS AMBATO</b>	
	<b>SERVICIO DE PATOLOGÍA</b>	
	<b>ORGANIGRAMA DE FUNCIONES DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA</b>	

<b>Cargo :</b>	<b>SECRETARIA</b>	<b>N° cargos: 1</b>
<p><b>1. Función:</b></p> <p>Garantizar el funcionamiento administrativo del servicio por medio del cumplimiento y ejecución de actividades de apoyo y secretaria en el servicio de Patología.</p>		
<p><b>2. Relaciones del cargo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con el coordinador del servicio: Depende directamente y reporta el cumplimiento de su función.</li> <li>• Con el personal del servicio: Relaciones de coordinación y cooperación en actividades administrativas.</li> </ul>		
<p><b>3. Atribuciones del cargo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No tiene</li> </ul>		
<p><b>4. Funciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Receptar, clasificar, registrar, tramitar y archivar documentos administrativos del servicio de Patología.</li> <li>• Redactar documentos para responder correspondencia del servicio.</li> <li>• Ordenar documentación para la revisión del coordinador y para la firma respectiva.</li> <li>• Atender llamadas telefónicas y concretar citas relacionadas con las actividades del servicio.</li> <li>• Atender con respeto y eficiencia al usuario interno y externo del servicio.</li> <li>• Dar turnos a los pacientes para la toma de muestras para Papanicolaou y PAAF.</li> </ul>		

- Receptar muestras, imprimir órdenes del sistema AS 400.
- Asignar código secuencial a las órdenes, muestras e ingresar datos al sistema digital del servicio.
- Realizar requisiciones semanales de materiales e insumos para el servicio.
- Realizar informes de los consumos mensuales de materiales e insumos del servicio.
- Realizar informes estadísticos del servicio.
- Cumplir los reglamentos, normas y disposiciones de la institución.
- Velar por la seguridad, conservación y mantenimiento de los bienes asignados al servicio.
- Participar de reuniones o charlas hospitalarias en el campo de la especialidad de su competencia.
- Participar de actividades docentes y de investigación programadas por el servicio debidamente autorizadas.
- Las demás funciones que le asigne el coordinador del servicio.

## **5. Requisitos**

### **Estudios:**

- Estudios secundarios completos
- Conocimientos de secretaria e informática.

### **Capacidades:**

- Capacidad para trabajar en equipo.

### **Actitudes:**

De solucionar problemas del usuario interno y externo.

### **Ética y valores:**

Solidaridad, honradez, amabilidad.

	<b>HOSPITAL IESS AMBATO</b>	
	<b>SERVICIO DE PATOLOGÍA</b>	
	<b>ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA</b>	

<b>Cargo :</b>	<b>AUXILIAR DE SERVICIOS</b>	<b>N° cargos: 1</b>
<p><b>1. Función:</b></p> <p>Ejecutar actividades de apoyo en la recepción, registro de muestras según indicaciones de los profesionales del servicio.</p>		
<p><b>2. Relaciones de cargo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con el coordinador del servicio: depende directamente y reporta el cumplimiento de su función.</li> <li>• Con el personal del servicio: relaciones de apoyo y coordinación.</li> </ul>		
<p><b>3. Atribuciones del cargo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna</li> </ul>		
<p><b>4. Funciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención al cliente interno y externo.</li> <li>• Clasificar y ordenar muestras anatomopatológicas en bodega.</li> <li>• Trasladar y solicitar reposición de material al servicio de lavandería.</li> <li>• Preparación de formol buferado al 10 %.</li> <li>• Trasladar materiales e insumos de bodega del hospital hasta el servicio de Patología.</li> <li>• Preparar materiales, muestras, para la macroscopía.</li> <li>• Llevar un registro de la limpieza del servicio por parte de la compañía de servicio de limpieza.</li> <li>• Archivo de bloques, placas y pedidos anatomopatológicos.</li> <li>• Desechar muestras ya diagnosticadas.</li> </ul>		

- Apoyar en todas las actividades que faciliten las funciones de los profesionales del servicio.
- Cumplir normas, reglamentos y disposiciones de la institución.
- Velar por la seguridad, conservación y mantenimiento de los bienes asignados al servicio.
- Participar de reuniones o charlas hospitalarias en el campo de la especialidad de su competencia.
- Participar de actividades docentes y de investigación programadas por el servicio debidamente autorizadas.
- Las demás funciones que le asigne el coordinador del servicio.

#### **5. Requisitos:**

##### **Educación:**

- Título de técnico en auxiliar en enfermería o conocimiento en técnicas anatomopatológicas.

##### **Capacidades deseables:**

- Capacidad para trabajar en grupo.

##### **Actitudes:**

- Solucionar problemas del usuario interno y externo.

##### **Ética y valores:**

- Honradez, amabilidad, solidaridad.

	<b>HOSPITAL IESS AMBATO</b>	
	<b>SERVICIO DE PATOLOGÍA</b>	
	<b>FASE II PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS ANATOMOPATOLÓGICOS</b>	

<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Recepción de la muestra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Impresión de la orden de la historia clínica del paciente.</li> <li>Revisión de datos del paciente de la orden y muestra.</li> <li>Revisión de fijación de la muestra (con formol marcado) y en frasco o contenedor de la muestras este acorde al tamaño de la muestra.</li> <li>Ingreso de datos al archivo digital del servicio.</li> <li>Codificación de la orden y muestra.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Clasificación y almacenamiento de muestras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las muestras gástricas, biopsias de cérvix, biopsias de piel, se deben almacenar en orden y en contenedores rotulados.</li> <li>Las demás muestras se trasladará a bodega para el almacenamiento en orden en la estantería de muestras por procesar.</li> </ul>

<p>3. Clasificación de órdenes por complejidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Separar las órdenes que provienen del servicio de gastroenterología.</li> <li>• Colocar etiquetas de color:  Rojo.- para estudio urgente (tumoraes)  Verde.- para prioridades (biopsias de cérvix y piel)</li> <li>• El resto de órdenes serán colocadas en rutina.</li> </ul>
<p>4. Preparación de materiales para macroscopía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotular casetas desechables para colocar los cortes de tejidos.</li> <li>• Alistar materiales e insumos como: guantes, bata desechable, tijeras, pinzas, bisturí, cuchillo, contenedor para colocar muestras ya realizadas la macroscopía.</li> </ul>
<p>5. Macroscopía</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El médico realiza análisis macroscópico de la muestra.</li> <li>• El técnico toma nota de la descripción macroscópica realizada por el médico.</li> <li>• Registra en la orden fecha, médico, técnico responsable del procedimiento.</li> </ul>
<p>6. Procesamiento e inclusión de los tejidos en parafina</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las casetas q contienen los cortes de la muestra colocar en la canastilla del equipo procesador de tejidos y llevarlas al equipo.</li> <li>• Dar inicio al procesamiento en el equipo automatizado.</li> <li>• Después del procesamiento de tejidos de 12 horas, retirar la canastilla del equipo e incluir en parafina.</li> </ul>

7. Microtomía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar cortes de los tejidos a 0,4 micras de espesor.</li> <li>• Colocar los cortes de tejido en el baño de flotación.</li> <li>• Pescar los cortes extendidos en placas portaobjetos.</li> <li>• Rotular las casetas con las iniciales del técnico responsa.</li> <li>• Colocar las placas en la canastilla y dejar secar.</li> </ul>
8. Desparafinización, coloración y montaje de placas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La canastilla con placas colocar en la estufa a 60°C por un tiempo de 20 minutos.</li> <li>• Sacar de la estufa y colocarlas en Neoclear.</li> <li>• Dejar secar a temperatura ambiente.</li> <li>• Colorear según la coloración requerida (hematoxilina-eosina, giemsa, coloraciones especiales).</li> <li>• Dejar secar a temperatura ambiente.</li> <li>• Aclarar los tejidos colocando las placas en Neoclear.</li> <li>• Dejar secar a temperatura ambiente.</li> <li>• Realizar el montaje de placas con Neomont.</li> <li>• Dejar secar a temperatura ambiente por un tiempo de 12 horas.</li> </ul>
9. Etiquetado y entrega de placas al médico patólogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etiquetar placas con stickers de color naranja, colocando los dos apellidos y un nombre del paciente, seguido por el código secuencial asignado, verificar el número de cortes, placas, colocar en la parte inferior derecha colocar las iniciales del técnico responsable del procesamiento.</li> <li>• Ordenar placas en bandeja metálica.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar el número de placas que se entrega en registro personal.</li> <li>• Adjuntar la orden de la muestra, registrando el número de placas y la fecha en que se entrega las placas.</li> <li>• Entregar al médico patólogo responsable del estudio.</li> </ul>
10. Diagnóstico, transcripción y envío al sistema AS400.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico patólogo revisa orden, datos del paciente, placas rotuladas con los datos del paciente, número de placas, revisa historia clínica del paciente, estudio macroscópico.</li> <li>• Realiza estudio microscópico de las placas.</li> <li>• Realiza un diagnóstico.</li> <li>• Lo detalla en la orden.</li> <li>• El estudio macroscópico y microscópico es transcrito en la historia clínica del paciente.</li> <li>• El médico patólogo responsable valida la transcripción y lo envía al sistema AS400, para que el médico tratante pueda visualizar en la historia clínica del paciente.</li> </ul>
11. Archivo de órdenes, placas y bloques.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una vez generado el diagnóstico el material y órdenes es archivado en orden secuencial.</li> <li>• Se registra la fecha en que el resultado es enviado al sistema, y el tiempo de respuesta del resultado.</li> </ul>

<p>12. Asignar citas para la toma de muestras de PAAF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imprime la orden generada por el médico tratante.</li> <li>• Se imprime el diagnóstico médico de la historia clínica del paciente.</li> <li>• Se le asigna una fecha para la toma de la muestra.</li> <li>• Se le informa al paciente la fecha y hora de la cita, tipo de examen a realizarse, se entrega por escrito los requisitos que tiene que cumplir para realizarse el examen.</li> </ul>
<p>13. Toma de muestra de PAAF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se prepara a los pacientes para la toma de la muestra de punción de tiroides.</li> <li>• Se revisa ordenes, requisitos.</li> <li>• Se traslada a los pacientes al servicio de imagenología para la toma de la muestra.</li> <li>• Se hace firmar el consentimiento informado a cada paciente.</li> <li>• Se toma datos informativos de punciones anteriores realizadas.</li> <li>• Se realiza asepsia y antisepsia del cuello del paciente.</li> <li>• El médico imagenólogo realiza eco y dirige el sitio de la punción de los nódulos de la tiroides.</li> <li>• Se realiza extendidos de material extraído en placas portaobjetos.</li> <li>• Se comunica al paciente la presión que debe hacerse en el sitio de la punción y el tiempo en que su resultado estará enviado a su historia clínica.</li> </ul>

<p>14. Codificación de órdenes de PAAF, fijación de la muestra, coloración etiquetado de placas y entrega al médico responsable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignar un código secuencia para citologías, registrar en archivo digital del servicio.</li> <li>• Dejar secar las placas a temperatura ambiente.</li> <li>• Fijar las placas en metanol por un tiempo de 30 minutos.</li> <li>• Dejar secar a temperatura ambiente.</li> <li>• Colorear con giemsa.</li> <li>• Pasar las placas por Neoclear.</li> <li>• Dejar secar a temperatura ambiente.</li> <li>• Realizar el montaje con Neomont.</li> <li>• Dejar secar a temperatura ambiente por un tiempo de 12 horas.</li> </ul> <p>Etiquetar con stikers blancos colocando</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• apellidos, nombres del paciente, seguido del código asignado e iniciales del técnico responsable.</li> <li>• Registrar en la orden el número de placas, la fecha que se entrega las placas al médico patólogo responsable.</li> <li>• Llevar un registro personal del número de placas citológicas que se entregan.</li> </ul>
<p>15. Toma de muestras de Papanicolaou.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imprimir la orden del examen de la historia clínica del paciente</li> <li>• Ingresar a la paciente a la sala de toma de muestras, pedir la orden para verificar apellidos y nombres de la paciente.</li> <li>• Explicar a la paciente el tipo de examen y como se lo va a realizar, el material que se ocupará para la toma de muestras.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar exploración de datos: fecha de última menstruación, número de gestas, partos, abortos, fecha del último pap test, resultado reportado, colposcopias anteriores, si se ha colocado cremas óvulos vaginales en los últimos 15 días.</li> <li>• Pedir a la paciente que se retire ropa de la cintura para abajo.</li> <li>• Pedir a la paciente que se recueste en la camilla ginecológica, colocar las piernas en los soportes.</li> <li>• Proceder a colocando especulo vaginal y tomar la muestra endo-exocervical con cepillo, realizar extendido en la placa portaobjetos previamente rotulada con los datos de la paciente.</li> <li>• Retirar especulo y pedir a la paciente que se vista e informar el tiempo en que se tarda en pasar los resultados del examen a su historia clínica.</li> <li>• En la orden anotar características de cómo se visualiza el cérvix y la cantidad de leucorrea presente.</li> <li>• Colocar las placas en alcohol etílico absoluto por un tiempo de 30 minutos para que la muestra sea fijada.</li> </ul>
<p>16. Coloración de Papanicolaou, etiquetado de placas y entrega al técnico en citología responsable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirar las placas del alcohol, pasarlas por agua corriente, dejar secar a temperatura ambiente.</li> <li>• Colorear según la técnica.</li> <li>• Aclara los extendidos pasando las placas por Neoclear.</li> </ul>

<p>17. Desecho de muestras ya diagnosticadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dejar secar a temperatura ambiente.</li> <li>• Realizar el montaje de placas con Neomont.</li> <li>• Dejar secar a temperatura ambiente por 12 horas.</li> <li>• Realizar el etiquetado de placas con stickers de color blanco colocando apellidos de la paciente seguido del nombre, el código secuencial asignado y las iniciales de la persona responsable de la toma de la muestra.</li> <li>• Entregar placas y pedidos al técnico responsable del scrining.</li> <li>• Registrar número de placas que se entrega y fecha en registro personal.</li> <li>• Verificar las órdenes que ya han sido diagnosticadas y ya poseen resultados en el sistema AS400.</li> <li>• Separar las muestras en contenedores para ser enviadas a desechos</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar el número de muestras que se envían, la persona responsable del servicio que envía y la persona del servicio de limpieza que se lleva las muestras para su desecho.</li> <li>• El auxiliar del servicio de patología tiene que acompañar a las muestras para verificar que sean separadas del formol, colocadas es fundas roja rotuladas, pesadas y colocadas cal.</li> </ul>
<p>18. Impresión de informes, entrega de bloques, placas para estudios complementarios fuera de la institución.</p>	

	<ul style="list-style-type: none"><li>• El paciente debe realizar una solicitud al director médico de la institución pidiendo informe, bloques y placas para estudios complementarios.</li><li>• El servicio receptara la solicitud ya aprobada por el director médico.</li><li>• Imprimir el resultado de diagnóstico requerido y hacer firmar por el médico patólogo responsable del estudio.</li><li>• Alistar placas y bloques y solicitar la revisión por el médico patólogo responsable.</li><li>• Registrar datos del paciente, material que se entrega como número de placas y bloques, persona responsable que retira.</li><li>• Pedir a la persona que se entregue que el material sea regresado al servicio tan pronto como sea realizado los estudios complementarios.</li></ul>
--	--

	<b>HOSPITAL IESS AMBATO</b>	
	<b>SERVICIO DE PATOLOGÍA</b>	
	<b>FASE III</b> <b>Identificar los problemas existentes en los procedimientos anatomopatológicos del Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato que afectan la satisfacción al cliente interno</b>	

**1. Determinación de causas del problema: tiempo prolongado de entrega de informes**

**Maquinaria**

- Escaso equipamiento automatizado
- Inexistente plan de mantenimiento de equipos

**Medio ambiente**

- Infraestructura inadecuada
- Ventilación deficiente
- Alta concentración de aerosoles

**Mano de obra**

- Insuficiente personal médico especializado
- Escasa capacitación al personal técnico
- Sobrecarga laboral

**Métodos**

- Excesivos procesos manuales
- Ausencia de indicadores de gestión
- Deficientes procesos definidos

**Materiales**

- Inexistente sistema de registro automatizado
- Insuficiente mobiliario

## **Procedimientos anatomopatológicos**

- **Proceso pre-analítico**
  - Frecuente rechazo de muestra
    - Deficiente conservación de la muestra
    - Datos incompletos del paciente
  
- **Lento Proceso analítico**
  - Lento análisis de diagnóstico
  - Repetición de placas
    - Placas incumplen con requerimiento de análisis
  
- **Proceso post-analítico**
  - Insatisfacción al cliente interno
    - Lento proceso manual de transcripción de informes
    - Tiempo prolongado de entrega de informes

## **2. Establecer criterios con los cuales se evaluarán cada posible causa**

1. ¿Es un factor que lleva al problema? = ¿es factor?
2. Esto ¿ocasiona directamente el problema? = ¿Causa directa?
3. Si esto es eliminado ¿Se corregiría el problema? = ¿Solución directa?
4. Se puede plantear una solución factible? = ¿Solución factible?
5. ¿Se puede medir si la solución funcionó? = ¿Es medible?
6. ¿La solución es de bajo costo? = ¿Bajo costo?

## **3. Establecer una escala de calificación**

1. Menos beneficioso
2. Beneficio intermedio
3. Más beneficioso

#### 4. Tabla para el control de la información

Tabla 37 Tabla para el control de la información

CAUSAS	SOLUCIONES	CRITERIOS						TOTAL
		FACTOR	CAUSA DIRECTA	SOLUCIÓN	FACTIBLE	MEDIBLE	BAJO COSTO	
<b>Maquinaria</b>								
• Escaso equipamiento automatizado	Implementación de equipos automatizados	2	2	1	2	1	1	9
• Inexistente plan de mantenimiento de equipos	Realizar plan de mantenimiento de equipos	2	2	1	3	2	2	12
<b>Medio ambiente</b>								
• Infraestructura inadecuada	Acondicionar infraestructura a las normas de bioseguridad de							
• Ventilación deficiente	Patología	1	1	1	1	1	1	6
• Alta concentración de aerosoles								
<b>Mano de obra</b>								
• Insuficiente personal médico especializado	Contratar médicos especialistas en anatomopatología	3	3	3	3	3	2	17
• Escasa capacitación al personal técnico	Realizar un plan de capacitación al personal técnico	3	3	3	3	3	1	16
• Sobrecarga laboral	Contratar personal	3	2	1	2	2	2	12
<b>Métodos</b>								

• Excesivos manuales	proceso	Automatizar procedimientos de coloración, desvastamiento de muestras, etiquetado de placas,	3	3	3	1	1	1	12
• Ausencia de indicadores de gestión		Implementar un plan de buenas prácticas de calidad	2	1	2	2	2	1	10
• Deficientes definidos	procesos	Documentar procesos técnicos anatomopatológicos	3	2	2	2	2	3	14
<b>Materiales</b>									
• Inexistente sistema de registro automatizado		Implementar sistema automatizado para el Servicio de Patología	2	2	2	2	2	1	11
• Insuficiente mobiliario		Incrementar muebles funcionales acorde a necesidades del Servicio	1	1	1	1	1	1	6
<b>Procedimientos anatomopatológicos</b>									
• Proceso pre-analítico									
	Frecuente rechazo de la muestra	Capacitar al personal médico y de enfermería sobre el adecuado manejo de muestras anatomopatológicas	1	1	1	2	3	1	9
	- Deficiente conservación de la muestra								
	- Datos incompletos del paciente	Capacitar al personal médico y de enfermería en el adecuado registro de datos del paciente en el sistema AS400 y en la muestra física	2	2	1	2	3	3	13
Lento proceso analítico									
	- Lento análisis de diagnóstico	Capacitar al personal especializado del servicio en patologías más complejas y frecuentes	3	3	3	3	3	1	16
	- Repetición de placas		3	3	3	3	3	1	16

- Placas incumplen con requerimientos de análisis	Capacitar al personal en técnicas histopatológicas								
• Proceso post analítico									
Insatisfacción al cliente interno	Reducir tiempos de entrega de informes	3	3	3	3	3	1	16	
Lento proceso manual de transcripción de informes	Implementación de megáfono para transcripción de resultados de diagnóstico.	2	1	2	2	2	2	11	

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

La tabla de control de la información asigna los siguientes valores:

1. Menos beneficioso
2. Beneficio intermedio
3. Más beneficioso

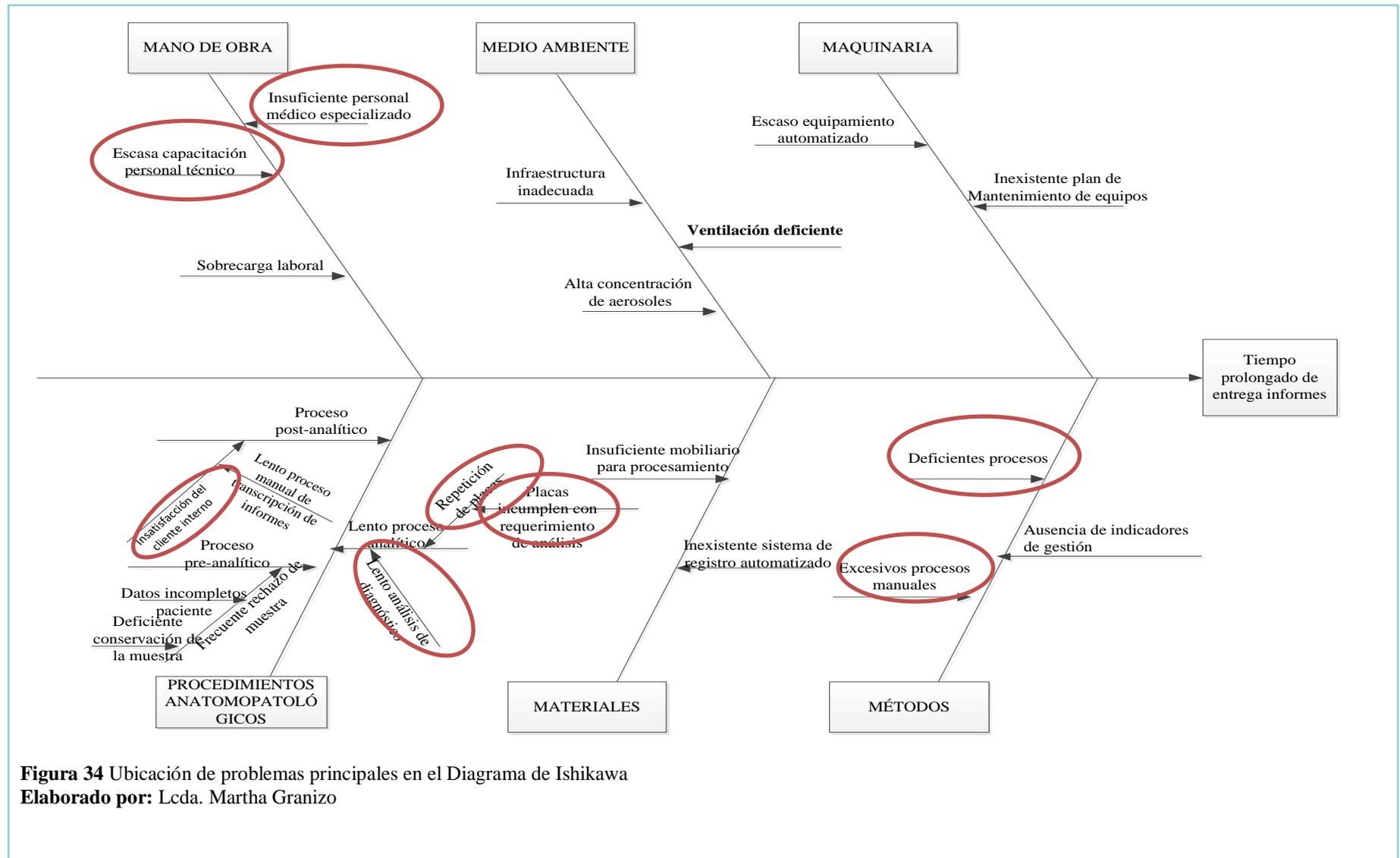
La calificación 1 se asigna a la solución que no brinda un beneficio aceptable a la solución del problema, la calificación 2 se asigna cuando la solución proporciona una solución no definitiva mientras que la calificación 3 se asigna cuando la solución puede ser definitiva pero no constante. Adicionalmente, existen sub categorías a las que se les debe dar mayor atención por ser los causantes de los problemas detectados. De los seis criterios de la escala de calificación que posteriormente es totalizada, los más altos a tomar en cuenta son los resultados que oscilan entre 14 a 18 siendo los siguientes:

- Lento análisis de diagnóstico 16
- Repetición de placas 16
- Placas incumplen con requerimiento de análisis 16
- Insatisfacción al cliente interno 16

La solución que propone el método Ishikawa, considera que la solución debería basarse en la priorización de subcausas con mayor calificación, además se debería solucionar los problemas que se enlistan a continuación, los cuales se encuentran próximos a la calificación más alta y por lo tanto tienen mayor incidencia en el problema del tiempo prolongado de entrega de informes.

- Excesivos procesos manuales 12
- Insuficiente personal médico especializado 17
- Escasa capacitación al personal técnico 16
- Deficientes proceso definidos 14

Estos problemas se los ubica en el diagrama de Ishikawa para observar los aspectos en los cuales el error es reiterativo.



**Figura 34** Ubicación de problemas principales en el Diagrama de Ishikawa  
**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

El Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato de acuerdo al diagrama causa-efecto tiene problemas principales en la categoría de mano de obra en la subcausa insuficiente personal médico especializado, escasa capacitación al personal técnico debido a que el servicio cuenta apenas con dos médicos patólogos para atender la demanda de todo un hospital de segundo nivel con especialidades. Esta situación provoca el represamiento de los informes de diagnóstico que inciden directamente en el tiempo prolongado de entrega de informes y en el nivel de satisfacción del cliente interno. Además, la capacitación es una necesidad ya que no existe una especialidad de técnicos en laboratorio de anatomopatología, por lo que, el personal no tiene las destrezas suficientes para realizar técnicas específicas de este puesto de trabajo.

La categoría métodos tiene como subcausa deficientes procesos definidos y excesivos procesos manuales. Estos problemas se encuentran directamente relacionados con la falta de automatización de procedimientos que en esta categoría casi todos se los realiza de forma manual, que afecta directamente el tiempo prolongado de entrega de informes

La categoría procedimientos anatomopatológicos en la subcausa lento proceso analítico se encuentran la sub subcausa lento análisis de diagnóstico y placas incumplen con requerimiento de análisis, siendo una de las causas principales que originan el problema. Esta situación se debe a la falta de capacitación del personal técnico y de documentación de las actividades de procesamiento de muestras con el objeto de que aplique con precisión las destrezas necesarias para optimizar el tiempo y los recursos.

Otra subcausa es la insatisfacción al cliente interno y como sub subcausa el lento proceso manual de transcripción de informes. Esta subcategoría se relaciona directamente con el tiempo prolongado de la entrega de informes anatomopatológicos que generalmente deben ser transcritos, revisados, validados y enviados al sistema AS400, situación que incrementa notablemente el tiempo de entrega de informes, afectando la satisfacción al cliente interno.

En este análisis se tomaron en cuenta las sub causas y sub sub causas con más alto puntaje (12,14,16 y 17) por considerar que son los principales problemas que inciden

directamente en el tiempo prolongado de entrega de informes del Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato.

Utilizando las subcausas generadas se procedió a analizar y evaluar el 80/20 de forma detallada.

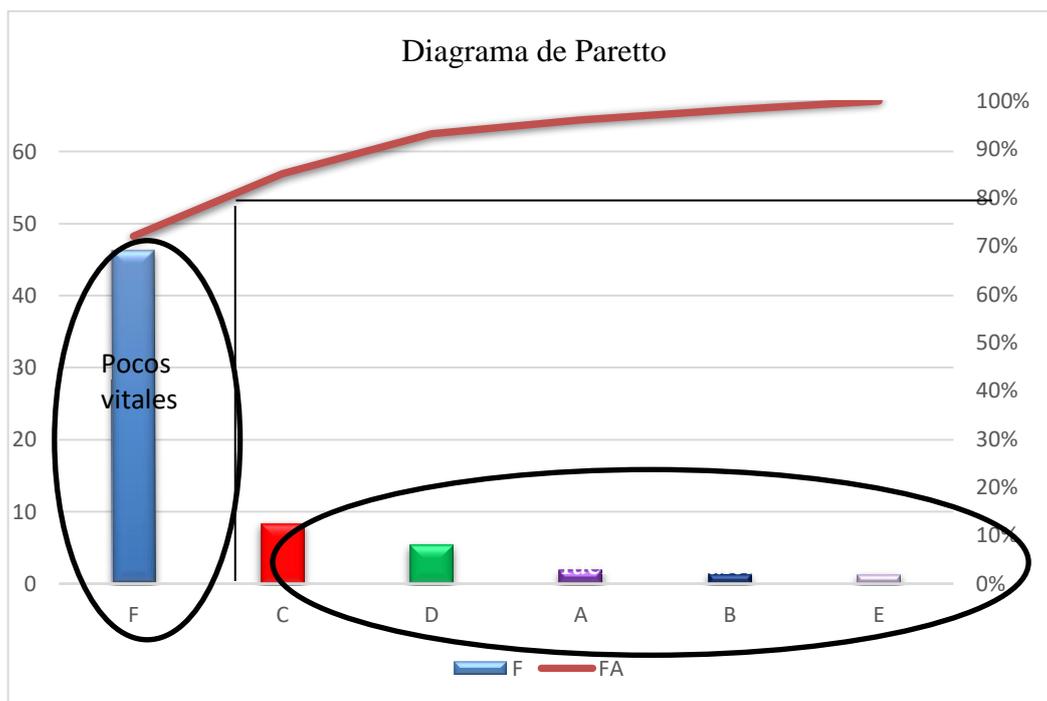
**Tabla 38** Análisis y evaluación 80/20 detallada

N°	CAUSAS	GRADO DE MOLESTIA	% DE OCURRENCIA	F	FR	FA
1	Insuficiente personal médico especializado	17	7,00	1,19	0,09	0,09
2	Escasa capacitación al personal técnico	16	6,58	1,05	0,08	0,18
3	Lento análisis de diagnóstico	16	6,58	1,05	0,08	0,26
4	repetición de placas	16	6,58	1,05	0,08	0,34
5	Placas incumplen requerimiento análisis	16	6,58	1,05	0,08	0,42
6	Insatisfacción cliente interno	16	6,58	1,05	0,08	0,51
7	Deficientes procesos definidos	14	5,76	0,81	0,06	0,57
8	Datos incompletos del paciente	13	5,35	0,70	0,05	0,62
9	Inexistente plan de mantenimiento de equipos	12	4,94	0,59	0,05	0,67
10	sobrecarga laboral	12	4,94	0,59	0,05	0,72
11	Excesivos procesos manuales	12	4,94	0,59	0,05	0,76
12	Inexistente sistema de registro automatizado	11	4,53	0,50	0,04	0,80
13	Lento proceso manual de transcripción de informes	11	4,53	0,50	0,04	0,84
14	Ausencia indicadores de gestión	10	4,12	0,41	0,03	0,87
15	Frecuente rechazo de la muestra	9	3,70	0,33	0,03	0,90
16	Deficiente conservación de la muestra	9	3,70	0,33	0,03	0,93
17	Escaso equipamiento automatizado	9	3,70	0,33	0,03	0,95
18	Infraestructura inadecuada	6	2,47	0,15	0,01	0,97
19	Ventilación deficiente	6	2,47	0,15	0,01	0,98
20	alta concentración de aerosoles	6	2,47	0,15	0,01	0,99
21	Insuficiente mobiliario	6	2,47	0,15	0,01	1,00
<b>TOTALES</b>		<b>243</b>	<b>100,00</b>	<b>12,74</b>	<b>1,00</b>	

**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

**Tabla 39** Análisis y evaluación por causas

#	CAUSAS	GRADO	% OCURRENCIA	F	FR	FA
E	MAQUINARIA	84	21,8	18,28	0,27	0,27
B	METODOS	77	19,9	15,36	0,23	0,50
D	MATERIALES	65	16,8	10,95	0,16	0,67
F	MANO DE OBRA MEDIO	57	14,8	8,42	0,13	0,79
C	AMBIENTE	52	13,5	7,01	0,10	0,90
A	MEDIDAS	51	13,2	6,74	0,10	1,00
	TOTALES	386	100	66,75		



**Figura 35** Diagrama de Pareto por Categorías  
**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

La figura 31 representa en las columnas los seis aspectos de la técnica del diagrama de Ishikawa que son: maquinaria, medio ambiente, mano de obra, materiales y procedimientos anatomopatológicos; cada una de estas categorías tiene un grado de afectación como resultado del cálculo del total de la escala de calificación. El valor del grado de afectación se forma al sumar las subcausas. El % de ocurrencia se determina en base al 100% de afectación de las seis categorías.

La frecuencia relativa se calcula dividiendo la frecuencia individual de cada causa para el total de la sumatoria de las frecuencias. La frecuencia absoluta es calculada de la

frecuencia relativa de la primera causa más la frecuencia relativa de la siguiente causa, que deberá sumar la unidad o 100%.

La regla de 80/20 señala que si se tiene un problema con muchas causas, se puede afirmar que el 20% de las causas resuelven el 80% del problema y el 80% de las causas solo resuelven el 20% del problema; este concepto está graficado en la figura 31 donde se demuestra que en todo grupo de elementos o factores que contribuyen a un mismo efecto, unos pocos son responsables de la mayor parte de dicho efecto (Frutos, Granados, & Romero, 2012, pág. 160) bajo este concepto, si el Servicio de Patología, resuelve los pocos vitales, inmediatamente influirá positivamente en la solución de muchos triviales.

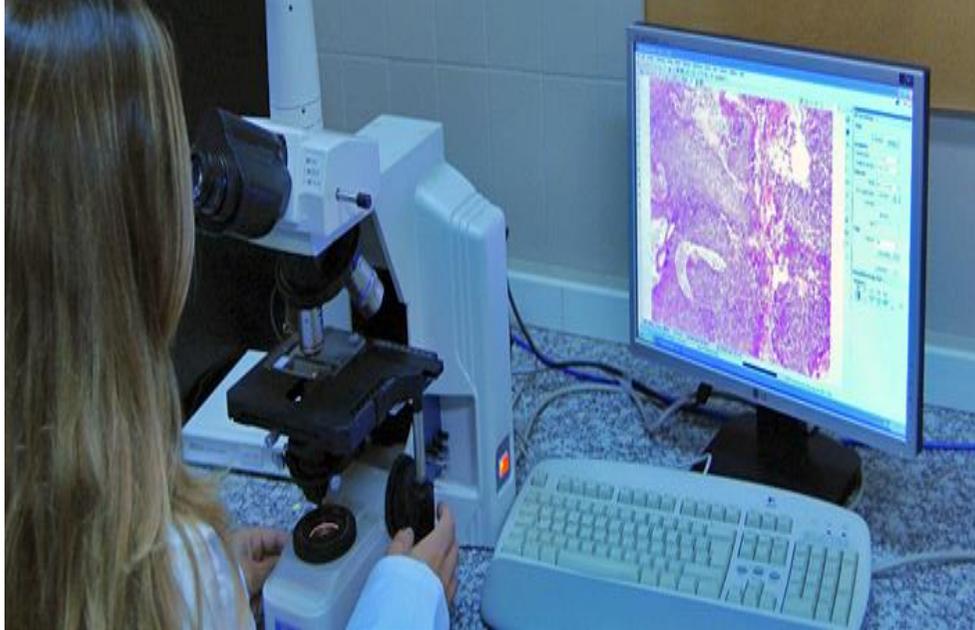
Por lo general, los pocos vitales (Procedimientos histopatológicos) son los responsables del tiempo prolongado de la entrega de informes, si se concentra la atención en la solución de estos pocos vitales, con seguridad, se obtendrá mayor efectividad en la reducción de los tiempos de entrega de informes que afecta la satisfacción al cliente interno.

En cuanto a los muchos triviales: maquinaria, medio ambiente, mano de obra, métodos y materiales representan el 80% de los problemas que se resolverán en la medida en que el 20% de los problemas se vayan solucionando.

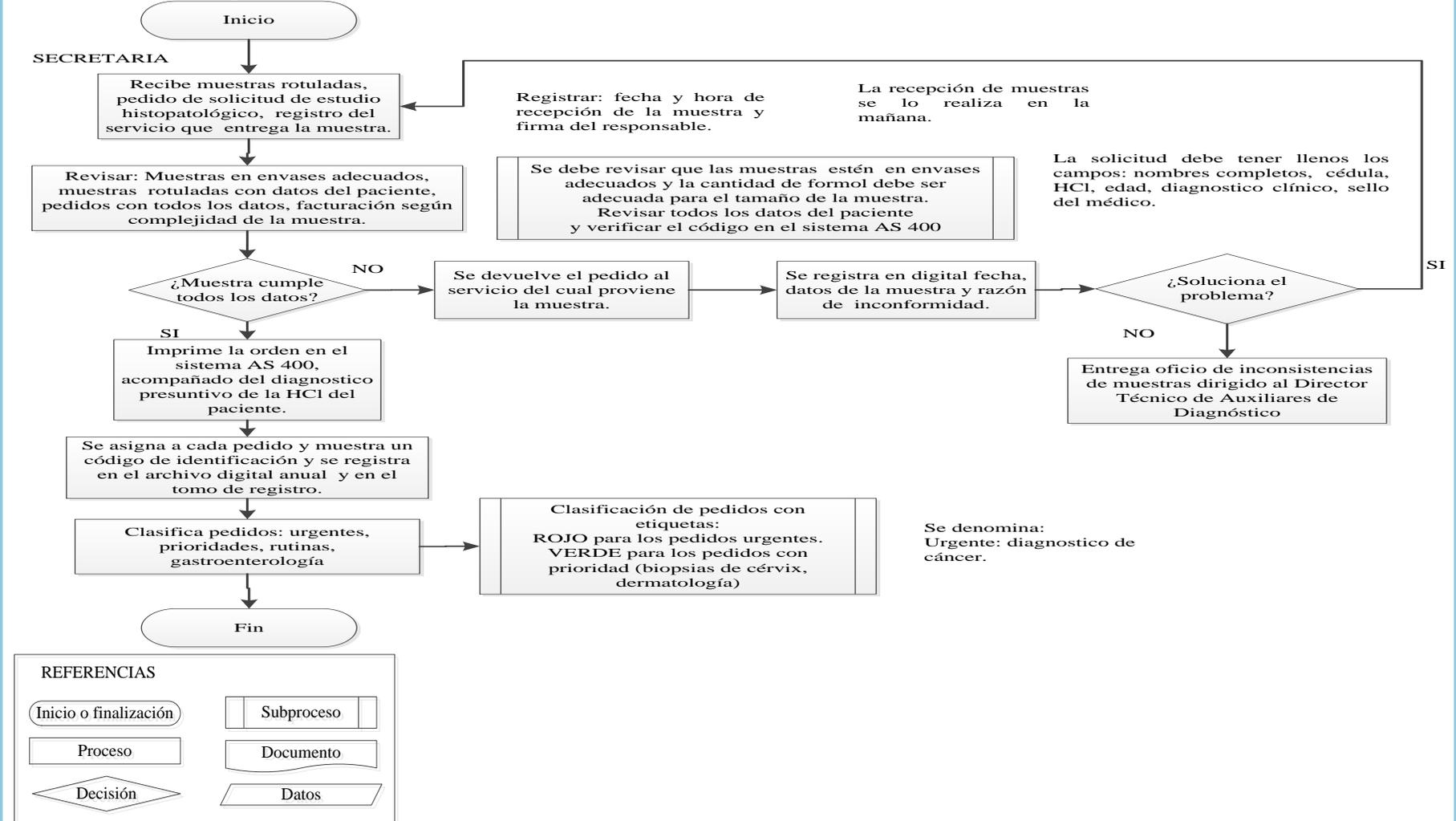
## FASE IV

Elaborar mejores prácticas de procedimientos técnicos para el servicio de Patología del Hospital IESS Ambato

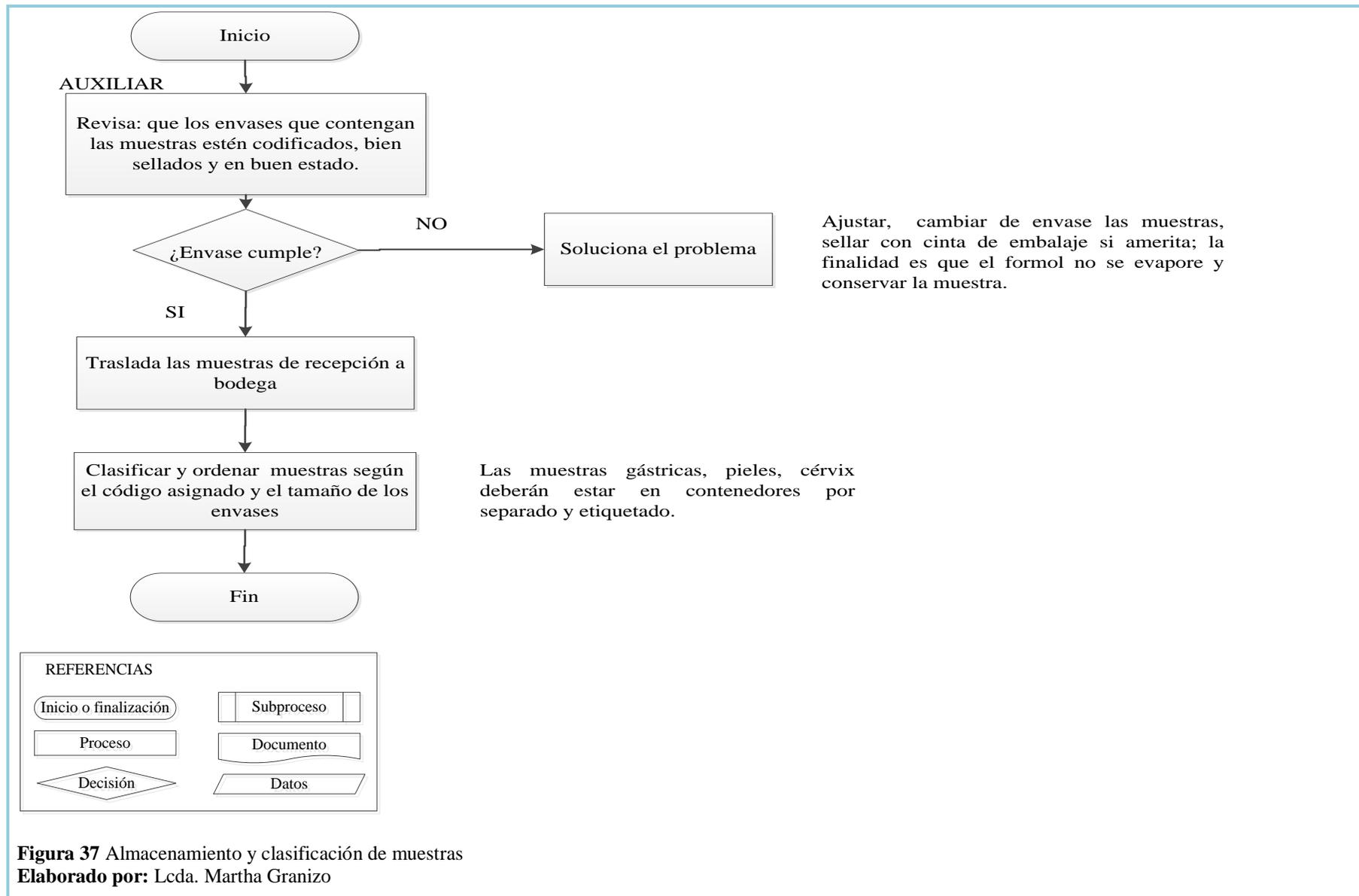
	<b>HOSPITAL IESS AMBATO</b>	
	<b>SERVICIO DE PATOLOGÍA</b>	
	<b>MEJORES PRÁCTICAS DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS</b>	

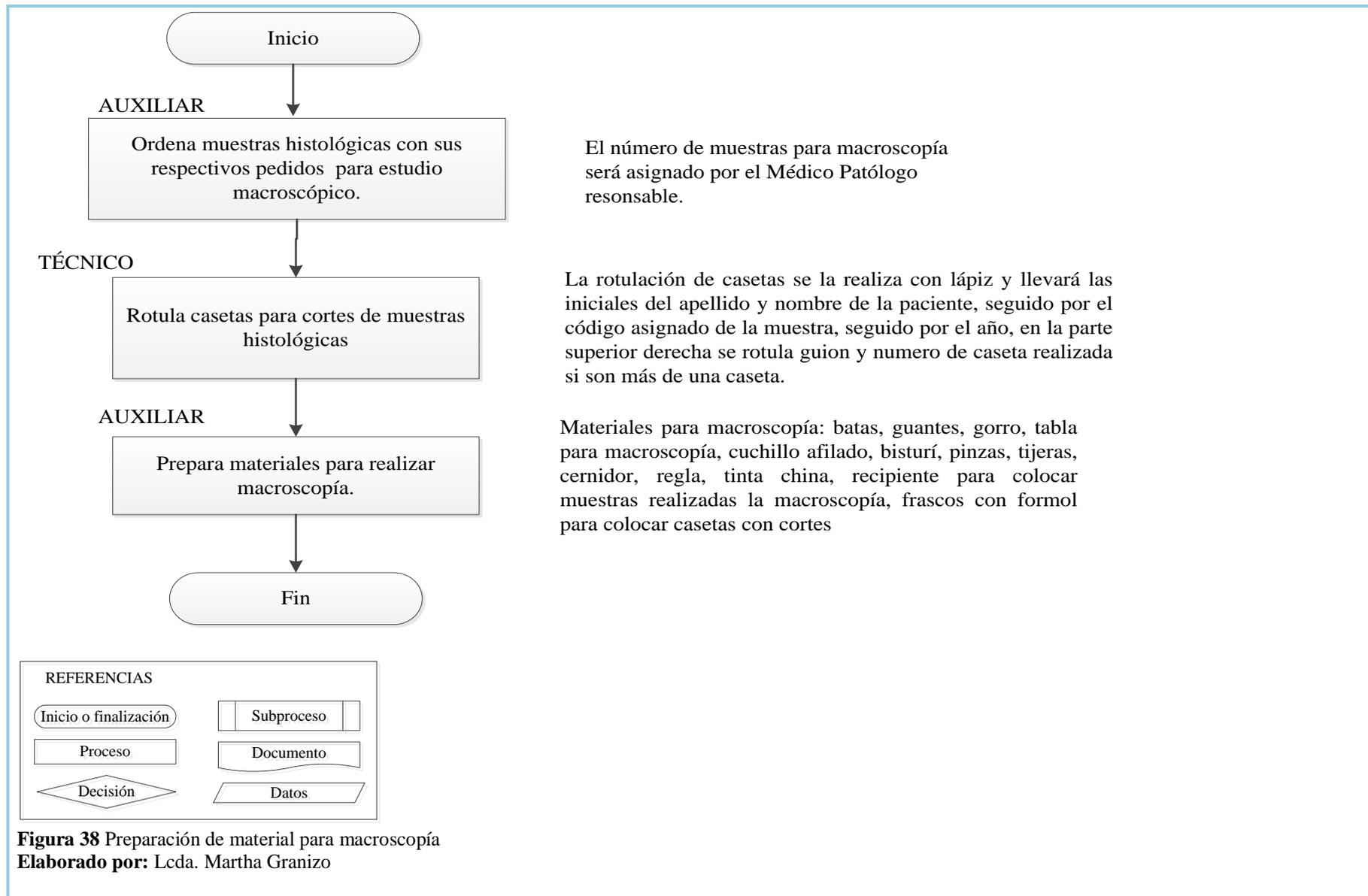
<b>Cargo :</b>		<b>N° cargos:</b>
		

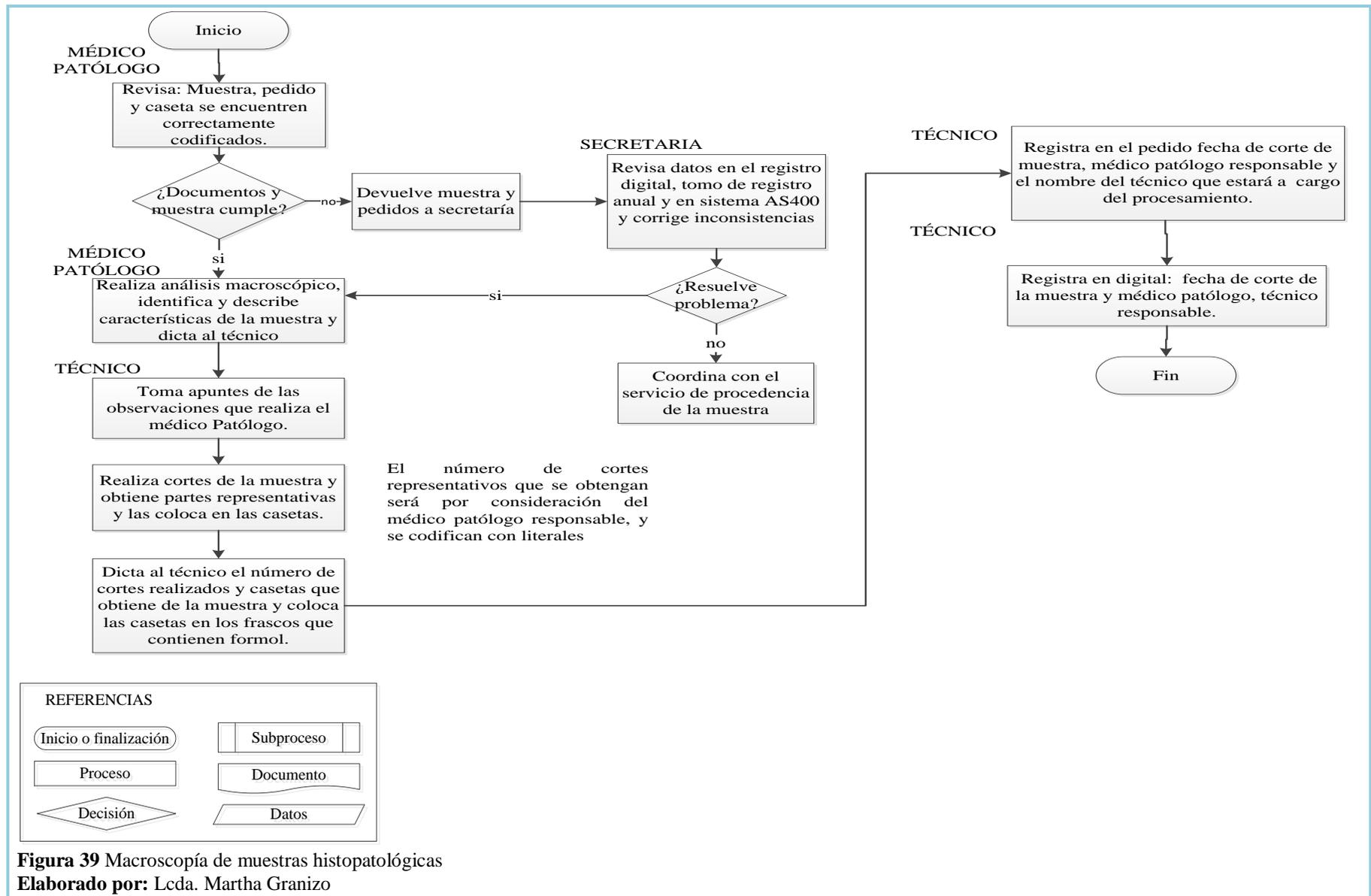
## Desarrollo de la Propuesta



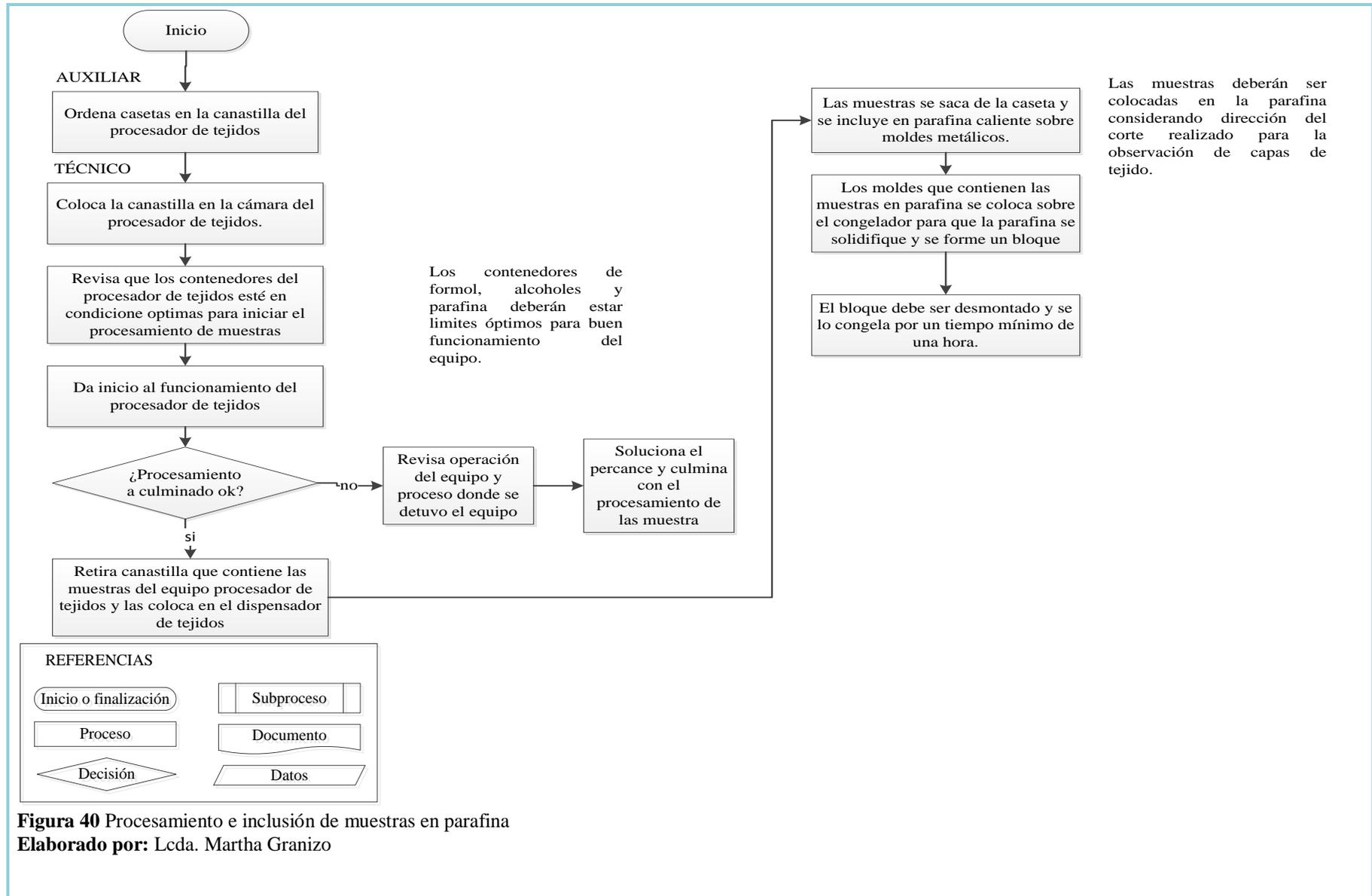
**Figura 36** Recepción de la muestra  
Elaborado por: Lcda. Martha Granizo

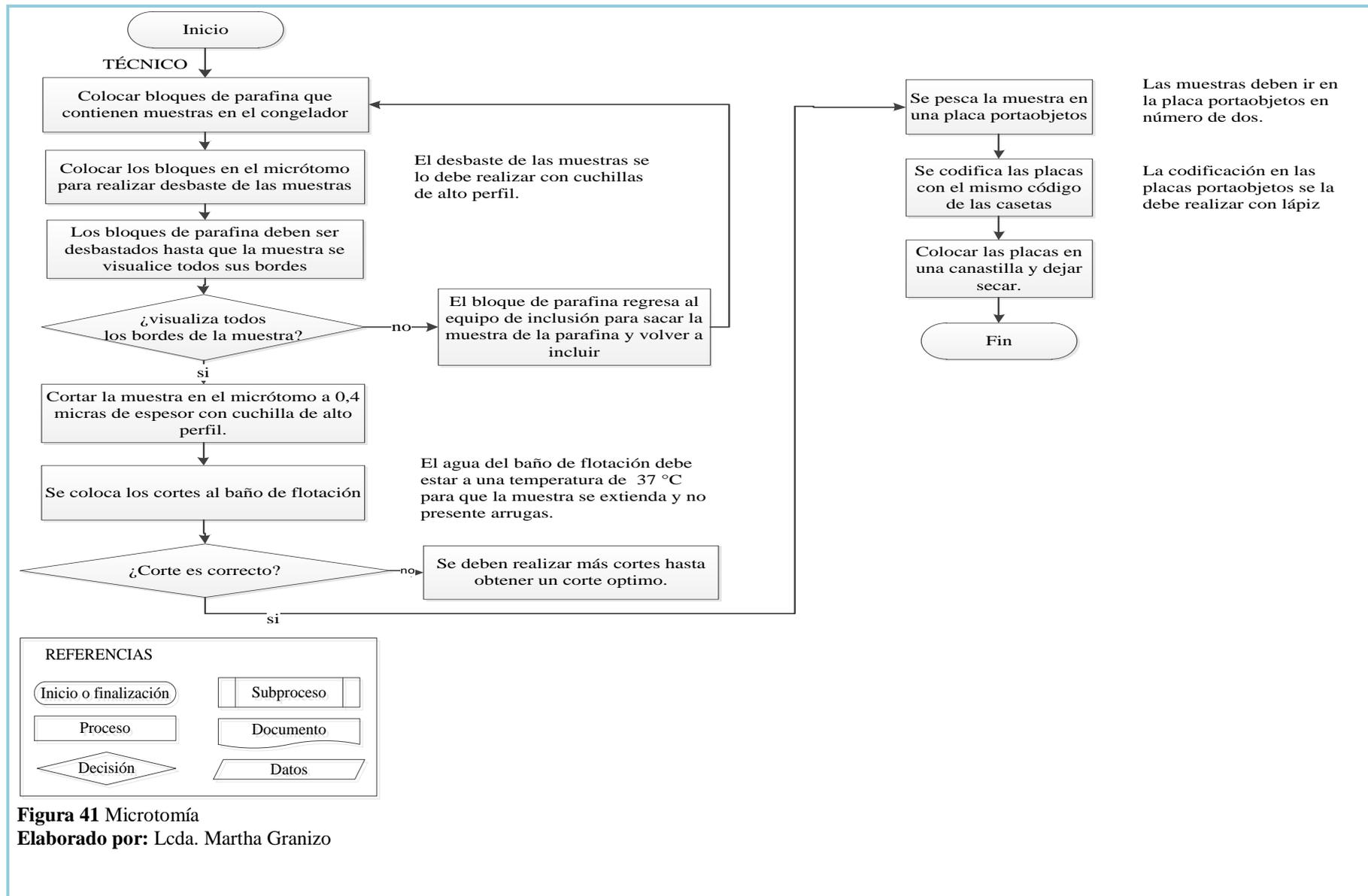




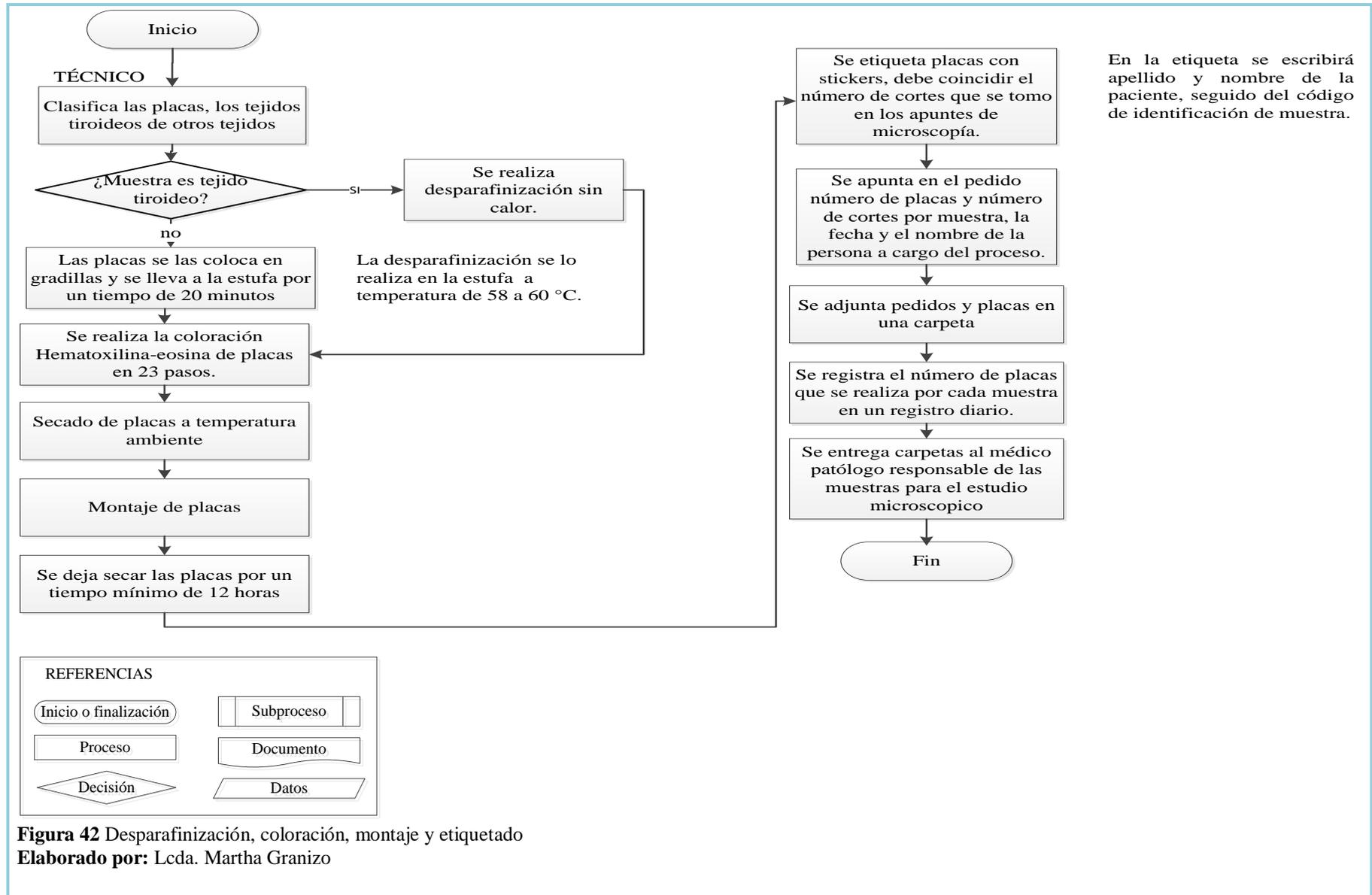


**Figura 39** Macroscopía de muestras histopatológicas  
**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

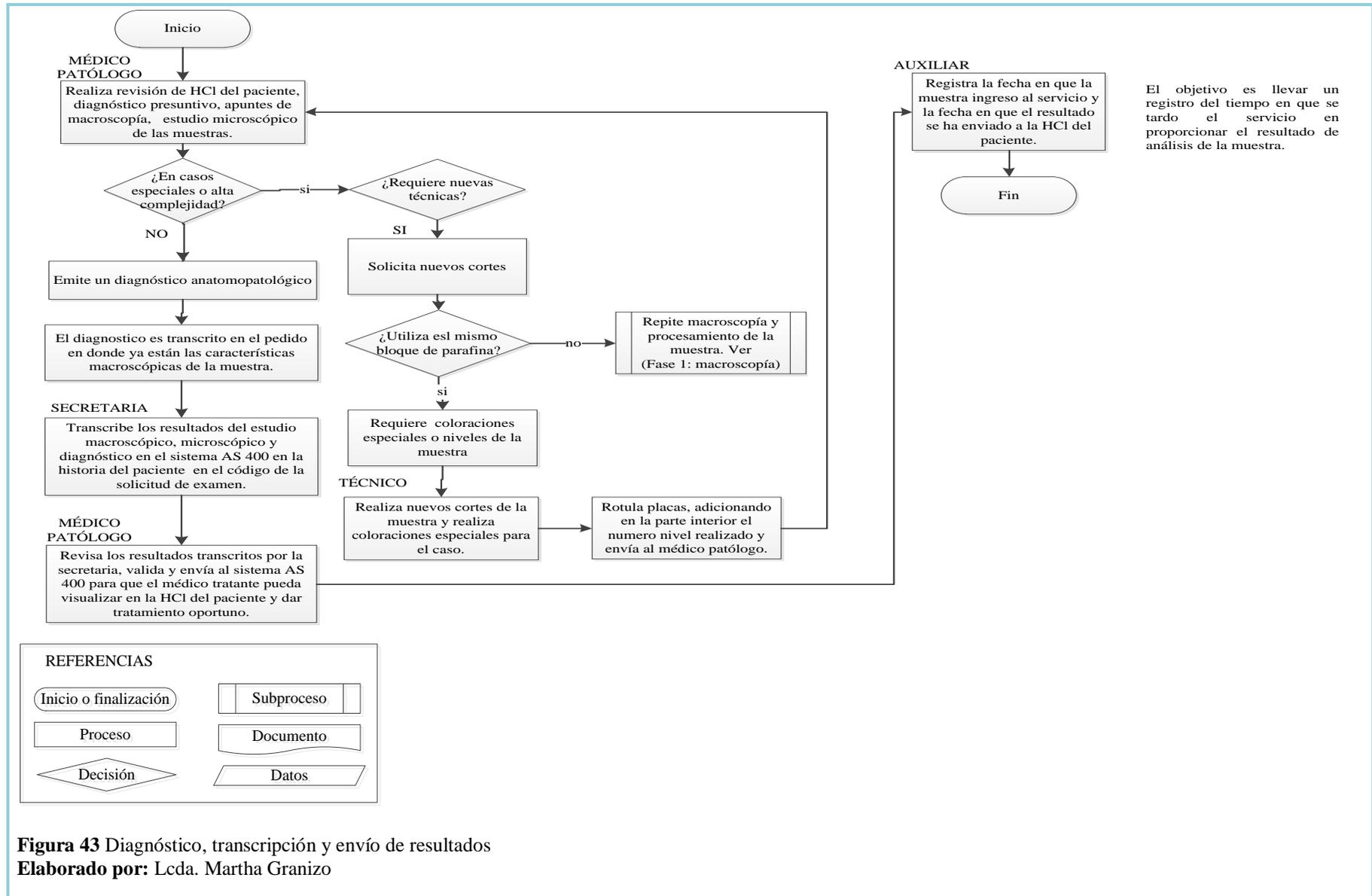




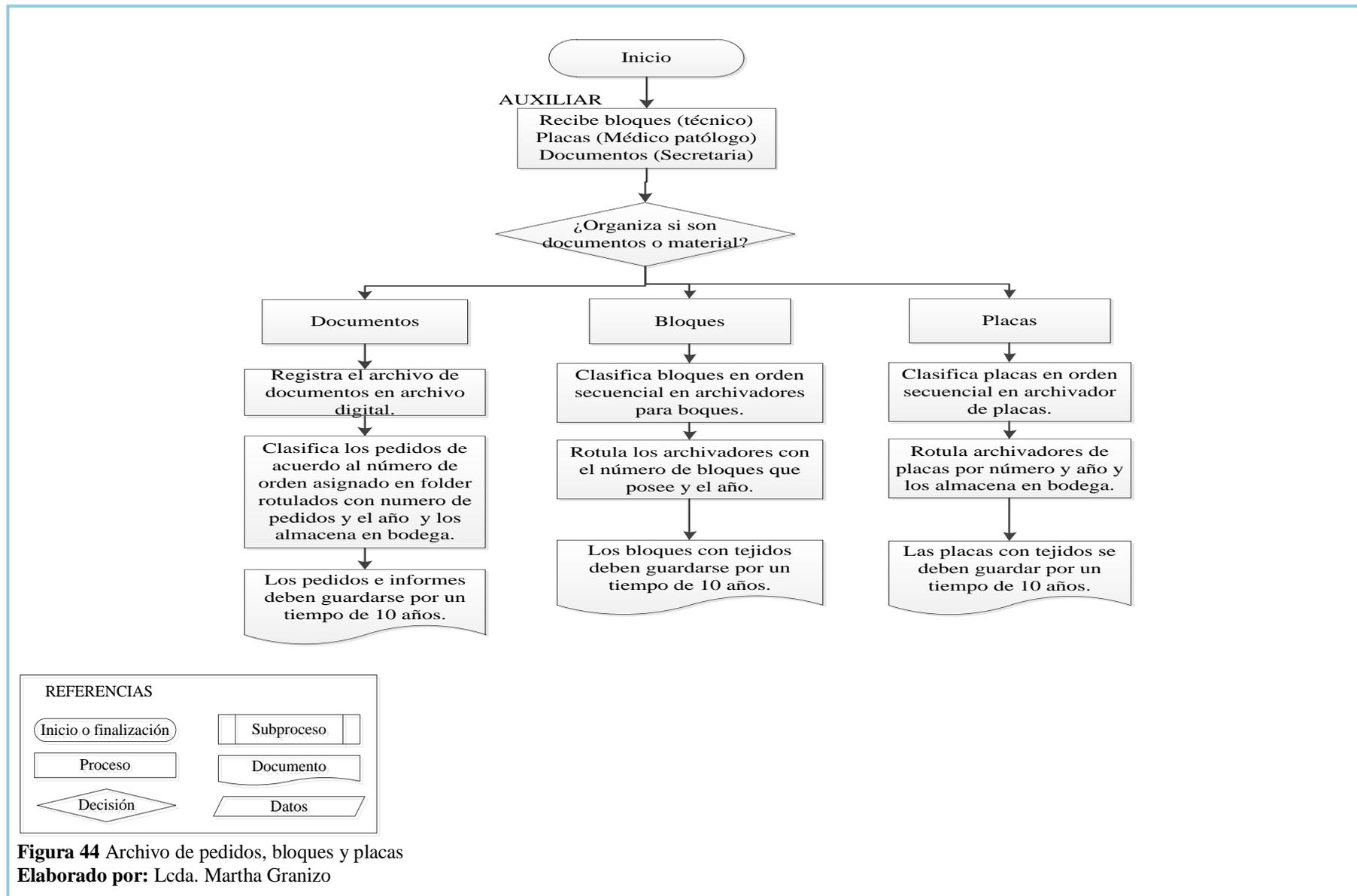
**Figura 41** Microtomía  
**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

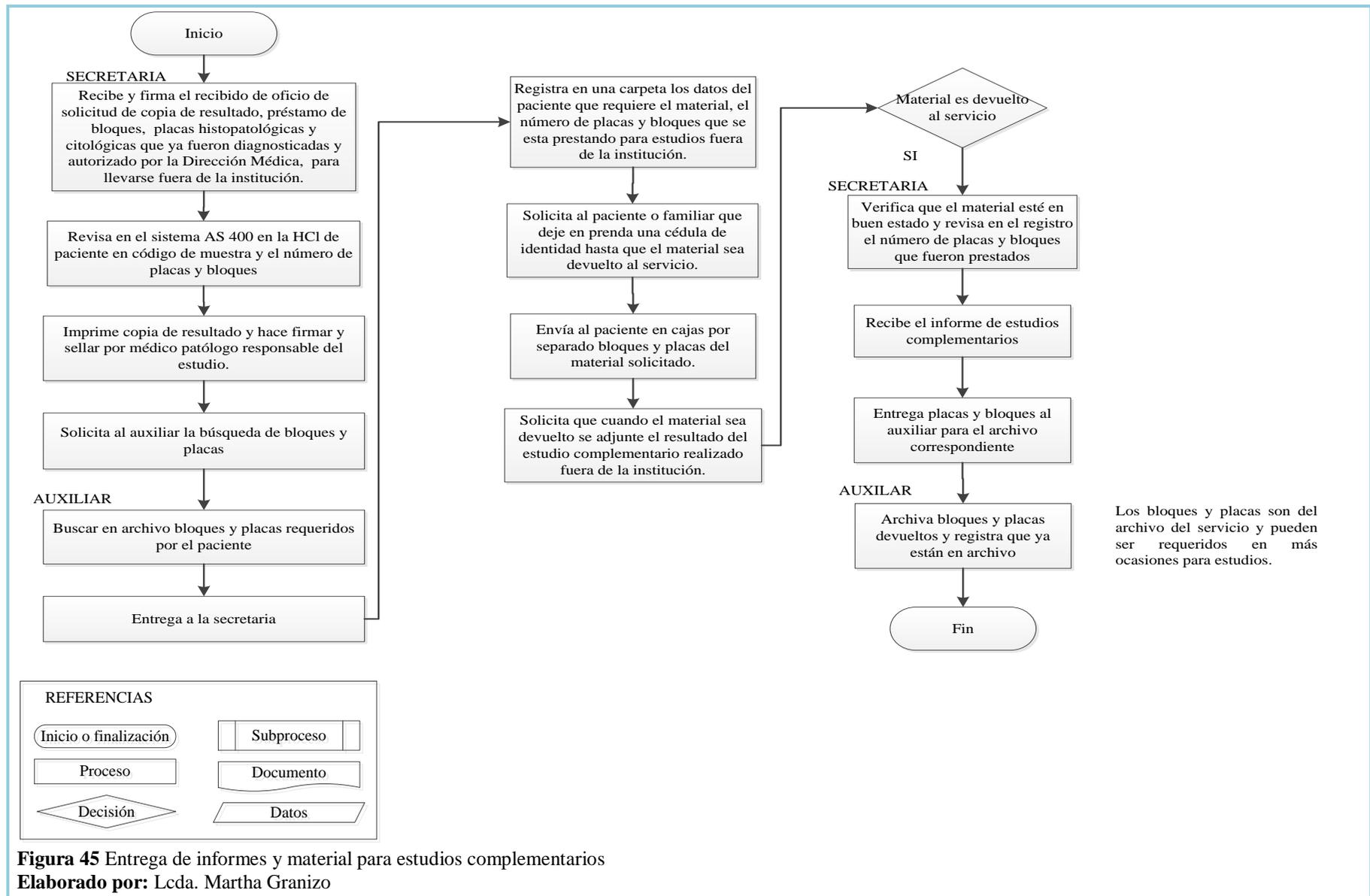


**Figura 42** Desparafinización, coloración, montaje y etiquetado  
**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

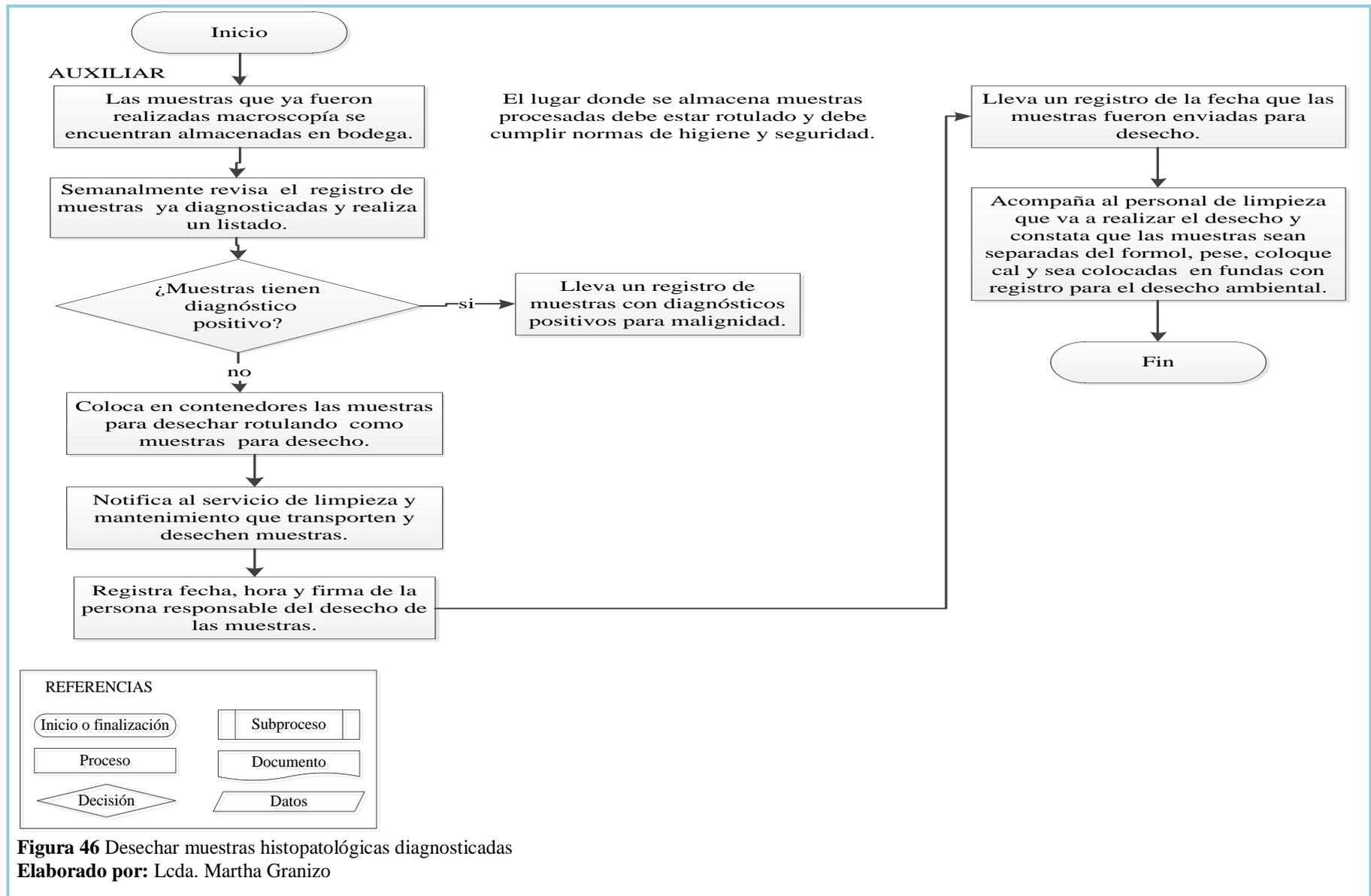


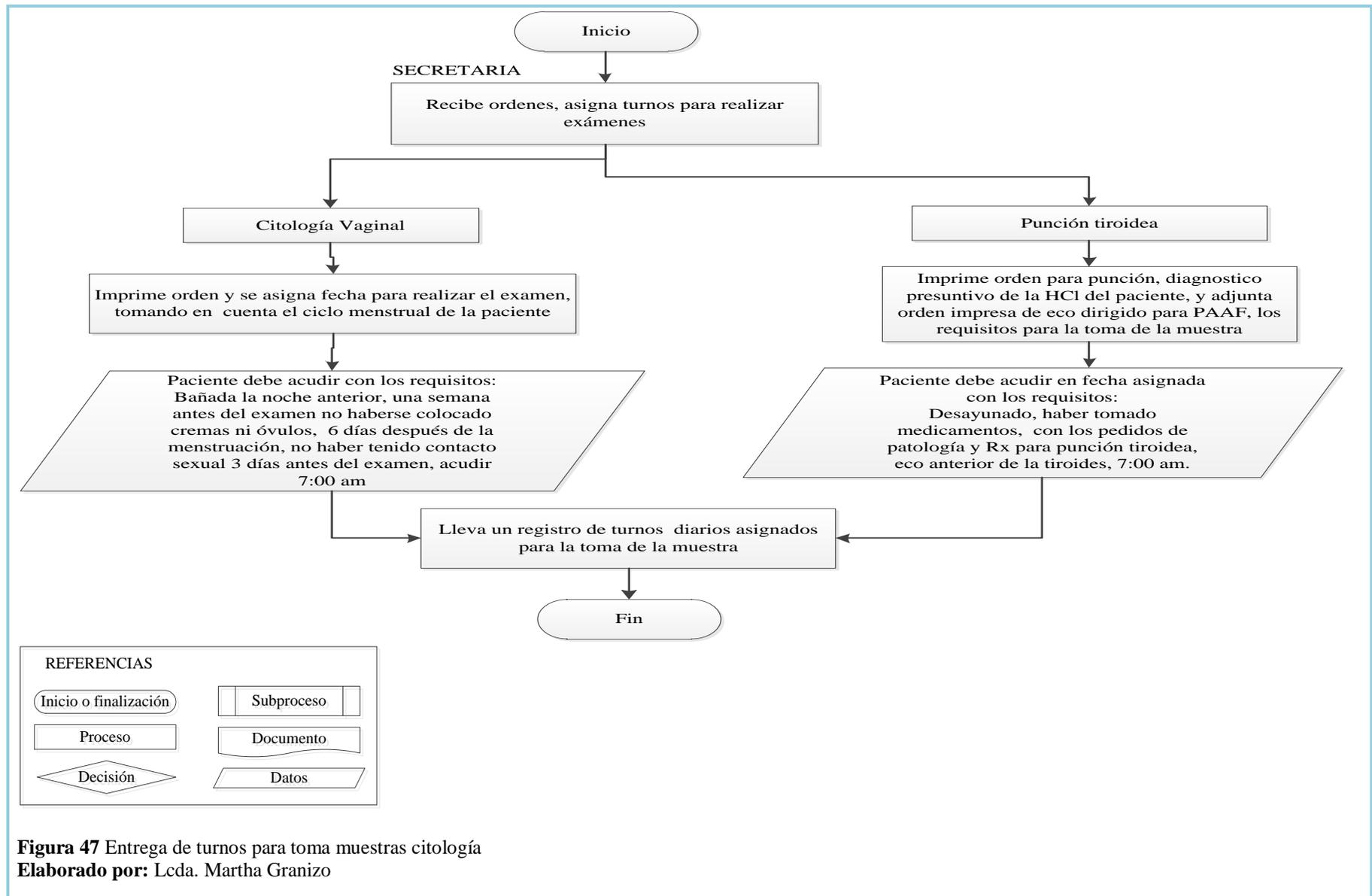
**Figura 43** Diagnóstico, transcripción y envío de resultados  
**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



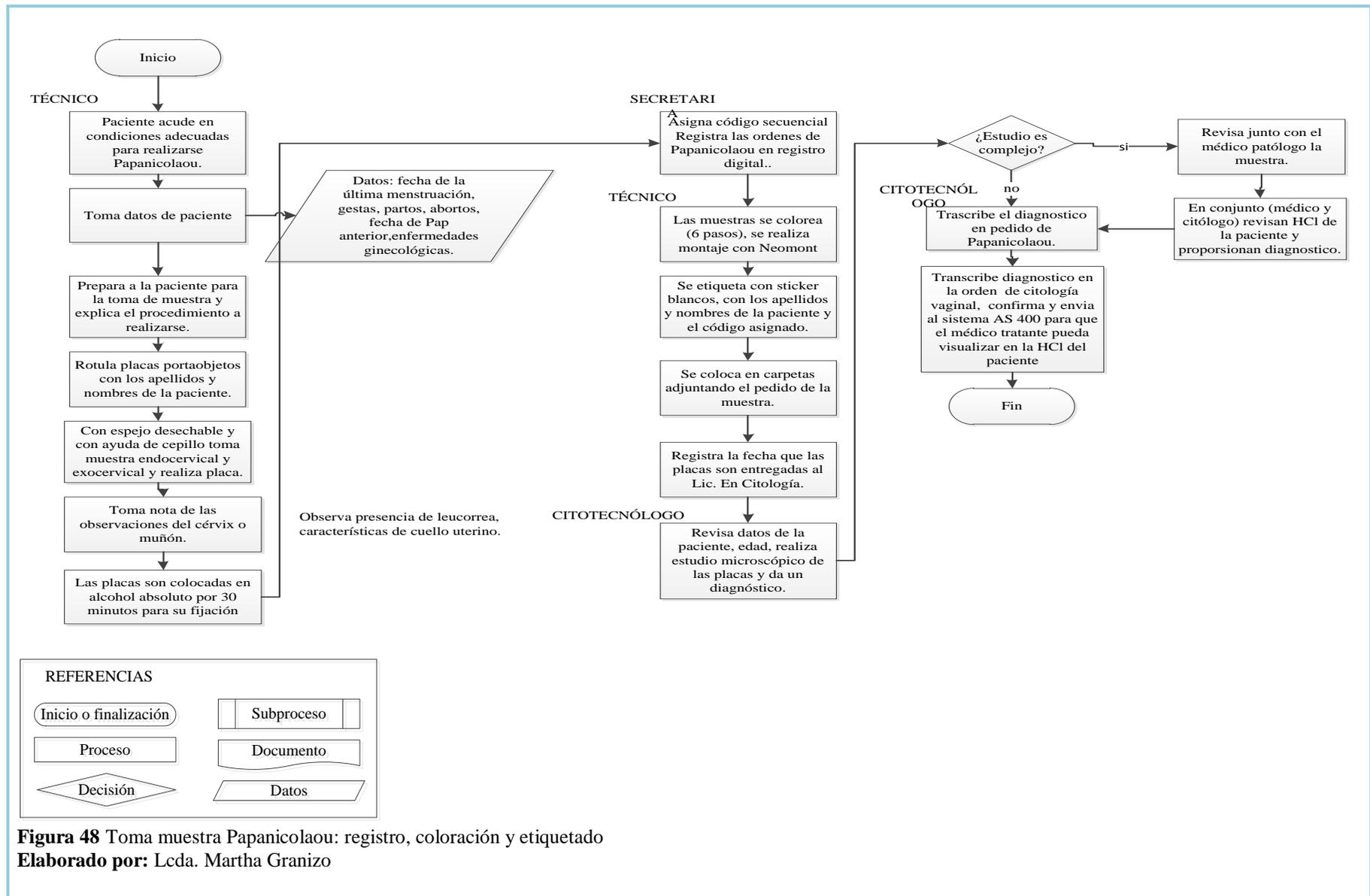


**Figura 45** Entrega de informes y material para estudios complementarios  
**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

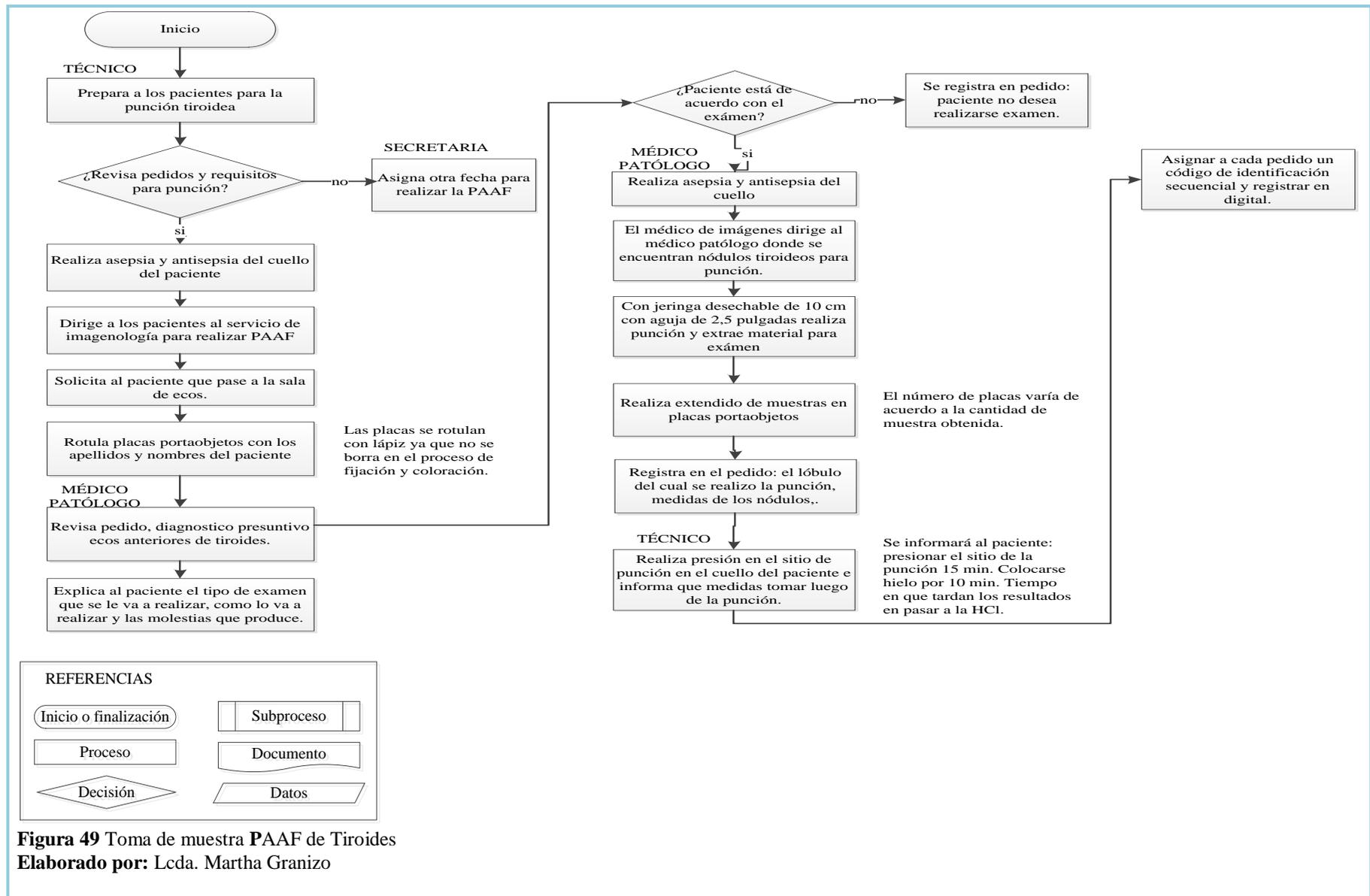




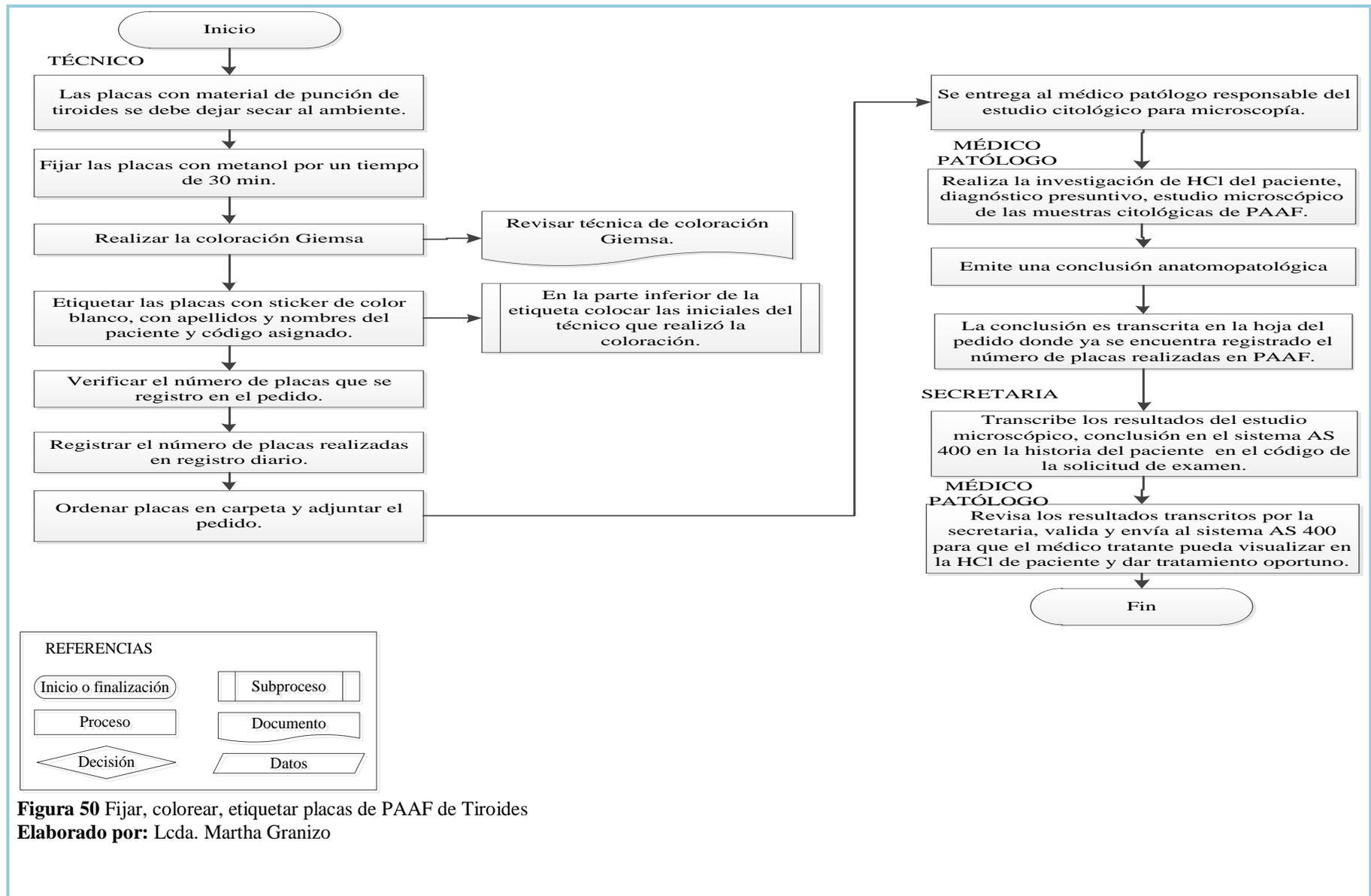
**Figura 47** Entrega de turnos para toma muestras citología  
**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



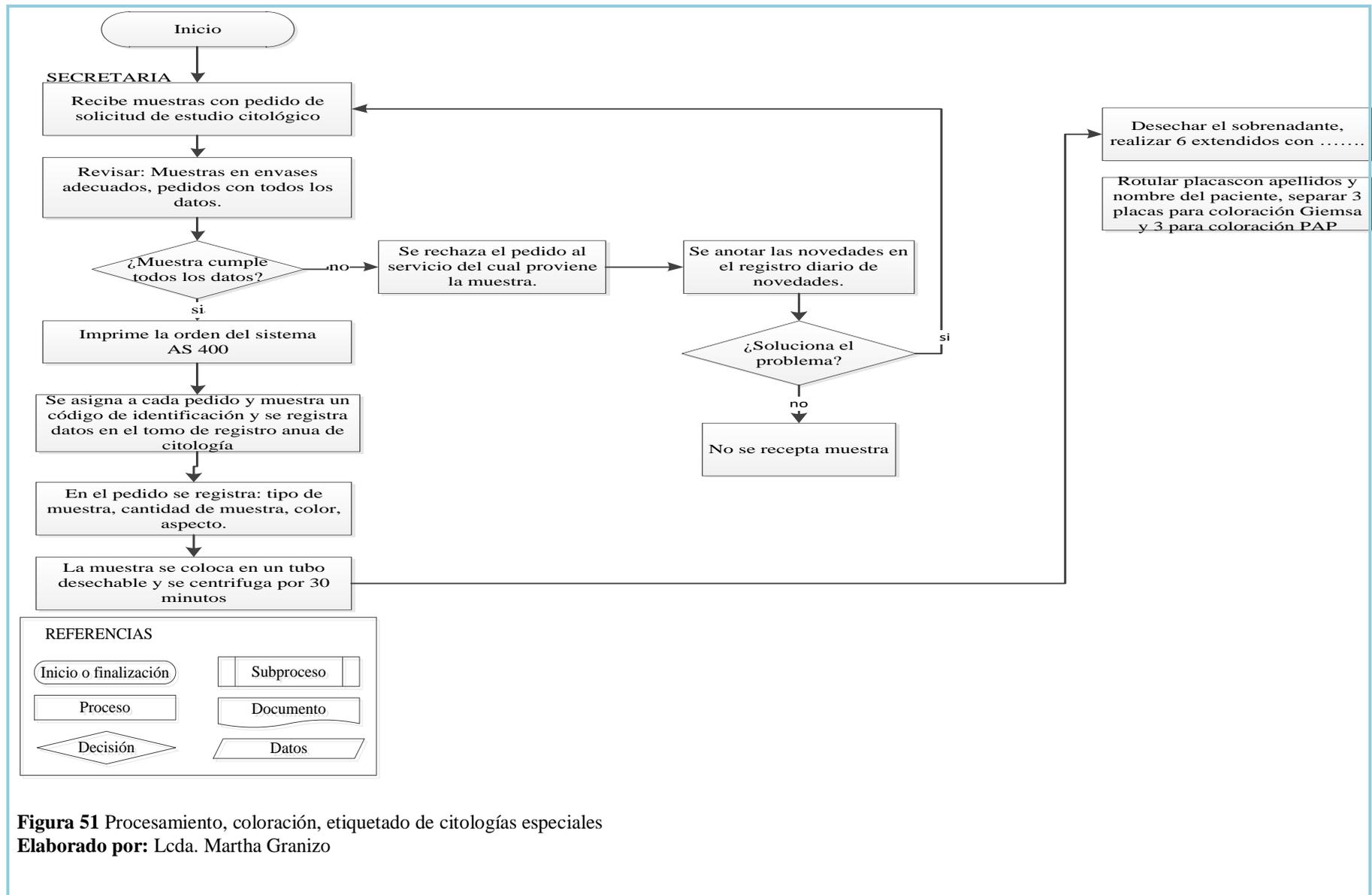
**Figura 48** Toma muestra Papanicolaou: registro, coloración y etiquetado  
**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 49** Toma de muestra PAAF de Tiroides  
**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 50** Fijar, colorear, etiquetar placas de PAAF de Tiroides  
**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo



**Figura 51** Procesamiento, coloración, etiquetado de citologías especiales  
**Elaborado por:** Lcda. Martha Granizo

	<b>HOSPITAL IESS AMBATO</b>	
	<b>SERVICIO DE PATOLOGÍA</b>	
	<b>FASE V</b> <b>IMPLEMENTAR MEJORES PRÁCTICAS DE</b> <b>PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS SEGÚN METODOLOGÍA</b> <b>BENCHMARKING</b>	

<b>Cargo :</b>		<b>N° cargos:</b>								
<p><b>Objetivo:</b></p> <p>Mejorar los procedimientos técnicos en el Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato basado en la metodología Benchmarking.</p> <p><b>Equipo de Benchmarking:</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><b>Nombres</b></th> <th style="text-align: left;"><b>Función</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dr. Patricio Bedoya</td> <td>Director Técnico de Auxiliares de Diagnóstico</td> </tr> <tr> <td>Dra. Glenda García</td> <td>Coordinadora del Servicio de Patología</td> </tr> <tr> <td>Lcda. Martha Granizo</td> <td>Investigadora/ levantamiento de datos</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Temas de investigación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtener información que ayude a mejorar los tiempos de entrega de informes de diagnóstico anatomopatológicos.</li> <li>• Establecer nuevas metas mediante la comparación del desempeño de nuestro servicio con el de otras instituciones de salud.</li> <li>• Mejorar los procedimientos técnicos de nuestro servicio mediante el análisis y revisión de procedimientos que aplican en otras instituciones hospitalarias.</li> </ul>			<b>Nombres</b>	<b>Función</b>	Dr. Patricio Bedoya	Director Técnico de Auxiliares de Diagnóstico	Dra. Glenda García	Coordinadora del Servicio de Patología	Lcda. Martha Granizo	Investigadora/ levantamiento de datos
<b>Nombres</b>	<b>Función</b>									
Dr. Patricio Bedoya	Director Técnico de Auxiliares de Diagnóstico									
Dra. Glenda García	Coordinadora del Servicio de Patología									
Lcda. Martha Granizo	Investigadora/ levantamiento de datos									

**Factores críticos de éxito:**

**FCE 1:**

Proceso clave:	Procedimientos técnicos
Tema:	Documentación
Clasificación:	Procesos Anatomopatológicos
Indicadores claves de desempeño:	Encuesta de satisfacción al cliente interno Tiempo prolongado de entrega de informes de diagnóstico anatomopatológicos.

**Información solicitada:**

1. ¿Cuáles son los principales problemas que ha enfrentado el servicio de Patología?
2. ¿Cómo los ha enfrentado?
3. ¿Qué factores determinan la satisfacción del cliente?
4. ¿Cómo los miden?
5. ¿Qué problemas específicos han enfrentado en los procedimientos técnicos en el Servicio de Patología?
6. ¿Cómo los han enfrentado?
7. ¿Qué funciones destacan a su servicio para diferenciarlos del resto de instituciones de salud?
8. Describa sus procedimientos técnicos anatomopatológicos del Servicio.

**1. Etapa de planeación del proceso:**

**1.1 Objetivo:**

Mejorar los procedimientos técnicos en el Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato basado en la metodología Benchmarking.

## 1.2 Clientes del Benchmarking:

<b>Nombres</b>	<b>Función</b>
Dr. Patricio Bedoya	Director Técnico de Auxiliares de Diagnóstico
Dra. Glenda García	Coordinadora del Servicio de Patología
Lcda. Martha Granizo	Investigadora/levantamiento de datos

## 1.3 Tipo de Benchmarking:

- Interno
- Competitivo
- Funcional

## 1.4 Temas de investigación:

- Productos/ servicios
- Procesos de trabajo
- Funciones de apoyo
- Desempeño organizacional
- Estrategia

## 1.5 Usos de la información:

- Planeación estratégica
- Pronósticos
- Nuevas metas
- Comparaciones producto procedimientos
- Fijación de metas

## 1.6 Factores críticos de éxito

### FCE 1:

Proceso clave:	Inexistente procedimientos técnicos
Tema:	Documentación
Clasificación:	Procesos Anatomopatológicos
Indicadores claves de desempeño:	Encuesta de satisfacción al cliente interno

Tiempo prolongado de entrega de informes de diagnóstico anatomopatológicos.

## 2. Etapa de integración del equipo

### 2.1 Equipo de benchmarking

Nombres	Función
Dr. Patricio Bedoya	Director Técnico de Auxiliares de Diagnóstico
Dra. Glenda García	Coordinadora del Servicio de Patología
Lcda. Martha Granizo	Investigadora/levantamiento de datos

### 3. Etapa de selección del Servicio:

DATOS	SERVICIO H. IESS AMBATO	SERVICIO # 1
Nombre:	Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato	Servicio de Patología del Hospital Luis Vernaza
Dirección:	Av. Rodrigo Pachano y Edmundo Martínez	Loja N° 700 y Escobedo, Guayaquil
Teléfono:	2999100	4 256-0300
Personas contactada:	Coordinador de Calidad	
Tamaño: Muestras anuales	6.083	8.255
N° empleados	7	28
Principales productos:	Biopsias Piezas quirúrgicas Citologías	Patología quirúrgica Citología Patología autopsica Estudio inmunohistoquímico.
Habilidades específicas:		Liderazgo en la identificación e implementación de las mejores técnicas anatomopatológicos.
Reconocimientos obtenidos		Certificación ISO 9001

#### **4. Determine su cuestionario base:**

1. ¿Cuáles son los principales problemas que ha enfrentado el servicio de Patología?

Hospital IESS Ambato:

- Inexistente documentación de los procedimientos anatomopatológicos.
- Tiempo prolongado de entrega de informes.

Hospital Luis Vernaza:

- Tiempos prolongados en la entrega de informes.
- Insatisfacción al paciente

2. ¿Cómo los ha enfrentado?

Hospital IESS Ambato:

- Se buscó la forma de disminuir el tiempo de entrega de informes de diagnóstico a través de la documentación de los procesos técnicos.
- Se estableció una reunión de trabajo para diseñar los procedimientos técnicos que se van a aplicar en el servicio con el objeto de que el personal que ingresa a laborar en el servicio tenga una orientación de su puesto de trabajo.

Hospital Luis Vernaza:

- Disminuyendo los tiempos de análisis en la fase pre-analítica de 11 días a 6 días del procesos de realización de diagnóstico anatomopatológico.
- Incrementaron el nivel de satisfacción a los clientes.

3. ¿Qué factores determinan la satisfacción del cliente?

Hospital IESS Ambato:

- El tiempo de entrega de informes de diagnóstico.

- Que los procedimientos técnicos sean eficientes para no volver a repetir el todo el procedimiento, incrementando así el tiempo de entrega de informes de diagnóstico.

Hospital Luis Vernaza:

- Reducción de los tiempos de entrega de informes.
- Percepción de la eficiencia del Servicio.

4. ¿Cómo los miden?

Hospital IESS Ambato:

- A través de encuestas de satisfacción.
- Estadísticas del IESS por Resultados.

Hospital Luis Vernaza:

- Recopilación de registros.
- Encuestas.

5. ¿Qué problemas específicos han enfrentado ante por el tiempo prolongado de la entrega de informes de diagnóstico?

Hospital IESS Ambato:

- Quejas, reclamos, insatisfacción al cliente interno.
- Repeticiones permanentes de los procedimientos técnicos anatomopatológicos que limitan el análisis patológico.

Hospital Luis Vernaza:

- Quejas y amenazas de demandas judiciales contra la Institución y Médicos.
- Bajos niveles de confianza y satisfacción.

6. ¿Cómo los han enfrentado?

Hospital IESS Ambato:

- Mejorando los tiempos de entrega de informes de diagnóstico.
- Documentando los procedimientos técnicos anatomopatológicos para guiar al personal en el desempeño de su puesto de trabajo.

Hospital Luis Vernaza:

- Mejorando los procesos de la fase pre-analítica y post-analítica.
- Automatizando las actividades manuales.
- Reduciendo los tiempos de demora en la entrega de informes.
- Elevando los niveles de satisfacción de los Médicos y Pacientes.

7. ¿Qué funciones destacan en su servicio para diferenciarlos del resto de instituciones de salud?

Hospital IESS Ambato:

- Entrega de informes a través del sistema integral AS400.
- Utilización de insumos menos tóxicos que benefician al personal que labora en el servicio.

Hospital Luis Vernaza:

- Realizar estudios por congelación.
- Realizar estudios de inmunohistoquímica.
- Patología autopsica.

8. Describa sus procedimientos técnicos anatomopatológicos del Servicio.

Hospital IESS Ambato:

- Recepción de la muestra, macroscopía, procesamiento, inclusión, corte, coloración, etiquetado, microscopía, diagnóstico y envío del resultado a la historia clínica a través del sistema AS400, archivo de bloques placas, desecho de muestras con diagnóstico.
- El usuario interno accede a informe de diagnóstico anatomopatológico en el sistema AS400 para dar tratamiento inmediato al paciente.

Hospital Luis Vernaza:

- Recolectar y receptor muestras, macroscopía, procesamiento de muestras, estudios por congelación, diagnosticar muestras, procesamiento de pruebas especiales, re-evaluación de preparados histopatológicos con correlación clínico patológica, microscopía, elaboración de informes, entrega de informes.
- Recepción y entrega de cadáveres, realizar autopsias médicas.

#### 4.2 Métodos Aplicados:

H. Luis Vernaza

- Entrevistas telefónicas
- Entrevistas personales ✓
- Encuestas
- Publicaciones ✓
- Investigación

### 5. Etapa de Análisis de información.

#### 5.1. Matriz Resumen de Información.

FCE	Servicio Patología H. IESS Ambato	Servicio # 1
Procedimientos técnicos, documentación, procesos anatomopatológicos.	Para reducir los tiempos de entrega de resultados se documentó los procedimientos técnicos del servicio, se contrató un médico anatomatólogo, personal técnico y auxiliar de servicios, se adquirió un equipo de procesamiento	Para reducir los tiempos de entrega de los exámenes se mejoró los procesos de la fase pre-analítica, y post-analítica, se automatizó las actividades manuales, se adquirió y renovó equipos médicos y herramientas de trabajo, se capacitó a los

automatizado, se capacitó médicos y enfermeras en al personal en aplicación protocolos de fijación, de protocolos y normas de rotulación y envase de calidad, por lo cual se muestras quirúrgicas y mejoró los tiempos de citológicas. A través de entrega de informes de estas mejoras se logró diagnóstico y en la elevar los niveles de satisfacción al cliente satisfacción de los interno. médicos y pacientes, se disminuyó la estancia hospitalaria.

---

El desempeño del H. Luis Vernaza contra el Servicio de Patología del H. IESS Ambato es: Mejor  Igual  Menor

---

### 5.1 Análisis de Datos.

1. ¿Se presentaron algunas omisiones importantes o falta de disponibilidad de datos durante el proceso?

Explique: Ninguna, se accedió a toda la información solicitada sin restricciones.

2. ¿Se detectaron algunos patrones y/o tendencias al examinar los datos?

Explique: se observó aceptabilidad por parte del personal para realizar el consenso de la documentación de procedimientos técnicos y aplicarlos en el servicio.

3. De acuerdo a la información recopilada, documente sus fortalezas y debilidades:

Fortalezas:

- Entrega de informes anatomopatológicos a través del sistema integral AS400.

Debilidades:

- Equipamiento del servicio no es automatizado realizando así varios procedimientos de forma manual.
  - La infraestructura está solo adaptada y no cuenta con cámaras de ventilación, ni extracción de gases que se desprenden de los diferentes insumos que aquí se utilizan.
4. ¿Existen algunas diferencias importantes en el desempeño encontrado entre el servicio de su institución y el del servicio investigado?

Explique con detalle: La diferencia encontrada en el Servicio de Patología del Hospital Luis Vernaza cuenta con infraestructura adecuada, equipamiento automatizado casi en su totalidad, posee un mayor número de profesionales especializados.

En el servicio de Patología del Hospital IESS Ambato se cuenta con una infraestructura que no está adecuada a los requerimientos de los estudios que ahí se realizan, el equipamiento que se posee no es automatizado en todos sus equipos, la mayoría de procedimientos se realizan de forma manual, el personal especializado es muy reducido, pese a estos inconvenientes se ha logrado mejorar los tiempos de entrega de los informes de diagnóstico logrando satisfacer las necesidades del cliente mejorar la imagen hospitalaria.

## **6. Etapa de Acción**

### **6.1 Corto plazo**

Acción #1: documentar procedimientos técnicos anatomopatológicos

Coordinar acciones a seguir para disminuir repeticiones de procedimientos técnicos mal ejecutados que aumentan el tiempo de entrega de informes de diagnóstico

Acción #1: Implementar las mejores prácticas de procedimientos técnicos basados en la Metodología Benchmarking

## **6.2 Largo plazo**

Acción #1: Medir la satisfacción al cliente interno

Acción #2: Medir el tiempo de entrega de inforemes de diagnóstico anatomopatológico

## **6.3 Redes funcionales de benchmarking.**

Nombres	Función
Dr. Patricio Bedoya	Director Técnico de Auxiliares de Diagnóstico
Dra. Glenda García	Coordinadora del Servicio de Patología
Lcda. Martha Granizo	Investigadora/levantamiento de datos

	<b>HOSPITAL IESS AMBATO</b>	
	<b>SERVICIO DE PATOLOGÍA</b>	
	<b>FASE VI</b> <b>EVALUACIÓN DE LAS MEJORES PRÁCTICAS DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS IMPLEMENTADOS EN EL SERVICIO DE PATOLOGÍA EN BASE A LA METODOLOGÍA BENCHMARKING</b>	

<b>Cargo :</b>		<b>N° cargos:</b>																																							
<p>Estadística del Servicio de Patología Octubre a Diciembre del 2016</p>																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">AÑO 2016</th> <th style="text-align: center;">Piezas quirúrgicas</th> <th style="text-align: center;">%</th> <th style="text-align: center;">Citologías</th> <th style="text-align: center;">%</th> <th style="text-align: center;">Total muestras recibidas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>OCTUBRE</b></td> <td style="text-align: center;">452</td> <td style="text-align: center;">53%</td> <td style="text-align: center;">394</td> <td style="text-align: center;">47%</td> <td style="text-align: center;"><b>846</b></td> </tr> <tr> <td><b>NOVIEMBRE</b></td> <td style="text-align: center;">417</td> <td style="text-align: center;">59%</td> <td style="text-align: center;">284</td> <td style="text-align: center;">41%</td> <td style="text-align: center;"><b>701</b></td> </tr> <tr> <td><b>DICIEMBRE</b></td> <td style="text-align: center;">360</td> <td style="text-align: center;">62%</td> <td style="text-align: center;">217</td> <td style="text-align: center;">38%</td> <td style="text-align: center;"><b>577</b></td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL</b></td> <td style="text-align: center;"><b>1229</b></td> <td style="text-align: center;"><b>58%</b></td> <td style="text-align: center;"><b>895</b></td> <td style="text-align: center;">42%</td> <td style="text-align: center;"><b>2124</b></td> </tr> <tr> <td><b>PROMEDIO</b></td> <td style="text-align: center;">410</td> <td style="text-align: center;">58%</td> <td style="text-align: center;">298</td> <td style="text-align: center;">42%</td> <td style="text-align: center;"><b>708</b></td> </tr> </tbody> </table>						AÑO 2016	Piezas quirúrgicas	%	Citologías	%	Total muestras recibidas	<b>OCTUBRE</b>	452	53%	394	47%	<b>846</b>	<b>NOVIEMBRE</b>	417	59%	284	41%	<b>701</b>	<b>DICIEMBRE</b>	360	62%	217	38%	<b>577</b>	<b>TOTAL</b>	<b>1229</b>	<b>58%</b>	<b>895</b>	42%	<b>2124</b>	<b>PROMEDIO</b>	410	58%	298	42%	<b>708</b>
AÑO 2016	Piezas quirúrgicas	%	Citologías	%	Total muestras recibidas																																				
<b>OCTUBRE</b>	452	53%	394	47%	<b>846</b>																																				
<b>NOVIEMBRE</b>	417	59%	284	41%	<b>701</b>																																				
<b>DICIEMBRE</b>	360	62%	217	38%	<b>577</b>																																				
<b>TOTAL</b>	<b>1229</b>	<b>58%</b>	<b>895</b>	42%	<b>2124</b>																																				
<b>PROMEDIO</b>	410	58%	298	42%	<b>708</b>																																				
<p>El total de las muestras del último trimestre del año 2016 es de 2.124; 1229 corresponden a piezas quirúrgicas y 895 a citologías. El promedio mensual de las muestras recibidas es de 708 de las cuales 410 son piezas quirúrgicas y 298 citologías.</p>																																									
<p>En base al promedio mensual de las muestras recibidas se determina el tamaño de la muestra</p>																																									
<p>Promedio mensual = 708</p>																																									
<p>Nivel de confianza 99%</p>																																									
<p>Intervalo de confianza 10</p>																																									
<p>Población 708</p>																																									
<p>Tamaño de la muestra: 75</p>																																									
<p>Se tomó una muestra de 256 estudios anatomopatológicos que han sido procesados durante el cuarto trimestre del año 2016, tomando en cuenta que cada muestra recibe una identificación secuencial, se procedió a utilizar la fórmula ALEATORIO.ENTRE</p>																																									

de Microsoft Excel. Los parámetros solicitados para aplicar la fórmula se registraron los siguientes datos:

Valor inferior= 1

Valor superior: 2.124

El resultados es 185 valores escogidos aleatoriamente entre 1 a 2.124. De acuerdo a los números aleatorios se seleccionó la muestra y se recopiló los tiempos desde la recepción de la muestra hasta la entrega del informe. De los 185 estudios seleccionados, 106 corresponden a piezas quirúrgicas y 79 a muestras citológicas.

<b>Tamaño de la Piezas muestra</b>	<b>quirúrgicas</b>	<b>%</b>	<b>Citológicas</b>	<b>%</b>
185	106	57%	79	43

**Fuente:** Datos estadísticos mensuales del Servicio de Patología IESS Ambato

En base a la muestra de 185 se procede a recopilar información de las 106 piezas quirúrgicas con el objetivo de determinar los tiempos de demoras en la entrega de los diagnósticos.

Medición de tiempos en la fase pre analítica

<b>TIEMPO N° DE DÍAS</b>	<b>FASE PRE-ANALÍTICA</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>fr</b>	<b>FA</b>
1	42	40%	40%
2	23	22%	62%
3	13	12%	74%
4	15	14%	88%
5	7	6%	94%
Más de 5 días	6	6%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100%</b>	

**Fuente:** Datos estadísticos mensuales del Servicio de Patología IESS Ambato

La fase pre analítica consiste en la recepción de la muestra, el 40% se lo recibe inmediatamente lo solicitan, el 22% lo hacen al segundo día, el 12% lo hacen al tercer día, el 14% en el cuarto día mientras que el 6% lo hacen en el quinto día y otro porcentaje igual se demoran más de 5 días. La principal causa de demora son los datos del paciente que se encuentran incompletos.

## Medición de tiempos en la Fase Analítica

<b>FASE ANALÍTICA</b>			
<b>TIEMPO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>fr</b>	<b>FA</b>
10	9	9%	9%
20	8	8%	17%
30	12	11%	28%
45	11	10%	38%
60	21	20%	58%
90	35	33%	91%
Más de 90 días	10	9%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100%</b>	

En la fase analítica apenas un 9% de las muestras son procesadas en 10 días, el 8% en 20 días, el 11% en 30 días, el 10% tardan 45 días, un 20% 60 días, el 33% tardan 90 días y un 9% más de 90 días. En conclusión se puede señalar que en la fase analítica una muestra tarda un promedio de 90 días en ser procesada. Esta demora obedece más a errores cometidos en las distintas etapas (corte, coloración, desparafinización e hidratación de tejidos patológicos y montaje de placas por parte del personal técnico) que son procesos que se los realizan manualmente y para lo cual se requiere mucha precisión.

## Fase Post Analítica

<b>FASE POST-ANALÍTICA</b>			
<b>TIEMPO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>fr</b>	<b>FA</b>
1	9	8%	8%
2	8	8%	16%
3	11	10%	26%
4	43	41%	67%
5	18	17%	84%
10	11	10%	94%
Más de 10 días	6	6%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100%</b>	

De acuerdo a los resultados obtenidos el 8% de las muestras son analizadas en 1 días, y otro porcentaje igual en 2 días, el 10% se lo analiza en 3 días, el 41% en 4 días, un 17% en 5 días, otro 10% en 10 días y un 6% de las muestras son analizadas en más de 10 días. De acuerdo al personal del Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato, la principal causa es el escaso personal médico especializado en Patología, ya que al momento se cuenta con 1 médico que debe analizar y diagnosticar todas la muestras que ingresan al servicio.

Como conclusión se puede manifestar que la mayor demora existe en la fase analítica debido a los errores que el personal técnico comete en el procesamiento de la muestra debido a que no existe la documentación de los procesos para orientar al personal en su trabajo.

Una vez implementadas las buenas prácticas de procedimientos técnicos se procede a medir nuevamente el tiempo y se tienen los siguientes resultados, sobre todo en la fase analítica

TIEMPO	FASE		
	ANALÍTICA		
10	10	9%	9%
20	13	12%	21%
30	16	15%	36%
45	17	16%	52%
60	37	35%	87%
90	8	8%	95%
Más de 90 días	5	5%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100%</b>	

De acuerdo a la nueva medición del tiempo en la fase analítica y una vez implementada las buenas prácticas de procedimientos técnicos se logró reducir el porcentaje de entrega de informes de 90 días a 60.

## 6.8 Administración de la Propuesta

Institución	Responsables	Actividades Mejores prácticas de procedimientos técnicos basados en la Metodología Benchmarking	Presupuesto
Servicio de Patología IESS Ambato	Martha Cecilia Granizo Castro	1. Planeación del proceso.  2. Etapa de Integración del equipo.  3. Etapa de Selección de la empresa a hacer Benchmarking  4. Etapa de levantamiento de la Información  5. Etapa de Análisis de la Información  6. Etapa de acción	del \$ 40,00  \$ 50,00  a \$ 75,00  \$ 180,00  \$ 70,00  \$ 550,00
		<b>TOTAL</b>	<b>\$965,00</b>

## BIBLIOGRAFÍA

- AITECO. (2015). *Tormenta de ideas: Creatividad para la mejora*. Obtenido de <http://www.aiteco.com/tormenta-de-ideas/>
- alteco. (2013). *Proceso de atención al cliente: Fases y comportamientos*. Obtenido de <http://www.aiteco.com/proceso-de-atencion-al-cliente/>
- Ameca, A. (2014). Cliente interno y externo en una organización. *Gestopolis*.
- Anónimo. (s.f.). *Estudio de la Satisfacción del Cliente*. Recuperado el 21 de Abril de 2015, de <http://bibing.us.es/proyectos/abreproy/3966/fichero/1%252F2.pdf>
- Avendaño, J. y. (s/f). *Administración General*. Recuperado el 21 de Abril de 2015, de [http://washingtonst.conevyt.org.mx/bachilleres/material\\_bachilleres/cb6/adminis\\_gral/administracion\\_gral\\_fac3.pdf](http://washingtonst.conevyt.org.mx/bachilleres/material_bachilleres/cb6/adminis_gral/administracion_gral_fac3.pdf)
- Bateman, T., & Snell, S. (2009). *Administración: Liderazgo y Colaboración en un Mundo Competitivo*. McGraw Hill.
- Bittlel, L. (2016). *Enciclopedia del Management*. Barcelona: Océano.
- Borrego, D. (2009). *¿Cómo elaborar un diagrama de pez*. Obtenido de <http://www.herramientasparapymes.com/%C2%BFcomo-elaborar-un-diagrama-de-causa-efecto>
- Calderón, A. (2016). *Gestión del Benchmarking*. Obtenido de <http://cenincal.com/gestion-del-benchmarking/>
- Carbajo, M., González, L., & Murillo, M. (2009). Gestión en Anatomía Patológica. *Libro Blanco de Anatomía Patológica en España*.
- Castillo, E. (2015). *Escala Multidimensional SERVQUAL*. Chile: Facultad de Ciencias Empresariales.
- Chiavenato, I. (2006). *Administración: proceso administrativo*. México: McGraw Hill.
- Chiavenato, I. (2011). *Administración, Proceso Administrativo*. Bogotá: Quebecor World Bogotá S. A.
- Chiavenato, I. (2012). *Administración en los nuevos tiempos*. México: McGraw Hill.
- Claros, R. (2015). Etapas y estrategias de benchmarking en la gestión. *Políticas Públicas y Gerencia Pública*, 3.
- CreceNegocios. (2011). *La satisfacción al cliente*. Obtenido de <http://www.crecenegocios.com/la-satisfaccion-del-cliente/>
- Delgado, M. &. (2011). *Disminuir el tiempo de entrega de los informes Anatómopatológicos. Propuesta para el Servicio de Anatomía patológica del hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil*. Recuperado el 15 de Abril de 2015
- Díaz, F. (2010). *Técnicas de Elaboración de Tesis*. Ambato: UTA.
- Fernández, M. y. (2015). *Atención básica al cliente*. España: Paraninfo S. A.
- Flecha, S. (2010). *Calidad de los procesos de atención al cliente: un aspecto vital de las empresas relacionado con sus resultados denegocio*. Obtenido de <http://www.americalearningmedia.com/edicion-030/338-analisis/5870-calidad-de-los-procesos-de-atencion-al-cliente-un-aspecto-vital-de-las-empresas-directamente-relacionado-con-sus-resultados-de-negocio>
- Frutos, M., Granados, R., & Romero, R. (2012). *Disposición y venta de Productos*. Madrid: Paraninfo, S. A.
- Gallardo, E. (2012). *Fundamentos de la Administración*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- García, G. (2011). *Anatomía Patológica*. Ambato: IEES.

- García, G. (2015). *Proyecto de Mejoramiento y Provisión de Equipos para el Área de Patología del Hospital IESS Ambato*. Ambato: Hospital IESS Ambato.
- Garrido, B. (2006). *Dirección Estratégica*. Madrid: Interamericana de España.
- Gestión-Calidad Consulting. (2009). *Gestión de Procesos*. Obtenido de <http://www.gestion-calidad.com/gestion-procesos.html>
- Gómez, M. (2006). *Introducción a la Metodología de la Investigación Científica*. Córdoba: Brujas.
- González, M. (2013). La estandarización de cuidados en la gestión del proceso asistencial. *Revista Calidad Asistencial*, 302.
- Granda, G., Torres, J., & Silva, L. (2014). *Plan Funcional Hospital IESS Ambato*. Ambato: Hospital IESS Ambato.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México. ISBN: 978-607-15-0291-9: McGraw-Hill.
- Herrera, L., Medina, A., & Naranjo, G. (2008). *Tutoría de la Investigación Científica*. Ambato: Empredane Gráficas Cía. Ltda.
- Hitt, M. y otros. (1998). *Strategic Management*. EE. UU: South Western Collage Publishing.
- Hofer, CH. y otros. (1978). *Formulación de estrategias. Analisis de conceptos*. Los Angeles: West Publishing.
- Hurtado, D. (2008). *Principio de Administración*. ITM.
- IESS. (2013). *Reglamento Orgánico Funcional*. Quito: Editora Nacional.
- Informe Auditoría Interna IESS. (2008). *Evaluar actividades de adquisiciones, recursos humanos, inventarios, subsidios, responsabilidad patrona, laboratorio, farmacia y bodega general*. Recuperado el 10 de Marzo de 2015, de <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/59246/2009028.pdf?version=1.0>
- Intxaurburu, C., Ochoa, C., & Velasco, E. (2007). ¿Es el Benchmarking una herramienta de aprendizaje organizacional? Decisiones basadas en el conocimiento y en el papel social de la empresa. *XX Congreso anual de AEDEM*. Vol. 2, 18.
- Jara, E. (Agosto de 2009). *El Control en el Proceso Administrativo*. Recuperado el 21 de Abril de 2015, de <http://njara.wikispaces.com/file/view/EL+CONTROL+EN+EL+PROCESO+ADMINISTRATIVO.pdf>
- Jaramillo, A. (7 de Diciembre de 2014). El médico del IESS demanda más tiempo para diagnosticar en citas. *El Comercio*.
- Kotler., & Armstrong. (2013). *Fundamentos del Marketing*. México: Pearson Educación.
- Lau, E. (2015). *Guía técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos*. Obtenido de [http://www.up.ac.pa/ftp/2015/d\\_planificacion/documentos/guia\\_tecnica\\_para\\_al\\_elaboracion%20de%20manuales%20de%20procedimientos.pdf](http://www.up.ac.pa/ftp/2015/d_planificacion/documentos/guia_tecnica_para_al_elaboracion%20de%20manuales%20de%20procedimientos.pdf)
- López, C. (2016). *La calidad médica y el valor de la salud*. Obtenido de <http://www.redaccionmedica.ec/opinion/la-calidad-m-dica-y-el-valor-de-la-salud-1971>
- Lucid, S. (2015). Obtenido de <https://www.lucidchart.com/pages/es/c%C3%B3mo-hacer-un-diagrama-de-flujo>
- MAIS-FCI. (2012). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 20 de Abril de 2015, de [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D311.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D311.pdf)
- Marín, K., & Atencio, E. (2008). Proceso académico-administrativo de la Revista Científica y Ética del Investigador: estudio de un caso. *Omnia*. vol. 14, núm. 3, 160-163.

- Mateos, M. (2015). *Desarrollo de un instrumento de medición que evalué la calidad en el servicio, que presta el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla*. Universidad de las Américas de Puebla.
- Medina, C., & Sotomayor, J. (2013). *Reingeniería en Procesos Administrativos y Operativos en Clínica Medina*. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/505/1/T-UCSG-POS-MGSS-12.pdf>
- Mendoza, O. (2015). *Administración General*. Recuperado el 21 de Abril de 2015, de Procesos Administrativos: <http://procesosadministrativos123.blogspot.com/>
- Menene, L. (2011). *Diagrama de flujo: su definición, ventajas, elaboración, fases, reglas y ejemplos de aplicaciones*. Obtenido de <http://www.luismiguelmanene.com/2011/07/28/los-diagramas-de-flujo-su-definicion-objetivo-ventajas-elaboracion-fases-reglas-y-ejemplos-de-aplicaciones/>
- Mercer, E. (2012). *Factores que afectan la percepción de los consumidores*.
- Molina, W., Rodríguez, F., & Flores, N. (2011). *Manual de procedimientos de control interno para el fortalecimiento de las cuentas por cobrar en la empresa de factoraje, ubicadas en el Municipio de San Salvador*. El Salvador: Universidad Francisco Gavidia.
- Mora, E., Vera, M., & Melgarejo, Z. (2015). Planeación estratégica y niveles de competitividad de las Mipymes del sector comercio en Bogotá. *Estudios Gerenciales*. ISSN: 0123-5923. vol. 31, num. 134, pp. 79-87.
- MSP. (2012). *Modelo de Gestión del Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 1 de Abril de 2015, de <http://instituciones.msp.gob.ec/somosalud/index.php/noticias/102-de-que-se-trata-el-nuevo-modelo-de-gestion-del-ministerio-de-salud-publica>
- Negrin, E. (2010). *Gestión por procesos*.
- Olson, D. (2013). *Benchmarking. What is it?* Obtenido de <http://www.bawiki.com/wiki/techniques/benchmarking/>
- Pereiro, J. (2008). *La satisfacción del cliente en ISO 9001*. Recuperado el 21 de Abril de 2015, de [http://www.portalcalidad.com/articulos/71-la\\_satisfaccion\\_del\\_cliente\\_iso\\_9001](http://www.portalcalidad.com/articulos/71-la_satisfaccion_del_cliente_iso_9001)
- Plan Nacional del Buen Vivir. (2015). *objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir*. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/descarga-objetivo>
- Pleguezuelos, C. (2016). *La atención al Usuario de la Administración Pública*. Granada: CEMCI.
- Polo, A. (2012). *La estrategia de bechmarking como facilitadora de la toma de decisiones. El caso del centro de Buena Administración de la Junta de Castilla y León*. Castilla y León: ECLAP. Escuela de Administración Pública de Castilla y León.
- Prada, F. y. (2011). *Satisfacción del Cliente*. Recuperado el 21 de Abril de 2015, de <http://es.slideshare.net/Vivianayurleysandoval/satisfaccin-al-cliente>
- Prada, R. (2015). *La Gestión por Procesos en los Hospitales*. *Academia.ecu*.
- Realpe, F., & Agredo, G. &. (2012). *Manual de Procedimientos y Protocolos en el Laboratorio de Patología de un Hospital Nivel III*. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de Repositorio Universidad del Cauca: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/3569/AgredoGuillermo2012.pdf?sequence=3>
- Rojas, A. (2014). Modelos de gestión por procesos integrados en salud. *SciELO*.

- Ruiz, P., Martínez, J., & Alcalde, J. (2015). Gestión de procesos en el Hospital Universitario 12 de octubre. *elsevier*, 17.
- Rusenar, R. (2014). *Manuales de Control Interno*. Buenos Aires: Machi.
- Santana, C. (2012). *Marketing de Servicios. ¿Qué es la satisfacción del cliente?* Recuperado el 21 de Abril de 2015, de <http://www.codejobs.biz/es/blog/2012/09/05/marketing-de-servicios-que-es-la-satisfaccion-del-cliente#sthash.gPSk28tp.dpbs>
- Serna, H. (2016). *Servicio al cliente: una nueva visión, clientes para siempre*. Bogotá: Panamericana.
- Sescam. (2012). *La gestión por procesos*. Obtenido de <http://www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/Gestiondeprocesos.pdf>
- Shiway, A. (2011). *Diagrama de Pareto*. Obtenido de <http://mtto4.blogspot.com/2011/10/diagrama-de-pareto.html>
- Spendolini, M. (2016). El proceso de Benchmarking. *Minsalud Perú*, 6.
- SPG, C. g. (2012). *Herramientas Básicas de la Calidad*. Obtenido de <http://spcgroup.com.mx/7-herramientas-basicas/>
- Velastegui, W. (2011). *Proceso Administrativo*. Recuperado el 1 de Abril de 2015, de <http://es.slideshare.net/wilsonvelas/proceso-administrativo-6854883>
- www.bibing.us.es. (s.f.). *Capítulo II: La Satisfacción del cliente*. Obtenido de <http://bibing.us.es/proyectos/abreproy/3966/fichero/1%252F2.pdf>
- Yuni, J., & Urbano, C. (2014). *Técnicas para investigar. Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Zaratiegui, J. R. (2011). La Gestión por Procesos: su papel e importancia. *Economía Industrial*, 1-8.
- Zeithaml, V. y otros. (2004). *Marketing de Servicios. Un Enfoque de Integración del Cliente a la Empresa*. Interamericana Editores S. A.: México.

# ANEXOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA DE INSTITUCIÓN SALUD

Encuesta dirigida a los profesionales médicos del Hospital IESS Ambato

**Objetivo:** Determinar cómo es la gestión del servicio de patología actual y su incidencia en la satisfacción del cliente interno del Hospital IESS Ambato.

**Instrucciones**

- Lea cuidadosamente antes de contestar
- Marque con una X la alternativa que usted considere conveniente

**Cuestionario**

1. ¿Considera ud. que el servicio de Patología dispone del talento humano suficiente para cubrir la demanda de análisis anatomopatológicos existente?  
Siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca ( )
2. ¿Cuándo usted acude al servicio de Patología ¿es usted atendido de forma inmediata?  
Siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca ( )
3. ¿Considera ud. que el Servicio de Patología cuenta con los recursos (materiales, tecnológicos, humanos y económicos) necesarios?  
Siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca ( )
4. De acuerdo a su criterio ¿existe deficiencias en la gestión de servicios que actualmente le brinda este departamento?  
Prolongado tiempo de entrega de informes ( )  
Prolongado tiempo para citas ( )
5. De acuerdo a su criterio, qué tipo de procedimientos incrementa los tiempos de entrega de informes.  
Procedimientos manuales ( )  
Inexistente sistema digitalizado para registro de muestras ( )  
Limitados recursos materiales acorde a la demanda ( )
6. ¿Qué tiempo tarda las muestras quirúrgicas en ser enviadas al Servicio de Patología?  
1 a 24 horas ( )  
25 a 48 horas ( )  
1 semana ( )  
15 días o + ( )
7. Le han rechazado alguna muestra para diagnóstico en el Servicio de Patología?  
Siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca ( )
8. La atención brindada fue oportuna?  
Siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca ( )

¿El tiempo de entrega de informes patológicos ha sido oportuna?

1 a 15 días

16 a 30 días

2 a 3 meses

3 meses o + ( )

9. Indique el nivel de satisfacción del servicio recibido?

Muy satisfactorio ( )

Satisfactorio ( )

Poco satisfactorio ( )

Gracias por su atención

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA DE INSTITUCIÓN SALUD

Encuesta dirigida al Personal del Servicio de Patología del Hospital IESS Ambato

**Objetivo:** Determinar cómo es la gestión del servicio de patología actual y su incidencia en la satisfacción del cliente interno del Hospital IESS Ambato.

**Instrucciones**

- Lea cuidadosamente antes de contestar
- Marque con una X la alternativa que usted considere conveniente

**Cuestionario**

1. ¿Qué gestión de procedimientos aplica el Servicio de Patología?  
Siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca ( )
2. ¿Atiende de forma cordial e inmediata al cliente interno?  
Siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca ( )
3. ¿El Servicio de Patología cuenta con los recursos (materiales, tecnológicos, humanos y económicos) necesarios?  
Siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca ( )
4. ¿Existe una guía de procedimientos técnicos para orientar su trabajo diario?  
Siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca ( )
5. El servicio de Patología aplica procedimientos destinados a reducir los tiempos de entrega de diagnósticos?  
Siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca ( )
6. ¿Las muestras quirúrgicas receptadas mantienen un adecuado proceso de conservación?  
Siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca ( )
7. Con qué frecuencia son rechazadas las muestra para diagnóstico?  
Siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca ( )
8. Considera importante brindar una buena atención al cliente?  
Siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca ( )
9. ¿El tiempo de entrega de informes patológicos ha sido oportuna?  
Siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca ( )
10. De acuerdo a su criterio, cuál es el nivel de satisfacción del servicio entregado?  
Muy satisfactorio                      ( )  
Satisfactorio                              ( )  
Poco Satisfactorio                      ( )

Gracias por su atención

## Atención al paciente



## Recepción de muestras



## Microtomía



## Inclusión de parafina



## Procesador de tejidos



## Corte de muestras



Pesca de tejidos en placa



Médico Patólogo en estudio microscópico



