

COMUNICACIÓN

Jefe de servicio con liderazgo en un centro hospitalario

Head of service leadership in a hospital

Dr. Derby Jiménez Serrano¹

Dr. Isidoro Padilla Magdaleno²

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: derby@cardiovc.vcl.sld.cu

² Especialista de I y II Grados en Ortopedia y Traumatología. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: ipm4712@capiro.vcl.sld.cu

RESUMEN

En el servicio médico se lleva a cabo el proceso básico de la servucción, en el que se materializan todo el proceso médico asistencial y docente y la investigación de una institución. Este artículo describe aspectos fundamentales del liderazgo y las funciones, tanto del líder como de los servicios médicos, de una institución para lograr la excelencia en la actividad.

Palabras clave: administración de los servicios de salud, liderazgo, hospitales

ABSTRACT

In the medical service performs the basic process of servuction, in which all medical care and teaching process and research institution are materialized. This article describes key aspects of leadership and functions of both the leader and medical services, an institution to achieve excellence in the activity.

Key words: health services administration, leadership, hospitals

¿Qué hace un jefe de servicio con liderazgo?

En el servicio médico se lleva a cabo el proceso básico de la servucción, en el que se materializan todo el proceso médico asistencial (PMA) y docente y la investigación de un hospital. Constituye el factor decisivo en el resultado final del buen o mal funcionamiento de esa gran unidad organizacional tan compleja en la que todo tiene que concatenar casi a la perfección para tener los resultados deseados.

Los recursos humanos son el principal factor a tener en cuenta para cualquier organización, el rendimiento del hospital se ve muy influenciado por el nivel de

conocimiento, las habilidades, los talentos y la motivación del recurso humano que presta los servicios de salud para lograr los objetivos a alcanzar,¹ pero el líder que los convoca en función de optimizar los subprocesos es de vital importancia.

No es concebible un proceso sin organización, sin disciplina, sin sus correspondientes objetivos de trabajo y sin los indicadores de gestión que sean capaces de medir su funcionamiento armónico,¹⁻⁶ todo acompañado de un buen sistema de información gerencial (comunicación interna entre los diferentes servicios y procesos del hospital, buenas estadísticas médicas, información epidemiológica y un buen líder con la habilidad de ser buen comunicador), con toma de decisiones basadas en hechos.⁷

En el proceso de toma de decisiones no siempre se dispone, en el momento preciso, de toda la información requerida y, mientras más compleja sea la decisión, más difícil resultará conocer todas las alternativas.

La toma de decisiones es una función sumamente importante por parte de la gerencia pues tiene un impacto directo en el éxito o el fracaso de las decisiones que se toman dentro de la organización.⁷⁻¹⁰

El jefe del servicio llega en las mañanas más temprano que su personal de trabajo con el objetivo de saber cómo se comportó la guardia médica, la atención que recibieron y la que brindaron sus trabajadores (médicos, enfermeras y el resto del equipo), de explorar su satisfacción y la de los pacientes y familiares; conoce la situación real que tiene con sus camas hospitalarias y con la puntualidad y la asistencia de sus recursos humanos (enfermeras, auxiliares, etc); está al tanto del estado de los recursos materiales a su cargo y en función del servicio (recopilación de información), lo que le permite conocer la vitalidad con la que iniciará el servicio ese día y toma las decisiones pertinentes en tiempo para su buen desempeño.

En el horario establecido comienza la entrega de guardia, que debe llevar una rutina en la que algunas cosas no debían quedar olvidadas:

Participación de todo el personal médico y las jefas de sala de enfermería, si se entiende necesario, y exigir asistencia y puntualidad (posterior toma de decisiones).

Comienza con la entrega al servicio de la guardia por el jefe de la guardia médica saliente.

1. Se debe exponer un resumen de historia clínica (HC) por paciente, con el diagnóstico al ingreso, la sala y la cama donde se ubicó, si fue informado de grave, si le fue confeccionada la HC, la discusión diagnóstica (DD) y los exámenes complementarios de rutina indicados según la orientación diagnóstica del caso, con el objetivo de disminuir la estadía hospitalaria, uno de los principales indicadores del movimiento hospitalario relacionado con el recurso cama.
2. Se entregará la HC confeccionada (principal trazador del proceso médico asistencial y documento legal) a uno de los especialistas integrantes del Grupo básico de trabajo (GBT) de la sala correspondiente para que la revise al momento y corrija cualquier error o confección de mala calidad; se evaluarán los alumnos, los internos y los residentes en cada caso.
3. Se relacionan las incidencias ocurridas en la guardia que puedan o hayan afectado el PMA como casos discutidos con otras especialidades sin ponerse de acuerdo, incongruencias con criterios de ingresos en las terapias y demora o imposibilidad en los estudios realizados.
4. Tener conocimiento de los trasladados a las salas de terapia y sus causas, casos atendidos de otros servicios y sus diagnósticos y si quedaron pendiente de algún seguimiento por el servicio.

5. Dejar definido los casos que quedaron fuera de la sala del servicio, con diagnóstico y prioridades de traslado según la gravedad; garantizar su atención prioritaria por los especialistas que corresponden (generalmente casos que más se complican y fallecen).
6. Análisis de los fallecidos durante la guardia, causas y acciones que fueron realizadas, si se realizó o no la necropsia y porqué. Revisión de la HC para la definición correcta de las causas de muerte y su correspondencia con el certificado de defunción.
7. Entrega de la asistencia de los alumnos, los internos y los residentes, cumplimiento de las tareas orientadas y control de las habilidades a alcanzar por ellos.
8. Entregar el estado en el que quedaron las salas (graves, número de camas vacantes y disponibles). Plantear cualquier incidencia con pacientes acompañantes o trabajadores.
9. Número de remitidos recibidos y cuántos fueron regresados al área de salud y evaluados por el especialista.
10. Ingreso de paciente de interés administrativo y científico-docente (o ambos) según los protocolos para su seguimiento por el jefe de servicio.

Después se dan las orientaciones de trabajo del día:

Distribución de los recursos humanos por las actividades planificadas según el plan de trabajo mensual.

Orientaciones e informaciones sobre la docencia médica.

Disposiciones de carácter administrativo emanadas por el jefe de servicio, la subdirección o las organizaciones políticas, sindicales o juveniles.

Esta rutina debe realizarse en el menor tiempo posible, pero con la responsabilidad y la seriedad que lleva implícitas y con la consiguiente toma de decisiones durante su realización.

El jefe de servicio, además de sus obligaciones administrativas, que ocuparán parte de su tiempo, debe siempre mantener su vinculación médico asistencial, docente e investigativa; conservar su liderazgo como administrativo y profesional y lograr ser ejemplo ante su colectivo.

Otras tareas necesarias para la dirección conforman parte de la rutina a realizar durante el mes:

-Realizar el plan de trabajo individual de sus subordinados que debe incluir, además de sus obligaciones curriculares como médicos, la docencia, la investigación y la guardia médica, así como su participación en el resto de las actividades convocadas por los diferentes factores

-Exigir y controlar actividades a realizar por los jefes de salas:

Como la disciplina y la organización de las salas, que se realice la reunión de acompañantes, el comienzo del pase de visita docente asistencial en el horario establecido, lograr que todos los especialistas y residentes conozcan el 100% de los pacientes ingresados en la sala, la asignación correspondiente de un número de pacientes por camas de las que cada especialista será el responsable del proceso médico asistencial y garantizará una HC de calidad y, en caso necesario, rediscusiones, interconsultas, evoluciones médicas y de enfermería que reflejen el estado real del paciente, buenos comentarios médicos, diagnóstico al egreso que se corresponda con la DD, hoja de egreso explicativa al profesional que dará posterior seguimiento y tratamiento acorde a la enfermedad y las complicaciones presentes en el paciente.

-Hacer las discusiones colectivas de casos de difícil diagnóstico en el servicio, exigir el testimonio documental de los principales acuerdos tomados en la HC, en el que el pensamiento médico quede plasmado en función de un diagnóstico en vida del paciente.

-Lograr en conjunto (el jefe de sala médico y la jefa de sala de enfermería) el chequeo sistemático del subproceso de enfermería.

-Controlar el tiempo de demora de los estudios complementarios y agilizarlos al máximo, si fuera posible, mediante la gestión interna entre los diferentes departamentos.

-Chequear de forma sistemática los principales indicadores del movimiento hospitalario del servicio.

-Exigir que esté plasmado el consentimiento informado de forma documental.

En la reunión de acompañantes explicar el costo hospitalario, así como al egreso el valor aproximado del servicio prestado gratuitamente.

Durante el mes el jefe de servicio tiene al menos tres reuniones importantes para los que siempre debe asistir con la mayor preparación posible, con sus estadísticas en manos y la mayor información posible sobre los temas a tratar.

- ✓ Reunión de afiliados (Reunión de calidad de los servicios) en la que se hace un informe administrativo abarcador. Movimiento Colectivo Moral.
- ✓ Comité de infecciones.
- ✓ Marcha de la implementación de la Resolución 60/2011.
- ✓ Consejo de la subdirección.

La reunión de afiliados debe estar compuesta por todos los factores (jefe de servicio, jefe de la sección sindical, secretario del PCC y la UJC del área, más todos los trabajadores del servicio). Debe hacerse una reunión de coordinación previa.

En el orden del día no deben faltar puntos a tratar como:

-Control de la asistencia y la puntualidad de todos los integrantes.

-Informe del secretario de la sección sindical con los diferentes puntos a tratar por su orden del día e información de las actividades planificadas para el mes (lograr la emulación entusiasta).

-Exposición por el jefe de servicio de los principales indicadores del movimiento hospitalario (toma de decisiones).

-Análisis de los demás indicadores gerenciales del servicio que tengan un resultado negativo que deben corregirse o sean muy positivos dignos de la estimulación (toma de decisiones).

-Estado de cumplimiento de los objetivos de trabajo (deben chequearse con carácter trimestral para no hacer cargada esta actividad).

-Análisis de la mortalidad, de vital importancia para disminuir al mínimo este indicador de reputación negativa sobre el servicio; tomar acciones para disminuir sus causas.

-Lectura del plan de trabajo del jefe de servicio para conocimiento de todos los involucrados en las diferentes tareas a realizar o llevar a cabo en los que estén comprometidos.

Aquí se exponen algunos de los indicadores que debe tener en cuenta un servicio para monitoreo del funcionamiento y comparación de sus resultados en el tiempo.

Indicadores de servicios quirúrgicos³⁻⁶

1. Número de ingresos del servicio
2. Principales 10 causas de ingreso por servicio
3. Promedio de ingresos diarios
4. Número de egresos del servicio
5. Promedio de egresos diarios

6. Mortalidad neta del servicio
7. Mortalidad bruta por servicio
8. Índice ocupacional del servicio
9. Promedio de estadía del servicio
10. Nivel de actividad (días/pacientes)
11. Camas reales
12. Índice de rotación de las camas hospitalarias
13. Intervalo de sustitución de las camas hospitalarias
14. Por ciento de cumplimiento del plan quirúrgico
15. Operaciones más frecuentes por mes/año
16. Total de cirugías mayores
17. Total de cirugías mayores urgentes
18. Total de cirugías mayores electivas
19. Total de cirugías mayores ambulatorias
20. Total de cirugías menor
21. Total de cirugías menores urgentes
22. Total de cirugías menores electivas
23. Total de cirugías menores ambulatorias
24. Total de cirugías generales realizadas
25. Estadía pre-operatoria
26. Lista espera quirúrgica
27. Productividad quirúrgica por salón
28. Productividad quirúrgica por salón en la cirugía mayor urgente
29. Productividad quirúrgica por salón en la cirugía menor urgente
30. Índice consumo de sangre del servicio
31. Índice consumo de plasma del servicio
32. Índice consumo de albúmina del servicio
33. Por ciento de unidades de hemoderivados a consumir por paciente
34. Rescate mensual de donaciones de sangre en el servicio
35. Tiempo de espera por estudios complementarios
36. Promedio de casos vistos en consulta externa
37. Por ciento de expedientes evaluados como no satisfactorios
38. Índice de expedientes clínicos con orden de ingreso deficiente
39. Índice de expedientes clínicos con discusiones diagnósticas deficientes
40. Índice de expedientes clínicos con primeras evoluciones médicas deficientes
41. Índice de expedientes clínicos con errores en el seguimiento de las enfermedades de ingreso y complicaciones (o ambas)
42. Índice de expedientes con errores en el manejo terapéutico
43. Índice de expedientes con evoluciones médicas deficientes
44. Índice de expedientes con hoja de egreso deficiente
45. Índice de expedientes sin comentarios médicos
46. Índice de no correlación diagnóstica-terapéutica
47. Índice de reingreso
48. Por ciento de expedientes clínicos evaluados con diagnóstico correcto y operación justificada en la cirugía mayor/urgente/ambulatoria
49. Por ciento de expedientes clínicos evaluados con diagnóstico incorrecto y operación justificada en la cirugía mayor/urgente/ambulatoria
50. Por ciento de expedientes clínicos evaluados con diagnóstico incorrecto y operación injustificada en la cirugía mayor/urgente/ambulatoria
51. Por ciento de expedientes clínicos evaluados con diagnóstico correcto y operación injustificada en la cirugía mayor/urgente/ambulatoria

52. Por ciento de expedientes clínicos evaluados con operación suficiente en la cirugía mayor/urgente/ambulatoria
53. Por ciento de expedientes clínicos evaluados con operación insuficiente en la cirugía mayor/urgente/ambulatoria
54. Por ciento de expedientes clínicos evaluados con operación exagerada en la cirugía mayor/urgente/ambulatoria
55. Por ciento de expedientes clínicos evaluados con accidente quirúrgico en la cirugía mayor/urgente/ambulatoria
56. Por ciento de reintervenciones
57. Índice de necropsias
58. Índice de expedientes no satisfactoria sin problemas
59. Índice de expedientes no satisfactorios con problemas
60. Índice de error diagnóstico
61. Reacciones adversas a medicamentos
62. Por ciento de uso de la acupuntura
63. Por ciento de uso de la medicina verde y homeopática
64. Por ciento de uso de analgesia quirúrgica acupuntural
65. Índice de tratamientos antibióticos no reajustados por filtrado glomerular
66. Tasa de infección nosocomial por servicio
67. Tasa de infección de heridas quirúrgicas limpias
68. Tasa de infección en cirugía
69. Índice de sepsis en la colecistectomía convencional
70. Índice de sepsis en la colecistectomía de mínimo acceso
71. Índice de sepsis en la hernia inguinal
72. Índice de sepsis en pacientes con CU (catéter urinario)
73. Índice de sepsis en pacientes con CVC (cateter venoso central)
74. Índice de escaras nosocomiales
75. Indicador de uso de la microbiología
76. Indicador de positividad de la microbiología
77. Índice de infección nosocomial por sepsis respiratoria
78. Índice de infección nosocomial cardiovascular
79. Índice de infección nosocomial por flebitis
80. Índice de infección nosocomial por piel y mucosas
81. Índice de infección nosocomial del SNC (sistema nervioso central)
82. Índice de infección nosocomial gastrointestinales
83. Índice de insatisfacciones en pacientes encuestados
84. Índice de quejas recibidas
85. Índice de quejas con razón
86. Índice de quejas con razón en parte
87. Índice de quejas sin razón
88. Índice de quejas realizadas sobre pacientes fallecidos
89. Índice de insatisfacción en trabajadores
90. Índice de positividad de los complementarios indicados por médicos
91. Número de auditorías detectadas con problemas en el proceso médico asistencial de enfermería
92. Número de auditorías detectadas con problemas en el proceso médico asistencial por deficiencias médicas
93. Rendimiento quirúrgico por Especialista de Cirugía
94. Ausentismo laboral
95. Por ciento de ejecución del presupuesto
96. Costos por antibióticos
97. Costos día/cama

98. Costo día paciente
99. Costo por egreso
100. Consumo de alcohol por sala
101. Consumo de material gastable por servicio
102. Consumo de efectos médicos por servicio
103. Reciclaje de efectos médicos o material gastable por servicio
104. Índice de delitos
105. Lesión de cauterización
106. Trombosis de vena profunda después de la operación
107. Apéndice perforado
108. Regreso al salón por lesión ocurrida después de la cirugía previa
109. Trombo émbolo después de la operación
110. Hematoma de la herida
111. Atelectasia después de la operación

Indicadores de servicios clínicos³⁻⁶

1. Número de ingresos del servicio
2. Principales 10 causas de ingreso por servicio
3. Promedio de ingresos diarios
4. Número de egresos del servicio
5. Promedio de egresos diarios
6. Mortalidad neta del servicio
7. Mortalidad bruta por servicio
8. Índice ocupacional del servicio
9. Promedio de estadía del servicio
10. Nivel de actividad (días/pacientes)
11. Camas reales
12. Índice de rotación de las camas hospitalarias
13. Intervalo de sustitución de las camas hospitalarias
14. Letalidad por asma bronquial
15. Letalidad por diabetes mellitus
16. Letalidad por infarto agudo del miocardio
17. Letalidad por accidentes vasculares encefálicos
18. Letalidad por suicidio
19. Índice consumo de sangre del servicio
20. Índice consumo de plasma del servicio
21. Índice consumo de albúmina del servicio
22. Por ciento de unidades de hemoderivados a consumir por paciente
23. Índice de reacciones post-transfusión
24. Por ciento de transfusiones de hemoderivados evaluadas sin criterio por las buenas prácticas de su uso
25. Por ciento de órdenes de transfusiones mal confeccionadas
26. Número de trasplantes de médula ósea
27. Índice de certificados médicos emitidos por médicos en consulta externa
28. Número de dietas emitidas por médico por tipo en sala
29. Número de dietas emitidas por médico por tipo en sala en consulta externa
30. Índice de certificados médicos emitidos por médicos en cuerpo de guardia
31. Índice de certificados médicos emitidos por médicos en consulta externa
32. Tiempo de espera en consulta externa
33. Tiempo de espera por estudios complementarios
34. Promedio de casos vistos en consulta externa

35. Número de estudios realizados por tipo
36. Índice de expedientes no satisfactorios
37. Índice de expedientes clínicos con orden de ingreso deficiente
38. Índice de expedientes clínicos con discusiones diagnósticas deficientes
39. Índice de expedientes clínicos con primeras evoluciones médicas deficientes
40. Índice de expedientes clínicos con errores en el seguimiento de las enfermedades de ingreso y complicaciones -o ambos- (no adherencia a los protocolos)
41. Índice de expedientes con errores en el manejo terapéutico (no adherencia a los protocolos)
42. Índice de expedientes con evoluciones médicas deficientes
43. Índice de expedientes con hoja de egreso deficiente
44. Índice de expedientes sin comentarios médicos
45. Índice de no correlación diagnóstica-terapéutica
46. Índice de reingreso
47. Índice de necropsias
48. Índice de expedientes no satisfactoria sin problemas
49. Índice de expedientes no satisfactorios con problemas
50. Índice de reparos de certificados de defunción
51. Índice de consumo de certificados de defunción
52. Índice de error diagnóstico
53. Reacciones adversas a medicamentos
54. Índice de tratamientos antibióticos no reajustados por filtrado glomerular
55. Tasa de infección nosocomial por servicio
56. Índice de sepsis en pacientes con CU (catéter urinario)
57. Índice de sepsis en pacientes con CVC
58. Índice de escaras nosocomiales
59. Indicador de uso de la microbiología
60. Indicador de positividad de la microbiología
61. Índice de infección nosocomial por sepsis respiratoria
62. Índice de infección nosocomial cardiovascular
63. Índice de infección nosocomial por flebitis
64. Índice de infección nosocomial por piel y mucosas
65. Índice de infección nosocomial del SNC
66. Índice de infección nosocomial gastrointestinales
67. Índice de insatisfacciones en pacientes encuestados
68. Índice de quejas recibidas
69. Índice de quejas con razón
70. Índice de quejas con razón en parte
71. Índice de quejas sin razón
72. Índice de quejas realizadas sobre pacientes fallecidos
73. Índice de insatisfacción en trabajadores
74. Índice de positividad de los complementarios indicados por médicos
75. Número de auditorías detectadas con problemas en el proceso médico asistencial de enfermería
76. Número de auditorías detectadas con problemas en el proceso médico asistencial por deficiencias médicas
77. Ausentismo laboral
78. Por ciento de ejecución del presupuesto
79. Costos por consumo de antibióticos
80. Costos por consumo de alcohol

81. Costos por consumo de efectos médicos
82. Costos por consumo de material gastable
83. Costos por consumo telefónico
84. Costos cama por servicio
85. Costos día/cama
86. Costo día/paciente
87. Costo por egreso
88. Consumo de alcohol por sala
89. Consumo de material gastable (por tipo) por servicio
90. Consumo de efectos médicos (por tipo) por servicio
91. Reciclaje de efectos médicos o material gastable (por tipo) por servicio
92. Índice de delitos
93. Indicador de uso de la acupuntura (número de pacientes tratados con acupuntura/total de pacientes atendidos en el centrox100). Estratificado para cuerpo de guardia, consulta externa y hospitalizados
94. Indicador de uso de la medicina verde (número de pacientes tratados con medicina verde/total de pacientes atendidos en el centrox100). Estratificado para cuerpo de guardia, consulta externa y hospitalizados.

El liderazgo de un jefe de servicio está dado por su ejemplaridad como trabajador, por la toma de buenas decisiones que lleven adelante el desarrollo del servicio tanto en la superación y la calidad de sus recursos humanos como el cuidado de sus recursos materiales disponibles a explotar, por la organización y la disciplina, por la satisfacción de sus pacientes, acompañantes y trabajadores, por lograr siempre un diagnóstico del paciente de forma eficiente, por la aplicación de los protocolos establecidos, porque la comunicación dentro de su colectivo sea de excelencia y porque no existan quejas sobre el mismo, lo que tiene como resultado final producir salud.

Se ha enfatizado en algunos indicadores separados por servicios clínicos y quirúrgicos, pero en resumen no es más que aplicar el Reglamento hospitalario en toda su magnitud, buscar el resultado deseado a través de los diferentes comités de calidad establecidos, aglutinados con otros elementos de la unidad de calidad, que lleven a la percepción de servicios de calidad tanto por el que los presta como por el que los recibe y obtener, por voluntad del pueblo, la condición de Colectivo Moral, y posteriormente, Colectivo de Excelencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Administración hospitalaria. Wikipedia [Internet]. Washington: Fundación Wikimedia, Inc; 2015 [actualizado 18 Jun 2013; citado 26 Ene 2015]:[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Administraci%C3%B3n_hospitalaria
2. Moreno Domene P, Estévez Lucas J, Moreno Ruiz JA. Indicadores de Gestión Hospitalaria. Rev SEDISA [Internet]. 2010 [citado 12 Dic 2013];XXI(16):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://directivos.publicacionmedica.com/spip.php?article381&var_mode=calcul
3. Evaluación de resultados de los hospitales en España según su modelo de gestión [Internet]. 2012 Nov [citado 12 Dic 2013]:[aprox. 7 p.]. Disponible en: www.iasist.com/files/Modelos_de_gestion.pdf
4. Elorza ME, Vanina Ripari N, Cruciani F, Silvana Moscoso N, Gullace ME. Clasificación de las causas que determinan estadía inadecuada útil para la gestión hospitalaria. Rev

- Cubana Salud P b [Internet]. 2012 Oct-Dic [citado 12 Dic 2013]; 38(4):581-90. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_4_12/spu09412.htm
5. Parra Hidalgo P, Calle Urra JE, Peiró Moren  S. Indicadores de calidad para hospitales del sistema nacional de salud Revista de Calidad Asistencial (RCA) [Internet]. 2013 [citado 12 Dic 2013]; 28(5): 313-20. Disponible en: www.calidadasistencial.es
 6. González Sánchez B, López-Valeiras Sampedro E, Gómez Conde J. La evaluación del rendimiento en los hospitales públicos españoles: una primera aproximación. Rev Iberoam Contab Gest. 2009; 14:0-11.
 7. García Higuera JA. Toma de decisiones. La información para esta Ayuda PIP ha sido recolectada de una variedad de recursos de investigación. Psicoterapeutas.com [Internet]. 2013 [actualizado 2 Ago 2013; citado 28 Sep 2014]. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/m-00451/tomadecisiones.htm>
 8. Arrendondo Trapero FG, Vázquez Parra JC. Un modelo de análisis racional para la toma de decisiones gerenciales, desde la perspectiva elsteriana. Pontificia Universidad Javeriana Bog ta, Colombia. Cuad Administr [Internet]. 2013 [citado 12 Dic 2013]; 26(46): 135-58. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20527100006>
 9. Touzet H. Tipos de Decisiones Gerenciales. Gerencia Estratégica, Gerencia Operativa [Internet]. 2012 [actualizado 19 Jun 2012; citado 28 Sep 2014]. Disponible en: <http://plaen.blogspot.com/2012/06/tipos-de-decisiones-gerenciales.html>
 10. Valda JC. Decisiones basadas en hechos. Grandes Pymes [Internet]. 2011 Nov [actualizado 5 Nov 2012; citado 28 Sep 2014]. Disponible en: <http://jcvalda.wordpress.com/2011/11/05/la-toma-de-decisiones-basada-en-hechos/>

Recibido: 3-2-2015

Aprobado: 27-2-2015

Derby Jiménez Serrano. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro". Avenida Hospital Nuevo e/ Doble Vía y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)(42)270000. Correo electrónico: derby@cardiovc.vcl.sld.cu