



REPÚBLICA DEL ECUADOR
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

CENTRO DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

TÍTULO:

GESTIÓN DE CALIDAD Y SU INCIDENCIA EN LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS OPERATIVOS DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL “DR. ABEL GILBERT PONTÓN” DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.

POSTGRADISTA:

Lcda. Alexandra María Alvarado Álvarez

ASESOR:

Dr. Ángel Ortiz Aráuz

Babahoyo

2014



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
CENTRO DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA

Babahoyo, Diciembre del 2014.

CERTIFICACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutora de Tesis, nombrada por el Comité Técnico del Centro de Postgrado y Educación Continua, de la Universidad Técnica de Babahoyo.

CERTIFICO

Haber dirigido y asesorado en todas sus partes la tesis denominada **“GESTIÓN DE CALIDAD Y SU INCIDENCIA EN LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS OPERATIVOS DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL DR. ABEL GILBERT PONTÓN DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL”** de autoría de la Lcda. Alexandra María Alvarado Álvarez, egresada del Programa de **MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**, determinando que se ha cumplido de acuerdo a las exigencias metodológicas y técnicas existentes para el nivel de Postgrado; por lo que autorizo su presentación para su respectiva sustentación ante el Tribunal que ubique el Consejo de Postgrado y demás trámites correspondientes.

Dr. Ángel Ortiz Aráuz
ASESOR DE TESIS
C.I.: _____



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

CENTRO DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA

DECLARACIÓN AUTORÍA

La responsabilidad del contenido desarrollado en esta Tesis de Grado, cuyo tema es **“GESTIÓN DE CALIDAD Y SU INCIDENCIA EN LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS OPERATIVOS DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL “DR. ABEL GILBERT PONTÓN” DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL”** me corresponden exclusivamente; y la propiedad intelectual del mismo a la Universidad Técnica de Babahoyo.

Lcda. Alexandra María Alvarado Álvarez
C.I.: 1202222475

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a nuestro Dios y por consiguiente a su hijo Jesús por ser nuestra inspiración modelo y por el ejemplo más grande de amor en este mundo por haber permitido haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Con mucho cariño a mi mamá Aurora Álvarez que me ha enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento, me ha dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio.

Para el compañero de mi vida, mi esposo Manuel, por su paciencia, por su comprensión, por su empeño, por su fuerza, por su amor, por ser tal como es.

A mis hijos Cristian, Steven y Doménica, que son el mejor regalo que Dios me ha dado.

Y quienes han sido mi mayor motivación para seguir adelante en mis estudios, los amo.

AGRADECIMIENTO

La culminación de la etapa en la vida de una persona conlleva cuestiones destacables, y estas refieren implícitamente al conjunto social que constituyo un sostén sólido y seguro para concretar determinados fines.

Agradezco a Dios que sin él nada es posible. A mi familia fuente de apoyo constante e incondicional en todos mis proyectos y actividades.

Mi agradecimiento a mi hermano Bolívar por ser siempre mi apoyo incondicional.

Quiero expresar mi agradecimiento, a mi director de tesis, Doctor Ángel Ortiz, por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia en un marco de confianza, afecto y amistad. Fundamentales para la corrección de este trabajo.

CESIÓN DE DERECHO DE AUTOR

Dr. Rafael Falconí Montalván, MSc.
Rector de la Universidad Técnica de Babahoyo

Presente.

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor del Trabajo realizado como requisito previo a la obtención de mi Grado de Cuarto Nivel, cuyo tema fue: **GESTIÓN DE CALIDAD Y SU INCIDENCIA EN LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS OPERATIVOS DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL “DR. ABEL GILBERT PONTÓN” DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**, y que corresponde al Centro de Postgrado y Educación Continua.

Babahoyo, diciembre de 2014.

Lcda. Alexandra María Alvarado Álvarez
C.I.: 1202222475

INDICE

1	INTRODUCCIÓN	12
2	IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	14
3	MARCO CONTEXTUAL	15
3.1	Contexto Internacional	15
3.2	Contexto Nacional.....	18
3.3	Contexto Institucional	23
4	SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	27
5	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	29
5.1	Problema General.....	29
5.2	Subproblemas o derivados.	29
6	DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
7	JUSTIFICACIÓN	31
8	Objetivos De Investigación	33
8.1	Objetivo General.	33
8.2	Objetivos Específicos.....	33
9	MARCO TEÓRICO.....	34
9.1	MARCO CONCEPTUAL.....	34
9.1.1	Proceso	34
9.1.2	Calidad	34
9.1.3	Política de Calidad	34
9.1.4	Gestión	35
9.1.5	Gestión de la calidad	35
9.1.6	Mejora continua	35
9.1.7	Eficacia.....	35
9.1.8	Eficiencia.....	35
9.2	MARCO REFERENCIAL.....	36
9.2.1	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	36
9.2.2	REFERENCIA TEÓRICA.....	37
9.2.2.1	SISTEMA DE SALUD	37

9.2.2.2	CALIDAD.....	43
9.2.2.3	MEJORA CONTINUA.....	68
9.2.2.4	ANATOMÍA PATOLÓGICA	68
9.2.2.5	CITOLOGÍA.....	77
9.3	POSTURA TEÓRICA	77
9.4	FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	79
10	HIPÓTESIS.....	83
10.1	Hipótesis General o Básica	83
10.2	Hipótesis derivadas	83
11	RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN	84
11.1	Análisis e interpretación de resultados de la encuesta aplicada al personal que labora en el Departamento de Anatomía Patológica.....	84
11.2	Observación realizada a los procesos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.	
	94	
12	CONCLUSIONES	97
13	RECOMENDACIONES	98
14	PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS	99
14.1	ALTERNATIVA OBTENIDA	99
14.2	ALCANCE DE LA ALTERNATIVA.....	99
14.3	ASPECTOS BÁSICOS DE LA ALTERNATIVA	100
14.3.1	Antecedentes	100
14.3.2	Justificación.....	101
14.3.3	Planteamiento de la Propuesta	103
14.3.4	Objetivos	103
14.3.4.1	Objetivo General	103
14.3.4.2	Objetivos Específicos	103
14.4	ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA.....	104
14.5	Desarrollo de la propuesta.....	106
14.5.1	Proceso para realizar diagnóstico anatomopatológico	106
14.5.1.1	Diagramas de flujo del Subproceso Pre-analítico – Procedimiento Recolectar y Receptar Muestras	108

14.5.1.2	Diagramas de flujo del Subproceso Analítico - Diagnosticar muestras	112
14.5.1.3	Diagramas de flujo del Subproceso post-analítico - Elaborar y Entregar Informe Anatomopatológico	116
14.5.2	Manejo y procesamiento de las biopsias	121
14.5.2.1	Fijación	132
14.5.2.2	Decalcificación del tejido óseo	133
14.5.2.3	Descripción microscópica	145
14.5.3	Resultados esperados de la alternativa	147
15	BIBLIOGRAFÍA/LINKOGRAFIA	149
16	ANEXOS	152

INDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Comité para la planificación y la evaluación	84
Tabla 2:	Planificación del trabajo	85
Tabla 3:	Pruebas en el laboratorio	86
Tabla 4:	Responsabilidades	87
Tabla 5:	Procesos operativos	88
Tabla 6:	Capacitación	89
Tabla 7:	Errores en pruebas de laboratorio	90
Tabla 8:	Errores en pruebas de laboratorio	91
Tabla 9:	Efectividad de los procesos operativos	92
Tabla 10:	Resultados de las pruebas patológicas	93

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Ubicación del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón	30
Gráfico 2:	Funciones Generales del Sistema de Salud	39
Gráfico 3:	Ciclo de mejoramiento de la calidad	61
Gráfico 4:	Comité para la planificación y la evaluación	84
Gráfico 5:	Planificación del trabajo	85

Gráfico 6: Pruebas en el laboratorio	86
Gráfico 7: Responsabilidades	87
Gráfico 8: Procesos operativos	88
Gráfico 9: Capacitación	89
Gráfico 10: Errores en pruebas de laboratorio	90
Gráfico 11: Errores en pruebas de laboratorio	91
Gráfico 12: Efectividad de los procesos operativos.....	92
Gráfico 13: Resultados de las pruebas patológicas.....	93

RESUMEN

Para tener conocimiento de la calidad del proceso operativo y su efecto en la eficiencia del Departamento de Anatomía Patológica en el Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil durante el período 2013-2014, se realizó un estudio de tipo descriptivo. La información recopilada en el presente estudio, se obtuvo a través de las herramientas de investigación, como lo es la encuesta descriptiva dirigida a los empleados de la salud que laboran dentro de esta área, quienes forman el grupo de estudio. El propósito de este trabajo investigativo es reconocer los factores de los procesos operativos y administrativos que afectan la calidad del Departamento, para que por medio de la exposición de este conducto se le proporcione al personal médico la oportunidad de renovarse en la calidad del servicio que brindan en su área de trabajo. Debido a esto, el presente escrito está guiado a los trabajadores del área de Anatomía Patológica del hospital para que así logren mejorar de manera continua y permanente en sus labores dentro de un margen de garantía adecuado para su correcto desempeño.

Palabras claves: calidad, procesos, servicio, salud.

ABSTRAC

To be aware of the quality of the operational process and its effect on the efficiency of the Department of Pathology at the Hospital "Dr. Abel Gilbert Ponton "of the city of Guayaquil during the period 2013-2014, a study was conducted descriptive. The information collected in this study was obtained through the research tools, such as the descriptive survey of health workers who work in this area, who form the study group. The purpose of this research work is to recognize the factors of operational and administrative processes that affect the quality of the Department, so that by means of the exhibition of this line is to provide the medical staff the opportunity to renew the quality of service they provide in your work area. Because of this, the present paper is guided to workers in the area of Pathology of the hospital so that continuously improve and achieve permanently in their work within an adequate margin of security for proper performance.

Keywords: quality, process, service, health.

1 INTRODUCCIÓN

Los procesos operativos de los centros de salud, determinan la efectividad de los servicios y el cumplimiento de la gestión de calidad, por lo que, la presente investigación es el resultado de la necesidad de aportar para el mejoramiento de estos servicios. La investigación se lleva a cabo en el Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil, se cimenta en la práctica de la Gestión de Calidad en el Departamento de Anatomía Patológica, con el propósito de brindar a los usuarios una mejora en el servicio que se brinda en dicha área, por medio de una mayor precisión en los procesos operativos durante la realización de los exámenes que se llevan a cabo en la misma.

La calidad es en los actuales momentos es una condición necesaria en los laboratorios por el rol de apoyo que cumplen, especialmente cuando existe una norma de calidad dictada por el organismo competente. La falta de cumplimiento de las normas y procedimientos, perjudica los resultados y pone en peligro a los pacientes.

Se debe primero, mostrar la verificación de los criterios acerca de la operacionalidad del sistema en el servicio de Anatomía Patológica en los centros de salud y su efecto, para así mejorar la calidad del mismo en el hospital, razón por la cual se hace imprescindible mostrar la propuesta, que procura llegar a convertirse en un manual comprensible y sencillo de leer para concertarlo por

medio de un plan de instrucción dirigido a todos los empleados de la salud que laboran en dicha área, aislando lo innecesario y definiendo los criterios determinados de dicha proposición alcanzando la ejecución de las estrategias de Gestión de Calidad en el Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Una obligación del hospital es preocuparse por la supervisión en la calidad de los exámenes patológicos, debido a la esencia de los peligros inherentes al realizarse mal dicho trabajo, ya que de ello depende el correcto diagnóstico de las enfermedades.

El presente trabajo es solo una contribución para la creación de estrategias que guíen a alcanzar una óptima calidad en el servicio, deseando llegar a ser una táctica explicativa como fundamento de una moderna formación de organización supremamente involucrada con el mejoramiento de los procesos operativos.

Los argumentos expuestos han sido integralmente verificados y se exponen con el objetivo de ser constantemente alimentados y verificados en concordancia con el progreso de la ciencia.

2 IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN.

“GESTIÓN DE CALIDAD Y SU INCIDENCIA EN LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS OPERATIVOS DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA DEL HOSPITAL “DR. ABEL GILBERT PONTÓN” DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL”.

3 MARCO CONTEXTUAL

3.1 Contexto Internacional

En un mundo en que los avances en tecnología y la facilidad de viajar ponen continuamente en jaque a las fronteras nacionales, los problemas de salud pueden aumentar rápidamente, amenazando la vida y la prosperidad de numerosas poblaciones.

En todos los países en desarrollo, las enfermedades desafían a más de mil millones de personas. Los países ricos se enfrentan a sus propias dificultades cuando se ven obligados a encontrar medios para financiar la atención médica sofisticada. Para que haya avances significativos en la salud de todos, los gobiernos y organizaciones con y sin fines de lucro necesitan encontrar una forma de estimular soluciones innovadoras y revolucionarias no sólo para tratar las enfermedades existentes, sino también para mejorar la prestación de servicios de salud.

A nivel mundial la atención primaria de salud renovada (APS-R) se ha convertido en una estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud. Su implementación como todo proceso social, ha estado sujeta a las contradicciones e intereses económicos y políticos que configuran las formas de organización de las sociedades.

La APS-R tiene sus raíces en la APS formulada en Alma Ata (1978) que esta, a su vez recogió el pensamiento y práctica de la medicina social que inicio la reflexión y demostración de los determinantes sociales de la salud y la inequidad en el acceso a los servicios que en la década de los setentas toma mucho impulso sobre todo en América Latina, unida a los procesos libertarios y de cambio social, surgiendo así valiosas experiencias locales que desde la reivindicación del derecho a la salud, pusieron sobre el tapete la necesidad de trabajar en torno al mejoramiento de la calidad de vida y la participación como elementos sustanciales para el logro de la salud.

A partir de la Declaración de Alma Ata (1977) la estrategia de APS toma importancia para los Estados y las políticas nacionales de salud, sin embargo del reconocimiento formal, su aplicación es limitada en la mayoría de países.

Otro aporte de esta declaración es que identificó requisitos previos para la salud, tales como un ecosistema estable, justicia social, equidad, y recursos como la educación, alimentos e ingresos. (Bolívar K., 2011).

Posteriormente, en 1986 se realiza en Ottawa, la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, que define a la promoción como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo

unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él”.

La Organización Mundial de Salud plantea la necesidad de implementar acciones orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de la población como una condición ineludible para el logro de la salud. La estrategia de promoción de la salud establece algunos lineamientos como reorientar el modelo de atención hacia un enfoque integral en el que las acciones de prevención y promoción de la salud son los ejes fundamentales, la construcción de políticas públicas saludables, intervenciones intersectoriales, la promoción de estilos de vida y espacios saludables, y la participación activa de la población.

Otro hito importante fue la conferencia de Santa Fe de Bogotá en 1992, en donde se plantea la necesidad de armonizar el desarrollo económico con el mejoramiento de las condiciones de bienestar y equidad social como condiciones indispensables para el logro de salud. En ese sentido “el desafío de la Promoción de la Salud en América Latina consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo”.

En la década del 90, el embate del pensamiento y la práctica neoliberal incidieron en que la Estrategia de APS se reduzca a intervenciones puntuales, focalizadas,

locales y de bajo costo, coartando su potencial transformador, se institucionalizó las intervenciones focalizadas y de bajo costo para los pobres y se estimuló el crecimiento y consolidación de la salud como una mercancía impulsando las acciones de salud centradas en el enfoque curativo. (Organización Mundial de la Salud, 1986)

3.2 Contexto Nacional

El Ministerio de Salud Pública en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, implementa cambios estructurales en el sector salud, que se enmarcan en el proceso de la Revolución Ciudadana que el Gobierno Nacional viene impulsando desde el año 2007, a través del ejecutivo.

La Constitución Ecuatoriana aprobada en el 2008, recogió las aspiraciones y propuestas de los sectores democráticos del país, que se plasmaron en un conjunto de principios y mandatos que reconocen los derechos fundamentales de la población, una nueva institucionalidad que garantice esos derechos, un ordenamiento social que fortalezca el convivir democrático y la plena participación de la ciudadanía. (MSP Ministerio de Salud Pública, Modelo de Atención Integral de Salud, 2012)

Desde esta perspectiva, la salud es reconocida como un derecho fundamental garantizado por el Estado, y se constituye en un eje estratégico para el desarrollo y el logro del Buen Vivir.

La Constitución dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos interdependientes con la finalidad de lograr el buen vivir, la vida plena o Sumak Kawsay. En correspondencia con el marco constitucional el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, establece las políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas.

La mirada social y multidimensional del proceso salud enfermedad definido en el marco legal vigente, redimensiona e imprime necesariamente nuevos desafíos al sector salud para superar el histórico abandono al que estuvo sujeto.

En coherencia con la nueva visión de desarrollo y los mandatos constitucionales, el Gobierno Nacional del Ecuador a través del Ministerio de Salud Pública, ha establecido como uno de los ejes prioritarios de la gestión, el fortalecimiento del sector salud, lo que se ha expresado no solamente en un incremento significativo en el presupuesto, sino fundamentalmente, en una restructuración profunda de la institucionalidad pública y del quehacer sanitario en el país.

Desde esta perspectiva en una primera etapa se dieron pasos importantes orientados al fortalecimiento de las unidades de salud del MSP en cuanto a: infraestructura, equipamiento, recursos humanos; esto sumado a la política de gratuidad progresiva de los servicios públicos, incidieron en un incremento

significativo de la demanda hacia esta institución. (Vance Mafla, Modelo de Atención Integral de Salud, 2012)

El reto actual es profundizar la Revolución en Salud mediante cambios estructurales que permitan el cumplimiento de los mandatos constitucionales, entre ellos:

- El fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional
- El reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud
- La reingeniería institucional pública y privada
- La articulación y fortalecimiento de Red Pública y Complementaria cuya organización sea de base territorial, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado, y
- La reorientación del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de Salud, en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social. (Sandoval Tenorio, 2015)

Cambios que tienen como principio fundamental el derecho a la salud de la población, a través de la generación de condiciones para la construcción y cuidado de la misma. (Vance Mafla, 2012).

A pesar del reconocimiento acerca de la importancia de que los servicios de salud se encuentren organizados por niveles de atención, el primero y segundo nivel de atención en los que se puede resolver más del 90% de los problemas de salud, en el sector público han estado debilitados por los bajos presupuestos, el abandono de los establecimientos, la escases e inestabilidad laboral del personal, e incidieron en una limitada capacidad resolutive y la consiguiente pérdida de confianza por parte de la población en el Sistema Nacional de Salud. (Sandoval Tenorio, 2015)

De igual manera, el III nivel de atención, que es predominantemente hospitalario de mayor complejidad sufrió el embate del progresivo desmantelamiento de los servicios públicos, expresados en la falta de recursos y la baja calidad del gasto por la debilidad en los procesos de supervisión y control. Además la situación se complicó por la ausencia de un sistema integrado de información que permita obtener datos reales, necesarios para la planificación, toma de decisiones y monitoreo de los resultados sanitarios y de la gestión.

En la actualidad el Sistema Nacional de Salud debe enfrentar, a más de los rezagos de estos problemas, nuevos retos y necesidades que devienen de cambios en el perfil demográfico y epidemiológico. Es así que la tendencia a la disminución de la tasa de fecundidad que en el período 1950-1955 fue de 6,7 pasó a 2,6 en el período 2005-2010.

La pirámide poblacional, muestra una estructura demográfica joven, los grupos etarios de 0 a 24 años constituyen algo más del 50% del total de la población, con más del 30% de menores de 15 años. La expectativa de vida, es de 75 años (72,1 para hombres y 78 para mujeres) y el porcentaje de personas de la tercera edad es del 6,19 %. (Ineccepal, 2009).

En cuanto al perfil epidemiológico, el país está experimentando un giro de las causas de mortalidad hacia los problemas crónicos degenerativos, la emergencia de las entidades infecciosas y la presencia de riesgos que favorecen el incremento de las lesiones accidentales, intencionales, los trastornos mentales y emocionales y los vinculados al deterioro ambiental.

En el 2009, en el país se reportaron 59.714 defunciones lo que arrojó una tasa de mortalidad de 4.26 muertes por cada mil habitantes, y entre las primeras causas de muerte están en orden de frecuencia, la diabetes mellitus, enfermedades cerebro vasculares, accidentes de transporte, enfermedad hipertensiva, influenza y neumonía, las enfermedades isquémicas del corazón, violencia, insuficiencia cardíaca, cirrosis, cáncer de estómago. En el caso de la morbilidad las principales causas son debidas a procesos asociados con el deterioro y la privación en el consumo de los bienes y valores básicos para sobrellevar la vida en condiciones adecuadas. (Sandoval Tenorio, 2015). Entre las principales causas de ingreso hospitalario están la diarrea y gastroenteritis infecciosas, neumonía, colelitiasis,

aborto no especificado, apendicitis aguda, hernia inguinal, falso trabajo de parto, traumatismo intracraneal. (MSP, 2010).

En una primera etapa se intervino en el mejoramiento de la infraestructura, equipamiento, recursos humanos, dotación de medicamentos e insumos a las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública, con la finalidad de incrementar la cobertura de atención y disminuir el alto gasto para la recuperación de la salud de las familias ecuatorianas. Se inició además con el fortalecimiento del I Nivel de atención con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud y la constitución de los Equipos Básicos de Salud (EBAS).

La política de gratuidad y la inversión en establecimientos del Ministerio de Salud Pública, incidieron en un incremento significativo de las coberturas de atención, por otro lado se ha logrado reposicionar los servicios públicos de salud como una alternativa para la resolución de sus necesidades. (MSP Ministerio de Salud Pública, Modelo de Atención Integral de Salud, 2012)

3.3 Contexto Institucional

El Hospital se encuentra ubicado en el sector suroeste de la ciudad de Guayaquil; exactamente en la parroquia Febres Cordero, en el perímetro comprendido al norte por la calle Oriente, al sur por la calle Galápagos, al este por el callejón Rodríguez y al oeste por la calle 29, hoy conocida también como Avenida Assad Bucaram.

La parroquia Febres Cordero con 341.334 habitantes, no es la más poblada de la ciudad de Guayaquil, pero casi el total de su población está en condición de pobreza y de extrema pobreza.

El hospital funcionó como un gran Centro de Salud, que atendía exclusivamente Consulta Externa y Emergencia desde octubre de 1973 hasta abril de 1975 en que se inició el servicio de internamiento de Pediatría. En julio de ese mismo año se abrió el servicio de Ginecología y en octubre los servicios de Medicina Interna y Fisiatría, llegando a funcionar con capacidad total en 1978, cuando se abre el Laboratorio Patológico en el mezzanine.

Cuenta con las áreas de Emergencia las 24 horas, Consulta Externa, Hospitalización y Áreas Auxiliares de Diagnósticos (Laboratorio Clínico, Anatomía Patológica y Diagnóstico por Imágenes). El Laboratorio de Anatomía Patológica de esta casa de salud ofrece una ayuda invaluable al proporcionar información oportuna y confiable que los médicos utilizan para realizar un diagnóstico acertado y a tiempo. Este departamento cuenta con 2 áreas, la de Citología y la de Histopatología.

El 25 de Abril de 2012, mediante acuerdo Ministerial #667, suscrito por la Lcda. Carina Isabel Vance Mafla, Ministra de Salud Pública, eleva al hospital a categoría 3, convirtiéndolo en Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel

Gilbert Pontón. Desde diciembre del mismo año, se encuentra en proceso de remodelación.

Actualmente, es un hospital de alta complejidad del Ministerio de Salud Pública, de referencia a nivel nacional, destinado a brindar atención ambulatoria, hospitalización, recuperación y rehabilitación de la salud a poblaciones vulnerables de la región Costa. Posee una amplia cartera de servicios, con personal sanitario especializado en brindar una atención de calidad y calidez, garantizando la gratuidad de todos los servicios, medicamentos e insumos.

Visión.- La visión de la institución es: “Ser un hospital de Tercer Nivel de complejidad, líder nacional en la atención de salud, con autonomía en la Gestión Administrativa y Financiera, enmarcados en los principios fundamentales de la salud pública y bioética. Será un modelo de organización dentro del sistema de salud del país, ejemplo de solidaridad en la prestación de asistencia integral y especializada, caracterizada por la búsqueda continua de superar las necesidades y expectativas del usuario interno y externo, con el uso relacionado de los recursos existencias y la tecnología de punta”.

Misión.- La misión de la institución es: “Lograr la satisfacción del usuario interno y externo con la participación competitiva en la prestación de servicio, optimizando recursos e implementando tecnología de punta, en beneficio de la comunidad que acude diariamente a la institución”

El Laboratorio de Anatomía patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”, ha cumplido desde su creación una importante labor de apoyo al diagnóstico médico; durante el año 2013 se realizaron 3247 exámenes de histopatologías y 3976 exámenes de muestra citopatológicas, mientras que año 2014 se realizaron 5248 exámenes de histopatologías y 3037 exámenes de muestra citopatológicas.

4 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

De la investigación realizada en el Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”, entre los empleados que laboran en el Departamento de Anatomía Patológica se pudo observar, que aunque exista disposición para trabajar eficientemente, hay factores administrativos como la falta de los insumos y equipos necesarios para realizar los exámenes y la no especificación de los procedimientos de registro de datos, junto con la inexistencia o la falta de socialización de los objetivos organizacionales y de los criterios objetivos de evaluación del servicio que favorecen la aparición de errores y la desmotivación en las actividades que desarrolla el personal.

Los usuarios de los servicios de salud exigen calidad en cada una de las prestaciones e intervenciones que realizan las instituciones, por lo que las mismas, deben redoblar esfuerzos para ofrecer sus servicios con efectividad, eficacia, calidez y valores éticos. La demanda de los usuarios es cada vez más informada de manera que se generan expectativas muy altas que deben cumplirse para lograr su satisfacción, la cual está estrechamente relacionada con la calidad del servicio que reciben. La capacidad operativa del Laboratorio de Anátomo-patología ha ido en aumento, pero los aspectos administrativos de los cuales también depende la calidad de los procedimientos técnicos se muestran aún deficientes, lo cual acarrea malestar no solamente entre los empleados del hospital, sino también a la comunidad.

Se ha catalogado a los laboratorios de análisis como la principal causa de formulación de diagnósticos errados, por lo que la aplicación secuencial y ordenada de los pasos especificados es fundamental para asegurar la idoneidad del examen y su confiabilidad. Aunque exista disposición para trabajar eficientemente, son muchos los factores que pueden llevar a un error sistemático.

Por la falta de la debida importancia que se debe brindar a los procesos administrativos y operativos por parte de los profesionales que desempeñan sus funciones en el Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”, como medida de prevención y corrección han sido elaboradas una serie de normativas con el propósito de regular los procesos operativos, las mismas que están guiadas hacia dicho personal. Estas reglas junto con la aplicación de una debida gestión de calidad sirven para el cumplimiento de sus labores de forma segura y eficiente, logrando así la disminución de errores en los resultados de las pruebas patológicas.

La reducción de errores en las pruebas de laboratorio se ha convertido en un objetivo para el sistema sanitario, profesionales, gerentes, clientes, familia y comunidad, ya que los mismos son una causa importante de mal diagnóstico médico y tratamiento inadecuado los cuales pueden provocar graves lesiones e incluso la muerte.

5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

5.1 Problema General.

¿Cuáles son los factores que inciden en la gestión de calidad para la mejora continua de los procesos operativos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil?

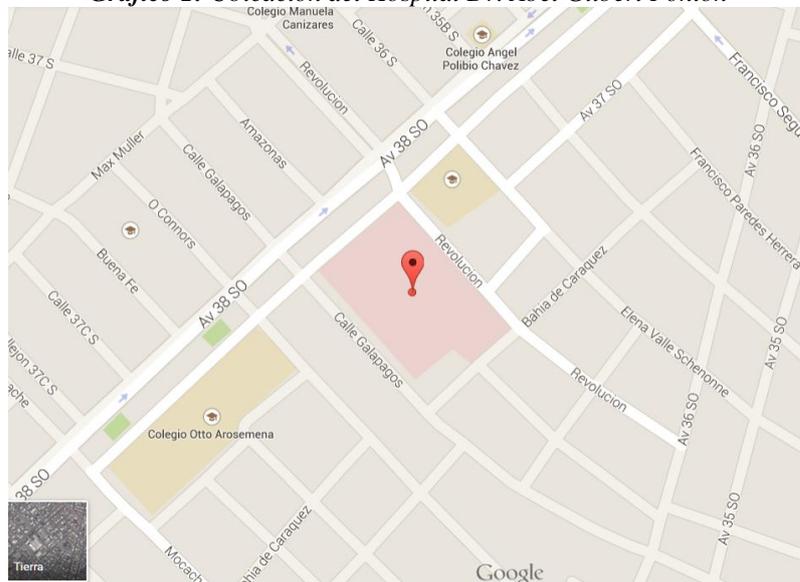
5.2 Subproblemas o derivados.

- ¿Cómo determinar los procedimientos de gestión de calidad que garanticen la mejora continua en los procesos operativos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cómo identificar las políticas de calidad que inciden en los procesos operativos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cómo capacitar a los responsables de la ejecución de procesos operativos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil?

6 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

- **Campo:** Salud
- **Área:** Servicios de salud
- **Aspectos:** Gestión de calidad, procesos operativos
- **Espacial:** Ministerio de Salud Pública - Dirección Provincial de Salud del Guayas - Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón - Departamento de Anatomía Patológica. **País:** Ecuador, **Provincia:** Guayas, **Parroquia:** Febres Cordero, **Dirección:** Al norte por la calle Oriente, al sur por la calle Galápagos, al este por el callejón Rodríguez y al oeste por la Avenida Assad Bucaram.

Gráfico 1: Ubicación del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón



Fuente: Google Maps

- **Temporal:** Año 2014.
- **Unidad de observación:**
Departamento de Anatomía Patológica y el personal de salud que labora.

7 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo investigativo, se desarrolló porque se considera que es de mucha relevancia en los servicios de salud, pues la falta de eficiencia de éstos servicios implica costos altos, encarecimiento del mismo, desconfianza en los resultados y graves impactos en la vida humana por las especificidades de sus prácticas, como ocurre con la organización estudiada en la presente tesis. Su importancia se explica en tanto los exámenes que se practican en el Laboratorio de Anatomía Patológica son especializados, de extrema delicadeza y trascendencia para la vida de los involucrados, de manera que las falencias suscitadas en los procedimientos de extracción, conservación, registro y análisis pudieran tener resultados graves en los usuarios. El análisis de los resultados en el marco de la teoría de sustento, permitirá identificar las posibilidades de mejoras concretadas en una propuesta que responda a las características de la problemática; de allí su implicación práctica.

El presente análisis desde un punto de vista teórico podrá convertirse en un apoyo sistemático muy valioso, ya que ayudará a difundir esta investigación entre el personal del Departamento de Patología de este hospital, sentando así una referencia en ellos, y así motivar a generaciones venideras a crear conciencia en la prevención de errores en los procesos operativos que se realizan en el mismo, por lo que los beneficiarios directos son los usuarios que asisten a esta casa de

salud, así como el personal de labora, administra y dirige el Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

El interés principal del proyecto es contribuir al mejoramiento de los procesos en el área de trabajo mediante el uso de técnicas y procedimientos desarrollados gracias a la aplicación de una ardua gestión de calidad, así como la elaboración de normas y protocolos que contribuyan a disminuir los errores en el campo laboral.

Este estudio investigativo logrará suministrar opciones para renovar el sistema laboral y tener reglas y procedimientos practicados de forma responsable.

Se considera la factibilidad del trabajo investigativo, toda vez que las autoridades han brindado todas las facilidades del caso, así como el personal que labora en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. Por otra parte, para el desarrollo de la investigación se cuenta con la disponibilidad de recursos financieros y la experticia en el área de estudio, dando la viabilidad pertinente a la ejecución del trabajo de investigación.

8 Objetivos De Investigación

8.1 Objetivo General.

Identificar los factores que inciden en la gestión de calidad para la mejora continua de los procesos operativos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil.

8.2 Objetivos Específicos.

- Determinar los procedimientos de gestión de calidad que garantizan la mejora continua en los procesos operativos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil.
- Identificar las políticas de calidad que inciden en los procesos operativos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil.
- Proponer un Plan de capacitación a los responsables de la ejecución de procesos operativos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil.

9 MARCO TEÓRICO

9.1 MARCO CONCEPTUAL

9.1.1 Proceso

La norma ISO 9000:2005 - define el concepto de proceso como: “Conjunto de actividades relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados”. (Norma Internacional ISO 9000, 2005)

Un proceso puede visualizarse como una “caja negra” que transforma uno o varios elementos de entrada suministrados por uno o varios proveedores internos o externos en uno o varios resultados que son entregados a uno o varios clientes internos o externos

9.1.2 Calidad

Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos. (Norma Internacional ISO 9000, 2005)

9.1.3 Política de Calidad

Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección. (Norma Internacional ISO 9000, 2005)

9.1.4 Gestión

Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización. (ISO 9000:2000)

9.1.5 Gestión de la calidad

Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad. (Guevara, 2015)

9.1.6 Mejora continua

Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos

9.1.7 Eficacia

Grado en que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados. (Guevara, 2015)

9.1.8 Eficiencia

Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados

9.2 MARCO REFERENCIAL

9.2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Dentro de la revisión bibliográfica se encontraron estudios relacionados a la presente investigación, entre los cuales se destacan los siguientes:

El estudio desarrollado por (Delgado & Ochoa, 2011), denominado: Disminuir el tiempo de entrega de los informes Anatomopatológicos. Propuesta para el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (Delgado & Ochoa, 2011), cuya finalidad fue conocer los principales problemas del Servicio de Anatomía Patológica y determinar los tiempos de proceso idóneos para la entrega del servicio que ofrece este Servicio. El objetivo principal fue minimizar los tiempos que no agregan valor en la fase pre-analítica y proponer el rediseño organizacional así como funcional del Servicio de Anatomía Patológica. Como resultado de nuestra observación, encuestas y diagnóstico situacional establecieron que no se está cumpliendo con los estándares mínimos de tiempo de proceso por cada una de las fases. (Delgado & Ochoa, 2011)

Por otra parte (García, González, & Oñate, 2010), realizaron un trabajo investigativo con el tema: Evaluación de la calidad de lectura citológica para el despistaje de lesiones malignas y pre-malignas. El objetivo de esta investigación fue evaluar por medio de la histopatología, la calidad en la lectura citológica para

el despistaje de lesiones malignas y pre-malignas. En la investigación realizada se trabajó con una población de 2497 pacientes, de los cuales, se obtuvo una muestra de 93 que contaban con resultados citológicos y anatomopatológico en la consulta de Patología del Centro Integral de Salud, Boyaca V, Barcelona, Edo Anzoátegui, en el periodo comprendido entre 2005-2009, concluyendo en que la discordancia entre el diagnóstico citológico y el histológico es un hecho que debe preocupar a los médicos involucrados en el problema. Las tasas halladas en esta investigación, justifican hacer nuevos estudios de concordancia entre las diferentes técnicas en otras instituciones del país, así como realizar estudios de concordancia entre observadores para reducir los factores asociados al error en los diferentes métodos diagnósticos. (García, González, & Oñate, 2010)

9.2.2 REFERENCIA TEÓRICA

9.2.2.1 SISTEMA DE SALUD

Según la OMS en su informe sobre la salud en el mundo del año 2000, (OMS, 2000) describe a los sistemas de salud “abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud”. En el año 2007, en el Marco de Acción para el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud, este concepto evoluciona estableciéndose que “un Sistema de Salud está formado por todas las organizaciones, personas, y acciones cuyo objetivo primordial es promover, restablecer o mantener la salud”. En este contexto, sus objetivos fundamentales son mejorar la salud de la población a la que atiende, un financiamiento ecuánime,

y mayor acceso y cobertura acorde a las expectativas de la población (OMS, 2000; OMS, 2007).

Para alcanzar estos objetivos, un sistema de salud desempeña varias funciones, la función primordial es su capacidad de gobernar, liderar o ejercer la rectoría en salud. Esta función se refiere al ejercicio de capacidades institucionales, responsabilidades y competencias para conducir, regular, e implementar decisiones y acciones públicas (OPS, 2004). Paralelamente a la función rectora, según la OMS (2007), un sistema de salud se enfoca en:

- **Provisión de servicios:** entrega efectiva, equitativa y de calidad de servicios de salud a la población.
- **Financiamiento:** generación de fondos adecuados para asegurar el acceso universal a servicios de la salud.
- **Gestión de personal sanitario:** conducción y dirección de los proveedores de servicios y personal de salud.
- **Generación de información:** producción, análisis, difusión y uso de información de salud en el proceso de toma de decisiones en los diferentes niveles del sistema de salud.
- **Gestión de productos médicos, vacunas y tecnología:** distribución equitativa y racional de medicamentos esenciales, vacunas y tecnologías con seguridad, eficacia y costo-efectividad. (OMS, 2007)

Gráfico 2: Funciones Generales del Sistema de Salud



Fuente: OMS, 2007. Elaboración: Grupo FARO

Sistema de Salud en Ecuador

La salud entendida en una doble dimensión: como producto de las condiciones sociales y biológicas y a la vez como productor de condiciones que permiten el desarrollo integral a nivel individual y colectivo, se construye en el marco de las condiciones económicas, sociales, políticas, culturales, ambientales, de las formas de relación con los grupos sociales, de las formas en que cada sociedad se organiza para la distribución de los bienes, entre ellos los servicios de salud y de cómo a nivel individual y sobre una base biológica y espiritual se procesan estas condiciones.

En palabras de (Del Bosque, 1998) “La salud se crea donde la gente vive, ama, trabaja, y se divierte: es la integración entre ambientes y gentes, en el proceso de la vida diaria lo que crea un patrón de salud”.

La salud como productor de desarrollo implica un esfuerzo consciente de los individuos y los grupos sociales, en función del mejoramiento de las condiciones de vida, de la generación de oportunidades, adquiere un papel de cohesión social y puede constituirse en una de las fuerzas que juega un papel constructivo en el proceso de desarrollo social.

El cuidado de la salud es un eje estratégico del desarrollo individual y colectivo, un elemento clave para la consecución del buen vivir. Como señala (Betancourt, 2011) la salud y la enfermedad son formas de caminar por la vida. (Sandoval Tenorio, 2015)

Las prioridades nacionales se orientan a movilizar los recursos en función del logro de objetivos y metas de corto y mediano plazo. Son estrategias que requieren una intervención intersectorial y que se orientan a modificar los factores o determinantes críticos que generan la prioridad sanitaria, por el impacto en la población y en el desarrollo del país. Se enmarcan en las políticas y metas nacionales establecidas en el Plan de Desarrollo para el Buen Vivir, acuerdos internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODEM).

El MSP ha definido estrategias nacionales de acuerdo a las prioridades y perfil epidemiológico de la población como la ENIPLA, Nutrición Acción-Desnutrición Cero, Prevención y Atención Integral a personas con problemas crónico-degenerativos, tuberculosis, VIH-SIDA, entre otras, que se vinculan a las metas del Plan Nacional del Buen Vivir. (MAIS, 2012)

Componente de gestión del Sistema Nacional de Salud

El componente de gestión comprende los procesos gerenciales que brindan un soporte a la provisión y organización de los servicios de salud, para el logro de resultados sanitarios dentro del contexto del Modelo de Atención Integral.

En concordancia con los cambios estructurales planteados por el MSP, la gestión del modelo se orienta a superar el enfoque centralista hacia una gestión integrada, desconcentrada, de base territorial y participativa.

La desconcentración se sustenta en la nueva división político-administrativa del país, dada por SENPLADES, y se orienta a reorganizar y fortalecer la capacidad de gestión de las nuevas unidades administrativas, el traspaso de competencias y recursos de acuerdo a los requerimientos del MAIS-FC.

La nueva visión de la gestión implica generar condiciones para una articulación intersectorial en función del logro del desarrollo integral y el cuidado de la salud a

nivel territorial, el reconocimiento de la diversidad y la implementación de herramientas gerenciales.

La gestión debe sustentarse en el Sistema Único de Información que permita la toma de decisiones de manera oportuna y basada en evidencias. (MAIS, 2012)

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural– MAIS-FCI

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAISFCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud.

Por tanto el MAIS-FCI define como van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida. (MAIS, 2012)

9.2.2.2 CALIDAD

Según el Diccionario de la Lengua Española, la calidad es definida como: “la propiedad o conjunto de propiedades inherente a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”. (Diccionario de la Lengua Española, 1987) .

Relacionando con el área de la gestión, se considera la calidad como:

“El conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas”.

(Aenor, 2000)

También se lo describe como “el grado en que un producto cumple con las especificaciones técnicas establecidas cuando fue diseñado”. (Aenor, 2000).

Hablar de calidad implica el conocimiento de unas necesidades, la presencia de un modelo de referencia con el cual comparar la realidad y conseguir, mediante esta realidad, la satisfacción de las expectativas y necesidades del cliente. Además, es necesario precisar que la calidad de un producto o de un servicio no está predeterminada por la fatalidad, sino que puede ser programada, medida y mejorada. (Costa, 2000), entonces la calidad puede ser gestionada.

La aparición, en 1951, de la Joint Commission on Accreditation of Hospitals con un primer planteamiento de parámetros de calidad que debían cumplir los hospitales para ser acreditados (condición indispensable hacia la década de 1960 para poder establecer contratos con la seguridad social norteamericana) y el histórico artículo de (Donabedian, 1966) en el que se plantean los principios de la calidad asistencial según criterios de estructura, proceso y resultados, dan cuenta de la naturaleza de los sistemas de calidad aplicados a la asistencia sanitaria. Estos sistemas de calidad forman ya parte del panorama del mundo de la gestión sanitaria, con aportaciones normativas de las diversas administraciones públicas frecuentemente basadas en modelos de calidad, tales como ISO (Centre Català de la Qualitat, 2001), EFQM (EFQM, 1996), o los nuevos criterios de acreditación aplicados a cada uno de los distintos niveles asistenciales de la misma (Joint Commission, 1998).

Gestión de calidad

Principios de la gestión de calidad

Para conducir y operar una organización en forma exitosa se requiere que ésta se dirija y controle en forma sistemática y transparente. Se puede lograr el éxito implementando y manteniendo un sistema de gestión que esté diseñado para mejorar continuamente su desempeño mediante la consideración de las necesidades de todas las partes interesadas. La gestión de una organización comprende la gestión de la calidad entre otras disciplinas de gestión. (Rosales, 2012)

La (Norma Internacional ISO 9000, 2005), identifica ocho principios de gestión de la calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño.

- a) **Enfoque al cliente:** Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.

- b) **Liderazgo:** Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

- c) **Participación del personal:** El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización, y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

- d) **Enfoque basado en procesos:** Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

- e) **Enfoque de sistema para la gestión:** Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos. (Guevara, 2015)

Gestión basada en la metodología de Gobierno por Resultados (GPR - Ecuador)

La Presidencia de la República establece a través del Acuerdo Presidencial 1002 de la Norma técnica de Implementación y operación de la Metodología de Gobierno por Resultados (GPR) que es de cumplimiento obligatorio para las instituciones de la Administración Pública Central e instituciones de la Gestión Ejecutiva. (MAIS, 2012)

Esta metodología se orienta a una lograr una gestión pública de calidad, orientada a resultados, centrada en los ciudadanos, y se fundamenta en los principios de la Administración Pública establecidos en la Constitución de la República, así como dar transparencia y continuidad a la gestión de las instituciones públicas mediante la definición, seguimiento y actualización de planes estratégicos, planes operativos, riesgos, proyectos y procesos.

Los lineamientos de gestión para la implementación del MAIS se orientan a garantizar la generación de respuestas frente a las necesidades y problemas de

salud de la población y sus determinantes, la sostenibilidad y sustentabilidad del MAIS y el logro de resultados de impacto social.

La gestión implica la coordinación y concertación con los actores institucionales y comunitarios a nivel territorial para la construcción participativa de los planes de intervención, el establecimiento de compromisos de gestión y un proceso sistemático de monitoreo y evaluación.

La gestión sanitaria es desconcentrada y por resultados. Desconcentrada por la transferencia de competencias del nivel central a los niveles zonales y distritales y por resultados orientados a la obtención de resultados de impacto social. (MAIS, 2012)

Garantía de Calidad

(Donabedian, 1995), define a la garantía de calidad al “Conjunto de arreglos y actividades que tienen por fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención de la salud”.

Por otra parte Ruelas y Frenk, se refieren a la garantía de calidad a “Un proceso sistemático de cubrir la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales, de acuerdo con un conjunto de límites tecnológicos en cualquier sistema en particular”. (Ruelas & Frenk, 1989)

Asimismo, Heather Palmer, describen el concepto de garantía de calidad a: “Un proceso para determinar la calidad que analiza las deficiencias encontradas y la adopción de medidas, a fin de mejorar el desempeño, seguidos de una nueva medición de la calidad para determinar si se ha logrado una mejora. Se trata de una actividad cíclica y sistemática que utiliza normas de medición”. (Palmer, 1983)

Todas estas definiciones de garantía de calidad comparten varias características. Cada una de ellas se refiere a un proceso de evolución sistemático que se orienta hacia el mejoramiento del desempeño y la utilización de información en el proceso, ya sea en forma implícita o explícita.

Fundamentalmente, la garantía de calidad es el conjunto de actividades que se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea lo más eficaz y segura posible. (DiPrete Brown, Miller Franco, Rafeh, & Hatzell, 2012)

Control de Garantía de la Calidad en el Sistema Nacional de Salud

Tanto la Red Pública e Integral de Salud, como la Complementaria deberán garantizar las normas y procedimientos de atención y gestión definidos por el MSP. El sistema de control de garantía de la calidad incluye:

- 1) Gerencia estratégica, de proceso y de calidad de los establecimientos de salud, que comprende la organización efectiva y eficiente para mejorar la calidad y eficiencia de las prestaciones integrales de salud con criterios de calidez y costo-efectividad.
- 2) Definición de perfiles para cargos técnicos y de gestión de los servicios de salud, implementación de concursos de oposición y merecimientos y el registro de profesionales a través de un proceso de certificación y recertificación.
- 3) Levantamiento de procesos para la gestión de los servicios de salud y de apoyo administrativo
- 4) La formulación y revisión periódica de guías de práctica clínica y terapéutica basada en evidencia científica.
- 5) Implementación de Auditoria Integral en Salud.
- 6) Procesos de licenciamiento, certificación, acreditación de las unidades de la red pública e integrada.
- 7) Control de calidad de insumos y productos farmacéuticos.
- 8) Un sistema de capacitación continua en gestión y gerencia de los servicios de salud y de gestión clínica.
- 9) Sistema de fármaco vigilancia
- 10) Implementación de mecanismos para la veeduría y control social de la gestión y atención de los establecimientos de salud.

La red pública integral de salud conformará los equipos multidisciplinarios que desarrollen ciclos de mejoramiento continuo de la calidad ubicados en todos los niveles de atención.

Monitoreo, Evaluación y Supervisión Integral

Es un proceso continuo de acompañamiento, asesoría técnica y capacitación en servicio a los equipos de salud, sobre los procesos y resultados en la implementación del Modelo Integral de Salud. Se orienta a medir avances, limitaciones, propuestas de solución, en función de indicadores de gestión. Por otra parte, se orienta a medir la calidad de la atención, la aplicación de normas y protocolos que contribuyen al mejorar el desempeño del personal en la prestación de servicios y al mejoramiento de la calidad de la atención.

En cada nivel de atención se estructurará equipos de supervisión, quienes responden a un plan de trabajo, productos y resultados.

Se orienta a la verificación de avances y cumplimiento de actividades y metas, así como la identificación, análisis y resolución oportuna de problemas. El sistema de monitoreo y evaluación contempla los siguientes aspectos:

- Análisis de planes estratégicos, operativos y de prestaciones, de los procesos de organización y gestión.
- La ejecución presupuestaria.

- Avances en el cumplimiento de actividades, metas y resultados institucionales y de impacto social, orientados por el Plan del Buen Vivir
- Mecanismos de evaluación participativa. (MAIS, 2012)

Los procesos de monitoreo contarán con insumos del Sistema de Información Único e Integrado que proveerá información estratégica, de metas operacionales y presupuestales para la toma de decisiones en los niveles correspondientes. Los procesos de evaluación deben ser periódicos, sistemáticos y orientados al análisis de la pertinencia, suficiencia, eficiencia, efectividad, eficacia e impacto de las acciones en función de los objetivos y resultados.

La evaluación participativa implica que la institución genere mecanismos adecuados para que la comunidad acceda a información suficiente y oportuna y toma de decisiones en la planificación, gestión, monitoreo, evaluación y control social. (MAIS, 2012)

Proceso de gestión de calidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha promovido un modelo de GC que se ha aplicado por muchos años en ámbitos internacionales. En los Estados Unidos se utiliza el Ciclo de Garantía de Calidad y se aplica en los ámbitos de la consulta externa. El proceso de diez pasos, lo elabora la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención de Salud y el Modelo de Mejora de Calidad (MMC) lo aplica a la gestión de calidad total en los servicios de salud.

El Modelo de Mejora de Calidad (MMC) formulado por el Proyecto de Garantía de Calidad tiene por objeto integrar los aspectos positivos de varios modelos en un proceso lógico y sencillo para la planificación y ejecución de las actividades de Garantía de Calidad. (DiPrete Brown, Miller Franco, Rafeh, & Hatzell, 2012)

De acuerdo con (Salas Chávez, Castillo Martínez, Torres Martínez, Icaza Gurdián, & Carballo Rosabal, 2004), el proceso de Garantía de Calidad contempla en forma cíclica diez pasos que se describen a continuación.

Primer Paso: Planificación de la garantía de calidad

Este primer paso de la garantía de calidad prepara a una organización para llevar a cabo actividades correspondientes. La planificación de la GC se inicia con un análisis de atención de la organización para determinar qué servicios deben encarar el esfuerzo de GC. En la mayoría de las organizaciones no es posible mejorar la calidad en todos los aspectos a la vez. En cambio, las actividades de GC comienzan con unos pocos aspectos críticos. A menudo se escogen los servicios de alta prioridad, de elevado volumen o propensos a generar problemas para darles especial atención al iniciar el programa de GC una vez que los directivos de la organización hayan decidido dónde comienza el esfuerzo de GC, deben también decidir qué tipos de actividades se realizarán. Se pueden concentrar en la vigilancia de los resultados, tanto los deseados como los adversos, o pueden estudiar la prestación de servicios y brindar apoyo estadístico

a los procesos para determinar cuáles esferas puedan mejorar. (Salas Chávez, Castillo Martínez, Torres Martínez, Icaza Gurdián, & Carballo Rosabal, 2004)

Otro componente de la planificación es la asignación de funciones para las actividades de GC, el mismo comprende la formación de un comité de GC o la selección y formación de un equipo ad hoc que sea responsable de las actividades iniciales.

Si la misión del programa no es clara o no permite atender las necesidades comunitarias, o si la planificación global de la organización es débil, la planificación estratégica podría ser necesaria en esta fase y comienza a definir las actividades de la organización. La próxima fase es evaluar oportunidades y restricciones en el medio ambiente así como los puntos fuertes y débiles en el plano interno de la organización. En la planificación estratégica este proceso resulta en una visión clara de lo que tiene que hacer la organización para lograr su misión. Luego se pueden determinar las prioridades de Garantía de Calidad con base en la misión y la visión del programa. (Salas Chávez, Castillo Martínez, Torres Martínez, Icaza Gurdián, & Carballo Rosabal, 2004)

Segundo Paso: Fijación de normas y especificaciones.

A fin de prestar servicios de primera calidad en forma constante, una organización tiene que traducir sus metas y objetivos programáticos en procedimientos de operación. En su sentido más amplio, una “norma” constituye una descripción de

la calidad que se espera lograr. Existen normas de diferente tipo: las normas de la práctica profesional también se llaman protocolos clínicos o parámetros de práctica profesional, estos definen la manera de llevar a cabo un proceso clínico, como la atención prenatal. Las normas de orientación se definen como lineamientos elaborados sistemáticamente para ayudar al facultativo y al paciente a tomar decisiones respecto a la atención médica adecuada para un caso clínico específico.

Los procedimientos administrativos, que a veces se conocen con el nombre de procedimientos operativos, explican los procesos no clínicos. Las especificaciones normalmente se relacionan con las características de los productos o los insumos materiales relacionados con la prestación de servicios de salud, como medicamentos y equipos de alta tecnología. (Salas Chávez, Castillo Martínez, Torres Martínez, Icaza Gurdíán, & Carballo Rosabal, 2004)

Además, las normas de cumplimiento, son criterios específicos que se emplean para evaluar los resultados de la prestación de servicios, las actividades auxiliares o el desempeño de las pautas y normas de orientación. Son diferentes de las pautas o procedimientos operativos porque están destinadas a evaluar la práctica.

Tercer Paso: Comunicación de normas y especificaciones

Una vez que el programa haya definido las normas, es esencial que éstas se comuniquen a todo el personal y, así, cada trabajador de salud, supervisor, gerente y miembro del personal de apoyo entienda qué es lo que se espera de ellos. Esto

resulta especialmente importante si la capacitación y la supervisión cotidiana no lo contemplan de manera sistemática para su revisión en lo técnico y lo actitudinal del personal. La evaluación de calidad que se lleva a cabo antes de comunicar las normas puede conducir a culpar erróneamente a las personas por un mal desempeño cuando la culpa la tienen las deficiencias del sistema. Además, los esfuerzos de garantía de calidad que comienzan con un examen sorpresivo pueden originar sospechas más que apoyo a dichas actividades. (Salas Chávez, Castillo Martínez, Torres Martínez, Icaza Gurdián, & Carballo Rosabal, 2004)

Cuarto Paso: Vigilancia de la calidad

Es la recolección y revisión cotidiana de la información que sirve para evaluar si se cumplen las normas de los programas.

Mediante la vigilancia de una serie de indicadores clave, los directivos y supervisores pueden determinar si los servicios prestados siguen la norma fijada y obtienen los resultados.

La evaluación de los resultados y otras estadísticas de servicio que generalmente son parte de los sistemas de vigilancia de los países en desarrollo, ofrecen una guía limitada en la resolución de problemas. La evaluación de los procesos en detalle, por medio de estudios integrales especiales o evaluaciones de rutina, pueden suministrar información acerca de problemas específicos en la prestación de servicios.

El sistema de vigilancia es clave en un esfuerzo de garantía de calidad. Desafortunadamente, en muchos países en desarrollo los sistemas de recolección de información actualmente establecidos pueden ser engorrosos y difíciles de usar para el propósito de garantía de calidad. (Salas Chávez, Castillo Martínez, Torres Martínez, Icaza Gurdíán, & Carballo Rosabal, 2004)

Quinto Paso: Identificación de problemas y oportunidades de mejora

Los campos problemáticos y otras oportunidades de mejora pueden identificarse por medio de las actividades de vigilancia y evaluación. En ausencia de sistemas de vigilancia eficaces o como complemento de ellos, pueden realizarse encuestas especiales de pacientes o comunidades, para identificar problemas de prestación de servicios. (Salas Chávez, Castillo Martínez, Torres Martínez, Icaza Gurdíán, & Carballo Rosabal, 2004)

Sexto Paso: Definición del problema operacional

Una vez que se haya escogido el problema, es importante que se defina en términos operacionales, como una brecha entre el desempeño real y el que establecen las normas y pautas. El enunciado del problema debe indicar de qué se trata y cómo se manifiesta. Debe aclarar dónde comienza y dónde termina, y cómo se sabrá cuando esté solucionado. La elaboración del enunciado de un problema es un paso crucial en el proceso de garantía de calidad y su simplicidad aparente es engañosa. Algunas veces son demasiado generales para permitir medidas

concretas y progresivas. (Salas Chávez, Castillo Martínez, Torres Martínez, Icaza Gurdián, & Carballo Rosabal, 2004)

Séptimo Paso: Selección del equipo

Una vez utilizado el enfoque participativo para seleccionar y definir un problema, debe asignarse un equipo pequeño para analizar el problema específico. Dicho equipo llevará a cabo los tres próximos pasos: el análisis y el estudio del problema, la elaboración del plan para mejorar la calidad y la ejecución y evaluación de la gestión de mejora de calidad. El equipo debe estar constituido por los participantes en las actividades en donde se encuentra el problema, así como por otros contribuyentes a la actividad suministrando insumos o recursos. Esto asegura la participación de quienes tienen más conocimientos del proceso y la consideración de las limitaciones y perspectivas de quienes apoyan o reciben el servicio. (Salas Chávez, Castillo Martínez, Torres Martínez, Icaza Gurdián, & Carballo Rosabal, 2004)

Octavo Paso: Análisis y estudio del problema para identificar las causas de fondo

Una vez que se identifican varias de las causas, debe hacerse un esfuerzo por determinar cuáles ocasionan la mayoría de los problemas. A menudo, dos o tres de las causas de un problema pueden crear hasta el 80% de problemas de calidad. Al analizar estas causas críticas, puede lograrse un importante impacto con un mínimo esfuerzo. (Norma Internacional ISO 9000, 2005)

A veces los instrumentos analíticos no suministran suficiente información sobre el problema y sus causas radicales. Puede ser necesario dirigir un estudio especial de evaluación de calidad para sacar mayores conclusiones. Tales estudios pueden basarse en la revisión de la historia clínica, la información de los registros de los centros de salud, las entrevistas con el personal o los pacientes, la observación de la prestación de servicios o cualquier combinación entre estas. Es importante indicar que estos estudios deben ir más allá de la simple documentación del problema y explorar a fondo las causas de manera que se puedan adoptar medidas. En esta fase, los equipos dedicados a solucionar los problemas a menudo emplean algunos instrumentos estadísticos básicos: Hoja de inspección, el histograma, el diagrama de dispersión, el Diagrama de Pareto, el gráfico de tendencia y el gráfico de control.

La hoja de inspección es un instrumento de recolección de datos que puede utilizarse para evaluar variables relacionadas con un proceso específico. La información resultante puede presentarse en un histograma para evaluar la medida de la variación, en un gráfico de tendencia de distribución o un Diagrama de Pareto que clasifica los problemas de acuerdo con sus causas en orden de magnitud descendente. Los gráficos de tendencia facilitan la vigilancia del cambio en un proceso a través del tiempo y los de control son útiles para vigilar las variaciones y suministran claves que pueden llevar a identificar las causas de ella. Algunas son causas comunes y forman parte intrínseca del proceso tal como está

diseñado y otras son causas especiales que tienen sus raíces fuera del proceso. (Salas Chávez, Castillo Martínez, Torres Martínez, Icaza Gurdíán, & Carballo Rosabal, 2004)

Noveno Paso: Elaboración de soluciones y medidas de mejora de calidad

Una vez realizada una evaluación completa del problema y sus causas, el equipo debe estar listo para adoptar medidas a fin de analizar el problema y mejorar la calidad. Esto comprende la elaboración y evaluación de posibles soluciones. La elaboración de las soluciones debe seguir siendo un esfuerzo de equipo, a menos que el procedimiento en cuestión sea la responsabilidad exclusiva de una persona. Puede ser importante cambiar la composición del equipo para hacer participar a quienes tengan la responsabilidad de los procesos relacionados con la causa de fondo.

Las soluciones a los problemas de calidad o las medidas para mejorarla, pueden adoptar una variedad de formas, algunas soluciones pueden ser muy directas y fáciles de resolver. Por ejemplo, puede resultar tan sencillo como recordar las normas de orientación clínica o los estándares de procedimientos operativos al personal, por medio de la supervisión o la capacitación. A menudo, las soluciones y mejoras tienen sus raíces en los sistemas de administración tales como supervisión, capacitación o logística. Las soluciones también pueden adoptar la forma de instrumentos de trabajo u otros que se vuelven parte del proceso de

prestación de servicios para suministrar información y reducir el error o la variación.

También es importante señalar que los problemas a menudo están enraizados en los procesos o los sistemas que están diseñados en forma deficiente y que el rediseño del proceso o del sistema a veces será un requisito previo necesario para la mejora. El rediseño puede ser una fuente importante de mejora especialmente en los países en desarrollo donde los sistemas enfrentan limitaciones de recursos y pueden no tener la capacidad de beneficiarse de la tecnología más avanzada.

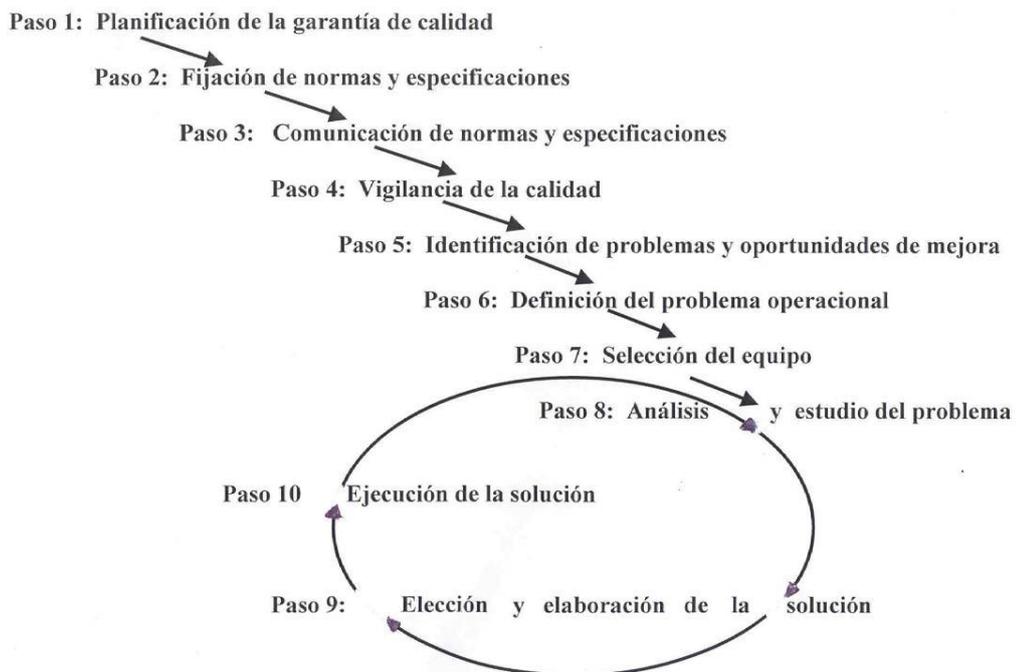
Sin embargo, algunos problemas son más difíciles de solucionar porque requieren una reelaboración, o porque se prevé que los esfuerzos destinados a analizarlos se encontrarán con la resistencia del personal. En tales casos, será necesario proceder al rediseño de un proceso o sistema y un plan de ejecución, concebido cuidadosamente, para poder cambiar y mejorar el servicio. Los medios como los diagramas de flujo y las matrices de diseño pueden resultar muy útiles para la elaboración de soluciones que se basen en los aspectos positivos de las prácticas existentes y que tengan en cuenta los requisitos de los clientes. (Salas Chávez, Castillo Martínez, Torres Martínez, Icaza Gurdián, & Carballo Rosabal, 2004)

Décimo Paso: Ejecución y evaluación de actividades de mejora de calidad

El equipo debe seleccionar indicadores para ver si la solución es efectiva. Los indicadores deben escogerse para determinar si la solución se ejecutó en forma

correcta y si resolvió el problema que se había propuesto solucionar. La vigilancia concienzuda debe comenzar cuando el plan de mejora de calidad esté instrumentado y debe seguir hasta que la solución demuestre ser eficaz y continua, o ineficaz y se abandone o modifique. En ese momento, solamente debe seguirse una vigilancia mínima para mantener los esfuerzos manejables de vigilancia global. Las soluciones deben modificarse o revisarse en la medida en que sea necesario y los resultados tienen que documentarse plenamente incluyendo las experiencias adquiridas en el proceso de ejecución. (Salas Chávez, Castillo Martínez, Torres Martínez, Icaza Gurdíán, & Carballo Rosabal, 2004)

Gráfico 3: Ciclo de mejoramiento de la calidad
Ciclo de Mejoramiento de Calidad



Fuente: (Salas Chávez, Castillo Martínez, Torres Martínez, Icaza Gurdíán, & Carballo Rosabal, 2004)

Principios de gestión de la calidad

Para conducir y operar una organización en forma exitosa se requiere que ésta se dirija y controle en forma sistemática y transparente. Se puede lograr el éxito implementando y manteniendo un sistema de gestión que esté diseñado para mejorar continuamente su desempeño mediante la consideración de las necesidades de todas las partes interesadas. La gestión de una organización comprende la gestión de la calidad entre otras disciplinas de gestión.

Se han identificado ocho principios de gestión de la calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño.

- a) **Enfoque al cliente:** Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.

- b) **Liderazgo:** Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno,

en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

- c) Participación del personal: El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización, y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- d) Enfoque basado en procesos: Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- e) Enfoque de sistema para la gestión: Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
- f) Mejora continua: La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.
- g) Enfoque basado en hechos para la toma de decisión: Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- h) Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente

beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor. (Norma Internacional ISO 9000, 2005)

Estos ocho principios de gestión de la calidad constituyen la base de las normas de sistemas de gestión de la calidad de la familia de Normas ISO 9000. (Norma Internacional ISO 9000, 2005)

Política de la calidad y objetivos de la calidad

La política de la calidad y los objetivos de la calidad se establecen para proporcionar un punto de referencia para dirigir la organización. Ambos determinan los resultados deseados y ayudan a la organización a aplicar sus recursos para alcanzar dichos resultados. La política de la calidad proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad. Los objetivos de la calidad tienen que ser coherentes con la política de la calidad y el compromiso de mejora continua, y su logro debe poder medirse. El logro de los objetivos de la calidad puede tener un impacto positivo sobre la calidad del producto, la eficacia operativa y el desempeño financiero y, en consecuencia, sobre la satisfacción y la confianza de las partes interesadas.

Papel de la alta dirección dentro del sistema de gestión de la calidad A través de su liderazgo y sus acciones, la alta dirección puede crear un ambiente en el que el personal se encuentre completamente involucrado y en el cual un sistema de gestión de la calidad puede operar eficazmente. Los principios de la gestión de la

calidad pueden ser utilizados por la alta dirección como base de su papel, que consiste en:

- a) Establecer y mantener la política de la calidad y los objetivos de la calidad de la organización;
- b) Promover la política de la calidad y los objetivos de la calidad a través de la organización para aumentar la toma de conciencia, la motivación y la participación;
- c) Asegurarse del enfoque hacia los requisitos del cliente en toda la organización;
- d) Asegurarse que se implementan los procesos apropiados para cumplir con los requisitos de los clientes y de otras partes interesadas y para alcanzar los objetivos de la calidad;
- e) Asegurarse que se ha establecido, implementado y mantenido un sistema de gestión de la calidad eficaz y eficiente para alcanzar los objetivos de la calidad;
- f) Asegurarse de la disponibilidad de los recursos necesarios;

- g) Revisar periódicamente el sistema de gestión de la calidad;
- h) Decidir sobre las acciones en relación con la política y con los objetivos de la calidad;
- i) Decidir sobre las acciones para la mejora del sistema de gestión de la calidad. (Cevallos, 2014)

Evaluación de los sistemas de gestión de la calidad

Cuando se evalúan sistemas de gestión de la calidad, hay cuatro preguntas básicas que deberían formularse en relación con cada uno de los procesos que es sometido a la evaluación:

- a) ¿Se ha identificado y definido apropiadamente el proceso?
- b) ¿Se han asignado las responsabilidades?
- c) ¿Se han implementado y mantenido los procedimientos?
- d) ¿Es el proceso eficaz para lograr los resultados requeridos?

El conjunto de las respuestas a las preguntas anteriores puede determinar el resultado de la evaluación. La evaluación de un sistema de gestión de la calidad puede variar en alcance y comprender una diversidad de actividades, tales como auditorías y revisiones del sistema de gestión de la calidad y autoevaluaciones.

Auditorías del sistema de gestión de la calidad

Las auditorías se utilizan para determinar el grado en que se han alcanzado los requisitos del sistema de gestión de la calidad. Los hallazgos de las auditorías se utilizan para evaluar la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para identificar oportunidades de mejora.

Las auditorías de primera parte son realizadas con fines internos por la organización, o en su nombre, y pueden constituir la base para la auto-declaración de conformidad de una organización.

Las auditorías de segunda parte son realizadas por los clientes de una organización o por otras personas en nombre del cliente.

Las auditorías de tercera parte son realizadas por organizaciones externas independientes. Dichas organizaciones, usualmente acreditadas, proporcionan la certificación o registro de conformidad con los requisitos contenidos en normas tales como la Norma ISO 9001.

La Norma ISO 19011 proporciona orientación en el campo de las auditorías.
(Cevallos, 2014)

9.2.2.3 MEJORA CONTINUA

El objetivo de la mejora continua del sistema de gestión de la calidad es incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas. Las siguientes son acciones destinadas a la mejora:

- a) El análisis y la evaluación de la situación existente para identificar áreas para la mejora;
- b) El establecimiento de los objetivos para la mejora;
- c) La búsqueda de posibles soluciones para lograr los objetivos;
- d) La evaluación de dichas soluciones y su selección;
- e) La implementación de la solución seleccionada;
- f) La medición, verificación, análisis y evaluación de los resultados de la implementación para determinar que se han alcanzado los objetivos;
- g) La formalización de los cambios.

Los resultados se revisan, cuando es necesario, para determinar oportunidades adicionales de mejora. De esta manera, la mejora es una actividad continua. La información proveniente de los clientes y otras partes interesadas, las auditorías, y la revisión del sistema de gestión de la calidad pueden, asimismo, utilizarse para identificar oportunidades para la mejora. (Cevallos, 2014)

9.2.2.4 ANATOMÍA PATOLÓGICA

De acuerdo a la definición de (Orellana, 2008):

**“La Anatomía Patológica es la rama de la Medicina que se ocupa del estudio, mediante técnicas morfológicas y moleculares, de las causas, el desarrollo y las consecuencias de las enfermedades, aportando el diagnóstico correcto de biopsias, piezas quirúrgicas, citologías y autopsias”
(Orellana, 2008)**

La Anatomía Patológica incluye áreas específicas que están implícitas en la denominación anterior, como son: Neuropatología, Patología Pediátrica, Citopatología, Patología Ginecológica, Dermatopatología, Nefropatología, Hepatopatología, Patología Osteoarticular, Inmunopatología.

La Anatomía Patológica se la considera como una especialidad médica que se caracteriza por tener un cuerpo doctrinal de carácter básico con enfoque académico y, por otro lado, es un soporte directo al paciente, facilitando la toma de decisiones asistenciales mediante la aportación de información y el diagnóstico que favorece la continuidad de los procesos asistenciales.

(Mendoza Amat & Montero González, 2004), clasifican del modo más amplio a la Anatomía Patológica en:

- **General.-** Estudia los cambios estructurales básicos comunes a varias enfermedades.
- **Especial.-** Aplica los conocimientos de la Anatomía Patológica General al estudio de las enfermedades en un órgano o aparato específico.

Según se estudien las alteraciones morfológicas producidas por las enfermedades en el hombre o los animales, la Anatomía Patológica se clasifica en: Humana y Animal o Comparada.

Toda ciencia, entre sus características, tiene la de emplear métodos propios.

Métodos de estudio de la anatomía patológica.- La autopsia, la biopsia y el método experimental.

La autopsia o necropsia, es el estudio de un cadáver, de sus órganos o tejidos, macro y microscópicamente, con el objetivo de determinar las causas de muerte y otros posibles trastornos.

Común y erróneamente se denomina autopsia a una de sus etapas, la evisceración, que incluye el estudio del hábito externo y las cavidades, ésta es seguida de la disección (en ocasiones se realiza in situ) que incluye la toma de fragmentos de órganos (tejidos) para el estudio microscópico, y el pesaje de las vísceras. (Mendoza Amat & Montero González, 2004)

El estudio microscópico puede ser rápido (por congelación o extendido citológico) o más demorado y preciso (por inclusión en parafina) y pueden utilizarse distintas técnicas, entre ellas las sub-celulares. Todos los datos recogidos se redactan en un documento, el Protocolo, donde fundamentalmente se incluyen los datos generales, resumen de la historia clínica, descripción del hábito externo, las cavidades y los órganos agrupados según aparatos o sistemas, las conclusiones macro y microscópicas (finales) y la epicrisis, donde se hace una correlación clínico-patológica de la evolución y muerte del paciente.

Las autopsias pueden ser clínicas, en caso de muerte natural, o médico-legales cuando la muerte corresponda con hechos violentos o estos se sospechen. También pueden clasificarse en completa si se estudian como se ha descrito arriba o incompleta o parciales cuando, como estos nombres indican, el estudio se dirige a una parte del cadáver o se lleva a cabo un estudio superficial, ya sea el examen externo, o solo el estudio macroscópico.

De ello se deduce la importancia de la autopsia, que permite evaluar y rectificar los diagnósticos clínicos premortem. Además en los hospitales existen comisiones, que después de diagnosticada la autopsia evalúan la historia clínica analizando todos los procederes y conducta seguida con el paciente con el objetivo de detectar posibles errores y acumular experiencias que garanticen un mejor trato a los mismos.

Todo ello confirma que la autopsia constituye el estudio más completo del enfermo (fallecido) y la enfermedad, y el mejor método para garantizar la calidad del trabajo médico. (Mendoza Amat & Montero González, 2004)

División de la Anatomía Patológica

La Anatomía Patológica se divide en los trastornos siguientes:

1. Trastornos inflamatorios.
2. Trastornos inmunológicos.
3. Trastornos metabólicos.
4. Trastornos circulatorios.
5. Trastornos genéticos (o del desarrollo).
6. Trastornos del crecimiento (incluye las neoplasias).
7. Trastornos funcionales.
8. Trastornos no especificados.

Esta división tiene una fundamentación etiopatomorfológica e innegables desventajas debido a su amplia base y por las posibles superposiciones de un mismo trastorno. Por ejemplo, la neoplasia maligna (cáncer) se considera trastorno del crecimiento. Sin embargo, puede dar lugar a una respuesta inflamatoria, a un trastorno circulatorio o a ambos. Además, su origen puede ser genético, infeccioso o por los dos factores (trastorno inflamatorio). (Mendoza Amat & Montero González, 2004)

Procesos operativos en Anatomía Patológica

Según (Vivar Díaz, 2010), manifiesta que “el trabajo en Patología y especialmente los procesos operativos en el tratamiento de las biopsias y piezas quirúrgicas, es sincronizado, de alta responsabilidad y precisión. Exige la máxima exactitud en el diagnóstico en el menor tiempo posible”.

“La demanda de hospitalización o la urgencia en un tratamiento, exigen de nosotros un trabajo rápido, preciso y efectivo; para ello deben estar bien establecidos los grados de responsabilidad del equipo médico y paramédico comprometidos con el manejo de la citología, biopsia o pieza quirúrgica, desde el momento mismo de su resección o toma hasta el conocimiento del resultado por parte del médico solicitante”. (Vivar Díaz, 2010)

Biopsia o muestra

La palabra biopsia deriva del griego: *bios* = vida; *oasis* = visión, fue creada a fines del siglo pasado por el dermatólogo francés Besnier. Es la toma de una muestra o porción de tejido de un órgano, para investigar al microscopio la naturaleza de una lesión. También se incluye bajo esta denominación el estudio proveniente de intervenciones quirúrgicas en donde la intención primaria no es la biopsia sino el tratamiento en sí. Puede afirmarse que en los actuales momentos, no existe ningún

órgano inaccesible a este tipo de exploraciones, incluidos el cerebro y endocardio.
(Vivar Díaz, 2010)

La biopsia, según (Pérez Ara, 1958), es la operación exploratoria que consiste en separar de un ser vivo una muestra cualquiera de tejido u órgano, tanto en forma de porción orgánica como de elementos disgregados, para su examen macro y microscópico, con el propósito de determinar su naturaleza mediante una cito o histodiagnosís.

Es un procedimiento por el cual se obtiene un fragmento de tejido o células de un ser vivo con el objetivo de someterlo a un estudio macro y microscópico para determinar su diagnóstico. (Mendoza Amat & Montero González, 2004)

Lo más importante antes de la obtención o toma del material de biopsia es la diligente comunicación entre el patólogo, los clínicos y cirujanos. Antes de realizar la autopsia y seleccionar el sitio más apropiado para la obtención del tejido, el patólogo debe revisar la historia clínica del paciente y chequear los estudios con el internista, el radiólogo y el cirujano.

Las biopsias cerebrales merecen una consideración especial, puesto que éstas deben realizarse bajo un estricto criterio diagnóstico, considerando el daño que puede hacerse a un órgano vital e incapaz de regeneración.

Estas biopsias están indicadas en ciertas entidades clínicas en las que se han agotado las investigaciones diagnósticas, estudios LCR, TAC, etc. y cuya sospecha clínica está orientada hacia ciertas encefalitis, demencias o neurolipidosis.

Tipos de biopsias

Biopsia punch.- Es la toma de un cilindro de tejido que varía de 1 a 6 mm de diámetro; en el caso de la piel comprende epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo. Este tipo de biopsias muy indicada en la dermatitis inflamatoria.

Biopsia excisional.- Es la extirpación total de lesiones pequeñas, además de obtener la muestra se elimina la lesión (es muy empleada en la extirpación de papilomas y nevus).

Biopsia incisional.- Cuando se obtiene únicamente una parte de la lesión, se usa en procesos neoplásicos amplios y lesiones superficiales de fácil acceso (bordes de úlcera y procesos inflamatorios de piel).

Biopsia por raspado.- Se raspa con bisturí la epidermis y porción de la dermis, se usa en las lesiones névicas superficiales (afeitado). Nunca se la utiliza ante sospecha de una lesión melanótica, ni en neoplasias exofíticas en las que se ha planeado resección quirúrgica como tratamiento.

Biopsia en sacabocados.- Se emplean pinzas especiales de biopsia cortantes, punzantes, lazos, etc. para tomar un fragmento de sacabocados de lesiones ulcerosas, infiltrantes o vegetantes de mucosas.

Biopsia por punción-aspiración (paaf).- En este caso se toma la muestra mediante la introducción de aguja fina y la aspiración por jeringa; muchas de las veces solo permite obtener material líquido o semilíquido. Es muy utilizada en nódulos linfáticos, masas tumorales superficiales de cabeza y cuello, tiroides, glándula mamaria, nódulos hepáticos, riñones, etc. En algunos casos como en afecciones pulmonares, cerebrales o retroperitoneales, tiroides etc., debe utilizarse la orientación de la ecografía o la TAC (tomografía axial computarizada).

Biopsia por curetaje.- Es la toma de muestra de cavidades con el empleo de curetas, técnica muy empleada en estudios de endometrio.

Biopsias por trepanación.- Mediante el empleo de taladro o aguja se pueden tomar muestras de tejidos de gran densidad y consistencia como tumores óseos y médula ósea. Actualmente se utilizan agujas guiadas por un sistema estereotáxico.
(Vivar Díaz, 2010)

9.2.2.5 CITOLOGÍA

Galeno, Aristóteles y Paracelso pensaban que existía una unidad funcionalmente vital creadora de aparatos y sistemas que no era perceptible y se repite en todos los órganos vivos. Esta idea filosófica se confirma a finales del S.XVI.

Zacarías Jansen asocia dos lentes convergentes que aumenta el teorema de las imágenes (primer micros - Óptico).

Robert Hooke utiliza por primera vez el concepto de células para asignarlo a las celdillas y poros que él observa en el corcho. La primera teoría sobre la célula la hizo Swann Schleidin, en la que define a la célula como “el elemento básico en la organización animal y vegetal que da lugar por asociación entre sí a los tejidos orgánicos.

Citología, es la ciencia que estudia a la célula tanto en su aspecto estructural como funcional, célula, es la unidad fundamental que constituye los seres vivos.

9.3 POSTURA TEÓRICA

Hablar de gestión de calidad implica el conocimiento de unas necesidades, la presencia de un modelo de referencia con el cual comparar la realidad y conseguir, mediante esta realidad, la satisfacción de las expectativas y necesidades

de los usuarios. Además, es necesario precisar que la calidad de un producto o de un servicio no está predeterminada por la fatalidad, sino que puede ser programada, medida y mejorada. Como manifiesta (Costa, 2000), la calidad puede ser gestionada.

Asimismo la investigadora considera lo expuesto por (Donabedian, 1995), en su definición a la garantía de calidad como el conjunto de arreglos y actividades que tienen por fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención de la salud. (DiPrete Brown, Miller Franco, Rafeh, & Hatzell, 2012)

Por otra se destaca lo expuesto por parte Ruelas y Frenk, donde se refieren a la garantía de calidad como un proceso sistemático de cubrir la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales, de acuerdo con un conjunto de límites tecnológicos en cualquier sistema en particular.

Heather Palmer, también describe el concepto de garantía de calidad como un proceso para determinar la calidad que analiza las deficiencias encontradas y la adopción de medidas, a fin de mejorar el desempeño, seguidos de una nueva medición de la calidad para determinar si se ha logrado una mejora. Se trata de una actividad cíclica y sistemática que utiliza normas de medición. (Palmer, 1983)

Existen diez pasos en el estudio de (Salas Chávez, Castillo Martínez, Torres Martínez, Icaza Gurdíán, & Carballo Rosabal, 2004), sobre el proceso de Garantía de Calidad, dónde contempla en forma cíclica diez pasos:

- Planificación de la garantía de calidad
- Fijación de normas y especificaciones.
- Comunicación de normas y especificaciones
- Vigilancia de la calidad
- Identificación de problemas y oportunidades de mejora
- Definición del problema operacional
- Selección del equipo
- Análisis y estudio del problema para identificar las causas de fondo
- Elaboración de soluciones y medidas de mejora de calidad
- Ejecución y evaluación de actividades de mejora de calidad (DiPrete Brown, Miller Franco, Rafeh, & Hatzell, 2012)

9.4 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Constitución Política de la República

De conformidad con el artículo 42 de la Constitución Política de la República, el Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud,

conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia;

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

Art. 3.- Objetivos.- El Sistema Nacional de Salud cumplirá los siguientes objetivos:

Eficiencia.- Optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y en una forma social y epidemiológicamente adecuada. (Flores & Castillo, 2012)

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013

En el Objetivo 2

Mejorar las capacidades y potencialidades de la población, en el que la salud y la nutrición constituyen aspectos claves para el logro de este objetivo a través de una visión integral de la salud, la atención adecuada y oportuna, acciones de prevención y una adecuada nutrición que permitan la disponibilidad de la máxima energía vital.

En el Objetivo 3

“Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población”: plantea políticas orientadas al cuidado y promoción de la salud; a garantizar el acceso a servicios integrales de salud: el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; el reconocimiento e incorporación de las medicinas ancestrales y alternativas.

En la Política 3.1.- Promover prácticas de vida saludable en la población.

En la Política 3.2.- Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.

En la Política 3.3.- Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad. (MSP Ministerio de Salud Pública, Modelo de Atención Integral de Salud, 2012)

Ley Orgánica de Salud

Art. 69

La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico — degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables. (MSP Ministerio de Salud Pública, Modelo de Atención Integral de Salud, 2012)

10 HIPÓTESIS

10.1 Hipótesis General o Básica

Si se identifican los factores que inciden en la gestión de calidad, se conocería el estado de los procesos operativos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil.

10.2 Hipótesis derivadas

- Si se determinan los procedimientos de gestión de calidad, se garantizará la mejora continua en los procesos operativos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil.
- Si se identifican las políticas de calidad se aseguraría la eficiencia en los procesos operativos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil.
- Si se propone un Plan de capacitación se ejecutarían con eficiencia los procesos operativos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil.

11 RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN

11.1 Análisis e interpretación de resultados de la encuesta aplicada al personal que labora en el Departamento de Anatomía Patológica

1. ¿Conoce usted si el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón tiene un comité para la planificación y la evaluación del trabajo en el Departamento de Anatomía Patológica?

Tabla 1: Comité para la planificación y la evaluación

Detalle	Frecuencia	%
Si	23	35,94%
No	41	64,06%
Total	64	100%

Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Gráfico 4: Comité para la planificación y la evaluación



Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Análisis:

En base a los datos obtenidos de esta pregunta, se comprende que 41 de los encuestados no tienen conocimiento de que en el hospital existe un Comité para la Planificación y Evaluación del trabajo, lo que equivale al 64,06%. Mientras que 23 de ellos, o sea el 35,94% dice saberlo.

Interpretación:

De lo aquí expresado, podemos inferir que los encuestados no están conscientes de que existe en el hospital un organismo que se encarga de la planificación y evaluación del trabajo.

2. ¿Considera usted que la correcta planificación del trabajo en el Departamento de Anatomía Patológica mejoraría los procesos operativos dentro del mismo?

Tabla 2: Planificación del trabajo

Detalle	Frecuencia	%
Si	53	82,81%
No	11	17,19%
Total	64	100%

Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Gráfico 5: Planificación del trabajo



Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Análisis:

Los resultados obtenidos en esta pregunta demuestran que 53 de los encuestados, o sea el 82,81% de los encuestados reconocen que la planificación del trabajo mejoraría los procesos operativos en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, mientras que 11 de los encuestados lo que representa a un 17,19% consideran que no es así.

Interpretación:

Del análisis realizado, podemos comprender que la mayoría del personal considera que es necesaria la planificación del trabajo para que mejoren los procesos operativos dentro del Departamento de Anatomía Patológica.

3. ¿Con qué frecuencia sigue usted, los procesos operativos establecidos en el Departamento de Anatomía Patológica para la realización de las pruebas en el laboratorio?

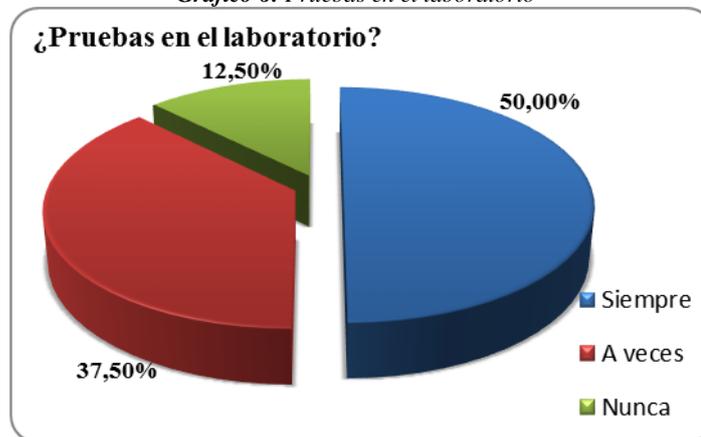
Tabla 3: Pruebas en el laboratorio

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	32	50,00%
A veces	24	37,50%
Nunca	8	12,50%
Total	64	100%

Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Gráfico 6: Pruebas en el laboratorio



Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Análisis:

De los datos obtenidos en esta pregunta se puede ver que la mitad de los encuestados, es decir, 32 de ellos, se preocupan por poner en práctica los procesos operativos en la realización de pruebas en el laboratorio, mientras que 24 de ellos, lo que representa el 37,50%, lo hacen rara vez y alarmantemente existen un 12,50% que no lo hace nunca.

Interpretación:

Lamentablemente, el análisis demuestra que todavía existen profesionales que no siguen los procesos operativos, lo cual puede acarrear serios problemas al momento de realizar una prueba de laboratorio, demostrando así la poca importancia que dan a los mismos.

4. ¿Tiene usted conocimiento de las responsabilidades que le competen a cada uno de los profesionales y miembros del personal que labora en el Departamento de Anatomía Patológica?

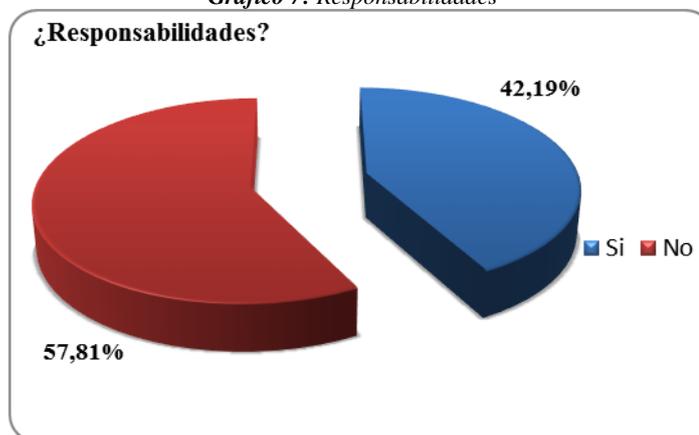
Tabla 4: Responsabilidades

Detalle	Frecuencia	%
Si	27	42,19%
No	37	57,81%
Total	64	100%

Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Gráfico 7: Responsabilidades



Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Análisis:

Notablemente un 42,19% del total de las personas encuestadas, lo que representa a 27 de ellas, alegan estar al tanto de las responsabilidades que le competen a cada uno de los profesionales y trabajadores que laboran en el Departamento de Anatomía Patológica; por otra parte 37 de ellos, o sea un 57,81%, manifiesta no tener conocimiento de las mismas.

Interpretación:

Este análisis demuestra que existe una gran necesidad de socializar las responsabilidades que tiene cada miembro del personal que labora en el Departamento de Anatomía Patológica, tanto entre ellos, como también con los profesionales que requieren de sus servicios, para que tengan pleno conocimiento de las mismas y así se logre mejorar la calidad del servicio que se brinda dentro de dicho departamento.

5. ¿Ha sido usted evaluado sobre el diseño y socialización de procesos operativos que se llevan a cabo en el Departamento de Anatomía Patológica?

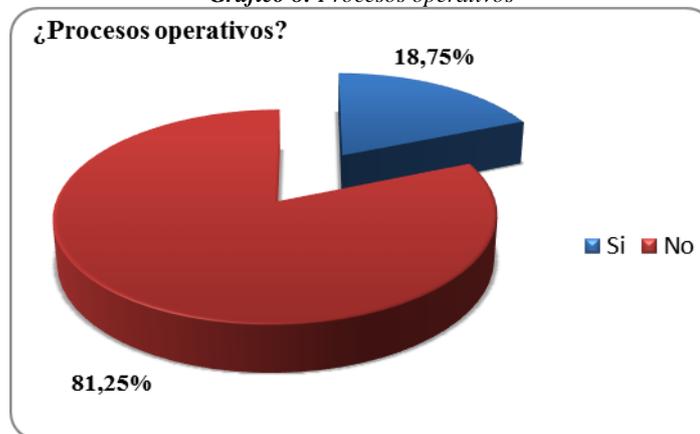
Tabla 5: Procesos operativos

Detalle	Frecuencia	%
Si	12	18,75%
No	52	81,25%
Total	64	100%

Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Gráfico 8: Procesos operativos



Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Análisis:

De los encuestados 12 de ellos que representa un 23,44%, manifiestan que sí han sido evaluados últimamente, mientras que 52 de ellos, o sea un 76,56% respondieron que no.

Interpretación:

De esto se puede interpretar que hay muy poca preocupación por parte de la administración del hospital en evaluar, tanto los procesos, como la eficiencia con que los empleados realizan su trabajo en esta área.

6. ¿Ha asistido usted a eventos de capacitación en los procesos operativos y administrativos referentes a su área de trabajo fuera de la institución?

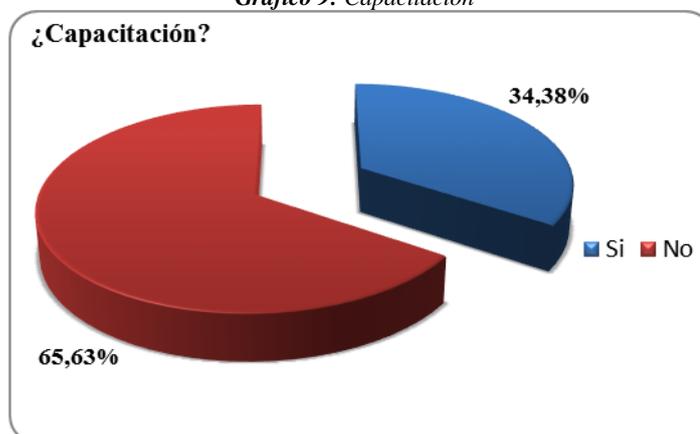
Tabla 6: Capacitación

Detalle	Frecuencia	%
Si	22	34,38%
No	42	65,63%
Total	64	100%

Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Gráfico 9: Capacitación



Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Análisis:

Sólo 22 de los encuestados o un 34,38% manifestaron haber asistidos a eventos para capacitarse fuera de la institución, mientras que 42 de ellos o sea un 65,63% reconocieron no haber asistido a ningún programa de capacitación.

Interpretación:

Los resultados obtenidos a partir de esta pregunta, muestran el desinterés del personal que labora en el hospital, por seguirse capacitando para mejorar en la calidad de su servicio.

7. ¿Ha cometido usted un error sistemático al realizar una prueba en el laboratorio de Anatomía Patológica, o ha recibido resultados del mismo con errores?

Tabla 7: Errores en pruebas de laboratorio

Detalle	Frecuencia	%
Si	33	51,56%
No	31	48,44%
Total	64	100%

Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Gráfico 10: Errores en pruebas de laboratorio



Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Análisis:

El 51,56% de las personas encuestadas o sea 33 de ellas, reconocen haber cometido un error o haber recibido resultados erróneos de parte del Laboratorio de Anatomía Patológica, en cambio un 48,44% o 31 personas, alegan que no ha sido así en su caso.

Interpretación:

Los datos obtenidos a partir de esta interrogante, muestran que existe un gran porcentaje de error al realizar las pruebas de laboratorio, lo que pone de manifiesto la necesidad de generar una eficaz gestión de calidad en el área ya mencionada.

8. ¿Ha informado usted a sus superiores acerca de algún error al aplicar los procesos operativos o al haber recibido resultados del laboratorio de Anatomía Patológica?

Tabla 8: Errores en pruebas de laboratorio

Detalle	Frecuencia	%
Si	14	21,88%
No	50	78,13%
Total	64	100%

Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Gráfico 11: Errores en pruebas de laboratorio



Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Análisis:

Los datos muestran que 14 de los encuestados, lo que representa un 21,88% de los mismos, indican que sí han reportado a sus respectivos jefes cuando ha cometido un error laboral o cuando han recibido resultados erróneos, sin embargo preocupantemente un 78,13% que representa a 50 personas, no lo ha hecho.

Interpretación:

Lamentablemente se puede notar que la mayor parte de los profesionales que laboran o requieren los servicios del Laboratorio de Anatomía Patológica no son conscientes del grave peligro que representa, tanto para el médico como para el paciente, el hecho de que se cometa un error al momento de realizar una prueba de patológica.

9. ¿Reconoce usted cuáles son los aspectos que podrían incidir en la efectividad de los procesos operativos que se llevan a cabo en su área de trabajo?

Tabla 9: Efectividad de los procesos operativos

Detalle	Frecuencia	%
Si	16	25,00%
No	48	75,00%
Total	64	100%

Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Gráfico 12: Efectividad de los procesos operativos



Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Análisis:

Solamente el 25% de los encuestados, es decir 16 de los mismos manifiestan reconocer cuales son los factores que pueden afectar la efectividad al realizar su trabajo, mientras que el 75% o 48 de ellos no saben cómo hacerlo.

Interpretación:

Estos resultados obtenidos nos indican la necesidad de capacitar al personal de la salud, para que reconozca dichos factores y aprenda a minimizar los riesgos de incidencia para que no se vea afectada su actividad laboral.

10. ¿Cree usted que el hecho de que los resultados de las pruebas patológicas sean una base primordial en el diagnóstico de enfermedades, debería incidir en la aplicación de las normas de calidad al realizarlas?

Tabla 10: Resultados de las pruebas patológicas

Detalle	Frecuencia	%
Si	48	75,00%
No	16	25,00%
Total	64	100%

Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Gráfico 13: Resultados de las pruebas patológicas



Elaborado por: Lic. Alexandra María Alvarado Álvarez

Fuente: Encuesta aplicada al personal del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil

Análisis:

Un 25% de los encuestados que representa a 16 de los mismos, respondieron que no debería incidir en la aplicación de las normas de calidad el hecho de que los resultados de las pruebas patológicas sean primordiales para el diagnóstico de las enfermedades; en cambio un 75% o sea 48 reconocieron que si debería de incidir.

Interpretación:

Los resultados mostrados el gráfico de esta pregunta demuestran gratamente que los profesionales involucrados en este tema están tomando conciencia de la

necesidad de que las pruebas patológicas sean lo más confiable posibles, para el correcto diagnóstico de las enfermedades.

11.2 Observación realizada a los procesos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.

En el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil, se realizan exámenes receptados por las siguientes especialidades quirúrgicas:

1. Cirugía general
2. Cirugía maxilofacial
3. Cirugía oncológica
4. Cirugía pediátrica
5. Cirugía plástica, reconstructora y maxilofacial
6. Cirugía vascular
7. Neurocirugía
8. Oftalmología
9. Otorrinolaringología
10. Traumatología y cirugía ortopédica
11. Urología
12. Anestesiología y reanimación
13. Ginecología y obstétrica
14. Cirugía cardiovascular
15. Centro quirúrgico

Además se realizan exámenes receptados por las siguientes especialidades clínicas:

1. Dermatología
2. Endocrinología
3. Gastroenterología
4. Mastología
5. Oncología

El laboratorio de anatomía patológica es el encargado de realizar diagnósticos morfológicos de la enfermedad en el marco de la significación clínica causada por el proceso patológico del paciente, analizando e interpretando materiales quirúrgicos, necropsias, citologías con procedimientos de rutina, que permitan establecer un diagnóstico morfológico confiable y seguro para contribuir a la atención integral del paciente y lograr el mejor desempeño en la labor existencial, investigativa docente sirviendo a los pacientes de hospitalización, consulta externa. (Vernaza, 2012)

Recepción de muestras de los quirófanos y otros servicios como ginecología

Revisar las órdenes que contengan datos de los pacientes como nombres completos, la historia clínica y coincidir con la de la orden y el recipiente donde se recibe la muestra quirúrgica, y cerciorarse que la muestra este en el líquido fijador adecuado que es el formol buferado. El cual se lo realiza en el departamento de anatomía patológica del hospital y luego se envía los diferentes servicios como ginecología, cirugía, gastroenterología, entre otros para que se siga el procedimiento técnico primordial que es la fijación del tejido y luego el registro de la muestra en un cuaderno de control que es de resección entrega.

El siguiente paso es la macroscopia, que es realizada por el anatopatólogo del área. Una vez realizada la macroscopia se procesan las muestras en una máquina automática que es el procesador de tejidos que incluye varios pasos con una duración de 17 horas. Cuando las muestras están procesadas se realizan los bloques de parafina.

Posteriormente mediante equipos de corte especializado como es el micrótomo, se obtienen delgadas láminas, las que son extendidas y teñidas con la tinción de rutina que es hematoxilina y eosina. (Vernaza, 2014)

El siguiente paso que es el montaje que se la realiza una placa portaobjetos de vidrio. Estas preparaciones son evaluadas por el anatopatólogo en el microscopio para emitir un diagnóstico. (Vernaza, 2014)

Citopatología, que la realizan dos tecnólogas las cuales tienen dividido los números de las muestras y se encargan de recibir matricular y procesar las muestras e igual comienzan con la fijación en alcohol al 98%, estas muestras pueden ser obtenidas por descamación o centrifugación de líquidos corporales extraídos del paciente por medio de punción con aguja fina y estas después son examinadas por el anatomopatólogo y el citotecnólogo.

El laboratorio consta de dos anatopatólogos, una secretaria, cuatro licenciadas en citohistopatología dos licenciados en citohistopatología que se encargan de las muestras histopatológicas.

En el área de citopatología están encargadas dos licenciadas en citohistopatología y una auxiliar de servicio que se encarga del aseo del área.

12 CONCLUSIONES

Luego de la implementación de las diferentes técnicas e instrumentos de investigación, se realizó el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, pudiendo concluir en lo siguiente:

- Realizar el estudio de los factores que inciden en la gestión de calidad permitió detectar varias problemáticas en los procesos operativos que se desarrollan en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil, de conformidad a los resultados recogidos de los instrumentos de investigación, se evidencia falta de seguridades en cada una de las actividades que se desprenden de los procesos que se realizan en este departamento.
- Existen procedimientos de gestión de calidad basados en estándares que garantizan la mejora continua en los procesos operativos, los mismos que no han sido implementados en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil.
- No se practican políticas de calidad en los procesos operativos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil, lo que incide de manera desfavorable en las expectativas de los usuarios, causando inseguridad en los resultados.

13 RECOMENDACIONES

- Que se realice un plan de repotenciación en los procesos operativos que se desarrollan en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil, para asegurar una gestión de calidad y contrarrestar las problemáticas detectadas de conformidad a los resultados recogidos de los instrumentos de investigación, con la finalidad de obtener resultados eficientes con el máximo de seguridades en cada una de las actividades que se desprenden de los procesos que se realizan en este departamento.
- Aplicar estándares de calidad en cada uno de los procedimientos para garantizar la mejora continua en los procesos operativos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil.
- Establecer y practicar políticas de calidad en los procesos operativos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil.
- Proponer un Plan de capacitación a los responsables de la ejecución de procesos operativos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil.

14 PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS

Diseño y socialización de procesos operativos de la calidad en los servicios del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil.

14.1 ALTERNATIVA OBTENIDA

En el desarrollo de la investigación se identificaron varios hechos que impiden la efectividad en los servicios que brinda el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil, específicamente la ineficiencia en los procesos operativos han ocasionado que los resultados de las pruebas y exámenes sean poco seguros; en este contexto, y en respuesta a esta problemática, se pretende diseñar procesos operativos de calidad que garantice un servicio de calidad y seguridad en la entrega de los resultados del Departamento de Anatomía Patológica, el mismo que pretende resolver las problemáticas expuestas en la investigación.

14.2 ALCANCE DE LA ALTERNATIVA

En la propuesta se pretende diseñar procesos operativos de menor complejidad, fáciles de implementar y sobre todo que garanticen calidad y seguridad en la entrega de los servicios que brinda el Departamento de Anatomía Patológica, generando productos confiables en cada uno de sus procesos. Se involucra a todo el personal del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”, asimismo interviene el personal médico de otras áreas que

requieren los servicios del departamento, y por último se involucra a las autoridades del hospital. La propuesta se extiende hasta la socialización previamente planificada, de los procesos operativos, así como la evaluación del cumplimiento de las actividades que se generan producto de la aplicación de la propuesta.

14.3 ASPECTOS BÁSICOS DE LA ALTERNATIVA

14.3.1 Antecedentes

En la investigación desarrollada se evidenció que el personal del Departamento de Anatomía Patológica no está consciente de la existencia de un departamento que se encarga de la planificación y evaluación del trabajo que realiza cada una de las áreas del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”, la mayoría del personal considera que es necesaria la planificación del trabajo para que mejoren los procesos operativos dentro del Departamento de Anatomía Patológica, se demuestra que todavía existen profesionales que no cumplen con la ejecución de los procesos operativos, lo cual acarrea serios problemas al momento de realizar una prueba de laboratorio. Existe una gran necesidad de socializar las responsabilidades que tiene cada miembro del personal que labora en el Departamento de Anatomía Patológica, tanto entre ellos, como también con los profesionales que requieren de sus servicios, para que tengan pleno conocimiento de las mismas y se logre mejorar la calidad del servicio que se brinda dentro de dicho departamento.

La administración del hospital ha desatendido la evaluación de los procesos, como la eficiencia con que los empleados realizan su trabajo en esta área. Por otra parte, el personal que labora en este departamento muestra desinterés por capacitación continua para mejorar en la calidad del servicio brindado. Se evidencia que existe un gran porcentaje de error al realizar las pruebas de laboratorio, lo que pone de manifiesto la necesidad de generar una eficaz gestión de calidad en el Departamento de Anatomía Patológica. Los profesionales que laboran o requieren los servicios del Laboratorio de Anatomía Patológica no son conscientes del grave peligro que representa, tanto para el médico como para el paciente, el hecho de que se cometa un error al momento de realizar una prueba patológica.

En conclusión, realizar el estudio de los factores que inciden en la gestión de calidad permitió detectar varias problemáticas en los procesos operativos que se desarrollan en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil, de conformidad a los resultados recogidos de los instrumentos de investigación, se evidencia ineficacia y el mínimo de seguridades en cada una de las actividades que se desprenden de los procesos que se realizan en este departamento.

14.3.2 Justificación

Los resultados obtenidos en el desarrollo de la investigación, evidencia la necesidad de capacitar al personal de la salud, para que reconozca dichos factores y aprenda a minimizar los riesgos de incidencia para que no se vea afectada su actividad laboral.

Siendo necesario que los profesionales involucrados en este tema tomen conciencia de la necesidad de asegurar la confiabilidad de las pruebas patológicas, para el correcto diagnóstico de las enfermedades.

Los laboratorios Anatomía Patológica son los encargados de identificar elementos muy delicados e imprescindibles para el correcto diagnóstico, no solo deben cumplir con los requisitos legales, además, deben identificar los indicadores de calidad de la gestión para todas las fases: de productividad, de utilización, de relación costo/efectividad.

Además, la manera incorrecta de aplicar dichos indicadores en los procesos operativos y administrativos, desde el primer momento en las actividades laborales dentro de dichos laboratorios, va a hacer que aumenten las equivocaciones al realizar las pruebas patológicas y agravará las condiciones en el área hospitalaria por la dimensión de los problemas que ocasiona un resultado erróneo.

Por lo expuesto, existe la necesidad de capacitar al equipo del Departamento de Anatomía Patológica sobre los procesos operativos adecuados y confiables que garanticen calidad en cada uno de los productos o servicios que se generan para encaminar este programa y mejorar la atención brindada a los usuarios y así lograr seguridad en los resultados de los análisis Anátomo-patológicos, para el beneficio de los profesionales que dependen de ellos y para emitir un diagnóstico asertivo.

14.3.3 Planteamiento de la Propuesta

TITULO:

Socialización de procesos operativos de calidad en los servicios del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil.

14.3.4 Objetivos

14.3.4.1 Objetivo General

Inducir al personal del Departamento de Anatomía Patológica a la ejecución de procesos operativos de calidad para asegurar resultados confiables en la realización de exámenes patológicos en el Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil.

14.3.4.2 Objetivos Específicos

- Desarrollar un plan de capacitación para el personal del Departamento de Anatomía Patológica sobre procesos operativos adecuados basados en normas de calidad.
- Lograr optimizar tiempo en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio con el máximo de efectividad.
- Atender una mayor demanda de requerimientos por parte de las diferentes áreas del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”, ampliando las coberturas de los servicios brindados.

14.4 ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA

El Departamento de Anatomía Patológica realiza el diagnóstico anatomopatológico de cada enfermedad en el marco de su significación clínica, analizando e interpretando materiales quirúrgicos, necropsias y citologías, con procedimientos rutinarios y especializados, que permiten un diagnóstico anatomopatológico confiable y seguro de alta reproducibilidad, que contribuye a la atención integral del paciente y a mejorar la labor asistencial, investigativa y docente, sirviendo a las áreas de Hospitalización, Emergencia y Consulta Externa del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón. (Delgado & Ochoa, 2011)

El Plan de Capacitación se divide en 3 etapas:

- Socialización del proceso para realizar diagnóstico anatomopatológico, en el que se incluyen los tres subprocesos:
 - Sub proceso Pre-Analítico
 - Sub proceso Analítico
 - Sub proceso Post-Analítico
- Socialización del Plan de Capacitación sobre el Manejo y procesamiento de biopsias:
 - Fijación
 - Decalcificación del tejido óseo
 - Cortes de tejidos

Sistematización del Plan de Capacitación

ACTIVIDADES	DIMENSIÓN DE ESTUDIO	TEMÁTICAS	RECURSOS	METODOLOGÍA	TIEMPO DE APLICACIÓN
Socialización del proceso para realizar diagnóstico anatomopatológico	• Subproceso Pre-analítico	<ul style="list-style-type: none"> Recolectar y receptor muestras Procesamiento de Muestras Realizar estudio por congelación 	<ul style="list-style-type: none"> Infócus o proyector Laptop Diagramas de flujo 	Exposición	2 días 3 horas diarias Duración: 6 horas
	• Subproceso Analítico	<ul style="list-style-type: none"> Diagnosticar muestras Procesamiento de Pruebas Especiales a Instituciones o Médicos Patólogos Re-evaluación de preparados histopatológicos con correlación Clínico-Patológica 			
	• Subproceso Post-analítico	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar y Entregar Informe Anatomopatológico Archivar bloques y placas Desechar muestras diagnosticadas (Delgado & Ochoa, 2011) 			
Manejo y procesamiento de las biopsias	• Matriculación de Muestras	<ul style="list-style-type: none"> Registro Tamaño, medida y peso 	<ul style="list-style-type: none"> Infócus o proyector Laptop Diapositivas Laboratorio 	Exposición y prácticas	5 días 2 horas diarias Duración: 10 horas
	• Fijación	<ul style="list-style-type: none"> Tamaño y Volumen Intervalo Ph Tiempo Temperatura 			
	• Fotografía	<ul style="list-style-type: none"> Improntas Impresión o contacto Frotis 			
	• Estudios microbiológicos	<ul style="list-style-type: none"> Cultivos Muestra para histoquímica e inmunohistoquímica 			
	• Estudios citogenéticas	<ul style="list-style-type: none"> De Placenta 			
	• Decalcificación del tejido óseo	<ul style="list-style-type: none"> Fijación y procedimiento Procedimiento de fijación de biopsias de ganglios linfáticos Procedimiento de fijación de biopsias de médula ósea Métodos de decalcificación Factores que influyen Tipos de especímenes y consistencia 			
	• Coloraciones	<ul style="list-style-type: none"> Descripción y Tipos 			

14.5 Desarrollo de la propuesta

14.5.1 Proceso para realizar diagnóstico anatomopatológico

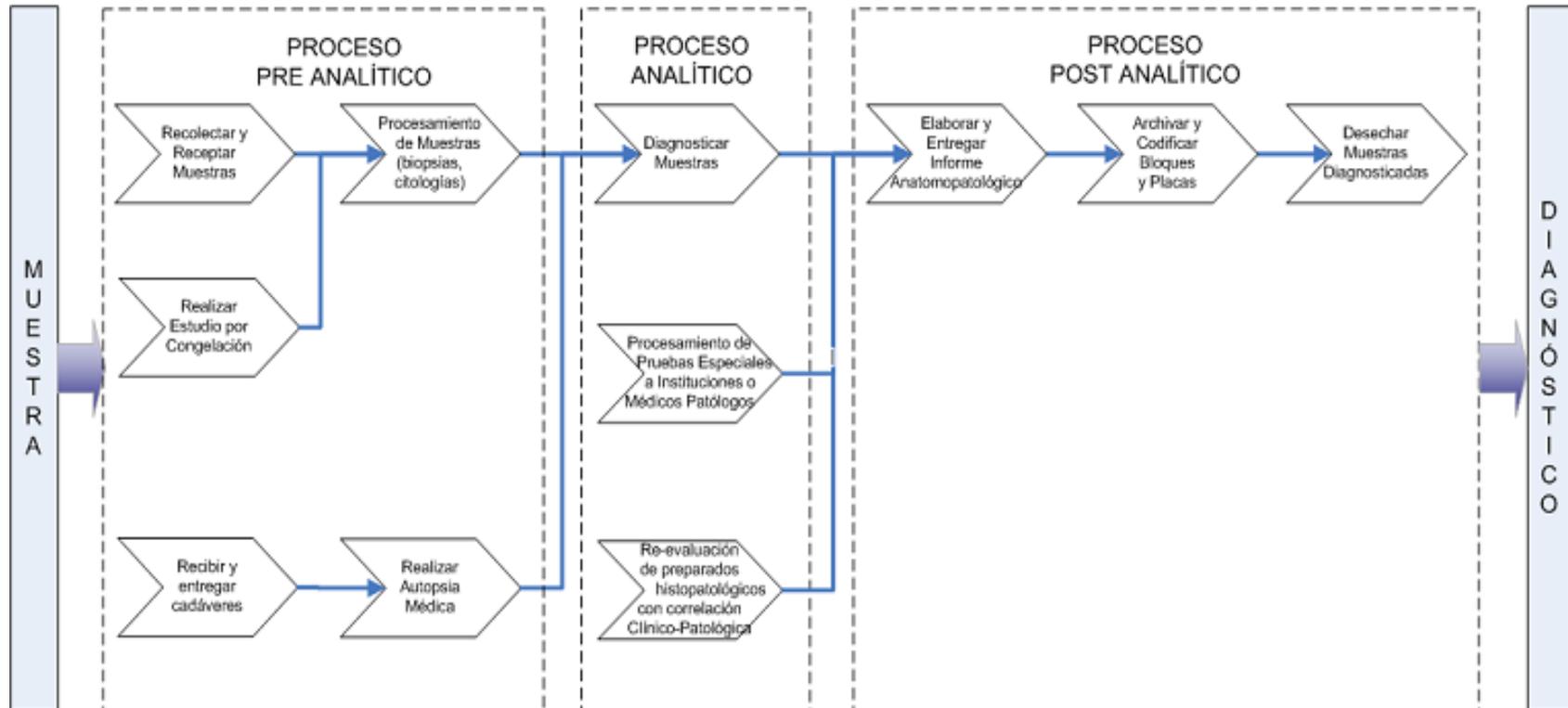
El proceso de “Realizar Diagnóstico Anatomopatológico” se encuentra dividido en 3 Subprocesos:

- Sub proceso Pre-Analítico
- Sub proceso Analítico
- Sub proceso Post-Analítico

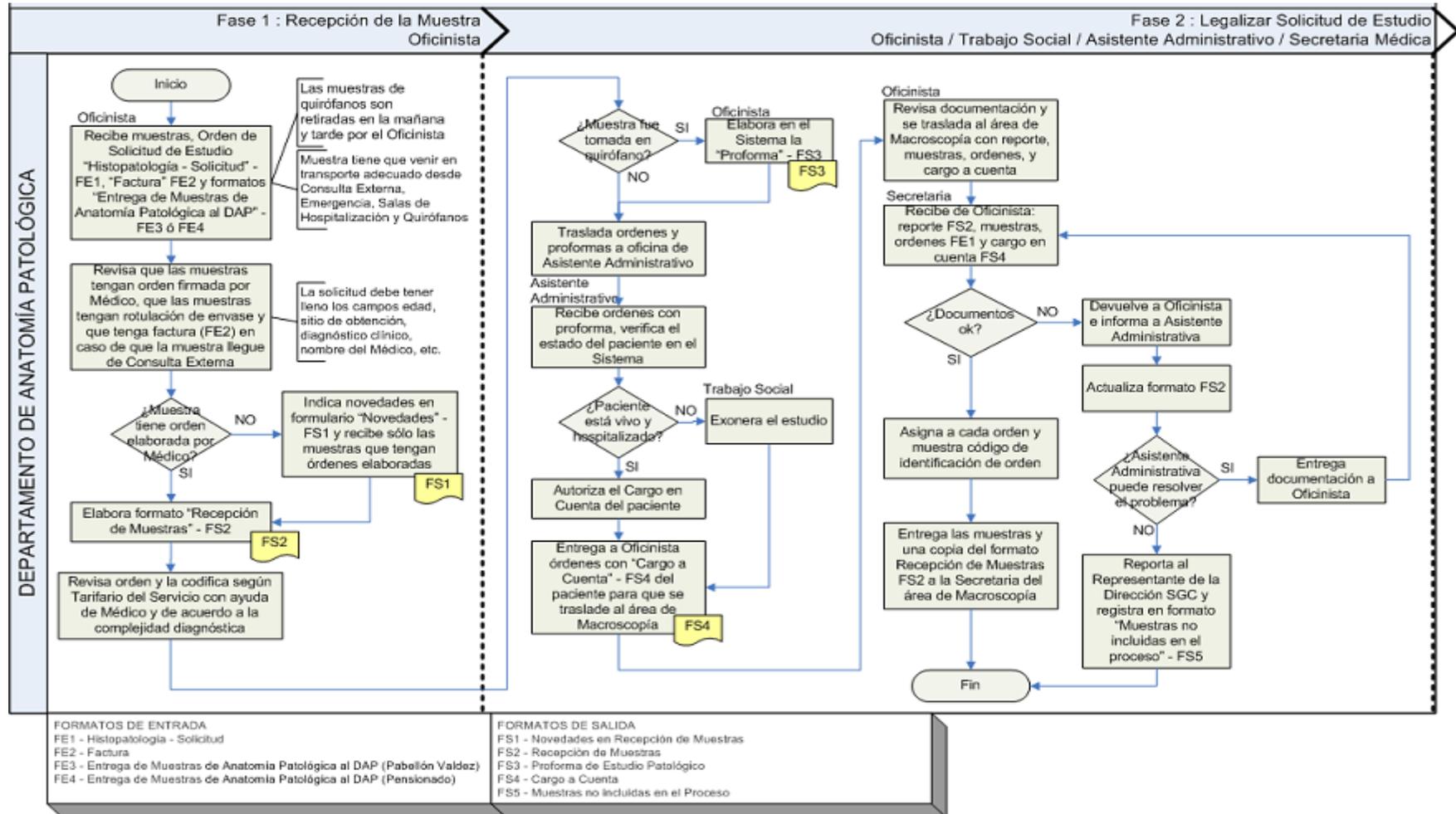
En cada uno de estos Subprocesos se realizan diferentes procedimientos, los cuales se encuentran en Diagramas de Flujo para facilitar su estudio.

DIMENSIÓN DE ESTUDIO	METODOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none">• Subproceso Pre-analítico	<ul style="list-style-type: none">• Recolectar y receptar muestras• Procesamiento de Muestras• Realizar estudio por congelación
<ul style="list-style-type: none">• Subproceso Analítico	<ul style="list-style-type: none">• Diagnosticar muestras• Procesamiento de Pruebas Especiales a Instituciones o Médicos Patólogos• Re-evaluación de preparados histopatológicos con correlación Clínico-Patológica (Delgado & Ochoa, 2011)
<ul style="list-style-type: none">• Subproceso Post-analítico	<ul style="list-style-type: none">• Elaborar y Entregar Informe Anatomopatológico• Archivar bloques y placas• Desechar muestras diagnosticadas

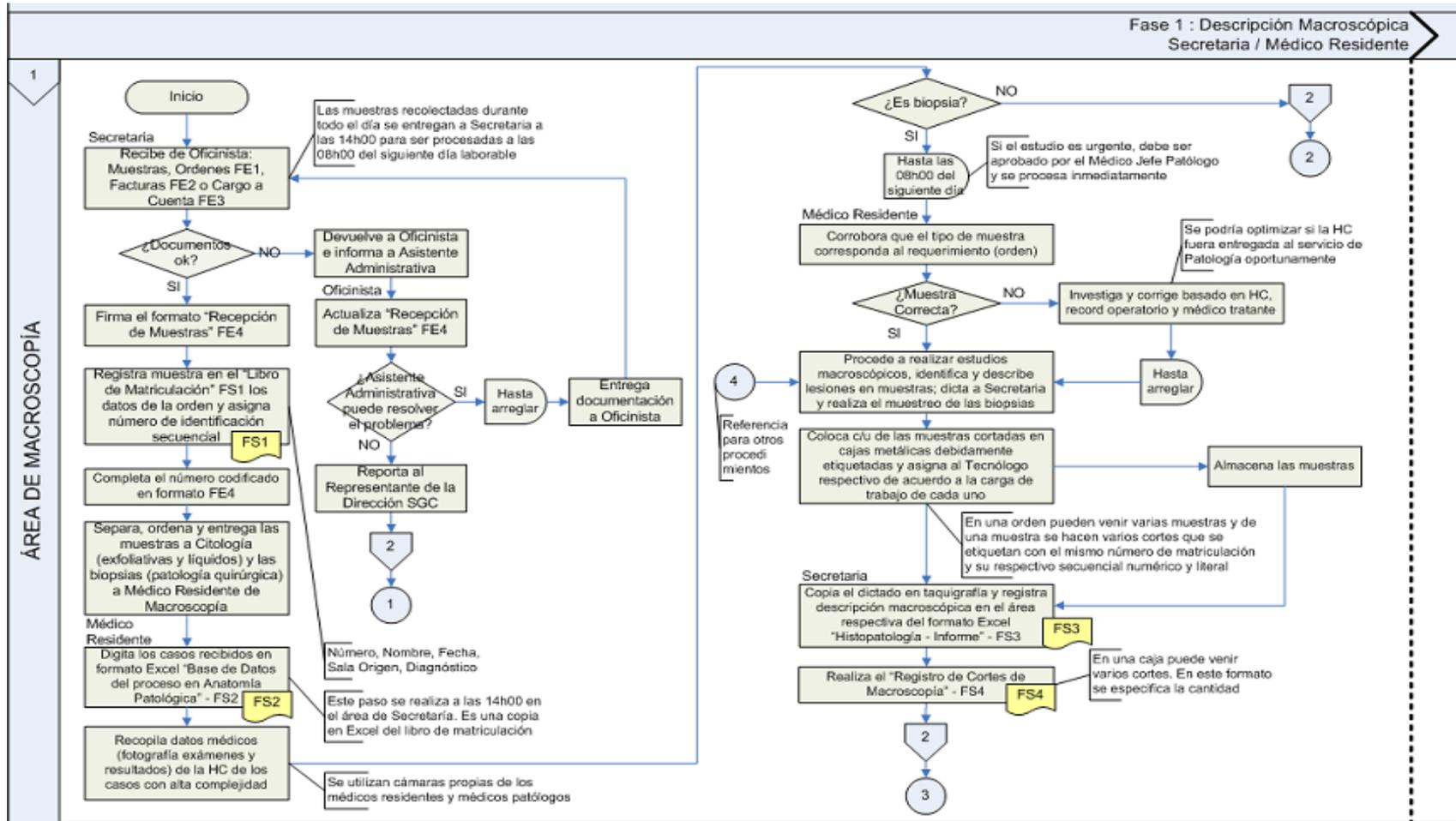
MAPA DE PROCESOS REALIZAR PRUEBAS ANATOMOPATOLÓGICAS

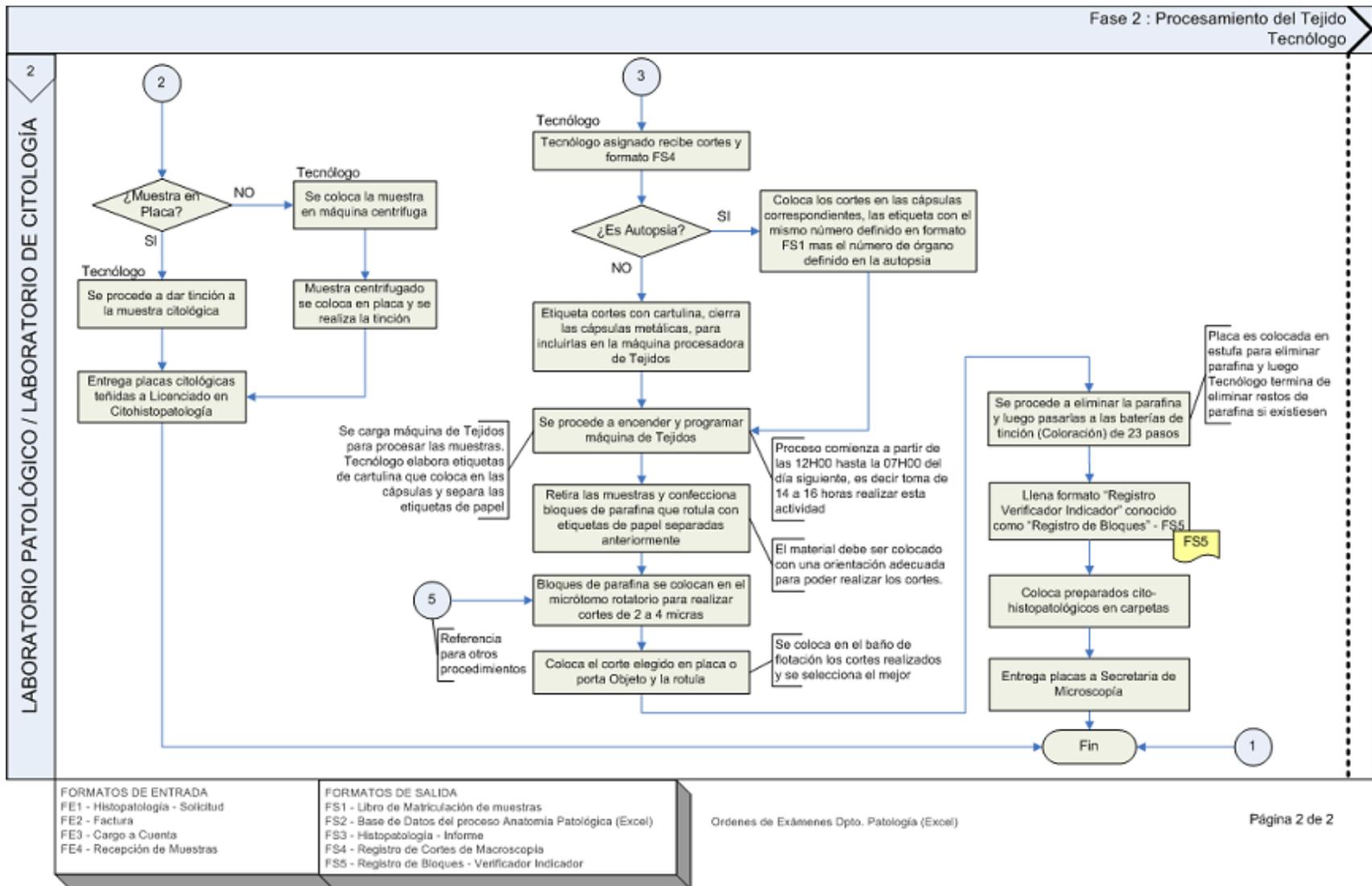


14.5.1.1 Diagramas de flujo del Subproceso Pre-analítico – Procedimiento Recolectar y Receptar Muestras

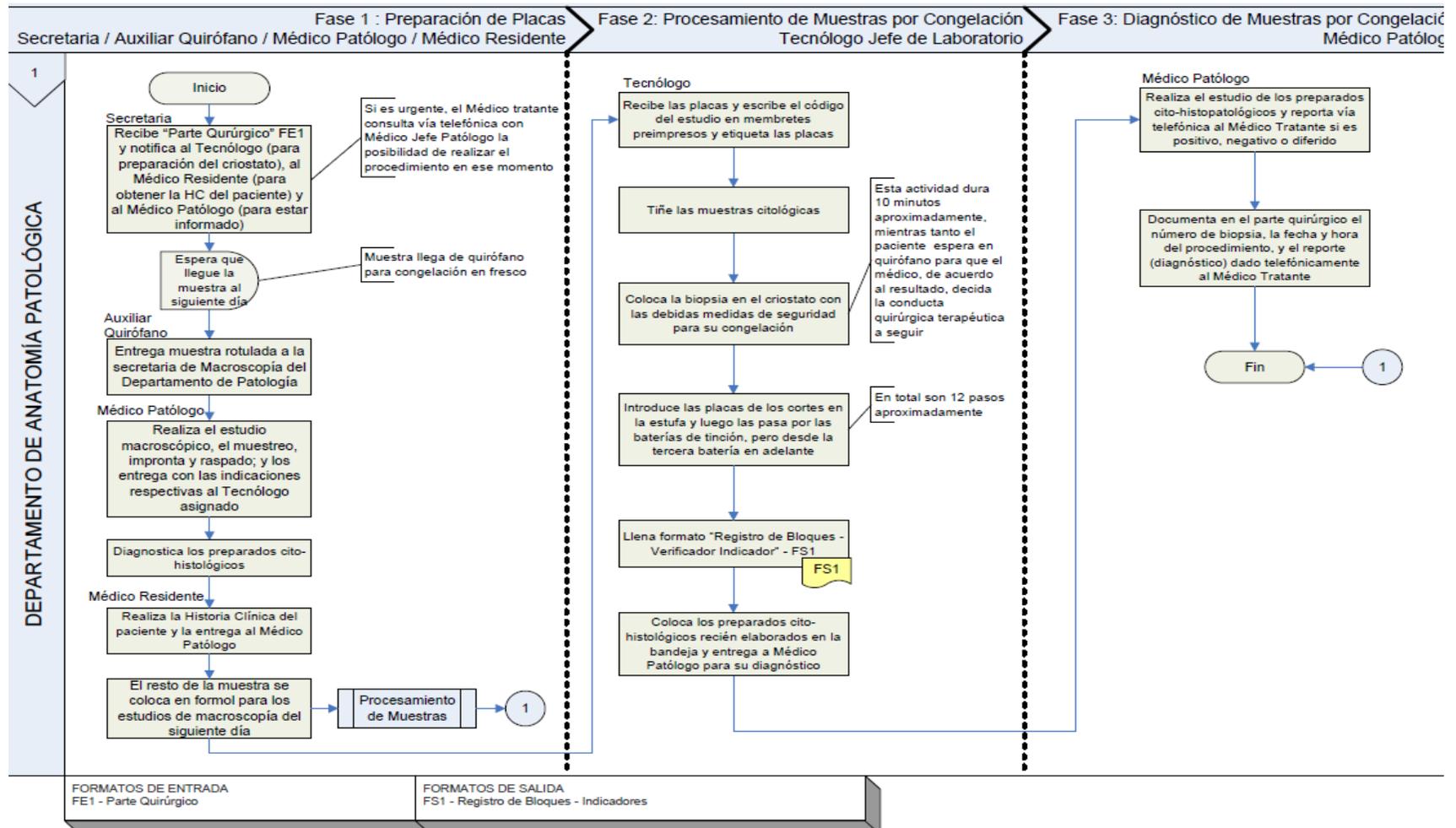


Procedimiento Procesamiento de Muestras

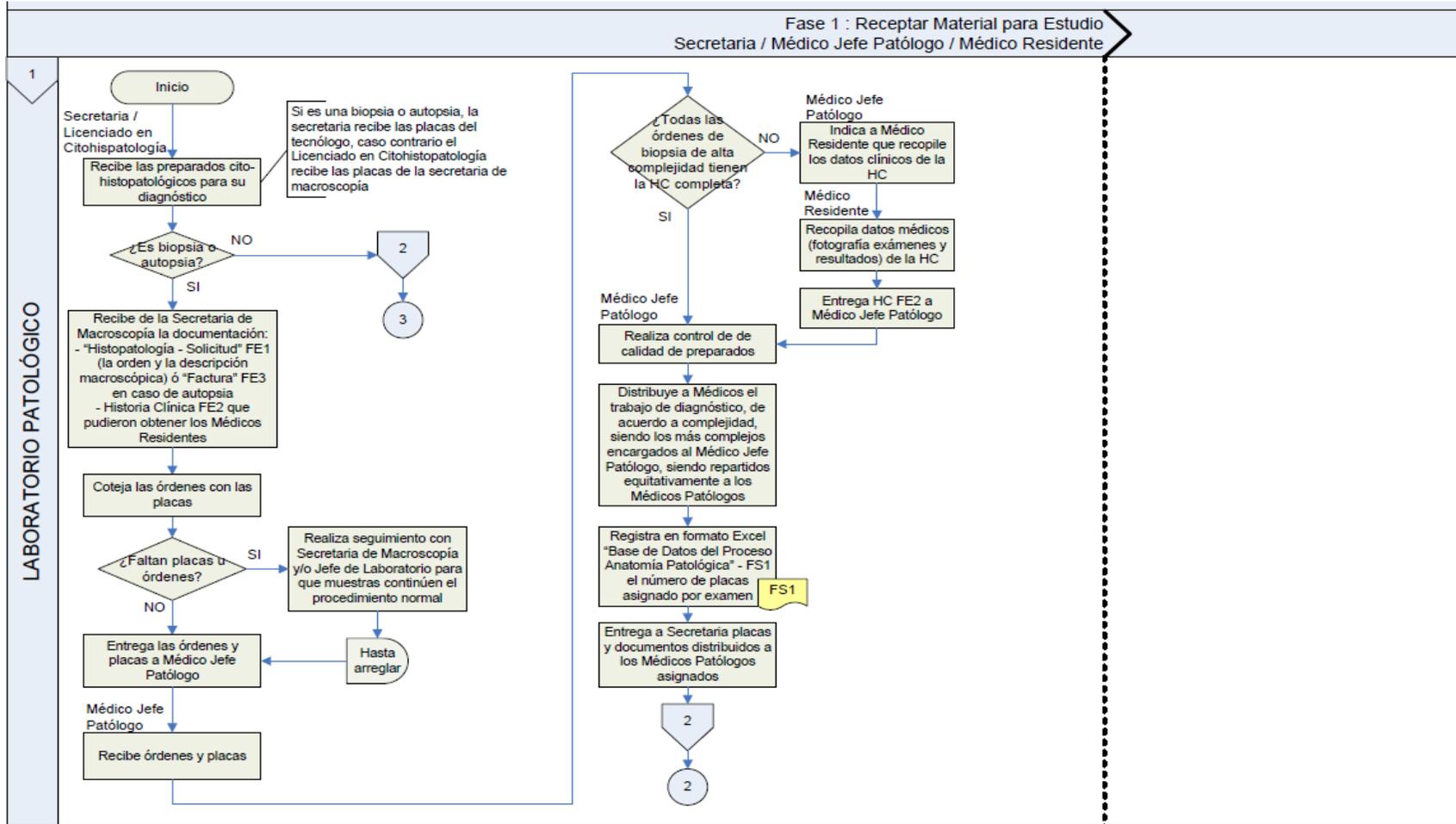


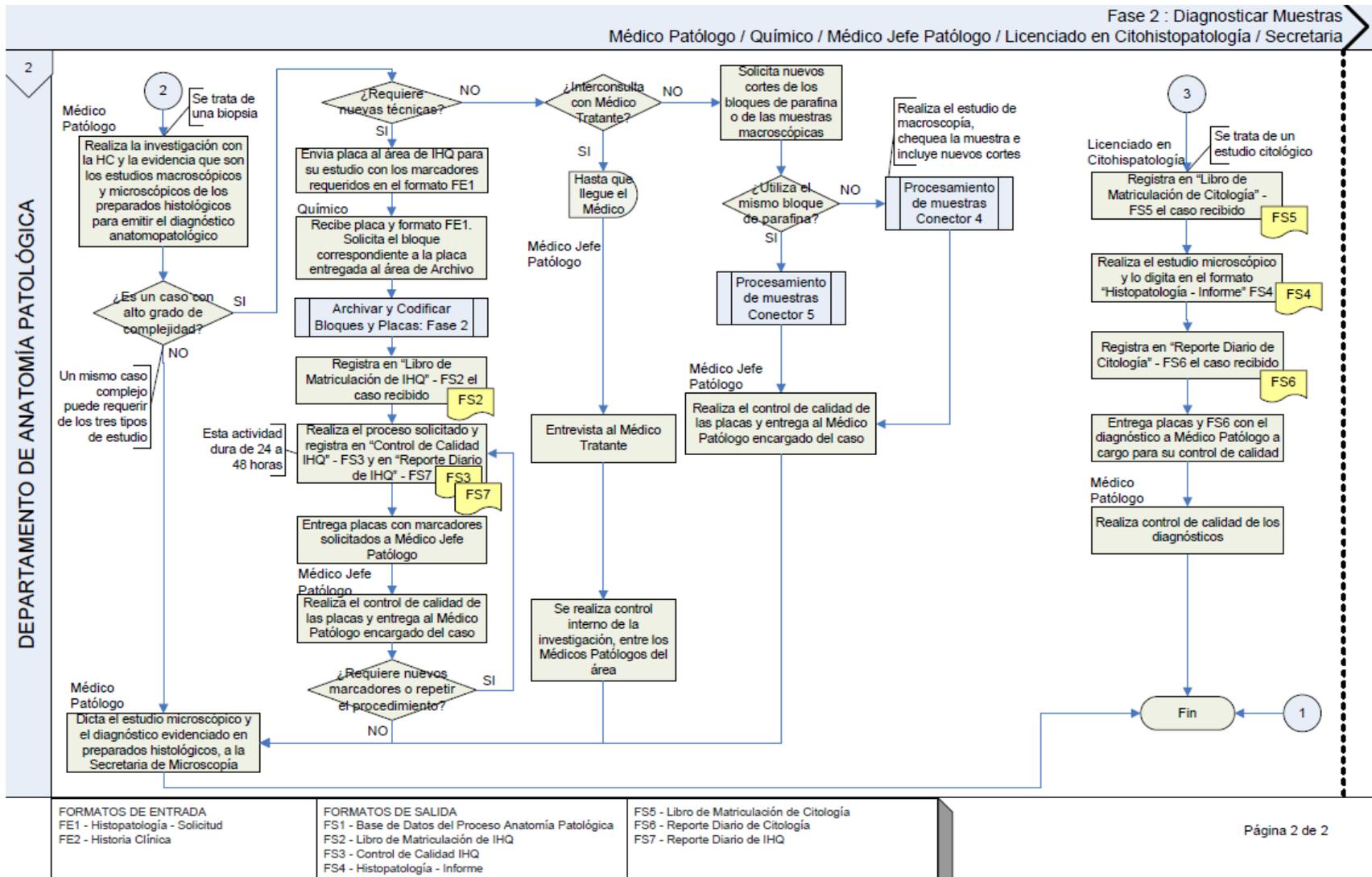


Realizar Estudio por Congelación

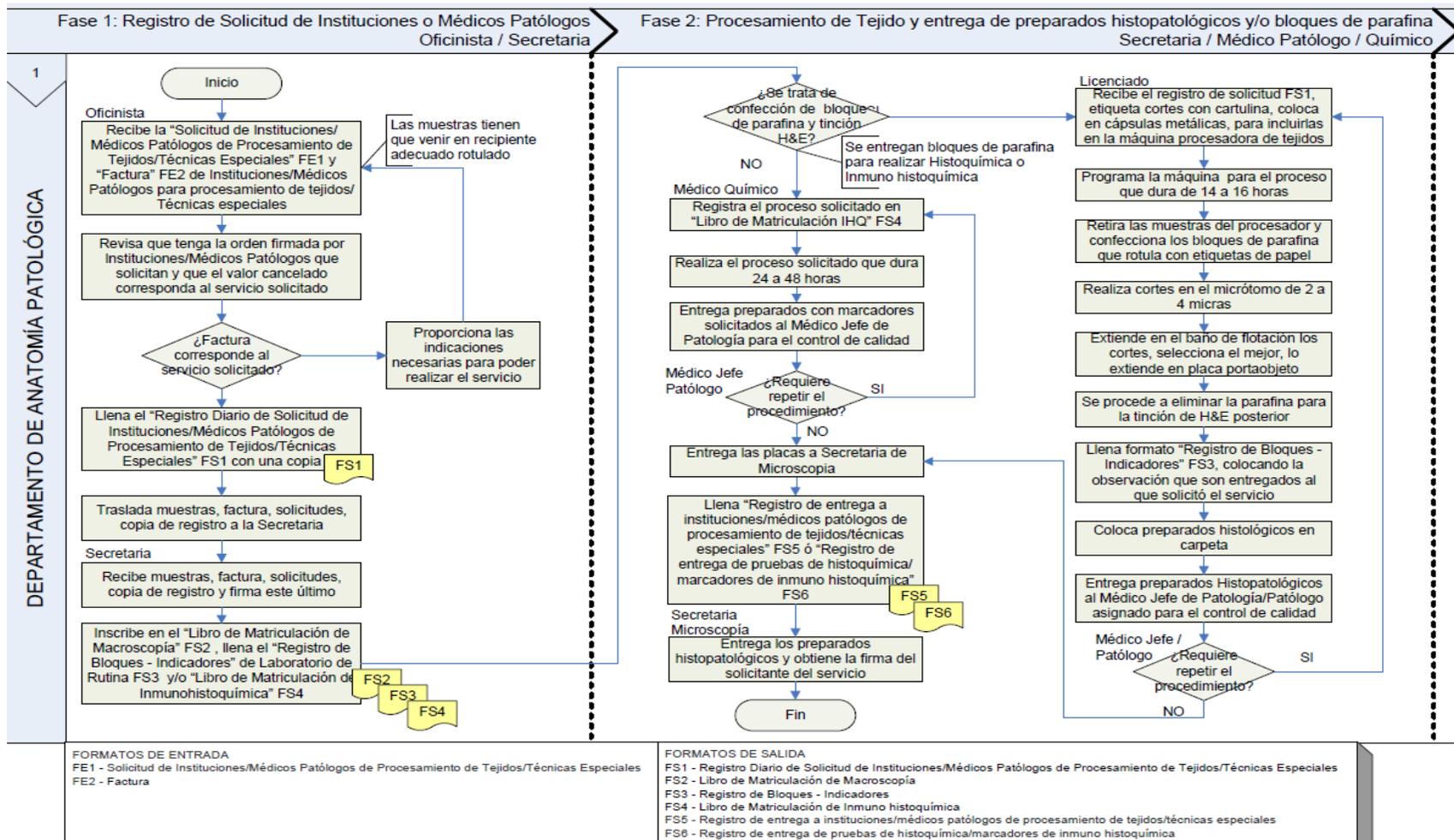


14.5.1.2 Diagramas de flujo del Subproceso Analítico - Diagnosticar muestras

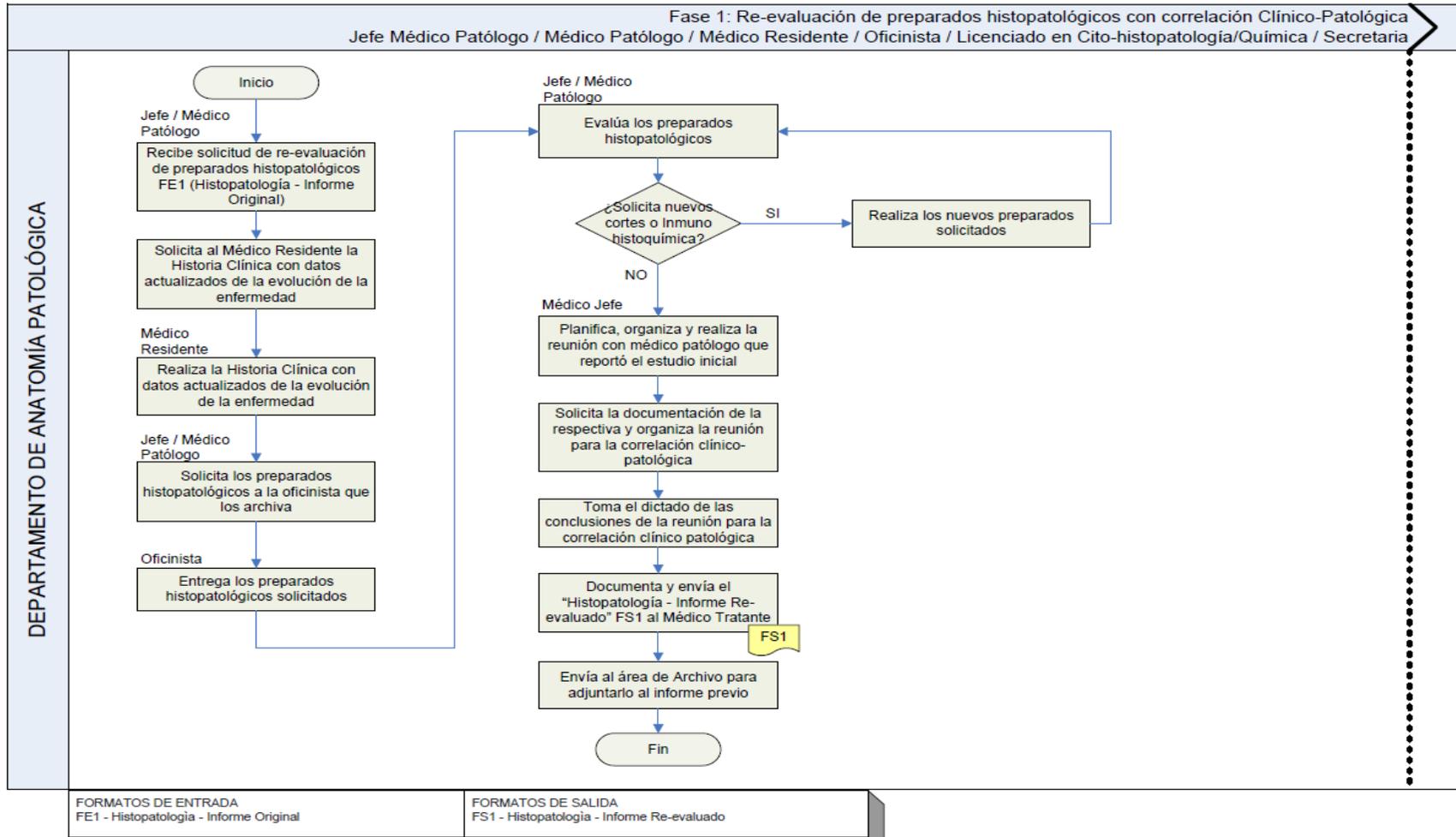




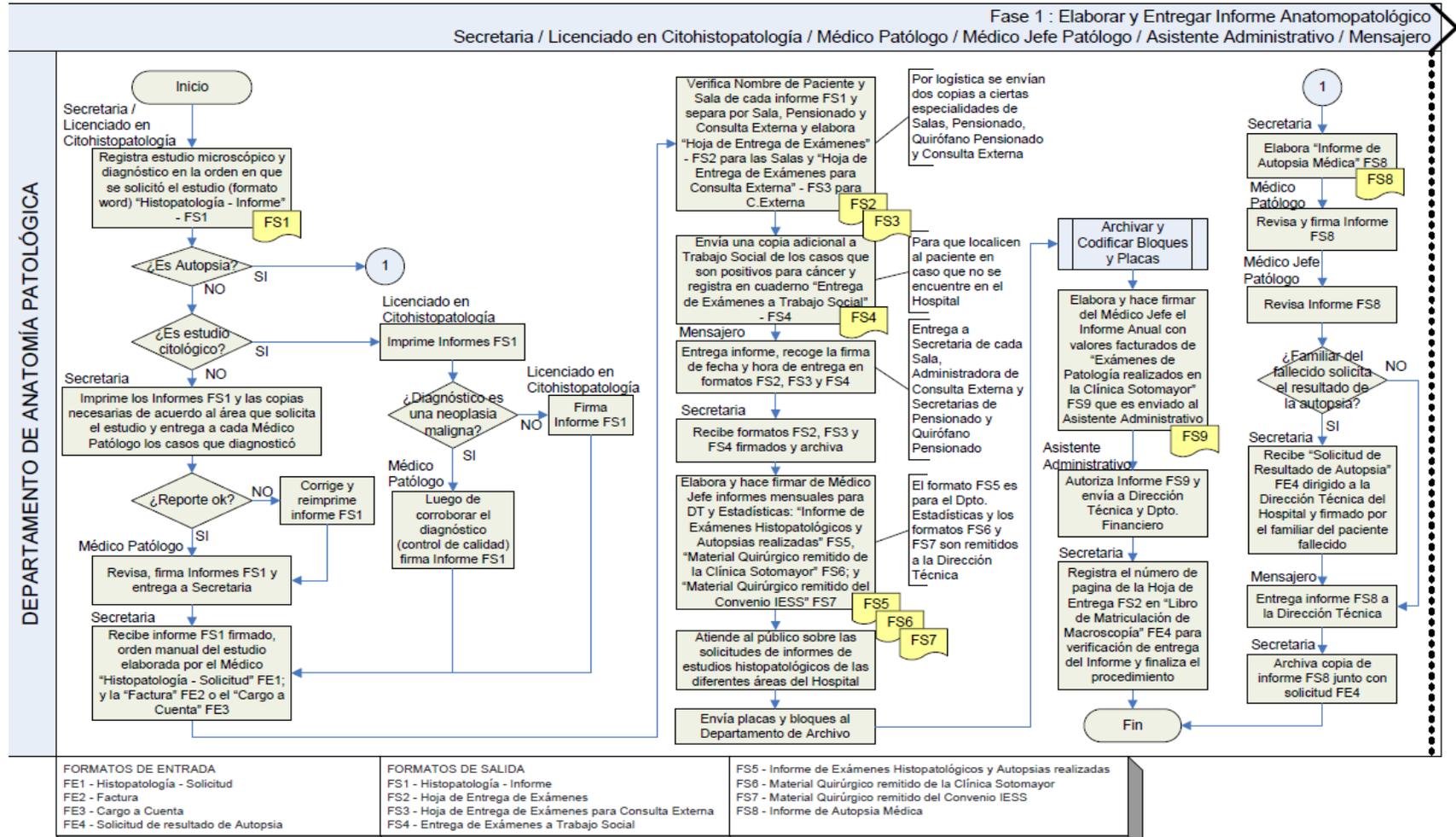
Procesamiento de Pruebas Especiales a Instituciones o Médicos Patólogos



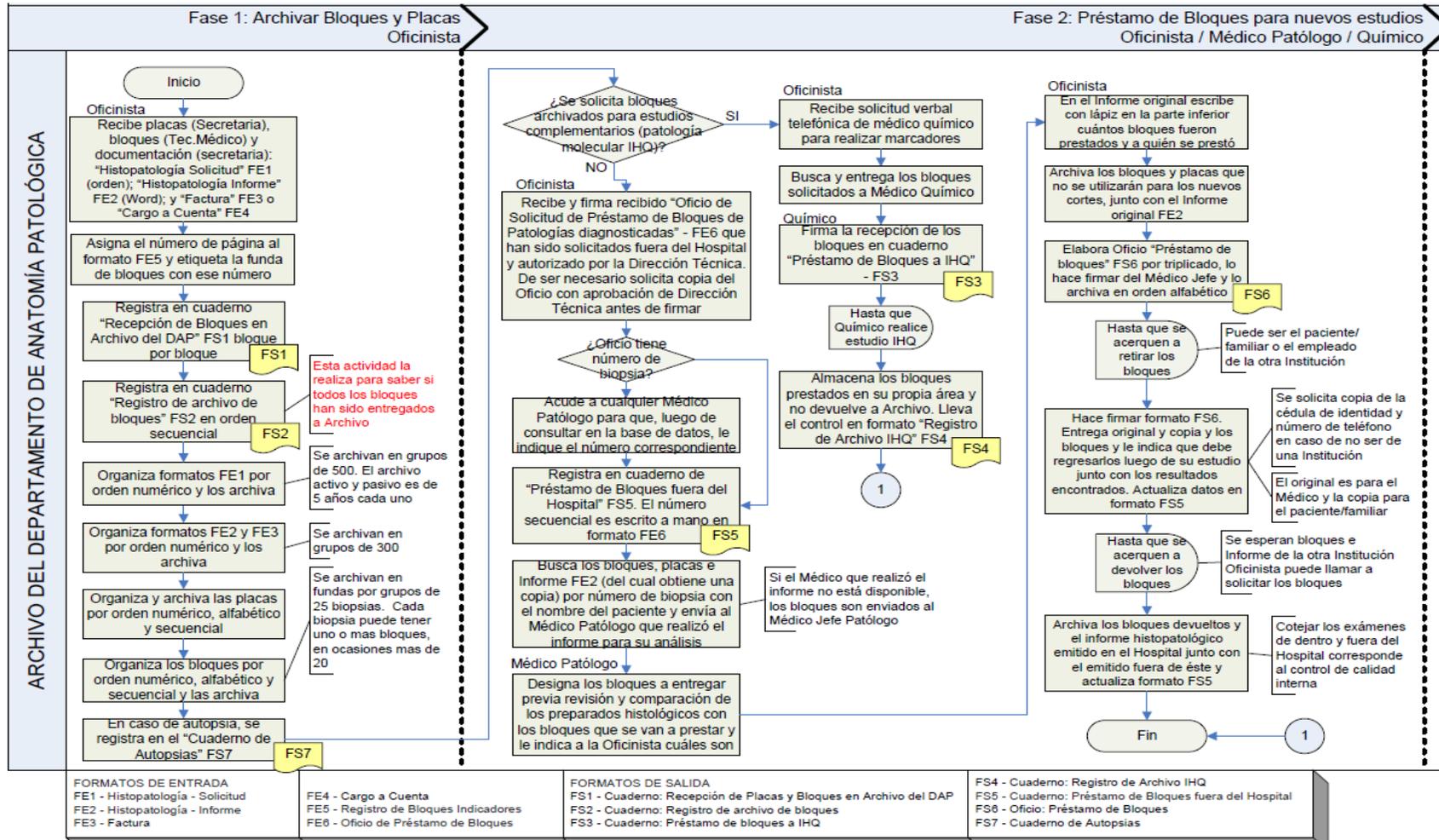
Re-evaluación de preparados histopatológicos con correlación Clínico-Patológica



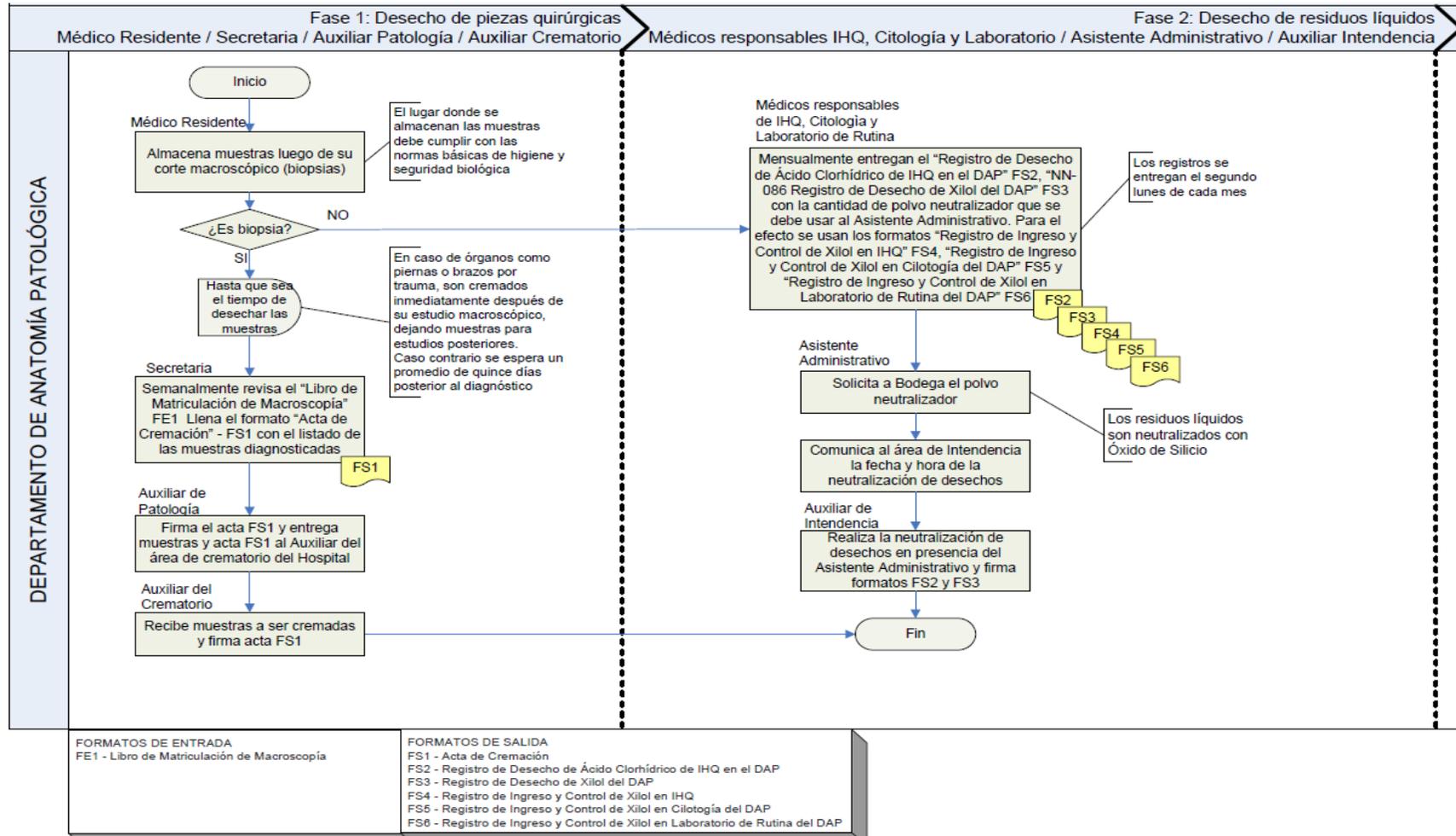
14.5.1.3 Diagramas de flujo del Subproceso post-analítico - Elaborar y Entregar Informe Anatomopatológico



Archivar Bloques y Placas



Desechar muestras diagnosticadas



Responsables del Proceso y sus Funciones

ÁREAS	RESPONSABLE	FUNCIONES
JEFATURA	ANATOMOPATÓLOGO	<ul style="list-style-type: none"> • Establece las pautas de operación y organización internas. • Coordina y favorece la participación de su equipo en las actividades de los programas nacionales de salud y académicas externas al Servicio. • Supervisa, dirige y evalúa las actividades de su equipo con base en procedimientos, normas técnicas y administrativas vigentes. • Realiza el diagnóstico e interconsulta de casos. • Realiza el control de calidad interno. • Si no cuenta con un coordinador administrativo realiza el • Control administrativo del personal. • Determina las necesidades de capacitación y actualización de su personal y coordina la satisfacción de las mismas.
RECEPCIÓN	SECRETARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe, registra y distribuye las muestras. • Transcribe descripciones macroscópicas y diagnósticos finales. • Entrega y archiva resultados. • Notifica al Jefe del Servicio sobre cualquier anomalía en relación a los procesos en el laboratorio.
ARCHIVO	AUXILIAR	<ul style="list-style-type: none"> • Organiza de forma funcional y controla el archivo de bloques, laminillas, solicitudes y resultados finales. • Registra el material que ingresa y sale del archivo.
ALMACÉN	AUXILIAR	<ul style="list-style-type: none"> • Organiza el resguardo funcional y seguro del material y Reactivos del laboratorio. • Realiza el inventario, registrando existencias, entradas y salidas de material. • Hace los pedidos periódicos de abastecimiento.
LABORATORIO	HISTOTECNÓLOGO	<p>Dependiendo de la organización de cada laboratorio: auxilia en los procesos de laboratorio que no involucren decisiones diagnósticas, si es necesario esto incluirá el control del archivo y almacén.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se encarga del proceso histopatológico de las muestras “técnica histológica” y finalmente entrega de las laminillas a los citotecnólogos y

		<p>patólogos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza técnicas especiales de histoquímica y de acuerdo con sus capacidades académicas, también de inmunohistoquímica y otras. • Realiza el mantenimiento preventivo de todos los aparatos que maneja en el proceso y de los carros de tinción, así como la preparación de reactivos necesarios, conforme con los lineamientos establecidos. • Registra todos los bloques y laminillas que resultaron de su proceso.
DIAGNÓSTICO	PATÓLOGOS	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisa la descripción e inclusión macroscópica de las piezas, el análisis microscópico y el diagnóstico final. • Realiza diagnósticos de interconsulta y el diagnóstico final de la citología cérvico vaginal positiva para lesiones intraepiteliales o cáncer. • Redacta y valida con su nombre y firma todos los informes finales de histopatología y la citología positiva a lesiones intraepiteliales o cáncer.
ESTUDIOS MACROSCÓPICOS	RESIDENTES DE PATOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza el estudio macroscópica muestreo de las Piezas. • Redacta los informes macroscópicos. • Realiza las Historia Clínicas. • Organiza las reuniones internas del Servicio. • Mantiene actualizado el perfil de la patología quirúrgica, citología y de autopsia. • Documenta los casos para las presentaciones y publicaciones.
DIAGNÓSTICO	CITOTECNÓLOGOS	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza los procedimientos técnicos para estudios citológicos. • Realiza el análisis microscópico y diagnóstico final de la citología cérvico vaginal negativa, así como el diagnóstico inicial de la citología positiva para lesiones o cáncer. • Realiza el análisis microscópico y diagnóstico inicial de las citologías no ginecológicas. (Delgado & Ochoa, 2011)

14.5.2 Manejo y procesamiento de las biopsias

El manejo y procesamiento de las biopsias y piezas quirúrgicas comienza en la sala de operaciones o en la consulta médica; la enfermera tiene la responsabilidad de preguntar con anticipación al cirujano si el material requiere examen urgente, cultivos, fotografía o cualquier examen especial. La realización de biopsias transoperatorias o por congelación será programada por el Servicio de Cirugía y comunicadas a Patología en el parte diario.

En quirófanos o en la consulta, se dispondrá de recipientes de diferentes tamaños, plásticos con tapa hermética y fijador (formol buferado al 10%); por lo general el residente que asiste al acto quirúrgico es el responsable directo de hacer los pedidos o solicitud del examen histopatológico, el nombre y sello del solicitante es fundamental para reclamos y aclaraciones futuras.

Es muy importante que el Servicio de Patología elabore un instructivo para la toma, manejo y envío de las muestras, los recipientes, formularios, horario etc. y sea enviado a la persona responsable de quirófanos para su estricto cumplimiento.

Una vez extraída la pieza quirúrgica o biopsia debe ser colocada en el fijador (formol buferado al 10%) cuando la pieza quirúrgica requiere de fotografías, esta debe preservarse en refrigeración a 4 grados C, para evitar de esta manera los cambios histológicos y no alterar los tejidos. Sin embargo se debe tomar una sección representativa y fijarla inmediatamente para evitar daños en el tejido

especialmente para pruebas de inmunohistoquímica y patología molecular. El recipiente con la muestra debe estar debidamente rotulado con el nombre del paciente, con letra legible, sitio de origen de la muestra y fecha. (Vivar Díaz, 2010)

Cuando las “muestras” llegan al Laboratorio de Patología, estas son matriculadas, procedimiento que está a cargo del tecnólogo médico permanente del Servicio de Patología, y que consiste en verificar y registrar (en forma manual y/o en el sistema informático si lo hubiere) la siguiente información:

- Número de orden correspondiente
- Nombre del paciente
- Edad
- Sexo
- Número de cédula de identidad
- Número de afiliación
- Número de historia clínica
- Tipo de beneficiario
- Servicio médico
- Datos de orientación diagnóstica
- Nombre y sello del médico solicitante
- Fecha de recepción de la muestra (Vivar Díaz, 2010)
- Examen transoperatorio, y

- Observaciones, si las hubiere.

El patólogo de turno y/o el residente de patología deben comprobar que la matriculación sea la correcta en el momento del procesamiento, y que los datos coincidan con los del recipiente.

Los datos deberán ser ingresados en el computador y en el libro de registro, y ser impresos por duplicado en etiquetas idealmente con código de barras, que se adhieren al formulario de solicitud del examen y al recipiente de la muestra.

La numeración respetará un orden secuencial. Se recomienda comenzar la numeración con 001 desde el 1 de enero, y añadir un guion seguido de los dos últimos dígitos del año en curso.

Este número será la identificación para los bloques de parafina, laminillas, informes, fotografías, archivo y almacenamiento de datos para todos los exámenes. Para el caso de pruebas especiales se podrán anteponer las siguientes siglas:

- H - Histoquímica
- IQ - Inmunohistoquímica
- ICQ - Inmunocitoquímica
- IF - Inmunofluorescencia

- ME - Microscopía Electrónica o las siglas propias del laboratorio.

Cuando se reciben piezas quirúrgicas grandes, que requieren disección, fotografías,

etc., se procederá a tomar muestras representativas para fijación inmediata y guardar en fundas plásticas en refrigeración a 4 °C no más de 24 horas. (Vivar Díaz, 2010)

Cuando se disecciona una pieza quirúrgica, pueden presentarse tres situaciones:

2. La necesidad de separar cada uno de los principales componentes, como en una disección radical del cuello.
3. Remover sólo algunos componentes (ganglios linfáticos regionales) y dejar el resto del espécimen como una sola pieza.
4. Fijar en bloque la pieza entera. Esto puede lograrse de varias maneras, dependiendo de la forma, tamaño y presencia o ausencia de una cavidad en la pieza. Las vísceras huecas pueden abrirse en fresco o bien ser fijadas simultáneamente desde afuera hacia adentro mediante la inyección de formol buferado al 10 % en su interior o llenando la cavidad con gasa o algodón empapados en fijador. En las lesiones quísticas, luego de extraído el contenido, puede inyectarse el fijador. En el caso del globo ocular se

confecciona una pequeña ventana para extraer el contenido e inyectar el fijador.

La disección de los especímenes debe realizarse sin mayores destrozos, permitiendo una reconstrucción posterior aceptable en caso de revisión de material quirúrgico.

En algunos casos se requiere de dibujos, fotocopias o radiografías de las piezas para graficar el sitio o estructura de la lesión. Las piezas de tejido óseo y blando se fijan luego de realizar cortes paralelos con sierra, separando el tejido blando, que se fija inmediatamente. (Vivar Díaz, 2010)

La descripción macroscópica estará a cargo del patólogo y del residente de segundo año de post-grado bajo tutoría. Deben utilizarse términos anatómicos, palabras y frases concretas y precisas, de tal manera que quien lea pueda reconstruir mentalmente los datos fundamentales. Existen al momento sistemas especiales de registro macroscópico con cámara digital con notaciones, medidas y detalles que permiten guardar la imagen macroscópica en el sistema informático.

La descripción macroscópica debe ser lo más detallada posible y concreta en el uso de los términos. Se identificará en primer lugar el origen del tejido, las medidas en sus ejes mayores, el peso, una descripción de la superficie externa indicando las características visuales, la consistencia al tacto, el color de la

superficie y las estructuras anatómicas adheridas, características de la neoplasia, etc. (Vivar Díaz, 2010)

Luego se describirá la superficie de corte indicando la uniformidad del tejido o la presencia de cavidades, áreas de hemorragia, necrosis, calcificaciones, tumores, etc.

Cuando una pieza es de características difíciles para una descripción clara, se debe recurrir al uso de esquemas o dibujos sobre imágenes anatómicas normales. La descripción macroscópica de la pieza quirúrgica debe realizarse partiendo de la orientación anatómica y de los planos espaciales con relación al prosector; de manera que se puedan establecer topográficamente las relaciones anatómicas de una lesión.

Muchas veces el cirujano tiene la precaución de enviar las muestras con un punto de reparo o también marcados con tinta china los bordes de resección de interés. Debe establecerse si se trata de una porción, un fragmento u órgano completo, así por ejemplo:

- La biopsia de cérvix consiste en 3 pequeños fragmentos de tejido mucoso que miden entre 3 a 5 mm de diámetro.
- La masa tumoral de mama es firme, encapsulada y esferoidal.

En la parte final de la descripción macroscópica debe indicarse si se procesa todo el material o una parte representativa del mismo y el número de fragmentos. (Vivar Díaz, 2010)

Invalorable información nos dará una cuidadosa descripción de las características de las biopsias especialmente de piel cuando son biopsias excisionales y a veces, también las de raspado. La descripción sobre el tamaño, color y algunas nodulaciones o irregularidades sobre la superficie de la piel, son muchas veces útiles y de referencia durante la evaluación microscópica. (Vivar Díaz, 2010)

Tamaño, medidas y pesos

Las medidas se toman en los ejes mayores, en centímetros. Entre varias muestras se tomará el tamaño referencial entre el mayor y el menor. El peso de todo el material se toma en gramos.

Descripción.- Se emplearán direcciones referenciales como: longitudinal, transversal, oblicua, tangencial, central o parte media, bordes superior, inferior, superficial o profundo, etc.

Nódulo	Pequeña muestra ovoide o esférica de tejido sólido.
Masa	Porción voluminosa e irregular de uno o varios tejidos sólidos o quísticos.
Fragmento	Porción única o múltiple de tejido que puede ser membranoso, mucoide, hemorrágico, espículas, etc.
Forma	Romboidal, rectangular, cuneiforme, esférica, oval, polipoide,

	cilíndrica, acintada, discoidal, etc.
Color	Los más comunes son blanco, nacarado, rosado, cristalino, citrino, amarillo, rojo vinoso, verde, café, negro, etc.
Superficie	Lisa, rugosa, nodular, vellosa, fungosa, encapsulada, vegetante, plegada, costrosa, brillante, etc.
Aspecto exterior	Sólido o compacto, granujiento o grumoso, caseoso, fibroso, semifluido, purulento, turbio, hemorrágico, necrótico, líquido, claro, limpio, translúcido, etc. (Vivar Díaz, 2010)
Consistencia	Dura (hueso), firme (próstata), blanda (lipoma), gelatinosa (quiste de ovario), mucoide (mixoma), fluctuante o renitente (quiste), etc.
Contenido	Líquido, purulento, grumoso, gelatinoso, hemorrágico, turbio, sebáceo, etc.
Proliferación	Vegetación sésil, pediculada, atrófica, hipertrófica.

Para las descripciones de la patología, especialmente de piel, la descripción macroscópica es complementaria a la investigación microscópica, por ello se recomienda la familiarización con la terminología siguiente:

Roncha	Elevación circunscrita de la piel, pasajera, de color rojo blanquecino de 0,5 cm hasta 10 cm de diámetro, formada por edema local; por ejemplo: urticaria común.
Escama	Lesión que presenta laminillas córneas, epiteliales delgadas y desecadas que suelen resultar de una cornificación imperfecta; por ejemplo: escamas de psoriasis.
Liquenificación	Engrosamiento y aumento de los detalles y las arrugas normales de la piel, que suelen depender de rascaduras persistentes; por ejemplo en la neurodermatitis localizada.
Grieta o fisura	Solución de continuidad en la piel, que suele extenderse hasta la parte superior del corion; por ejemplo, fisura sobre los nódulos en la dermatitis crónica por contacto.
Excoriación	Área traumatizada ocasionada por el mismo paciente, por lo regular “excavada” o lineal; por ejemplo, arañazo después de una picadura de insecto.
Superficie	Lisa, rugosa, nodular, vellosa, fungosa, encapsulada, vegetante, plegada, costrosa, brillante, etc.
Telangiectasia	Dilatación localizada de vasos sanguíneos superficiales y aislados; por ejemplo: nevus arácnico.
Mácula	Mancha circunscrita, no palpable y que no sobresale de la piel

	(peca).
Pápula	Lesión sólida, circunscrita, que sobresale de la piel, palpable y de hasta 5 mm de diámetro mayor (barro del acné).
Nódulo	Lesión circunscrita, sólida, elevada, cuyo diámetro excede de 5 mm; por ejemplo: nevus pigmentado.
Vesícula	Lesión circunscrita y elevada de la piel que contiene líquido y alcanza hasta 5 mm de diámetro; por ejemplo: herpes simple.
Ampolla	Lesión circunscrita y elevada de piel que contiene líquido y cuyo diámetro es mayor de 5 mm; por ejemplo: dermatitis por contacto dependiente de hiedra venenosa, pénfigo.
Pústula	Lesión circunscrita y elevada de la piel de hasta 3 mm de diámetro que contiene pus, por ejemplo: pústula de acné. (Vivar Díaz, 2010)

Fotografías

Las piezas quirúrgicas y las biopsias de interés para publicaciones, docencia o museo, deben disecarse lo más demostrativamente posible, conservando sus relaciones anatómicas. Se colocará una escala o regla de referencia para el tamaño, el número de identificación al pie y junto a la regla. (Vivar Díaz, 2010)

Improntas, impresión o contacto, frotis.- Este estudio consiste en la impresión en fresco de la superficie de una “biopsia o muestra quirúrgica” sobre la superficie de una lámina portaobjetos, o en realizar un frotis delgado en una laminilla (generalmente de 24 x 50 mm); estudio recomendado especialmente en tumores y ganglios linfáticos, para lo cual la pieza no debe estar fijada.

La placa o portaobjetos o la laminilla (cubreobjetos) se fija en alcohol etílico al 80% durante 2 minutos, se escurre y lava en agua corriente. Se tiñe

posteriormente con coloración de Papanicolaou. Si se desea otra coloración, fijar la placa o portaobjetos o la laminilla (cubreobjetos) en metanol durante 5 minutos; secar a temperatura ambiente y teñir con una solución de Giemsa/eosina azul de metileno por tres minutos, añadiendo igual volumen de Bufer fosfato pH 6,0 o en su defecto agua de la llave.

Estudios Microbiológicos

Están indicados especialmente en las biopsias pulmonares, con el objeto de buscar hongos, micobacterias, etc.

Cultivos.- Nos ayudarán en el correcto diagnóstico etiológico, antes del procesamiento en parafina.

Las biopsias gastrointestinales suelen presentarse con recubrimiento mucoide, este material puede extenderse sobre una laminilla y teñir con Giemsa para la identificación de Giardia Lamblia.

Muestra para histoquímica e inmunohistoquímica.- Se toman cortes de los bloques de parafina y se procede de acuerdo a las técnicas para cada espécimen. Procurar que el procesamiento se realice el mismo día de realizados los cortes en parafina. Se deben utilizar portaobjetos de buena calidad, silanizados, cargados electrostáticamente o embebidos en poly-lisina. Es obligatorio que la fijación sea en formol buferado entre 6 y 48 horas. La correcta fijación es crítica e influye en

los resultados por la conservación de antígenos (patología molecular). (Vivar Díaz, 2010)

Microscopía Electrónica (ME)

Las muestras para ME deben ser fijadas inmediatamente en glutaraldehído al 3% y bufer cacodilato 0,2 M a PH 7,3 que se preparan en frascos separados y se mezclan en el momento de poner la muestra de biopsia. Esta debe ser lo más pequeña posible y los tejidos deben ser cortados en bloques de menos de 1 mm³ y máximo de 2 mm con hoja de afeitar nueva, sobre una superficie dura y sin presionar el tejido. Las muestras en el fijador deben permanecer en refrigeración a una temperatura de 4 °C hasta que se realice el procesamiento habitual. Para confeccionar los bloques, en ciertos casos es indispensable la orientación de la muestra mediante el uso de un microscopio estereoscópico.

Estudios Citogenéticos

Es importante considerar las condiciones estériles de toma de muestras; la superficie contaminada del espécimen que va a ser removida, especialmente piel y amnios, deberá ser tratada primero frotando con algodón humedecido en una solución de alcohol al 70%. Es importante no usar demasiado desinfectante pues podría matar las células fetales así como los microorganismos. El desinfectante que contamina el medio detendrá el crecimiento de las células fetales. La superficie debe ser secada con gasa o algodón estéril.

Estudios Citogenéticos de Placenta

La superficie fetal se limpia con alcohol al 70%. El amnios es seccionado con una cuchilla estéril, teniendo cuidado de no extender el corte en la profundidad del tejido y por lo tanto contaminar el amnios con la sangre materna o la decidua. Una pequeña lámina del amnios limpio es pelada de la superficie usando una cuchilla o tijeras estériles. El espécimen es colocado en un medio precalentado u otro medio de transporte.

14.5.2.1 Fijación

(Vivar Díaz, 2010), menciona que las soluciones fijadoras tienen por objeto precipitar las proteínas, aumentar la consistencia de los tejidos, inactivar las enzimas proteolíticas e inhibir el crecimiento bacteriano y por lo tanto, preservar la constitución química y la morfología de los componentes titulares.

Cuando las piezas quirúrgicas son pequeñas o las muestras son obtenidas por aspiración y de no existir indicaciones de realizar -improntas, frotis para citología, estudios inmunohistoquímicos o de microscopía electrónica que requieran fijación especial se colocarán inmediatamente en formol buferado al 10% en una relación de 10 a 1 fijador/muestra. Para una mejor fijación las piezas no deben exceder de un espesor de 3 mm y un tamaño de 3 x 2 cm.

El formaldehído no buferado con PH bajo (ácido, debido al ácido fórmico diluido) puede producir depósitos en el tejido de pigmento de formalina que al mezclarse

con la sangre produce un precipitado (hemateína ácida). Este material fino, granular, café refringente, se precipita en los sitios de concentración de la hemoglobina, especialmente alrededor de los glóbulos rojos.

Entre los factores que influyen en los resultados de una buena fijación están:

- a. Intervalo entre la toma de biopsia en fijador
- b. Ph del fijador
- c. Tiempo de fijación
- d. Temperatura del fijador
- e. Tamaño del tejido, y
- f. Volumen del fijador (Vivar Díaz, 2010)

14.5.2.2 Decalcificación del tejido óseo

La decalcificación de los tejidos es un paso importante del procesamiento de las muestras óseas que pueden llevar numerosas dificultades en los cortes, incluyendo la completa pérdida de integridad de los especímenes.

Fijación y procedimientos

El hueso y los tejidos blandos deben ser disecados y cortados a un tamaño susceptible para una fijación primaria (en formol buferado), para luego ser nuevamente cortados a un espesor entre 0,3 y 0,5 cm de espesor antes de la decalcificación.

El tiempo de fijación depende sobre todo del tamaño y naturaleza del hueso, el hueso calloso con estructura trabecular abierta se fija durante un tiempo más prolongado. (Vivar Díaz, 2010) Para una adecuada fijación los especímenes óseos no requieren más de 24 horas. Es muy recomendable cortar, con sierra eléctrica de preferencia, delgadas secciones previas a la fijación. Antes de la decalcificación el tejido debe estar completamente fijado.

Procedimiento para fijación de biopsias de ganglios linfáticos

1. Las muestras se recibirán en gasa húmeda (suero fisiológico), sin fijador.
Cortar el ganglio con una hoja de afeitar partida por la mitad y realizar improntas o frotis en cubreobjetos. Enviar para coloración, mínimo dos placas.
2. Cortar en finas rebanadas de 2 mm de espesor, varios cortes. Los cortes se colocan inmediatamente en formol buferado.

Procedimiento para fijación de biopsias de médula ósea

1. Las muestras serán colocadas en formol buferado al menos por 2 horas.
2. Colocar luego la biopsia en decalcificador especial (EDTA) por dos horas.
Las muestras de médula ósea generalmente requieren Inmunohistoquímica, por lo tanto se debe usar un decalcificador que en lo posible no altere los antígenos celulares.
3. Procesar. (Incluir fórmula del decalcificador a base de EDTA)

Métodos de decalcificación

Algunos decalcificadores pueden producir artefactos que alteran las reacciones de coloración o disminuyen los detalles morfológicos de los tejidos blandos.

Los decalcificadores de mayor uso son:

- a) ácidos
- b) agentes quelantes
- c) resinas de intercambio iónico
- d) métodos electrolíticos.

El ácido nítrico y el ácido clorhídrico pueden ser utilizados en forma efectiva en soluciones acuosas al 5%.

Factores que influyen la decalcificación

El método más común y fácil de descalcificación es sumergir el espécimen en líquido decalcificador y mantenerlo hasta que la desmineralización sea completa. Varios factores influyen en la calidad de la descalcificación.

Tipos de espécimen y consistencia

El espesor (grosor) y la naturaleza de la pieza ósea determinan la proporción en que el decalcificador debe penetrar en el espécimen y la proporción en que los iones calcio se difunden fuera del espécimen. Además, el tamaño y tipo de espécimen óseo son factores muy importantes; el espécimen no debe exceder los 0,5 cm de grosor ni los 3 cm de largo. (Vivar Díaz, 2010)

El hueso cortical (compacto) es mucho más denso y no permite una penetración fácil del líquido decalcificador, por ello el tiempo requerido para decalcificar es más prolongado.

Es importante considerar la presencia de cartílago en el espécimen, porque su consistencia y apariencia puede ser confundida con el hueso cortical.

Se debe tomar en cuenta que la decalcificación puede alterar la naturaleza de los antígenos tisulares.

pH de las soluciones.- Las sales de calcio son solubles a un pH de 4,5. El pH de la mayoría de las soluciones ácidas descalcificaciones están entre 0,5 y 3.

Un espécimen óseo de no más de 3,5 cm de grosor decalcificará en una solución ácida de un pH de 1, a un rango de 0,1 cm / hora. Sin embargo, para especímenes entre 0,3 y 0,7 cm de espesor el tiempo se extiende a 2 horas. Estos tiempos para decalcificar pueden ser largos para hueso cortical y para hueso endurecido debido a cambios patológicos.

Volumen del líquido.- Un espécimen que mida 0,5 x 1 x 0,4 cm debe ser colocado en 100 ml de solución, si la misma muestra es colocada en la mitad (50

ml) del decalcificante la solución será inefectiva, debiendo extenderse el tiempo de decalcificación y cambiarse la solución.

Temperatura.- Normalmente la descalcificación se realiza a una temperatura ambiente de 20 a 25 °C con mayor temperatura (más de 60 °C), los tiempos de decalcificación decrecen marcadamente, pero no deben excederse de 50 °C. El uso incontrolado de calor con una solución ácida puede causar achicharramiento, maceración y finalmente completa digestión del espécimen, por lo que esta práctica no es recomendable. (Vivar Díaz, 2010)

Agitación.- La agitación de la solución dos a tres veces al día es suficiente para brindar un cambio del líquido hacia la superficie del tejido, lo que permite difundir los iones hidrógeno dentro del espécimen.

Suspensión del espécimen.- La suspensión del espécimen permite que toda la superficie esté expuesta a la acción del líquido decalcificador y también que todas las sales del calcio se precipiten al fondo del recipiente.

Los especímenes pueden ser cubiertos con papel secante o en bolsas perforadas, amarradas con una cinta parafinada y suspendida en uno de los bordes del recipiente.

Determinación del punto final de decalcificación.- Es el paso más importante en el proceso de decalcificación. Los métodos más usados para determinar la desmineralización pueden agruparse en: mecánicos y radiológicos.

Mecánico.- Mediante el uso de un tacto fuerte y con la ayuda de un alfiler o aguja fina se buscan las áreas calcificadas. Hay que tener mucho cuidado en no destruir mayormente el espécimen, no desastillar la cortical y desplazar las estructuras histológicas que pueden dar una falsa imagen microscópica.

Radiológico.- Es el método más seguro para determinar el punto final de decalcificación, pero su empleo resulta costoso. (Vivar Díaz, 2010)

Procedimiento para fijación de biopsias de ganglios linfáticos

1. Las muestras se recibirán en gasa húmeda –suero fisiológico–, sin fijador.
Se debe cortar el ganglio con una hoja de afeitar partida en la mitad y realizar al menos dos improntas o frotis en cubreobjetos, que serán coloreados con May Grunwald-Giemsa.
2. Luego, hacer varios cortes en finas rebanadas de 2 mm de espesor, los que deberán ser colocados inmediatamente en formol buferado.

Cortes de tejidos.- Se deben procesar los cortes suficientes de las lesiones más representativas. La toma de los cortes se facilita cuando las piezas han tenido un tiempo suficiente de fijación, para lo cual vale recordar lo siguiente:

1. El tamaño de la muestra y el volumen del fijador.
2. El espesor de la muestra y la penetración del fijador.
3. El contacto del fijador con la superficie de la muestra.
4. El tipo de fijador y el tiempo de fijación.

En la toma de las muestras se debe incluir parte del tejido sano vecino a la lesión, esto facilitará la búsqueda de infiltración en caso de tumores malignos.

El tamaño de los bloques tisulares no debe exceder de 3 mm de espesor, 3 cm de largo y 2 cm de ancho. A veces es necesario hacer una muesca en el tejido para identificar la superficie que se quiere estudiar.

En las biopsias de piel es importante la evaluación de los márgenes de resección, para ello se cortan los 4 márgenes de 1 a 2 mm, dejando al centro una pieza rectangular. Cada corte es procesado con la superficie de corte hacia abajo y el fragmento central rectangular se corta con la parte media de un extremo al otro a través del centro de la lesión; es de mucho valor la identificación de los cortes mediante un esquema.

En una lesión pigmentada de la piel deben realizarse cortes seriados a través de esa área y particularmente a través de las pápulas o nódulos.

En el caso de una vesícula o pápula, el corte debe ser a través de ésta, pues muchas veces nos dará valiosa información diagnóstica.

En los cortes de paredes de órganos deben tomarse en cuenta el espesor y sus capas.

Los cortes de un tumor deben comprender tejido sano y tumoral, además los bordes de resección en sus cuatro cuadrantes.

En casos de tumores como los meningiomas, debe incluirse el tejido cerebral adherido para investigar la infiltración tumoral y parte del centro tumoral para investigar posibles tumores asociados como metástasis.

En casos de cortes de órganos, al igual que en los indicados en las autopsias, debe seguirse el eje longitudinal y perpendicular a la superficie.

En los ganglios linfáticos aislados o tomados de disección en bloque quirúrgico, la metódica a seguirse es la siguiente:

1. Se hacen tres cortes, el primero por la parte media y los otros dos paralelos al anterior.
2. Se realiza una “impronta” de la superficie de todos los ganglios en el primer corte.
3. Se examinan todos los cortes seriados de los ganglios. (Vivar Díaz, 2010)

Identificación de los cortes

En cada cápsula o caseta porta tejidos deben colocarse los cortes tomados o “muestras”, identificados con una tira de papel. Debe escribirse, con lápiz de grafito, el número de identificación correspondiente junto con las iniciales del paciente y a continuación, con letras y/o números, los diferentes cortes que se describen en el protocolo macroscópico como son: borde de resección, lados, niveles, regiones anatómicas, etc. Con equipo especial se podrá imprimir en la caseta de plástico el número y las referencias en código de barras.

Procesamiento

Para evitar la pérdida de las biopsias, especialmente las pequeñas, se las envuelve en papel filtro o en papel de “seda”.

Puede utilizarse eosina en solución acuosa al 1 % o hematoxilina, para teñir el tejido y hacer más visibles las muestras.

Las biopsias o muestras cerebrales deben colocarse de manera que en los cortes se identifiquen fácilmente las capas, la sustancia gris y la blanca.

El procesamiento de los cortes de piel debe ser extremadamente cuidadoso por la presencia de componentes heterogéneos, como calcio en la grasa subcutánea, extracto córneo duro y compacto, así como pelo, cuernos cutáneos y uñas; en

estos casos es importante el uso de decalcificadores, polisorbatos en solución y/o hidróxido de amonio. (Vivar Díaz, 2010)

Si una lesión como un granuloma está presente en una biopsia que mide solamente 0,1 mm, el número de cortes que contendría esta lesión sería de 20 o más. Por ello está recomendada la toma de 3 o más cortes en varios niveles, dejando algunas laminillas sin colorear para cuando se requieran coloraciones especiales. (Vivar Díaz, 2010)

Las indicaciones para niveles adicionales incluyen:

1. La incorrecta orientación en los cortes iniciales.
2. La búsqueda de granulomas cuando se sospecha enfermedad de Crohn.
3. En las biopsias negativas para malignidad y que clínicamente eran sospechosas.
4. Hallazgos equivocados sobre cortes iniciales.

En el caso de la piel, la correcta visualización de las capas epidérmicas, dérmicas y celular subcutánea, ayudan a la interpretación histológica.

Coloraciones

Rutinariamente se utiliza la coloración clásica de hematoxilina eosina. El uso de coloraciones especiales depende de los datos clínicos y de los hallazgos y sospechas patológicas. (Vivar Díaz, 2010)

Para las biopsias de piel, riñón, hígado y médula ósea se utilizarán de rutina, además de H&E, las coloraciones de PAS y tricrómico de Masson, hierro, reticulina, mucicarmin, Giemsa, Pas alcian blue, fibras elásticas, rojo congo, plata (Jones) etc.

En las biopsias pulmonares, además de las tinciones rutinarias H&E, fibras elásticas, tricrómico deben emplearse las tinciones para hierro y otros.

Es indispensable contar con casos controles.

A continuación se describen algunas técnicas para coloración de hematoxilinaeosina.

Solución de coloración rutinaria de H&E

Por el uso restringido del cloruro de mercurio, es preferible adquirir hematoxilina en solución preparada y madurada sin la adición de óxido rojo de mercurio, sin embargo cuando no sea posible conseguir se describe a continuación la fórmula:

Fórmula	
Hematoxilina cristales	5,0 mg
Alcohol 100%	50,0 ml
Amonio o potasio alumbre	100,0 mg
Agua destilada	1000,0 mg
Óxido de mercurio (Rojo)	2,5 g

Procedimiento:

En un balón de vidrio disolver la hematoxilina en el alcohol, el alumbre en agua y con ayuda de una varilla, remover y mezclar las dos soluciones, calentar hasta que la solución entre en ebullición y agregar lentamente el óxido de mercurio. Es preferible, por los efectos de contaminación ambiental que podrían ocurrir debido al óxido rojo de mercurio, madurar la solución de hematoxilina dejándola reposar por lo menos 15 días y chequear la maduración de la preparación colocando gotas en un papel filtro. Una coloración violácea indica una maduración adecuada, por lo que se debe retirar inmediatamente del fuego, dejar enfriar, añadir 2 a 4 ml de ácido acético glacial por 100 ml de solución, lo que aumenta la precisión de la coloración nuclear. El pH de la solución debe ser entre 2,2 y 3,0. Chequear y ajustar de ser necesario con ácido acético. Filtrar antes de usar. (Vivar Díaz, 2010)

Eosina

Fórmula	
Solución de eosina Y al 2%	100 ml
Ácido acético glacial	5 ml
Alcohol ético 80%	900 ml

La solución comercial es del 2%, Deberá ser reemplazada cada dos semanas o cada 500 placas coloreadas. Añada 0,5 ml de ácido acético glacial en cada 100 ml de eosina. El pH deberá estar por debajo de 6,5. Chequee semanalmente. (Vivar Díaz, 2010)

Alcohol ácido

Fórmula	
Etanol al 70%	1000 ml
Ácido clorhídrico concentrado	10 ml

Coloración

Fórmula	
Enjuagar en agua corriente	
Hematoxilina de Harris	1 minuto
Enjuagar en agua corriente	
Eosina Y	6 inmersiones
Alcohol 95%	
Alcohol absoluto	8 inmersiones
Xilol	
Aplicar cubreobjetos con medio de montaje para placas histológicas	

14.5.2.3 Descripción microscópica

El estudio microscópico permite diagnosticar lesiones insospechadas clínicamente y macroscópicamente.

Solo el estudio histológico permite establecer en ciertas lesiones ulcerosas de piel con bordes elevados, si se trata de una inflamación con hiperplasia pseudoepiteliomatosa (benigna) o de un carcinoma epidermoide (maligno).

Esta descripción debe hacerse en forma ordenada y metódica, cubriendo todos los aspectos de los fragmentos tisulares.

Se iniciará el estudio histológico describiendo la lesión patológica en términos concretos y siempre en forma ordenada o siguiendo los protocolos preestablecidos, evitando los errores por:

- Presión por un excesivo trabajo.
- Calidad de los cortes de tejidos, cuando no son realizados por el personal calificado.
- Los errores son mayores cuando existe un solo patólogo.
- Aunque algunos “casos” parecen muy claros, hay que tener presente que es posible cometer errores.
- Deben revisarse con detalle todos los cortes realizados, aún si las lesiones fueran muy fáciles de interpretar.
- En caso de existir alguna duda hacerla constar en el diagnóstico, por pequeña que fuera.

La interpretación de las biopsias puede mejorar con la ayuda de los especialistas que toman las muestras, siempre tienen más destrezas que los médicos generales. Así por ejemplo, la biopsia de cervix, tomada por un ginecólogo, de los cuatro cuadrantes del cuello mediante colposcopia.

El dermatólogo selecciona apropiadamente los sitios de biopsia, siempre toma las más representativas, las coloca en fijadores adecuados y además provee de una lista de posibilidades diagnósticas.

El cirujano oncólogo obtiene el mejor ganglio para estudio del sitio de drenaje apropiado, realiza inmediatamente la placa de impronta y envía la muestra en formol buferado. (Vivar Díaz, 2010)

14.5.3 Resultados esperados de la alternativa

Los resultados que se buscan alcanzar con la propuesta son los siguientes:

- Que el personal del Departamento de Anatomía Patológica implemente procesos operativos de calidad para asegurar resultados confiables en la realización de exámenes patológicos en el Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil.

- Que las autoridades y personal del Departamento de Anatomía Patológica hagan conciencia sobre la importancia de la entrega de análisis de laboratorio confiables t que atraviesen por procesos de calidad.
- Que se logre optimizar tiempo en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio con el máximo de efectividad.
- Que se atienda una mayor demanda de requerimientos por parte de las diferentes áreas del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”, ampliando las coberturas de los servicios brindados.
- Que el Departamento de Anatomía Patológica Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”, sea líder regional y nacional en la entrega de productos y servicios de calidad, en cada una de las actividades relacionadas al departamento.

15 BIBLIOGRAFÍA/LINKOGRAFIA

- Aenor. (2000). *Guía para la implantación de sistemas de la calidad ISO 9000 en la PYME de comercio y servicios*. Madrid: AENOR.
- Centre Català de la Qualitat. (2001). *ISO 9001:2000 Guia de la Qualitat*. Barcelona: CIDEM.
- Cevallos, P. (2014). *Implantación de la Calidad en el Sistema de Gestión de la Empresa Ditecservice Cia. Ltda.* Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
- Congreso Nacional. (2002). *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. Quito: Registro Oficial.
- Costa, J. M. (2000). *Gestió de la qualitat en un món de serveis*. Barcelona: Gestió.
- Del Bosque, S. (1998). *Megatendencias de Cambio y Desarrollo en las Proximidades del Siglo XXI*. México: CIESS-OPS.
- Delgado, M., & Ochoa, M. E. (2011). *Disminuir el tiempo de entrega de los informes Anatomopatológicos. Propuesta para el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil*. Guayaquil: UCSG.
- Diccionario de la Lengua Española. (1987). *Diccionario de la Lengua Española*. Barcelona: Grupo Editorial Océano.
- DiPrete Brown, L., Miller Franco, L., Rafeh, N., & Hatzell, T. (2012). Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. *Serie de Perfeccionamiento de la Metodología de Garantía de Calidad*, 5-6.

- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44:166-203.
- EFQM. (1996). Directrices para el sector público: salud. *Madrid: Club Gestión de Calidad*, 112.
- Flores, G., & Castillo, A. (2012). Una mirada desde la sociedad civil de la gobernanzadel Sistema Nacional de Salud. *Esfera Pública*, 154.
- García, M., González, R., & Oñate, V. (2010). *Evaluación de la calidad de lectura citológica para el despistaje de lesiones malignas y pre-malignas*. Barcelona: Universidad de Oriente.
- Guevara, M. (2015). *DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001-2008 EN LA EMPRESA INOX*. Riobamba: ESPOCH.
- Joint Commission. (1998). *Estándares de acreditación de hospitales*. Barcelona: FAD.
- Mendoza Amat, J., & Montero González, T. (2004). *Introducción a la Patología*. La Habana: SLD-Cuba. Obtenido de SLD.
- MSP Ministerio de Salud Pública. (2012). *Modelo de Atención Integral de Salud*. Quito: MSP ECUADOR.
- Norma Internacional ISO 9000. (2005). *Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabulario*. Ginebra: ATR.
- Orellana, R. (2008). *Programa MEF Anatomía Patológica*. México: UDIAT-CENTRE DIAGNÓSTIC S.A.

- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa. *Carta de Ottawa*, 15-50.
- Palmer, H. (1983). Ambulatory Health Care Evaluation Principles and Practice. *American Hospital Association*, 139.
- Ruelas, E., & Frenk, J. (1989). *Framework for the Analysis of Quality in Transition*. Mexico: Australian Clinical Review.
- Salas Chávez, Á., Castillo Martínez, A., Torres Martínez, R., Icaza Gurdián, C., & Carballo Rosabal, M. (2004). *Introducción a la calidad en los servicios de salud en el nivel local*. Costa Rica: CENDEISS.
- Sandoval Tenorio, N. (2015). *Las funciones del Trabajador Social en el área de Salud*. Manta: Universidad Eloy Alfaro.
- Vance Mafla, C. (2012). *Modelo de Atención Integral de Salud*. Quito: MSP.
- Vivar Díaz, N. (2010). *Manual de procedimientos en anatomía patológica*. Quito: Activa Diseño Editorial.

16 ANEXOS

ANEXO No. 1: Encuesta aplicada al personal operativo.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Centro de Estudios Postgrado y Educación Continua
MAESTRÍA EN GERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD
(CEPEC)

CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y PROFESIONALES QUE REQUIEREN DE SUS SERVICIOS

FECHA: _____

1.- ¿Conoce usted si el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón tiene un comité para la planificación y la evaluación del trabajo en el Departamento de Anatomía Patológica?

Si ()

No ()

2.- ¿Considera usted que la correcta planificación del trabajo en el Departamento de Anatomía Patológica mejoraría los procesos operativos dentro del mismo?

Si ()

No ()

3.- ¿Con qué frecuencia sigue usted, los procesos operativos establecidos en el Departamento de Anatomía Patológica para la realización de las pruebas en el laboratorio?

Siempre ()

Rara vez ()

Nunca ()

4.- ¿Tiene usted conocimiento de las responsabilidades que le competen a cada uno de los profesionales y miembros del personal que labora en el Departamento de Anatomía Patológica?

Si ()

No ()

5.- ¿Ha sido usted evaluado últimamente en la aplicación de los respectivos protocolos durante los procesos operativos que se llevan a cabo en el Departamento de Anatomía Patológica?

Si ()

No ()

6.- ¿Ha asistido usted a eventos de capacitación en los procesos operativos y administrativos referentes a su área de trabajo fuera de la institución?

Si ()

No ()

7.- ¿Ha cometido usted un error sistemático al realizar una prueba en el laboratorio de Anatomía Patológica, o ha recibido resultados del mismo con errores?

Si ()

No ()

8.- ¿Ha informado usted a sus superiores acerca de algún error al aplicar los procesos operativos o al haber recibido resultados del laboratorio de Anatomía Patológica?

Si ()

No ()

9.- ¿Reconoce usted cuáles son los aspectos que podrían incidir en la efectividad de los procesos operativos que se llevan a cabo en su área de trabajo?

Si ()

No ()

10.- ¿Cree usted que el hecho de que los resultados de las pruebas patológicas sean una base primordial en el diagnóstico de enfermedades, debería incidir en la aplicación de las normas de calidad al realizarlas?

Si ()

No ()

ANEXO No. 2: Entrevista aplicada a las autoridades del Hospital.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Centro de Estudios Postgrado y Educación Continua
MAESTRÍA EN GERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD
(CEPEC)

ENTREVISTA CON LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL DR. ABEL GILBERT PONTÓN

FECHA: _____

1.- ¿Cuáles son los indicadores para evaluar los servicios que brinda el Departamento de Anatomía Patológica?

2.- ¿Se planifican actividades para la mejora de los procesos operativos del Departamento de Anatomía Patológica?

3.- ¿Existen garantías de calidad que en los servicios que se brindan en el Departamento de Anatomía Patológica?

4.- ¿El personal operativo del Departamento de Anatomía Patológica se capacita permanentemente?

5.- ¿Qué actividades se ejecutan para mejorar y optimizar el tratamiento de pruebas, confiabilidad de resultados y efectividad de los servicios en el Departamento de Anatomía Patológica?

ANEXO No. 2: Guía de Observación.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Centro de Estudios Postgrado y Educación Continua
MAESTRÍA EN GERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD
(CEPEC)

GUÍA DE OBSERVACIÓN SOBRE PROCESOS DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL DR. ABEL GILBERT PONTÓN

FECHA: _____

Especialidades que solicitan exámenes en el Departamento de anatomía patológica	Cirugía general
	Cirugía maxilofacial
	Cirugía oncológica
	Cirugía pediátrica
	Cirugía plástica, reconstructora y maxilofacial
	Cirugía vascular
	Neurocirugía
	Oftalmología
	Otorrinolaringología
	Traumatología y cirugía ortopédica
	Urología
	Anestesiología y reanimación
	Ginecología y obstétrica
	Cirugía cardiovascular
Centro quirúrgico	
Especialidades clínicas que solicitan exámenes en el Departamento de anatomía patológica	Dermatología
	Endocrinología
	Gastroenterología
	Mastología
	Oncología
Recepción de muestras de los quirófanos y otros servicios	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.

Citología.- Matricular y procesamiento de muestras	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
Personal que opera en el Departamento de Anatomía Patológica	Cantidad	Profesionales