



ARTÍCULO CIENTÍFICO
CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

Indicadores para evaluar la eficiencia hospitalaria. Caso de estudio: Clínica privada de la ciudad de Macas

Indicators to evaluate hospital efficiency. Case study: Private clinic in the city of Macas

López Jara, Ana Alexandra ^I; López Vintimilla, Xavier Raúl ^{II}

^I. alopezj@ucacue.edu.ec, Carrera de Contabilidad y Auditoría, Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

^{II}. xlropezv61@est.ucacue.edu.ec, Carrera de Contabilidad y Auditoría, Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

Recibido: 28/03/2019

Aprobado: 20/05/2019

Como citar en normas APA el artículo:

López Jara, A. A., y López Vintimilla, X. R. (2019). Indicadores para evaluar la eficiencia hospitalaria. Caso de estudio: clínica privada de la ciudad de Macas. *Uniandes Episteme*, 6(3), 383-398.

RESUMEN

En el estado ecuatoriano el control sobre la gestión de los servicios de salud resulta de interés tanto para los gestores públicos como privados, esto debido a que representa un derecho constitucional para la población. En efectos, la evaluación del servicio de salud se basa en múltiples criterios, por lo que surge la necesidad de emplear indicadores que determinen eficacia de la gestión hospitalaria. El objetivo de este estudio fue evaluar el desempeño del servicio de salud en términos de eficiencia, eficacia, calidad, entre otros aspectos, a fin de contribuir a una mejora continua en las operaciones. La metodología empleada se fundamenta en la experimentación y observación directa por un periodo de tiempo a los resultados obtenidos en el servicio de salud. En este contexto, se reconoce que la clínica de especialidades Santa Fe (caso de estudio) cumple con niveles de eficiencia, eficacia y calidad satisfactorios en orden a los indicadores propuestos siendo necesario fortalecer las políticas de control interno.

PALABRAS CLAVE: Eficiencia; calidad; gestión hospitalaria; servicio de salud; operación administrativa.

ABSTRACT

In the Ecuadorian state, the control over the management of health services is of interest for both public and private managers, this is because it represents a constitutional right for the population. In effect, the evaluation of the health service is based on multiple criteria, which is why there is a need to use indicators that determine the efficacy of hospital management. The objective of this study was to evaluate the performance of the health service in terms of efficiency, effectiveness, quality, among other aspects, in order to contribute to a continuous improvement in operations. The methodology used is based on experimentation and direct observation for a period of time to the results obtained in the health service. In this context, it is recognized that the Santa Fe specialty clinic (case study) meets satisfactory levels of efficiency, effectiveness and quality in order to the proposed indicators, being necessary to strengthen the internal control policies.

KEYWORDS: Efficiency; quality; hospital management; health service; administrative operation.

INTRODUCCIÓN

En el estado ecuatoriano la salud para los ciudadanos representa un derecho consagrado en la Constitución de la República, siendo el servicio de salud articulado mediante el sector público y privado para atender los diferentes estratos económicos de la población.

En consecuencia, la calidad en los servicios de salud es calificada a partir de varios criterios orientados por los intereses de los usuarios. Por lo que, a partir de la perspectiva de un paciente puede considerarse como calidad la participación de una consulta médica breve y puntual sobre su situación de salud, mientras que para otros pacientes la calidad de la consulta es satisfactoria de acuerdo al tiempo invertido por el profesional de la salud para escuchar los síntomas que presenta.

En ese mismo sentido, para los proveedores de salud, la calidad tampoco se encuentra correctamente definida, pudiéndose considerar como “calidad” a: los conocimientos y el uso de la tecnología correspondiente para tratar dolencias, la aplicación de procedimientos reconocidos por la comunidad médica o a la evidencia científica que soporte los casos de estudio clínico. No obstante, para los administradores de los centros de salud, el término

calidad está dado por un servicio eficiente orientado a la optimización de los recursos durante el cumplimiento de las metas.

De los antecedentes descritos se reconoce que la evaluación de la calidad en los servicios de salud torna un trabajo complejo debido a los intereses que pueden intervenir en la evaluación de este tipo. Por lo tanto, la medición de la calidad y eficiencia en los servicios de salud requiere de un estándar para la evaluación en el tiempo y espacio que permitan la determinación de logros o fallos en los servicios de salud.

De la revisión bibliográfica realizada se desprenden que pocos estudios abordan la calidad, calidez y costos de estos servicios en cumplimiento con las directrices del Ministerio de Salud en el Ecuador, por tanto, es conveniente abordar el estudio sobre el servicio de salud que ofrecen clínicas públicas y privadas en el país. Para efectos de esta investigación se considera como ejemplo una clínica privada ubicada en la ciudad de Macas.

El objetivo de esta investigación es evaluar la calidad de los servicios de salud mediante indicadores de eficiencia, eficacia y calidad que permitan retroalimentar el desempeño operativo, de gestión y financiero en los centros de salud.

MÉTODOS

La investigación desarrollada se caracteriza por la aplicación de una metodología de tipo descriptiva – explicativo presentada bajo un enfoque mixto cualitativo y cuantitativo. El objetivo de esta investigación es evaluar la calidad de los servicios de salud mediante indicadores de gestión hospitalaria de acuerdo al modelo presentado en la revisión bibliográfica de esta investigación.

Se consideró como muestra de estudio una clínica privada ubicada en la ciudad de Macas, cantón Morona, provincia de Morona Santiago. Para la recolección de la información, por una parte, se realizó un trabajo de campo dentro del establecimiento de salud; en cada escenario mediante una ficha de control de indicadores desde el mes septiembre 2018 hasta marzo 2019 se obtuvieron los resultados diarios de las operaciones realizadas en función a las variables de estudio, a partir de estos valores se realizó una media ponderada para demostrar los resultados en esta investigación.

Por otra parte, se utilizó una encuesta que fue aplicada a los colaboradores del establecimiento de salud y los pacientes en calidad de hospitalizados o asistidos por consulta médica. El instrumento de investigación incluye preguntas abiertas y cerradas orientadas a comprobar los resultados obtenidos de los indicadores de gestión hospitalaria

divididos en: indicadores de tiempo, indicadores de calidad, indicadores de eficiencia, indicadores de capacidad, indicadores de demanda e indicadores económicos.

El objetivo de la encuesta fue comprobar la independencia de los valores obtenidos en el levantamiento de información de cada operación evaluada en el centro de salud.

El análisis de los resultados se fundamenta en la revisión de los reglamentos, las políticas internas y la normativa legal vigente aplicable a los sistemas de salud en el Ecuador.

Los indicadores deben tributar al grado de satisfacción del usuario del servicio de salud.

Los seleccionados para esta investigación se agruparon en varias categorías, los primeros en relación con el tiempo del servicio; divididos en dos subcategorías: tiempo de espera y tiempo de proceso. En el segundo grupo los indicadores de calidad, estos a su vez se subdividen en tres categorías de indicadores: de errores, de cumplimiento de estándares y de satisfacción. El tercer grupo caracteriza a los indicadores de eficiencia clasificados en: indicadores de productividad (rendimiento), y cumplimiento de estándares. El cuarto grupo presenta los indicadores de capacidad, los mismos que se encuentran definidos por dos tipos, indicadores de oferta y demanda. Finalmente se presentan los indicadores económicos que se subdividieron en: indicadores de costos y financieros. (Tabla 1)

RESULTADOS

El Sistema de Salud en el Estado Ecuatoriano

Partiendo de la Constitución de la República del Ecuador (Asamblea Nacional Constituyente, 2008) el sistema de salud instituye un sistema nacional de inclusión y equidad para asegurar el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos reconocidos en la Constitución. En observancia a los artículos 358 al 366 se reconoce al sistema de salud como un conjunto articulado y coordinado de instituciones, políticas, normas, programas y servicios, caracterizado de la siguiente manera:

- La finalidad es desarrollar, proteger y recuperar las capacidades y potencialidades para la vida saludable e integral.
- La salud debe tener un enfoque individual y colectivo, la diversidad social y cultural, de género e intergeneracional.
- El sistema debe guiarse por los principios generales y además por los de bioética, suficiencia e intercultural.
- Comprende instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud.

Tabla 1. Lista de indicadores utilizados en la aplicación del modelo.

INDICADORES DE TIEMPO							
TIPO DE INDICADOR: TIEMPO DE ESPERA							
No.	Indicador	Objetivo	Formula	Estándar	Frecuencia	Proceso	Área
01	Tiempo promedio de espera de admisión	Minimizar tiempo de espera de admisión	(Hora inicio admisión - Hora llegada paciente) / N° de pacientes	2 minutos	Mensual	Admisión - Recaudación	Unidades Médicas
02	Tiempo promedio de espera por procedimiento de enfermería	Minimizar tiempo de espera por procedimiento de enfermería	(Hora inicio procedimiento - Hora orden de procedimiento) / N° de pacientes con procedimiento	15 minutos	Mensual	Procedimiento de Enfermería	Unidades Médicas
TIPO DE INDICADOR: TIEMPO DE PROCESO							
03	Tiempo promedio de procedimiento de enfermería	Mejorar la asignación de recursos	(Hora término procedimiento enfermería - Hora inicio procedimiento enfermería) / N° de pacientes con procedimiento	15 - 20 minutos	Mensual	Procedimiento de Enfermería	Unidades Médicas
04	Tiempo promedio de actividades de apoyo al diagnóstico	Minimizar tiempo de actividades de apoyo al diagnóstico	(Hora término actividad de apoyo - Hora inicio actividad de apoyo) / N° de actividades solicitadas	Para exam. de lab. (10 min.). Rayos X (30 min.)	Mensual	Apoyo al Diagnóstico	Unidades Médicas
INDICADORES DE CALIDAD							
TIPO DE INDICADOR: ERRORES							
05	Porcentaje de infecciones intrahospitalarias	Evaluar la calidad de la atención hospitalaria	(Total, de pacientes con Infecciones Intrahospitalarias / N° de Egresos) x 100	<0.7%	Mensual	Atención al paciente Calidad Asistencial, Eficiencia clínica	Unidades Médicas
TIPO DE INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES							
06	Existencia de protocolos clínico	Verificar la existencia y el cumplimiento de los protocolos clínicos	Existencia de Protocolos Clínicos (Si / No)	SI	Anual	Calidad	Administración
07	Porcentaje de pacientes que son operados dentro de un periodo de 48 horas desde su ingreso	Cumplir con guías y protocolos clínicos	(N° de pacientes intervenidos el mismo día o al día siguiente del ingreso / N° de pacientes ingresados para cirugía programada) x 100	100%	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Cirugía
TIPO DE INDICADOR: SATISFACCION							
08	Tasa de reclamos realizados por los pacientes	Aumentar la satisfacción del paciente, por medio de la disminución de reclamos	(N° de pacientes que han presentado reclamos en el período de estudio / N° total de pacientes atendidos en el período de estudio) x 100	<5%	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Administración
INDICADORES DE EFICIENCIA							
TIPO DE INDICADOR: PRODUCTIVIDAD - RENDIMIENTO							
09	Rendimiento hora - médico	Determinar el número de pacientes atendidos por hora	N° de Atenciones Médicas Realizadas / N° de Horas Médico-Efectivas	De 3 a 4 consultas por hora	Diaria	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Unidades Médicas

López Jara; López Vintimilla

10	Promedio de estancia	Incrementar la eficiencia operacional en la clínica	Total, días estadía (pacientes egresados) / N° de egresos	95%	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial	Unidades Medicas
TIPO DE INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES							
11	Porcentaje de pacientes identificados correctamente en la ficha de acceso al centro de salud	Verificar que los datos del identificador utilizado corresponden al paciente	(N° pacientes en que ambas fuentes de información coinciden / N° total de pacientes identificados) x 100	100%	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial	Unidades Medicas
12	Capacidad de camas hospitalarias	Medir el número de camas en la clínica diseñadas y construidas para la admisión de pacientes	N° de camas hospitalarias	9	Diaria	Atención al paciente Calidad asistencial	Administración
INDICADORES DE CAPACIDAD							
TIPO DE INDICADOR: OFERTA							
13	Promedio días de estadía	Medir cuantos días en promedio está hospitalizado un paciente desde su ingreso hasta su egreso	N° de días de estadía de pacientes egresados en un periodo dado / Total de egresos del mismo periodo	De 3 a 5 días	Diaria	Atención al paciente Calidad asistencial	Administración
14	Índice de rotación o giro de camas	Medir el número de pacientes que pasan por una cama hospitalaria en un periodo de tiempo determinado.	N° de egresos en un periodo dado / Promedio de camas disponibles o en trabajo del mismo periodo	<50%	Mensual	Atención al paciente Calidad asistencial	Unidades Medicas
TIPO DE INDICADOR: DEMANDA							
15	Porcentaje de ocupación de camas hospitalarias diarias	Medir el grado de ocupación de cada cama hospitalaria	(N° de Pacientes-Días / Total de Días camas Disponibles) x 100	100%	Diaria	Atención al paciente Calidad asistencial Eficiencia clínica	Administración
16	Tasa de pacientes mañana	Controlar la tasa de pacientes (mañana)	N° de pacientes que ingresan en turno de 08:01 a 14:00 / Total de pacientes en 24hrs	40%	Diaria	Atención al paciente	Administración
INDICADORES ECONOMICOS							
TIPO DE INDICADOR: COSTOS							
17	Costo promedio por servicio	Determinar costos promedios por servicio	Promedio del costo de cada servicio	Definido por cada clínica	Mensual	Recaudación	Financiero
18	Costo promedio por paciente por total de pacientes	Minimizar el costo promedio por paciente	Costo total pacientes atendidos / N° de pacientes egresados	Definido por cada clínica	Mensual	Recaudación	Financiero
19	Porcentaje de pérdida de citas	Reducir los costos de turnos perdidos	N° de turnos perdidos / N° de turnos otorgados	<10%	Mensual	Administración	Unidades Médicas Financiero
TIPO DE INDICADOR: FINANCIERO							
20	Estados Financieros	Realizar los EE.FF al finalizar el año	Ingresos/Egresos Activo=Pasivo +Patrimonio	Definido por cada clínica	Anual	Recaudación	Financiero

Fuente: (Armijos, 2017).

En efectos, Armijos (2017) indica que para articular el cumplimiento de este derecho constitucional, en el Ecuador el sistema de salud se encuentra dividido entre el sector público y sector privado, el primero constituye un sistema financiado por las contribuciones de los trabajadores que tienen acceso a la atención gratuita (como la seguridad social), mientras que el segundo, el sector privado o redes privadas de salud, se costea de acuerdo a la realidad socioeconómica de los usuarios del servicio. De igual forma, Lucio, Villacrés, y Henríquez (2011) reconoce que las subdivisiones establecidas en el sistema de salud ecuatoriano hacen énfasis a los sectores tanto público como privado.

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

Mientras que el sector privado incluye organizaciones sin fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios médicos, farmacias y compañías de prepago) y organizaciones sin fines de lucro de la sociedad civil y servicios sociales, organizaciones de la sociedad civil (OSC) y asociaciones de servicios sociales. Entre ellos se encuentran SOLCA, la Cruz Roja de Ecuador y la Junta de Bienestar Social de Guayaquil. (Figura 1)

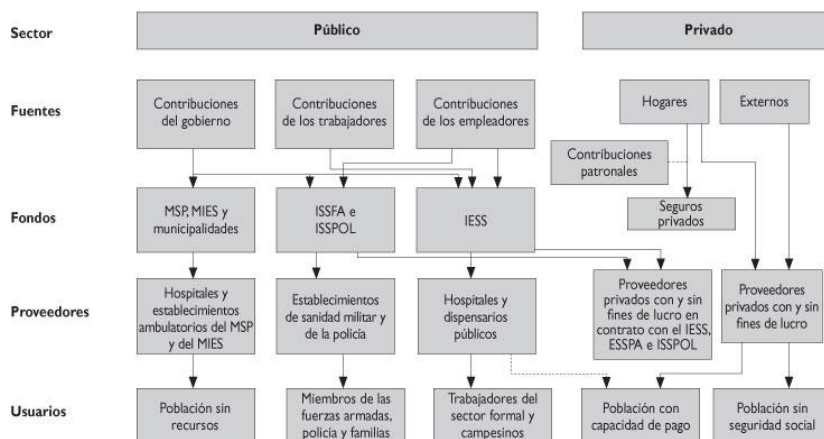


Figura 1: Clasificación de Sistema de Salud Ecuatoriano

Fuente: (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011)

De los antecedentes descritos se destaca que el derecho de la salud en los ecuatorianos se encuentra articulado en proyectos públicos y privados de acuerdo con la condición socioeconómica de la población, sin embargo, el desempeño y seguimiento a los programas son poco tratados, por lo que se hace necesario articular esfuerzos para evaluar la calidad de

servicio que se ofrece a la colectividad. En función a estas consideraciones se realiza un análisis de los principales indicadores empleados para medir la gestión hospitalaria.

Partiendo del estudio de las investigaciones realizadas por: Jaramillo (1998); Méndez y Torres (2010); Castro, y otros (2014); Rodríguez, Dackiewicz, y Toer (2014); Molina, Vaca, Muñoz, Cabascango, y Cabascango (2016); González, Pertuz, y Expósito (2016); Pérez, Ortega, y Ocaña (2017); Ortega, Carro, Andrés, García, y Díaz (2018); Zapata (2018); y Rojas & Antoñanzas (2018); se entiende por Gestión Hospitalaria la función básica del proceso administrativo hospitalario que permite optimizar la oferta hospitalaria a una demanda de necesidades de atención de salud, en la que una gestión objetiva y una adecuada planeación posibilita la toma de decisiones y gestión administrativa de manera eficiente y oportuna.

Al abordar el término de gestión, Ortún (2003) manifiesta que la gestión clínica o hospitalaria puede definirse de múltiples formas, entre ellas la coordinación de personas para conseguir objetivos comunes en el sector de la salud. Mientras que, González (2009) sugiere que el servicio de salud se sujete a una evaluación del desempeño como mecanismo o instrumento para mejorar los resultados de los recursos, por medio del cual se puede determinar el porcentaje de cumplimiento de las metas u objetivos trazados por la organización en un determinado periodo.

En efectos, el Ministerio de Salud del Perú (2014) ratifica que la gestión hospitalaria debe ser evaluada en el tiempo, por lo que es necesario la aplicación de indicadores de gestión definidos como “la relación entre las variables cuantitativas o cualitativas, que permite observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el objeto o fenómeno observado, respecto de objetivos y metas previstas e influencias esperadas”. (p. 34).

En razón a los criterios analizados hasta el momento se hace necesario la elaboración de un modelo de indicadores de gestión que permita a los hospitales, clínicas y centros de salud tanto públicos como privados un control sobre el desempeño en términos de eficiencia y eficacia. La eficiencia, como término de estudio por Murray y Frenk (2010) en el documento titulado “Un marco de la OMS para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud” es considerada de la siguiente manera:

La eficiencia está estrechamente relacionada con el desempeño de un sistema de salud sobre la base de objetivos que alcanza un sistema con los recursos disponibles.
(p. 13)

Además, el autor reconoce que la eficacia se define como la expresión general del efecto de determinada acción cuyo objetivo fuera perfeccionar la atención médica. Por otra parte, los indicadores de eficiencia y eficacia empleados por la Dirección General de Evaluación del Desempeño (2013) son útiles para “medir el desempeño de los servicios que brinda o debe brindar el hospital y facilitar las comparaciones en el espacio y en el tiempo”. (pág. 7)

Una vez descrita la importancia de la aplicación de los indicadores de gestión a los servicios hospitalarios, el autor aclara que un indicador es un instrumento de medición para comprobar el grado de consecución de un objetivo propuesto en función a los recursos empleados, podría entenderse como variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa sucesos colectivos para evaluar logros y metas. A continuación se presenta una primera clasificación de los indicadores más empleados:

- **Indicadores de economía:** establecen una comparativa de costos entre lo predecible y lo real; llevan consigo la organización de los recursos (materiales y humanos) y su correcta distribución.
- **Indicadores de eficiencia:** evalúan si los recursos utilizados para la presentación de un servicio son óptimos. Se efectúa una comparativa de las tareas o servicios a desarrollar, con los recursos económicos, humanos o materiales disponibles, con el fin de conseguir el mejor rendimiento (estableciendo plazos de tiempo).
- **Indicadores de eficacia:** evalúan los resultados concretos y el funcionamiento de la institución sobre la población macro que está incluida en la cartera de servicios. Se mide el funcionamiento del hospital y su adaptación al medio.
- **Indicadores de efectividad:** buscan el resultado final óptimo, para lo cual comparan los resultados reales con los que se marcaron como objetivo.
- **Indicadores de resultados:** miden directamente los resultados obtenidos y los comparan con los esperados.
- **Indicadores de proceso:** miden la situación de lo que está pasando aun con el proceso sin finalizar. Valoran los aspectos relacionados con las actividades y su eficacia.
- **Indicadores de estructura:** comparan los recursos disponibles y la infraestructura empleada, con los costes que de ellos se deriva.
- **Indicadores estratégicos:** se encuentran subdivididos en:
 1. Indicadores de actividad: evalúan y cuantifican la actividad desarrollada por la organización.
 2. Indicadores de recursos humanos: evalúan la cantidad y calidad de los trabajos desarrollados por el personal, además el número de recursos que se precisan y sus costos.

Otra clasificación para la selección de los indicadores de gestión orientados para el sector hospitalario es la presentada por Torres (1991), quien en su estudio sobre “Indicadores de Gestión para las Entidades Públicas” propone tres tipos de indicadores: demanda de servicios, oferta y calidad, cuyas características se describen a continuación:

Los primeros, indicadores de servicios, miden el grado de necesidad de servicios, relacionándolos con el número de habitantes, los segundos, indicadores de oferta

miden el grado de disponibilidad de los mismos, y, por último, los indicadores de calidad se centran en el nivel de servicios ofrecidos por el centro hospitalario. Este último indicador permite evaluar la eficiencia de estos centros, reflejado en el grado de satisfacción de los pacientes. (p. 25)

Tal como se ha presentado en los párrafos precedentes los indicadores están orientados a evaluar la optimización de los recursos empleados en el servicio de la salud sobre una base de objetivos declarados por la entidad. En efectos, se hace necesario el registro y control de resultados en el centro de salud sujeto a estudio a fin de tomar las medidas correctivas necesarias.

Modelo de indicadores de gestión a la Clínica de Especialidades SANTA FE

Dentro de esta sección se presentan los resultados de la aplicación del modelo de indicadores de gestión a la Clínica de Especialidades SANTA FE detallando los resultados por cada grupo de indicadores: Tiempo, Calidad, Eficiencia, Capacidad y Economía.

Indicadores de Tiempo

El conjunto de indicadores de tiempo seleccionados para este estudio, (cuya muestra representa el 20% del total de indicadores), fueron aplicados durante un semestre comprendido desde septiembre hasta marzo 2018 (Tabla 2).

Tabla 2. Indicadores de Tiempo.

TIPO DE INDICADOR: TIEMPO DE ESPERA						
No	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación
1	Tiempo promedio de espera de admisión	Unidades Medicas	Mensual	2 min	0:02:38	0:00:38
2	Tiempo promedio de espera por procedimiento de enfermería	Unidades Medicas	Mensual	menos de 10 min	0:12:13	0:02:13
TIPO DE INDICADOR: TIEMPO DE PROCESOS						
3	Tiempo promedio de procedimiento de enfermería	Unidades Medicas	Mensual	15-20 min	0:20:32	0:00:32
4	Tiempo promedio de actividades de apoyo al diagnóstico	Unidades Medicas	Mensual	20-25 min	0:27:56	0:02:56

Al evaluar el indicador **tiempo promedio de espera de admisión** se conoce que por cada unidad médica el tiempo estándar esperado es de 2 minutos, este periodo se encuentra establecido en orden a los protocolos clínicos del establecimiento. Del control realizado en las instalaciones del centro de salud se obtiene un resultado en promedio de 02 minutos 38 segundos en la recepción y atención al paciente. Este resultado permitió valorar el sesgo entre el tiempo estándar y el resultado obtenido, por lo que se obtiene una variación equivalente a 38 segundos. Se sugiere revisar el tiempo asignado al proceso de recepción estableciendo una base de datos digital de los pacientes para disminuir el tiempo de espera.

El resultado del **Tiempo promedio de espera por procedimiento de enfermería** demuestra que por cada unidad médica el tiempo estándar es menor de 10 minutos, periodo sugerido dentro del estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos del ministerio de salud pública. Del análisis realizado se obtuvo un tiempo de espera de 12 minutos con 13 segundos, debido a que el turno de las enfermeras es rotativo. En este mismo contexto se pudo verificar

que durante ciertas horas del día en el área de enfermería y hospitalización labora una sola persona, lo que limita la atención personalizada al usuario. A efectos de este resultado se sugiere a la administración que implemente nuevos horarios laborales para los procedimientos de enfermería.

Del indicador **Tiempo promedio de procedimiento de enfermería** se conoce que por cada unidad médica el tiempo estándar de procesos es de 15 a 20 minutos, este periodo es sugerido por el estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos del ministerio de salud pública. Del control realizado al establecido se obtuvo como resultado un promedio de 20 minutos y 32 segundos, esto debido a que existe una alta concurrencia de pacientes, la variación resultó ser de 0:32 segundos. Con el fin de garantizar el cumplimiento al indicador estándar se recomienda incrementar los horarios para el personal de enfermería.

Finalmente, de la evaluación realizada al indicador **Tiempo promedio de actividades de apoyo al diagnóstico** se presenta que por cada unidad médica el tiempo estándar de procesos de actividades de apoyo al diagnóstico fluctúa entre 20 a 25 minutos de acuerdo con los protocolos clínicos del establecimiento. En orden a los registros obtenidos se obtuvo como resultado un promedio de 27 minutos y 56 segundos debido a que los pacientes no presentan un mismo diagnóstico.

Indicadores de Calidad

Tabla 3. Indicadores de Calidad.

TIPO DE INDICADOR: ERRORES						
No	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación
5	Porcentaje de infecciones intrahospitalarias	Unidades Medicas	Mensual	menor al 7%	0%	0%
TIPO DE INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES						
6	Existencia de protocolos clínico	Admin.	Anual	SI	SI	-
7	Porcentaje de pacientes que son operados dentro de un periodo de 48 horas desde su ingreso	Cirugía	Mensual	100%	100%	-
TIPO DE INDICADOR: SATISFACION						
8	Tasa de reclamos realizados por los pacientes	Admin.	Mensual	menor al 5%	4%	1%

El indicador **porcentaje de infecciones intrahospitalarias** recomienda un resultado estándar inferior al 7% de casos reportados en cumplimiento con las normas de prevención y control de las infecciones nosocomiales emitidas por el ministerio de salud pública del Ecuador. En el caso del establecimiento sujeto a estudio no se reconocen infecciones registradas por la casa de salud, debido a los adecuados procesos empleados para prevenir riesgos de contagio de infecciones entre los pacientes y el personal proveedor de atención directa. En este mismo sentido, se puede verificar la **existencia de protocolos clínicos internos** a partir del artículo 50 del reglamento para funcionamiento de laboratorio clínico emitido por el ministerio de salud pública.

Respecto al **Porcentaje de pacientes que son operados dentro de un periodo de 48 horas desde su ingreso** se conoce que por cada unidad médica el tiempo estimado de procesos

pre-quirúrgicos y quirúrgicos se desarrollan sin novedad dentro del periodo de 48 horas desde el ingreso del paciente, este tiempo es sugerido por los protocolos clínicos de este establecimiento.

Finalmente, al evaluar el indicador sobre la **tasa de reclamos por los pacientes** se conoce que el estándar debe ser menor al 5% en orden con las políticas internas del establecimiento. En este caso se presenta un resultado del 4% en virtud de los métodos adecuados de atención al usuario que realizan dentro de esta casa de salud.

Indicadores de Eficiencia

Tabla 4. Indicadores de Eficiencia.

TIPO DE INDICADOR: PRODUCTIVIDAD - RENDIMIENTO						
No	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación
9	Rendimiento hora – médico	Unidades Medicas	Diaria	3 a 4 consultas por hora	3	1
10	Promedio de estancia	Unidades Medicas	Mensual	95%	82%	13%
TIPO DE INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES						
11	Porcentaje de pacientes identificados correctamente en la ficha de acceso al centro de salud	Unidades Medicas	Mensual	100%	100%	-
12	Capacidad de camas hospitalarias	Unidades Medicas	Diaria	9	5	4

Respecto al Rendimiento **hora – médico** se conoce que, por cada unidad médica el tiempo estándar de atención de consulta externa fluctúa entre 15 a 20 minutos de acuerdo con el estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos del ministerio de salud pública. Los resultados de la investigación demuestran el rendimiento del médico es de 3 consultas por hora, es decir el tiempo estándar de una consulta externa para cada paciente alcanza un periodo de 20 minutos.

El **promedio de estancia** mensual de pacientes dentro de la casa de salud es de 4 a 5 días en hospitalización. Mediante la fórmula aplicada a este indicador se obtuvo un resultado de cumplimiento del 82% de promedio de estadía. Esto debido a que dentro del periodo de tiempo antes mencionado el paciente debe presentar mejoras en su estado de salud.

De la evaluación al indicador **Porcentaje de pacientes identificados correctamente en la ficha de acceso al centro de salud** se reconoce que cada paciente que ingresa por consulta externa obtiene un registro bajo una ficha de identificación que permite conocer el historial de atención médica entregada en el establecimiento.

La evaluar **Capacidad de camas hospitalarias** se demuestra que existe en el establecimiento un total de 9 camas destinadas para hospitalización, a partir de una muestra aleatoria de la ocupación diaria de camas en el área de hospitalización se comprobó que el número promedio de camas ocupadas por día es de 5, de las cuales el 35% son pacientes que requieren internarse y el 65% son pacientes que requieren procedimientos de enfermería.

Indicadores de Capacidad

El conjunto de indicadores de capacidad seleccionados para este estudio (cuya muestra representa el 20% del total de indicadores) presentan los siguientes resultados:

Tabla 5. Indicadores de Capacidad.

TIPO DE INDICADOR: OFERTA						
No	Indicador	Área	Frecuencia	Estándar	Resultado	Variación
13	Promedio días de estadía	Admin.	Diaria	De 3 a 5 días	3	2
14	Índice de rotación o giro de camas	Unidades Medicas	Mensual	mayor al 50%	54%	4%
TIPO DE INDICADOR: DEMANDA						
15	Porcentaje de ocupación de camas hospitalarias	Unidades Medicas	Mensual	100%	60%	40%
16	Tasa de pacientes emergencia durante la mañana	Unidades Medicas	Mensual	40%	40%	0%

El indicador **promedio días de estadía** muestra que el tiempo aproximado de estancia es de 3 a 5 días de estadía del paciente; para obtener este resultado se realizó un análisis mediante una muestra aleatoria de la ocupación diaria de camas en el área de hospitalización, lo que demostró que el número promedio de camas ocupadas por día es de 3, existiendo una variación de 2 camas que nos son utilizadas de acuerdo al tiempo aproximado de hospitalización por paciente.

El **índice de rotación o giro de camas** se sujeta al cumplimiento de las políticas internas que indica el giro o rotación de camas debe ser mayor al 50%; del control realizado se obtuvo como resultado una rotación del 54%. Es importante resaltar que la rotación o giro de camas depende del número de ingresos en el área de hospitalización diarios que se realiza la casa de salud.

El **Porcentaje de ocupación de camas hospitalarias** da como resultado el 60% de ocupación mensual de camas para hospitalización, para efectos de comprobación se realizó un análisis mediante una muestra aleatoria de la ocupación diaria de camas en el área de hospitalización, demostrando que el número promedio de camas ocupadas por día es de 5, con una variación del 40% respecto al valor estándar.

Finalmente, la **Tasa de pacientes de emergencia durante la mañana** presenta un promedio de 5 pacientes ingresados en el área de emergencias con la atención de dos médicos de planta equivalente a un porcentaje del 40 %.

Indicadores Económicos

El establecimiento sujeto a investigación no demuestra registros respecto al **Costo promedio por servicio y Costo promedio por paciente por total de pacientes** esto debido a los diferentes diagnósticos y tratamientos en los pacientes que no permiten evaluar en términos de economía siendo un resultado importante para el desarrollo de futuras investigaciones que permitan establecer el costo de salud por diagnóstico, por tratamiento, entre otras variables. Para concluir, de la evaluación realizada al indicador de **Porcentaje de pérdida de citas** se conoce que dentro del área de recepción el porcentaje respecto a la pérdida de citas médicas debe ser menor al 10% de acuerdo con las políticas internas vigentes en el establecimiento.

Al realizar el análisis correspondiente se obtuvo como resultado un 5% de pérdidas de citas médicas. Se sugiere a la administración reestructurar los horarios de atención de los médicos de planta, debido a que una reestructuración ofrecería un mayor número de consultas para cubrir la demanda de pacientes

DISCUSIÓN

En el Ecuador el acceso a los servicios de salud; públicos o privados de acuerdo a las condiciones económicas de los ciudadanos constituye un derecho, sin embargo, no se reconocen estudios comparativos sobre el grado de satisfacción de los usuarios en función a la oferta de los servicios y a las instalaciones de los centros de salud.

En un estudio realizado en México por Sánchez (2005) se establece que los indicadores de gestión hospitalaria, vistos como una gerencia, se orientan a “observar el comportamiento real del proceso” (p. 133). En ese sentido, la variable “ocupación hospitalaria” investigada en los centros de salud públicos de México presenta un estándar que oscila entre el 80-85% con una periodicidad de medición trimestral, mientras que, en la investigación realizada en la ciudad de Macas, Ecuador, alcanza un resultado del 60% considerando un estándar equivalente al 100%, cabe indicar que las cifras estándar en el Ecuador son definidos por el estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos del ministerio de salud pública.

Los indicadores de gestión altamente empleados para evaluar a los centros de salud en Venezuela en el criterio de (Vargas & Hernández, 2007) son los relacionados con la productividad, entre ellos el promedio de estancia e índice de rotación. Respecto a la utilización de camas en un hospital público se indica que el promedio alcanza cifras alrededor el 85 % bajo un estándar del 95 % de cumplimiento con la demanda. Este resultado en relación con el obtenido en la clínica de la ciudad de Macas manifiesta diferencias en virtud de que se considera un estándar superior al 50 % y un cumplimiento del 54 %.

Similares variables para medir la gestión hospitalaria versan en el patrón de indicadores en España de acuerdo con Moreno, Estevez y Moreno (2010),, además, destacan el análisis de los costos hospitalarios, el tiempo de espera y las modalidades relativas para la actividad Quirúrgica. Es preciso señalar que, para la evaluación de la capacidad se considera las camas instaladas, habilitadas, no habilitadas y extraordinarias; el análisis se fundamenta en la capacidad técnica para la oferta de los servicios de acuerdo con las especialidades médicas asistidas. Para concluir, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016) sobre los resultados de operación obtenidos en los hospitales de Madrid presentan un porcentaje equivalente entre los indicadores aplicados y el número de habitantes que demandan los servicios de salud en la región.

Las variables sujetas de estudio para evaluar la gestión hospitalaria en países como Venezuela, México, España y Ecuador consideran la capacidad del establecimiento de salud, el servicio asistido por enfermería, el tiempo de espera para la consulta externa, el tiempo de solución sobre reclamos realizados por pacientes, la ocupación de camas hospitalarias, tasa de pacientes de emergencia y los procedentes de la necesidad del centro de salud; el estándar deseado se establece en función a los criterios técnicos de los organismos de salud pública en cada país.

CONCLUSIONES

La evaluación del desempeño en los establecimientos de salud tanto públicos como privados se han convertido en un reto para los sistemas de salud de cada país. Esto debido a que la satisfacción del paciente se orienta por factores como: los cambios epidemiológicos, el crecimiento en el gasto de salud, los cambios sociodemográficos, entre otros. Esta situación exige la creación de unidades de medida que permitan la optimización y el uso eficiente de recursos en complemento a servicios más eficientes y de mejor calidad.

De los criterios vertidos en este estudio, la evaluación del desempeño es considerado un mecanismo para mejorar la administración de los recursos a partir de las metas y objetivos trazados por la organización en un determinado periodo. Además, permite generar una alarma en caso de que algún procedimiento u objetivo no se esté cumpliendo en los tiempos y plazos definidos.

Finalmente, la elaboración de un modelo de indicadores de gestión, su adecuada aplicación, y el correcto análisis de los resultados permitirá a un establecimiento de salud mejorar la calidad de la oferta de servicios y la atención a los usuarios. Se recomienda fortalecer el estudio de los costos de salud a fin de evaluar la capacidad operativa del establecimiento y la demanda de los servicios médicos por especialidad.

REFERENCIAS

- Armijos, J. (2017). *Diseño e Implementación de un modelo de Indicadores de Gestión para Evaluar el Desempeño de Hospitales Públicos*. Tesis de posgrado, Univesidad de Chile, Facultad de Economía y Negocios, Santiago de Chile, Chile.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitucion de la Republica del Ecuador Registro Oficial Nro. 449*. Registro Oficial: Quito.
- Castro, L. I., Pedraza, P., Ortiz, R., Bermúdez, I. B., Reyes, I., Salas, S. G., & Céspedes, L. M. (2014). Gestión de la calidad en Unidades de Farmacovigilancia Hospitalaria. Propuesta de indicadores de la red ASEGUREMHOS. *Revista Mexicana De Ciencias Farmaceuticas*, 45(1), 57-77.

- Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud. (2013). *Manual de Indicadores de Servicios de Salud*. Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Obtenido de http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/ind_hosp/Manual-ih.pdf
- González, G., Pertuz, Y., & Expósito, M. (2016). Gestión de la seguridad hospitalaria en unidades de atención pediátrica. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(2), 207-217.
- González, S. A. (2009). ¿Cómo evaluar el desempeño de los dirigentes en salud? *Contribuciones a las Ciencias Sociales*(julio de 2009). Obtenido de <http://www.eumed.net/rev/cccss/05/saga2.htm>
- Jaramillo, J. (1998). *Principio de Gerencia y Administración de servicios médicos y hospitales*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de Salud en Ecuador. *Salud Pública de México*, 53(Supl 2), 177-187.
- Méndez, C., & Torres, M. (2010). Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile. Los desafíos para el recurso humano en salud. *Rev Saúde Pública vol. 44 issue2*, 44(2), 366-371.
- Ministerio de Salud del Perú. (2014). *Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA*. Biblioteca Virtual del INSN San Borja, Lima, Perú. Obtenido de <http://bibliotecavirtual.insnsb.gob.pe/indicadores-de-gestion-y-evaluacion-hospitalaria-para-hospitales-institutos-y-diresa/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Indicadores Hospitalarios. Evolución 2002-2013*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones.
- Molina, J., Vaca, J., Muñoz, P., Cabascango, K., & Cabascango, C. (2016). Gestión de la calidad de los cuidados de enfermería hospitalaria: Basada en la evidencia científica. *Index de Enfermería*, 25(3), 151-155. Obtenido de Retrieved from www.scopus.com
- Moreno, P., Estevez, J., & Moreno, J. (2010). (2010). Indicadores de Gestión Hospitalaria. *Revista Sedisa S.XXI*(16).
- Murray, C., & Frenk, J. (2010). *A WHO framework for health system performance assessment*. World Health Organization. Obtenido de <https://www.who.int/healthinfo/paper06.pdf>
- Ortega, M., Carro, J., Andrés, J., García, M., & Díaz, C. (2018). Análisis comparativo de indicadores de eficiencia en cirugía mayor ambulatorio. *Gaceta Sanitaria*, 32(5), 473-476.
- Ortún, V. (2003). Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. *Revista Española de Salud Pública*, 77(5).
- Pérez, C., Ortega, M., & Ocaña, R. (2017). Análisis de la eficiencia técnica en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Gaceta Sanitaria*, 31(2), 108-115.
- Rodríguez, J., Dackiewicz, N., & Toer, D. (2014). La gestión hospitalaria centrada en el paciente. *Archivos Argentinos De Pediatría*, 12(1), 55-58. doi:10.5546/aap.2014.55
- Rojas, P., & Antoñanzas, F. (2018). Los contratos de riesgo compartido en el sistema nacional de salud: Percepciones de los profesionales sanitarios. *Revista Española de Salud Pública*, 92, 1-20.
- Sánchez, M. (2005). Indicadores de gestión hospitalaria. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 18(2), 132-141.
- Torres, L. (1991). Indicadores de Gestión para las Entidades Públicas. *Revista Española de Financiación y Contabilidad*, XXI(67), 535-558.
- Vargas, V., & Hernández, B. (2007). Indicadores de gestión hospitalaria. *Revista de Ciencias Sociales*, XIII(3), 444-454.
- Zapata, M. (2018). Importancia del sistema GRD para alcanzar la eficiencia hospitalaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 347-352.