



**UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO**

**CARRERA DE GESTIÓN EMPRESARIAL**

**Trabajo de Titulación previo a la obtención del título de:**

**INGENIERO EN GESTIÓN EMPRESARIAL**

**TEMA:**

**PROYECTO DE PREFACTIBILIDAD PARA LA IMPLEMENTACIÓN  
DEL MODELO DE GESTIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS EN  
HOSPITALES PÚBLICOS DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN  
LA PROVINCIA DEL GUAYAS.**

**Tutor:**

**Ing. Rommel Sacoto Ferrer, Mgs.**

**Autores:**

**Tnlgo. Toral Maroto José Milton**

**Tnlga. Tola Zambrano Danna Patricia**

**GUAYAQUIL - GUAYAS – ECUADOR**

**2020**

## **Certificación del Tutor de Titulación**

**Ing. Rommel Sacoto Ferrer, Mgs.**, en calidad de Tutor del Trabajo de Titulación, certifico que los egresados **Tola Zambrano Danna Patricia y Toral Maroto José Milton**, son autores de la Tesis de Grado titulada: **“Proyecto de prefactibilidad para la implementación de un modelo de gestión de documentos normativos en hospitales públicos de tercer nivel de atención en la provincia del Guayas.”**, misma que ha sido elaborada siguiendo a cabalidad todos los parámetros metodológicos exigidos por la Universidad San Gregorio de Portoviejo, orientada y revisada durante su proceso de ejecución bajo mi responsabilidad.

**Ing. Rommel Sacoto Ferrer, Mgs.**

**TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

## Certificación del tribunal

El trabajo de investigación “**Proyecto de prefactibilidad para la implementación de un modelo de gestión de documentos normativos en hospitales públicos de tercer nivel de atención en la provincia del Guayas.**”, presentado por los egresados **Tola Zambrano Danna Patricia y Toral Maroto José Milton**, luego de haber sido analizado y revisado por los señores miembros del tribunal y en cumplimiento a lo establecido en la ley, se da por aprobado.

---

Ing. Andrea Ruiz Vélez, Mgs.

**Coordinadora de la carrera**

---

Ing. Rommel Sacoto Ferrer, Mgs.

**Tutor trabajo investigación**

---

Ing. Lizbeth Sánchez León, Mgs.

**Miembro del tribunal**

---

Ing. Adriana Párraga Monar, Msc.

**Miembro del tribunal**

## **Declaración de Autoría**

**Tola Zambrano Danna Patricia y Toral Maroto José Milton**, autores de este trabajo de titulación denominado “**Proyecto de prefactibilidad para la implementación de un modelo de gestión de documentos normativos en hospitales públicos de tercer nivel de atención en la provincia del Guayas**”, declaro que el mismo es de nuestra completa autoría y ha sido elaborado de acuerdo a las directrices y el Reglamento de Titulación de la Carrera de Gestión Empresarial de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, siendo de nuestra entera responsabilidad el contenido íntegro del mismo, así como las ideas, los resultados y las conclusiones de su contenido.

**Tola Zambrano Danna Patricia**

**Toral Maroto José Milton**

**Egresados de la carrera de Gestión Empresarial**

## **Agradecimiento**

Agradezco principalmente a Dios por permitirme cumplir esta meta tan anhelada, dándome las fuerzas necesarias para vencer cada reto que se presentó en este camino. A la Universidad San Gregorio de Portoviejo, así como a los docentes que participaron en este proyecto de educación, encaminándome hacia el objetivo de crecer como profesional.

### **Danna Tola Zambrano**

Agradezco al Padre Celestial ya que con su amor y su bondad me han permitido afrontar cada reto impuesto en mi vida, agradezco a mis padres porque este logro es fruto de su ejemplo de trabajo constante, al amor de mi vida por quien cada día cobra sentido y quien fue el pilar fundamental para vencer este reto con éxito y todos los que vienen por delante y por último y no menos importantes a mis docentes que me ayudaron a adquirir los conocimientos necesarios para culminar este proyecto y a todas las personas, amigos y familiares que directa o indirectamente participaron y me dieron fuerzas para lograrlo.

### **José Toral Maroto**

## **Dedicatoria**

Dedico este proyecto principalmente a Dios, por fortalecerme cada día para cumplir este logro personal.

A mi familia quienes me han brindado su apoyo incondicional para culminar esta etapa, en especial a mi compañero de vida que cree en mí y me motiva a seguir adelante.

**Danna Tola Zambrano**

Dedicado a mi padre Milton que forjó en mí el carácter, a mi madre Rosa que me mostró que la paciencia y la dedicación dan frutos enormes, a ellos, que juntos me enseñaron que la fortaleza viene de cultivar la inteligencia y del trabajo justo que me inculcaron que nada se cumple si Dios no está a tu lado. A mi hermana y mis sobrinos que son la fuerza que impide que me rinda para hacerlos sentir orgullosos, a mis compañeros que más que eso se volvieron amigos y la luz de mis ojos Danna que si no la hubiera encontrado no estuviera logrando este triunfo.

**José Toral Maroto**

## Resumen

El presente proyecto de titulación está enfocado en la implementación del modelo de gestión de documentos normativos en los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas, en el periodo 2020. En el año 2012 el Ministerio de Salud Pública impone la aplicación de documentos normativos en las instituciones de salud, en la actualidad varios hospitales no cumplen con esta disposición o manejan un proceso de documentación desordenado, es decir lo realizan de forma empírica sin una sistematización. En este trabajo se realizará la metodología que los hospitales de mayor complejidad deben seguir para manejar un proceso estandarizado para la elaboración de documentos institucionales; la implementación de estos influye en la seguridad del paciente, puesto que reducen los eventos adversos, en este sentido se analizará la prefactibilidad financiera en el ahorro de los costos derivados de errores u omisiones en la atención. Las úlceras por presión son eventos adversos costosos que se presentan con mayor frecuencia, este tipo de evento es prevenible en un 95%, por lo tanto, se detallarán los costos según su tipo y el ahorro que las instituciones de salud puede obtener con la aplicación de documentos normativos.

<b>Palabras claves:</b>	<b>Documentos normativos</b>	<b>Eventos adversos</b>	<b>Úlceras por presión</b>	<b>Prefactibilidad</b>
-----------------------------	----------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	------------------------

## Abstract

This degree project is focused on the implementation of the normative document management model in third level public hospitals in the Guayas province, in 2020 period. In 2012, the Public Health Ministry imposes the application of normative documents in health institutions, at present several hospitals do not comply with the provision or handle a messy documentation process that is to say, they do it empirically without a systematization. This job will carry out the methodology that the most complex hospitals must follow for the elaboration of institutional documents. The implementation of these influence patient safety, the implementation of these influence patient safety, in this sense, the financial prefeasibility will be analyzed to save costs derived from errors or omissions in the service. Pressure ulcers are expensive adverse events that occur more frequently, this type of event can be prevented by 95%, therefore, the costs will be detailed according to their type and the savings that health institutions can obtain with the application of normative documents.

<b>Keywords:</b>	<b>Normative Documents</b>	<b>Adverse events</b>	<b>Pressure ulcers</b>	<b>Prefeasibility</b>
------------------	----------------------------	-----------------------	------------------------	-----------------------

## TABLA DE CONTENIDO

<b>Contenido:</b>	<b>Páginas:</b>
Certificación del Tutor de Titulación.....	ii
Certificación del tribunal.....	iii
Declaración de Autoría .....	iv
Agradecimiento .....	v
Dedicatoria .....	vi
Resumen.....	vii
Abstract .....	viii
TABLA DE CONTENIDO .....	ix
LISTA DE TABLAS .....	xiii
LISTA DE FIGURAS .....	xvi
Introducción.....	xvii
CAPÍTULO I.....	1
1. Problematización.....	1
1.1 Tema.....	1
1.2 Antecedentes generales .....	1
1.3 Formulación del Problema:.....	8
1.4 Planteamiento del problema.....	8
1.5 Delimitación del Problema: .....	8
1.6 Preguntas de Investigación .....	9
1.7 Justificación e Importancia .....	9
1.8 Objetivos de la Investigación.....	15
1.8.1 Objetivo General .....	15
1.8.2 Objetivos Específicos .....	15
1.9 Conclusión .....	15
CAPÍTULO II.....	17
2. Conceptualización .....	17

2.1 Marco teórico .....	17
2.1.1 Estudio de Mercado.....	26
2.1.2 Estudio Técnico .....	28
2.1.3 Estudio Organizacional .....	29
2.1.4 Estudio Financiero .....	30
2.1.5 Estudio Económico .....	31
2.2 Marco Conceptual .....	32
2.3 Marco Referencial.....	34
2.4 Variables.....	37
2.4.1 Variable independiente: Costo de atención hospitalaria .....	37
2.4.2 Variable Dependiente: Gestión Documental .....	37
2.5 Operacionalización de las Variables .....	38
2.6 Conclusión .....	40
CAPÍTULO III .....	41
3. MARCO METODOLÓGICO .....	41
3.1 Plan de Investigación .....	41
3.2 Tipos de Investigación .....	42
3.3 Fuentes de Información .....	44
3.4 Población .....	45
3.5 Tamaño de la muestra.....	49
3.6 Conclusión .....	54
CAPITULO IV .....	55
4. FORMULACIÓN DEL PROYECTO .....	55
4.1 Análisis e interpretación de los resultados .....	55
4.1.1 Encuesta.....	56
4.1.2 Entrevista .....	69
4.1.3 Diagrama causa – efecto.....	76
4.2 Estudio de mercado .....	78
4.2.1 Análisis y Proyección de la Demanda.....	79
4.2.2 Análisis y Proyección de la Oferta.....	79
4.2.3 Demanda insatisfecha.....	80
4.2.4 Producto.....	80
4.2.5 Precio.....	83

4.2.6 Localización.....	84
4.2.7 Promoción.....	89
4.3 Estudio Administrativo .....	90
4.3.1 Planificación .....	91
4.3.1.1 Misión.....	93
4.3.1.3 Visión.....	94
4.3.1.3 Valores Institucionales.....	94
4.3.1.4 Políticas.....	95
4.3.1.5 Tipos de Políticas.....	95
4.3.2 Organigrama .....	96
4.3.3 Funciones principales.....	96
4.3.4 Gastos .....	99
4.3.1 Tipo de empresa.....	101
4.3.2 Requisitos .....	101
4.4 Estudio técnico.....	102
4.4.1 Determinación de tamaño.....	102
4.4.1.1 Factores que determinan el tamaño de un proyecto.....	103
4.4.2 Ingeniería del proyecto Flujograma .....	104
4.4.2.1 Descripción de las actividades .....	105
4.4.2.1.1 Fase de preparación.....	106
4.4.2.1.2 Formato editorial del documento.....	107
4.4.2.1.3 Soporte de comprensión.....	108
4.4.2.1.4 Codificación.....	108
4.4.2.1.4 Modificaciones del documento.....	110
4.4.2.2 Responsabilidad según tipo de documento.....	111
4.4.2.3 Estructura de los documentos.....	112
4.4.3 Accesibilidad y socialización de documentos por medio de aplicativo informático	117
4.5 Capacitación .....	117
4.6 Conclusión.....	118
CAPÍTULO V .....	119
5. PROPUESTA.....	119
5.1 Título de la propuesta.....	119
5.2 Autores de la propuesta.....	119

5.3 Empresa auspiciante.....	119
5.4 Área que cubre la propuesta .....	119
5.5 Fecha de presentación .....	119
5.6 Fecha de terminación .....	119
5.7 Duración del proyecto .....	120
5.8 Participantes del proyecto.....	120
5.9 Objetivo General de la propuesta.....	120
5.10 Objetivos específicos.....	120
5.11 Beneficiarios directos .....	121
5.12 Beneficiarios indirectos .....	121
5.13 Impacto de la propuesta.....	121
5.14 Descripción de la propuesta.....	121
5.14.1 Inversión inicial.....	122
5.14.2 Sueldos .....	123
5.14.3 Costos de la propuesta .....	124
5.14.4 Financiamiento del proyecto.....	124
5.14.5 Prevalencia úlceras por presión .....	124
5.14.6 Gastos por curaciones.....	126
5.14.6.1 Costo mano de obra .....	126
5.14.6.2 Gasto de insumos por curación .....	128
5.14.6.3 <i>Gasto de curación según prevalencia</i> .....	131
5.14.8 Proyección de ahorro mensual .....	132
5.14.9 Evaluación económica.....	132
5.14.7 Evaluación financiera .....	133
5.14.10 Escenario.....	136
5.14.11 Importancia .....	137
5.15 Metas del proyecto .....	137
5.16 Finalidad de la propuesta.....	137
5.17 Conclusión .....	138
Referencia	
Apéndice	

## LISTA DE TABLAS

TABLA 1. DETALLE DE PRESENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. ....	8
TABLA 2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	38
TABLA 3. ACCIÓN .....	42
TABLA 4. POBLACIÓN .....	47
TABLA 5. PERSONAL .....	47
TABLA 6. SIMBOLOGÍA.....	49
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN .....	50
TABLA 8. TÉCNICAS .....	52
TABLA 9. ACCESIBILIDAD .....	58
TABLA 10. DISPOSICIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS .....	59
TABLA 11. RELACIÓN .....	60
TABLA 12. INFLUENCIA DE DOCUMENTOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	62
TABLA 13. DISPOSICIÓN FORMATOS Y GUÍAS .....	63
TABLA 14. RELACIÓN: DISPOSICIÓN FORMATOS Y GUÍAS.....	64
TABLA 15. DISPOSICIÓN DEL REPOSITORIO INFORMÁTICO.....	65
TABLA 16. RELACIÓN: DISPOSICIÓN DEL REPOSITORIO INFORMÁTICO .....	66
TABLA 17. NECESIDAD DE LA METODOLOGÍA.....	67
TABLA 18. RELACIÓN: NECESIDAD DE LA METODOLOGÍA.....	68
TABLA 19. PRODUCTO .....	81
TABLA 20. FUNCIONARIOS .....	87
TABLA 21. EQUIPAMIENTO.....	88
TABLA 22. CARGO .....	89
TABLA 23. TAMAÑO .....	103
TABLA 24. RESPONSABILIDADES .....	105

TABLA 25. FORMATO .....	107
TABLA 26. SIGLAS DE DOCUMENTOS .....	109
TABLA 27. CODIFICACIÓN .....	110
TABLA 28. MODIFICACIÓN .....	110
TABLA 29. RESPONSABILIDAD SEGÚN DOCUMENTO.....	111
TABLA 30. ESTRUCTURA DE DOCUMENTO.....	112
TABLA 31. CUERPO SEGÚN DOCUMENTO.....	115
TABLA 32 . CAPACITACIÓN .....	118
TABLA 33. INVERSIÓN INICIAL.....	122
TABLA 34. GASTOS ADMINISTRATIVOS .....	123
TABLA 35. GASTOS TOTALES.....	124
TABLA 36. PORCENTAJE DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES .....	125
TABLA 37. PREVALENCIA ÚLCERAS POR PRESIÓN MENSUAL .....	125
TABLA 38. PORCENTAJE DE PREVALENCIA SEGÚN EL GRADO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN ...	126
TABLA 39. REMUNERACIÓN PERSONAL ASISTENCIAL .....	127
TABLA 40. COSTO DE SERVIDOR PÚBLICO 5 POR TIEMPO DE CURACIÓN .....	127
TABLA 41. COSTO DE SERVIDOR PÚBLICO DE SERVICIOS 1 POR TIEMPO DE CURACIÓN.....	128
TABLA 42. INSUMOS ÚLCERAS POR PRESIÓN GRADO I .....	128
TABLA 43. INSUMOS ÚLCERAS POR PRESIÓN GRADO II.....	129
TABLA 44. INSUMOS ÚLCERAS POR PRESIÓN GRADO III.....	129
TABLA 45. INSUMOS ÚLCERAS POR PRESIÓN GRADO 1V .....	130
TABLA 46. GASTO DE CURACIÓN SEGÚN GRADO ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	131
TABLA 47. GASTO DE TRATAMIENTO SEGÚN DATOS DE PREVALENCIA. ....	131
TABLA 48. AHORRO MENSUAL .....	132
TABLA 49. PROYECCIÓN DE AHORRO .....	132

TABLA 50. FLUJO NETO DE EFECTIVO.....	133
TABLA 51. TASA DE INTERÉS DE OPORTUNIDAD .....	134
TABLA 52. CALCULO DEL VAN.....	134
TABLA 53. TASA DE DESCUENTO .....	135
TABLA 54. ESCENARIOS DEL PROYECTO.....	136

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 PIRÁMIDE DE LA DOCUMENTACIÓN. ....	5
FIGURA 2 ESTANDARIZACIÓN.....	57
FIGURA 3 ACCESIBILIDAD .....	58
FIGURA 4 DISPOSICIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS.....	60
FIGURA 5 RELACIÓN .....	61
FIGURA 6 INFLUENCIA DE DOCUMENTOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	62
FIGURA 7 DISPOSICIÓN DE FORMATOS Y GUÍAS .....	63
FIGURA 8 DISPOSICIÓN DEL REPOSITORIO INFORMÁTICO .....	65
FIGURA 9 NECESIDAD DE LA METODOLOGÍA .....	67
FIGURA 10 DIAGRAMA CAUSA – EFECTO.....	76
FIGURA 11 UBICACIÓN H. TEODORO MALDONADO CARBO. ....	85
FIGURA 12 UBICACIÓN H. ABEL GILBERT PONTON .....	86
FIGURA 13 ORGANIGRAMA .....	96
FIGURA 14 FLUJOGRAMA. ....	104
FIGURA 15 FORMULA VAN .....	134
FIGURA 16 ESCENARIOS DEL PROYECTO. ....	136

## **Introducción**

En el presente instrumento se da a conocer un poco de la importancia de los documentos normativos a través de la historia y la relevancia que tienen en hospitales; por lo tanto el proyecto realiza su estudio en la provincia del Guayas orientado a los hospitales públicos de tercer nivel de la zona, con la finalidad de evidenciar los problema ante la carencia de los documentos con las mejores prácticas administrativas y asistenciales, puesto que al realizar estos de forma empírica se orienta a establecer procesos desordenados, y cuando nos referimos a hospitales este tipo de procesos pueden afectar o beneficiar la seguridad y calidad de la atención.

Para evidenciar la importancia de los documentos normativos, este proyecto se enfoca en la prevalencia de las úlceras por presión ante la ausencia de los protocolos, indagando en la prefactibilidad financiera del ahorro en los costos de la atención ante la presencia de errores y omisiones en la estancia hospitalaria.

Se realiza entrevista al personal asistencial que trabaja directamente con este tipo de eventos adversos como son las úlceras por presión, donde se determina que la ausencia de un protocolo de prevención si influye directamente en el porcentaje de prevalencia, por lo tanto en el último capítulo se verá reflejado el costo de la atención por paciente y por nivel de complejidad de las lesiones y cuanto en promedio estos hospitales de tercer nivel podrían ahorrar con una metodología para la elaboración de documentos normativos.

# CAPÍTULO I

## 1. Problematización

### 1.1 Tema

Proyecto de prefactibilidad para la implementación de un modelo de gestión de documentos normativos en hospitales públicos de tercer nivel de atención en la provincia del Guayas.

### 1.2 Antecedentes generales

La documentación nace como una necesidad de soportar información en las civilizaciones antiguas. La escritura aparece en Egipto y avanza hasta China, fue una proeza que se conservó como misterio dentro de los templos, con el tiempo se utilizaría para traspasar información o conocimiento dando origen a la historia y documentos. (Celaya, 2013)

Los documentos se encuentran como origen en el año 3000 a.C., donde se registraba información, según como fue evolucionando la humanidad el registro de la información evolucionó con ellos, al principio se encontraban en tablas de arcilla, posteriormente se evidenció el papiro, siguiendo los pergaminos y luego lo que se conoce como papel. (Ochando, 2008)

Los papiros se elaboraban de una planta acuática, era accesible pues se encontraba en el río Nilo. Se usó de manera global hasta caída del imperio egipcio, el papiro más antiguo se descubrió en la tumba del faraón Hemaka, aunque el papiro causaba mucha dificultad para el escritor y el lector. (Yubero, 2011)

Se puede observar esta evolución con las culturas más famosas de la historia, como es la egipcia donde para documentar información importante se dibujaba en piedras o pergaminos jeroglíficos, particular por su orden al escribirse, al principio su escritura era de forma vertical, luego se realizaría de forma horizontal de izquierda a derecha, curiosamente como hasta la actualidad se escribe. (Ochando, 2008) Los jeroglíficos según su nombre se denominaban como la palabra de los Dioses, como su significado refiere, la enseñanza de esta escritura solo se la realizaba a los sacerdotes, reyes y altos cargos, ellos eran los únicos que sabían leer el tipo de escritura.

Otro escrito particular de la cultura egipcia es la de los sacerdotes quien era el encargado de realizar cultos y ofrendas hacia los dioses, sus escrituras eran realizada en papiros o tela, debido a la rapidez con la que tenían que escribir, según indicaban escuchaban a los dioses. (Ochando, 2008)

Debido que los jeroglíficos no eran tan sencillos de escribir se crea la escritura hierática, era más estilizada y fácil, se la utilizó para escribir textos de forma rápida, y aunque son similares a los jeroglíficos, nada indica que descenden de ellos, pues su orden era de derecha a izquierda y su escritura era ligeramente cursiva.

Para textos legales se usaba la escritura hierática, solo eran posibles se usar los clérigos, para realizar contratos, cartas y algunos documentos de importancia. (Fernández Vite, 2015)

Posteriormente la cultura griega y romana utilizó más el papiro, fue en Grecia donde aparece el primer libro y su enfoque verdadero, debido al alfabeto que manejaban formado por 24 letras que se dividen en 7 vocales y 17 consonantes, se considera que la primera escritura alfabética fue realizada en Grecia. La escritura griega antigua se caracterizaba

por su forma de lectura, pues a diferencia de los egipcios, ellos leían de derecha a izquierda las líneas impares, y de izquierda a derecha las líneas pares.

Es importante indicar que el pergamino se ha utilizado desde el año 1500 a.C. El nombre pergamino nace de Pérgamo, un nombre de una ciudad de Grecia, es de esta ciudad donde se fabricaban los pergaminos de gran calidad. Los pergaminos fueron usados por varias décadas. Tuvieron que pasar varios años para que el pergamino tomara el lugar del papiro egipcio. Los griegos fueron la primera civilización en la escritura y es de donde nacen grandes obras literarias. (Salazar Medina, 2010)

Después de varios siglos aparece la fabricación de papel, se considera que la primera en desarrollar el papel fue la dinastía China en el año 88 a.C. y no es hasta el año 610 que este material ingresa a Japón, posteriormente a Asia central, y fueron los árabes quienes introducen el papel en España en el siglo XI.

La historia refiere que los documentos independientemente de que época o en la cultura que fueran realizados, relataban datos importantes que con el paso de los años serían accesibles a la humanidad, no solo como documentos, si no como los primeros libros o fábulas de lo que era cada cultura, es decir se escribía solo la información relevante para ellos. Con los cambios culturales se observan libros realizados en distintos materiales, como lo son: Los huesos, el barro, el papiro, bambú y seda, entre otros materiales. (Celaya, 2013)

Con el tiempo los documentos se utilizarían para transmitir conocimiento, y se crean las categorías de los mismos, donde se dividen en: Libros, publicaciones, documentación de congresos, tesis, catálogos, base de datos, repertorios, protocolos, procedimientos, entre otros.

Para que algunos documentos se dirijan hacia un sector en específico deben cumplir con normativas, más si estas están enfocadas a la salud. Se conoce que las primeras normas en documentos fueron impuestas en el continente europeo, consecuentemente algunas certificadoras internacionales, tienen un sistema que las empresas solicitantes de certificación deben cumplir, entre estas la normalización de los documentos es un requisito para su obtención.

ISO 9000 detalla que la normalización es regular o poner orden de algo específico que antes carecía del mismo. Cuando una empresa solicita la certificación ISO 9001:2015, se rige al conjunto de normas que deben tener los documentos de programas de calidad. Todos los documentos que se realizan bajo la modalidad de ISO 9001:2015 se conformarán de forma ordenada a la actividad que hace relación su información, se elabora con el consentimiento de las partes involucradas, y se realizan con base a su experiencia y estudios técnicos. (Carro & González)

La Organización Internacional de Estandarización (ISO) es una organización independiente y que no pertenece a ningún gobierno, está conformada por las demás organizaciones de estandarización que son 163 países miembros. El uso de estándares facilita la creación de documentos que sean seguros, fiables y de calidad.

La implementación de documentos normativos en los hospitales del mundo genera un orden, un sistema que debe ser guiado bajo estándares internacionales, ayudando a los hospitales a aumentar la productividad a la vez que minimizan los errores y el gasto en la atención.



Figura 1. Pirámide de la Documentación.

Nota. Tomado de “Norma ISO 9001:2015” 2015 <https://ingenioempresa.com/informacion-documentada-iso-9001/>

Es importante indicar que para elaborar documentos para hospitales se debe cumplir con requisitos dispuestos por la Organización Mundial de la Salud, misma que en el 2012 crea el manual de cómo se elaboran documentos normativos para las instituciones de salud a nivel mundial, indicando que se deben formar los comités de calidad para realizar el análisis y la corrección de estos documentos, lo que es vital para el cumplimiento de normas y estándares internacionales.

La OMS estipula que las recomendaciones en la elaboración de los documentos deben aportar información sobre lo que se puede o no modificar, para de esta manera favorecer a los resultados en la seguridad del paciente.

La finalidad de elaborar manuales es de poder respaldar los principios básicos a considerarse en la elaboración de las normas, y ofrecer asesoramiento gradual sobre los aspectos técnicos y los métodos utilizados en la elaboración de los documentos normativos de la OMS. La meta de este proyecto está orientada a garantizar que los documentos finales tengan credibilidad y satisfagan los criterios de la OMS con respecto al contenido, los métodos y la presentación; que la información sea accesible, y las recomendaciones reflejen con precisión la potencial relación con la seguridad del paciente, sean útiles y

generen un impacto positivo en la salud de la población. (OMS, Manual para la elaboración de directrices, 2010)

En el Ecuador el Ministerio de Salud Pública es el ente regulador de todos los hospitales, con base a las normas impuestas por la Organización Mundial de la Salud, decide implementar la estandarización de los documentos en el año 2012, puesto que se evidenció que no existe una guía para la elaboración de documentos, creando un manual de metodología para la elaboración de manuales hospitalarios, donde acota la diferencia entre protocolos, consentimientos informados, procesos, procedimientos, entre otros. (Dirección Nacional de Normatización del MSP, 2012, p. 4)

El MSP indica que es necesario conocer el soporte de los documentos normativos, por lo que deberán disponer el sustento jurídico para la elaboración de nuevos documentos. Como requisito para elaborar documentos deberá contar con la identificación del documento o protocolo que se debe implementar, el cuerpo principal del documento, y los elementos complementarios, como la portada, el alcance y demás.

La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS), determina que todos los hospitales del Ecuador deben mantener una estandarización en los documentos y lineamientos, utilizando herramientas técnicas que garanticen la seguridad del paciente en la atención médica.

Los documentos normativos hospitalarios son herramientas de apoyo que están relacionados directamente con la seguridad del paciente, si estos documentos son aplicados en las unidades hospitalarias se evidencia la mejora en la atención, garantizando un cuidado integral, disminuyendo errores u omisiones que pueden afectar la salud del paciente.

En un hospital público de tercer nivel del Ecuador se realizó un estudio de prevalencia, donde se evidenció que la mayor cantidad de eventos adversos que predominaban en esa institución de salud son las úlceras por presión, el mencionado estudio se enfoca en realizar una examinación de los pacientes ingresados en toda la unidad hospitalaria, dando como resultado que en el 13.76% se presenciaban úlceras por presión, el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y heridas crónicas indicó que solo el 5% son úlceras no prevenibles, ya que influyen factores como edad, limitación funcional, riesgos, tipo de piel, entre otros. Además, un factor responsable del alza de este porcentaje es la ausencia de una metodología para la elaboración de documentos normativos, es decir este tipo de proceso no está normado, no hay un orden de realización de las actividades diarias para el personal asistencial que influye directamente en este tipo de riesgos.

El 13.76% está conformado por 38 pacientes de los 276 pacientes ingresados el día que se realizó el estudio de prevalencia, sin embargo, el porcentaje de úlceras es mayor ya que varios pacientes tienen más de una úlcera.

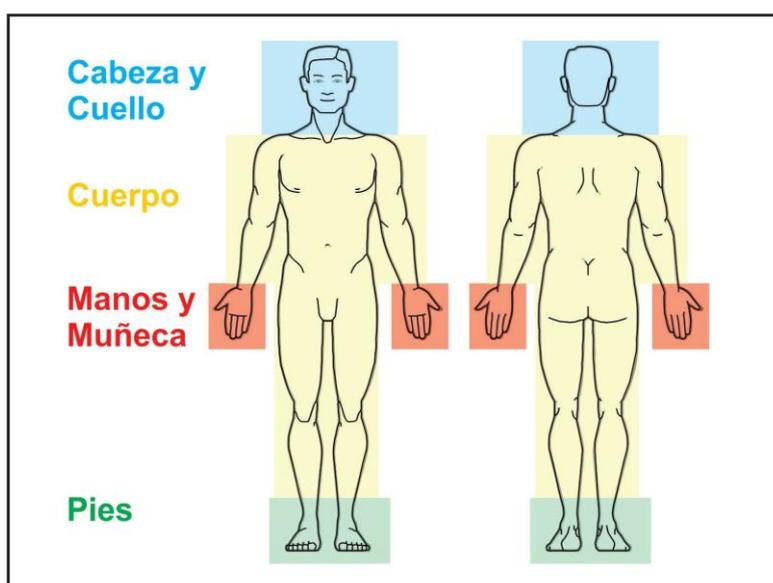


Figura 2. Prevalencia de úlceras por presión.

Nota. Adaptado del estudio de prevalencia realizado en hospital de tercer nivel, 2019.

Tabla 1.

*Detalle de presencia de úlceras por presión.*

	Femenino	Masculino	Total general	% General
<b>Cabeza y Cuello</b>	1	1	2	2,50%
<b>Cuerpo</b>	30	22	52	65,00%
<b>Manos y Muñeca</b>	2	4	6	7,50%
<b>Pies</b>	12	8	20	25,00%
<b>Total general</b>	46	35	80	100,00%

*Nota.* Adaptado del estudio de prevalencia realizado en hospital de tercer nivel, 2019

Las úlceras por presión se consideran un tipo de evento de alto costo hospitalario, por lo que al establecer una metodología de prevención se podrá proyectar un ahorro en la atención.

### 1.3 Formulación del Problema:

¿Cómo ahorrar costos en la atención de salud, con la implementación del modelo gestión de documentos normativos en hospitales públicos de tercer nivel de atención en la provincia del Guayas, en el periodo 2020?

### 1.4 Planteamiento del problema

Los eventos adversos pueden causar la muerte en los pacientes, y ocasionar costos no cuantificables ni prevenibles, por lo que ante la ausencia de documentos normativos en los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas puede aumentar el número de estos eventos, por lo que es necesario elaborar una metodología para la implementación de los documentos normativos institucionales.

### 1.5 Delimitación del Problema:

**Campo** : Gestión Empresarial.

**Área** : Financiero - Económico.

**Aspecto** : Costo de atención hospitalaria, Gestión documental.

**Tema** : Proyecto de prefactibilidad para la implementación de un modelo de gestión de documentos normativos en hospitales públicos de tercer nivel de atención en la provincia del Guayas.

**Delimitación espacial:** Provincia del Guayas

**Delimitación temporal:** Año fiscal 2020

**Línea de investigación:** Desarrollo e innovación empresarial.

### **1.6 Preguntas de Investigación**

¿Cómo afecta la prevalencia de eventos adversos en los gastos implícitos en la atención hospitalaria?

¿A cuánto ascienden los gastos mensuales que se pueden ahorrar en la atención de salud con la elaboración de documentos normativos en hospitales públicos?

¿Cómo influyen los estudios técnicos y de mercado en la capacidad operativa y aceptación de documentos normativos?

¿Qué normas internas se deben implementar en la elaboración de un flujograma para los documentos normativos?

### **1.7 Justificación e Importancia**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en beneficio de la seguridad de los pacientes, se rige bajo protocolos, procedimientos, formularios, entre otros documentos hospitalarios en las instituciones de salud.

Los documentos normativos, establecen la serie de pasos que se deben seguir para todo tipo de procedimiento que se realiza en un hospital; estos documentos son elaborados por su relevancia, con base a los reglamentos que decreta la OMS y la OPS.

Los documentos normativos a nivel hospitalario cumple un papel muy importante, determinando las actividades de los funcionarios, ahorrando costos incensarios en la atención médica, como enfoque representativo, se evidencia en la seguridad del paciente y eventos adversos, como son las úlceras por presión, al realizar un protocolo de prevención de úlceras por presión, evitamos la incidencia de estos en los pacientes, disminuyendo la estancia hospitalaria, reduciendo el costo de la atención, insumos, horas invertidas por el personal de salud, entre otros, descendiendo las estadísticas de mortalidad y previniendo costos no medibles como son las denuncias.

En el año 2017 el presidente Lcdo. Lenin Moreno dicta el decreto Nro. 135, referido a las medidas de austeridad en las instituciones públicas, eliminando las vacantes de todas las instituciones del Estado, esto influye directamente en la implementación del proyecto, puesto que se deberá crear un perfil y seleccionar entre los funcionarios ya existe en las instituciones de salud.

El presupuesto anual del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, registró en el año 2017 un valor de \$205'756.614,46 mientras que, en el año 2018, obtuvo un presupuesto anual de \$204'531.026,07 con una reducción de 1.06%, a diferencia del Hospital Abel Gilbert Ponton, quien en el año 2018 tuvo un presupuesto de 91'463.104,37 y en el año 2019 registró \$78'456.95,00 que equivale a un 14.33% menos que el presupuesto del año anterior. (Apéndice A)

Los hospitales públicos de tercer nivel en la provincia del Guayas, son dirigidos bajo la ley del Ministerio de Salud Pública (MSP); mismo que en su manual de Metodología de

Elaboración de Normas en el 2012 emite que los estándares de calidad se basan en la elaboración de los documentos normativos; la mejor alternativa para la estandarización de procedimientos es plasmarlos por escrito, tanto para conocimiento del personal como para evaluar la efectividad y eficiencia del mismo.

Se estudiará en este proyecto los costos de atención médica ante la presencia de eventos adversos, mismo que no pueden prevenirse al no existir documentos normativos, siendo complicaciones que se presentan en la atención, que pueden llegar a causar el deterioro del estado de salud del paciente, larga estancia hospitalaria e incremento en los costos de hospitalarios. En ocasiones estos eventos pueden verse reflejados en incapacidad temporal, permanente o muerte.

La (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2019) indica que 1 de cada 10 pacientes hospitalizados sufren de eventos adversos, y el 50% de ellos son considerados prevenibles, por lo que se proyecta prevenir en el primer mes con la implementación de documentos normativos el 60% de este tipo de eventos.

Los hospitales ganan reconocimiento con las certificaciones que puedan obtener, es decir dan un valor agregado a sus procesos de atención, y como requisito fundamental es necesario contar con un sistema de documentos, donde se lleva a la práctica la elaboración de protocolos, procedimientos, y otros formularios, que deben estar enfocados en la seguridad del paciente.

Es conveniente tener un flujo para la elaboración de los documentos donde se detalle la manera de cómo realizar las actividades, utilizando las mejoras prácticas, generando dinamismo y reduciendo errores. Para elaborar los documentos normativos se debe contar con la participación de varios profesionales, que posean sustento técnico, y experiencia en el proceso; la aprobación final solo es una parte más que garantiza que el documento es

validado por las autoridades competentes y que tienen relación con el procedimiento o protocolo, y posteriormente es socializado.

Hay una serie de documentos o herramientas derivadas que pueden ser desarrolladas para facilitar la implementación, por lo tanto, los estudios que se realizarán estarán enfocados en la viabilidad de este proyecto. Una vez los documentos sean aprobados deberán ser ingresados en un repositorio digital, que cumplirán la función de reproducir la información aprobada, de esta forma las normativas aprobadas serán socializadas a todo el personal, contando con un acceso abierto para los funcionarios de las instituciones de salud a través de la red interna.

Este manual estará enfocado en proporcionar una guía de pasos a seguir sobre cómo planificar, elaborar y publicar las normativas con base a las directrices del Ministerio de Salud Pública. Incluye los métodos, procesos y procedimientos para la elaboración de un documento que cumpla con los estándares de la OMS.

La implementación de una directriz debe contener como estructura el inicio del proceso de elaboración; por lo general, es de responsabilidad de las áreas de calidad de los hospitales, lo cual explica por qué es fundamental su participación en la elaboración de los requisitos. El Ministerio apoya las actividades que se realicen para promover la elaboración de documentos, ya que genera estrategias para mejorar la seguridad en todos los ámbitos que competen a un hospital.

Tales documentos o herramientas deberán desarrollar un conjunto de requisitos impuestos por las unidades de calidad; estableciendo un diagrama de flujo, detallando las actividades que describa el documento. En otras palabras, los documentos normativos son un requisito indispensable para el correcto funcionamiento de los hospitales. Este proyecto generaría un modelo de gestión documental que se enfoque en la elaboración de

documentos, asegurando la confiabilidad de la información para ver reflejadas mejoras en la atención y seguridad del paciente.

Para identificar los hospitales que se analizarán en este proyecto se determinó que el enfoque estaría direccionado a los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas, rigiéndose en el Acuerdo Ministerial 5212 Registró Oficial Suplemento 428 de 30 de enero de 2015, mismo que indica:

Art. 10.- El Tercer Nivel de Atención corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, son de referencia nacional, resuelven los problemas de salud de alta complejidad y pueden realizar, incluso, trasplantes. Tienen recursos de tecnología de punta y cuentan con especialidades y subespecialidades clínico quirúrgicas reconocidas por la ley.

En el Art. 11 se determinan los tipos de clasificación de los establecimientos de tercer nivel, donde indican los Hospitales de Especialidades:

Establecimiento de salud de la más alta complejidad con infraestructura adecuada, ¡equipamiento con tecnología de punta y talento humano especializado y acorde a su perfil de prestaciones de salud; cuenta con los servicios de consulta externa, emergencia, hospital del día e internación en las especialidades y subespecialidades clínicas y quirúrgicas reconocidas de conformidad con la ley. Dispone de cuidados de enfermería, además de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico como: centro quirúrgico y terapia intensiva (cuidados intensivos), radiología e imagen, laboratorio de análisis clínico, laboratorio de

anatomía patológica, medicina transfusional, nutrición y dietética; farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado; puede contar con rehabilitación integral, cuidados paliativos y banco de leche humana. Cumple con acciones de atención integral e integrada de la salud. Cuenta con servicio de docencia e investigación. Constituye el escalón de referencia de atención de menor complejidad y contrareferencia del Hospital Especializado en articulación con establecimientos de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de la Red Complementaria (RC).

Por lo que según lo indicado, en la provincia del Guayas se visualiza la existencia de dos hospitales públicos de tercer nivel de atención, que son: el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo (Hospital del Sur, IESS), y el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón (Hospital Guayaquil, MSP), por lo que se realizará el proyecto prefactible de la Implementación del Modelo de Gestión de Documentos Normativos en los hospitales mencionados, debido a su complejidad y la cantidad de funcionarios que laboran en estas unidades.

Según (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2019), “cada año se producen 134 millones de eventos adversos por falta de seguridad en la atención, y 2,6 millones de estos resultan mortales”, al existir un documento normatizado, se puede determinar las actividades correspondientes al personal asistencial que trabaja directamente con el paciente hospitalizado, propenso a presentar úlceras por presión, evitando con maniobras internacionales la aparición de las mismas.

## **1.8 Objetivos de la Investigación**

### **1.8.1 Objetivo General**

Analizar el ahorro en los costos de atención integral con la implementación del Modelo de Gestión de Documentos Normativos, descendiendo el porcentaje de eventos adversos y mejorar el servicio en los hospitales públicos de tercer nivel en la provincia del Guayas.

### **1.8.2 Objetivos Específicos**

- Identificar los gastos implícitos en la atención ante la presencia de eventos adversos en los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas.
- Componer un estudio financiero que analice el ahorro en los gastos de atención con la implementación de un modelo de gestión de documentos.
- Examinar la capacidad operativa y la aceptación del proyecto a través de un estudio técnico y de mercado que influya en los documentos normativos.
- Establecer un flujograma que se adapte a la implementación de la guía de gestión de documentos normativos de los hospitales públicos de tercer nivel, cumplimiento con las normas internas.

## **1.9 Conclusión**

En lo descrito en el presente capítulo, se ha evidenciado la problemática en los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas ante la ausencia de documentos normativos, se determinan los objetivos a alcanzar, con la finalidad de ver la viabilidad del proyecto.

Se establecen variables técnicas y financieras que influyen directamente en su estudio. Se direcciona el proyecto hacia el ahorro financiero de atención enfocados en la seguridad del paciente y en el costo que acarrearán los eventos adversos con la ausencia de documentos normativos.

Se mencionan las restricciones políticas, que son una barrera al momento de contratar personal, por lo que se realizará la selección entre los funcionarios que ya se encuentran laborando en los hospitales públicos, teniendo que cumplir con el perfil profesional para este proyecto. Por lo tanto, damos paso al siguiente capítulo.

## CAPÍTULO II

### 2. Conceptualización

#### 2.1 Marco teórico

##### **Prefactibilidad**

Un estudio prefactible es el análisis de las primeras etapas de un proyecto con la finalidad de determinar si es rentable y viable llegar al proceso de implementación. Según (Palella Stracuzzi & Martins Pestana , 2012) indicó que un estudio prefactible proyecta una serie de actividades conducentes a la consecución de un objetivo. “Es la unión de una secuencia de puntos que, a partir de su relación, permite concluir un trabajo.”

“La investigación debe estar presente cuando se pretende arribar a un diagnóstico de necesidades, o cuando el objetivo es probar la efectividad del plan, programa o proyecto.”  
(Fidias G., 2012, p. 22)

Por lo que se puede comprender que un proyecto de prefactibilidad debe estar compuesto por estudios donde se establezca que, para que este proyecto sea viable deberá estar enfocado en reunir la información de manera estructurada, estableciendo su viabilidad en el área técnica, financiera, legal, determinando que su inversión sea factible.

Para el proyecto de prefactibilidad de un modelo de gestión de documentos normativos, se analizará cual es el problema en estos hospitales, que tan necesario es implementar este modelo, cuanto sería el ahorro anual, y el beneficio de estas normativas, que garantizan las medidas para la elaboración de los documentos normativos y estudia los costos que serán disminuidos o eliminados en su totalidad al implementar este proyecto.

## **Costo de atención hospitalaria**

Los costos de atención hospitalaria según (Muñoz Montes, 2012) “integran la parte asistencial y administrativa, donde se evidencian los resultados obtenidos, para la toma de decisiones, influyendo en el mejoramiento de la calidad, gastos en los insumos y prestaciones de servicio.”

Los costos forman un campo en donde hacen convergencia los trabajos de los equipos técnico-médicos y el financiero. Dentro de los costos hospitalarios se los divide según (Arroyave Loaiza & Jarrillo Soto, 2018), en costos fijos y variables, estos dependen de las políticas institucionales, recursos hospitalarios, presupuesto, estrategias de compras, administración de personal, administración de inventario, procesos utilizados para almacenamiento, entre otros.

Así mismo indica que el nivel de los costos fijos a nivel hospitalario influye en la toma de las decisiones en el uso de los recursos. Los administradores hospitalarios son responsables de ubicar los costos fijos en un punto estratégico de esta manera no afectara el servicio y la mejora de los resultados.

Los costos fijos en la atención hospitalaria muy altos, son representación del bajo uso de las capacidades empleadas, demostrando que son costos ineficientes, y se suman al costo diario de la atención del paciente. Los costos variables a diferencia están relacionados con la cantidad de servicios que posee cada unidad hospitalaria, es decir el costo varía según la atención brindada, como ejemplo los medicamentos, no todos los pacientes atendidos lo necesitan, y depende de la especialidad el tipo de medicamento prescrito.

Atención Médica: La OMS en el año 2012, estableció el programa de Alianza Mundial

de Seguridad del paciente, donde identifica a que la seguridad influye como un mecanismo de evidencia total en la calidad de la atención, influyendo en la toma de medidas que mejoren el funcionamiento y sobre todo disminuya el riesgo del entorno.

El concepto de una buena atención va ligado del diagnóstico y prevención de las enfermedades, cuando se habla de mejorar la calidad de los servicios, incurren la toma de decisiones y los factores que comprometen la salud a los pacientes, manteniendo un control en la seguridad del paciente, no solo disminuirán los riesgos, si no que reducirá el costo de la atención, mermando la enfermedad y controlando los factores intrahospitalarios que pueden afectar una alta médica.

La atención médica debe estar basada en normas de calidad, trato personalizado, comunicaciones permanentes entre los pacientes y el personal de salud, permitiendo mejorar el nivel de cuidado y satisfacción del usuario ayudando a perfeccionar la calidad. Las condiciones no adecuadas en la vida cotidiana, pueden atraer infecciones ya que se debilita la resistencia inmunológica de los pacientes. Cuando un paciente tiene una larga estancia hospitalaria esta propensa a aumentar los costos de la atención.

Según (Estados Unidos Mexicanos Salud, 2012) indicó que en un estudio en Harvard realizado en Nueva York con 30,000 pacientes hospitalizados, 4% sufren algún tipo de evento durante la hospitalización relacionado directamente con la seguridad del paciente, el 70% de estos eventos causan incapacidad temporal y el 14% causan acontecimientos letales para el paciente; cabe destacar que esta información es solo de medidas de eventos, no detallan la cantidad de costos en recursos que involucran como medicina, insumos, personal, estancia hospitalaria.

Úlceras Por Presión: Según (Tena, 2015) las úlceras por presión son lesiones cutáneas

que por falta de oxigenación afectan a los pacientes hospitalizados, generalmente se forma en una saliente ósea, causando una llaga, existiendo otros factores que contribuyen a la formación de los mismos. Estas úlceras por presión, se clasifican en subtipos, que son:

Grado I: Son prevenibles y si se atienden a tiempo, tienen un periodo corto de duración con curaciones, se evidencia porque la piel no se visualiza dañada, pero al tocar la rojez no se torna blanco.

Grado II: Se considera un signo de alarma, su curación es un poco más extensa, comprometen la dermis y epidermis.

Grado III: Estas lesiones comprometen el tejido celular, cuando está infectada la herida, estos tienen un olor particular.

Grado IV: Son lesiones que llegan a comprometer el hueso, viseras, cartílago, entre otras estructuras, que cuando son sometidas a largos periodos de presión, pueden verse afectados. En este tipo de grado es normal observar tejido necrótico, siendo estos los que comprometen la vida del paciente en peligro.

Los costos de las úlceras por presión varían, dependiendo el grado de la úlcera, paciente, periodo de curaciones, día hospitalización y demás factores que contribuyen a la curación de las mismas. Según (Ocronos, 2019) considera que para que un paciente desarrolle una úlcera por presión, hay varios factores que contribuyen a este riesgo, como piel, edad, inmovilidad prolongada o permanente, escaso riego sanguíneo, y otros que son analizados con la escala de branden, con la finalidad de medir define un rango de 1 a 15 puntos, siendo el mayor un riesgo bajo y el menor un riesgo alto.

## **Gestión documental**

En (Font Aranda, 2013) indicó que la gestión documental es un campo de la gestión cuyo material son los datos, medios y sistemas utilizados en la creación de documentos y en los procesos de almacenamiento de los records en cualquier organización. Su propósito es lograr la mejor recuperación y exploración de los datos, sosteniendo esos medios y sistemas y reducir el costo y mejorar la eficiencia de la creación de los records y los procesos de tratamiento de los mismos.

Según Font el sistema de gestión documental tiene la función de almacenar, administrar y controlar los flujos de los documentos que pertenecen al ámbito normativo de cada empresa, en este caso se enfoca en la implementación del modelo de gestión de documento normativos en los hospitales públicos de tercer nivel de atención en la provincia del Guayas, donde predomina la ausencia de protocolos de atención, incumpliendo estándares que impone el ente regulador.

Según (Quilumbaquin, 2014, p. 9) indicó: La gestión documental, constituida por el conjunto de normas técnicas y prácticas usadas para administrar el flujo de documentos, es una actividad casi tan antigua como la escritura, que nació debido a la necesidad de “documentar” o fijar actos administrativos y transacciones legales y comerciales por escrito para dar fe de los hechos.

Enfocado en lo que dice Quilumbaquin, el área de gestión documental, deberá organizar el flujo de los documentos, y mantendrá de forma física los documentos normativos aprobados por los directivos, con sus respectivas firmas, deberán ser ingresados al aplicativo de documentos normativos, donde el usuario interno puede tener

acceso y conseguir la información de forma ágil, su localización podrá ser realizada mediante el buscador del aplicativo de gestión documental, donde la información habrá sido ingresada de manera ordenada, agilizando su ubicación en las búsquedas realizadas por carpeta u orden alfabético.

Según (Cruz Mundet, 2006 ) el sistema de gestión documental no es más que el tratamiento archivístico al que se someten los documentos en las primeras fases del ciclo de vida, orientado a una explotación más eficaz, eficiente, y económica de los mismos por parte de las organizaciones, durante el tiempo que son necesarios por la gestión administrativa, la toma de decisiones y la obtención de pruebas. Aseverando que la gestión de documentos es el conjunto de tareas y procedimientos orientados a lograr una mayor eficacia y economía en la explotación de los documentos por parte de las organizaciones.

Es decir, Cruz asegura que un modelo de gestión de documentos normativos debe concluir en la distribución por medios digitales que facilita la reproducción de forma ágil de los documentos, mismos que serán accesibles a los colaboradores de cada empresa, donde esto beneficiara la economía, por el ahorro de hojas en las reproducciones físicas, mejorando el modelo de gestión documental y administrativo.

Si un documento no se encuentra subido en la plataforma o sistema se entenderá que no fue aprobado por los directivos correspondientes, o que aún está en trámite para su revisión y aprobación, de esta manera se verán reflejados solo los documentos validados y listos para su utilización.

El control de los documentos debe estar vigente y ser metodológico, manteniendo informado al personal de los hospitales con las correcciones, nuevos formularios,

protocolos, disposiciones o procesos que se realicen para mejorar el servicio de atención a los pacientes o usuarios externos. Mantener un orden puede beneficiar a la administración y conservar la información disponible y actualizada.

Según (Font Aranda, 2013) en su tesis de grado indicó que el Diccionario de Terminología Archivística, (1974) editado por el Consejo Internacional de Archivos, define el término Gestión de Documentos como un aspecto de la administración general relacionado con la búsqueda de la economía y eficacia en la producción, mantenimiento, uso y destino final de los documentos. No existe una traducción exacta en español de gestión documental o gestión de documentos, mucho tiempo se ha usado el término en inglés records management, algunas traducciones han utilizado: registros (records), documentos de archivo, documentos administrativos, documentos corporativos, administración de documentos.

Considerando el criterio de Font, establece el proceso a realizar para la administración de los documentos, vinculado a la economía, manteniendo el uso de todos los formatos, garantizando la integridad del destino de los documentos. Para los hospitales los formatos se definen por codificación interna para determinar el tipo de documento y área a la que pertenece.

Según (Quito Barragán, 2015, p. 31) indicó que la gestión documental abarca el ciclo de vida completo de los documentos, es decir, el tratamiento secuencial y coherente que se da a los documentos desde que se producen o reciben en las distintas unidades hasta el momento en que son eliminados o conservados, en función de su valor testimonial o

histórico como fuente para el conocimiento de la trayectoria de la Universidad.

Quito asiente que los documentos tienen periodo de vida, es decir que en cada documento después de un tiempo deberán ser modificados debido al cumplimiento, se realizarán nuevos documentos con mejores estrategias y objetivos enfocados a la necesidad actual de la institución, por lo que generalmente cuando un documento cumple su ciclo de vida se comunicara el cambio de versión y las actualizaciones del requisito comprometido.

Según (Quito Barragán, 2015, p. 31) en su tesis de grado indicó: “Un Sistema de Gestión Documental basado en una INTRANET permitirá lograr un mejor desarrollo de los procesos al interior de una institución, como en la elaboración, recepción, distribución, trámite, organización, consulta, conservación y disposición final de los documentos”

Establece que la Intranet, o red interna de una institución facilitando de forma efectiva el almacenamiento de los documentos, permitiendo que se mantenga intacto, favoreciendo la conservación del original y facilitando el acceso a la información de forma digital a todos los usuarios internos de una institución.

Según (Puebla Álvarez, 2015) en su tesis de grado indicó que en síntesis, la Gestión Documental es fundamental para abarcar toda la información de un documento o grupo de documentos de forma organizada con el objetivo de que la búsqueda se torne fácil, rápida, efectiva y aligere los procesos de una empresa de acuerdo con sus necesidades, brindando mayor seguridad a la información mediante la definición de reglas para el acceso de los usuarios. La gestión de documentos reduce los costos;

además del espacio físico, tiempo y colabora con el medio ambiente, por cuanto disminuye notablemente el gasto de papel.

Las diversas funcionalidades en la gestión documental permiten acceder a un sistema de red interna, que benefician a los funcionarios a que la información proporcionada por la institución sea de fácil acceso, facilita los procesos, agilitando el trabajo, mejorando los servicios, de esta manera reducir los costos de mantenimiento de los archivadores, disminuye el uso innecesario de los espacios físico destinado para archivar documentos, formularios, protocolos, entre otros, reduciendo de manera importante el abuso de las impresiones o copias de los documentos, ahorrando en papelería.

Según (Mejia, 2005, p. 35) el conjunto de instrucciones en las que se detallan las operaciones para el desarrollo de los procesos de la gestión documental al interior de cada entidad, tales como producción, recepción, distribución, trámite, organización, consulta, conservación y disposición final de los documentos.

Las capacitaciones dentro de los hospitales para el uso del sistema de gestión documental son de vital importancia, garantiza la viabilidad del sistema, realizando una comparación de que tan factible se vuelve al estar el personal capacitado para la utilización de este sistema.

Según (Sánchez, O. 2010, p. 139) “hoy en día cualquier entidad, con independencia de su tamaño, utiliza aplicaciones informáticas para su gestión documental; como son los paquetes integrados, aplicaciones a medida, entre otras”.

Sistema de Gestión de la Calidad: Según (ISO 9001:2015, 2016), cita a Crosby (1996) “determinó que la calidad es el cumplimiento de normas y requerimientos precisos.”

Direccionándolo al proyecto presentado, la calidad cumple una parte fundamental en la elaboración de documentos normativos, porque ayudan al proceso de la metodología y al cumplimiento de las normas y requisitos necesarios para el buen funcionamiento institucional.

(Méndez Rosey , 2013) cita como concepto de calidad a Joseph M. Juran, indicando que la palabra calidad tiene varios significados siendo el más representativo: “Calidad consiste en libertad después de la deficiencia”, ante la ausencia de documentos normativos, se evidencia el aumento de eventos adversos mismos que son prevenibles, como son las úlceras por presión, según los datos proporcionados en la conferencia con Chile, el porcentaje admisibles es de menos del 4%, por lo que en los hospitales de tercer nivel de provincia del Guayas se evidencia un porcentaje mayor al 14% reflejado en el estudio de prevalencia realizado.

El sistema de gestión de calidad está ligado a la verificación de los procesos y la reducción de costos que se atribuyen a la mala administración de la empresa, para mejorar, es necesario ser constante estableciendo métodos dirigidos a la mejora continua. Los procesos según (ISO 9001:2015, 2016) “son un conjunto de actividades que se interrelacionan para obtener resultados”, definiendo de esta forma que mediante los procesos de calidad y gestión documental se podrán lograr los objetivos planteados y esperados.

### **2.1.1 Estudio de Mercado**

El estudio de mercado es el factor más analítico, porque precisa la delimitación a estudiar, se fija la cantidad de la interrogante a investigar, analizando las entradas como las salidas a invertir. (Sapag S. , 2008)

Todo análisis del estudio de mercado, el precio del proyecto, determina que tan factible es la ejecución de la implementación del modelo de gestión de documentos normativos, el ingreso y la demanda de este modelo. Este mercado está enfocado en el sistema de salud, entonces se deberá determinar el costo que se invertirá en el Modelo de Gestión documental. (Sapag S. , 2008)

(Randall, 2007, p. 90), puntualizó el estudio de mercado de este modo: "La recopilación, el análisis y la presentación de información para ayudar a tomar decisiones y a controlar las acciones de marketing."

Para especificar, el estudio de mercado, revalida la necesidad de una acción inmediata ante la demanda descontenta de un sector en específico, o aumentar su satisfacción en el servicio ofertado. En este caso el estudio del modelo de gestión de documentos normativas para los hospitales públicos de tercer nivel en la provincia del Guayas donde se determinará la necesidad que tiene este sector en específico para la implementación del mismo.

Concluyendo, la finalidad del proyecto es decidir el enfoque técnico del estudio del mercado, analizando la productividad inmejorable para el uso eficaz de los recursos utilizables para la elaboración del servicio ambicionado. Del estudio de mercado se realiza una selección de la funcionabilidad adecuada con base a las necesidades de los hospitales, de esta manera se podrá cuantificar el precio de la ejecución del proyecto. (Sapag S. , 2008)

Estudia el precio de la ejecución del proyecto, el desarrollo de las diferencias en la adquisición del sistema, en comparación con los demás hospitales. Con respecto a la implementación del sistema se deberá facilitar el costo de operación. (Kloter & Armstrong, 2013, p. 36).

### 2.1.2 Estudio Técnico

Según (Sapag S. , 2008) especificó que “el estudio de la viabilidad técnica determina si es físicamente posible hacer el proyecto”. El estudio técnico podrá definir la probabilidad de la ejecución del estudio a realizar, analizando los costos de la producción del modelo de gestión de documentos normativos, capacitación de los requisitos para la elaboración de estos documentos y operación del mismo. (p. 123)

(Sapag S. , 2008) indicó que: una de las conclusiones de los estudios es que se deberá definir la función de producción que optimice el empleo de los recursos disponibles en la producción del bien o servicio del proyecto. De aquí podrá obtenerse la información de las necesidades de capital, mano de obra y recursos materiales, tanto para la puesta en marcha como para la posterior operación del proyecto. (p. 24)

Al definir la actividad en la obtención del modelo, se poseerá un análisis específico de la producción del servicio en el proyecto. La información de los costos, recursos a invertir, personal capacitado para poder ejecutar la elaboración del sistema, y efectuar el trabajo realizado. Según (Rosales, 2009, p. 18) definió que un “estudio técnico permite proponer y analizar las diferentes opciones tecnológicas para producir los bienes o servicios que se requieren, lo que además admite verificar la factibilidad técnica de cada una de ellas.”

Posterior a los estudios técnicos, se pondrán en marcha las diferentes alternativas para ejecutar el proyecto, analizando la viabilidad por cada información obtenida, en este caso el sistema de gestión de documental para los hospitales públicos de tercer nivel en la provincia del Guayas. En esta parte se puede hacer un enfoque técnico de los profesionales

de salud que realizaran los documentos normativos, debido a su conocimiento la información se vuelve fiable.

La información cualitativa y cuantitativa participa en la obtención de los resultados en el estudio, para establecer los costos de inversión, analizando las variables estudiadas, para optimizar los gastos y mejorar la calidad del sistema a realizar.

### **2.1.3 Estudio Organizacional**

(Webnode, 2014) indicó que el estudio organizacional busca determinar la capacidad operativa de la organización dueña del proyecto con el fin de conocer y evaluar fortalezas y debilidades y definir la estructura de la organización para el manejo de las etapas de inversión, operación y mantenimiento. Es decir, para cada proyecto se deberá determinar la estructura organizacional acorde con los requerimientos que exija la ejecución del proyecto y la futura operación. Específicamente, el objetivo del estudio organizacional es determinar la Estructura Organizacional Administrativa óptima y los planes de trabajo administrativos con la cual operara el proyecto una vez este se ponga en funcionamiento. Del estudio anterior, se deben determinar los requerimientos de recursos humanos, de locación, muebles y enseres, equipos, tecnología y financieros para atender los procesos administrativos.

Se establece este estudio para el análisis de la capacidad operativa de cada institución o área, dependiendo de cómo se realice el proyecto y hacia dónde va dirigido, de esta manera se planifican los costos a invertir en la capacitación del personal y como se

dividirá el trabajo, quienes revisaran que el flujo se cumpla y que el personal técnico reciba la inducción para la elaboración de documentos, de esta manera los encargados de la gestión documental obtendrán un soporte técnico y organizacional, pudiendo obtener el resultado deseado para poder viabilizar el éxito de este proyecto, complementa la información relevante del estudio financiero, analiza las posibles reinversiones que se puedan necesitar en la operación, equipamiento, documentación y analiza las inversiones asociadas al proyecto, e investiga instituciones alternas que hayan implementado un modelo de documentos normativos.

#### **2.1.4 Estudio Financiero**

Según (Sapag S. , 2008) determina que los objetivos de esta etapa son ordenar y sistematizar la información de carácter monetario que proporcionaron las etapas anteriores, elaborar los cuadros analíticos y datos adicionales para la evaluación del proyecto y evaluar los antecedentes para determinar su rentabilidad. La sistematización de la información financiera consiste en identificar y ordenar todos los ítems de inversiones, costos e ingresos que puedan deducirse de los estudios previos. (p. 29)

Este estudio determina la rentabilidad del proyecto, analizando su precedente, considerando las inversiones a realizarse, ordenando los posibles costos de la inversión, para comprobar que tan productivo es ejecutarlo. Analizando la información del autor, se necesita información de la posible causa que se puedan presentar en este proyecto, en el caso de los hospitales, se analiza los costos del personal capacitado para realizar las funciones en la gestión de documentos normativos, el costo a invertir será analizado, por

consiguiente, se investigaran los costos del financiamiento del proyecto, la factibilidad y rapidez con que el sistema se podrá utilizar.

Según (Sapag S. , 2008) detalló que la evaluación del proyecto se realiza sobre la estimación del flujo de caja de los costos y beneficios. La existencia de algunas diferencias en ciertas posiciones conceptuales en cuanto a que la rentabilidad del proyecto puede ser distinta a la rentabilidad para el inversionista, por la incidencia del financiamiento, hace que más adelante se dedique un análisis especial al tema. (p. 30)

La rentabilidad o beneficios de una inversión no siempre se ven reflejados en ingresos económicos, sino en la calidad de la atención de cada organización, si se agiliza un proceso que tardaba 10 días a 5 días, el servicio mejorara y sus clientes o usuarios se sentirán satisfecho. Además, si se reducen los errores en la atención se verá directamente evidenciado como ahorro en la disminución de los costos hospitalarios.

### **2.1.5 Estudio Económico**

Los tipos de inversiones que se puedan realizar se analizan en este estudio, precisa la postura de hacia dónde va dirigida la inversión a realizar, se debe determinar el costo del proyecto, el periodo de duración para ejecutar el proyecto, los gastos no previstos en la ejecución del mismo, se debe hacer un estudio de las posibilidades de salir del presupuesto asignado.

Las inversiones deben ser analizadas desde tres puntos:

Como se realizará el financiamiento del proyecto, se deben estimar los costos y gastos que se ejecutaran en la implementación de este estudio, por lo que el costo de este modelo es sin confusión de equipos de oficina y conocimiento técnico.

Inversiones en Activo fijo; generalmente hace moción a los bienes tangibles, o intangibles, especificando a los mobiliarios de la compañía o en estudios o sistemas.

Inversión en activos circulantes; este tipo de inversión especifica el costo de la ejecución del proyecto, estableciendo cuales son los medios de financiamiento para poder implementar el modelo de gestión de documentos normativos.

Gastos previos preoperatorios; estos son los gastos que se realizan en el estudio del proyecto, los diseños que tendrán, la funcionalidad, correcciones, toda investigación realizada donde pueda determinar que esta ejecución es factible o no y los cambios que se deben realizar para que sea viable.

## 2.2 Marco Conceptual

**Formulario:** “Documento que contiene una plantilla estándar (formato) generado por la institución o por una institución externa cuyo objetivo es registrar información como producto de la realización de las actividades dentro de un proceso”. (MSP, 2017)

**Protocolo:** “Son instrumentos de aplicación, de orientación eminentemente práctica, ilustrando los pasos esenciales en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con una patología o síndrome determinado.” (ISO, 2015)

**Procedimiento:** “Documento en que se describe la secuencia pormenorizada de acciones que se deben llevar a cabo para cumplir etapas de una norma o protocolo.” Documento en que se describe la secuencia pormenorizada de acciones que se deben llevar a cabo para cumplir etapas de una norma o protocolo. (ISO, 2015)

**Proceso:** “Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto.” (ISO, 2015)

**Ámbito de aplicación:** Describe dónde y quién(es) está(n) sujeto(s) a aplicar la norma. Además, describe los casos, circunstancias y condiciones en que su aplicación no es válida. (Instituto Ecuatoriano de Normalización, 1990)

**Documento normativo:** “Texto escrito que describe las especificaciones técnicas, acciones o estudios que dirigen la asistencia sanitaria a los usuarios de los servicios de salud, así como de las demás áreas. Estos documentos guían la actividad profesional y se pueden utilizar para evaluar la atención en general”. (Dirección de Normatización del MSP, 2012)

**Documento obsoleto:** “Aquellos documentos que no se encuentran vigentes, puede ser por tiempo superior a 2 años y por lo tanto existe una nueva versión; o los que por algún cambio o nueva disposición no deben seguir siendo aplicados”. (Dirección de Normatización del MSP, 2012)

**Formato:** “Forma, tamaño y modo de presentación de una cosa, especialmente de un libro o publicación semejante”. (Dirección Nacional de Procesos, 2017)

**Instructivo:** “Instrumento de carácter técnico expedido por Autoridad competente, en el que se detallan de forma ordenada los pasos a seguir para la aplicación de un reglamento o norma, o para la ejecución de alguna actividad”. (Dirección de Normatización del MSP, 2012)

**Manual de área:** Documento que en forma explícita, detallada, ordenada y sistemática contiene información o instrucciones del funcionamiento, servicios que brinda y personal de una Unidad. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

**Plan de acción:** Es una presentación resumida de las tareas que deben realizarse por ciertas personas, en un plazo de tiempo específicos, utilizando un monto de recursos

asignados con el fin de lograr un objetivo dado. (Organización Panamericana de la Salud, 1990)

**Plan:** Registra la información de una planificación por un tiempo determinado. (MSP)

**Política:** Intenciones y dirección de una organización, como las expresa formalmente su alta dirección o su órgano de gobierno. (ISO, 2016)

**Protocolo asistencial:** Son instrumentos de aplicación, de orientación eminentemente práctica, ilustrando los pasos esenciales en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con una patología o síndrome determinado. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

**Secuencia:** Serie de elementos que se suceden unos a otros y guardan relación entre sí. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

### 2.3 Marco Referencial

Según la MSc. Odalys Font Aranda, en su tesis doctoral de la Universidad de Granada (2013), donde su tema es: “Implementación de un Sistema de Gestión Documental en la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas, Cuba: Facultad de Ciencias de la Información y de la Educación.”

En su resumen indicó la elaboración de mecanismos para que los documentos sean clasificados, que ayuden a las secretarías en su gestión diaria, para llevar el control y registro adecuado, debido a que se observa una problemática ya investigada se aplicara, debido a los resultados obtenidos, modificándolo hasta que su ejecución sea materializada como fue descrita, se impartirán capacitaciones para que su manejo sea permanentes y mejorar el sistema y situación de las carpetas, archivos y demás documentos.

A diferencia de lo que menciona la Msc. Odalys Font Arana el enfoque de este proyecto, va direccionado al personal asistencial y administrativo de los Hospitales públicos de tercer nivel en la provincia del Guayas, con la finalidad de elaborar una guía que sirva como base para la estructura de los documentos normativos, posteriormente asegurar que sean accesibles a los usuarios internos de cada institución, favoreciendo la atención y la seguridad de los pacientes; el flujo inicia con la capacitación al personal que elaborará el documento, una vez realizado el documento es revisado por el jefe inmediato de la unidad para comparar información técnica, posteriormente se envía al área de documentos normativos, para revisar que el formato cumpla con los requisitos establecidos, con un enfoque metodológico de la información pues ya ha sido revisado por dos profesionales con conocimiento sobre el protocolo, proceso o procedimiento elaborado, se envía a los directivos correspondientes para su revisión, una vez aprobado la información será accesible desde una aplicación que se encontrará en la plataforma de red interna, para protección de los documentos, protocolos, consentimientos informados, formularios, entre otros, por lo que el uso digital de la información permitirá disminuir el uso indebido de papelería, control de copias controladas, acceso remoto desde cualquier parte del hospital y si se necesita algún formulario estará a disposición de los funcionarios, así garantiza una atención enfocada en la seguridad del paciente.

En la investigación que realizan las enfermeras Ximena Villarroel y Naldy Febré en la revista SciELO (2016), con el tema: “Característica de documentos utilizados para estructurar las Políticas Internas relacionadas a las metas internacionales de Seguridad de Pacientes”.

En su resumen especifica la importancia que tienen los documentos normativos, indicadores y protocolos, indicando que es necesario evaluar los documentos hospitalarios

direccionados a la seguridad de los pacientes, evitando de esta forma los errores que potencializan los riesgos intrahospitalarios; menciona que la ausencia total de documento, los indicadores mal estructurados y el incumplimiento de los criterios de calidad pueden afectar la integridad de los pacientes.

Según lo indicado por Villarroel y Febré, los documentos normativos en el ámbito hospitalario están relacionados directamente con la seguridad del paciente, sirven como herramientas de apoyo para estandarizar procesos, con la aplicación de estos materiales se reducirán significativamente los eventos adversos, que no solo pueden llegar a causar limitaciones temporales o permanentes, muerte; si no, que aumentan los costos de la atención que pueden ser prevenibles. Para la elaboración de documentos normativos es necesario cumplir con los criterios técnicos de calidad, sistematizando las actividades, reduciendo los errores y asegurando la eficacia de la atención.

En el artículo que realizan Pablo Cabello Granado y José Arévalo Velasco, en la revista SciELO (2016), con el tema: “Estimación del coste sanitario de las úlceras por presión en pacientes lesionados medulares”, comentó que el costo de atender este tipo de heridas varía según su estadio, va desde tipo I hasta tipo IV, siendo esta última en la que el sistema de salud invierte una mayor cantidad de recursos, que incluyen, medicina, sala de curaciones, día cama, entre otros, a través de campañas se trata de reducir la incidencia de estas lesiones.

En relación al artículo de Cabello y Arévalo, el presente proyecto, como evidencia de la importancia de los documentos normativos en las unidades hospitalarias, demostrara la prefactibilidad a través del estudio financiero, donde determinara el ahorro en los costos de atención, ya que al estandarizar las actividades asistenciales se puede reducir el porcentaje de úlceras por presión.

Se realizó un estudio de prevalencia para analizar el porcentaje de úlceras en los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas, el margen no prevenible es de  $<0.5\%$ , este porcentaje se enfoca en los pacientes que tienen un riesgo mayor, con limitada movilidad, y su porcentaje puede estar asociado a quemaduras o pacientes críticos. Por lo tanto, se consideran todos los factores que pueden influenciar directa o indirectamente en los costos de atención en este tipo de patología.

## **2.4 Variables**

### **2.4.1 Variable independiente: Costo de atención hospitalaria**

Los costos de atención hospitalaria según (Muñoz Montes, 2012) “integran la parte asistencial y administrativa, donde se evidencian los resultados obtenidos, para la toma de decisiones, influyendo en el mejoramiento de la calidad, gastos en los insumos y prestaciones de servicio.”

### **2.4.2 Variable Dependiente: Gestión Documental**

Según (Quilumbaquin, 2014, p. 9) indicó: La gestión documental, constituida por el conjunto de normas técnicas y prácticas usadas para administrar el flujo de documentos, es una actividad casi tan antigua como la escritura, que nació debido a la necesidad de “documentar” o fijar actos administrativos y transacciones legales y comerciales por escrito para dar fe de los hechos.

## 2.5 Operacionalización de las Variables

Tabla 2.

*Operacionalización de las variables*

Variable Independiente:	Costos de atención hospitalaria				
	Conceptualización	Categoría	Indicadores	Ítems	Técnicas
Los costos de atención hospitalaria según (Muñoz Montes, 2012) “integran la parte asistencial y administrativa, donde se evidencian los resultados obtenidos, para la toma de decisiones, influyendo en el mejoramiento de la calidad, gastos en los insumos y prestaciones de servicio.”	Estudio de Mercado	Inversión	Entradas y Salidas	¿Qué medidas usaría para estandarizar los procesos en su unidad?	Encuestas al personal asistencial y administrativo de los hospitales públicos de tercer nivel del Guayas.
	Estudio Financiero	Costo de inversión	Ahorro de costos		

---

**Variable Dependiente: Sistema de Gestión Documental.**


---

Conceptualización	Categoría	Indicadores	Items	Técnicas
Según (Quilumbaquin, 2014, p. 9) indica: La gestión documental, constituida por el conjunto de normas técnicas y prácticas usadas para administrar el flujo de documentos, es una actividad casi tan antigua como la escritura, que nació debido a la necesidad de “documentar” o fijar actos administrativos y transacciones legales y comerciales por escrito para dar fe de los hechos	Estudio Organizacion al	Estructura organizaciona 1	¿Cree usted que sería importante disponer de documentos que orienten a las mejores prácticas en la manera de realizar sus actividades diarias?	Entrevistas con los directivos de los hospitales públicos de tercer nivel en la provincia del Guayas.
	Estudio Económico	Costo de Capital  Inversión Total	¿Cree usted que estandarizar los procedimientos en unidades hospitalarias ayude a reducir errores en la atención?	

---

## **2.6 Conclusión**

En el capítulo antes descrito señala la terminología que se utilizará en este proyecto, citando además información relevante sobre las variables, los artículos y tesis de titulación mencionados determina la dependencia que existen sobre la gestión documental, los costos de los eventos adversos y la seguridad del paciente relacionado con los documentos normativos. Se detallan los estudios prefactibles que se desempeñaran de guía en el siguiente capítulo.

## CAPÍTULO III

### 3. MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1 Plan de Investigación

Bibliográfico: Según el autor (Palella, 2010), define: el diseño bibliográfico, se fundamenta en la revisión sistemática, rigurosa y profunda del material documental de cualquier clase. Se procura el análisis de los fenómenos o el establecimiento de la relación entre dos o más variables. Cuando opta por este tipo de estudio, el investigador utiliza documentos, los recolecta, selecciona, analiza y presenta resultados coherentes. (p. 87)

En este caso se elige el diseño bibliográfico, debido a la información que se recolecta para analizar el estudio de los riesgos de implementar el modelo de gestión de documentos normativos de los hospitales públicos de tercer nivel en el Guayas, se guarda la información obtenida de la investigación, y se desarrollan resultados acordes al análisis de la indagación realizada. La demostración favorable en el estudio fundamentará la elaboración del flujo de la documentación normativa, para su elaboración, revisión, aprobación y difusión.

Para la (Universidad Pedagógica Experimental Libertador, 2011, p. 5) la investigación de campo es: El análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos

característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. Los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad; en este sentido se trata de investigaciones a partir de datos originales o primarios.

El uso de diseño de campo facilitará la manera que debería ser implementado el modelo de gestión de documentos normativos, basándose en normas, reglamentos o imposiciones dispuestas por las entidades de regulación de los hospitales, dando viabilidad al proyecto, de esta forma se puede pronosticar las posibles causas de fallas en el flujo, o en el control de la ejecución del uso en el sistema de difusión de la información de los documentos aprobados. Se realizarán entrevistas y encuestas donde se obtendrá información relevante, estructurada directamente con el campo de estudio.

### 3.2 Tipos de Investigación

Es el estudio de los tipos de investigaciones que se consideren pertinentes, tomando en cuenta el tema de la investigación propuesta. (Gonzalez, 2009, p. 72)

Tabla 3.

*Acción*

<b>Explorativo</b>	<b>Explicativo</b>	<b>Descriptivo</b>	<b>Correlacional</b>
La investigación exploratoria es aquella que se efectúa sobre un tema u objeto desconocido o	“Su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué	Según (Meyer, 2006) “El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar	En este tipo de investigación se persigue fundamentalmente determinar el grado en el cual las variaciones en uno o varios factores son concomitantes con la variación en otro u otros

---

poco estudiado, condiciones a conocer las factores. La existencia y fuerza por lo que sus se situaciones, de esta covariación resultados manifiesta, o costumbres y normalmente se determina constituyen una por qué se actitudes estadísticamente por medio de visión relacionan predominantes a coeficientes de correlación. Es aproximada de dos o más través de la conveniente tener en cuenta dicho objeto, es variables” descripción que esta covariación no decir, un nivel **(Hernández,** exacta de las significa que entre los valores superficial de **2006)** actividades, existan relaciones de conocimientos. (p.108). objetos, procesos causalidad, pues éstas se (Fidias G., 2012, y personas” determinan por otros criterios p. 22) (p. 23) que, además de la covariación, hay que tener en cuenta. (Tamayo, 2003)

---

Nota: Adaptado de Autor: Tamayo, M (2003), Meyer (2009), Hernández (2006), Fidias (2012)

Los tipos de investigación que se utilizarán para el proyecto son: explicativo por la relación que debe existir entre las variables a estudiar, y descriptivo porque describe las actividades del personal que está involucrado en el proceso de la elaboración de los documentos normativos en los hospitales públicos de tercer nivel, y analizar la situación y actitudes del personal al implementar estos documentos que se convertirán en normas para las actividades laborales cotidianas, donde se definirá el flujo de las atención médicas.

De esta forma se podrá realizar una investigación enfocada a la implementación del modelo de gestión de los documentos normativos, la aceptación del personal y el costo de

inversión de este proyecto para cada hospital público de tercer nivel en la provincia del Guayas.

### **3.3 Fuentes de Información**

Se denominan fuentes de información a diversos tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento. Conocer, distinguir y seleccionar las fuentes de información adecuadas para el trabajo que se está realizando es parte del proceso de investigación. (Universidad de Alcalá, s.f.)

Las fuentes de información abarcan conocimientos difundidos, que sirve para desarrollar las técnicas a realizar en la investigación del proyecto. Estas fuentes se dividen en primarias y secundarias, que están compuestas por libros, revistas, boletines, catálogos, entre otros; es donde se obtiene la información que sustentará la investigación realizada del modelo de gestión de documentos normativos.

Las fuentes primarias según (Santesmases Mestre, 2009) indica, que los datos primarios son los más idóneos para que se puedan adaptar a los propósitos de la investigación, sin embargo, tienen un costo elevado, superior al de los secundarios. Agrega además que la encuesta es la obtención de información por medio de la comunicación ya que se efectúan preguntas contenidas en un cuestionario sobre el objeto de la investigación a la población de interés o a una muestra de ella, a través de entrevista personal, por correo, teléfono, correo electrónico, página web, etc. (p. 75)

Las fuentes primarias despuntan por su información fidedigna, donde la investigación seguirá un rumbo hacia el enfoque necesario, con la ayuda de monografías, entrevistas, entre otros; su enfoque especifica el costo mayoritario al de las fuentes secundarias, puesto que la investigación deberá trascender y su información deberá salir de la suposición y precisar el enfoque del estudio.

Según (Méndez, 2011) cuando el investigador recoge directamente la información, para esto se necesita ejecutar técnicas adecuadas que suministren la información obtenida. (p. 28)

Las fuentes secundarias recopilan datos encontrados en las fuentes primarias, facilitan el acceso de la información de las fuentes primarias, se las menciona específicamente cuando las fuentes primarias no son fiables, o carecen de información, las fuentes secundarias, se analizan desde la práctica de otras investigaciones, generalmente se consiguen de una información ya existente, a diferencia de las primarias donde se descartar o se afirmara la suposición de un hecho en la investigación que se realiza. De este modo expandimos el tema a investigar y planificamos los tipos de documentos que se utilizaran para la investigación del modelo de gestión de documentos normativos.

Recuperado de: (Silvestrini, M. y Vargas, J., 2008)

### **3.4 Población**

La población es el conjunto de todos los elementos de la misma especie que presenta una característica determinada o que corresponden a una misma definición y a cuyos elementos se les estudiarán sus características y relaciones. Es definida por el investigador y puede estar integrada por personas o por unidades diferentes de personas. (Gonzalez, 2009, p. 72)

Según González se entiende que la población es determinada según la muestra y el sector que defina el proyecto, dependiendo de la zona geográfica o la población de estudio se especifica si es una población finita o una población infinita, en este caso la población a estudiar está determinada por los hospitales públicos de tercer nivel en la provincia del Guayas, dentro de esta zona se observa que se encuentran ubicados dos hospitales, Teodoro Maldonado Carbo y Abel Gilbert Ponton, y son los funcionarios de estas dos unidades de salud quienes participan directamente en la población a examinar, es decir la muestra está limitada a la cantidad de funcionarios que laboran en estos hospitales, por lo que se determina que la población a de este proyecto es finita.

### **Población Finita**

Determina (Fidias G., 2012, p. 22) que la población finita no es más que “agrupación en la que se conoce la cantidad de unidades que la integran. Además, existe un registro documental de dichas unidades.” (p.82)

En este estudio se determinó la cantidad exacta que laboran en los hospitales públicos de tercer nivel en la provincia del Guayas, lo que concluye con que la muestra a realizar se practicará con base a la información facilitada por los hospitales, adicional se realizará la delimitación de la muestra para la ejecución de las encuestas.

### **Población Infinita**

Se puede definir como población infinita un grupo incalculable de personas que viven en un sector amplio. Si el número de población finita es extenso, se considerará estadísticamente la infinita. Recuperado (Reyes, 2013)

### Delimitación de la población

Tabla 4.  
*Población*

ELEMENTOS	CANTIDAD
GUAYAS	4'082,359
GUAYAQUIL	2'644,891
HOSPITALES PÚBLICOS DE TERCER NIVEL EN LA PROVINCIA DEL GUAYAS	4,732

Nota. Tomado de "INEC" 2010.

### Muestra de la Población

Para permitir el proyecto prefactible y definir la muestra se delimitará cuáles son los hospitales donde se realizará el análisis o estudio, en este proceso se ejecutará en los dos hospitales públicos de tercer nivel en la provincia del Guayas, según (Rodríguez A. B., 2003, p. 102) indica que la "muestra constituye una parte de los elementos de la población que reúne características de todo el conjunto o universo que han previamente seleccionados utilizando cualquier tipo de muestra."

Tabla 5.

*Personal*

HOSPITALES PÚBLICOS DE TERCER NIVEL EN LA PROVINCIA DEL GUAYAS	PERSONAL
HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO	3036
HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON	1696
Total	4732

Nota. Tomado de: *Hospital Teodoro Maldonado Carbo* (Nov, 2018)  
*Hospital Abel Gilbert Ponton* (enero, 2019)

Con la información obtenida se observa que el 1,7% de la población de Guayaquil trabaja en estos dos hospitales de tercer nivel, donde se atienden aproximadamente 60,000 pacientes mensuales por la consulta externa, la normal ejecuta un sistema de atención enfocado a garantizar una atención con calidad, el uso de gestión documental de manera indirecta afecta al menos el 42% de los pacientes atendidos, en el caso de los pacientes atendidos por el hospital Teodoro Maldonado Carbo, si el personal asistencial desconoce alguna norma emitida por la autoridad no podrá realizar su trabajo sin el conocimiento de los documentos y dependiendo del área donde laboren su desconocimiento puede afectar con gran magnitud la seguridad de los pacientes.

### **Tipos de muestra**

#### **Representativa:**

“La muestra representativa de una población de tamaño N, pueden seleccionarse muchas muestras de tamaño n, pero sólo serán representativas de las poblaciones aquellas que puedan identificarse como miniuniversos.” (Gonzalez, 2009, p. 72)

Según especifica González, la población es determinada por el número específico de personas, y solo los que se encuentren en el espacio a estudiar forman parte de un entorno o miniuniverso, que será representativo para la investigación.

Una muestra es un miniuniverso, cuando contiene elementos con las características relevantes de la población y en la misma proporción, es decir, si el universo está compuesto por 70% hombres y 30% mujeres, la muestra debe estar conformada con el 70% de hombres y el 30% de mujeres. (Gonzalez, 2009, p. 72)

Es decir, especifica la forma de ejecución de la como la muestra debe ser realizada, detallando el procedimiento para la obtención de una muestra completa de la población, implementado en los hospitales se realizaría una muestra mayor al personal asistencial y menor al personal administrativo.

### **Estratificadas:**

Según (Rodríguez A. B., 2003, p. 102) indicó que “este tipo de muestra se utiliza cuando los elementos de la población son heterogéneos y consiste en dividir la población en grupos o estratos de elementos que tienen características semejantes.”

Lo que explica Rodríguez es que las muestras no se determinan no solo por el sexo, si no por una característica que podría diferenciar los grupos en poblaciones separadas.

### **3.5 Tamaño de la muestra**

Tabla 6.

*Simbología*

SÍMBOLO	SIGNIFICADO	VALOR
$n$	Número de muestra	?
$N$	Universo	4732
$Z$	Nivel de confianza 95%	1.96
$P$	Probabilidad de que ocurra el evento	50%
$Q$	Probabilidad de que no ocurra el evento	50%
$e$	Margen de error	7%

### **Formula:**

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(N-1)e^2 + Z^2 P Q}$$

$$n = \frac{3.84 * 0.50 * 0.50 * 4732}{10.93 + 3.84 * 0.50 * 0.50}$$

$$n = \frac{4198.8688}{11.8879}$$

$$n = 353.21 \approx 353$$

La muestra es de 353 personas que se dividirá según su perfil profesional y cargo. Se lo realizará de la siguiente forma:

Tabla 7.

*Distribución*

Personal	Número
<b>Médicos</b>	144
<b>Administradores</b>	71
<b>Enfermeros</b>	64
<b>Auxiliares en Enfermería</b>	38
<b>Auxiliares de Servicio</b>	36
Total	<b>353</b>

### **Métodos y técnicas de la investigación**

Los autores (Blasco Mira & Pérez Turpín, 2007, p. 25), indicaron que la investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural y como sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas, utiliza variedad de instrumentos para recoger información como las entrevistas, imágenes, observaciones, historias de vida, en los que se describen las rutinas y las situaciones problemáticas, así como los significados en la vida de los participantes.

La investigación cualitativa relaciona las personas que participarán en el proyecto, analizando los datos que se obtendrán, como su enfoque natural ante la implementación de este estudio, para realizar el enfoque viable a la ejecución de este planteamiento, se basa en la conducta humana.

Según (Manuel, 2018) el método inductivo se vale del uso del razonamiento para generar conclusiones acertadas sobre un evento, partiendo de hechos aceptados como válidos, para llegar a conclusiones, cuya aplicación sea de carácter general, iniciándose con un estudio individual de los hechos. Como resultado de su ejecución, se formulan conclusiones universales que se postulan como leyes, principios o fundamentos de una teoría. Pueden distinguirse cuatro pasos esenciales:

- Observación de eventos y fenómenos, para su registro y consideración
- Clasificación y estudio de la información obtenida, a fin facilitar el análisis.
- La derivación inductiva, que a partir de los hechos unifica las ideas sueltas, resultando en una generación de nuevos paradigmas.
- Contrastación, o comparación del resultado de los análisis.

Se emplea el método inductivo por la aceptación de este proyecto, pues su viabilidad se fija en la obligación de la ejecución de la documentación normativa, se facilita un análisis, la observación del flujo a seguir, la unión de las ideas para realizar en forma unificada un solo concepto, el instructivo para mejorar la aplicación de la norma, realizando una comparación de los resultados, con los que se deseaban obtener.

Según (Rodríguez Peñuelas, 2010, p. 10) son “las técnicas, son los medios empleados para recolectar información, entre las que destacan la observación, cuestionario, entrevistas, encuestas.”

Se considera como técnicas de investigación a todos los recursos usados para aseverar que la información obtenida es infalible, su recolección de datos se gestiona mediante encuestas, entrevistas, formularios, entre otros.

Tabla 8.

*Técnicas*

TÉCNICAS	INSTRUMENTO
Encuesta	Cuestionario
Entrevista	Formulario
Diagrama	Causa – Efecto

### **Procedimiento de la Investigación**

Entrevistas: el objetivo de una entrevista es obtener una información específica basada en preguntas que el entrevistador o investigador proporciona al investigado. Posterior a las respuestas obtenidas se verán reflejados otros datos de interés para el estudio. En este proyecto las entrevistas serán dirigidas a dos sectores de los hospitales, una va enfocada a los altos mandos como son los directores de las dos unidades de salud, y la segunda encuesta se direccionará a los coordinadores y jefes de las unidades que están directamente relacionados con la elaboración de los documentos.

La entrevista es importante porque refleja las opiniones, conducta, expectativas que los funcionarios tienen y que con la observación es casi imposible predecir, por lo que en

ocasiones los resultados de esta técnica facilitan que el investigador tenga un conocimiento más amplio sobre el interés de los implicados.

Adicional se realizará un segundo formato de entrevista, direccionado al personal asistencial que está en contacto directo con el paciente, con la finalidad de indagar en los costos relacionados con las úlceras por presión, y el ahorro financiero que se alcanzaría si se disminuye la incidencia de estos eventos con la implementación de los documentos normativos.

Las preguntas en las entrevistas son abiertas por lo que es necesario que la pregunta sea clara y entendible para el entrevistado, evitando respuestas erróneas.

Encuestas: las encuestas son preguntas que se formulan a una cantidad de persona según el número que indique la muestra, de esta manera se reunirá información o la opinión de un grupo de personas que tienen relación directa con el proyecto, es decir con los funcionarios de los hospitales.

Cuando se usa la encuesta en un proyecto prefactible los resultados estadísticos son fáciles de analizar, este método es de bajo costo y se usa para obtener la opinión ante una situación.

Las encuestas se preparan enfocadas en los objetivos específico del proyecto, se determina la población a la cual se le realizara el cuestionario de preguntas, basado en el resultado de la muestra, posteriormente se selecciona el personal, se realiza el trabajo de campo.

Posterior se realizará el análisis de las entrevistas y las encuestas donde se evidencia la tendencia de la información recolectada, es decir hacia donde está dirigida la opinión de la encuesta y cuáles son los intereses de los directivos entrevistados referente a sus

hospitales, si los funcionarios aceptan o no la implementación del modelo de gestión de documentos normativos, su metodología a seguir y el flujo establecido para realizarlo.

Se realiza un cuadro de los datos obtenidos y se valida la información, para pronosticar las reacciones de los funcionarios al momento de implementar el modelo que mejoraría eficazmente la calidad de la atención y los procesos que se manejan en los hospitales público de tercer nivel, estableciendo criterio y flujos en los trabajos cotidianos.

### **3.6 Conclusión**

En presente capítulo especifica los instrumentos de investigación que se utilizaran para determinar la viabilidad del proyecto y la orientación de la población. Delimitamos la población hacia los dos hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas, siendo los funcionarios que laboran en estas instituciones los beneficiarios directos del proyecto, se toma en consideración un total de 353 funcionarios, 177 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo y 176 en el Hospital Abel Gilbert Pontón. A continuación, se da paso al siguiente capítulo.

## CAPITULO IV

### 4. FORMULACIÓN DEL PROYECTO

#### 4.1 Análisis e interpretación de los resultados

Para poder obtener un sustento técnico de la información antes descrita es necesario que a través de herramientas se pueda medir la prefactibilidad de ejecutar este proyecto, por lo que se decide realizar las encuestas y entrevistas. Las encuestas son herramientas que facilitan la obtención de información para dar solución a un problema, posterior a la recopilación de la información se realiza un análisis de viabilidad del proyecto.

Según (Rodríguez M. , 2010) citó “la encuesta es el principal instrumento de investigación, de tal modo que las preguntas diseñadas para medir las variables de la investigación se incluirán en el programa de entrevistas.” Es decir, de una encuesta bien estructurada se puede obtener preguntas que serán utilizadas en las entrevistas, facilitando el trabajo del investigador, siendo este preciso, concreto y definido.

La entrevista se encarga de obtener datos proporcionados por una persona identificada, que generalmente posee un cargo en la empresa o unidad en la que se espera implementar el proyecto, por lo que se podría decir que facilita información fidedigna, proporcionada por una fuente importante que puede realizar cambios decisivos en el estudio.

Los puntos de vista y conocimientos diferenciales entre los participantes a quienes se les realiza la entrevista, proporcionan varios criterios que benefician a la investigación, cuestionando de esta manera si es factible realizar un sistema de gestión de documentos normativos.

#### 4.1.1 Encuesta

Para la encuesta se tomó como muestra 353 profesionales de la salud distribuidos en partes iguales en los dos hospitales de tercer nivel públicos de la provincia del Guayas. Esta encuesta fue realizada a los 5 cargos de salud de mayor incidencia dentro de los dos hospitales, dándole relevancia en un mayor porcentaje a los médicos con un 41% pues en ellos recae el mayor peso de uso de documentos normativos como herramienta de protección en el caso de las auditorías sobre incidentes en salud y de apoyo para las prácticas asistenciales; y en segundo lugar la parte administrativa con un 20% donde intervienen todos los procesos que permiten mantener la correcta continuidad de las atenciones hospitalarias.

Se puede identificar según los datos obtenidos que el 87% del personal cuenta con títulos universitarios, con un mayor porcentaje correspondiente a un 43% de trabajadores con títulos de tercer nivel y solo un porcentaje del 13 % que solo han culminado sus estudios básicos, lo cual indicaría que son los que no tienen conocimientos previos en el uso de documentos normativos.

La muestra fue dividida en 5 rangos de edades, el primero de 20 a 30 años con 93 personas representando un 26%, el segundo con 168 personas que van desde los 31 a 40 años, el tercero conformada por individuos entre 41 a 50 años representando un 16% equivalente a 57, el cuarto entre 51 a 60 años con un 8% que son 29 personas y el último de más de 61 años que equivale al menor porcentaje con solo 6 encuestados con un 2%; lo cual nos pauta que el mayor rango se encuentra entre 31 a 40 años con un 48% y la siguiente un rango menos, lo cual representa que la población más elevada presenta características de adaptabilidad por las condiciones propias de su edad y una mayor probabilidad de tener buena actitud en el uso de aplicaciones informáticas.

De los 353 encuestados se pudo determinar que el 47% son mujeres y el 53% hombres; por lo cual al no presentar mayor distancia entre rangos se podría aseverar que los resultados son relacionados a personas de ambos sexos.

**1) ¿Cree usted que estandarizar los procedimientos en unidades hospitalarias ayuda a reducir errores en la atención?**

Tabla 8.

*Estandarización*

<b>Estandarización de procedimientos</b>	
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	0
Neutral	24
De acuerdo	95
Totalmente de acuerdo	234
<b>Total general</b>	<b>353</b>



*Figura 1 Estandarización*

*Nota.* Adaptado de las encuestas realizadas en los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas, 2019.

Interpretación: Según los encuestados un 66% que corresponde a 234 encuestados indica que están totalmente de acuerdo y 95 con un 27% se encuentran de acuerdo, en que la estandarización de procesos ayuda a reducir los errores en la atención, esto debido a que los dos hospitales de nuestra población pasaron por procesos de certificación internacional incluyendo esto como criterios en los estándares establecidos.

2) **¿Cree usted que sería importante tener accesibles documentos que orienten a las mejores prácticas en la manera de realizar sus actividades diarias?**

Tabla 9.

*Accesibilidad*

<b>Accesibilidad de los documentos</b>	
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	0
Neutral	28
De acuerdo	87
Totalmente de acuerdo	238
<b>Total general</b>	<b>353</b>

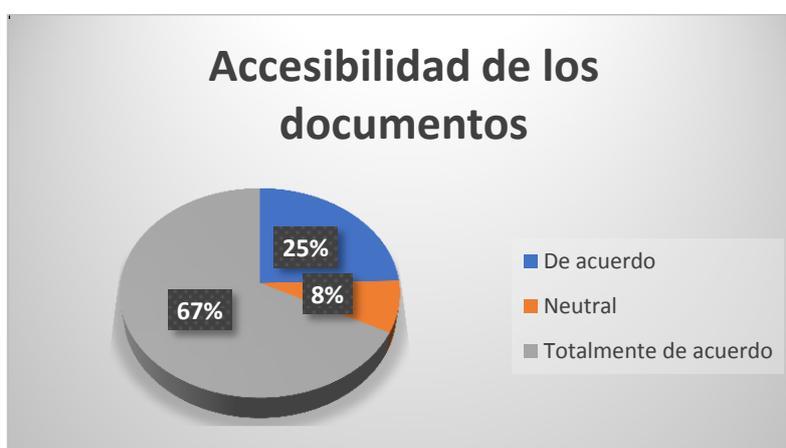


Figura 2 Accesibilidad

Nota. Adaptado de las encuestas realizadas en los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas, 2019.

Interpretación: Con base a los resultados podemos identificar que 238 individuos representando el mayor porcentaje con un 67% están totalmente de acuerdo y 87 de acuerdo presentando un 25%, se encuentran positivos ante que las accesibilidades de los documentos orientasen a las mejores prácticas para realizar sus actividades diarias, en este sentido, la metodología deberá estar orientada a brindar el fácil acceso al momento de necesitar la orientación mediante dicha documentación.

**3) ¿Considera usted que su hospital debería de disponer de documentos normativos (protocolos procedimiento, entre otros)?**

Tabla 10.

*Disposición de documentos normativos*

<b>Disposición de documentos normativos</b>	
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	0
Neutral	32
De acuerdo	96
Totalmente de acuerdo	225
<b>Total general</b>	<b>353</b>



Totalmente de acuerdo	14.45%	8.50%	5.95%	14.16	20.6	63.74%
<b>Total general</b>	<b>20.11%</b>	<b>10.76%</b>	<b>10.20%</b>	<b>18.13</b>	<b>40.7</b>	<b>100.00</b>
				%	8%	%

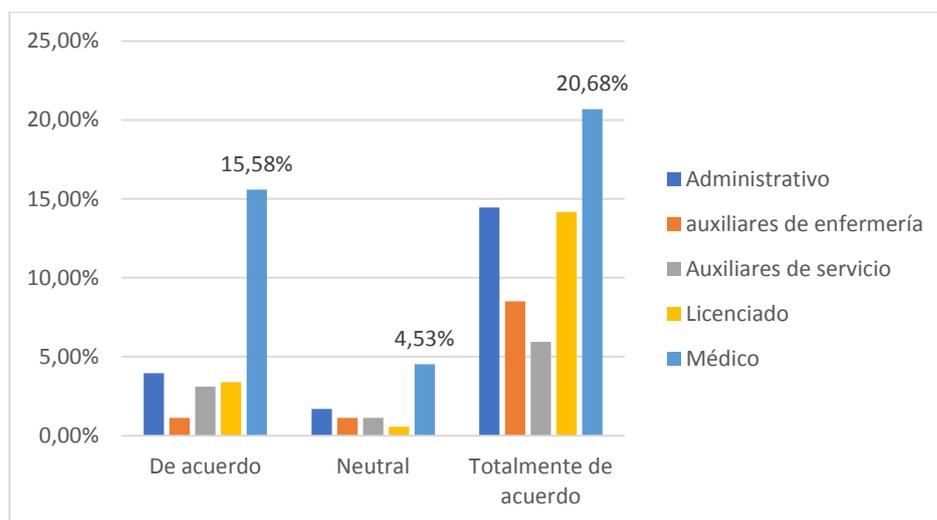


Figura 4 Relación

Nota. Adaptado de las encuestas realizadas en los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas, 2019.

Interpretación: Sobre la disposición de Documentos normativos se presentó el mayor número de individuos neutrales ante la consulta, por lo cual se identificó que el grupo de mayor prevalencia con respecto a la premisa anterior fue el personal médico con un 4,53% sobre el 9,07% equivalente a todo el personal de este rango, esto debido a que los médicos confían mucho más en su criterio personal que otros profesionales de la salud. Ante esto la metodología tiene que trabajar mucho con los aspectos que aseguran la confiabilidad de la documentación normativa.

4) **¿Cree usted que tener documentos de fácil acceso con las mejores prácticas para realizar los procedimientos de atención médica, influya en mejorar la seguridad del paciente?**

Tabla 12.

*Influencia de documentos en seguridad del paciente*

<b>Influencia de los documentos en la seguridad del paciente</b>	
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	0
Neutral	22
De acuerdo	93
Totalmente de acuerdo	238
<b>Total general</b>	<b>353</b>

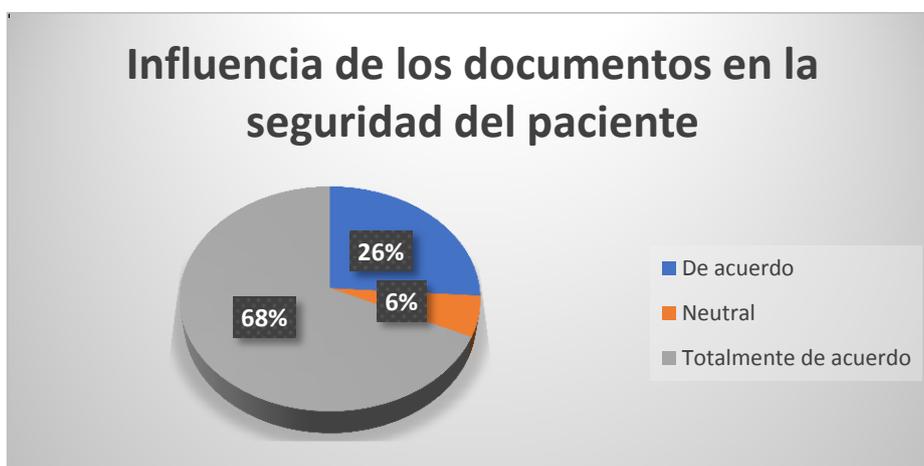


Figura 5 Influencia de documentos en seguridad del paciente

Nota. Adaptado de las encuestas realizadas en los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas, 2019.

Interpretación: Ante la consulta sobre la influencia de los documentos normativos el 68% se mostró totalmente de acuerdo mientras que el 26% de acuerdo, en que tener documentos de fácil acceso promoverán el cometer menos errores u omisiones en la

atención de salud, lo cual mejorara la seguridad del paciente; no teniendo ninguna respuesta negativa ante la relación anterior.

**5) ¿Cree usted que para levantar esta clase de documentos se debería tener a disposición formatos y guías para facilitar su elaboración?**

Tabla 13.

*Disposición formatos y guías*

<b>Disposición formatos y guías</b>	
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	4
Neutral	22
De acuerdo	86
Totalmente de acuerdo	241
<b>Total general</b>	<b>353</b>

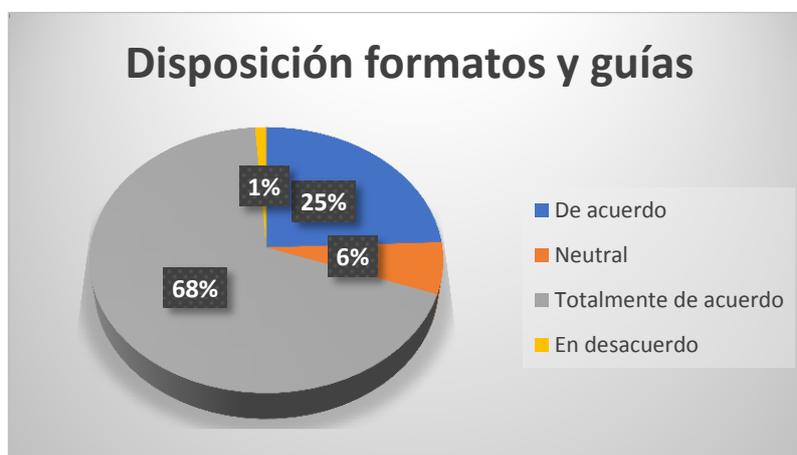


Figura 6 Disposición de formatos y guías

Nota. Adaptado de las encuestas realizadas en los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas, 2019.

Tabla 14.

Relación: Disposición formatos y guías

<b>Relación: Disposición formatos y guías - Cargo</b>							
<b>Etiquetas de fila</b>	<b>Administrativo</b>	<b>auxiliares de enfermería</b>	<b>Auxiliares de servicio</b>	<b>Licenciados</b>	<b>Médicos</b>	<b>Total general</b>	
Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0	0	0	
En desacuerdo	0	0	0	0	4	4	
Neutral	2	2	2	4	12	22	
De acuerdo	17	2	12	10	45	86	
Totalmente de acuerdo	52	34	22	50	83	241	
<b>Total general</b>	<b>71</b>	<b>38</b>	<b>36</b>	<b>64</b>	<b>144</b>	<b>353</b>	

Interpretación: El 68% de los encuestados respondió estar totalmente de acuerdo en que se disponga de formatos y guías para facilitar la elaboración de documentos, mientras que el 25% de acuerdo; de los 353 de la muestra solo 4 indicaron no estar de acuerdo, correspondiente a personal médico, esto siguiendo el concepto de que este tipo de profesionales confían más en su criterio personal que en guías o directrices externas.

- 6) **¿Considera usted que, para facilitar el acceso a los documentos normativos, su unidad deba disponer de un repositorio informático para acceder desde cualquier punto?**

Tabla 15.

*Disposición del repositorio informático*

<b>Disposición del repositorio informático</b>	
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	10
Neutral	26
De acuerdo	91
Totalmente de acuerdo	226
<b>Total general</b>	<b>353</b>

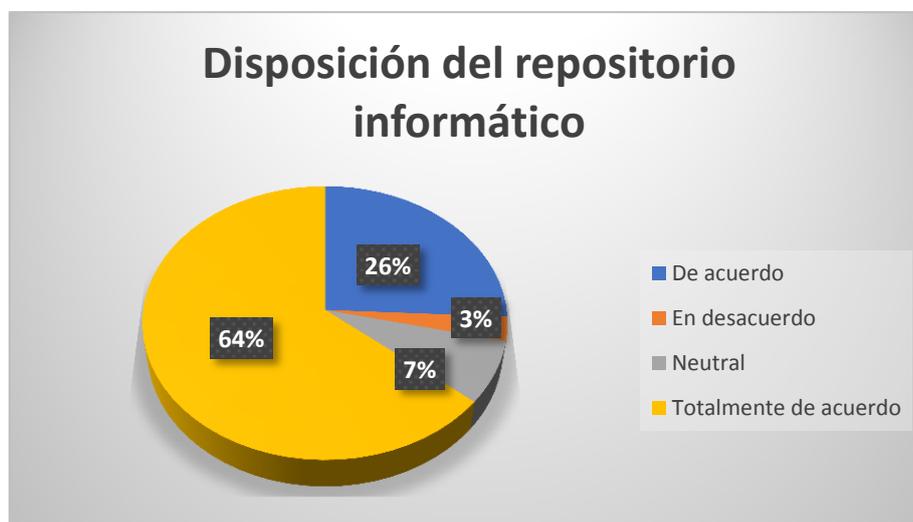


Figura 7 Disposición del repositorio informático

Nota. Adaptado de las encuestas realizadas en los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas, 2019.

Tabla 16.

*Relación: Disposición del repositorio informático*

<b>Relación: Disposición del repositorio informático - Cargo</b>						
<b>Etiquetas de fila</b>	<b>Administrativo</b>	<b>auxiliares de enfermería</b>	<b>Auxiliares de servicio</b>	<b>Licenciados</b>	<b>Médicos</b>	<b>Total general</b>
Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0	0	0
En desacuerdo	0	0	0	0	10	10
Neutral	4	2		2	18	26
De acuerdo	15	4	17	16	39	91
Totalmente de acuerdo	52	32	19	46	77	226
<b>Total general</b>	<b>71</b>	<b>38</b>	<b>36</b>	<b>64</b>	<b>144</b>	<b>353</b>

Interpretación: Según la información obtenida 226 colaboradores de salud están totalmente de acuerdo y 91 de acuerdo representando un 90% en conjunto de aceptación, en que un repositorio informático facilitaría el acceso a los documentos normativos, presentándose de la misma forma solo un 3% equivalente a 10 médicos los cuales no estarían de acuerdo, al preferir que los documentos de sus áreas sean dispuestos de manera física en las mismas.

7) ¿Consideraría usted fundamental contar con una metodología que controle la elaboración, aprobación y distribución de este tipo de documentos?

Tabla 17.

*Necesidad de la metodología*

<b>Necesidad de la metodología</b>	
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	4
Neutral	26
De acuerdo	103
Totalmente de acuerdo	220
<b>Total general</b>	<b>353</b>

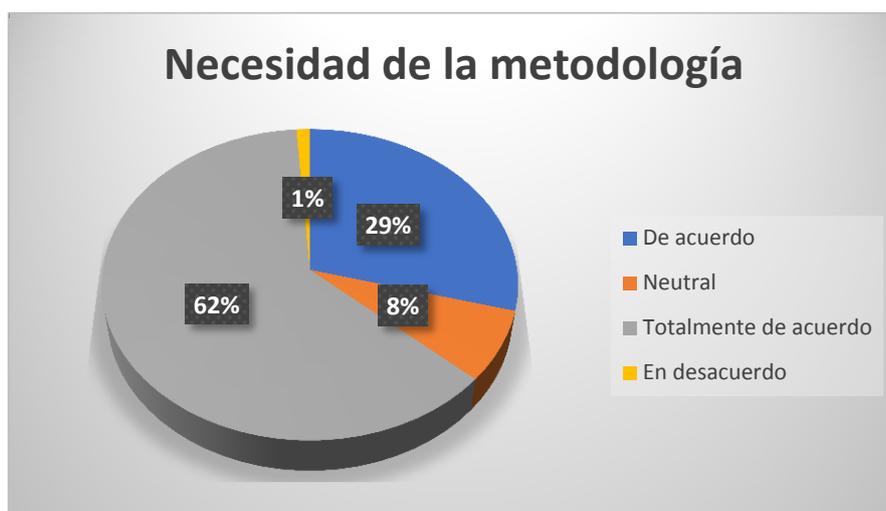


Figura 8 Necesidad de la metodología

Nota. Adaptado de las encuestas realizadas en los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas, 2019.

Tabla 18.

*Relación: Necesidad de la metodología*

<b>Relación: Necesidad de la metodología - Cargo</b>						
<b>Etiquetas de fila</b>	<b>Administrativo</b>	<b>auxiliares de enfermería</b>	<b>Auxiliares de servicio</b>	<b>Licenciado</b>	<b>Médico</b>	<b>Total general</b>
De acuerdo	15	4	22	14	48	103
En desacuerdo	0	0	0	0	4	4
Neutral	6	4		2	14	26
Totalmente de acuerdo	50	30	14	48	78	220
<b>Total general</b>	<b>71</b>	<b>38</b>	<b>36</b>	<b>64</b>	<b>144</b>	<b>353</b>

Interpretación: Con base a lo anterior podemos determinar que el 62% está totalmente de acuerdo con la necesidad contar con una metodología de control y un 29% de acuerdo, no obstante 4 médicos no están de acuerdo conservando relación, pero en menor porcentaje con los criterios de desacuerdo anteriores; por lo cual se puede evidenciar que el personal considera necesaria esta metodología para asegurar la correcta elaboración y control de estos documentos.

#### Análisis general de la encuesta

Se evidencia que de los 353 encuestados, funcionarios de los hospitales públicos de tercer nivel de atención de la provincia del Guayas, están de acuerdo con la implementación de este modelo, la variable en desacuerdo es mínima, y se proporcionan en

3 preguntas, en donde su mayor índice de desacuerdo es de 10 funcionarios. En consideración es factible realizar este proyecto al evidenciar que su positivismo es por la necesidad de manejar una metodología para la elaboración de los documentos normativos institucionales.

Importante: Los rangos de edades, sexo y nivel de estudio no presentaron información muy relevante para realizar aseveraciones sobre las consultas formadas, ni afectaron las respuestas obtenidas por lo cual no se citó relaciones en los análisis realizados.

#### **4.1.2 Entrevista**

##### **Análisis de la entrevista 1 (apéndice 4):**

Con el objetivo de obtener y contrarrestar información esencial fue indispensable realizar entrevistas a los responsables directos de la implementación de los modelos de gestión de documentos normativos en las unidades de salud. Las entrevistas a los directivos se realizaron en oficinas ubicadas en cada una de sus instituciones y se procuraron de llevar a cabo de manera puntual debido a la cantidad de obligaciones de los funcionarios, variando el tiempo de cada uno entre 30 a 60 minutos; determinando que fue un tiempo prudente de acuerdo al nivel de instrucción y el conocimiento sobre el tema de los cuatro profesionales entrevistados. Para mostrar los resultados, se hizo un análisis general de los datos obtenidos realizando la unificación de criterios con respecto a las dos unidades de salud y apoyándose de la experiencia obtenida por parte de los entrevistadores para poder relacionar los diferentes criterios a una misma pregunta o tema para después separarlo por secciones. Las cuales fueron las siguientes:

1. “Los profesionales de los dos hospitales conocen que es un modelo de gestión de documentos normativos”

Lo principal que se puede destacar es que el personal de las dos instituciones conoce de manera general que es un modelo de gestión de documentos normativos, indicando que no está adecuadamente estructurado en ninguna de sus unidades; además lo ven como fundamental para obtener reconocimiento por medio de acreditaciones o certificaciones donde el objetivo sea integrar un sistema de gestión de calidad para el control de los procesos en las unidades. Adicional se enfocan en que esta metodología se debe especificar la manera de regular los identificadores de los documentos.

2. “A los entrevistados les gustaría aplicar este modelo en la institución a la que pertenece”

Los entrevistados estuvieron de acuerdo en que sería necesario para los hospitales la implementación de un modelo de gestión de documentos normativos, acotando que debe adaptarse a la necesidad de sus unidades; respetando las normativas internas y de los entes reguladores, las políticas de estado de limitar el uso de papeles, organigrama de la institución y mecanismos de control y distribución de los documentos. Adicional observaron la necesidad de disponer de herramientas de calidad para controlar el tiempo de revisión y aprobación de cada uno de los involucrados en el proceso de gestión documental.

3. “Están de acuerdo en que se mejoraría el servicio y la calidad de los procesos de atención implementando un modelo de gestión de documentos normativos”

En esta sección se pudo evidenciar que los directivos tienen el mismo criterio de que la satisfacción de los pacientes depende de que el servicio previo a la consulta y la resolución que se tome con respecto a los protocolos de atención en salud se encuentren escritos, que estos se encuentren accesibles para todo el personal de la institución, y que sean evaluados y aprobados por las personas competentes en cada uno de los temas. La variabilidad de los

procesos puede producir errores en los resultados y en los diagnósticos, por lo cual, se puede afectar la toma de decisiones al momento de realizar la atención de salud.

4. “Consideran que disponer de documentos no revisados por las personas competentes pueden ocasionar inconvenientes en la eficiencia y efectividad de los procesos de atención”

Los Directores y las Coordinadoras de Calidad opinaron que es fundamental la estandarización de los procesos en la atención médica, y que un modelo de gestión de documentos normativos debe contener el flujo adecuado para la revisión y aprobación, garantizando la fiabilidad de la información que se encuentre redactada, disminuyendo la variabilidad de los procesos que pueden resultar en errores u omisiones en las prácticas asistenciales y en el uso inadecuado de recursos por parte del personal, perjudicando a los pacientes y la institución.

5. “Manifiestan que disponer de formatos con la estructura de elaboración facilitaría la elaboración de documentos normativos institucionales”

Los entrevistados acotaron que el personal técnico asistencial no posee en mayor porcentaje formación para la elaboración de documentos normativos, lo cual repercute en los tiempos de elaboración de los documentos, y la comprensibilidad de los mismos; por lo que sostienen que contar con formatos específicos para cada tipo de documentos asegura que se cumplan con los objetivos planteados para lo cual fueron levantados y con el contenido mínimo necesario para asegurar la confiabilidad de la información y poder controlar la codificación y socialización por parte del personal responsable.

6. “Indican que contar con un aplicativo para disponer de los documentos en todas las computadoras facilitaría el acceso e indican que disponen de una red interna para

dar soporte a la estrategia y que cuentan con personal para el desarrollo de aplicaciones”

Realizar la socialización de la información concerniente a documentos normativos hospitalarios es de vital importancia para mejorar los procesos de atención, en este sentido en las dos unidades declararon como una estrategia importante la de facilitar el acceso a los documentos aprobados usando recursos informáticos, los cuales están a disposición de la unidad y sin ningún costo adicional; ya que para el desarrollo cuenta con profesionales técnicos en la creación de aplicaciones y una red interna que soporte la distribución de la información. Adicional plantearon la estrategia de que la información sea socializada por correos electrónicos usando los registrados institucionalmente.

7. ¿Cree usted que sería importante controlar el tiempo de aprobación de los documentos en la unidad?

Los consultados respondieron en su totalidad que es necesaria la medición y control de los tiempos de revisión y aprobación de los documentos; debido a que las múltiples ocupaciones de los responsables de unidades hospitalarias y administrativas no cuentan con el tiempo suficiente por la gran cantidad de actividades que desempeñan, lo cual no solo retrasa el tiempo de elaboración, sino que también ocasiona que los documentos se generen y no se aprueben por que se estancan en alguna parte del flujo de aprobación.

#### **Análisis de la entrevista 2 (apéndice 5):**

El objetivo principal de la entrevista es lograr evaluar el impacto de la implementación del modelo de gestión de documentos normativos con respecto al decrecimiento de eventos adversos en unidades hospitalarias. Este método de investigación fue realizado junto con especialistas, en materia de seguridad del paciente y en realizar análisis de los protocolos para la disminución de errores u omisiones en la atención en salud. La información

obtenida fue enmarcada por información de índices de prevalencia de eventos adversos y por el estudio de úlceras por presión realizado en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Con estos antecedentes se pudieron obtener las siguientes afirmaciones:

1. “La implementación de un sistema de gestión de documentos normativos hospitalarios ayuda a reducir la prevalencia de eventos adversos.”

El personal entrevistado en consenso está de acuerdo en que implementar documentos normativos en la atención sanitaria en las unidades médicas, ayuda a reducir significativamente la presencia de eventos adversos; al estandarizar los procesos se ve influencia directa en la variabilidad de las actuaciones y al ser información soportada por análisis y estudios técnicos se disminuye la probabilidad de cometer errores u omisiones no deseadas.

2. “La reducción de gastos en la atención hospitalaria, el uso innecesario de horas talento humano para corregir o tratar problemas de salud por errores u omisiones en la atención y la mejora en la calidad de vida de los pacientes son los beneficios más relevantes generados por la reducción de eventos adversos.”

Los profesionales de la salud hicieron hincapié en el desperdicio de recursos como resultado de procesos en la atención inadecuados causados por la falta de información del personal, garantizar los cuidados, el tratamiento adecuado y oportuno ayuda a crear un balance adecuado al momento de evitar la ocurrencia de eventos adversos y que no se afecte la calidad de vida de los pacientes y familiares.

3. “los principales factores que se deben analizar para determinar los costos en atención a los pacientes con presencia de úlceras por presión son: las horas talento humano, costo de los insumos y salas de procedimiento”

La prevención es el pilar fundamental que afecta la prevalencia de pacientes con úlceras por presión, la falta de información de nuestras casas de salud detona el incremento de los índices de presencia de este tipo de eventos adversos; lo cual afecta un sin número de factores, siendo de vital importancia los económicos por los pocos recursos asignados a los hospitales públicos y el uso de horas del talento humano para sanar errores corregibles ligado a la falta de personal debido a las políticas de contratación estatal.

4. “El hospital posee una tabla de insumos para el tratamiento de úlcera por presión según el grado como ayuda memoria para el personal tratante”

Las curaciones de úlceras por presión es un tema álgido al momento de analizarse por el personal de salud; al ser un tema que en las instituciones se trata más por experiencias obtenidas por el personal que por instructivos o evidencia técnica, el equipo de enfermería dedicado a la curación de este tipo de padecimientos realizo como soporte una tabla de materiales que deben mantenerse para el tratamiento mencionado.

5. “Existe congruencia entre el personal en el número de curaciones que se realizan por semana según el grado de úlcera por presión”

La formación con respecto a la curación de las úlceras por presión es muy escasa, va ligado a información obtenida por los mismos fabricantes de los productos ofertados para el tratamiento, por lo cual el personal institucional realiza las curaciones por evidencia en el tratamiento de heridas hospitalarias y recomendación del departamento de curaciones de la unidad.

6. “Implementar protocolos de atención de pacientes disminuye la prevalencia de úlceras por presión”

Los entrevistados estuvieron de acuerdo que implementar protocolos de actuación realizados con el aval de los profesionales técnicos competentes y las respectivas

verificaciones necesarias de la información disminuyen significativamente la prevalencia de úlceras por presión, ya que al ser un documento aprobado por la unidad y de cumplimiento obligatorio, dictara las medidas preventivas necesarias al momento del cuidado de pacientes con mayor riesgo de desarrollar esta afectación.

### 4.1.3 Diagrama causa – efecto

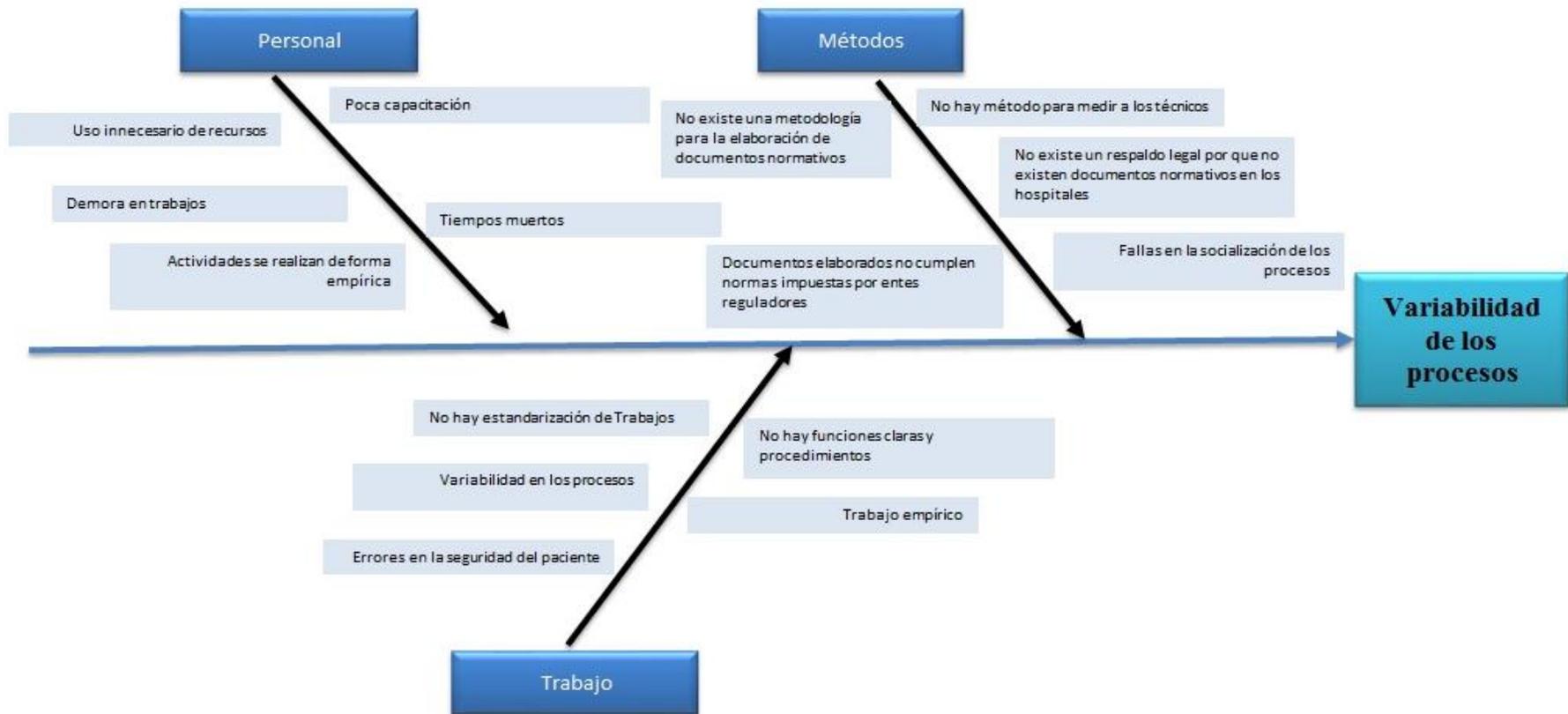


Figura 9. Diagrama causa – efecto

## **Análisis del problema**

Los documentos normativos mejoran los procesos internos en los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas, durante la elaboración del diagrama causa - efecto se evidenciaron los siguientes problemas que han afectado significativamente a estas unidades, estableciendo que, con la implementación de una guía de elaboración de documentos normativos, los procesos en los hospitales se direccionarían hacia el mismo objetivo. La seguridad del paciente se ve seriamente afectada por la variabilidad de los procesos de atención médica por parte de los profesionales de salud, los cuales, sin un criterio claro, objetivo y que sea respaldado por bibliográfica técnica, pueden cometer errores u omisiones que tendrán como desenlace consecuencias graves que afectaran la condición clínica de los pacientes. A continuación, se detallan las causas principales y las soluciones propuestas.

No hay funciones claras y procedimiento definidos- Actividades se realizan de forma empírica, por lo que como consecuencia hay desconocimiento de los procesos internos, para que los funcionarios tengan noción de las técnicas posterior a la elaboración de la guía se solicitará un aplicativo para socializar los documentos normativos a través de la red interna y desarrollada por personal de la institución; lo que no generara costos adicionales, siendo de fácil acceso para todos funcionarios de las unidades médicas.

No existe una metodología para la elaboración de documentos normativos, en ambos hospitales no hay una orientación específica para la elaborar protocolos, procedimientos y demás documentos que son necesarios para el buen funcionamiento y cumplimiento de las normas impuestas, por lo tanto, como solución se realizará una guía para que las áreas elaboren sus documentos con base y que se orienten a un solo formato.

Los documentos elaborados no cumplen normas impuestas por los entes reguladores, es necesario que la elaboración de los documentos normativos cumplan con las normas del

ministerio de salud pública, la revisión y aprobación de los documentos deberá estar bajo la jurisdicción de un grupo de funcionarios capacitados, manejando un mismo enfoque para la elaboración, mediante los formatos establecidos y previamente autorizados en la misma metodología; así, posteriormente poder ser considerados para ser aprobados y socializados por las máximas autoridades, asegurando el cumplimiento de los requisitos impuestos y la confiabilidad de los documentos.

#### **4.2 Estudio de mercado**

Este estudio se enfoca en obtener datos estadísticos para analizar el mercado y la competencia directa de una empresa, para destacar un producto y solucionar algún problema detectado.

Para realizar el análisis con relación al proyecto planteado se decide seleccionar el estudio de mercado experimental, mismo que se detalla a continuación:

“Este tipo de investigación de mercado la usaremos para establecer relaciones causa-efecto por el control que proporciona al investigador.” (Santesmases Mestre, 2009)

Es decir, se revisa la causa del problema y cuáles son las soluciones más factibles para trascender en este estudio, en el proyecto se puede estudiar la reacción del personal de los hospitales de tercer nivel ante la implementación del sistema de gestión de documento normativos.

En este tipo de mercado se debe reunir lo siguiente:

- Información de los problemas a estudiar, y analizar la necesidad de obtener una solución a la contrariedad planteada.
- Identificar las variables más importantes.

- Desarrollar las acciones a implementar en el sistema de gestión de documentos normativos.

Una de las técnicas más relevantes que se usarán en este estudio es el manejo de información bibliográfica, recolectando datos necesarios para el proyecto, realizando encuestas a los funcionarios que se verán involucrados directamente en el mismo.

#### **4.2.1 Análisis y Proyección de la Demanda**

Según (Cordoba Padilla , 2011) define como demanda a “la cantidad o calidad de bienes y servicios que pueden ser adquiridos a los diferente del mercado por el consumidor, en un momento determinado”, en este proyecto se analizará la demanda de los hospitales públicos, en la obtención de un modelo para la proyección de un sistema de documentos normativos, debido a la necesidad de normatizar los documento, protocolos, consentimientos informados, entre otros, es necesario llevar un registro de cómo se deben realizar las actividades cotidianas, dentro de una institución de salud. Por lo tanto, se registra la demanda de un servicio.

De los tipos de demanda se puede determinar que para la elaboración del análisis de este proyecto la demanda derivada, es la consecuencia de otra demanda, es decir que con base a la normativa impuesta por el ente regulador (MSP), es necesario implementar este modelo.

#### **4.2.2 Análisis y Proyección de la Oferta**

El proyecto desarrollará la metodología para la elaboración de los documentos normativos en los Hospitales Públicos de Tercer Nivel de Atención en la Provincia del Guayas.

Es necesario implementar este proyecto porque en el año 2012 el Ministerio de Salud Pública, impuso la elaboración de los documentos, protocolos, procesos, consentimientos informados, procedimientos, formularios, procesos, entre otros; para mejorar la atención integral en todas las unidades hospitalarias. Se realiza un análisis y se evidencia que no existe la inherencia de cumplir con esta norma, y sí se han realizado no cumple con los requisitos de la Dirección Nacional de Normatización, por lo que se presenta este proyecto como un método para la elaboración de los documentos normativos, con base a los lineamientos asignados.

#### **4.2.3 Demanda insatisfecha**

En las encuestas realizadas se evidencia que la población que labora en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo y Hospital Abel Gilbert Ponton, que son hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas, pertenece a la demanda insatisfecha, debido a que no existe una metodología, y se evidencia una necesidad de implementación, para poder elaborar documentos normativos, que sean aprobados por las normas impuestas por los entes reguladores.

#### **4.2.4 Producto**

En este proyecto para la implementación de un sistema de gestión de documentos normativos para los hospitales públicos de tercer nivel de atención de la provincia del Guayas, se espera obtener como producto final la metodología para la elaboración de documentos normativos. Para determinar cómo va a estar estructurado este documento, se debe cumplir con los lineamientos que impone de la Dirección Nacional de Procesos (2017), donde indica: “Esta metodología se aplicará a todos los instrumentos normativos del Sistema Nacional de Salud Pública del Ecuador (SNS) que incluye la Red Pública

Integral de Salud (RPIS) y la Red Complementaria”, por lo tanto deberá estar estructurar bajo los estándares, que serán indispensables para la elaboración de los instrumento, requisitos que deberán cumplir todos los documentos, protocolos, consentimiento informado, manuales, entre otros.

Se realizará la entrega de un documento cuyo nombre será:

Procedimiento para levantamiento de documentos normativos.

### **La presentación**

El documento está compuesto de la siguiente manera:

Tabla 19.

*Producto*

---

#### **PORTADA**

---

En su página inicial o portada, estará compuesto por una imagen referencial al documento que se elabora, misma que ocupará el 50% de la página en la parte superior de la hoja, posterior a la imagen se encuentra una franja azul con letras blancas centradas, donde indicará el nombre del documento, en la parte inferior derecha del documento, se encontrará el nombre de la jefatura que elabora el documento y la coordinación a la que esta pertenece.

En el pie de página se visualizará el logo institucional del hospital, nombres de las redes sociales, y link de página web.

---

#### **PRIMERA HOJA**

---

El encabezado está compuesto por lo siguiente:

Un recuadro rectangular, compuesto por 6 divisiones, donde de izquierda a derecha se encuentra la siguiente información: Logo institucional, nombre de la institución,

---

---

nombre del documento, código del documento, versión del documento, numeración de página.

Cuerpo del documento: al inicio se encuentra el acta final de aprobación, código, versión, fecha, nombre del documento; nombre de la persona que aprueba el documento, cargo, firma y fecha; nombre de la persona que revisa el documento, cargo, firma y fecha; nombre de la persona que valida la información del documento, cargo, firma y fecha; y por último nombre de la o las personas que elaboran el documento, cargo, firma y fecha.

El pie de página está compuesto por un recuadro de 2 divisiones: versión anterior, versión actual, en ambos recuadros se coloca la fecha correspondiente.

---

## **CONTENIDO**

---

1. Nombre del procedimiento
  2. Objetivo
    - 2.1. Objetivo General
    - 2.2. Objetivos Específicos
  3. Alcance
  4. Definiciones
  5. Esquema del procedimiento
    - 5.1. Documentos
    - 5.2. Responsables
    - 5.3. Descripción de las actividades
  6. Metodología
    - 6.1. Fase de Planificación
    - 6.2. Fase de desarrollo del documento normativo
    - 6.3. Fase de revisión del documento normativo por parte de Personal de Gestión de
-

---

Procesos.

6.4. Fase de entrega del documento al Responsable de Gestión Documental

7. Referencias

8. Anexos

8.1. Flujograma Gestión para Levantamiento de Documentos Normativos

8.2. Tipos de Procesos

9. Historial de modificaciones

---

### INFORMACIÓN ADICIONAL

---

Desde la primera hoja en adelante todo el documento mantiene el encabezado y pie de página.

---

#### **Forma de Uso**

En los hospitales de tercer nivel de atención es necesario indicar que la forma de uso de este documento es para la implementación del modelo de gestión documental, es decir, este documento tendrá las directrices de cómo se realizarán los documentos normativos, protocolos, procedimientos, procesos, entre otros; con lineamientos del Ministerio de Salud Pública.

#### **4.2.5 Precio**

Según el autor (Tompson, 2010), define que el precio es la expresión de valor que tiene un producto o servicio, manifestado por lo general en términos monetarios, que el comprador debe pagar al vendedor para lograr el conjunto de beneficios que resultan de tener o usar el producto o servicio.

Es decir, es el costo del producto al venderse al público. No se coloca precio de venta en este estudio, debido a que este proyecto está enfocado a hospitales públicos, el autor pierde derecho al momento de la entrega de esta metodología, las instituciones se vuelven propietarios de la información y pueden replicar este método en las unidades afines sin solicitar permiso del autor.

#### **4.2.6 Localización**

Según (Marcas, s.f.) “Es el lugar en donde está disponible tu producto”. Interpretando lo que el autor indica es donde debemos implementar el proyecto, es decir hacia qué mercado está enfocado, por lo consiguiente, debido al antecedente, se enfoca a cubrir una necesidad en el área de salud.

##### **1. Sector del Mercado.**

El procedimiento para levantamiento de documentos normativos, está dirigido a los dos hospitales públicos de tercer nivel de atención más importantes de la ciudad de Guayaquil, que son del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, siendo sus funcionarios beneficiarios directos de la implementación de esta metodología.

##### **Número de empresas.**

Entre ambos hospitales se visualiza la existencia de 79 empresas distintas que de forma indirecta se benefician de la asistencia de los usuarios que acuden estas unidades de salud.

En el sector sur donde se ubica el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, existe la presencia de un centro comercial, en el que se encuentran Bancos, Operadoras Telefónicas, Tiendas de: electrodoméstico, ropa, maquillaje, zapatos, papelería, bisutería, mascotas, entre otros. Siendo este por su variedad la preferencia de los usuarios.

### Distribución Geográfica.

H.T.M.C.- Se encuentra en la Av. 25 de Julio, Guayaquil 090203, ubicado en el sur de la ciudad de Guayaquil, consta de 6 entradas, consulta externa norte, consulta externa sur, hospitalización, central de diálisis, emergencia y bodega general.

Tienen un área de 90.812 metros cuadrados, una construcción de 38.591 metros cuadrados, distribuidos en consulta externa, emergencia, radioterapia, imagenología, hospitalización, bodega, laboratorio y diálisis.



Figura 10 Ubicación H. Teodoro Maldonado Carbo.

Nota. Tomado de "Google Maps" 2019.

H.A.G.P.- Se encuentra en la av. Assad Bucaram Elmhali 5905, Guayaquil 090404, ubicado en el suburbio de la ciudad de Guayaquil, cuenta con Emergencia, un edificio nuevo de consulta externa con una dimensión de 9.259 metros cuadrados, y hospitalización.



Figura 11 Ubicación H. Abel Gilbert Ponton

Nota. Tomado de "Google Maps" 2019.

## 2. **Ámbito geográfico**

En este aspecto la demanda que se analizará es la totalidad de los funcionarios que laboran en los dos hospitales, el porcentaje satisfecho con la probabilidad de implementar esta metodología y el porcentaje insatisfecho.

### **Población**

Se determina como población el número de trabajadores de los dos hospitales públicos de tercer nivel de atención en la provincia del Guayas, divididos de la siguiente manera:

Tabla 20.

*Funcionarios*

HOSPITALES PÚBLICOS DE TERCER NIVEL EN LA PROVINCIA DEL GUAYAS	PERSONAL
HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO	3036
HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON	1696
Total	4732

Los funcionarios que influyen mayormente en este proyecto son los del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, ya que el 64,15% de la población beneficiada pertenece a esta unidad.

**Equipamiento de la zona.**

Los hospitales públicos de tercer nivel de atención donde se va a implementar esta metodología se encuentran en la zona urbana de Guayaquil, por lo tanto, existe el fácil acceso a los servicios básicos, estas unidades cuentan con:

Tabla 21.

*Equipamiento*

<b>SERVICIO</b>	<b>EMPRESA</b>
Energía eléctrica	CNEL
Agua potable y alcantarillado	Interagua
Internet y telefonía	CNT
Coop. de Taxis	Coop. 25 de Julio/ Huancavilca/ Suburbio
Transportes Municipales	Metrovía
Transporte público	Colectivos como la 75, 63, 141...
Recolección de Basura	Puerto Limpio

**3. Competencia.**

La clientela potencial son los usuarios internos de los hospitales de tercer nivel de atención, de la población que corresponde a la muestra, y hace relación a las encuestas realizadas se ha determinado que el 55,55% de los beneficiados son mujeres y el 44,44% son hombres.

En el siguiente cuadro se detalla el porcentaje de beneficiarios según su cargo, y se evidencia que los médicos tienen el mayor porcentaje, recordando que al elaborar esta metodología existirá un número considerado en la disminución de riesgos, eventos, entre otros:

Tabla 22.

*Cargo*

Cargo	
Médicos	39,36%
Administrativos	20,74%
Licenciados en enfermería	18,08%
Auxiliares en enfermería	11,17%
Auxiliares de servicios	10,63%

#### 4.2.7 Promoción

Según (Marcas, s.f.) definió a la promoción como: un elemento particularmente importante en la mezcla de mercadotecnia por varias razones. La mayoría de las compras asocian con la satisfacción de deseos, no obstante, las necesidades estimulan con frecuencia un mayor deseo en los consumidores, de manera que los bienes y servicios que satisfacen las necesidades tienden a “venderse por sí solas”.

Según Marcas indicó un producto debe venderse por sí, en este aspecto, si el modelo de gestión de documentos normativos para los hospitales públicos se aprueba mejoraría significativamente los procesos de estas instituciones. Cuando este sea aprobado y socializado, debería realizarse mediando correos institucionales, para que la información pueda llegar a todos los funcionarios de las unidades médicas, implementando la normatización de la metodología elaborada.

Es decir, según lo que indicó Marcas, en relación a la metodología, esta será entregada a las máximas autoridades de los hospitales (directores y gerentes), para que se realice la presentación formal del documento y a su vez sea aprobado, para que posteriormente se gestione la fase de implementación y socialización misma que se realizará a través del sistema interno de red (INTRANET), que contará con un repositorio informático de fácil acceso para el personal, donde se podrán localizar todos los documentos normativos aprobados.

### **4.3 Estudio Administrativo**

Estudio Administrativo consiste en determinar los aspectos organizativos que deberá considerar una nueva empresa para su establecimiento tales como su planeación estratégica, su estructura organizacional, sus aspectos legales, fiscales, laborales, el establecimiento de las fuentes y métodos de reclutamiento, el proceso de selección y la inducción que se dará a los nuevos empleados necesarios para su habilitación. (López Parra , Aceves López, Pellat, & Puerta)

Según lo citado se entiende por estudio administrativo a la información que es considerada para ejecutar el enfoque organizacional de las empresas, en este proyecto, es necesario el estudio de la organización, el acoplamiento con la implementación del modelo de gestión de documentos normativos, debido a que toda la institución estará involucrada de manera directa e indirecta a su ejecución.

Este estudio proporciona los instrumentos necesarios que sirvan de guía para dirigir la implementación del proyecto, la planeación estratégica definirá la dirección y acciones que se deberán realizar para que su objetivo sea alcanzado.

Los elementos que detalla un estudio administrativo son los siguientes:

- Planeación estratégica
- Organigramas
- Planificación de recursos humanos
- Marco Legal
- Marco Fiscal
- Aspecto Laboral
- Aspecto Ecológico

#### **4.3.1 Planificación**

Según (Cortés, 1998) indicó que planificación “es el proceso de definir el curso de acción y los procedimientos para alcanzar los objetivos y metas. El plan establece lo que hay que hacer para llegar al estado final deseado.”

Se planifican las acciones que deberá tomar la empresa para ejecutar el proyecto, sus procesos y los procedimientos que se deberán realizar, enfocados en la mejora de la organización.

La planeación es básicamente una elección sobre el futuro. Presupone la capacidad de seleccionar, entre varias alternativas, la que resulte más conveniente. Los planes y la planeación se refieren necesariamente a acciones futuras, cuya orientación y propósito han sido trazados de antemano. Citado en (Consejo Nacional de Población, 2011, p. 4)

Es decir, según las alternativas emitidas en el proyecto serán analizadas, se revisará el plan que será viable implementar en los hospitales públicos de tercer nivel en la provincia del Guayas, de esta manera posteriormente será replicado en otros hospitales del Ecuador,

cuyo objetivo es obtener un enfoque legal para la implementación del modelo de gestión de documentos normativos.

Siguiendo este raciocinio se puede concluir que el explorar e indagar sobre el futuro, ayuda a decidir anticipadamente en forma más eficaz. Si no se efectúa esa indagación y no se prevén las posibilidades del mañana, se corre el riesgo evidente de actuar en forma tardía ante problemas a creados u oportunidades que fueron desaprovechadas por no haberlas previsto con la suficiente antelación. (Sapag, 1991)

Se realiza un estudio de las probabilidades que garantizara la viabilidad del proyecto, anticipándose a posibles errores en el futuro, de esta manera se evitan los riesgos al momento de implementar el modelo estudiado. Si no se analizan los riesgos las probabilidades serán negativas.

Para que la planeación sea exitosa se deben considerar características como tener precisión, es decir que se analicen los objetivos específicos, indicando el tiempo y los insumos que se necesitan; examinar la factibilidad, ingresando los criterios que se quieren implementar siempre y cuando se cuente con los recursos y dentro de las posibilidades económicas de los hospitales públicos de tercer nivel; que los objetivos y estrategias planteadas no carezcan de coherencia y puedan ser ejecutados para beneficiar a toda el área de salud; que su evaluación sea posible y constante, con resultados que favorezcan la implementación de este proyecto; contemplar cambios, correcciones, modificaciones que sean notables y requeridos para mejorar los resultados; y por último que este proyecto sea realizado para que su ejecución sea permanente y de forma continua en los hospitales. (Montaño, 2015)

La planificación se encuentra enfocada en los niveles de la organización por lo que se divide en tres tipos de niveles:

**Planeación Estratégica (Gerencial):** Están enfocados al cumplimiento de las actividades y los objetivos planteados, se definen a largo plazo para cumplir, son diseñados por los gerentes de la mano con las direcciones.

**Planeación Táctica (Directiva):** Son diseñados por los Coordinadores y jefes de unidades, su función es cumplir con los objetivos tácticos de las instituciones, se deben cumplir a mediano plazo, y se diseñan para cumplir las acciones de los planes estratégicos.

**Planeación Operativa:** Se llevan a cabo por los funcionarios o administradores de la institución, su cumplimiento es a corto plazo, generalmente están ligados a las funciones diarias.

Para la implementación de este modelo de gestión de documento normativos se realizará una planeación estratégica, pues la ejecución de estos documentos deben estar alineada a las directrices del MSP, y su obligatoriedad va enfocada en la disposición de los mismos, si bien es cierto el uso de los documentos normativos debe ser cotidiano, este proyecto se enfoca en la elaboración de la metodología.

**4.3.1.1 Misión.** El Tercer Nivel de Atención corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, son de referencia nacional, resuelven los problemas de salud de alta complejidad y pueden realizar, incluso, trasplantes. Tienen recursos de tecnología de punta y cuentan con especialidades y subespecialidades clínico quirúrgicas reconocidas por la ley.

Crear una metodología con base a los lineamientos impuestos por los entes reguladores definiendo la forma de elaboración de documentos en los hospitales públicos de tercer

nivel en la provincia del Guayas con la finalidad de mejorar la calidad de la atención intrahospitalaria y la seguridad de los pacientes.

**4.3.1.3 Visión.** Que este modelo de gestión de documentos normativos para los hospitales públicos: Ser reconocido a nivel nacional como la metodología de referencia, enfocándose en los procesos de mejora continua a fin de garantizar la seguridad de los pacientes.

**4.3.1.3 Valores Institucionales.** En los hospitales públicos de tercer nivel de atención de la provincia del Guayas, se destacan los siguientes valores institucionales:

- **Vocación de Servicio:** predisposición de las unidades de salud en atender con calidad y calidez a los usuarios con el fin de satisfacer sus necesidades.
- **Compromiso:** estar comprometidos en brindar una atención oportuna, sensibilizándose con los pacientes.
- **Honestidad:** brindar una información honesta, y actuar conforme a los principios de la sociedad.
- **Respeto:** valor que permite apreciar las cualidades del prójimo y sus derechos.
- **Integridad:** cualidad de actuar apegado a los valores de la rectitud, la honestidad, la verdad y la justicia, tanto para su trato con los demás como para consigo mismo.
- **Lealtad:** obediencia de las normas de fidelidad, honor, gratitud y respeto, para la atención a los usuarios.
- **Solidaridad:** Es el valor de colaboración mutua entre los funcionarios de la institución y los pacientes que acuden a las unidades de salud.

**4.3.1.4 Políticas.** Las políticas para la elaboración de la metodología del proyecto son emitidas por la máxima autoridad de salud, por lo que se debe orientar a la seguridad de los pacientes y la mejora continua de estas unidades.

**4.3.1.5 Tipos de Políticas. Políticas Estratégicas:**

- Los hospitales deberán elaborar un cronograma para el levantamiento de documentos normativos según la prioridad de sus procesos críticos.
- Desarrollar y proporcionar al personal de las instituciones las herramientas necesarias, para el levantamiento de documentos que cumplan con las condiciones mínimas requeridas.

**Políticas Operativas**

- Las unidades técnicas o áreas administrativas serán los responsables de la difusión de los documentos hacia el personal de las mismas.
- Las unidades de calidad garantizarán que todos los documentos elaborados se encuentren accesibles mediante intranet a cada uno de los responsables de área o de proceso.
- Los departamentos de tecnologías de la información garantizarán el acceso permanente a las herramientas de socialización de documentos.

**Políticas Técnicas**

- Se garantizará el cumplimiento de las normativas impuestas por los entes reguladores para asegurar la eficiencia del sistema de gestión de documentos normativos.
- Se garantizará que el personal que elabora los documentos no tenga conflicto de intereses que afecten la integridad de las acciones que se incluirán en los mismos.

### 4.3.2 Organigrama

Para definir el proceso de cómo elaborar este producto, se despliega un organigrama en vertical, donde puntualizamos los departamentos que están involucrados con la elaboración del modelo de gestión de documentos normativos, y para poder ser ejecutados se necesita la aprobación de la máxima autoridad (Gerente).

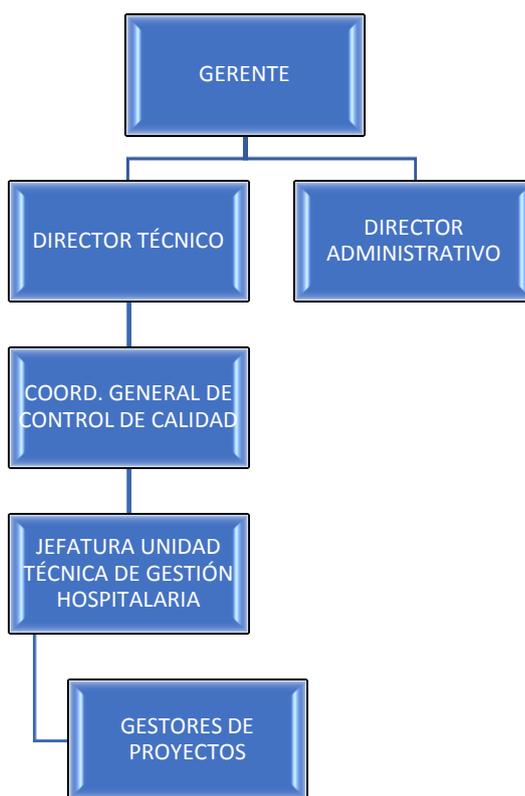


Figura 12 Organigrama

### 4.3.3 Funciones principales

#### 1. Gerente General

Para gestionar el proyecto de modelo de gestión de documentos normativos, el Gerente General tendrá como función básica la aprobación de la metodología para la elaboración de documentos normativos.

- Las tareas que deberá cumplir el Gerente General es la aprobación del modelo de gestión de los documentos normativos.
- Coordinar las reuniones con los Gestores de Proyectos para alinear Socialización de los documentos aprobados

## 2. Director Administrativo

El Director Administrativo deberá aprobar los documentos que estén involucrados de forma integral con la adquisición y relacionados al área administrativa, es decir deberá realizar un análisis de los documentos que estén inmersos en los procesos de compras, facturación, para garantizar la integridad de los recursos, y examinar los procesos competentes al cargo.

## 3. Director Técnico

El Director Técnico deberá aprobar los documentos que estén involucrados de forma integral con el paciente, es decir deberá realizar un análisis de los documentos en el ámbito técnico-médico, para garantizar el bienestar de los pacientes, y examinar los procesos competentes al cargo.

- Revisión de la parte técnica médica para la aprobación de los documentos normativos.
- Garantizar un producto que pueda ser ejecutado en pro del bienestar de los afiliados.

## 4. Coordinación de Calidad

El Coordinador de Calidad se encarga de revisar y vigilar que los procesos estén relacionados con la seguridad y la calidad. Responsable de divulgar las políticas institucionales, los documentos aprobados, coordinar los procesos de auditoría.

Está relacionado con la elaboración de los documentos normativos de forma directa, los gestores de procesos están bajo la jerarquía de esta coordinación, por lo que todos los documentos son revisados por el mismo.

#### 4. Gestores de Procesos

El gestor de procesos es responsable de la metodología para la elaboración de los documentos normativos. Una vez implementada la metodología tendrá la responsabilidad de revisar los demás documentos y que estos cumplan los lineamientos impuestos en el manual, deberá revisar los flujos de los instrumentos, se detallan los requisitos:

**Misión:** Ejecutar el proceso del Modelo de Gestión Documental de los instrumentos normativos de la institución para que sean codificados, aprobados y de esta manera estén actualizados y disponibles.

**Perfil:**

- Título Profesional de tercer nivel.
- Tiempo mínimo de experiencia en Procesos, Auditoría, Administración, Calidad y utilitarios informáticos: 3 años.
- Capacidad de Comunicación efectiva, Coordinación y organización.
- Da solución a problemas del usuario interno y externo.
- Habilidad para ejecutar trabajo bajo presión.
- Conocer los procesos administrativos.

**Atribuciones y responsabilidades:**

- a. Recibe, revisa forma, asigna categoría y codifica los documentos normativos en proceso de ser aprobados, de las diferentes unidades de la institución, posterior a la revisión por parte del personal que se encarga de realizar el levantamiento de los documentos normativos.

- b. Asistir al personal responsable del proceso para que realice las correcciones y sugerencias indicadas por el Responsable de Gestión Documental.
- c. Registrar en la Lista Maestra los diferentes documentos normativos recibidos y codificados e ingreso en el aplicativo de Sistema de Gestión Documental.
- d. Actualiza formatos de los diferentes documentos normativos cuando es requerido.
- e. Realizar la revisión y modificación del procedimiento para la aprobación de los documentos normativos.
- f. Monitoreo y seguimiento para la aprobación de los documentos normativos de la Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria.
- g. Gestionar la recolección de firmas de aprobación de las autoridades responsables dentro del proceso de aprobación de cada documento normativo y lo escanea.
- h. Realizar las demás actividades de su ámbito de acción según el marco legal vigente.
- i. Otras actividades inherentes al puesto.

#### **4.3.4 Gastos**

Para implementar los documentos normativos en los hospitales, se analizan los costos que implica ejecutar este proyecto, hasta que se realice completamente. Los costos incluyen el personal capacitado para la revisión de los documentos, el mantenimiento de los equipos informáticos, la recarga de la tinta de la impresora, papelería para la impresión de los documentos originales para la obtención de las firmas, para que de esta manera se valide la información sostenida, y por último el aplicativo de acceso público, para la socialización de los documentos normativos elaborados.

Este costo puede variar por los hospitales en donde se realizará el estudio, debido a que este proyecto está enfocado al Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo y al

Hospital de Especialidades Abel Gilbert Ponton, con base a la necesidad de documentos que se requieran, variará la cantidad de personal capacitado.

Se realizó un análisis y se determinó que se necesitan como mínimo 3 personas por hospital especializadas en procesos y calidad, para la guía de elaboración, seguimiento, revisión y aprobación de los documentos normativos.

Para analizar la capacidad de gastos es importante indicar, que para la elaboración de la metodología es significativo el recurso humano, pues este es el que tiene valor económico, para poder ejecutar este proyecto.

Los gestores de proyectos, son los encargados de la elaboración de este instrumento, pues ellos serán los autorizados de que los demás documentos normativos cumplan lo establecido por el manual. La participación de criterio es importante por lo que se establece que se necesitarán tres gestores por cada hospital.

Posterior a la elaboración, se debe validar la información, esta función la cumple el jefe de la Unidad de Gestión Hospitalaria, revisando los criterios técnicos establecidos en el documento, deberá remitir esta información con visto bueno al ente superior.

El Coordinador de Calidad al igual que el Jefe de Gestión Hospitalaria es el encargo de validar nuevamente la información, si este nivel jerárquico decide que hay que realizar una corrección o mejora lo regresará a la Jefatura, caso contrario el documento será remitido a la Dirección Técnica para su revisión.

La Dirección Técnica y la Dirección Administrativa, con base a los criterios y la validación del documento realizado por las unidades antes descritas, analizan la información y aprueban la revisión final.

Una vez que las Direcciones revisan el documento, este instrumento es trasladado a la Gerencia General para la aprobación.

Debido a que este instrumento se utilizará para la elaboración de documentos normativos, tanto administrativos como asistenciales, para que la información sea viable es necesario que en el acta final de aprobación sean registradas las firmas del Director Técnico (médico), Director Administrativo y el Gerente General, cumplir así con las normativas impuestas por el Dirección Nacional de Procesos y en la Dirección de Normatización del MSP.

#### **4.3.1 Tipo de empresa**

Los hospitales en el Ecuador son instituciones que se rigen bajo normas impuestas por el Ministerio de Salud Pública del país. Sin embargo, los hospitales deben cumplir todas las normas, directrices y resoluciones, por lo que en la actualidad para que estas unidades de salud puedan atender a los pacientes deben mantener una revisión por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada, misma que se encarga de otorgar el permiso de funcionamiento a estas instituciones.

Según lo estipulado en el Acuerdo Ministerial 0512, en su capítulo IV, en su Art. 11, especifica la clasificación de los hospitales de tercer nivel de atención, según lo indicado en este artículo se sustenta que las unidades de salud estudiados pertenecen a este nivel, con el nombre de Hospitales de Especialidades.

#### **4.3.2 Requisitos**

Los hospitales en el Ecuador deben cumplir todos los requisitos para la elaboración de documentos, la Dirección Nacional de Normatización del MSP en el año 2012, en el Documento de Elaboración de Normas, emite las directrices para la elaboración de

documentos, con base a este instrumento los demás hospitales deberán elaborar el documento base. En los requisitos se detalla la forma de estructura del documento, dependiendo si este se utiliza para guías, normas, procesos, procedimiento, consentimientos informados, y demás documentos necesarios en los hospitales.

La estructura debe contener estos tres elementos: identificación, cuerpo principal y elementos complementarios. La identificación deberá contener el nombre del documento con letras mayúsculas, fecha de elaboración y la revisión o versión del mismo. El cuerpo principal deberá incluir el objetivo, alcance, definición y conceptos básicos, objetivo de la norma, la bibliografía, los anexos, y demás elementos que complementan a los documentos.

Pese a que existe esta norma que indica el contenido, la metodología presentada en este proyecto incluye la estructura organizacional, el proceso de elaboración y los requisitos institucionales que se necesitan para crear el modelo de gestión de documentos normativos.

#### **4.4 Estudio técnico**

##### **4.4.1 Determinación de tamaño.**

Es importante definir el tamaño del proyecto, pues de esta manera se puede demostrar la incidencia que este proyecta sobre las inversiones y costos, para determinar la rentabilidad visualizándose está a un determinado periodo de tiempo. El tamaño del proyecto está orientado directamente con la implementación del modelo de gestión de documentos normativos en los dos hospitales públicos de tercer nivel en la provincia del Guayas. El personal de los hospitales representa el tamaño del proyecto que se desea implementar. Tener un reconocimiento de la ubicación del proyecto y hacia quien está enfocado, pueden determinar los costos y las factibilidad de su implementación.

**4.4.1.1 Factores que determinan el tamaño de un proyecto.** Según el autor (Sapag S. , 2008) indica que la determinación del tamaño responde a un análisis interrelacionado de una gran cantidad de variables de un proyecto: demanda, disponibilidad de insumos, localización y plan estratégico comercial de desarrollo futuro de la empresa que se crearía con el proyecto, entre otras.

En los hospitales el factor más importante es el plan estratégico para la elaboración del documento, posterior a la aprobación del documento, tamaño del proyecto será representado por la cantidad de documentos que se elaboren con base al producto entregado.

Tabla 23.

*Tamaño*

Tamaño	Proyecto
<b>Población</b>	Funcionarios de los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas.
<b>Método</b>	Elaboración de documento base.

## 4.4.2 Ingeniería del proyecto Flujoograma

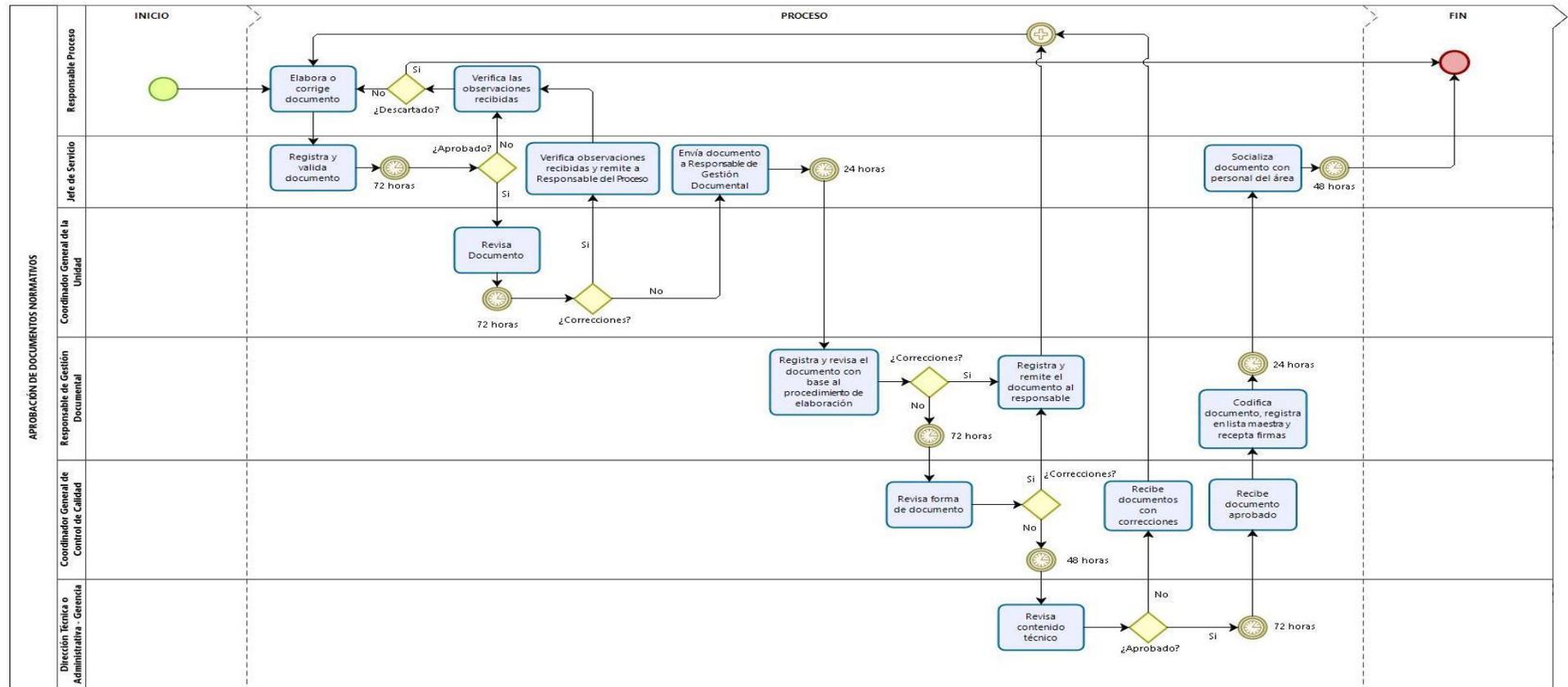


Figura 13 Flujoograma.

#### 4.4.2.1 Descripción de las actividades

Tabla 24.

##### Responsabilidades

Nro.	Responsable	Actividad
		Elabora o corrige documento asistencial, según las necesidades del área y/o servicio a su cargo.
01	Responsable del proceso.	Envía documento vía Quipux - Sistema de Gestión Documental o correo electrónico institucional al coordinador o jefe de la unidad en formato .doc o .docx, requiriendo se proceda a la validación del documento según necesidades del área.
02	Jefe o delegado de la Unidad.	Revisa y valida el documento según competencia del área y posteriormente envía documento para revisión al Coordinador del área.
03	Coordinador General de la Unidad	Revisa documento y de estar de acuerdo lo indica al Jefe de la Unidad.
04	Jefe o delegado de la Unidad.	Envía documento revisado previamente por el Coordinador General de la Unidad vía Quipux o correo electrónico institucional al Responsable de Gestión Documental en formato .doc o .docx, requiriéndose proceda con la revisión del documento.
05	Responsable de Gestión Documental	Revisa los documentos asistenciales con base al “ <i>Procedimiento para la elaboración de documentos normativos</i> ”, si no hay correcciones envía documento a la Coordinación General de Control de Calidad. En caso de existir correcciones se devuelve el documento al Responsable del proceso y siga al <i>paso 01</i> (con un tiempo máximo de respuesta de 15 días).
06	Coordinador General de Control de Calidad	Revisa y envía el documento a la Dirección correspondiente y/o Gerencia (nivel institucional) solicitando aprobación.
07	Dirección Técnica o Administrativa	Revisa y verifica la necesidad del documento. Aprueba o rechaza documento normativo y envía con las respectivas observaciones a la Coordinación General de Control de Calidad.

<b>Nro.</b>	<b>Responsable</b>	<b>Actividad</b>
08	Coordinador General de Control de Calidad	Recibe el documento aprobado y lo envía al Responsable de Gestión Documental. Si hay correcciones lo envía al Responsable de Gestión Documental y sigue al <i>paso 03</i>
09	Responsable de Gestión Documental	Asigna código con base a cuadro de codificación de documentos normativos. Recolecta las firmas de aprobación y escanea el documento.
10	Responsable de Gestión Documental	Agrega el documento a la lista maestra y lo ingresa en el aplicativo de Sistema de Gestión Documental.
11	Jefe o delegado de la Unidad	Socializa documento a personal del área que corresponda.

#### 4.4.2.1.1 Fase de preparación. Identificación de información a documentar (Apéndice E)

Es necesario normatizar todo procedimiento institucional que se considere indispensable, en el que se pueda realizar un cambio y obtener resultados deseables, para nuestro caso, mejorar los cuidados de salud y los resultados en los pacientes. En los documentos normativos deben priorizarse unos procedimientos sobre otros para ser eficientes, en función de los siguientes criterios:

- Cuando existe una gran variabilidad en la práctica o en los resultados.
- Cuando se sospeche que un cuidado/tratamiento efectivo puede reducir la morbilidad o mortalidad.
- Cuando las intervenciones tienen un alto riesgo o un alto costo.
- Cuando se percibe una necesidad para que exista un documento normativo.

Definición del tipo de documento: Consiste en definir el documento que se va a elaborar (protocolo (exclusivo para la parte asistencial), procedimiento, etc.).

#### 4.4.2.1.2 Formato editorial del documento

- En el texto en general se utilizará tipo de letra Arial tamaño 12 (tablas y figuras puede ser menor).
- El título de la carátula utilizará tipo de letra Arial tamaño 20, el nombre de la Unidad irá en negrita y tipo de letra Arial tamaño 12; el nombre de la Coordinación o Dirección será tipo de letra Arial tamaño 10.
- El interlineado será de 1,5 sin espacio antes ni después de párrafo (en tablas puede ser menor).
- El texto estará justificado a excepción de los encabezados.
- La hoja será tamaño A4.
- No se debe utilizar todas las letras en mayúscula para el texto general.
- La organización de los títulos de acuerdo a lo indicado por las normas APA se realizará como se menciona:

Tabla 25.

#### *Formato*

<b>Nivel</b>	<b>Formato</b>
1 (1)	Mayúscula inicial, centrado y negrita
2 (1.1)	Mayúscula inicial, alineado a la izquierda y negrita
3 (1.1.1)	Título de párrafo con sangría, negrita, mayúscula inicial y punto.
4 (1.1.1.1)	Título de párrafo con sangría, negrita, mayúscula inicial, cursiva y punto.
5 (1.1.1.1.1)	Título de párrafo con sangría, mayúscula inicial, cursiva y punto.

- Se debe comprobar la correcta ortografía y gramática de todo el documento.
- El índice del documento debe ser elaborado a través de la opción “Tabla de contenido” en el menú “Referencias”.

- Se incluirán las referencias más relevantes, significativas y recientes. Para ello se tendrá en consideración:

Enumerar las referencias bibliográficas en el cuerpo del documento.

El formato para listar las referencias se sujetará a lo indicado por las Normas APA sexta edición.

- Es responsabilidad de las personas que elaboran y validan el documento, referir debidamente la información que corresponda a la autoría de terceras personas.

#### 4.4.2.1.3 *Soporte de comprensión. Anexos.*

Estos son elementos o instrumentos que resultan indispensables en la difusión del documento, que puedan facilitar la comprensión o aplicabilidad del mismo.

- Diagramas de flujo.
- Cuestionarios, test, informes.
- Material de apoyo para difusión.
- Imágenes de soporte visual.
- De recolección de información, etc.

No anexar otros documentos, se citan simplemente como referencias.

Nota importante: Todos los flujogramas deben ser elaborados en la herramienta Bizagi con el soporte del personal de Gestores de Levantamiento de Documentos Normativos.

4.4.2.1.4 *Codificación.* Todos los documentos asistenciales de esta institución se identificarán por medio de su código. Este código consta de los siguientes grupos identificadores de letras y números separados por un guion:

- Tipo de documento.
- Jefatura, coordinación u órgano de gestión.

- Numeración secuencial.

Jerarquización de los documentos.



La siguiente codificación se utiliza según el tipo de documento:

Tabla 26.

*Siglas de documentos*

<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>SIGLAS</b>
Protocolo	PRT
Instructivo	INT
Procedimiento	PRC
Políticas	PLT
Manual	MNL
Plan de acción	PDA
Formato	FMT
Plan	PLN
Informe	INF

Dependiendo del área que genera el documento se tienen que agregar las siglas representativas al área.

La numeración secuencial de los documentos inicia con 100 por cada área que genere documentos y si existen cambios dentro del mismo se mantendrá solo afectando la versión del documento. Ejemplo: El presente documento es el primer procedimiento de la Coordinación General de Talento Humano.

Tabla 27.

*Codificación*

<b>PRC-CGTH-100</b>
<b>PRC</b> = Procedimiento
<b>CGTH</b> = Coordinación General de Talento Humano
<b>100</b> = Inicio

**Versión del documento**

Versión 1.0 Primera versión de un documento.

Versión 1.1 Versión con un cambio parcial del documento.

Versión 2.0 Segunda versión de un documento.

*4.4.2.1.4 Modificaciones del documento.* En caso de ser necesaria una modificación parcial o cambio de versión al documento se debe llenar un formato de solicitud de modificación de documento normativo donde se justificará lo requerido, misma que será previamente aprobada por las autoridades que posteriormente van a aprobar el documento de acuerdo a la responsabilidad según tipo de documento. La solicitud con las firmas será enviada al Responsable de Gestión Documental y al final del nuevo documento se incluirá un literal (Historial de modificaciones) con la siguiente descripción:

Tabla 28.

*Modificación*

<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA</b>	<b>CAUSA DE LA MODIFICACIÓN</b>
(Versión de la edición)	(fecha de la modificación)	(nota aclaratoria con síntesis del cambio realizado)

Los documentos se revisarán y actualizarán cuando se requieran incluir cambios producto de una auditoría, cambio de la norma de referencia, actualización de documentos internos y/o externos, tengan más de 2 años de vigencia o por pedido escrito de cualquier líder de proceso o autoridad del Hospital mediante el formato de solicitud de modificación de documento normativo.

#### 4.4.2.2 Responsabilidad según tipo de documento.

Tabla 29.

##### Responsabilidad según documento

<b>Tipo de documento</b>	<b>Elaboración</b>	<b>Validación</b>	<b>Revisión</b>	<b>Aprobación</b>
<b>Procedimiento asistencial</b>	Responsable de proceso	Jefe de la Unidad Técnica	Coordinador General de la Unidad Técnica	Director Técnico
<b>Procedimiento administrativo</b>	Responsable de proceso	Jefe de la Unidad Administrativa	Coordinador General de la Unidad Administrativa	Director Administrativo
<b>Protocolo</b>	Responsable de proceso	Jefe de la Unidad Técnica	Coordinador General de la Unidad Técnica	Director Técnico
<b>Manual</b>	Responsable de proceso	Jefe de la Unidad	Coordinador General de la Unidad Técnica	Director Técnico o Administrativo
<b>Manual de procesos</b>	Responsable de proceso	Jefe de la Unidad	Coordinador General de la Unidad Técnica	Director Técnico o Administrativo
<b>Manuales, Procedimientos, Instructivos, etc. a nivel institucional</b>	Delegado de Coordinación de Calidad	Coordinador de Calidad - Jefe de la Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria	Dirección Técnica - Administrativa	Gerente General
<b>Políticas</b>	Delegado de Coordinación de Calidad	Jefe de la Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria	Coordinador de Calidad – Dirección Técnica - Administrativa	Gerente General

<b>Instructivo</b>	Responsable de proceso	Jefe de la Unidad	Coordinador General de la Unidad Técnica	Director Técnico o administrativo
<b>Plan de acción</b>	Responsable de proceso		Jefe de la Unidad	Coordinador General
<b>Manual de funciones</b>	Responsable de Talento Humano	Jefe de la Unidad – Coordinador General de la Unidad	Director Técnico o Administrativo - Coordinador General Talento Humano	Gerente General
<b>Formatos</b>	Responsable de proceso	Jefe de la Unidad	Coordinador General de la Unidad Técnica	Director Técnico o Administrativo

Los jefes y responsables de cada unidad son los encargados de la socialización de los documentos al personal de su área.

**4.4.2.3 Estructura de los documentos.** Selección de los documentos comunes: Estos elementos se deben encontrar en todos los documentos asistenciales de la unidad.

Tabla 30.

*Estructura de documento*

<b>Carátula</b>
Imagen identificativa
Nombre del documento
Área
Coordinación / Dirección
<b>Elementos de identificación (Encabezado)</b>
Logo institucional (a)
Área (b)
Nombre del documento (c)
Código (d)

Número de página (e)
Número de versión (f)
<b>Elemento de referencia (pie de página)</b>
Elaborado (fecha) (g)
Versión (fecha) (h)
Elaborado por: (i)
Aprobado por: (j)
<b>Acta de elaboración/actualización, validación, revisión y aprobación con firmas de responsabilidad</b>
Acta completa
<b>Contenidos</b>
Tabla de contenido numerada

Carátula: Todo documento deberá contar con la respectiva carátula, la cual identificará cada documento emitido por el área.

Elementos de identificación (Encabezado): Todos los documentos deberán contener el siguiente encabezado, a excepción de los informes, el logo varía según la institución.

(a)	 <b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES ABEL GILBERT PONTON</b> <b>NOMBRE DEL ÁREA / DEPARTAMENTO O SERVICIO (b)</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO (c)</b>	
<b>Código: TIPO-ÁREA-SECUENCIA (d)</b>	<b>Versión #.# (f)</b>	<b>Página 1 113 de n (e)</b>

Informe:

(a)	 <b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO</b> <b>CARBO</b> <b>NOMBRE DEL ÁREA / DEPARTAMENTO O SERVICIO (b)</b>	
	<b>INFORME DE (c)</b>	
<b>Código: TIPO-ÁREA-SECUENCIA (d)</b>		<b>Página 113 de n (e)</b>

Elementos de referencia (pie de página)

Todos los documentos excepto informe:

<b>Versión anterior: (g)</b> (Fecha (día mes año))	<b>Versión actual: (h)</b> (Fecha (día mes año))
---	---

Informe:

<b>Elaborado por: (i)</b>	<b>Aprobado por: (j)</b>
---------------------------	--------------------------

Acta de revisión y aprobación: En el acta se registran las personas con sus respectivos cargos, la firma y fecha que intervinieron en las diferentes fases del proceso como es la elaboración (primera versión) o actualización (nuevas versiones), validación, revisión y aprobación.

<b>ACTA FINAL DE APROBACIÓN</b>		
<b>CÓD:</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA:</b>
<b>(NOMBRE DEL DOCUMENTO)</b>		
<b>APROBACIÓN</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
Nombre <b>Director Técnico o Administrativo</b>		
<b>REVISIÓN</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
Nombre <b>Coordinador General de (...)</b>		
<b>VALIDACIÓN</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
Nombre <b>Jefe de Unidad (...)</b>		
<b>ELABORACIÓN / ACTUALIZACIÓN</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
Nombre <b>Cargo</b>		

Contenido: Se crea la tabla de contenidos a partir de los encabezados hasta el último nivel con la numeración de cada página.

Cuerpo principal: Citamos la información necesaria y el orden que debe constar en cada documento.

Tabla 31.

*Cuerpo según documento*

<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN</b>	<b>POLÍTICAS</b>
1. Introducción	1. Justificación	1. Introducción
2. Objetivo	2. Objetivo	2. Marco legal
3. Ámbito de aplicación	3. Ámbito de aplicación	3. Objetivos 3.1 Objetivo General 3.2 Objetivos Específicos
4. Grupo objetivo	4. Términos y definiciones	4. Ámbito de aplicación
5. Términos y definiciones	5. Desarrollo del Plan de Acción	5. Términos y definiciones
6. Desarrollo del procedimiento		
6.1 Documentos	6. Referencias	6. Políticas
6.2 Descripción de las actividades		
7. Evaluación	7. Anexos	7. Documentos asociados
8. Referencias	8. Historial de modificaciones	8. Referencias
9. Anexos		9. Anexos
10. Historial de modificaciones		10. Historial de modificaciones

<b>INFORME</b>	<b>INSTRUCTIVOS</b>	<b>PLAN</b>
1. Introducción	1. Introducción	1. Introducción
2. Objetivos	2. Objetivo	2. Objetivo
2.1 Objetivo General		
2.2 Objetivos Específicos		
3. Desarrollo	3. Ámbito de aplicación	3. Ámbito de aplicación
4. Conclusiones y recomendaciones	4. Términos y definiciones	4. Términos y definiciones
5. Anexos	5. Descripción de las actividades	5. Desarrollo del Plan
6. Referencias (opcional)	6. Referencias	6. Referencias
7. Glosario de símbolos o términos (opcional)	7. Anexos	7. Anexos
	8. Historial de modificaciones	8. Historial de modificaciones

MANUAL DE ÁREA	PROTOCOLOS
1. Introducción	1. Introducción
2. Misión y Visión	2. Objetivos
2.1 Misión	2.1 Objetivo General
2.2 Visión	2.2 Objetivos Específicos
3. Objetivos	
3.1 Objetivo General	3. Ámbito de aplicación
3.2 Objetivos Específicos	
4. Ámbito de aplicación	4. Grupo objetivo
5. Términos y definiciones	5. Términos y definiciones
6 Relación con otros servicios	6. Responsables
7 Modelo de Gestión	
7.1 Organigrama Jerárquico de la Unidad Técnica	7. Desarrollo
7.2 Políticas de la Unidad Técnica	
7.3 Gestión del Talento Humano	
8. Procesos de la Unidad Técnica	8. Evaluación
9. Referencias	9. Referencias
10. Anexos	10. Anexos
11. Historial de modificaciones	11. Historial de modificaciones

El contenido de los formatos dependerá de para qué sea requerido, siempre contemplando firmas de responsabilidad en los casos necesarios.

**Original, copias controladas, copias no controladas y documentos obsoletos.**

Lo correspondiente a la custodia de los documentos aprobados para garantizar el uso y la disponibilidad de los mismos se indica en el Instructivo para la distribución de documentos normativos. En los casos en que sea necesario declarar un documento como obsoleto, se deberá realizar la solicitud correspondiente.

#### **4.4.3 Accesibilidad y socialización de documentos por medio de aplicativo informático**

- Se podrá acceder a los documentos normativos por medio de un repositorio informático que deberá estar dividido por carpetas, de acuerdo al organigrama entre unidades y coordinaciones.
- El aplicativo dispondrá de soporte para archivos en Word, Excel y Pdf indistintamente del tamaño.
- Permitirá el acceso solo para la red interna de las instituciones.
- Se admitirá la carga de los documentos más recientes y la facultad para eliminar los obsoletos mediante permisos de accesos por medio de contraseñas solo al encargado de gestión documental.
- Tendrá disponible un motor de búsqueda por palabras claves o nombres completos para facilitar el acceso a los documentos.

#### **4.5 Capacitación**

Las capacitaciones se ejecutarán en el periodo de cuatro meses posterior a la terminación del aplicativo de socialización y la puesta en marcha de la metodología; lo cual será un factor por analizarse en el porcentaje de ejecución del proyecto y de los resultados mensuales.

El segundo mes de ejecución el departamento de Calidad dirigirá sus esfuerzos a la capacitación del personal administrativo que es el mismo que posterior dará soporte al personal asistencial en la elaboración de los documentos normativos. El levantamiento del cronograma se realizó tomando en cuenta la proporción del personal que labora en las casas de salud y la carencia de tiempo que existe por la carga de trabajo.

Tabla 32 .

*Capacitación*

Cargo	Mes2				Mes3				Mes4				Mes5			
	S1	S2	S3	S4												
Médicos									■	■	■	■				
Administrativos	■	■	■	■												
Auxiliares de servicio													■	■	■	■
Auxiliares de enfermería													■	■	■	■
Licenciados en Enfermería					■	■	■	■								

**4.6 Conclusión**

En el presente capítulo se realizó el análisis de los métodos de investigación, las encuestas tuvieron un enfoque favorable, el personal de los hospitales quienes conforman la población del proyecto se encuentran abierta a la implementación de una metodología para elaborar documentos normativos.

La entrevista realizada a los directivos se orienta hacia la necesidad de un repositorio informático como herramienta necesaria para la socialización de los documentos normativos. El personal asistencial que participo en las segundas entrevistas confirmó la necesidad de implementar documentos para reducir la incidencia de eventos adversos, en especial las úlceras por presión.

El estudio administrativo detalla el perfil de los aspirantes a gestores de procesos, mismos que serán elegidos del personal que labora en la actualidad en los hospitales. El estudio técnico detalla la estructura de los documentos normativos, quienes deberán aprobar cada documento y elementos claves como la codificación.

## **CAPÍTULO V**

### **5. PROPUESTA**

#### **5.1 Título de la propuesta**

Proyecto de prefactibilidad para la implementación de un modelo de gestión de documentos normativos en hospitales públicos de tercer nivel de atención en la provincia del Guayas.

#### **5.2 Autores de la propuesta**

Tnlga. Danna Patricia Tola Zambrano

Tnlgo. José Milton Toral Maroto

#### **5.3 Empresa auspiciante**

Ninguna.

#### **5.4 Área que cubre la propuesta**

Hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas.

#### **5.5 Fecha de presentación**

Abril 2019

#### **5.6 Fecha de terminación**

Marzo 2020

### **5.7 Duración del proyecto**

En relación a los estudios realizados, se considera un tiempo de 3 meses para implementar la metodología y apreciar ahorro en los costos de atención.

### **5.8 Participantes del proyecto**

- Autores del presente documento
- Máximas autoridades de los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas.
- Personal seleccionado de las instituciones, que cumplen con los requisitos para la elaboración de la metodología.
- Personal asistencial.

### **5.9 Objetivo General de la propuesta**

Analizar el ahorro en los gastos que incurren en el ámbito hospitalario ante la carencia de documentos normativos que impartan reglamentos específicos en las actividades con la atención y seguridad del paciente.

### **5.10 Objetivos específicos**

Identificar los gastos implícitos en la atención ante la presencia de eventos adversos en los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas.

Demostrar el ahorro mensual que se obtendría con los documentos normativos con relación al manejo de úlceras por presión.

### **5.11 Beneficiarios directos**

Los beneficiarios directos de este proyecto son los funcionarios que laboran en los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas, que contarán con un modelo para la elaboración de documentos normativos.

### **5.12 Beneficiarios indirectos**

Los pacientes se benefician con la elaboración de documentos normativos, de esta manera las instituciones de salud regulan la calidad de la atención previniendo los eventos adversos y ahorrando costos en eventualidades prevenibles.

### **5.13 Impacto de la propuesta**

La propuesta planteada a través de este proyecto tendrá un impacto cultural en la seguridad del paciente.

No habrá contratación de personal por decreto de austeridad Nro. 135, por lo tanto, para la implementación de la metodología los hospitales ya cuentan con los recursos necesarios y se realizará una selección interna de personal.

El ahorro en costos hospitalarios puede estar influenciado con la elaboración del modelo de gestión de documentos normativos, ya que se implementarán protocolos que benefician los procesos y reducen los riesgos en los pacientes, disminuyendo significativamente los costos de atención.

### **5.14 Descripción de la propuesta**

En el presente proyecto prefactible se deberán considerar lo siguiente puntos:

- Se deberá contar con insumos de oficinas para la implementación de proyecto.

- Se realizará la selección de personal para la ejecución del proyecto, se tomarán en consideración los sueldos de los funcionarios, para determinar los costos de ejecución.
- Se detallarán mensualmente los costos fijos y variables de la propuesta.
- Con el estudio de prevalencia se evidenciarán los costos mensuales de úlceras por presión, según su grado, cantidad de curaciones y recurso humano.
- Se ejecutará un cuadro de proyección de ahorro mensual ante la presencia de documentos normativos.
- Las dos Unidades hospitalarias evaluadas son de características similares y el comportamiento de datos estadísticos y procesos de atención son reflejo de esta afirmación.

#### 5.14.1 Inversión inicial

Para poder implementar el modelo de gestión de documentos normativos, es necesario contar con un área que se encuentre adecuada con equipos de computación y esté abastecida con lo siguiente:

Tabla 33.

#### *Inversión inicial*

Ítem	Inversión Inicial		
	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Equipos de Computación			<b>\$ 2,800.00</b>
Computadora	1	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00
impresora multifunción a color	1	\$ 1,800.00	\$ 1,800.00
Equipos de Oficina			<b>\$ 700.00</b>
Estación de trabajo tipo L	1	\$ 350.00	\$ 350.00
Archivador 3 puestos con	1	\$ 180.00	\$ 180.00
Seguridades			
Maquina anilladora	1	\$ 170.00	\$ 170.00
<b>Totales</b>			<b>\$ 3,500.00</b>

Los hospitales públicos ya cuentan con equipos y suministro de oficina, pero se realiza proyección de la inversión inicial para analizar el ahorro de costos por las úlceras por presión.

### 5.14.2 Sueldos

Para desarrollar este modelo de gestión de documentos normativos, se necesitará contar con dos funcionarios, el primero que levantará la metodología y será el encargado de la gestión documental y el segundo que realizará el desarrollo del sistema informático para la accesibilidad de la documentación normativa.

Tabla 34.

#### *Gastos administrativos*

Cargo	Sueldo	Total Ingresos	Fondos de Reserva	Aporte patronal	Décimo Tercer Sueldo	Décimo Cuarto Sueldo	Vacaciones	Total
Responsable de Gestión Documental	\$ 817.00	\$ 817.00	\$ 68.08	\$ 91.10	\$ 68.08	\$ 32.83	\$34.04	\$ 1,111.14
Desarrollador de Sistemas	\$1,676.00	\$ 1,676.00	\$ 139.67	\$ 186.87	\$ 139.67	\$ 32.83	\$ 69.83	\$ 2,244.87
<b>Total</b>	<b>\$2,493.00</b>	<b>\$ 2,493.00</b>	<b>\$ 207.75</b>	<b>\$ 277.97</b>	<b>\$ 207.75</b>	<b>\$ 65.67</b>	<b>\$103.88</b>	<b>\$ 3,356.01</b>

En los gastos administrativos antes detallados se estima un periodo de dos meses hasta la creación del repositorio informático, posterior a ese tiempo se calcula el gasto solo del responsable de gestión documental, quien realizará esa función de manera permanente.

### 5.14.3 Costos de la propuesta

Se refieren a los costos fijos y costos variables que se presentan de forma periódica para poder realizar las operaciones correspondientes, se proyecta en la siguiente tabla los costos de 12 meses continuos.

Tabla 35.

*Gastos totales.*

	Gastos Fijos			Gastos Variables		Total
	Equipos de Computación	Equipos de oficina	Sueldos y salarios	Suministros de Oficina		
<b>Mes 1</b>	\$ 2,800.00	\$ 700.00	\$ 3,356.01	\$ 50.00	\$ 6,906.01	
<b>Mes 2</b>	\$ -	\$ -	\$ 3,356.01	\$ 55.00	\$ 3,411.01	
<b>Mes 3</b>	\$ -	\$ -	\$ 1,111.14	\$ 60.50	\$ 1,171.64	
<b>Mes 4</b>	\$ -	\$ -	\$ 1,111.14	\$ 66.55	\$ 1,177.69	
<b>Mes 5</b>	\$ -	\$ -	\$ 1,111.14	\$ 73.21	\$ 1,184.34	
<b>Mes 6</b>	\$ -	\$ 180.00	\$ 1,111.14	\$ 80.53	\$ 1,371.66	
<b>Mes 7</b>	\$ -	\$ -	\$ 1,111.14	\$ 88.58	\$ 1,199.72	
<b>Mes 8</b>	\$ -	\$ -	\$ 1,111.14	\$ 97.44	\$ 1,208.57	
<b>Mes 9</b>	\$ -	\$ -	\$ 1,111.14	\$ 107.18	\$ 1,218.32	
<b>Mes 10</b>	\$ -	\$ -	\$ 1,111.14	\$ 117.90	\$ 1,229.03	
<b>Mes 11</b>	\$ -	\$ -	\$ 1,111.14	\$ 129.69	\$ 1,240.82	
<b>Mes 12</b>	\$ -	\$ 180.00	\$ 1,111.14	\$ 142.66	\$ 1,433.79	

### 5.14.4 Financiamiento del proyecto

El presente proyecto tendrá una inversión inicial de \$6,906.01 la misma que está contemplada en los techos presupuestarios de los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas, con la finalidad de implementar el modelo de gestión de documentos normativos.

### 5.14.5 Prevalencia úlceras por presión

La información a continuación se evidencia de acuerdo a estudio de prevalencia realizado en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo denominado Proyecto Stop úlceras por presión prevención y manejo de úlceras por presión (PYT-JUTGH-100) el mismo que se

realizó el viernes 30 de septiembre del 2019 y se encargó de determinar los índices aplicables para esta unidad de tercer nivel, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 36.

*Porcentaje de úlceras por presión en pacientes*

<b>Porcentaje de Pacientes con úlceras por presión</b>	13.76%
<b>Pacientes sin úlceras por presión</b>	86.24%
<b>Total</b>	100.00%

Para calcular la prevalencia de úlceras se debe considerar que el 95% son gastos prevenibles, por lo tanto, un 5% no tiene que ser considerado como porcentaje reducible según el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y heridas crónicas (GNEA úlceras por presión).

Los datos obtenidos se calculan usando como base el reporte promedio de egresos mensuales 2019 con corte de octubre del HTMC y los datos de la prevalencia realizada.

Tabla 37.

*Prevalencia úlceras por presión mensual*

<b>Prevalencia úlceras por presión Mensual</b>	
<b>Egresos Promedio</b>	1281
<b>Porcentaje de pacientes que presentan úlceras por presión</b>	13.76%
<b>Porcentaje no prevenible úlceras por presión</b>	5.00%

<b>Porcentaje bruto úlceras por presión</b>	8.76%
<b>Número de pacientes que presentan úlceras por presión</b>	112

Según la complejidad de la úlcera por presión existen 4 estadios principales los cuales con base a estudio de prevalencia realizada en el Teodoro Maldonado Carbo y contrarrestado con el número de pacientes que en promedio presentan úlceras por presión se obtienen los siguientes datos:

Tabla 38.

*Porcentaje de prevalencia según el grado de úlceras por presión*

<b>Grado I</b>		<b>Grado II</b>		<b>Grado III</b>		<b>Grado IV</b>	
<b>Porcentaje de Prevalencia úlceras por presión</b>	<b>Numero de úlceras por presión</b>	<b>Porcentaje de Prevalencia úlceras por presión</b>	<b>Numero de úlceras por presión</b>	<b>Porcentaje de Prevalencia úlceras por presión</b>	<b>Numero de úlceras por presión</b>	<b>Porcentaje de Prevalencia úlceras por presión</b>	<b>Numero de úlceras por presión</b>
63.75%	72	22.50%	25	8.75%	10	5.00%	6

#### **5.14.6 Gastos por curaciones**

Se realizó análisis de los gastos de curación de este tipo de evento adverso, que como factores principales determinados en entrevista realizada a profesionales asistenciales se estableció el talento humano, insumos y sala de procedimiento; enlazado al grado de la úlcera tratada.

##### **5.14.6.1 Costo mano de obra**

A continuación, se detalla la remuneración mensual unificada que percibe el personal asistencial encargado de realizar las curaciones de las úlceras por presión.

Tabla 39.

*Remuneración personal asistencial*

<b>Cargo</b>	<b>Grupo Ocupacional</b>	<b>RMU en USD</b>	<b>Valor x día</b>	<b>Valor x Hora</b>
Servidor público 5	Licenciado en Enfermería	\$ 1,212.00	\$ 40.40	\$ 5.05
Servidor público de servicios 1	Auxiliar de Enfermería	\$ 527.00	\$ 17.57	\$ 2.20

Nota. Recuperado de “Ministerio de Relaciones Laborales”

El tiempo de curación por cada estadio de las úlceras por presión se encuentra definido en encuesta realizada en el estudio de prevalencia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo realizada por el equipo de evaluación.

Tabla 40.

*Costo de servidor público 5 por tiempo de curación*

<b>Servidor público 5</b>			
Úlceras por presión	Tiempo de curación estimado en minutos	Valor por tiempo utilizado	
Grado I	15	\$	1.2625
Grado II	20	\$	1.6833
Grado III	30	\$	2.525
Grado IV	60	\$	5.05

Tabla 41.

*Costo de servidor público de servicios I por tiempo de curación*

<b>Servidor público de servicios 1</b>			
Úlceras por presión	Tiempo de curación estimado en minutos	Valor por tiempo utilizado	
Grado I	15	\$ 0.548	
Grado II	20	\$ 0.731	
Grado III	30	\$ 1.097	
Grado IV	60	\$ 2.195	

#### 5.14.6.2 Gasto de insumos por curación

En el país no existe literatura que identifique los materiales para tratamiento de las úlceras por presión, por lo cual son datos obtenidos por la experiencia de los profesionales que se desempeñan en las salas de curación y estandarizado de manera empírica en los hospitales; esta información se la obtiene basada a la entrevista realizada a los profesionales sanitarios del HTMC.

Tabla 42.

*Insumos úlceras por presión Grado I*

<b>Grado I</b>				
Insumo	Presentación	Valor del Insumo	Dosificación	Total
Gluconato de clorhexidina 2 %	100 cc	\$ 22.50	5 cc	\$ 1.13
Solución 0.9% 100cc	100 cc	\$ 1.00	100 cc	\$ 1.00
Linovera	30 cc	\$ 18.00	3 cc	\$ 1.80
Guantes de manejo	100 u	\$ 11.00	2 u	\$ 0.22
Gasas estériles	1 u	\$ 0.74	1 u	\$ 0.74
<b>Total</b>				<b>\$ 4.89</b>

Tabla 43.

*Insumos úlceras por presión Grado II*

<b>Grado II</b>				
Insumo	Presentación	Valor del Insumo	Dosificación	Total
Gluconato de clorhexidina 2 %	100 cc	\$ 22.50	5 cc	\$ 1.13
Solución 0.9%	100 cc	\$ 1.00	100 cc	\$ 1.00
Prontosan	350 cc	\$ 20.00	10 cc	\$ 0.57
Apósito de espuma con adhesivo (forma sacra o Talón)	1 u	\$ 6.00	1 u	\$ 6.00
Apósito Hidrocoloide (forma sacra o Talón)	20 u	\$ 99.00	1 u	\$ 4.95
Guantes de manejo	100 u	\$ 11.00	2 u	\$ 0.22
Gasas estériles	1 u	\$ 0.74	1 u	\$ 0.74
<b>Total</b>				<b>\$ 13.65</b>

Tabla 44.

*Insumos úlceras por presión Grado III*

<b>Grado III</b>				
Insumo	Presentación	Valor del Insumo	Dosificación	Total
Gluconato de clorhexidina 2 %	100 cc	\$ 22.50	5 cc	\$ 1.13
Solución 0.9%	100 cc	\$ 1.00	100 cc	\$ 1.00
Jeringuilla 20cc	1 u	\$ 0.29	1 u	\$ 0.29
Prontosan	350 cc	\$ 20.00	10 cc	\$ 0.57
Bisturí	1 u	\$ 0.15	1 u	\$ 0.15
Hidrogel o Colagenasa	20 gr	\$ 15.00	2 gr	\$ 1.50
Apósito de espuma con adhesivo (forma sacra o Talón)	1 u	\$ 6.00	1 u	\$ 6.00
Apósito Alginato de Calcio o Hidrofibra	1 u	\$ 11.50	1 u	\$ 11.50
Apósito Hidrocoloide (forma sacra o	20 u	\$ 99.00	1 u	\$ 4.95

Talón)					
Guantes de Manejo	100 u	\$ 11.00	2 u	\$ 0.22	
Guantes quirúrgicos	1 u	\$ 0.67	2 u	\$ 1.34	
Gasas estériles	1 u	\$ 0.74	3 u	\$ 2.22	
<b>Total</b>				\$ 30.87	

Tabla 45.

*Insumos úlceras por presión Grado IV*

<b>Grado IV</b>				
Insumo	Presentación	Valor del Insumo	Dosificación	Total
Gluconato de clorhexidina 2 %	100 cc	\$ 22.50	5 cc	\$ 1.13
Solución 0.9%	100 cc	\$ 1.00	100 cc	\$ 1.00
Jeringuilla 20cc	1 u	\$ 0.29	1 u	\$ 0.29
Prontosan	350 cc	\$ 20.00	20 cc	\$ 1.14
Bisturí	1 u	\$ 0.15	1 u	\$ 0.15
Hidrogel o Colagenasa	20 gr	\$ 15.00	10 gr	\$ 7.50
Apósito de espuma con adhesivo (forma sacra o Talón)	1 u	\$ 6.00	1 u	\$ 6.00
Apósito Alginato de Calcio o Hidrofibra	1 u	\$ 11.55	1 u	\$ 11.55
Apósito Hidrocoloide (forma sacra o Talón)	20 u	\$ 99.00	1 u	\$ 4.95
Guantes de Manejo	100 u	\$ 11.00	2 u	\$ 0.22
Guantes quirúrgicos	1 u	\$ 0.67	2 u	\$ 1.34
Gasas estériles	1 u	\$ 0.74	3 u	\$ 2.22
<b>Total</b>				\$ 37.49

### 5.14.6.3 Gasto de curación según prevalencia

Tabla 46.

*Gasto de curación según grado úlceras por presión*

Gastos de curación según grado de úlceras por presión					
	Costo enfermera	Costo auxiliar	Gasto insumos	Gasto sala de procedimiento	Total
<b>Grado I</b>	\$ 1.26	\$ 0.55	\$ 4.89	\$ -	\$ 6.70
<b>Grado II</b>	\$ 1.68	\$ 0.73	\$ 13.65	\$ -	\$ 16.06
<b>Grado III</b>	\$ 2.53	\$ 1.10	\$ 30.87	\$ -	\$ 34.49
<b>Grado IV</b>	\$ 5.05	\$ 2.20	\$ 37.49	\$ 1.00	\$ 45.73

El valor de la sala de procedimiento esta obtenido con la base imponible del tarifario del Ministerio de Salud Pública.

Tabla 47.

*Gasto de tratamiento según datos de prevalencia.*

	Gasto tratamiento	Numero de curaciones por mes	Gasto mensual	Prevalencia úlceras	Total
Grado I	\$ 6.70	4	\$ 26.79	72	\$ 1,916.19
Grado II	\$ 16.06	8	\$ 128.49	25	\$ 3,244.27
Grado III	\$ 34.49	8	\$ 275.91	10	\$ 2,709.17
Grado IV	\$ 45.73	12	\$ 548.80	6	\$ 3,079.22
					\$
			<b>Total Mensual</b>		10,948.85

La información sobre el número de curaciones por estadio de úlceras por presión se obtiene de entrevista realizada.

### 5.14.8 Proyección de ahorro mensual

Tabla 48.

*Ahorro mensual*

Ahorro Mensual	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV	Total
Mes 1 (0%)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Mes 2(0%)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Mes 3(25%)	\$ 479.05	\$ 811.07	\$ 677.29	\$ 769.81	\$ 2,737.21
Mes 4(50%)	\$ 958.10	\$ 1,622.14	\$ 1,354.58	\$ 1,539.61	\$ 5,474.43
Mes 5(75%)	\$ 1,437.14	\$ 2,433.20	\$ 2,031.88	\$ 2,309.42	\$ 8,211.64
Mes 6	\$ 1,916.19	\$ 3,244.27	\$ 2,709.17	\$ 3,079.22	\$ 10,948.85
Mes 7	\$ 1,916.19	\$ 3,244.27	\$ 2,709.17	\$ 3,079.22	\$ 10,948.85
Mes 8	\$ 1,916.19	\$ 3,244.27	\$ 2,709.17	\$ 3,079.22	\$ 10,948.85
Mes 9	\$ 1,916.19	\$ 3,244.27	\$ 2,709.17	\$ 3,079.22	\$ 10,948.85
Mes 10	\$ 1,916.19	\$ 3,244.27	\$ 2,709.17	\$ 3,079.22	\$ 10,948.85
Mes 11	\$ 1,916.19	\$ 3,244.27	\$ 2,709.17	\$ 3,079.22	\$ 10,948.85
Mes 12	\$ 1,916.19	\$ 3,244.27	\$ 2,709.17	\$ 3,079.22	\$ 10,948.85
					\$ 93,065.25

### 5.14.9 Evaluación económica

Tabla 49.

*Proyección de ahorro*

	Inversión	Ahorro	Resultado
Mes 1	\$ 6,906.01	\$ -	\$ -6,906.01
Mes 2	\$ 3,411.01	\$ -	\$ -3,411.01
Mes 3	\$ 1,171.64	\$ 2,737.21	\$ 1,565.58
Mes 4	\$ 1,177.69	\$ 5,474.43	\$ 4,296.74
Mes 5	\$ 1,184.34	\$ 8,211.64	\$ 7,027.30
Mes 6	\$ 1,371.66	\$ 10,948.85	\$ 9,577.19
Mes 7	\$ 1,199.72	\$ 10,948.85	\$ 9,749.14
Mes 8	\$ 1,208.57	\$ 10,948.85	\$ 9,740.28
Mes 9	\$ 1,218.32	\$ 10,948.85	\$ 9,730.54
Mes 10	\$ 1,229.03	\$ 10,948.85	\$ 9,719.82
Mes 11	\$ 1,240.82	\$ 10,948.85	\$ 9,708.03
Mes 12	\$ 1,433.79	\$ 10,948.85	\$ 9,515.06
Total	\$ 22,752.61	\$ 93,065.25	\$ 70,312.64

### 5.14.7 Evaluación financiera

El Van es un indicador financiero que tiene como finalidad medir los flujos de los ingresos y egresos proyectados en un estudio, con el propósito de que al descontar la inversión inicial quede ganancia, y determinar si se vuelve viable. Si el van es mayor a 0 es conveniente realizar el proyecto, si es igual a 0 la propuesta es indiferente, y si el van es menor a 0 no conviene realizar el proyecto.

Tabla 50.

*Flujo neto de efectivo*

	<b>Flujo de Egreso (inversión)</b>	<b>Flujo de Ahorro</b>	<b>Flujo de efectivo neto</b>
Mes 1	\$ 3,406.01	\$ -	\$ -3,406.01
Mes 2	\$ 3,411.01	\$ -	\$ -3,411.01
Mes 3	\$ 1,171.64	\$ 2,737.21	\$ 1,565.58
Mes 4	\$ 1,177.69	\$ 5,474.43	\$ 4,296.74
Mes 5	\$ 1,184.34	\$ 8,211.64	\$ 7,027.30
Mes 6	\$ 1,371.66	\$ 10,948.85	\$ 9,577.19
Mes 7	\$ 1,199.72	\$ 10,948.85	\$ 9,749.14
Mes 8	\$ 1,208.57	\$ 10,948.85	\$ 9,740.28
Mes 9	\$ 1,218.32	\$ 10,948.85	\$ 9,730.54
Mes 10	\$ 1,229.03	\$ 10,948.85	\$ 9,719.82
Mes 11	\$ 1,240.82	\$ 10,948.85	\$ 9,708.03
Mes 12	\$ 1,433.79	\$ 10,948.85	\$ 9,515.06

El flujo de efectivo neto se obtiene de la diferencia entre la inversión realizada y el ahorro obtenido. A partir del tercer mes se observa que el flujo neto es positivo, es decir que se alcanza una rentabilidad con base en el ahorro.

La tasa de interés es obtenida comparando los costos de oportunidad de una inversión a plazo fijo en bancos nacionales.

Tabla 51.

*Tasa de interés de oportunidad*

<b>Tasa de interés de oportunidad</b>	8.5%
<b>Inversión Inicial</b>	\$ 3,500.00
<b>Numero de periodos</b>	12
<b>Tipo de periodo</b>	Mensual

La fórmula del VAN es la siguiente:

$$VAN = C_0 + \frac{C_1}{1+r} + \frac{C_2}{(1+r)^2} + \frac{C_3}{(1+r)^3} + \dots$$

Figura 14. Formula VAN

Co= Inversión inicial

C1= Flujo neto

r = Tasa de interés de oportunidad

Tabla 52.

*Cálculo del Van*

Nro.	FNE	Cálculo del VAN		
			(1+i)^	FNE(1+i)^
1	\$	-3,406.01	\$ 1.09	\$ -3,139.18
2	\$	-3,411.01	\$ 1.18	\$ -2,897.50
3	\$	1,565.58	\$ 1.28	\$ 1,225.70
4	\$	4,296.74	\$ 1.39	\$ 3,100.42
5	\$	7,027.30	\$ 1.50	\$ 4,673.47
6	\$	9,577.19	\$ 1.63	\$ 5,870.29
7	\$	9,749.14	\$ 1.77	\$ 5,507.54
8	\$	9,740.28	\$ 1.92	\$ 5,071.47
9	\$	9,730.54	\$ 2.08	\$ 4,669.49
10	\$	9,719.82	\$ 2.26	\$ 4,298.93
11	\$	9,708.03	\$ 2.45	\$ 3,957.35
12	\$	9,515.06	\$ 2.66	\$ 3,574.82
				\$ 35,912.80
Van		\$ -3,500.00		\$ 32,412.80

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que el van es mucho mayor a 0 por lo cual se puede afirmar que el proyecto es rentable

El TIR según (Morales, 2015) “es una característica propia del proyecto, totalmente independiente del inversionista; es decir su tasa de interés es de oportunidad, además se puede definir como la tasa de interés para la cual el VPN (i)=0 es decir el VPN (TIR)=0”

Tabla 53.

*Tasa de descuento*

<b>Tasa de descuento</b>	<b>Van</b>
0%	\$ 70,312.64
5%	\$ 46,081.30
10%	\$ 30,806.49
15%	\$ 20,893.45
20%	\$ 14,290.88
25%	\$ 9,790.70
30%	\$ 6,660.39
35%	\$ 4,443.79
40%	\$ 2,849.72
45%	\$ 1,688.05
50%	\$ 832.04
55%	\$ 195.51
60%	\$ -281.13

El resultado del TIR en este proyecto es 57%, se evidencia que el porcentaje planteado es mucho mayor al porcentaje de interés por oportunidad 8.5%, siendo el flujo de ahorro viable en la implementación de este proyecto.

La fórmula de TIR es la siguiente:

$$TIR = Ii + (i2 - Ii) \frac{VAN1}{VAN1 - VAN2}$$

Ii= Interés inicial

i2= Porcentaje de interés de retorno

### 5.14.10 Escenario

El escenario en un estudio de prefactibilidad nos permite analizar los posibles entornos a los que el proyecto puede estar enfocado, en este caso se realizó tres enfoques, pesimista, optimista y realista, dando los siguientes resultados de ahorro ante la implementación de documentos normativos institucionales en el evento adverso úlceras por presión.

Tabla 54.

*Escenarios del proyecto*

<b>Beneficio o perjuicio Anual</b>	
Pesimista	\$ 37,842.55
Realista Proyectado	\$ 70,312.64
Optimista	\$ 86,547.69

Con los datos presentados se evidencia que en el peor de los escenarios los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas ahorrarían \$ 37,842.55 al año con la implementación de los documentos normativos, beneficiando de forma rentable los costos de la atención y disminuyendo a través de normativas la incidencia de las úlceras por presión.

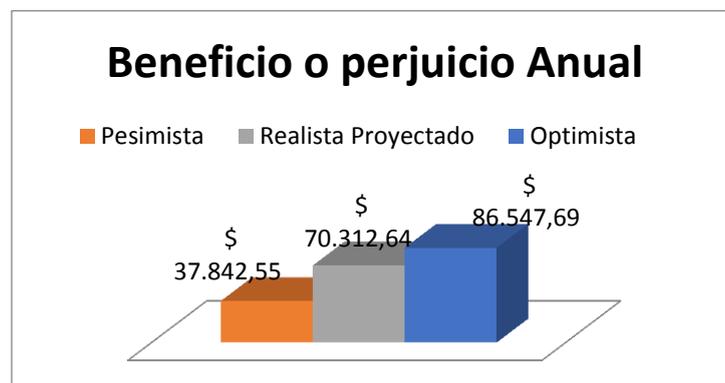


Figura 15: Escenarios del proyecto.

#### **5.14.11 Importancia**

La importancia de este proyecto prefactible está orientada en el ahorro en costos de atención que los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas pueden obtener con la implementación de un modelo de gestión de documentos normativos utilizando recursos que ya posee, apoyando directamente al proceso de seguridad del paciente previniendo eventos adversos mismos que pueden ocasionar discapacidad temporal o permanente en el paciente y en otros casos la muerte.

#### **5.15 Metas del proyecto**

Las metas que se plantean en este proyecto son las siguientes:

- Crear la guía metodológica para la elaboración de documentos normativos.
- Mejorar la seguridad del paciente en los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia de Guayas
- Optimizar los recursos financieros de las instituciones de salud.
- Desarrollar un repositorio informático donde se socializarán todos los documentos normativos.

#### **5.16 Finalidad de la propuesta**

La finalidad del presente documentos es implementar los documentos normativos en las instituciones de salud, mejorando la calidad de la atención, cumpliendo con los estándares impuestos por el Ministerio de Salud Pública motivando a la seguridad del paciente, adicional en la justificación se evidencia la disminución de los techos presupuestarios, por lo tanto, al disminuir los costos a causa de los eventos adversos.

### **5.17 Conclusión**

En el presente documento se evidencia la rentabilidad del proyecto a través de los métodos financieros, con una tasa de retorno de 57%, con un escenario pesimista de \$37,842.55 esto quiere decir que el proyecto es rentable.

Se espera manejar un escenario realista donde se obtendrá un ahorro anual de \$70,312.64 que puede ser destinado para otro tipo de recursos que necesiten las instituciones de salud.

## REFERENCIAS

- Arroyave Loaiza , G., & Jarrillo Soto , E. (05 de Julio de 2018). *Costos Hospitalarios*. Obtenido de Intercostos : <http://intercostos.org/documentos/congreso-07/Trabajo243.pdf>
- Bibepro. (s.f.). *bibrepo*. Obtenido de <http://bibrepo.uca.es:81/biblioteca/guiasymanuales/tutoriales/TutorialAlumnos/documentos.htm>
- Blasco Mira, J. E., & Pérez Turpín, J. A. (2007). *Metodología de investigación en las ciencias de la actividad física y el deporte*. España: Club Universitario.
- Carro, R., & González, D. (s.f.). *Nulan*. Obtenido de Nulan : [http://nulan.mdp.edu.ar/1615/1/10\\_normas\\_iso\\_9000.pdf](http://nulan.mdp.edu.ar/1615/1/10_normas_iso_9000.pdf)
- Celaya, J. (28 de Octubre de 2013). *dosdoce.com*. Obtenido de dosdoce.com: <https://www.dosdoce.com/2013/10/28/los-primeros-libros-de-la-humanidad/>
- Concepto definición. (8 de Noviembre de 2014). Obtenido de <http://conceptodefinicion.de/empresa-de-servicios/>
- Consejo Nacional de Población. (2011). *La Planeación Demográfica*. Mexico.
- Cordoba Padilla , M. (2011). *Formulación y Evaluación de Proyectos*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Cortés, J. (1998). *Guía del proceso administrativo*.
- Cruz Mundet, J. (2006 ). *La gestión de documentos en las organizaciones*. Madrid : Ediciones Pirámide .
- Dirección de Normatización del MSP. (2012). *Metodología para la elaboración del set de instrumentos asistenciales*. Quito.
- Dirección Nacional de Normatización del MSP. (2012, p. 4). *Metodología para la elaboración de normas* (Primera ed.). Quito.
- Dirección Nacional de Procesos. (2017). *Manual de Procesos*. Quito.
- Domínguez, I. L. (01 de Enero de 2015). *Enciclopedia Financiera*. Obtenido de <https://www.encyclopediainanciera.com/diccionario/analisis-coste-beneficio.html>
- Estados Unidos Mexicanos Salud. (2012). *Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud*. México: Secretaria de Salud .
- Fernández Vite, M. (17 de Octubre de 2015). *Grafología y personalidad*. Obtenido de <https://www.grafologiaypersonalidad.com/historia-de-la-escritura/>
- Fidias G., A. (2012). *El proyecto de investigación - Introducción a la metodología científica*. Caracas: Episteme.
- Font Aranda, O. (2013). *Implementación de un Sistema de Gestión Documental en la Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Cuba: Facultad de Ciencias de*

*Información y de la Educación*. Granada : Editorial de la Universidad de Granada .  
Obtenido de <https://hera.ugr.es/tesisugr/22668548.pdf>

Gestión Org. (s.f.). Obtenido de <https://www.gestion.org/empresas-de-servicios/>

Gonzalez, H. D. (2009). *Metodología de la investigación* . Bogotá D. C. : Ecoe Ediciones, 2009.

Hernández, e. a. (2006).

Horngren, C. T., Datar, S. M., & Rajan , M. V. (2012). *Contabilidad de costos* (Decimocuarta ed.). (G. D. Chávez, Ed.) Naucalpan de Juárez, Estado de México , México : Pearson Educación .

<https://www.ecured.cu>, <https://www.ecured.cu>. (s.f.). Obtenido de [https://www.ecured.cu/Fuente\\_de\\_informaci%C3%B3n](https://www.ecured.cu/Fuente_de_informaci%C3%B3n).

Instituto Ecuatoriano de Normalización. (1990). Norma Técnica Ecuatoriana NTE INEN 0:1990. En C. D. INEN, *Estructura y organización de documentos normativos. Requisitos* (pág. 1). Quito.

ISO. (2015). *ISO 9000:2015*. Recuperado el 12 de septiembre de 2017, de <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:9000:ed-4:v1:es:term:3.4.1>

ISO. (2016). *ISO 37001:2016*. Recuperado el 12 de septiembre de 2017, de <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:37001:ed-1:v1:es:term:3.4>

ISO 9001:2015. (13 de Septiembre de 2016). *Desarrollo del concepto de Calidad* . Obtenido de Nueva ISO : <https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2016/09/desarrollo-concepto-calidad/>

Kloter, P., & Armstrong, G. (2013). Fundamentos de Marketing. En *Fundamentos de Marketing Decimoprimer edición* (pág. 36). Pearson.

Lawrence J. Gitman. (2007). En Gitman, & L. J., *Principios de administración financiera Decimoprimer edición* (pág. 49). México: Pearson.

López Parra , M. E., Aceves López, J. N., Pellat, A., & Puerta, C. (s.f.). *Estudio administrativo un apoyo en la estructura organizacional del proyecto de inversión*. Sonora: Instituto Tecnológico Sonora.

Manuel. (16 de febrero de 2018). *recursosdeautoayuda*. Obtenido de recursosdeautoayuda: <https://www.recursosdeautoayuda.com/tipos-de-metodos/>

Marcas, B. (s.f.). *Cursos AIU*. Obtenido de <http://cursos.aiu.edu/Diplomados/Branding%20MARCAS/Mercadotecnia/Leccion%209/WORD/S9.pdf>

Mejia, M. (2005 ). *Guía para la implementación de un programa de gestión documental y archivo* . Santafé de Bogotá : General de la Nación.

Méndez Rosey , J. C. (10 de Mayo de 2013). *Calidad, concepto y filosofías*. Obtenido de Gestipolis: <https://www.gestipolis.com/calidad-concepto-y-filosofias-deming-juran-ishikawa-y-crosby/>

- Méndez, C. E. (2011). *Metodología* (4ta ed.). México, México: Limusa.
- Meyer, D. B. (12 de 09 de 2006). *Noemagico*, 1.0. Recuperado el 2019 de 03 de 24, de <https://noemagico.blogia.com/2006/091301-la-investigaci-n-descriptiva.php>
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Norma técnica - Metodología para la elaboración de instrumentos normativos del MSP*. Quito.
- Montaño, M. (3 de Junio de 2015). *Gestiopolis*. Obtenido de <https://www.gestiopolis.com/herramientas-y-procesos-para-la-planeacion-empresarial/>.
- Morales, C. M. (2015). *Evaluación financiera de proyectos* . Obtenido de Evaproy: <https://evaproy.wordpress.com/criterios-de-evaluacion-financiera/>
- MSP. (2017). *Salud.gob.ec*. Obtenido de salud.gob.ec.
- Muñoz Montes, H. J. (4 de Abril de 2012). *Costos Hospitalarios*. Obtenido de Monografias: <https://www.monografias.com/trabajos91/los-costos-hospitalarios/los-costos-hospitalarios.shtml>
- Ochando, P. M. (18 de febrero de 2008). *histccdocumentacion*. (D. B. Documentación, Editor, & Universidad Complutense de Madrid) Obtenido de histccdocumentacion: <http://ccdodoc-histccdocumentacion.blogspot.com/2008/02/05-los-orgenes-de-la-documentacin-la.html>
- Ocronos. (04 de Marzo de 2019). *Escala de Branden*. Obtenido de OCRONOS - REVISTA MÉDICA Y DE ENFERMERÍA : <https://revistamedica.com/como/escala-de-braden/>
- OMS. (11 de Julio de 2010). *Manual para la elaboración de directrices*. Obtenido de [https://www.who.int/publications/guidelines/WHO\\_hb\\_for\\_guideline\\_development\\_2ed\\_Spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/publications/guidelines/WHO_hb_for_guideline_development_2ed_Spanish.pdf?ua=1)
- OMS. (08 de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de [https://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/es/](https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/).
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Evaluación para el Planeamiento de Programas de Educación para la Salud*. Washington, D.C.
- Palella Stracuzzi , S., & Martins Pestana , F. (2012). *Metodología De La Investigación Cuantitativa*. Carazas, Venezuela : Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
- Palella, S. y. (2010). *Metodología de la investigación cuantitativa*.
- Pitt, F. D. (1976). Obtenido de <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/eb020914?journalCode=lr>
- Puebla Álvarez, J. (2015). *Implementación de un Sistema de Gestión Documental para la administración y gestión de documentos, a través de servicios y aplicaciones web, necesarias para la certificación de empresas en la Norma ISO 9001: 2008*. Quito: Universidad San Francisco de Quito.

- Quilumbaquin, M. M. (2014). *Sistema de Gestión Documental y Archivo en el Gobierno Autónomo Descentralizado de González Suárez de la Provincia de Imbabura*. Ibarra: Universidad Regional Autónoma de Los Andes.
- Quito Barragán, E. (2015). *Implementación Web de un Sistema de Gestión de Documentos, consolidados en una Intranet, basada en las normas ISO 22000:2005, para la empresa La Clave S.A.* . Guayaquil: Universidad de Guayaquil .
- Randall. (2007). *Estudio de mercado*.
- Reyes, R. (6 de MAYO de 2013). *Monografías* . Obtenido de Monografías : [www.monografias.com](http://www.monografias.com)
- Rodríguez Peñuelas, M. A. (2010). *Guía para diseñar proyectos de investigación de tesis en ciencias administrativas, organizacionales y sociales* . Sinaloa : Universidad Autónoma de Sinaloa .
- Rodríguez, A. B. (2003). *Metodología de la Investigación 4* (Tercera Edición ed.). Guayaquil , Guayas , Ecuador : Arq. Pedro Gambarotti Gómez .
- Rodríguez, M. (19 de noviembre de 2010). *WordPress.com*. Obtenido de WordPress.com: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:STZGRoyU8o0J:https://metodologiasdelainvestigacion.wordpress.com/2010/11/19/la-tecnica-de-la-encuesta/+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec&client=firefox-b-d>
- Rosales. (2009). *Estudio Tecnico*.
- Salazar Medina, L. (11 de Noviembre de 2010). *Monografías*. Obtenido de Monografías.com: <https://www.monografias.com/trabajos82/historia-escritura/historia-escritura2.shtml>
- Sampieri, D. R. (2014). *Metodología de la Investigación* (Vol. 6 ). Mexico: Mc Graw Hill Education.
- Santesmases Mestre, M. (2009). *Diseño y análisis de encuestas en investigación social y de mercados*. Madrid: Pirámide.
- Sapag. (1991). *Preparación y Evaluación de Proyectos* . México : Litográfica Ingramex .
- Sapag, S. (2008). *Proyecto de inversion*.
- Silvestrini, M. y Vargas, J. (Enero de 2008). <http://ponce.inter.edu/>. Obtenido de <http://ponce.inter.edu/cai/manuales/FUENTES-PRIMARIA.pdf>.
- Subsecretaría de Gobierno Electrónico de la Secretaría Nacional de la Administración Pública. (s.f.). *SGDQ – Sistema de Gestión Documental Quipux*. Recuperado el 08 de septiembre de 2017, de <http://www.administracionpublica.gob.ec/sgdq-sistema-de-gestion-documental-quipux/>
- Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación científica*. Mexico : Editorial Limusa.

- Tena. (24 de Febrero de 2015). *Clasificación de las Úlceras por presión*. Obtenido de <https://www.tena.com.co/cuidadores/aprendiendo-a-cuidar/clasificacion-ulceras-por-presion/>
- Tompson, I. (27 de 02 de 2010). *Xing.com* . Recuperado el 06 de 2019, de <https://www.xing.com/communities/posts/definicion-de-precio-por-ivan-tompson-1003306091>
- Universidad de Alcalá. (s.f.). *Fuentes de Información*. Recuperado el 25 de 06 de 2019, de Biblioteca Universidad de Alcalá: [http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/fuentes\\_informacion.html](http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/fuentes_informacion.html)
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador. (11 de 07 de 2011). *Tesis de investigación* . Obtenido de <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2011/07/investigacion-de-campo-manual-upel.html>
- Webnode. (2014). *Estudio Organizacional* . Obtenido de Webnode.mx: <https://estudio-organizacional.webnode.mx/>
- Wikipedia* . (s.f.). Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Papel>
- Yubero, F. (2 de Julio de 2011). *lanaveva.wordpress.com*. Obtenido de <https://lanaveva.wordpress.com/2011/07/02/8447/>

# APÉNDICES

**Apéndice A: Presupuesto anual de los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas.**

Art. 7 de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública - LOTAIP					
g) Información total sobre el presupuesto anual que administra la institución, especificando ingresos, gastos, financiamiento y resultados operativos de conformidad con los clasificadores presupuestales, así como liquidación del presupuesto, especificando destinatarios de entrega de recursos públicos					
Monto total del presupuesto anual					
Tipo	Ingresos	Gastos	Financiamiento	Resultados operativos (% de gestión cumplida)	Link para descargar la cédula presupuestaria trimestral a nivel de tipo de gasto
Corriente	78.456.958,00	2.936.884,85	Fondos Fiscales	3,74%	<a href="#">Cédula presupuestaria ENERO 2019</a>
Inversión	0,00	0,00	Fondos Fiscales	0,00%	
<b>Total</b>	<b>78.456.958,00</b>	<b>2.936.884,85</b>		<b>3,74%</b>	
Monto total del presupuesto anual liquidado (ejercicio fiscal anterior)					
Tipo	Ingresos	Gastos	Financiamiento	Resultados operativos (% de gestión cumplida)	Link para descargar el presupuesto anual liquidado
Corriente	83.773.126,28	83.747.800,09	Fondos Fiscales	99,97%	<a href="#">Cédula presupuestaria DICIEMBRE 2018</a>
Inversión	7.689.978,09	6.845.053,40	Fondos Fiscales	89,01%	
<b>Total</b>	<b>91.463.104,37</b>	<b>90.592.853,49</b>		<b>99,05%</b>	
Destinatario de entrega de recursos públicos					Link para descargar el listado de destinatarios de recursos públicos
					<a href="#">Destinatarios recursos públicos trimestral acumulado</a>
FECHA ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN:				05/02/2019	
PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN:				MENSUAL	
UNIDAD POSEEDORA DE LA INFORMACIÓN - LITERAL e):				GESTION FINANCIERA	
RESPONSABLE DE LA UNIDAD POSEEDORA DE LA INFORMACIÓN DEL LITERAL e):				CPA. DIEGO GOMEZ VARGAS	
CORREO ELECTRÓNICO DEL O LA RESPONSABLE DE LA UNIDAD POSEEDORA DE LA INFORMACIÓN:				<a href="mailto:dgomez@hospitalesguayas.gob.ec">dgomez@hospitalesguayas.gob.ec</a>	
NÚMERO TELEFÓNICO DEL O LA RESPONSABLE DE LA UNIDAD POSEEDORA DE LA INFORMACIÓN:				(04) 259-7400 EXTENSIÓN 3101/3103	

**Art. 7 de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública - LOTAIP**

**g) Información total sobre el presupuesto anual que administra la institución, especificando ingresos, gastos, financiamiento y resultados operativos de conformidad con los clasificadores presupuestales, así como liquidación del presupuesto, especificando destinatarios de entrega de recursos públicos**

**Monto total del presupuesto anual**

Tipo	Ingresos	Gastos	Financiamiento	Resultados operativos (% de gestión cumplida)	Link para descargar la cédula presupuestaria mensual a nivel de tipo de gasto
Corriente	176,789,631.97	11,441,666.96	Fondos Fiscales	6.47%	<a href="#">Cédula Presupuestaria Enero 2018.pdf</a>
Inversión	27,741,394.10	400.00	Interno / Externo	0.00%	
<b>Total</b>	<b>204,531,026.07</b>	<b>11,442,066.96</b>		<b>5.59%</b>	

**Monto total del presupuesto anual liquidado (ejercicio fiscal anterior)**

Tipo	Ingresos	Gastos	Financiamiento	Resultados operativos (% de gestión cumplida)	Link para descargar el presupuesto anual liquidado
Corriente	198,576,532.86	168,915,009.94	Fondos Fiscales	85.06%	<a href="#">Presupuesto Anual Liquidado 2017.pdf</a>
Inversión	7,180,061.60	5,201,951.09	Interno / Externo	72.45%	
<b>Total</b>	<b>205,756,614.46</b>	<b>174,116,961.03</b>		<b>84.62%</b>	

**Destinatario de entrega de recursos públicos**

**Link para descargar el listado de destinatarios de recursos públicos**

[DESTINATARIOS RECURSOS PUBLICOS ENERO18.pdf](#)

FECHA ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN:	31/01/2018
PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN:	MENSUAL
UNIDAD POSEEDORA DE LA INFORMACIÓN - LITERAL e):	COORDINADOR GENERAL FINANCIERO
RESPONSABLE DE LA UNIDAD POSEEDORA DE LA INFORMACIÓN DEL LITERAL e):	ESPEC. ESTEBAN RAÚL SEMINARIO MONTALVO
CORREO ELECTRÓNICO DEL O LA RESPONSABLE DE LA UNIDAD POSEEDORA DE LA INFORMACIÓN:	<a href="mailto:eseminario@ieess.gub.ec">eseminario@ieess.gub.ec</a>
NÚMERO TELEFÓNICO DEL O LA RESPONSABLE DE LA UNIDAD POSEEDORA DE LA INFORMACIÓN:	(04) 2 430010 EXTENSIÓN 1700

## Apéndice B: Encuesta y entrevista



### UNIVERSIDAD “SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”

#### CARRERA DE GESTIÓN EMPRESARIAL

#### ENCUESTA

Estimado(a) colaborador de esta unidad de salud, su criterio es indispensable en la siguiente encuesta para conocer su afinidad sobre la implementación de un modelo de Gestión de Documentos Normativos en hospitales.

Esta encuesta es de carácter anónimo.

#### Objetivo:

Conocer la aceptación que tendría la implementación de un modelo de gestión de documentos normativos en los hospitales públicos de tercer nivel de la provincia del Guayas.

#### Instrucciones:

Estimado(a), solicito leer de manera detenida las preguntas, seleccione una opción por cada pregunta, marcando con X en el casillero que considere apropiado.

#### Cuestionario

##### Unidad de Salud

Hospital de Especialidades “Teodoro Maldonado Carbo”

Hospital “Abel Gilbert Pontón” (Hospital Guayaquil)

##### Cargo:

Administrativo  Médico  Licenciados

Auxiliares de enfermería  Auxiliares de servicio

##### Nivel de estudio:

Bachiller  Estudios Técnicos o Tecnológicos

Tercer Nivel  Cuarto Nivel

##### Edad:

20 a 30 años  31 a 40 años  41 a 50 años

51 a 60 años  más de 61 años

**Sexo:**            Masculino     Femenino

1. ¿Cree usted que estandarizar los procedimientos en unidades hospitalarias ayuda a reducir errores en la atención?

<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Neutral</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
-------------------------------------	--------------------------	----------------	-----------------------	----------------------------------

2. ¿Cree usted que sería importante disponer de documentos que orienten a las mejores prácticas en la manera de realizar sus actividades diarias?

<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Neutral</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
-------------------------------------	--------------------------	----------------	-----------------------	----------------------------------

3. ¿Considera usted que su hospital debería disponer para su uso documentos normativos (protocolos procedimiento, entre otros)?

<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Neutral</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
-------------------------------------	--------------------------	----------------	-----------------------	----------------------------------

4. ¿Cree usted que tener documentos de fácil acceso con las mejores prácticas para realizar los procedimientos de atención médica, influya en mejorar la seguridad del paciente?

<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Neutral</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
-------------------------------------	--------------------------	----------------	-----------------------	----------------------------------

5. ¿Cree usted que tener documentos de fácil acceso con las mejores prácticas para realizar los procedimientos de atención médica, influya en mejorar la seguridad del paciente?

**Totalmente en desacuerdo**                      **En desacuerdo**                      **Neutral**                      **De acuerdo**                      **Totalmente de acuerdo**

6. ¿Considera usted que para facilitar el acceso a los documentos normativos, su unidad deba disponer de un repositorio informático?

**Totalmente en desacuerdo**                      **En desacuerdo**                      **Neutral**                      **De acuerdo**                      **Totalmente de acuerdo**

7. ¿Consideraría usted fundamental contar con una metodología que controle la elaboración, aprobación y distribución de este tipo de documentos?

**Totalmente en desacuerdo**                      **En desacuerdo**                      **Neutral**                      **De acuerdo**                      **Totalmente de acuerdo**

**Agradeciendo su gentil atención al presente.**

**Atte.**

**Tlga. Danna Tola Zambrano**

**C.I.: 0931795066**

**Tlgo. José Toral Maroto**

**C.I.: 0919140061**



UNIVERSIDAD  
**SAN GREGORIO**  
DE PORTOVIEJO

**UNIVERSIDAD “SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”**

**CARRERA DE GESTIÓN EMPRESARIAL**

## **ENTREVISTA**

### **Datos Informativos:**

**Nombre del entrevistado** : \_\_\_\_\_

**Nombre del entrevistador** : \_\_\_\_\_

**Lugar** : \_\_\_\_\_

**Hora Inicio** : \_\_\_\_\_ **Hora Fin:** \_\_\_\_\_

**Cargo del entrevistado** : \_\_\_\_\_

**Institución del entrevistado:** \_\_\_\_\_

### **Objetivo:**

Recopilar información sobre la metodología y características considerables para la implementación del modelo de gestión de documentos normativos.

## **FORMULARIO**

- 1. ¿Qué mecanismos utilizaría en su hospital para reducir los errores en la atención de los pacientes?**

.....  
.....  
.....  
.....

- 2. ¿Conoce usted la importancia del uso de documentos normativos?**

.....  
.....

.....  
.....

**3. ¿Qué medidas usaría para estandarizar los procesos en su unidad?**

.....  
.....  
.....  
.....

**4. ¿Cómo considera que deberían socializarse los documentos normativos en su hospital?**

.....  
.....  
.....  
.....

**5. ¿Qué piensa usted de implementar en su institución un sistema de gestión de documentos normativos que controle la elaboración, aprobación y accesibilidad de los mismos?**

.....  
.....  
.....  
.....

**6. ¿Cree usted que la variabilidad en la atención de los pacientes afecta a su institución? ¿Por qué?**

.....  
.....  
.....  
.....

**7. ¿Qué hacen en su hospital para lograr inducir en las mejores prácticas en la atención a los profesionales de reciente ingreso?**

.....  
.....  
.....  
.....

**8. ¿Qué departamento considera usted que deberían evaluar los documentos en su nosocomio antes de ser aprobados?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Agradeciendo su gentil atención al presente.**

**Atte.**

**Tlga. Danna Tola Zambrano**

**C.I.: 0931795066**

**Tlgo. José Toral Maroto**

**C.I.: 0919140061**

**Apéndice C: Entrevistas realizadas a directivos.**



**UNIVERSIDAD “SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”**

**CARRERA DE GESTIÓN EMPRESARIAL**

**ENTREVISTA**

**Datos Informativos:**

**Nombre del entrevistado** : Mgs. Esthela Tinoco Moreno

**Nombre del entrevistador** : José Toral Maroto

**Lugar** : Coordinación de Calidad HTMC

**Fecha** : 13 de agosto 2019

**Hora Inicio** : 9:00 am **Hora Fin:** 9:40

**Cargo del entrevistado** : Coordinadora de Calidad

**Institución del entrevistado:** Hospital Teodoro Maldonado Carbo

**Objetivo:**

Recopilar información sobre la metodología y características considerables para la implementación del modelo de gestión de documentos normativos.

**FORMULARIO**

1) ¿Conoce usted que es un modelo de gestión de documentos normativos?

Sí   x  

No       

Opinión:

Es un modelo que se utilizan en las acreditaciones o certificaciones de las instituciones privadas o públicas que está orientado para el control de cómo se preparan los documentos como protocolos, procedimientos, etc.

**2) ¿Le gustaría aplicar este modelo en la institución a la que pertenece?**

Sí     x     No \_\_\_\_\_

Porque:

En el Hospital Teodoro Maldonado Carbo contamos con un sistema de gestión documental que aún no está bien definido, faltan proporcionar herramientas de control como tiempo de preparación de los documentos, tiempo de estadia en las áreas al momento de la revisión y el diseño de la distribución de copias en las áreas.

**3) ¿Cree usted que mejoraría el servicio y la calidad de los procesos de atención implementando este modelo?**

Sí     x     No \_\_\_\_\_

Porque:

Definitivamente, cualquier mecanismo de control en unidades hospitalarias que los resultados tienen que ser muy exactos ayuda a la mejora de procesos y por lo tanto a la satisfacción del cliente pues resultados más exactos se traducen en mejores diagnósticos y mejores tratamientos y un excelente tratamiento, en un paciente recuperado.

**4) ¿Cree usted que al disponer de documentos normativos que no sean revisados por las personas competentes para su aprobación (jefes de área, coordinadores, directores, gerente), pueda ocasionar inconvenientes en la eficiencia y efectividad de los procesos de atención?**

Sí     x     No \_\_\_\_\_



Opinión:

Se han desarrollado varios aplicativos que facilitan el trabajo en el hospital.

**8) ¿Dispone el hospital de una red informática interna enlazada a todas las computadoras?**

Sí   x  

No           

Opinión:

Tenemos varias aplicaciones que se pueden acceder en cualquier computadora del hospital.

**9) ¿Cree usted que sería importante controlar el tiempo de aprobación de los documentos en la unidad?**

Sí   x  

No           

Porque:

Esto es uno de los factores que ya mencioné en otra pregunta, es importante controlar el flujo que llevan los documentos ya que esto nos ayuda a saber los resultados de nuestro sistema implementado y que tanto está ayudando en la elaboración de los documentos.



**UNIVERSIDAD “SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”**

**CARRERA DE GESTIÓN EMPRESARIAL**

**ENTREVISTA**

**Datos Informativos:**

**Nombre del entrevistado** : Med. Hugo Sánchez Alban

**Nombre del entrevistador** : Danna Tola Zambrano

**Lugar** : Auditorio de Docencia

**Fecha** : 26 de julio 2019

**Hora Inicio** : 15:00 am **Hora Fin:** 15:30

**Cargo del entrevistado** : Director Técnico

**Institución del entrevistado:** Hospital Teodoro Maldonado Carbo

**Objetivo:**

Recopilar información sobre la metodología y características considerables para la implementación del modelo de gestión de documentos normativos.

**FORMULARIO**

1) **¿Conoce usted que es un modelo de gestión de documentos normativos?**

**Sí**                      x                      **No**                          

**Opinión:**

Es una guía para levantar documentos en los hospitales, sirve para seguir un orden al momento de realizarlos y para controlar que como se almacenan.





**8) ¿Dispone el hospital de una red informática interna enlazada a todas las computadoras?**

Sí   x  

No       

Opinión:

Seguramente porque en todas se pueden acceder a correos institucionales y otras aplicaciones.

**9) ¿Cree usted que sería importante controlar el tiempo de aprobación de los documentos en la unidad?**

Sí       

No       

Porque:

Muy de acuerdo debido a las múltiples ocupaciones de los responsables de unidades, sería efectivo definir tiempos para la revisión de estos documentos, porque si no se quedaran en el despacho de alguno de ellos sin seguir con la línea para que se los termine de elaborar.



**UNIVERSIDAD “SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”**

**CARRERA DE GESTIÓN EMPRESARIAL**

**ENTREVISTA**

**Datos Informativos:**

**Nombre del entrevistado** : Med. Karla Jazmín Alvarado Villegas

**Nombre del entrevistador** : José Toral Maroto

**Lugar** : Oficina de Gestión de Red

**Fecha** : 14 de agosto 2019

**Hora Inicio** : 8:00 am **Hora Fin:** 9:00

**Cargo del entrevistado** : Coordinadora de Calidad

**Institución del entrevistado:** Hospital Abel Gilbert Ponton “Guayaquil”

**Objetivo:**

Recopilar información sobre la metodología y características considerables para la implementación del modelo de gestión de documentos normativos.

**FORMULARIO**

1) **¿Conoce usted que es un modelo de gestión de documentos normativos?**

**Sí**                      x                      **No**                    \_\_\_\_\_

**Opinión:**

Claro, se trata de un sistema de control de los documentos que crean las instituciones para controlar sus procesos médicos y administrativos.



seguridad del paciente y si no estandarizamos todos los procesos de atención se permitirá que se cometan errores u omisiones al momento de la prestación.

**5) ¿Considera usted que disponer de formatos con la estructura fundamental facilitaría la elaboración de documentos normativos institucionales?**

Sí                      x                      No                    \_\_\_\_\_

Porque:

Si no disponemos de una estructura se convertirán en documentos menos entendibles para todo el personal y no se podrá encontrar la información adecuada para cada profesional. Adicional se debería controlar que la codificación de estos documentos también lleve un orden porque si no se extraviaran o no se controlara el tema de las versiones aprobadas.

**6) ¿Cree usted que facilitaría el acceso al personal la disposición de los documentos aprobados en todas las computadoras de la unidad?**

Sí                      x                      No                    \_\_\_\_\_

Porque:

Es un requisito indispensable la socialización de los documentos y me parece una buena estrategia realizarlo mediante las computadoras de la institución.

**7) ¿Cuenta la unidad con un equipo de desarrollo de aplicaciones informáticas?**

Sí                      x                      No                    \_\_\_\_\_

Opinión:

Tenemos personal muy competente y todas las aplicaciones utilizadas se elaboran aquí en la institución.

**8) ¿Dispone el hospital de una red informática interna enlazada a todas las computadoras?**

Sí   x  

No \_\_\_\_\_

Opinión:

Están enlazadas todas las computadoras.

**9) ¿Cree usted que sería importante controlar el tiempo de aprobación de los documentos en la unidad?**

Sí   x  

No \_\_\_\_\_

Porque:

Lo que no se mide no se puede corregir. Todo sistema que este alineado a la calidad debe tener indicadores de control.



**UNIVERSIDAD “SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”**

**CARRERA DE GESTIÓN EMPRESARIAL**

**ENTREVISTA**

**Datos Informativos:**

**Nombre del entrevistado** : Med. Luiggi Martini Robles

**Nombre del entrevistador** : José Toral Maroto

**Lugar** : Dirección

**Fecha** : 14 de agosto 2019

**Hora Inicio** : 14:30 am **Hora Fin:** 15:00

**Cargo del entrevistado** : Director asistencial

**Institución del entrevistado:** Hospital Abel Gilbert Ponton “Guayaquil”

**Objetivo:**

Recopilar información sobre la metodología y características considerables para la implementación del modelo de gestión de documentos normativos.

**FORMULARIO**

1) **¿Conoce usted que es un modelo de gestión de documentos normativos?**

**Sí**                      x                      **No**                          

**Opinión:**

Es un diseño enfocado en la elaboración de documentos normativos, que maneja una misma forma para que las unidades médicas elaboren sus procedimientos.

**2) ¿Le gustaría aplicar este modelo en la institución a la que pertenece?**

Sí     x     No \_\_\_\_\_

Porque:

En nuestra unidad ya aprobamos documentos, pero sería importante que exista un protocolo de que debemos realizar para hacerlo, no conozco algún flujo que me diga que pasos tengo que seguir.

**3) ¿Cree usted que mejoraría el servicio y la calidad de los procesos de atención implementando este modelo?**

Sí     x     No \_\_\_\_\_

Porque:

Lo más importante para un hospital es la atención que se le brinda a los pacientes eso es parte del servicio y que salgan sanos que eso depende mucho de la calidad y si podemos disponer de algún modelo que nos ayude a que tengamos mejores documentos es indudable que ayudaría a mejorar el nosocomio.

**4) ¿Cree usted que al disponer de documentos normativos que no sean revisados por las personas competentes para su aprobación (jefes de área, coordinadores, directores, gerente), pueda ocasionar inconvenientes en la eficiencia y efectividad de los procesos de atención?**

Sí     x     No \_\_\_\_\_

Opinión:

Si no lo revisan las personas mencionadas, es seguro que no sean documentos muy confiables por lo cual podríamos afectar los procedimientos que se les realicen a los pacientes lo cual los vuelven menos efectivos y eficaces.

**5) ¿Considera usted que disponer de formatos con la estructura fundamental facilitaría la elaboración de documentos normativos institucionales?**

Sí     x     No \_\_\_\_\_

Porque:

Esto es fundamental en un modelo de elaboración de documentos, porque sin la guía para realizar esta función no se podrían hacer documentos comprensibles o completos para cumplir con su objetivo principal.

**6) ¿Cree usted que facilitaría el acceso al personal la disposición de los documentos aprobados en todas las computadoras de la unidad?**

Sí     x     No \_\_\_\_\_

Porque:

Es interesante esta opción, adicional podría enviarse mediante correo institucional o ver la opción que se puedan agrupar por unidades para que sea mucho más fácil encontrar los documentos.

**7) ¿Cuenta la unidad con un equipo de desarrollo de aplicaciones informáticas?**

Sí     x     No \_\_\_\_\_

Opinión:

Tenemos una persona que se encarga a desarrollar cualquier tipo de aplicación.

**8) ¿Dispone el hospital de una red informática interna enlazada a todas las computadoras?**

Sí     x     No \_\_\_\_\_

Opinión:

Tenemos un sistema donde se ingresa y se puede tener acceso a varias aplicaciones dentro del hospital lo cual facilita algunos procesos.

**9) ¿Cree usted que sería importante controlar el tiempo de aprobación de los documentos en la unidad?**

Sí   x  

No       

Porque:

Si implementas algún proceso nuevo, todo debe estar controlado con tiempos para saber si se están ejecutando correctamente.

## **Apéndice D: Entrevista realizada a personal asistencial**



**UNIVERSIDAD “SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”**

**CARRERA DE GESTIÓN EMPRESARIAL**

### **ENTREVISTA**

#### **Datos Informativos:**

**Nombre del entrevistado : Lcda. Rosario del Pilar Collazo Torres**

**Nombre del entrevistador : José Toral Maroto**

**Lugar : Sala de Curaciones HTMC**

**Fecha : 20 de agosto 2019**

**Hora Inicio : 14:00 am Hora Fin: 15:00**

**Cargo del entrevistado : Responsable de sala de curaciones**

**Institución del entrevistado: Hospital Teodoro Maldonado Carbo**

#### **Objetivo:**

Recopilar información sobre los beneficios asociados a la implementación de un sistema de gestión de documentos normativos y la reducción de costos de atención por la disminución de la prevalencia de eventos adversos.

**FORMULARIO**

**9. ¿De qué manera considera usted que la implementación de un sistema de gestión de documentos normativos hospitalarios ayudaría a reducir la prevalencia de eventos adversos?**

Estos documentos nos ayudan a tener a la mano información técnica sobre los procedimientos que realizamos y cuando no existen dudas en la manera que tenemos que proceder, al tener donde consultarlo disminuiríamos los errores por las malas decisiones que pueden desencadenar el desconocimiento o la falta de capacitación en la atención de los pacientes.

**10. ¿Cuáles son los beneficios que se generarían en su hospital por la reducción de eventos adversos?**

Indudablemente primero reducir los eventos adversos, se gastaría menos insumos y medicinas y no habría que tener personal innecesariamente perdiendo tiempo en arreglar los errores ocasionados por la falta de conocimiento o por no utilizar las mejores técnicas.

**11. En su hospital las úlceras por presión según estudio, presentan el mayor porcentaje de prevalencia. ¿Cuáles son los principales factores que se deben analizar para determinar los costos en atención a los pacientes con este padecimiento?**

Considero que la pérdida de tiempo del personal es el factor más predominante por la escasez de personal que existe en todos los hospitales, y adicional sin dudarle la pérdida de insumos. Pero a la final es muy necesario frenar la aparición de úlceras en los pacientes porque afecta mucho la calidad de vida de ellos y sus familiares.

**12. ¿Cuáles son los insumos utilizados con sus respectivas cantidades para el tratamiento de úlceras por presión según el grado presentado?**

Grado I		Grado II	
Insumo	Dosificación	Insumo	Dosificación
gluconato de clorhexidina 2 %	5cc	Gluconato de clorhexidina 2 %	5cc
SOLUCION 0.9% 100cc	100cc	SOLUCION 0.9% 100cc	100cc
LINOVERA o Apósito Hidrocoloide fino	3cc	Prontosan	10cc
Guantes de manejo	2 u	Apósito de espuma con adhesivo (forma sacra o Talón)	1 u
Gasas estériles	1 u	Apósito Hidrocoloide (forma sacra o Talón)	1 u
		Guantes de manejo	2 u
		Gasas estériles	1 u
Grado III		Grado IV	
Insumo	Dosificación	Insumo	Dosificación
Gluconato de clorhexidina 2 %	5cc	Gluconato de clorhexidina 2 %	5cc
SOLUCION 0.9% 100cc ,	100cc	SOLUCION 0.9% 100cc ,	100cc
jeringuilla 20cc	1 u	jeringuilla 20cc	1 u
Prontosan	10 cc	Prontosan	20cc
Bisturí	1 u	Bisturí	1 u
Hidrogel o Colagenasa	2Gr	Hidrogel o Colagenasa	10Gr
Apósito de espuma con adhesivo (forma sacra o	1 u	Apósito de espuma con adhesivo (forma	1 u

Talón)		sacra o Talón)	
Apósito Alginato de Calcio o Hidrofibra	1 u	Apósito Alginato de Calcio o Hidrofibra	1 u
Apósito Hidrocoloide (forma sacra o Talón)	1 u	Apósito Hidrocoloide (forma sacra o Talón)	1 u
Guantes de Manejo	2 u	Guantes de Manejo	2 u
Guantes quirúrgicos	2 u	Guantes quirúrgicos	2 u
Gasas estériles	3 u	Gasas estériles	3 u

**13. ¿Cuántas curaciones se realizan por semana según el grado de úlcera por presión presentado por paciente?**

Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV
1	2	2	3

**14. ¿Cree usted que implementar protocolos de atención de pacientes disminuya la prevalencia de úlceras por presión? ¿Por qué?**

Implementar protocolos no solo disminuirá la presencia de úlceras, hará que su prevalencia este en los rangos inevitables, porque la ulcera tiene que ver directamente con no realizar las tareas de prevención, si es que el personal tiene información y al ser un protocolo ese de estricto cumplimiento se lograra luchar con este problema que existe en nuestra unidad que son las úlceras por presión.



## UNIVERSIDAD “SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”

### CARRERA DE GESTIÓN EMPRESARIAL

### ENTREVISTA

#### Datos Informativos:

Nombre del entrevistado : Lcda. Noralma Olga Maridueña Alvarado

Nombre del entrevistador : José Toral Maroto

Lugar : Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria

Fecha : 21 de agosto 2019

Hora Inicio : 10:00 am Hora Fin: 11:00

Cargo del entrevistado : Supervisora- Seguridad del Paciente

Institución del entrevistado: Hospital Teodoro Maldonado Carbo

#### Objetivo:

Recopilar información sobre los beneficios asociados a la implementación de un sistema de gestión de documentos normativos y la reducción de costos de atención por la disminución de la prevalencia de eventos adversos.

#### FORMULARIO

1. ¿De qué manera considera usted que la implementación de un sistema de gestión de documentos normativos hospitalarios ayudaría a reducir la prevalencia de eventos adversos?

Los eventos adversos generan la elevación del gasto de la plata invertida en la atención, la única forma de disminuirlo es implementar políticas y procedimientos que contrarresten las malas actuaciones médicas o los errores, y un sistema de gestión de documentos ayuda a disminuir todo esto, porque se puede acceder a lo que está escrito y mejorar la calidad de la atención.

**2. ¿Cuáles son los beneficios que se generarían en su hospital por la reducción de eventos adversos?**

Lo más importante es que no tendremos muchas complicaciones con la atención de los pacientes, estancias más cortas, menos gasto de insumos que permitirán que no falte el stock, adicional no tendremos problemas con los pacientes en la parte legal como demandas y quejas.

**3. En su hospital las úlceras por presión según estudio, presentan el mayor porcentaje de prevalencia. ¿Cuáles son los principales factores que se deben analizar para determinar los costos en atención a los pacientes con este padecimiento?**

Los costos producidos por el gasto de los insumos es el más fuerte a considerar, además la cantidad de horas que se utilizan en la curación de estos pacientes es muy extensa y las horas de las salas de procedimiento en el caso de las úlceras más avanzadas.

**4. ¿Cuáles son los insumos utilizados con sus respectivas cantidades para el tratamiento de úlceras por presión según el grado presentado?**

Grado I

Grado II

Insumo	Dosificación	Insumo	Dosificación
Guantes de manejo	1 u	Gluconato de clorhexidina 2 %	5cc
Gluconato de clorhexidina 2 %	5cc	Guantes de manejo	1 u
Linovera o Apósito Hidrocoloide fino	3cc	Prontosan	10cc
SOLUCION 0.9% 100cc	100cc	Gasas estériles	1 u
Gasas estériles	1 u	Apósito Hidrocoloide (forma sacra o Talón)	1 u
		Solución 0.9% 100cc	100cc
		Apósito de espuma con adhesivo (forma sacra o Talón)	1 u

### Grado III

### Grado IV

Insumo	Dosificación	Insumo	Dosificación
Solución 0.9% 100cc ,	100cc	Apósito Alginato de Calcio o Hidrofibra	1 u
Gasas estériles	3 u	Bisturí	1 u
Guantes de Manejo	2 u	Gluconato de clorhexidina 2 %	5cc
Guantes quirúrgicos	2 u	Prontosan	20cc
Bisturí	1 u	Apósito Hidrocoloide (forma sacra o Talón)	1 u
Hidrogel o Colagenasa	2Gr	Solución 0.9% 100cc ,	100cc
Apósito de espuma con adhesivo (forma sacra o Talón)	1 u	Apósito de espuma con adhesivo (forma sacra o Talón)	1 u
Apósito Alginato de Calcio o Hidrofibra	1 u	Guantes de Manejo	2 u
Apósito Hidrocoloide (forma sacra o Talón)	1 u	Guantes quirúrgicos	2 u

Jeringuilla 20cc	1 u	Jeringuilla 20cc	1 u
Prontosan	10 cc	Hidrogel o Colagenasa	10Gr
Gluconato de clorhexidina 2 %	5cc	Gasas estériles	3 u

**5. ¿Cuántas curaciones se realizan por semana según el grado de úlcera por presión presentado por paciente?**

Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV
1	2	2	3

**6. ¿Cree usted que implementar protocolos de atención de pacientes disminuya la prevalencia de úlceras por presión? ¿Por qué?**

Efectivamente, implementar un protocolo para prevenir las úlceras por presión que esté aprobado por el personal técnico adecuado hará que no exista presencia de úlceras por presión en nuestra unidad y que nuestros pacientes se recuperen mucho más rápido.



**UNIVERSIDAD “SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”**

**CARRERA DE GESTIÓN EMPRESARIAL**

**ENTREVISTA**

**Datos Informativos:**

**Nombre del entrevistado : Lcdo. Jesús Orlando Navarrete Baidal**

**Nombre del entrevistador : José Toral Maroto**

**Lugar : Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria**

**Fecha : 21 de agosto 2019**

**Hora Inicio : 11:00 am Hora Fin: 12:00**

**Cargo del entrevistado : Responsable- Seguridad del Paciente**

**Institución del entrevistado: Hospital Teodoro Maldonado Carbo**

**Objetivo:**

Recopilar información sobre los beneficios asociados a la implementación de un sistema de gestión de documentos normativos y la reducción de costos de atención por la disminución de la prevalencia de eventos adversos.

**FORMULARIO**

- 1. ¿De qué manera considera usted que la implementación de un sistema de gestión de documentos normativos hospitalarios ayudaría a reducir la prevalencia de eventos adversos?**

Por qué los procedimientos que se realizarían en una organización (Hospital) serían bajo criterios normatizados y no empíricos, el accionar de un funcionario debería de ser bajo normas institucionales.

**2. ¿Cuáles son los beneficios que se generarían en su hospital por la reducción de eventos adversos?**

La presencia de un evento adverso involucra la generación de costos innecesarios en el proceso de atención de salud, evitaría generar gastos económicos, optimización de tiempo y talento humano.

**3. En su hospital las úlceras por presión según estudio, presentan el mayor porcentaje de prevalencia. ¿Cuáles son los principales factores que se deben analizar para determinar los costos en atención a los pacientes con este padecimiento?**

- Estancia Hospitalaria
- Talento Humano
- Insumos de curación según grado de complejidad

**4. ¿Cuáles son los insumos utilizados con sus respectivas cantidades para el tratamiento de úlceras por presión según el grado presentado?**

Disponemos de un listado de los insumos necesarios en las dos unidades de curación de pacientes que tenemos

Grado I		Grado II	
Insumo	Dosificación	Insumo	Dosificación

gluconato de clorhexidina 2 %	5cc	Gluconato de clorhexidina 2 %	5cc
SOLUCION 0.9% 100cc	100cc	SOLUCION 0.9% 100cc	100cc
LINOVERA o Apósito Hidrocoloide fino	3cc	Prontosan	10cc
Guantes de manejo	2 u	Apósito de espuma con adhesivo (forma sacra o Talón)	1 u
Gasas estériles	1 u	Apósito Hidrocoloide (forma sacra o Talón)	1 u
		Guantes de manejo	2 u
		Gasas estériles	1 u

### Grado III

### Grado IV

Insumo	Dosificación	Insumo	Dosificación
Gluconato de clorhexidina 2 %	5cc	Gluconato de clorhexidina 2 %	5cc
SOLUCION 0.9% 100cc ,	100cc	SOLUCION 0.9% 100cc ,	100cc
jeringuilla 20cc	1 u	jeringuilla 20cc	1 u
Prontosan	10 cc	Prontosan	20cc
Bisturí	1 u	Bisturí	1 u
Hidrogel o Colagenasa	2Gr	Hidrogel o Colagenasa	10Gr
Apósito de espuma con adhesivo (forma sacra o Talón)	1 u	Apósito de espuma con adhesivo (forma sacra o Talón)	1 u
Apósito Alginato de Calcio o Hidrofibra	1 u	Apósito Alginato de Calcio o Hidrofibra	1 u
Apósito Hidrocoloide (forma sacra o Talón)	1 u	Apósito Hidrocoloide (forma	1 u

		sacra o Talón)	
Guantes de Manejo	2 u	Guantes de Manejo	2 u
Guantes quirúrgicos	2 u	Guantes quirúrgicos	2 u
Gasas estériles	3 u	Gasas estériles	3 u

**5. ¿Cuántas curaciones se realizan por semana según el grado de úlcera por presión presentado por paciente?**

	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV
	1	2	2	3

**6. ¿Cree usted que implementar protocolos de atención de pacientes disminuya la prevalencia de úlceras por presión? ¿Por qué?**

Si, por que los conocimientos se van actualizando y el accionar de la atención se debe basar en procedimientos estandarizados por la institución y que se encuentres vigentes por nuestras organizaciones rectoras como el MSP y bajo evidencia científica. La cual me ayuda a comprobar la eficacia de los protocolos.



**PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE  
DOCUMENTOS NORMATIVOS**

**COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD**

<b>ACTA FINAL DE APROBACIÓN</b>		
<b>CÓD:</b> ****_****-100	<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FECHA:</b>
<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>		
<b>APROBACIÓN</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>Gerente General</b>		
<b>REVISIÓN</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>Director Médico</b>		
<b>Director Administrativo</b>		
<b>VALIDACIÓN</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>Coordinador General de Control de Calidad</b>		
<b>ACTUALIZACIÓN</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

IMAGEN INSTITUCIONAL	<b>COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD</b>	
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>	
<b>Código: ****_****_100</b>	<b>Versión 1.0</b>	<b>Página xxx de xxx</b>

## Contenido

<b>1. Introducción.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Objetivo.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Ámbito de aplicación.....</b>	<b>4</b>
<b>4. Grupo objetivo.....</b>	<b>4</b>
<b>5. Términos y definiciones .....</b>	<b>4</b>
<b>6. Descripción del procedimiento.....</b>	<b>6</b>
6.1. Documentos .....	6
6.2. Descripción de las actividades .....	6
6.2.1. Fase de preparación.....	7
6.2.1.1. <i>Identificación de información a documentar.</i> .....	7
6.2.1.2. <i>Definición del tipo de documento</i> .....	7
6.3. Formato editorial del documento .....	8
6.4. Soporte de comprensión.....	8
6.4.1. Anexos.....	8
6.5. Codificación.....	9
6.5.1. Jerarquización de la codificación .....	9
6.6. Versión del documento .....	12
6.7. Modificaciones al documento .....	12
6.8. Revisión y actualización de los documentos .....	12
6.9. Responsabilidad según tipo de documento.....	13
6.10. Estructura de los documentos .....	13
6.10.1. Sección de elementos comunes.....	13
6.10.2. Cuerpo principal. ....	15
6.11. Original, copias controladas, copias no controladas y documentos obsoletos.....	17
<b>7. Evaluación.....</b>	<b>19</b>
<b>8. Referencias.....</b>	<b>20</b>
<b>9. Anexos .....</b>	<b>21</b>
9.1. Anexo 1: Flujo de aprobación de documentos normativos. ....	21

<b>Versión anterior:</b>	<b>Versión actual:</b>
--------------------------	------------------------

IMAGEN INSTITUCIONAL	<b>COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD</b>	
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>	
Código: ****_****.100	Versión 1.0	Página xxx de xxx

**10. Historial de modificaciones .....22**

**Introducción**

La mejor alternativa para la estandarización de procedimientos es plasmarlos tanto para conocimiento del personal como para evaluar la efectividad y eficiencia del mismo.

La elaboración de un documento conlleva la participación no solo de una persona puesto que es importante, que en algunos casos surja de la recopilación de experiencias; la aprobación final solo es una parte más que garantiza que el documento es conocido, aceptado y validado por las autoridades que tienen relación con el procedimiento o protocolo.

**Objetivo**

Establecer la metodología a cumplir para la elaboración y aprobación de los documentos normativos del Hospital.

**Ámbito de aplicación**

Esta metodología se aplicará en todos los documentos normativos elaborados por los distintos profesionales de las diferentes áreas que conforman el Hospital de especialidades.

**Grupo objetivo**

Dirigido a las autoridades del Hospital y delegados por las mismas que elaboren o actualicen documentos normativos.

**Términos y definiciones**

**Ámbito de aplicación:** Describe dónde y quién(es) está(n) sujeto(s) a aplicar la norma. Además describe los casos, circunstancias y condiciones en que su aplicación no es válida. (Instituto Ecuatoriano de Normalización, 1990)

**Documento normativo:** Texto escrito que describe las especificaciones técnicas, acciones o estudios que dirigen la asistencia sanitaria a los usuarios de los servicios de salud así como de las demás áreas. Estos documentos guían la actividad profesional y se pueden utilizar para evaluar la atención en general. (Dirección de Normatización del MSP, 2012)

**Documento obsoleto:** Aquellos documentos que no se encuentran vigentes, puede ser por tiempo superior a 2 años y por lo tanto existe una nueva versión; o los que por algún cambio o nueva disposición no deben seguir siendo aplicados.

Versión anterior:	Versión actual:
-------------------	-----------------

IMAGEN INSTITUCIONAL	<b>COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD</b>	
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>	
Código: ****-****-100	Versión 1.0	Página xxx de xxx

**Formato:** Forma, tamaño y modo de presentación de una cosa, especialmente de un libro o publicación semejante.

**Formularios:** Documento que contiene una plantilla estándar (formato) generado por la institución o por una institución externa cuyo objetivo es registrar información como producto de la realización de las actividades dentro de un proceso. (Dirección Nacional de Procesos, 2017)

**Instructivo:** Instrumento de carácter técnico expedido por Autoridad competente, en el que se detallan de forma ordenada los pasos a seguir para la aplicación de un reglamento o norma, o para la ejecución de alguna actividad. (Dirección de Normatización del MSP, 2012)

**Lista Maestra de Documentos:** Es un listado que recoge información de todos los documentos generados por el Sistema de Gestión de Calidad de la institución.

**Manual de área:** Documento que en forma explícita, detallada, ordenada y sistemática contiene información o instrucciones del funcionamiento, servicios que brinda y personal de una Unidad. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

**Plan de acción:** Es una presentación resumida de las tareas que deben realizarse por ciertas personas, en un plazo de tiempo específicos, utilizando un monto de recursos asignados con el fin de lograr un objetivo dado. (Organización Panamericana de la Salud, 1990)

**Plan:** Registra la información de una planificación por un tiempo determinado.

**Política:** Intenciones y dirección de una organización, como las expresa formalmente su alta dirección o su órgano de gobierno. (ISO, 2016)

**Procedimiento:** Documento en que se describe la secuencia pormenorizada de acciones que se deben llevar a cabo para cumplir etapas de una norma o protocolo.

**Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto. (ISO, 2015)

**Protocolo asistencial:** Son instrumentos de aplicación, de orientación eminentemente práctica, ilustrando los pasos esenciales en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con una patología o síndrome determinado.

**Quipux – Sistema de Gestión Documental:** Es utilizado dentro del Sector Público para elaborar memorandos, oficios, circulares y todo lo que implica comunicación formal dentro y fuera de la institución. (Subsecretaría de Gobierno Electrónico de la Secretaría Nacional de la Administración Pública, s.f.)

**Secuencia:** Serie de elementos que se suceden unos a otros y guardan relación entre sí.

**Siglas:** Letras iniciales de una palabra y que se emplean de manera extendida como abreviatura para designar un cargo, título, una entidad, organismo, empresas, entre otros.

Versión anterior:	Versión actual:
-------------------	-----------------

IMAGEN INSTITUCIONAL	<b>COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD</b>	
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>	
Código: ****_****_100	Versión 1.0	Página xxx de xxx

### Descripción del procedimiento

#### Documentos

- FMT-JUTGH-100 Formato estándar para la elaboración de protocolos (**anexo 2**).
- FMT-JUTGH-101 Formato estándar para la elaboración de instructivos (**anexo 3**).
- FMT-JUTGH-102 Formato estándar para la elaboración de procedimientos (**anexo 4**).
- FMT-JUTGH-103 Formato estándar para la elaboración de políticas (**anexo 5**).
- FMT-JUTGH-104 Formato estándar para la elaboración de manuales de área (**anexo 6**).
- FMT-JUTGH-105 Formato estándar para la elaboración de plan de acción (**anexo 7**).
- FMT-JUTGH-107 Solicitud de modificación de documento normativo (**anexo 10**).
- FMT-JUTGH-108 Solicitud de declaración de documentos obsoletos (**anexo 11**).
- FMT-JUTGH-134 Formato estándar para la elaboración de planes (**anexo 8**).
- FMT-JUTGH-135 Formato estándar para la elaboración de Informes (**anexo 9**).

#### Descripción de las actividades

Nro.	Responsable	Actividad
		Elabora o corrige documento asistencial, según las necesidades del área y/o servicio a su cargo.
01	Responsable del proceso.	Envía documento vía Quipux - Sistema de Gestión Documental o correo electrónico institucional al coordinador o jefe de la unidad en formato .doc o .docx, requiriendo se proceda a la validación del documento según necesidades del área.
02	Jefe o delegado de la Unidad.	Revisa y valida el documento según competencia del área y posteriormente envía documento para revisión al Coordinador del área.
03	Coordinador General de la Unidad	Revisa documento y de estar de acuerdo lo indica al Jefe de la Unidad.
04	Jefe o delegado de la Unidad.	Envía documento revisado previamente por el Coordinador General de la Unidad vía Quipux o correo electrónico institucional al Responsable de Gestión Documental en formato .doc o .docx, requiriéndose proceda con la revisión del documento.

Versión anterior:	Versión actual:
-------------------	-----------------

IMAGEN INSTITUCIONAL	<b>COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD</b>	
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>	
Código: ****-****-100	Versión 1.0	Página xxx de xxx

Nro.	Responsable	Actividad
05	Responsable de Gestión Documental	<p>Revisa los documentos asistenciales con base al “<i>Procedimiento para la elaboración de documentos normativos</i>”, si no hay correcciones envía documento a la Coordinación General de Control de Calidad.</p> <p>En caso de existir correcciones se devuelve el documento al Responsable del proceso y siga al <i>paso 01</i> (con un tiempo máximo de respuesta de 15 días).</p>
06	Coordinador General de Control de Calidad	Revisa y envía el documento a la Dirección correspondiente y/o Gerencia (nivel institucional) solicitando aprobación.
07	Dirección Técnica o Administrativa	Revisa y verifica la necesidad del documento. Aprueba o rechaza documento normativo y envía con las respectivas observaciones a la Coordinación General de Control de Calidad.
08	Coordinador General de Control de Calidad	<p>Recibe el documento aprobado y lo envía al Responsable de Gestión Documental.</p> <p>Si hay correcciones lo envía al Responsable de Gestión Documental y sigue al <i>paso 03</i></p>
09	Responsable de Gestión Documental	Asigna código con base a cuadro de codificación de documentos normativos. Recolecta las firmas de aprobación y escanea el documento.
10	Responsable de Gestión Documental	Agrega el documento a la lista maestra y lo ingresa en el aplicativo de Sistema de Gestión Documental.
11	Jefe o delegado de la Unidad	Socializa documento a personal del área que corresponda.

Fase de preparación

Identificación de información a documentar.

Es necesario normatizar todo procedimiento institucional que se considere indispensable, en el que se pueda realizar un cambio y obtener resultados apreciables para lograr mejorar los cuidados de salud y los resultados clínicos en los pacientes.

### Definición del tipo de documento

Consiste en definir el documento que se va a elaborar (protocolo (exclusivo para la parte asistencial), procedimiento, etc.).

Versión anterior:	Versión actual:
-------------------	-----------------

IMAGEN INSTITUCIONAL	<b>COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD</b>	
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>	
Código: ****-****-100	Versión 1.0	Página xxx de xxx

## Formato editorial del documento

- En el texto se utilizará tipo de letra Arial tamaño 12 (tablas y figuras puede ser menor).
- El título de la carátula utilizará tipo de letra Arial tamaño 20, el nombre de la Unidad irá en negrita y tipo de letra Arial tamaño 12; el nombre de la Coordinación o Dirección será tipo de letra Arial tamaño 10.
- El interlineado será de 1,5 sin espacio antes ni después de párrafo (en tablas puede ser menor).
- El texto estará justificado a excepción de los encabezados.
- La hoja será tamaño A4.
- El archivo será elaborado en versión .doc o .docx (Word Microsoft Office 2013).
- No se debe utilizar todas las letras en mayúscula para el texto general.
- Los organización de los títulos de acuerdo a lo indicado por las normas APA1 se realizará como se menciona:

Nivel	Formato
1 (1)	Mayúscula inicial, centrado y negrita
2 (1.1)	Mayúscula inicial, alineado a la izquierda y negrita
3 (1.1.1)	Título de párrafo con sangría, negrita, mayúscula inicial y punto.
4 (1.1.1.1)	<i>Título de párrafo con sangría, negrita, mayúscula inicial, cursiva y punto.</i>
5 (1.1.1.1.1)	<i>Título de párrafo con sangría, mayúscula inicial, cursiva y punto.</i>

- Se debe comprobar la correcta ortografía y gramática de todo el documento.
- El índice del documento debe ser elaborado a través de la opción “Tabla de contenido” en el menú “Referencias”.
- Se incluirán las referencias más relevantes, significativas y recientes. Para ello se tendrá en consideración:
  - ✓ Enumerar las referencias bibliográficas en el cuerpo del documento.
  - ✓ El formato para listar las referencias se sujetará a lo indicado por las Normas APA sexta edición.
- Es responsabilidad de las personas que elaboran y validan el documento, referir debidamente la información que corresponda a la autoría de terceras personas.

## Soporte de comprensión

### Anexos

<sup>1</sup> Fuente especificada no válida.

Versión anterior:	Versión actual:
-------------------	-----------------

Estos son elementos o instrumentos que resultan indispensables en la difusión del documento, que puedan facilitar la comprensión o aplicabilidad del mismo.

- Diagramas de flujo.
- Cuestionarios, test, informes.
- Material de apoyo para difusión.
- Imágenes de soporte visual.
- De recolección de información, etc.

No anexar otros documentos, se citan simplemente como referencias.

**Nota importante:** Todos los flujogramas deben ser elaborados en la herramienta Bizagi con el soporte del personal de Gestores de Levantamiento de Documentos Normativos.

## Codificación

Todos los documentos asistenciales de esta institución se identificarán por medio de su código. Este código consta de los siguientes grupos de identificación de letras y números separados por un guión:

- Tipo de documento.
- Jefatura, coordinación u órgano de gestión.
- Numeración secuencial.

Jerarquización de la codificación



La siguiente codificación se utiliza según el tipo de documento:

TIPO DE DOCUMENTO	SIGLAS
Protocolo	PRT
Instructivo	INT
Procedimiento	PRC
Políticas	PLT
Manual	MNL
Plan de acción	PDA
Formato	FMT
Plan	PLN
Informe	INF

IMAGEN INSTITUCIONAL	<b>COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD</b>	
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>	
<b>Código: ****_****_100</b>	<b>Versión 1.0</b>	<b>Página xxx de xxx</b>

Dependiendo del área que genera el documento se tienen que agregar las siguientes siglas:

ÁREA	SIGLAS	ÁREA	SIGLAS
GERENCIA GENERAL	GG	Jefatura Administrativa Tesorería	JAT
DIRECCIÓN	D	COORDINACIÓN GENERAL DE TRASPLANTES	CGT
DIRECCIÓN TÉCNICA	DT	Jefatura Unidad Técnica de Gestión de Trasplantes	JUTGT
COORDINACIÓN GENERAL HOSPITALIZACIÓN Y AMBULATORIO	CGHA	COORDINACIÓN GENERAL DE MEDICINA CRÍTICA	CGMC
JEFATURA DE AREA CLÍNICA	JACL	JEFATURA DE ÁREA DE CUIDADOS INTENSIVOS	JACI
Jefatura Unidad Técnica de Alergología	JUTAL	Área de Cuidados Intensivos Jefatura Unidad de Adultos	ACIJUA
Jefatura Unidad Técnica de Cardiología	JUTC	Área de Cuidados Intensivos Jefatura Unidad de Pediátricos	ACIJUP
Jefatura Unidad Técnica de Dermatología	JUTD	JEFATURA DE ÁREA DE EMERGENCIAS	JAE
Jefatura Unidad Técnica de Endocrinología	JUTE	Área de Emergencias Jefatura Unidad de Adultos	AEJUAD
Jefatura Unidad Técnica de Gastroenterología	JUTGA	Área de Emergencias Jefatura Unidad Pediátricos	AEJUP
Jefatura Unidad Técnica de Geriátrica	JUTG	Jefatura de Transporte Medicalizado	JTM
Jefatura Unidad Técnica de Hematología	JUTH	COORDINACIÓN GENERAL DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	CGDT
Jefatura Unidad Técnica de Infectología	JUTIN	Jefatura Unidad Técnica de Anatomía Patológica	JUTAP
Jefatura Unidad Técnica de Medicina Interna	JUTMI	Jefatura Unidad Técnica de Banco de Sangre	JUTBS
Jefatura Unidad Técnica de Nefrología	JUTN	Jefatura Unidad Técnica de Diálisis	JUTDI
Jefatura Unidad Técnica de Neumología	JUTNEU	Jefatura Unidad Técnica de Farmacia Hospitalaria	JUTFH
Jefatura Unidad Técnica de Neurología	JUTNEURO	Jefatura Unidad Técnica de Imagenología	JUTI
Jefatura Unidad Técnica de Oncología	JUTON	Jefatura Unidad Técnica de Medicina Nuclear	JUTMN
Jefatura Unidad Técnica de Reumatología	JUTRE	Jefatura Unidad Técnica de PET Ciclotrón	JUTCT
Jefatura Unidad Técnica de Salud Mental	JUTSM	Jefatura Unidad Técnica de Patología Clínica	JUTPC
Unidad de Salud de Personal	JUTSP	Jefatura Unidad Técnica de Radioterapia	JUTR
Jefatura Unidad Técnica de Nutrición	JUTNU	Jefatura Unidad Técnica de Anestesiología	JUTAN
JEFATURA DE ÁREA DE CIRUGÍA	JAC	Jefatura Unidad Técnica de Genética y Molecular	JUTGM
Jefatura Unidad Técnica de Cirugía General	JUTCG	COORDINACIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA	CGE
Jefatura Unidad Técnica de Cardiorádica	JUTCA	Jefatura Unidad Técnica de Enfermería	JUTEN
Jefatura Unidad Técnica de Pulmonar	JUTPU	Jefatura Unidad Técnica de Central de Equipos y Esterilización	JUTCEE
Jefatura Unidad Técnica de Vascular Periférica	JUTVP	COORDINACIÓN GENERAL DE CONTROL DE CALIDAD	CGCC
Jefatura Unidad Técnica de Plástica y Reconstructiva	JUTPR	Jefatura Unidad Técnica de Admisión	JUTA
Jefatura Unidad Técnica de Cirugía Oncológica	JUTCO	Jefatura Unidad Técnica de Calificación Médica	JUTCM

<b>Versión anterior:</b>	<b>Versión actual:</b>
--------------------------	------------------------

IMAGEN INSTITUCIONAL	<b>COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>		
<b>Código: ****_****_100</b>	<b>Versión 1.0</b>		<b>Página xxx de xxx</b>

ÁREA	SIGLAS	ÁREA	SIGLAS
Jefatura Unidad Técnica de Cirugía Pediátrica	JUTCP	Jefatura Unidad Técnica de Trabajo Social	JUTTS
Jefatura Unidad Técnica de Coloproctología	JUTCOL	Jefatura Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria	JUTGH
Jefatura Unidad Técnica de Neurocirugía	JUTNEUR	Jefatura Unidad Técnica de Atención al Cliente	JUTAC
Jefatura Unidad Técnica de Oftalmología	JUTOF	Jefatura Administrativa de Archivo y Documentación Clínica	JUTADC
Jefatura Unidad Técnica de Otorrinolaringología	JUTOT	COORDINACIÓN GENERAL DE AUDITORÍA MÉDICA	CGAM
Jefatura Unidad Técnica de Traumatología y Ortopedia	JUTTO	COORDINACIÓN GENERAL JURÍDICA	CGJ
Jefatura Unidad Técnica de Urología	JUTU	COORDINACIÓN GENERAL DE DOCENCIA	CGD
Jefatura Unidad Técnica de Hemodinámica	JUTHE	COORDINACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN	CGI
Jefatura Unidad Técnica de Quemados	JUTQ	COORDINACIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y ESTADÍSTICAS	CGPE
JEFATURA DE ÁREA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL	JACMI	COORDINACIÓN GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	CGTIC
Jefatura Unidad Técnica de Ginecología	JUTGI	ÁREA DE COMUNICACIÓN SOCIAL	ACS
Jefatura Unidad Técnica de Obstetricia	JUTO	COORDINACIÓN GENERAL ADMINISTRATIVA	CGA
Jefatura Unidad Técnica de Pediatría	JUTP	Jefatura Administrativa Alimentación, Esterilización y Lavandería	JAAEL
Unidad de Alto Riesgo Obstétrico	UARO	Jefatura Administrativa Transporte, Seguridad y Guardianía, Construcción y Mantenimiento de Edificios	JATSGME
Jefatura Unidad Técnica de Neonatología	JUTNEO	Jefatura Administrativa Bodega General y Control de Activos	JABCA
JEFATURA DE ÁREA DE ESTOMATOLOGÍA	JAES	Jefatura Administrativa Contratación Pública	JACP
COORDINACIÓN GENERAL FINANCIERA	CGF	COORDINACIÓN GENERAL DE TALENTO HUMANO	CGTH
Jefatura Administrativa Presupuesto y Contabilidad	JAPC	Coordinación de Unidad Administrativa Planificación y Administración de Talento Humano	CUAPATH
Jefatura Administrativa Facturación y Consolidación de Costos	JAFCC	Coordinación de Unidad Administrativa Capacitación y Formación	CUACF
Jefatura Administrativa Recaudación y Pagos	JARP	Coordinación de Unidad Administrativa Evaluación del Desempeño	CUAED
Jefatura Administrativa Subsidios, Responsabilidad Patronal, Seguros, Cuentas Red Pública	JASRPSRP	Coordinación de Unidad Administrativa Desarrollo y Fortalecimiento Institucional	CUADFI

COMITÉ	SIGLAS	COMITÉ	SIGLAS
Comité de Bioética	CBE	Comité de Farmacia y Terapéutica	CFT
Comité de Bioseguridad	CBS	Comité Técnico de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud e Historias Clínicas	CHC
Comité de Emergencias y Desastres	CED	Comité para la Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	CI
Comité de Epidemiología	CE	Comité de Mortalidad	CM
Comité de Medicina Transfusional	CMT	Comité de Desechos Hospitalarios	CDH
Comité de Farmacia y Terapéutica	CFT	Comité Técnico de Trasplante de Órganos y Tejidos	CTOT

<b>Versión anterior:</b>	<b>Versión actual:</b>
--------------------------	------------------------

IMAGEN INSTITUCIONAL	<b>COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD</b>	
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>	
<b>Código: ****-****-100</b>	<b>Versión 1.0</b>	<b>Página xxx de xxx</b>

ÁREA	SIGLAS	ÁREA	SIGLAS
Comité de Muerte Materna y Neonatal	CMMN	Comité de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente	CC
Comisión Técnica de Farmacovigilancia	COFV	Comisión Técnica de Tecnovigilancia	COTV

La numeración secuencial de los documentos inicia con 100 por cada área que genere documentos y si existen cambios dentro del mismo se mantendrá solo afectando la versión del documento.

**Ejemplo:** El presente documento es el primer procedimiento Coordinación de Control de Calidad.

### PRC-CGCC-100

**PRC** = Procedimiento

**CGCC** = Coordinación General de Control de Calidad

**100** = Inicio

#### Versión del documento

Versión 1.0 Primera versión.

Versión 1.1 Versión con un cambio parcial.

Versión 2.0 Segunda versión.

#### Modificaciones al documento

En caso de ser necesaria una modificación parcial o cambio de versión al documento se debe realizar la solicitud de modificación de documento normativo donde se justificará lo requerido, misma que será previamente aprobada por las autoridades que posteriormente van a aprobar el documento de acuerdo a la responsabilidad según tipo de documento. La solicitud con las firmas será enviada al Responsable de Gestión Documental y al final del nuevo documento se incluirá un literal (Historial de modificaciones) con la siguiente descripción:

VERSIÓN	FECHA	CAUSA DE LA MODIFICACIÓN
(Versión de la edición)	(fecha de la modificación)	(nota aclaratoria con resumen del cambio realizado)

#### Revisión y actualización de los documentos

Los documentos se revisarán y actualizarán cuando se requieran incluir cambios producto de una auditoría, cambio de la norma de referencia, actualización de documentos internos y/o externos, tengan más de 2 años de vigencia o por pedido escrito de cualquier líder de proceso o autoridad

<b>Versión anterior:</b>	<b>Versión actual:</b>
--------------------------	------------------------

IMAGEN INSTITUCIONAL	<b>COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>		
Código: ****_****_100	Versión 1.0		Página xxx de xxx

del Hospital mediante el formato FMT-JUTGH-107 Solicitud de modificación de documento normativo

### Responsabilidad según tipo de documento

TIPO DE DOCUMENTO	ELABORACIÓN	VALIDACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
<b>Procedimiento asistencial</b>	Responsable de proceso	Jefe de la Unidad Técnica y/o Jefe de Área	Coordinador General de la Unidad Técnica	Director Técnico
<b>Procedimiento administrativo</b>	Responsable de proceso	Jefe de la Unidad Administrativa	Coordinador General de la Unidad Administrativa	Director Administrativo
<b>Protocolo</b>	Responsable de proceso	Jefe de la Unidad Técnica y/o Jefe de Área	Coordinador General de la Unidad Técnica	Director Técnico
<b>Manual de Área</b>	Jefe de la Unidad o Delegado	Jefe de la Unidad Técnica y/o Jefe de Área	Coordinador General de la Unidad Técnica	Director Técnico o Administrativo
<b>Políticas Manuales, Procedimientos, Instructivos, etc. a nivel institucional</b>	Delegado de Coordinación de Calidad	Coordinador de Calidad - Jefe de la Unidad Técnica de Gestión Hospitalaria	Dirección Técnica - Administrativa	Gerente General
<b>Políticas</b>	Jefe de la Unidad y/o Jefe de Área	Coordinador General de la Unidad Técnica	Director Técnico o Administrativo	Gerente General
<b>Instructivo</b>	Responsable de proceso	Jefe de la Unidad	Coordinador General de la Unidad Técnica	Director Técnico o administrativo
<b>Plan de acción</b>	Responsable de proceso		Jefe de la Unidad	Coordinador General
<b>Plan</b>	Responsable de proceso	Jefe de la Unidad	Coordinador General de la Unidad Técnica y/o Director Técnico o Administrativo	Gerente General
<b>Formatos</b>	Responsable de proceso	Jefe de la Unidad y/o Jefe de Área	Coordinador General de la Unidad Técnica	Director Técnico o Administrativo

Los responsables de cada unidad son los encargados de la socialización de los documentos al personal de su área.

Estructura de los documentos

#### Sección de elementos comunes.

Estos elementos se deben encontrar en todos los documentos asistenciales de la unidad.

Carátula
✓ Imagen identificativa
✓ Nombre del documento
✓ Área
✓ Coordinación / Dirección

Versión anterior:	Versión actual:
-------------------	-----------------

IMAGEN INSTITUCIONAL	<b>COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD</b>	
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>	
Código: ****_****_100	Versión 1.0	Página xxx de xxx

<b>Elementos de identificación (Encabezado)</b>
✓ Logo institucional (a)
✓ Área (b)
✓ Nombre del documento (c)
✓ Código (d)
✓ Número de página (e)
✓ Número de versión (f)
<b>Elemento de referencia (pie de página)</b>
✓ Elaborado (fecha) (g)
✓ Versión (fecha) (h)
✓ Elaborado por: (i)
✓ Aprobado por: (j)
<b>Acta de elaboración/actualización, validación, revisión y aprobación con firmas de responsabilidad</b>
✓ Acta completa
<b>Contenidos</b>
✓ Tabla de contenido numerada

Carátula.

Todo documento deberá contar con la respectiva carátula, la cual identificará cada documento emitido por el área.

Elementos de Identificación (encabezado).

*Todos los documentos excepto informe*

(a) Imagen Institucional	<b>NOMBRE DEL HOSPITAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL ÁREA / DEPARTAMENTO O SERVICIO (b)</b>	
<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO (c)</b>		
Código: TIPO-ÁREA-SECUENCIA (d)	Versión ## (f)	Página 1 14de n (e)

*Informe*

(a) Imagen Institucional	<b>NOMBRE DEL HOSPITAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL ÁREA / DEPARTAMENTO O SERVICIO (b)</b>	
<b>INFORME DE (c)</b>		
Código: TIPO-ÁREA-SECUENCIA (d)	Página 14 de n (e)	

Elementos de referencia (pie de página).

*Todos los documentos excepto informe*

<b>Versión anterior: (g)</b> (Fecha(día mes año))	<b>Versión actual: (h)</b> (Fecha(día mes año))
--	--

*Informe*

<b>Elaborado por: (i)</b>	<b>Aprobado por: (j)</b>
---------------------------	--------------------------

<b>Versión anterior:</b>	<b>Versión actual:</b>
--------------------------	------------------------

IMAGEN INSTITUCIONAL	<b>COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD</b>	
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>	
<b>Código: ****.****.100</b>	<b>Versión 1.0</b>	<b>Página xxx de xxx</b>

Acta de revisión y aprobación.

En el acta se registran las personas con sus respectivos cargos, la firma y fecha que intervinieron en las diferentes fases del proceso como es la elaboración (primera versión) o actualización (nuevas versiones), validación, revisión y aprobación.

<b>ACTA FINAL DE APROBACIÓN</b>		
<b>CÓD:</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA:</b>
<b>(NOMBRE DEL DOCUMENTO)</b>		
<b>APROBACIÓN</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
Nombre <b>Director Técnico o Administrativo</b>		
<b>REVISIÓN</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
Nombre <b>Coordinador General de (...)</b>		
<b>VALIDACIÓN</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
Nombre <b>Jefe de Unidad (...)</b>		
<b>ELABORACIÓN / ACTUALIZACIÓN</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
Nombre <b>Cargo</b>		

Contenidos.

Se crea la tabla de contenidos a partir de los encabezados hasta el último nivel con la numeración de cada página.

Cuerpo principal.

Citamos la información necesaria y el orden que debe constar en cada documento.

<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN</b>	<b>POLÍTICAS</b>
1. Introducción	1. Justificación	1. Introducción
2. Objetivo	2. Objetivo	2. Marco legal
3. Ámbito de aplicación	3. Ámbito de aplicación	3. Objetivos 3.1 Objetivo General 3.2 Objetivos Específicos
4. Grupo objetivo	4. Términos y definiciones	4. Ámbito de aplicación
5. Términos y definiciones	5. Desarrollo del Plan de Acción	5. Términos y definiciones
6 Desarrollo del procedimiento 6.1 Documentos 6.2 Descripción de las actividades	6. Referencias	6. Políticas

<b>Versión anterior:</b>	<b>Versión actual:</b>
--------------------------	------------------------

IMAGEN INSTITUCIONAL	<b>COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD</b>	
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>	
<b>Código: ****-****-100</b>	<b>Versión 1.0</b>	<b>Página xxx de xxx</b>

PROCEDIMIENTOS	PLAN DE ACCIÓN	POLÍTICAS
7. Evaluación	7. Anexos	7. Documentos asociados
8. Referencias	8. Historial de modificaciones	8. Referencias
9. Anexos		9. Anexos
10. Historial de modificaciones		10. Historial de modificaciones

INFORME	INSTRUCTIVOS	PLAN
1. Introducción	1. Introducción	1. Introducción
2. Objetivos 2.1 Objetivo General 2.2 Objetivos Específicos	2. Objetivo	2. Objetivo
3. Desarrollo	3. Ámbito de aplicación	3. Ámbito de aplicación
4. Conclusiones y recomendaciones	4. Términos y definiciones	4. Términos y definiciones
5. Anexos	5. Descripción de las actividades	5. Desarrollo del Plan
6. Referencias (opcional)	6. Referencias	6. Referencias
7. Glosario de símbolos o términos (opcional)	7. Anexos	7. Anexos
	8. Historial de modificaciones	8. Historial de modificaciones

MANUAL DE ÁREA	PROTOCOLOS
1. Introducción	1. Introducción
2. Misión y Visión 2.1 Misión 2.2 Visión	2. Objetivos 2.1 Objetivo General 2.2 Objetivos Específicos
3. Objetivos 3.1 Objetivo General 3.2 Objetivos Específicos	3. Ámbito de aplicación
4. Ámbito de aplicación	4. Grupo objetivo
5. Términos y definiciones	5. Términos y definiciones
6 Relación con otros servicios	6. Responsables
7 Modelo de Gestión 7.1 Organigrama Jerárquico de la Unidad Técnica 7.2 Políticas de la Unidad Técnica 7.3 Gestión del Talento Humano	7. Desarrollo
8. Procesos de la Unidad Técnica	8. Evaluación
9. Referencias	9. Referencias

<b>Versión anterior:</b>	<b>Versión actual:</b>
--------------------------	------------------------

IMAGEN INSTITUCIONAL	<b>COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD</b>	
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>	
<b>Código: ****_****_100</b>	<b>Versión 1.0</b>	<b>Página xxx de xxx</b>

10. Anexos	10. Anexos
11. Historial de modificaciones	11. Historial de modificaciones

El contenido de los formatos dependerá de para qué sea requerido, siempre contemplando firmas de responsabilidad en los casos necesarios.

### **Original, copias controladas, copias no controladas y documentos obsoletos**

#### **Solicitud de Copias Controladas en Medio Físico**

<b>Nro.</b>	<b>Personal</b>	<b>Tarea</b>
<b>01</b>	<b>Responsable de área</b>	Debe solicitar mediante memorando (Quipux) la copia controlada al Coordinador General de Control de Calidad; la solicitud debe contener Nombre del documento, Nombre del área que solicita.
<b>02</b>	<b>Coordinador/a General de Control de Calidad</b>	Autoriza la entrega de la copia controlada.
<b>03</b>	<b>Responsable de Gestión Documental</b>	Realiza la copia del archivo original existente y asigna a cada hoja el sello de copia controlada con la numeración respectiva.
<b>04</b>	<b>Responsable de Gestión Documental</b>	Entrega al responsable del área o de proceso la copia controlada y solicita mediante correo institucional la respectiva confirmación de recepción.
<b>05</b>	<b>Responsable del área</b>	Responde correo institucional con la confirmación de la recepción con copia a el/la Coordinador/a General de Control de Calidad.
<b>06</b>	<b>Responsable de Gestión Documental</b>	Realiza el registro en el listado de distribución de documentos (Anexo 1).

#### **Difusión de Documentos Normativos**

<b>Nro.</b>	<b>Personal</b>	<b>Tarea</b>
<b>01</b>	<b>Responsable de área</b>	Extender el documento hacia el personal del área.

<b>Versión anterior:</b>	<b>Versión actual:</b>
--------------------------	------------------------

IMAGEN INSTITUCIONAL	<b>COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD</b>	
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>	
Código: ****-****-100	Versión 1.0	Página xxx de xxx

**02 Responsable de área**

Mantener al día la información de dicho documento y en el caso de ser necesario actualización, solicitarlo al Coordinador General de Control de Calidad, sin embargo es labor y responsabilidad de quien realiza modificaciones al documento, evaluar primero el cambio, validándolo antes de que el documento sea vigente.

### Copias No Controladas

#### Distribución Digital

Nro.	Personal	Tarea
01	Responsable de Gestión Documental	Garantizar que todos los documentos de la lista maestra se encuentren accesibles mediante intranet.
02	Responsable de Gestión Documental	Publicar en la intranet al documento normativo como COPIA NO CONTROLADA.
03	Responsable de Gestión Documental	Mensualmente se realizará la comunicación masiva de los documentos aprobados y de libre acceso en la intranet mediante correo institucional por parte del Área de Comunicación Social incluyendo en el mismo la leyenda “Una vez descargados o impresos los documentos se consideran copias no controladas y no nos hacemos responsables por su actualización”.

#### Manejo de Copia No Controlada

Nro.	Personal	Tarea
01	Personal que posea copia no controlada	Mantenerse al tanto de posibles actualizaciones del documento.
02	Todo el personal	Consultar constantemente la documentación en la intranet, la cual contiene la versión vigente.
03	Todo el personal	Una vez impresa o descargada la información que consta en la intranet será considerada como COPIA NO CONTROLADA.

Versión anterior:	Versión actual:
-------------------	-----------------

IMAGEN INSTITUCIONAL	<b>COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD</b>	
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>	
<b>Código: ****-****-100</b>	<b>Versión 1.0</b>	<b>Página xxx de xxx</b>

---

<b>04</b>	<b>Responsable de Gestión Documental</b>	No es responsable de asignar el sello de documento obsoleto a las copias no controladas.
-----------	--	--

---

### Documentos Obsoletos

Nro.	Personal	Tarea
01	<b>Responsable de Gestión Documental</b>	Al generar una modificación de un documento vigente se le asigna el sello de documento obsoleto.
02	<b>Responsable de Gestión Documental</b>	En el caso de derogación de un documento se le asignará el sello de documento obsoleto.
03	<b>Responsable de Gestión Documental</b>	Retirar las copias controladas al personal que posea documentos que fueren declarados obsoletos y asignar el sello respectivo.
04	<b>Responsable de Gestión Documental</b>	Archivar y mantener documento declarado como obsoleto hasta que existan dos versiones siguientes, luego de eso podrá eliminarse la más antigua tanto física como digitalmente.

---

### Evaluación

<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje mensual de documentos normativos aprobados
<b>Definición/Justificación</b>	Permite analizar si se cumple con el presupuesto de levantamiento y aprobación de los documentos normativos.
<b>Fórmula de cálculo</b>	# documentos aprobados en el mes / # documentos presupuestados en el mes
<b>Población del indicador</b>	Se incluyen todos los tipos de documentos normativos así como los formatos del hospital
<b>Fuente</b>	El número de documentos presupuestados se lo obtiene de lo reportado en el EVAL.  El número de documentos aprobados del reporte de documentos aprobados mensuales o de la lista maestra de documentos aprobados.

---

Versión anterior:	Versión actual:
-------------------	-----------------

IMAGEN INSTITUCIONAL	<b>COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD</b>	
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>	
<b>Código: ****.***.100</b>	<b>Versión 1.0</b>	<b>Página xxx de xxx</b>

## Referencias

Consejo Directivo del I.E.S.S. (19 de junio de 2014). Resolución N° C.D. 468. Quito, Ecuador.

Dirección de Normatización del MSP. (2012). *Metodología para la elaboración del set de instrumentos asistenciales*. Quito.

Dirección Nacional de Procesos. (2017). *Manual de Procesos*. Quito.

Instituto Ecuatoriano de Normalización. (1990). Norma Técnica Ecuatoriana NTE INEN 0:1990. En C. D. INEN, *Estructura y organización de documentos normativos. Requisitos* (pág. 1). Quito.

ISO. (2015). *ISO 9000:2015*. Recuperado el 12 de septiembre de 2017, de <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:9000:ed-4:v1:es:term:3.4.1>

ISO. (2016). *ISO 37001:2016*. Recuperado el 12 de septiembre de 2017, de <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:37001:ed-1:v1:es:term:3.4>

Ministerio de Salud Pública. (2013). *Norma técnica - Metodología para la elaboración de instrumentos normativos del MSP*. Quito.

Normas APA. (2017). *Normas APA 2017 – 6ta (sexta) edición*. Recuperado el 19 de septiembre de 2017, de <http://normasapa.net/2017-edicion-6/>

Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Evaluación para el Planeamiento de Programas de Educación para la Salud*. Washington, D.C.

Subsecretaría de Gobierno Electrónico de la Secretaría Nacional de la Administración Pública. (s.f.). *SGDQ – Sistema de Gestión Documental Quipux*. Recuperado el 08 de septiembre de 2017, de <http://www.administracionpublica.gob.ec/sgdq-sistema-de-gestion-documental-quipux/>

<b>Versión anterior:</b>	<b>Versión actual:</b>
--------------------------	------------------------

Anexos

Anexo 1: Flujo de aprobación de documentos normativos.

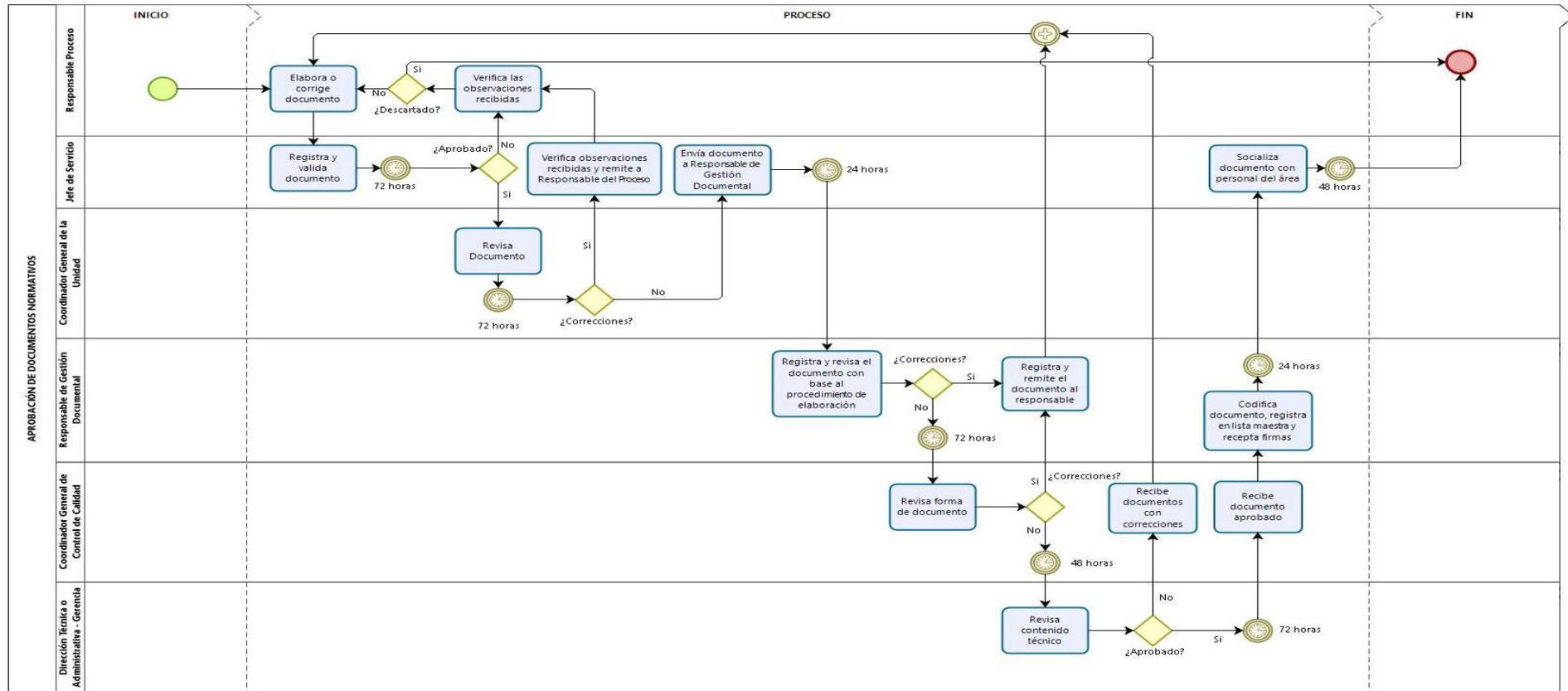


IMAGEN INSTITUCIONAL	<b>COORDINACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD</b>	
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS</b>	
<b>Código: ****-****-100</b>	<b>Versión 1.0</b>	<b>Páginaxxx de xxx</b>

Historial de modificaciones

<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA</b>	<b>CAUSA DE LA MODIFICACIÓN</b>
1.0		Versión inicial

<b>Versión anterior:</b>	<b>Versión:</b>
--------------------------	-----------------