

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR-MATRIZ**

**FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES**

**TRABAJO DE TITULACIÓN DE TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN  
DE TÍTULO DE MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS  
CON MENCIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y  
PRODUCTIVIDAD**

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CALIDAD DE  
ATENCIÓN AL USUARIO, CASO APLICADO EN EL HOSPITAL  
PABLO ARTURO SUÁREZ**

**ING. FRANCISCO SALVADOR DURÁN PÉREZ**

**DIRECTOR: ING. FERNANDO SOLÁ YÉPEZ, MBA.**

**QUITO, ABRIL 2016**

**DIRECTOR**

Ing. Fernando Solá Yépez, MBA.

**INFORMANTES**

Ing. Genoveva Zamora Moreta, MBA.

Ing. Paúl Idrobo Dávalos, MBA.

### **Dedicatoria**

A mi hija quién es y será el motivo y la razón de seguir creciendo personal y profesionalmente, a mi querida esposa que ha sido apoyo fundamental en todos los retos de mi vida y a mis padres que pusieron la semilla de una buena educación en mi camino para llegar hasta donde hoy estoy.

### **Agradecimiento**

Agradezco en primer lugar a las autoridades del Hospital Provincial General “Pablo Arturo Suárez”, en especial al Ing. Marco Antonio Cazco quién me dio la oportunidad de acompañarlo en su gestión como Gerente Hospitalario y a mi equipo de trabajo quienes me acompañaron en la Coordinación de Calidad, Lic. Rosa Chiluiza y Lic. Martha Collahuazo; de quienes tuve una excelente retroalimentación sobre la atención en los servicios de salud y gracias a quienes se me facilitó el desarrollo de mis conocimientos en el desempeño laboral en esta institución.

## **RESUMEN EJECUTIVO**

En la actualidad hablar de calidad de la atención o mejoramiento de los servicios públicos ya no es una utopía, es una realidad, realidad que se concreta siempre y cuando las organizaciones centren sus esfuerzos en trabajar bajo un enfoque basado en el cliente y, mas aún, en un enfoque basado en procesos que garantice la estandarización de los servicios y permita establecer una línea base de atención que pueda ser medida, analizada y mejorada en un espacio de tiempo.

Para el desarrollo del modelo de calidad en la atención de los servicios de salud pública se ha considerado como objeto de estudio el Hospital General Provincial “Pablo Arturo Suárez”, casa de salud de segundo nivel de atención.

Un enfoque basado en procesos para el Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez vendría a ser una línea de base para iniciar con la estructuración de un sistema de calidad a través del cual se pueda entender y organizar de mejor manera los procesos y los servicios de la organización, para brindar una atención de calidad y calidez como lo establecen los planteamientos del Plan Nacional del Buen Vivir y la Constitución de la República.

A través del presente trabajo se pretende desarrollar un modelo de calidad basado en procesos, orientado a satisfacer las necesidades del usuario de los servicios de salud, con la finalidad de alinear las atribuciones y responsabilidades de los servidores públicos con los lineamientos internacionales de seguridad del paciente, para garantizar de esta manera una atención oportuna, digna, gratuita, sin discriminación alguna y por sobre todo que aporte a minimizar los riesgos del paciente en el proceso de atención; esto a través del diseño de los procesos relacionados con la gestión de atención al usuario y un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos fundamentados en la metodología de círculos rápidos de mejoramiento continuo.

### **Palabras Clave**

Calidad, enfoque basado en procesos, mejoramiento continuo, seguridad del paciente, satisfacción del usuario.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN EJECUTIVO.....</b>	<b>v</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>1 LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 La Salud Pública en el Ecuador .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 El Hospital Pablo Arturo Suárez .....</b>	<b>6</b>
1.2.1 Historia .....	6
1.2.2 Misión .....	8
1.2.3 Visión .....	8
1.2.4 Objetivos Estratégicos.....	9
<b>1.3 Análisis de la Calidad de Atención al Usuario de Servicios de Salud Pública .....</b>	<b>9</b>
1.3.1 Marco Histórico de la Calidad .....	10
1.3.1.1 Primera generación: Control de Calidad por Inspección .....	11
1.3.1.2 Segunda generación: Aseguramiento de la calidad.....	11
1.3.1.3 Tercera generación: El Proceso de Calidad Total.....	12
1.3.1.4 Cuarta Generación: Mejora del Proceso de Calidad total .....	13
1.3.2 Principales Exponentes de la Calidad Total.....	14
1.3.2.1 Armand V. Feigenbaum .....	15
1.3.2.2 William Edward Deming .....	16
1.3.2.3 Joseph M. Juran.....	18
1.3.2.4 Kaoru Ishikawa .....	21
1.3.2.5 Genichi Taguchi .....	24
1.3.2.6 William G. Ouchi .....	27
1.3.2.7 Philip B. Crosby .....	29
1.3.3 Definición de Calidad y Calidad de la Atención en Salud.....	33
1.3.4 Encuesta para Determinar la Satisfacción del Usuario de los Servicios de Salud en el HPAS.....	45
1.3.5 Cálculo de la Muestra.....	46
1.3.6 Tabulación y Resultados .....	48

<b>2 IMPORTANCIA DEL ENFOQUE BASADO EN PROCESOS .....</b>	<b>57</b>
<b>2.1 Introducción .....</b>	<b>57</b>
<b>2.2 ¿Qué es un Proceso? .....</b>	<b>59</b>
<b>2.3 Tipo de Procesos .....</b>	<b>62</b>
2.3.1 Procesos para la Gestión de una Organización .....	63
2.3.2 Procesos para la Gestión de Recursos .....	63
2.3.3 Procesos de Realización .....	63
2.3.4 Procesos de medición, análisis y mejora .....	64
<b>2.4 Comprensión del Enfoque Basado en Procesos .....</b>	<b>65</b>
<b>3 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CALIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO .....</b>	<b>70</b>
<b>3.1 Identificación de los Procesos .....</b>	<b>70</b>
3.1.1 Política Integrada de Gestión .....	70
3.1.2 Política Institucional de Seguridad del Paciente .....	72
3.1.3 Estructuración de acuerdo a Procesos .....	72
3.1.4 Mapa de Procesos .....	73
<b>3.2. Planificación e Implementación de los Procesos .....</b>	<b>74</b>
3.2.1 Gestión de Atención al Usuario .....	74
3.2.1.1 Gestión de la Información .....	75
3.2.1.2 Gestión de Quejas, Reclamos y Tabulación de Datos .....	80
3.2.1.3 Gestión de Satisfacción al Usuario .....	84
3.2.2 Sistema de Reporte de Incidentes y Eventos Adversos .....	87
3.2.2.1 Definiciones .....	89
3.2.2.2 Características del Sistema de Reporte de Eventos Adversos .....	92
3.2.2.3 Clasificación Internacional de los Eventos Adversos de Acuerdo a la Gravedad y Según el Tipo de Incidente .....	93
3.2.2.4 Procedimiento .....	94
3.2.2.5 Flujograma para el manejo de información a familiares en caso de ocurrencia de eventos adversos .....	96
3.2.2.6 Recomendaciones para un buen resultado en la entrevista con familiares de pacientes que han sufrido un evento adverso .....	98
3.2.2.7 Algoritmo de Reporte de Eventos Adversos .....	99

3.2.3 Implementación.....	100
<b>3.3 Medición, Análisis y Mejora de los Procesos .....</b>	<b>103</b>
3.3.1 Análisis del Proceso .....	103
3.3.2 Círculos Rápidos de Mejoramiento Continuo.....	106
3.3.2.1 Principios de los Círculos de Calidad .....	108
3.3.2.2 Objetivos de los Círculos Rápidos de Mejoramiento Continuo.....	110
3.3.2.3 Puntos Focales de los Círculos Rápidos de Mejoramiento Continuo .....	110
3.3.2.4 Condiciones ideales para la puesta en marcha de los círculos rápidos de mejoramiento continuo.....	111
3.3.2.5 Técnicas para el Funcionamiento de los Círculos de Calidad.....	113
3.3.2.6 Metodología para la Aplicación de los Círculos Rápidos de Mejoramiento Continuo en el Hospital Pablo Arturo Suárez.....	118
3.3.2.7 Agentes de Cambio en el Desarrollo de los Círculos de Mejoramiento Continuo ....	123
3.3.2.8 Beneficios de los Círculos Rápidos de Mejoramiento Continuo .....	125
<b>CAPÍTULO 4 .....</b>	<b>127</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>127</b>
4.1 CONCLUSIONES .....	127
4.2 RECOMENDACIONES .....	127
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>129</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Atención Integral de Salud MAIS.....	4
Figura 2. Producción MSP por nivel consolidado de atención 2006-2013.....	5
Figura 3. Nueva Torre HPAS-Consulta Externa.....	8
Figura 4. Fotografía de Armand V. Feigenbaum.....	15
Figura 5. Fotografía de William Edward Deming.....	16
Figura 6. Circulo de Deming.....	17
Figura 7. Fotografía de Joseph m. Juran.....	18
Figura 8. Trilogía de Juran.....	19
Figura 9. Fotografía de Kaoru Ishikawa.....	21
Figura 10. Fotografía de Genichi Taguchi.....	24
Figura 11. Fotografía de William G. Ouchi.....	27
Figura 12. Fotografía de Philip B. Crosby.....	29
Figura 13. Resultados Satisfacción Usuario pregunta 1.....	50
Figura 14. Resultados Satisfacción Usuario pregunta 2.....	51
Figura 15. Resultados Satisfacción Usuario pregunta 3.....	52
Figura 16. Resultados Satisfacción Usuario pregunta 4.....	53
Figura 17. Resultados Satisfacción Usuario pregunta 5.....	54

Figura 18. Resultados Satisfacción Usuario pregunta 6.....	55
Figura 19. Resultados Satisfacción Usuario.....	56
Figura 20. Enfoque Basado en Procesos.....	58
Figura 21. Proceso Genérico.....	60
Figura 22. Definición de Proceso.....	61
Figura 23. Proceso.....	62
Figura 24. Procesos para la Gestión de una Organización.....	63
Figura 25. Ejemplo Procesos de Realización.....	64
Figura 26. Herramientas de calidad para el mejoramiento continuo.....	64
Figura 27. Ejemplo de vínculo de los procesos a través de los departamentos en una organización.....	65
Figura 28. Ejemplo de secuencia de procesos y sus interacciones.....	66
Figura 29. Herramientas de calidad para el mejoramiento continuo.....	69
Figura 30. Mapa de Procesos HPAS.....	74
Figura 31. Flujograma manejo de información a familiares.....	97
Figura 32. Algoritmo de Reporte de Eventos Adversos.....	99
Figura 33. Análisis de requerimientos y satisfacción.....	103
Figura 34. Análisis de valor agregado por actividad.....	104
Figura 35. Esquema de análisis causa-efecto.....	105

Figura 36. Ejemplo optimización del proceso.....	105
Figura 37. Diagrama Causa Efecto.....	115
Figura 38. Hoja de trabajo para aplicación del diagrama de Pareto.....	116
Figura 39. Construcción del diagrama y determinación de “pocos vitales”.....	117
Figura 40. Representación de la gráfica de dispersión.....	118
Figura 41. Flujograma para implementación de círculos rápidos.....	119
Figura 42. Metodología de Círculos Rápidos de Mejoramiento Continuo.....	120
Figura 43. Esquema de diagrama causa efecto y la clasificación del impacto.....	121

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:

Modelo Encuesta de Satisfacción al Usuario HPAS..... 46

Tabla 2:

Factores para calcular el tamaño de la muestra..... 47

Tabla 3:

Resultados Encuesta de Satisfacción al Usuario HPAS..... 49

Tabla 4:

Descripción de Actividades de Información General al Usuario..... 77

Tabla 5:

Descripción de Actividades de Información Hospitalaria..... 78

Tabla 6:

Descripción de Actividades de Información Administrativa..... 79

Tabla 7:

Indicadores de Desempeño Subproceso Gestión de la Información..... 80

Tabla 8:

Descripción de actividades para la gestión de quejas, reclamos y tabulación de datos... 82

Tabla 9:

Indicadores de Desempeño Subproceso de Gestión de Quejas, Reclamos y Tabulación de Datos..... 83

Tabla 10:	
Descripción de actividades para la gestión de satisfacción al usuario.....	86
Tabla 11:	
Indicadores de Desempeño Subproceso de Gestión de Satisfacción al Usuario.....	87
Tabla 12:	
Plan de Implementación Modelo de Calidad de la Atención al Usuario en los Servicios de Salud.....	101
Tabla 13:	
Matriz Selección de Problemas.....	113
Tabla 14:	
Matriz de programación de Ciclos Rápidos.....	122

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad las empresas tanto del sector privado como las del sector público están obligadas a mantener ciertos estándares de atención con la finalidad de fidelizar clientes, aumentar sus ventas y por ende su rentabilidad y, en otros casos, mantener su status de servicio a la ciudadanía brindando atenciones con “calidad y calidez”. En las “empresas” del sector público, también conocidas como unidades operativas, es primordial establecer una ruta clara para la solución de conflictos que se le puedan presentar a los usuarios con respecto a la calidad de sus niveles de atención a la ciudadanía; con una población amplia de atención que no discrimina clases sociales, etnias o nivel cultural, es más aún necesario que se implemente un modelo de gestión de calidad en atención al usuario. De ahí la necesidad de realizar el presente trabajo fundamentado en el concepto de la administración basada en procesos y el mejoramiento continuo de los servicios, aterrizando el propósito de mejorar la eficacia y eficiencia de la organización para alcanzar los objetivos definidos en su plan estratégico.

Siendo consecuentes con la política pública del país, es necesario que desde todos los frentes se vaya asentando a la realidad los planes y políticas del Objetivo #3 del Plan Nacional del Buen Vivir, que abarca el mejorar la calidad de vida de la población y que está implícito en ello el “Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social” (Resumen Plan Nacional Buen Vivir, 2014, p 58). Por ende la prestación de servicios de salud en los hospitales públicos tiene que cumplir con las exigencias de la ciudadanía y satisfacer sus necesidades; que importante es para una persona que se atiende en un servicio público el tener la oportunidad de evaluar el servicio, realizar sugerencias, comentarios, quejas e incluso denuncias y que las mismas sean resueltas con celeridad y transparencia, recibiendo una respuesta acertada sobre sus necesidades y que al momento de repetir la experiencia pueda palpar el cambio que desde su iniciativa a generado en ese servicio y con beneficio a la colectividad.

reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles y con atención oportuna se ve cada día más lejana al no gestionar y dar respuesta inmediata a las necesidades de la población que ve vulnerado el respeto a los principios de Confidencialidad, Objetividad, no Discriminación, Celeridad y Gratuidad. Por ende es necesario se formulen herramientas que ayuden a minimizar el grado de insatisfacción del usuario, a través de procesos alineados a los objetivos estratégicos de la organización donde prevalece el enfoque basado en el paciente, el paciente y su familia es lo primero, resolviendo conflictos en la atención y garantizando la calidad y calidez en la prestación de servicios de salud.

En el capítulo 1 del presente trabajo se contextualiza la calidad de atención al usuario en los servicios de salud pública, dando a conocer la percepción actual de la satisfacción del usuario respecto a los servicios brindados en el Hospital General Provincial Pablo Arturo Suárez.

En el capítulo 2 se resalta la importancia del enfoque basado en procesos para las organizaciones, hasta la comprensión del enfoque en organizaciones de servicios.

El capítulo 3 desarrolla el modelo de calidad de atención al usuario, identificando los procesos institucionales hasta la medición, análisis y mejora de los mismos.

Finalmente en el capítulo 4 se evidencian las conclusiones y recomendaciones resultado del desarrollo del presente trabajo de titulación.

# **1 LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA**

En la actualidad hablar de calidad de la atención o mejoramiento de los servicios públicos ya no es una utopía, es una realidad, realidad que se concreta siempre y cuando las organizaciones centren sus esfuerzos en trabajar bajo un enfoque basado en el cliente y, más aún, en un enfoque basado en procesos que garantice la estandarización de los servicios y permita establecer una línea base de atención que pueda ser medida, analizada y mejorada en un espacio de tiempo.

## **1.1 La Salud Pública en el Ecuador**

De acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS-MSP, 2012) la salud pública en el Ecuador, conocida hoy en día como Sistema Nacional de Salud, ver la Figura 1, se categoriza en tres niveles de atención:

**Primer Nivel de Atención (MAIS-MSP, 2012, p. 84):** El primer nivel de atención se ubica en los distritos de salud, es el centro de la red y la puerta de entrada obligatoria al Sistema, por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población. Este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la salud de la comunidad.

Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, al individuo y a la comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intramurales y extramurales.

El primer nivel de atención está compuesto por los puestos de salud, centros de salud.

**Segundo Nivel de Atención (MAIS-MSP, 2012, p. 87):** El segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización.

Constituye el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención. Se desarrollan nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria y el hospital del día (centro clínico quirúrgico ambulatorio).

Da continuidad a la atención iniciada en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor. El ingreso al segundo nivel se realizará a través del primer nivel de atención, excepto en los casos de urgencias médicas que, una vez resueltos, serán canalizados al primer nivel.

El segundo nivel de atención está compuesto por los hospitales básicos y hospitales generales.

**Tercer Nivel de Atención (MAIS-MSP, 2012, p. 90):** Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados. Los centros hospitalarios son de referencia nacional, resuelven los problemas de salud de alta complejidad, tienen recursos de tecnología de punta, efectúan intervenciones quirúrgicas de alta severidad, realizan trasplantes, ofrecen cuidados intensivos y cuentan con subespecialidades reconocidas por la ley.

El tercer nivel de atención está compuesto por los hospitales especializados y hospitales de especialidades.



Figura 1. Modelo de Atención Integral de Salud MAIS

Fuente: MAIS - MSP, 2012, p.48

Antes del año 2008, la Salud Pública en el Ecuador se había caracterizado por ser limitada en cuanto a su accesibilidad y disponibilidad de recursos, sean estos humanos, de infraestructura, medicamentos o insumos; mismos que no permitían cubrir la demanda de la población y prácticamente no cumplían la función de subsanar los problemas de salud de la gente de escasos recursos económicos. Esta perspectiva toma un giro de 180 grados a partir de que en la reforma a la constitución de la república del año 2008 se profundiza en los derechos fundamentales de la población, reconociendo a la salud como un derecho garantizado por el estado y como un eje estratégico para alcanzar el desarrollo y el buen vivir; esto se puede evidenciar con las estadísticas del MSP que refieren un incremento de la producción (atenciones de pacientes) en los tres niveles de atención de entre el año 2006 al 2012 en cerca de cinco millones de pacientes adicionales cada año y manteniendo una estabilidad entre los años 2012 a 2014 de entre treinta y nueve a cuarenta millones; detalle que se puede apreciar en la Figura 2.

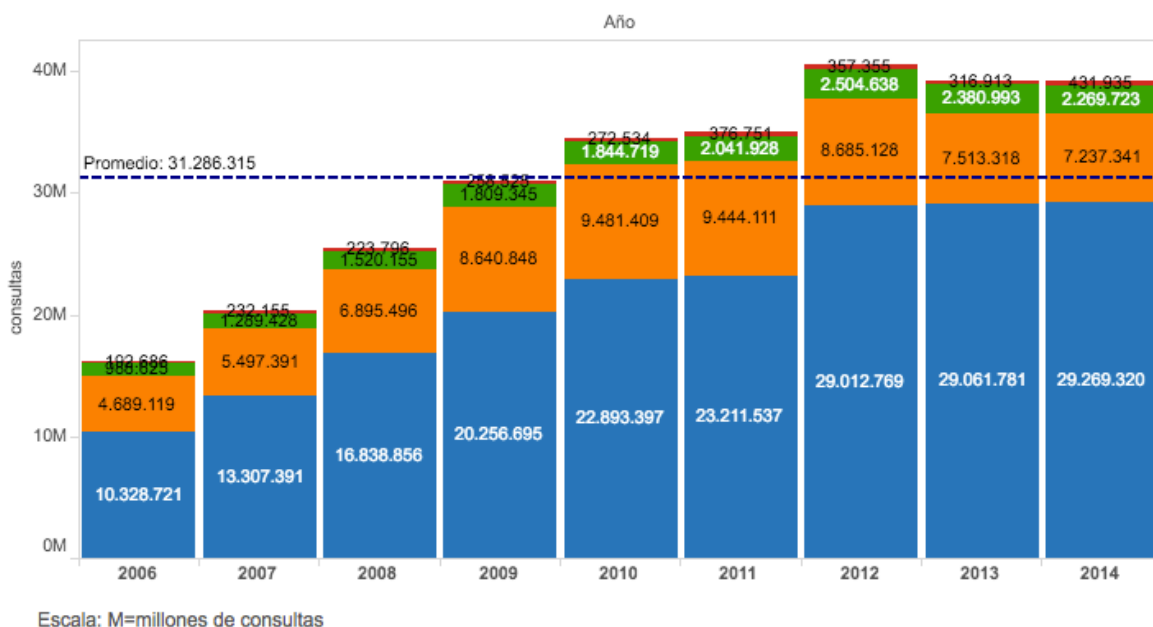


Figura 2. Producción MSP por nivel consolidado de atención 2006-2014

Fuente: recuperado de [https://public.tableau.com/profile/andres.hualca8739#!/vizhome/CONSULTAS\\_RDACAA\\_2014\\_V2/Presentacin](https://public.tableau.com/profile/andres.hualca8739#!/vizhome/CONSULTAS_RDACAA_2014_V2/Presentacin)

El Modelo de Atención Integral en Salud también contempla conceptos y lineamientos encaminados a generar el aseguramiento de la calidad, la satisfacción de las necesidades del usuario y otros que confluyen en la implementación de estrategias que garantizan la accesibilidad y continuidad de los servicios, la gratuidad y la atención con calidad y calidez desde el nivel central, lineamientos que nacen desde el marco legal que cobija a la Salud Pública en el Ecuador que se pueden profundizar analizando el Plan Nacional del Buen Vivir, la Ley Orgánica de la Salud, Agenda Social del MCDS (2009) y el Estatuto Orgánico de Gestión por Procesos del Ministerio de Salud Pública; y para el caso del desarrollo del presente trabajo específicamente el Estatuto de Gestión por Procesos para Hospitales del Ministerio de Salud Pública (Registro Oficial 339 de septiembre 2012), base para el desarrollo del Modelo de Calidad de Atención al Usuario que no está definido para los Hospitales, en este caso de estudio, el Hospital Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito.

## **1.2 El Hospital Pablo Arturo Suárez**

Para el desarrollo del modelo de calidad en la atención de los servicios de salud pública se ha considerado como objeto de estudio el Hospital General Provincial “Pablo Arturo Suárez”, casa de salud de segundo nivel de atención.

### *1.2.1 Historia*

Acentuado en sus inicios en lo que para la época colonial fue el Hospital San Juan de Dios (1565) y unido después con el Sanatorio de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA) creado en 1958 para el aislamiento de personas enfermas de tuberculosis; nace en 1973 producto de esta fusión una nueva casa asistencial llamada “Pablo Arturo Suárez”, hospital con dependencia administrativa de la LEA, hasta que por decreto supremo 1364 del 11 de Diciembre en 1974 pasa a ser una unidad operativa del Ministerio de Salud Pública, con la denominación de Hospital General Provincial Pablo Arturo Suárez.

El Hospital se inicia con 216 camas, de las cuales 120 estaban destinadas para Neumología, 48 camas para Medicina Interna y 48 camas para Cirugía. En septiembre de 1989 se pone al servicio de la comunidad la Consulta Externa y en Abril de 1993 se inauguraron los servicios de Obstetricia y Neonatología.

A fines de la década de los noventa, la consulta externa se desarrolla con los servicios de demanda de la población y de especialidades que responden a la morbilidad más frecuente de la población.

Actualmente el Hospital Pablo Arturo Suárez, ver Figura 3, es un hospital de segundo nivel de atención que atiende un promedio de 10.000 pacientes mensuales, tanto en hospitalización como en consultas ambulatorias, de las cuatro especialidades grandes de la medicina que son: Cirugía General, Medicina Interna, Gineco- Obstetricia y Pediatría, con sus distintas subespecialidades, solventando los problemas médicos del 5% de la población de Quito y sus alrededores aproximadamente.

Con el nuevo modelo de atención integral de salud (MAIS) implantado por el Ministerio de Salud Pública y, a través de los lineamientos de la atención por niveles de complejidad donde se trabaja en un sistema de Red Pública Integral de Salud, se está promoviendo a que los hospitales públicos cubran en su totalidad la demanda de la población no atendida por falta de recursos económicos, garantizando la gratuidad de los servicios, la accesibilidad y la oportunidad de la atención. Dirección Nacional de Comunicación, Imagen y Prensa MSP (2013). Recuperado de <http://www.hpas.gob.ec/index.php/el-hospital/historia>



Figura 3. Nueva Torre HPAS-Consulta Externa

Fuente: Archivo Coordinación de Comunicación Social HPAS

### *1.2.2 Misión*

Para todos los hospitales públicos, el Ministerio de Salud Pública a través de Registro Oficial Nro. 339 del 25 de septiembre de 2012 acuerda emitir el Estatuto Orgánico de Gestión por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública, que define su misión de la siguiente manera:

“Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social” (R.O. 339, 2012, p. 3).

### *1.2.3 Visión*

De la misma manera, el mismo instrumento define la visión como:

“Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios

fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente” (R.O. 339, 2012, p. 3).

#### *1.2.4 Objetivos Estratégicos*

El artículo 2 del Registro Oficial Nro. 339 del 25 de septiembre de 2012 contempla los siguientes objetivos estratégicos para los hospitales públicos:

**Objetivo 1:** Garantizar la equidad en el acceso y gratuidad de los servicios.

**Objetivo 2:** Trabajar bajo los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud de forma integrada y en red con el resto de las Unidades Operativas de Salud del Ministerio de Salud Pública y otros actores de la red pública y privada complementaria que conforman el sistema nacional de salud del Ecuador.

**Objetivo 3:** Mejorar la accesibilidad y el tiempo de espera para recibir atención, considerando la diversidad de género, cultural, generacional, socio económica, lugar de origen y discapacidades.

**Objetivo 4:** Involucrar a los profesionales en la gestión del hospital, aumentando su motivación, satisfacción y compromiso con la misión del hospital.

**Objetivo 5:** Garantizar una atención de calidad y respeto a los derechos de las y los usuarios, para lograr la satisfacción con la atención recibida.

**Objetivo 6:** Desarrollar una cultura de excelencia con el fin de optimizar el manejo de los recursos públicos, y la rendición de cuentas.

### **1.3 Análisis de la Calidad de Atención al Usuario de Servicios de Salud**

#### **Pública**

La calidad de la atención en salud “es el conjunto de características técnico-científica-materiales y humanas que se deben tener en la atención de salud, continuidad, seguridad, integralidad e integridad entre otras. La atención de un paciente con una determinada

patología no se puede ofrecer en forma fragmentada por niveles de atención, cuando esta debe ser atendida o resuelta en forma integral por la entidad receptora de acuerdo a su competencia y nivel”. MAIS (MSP, 2012, p. 107).

### *1.3.1 Marco Histórico de la Calidad*

Desde sus inicios, y a lo largo de la historia, el hombre ha tenido la necesidad de satisfacer sus requerimientos más elementales para poder subsistir, tuvo que elaborar sus productos, sin contemplar conceptos de calidad más allá de que el producto elaborado cumpliera con sus necesidades básicas. Transcurre el tiempo y dada la imposibilidad de elaborar todos los productos que requería, aparecieron los trueques. Aumenta la población y con esto las necesidades, con lo cual quienes desarrollaban productos le fueron dando el sello personal característico de acuerdo a su habilidad y experiencia y donde la calidad era controlada por ellos mismo, a un régimen rudimentario en el cual hacía partícipes a otras personas de sus conocimientos y habilidades, pasando de artesano a maestro. Es así que se tienen los grupos de personas orientadas por un maestro, el que asume la responsabilidad del diseño del producto y la responsabilidad del proceso de trabajo.

Con el pasar del tiempo y la llegada de la revolución industrial, los pequeños talleres se convirtieron en pequeñas fábricas de producción masiva, buscaban métodos de producción en serie y organizaron el trabajo en formas más completas, con el consecuente aumento de trabajadores a los que se les asigna una labor determinada, estén o no preparados para ejecutar dicha labor. Comienzan a aparecer personas con la función exclusiva de inspeccionar la calidad de los productos, llamándolos inspectores de calidad, iniciando la calidad por inspección.

Valdés Buratti (2002, p. 8-11) describe cuatro generaciones de la calidad que se exponen a continuación.

### *1.3.1.1 Primera generación: Control de Calidad por Inspección*

Al suscitarse problemas en la producción en serie, los empresarios deciden centrar la calidad en la detección de los defectos en los productos y establecer normas a cumplir para ser puestos a la venta. Por primera vez se introducen los departamentos de control de calidad que, a través de la inspección, examinan de cerca los productos terminados para identificar defectos y errores y, así, proceder a tomar las medidas necesarias para evitar que el consumidor reciba productos defectuosos. Aquí calidad significa atacar los efectos más no la causa, a partir de un enfoque de acción correctiva, cuya responsabilidad recae en los inspectores, quienes además de auxiliarse de la inspección visual, llegan a utilizar instrumentos de medición para efectuar comparaciones con estándares preestablecidos.

### *1.3.1.2 Segunda generación: Aseguramiento de la calidad*

En 1924, Walter A. Shewhart de Bell Telephone Laboratories diseñó una gráfica de estadísticas para controlar las variables de un producto, iniciando así la era del control estadístico de la calidad. Más adelante, en esa misma década, H. F. Dodge y H. G. Roming, de Bell Telephone Laboratories, crearon el área de muestreos de aceptación como sustituto de la inspección al 100% del producto obtenido. En 1942 (2ª Guerra mundial) se hizo evidente el reconocimiento al valor del control de calidad.

Al reconocer que todo proceso de producción de bienes y servicios presenta variaciones, se determina que controlando el proceso, se puede controlar la producción.

En 1946 se fundó la Sociedad Estadounidense de Control de Calidad (American Society of Quality Control, ASQC), la que a través de publicaciones, conferencias y cursos de capacitación, promovió el uso de la técnicas estadísticas para el control de la calidad en todo tipo de productos ya fueran bienes o servicios.

George Edwards en 1946, define el control de calidad como cualquier procedimiento, estadístico o no, que ayude a que las características de un producto sean menos variables y estén más cercanas a las especificaciones de diseño. Edwards concibe también el término aseguramiento de la calidad, poniendo a la calidad como responsabilidad directa de la administración. La calidad no es accidental sino que es resultado de la actividad de todas las partes que conforman a la empresa. Se aseguran las materias primas desde el proveedor y se pasa de controlar el producto final a controlar el proceso, determinado los puntos críticos de control, y los operadores se convierten en los responsables de la calidad de la producción.

El Dr. William Edwards Deming, quién aprendió los fundamentos de calidad de Shewhart, en 1942 es contratado para aplicar el Control Estadístico en la industria armamentista convirtiéndose cuatro años más tarde en socio y fundador de la ASQC. Más tarde en 1950, Deming contactó a la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (JUSE), y a través de ellos empezó a impartir una serie de conferencias a ingenieros japoneses sobre métodos estadísticos y sobre la responsabilidad de la calidad de personal gerencial de alto nivel, es así que aparecen las siete herramientas del control estadístico del proceso y el ciclo de planear, hacer, verificar y actuar.

### *1.3.1.3 Tercera generación: El Proceso de Calidad Total*

El Dr. Joseph M. Juran visitó por primera vez Japón en 1954 y contribuyó a destacar el importante compromiso del área gerencial por el logro de la calidad que después se adoptaron en todo el mundo.

Los 80's se distinguen por un esfuerzo para alcanzar la calidad en todos los aspectos dentro de las organizaciones de negocios y servicios en los Estados Unidos, incluyendo las áreas de finanzas, ventas, personal, mantenimiento, administración, manufactura y servicios. La calidad se enfoca ya al sistema como un todo y no exclusivamente a la línea de manufactura.

Para esta época la calidad da un giro importante al pasar de ser una herramienta de control manejada por expertos a ser la estrategia de la empresa dirigida por el grupo directivo y

liderada por el Director General. En esta generación el proceso de calidad total se inicia y se termina con el cliente, donde se busca un pleno conocimiento del mismo, de sus necesidades, requisitos y deseos y del uso que le dará a los productos y servicios que le ofrece la empresa.

Se inicia el desarrollo del personal con enfoque de calidad y se instala el trabajo en equipo en sus diferentes variantes y formas, como un medio de hacer participar a los empleados en el proceso de calidad total. Se inicia el desarrollo de proveedores.

#### *1.3.1.4 Cuarta Generación: Mejora del Proceso de Calidad total*

Aquí el factor humano juega un papel importante al iniciar un proceso continuo de reducción de costos al haber desarrollado habilidades para trabajar en equipo y para la resolución de problemas. La empresa identifica la necesidad de desarrollar cerebros y generar su propio conocimiento, pero de forma sistémica.

Al madurar el liderazgo de los jefes el trabajo en equipo se transforma de grupos naturales de trabajo a equipos de mejora continua, dotando al personal de medios formales para implementar mejoras en su propio trabajo. La remuneración de los empleados, en cierta proporción, comienza a pagarse en función de los resultados. Los sueldos y salarios pasan de significarle un costo fijo a ser un costo variable a las empresas. Se desarrollan proyectos interfuncionales que abarcan varias áreas de la empresa, rompiendo las barreras entre departamentos de la misma empresa. Se reducen los niveles organizacionales, enfocándose en alcanzar los resultados para satisfacer las necesidades de los clientes, convirtiendo a los jefes en facilitadores para el grupo operativo de las empresas.

La suma de los esfuerzos del personal y la optimización del proceso reditúan en una reducción continua de costos que, junto con la reducción de la brecha con los clientes, traducido en ventas, refleja en conjunto una mejora en las utilidades de la empresa.

### *1.3.2 Principales Exponentes de la Calidad Total*

A continuación se expone las principales características de los considerados principales exponentes de la Calidad Total (Recuperado de [http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/cal\\_pdf/cal7.pdf](http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/cal_pdf/cal7.pdf), Programa de Maestría en Administración UNAM, 2015):

Para encontrar sistemas económicos que permitan controlar la calidad, se desarrolló el Control Estadístico de la Calidad. En este método se aplican conceptos estadísticos para analizar y controlar la calidad en los procesos de transformación permitiendo examinar un número reducido de piezas en una muestra significativa de un lote, en lugar de tener que inspeccionar el total de la producción. El método de muestreo fue desarrollado en 1923, cuando la Western Electric solicitó a los Bell Telephone Laboratories, un procedimiento para controlar los defectos de su producción, para lo cual se formó el equipo integrado por Walter A. Shewart, Harold F. Dodge, Henry G. Romig, George G. Edward y Donald A. Quarles, quienes en varios años perfeccionaron un instrumento de trabajo denominado Control Estadístico de la Calidad (SQC) transformándose en la piedra angular del proceso industrial japonés. Shewart hace énfasis en la medición de la calidad y ofrece un concepto pragmático de la misma al indicar que la medida de la calidad es cuantitativa y puede tomar diversos valores, dicho en otras palabras, la calidad sin importar cuál sea su medición y definición, siempre será una variable, este concepto está orientado al control estadístico de la calidad, sin embargo este autor fundamenta a la calidad en tres orientaciones; producto, manufactura y cliente.

Para 1941, el Ministerio de la Guerra de Estados Unidos pidió a la American Standard Society realizar un proyecto para aplicar los métodos de SQC a los materiales destinados al ejército; se formó el Emergency Technical Committee, el cual, bajo la presidencia de Harol F. Dodge y con la participación de W. Edwards Deming, publicó en mayo de 1941 los American Standards Z 1.1 y Z 1.2 , que fueron utilizados por los proveedores del ejército y de la marina para fijar las cláusulas en sus contratos de material bélico.

### *1.3.2.1 Armand V. Feigenbaum*



Figura 4. Fotografía de Armand V. Feigenbaum

Fuente: recuperado de <http://maestrosdelacalidadse100109.blogspot.com/2012/09/armand-feigenbaum.html>

En 1949 se introduce por primera vez conceptos en la calidad que son considerados como el fundamento de la calidad total que actualmente conocemos, en el libro "Total Quality Control". Feigenbaum es uno de los pioneros del movimiento hacia la calidad y productividad. Fue conocido por los Japoneses casi al mismo tiempo que Deming y Juran ya que como jefe de calidad de General Electric, tuvo muchos contactos con compañías japonesas tales como, Hitachi y Toshiba.

Primero en afirmar que la calidad debe considerarse en todas las diferentes etapas del proceso y no sólo en la función de manufactura. Sostiene que la contribución de la función de manufactura considerada de manera aislada, no es suficiente para obtener productos de alta calidad, expresó lo siguiente:

"El principio fundamental del concepto de calidad total, así como su diferencia con otros conceptos, es que, para que sea de una efectividad genuina, el control debe iniciar por la identificación de los requerimientos de la calidad del cliente y termine solamente cuando el producto que llega a sus manos produzca un cliente satisfecho. El control de calidad total

guía las acciones coordinadas de personas, máquinas e información, para alcanzar este objetivo. El primer principio que debe tomarse en cuenta es que la calidad es responsabilidad de todos".

Aportó con grandes avances al estudiar los costos de la calidad, identificar a los diversos costos en lo que designa como la fábrica oculta, esto es la proporción de la capacidad total que se dedica de manera específica a los reprocesos y correcciones. Considera que el tamaño de la fábrica oculta puede llegar a 15-40% de la capacidad total de la fábrica.

Definición de Control Total de la Calidad (CTC), es un conjunto de esfuerzos efectivos de los diferentes grupos de una organización para la integración del desarrollo, del mantenimiento y de la superación de la calidad de un producto, con el fin de hacer posibles fabricación y servicio, a satisfacción completa del consumidor y al nivel más económico.

Cuando este autor se refiere "al nivel más económico", está considerando a hacerlo bien a la primera vez, sin errores, sin re trabajos, hacer el trabajo solamente una vez y hacerlo bien, este es el compromiso.

### *1.3.2.2 William Edward Deming*

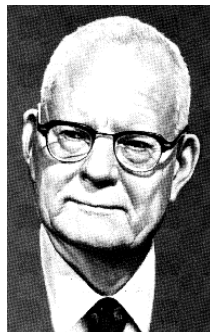


Figura 5. Fotografía de William Edward Deming

Fuente: recuperado de [https://en.wikipedia.org/wiki/W.\\_Edwards\\_Deming](https://en.wikipedia.org/wiki/W._Edwards_Deming)

Nació el 14 de octubre de 1900, y recibe su doctorado en físico matemático por la Universidad de Wyoming en 1926, su interés principal fue la aplicación de las técnicas estadísticas ya que se formó en el grupo de Walter Shewart, quién desarrollo los métodos del control estadístico de la calidad (SQC). Fue Deming quien introdujo en Japón, después de la Segunda Guerra Mundial, los métodos del control estadístico de la calidad y que fundamentan el enfoque del control total de la calidad desarrollado por Kaoru Ishikawa.

Conceptualizó y desarrolló el círculo Deming para la mejora; planear (plan), hacer (do), verificar (check) y actuar (action) Figura 6, mismo que considera los elementos básicos del proceso administrativo, siempre consideró que el principal responsable del funcionamiento del programa para la calidad era la dirección de la organización, a través de técnicas administrativas.

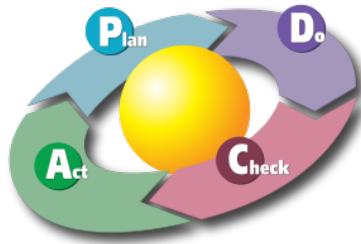


Figura 6. Círculo de Deming

Fuente: recuperado de [https://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%ADrculo\\_de\\_Deming](https://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%ADrculo_de_Deming)

Deming consideró que la responsabilidad de la dirección se centraba en dos áreas principales:

- a) Creación de un clima laboral favorable para las mejoras de calidad.

Destacó la importancia de lo que él llama motivación intrínseca (autoestima y responsabilidad individual por el trabajo realizado) en lugar de una motivación extrínseca (aceptación de recompensas materiales por el trabajo realizado).

b) Énfasis en los trabajadores en lugar de estructuras rígidas.

Consideró que la mayoría de los errores que se presentan en las organizaciones son causados o propiciados por la rigidez e imprecisión de la estructura organizacional más que por el personal mismo.

### *1.3.2.3 Joseph M. Juran*

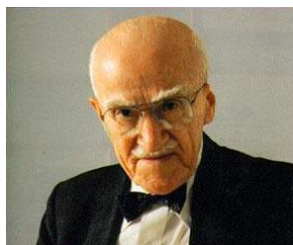


Figura 7. Fotografía de Joseph m. Juran

Fuente: recuperado de <http://maestrosdelacalidadrn100111.bligoo.com/maestro-joseph-m-juran>

Abogado orientado a la estadística de costos de la "no calidad".

Su filosofía, así como de los demás filósofos de la calidad, está enfocada a que las empresas consigan y mantengan el liderazgo en la calidad, al definir los papeles de los altos directivos para conducir sus empresas hacia ese objetivo y disponer los medios que han de utilizar los directivos para ese liderazgo.

Juran basa su teoría de la calidad a partir de las observaciones hechas a los japoneses y sus estrategias utilizadas, las cuales incluían:

- Ocupación de la alta dirección
- Formación para todas las funciones y en todos los niveles
- Mejora de la calidad a un ritmo continuo y revolucionario
- Participación de la mano de obra a través de los círculos de control de calidad

Aportaciones:

La gestión de la calidad se hace por medio del uso de los procesos llamado Trilogía de Juran



Figura 8. Trilogía de Juran

a) Planificación de la calidad.

Basada en la actividad de desarrollo de los productos y procesos requeridos para satisfacer las necesidades de los clientes en los siguientes pasos:

- Determinar quiénes son los clientes
- Determinar las necesidades de los clientes
- Desarrollar las características del producto que responden a las necesidades de los clientes

- Desarrollar los procesos que sean capaces de producir aquellas características del producto
- Transferir los planes resultantes a las fuerzas operativas

#### b) Control de calidad

Este proceso consta de los siguientes pasos:

- Evaluar el comportamiento real de la calidad
- Comparar el comportamiento real con los objetivos de calidad
- Actuar sobre diferencias

#### c) Mejora de la calidad

Es el medio de elevar la calidad a niveles sin precedentes, la metodología consta de los siguientes pasos Universales:

- Establecer la infraestructura necesaria para conseguir mejoras anuales de calidad.
- Identificar las necesidades concretas para mejorar los proyectos de mejora.
- Establecer un equipo de personas para cada proyecto con una responsabilidad clara de llevar el proyecto a buen fin.
- Proporcionar los recursos, la motivación y la formación necesaria para que los equipos diagnostiquen las causas, fomenten el establecimiento de un remedio y establezcan los controles para mantenerlos beneficios

Por otro lado en cuanto las medidas de las deficiencias se expresan en función de calidad:

La evaluación de las características del producto comienza preguntando a los clientes cómo evalúan ellos la calidad; y la tarea de los altos directivos, por otra parte, será garantizar que los manuales de la empresa y los materiales de información incluyan definiciones claras de la palabra calidad y de la terminología subsidiaria.

#### *1.3.2.4 Kaoru Ishikawa*



Figura 9. Fotografía de Kaoru Ishikawa

Fuente: recuperado de <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/i/ishikawa.htm>

Químico de la Universidad de Tokio (1939) que se vincula a una empresa dedicada a la licuefacción del carbón, una de las prioridades nacionales por aquella época, adquiriendo experiencia en los campos de diseño, construcción y operaciones de investigación, entre mayo de 1939 y mayo de 1941, estuvo comisionado como oficial técnico naval en el área de la pólvora. Los ocho años que paso en la industria y en la armada lo prepararon para dedicarse al control de calidad.

Entre 1947 y 1948 comenzó a estudiar métodos estadísticos, acudiendo a la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (JUSE) en 1949.

#### **Círculos de Calidad (CC ).**

A comienzos de los años 50 los programas de capacitación para supervisores se llamaban “Talleres de estudio de CC”. Desde entonces, estas actividades se han difundido muy rápidamente, no solo a las industrias secundarias sino también a las terciarias.

Su auge se debe a los esfuerzos de varias personalidades, entre ellas los directores de dos revistas, los presidentes regionales de los Círculos de Calidad (CCC), los secretarios

ejecutivos y los secretarios regionales cuyo número pasa de 1,000 así como las personas encargadas de CC en la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (JUSE).

Ishikawa es considerado en el Japón como el principal precursor de la Administración de la Calidad Total. Se inspiró en los trabajos de Deming y Juran y, en menor grado de Feigenbaum. Es muy admirado por las siguientes contribuciones:

- 1.- Círculos de Control de Calidad (CCC), fue el primero en introducir este concepto y ponerlo en práctica con éxito.
- 2.- Fue el originador de los diagramas de espigas pescado, de causa-efecto o de Ishikawa, que se usan actualmente en todo el mundo en las mejoras continuas, para representar los análisis de los efectos y sus posibles causas.
- 3.- Ishikawa ha hecho comentarios de que el enfoque de Feigenbaum del Control de Calidad Total incluye muchas personas que no son especialistas y, por consiguiente, tienen limitaciones en cuanto a su contribución a la resolución de problemas. Sostiene que el control de calidad en toda la compañía, tiene que basarse en el uso generalizado de técnicas estadísticas. Clasifica las técnicas en tres categorías, Ishikawa piensa que el 90-95% de los problemas pueden resolverse usando técnicas estadísticas elementales, que no requieren conocimientos especializados.

### **Nacimiento de los Círculos de Calidad**

La calidad de los productos dependen, en gran forma, de quienes operativamente los producen, sin ellos y sus supervisores no se podría identificar las mejoras en los procesos. Por ello, la educación de los trabajadores en materia de CC es sumamente importante, si bien en los años 50 esa educación se consideraba prácticamente imposible. Era fácil educar a los ingenieros y empleados directivos mediante seminarios y conferencias, pero resultaba imposible manejar al gran número de supervisores y dirigentes de grupo. Además éstos estaban dispersos por todo el país. No era fácil empezar a educarlos.

Los medios de comunicación masiva resolvieron el problema; en 1956 se empezó un curso de CC por correspondencia para supervisores, valiéndose de la radiodifusora Japonesa de onda corta. En 1957 se empezó a difundir estos programas dentro de su programación educativa; programa bien recibido por el público y se vendieron 110 000 ejemplares del texto, mucho más de lo previsto. Después de este éxito, en 1960 la JUSE publicó una monografía titulada “A text on Quality Control for the Foreman (A y B)”, que surgen vendiéndose muy bien.

En aquella época se hizo hincapié en el voluntarismo. Los círculos han de crearse voluntariamente, no por órdenes de superiores. Comenzar las actividades de círculos con personas que deseen participar.

### **¿Qué es el Círculo de Calidad (CC)?**

El CC es un grupo pequeño que desarrolla actividades de calidad voluntariamente dentro de un mismo taller. Lleva a cabo continuamente autodesarrollo y desarrollo mutuo, control y mejoramiento dentro del taller utilizando técnicas de control de calidad con participación de todos sus miembros.

Las ideas básicas subyacentes en los círculos de control de calidad en toda empresa son las siguientes

- 1.- Contribuir al mejoramiento y desarrollo de la empresa.
- 2.- Respetar a la humanidad y crear un lugar de trabajo amable y diáfano donde valga la pena estar.
- 3.- Ejercer las capacidades humanas plenamente, y con el tiempo aprovechar capacidades infinitas.

### **Diagrama de causa-efecto**

El diagrama muestra una relación entre las características y los factores causales, por lo cual se ha denominado de causa-efecto. Es necesario entenderlo como el control de procesos adueñándonos del proceso (que es un conjunto de factores causales) e incorporando dentro del proceso maneras de hacer mejores productos, fijar mejores metas y lograr efectos. Aunque los factores causales son muchos, los verdaderamente importantes no lo son.

#### *1.3.2.5 Genichi Taguchi*



Figura 10. Fotografía de Genichi Taguchi

Fuente: recuperado de <http://www.skymark.com/resources/leaders/taguchi.asp>

Taguchi fue director de la Academia Japonesa de Calidad entre 1978-1982. Recibió los premios Deming de 1960 por sus contribuciones en el desarrollo de técnicas para la optimización industrial. Desarrolló métodos para el control de calidad en línea, que constituyen la base de su enfoque al aseguramiento del control de calidad total.

En 1989, fue condecorado por el emperador de Japón con la orden MITI de listón púrpura, por su contribución a los estándares industriales del Japón. Es ahora consultor internacional en aseguramiento y control de calidad.

Sus métodos incorporan el uso de técnicas estadísticas. Estas técnicas están planeadas para que los diseñadores e ingenieros optimicen las bases de productos más duraderos, constituyendo una herramienta de eliminación de impedimentos y resolución de problemas en las primeras etapas del ciclo de desarrollo de un producto. Además de las variables de control que se manejan, los métodos de Taguchi permiten que los ingenieros/diseñadores identifiquen las variables de ruido que, de no controlarse, pueden afectar la fabricación y el desempeño del producto.

Define a la calidad de un producto cómo la pérdida que dicho producto imparte a la sociedad desde el momento que se despacha. Esta pérdida incluye quejas del cliente, costos adicionales de garantías, deterioro de la reputación de la compañía y pérdida de penetración en el mercado.

### **Imperativos de Calidad de Taguchi**

- 1.- Las pérdidas de calidad resultan de las fallas del producto después de su venta.
- 2.- Los buenos productos emiten una "señal" fuerte, independientemente del "ruido" externo y con un mínimo de ruido interno.
- 3.- Es necesario fijar objetivos de relaciones máximas señal-ruido y desarrollar un sistema que permita analizar los cambios del desempeño total del sistema como consecuencia de los efectos promedio de las partes componentes, es decir, cuando las partes se someten a valores, presiones y condiciones experimentales variables. En los productos nuevos, los efectos promedio pueden evaluarse con gran eficiencia por medio de "redes ortogonales".
- 4.- Para obtener buenos productos, deben fijarse valores deseados para los componentes y después reducir al mínimo el cuadrado de las desviaciones para los componentes combinados, promediados con respecto a las diferentes condiciones del cliente-usuario.
- 5.- Antes de proceder a su manufactura, es necesario fijar las tolerancias del producto. De esta manera la pérdida total de calidad aumenta con el cuadrado de la desviación del valor deseado, esto es, obedece la ecuación de segundo grado  $L=D^2C$ , donde la constante C está

determinada por el costo de las medidas de corrección aplicadas en la fabrica. Esta es la "función de pérdida de calidad".

6.- Poco es lo que se gana despachando un producto que apenas satisface los estándares, cumpla con los objetivos y no se conforme con simplemente cumplir las especificaciones.

7.- Se debe trabajar sin descanso para lograr diseños que puedan producirse consistentemente; se debe exigir consistencia a la fabrica.

8.- Un esfuerzo concentrado para reducir las fallas en el campo, reducirá de manera simultánea las fallas en la fabrica.

9.- Las propuestas competitivas en equipos o en modificaciones del proceso, pueden compararse sumando el costo de cada propuesta al promedio de pérdida de calidad, esto es, a las desviaciones que pueden surgir de las propuestas.

### **Señales y Ruidos**

La señal es lo que un producto, una parte o un componente, debe producirle al usuario.

Los ruidos se consideran como las "interferencias" que afectan a la señal. Los ruidos provienen de dos tipos de factores que afectan a las características funcionales de un producto, al impedirle su desempeño de acuerdo a los valores deseados.

(i) Variables ambientales de operación (factores de ruido externo ), por ejemplo, temperatura, polvo y humedad

(u) Factores de ruido interno (dos tipos):

a) Deterioro, desgaste y fallas de proceso;

b) Imperfecciones en la función del proceso y variaciones debidas a desajustes.

## **Comentarios sobre Redes Ortogonales**

Se trata de técnicas que se usan para fijar los objetivos correctos de un diseño (por medio de una optimización de las relaciones señal-ruido). También se describen como un mecanismo de destilación, con el que se identifican y miden los efectos de diversos factores.

Las redes ortogonales son útiles debido a que:

- 1.- Definen los objetivos específicos al seleccionar una señal realista y proporcionar una estimación del ruido esperado.
- 2.- Definen las opciones factibles, especialmente para los valores críticos de diseño (por ejemplo las dimensiones).
- 3.- Permiten que las compañías seleccionen la opción de producto con una relación máxima señal-ruido, lo cual conducen a la colocación de buenos productos en el mercado.

### *1.3.2.6 William G. Ouchi*



Figura 11. Fotografía de William G. Ouchi

Fuente: recuperado de <https://eunicelosum.wordpress.com/william-g-ouchi/>

Conocido por sus trabajos de la teoría "Z" y ha investigado en detalle el impacto de la filosofía gerencial japonesa sobre las empresas norteamericanas. Llegó a la conclusión de que el éxito de los negocios se debe primordialmente a su compromiso de calidad y su estilo participativo. Sostiene que las grandes deficiencias de las empresas norteamericanas se deben en buena parte a un agudo problema de especialización.

Propuso los lineamientos que encuentran base en compromisos muy firmes y un estilo participativo. Los lineamientos que Ouchi propone son los siguientes:

- 1.- Comprender el tipo de organización Z y el papel de cada individuo.
- 2.- Auditar la filosofía de la compañía.
- 3.- Definir la filosofía gerencial deseada e involucrar a su líder.
- 4.- Aplicar la filosofía creando tanto las estructuras como los incentivos necesarios.
- 5.- Desarrollar las habilidades interpersonales.
- 6.- El personal debe probarse a sí mismo y a la compañía.
- 7.- El sindicato debe involucrarse.
- 8.- El empleo debe ser estable. Evitar los despidos y combatir las desgracias.
- 9.- Decidirse por un sistema de evaluaciones y promociones lentas.
- 10.- Ensanchar los horizontes del desarrollo profesional del personal.
- 11.- Preparar la aplicación en el primer nivel (el más bajo).
- 12.- Seleccionar las áreas para implantar la participación.

13.- Permitir el desarrollo de relaciones (por ejemplo, promover las buenas comunicaciones).

#### *1.3.2.7 Philip B. Crosby*



Figura 12. Fotografía de Philip B. Crosby

Fuente: recuperado de <http://maestrosdelacalidadzj100112.blogspot.com/2012/09/philip-b.html>

Crosby desempeñó las funciones de vicepresidente corporativo de calidad en ITT y es el fundador del colegio Crosby de Calidad, autor de muchos libros, entre los que se puede citar "La Calidad es gratis: El arte de asegurarse de la calidad", que constituye un texto de aceptación universal. Su esencia es la prevención. Sostiene que la calidad es gratis. Sus costos solo están relacionados con los diversos obstáculos que impiden que los operarios la tengan desde primera vez.

El principal objetivo de las empresas al implantar un sistema de calidad total debe ser cero defectos. Los niveles aceptables de calidad deben prohibirse, pues comprometen el objetivo de cero defectos.

Existen dos grandes problemas causantes de la mala calidad en la industria: los que se deben a la falta de conocimientos de los empleados y los que se originan en los descuidos y las faltas de atención. Los primeros pueden identificarse con gran facilidad, medirse y resolverse, pero los segundos requieren de un esfuerzo gerencial a largo plazo para modificar la cultura y las actitudes.

Para Philip Crosby, el proceso de mejoramiento de calidad debe partir de un compromiso de la alta dirección, y de una filosofía en la que todos los miembros de la organización comprenden sus propósitos. Lograr calidad sólo es posible a través de un cambio de cultura de la empresa en donde se le concede al personal la oportunidad de vivir con dignidad, brindándole un trabajo significativo y un ingreso suficiente.

Destaca que los círculos de calidad y las estadísticas, representan una mínima parte de la tarea encaminada a lograr la calidad. Las fases del cambio para lograr la calidad son: convicción de la dirección, compromiso de la alta gerencia y de todo el personal y conversión de la cultura organizacional . Por otra parte Crosby señala que la empresa que desee evitar conflictos, eliminar el incumplimiento de los requisitos, ahorrar dinero, y mantener satisfechos a sus clientes debe vacunarse. Esta vacuna comprende tres estrategias administrativas que son:

A) Determinación:

Surge cuando los miembros de un equipo de trabajo deciden que no están dispuestos a tolerar por más tiempo una situación inconveniente y reconocen que sus propias acciones constituyen el único instrumento que permitirá cambiar las características de la organización. Toman conciencia de los cuatro principios absolutos, que son el fundamento conceptual del proceso de mejoramiento de la calidad.

B) Educación:

Una vez que en la empresa hay la determinación de conseguir la calidad de sus productos y terminar con sus problemas, se requiere de un programa de educación continuo para todo el personal. La educación tiene que ser un proceso cotidiano para que todos comprendan los cuatro principios absolutos, el proceso de mejoramiento de calidad, y lo que implica propiciar la calidad total dentro de la organización. Los cursos de capacitación se impartirán a los siguientes niveles:

- Ejecutivos
- Gerentes

- Personal

De esta manera similar a las afirmaciones de Deming y Juran, Crosby piensa que el desempeño de las compañías es el reflejo de la actitud gerencial con respecto a la calidad. Para lograr grandes mejoras, la gerencia tiene que estar convencida de los siguientes pasos:

- a) Que tienen un problema de calidad y que esta debe usarse para operar con ventaja;
- b) Que tendrán que comprometerse a comprender y aplicar los cuatro principios absolutos de la administración de calidad;
- c) Que deben cambiar la manera de pensar y abandonar los criterios convencionales que causan los problemas.

Crosby sostiene que se requiere un tiempo largo para pasar de la convicción a la conversión pero que, tan pronto como empieza el proceso de transferencia, se inician las mejoras.

#### C) Implantación:

La implantación consiste en establecer el proceso de mejoramiento dentro de la organización en forma metódica, para lo cual Crosby propone catorce puntos.

##### 1.- Compromiso gerencial

Estableciendo una política de calidad.

##### 2.- Equipo de mejoras de calidad

Involucrar a participantes de diferentes departamentos y con una clara cabeza directiva que guíe a los demás.

##### 3.- Medición de la calidad

Toda actividad debe ser medida. Todo el personal debería saber medirla.

#### 4.- Costo de la evaluación de la calidad

Se establece el costo de calidad para indicar de dónde se deben aplicar acciones correctivas que sean rentables para la compañía.

#### 5.- Percepción de calidad

Concientizar al personal por medio de información, de lo que cuesta hacer las cosas mal y los resultados que se obtienen con el mejoramiento de la calidad.

#### 6.- Acciones correctivas

Establecer un sistema de corrección, el cual se basará en información relevante del problema y análisis detallado que muestren las causas que lo originan, para eliminarlo.

#### 7.- Formación de un comité adecuado para el programa cero defectos

Elaborar un plan y/o programa de desarrollo de una convivencia social de la empresa, en el cual participaran oradores que representen a los clientes, los sindicatos, las comunidades, los empleados y todos aquellos que estén interesados en la calidad.

#### 8.- Entrenamiento de supervisores

Educar al personal para concientizarlo, para que sea menos tolerante a los defectos y errores, lo que dará como resultado el mejoramiento deseado.

#### 9.- Entrenamiento de supervisores

Establecer un programa formal de orientación para cero defectos, que debe desarrollarse antes de poner en acción las medidas pertinentes.

#### 10.- Establecimiento de las metas

Alcanzar las metas y desarrollar las tareas específicas en equipo.

#### 11.- Eliminación de las causas de errores

Se solicita al personal que señale los problemas existentes dentro de sus actividades o relación laboral, para de esta manera resolver las causas de error.

#### 12.- Reconocimientos

Programas de recompensas para premiar a los que cumplen sus metas o desarrollan labores extraordinarias. No es necesario que las recompensas sean económicas; lo importante es el reconocimiento público.

#### 13.- Consejos de calidad

Retroalimentación de las experiencias en la eliminación de problemas, para que se estimule entre ellos y los empleados la certeza de alcanzar cero defectos.

#### 14.- Hacerlo nuevamente

En el momento en que se ha alcanzado cierta madurez en el proceso, el equipo de mejoramiento de la calidad, debe transferir todas sus responsabilidades a uno nuevo que revitalice el proceso e inicie innovaciones para obtener aun mayores mejoras.

### *1.3.3 Definición de Calidad y Calidad de la Atención en Salud*

Para Evans & Lindsay (2008) la definición de la calidad puede ser algo confuso, por lo que ellos sostienen que es importante entender las diferentes perspectivas desde las cuales se ve la calidad a fin de apreciar por completo el papel que desempeñan:

#### **Perspectiva con base en el juicio**

Una noción común sobre la calidad, que los consumidores utilizan con frecuencia, es que es sinónimo de superioridad o excelencia. En 1931, Walter Shewhart definió primero la calidad como la bondad de un producto. Este punto de vista se conoce como la definición *trascendente* (*transcender*: “elevarse o extenderse más allá de los límites ordinarios”). En este sentido, la calidad “se puede reconocer en forma absoluta y universal, una marca de normas inflexibles y altos logros”. Como tal, no se puede definir con precisión, usted la reconoce cuando la ve. Es común relacionarla de manera vaga con una comparación de rasgos y características de los productos y promulgada mediante esfuerzos de mercadotecnia dirigidos a desarrollar la calidad como una imagen variable en la mente de los consumidores. Ejemplos comunes de los productos a los que se atribuye esta imagen son los hoteles Ritz-Carlton y los automóviles Lexus.

Sin embargo, la excelencia es abstracta y subjetiva y los estándares de excelencia pueden variar de manera considerable entre los individuos. De ahí que la definición trascendente sea de poco valor práctico para los gerentes. No provee un medio mediante el que la calidad se pueda medir o evaluar como base para la toma de decisiones.

### **Perspectiva con base en el producto**

Otra definición de la calidad es que es una función de una variable medible, específica y que las diferencias en la calidad reflejan diferencias en la cantidad de algún atributo del producto, como el número de puntadas por pulgada en una camisa o el número de cilindros en un motor. Esta evaluación implica que niveles o cantidades superiores de características de producto sean equivalentes a una calidad superior. Como resultado, se supone de forma equivocada que la calidad se relaciona con el precio: cuanto más alto sea el precio, más alta será la calidad. Considere el caso de un hombre de Florida que compró un Lamborghini de 262 000 dólares sólo para hallar un toldo con goteras, una batería que sin previo aviso dejó de funcionar, un quemacocos que se desprendió cuando el auto golpeó un tope y puertas que se atascaban. Sin embargo, un producto (un término empleado en este libro para referirse a un bien manufacturado o servicio) no necesita ser caro para que los consumidores lo consideren de alta calidad. Asimismo, tal como sucede con la idea de la excelencia, la evaluación de los atributos del producto puede variar de manera considerable entre las personas.

### **Perspectiva con base en el usuario**

Una tercera definición de la calidad se basa en la suposición de que la calidad se determina de acuerdo con lo que el cliente quiere. Las personas tienen distintos deseos y necesidades y, por tanto, diferentes normas de calidad, lo que nos lleva a una definición basada en el usuario: la calidad se define como la adecuación al uso, o cuán bien desempeña su función el producto. Por ejemplo, tanto un Cadillac sedán como un jeep Cherokee se adaptan a un uso, pero cubren distintas necesidades de diferentes grupos de clientes. Si se desea un vehículo para viajar por carretera con accesorios de lujo, un Cadillac cubrirá mejor estas necesidades. Si se quiere un vehículo para acampar, salir de pesca o ir a esquiar, se podría considerar que un jeep tiene mejor calidad.

#### **Perspectiva con base en el valor**

Un cuarto enfoque para definir la calidad se basa en el valor; es decir, la relación de la utilidad o satisfacción con el precio. Desde este punto de vista, un producto de calidad es aquel que es tan útil como los productos con los que compite y se vende a un menor precio, o bien, aquel que ofrece mayor utilidad o satisfacción a un precio comparable. Así, uno podría comprar un producto genérico y no uno de marca, si se desempeña tan bien como el de marca a un menor precio. Un ejemplo de esta perspectiva en la práctica es evidente en una comparación de los mercados automotrices estadounidense y japonés. Un ejecutivo de mercadotecnia de Chrysler señaló: “Una de las razones principales de que las principales marcas japonesas (Toyota y Honda) no ofrezcan los enormes incentivos de los Tres Grandes (General Motors, Ford y Chrysler) es que ellos tienen una mejor reputación por la durabilidad de largo plazo.” En esencia, los incentivos y descuentos son pagos a los clientes para compensar la menor calidad. La competencia con base en el valor se convirtió en una estrategia de negocios clave a principios de la década de 1990. Por ejemplo, Procter & Gamble instituyó un concepto que denomina precios de valor, mediante el cual ofrece productos a precios bajos “todos los días” en un intento por contrarrestar la práctica común entre los consumidores de comprar cualquier marca que esté en oferta. De esta manera, P&G esperaba lograr una lealtad del cliente hacia la marca y ventas más consistentes, que darían ventajas significativas a su sistema de manufactura. La competencia exige que las empresas busquen satisfacer las necesidades de los clientes a precios más bajos. El enfoque del valor para la calidad incorpora el objetivo de una empresa de equilibrar las características del producto (el lado de la calidad para el cliente) con eficiencias internas (el lado de las operaciones).

### **Perspectiva con base en la manufactura**

Un quinto enfoque de la calidad se basa en la manufactura y define a la calidad como el resultado deseable de la práctica de ingeniería y manufactura o la *conformidad con las especificaciones*. Las **especificaciones** son objetivos y tolerancias que determinan los diseñadores de productos y servicios. Los objetivos son los valores ideales por los que se esforzará la producción; las tolerancias se especifican porque los diseñadores reconocen que es imposible alcanzar los objetivos en todo momento de la manufactura. Por ejemplo, la dimensión de una parte se puede especificar como “0.236 ± 0.003 cm”. Estas medidas significarían que el objetivo, o valor ideal, es 0.236 centímetros y que la variación permitida es 0.003 centímetros desde el objetivo (una tolerancia de 0.006 cm). Por tanto, cualquier dimensión en el intervalo de 0.233 a 0.239 centímetros se considera aceptable y se dice que cumple con las especificaciones. De manera similar, en los servicios, la “llegada a tiempo” de un avión se puede especificar como dentro de 15 minutos de la hora programada de llegada. El objetivo es la hora programada y la tolerancia se especifica como 15 minutos. La conformidad con las especificaciones es una definición clave de la calidad, porque ofrece un medio para medirla. Sin embargo, las especificaciones no tienen sentido si no reflejan los atributos que el consumidor estima importantes.

Un concepto general y desde el punto de vista administrativo, define a la calidad como “grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos” (ISO 9000:2005, p.8); ahora adentrándonos al ámbito de la salud, para Donabedian A. (1983) la calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica maximizando sus beneficios sin aumentar los riesgos, lo que para un usuario común se traduciría en el grado a través del cual la atención recibida logra resolver sus problemas de salud de la manera más oportuna considerando las tecnologías y avances científicos a su favor y en el menor tiempo posible.

Existen más definiciones sobre calidad y calidad de la atención médica, por ejemplo, el mimeografiado de Auditoría Médica – Módulo 1. Un sobrevuelo sobre conceptos y

definiciones de la Universidad Tecnológica Nacional Facultad Regional de Buenos Aires define a la calidad de la siguiente manera:

V. Slee (1950)

Este autor brinda la definición clásica, que es también la más conocida y la más antigua. Para él, la Auditoría es la evaluación de la calidad de la atención médica en todas las ramas de la medicina, hecha por los médicos y revelada por la documentación clínica (...) en este contexto se considera a la calidad como el grado en que se cumplen las normas según el mejor conocimiento médico existente en cada momento y de acuerdo con los principios y a las prácticas generalmente aceptadas (podríamos agregar, en el momento actual, al peso de la mejor evidencia disponible). (Lemus, Aragüés & Lucioni, 2014, p.5)

Mindel Sheps considera que la asistencia hospitalaria es multidimensional. Nos recuerda que en la calidad recibida por los pacientes influye la suficiencia de recursos del hospital tanto como la organización administrativa y médica, la competencia del personal y las relaciones interpersonales. Es por ello que cualquier intento de evaluación ha de tener en cuenta gran número de factores. (Lemus, Aragüés & Lucioni, 2014, p.24)

Calidad: Es preciso considerarla como un elemento de valor comercial o económico, ya que siempre es más barato hacer las cosas bien desde la primera vez, y como un concepto integrante de la equidad. En definitiva, es necesario contemplar a la calidad como una nueva filosofía de gestión basada en otros valores. (Lemus, Aragüés & Lucioni, 2014, p.32)

Según Malagón-Londoño (2001) la calidad de un producto responde a las características objetivas, externas, mensurables de éste (sus especificaciones técnicas) y a su efectividad para un fin determinado (adecuación al uso). En el caso de los servicios de salud, a pesar de los numerosos factores de diversa índole que participan en su producción, en la práctica el usuario mira el punto crítico o el punto más débil de la cadena, juzgando a partir del todo el entramado de los engranajes, como si la impresión de conjunto prevaleciera sobre el éxito relativo de una u otra acción.

El tema de la valoración o juicio, en el caso de los servicios, es complejo. Por una parte, es cierto que la satisfacción del usuario es considerada como metro patrón para evaluar calidad. Algunos se refieren a esta satisfacción como la meta última del programa de calidad.

Donabedian, pionero en estas ideas, no duda en incluir a la satisfacción del paciente como un objetivo de la atención médica de calidad. Considera inevitable que el enfermo comparta con el médico la responsabilidad de definir los objetivos de la atención, aunque en un ámbito diferente al del profesional, que es el terreno técnico (Donabedian, 1966). A pesar de esto, la cuestión de la satisfacción del enfermo presenta limitaciones inherentes. El paciente posee un conocimiento muy incompleto del arte y la ciencia médica como para poder valorar adecuadamente ciertos desenlaces o comportamientos técnicos. Como dice Kahn "...los pacientes pueden sentirse insatisfechos con la asistencia recibida de profesionales o instituciones competentes o pueden quedar satisfechos con servicios prestados por profesionales o instituciones incompetentes" (Kahn, 1997)

A veces el paciente exige o espera cosas que hasta sería incorrecto que el profesional le brindase, porque están social o profesionalmente prohibidas. También el desenlace de la atención puede haber sido pesadoso para el enfermo (pensemos en la amputación de un miembro) y él necesariamente estará descontento o insatisfecho, aún cuando la atención haya sido inobjetable desde el punto de vista técnico.

Podría establecerse una diferenciación entre la satisfacción, como sinónimo de evaluación subjetiva, por una parte, y la evaluación objetiva de los servicios, por otra. Es importante considerar que ambas valoraciones a menudo no coinciden. La satisfacción puede ser global, en relación al conjunto total de los servicios recibidos, o bien parcial, relacionada con cualquiera de sus componentes, y daría lugar, en ambos casos, a un abanico de satisfacción con múltiples grados (Varo, 1990).

Sin embargo, dice Varo, el cliente evalúa el servicio global y no aspectos parciales de la prestación, coincidiendo en este punto con el citado Malagón-Londoño, y el resultado de esta evaluación es el grado de calidad percibida. A diferencia del cliente de bienes de consumo -que puede estar insatisfecho con un determinado producto, pero satisfecho, en términos generales con la empresa que se lo provee-, el cliente de la compañía de servicio está o no satisfecho sin tonos intermedios.

En síntesis, no todos los autores consideran la satisfacción del usuario como resultado de una buena atención médica y como instrumento de medida de su calidad, ya que el consumidor de servicios sanitarios no tiene suficiente capacidad para ejercer su soberanía. Esta opinión da pie a cuestionar la utilidad de la satisfacción como medida de la calidad de la asistencia, a pesar de que algunos afirman que satisfacer al cliente es tan importante como la misma eficacia del servicio; por ello, dudar de la capacidad del enfermo en evaluar la calidad sólo por carecer de conocimiento técnico sería un error, ya que, en general, ningún consumidor tiene la capacidad y los conocimientos precisos como para evaluar cualquier bien o servicio con un gran componente técnico o tecnológico. En este caso, tiene que recurrir al consejo del experto constituyéndolo en su agente, instaurando una relación que puede ser perfecta o imperfecta quedando el ejercicio de su soberanía disminuido.

Suele pensarse que el grado de capacitación científica y tecnológica de los agentes o proveedores de servicios, por ejemplo de salud, conjuntamente con procesos informales de evaluación entre pares, es suficiente para definir la calidad. Este elevado grado de calidad, que se presume intrínseco y dado de entrada, es una especie de reconocimiento de mérito emanado de la comunidad de iguales (usualmente científica).

Se parte de la noción de que la calidad puede estar determinada desde el comienzo como si fuese un punto de partida y no de llegada.

Passos Nogueira asegura que, a pesar de estar ausente en los manuales de calidad, esta es una manera usual de certificar calidad en muchas organizaciones como universidades, escuelas y hospitales. Concretamente en el hospital, el nivel de formación de los médicos, unido al grado de actualización tecnológico, es lo que se mide o se percibe como "de calidad". También se ve que estos hospitales o universidades buscan (y logran) vestir un determinado servicio o cátedra incorporando a un profesor de gran prestigio, logrando que el aura que emana de él impregne de calidad a su entorno (Passos Nogueira, 1991).

En 1933 el concepto de calidad en la atención de la salud se definió sobre la base de ocho "artículos de fe" (Lee y Jones, 1933):

1. La buena atención médica se limita a la práctica de una medicina racional basada en las ciencias médicas.
2. Enfatiza la prevención.
3. Requiere la cooperación inteligente entre el público lego y los profesionales de la medicina científica.
4. Trata al individuo como un todo.
5. Mantiene una relación estrecha, personal y continuada entre médico y paciente.
6. Está coordinada con el trabajo y la asistencia sociales.
7. Coordina todos los tipos de servicio médico.
8. Supone la aplicación de todos los servicios de que dispone la medicina científica moderna a las necesidades de toda la gente.

En 1958, Esselstyn propuso que "los estándares de calidad deben basarse en el grado en el cual la asistencia está disponible, es aceptable, comprensiva, continua y documentada, y asimismo en el grado en que la terapia adecuada se basa en un diagnóstico exacto y no sólo en la sintomatología".

Más o menos para la misma época, los famosos Myers y Slee definieron calidad como el “grado en que se cumplen las normas, en relación con el mejor conocimiento médico existente en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptadas”.

Por su parte, Donabedian se refiere, dentro del contexto de su esquema trinitario, al proceso de la atención como el objeto primario de la evaluación de la calidad. Al respecto, dice que éste, en su faz técnica, está determinado por el estado de la ciencia y tecnología médica en cualquier momento dado, es decir, por el modo en que los maestros hacen medicina y fijan las normas de atención. Por ende, la calidad del proceso de la atención está definida como comportamiento normativo, es decir, por el grado de apego o cumplimiento de las normas, con lo cual volvemos a la definición de Myers y Slee. Estos autores, muy razonablemente, se cuidan de advertir que debe considerarse cada realidad en particular, estableciendo sus recursos y posibilidades profesionales, financieras y de infraestructura, para considerar normas cuyo cumplimiento sea posible.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en una declaración típica y tan amplia que hace difícil hacerla operativa, dice que la calidad en la asistencia sanitaria es "asegurar que cada paciente reciba el conjunto de medios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos adversos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

Es útil recordar que la propia OMS ha definido cuatro componentes en la atención médica, que son precisamente y por definición los objetos del control de calidad en la atención de la salud.

- La práctica profesional
- La utilización de recursos

- La gestión del riesgo
- La satisfacción del paciente

En este contexto debemos enfatizar que calidad significa algo distinto para cada persona. Tomemos un hipotético caso de una cirugía de reemplazo de cadera:

- Para el cirujano el resultado es de calidad cuando el paciente sale sin mayores sobresaltos de la sala de operaciones, se recupera y es dado de alta rápidamente, y sin ninguna infección grave.
- El terapeuta físico que lo asiste puede ver el mismo caso como de alta calidad si el paciente puede caminar con casi el total de su capacidad normal después del tratamiento.
- El paciente, por su parte, seguramente verá la calidad en su posibilidad de caminar, pero también si está totalmente libre de dolor, que en muchos casos fue la causa que lo llevó a la cirugía. Accesoriamente, el paciente tenderá a identificar como de calidad a una atención amable por parte del personal de la clínica, o si la habitación y la ropa de cama estaban limpias, la comida caliente y gustosa y el baño en buenas condiciones. Quizá considere esto en primer lugar si el resultado técnico fue adecuado.
- El administrador del hospital considerará el procedimiento como exitoso y de calidad si éste se lleva a cabo dentro de los límites económico financieros establecidos y no incluye complicaciones costosas.

Entre las definiciones más recientes encontramos la del Institute of Medicine (1991), que define a la calidad como el grado en el que los servicios de salud para individuos o poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y son, a la vez, consistentes con el conocimiento profesional corriente.

Melum y Sinioris (1992), por su parte, dicen que la calidad es el proceso de administración que implica una mejora continua, un proceso que siempre busca exceder las expectativas del paciente.

En definitiva, parece claro que es muy difícil llegar a un consenso sobre lo que constituye la buena calidad de atención por los valores inherentes en la definición.

Al respecto es fundamental tener presente lo que advertía Donabedian: debe evitarse que la definición de calidad se ensanche tanto que termine siendo un slogan que signifique prácticamente cualquier cosa que uno quiera que signifique.

Este autor admite que hay varias definiciones de calidad y cada una puede ser válida en el contexto apropiado. Para él, los servicios de salud pueden ser analizados desde tres diferentes planos: la óptica de los prestadores, la de los usuarios y la de la sociedad en general.

A pesar de haberse considerado la calidad como la estrategia de negocios de los '80 y los '90, en el ámbito de la salud ha sido el último en ser abordada. Si bien hubo actividades denominadas genéricamente bajo el término aseguramiento de la calidad, no se han desarrollado prácticas orientadas a la mejora de la calidad, definida por los principios de la mejora continua de la calidad o la administración de la calidad total.

Donabedian y otros autores norteamericanos han estado involucrados, en los últimos años, en el desarrollo del campo especializado del aseguramiento de la calidad, cuya finalidad es el monitoreo del desempeño clínico, buscando mantener y mejorar su calidad.

El aseguramiento de la calidad se refiere a un estadio en el desarrollo de aproximaciones para mantener y mejorar la calidad, y representa un interín entre la era del control de la calidad y la mejoría de la calidad.

La mejoría de la calidad, o su sinonimia, la administración de la calidad total o mejoría continua de la calidad, es una aproximación gerencial sistémica que involucra a toda la organización. En este sentido la calidad se ve como una anticipación, que encuentra y excede los deseos y expectativas de los pacientes.

En esencia, la mejoría de la calidad supera a la tradicional expresión industrial del control de calidad, basado en el hallazgo y posterior deshecho de la “manzana podrida”. Establece que de haber existido mecanismos de mejora de la calidad, la manzana no se hubiera podrido. El enfoque clásico de hallar la manzana podrida establece umbrales y remueve los outliers que quedan fuera, asumiendo que el error es provocado por el individuo. En el mejoramiento de la calidad, en cambio, los outliers o fallas se investigan con el propósito de corregir el proceso y cambiar los comportamientos. De acuerdo a lo expresado por Berwick, en este enfoque sistémico se asume que los errores son producidos y forman parte del mismo sistema, por lo que el verdadero mejoramiento de la calidad depende en la comprensión y revisión de los procesos de producción.

Al respecto, la filosofía de la garantía de calidad en salud recibió fuertes críticas de autores como Berwick. Este autor opina que los comités de auditoría actúan post facto evaluando la adecuación de la conducta clínica, dentro de una muestra de casos analizados, utilizando la engañosa metodología de las "manzanas podridas". Según él, esta metodología parte del presupuesto de que para mejorar el sistema basta identificar y denunciar el error, como sucede en el sistema industrial tradicional. Aunque tal vez este método tenga un cierto efecto educativo en los médicos, es caro globalmente y tiene bajos retornos reales en términos de perfeccionamiento. Además, es criticado básicamente por estar fundado en un esquema monopólico del saber que refuerza y amplía el poder del médico.

El enfoque de mejora de la calidad es diferente. Considera que la salida global del proceso provee la base para la acción y no sólo los resultados inaceptables, que exceden lo que sería el límite de especificación en la industria. Es decir, habría una intención de mejorar la tasa aunque ésta no excediera el límite planteado.

Al realizar un enfoque de mejora de la calidad, hay dos opciones a tener en cuenta: reducir la variabilidad en el proceso y/o cambiar al proceso en la dirección deseada. Podría decirse que la aceptación de una perspectiva de mejora de la calidad requiere un cambio de paradigma en el sentido khuniano.

#### *1.3.4 Encuesta para Determinar la Satisfacción del Usuario de los Servicios de Salud en el HPAS.*

En las bases de datos del Ministerio de Salud Pública no se encontraron datos referenciales para conocer el grado de satisfacción del usuario de servicios de salud pública, por lo que para tener referencia de el estado actual del grado de satisfacción del usuario se va a trabajar con el modelo de encuesta (2014) remitido por la Coordinación Zonal 9 de Salud en el que se ha identificado una serie de variables que definen una percepción general de la calidad de atención recibida en los servicios de salud pública como se detalla en la Tabla 1, en este caso, aplicada en el Hospital General Provincial “Pablo Arturo Suárez” de la ciudad de Quito.

Tabla 1:

Modelo Encuesta de Satisfacción al Usuario HPAS

Nº	Pregunta	SI	NO
1	¿El trato recibido por parte del personal del hospital durante el proceso de atención fue cordial?		
2	¿Considera que el personal que trabaja en la Institución esta correctamente capacitado para brindar el servicio?		
3	¿El tiempo para obtener su atención fue el adecuado?		
4	¿Las personas que lo atendieron buscaron todas las alternativas para solucionar su requerimiento?		
5	¿Considera que los procesos que se llevan a cabo son transparentes?		
6	¿Las áreas de espera, baños, accesos principales se encuentran en buen estado, son cómodos y limpios?		

### 1.3.5 Cálculo de la Muestra

Para calcular el tamaño de la muestra se han considerado los siguientes parámetros detallados en la Tabla 2:

Tabla 2:

Factores para calcular el tamaño de la muestra

<i>Parámetro</i>	<i>Símbolo</i>	<i>Valor</i>
<i>Tamaño de la muestra</i>	n=	X
<i>Nivel de confianza deseado</i>	z=	95% (1,96)
<i>Proporción de la población con la característica deseada</i>	p=	0,5
<i>Proporción de la población sin la característica deseada</i>	q=	0,5
<i>Nivel de error dispuesto a cometer</i>	e=	5%
<i>Tamaño de la población</i>	N=	10.000

Aplicando la fórmula para el cálculo de la muestra que es:

$$n = \frac{z^2 * (p*q)}{e^2 + \frac{z^2 * (p*q)}{N}}$$

Reemplazamos datos:

$$n = \frac{(1,96)^2 * (0,5*0,5)}{(0,05)^2 + \frac{(1,96)^2 * (0,5*0,5)}{10.000}}$$

Tenemos como resultado que  $n = 370$

### 1.3.6 Tabulación y Resultados

Las encuestas se aplican a los pacientes que acuden a la Consulta Externa, en el caso de aquellos que no están en condiciones de responder por su estado de salud o condición de vulnerabilidad (adultos mayores, discapacitados), la encuesta es respondida por el familiar o acompañante. Una vez corrida la encuesta se obtienen los resultados para identificar las variables con debilidades que se deben priorizar para incrementar la satisfacción del usuario de los servicios de salud; dichos resultados se exponen en la Tabla 3, y con ellos se realizará la visualización de cada variable y su respectivo análisis.

Tabla 3:

Resultados Encuesta de Satisfacción al Usuario HPAS

N°	Pregunta	SI	NO	% Satisfacción
1	¿El trato recibido por parte del personal del hospital durante el proceso de atención fue cordial?	301	69	81%
2	¿Considera que el personal que trabaja en la Institución esta correctamente capacitado para brindar el servicio?	310	60	84%
3	¿El tiempo para obtener su atención fue el adecuado?	169	201	46%
4	¿Las personas que lo atendieron buscaron todas las alternativas para solucionar su requerimiento?	338	32	91%
5	¿Considera que los procesos que se llevan a cabo son transparentes?	346	24	94%
6	¿Las áreas de espera, baños, accesos principales se encuentran en buen estado, son cómodos y limpios?	206	164	56%
<b>% SATISFACCIÓN DEL USUARIO</b>		<b>1670</b>	<b>550</b>	<b>75%</b>

La tabulación de la encuesta se realizó considerando como respuesta el SI y el NO, lo que genera el porcentaje de satisfacción en cada variable como resultado de la relación de las respuestas positivas sobre el total de respuestas contestadas, obteniendo los siguientes resultados a cada pregunta:

**Pregunta 1.- ¿El trato recibido por parte del personal del hospital durante el proceso de atención fue cordial?**

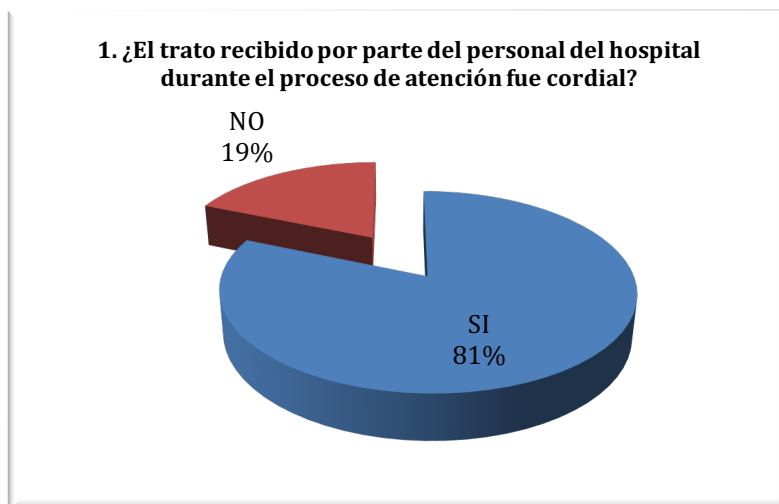


Figura 13. Resultados Satisfacción Usuario pregunta 1

Fuente: Coordinación Atención al Usuario - Encuesta realizada en el HPAS marzo 2015

Se puede apreciar en la Figura 13 que el usuario de los servicios de salud del HPAS percibe que el personal del hospital maneja un trato cordial y amable durante los procesos de atención en un 81%, dejando un 19% de insatisfacción para ser trabajado y como punto de partida para mejorar con el modelo de calidad en la atención de los servicios de salud que se va a plantear en este documento.

**Pregunta 2.- ¿Considera que el personal que trabaja en la Institución esta correctamente capacitado para brindar el servicio?**

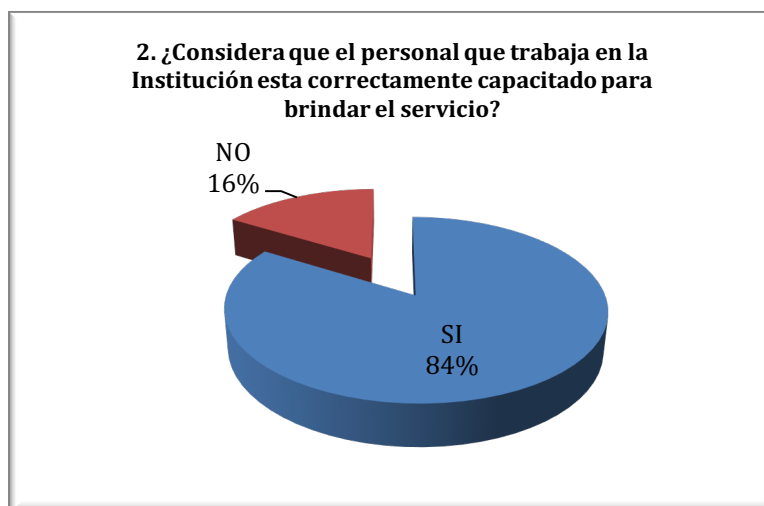


Figura 14. Resultados Satisfacción Usuario pregunta 2

Fuente: Coordinación Atención al Usuario - Encuesta realizada en el HPAS marzo 2015

En lo referente a capacidad del personal para brindar el servicio, se puede apreciar en la Figura 14 que el usuario considera en un 84% que las personas que laboran en el hospital están capacitados correctamente para brindar el servicio de atención en salud; se consideran parte de la atención no solamente al personal médico o auxiliar de salud, sino también al personal administrativo de apoyo en agendamiento o atención al usuario.

**Pregunta 3.- ¿El tiempo para obtener su atención fue el adecuado?**

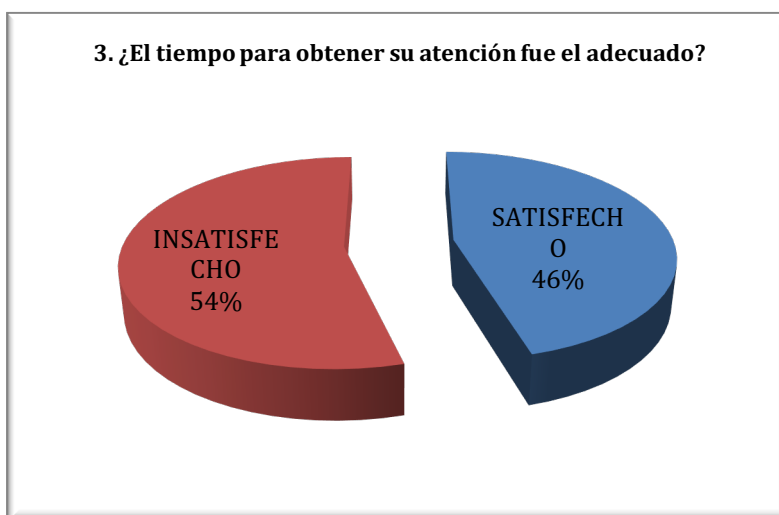


Figura 15. Resultados Satisfacción Usuario pregunta 3

Fuente: Coordinación Atención al Usuario - Encuesta realizada en el HPAS marzo 2015

En la Figura 15 se evidencia una baja satisfacción del usuario con referencia al tiempo que el usuario esperó para ser atendido, dando una pauta para analizar las causas que afectan a esta variable y generar un plan de acción para corregir los factores. Hay que considerar las áreas de atención como consultorio, admisiones o apoyo diagnóstico.

**Pregunta 4.- ¿Las personas que lo atendieron buscaron todas las alternativas para solucionar su requerimiento?**



Figura 16. Resultados Satisfacción Usuario pregunta 4

Fuente: Coordinación Atención al Usuario - Encuesta realizada en el HPAS marzo 2015

En la Figura 16 se evidencia que el usuario cree que en un 91% el personal del hospital trató o buscó la manera de solucionar sus requerimientos, dentro de esta variable están todos los actores en la atención desde personal médico, auxiliares y personal administrativo; aquí sería importante registrar el tipo de solución que se le dio al usuario, así como identificar si es que, a pesar de que tuvo inconvenientes en la atención o con su requerimiento y éste fue solucionado, la satisfacción respecto al servicio en general no ha cambiado o no necesita realizar un reclamo formal a las autoridades.

**Pregunta 5.- ¿Considera que los procesos que se llevan a cabo son transparentes?**

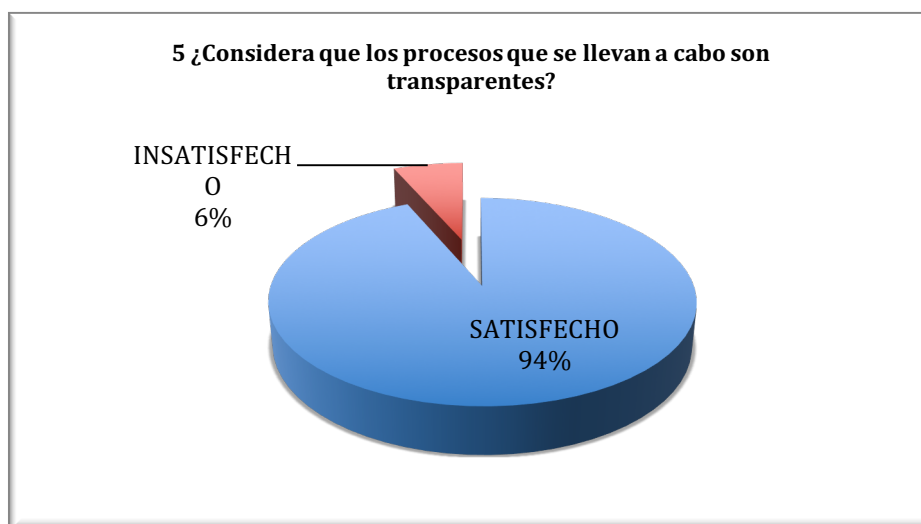


Figura 17. Resultados Satisfacción Usuario pregunta 5

Fuente: Coordinación Atención al Usuario - Encuesta realizada en el HPAS marzo 2015

Referente a la transparencia en los procesos de atención, el 94% de los usuarios consultados consideran que si lo son, lo que se evidencia en la Figura 17; aquí se consideran los procesos de atención desde el agendamiento de la cita, la toma de signos vitales, la consulta médica, la toma de turnos o atención en los servicios de apoyo diagnóstico, la entrega de medicamentos o insumos en la farmacia y hasta el agendamiento de una cita subsecuente en caso de ser necesario.

**Pregunta 6.- ¿Las áreas de espera, baños, accesos principales se encuentran en buen estado, son cómodos y limpios?**

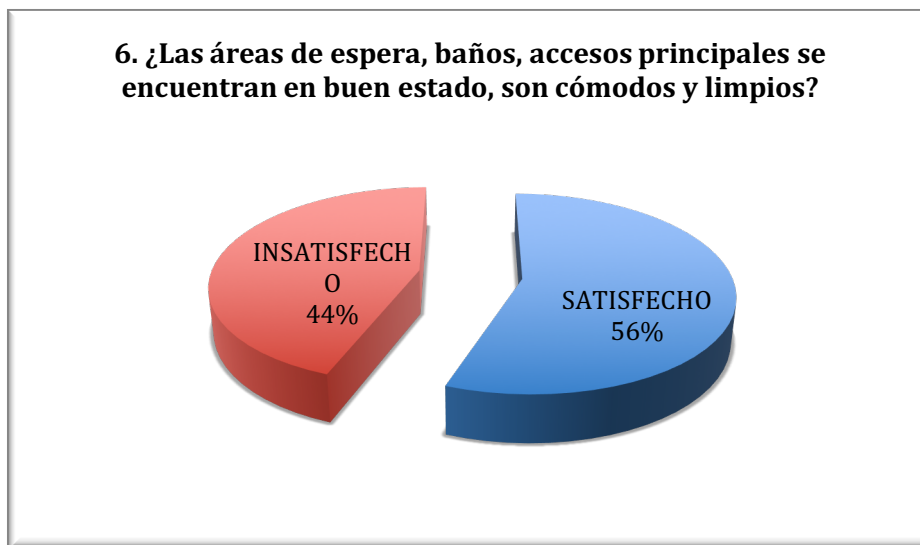


Figura 18. Resultados Satisfacción Usuario pregunta 6

Fuente: Coordinación Atención al Usuario - Encuesta realizada en el HPAS marzo 2015

En lo referente a la comodidad y al estado de las áreas de espera, baños y accesos principales se denota una satisfacción media, reflejada en un 56% de satisfacción que se muestra en la Figura 18.

## Resultado Satisfacción del Usuario HPAS

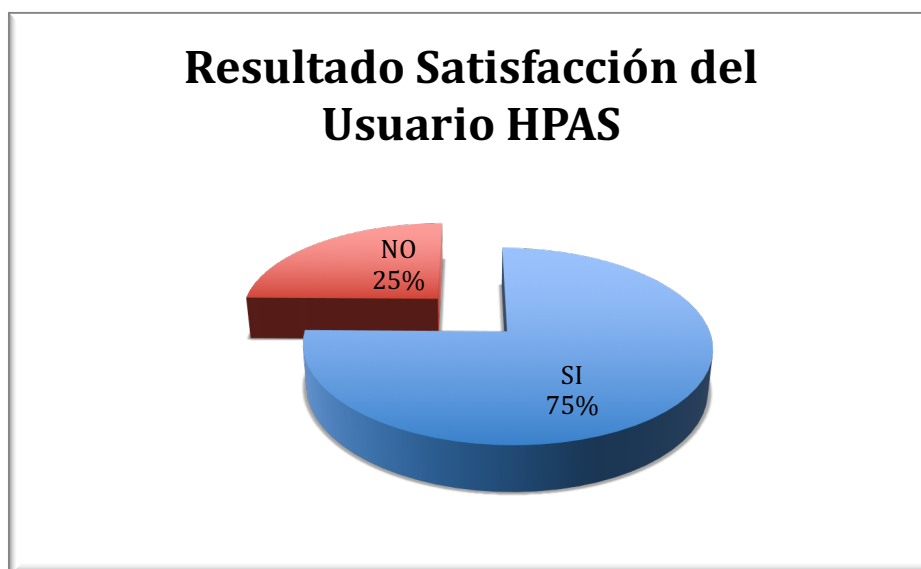


Figura 19. Resultados Satisfacción Usuario

Fuente: Coordinación Atención al Usuario - Encuesta realizada en el HPAS marzo 2015

El análisis de los resultados develan que el usuario considera que el personal que trabaja en el HPAS está correctamente capacitado para brindar el servicio, mientras que por el contrario se identifican falencias en cuanto a los tiempos de atención y como segunda causa de insatisfacción se observa que los usuarios no se encuentran conformes con la comodidad y limpieza de las instalaciones del hospital; esto refleja a nivel general una satisfacción del usuario de los servicios de salud del 75% como se puede apreciar en la Figura 19.

## **2 IMPORTANCIA DEL ENFOQUE BASADO EN PROCESOS**

Un enfoque basado en procesos para el Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez vendría a ser una línea de base para iniciar con la estructuración de un sistema de calidad a través del cual se pueda entender y organizar de mejor manera los procesos y los servicios de la organización, para brindar una atención de calidad y calidez como lo establecen los planteamientos del Plan Nacional del Buen Vivir y la Constitución de la República. Recalco que a pesar de que el Estatuto Orgánico de Gestión por Procesos ya plantea un modelo de gestión en red con un Mapa de Procesos, este viene a ser simplemente un ordenamiento orgánico que no está asentado a la realidad de la gestión individual de cada hospital y que necesariamente debe ser adaptada y desarrollada a esa realidad.

### **2.1 Introducción**

Según el apartado 0.2 de la Norma ISO 9001:2008 “La aplicación de un sistema de procesos dentro de una organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos, así como su gestión para producir el resultado deseado, puede denominarse como enfoque basado en procesos”.

El enfoque basado en procesos se fundamenta en:

- La estructuración de la organización sobre la base de procesos orientados a clientes.
- El cambio de la estructura organizativa de jerárquica a plana.
- Los departamentos funcionales pierden su razón de ser y existen grupos multidisciplinarios trabajando sobre el proceso.
- Los directivos dejan de actuar como supervisores y se comportan como apocadores.
- Los empleados se concentran mas en las necesidades de sus clientes y menos en los estándares establecidos por su jefe.
- Utilización de tecnología para eliminar actividades que no añadan valor.

Las ventajas de este enfoque son las siguientes:

- Alinear los objetivos organizacionales con las expectativas y necesidades de los clientes.
- Crear valor en la organización.
- Señalar como están estructurados los flujos de información y materiales.
- Indicar como se realiza el trabajo y como se articulan las relaciones proveedor cliente entre funciones.

El enfoque basado en procesos propone mejorar la eficiencia y eficacia de las organizaciones para alcanzar los objetivos definidos en la misma, o como se menciona en ISO 9004:2009 “Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.” (ISO 9004:2009, p. 43), o como lo relaciona ISO 9001:2008 aumentar la satisfacción del cliente satisfaciendo sus requisitos previamente especificados, esto se puede apreciar gráficamente en la Figura 20.

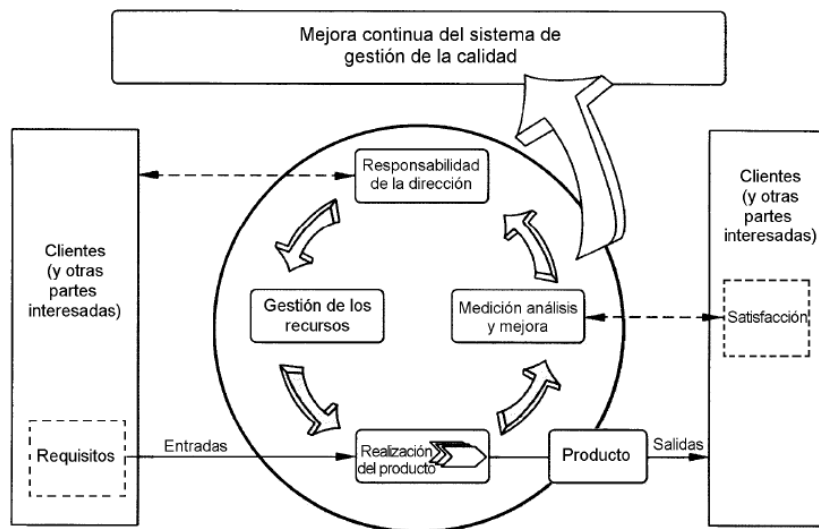


Figura 20. Enfoque Basado en Procesos

Fuente: ISO 9001:2008, p.vii

El camino que se plantea en el presente trabajo es establecer un modelo de calidad que satisfaga las necesidades del cliente, paciente en este caso, por lo que es necesario establecer un enfoque basado en procesos que contemple esas necesidades o requerimientos para elevar el nivel de satisfacción y alcanzar de a poco la visión planteada.

Los beneficios de un enfoque basado en procesos son los siguientes:

- Alinear e integrar los procesos para alcanzar los resultados deseados.
- Orientar los esfuerzos hacia la eficacia y eficiencia de los procesos.
- Generar confianza a los clientes y partes interesadas, respecto al desempeño coherente de la organización.
- Transparentar las operaciones dentro de la organización.
- Minimizar costos y generar tiempos de ciclo más cortos, a través del uso eficaz de los recursos.
- Mejorar los resultados, hacerlos coherentes y predecibles.
- Generar oportunidades para enfocar y priorizar las iniciativas de mejora.
- Impulsar la participación del personal y la clarificación de sus responsabilidades.

## **2.2 ¿Qué es un Proceso?**

Para Agudelo y Escobar (2010) un proceso se define como el conjunto de actividades secuenciales o paralelas que son ejecutadas por un productor sobre un insumo para agregarle valor y transformarlo en un producto que pueda ser suministrado u ofrecido a un cliente externo o interno.

ISO 9000:2005 define al proceso como “conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados” (ISO 900:2005, p. 7), este concepto se ve reflejado en la Figura 21.

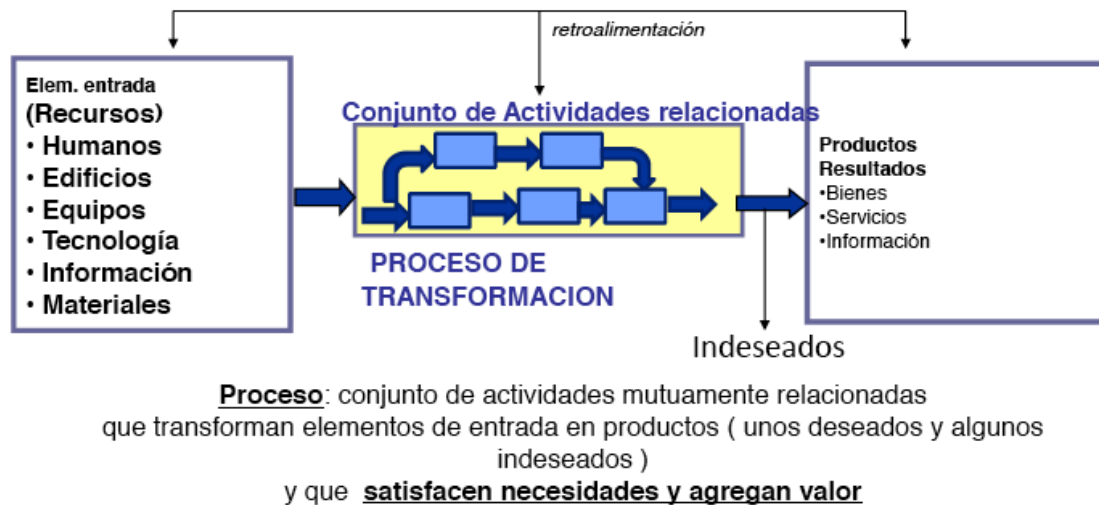


Figura 21. Proceso Genérico

Fuente: Adaptado de Universidad Católica del Uruguay, 2013, Presentación Power Point “Gestión de Procesos”

Para Arévalo F. (2007), un proceso se define como “El conjunto de operaciones conectadas por un flujo de materiales e información que combina y transforma insumos en productos” o cualquier actividad o grupo de actividades que emplee insumos, le agregue valor y suministre un producto a un cliente interno o externo. Los procesos utilizan los recursos de una organización para lograr objetivos o alcanzar resultados, en otras palabras, es la manera en la que se hacen las cosas en la organización; como referencia ver la Figura 22.

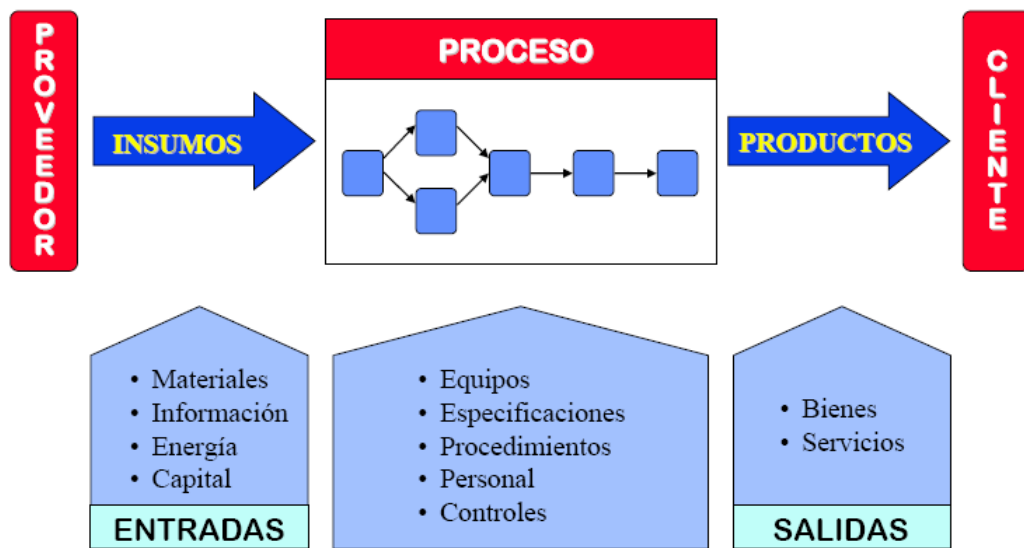


Figura 22. Definición de Proceso

Fuente: Adaptado de Arévalo F., 2007, Presentación Power Point “Introducción al Mejoramiento de Procesos”

Los elementos de entrada y los resultados pueden ser tangibles (productos) o intangibles (servicios), los resultados incluso pueden ser no intencionados como el desperdicio o la contaminación ambiental.

Cada proceso tiene clientes y partes interesadas con sus propias expectativas y necesidades, quienes definen el resultado requerido del mismo.

Los procesos deberían tener una fuente de información sobre su desempeño a través de la recolección de datos y su respectivo análisis, con el fin de aplicar acciones correctivas o de mejora.

Para que los procesos aporten valor a la organización, deberían estar alineados con los objetivos, el alcance y la complejidad de la organización; la eficiencia y eficacia del

proceso puede evaluarse con procesos de revisión internos o externos, un ejemplo gráfico de este concepto lo podemos apreciar en la Figura 23.

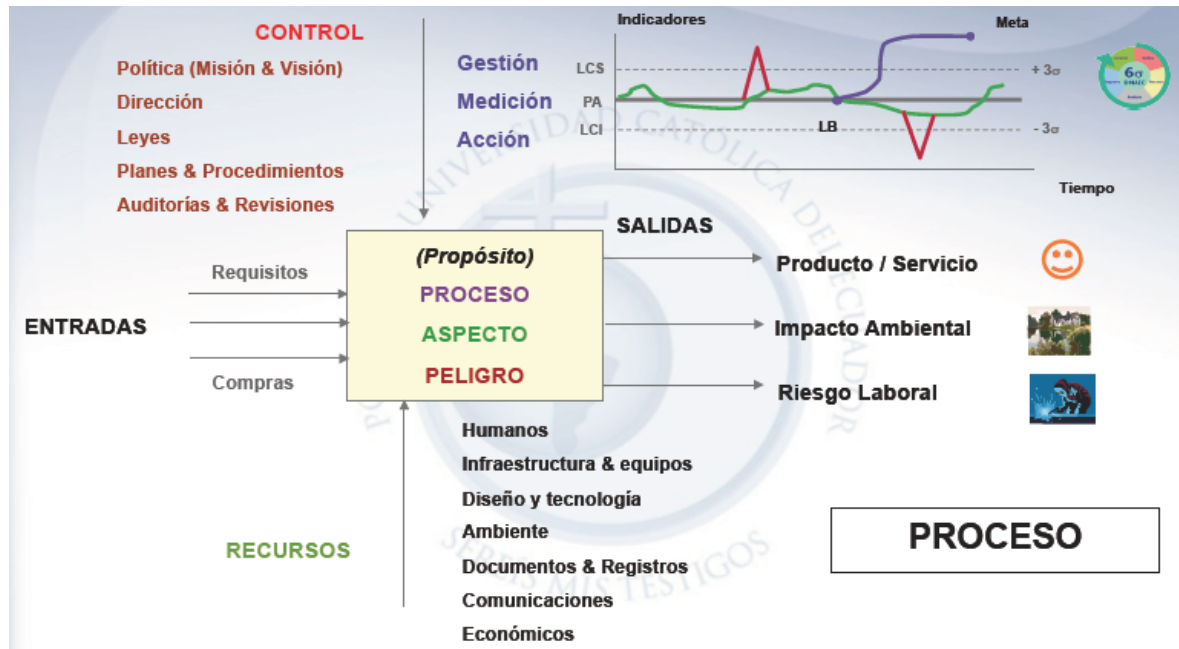


Figura 23. Proceso

Fuente: Adaptado de Vallejo P., 2013, Presentación Power Point “Introducción Sistemas de Calidad y Normas ISO 9000”- Maestría en Administración de empresas PUCE.

### 2.3 Tipo de Procesos

Sobre la base de la Norma ISO 9001:2008 y sus apartados 0.1 Generalidades, 0.2 Enfoque basado en procesos y el apartado 4.1 Requisitos generales, el documento ISO/TC 176/SC 2/N 544R3 identifica los siguientes tipos de procesos típicos de las organizaciones:

### 2.3.1 Procesos para la Gestión de una Organización

Se incluyen procesos de planificación estratégica, para el establecimiento de políticas, para la fijación de objetivos, la provisión de comunicación, el aseguramiento de la disponibilidad de recursos para los demás objetivos de la calidad y resultados deseados de la organización y para las revisiones por la dirección, ver Figura 24.

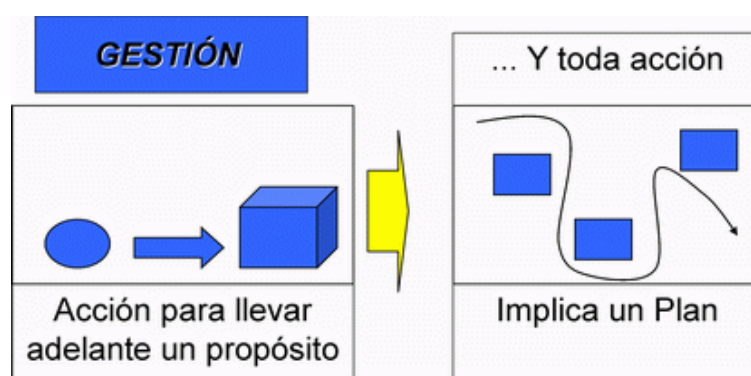


Figura 24. Procesos para la Gestión de una Organización

Fuente: Cruz O., 2007, Indicadores de Gestión y Aplicaciones de Herramientas Calidad. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos55/indicadores-gestion/indicadores-gestion2.shtml>

### 2.3.2 Procesos para la Gestión de Recursos

Comprenden todos aquellos procesos que hacen falta para provisionar los recursos necesarios de los objetivos de calidad y resultados deseados de la organización.

### 2.3.3 Procesos de Realización

Incluyen todos los procesos que proporcionan los resultados deseados por la organización, ver Figura 25.

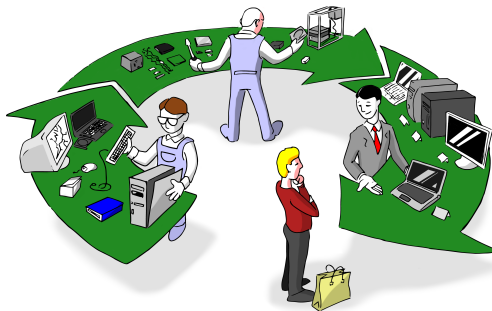


Figura 25. Ejemplo Procesos de Realización

Fuente: Recuperado de [http://www.life-ecoraee.eu/es/etapa\\_b.php](http://www.life-ecoraee.eu/es/etapa_b.php)

### 2.3.4 Procesos de medición, análisis y mejora

Comprende los procesos necesarios para medir y recopilar datos para realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Abarca procesos de medición, seguimiento, auditoría, análisis del desempeño y procesos de mejora; regularmente vienen acompañados de herramientas de calidad o mejoramiento como se enuncia en la Figura 26.

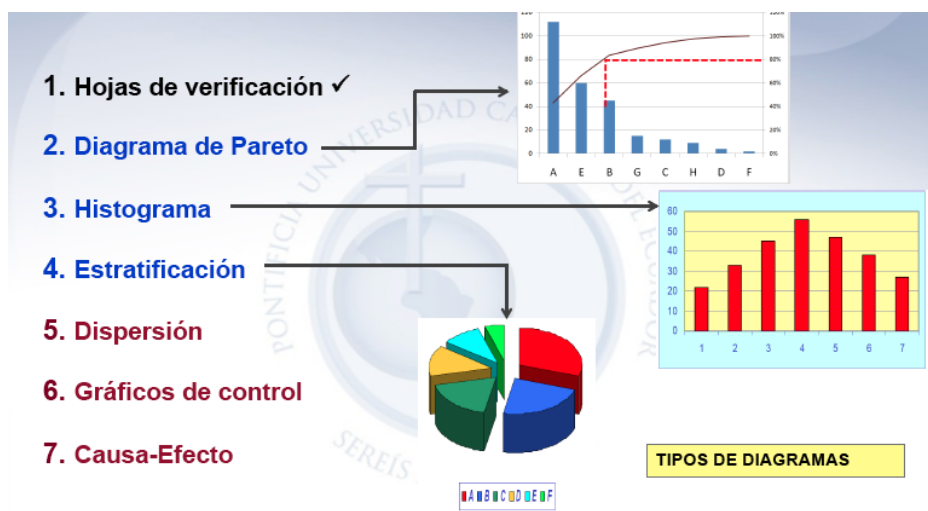


Figura 26. Herramientas de calidad para el mejoramiento continuo

Fuente: Adaptado de Vallejo P., 2013, Presentación Power Point “Introducción Sistemas de Calidad y Normas ISO 9000”- Maestría en Administración de empresas PUCE.

## 2.4 Comprensión del Enfoque Basado en Procesos

Gestionar y organizar las actividades de trabajo para crear valor para el cliente y las partes interesadas se consigue cuando las organizaciones implementan un enfoque basado en procesos.

Esto se logra dejando de lado la estructuración a través de las jerarquías de unidades funcionales, sin gestionar verticalmente las responsabilidades y resultados obtenidos de cada unidad funcional. A menudo el cliente final no se da cuenta de lo que en sí el proceso involucra, ya que se priorizan las metas a corto plazo por sobre los problemas en los límites de las interfaces, no se evidencia mejora para las partes interesadas ya que las acciones se enfocan a las funciones que al resultado previsto.

El enfoque basado en procesos permite la gestión horizontal, penetrando las barreras entre las diferentes unidades funcionales para unificar sus enfoques hacia los objetivos principales de la organización como se ejemplifica en la Figura 27.

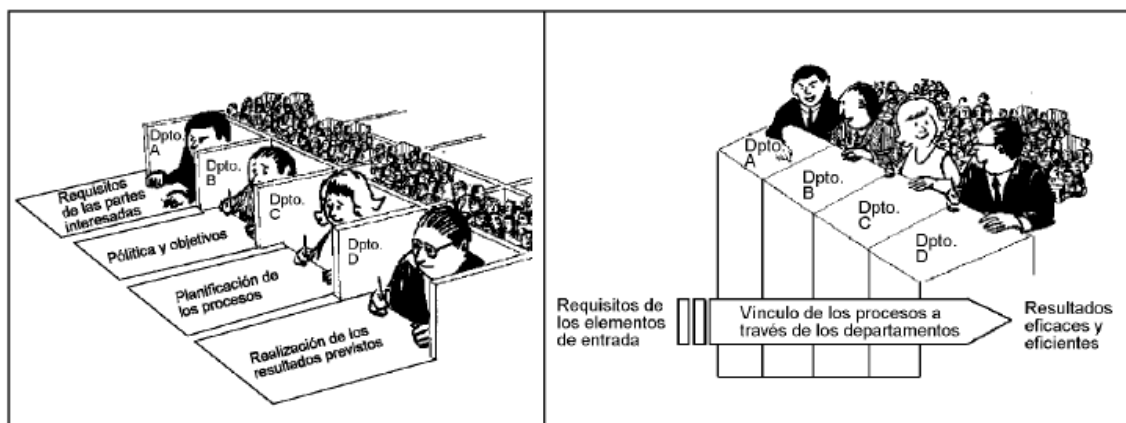


Figura 27. Ejemplo de vínculo de los procesos a través de los departamentos en una organización

Fuente: iso/tc 176/SC 2/N 544R3

Los procesos, entonces, se gestionan como un sistema definido por la red de procesos y sus interacciones, alcanzando así un mejor entendimiento que aporta valor; esta operación coherente de la red a menudo se denomina enfoque de sistema para la gestión.

Regularmente los resultados de un proceso pueden ser los elementos de entrada a otros procesos y están interrelacionados dentro de la red global o sistema global como se explica en la Figura 28.

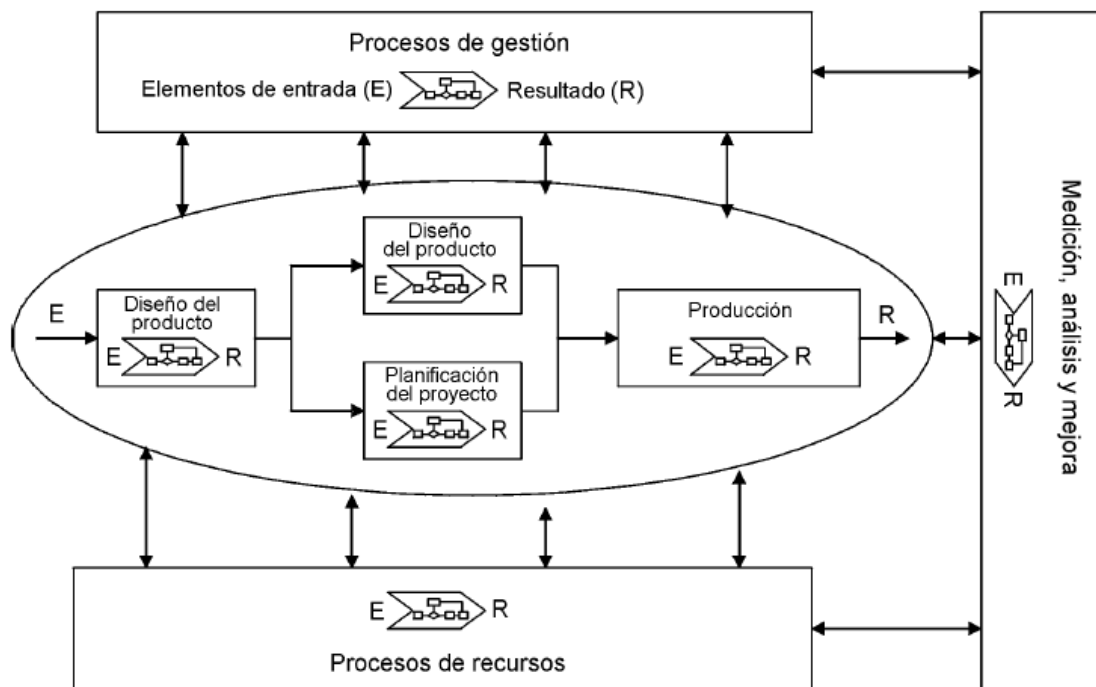


Figura 28. Ejemplo de secuencia de procesos y sus interacciones

Fuente: iso/tc 176/SC 2/N 544R3

El paso preliminar e importante para establecer un enfoque basado en procesos en una organización, es pensar acerca de cuáles son los procesos que deben participar del sistema, es decir, qué procesos deben primar en la estructura de procesos del sistema.

La familia de las normas ISO no establecen de manera explícita qué procesos genéricos deberían implementarse, ya que no se pretende establecer uniformidad en la manera de adoptar este enfoque, de forma que organizaciones similares pueden llegar a definir estructuras parecidas y a su vez diferentes de procesos.

Este suele ser el primer obstáculo con el que se encuentra una organización que desee adoptar este enfoque, por lo que se convierte en absolutamente necesario recordar que los procesos ya existen dentro de una organización, de manera que simplemente hay que identificarlos y gestionarlos de manera apropiada. Debe identificarse, por tanto, cuáles de los procesos son lo necesariamente significativos como para formar parte de la estructura de procesos de la organización y determinar a qué nivel de detalle.

La identificación y selección de los procesos a formar parte de la estructura de procesos no deben ser algo trivial, y debe nacer de una reflexión acerca de las actividades que se desarrollan en la organización y de cómo éstas influyen y se orientan hacia la consecución de los resultados.

Los principales factores para la identificación y selección de los procesos son los siguientes:

- Influencia en la satisfacción del cliente.
- Los efectos en la calidad del producto/servicio.
- Influencia en Factores Clave de Éxito (FCE).
- Influencia en la misión y estrategia.
- Cumplimiento de requisitos legales o reglamentarios.
- Los riesgos económicos y de insatisfacción.
- Utilización intensiva de recursos.

Existen diferentes herramientas de gestión que permiten a las organizaciones llevar a cabo la identificación de los procesos que componen su estructura, entre ellas se podrían aplicar técnicas de “Brainstorming”, dinámicas de equipos de trabajo, etc.

Es importante además destacar la implicación de los líderes de la organización para encabezar e impulsar el diseño de la estructura de procesos de la organización, así como su aporte para garantizar la alineación con la misión definida.

Ya realizada la identificación y la selección de los procesos, es necesario definir y reflejar esta estructura de forma que facilite la definición e interpretación de las interrelaciones existentes entre los mismos.

La manera más representativa de reflejar los procesos identificados y sus interrelaciones es a través de un mapa de procesos, que viene a ser la representación gráfica de la estructura de procesos que conforman el sistema de gestión, para referencia ver el ejemplo de la Figura 29.

Al momento de elaborar un mapa de procesos, y con el propósito de facilitar la interpretación del mismo, es necesario analizar previamente las posibles agrupaciones que pueden encajar aquellos procesos ya identificados. La agrupación de los procesos dentro del mapa establece analogías entre procesos, al tiempo que facilita la interrelación y la interpretación del mapa en su conjunto.

El tipo de agrupación puede y debe ser establecido por la propia organización, no existiendo para ello ninguna regla específica.

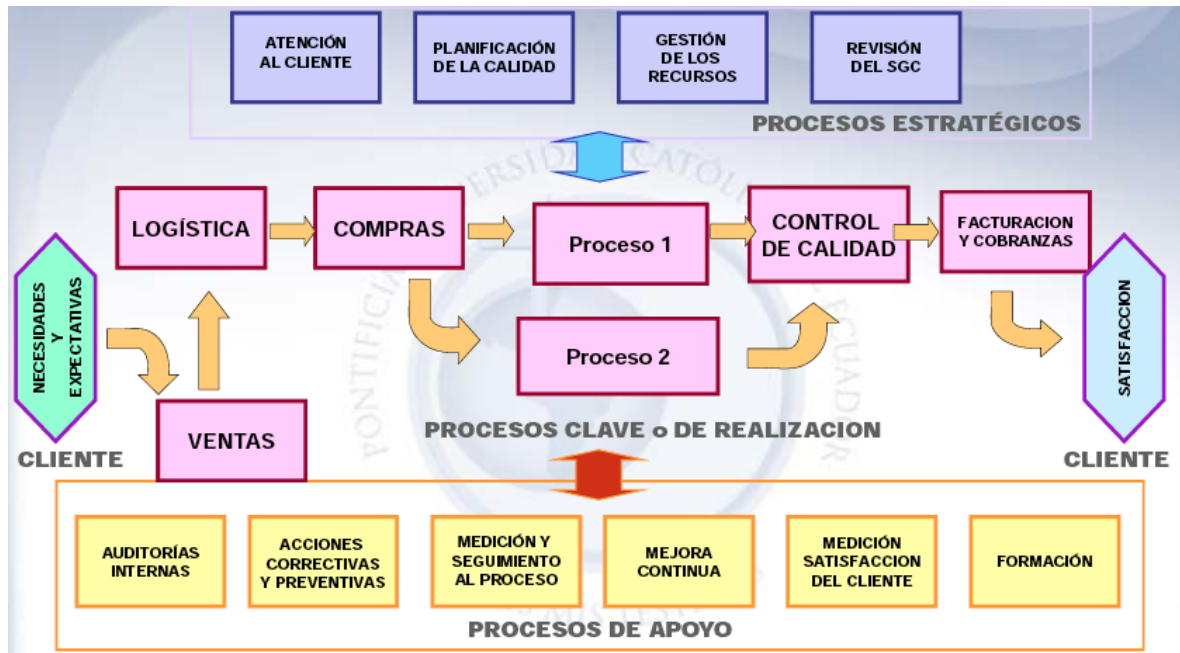


Figura 29. Herramientas de calidad para el mejoramiento continuo

Fuente: Adaptado de Vallejo P., 2013, Presentación Power Point “Introducción Sistemas de Calidad y Normas ISO 9000”- Maestría en Administración de empresas PUCE.

## **3 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CALIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO**

A través del presente trabajo se pretende desarrollar un modelo de calidad basado en procesos, orientado a satisfacer las necesidades del usuario de los servicios de salud, con la finalidad de alinear las atribuciones y responsabilidades de los servidores públicos de esta casa de salud, ya definidos en el Estatuto Orgánico de Gestión por Procesos para Hospitales del MSP, con los lineamientos internacionales de seguridad del paciente para garantizar de esta manera una atención oportuna, digna, gratuita, sin discriminación alguna y por sobre todo que aporte a minimizar los riesgos del paciente en el proceso de atención.

### **3.1 Identificación de los Procesos**

Es necesario definir y tener claro el propósito de la organización, identificar clientes y partes interesadas, así como los requisitos, necesidades y expectativas frente a los resultados previstos por la organización, en este caso, el Hospital General Provincial “Pablo Arturo Suárez”; para el efecto se ha definido claramente una política integrada de gestión que contempla el trabajar bajo un enfoque basado en procesos con lineamientos que avizoran un fuerte compromiso con la Calidad, Salud, Seguridad y Ambiente en las actividades que se desarrollan en el HPAS para sus usuarios.

#### *3.1.1 Política Integrada de Gestión*

El Hospital Pablo Arturo Suarez, es una Institución Pública dedicada a la prestación de servicios de salud, estamos conscientes de la importancia de satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros clientes, brindándoles calidad en nuestros servicios, protegiendo el medio ambiente y la salud y seguridad de nuestros trabajadores, y clientes externos.

Para el fiel cumplimiento de estos principios Institucionales, el Hospital Pablo Arturo Suárez, asume los siguientes compromisos:

1. Cumplir con la legislación técnica y legal vigente, tanto nacionales, como normas y estándares internacionales aplicables en materia de calidad, medio ambiente y de Seguridad y Salud en el Trabajo.
2. Promover el desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Gestión Integrado, buscando superar el cumplimiento de los estándares de calidad, de las normas ambientales, y de seguridad y salud en el trabajo, a través de la capacitación, entrenamiento y motivación a nuestros trabajadores.
3. Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación.
4. Prevenir la contaminación, reducir y minimizar el impacto ambiental, a través de un adecuado manejo de nuestros residuos.
5. Propender que todos los trabajadores desarrollen sus actividades en ambientes seguros, dignos y saludables, a fin de prevenir accidentes y enfermedades ocupacionales, garantizando a la vez la seguridad de nuestros pacientes, proveedores y visitantes.
6. Proveer, a medida de las posibilidades, los recursos necesarios para toda actividad y acción relacionada a los procesos de calidad, manejo ambiental y seguridad y salud en el trabajo.

Al asumir el cumplimiento de nuestra Política Integrada de Calidad, Medio Ambiente y Seguridad y Salud en el Trabajo, el Hospital Pablo Arturo Suárez manifiesta su compromiso estratégico con la responsabilidad social, a través del esfuerzo permanente por la búsqueda de la excelencia, y mejoramiento continuo, y el compromiso con nuestros clientes internos y externos y la relación sustentable con el entorno.

La alta dirección, a través de la Gerencia, asume el compromiso de ejercer el liderazgo para asegurar que todos sus colaboradores contribuyan a la implementación y aplicación efectiva de esta Política.

### *3.1.2 Política Institucional de Seguridad del Paciente*

La política de seguridad en la prestación de servicios de salud en el HPAS es crear una cultura de seguridad en la atención del paciente; esta necesitará de:

- Creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Homologación de definiciones sobre el tema en la institución.
- Capacitación del personal para identificar incidentes, eventos centinela, eventos adversos, cuasi accidentes y daño.
- Motivación para reportar los eventos o accidentes en la atención de salud del HPAS.

### *3.1.3 Estructuración de acuerdo a Procesos*

Las políticas y lineamientos de la organización deben traducirse en una red de procesos que generen el enfoque de sistema, para lo cual, el Hospital Pablo Arturo Suárez ha definido la siguiente estructuración de sus procesos clave en cuatro grandes macro procesos y sus respectivos procesos con sus interacciones:

#### A. Procesos Gobernantes

- PGC 001 Direccionamiento Estratégico
- PGC 002 Planificación, Seguimiento y Evaluación
- PGC 003 Sistemas de Gestión Integrados
- PGC 004 Gestión de Comunicación Institucional

#### B. Procesos de Cadena de Valor:

- PEC 001 Gestión de Emergencias
- PEC 002 Gestión de Consulta Externa
- PEC 003 Gestión de Hospitalización

- PEC 004 Gestión de Centro Quirúrgico
- PEC 005 Gestión de Admisiones
- PEC 006 Gestión de Laboratorios y Medicina Transfusional
- PEC 007 Diagnóstico por Imágenes
- PEC 008 Gestión de Cuidado Crítico
- PEC 009 Rehabilitación y Terapia Física

#### C. Procesos de Soporte:

- PAC 001 Gestión de Asesoría Jurídica
- PAC 002 Gestión Administrativa Financiera
- PAC 003 Gestión Talento Humano
- PAC 004 Gestión de TIC's
- PAC 005 Gestión de Medicamentos e Insumos

#### D. Procesos de Medición, Análisis y Mejora (Modelo de Atención al Usuario)

- PMAM 001 Gestión de Atención al Usuario
- PMAM 002 Sistema de Reporte de Incidentes y Eventos Adversos

### *3.1.4 Mapa de Procesos*

Para reflejar de manera representativa los procesos identificados por la organización y sus interrelaciones, es necesario plasmar un mapa de procesos, que no es más que la representación gráfica de la estructura de procesos que conforman el sistema de gestión, para el HPAS se ha definido el mapa de procesos que se refleja en la Figura 30.

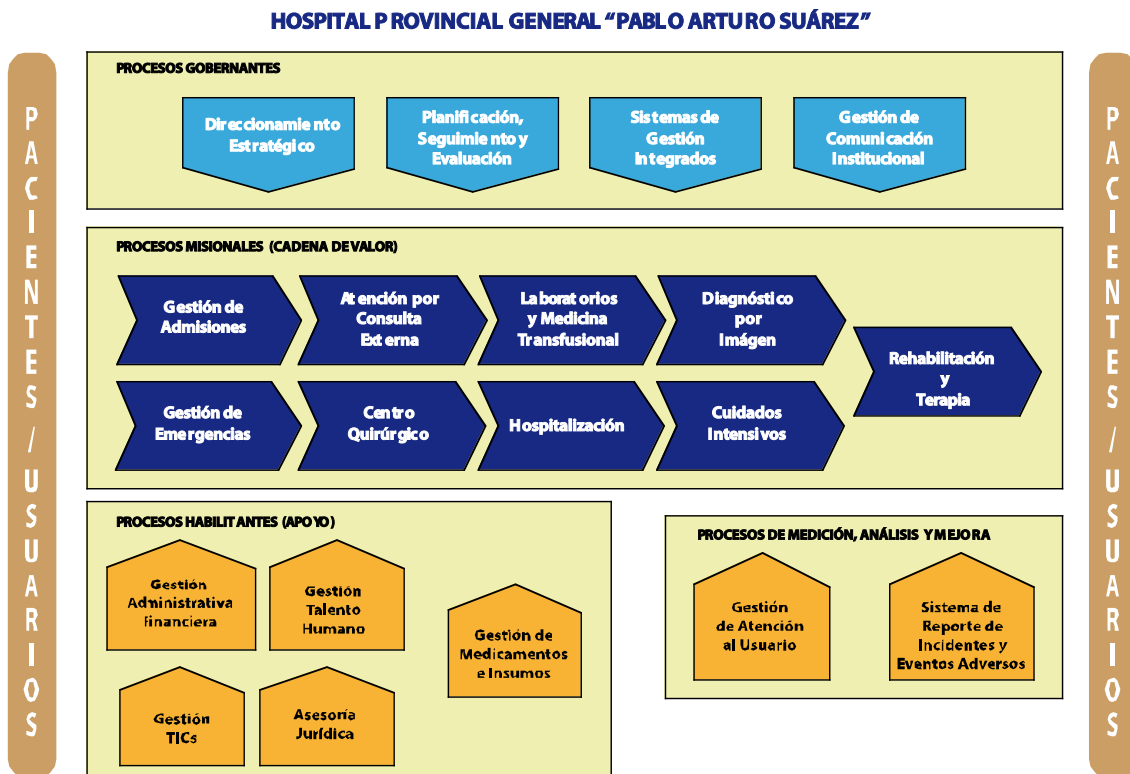


Figura 30. Mapa de Procesos HPAS

### 3.2. Planificación e Implementación de los Procesos

Para el Modelo de Calidad de Atención al Usuario que se plantea en esta tesis, hay que centrarse en planificar los procesos de medición, análisis y mejora identificados por la organización, ya que a través de ellos se evalúan los resultados y se identifican las áreas de mejora de todo el sistema de procesos.

#### 3.2.1 Gestión de Atención al Usuario

Dentro de la Gestión de Atención al Usuario se pueden identificar los siguientes sub procesos:

- Gestión de la Información
- Gestión de quejas, reclamos y tabulación de datos
- Gestión de Satisfacción al Usuario

### *3.2.1.1 Gestión de la Información*

El propósito de este subproceso es brindar información oportuna a los usuarios internos y externos sobre los servicios que brinda el Hospital Provincial General “Pablo Arturo Suárez”; abarca desde la recepción de necesidad de información del usuario, hasta la oportuna solución de su requerimiento.

El responsable de este subproceso es el Coordinador de Atención al Usuario, quien supervisa que su equipo de trabajo (asistentes de atención al usuario – chalecos rojos) sean los encargados de facilitar el tránsito de los pacientes por las instalaciones del hospital, brindando información adecuada sobre turnos, horarios, ubicación de lugares y, de ser el caso, realizar el acompañamiento durante el proceso de atención de aquellos usuarios identificados dentro del grupo de vulnerabilidad como son: tercera edad, embarazadas, madres con niños en brazos y personas con algún tipo de discapacidad. Adicional a ello, el personal de atención al usuario es el encargado de realizar la verificación de la estancia de los pacientes en el hospital para realizar la autorización de ingreso de visitas a los familiares de los pacientes hospitalizados, a través de la implementación de tarjetas pases con colores para garantizar que las personas accedan únicamente a los lugares donde se encuentran recuperándose sus familiares y así elevar la seguridad de acceso de personas ajenas al hospital.

Para el desempeño de este subproceso es necesario tener claro las siguientes definiciones:

**Formulario de Referencia (Formulario 053):** Documento habilitante para la atención médica en el que se corrobora que su cuadro clínico debe ser tratado en una institución de segundo nivel, en este caso corresponde al Hospital Pablo Arturo Suárez.

**Formulario de entrega provisional de silla de ruedas:** Documento habilitante para la entrega de silla de ruedas a pacientes que la necesiten.

**Tarjeta pase de acceso:** Es entregada por la enfermera responsable del piso a un familiar de pacientes en casos extremos en los que amerite acompañamiento.

**Base de datos:** Conjunto de datos almacenados digitalmente para su posterior uso.

Es importante para los dueños del subproceso, así como para quienes participan de él, tener claras las políticas de gestión del mismo para su correcta implementación; por ende las políticas planteadas para este subproceso son:

1. El personal de atención al usuario deberá verificar el formulario de referencia de atención para proporcionar ticket para las ventanillas de admisiones.
2. Las personas que no posean formulario de referencia deberán ser direccionadas a donde corresponda de acuerdo al tipo de complejidad establecido en el tríptico informativo.
3. El personal de atención al usuario deberá acompañar a Emergencia o Consulta Externa a pacientes que no estén acompañados por sus familiares.
4. La información requerida por parte de los usuarios sobre pacientes será únicamente sobre su ubicación más no de su estado de salud.
5. Únicamente el titular de la tarjeta pase podrá ingresar al Hospital en horarios fuera de visita.
6. El acceso de visitantes al área administrativa será únicamente con cita previa.
7. Es obligación del personal de atención al usuario registrar el número de visitas y motivos de las mismas del personal administrativo y funcionarios.
8. Los funcionarios del Hospital Pablo Arturo Suárez podrán tener máximo 2 visitas semanales de personas externas a excepción de proveedores y autoridades.

Las actividades esenciales y los responsables de su ejecución para brindar información de turnos o información general se detallan en la Tabla 4 que se presenta a continuación:

Tabla 4:

Descripción de Actividades de Información General al Usuario

No.	Actividad	Responsable	Descripción
1	Receptar necesidad del usuario	Personal de atención al usuario	Verificar el tipo de información que necesita el usuario: atención médica, hospitalaria o administrativa.
2	Verificar si el usuario tiene formulario de referencia	Personal de atención al usuario	Si se necesita atención médica se solicita formulario de referencia para poder direccionar al paciente.
3	Proporcionar ticket para ventanilla	Personal de atención al usuario	Si el paciente posee formulario de referencia se lo direcciona a la Gestión de Admisiones Consulta Externa.
4	Informar al usuario que debe dirigirse al Centro de Salud más cercano a su domicilio.	Personal de atención al usuario	Si el paciente no posee formulario de referencia se le facilita Tríptico de Información. Adicional a esto verificamos si el paciente está estable o no. Si el paciente está estable se lo direcciona al Centro de Salud más cercano a su domicilio.
5	Proporcionar silla de ruedas al Paciente y acompañar hasta emergencia	Personal de atención al usuario	Si el paciente no está estable determinamos si necesita silla de ruedas de acuerdo a su condición de salud para su traslado hasta Emergencias.
6	Acompañar al paciente a Emergencia	Personal de atención al Usuario	Si el paciente no está estable y no necesita silla de ruedas el personal de AU debe acompañar hasta Emergencias.

Las actividades relacionadas a la información de tipo hospitalaria, así como los responsables de su ejecución se describen en la Tabla 5 que se muestra a continuación:

Tabla 5:

Descripción de Actividades de Información Hospitalaria

No.	Actividad	Responsable	Descripción
1	Solicitar datos del paciente	Counter de Información	Si se necesita información hospitalaria direccionamos a los usuarios al Counter de Información.
2	Verificar en el sistema la información del paciente	Counter de Información	El encargado revisa en base de datos el piso y número de habitación en la que se encuentra en paciente del que requieren información.
3	Verificar si posee tarjeta de acceso al HPAS	Counter de Información	Se verifica si el usuario posee tarjeta de acceso al HPAS para en base a esto permitir el acceso al piso correspondiente
4	Informar sobre ubicación del paciente	Counter de Información	Se le facilita al usuario el número de piso y habitación en la que se encuentra el paciente.
5	Solicitar tarjeta pase de acceso	Counter de Información	Se le pide al usuario la tarjeta pase para transitar por el HPAS.
6	Verificar la identidad del usuario	Counter de información	Se debe verificar la identidad del usuario solicitando la cédula de identidad del mismo para comprobar que los datos de la misma corresponden a los de la tarjeta de acceso.
7	Registrar en base de datos la visita	Counter de Información	Alimentar la base de datos con la información de las visitas.
8	Permitir el acceso al piso correspondiente	Counter de Información	Se autoriza el acceso al usuario.
9	Brindar información sobre ubicación del paciente	Counter de Información	Si el usuario no posee tarjeta de acceso para transitar por el HPAS, únicamente se le brinda información del número de piso y habitación en la que se encuentra el paciente.
10	Informar que debe esperar a la hora de visita	Counter de Información	Como el usuario no posee tarjeta de acceso para transitar por el HPAS, debe esperar a la hora de visita para poder acceder.

Las actividades relacionadas a la información de tipo administrativa, así como los responsables de su ejecución se describen en la Tabla 6 que se muestra a continuación:

Tabla 6:

Descripción de Actividades de Información Administrativa

No.	Actividad	Responsable	Descripción
1	Solicitar datos del funcionario	Counter de Información	En caso de que la información solicitada sea de carácter Administrativa.
2	Verificar vía telefónica el acceso de la visita	Counter de Información	Verificar si el usuario posee previa cita con el funcionario para poder permitir el acceso del mismo.
3	Verificar la identidad del usuario	Counter de Información	En caso de que el usuario posea cita con el funcionario a quien solicita ver.
4	Registrar en base de datos la visita	Counter de Información	Alimentar la base de datos.
5	Permitir el acceso al piso correspondiente	Counter de Información	El usuario puede acceder al funcionario en el piso que se encuentre.
6	Solicitar realizar cita vía telefónica	Counter de Información	En caso de que el usuario no posea previa cita con el funcionario a quien solicita ver se le informa que debe realizar la cita.

El diagrama de flujo referente a las actividades que implican este subproceso puede ser visualizado en el Anexo 1.

Para medir el desempeño de este subproceso se ha planteado un indicador que se determina a detalle en la Tabla 7.

Tabla 7:

Indicadores de Desempeño Subproceso Gestión de la Información

<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	<b>RESPONSABLE DEL CÁLCULO</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN</b>	<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE DEL ANÁLISIS</b>
(# de pacientes que acuden con formulario de referencia) / (# de pacientes que acuden al HPAS)*100	Analista de Atención al Usuario	Mensual	Manual	Líder de Atención al Usuario

*3.2.1.2 Gestión de Quejas, Reclamos y Tabulación de Datos*

El propósito de este subproceso es gestionar requerimientos sobre inconvenientes presentados a los usuarios en la atención brindada en el Hospital Pablo Arturo Suárez; abarca desde la recepción de solicitud de queja, reclamo o sugerencia del usuario (Anexo 2) hasta su oportuna solución.

El responsable de este subproceso es el Coordinador de Atención al Usuario, quien se encarga de analizar las quejas y reclamos de los usuarios de los servicios de salud para generar una solución oportuna a sus necesidades, sin dejar de registrar todos los reclamos para almacenar en una base de datos que a fin de mes proporcionará datos con los cuales se puede generar indicadores que aporten referencias de las fallas en los procesos para realizar las correcciones necesarias a través de los análisis de causa efecto con los directamente involucrados.

El escalamiento para la solución de quejas o reclamos será:

- Primer Nivel: el personal de Atención al Usuario, cuando sean cuestiones solucionables de inmediato; registra el usuario la queja y se lleva registro interno de lo sucedido.

- Segundo Nivel: el Responsable de Atención al Usuario a través de los directamente involucrados, puede ser de manera verbal o escrita.
- Tercer Nivel: Gestión de Calidad cuando el primer y segundo nivel no han podido solucionar.

Para el desempeño de este subproceso es necesario tener claro las siguientes definiciones:

**Tabulación de datos:** consiste en procesar datos que generen información en forma de tablas o cuadros.

**Formulario de recepción de quejas:** detalle de inconvenientes suscitados al usuario al momento de la atención.

Es importante para los dueños del subproceso, así como para quienes participan de él, tener claras las políticas de gestión del mismo para su correcta implementación; por ende las políticas planteadas para este subproceso son:

1. En ventanilla de reclamos se facilitará el formulario de recepción de quejas, reclamos y sugerencias a los usuarios solicitantes y los guiarán en su correcto llenado.
2. Todos los formularios serán ingresados en la base de datos al momento de ser receptados.
3. Se analizará la queja o reclamo para determinar si la misma puede ser solucionada en ese mismo momento.
4. Los formularios de recepción de quejas serán tabulados todos los días a partir de las 15h00.
5. Las quejas que no fueron solucionadas inmediatamente deberán ser enviadas a la instancia superior correspondiente para su resolución o justificación, en máximo 3 días calendario.

6. Mensualmente se deberá generar un informe a Coordinación de Calidad de acciones correctivas y preventivas tomadas.

Las actividades esenciales y los responsables de su ejecución para la gestión de quejas, reclamos y tabulación de datos se detallan en la Tabla 8 que se presenta a continuación:

Tabla 8:

Descripción de actividades para la gestión de quejas, reclamos y tabulación de datos

No.	Actividad	Responsable	Descripción
1	Receptar solicitud de quejas, reclamo o sugerencia del usuario	Personal de atención al usuario	El usuario llega con queja/reclamo para lo cual se le direcciona hasta la oficina de Atención al Usuario
2	Entregar el formulario de recepción de quejas, reclamo o sugerencia	Personal de atención al usuario	Guiar al usuario sobre el llenado del formulario
3	Receptar formulario lleno	Personal de atención al usuario	Formulario debidamente lleno, incluye datos e información personal del usuario. Se evalúa si la queja debe seguir un proceso o puede ser solucionada ese instante.
4	Solucionar verbalmente el reclamo/queja	Personal de atención al usuario	El personal de atención al usuario analiza la queja y determina si la misma puede ser solucionada en ese instante o si debe seguir el proceso. Cada queja que sea resuelta en la misma ventanilla debe ser sumillada para respaldo de la acción
6	Ingresar información en base de datos	Personal de atención al usuario	Todas las quejas receptadas hayan sido solucionadas o no deben ser ingresadas en la base de datos; las quejas no solucionadas debe indicarse al usuario que se le responderá en 3 días laborables
7	Verificar formularios ingresados en el día	Personal de atención al usuario	Se debe verificar que todos los formularios físicos receptados estén ingresados en la base de datos.
11	Remitir queja o reclamo al área pertinente de	Personal de atención al usuario	Las quejas que no fueron solucionadas son enviadas a las áreas correspondientes del HPAS,

No.	Actividad	Responsable	Descripción
	solución		para resolución o justificación de la misma.
12	Tabular datos	Personal de atención al usuario	Extraer la información de la base de datos y generar gráficos y resultados.
13	Dar seguimiento a la queja	Personal de atención al Usuario	La persona de atención al usuario debe verificar si la queja fue resuelta en el tiempo establecido, caso contrario debe continuar dándole seguimiento hasta su resolución.
14	Elaborar informe de quejas, reclamos y sugerencias	Responsable de Atención al Usuario	El informe será desarrollado en base a los datos tabulados y deber ser entregado a la Coordinación de Calidad.

El diagrama de flujo referente a las actividades que implican este subproceso puede ser visualizado en el Anexo 3.

Para medir el desempeño de este subproceso se ha planteado indicadores que se determinan a detalle en la Tabla 9.

Tabla 9:

Indicadores de Desempeño Subproceso de Gestión de Quejas, Reclamos y Tabulación de Datos

<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	<b>RESPONSABLE DEL CÁLCULO</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN</b>	<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE DEL ANÁLISIS</b>
$(\# \text{ requerimientos solucionados (1ra instancia) } / \# \text{ Total de requerimientos}) * 100$	Analista de Atención al Usuario	Mensual	Base de datos	Líder de Atención al Usuario
$(\# \text{ requerimientos contestados } / \# \text{ Total de})$	Analista de Atención al	Mensual	Base de datos	Líder de Atención al Usuario

<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	<b>RESPONSABLE DEL CÁLCULO</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN</b>	<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE DEL ANÁLISIS</b>
requerimientos)*100	Usuario			
# de quejas mensuales / # total de pacientes atendidos al mes en HPAS	Analista de Atención al Usuario	Mensual	Base de datos	Líder de Atención al Usuario

### *3.2.1.3 Gestión de Satisfacción al Usuario*

El propósito de este subproceso es determinar el grado de satisfacción percibido con el servicio por parte de los pacientes atendidos en el Hospital Provincial General “Pablo Arturo Suárez”; abarca desde la visita a pacientes de: Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa para el desarrollo de las encuestas de satisfacción hasta la generación del informe en el que se detalle puntos fuertes, débiles y oportunidades de mejora.

El responsable de este subproceso es el Coordinador de Atención al Usuario, quien se encarga de supervisar que se corran mensualmente las encuestas de satisfacción, se tabulen los datos y sean analizados sobre la base de la metodología de círculos rápidos de mejoramiento continuo.

Se deberá medir anualmente el promedio de población atendida cada mes para sacar la muestra a través de la fórmula correspondiente y cumplir mensualmente con la siguiente cantidad de encuestas:

- Emergencia 30% del total de la muestra equivale al número de encuestas a aplicar.
- Áreas de Apoyo Diagnóstico: 30% del total de la muestra equivale al número de encuestas a aplicar.

- Consulta Externa: 40% del total de la muestra equivale al número de encuestas a aplicar.

Para el desempeño de este subproceso es necesario tener claro las siguientes definiciones:

**Encuesta de Satisfacción:** Obtención de datos a partir de un cuestionario que debe ser respondido de manera presencial, con la finalidad de medir el grado de satisfacción de los usuarios.

**Tabulación de datos:** consiste en procesar datos que generen información en forma de tablas o cuadros.

Es importante para los dueños del subproceso, así como para quienes participan de él, tener claras las políticas de gestión del mismo para su correcta implementación; por ende las políticas planteadas para este subproceso son:

1. Las encuestas deberán realizarse diariamente a lo largo de todo el mes hasta completar el número determinado de la muestra, evitando realizarlas en uno o dos días antes de la fecha tope de entrega para la tabulación.
2. Las encuestas realizadas serán remitidas al Responsable de Atención al Usuario los días lunes a las 8:00 a.m., para iniciar con la actividad de tabulación de datos y generación de información.
3. Mensualmente se deberá generar un informe para Coordinación de Calidad con el grado de satisfacción al usuario y las acciones preventivas y/o correctivas identificadas.

Las actividades esenciales y los responsables de su ejecución para la gestión de satisfacción se detallan en la Tabla 10 que se presenta a continuación:

Tabla 10:

Descripción de actividades para la gestión de satisfacción al usuario

No.	Actividad	Responsable	Descripción
1	Visitar servicios del HPAS según cronograma	Personal de atención al usuario	Encuestar a los pacientes en base a la muestra determinada por áreas: emergencia, hospitalización y consulta externa.
2	Realizar encuestas a los pacientes hospitalizados	Personal de atención al usuario	Es importante que la persona que está realizando la encuesta capte toda la información que el paciente quiere transmitir.
3	Remitir encuestas para Tabulación	Personal de atención al usuario	Las encuestas realizadas serán remitidas al responsable de atención al usuario los días lunes a las 8:00 a.m. para la tabulación de datos y generación de información.
4	Receptar encuestas de satisfacción al usuario	Responsable de Atención al Usuario	El responsable de atención al usuario receipta las encuestas los días lunes a las 8:00 a.m.
5	Analizar y tabular datos	Responsable de Atención al Usuario	Todos los datos recopilados son tabulados para generar información. Una vez tabulada la información se genera reporte con estadísticas y oportunidades de mejora.
6	Elaborar informe mensual para Calidad	Responsable de Atención al Usuario	Presentará un informe mensual a la Coordinación de Calidad con puntos débiles, fuertes y oportunidades de mejora.

El diagrama de flujo referente a las actividades que implican este subproceso puede ser visualizado en el Anexo 4.

Para medir el desempeño de este subproceso se ha planteado indicadores que se determinan a detalle en la Tabla 11.

Tabla 11:

Indicadores de Desempeño Subproceso de Gestión de Satisfacción al Usuario

<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	<b>RESPONSABLE DEL CÁLCULO</b>	<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN</b>	<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE DEL ANÁLISIS</b>
(# de encuestas realizadas / # de encuestas programadas)*100	Analista de Atención Usuario	Mensual	Base de datos	Líder de Atención Usuario
% de Satisfacción	Analista de Atención Usuario	Mensual	Base de datos	Líder de Atención Usuario

*3.2.2 Sistema de Reporte de Incidentes y Eventos Adversos*

Hasta hace pocos años se asumía que la seguridad estaba implícita en la atención cuando un profesional de la salud brinda atención clínica a un paciente, aún cuando el beneficio producido en un órgano o sistema produzca intencionalmente daño en otro órgano o sistema distinto. Actualmente la seguridad del paciente es considerada de alta complejidad pues, se consigue por un conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de los riesgos innecesarios y la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable.

En el año 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara la seguridad en los servicios de salud como “un problema de salud pública mundial” para lo cual el Programa de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente de la OPS tiene entre sus líneas estratégicas fomentar la cultura de calidad y seguridad en las instituciones sanitarias desarrollando como herramienta los sistemas de notificación de incidentes con la finalidad de conocer y recopilar las experiencias de los países de América Latina y consecuentemente mejorar la seguridad y calidad de la atención brindada.

La mayoría de los sistemas de notificación o reporte tienen como objetivo la generación de condiciones de atención más seguras mediante el aprendizaje, estos sistemas deben ser sistemas no punitivos y con el propósito de mejora continua. Muchos incidentes son resultado de una desafortunada cadena de acontecimientos que termina provocando daño o lesión pero que se pueden evitar al poner en práctica las medidas necesarias para reducir al máximo la ocurrencia de eventos adversos, porque seguridad no es igual a ausencia de riesgos.

Las políticas de seguridad del paciente que se llevan a cabo, y no como decisiones aisladas, acarrearán beneficios para todos los actores involucrados en la atención. El principal beneficiario es el paciente ya que el análisis de los casos permite desarrollar acciones para evitar incidentes y daños durante la prestación de los servicios de salud; pero el beneficio también se traduce en mejores condiciones tanto para el talento humano prestador del servicio como para la organización.

El desarrollo del presente subproceso pretende generar una guía que va destinada a facilitar la interpretación y la puesta en práctica de la política “de reporte de eventos adversos” con el fin de fortalecer la detección de incidentes, eventos adversos, eventos centinela y cuasi accidentes para así identificar las oportunidades de mejorar la calidad técnico asistencial en el proceso de atención de salud mediante el seguimiento y la creación de una cultura de seguridad como eje de desarrollo de la organización.

A través de la aplicación de este sistema se podrá alcanzar lo siguiente:

- Reducir la incidencia de daños, eventos adversos e incidentes en la institución.
- Fomentar un entorno seguro en la atención de salud en la institución.
- Capacitar al personal en la identificación y reporte de: incidentes, cuasi accidentes, eventos adversos y eventos centinela.

El sistema de identificación y reporte de eventos adversos es de aplicación institucional en todos los servicios del hospital Pablo Arturo Suárez.

El sistema de reporte es el proceso de identificación, notificación, análisis, evaluación y seguimiento de los eventos adversos producidos en la institución de modo que podremos responder el interrogante sobre lo que pasó y prevenir la ocurrencia y recurrencia de eventos adversos.

### *3.2.2.1 Definiciones*

Para familiarizarse con el sistema de reporte aquí planteado es necesario que todo el personal de atención directa, especialmente, y el personal de apoyo tengan claro las siguientes definiciones adaptadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe Técnico Definitivo (2009) “Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente” versión 1.1:

**Seguridad:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos y procedimientos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud.

**Seguridad del Paciente:** La Seguridad del paciente de acuerdo a la OMS se define como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria.

**Daño:** Se considera la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Los daños comprenden las enfermedades, las lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos.

**Daño Asociado a la Atención Sanitaria:** Es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

**Incidente:** Se produce durante el proceso de recepción de los servicios de salud, pero este suceso no ha causado daño.

**Cuasi Accidente:** Es un evento o situación que podría haber producido, un accidente, lesión o enfermedad a un usuario, pero que no ocurrió, bien sea por azar o a través de una intervención oportuna.

**Evento Adverso (EA):** Es un incidente inesperado e indeseable, relacionado directamente con la atención y los servicios prestados al usuario. En otras palabras un evento adverso es un resultado adverso, lesión o complicación para el usuario.

**Evento Centinela:** es un evento que conduce a la muerte o pérdida importante y perdurable de la función para el receptor de servicios de salud, se refiere a un deterioro sensorial, motor, fisiológico, o psicológico que está presente en el momento que se solicitó o comenzaron los servicios. Es decir el usuario muere o es afectado gravemente por un error de medicación o procedimiento aplicado.

Según las definiciones, los eventos centinela y los eventos adversos son de los riesgos de la atención en salud con mayor impacto sobre el paciente y sobre todo con su estabilidad, recuperación e incluso su vida, por lo que es importante que el personal los identifique adecuada y oportunamente, para ello se expone un listado con ejemplos de los eventos adversos y eventos centinelas más comunes en la prestación de los servicios de salud.

Ejemplos Comunes de Eventos Centinela:

- Enfermedad trombo embólica en pacientes quirúrgicos
- Cirugía de paciente equivocado
- Cirugía en sitio equivocado
- Lesión de órgano o tejido durante la cirugía
- Cuerpo extraño olvidado pos parto o post cirugía

- Paro cardiaco intra operatorio
- Extirpación no programada de un órgano
- Muerte materna en atención obstétrica
- Muerte fetal tardía
- Muerte neonatal
- Lesión del recién nacido asociada a atención de parto o cesárea
- Asfixia neonatal
- Encefalopatía hipoxica isquémica del recién nacido
- Brote epidémico (nuevo o reaparición)
- Aparición de microorganismo no habitual
- Muerte de paciente asociada a la atención de la salud
- Error de medicación (medicamento equivocado, paciente equivocado, dosis equivocada, vía equivocada)
- Error de transfusión
- Reacción adversa a trasfusión (reacción hemolítica aguda)
- Paro cardiaco o respiratorio sin atención oportuna

#### Ejemplos Comunes de Eventos Adversos

- Ulceras por presión
- Quemaduras
- Caídas de pacientes
- Paciente sin identificación
- Infección asociada a la atención de salud
- Lesiones asociadas a contención mecánica
- Lesiones asociadas a procedimiento invasivo
- Eventos adversos asociados a medicamentos anestésicos
- Re intervención quirúrgica no programada
- Suspensión de cirugía pos inducción anestésica

- Dehiscencia de sutura
- Distribución o utilización de material no estéril
- Extravío de biopsias
- Fuga de pacientes

### *3.2.2.2 Características del Sistema de Reporte de Eventos Adversos*

Un sistema de reporte o notificación y aprendizaje ideal, contiene las siguientes características:

- No punitivo: las personas que notifican están libres del miedo a represalias o castigo como resultado de la notificación. La información registrada se utiliza en el marco de la mejora continua de la calidad de la atención de salud.
- Confidencial: la identificación del paciente, notificador y la institución nunca deben ser reveladas a terceras personas.
- Independiente: es independiente de cualquier autoridad con poder para castigar a la organización o al notificante.
- Análisis por expertos: los informes son evaluados por expertos que conocen las circunstancias clínicas.
- Análisis de tiempo: los informes son analizados pronto y las recomendaciones rápidamente difundidas a las personas interesadas, especialmente cuando haya riesgos graves.

### 3.2.2.3 Clasificación Internacional de los Eventos Adversos de Acuerdo a la Gravedad y Según el Tipo de Incidente

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria; de acuerdo a la gravedad se clasifican en:

- a) **Leve:** El paciente presenta síntomas leves, pérdida funcional o daño mínimo / intermedio de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia; ejemplo: *Un paciente pasea por un pasillo del hospital y se cae, produciéndole una herida que requiere puntos y vendaje.*
- b) **Moderado:** Cualquier evento adverso que necesita de intervención como por ejemplo una cirugía al paciente o administrar un tratamiento suplementario que prolonga la estancia hospitalaria, o que causa un daño o pérdida funcional permanente o de larga duración; ejemplo: *Perforación de intestino durante una operación no detectada en el momento; el resultado es una septicemia y vuelta al quirófano para otra operación.*
- c) **Grave:** en este caso el resultado para el paciente es sintomático y exige intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor que acorta la esperanza de vida o causa un daño permanente o de larga duración e incluso la muerte, ejemplo: *Problemas con la sangre para transfusión; el transporte de la misma hace que ésta no llegue a tiempo, lo que produce daños cerebrales y hemorragias al paciente.*

Según el tipo de incidente se relacionan con:

- Administración Clínica
- Procesos o Procedimientos Asistenciales
- Errores en la Documentación
- Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria.
- Medicación o su Administración
- Sangre o sus derivados
- Nutrición
- Administración de Oxígeno o Gases Medicinales
- Dispositivos y Equipos Médicos
- Comportamiento del Personal
- Comportamiento del Paciente
- Accidentes del Paciente
- Recursos / Gestión del Establecimiento

#### *3.2.2.4 Procedimiento*

El procedimiento general de aplicación se ejecuta de la siguiente manera:

1. Todo el Personal de salud, independientemente de su rol en la atención del paciente, que identifique un evento adverso y con mayor razón un evento centinela, tiene la obligación de notificar a la brevedad posible a los Coordinadores y/o Jefes del Servicio y a la Gestión de Calidad.
2. Si hubo afectación en la salud del paciente se deben realizar de forma inmediata acciones correctivas en el paciente afectado y acciones preventivas en el resto de pacientes que estuvieran en situación similar.

3. Una vez identificado el evento adverso, debe ser llenado el formulario # 1 “**REPORTE DE REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN DE SALUD**” que consta en el Anexo 5 de este documento, mismo que debe ser llenado por completo por el personal que lo identifica; también se puede notificar de forma anónima siempre y cuando el formulario esté completa y correctamente llenado sin identificar el nombre de quien reporta.
4. El formulario # 1 lleno será entregado en la Coordinación de Calidad para la correspondiente numeración del evento, y luego será fotocopiado para el archivo y análisis en el servicio que reporta.
5. Toda la información del evento debe ser confidencial, especialmente si es un evento centinela, pues el mismo se considera grave.
6. Para el análisis del evento adverso el Jefe de servicio debe convocar a una reunión al personal del proceso donde sucedió el mismo, para buscar soluciones y mejoras con la participación activa de todos.
7. El análisis debe realizarse en los 10 días hábiles siguientes a la ocurrencia del evento adverso, llenando el formulario #2 "Informe de Análisis de Evento Adverso", Anexo 6, y entregando un informe que identifique las causas y la implementación de las acciones de mejora.
8. El informe deberá tener las firmas de responsabilidad de los Coordinadores Médicos y Supervisora de Enfermería del proceso donde ocurrió el evento adverso.
9. Paralelamente a la reunión del análisis del evento notificado, se realizará la revisión de la historia clínica por parte de la coordinación de Calidad (Médico Auditor).
10. El Comité de Eventos Adversos se reunirá cada 30 días para realizar el respectivo análisis sobre los informes de mejora presentados de cada evento adverso suscitado, y

se coordinará con la Gestión de Calidad el seguimiento y cumplimiento de las acciones de mejora que se implementarán institucionalmente para evitar recurrencia en el resto de servicios.

11. Las recomendaciones luego del análisis del evento adverso deben centrarse en el proceso y no en las personas para favorecer el reporte sin temor a represalias.
12. Si las acciones de mejora requieren mejoras en la infraestructura, adquisición de insumos, equipamiento, en la reunión debe incluirse al personal administrativo-financiero y los que aplicare si fuera necesario.
13. El Plan de mejora diseñado debe incluir un cronograma para la implementación de acciones (Formato de Análisis).
14. Todo evento adverso deberá ser comunicado al familiar por parte del Jefe de Servicio, posterior a que se haya realizado el análisis según el flujo grama, aplicando las recomendaciones del mismo, sin pasar por alto el conocimiento del Comité, la Dirección Médica y la Coordinación de Calidad.
15. Completar el registro del formulario 4, Anexo 7, con los datos solicitados para archivo confidencial en cada servicio mismo que no tendrá validez para aspectos legales.
16. El Comité de eventos adversos realizarán un consolidado mensual de incidentes y eventos adversos, Anexo 8.

#### *3.2.2.5 Flujograma para el manejo de información a familiares en caso de ocurrencia de eventos adversos*

El procedimiento descrito se resume en la Figura 31, para facilitar la comprensión del mismo en el personal de atención directa.

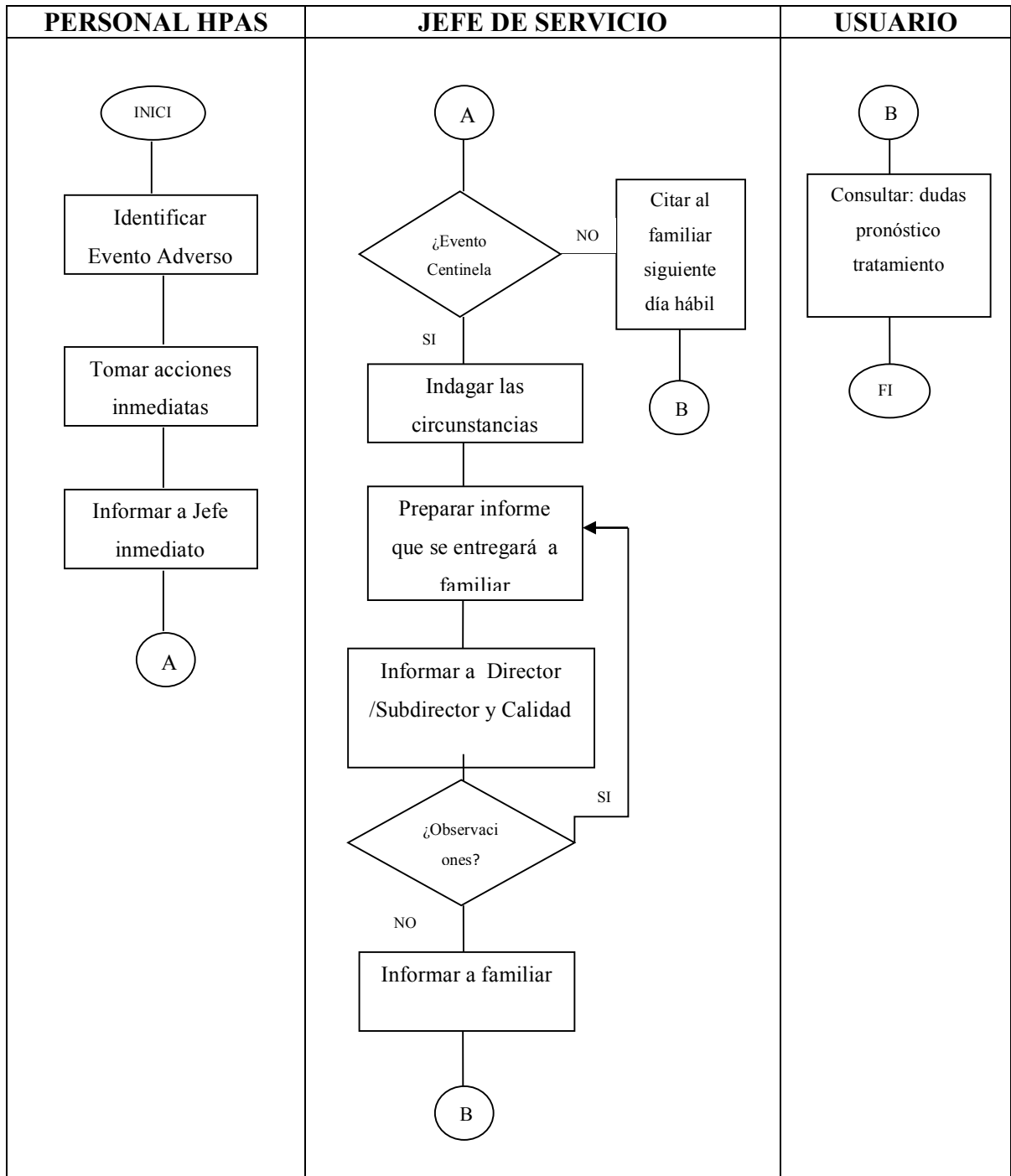


Figura 31. Flujograma manejo de información a familiares

*3.2.2.6 Recomendaciones para un buen resultado en la entrevista con familiares de pacientes que han sufrido un evento adverso*

- a) Utilizar un lugar con privacidad y sin interrupciones
- b) Evitar barreras (escritorios, mesas).
- c) Prepare la conversación, revise los hechos y la documentación disponible con detalle.
- d) Considere aspectos del paciente tales como: nivel de educación, diversidad cultural, capacidad de comprensión de él y sus familiares, así como su estado de ánimo.
- e) Sea lo más honesto y claro sobre el incidente. La falta de explicación y de una disculpa apropiada pueden ser la causa para iniciar un reclamo o litigio.
- f) Hablar con el paciente y/o sus familiares lo más pronto posible, centrándose en los hechos ¿Qué ocurrió?, el ¿Cómo? Y el ¿por qué? Requieren análisis más detallado y se informarán más adelante.
- g) Informar las medidas que se han adoptado para mitigar o revertir el daño, si es que lo hubiese.
- h) No convierta la conversación en un monologo, anímeles a que manifiesten sus dudas y aclárelas completamente.
- i) Según gravedad del incidente, previo a la entrevista con la familia, se aconseja asesorarse con el departamento jurídico de nuestra institución.
- j) Finalice, manifestando su agradecimiento por la atención recibida, destacando los aspectos clave y manifestando su apoyo y completa disposición para contestar cualquier pregunta que pueden tener en ese momento o en cualquier otro.
- k) Redacte un registro que resuma lo conversado, puede ser de gran ayuda en reuniones posteriores.

### 3.2.2.7 Algoritmo de Reporte de Eventos Adversos

La Figura 32 facilita el entendimiento global del sistema de reporte de eventos adversos en el HPAS.

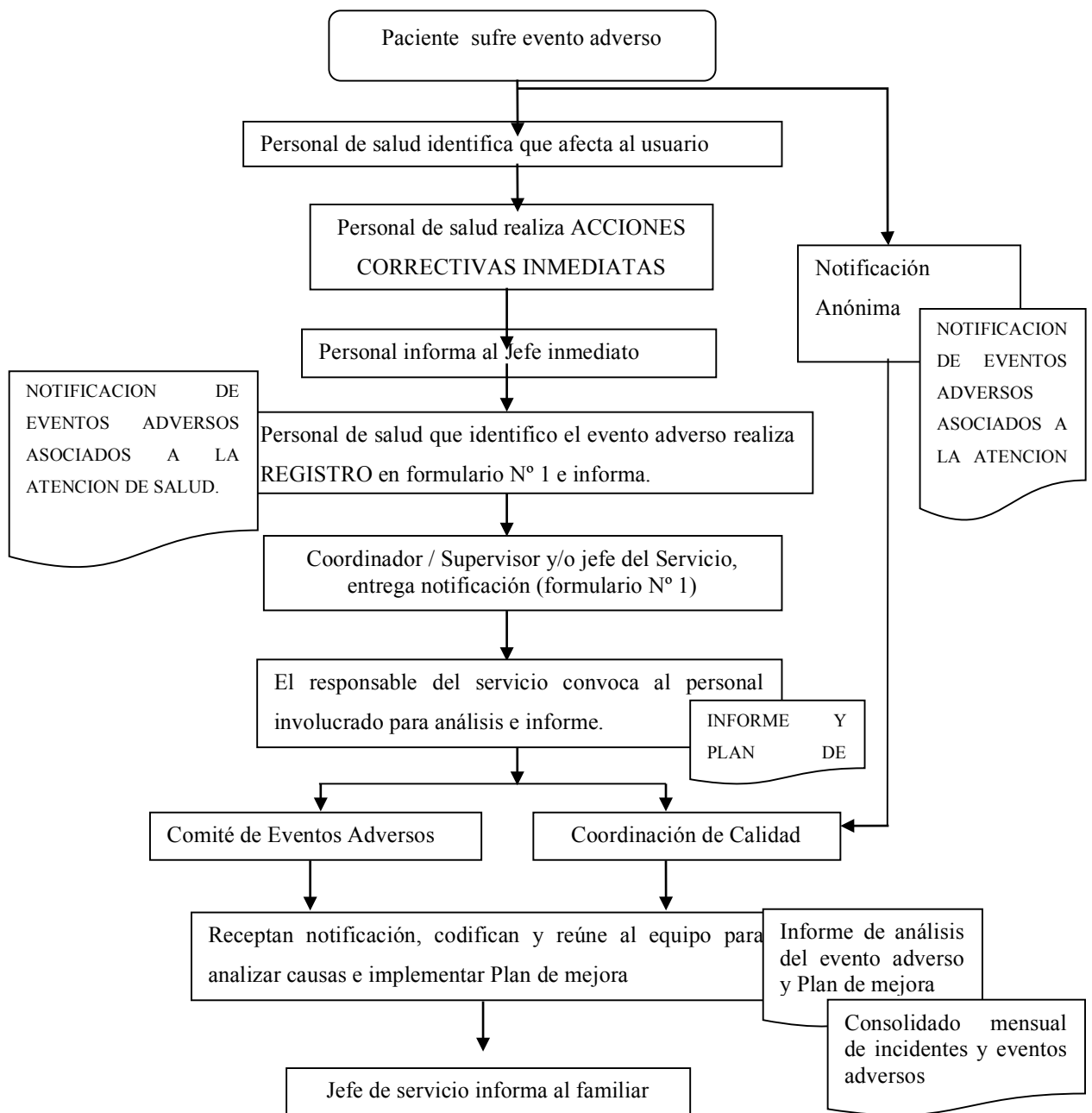


Figura 32. Algoritmo de Reporte de Eventos Adversos

### *3.2.3 Implementación*

Para la implementación de los procesos planificados es necesario que la organización desarrolle un proyecto de implementación basado en:

- a. Comunicación: informar al personal sobre los procesos planteados, políticas, actividades, controles y demás, para su inmediato conocimiento y cumplimiento.
- b. Toma de conciencia: afianzar los objetivos y los compromisos planteados por la organización en su política integrada de gestión, en este caso la satisfacción del usuario a través de procesos simples, fiables y seguros; así como el entendimiento de la organización como un sistema global de procesos que interactúan entre sí.
- c. Formación: capacitar al personal en las actividades básicas de desempeño para el cumplimiento de los objetivos planteados.
- d. Gestión del Cambio: plantear y desarrollar actividades que involucren al personal en el mejoramiento de la calidad de atención de los servicios de salud, inculcando valores y actitudes orientadas al servicio y satisfacción de las necesidades del usuario.
- e. Participación de la dirección: involucrar a los directivos en los procesos a través de la garantía de recursos para poder satisfacer las necesidades de los usuarios.
- f. Actividades de revisión aplicables: medir constantemente el desempeño de los procesos para generar datos que ayuden a dilucidar fallos en los procesos que aporten a la toma efectiva de decisiones.

El plan de implementación para el modelo de calidad de la atención del usuario de los servicios de salud en el HPAS, sobre la base de la metodología 5W + 1H se expone a continuación en la Tabla 12.

Tabla 12:

Plan de Implementación Modelo de Calidad de la Atención al Usuario en los Servicios de Salud

Plan de Implementación Modelo de Calidad de la Atención al Usuario en los Servicios de Salud						
Aspectos	¿Qué?	¿Quién?	¿Cuándo?	¿Dónde?	¿Por qué?	¿Cómo?
Comunicación	Difundir en el personal del HPAS los procesos planteados, políticas, actividades y controles	Coordinador de Atención al Usuario	Enero 2016	Auditorio HPAS	Por que es necesario que todo el personal conozca, maneje y se adapte a los procesos planteados que van a ser sujetos de medición, evaluación y mejoramiento	Con charlas de inducción a los equipos de trabajo y la entrega formal de los procesos
Toma de conciencia	Afianzar la política integrada de gestión y sus objetivos en el personal de atención directa	Coordinador de Calidad	Cada tres meses	Auditorio HPAS	Por que existe mucha rotación de personal y es necesario que se concientice al personal periódicamente	Talleres para la identificación y cumplimiento de objetivos institucionales
Formación	Capacitar al personal en temas de administración por procesos, círculos de mejoramiento continuo y seguridad del paciente	Coordinador de Calidad	Enero – Febrero 2016	Auditorio HPAS	Por que es necesario que el personal entienda el funcionamiento e interrelación de los procesos institucionales	Talleres de capacitación quincenales
Gestión del Cambio	Involucrar al personal en la identificación y análisis de	Coordinador Atención al Usuario	Último jueves de	Sala de reuniones	Por que es necesario que los involucrados determinen el plan de	Reuniones mensuales de análisis y seguimiento a

**Plan de Implementación Modelo de Calidad de la Atención al Usuario en los Servicios de Salud**

<b>Aspectos</b>	<b>¿Qué?</b>	<b>¿Quién?</b>	<b>¿Cuándo?</b>	<b>¿Dónde?</b>	<b>¿Por qué?</b>	<b>¿Cómo?</b>
	causas que generan la insatisfacción del usuario	/ Calidad	cada mes		acción para las no conformidades de la atención	resultados
Participación de la dirección	Involucrar a los directivos en el proceso de mejoramiento de la satisfacción del usuario	Coordinador de Calidad	Hasta el 5to día de cada mes	Sala de reuniones de gerencia	Por que es necesario presentar los avances y compromisos generados en las reuniones de análisis para que los directivos gestionen los recursos	Priorizando las acciones correctivas en las que intervengan recursos y las que más generen cambios
Actividades de revisión	Analizar los indicadores mensuales y hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de acción	Coordinador de Calidad	Mensual	Oficina de Calidad	Es necesario verificar los cumplimientos de los compromisos generados en los planes de acción y a través de los indicadores determinar la estabilidad de los procesos de atención	Utilizando la metodología PHVA

### 3.3 Medición, Análisis y Mejora de los Procesos

Se ha planteado ya el actuar de los procesos y subprocesos identificados a nivel de actividad para el modelo, generando responsabilidades y determinando las acciones necesarias para su cumplimiento; adicional a ello se han planteado indicadores que nos permitirán medir el desempeño de los procesos del sistema e identificar a través del análisis de procesos los fallos en el mismo, sus posibles causas así como sus posibles soluciones (mejoramiento).

#### 3.3.1 Análisis del Proceso

El análisis del proceso consiste en los siguientes cinco pasos:

- 1) Análisis de requerimientos y satisfacción.- Orienta esfuerzos a mejorar aquellos puntos débiles del proceso y de alta importancia para el cliente como se ejemplifica en la Figura 33.

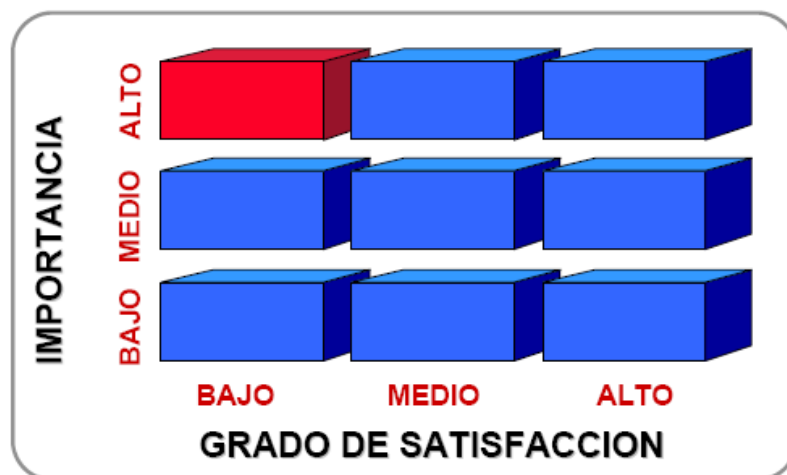


Figura 33. Análisis de requerimientos y satisfacción

Fuente: Adaptado de Arévalo F., 2007, Presentación Power Point “Introducción al Mejoramiento de Procesos”

2) Análisis del valor agregado por actividad.- consiste en determinar aquellas actividades que contribuyen o no a satisfacer los requerimientos del cliente, pudiendo así eliminar a las que no generen beneficios sin alterar la calidad del producto o servicio como se referencia en la Figura 34.

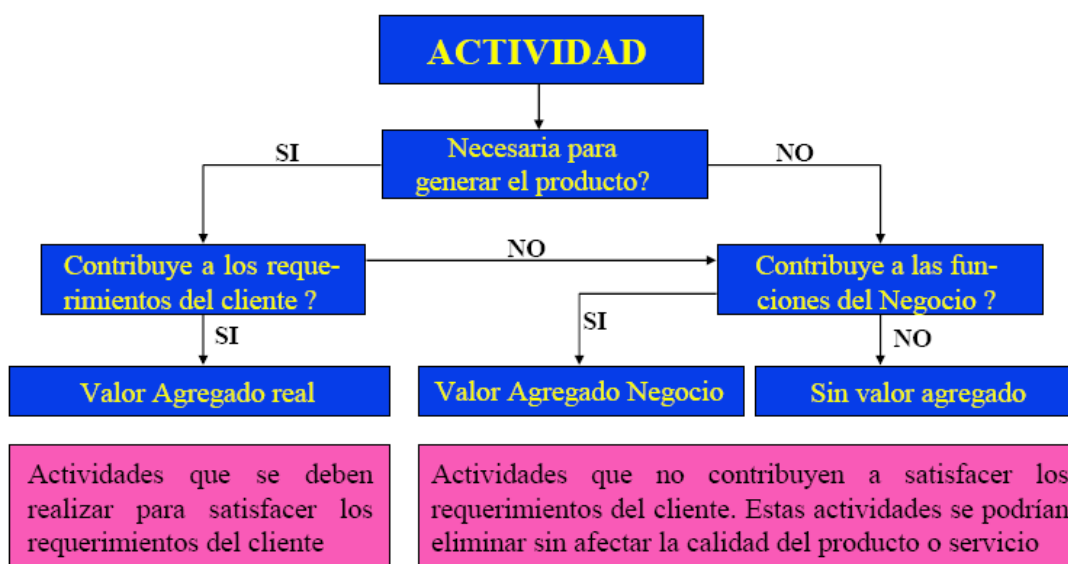


Figura 34. Análisis de valor agregado por actividad.

Fuente: Adaptado de Arévalo F., 2007, Presentación Power Point “Introducción al Mejoramiento de Procesos”

3) Certificación del análisis de valor agregado.- consiste en analizar las causas raíces de aquellas actividades que NO Agregan Valor (NAV) y Agregan Valor al Negocio (AVN) por subproceso utilizando el esquema de Ishikawa como se observa en la Figura 35.

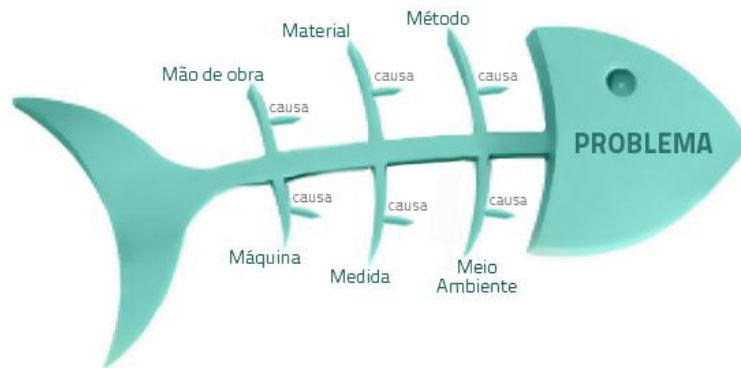


Figura 35. Esquema de análisis causa-efecto

Fuente: recuperado de [www.aprendeypiensa.com/2012/06/el-metodo-ishikawa.html](http://www.aprendeypiensa.com/2012/06/el-metodo-ishikawa.html)

4) Identificación de oportunidades de mejora.- consiste en optimizar el proceso con el fin de eliminar burocracia, duplicación de actividades, tener simplificación y sencillez en el subproceso, paralelismo de actividades y lograr una automatización, regularmente se evidencia en el ahorro de recursos como se puede observar en la Figura 36.

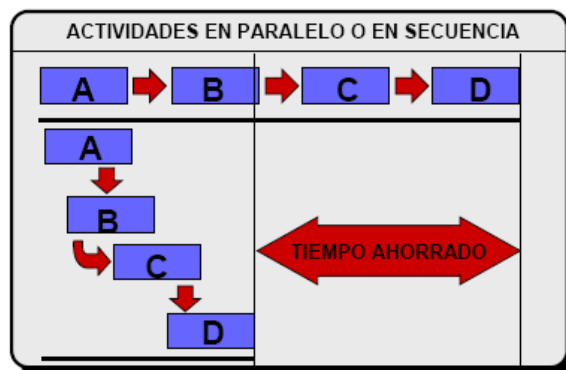


Figura 36. Ejemplo optimización del proceso

Fuente: Adaptado de Arévalo F., 2007, Presentación Power Point “Introducción al Mejoramiento de Procesos”

5) Análisis costo-beneficio.- no es más que evaluar el impacto del mejoramiento en clientes y proveedores así como también en la cultura organizacional y determinar su factibilidad a través del costo, riesgo y beneficios probables.

### *3.3.2 Círculos Rápidos de Mejoramiento Continuo*

Philip C. Thompson (1984) en su libro *Círculos de Calidad. Cómo hacer que funcionen*, define a los círculos de calidad como la manera de crear conciencia de calidad y productividad en todos y cada uno de los miembros de la organización, a través del trabajo en equipo y el intercambio de experiencias y conocimientos; aportando con ello a la resolución de problemas que afecten el adecuado desempeño y la calidad de un área de trabajo, proponiendo alternativas con enfoque de mejoramiento continuo.

Los círculos de calidad nacen como resultado de las ideas y técnicas norteamericanas basadas en las teorías de Maslow, Mc Gregor, Likert, Herzberg, Argyris, etc., que alcanzaron su éxito en Japón, mas no en su propia tierra, debido a que Japón vendía productos baratos pero de mala calidad en la etapa de la post guerra (II Guerra Mundial), de ahí la necesidad de mejorarlos, tratando de mantener precios competitivos pero con mejores expectativas de calidad y para ello introdujeron el control de calidad que para la actualidad vienen a ser los círculos de calidad.

Por ende, al comienzo de la década de los cincuenta, Deming y Jurán llevan a Japón sus criterios para establecer el control de calidad mediante gráficas de control por muestreo; el control de calidad, según Ishikawa, fue la técnica más aceptada e incluso nacionalizada en Japón al punto de arraigarla en su cultura y exportarla al mundo en cada uno de sus productos.

La necesidad de formar o contar con supervisores y personal administrativo de control en las industrias Japonesas dio paso a que en 1962 la JUSE (Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros) organice la primera conferencia de control de calidad para supervisores,

conferencia de gran acogida que de a poco fue tomando fuerza ya que en ella se presentaban los resultados de la aplicación de las técnicas de control a nivel operativo, con grandes cambios respecto a la calidad de los productos frente a su magnitud de producción, basado en el compartir las experiencias ante personas que se desempeñan en industrias similares.

Este milagro Japonés tomó la atención de Occidente después de que el Dr. Jurán escribió un artículo intitulado “El fenómeno de los Círculos de Calidad” en el año 1967. Para 1968 la JUSE patrocinó a un grupo de líderes de los Círculos de Calidad conformados en Japón para visitar los Estados Unidos de América e intercambiar experiencias y técnicas, lo que hasta la actualidad se lleva a cabo anualmente.

Pese al escepticismo de occidente frente a las enormes diferencias de formación y cultura con los japoneses, así como las condiciones de trabajo y evaluación desarrollados hasta el momento, Lockheed Missile and Space Co. Inc. envió un grupo de representantes a estudiar el sistema Japonés de los círculos de calidad, con lo que se convirtieron en los pioneros de occidente en implementación de estas técnicas en la industria y con grandes resultados y aceptación. De a poco se fueron integrando empresas de gran importancia como Honeywell, IBM, Metaframe Co., Smithline Instruments, etc., a raíz de que el profesor Donald Dewar desarrolló un sistema de capacitación para círculos de calidad y fundó el “Quality Circle Institute”.

En definitiva, el éxito alcanzado por los círculos de calidad se debe al componente de participación que agregan a las tareas de control de calidad, ya que permiten el involucramiento de los trabajadores en los problemas y propongan soluciones inmediatas, propiciando la integración, mejora del ambiente de trabajo, mejores canales de comunicación y el incremento de la productividad de las organizaciones.

Para esquematizar los círculos de mejoramiento continuo en la organización, cada miembro de ella debe tener claro que un círculo de calidad es:

- Un pequeño grupo de personas que se reúnen periódicamente para detectar, analizar y buscar soluciones a los problemas suscitados en sus áreas de trabajo.
- Están conformados por trabajadores de la misma área de trabajo y guiados por su líder.
- Desarrollan actividades de control de calidad voluntariamente dentro de su área de trabajo, generando desarrollo y autodesarrollo con la participación y el aporte de todos los miembros del equipo.

### *3.3.2.1 Principios de los Círculos de Calidad*

Los círculos de calidad se fundamentan en tres principios:

El primero es el que reconoce que el trabajo en grupo es algo connatural a toda sociedad en la que la identidad de la persona está, en gran medida, determinada por el grupo o grupos a que pertenece. Un principio universal es que el ser humano es un ser social, no un ser individual.

El segundo principio general es que nadie puede conocer mejor el trabajo que aquel que lo realiza cotidianamente.

El tercer principio, de carácter más operativo, es que la mejor idea de uno es siempre inferior a la idea de grupo.

Los círculos de calidad buscan mejorar la calidad del trabajo y de vida en el trabajo, aumentando el grado de participación de los trabajadores en el control y en la administración de la empresa, argumentando que el trabajo en equipo fomenta la satisfacción y la creatividad individual. Toda idea, todo conocimiento creado por el propio grupo de compañeros afecta de forma mucho más poderosa al comportamiento individual que el mejor curso de formación o la mejor norma establecida y pactada por la dirección.

Dentro de las características comunes de los círculos de calidad encontramos:

- La participación de las personas en todos los niveles.
- Voluntariedad en la participación.
- Interés y espíritu de superación constante que genera interés por las cosas que no están saliendo bien, podrían ir mejor o que generan problemas.
- Capacidad de análisis para los problemas e identificar sus causas.
- Formación para resolver problemas obteniendo soluciones oportunas.
- Mantener los resultados obtenidos, reconociendo en todos los niveles que nadie conoce una tarea, trabajo o proceso que aquel que la realiza cotidianamente.
- Respeto al individuo, su inteligencia y a su libertad.
- Potenciación de las capacidades individuales a través del trabajo en grupo.
- Referencia a temas relacionados con el trabajo.
- El tiempo destinado para la realización de las reuniones debe ser en horario de trabajo, aprovechando tiempos muertos de ser posible o a su vez reconociendo pagos por horas extras.
- Selección de miembros y líderes, en especial se debe considerar la competencia técnica y simpatía del líder, una persona comunicativa y con buenas relaciones de grupo y con otros departamentos; de gran sentido común, integridad y positivismo.
- Recompensas e incentivos en relación a la mejora obtenida, sean económicos o simbólicos.
- Actitud de los mandos, a través de un correcto flujo de información.
- Gastos de implantación del programa de mejoramiento.

La receptividad de las organizaciones hacia la mejora continua a través de círculos de calidad se identifica en tres niveles:

1. Nivel de mantenimiento: referente al grado de satisfacción de la dirección con la manera en la que la organización opera actualmente. Una organización en crisis acepta el cambio en un esfuerzo por encontrar una solución a sus problemas,

mientras que la organización que funciona satisfactoriamente es más probable que se resista a los esfuerzos de cambio que implican los círculos de calidad.

2. Nivel sinérgico: pretende medir la condición que existe cuando los individuos han encontrado formas de trabajar en armonía. Las actitudes organizacionales positivas y la existencia de grupos de trabajo armoniosos facilitarán el cambio.
3. Nivel ambiental: referente a la influencia que ejercen las fuerzas externas a la organización cuanto mayores son las presiones ambientales externas, mayor es la probabilidad del cambio.

#### *3.3.2.2 Objetivos de los Círculos Rápidos de Mejoramiento Continuo*

Los objetivos para la aplicación de la metodología de círculos rápidos de mejoramiento continuo en el Hospital Pablo Arturo Suárez son:

1. Identificar y reconocer fallos en los procesos de atención de salud por parte de quienes forman parte de los equipos de trabajo directamente involucrados.
2. Fomentar el involucramiento del personal en el análisis y resolución de conflictos identificados como fallo en los procesos de atención en los servicios de salud.
3. Fortalecer el liderazgo de los coordinadores de cada proceso y de sus líderes de equipo.
4. Concienciar al personal sobre la necesidad de desarrollar continuamente acciones encaminadas al mejoramiento de la calidad de los servicios.
5. Desarrollar propuestas de mejoramiento a través del análisis causa efecto y sistematizarlas a través de la metodología PHVA de Deming.
6. Introducir cambios o mejoras de los procesos a través de decisiones basadas en la evidencia.

#### *3.3.2.3 Puntos Focales de los Círculos Rápidos de Mejoramiento Continuo*

Los puntos focales de los círculos de calidad son:

- a. **La Calidad:** considerada como el gran objetivo de los círculos, debido a que los mercados son más competitivos y los clientes tienen un mayor nivel de educación y exigencia, más aún en los servicios públicos debido a la coyuntura política actual, lo que provoca que la calidad sea una preocupación central para todas las organizaciones.
- b. **La productividad:** los círculos rápidos deben contribuir al incremento de la productividad en un sentido más amplio y en todas las áreas de la organización; viene a ser el resultante de una correcta aplicación de los recursos de la organización direccionándolos correctamente.
- c. **Mejora de los costes:** conocer el costo de una actividad evita tomar conciencia del despilfarro y mala administración de los recursos; los círculos de calidad colaboran de manera decisiva al momento de reducir costos ya sean de tipo administrativo, comercial, de transporte, etc..
- d. **La motivación:** a través de los círculos de calidad se puede conseguir la motivación constante de los colaboradores de la organización, ofreciéndoles oportunidades de participar en la contribución a los objetivos organizacionales y de sentirse valorados y recompensados por un trabajo bien hecho.
- e. **La integración:** los círculos de calidad facilitan la ruptura de los comportamientos estancados y hacen que sus integrantes conozcan el trabajo de los demás y comprendan mejor sus necesidades y problemas.
- f. **La reorganización:** la reorganización puede ser lenta en el tiempo, cuando no sea necesario tomar decisiones drásticas y urgentes, es una buena alternativa encomendar a los círculos de calidad el análisis de los casos de reorganización de los procesos.

#### *3.3.2.4 Condiciones ideales para la puesta en marcha de los círculos*

##### *rápidos de mejoramiento continuo*

- 1. **Apoyo de la Dirección:** cuando se instaura cualquier sistema de comunicación, la cooperación sincera y completa de la dirección es fundamental, aunque no participe

directamente en los círculos, la dirección tiene un papel importante que desempeñar. Es necesario persuadir a los líderes de los servicios no solo a que se invierta el tiempo del personal sino que se comprometan personalmente a apoyar en el programa de mejoramiento, quedando convencidos de que el resultado de los círculos rápidos de mejoramiento continuo producen un beneficio directo en la gestión organizacional y en la actitud de la gente.

2. **Determinación del coordinador de los círculos de calidad:** persona que juega un papel importante ya que de él dependerá la gestión y buena marcha de los círculos rápidos de mejoramiento continuo; las características de este individuo deben confluir esencialmente en un liderazgo efectivo e influencia positiva sobre los colaboradores de la organización, ya que dentro de sus funciones principales tendrá:
  - a. Preparar el clima
  - b. Seguimiento, asesoramiento y optimización de los resultados
  - c. Recabar sugerencias de otras áreas o departamentos
  - d. Formación y guía a los miembros de los círculos de mejoramiento
3. **Organización de los círculos de mejoramiento:** se debe formar líderes con características, técnicas y metodología en círculos de calidad; estas personas deben destacar dentro de los grupos por lo que es necesario preparar a cada líder o jefe de servicio para que asuma el liderazgo de un círculo en cada rama o tema de su especialidad, la finalidad es tratar de influir sobre las autoridades a través de propuestas recogidas dentro de los círculos, sin olvidar que siempre la participación dentro de los círculos es voluntaria.
4. **Agendas claras:** se debe esquematizar el modelo de reuniones a mantener, los formatos de análisis y resoluciones a utilizar para facilitar la metodología y el manejo de las reuniones.
5. **Procedimientos claros:** llegar a un acuerdo común sobre las reglas y metodología de trabajo de los círculos, con la intención de generar un ambiente propicio a la participación y emisión de ideas de todos los participantes.

6. **Asignación de acciones y responsabilidades:** dentro de cada círculo, las acciones críticas a ejecutarse deben estar ligadas a un o varios responsables dentro del círculo para garantizar su ejecución y seguimiento dentro de acuerdos establecidos en las reuniones.

### 3.3.2.5 Técnicas para el Funcionamiento de los Círculos de Calidad

Existen varias técnicas que contribuyen a detectar, priorizar y analizar los problemas que afectan la calidad de atención en las organizaciones, se mencionan las siguientes:

- a. **Tormenta de Ideas.**- Tiene como propósito el generar una gran cantidad de ideas estimulando la creatividad, el aprendizaje y la práctica del pensamiento divergente. Se nombra un líder de grupo quien registra las ideas de cada persona, entre unas 20 a 80 ideas, se interrelacionan de acuerdo a los problemas identificados y se concretan soluciones.
- b. **Selección de problemas.**- Es una matriz a través de la cual se priorizan los problemas mediante el uso de atributos o criterios; los problemas enumerados deben ser una lista corta (ideal 5 problemas), esto permite priorizar los problemas con menor riesgo de subjetividad. Se elabora de la siguiente manera:
  - i. Se realiza una tormenta de ideas con la finalidad de identificar las dificultades en el área
  - ii. Clasificar o agrupar los problemas afines
  - iii. Enunciar los criterios de valoración según la Tabla 13

Tabla 13:

Matriz Selección de Problemas

Criterios de Valoración	Problema 1	Problema 2
<b>Control</b> ¿en qué grado el problema es controlable por el área en mención?		

<b>Criterios de Valoración</b>	<b>Problema 1</b>	<b>Problema 2</b>
<b>Importancia</b> ¿es importante el problema para esa área?		
<b>Dificultad</b> ¿Qué grado de dificultad tiene el problema?		
<b>Tiempo</b> ¿Cuánto tiempo toma solucionar el problema?		
<b>Retorno</b> ¿Lo invertido para solucionar el problema dará beneficios?		
<b>Recursos</b> ¿Cuántos recursos se necesitan?		

- iv. Asignar un valor en la escala de 1 a 5 en cada uno de los items
  - v. Totalizar cada columna y elegir el problema que tenga el mayor puntaje
- c. **Diagrama de causa y efecto.**- Conocido también como espina de pescado por su forma, viene a ser la representación gráfica de un efecto y sus causas, permitiendo la identificación y relación de las causas que afectan un proceso. Su propósito es de ayudar al grupo a visualizar el problema y a practicar pensamiento divergente. Se lo puede construir de la siguiente manera:
- i. Generar las causas mediante una tormenta de ideas
  - ii. Trazar una línea horizontal y en el punto final derecho trazar un rectángulo en el que se colocará el efecto del problema
  - iii. Las influencias o causas principales serán listadas hacia la izquierda en líneas oblicuas, las causas pueden ser agrupadas en dependencias de acuerdo a cada proceso (recurso Humano, Infraestructura, etc.)
  - iv. Por cada causa se debe hacer una pregunta: ¿por qué sucede? Listar las respuestas como ramificaciones de las principales causas
  - v. Un diagrama de efecto bien detallado tomará la forma de un esqueleto de pescado. Como referencia se tiene la Figura 37.
  - vi. Resaltar las causas que aparezcan repetidamente y las más importantes

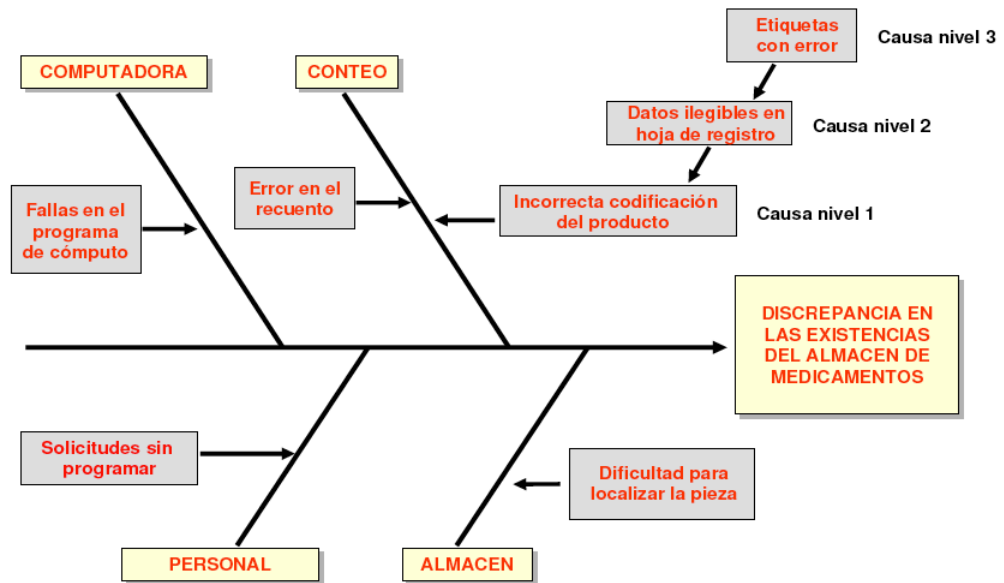


Figura 37. Diagrama Causa Efecto

Fuente: Gutiérrez Ascencio Alberto, 2005. “Aplicación de los círculos de calidad en una organización”. Monografía para obtener el título de Ingeniero Industrial. México.

- d. **Diagrama de Pareto.**- Es una herramienta que permite determinar cuales son las pocas causas que generan la mayor cantidad de defectos. Se basa en que el 80% de los efectos provienen del 20% de las causas. Este diagrama ayuda a decidir al equipo donde concentrar sus esfuerzos o que problemas resolver primero; a través de el se pueden realizar comparaciones de problemas existentes antes de aplicar soluciones al proceso versus problemas posteriores a las soluciones; permite traducir el análisis de los datos a números y porcentajes, presenta en forma obvia al observador los “pocos vitales” y los “muchos triviales”. Para construir el diagrama se pueden seguir los siguientes pasos:
- i. Identificar las causas y listar en una hoja de trabajo en orden de importancia (de la más importante a la menos importante)
  - ii. Una vez listado, las de menor importancia se pueden agrupar como otras

- iii. Una o más columnas de la hoja de trabajo registran los datos recogidos en la unidad de medida correspondiente (horas, dólares, etc.), con la cantidad total en la parte inferior
- iv. Otra columna corresponde al porcentaje (porción del 100%) del total de unidades medidas de cada una de las causas
- v. Finalmente se elabora el gráfico con ayuda de una hoja de cálculo y el resultado se lo puede apreciar con el ejemplo de las Figuras 38 y 39.

CAUSAS	TIEMPO DE PARALIZACIÓN DEL TRABAJO (EN MIN)	% RELATIVO DE TIEMPO DE PARALIZACIÓN	% RELATIVO ACUMULADO
FALTA DE MANTENIMIENTO	202	41.40%	41.40%
PROGRAMA INADECUADO	114	23.40%	64.20%
INTERRUPCIÓN DE ENERGIA ELECTRICA	92	18.80%	83.60%
MANEJO INCORRECTO DEL APRENDIZAJE	45	9.20%	92.80%
VIRUS EN EL SISTEMA	19	3.90%	96.70%
OTROS	16	3.30%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>488</b>	<b>100%</b>	

Figura 38. Hoja de trabajo para aplicación del diagrama de Pareto

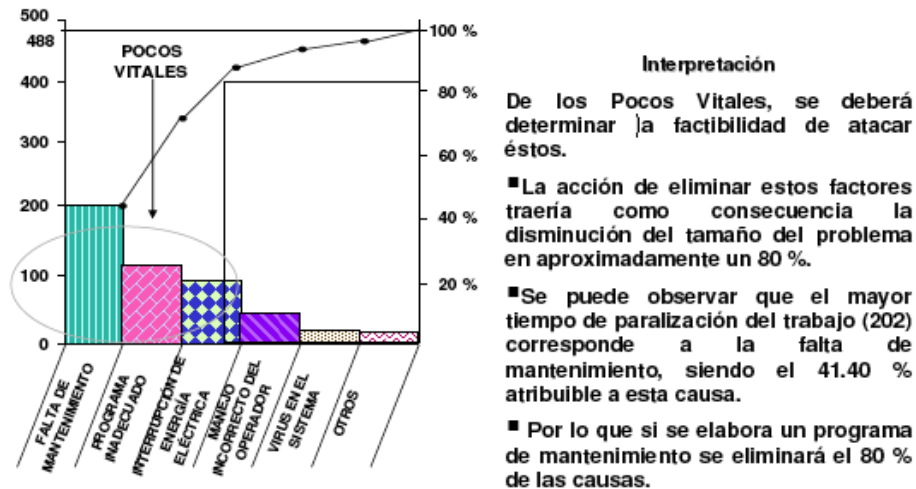


Figura 39. Construcción del diagrama y determinación de “pocos vitales”

Fuente: Gutiérrez Ascencio Alberto, 2005. “Aplicación de los círculos de calidad en una organización”. Monografía para obtener el título de Ingeniero Industrial. México.

- e. **Diagrama de dispersión.**- Sirve para analizar la correlación y la intensidad entre una causa y un efecto o entre una causa y otra causa, analizando la dispersión de las características calidad y tendencia. Para su elaboración se debe seguir los siguientes pasos:
- Reunir un número determinado de datos de información que contenga las dos variables relacionadas y construir una hoja de datos
  - Graficar los datos en el diagrama trazando en el eje horizontal (x) la variable causa y en el eje vertical (y) la variable efecto. Ver como referencia la Figura 40
  - Los valores deberán aumentar a medida que los datos se muevan hacia arriba y hacia la derecha en cada uno de los ejes
  - Si los valores se repiten se circula ese punto tantas veces como sea necesario
  - Con ello se analiza la relación causa efecto entre dos grupos de variables

- vi. Sirve para analizar situaciones pasadas y presentes
- vii. Evidencia cambios entre variables

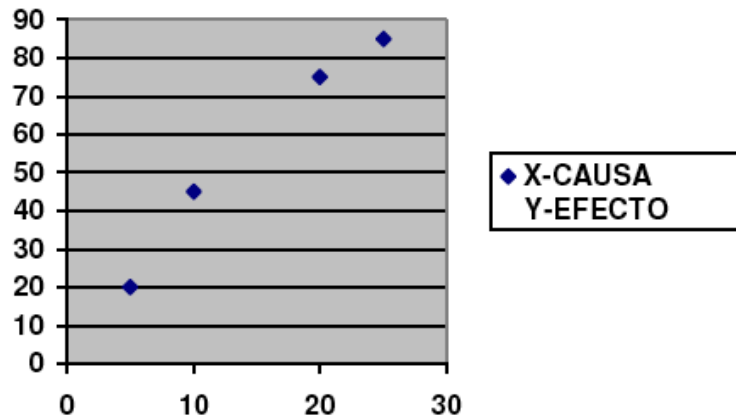


Figura 40. Representación de la gráfica de dispersión

Fuente: Gutiérrez Ascencio Alberto, 2005. “Aplicación de los círculos de calidad en una organización”. Monografía para obtener el título de Ingeniero Industrial. México.

- f. **Diagrama de afinidades (método K-J).**- Fue creado por el Dr. Kawakita Jiro, por ello es llamado Método TKJ. Analiza los datos desde el punto de vista cualitativo, permite organizar ideas múltiples integrándolos de acuerdo a la semejanza de los datos.

*3.3.2.6 Metodología para la Aplicación de los Círculos Rápidos de  
Mejoramiento Continuo en el Hospital Pablo Arturo Suárez*

Como resultado del sondeo mensual de satisfacción del usuario de los servicios de salud prestados en el Hospital Pablo Arturo Suárez, así como con cada queja o reclamo recibido en la oficina de Atención al Usuario, es necesario desarrollar un círculo rápido de mejoramiento continuo para identificar acciones correctivas y/o preventivas para el

mejoramiento de la calidad de la atención de los servicios de salud, para lo cual se ha definido un esquema general para su aplicación representado en la Figura 41.

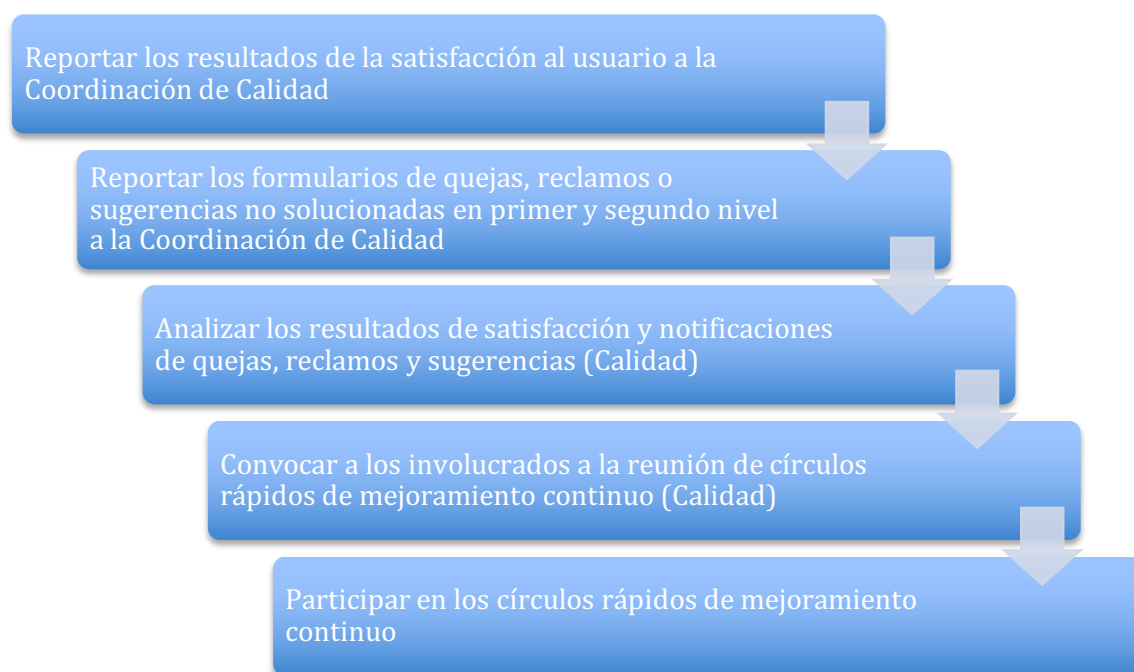


Figura 41. Flujograma para implementación de círculos rápidos

En la reunión participarán los directamente involucrados en los fallos de procesos, identificados por la Coordinación de Calidad, adicional a ello deberá participar un representante de la Coordinación de Atención al Usuario y de la Coordinación de Calidad, quienes serán miembros en las reuniones como facilitadores y/o veedores de que se analicen adecuadamente los puntos débiles y se consigan propuestas factibles y oportunas de solución acordes a las necesidades de los usuarios.

La metodología de los círculos rápidos de mejoramiento continuo, enmarcada en los ciclos de mejoramiento continuo de Deming (PHVA), para aplicación en los procesos del Hospital Pablo Arturo Suárez se pueden identificar en la Figura 42.

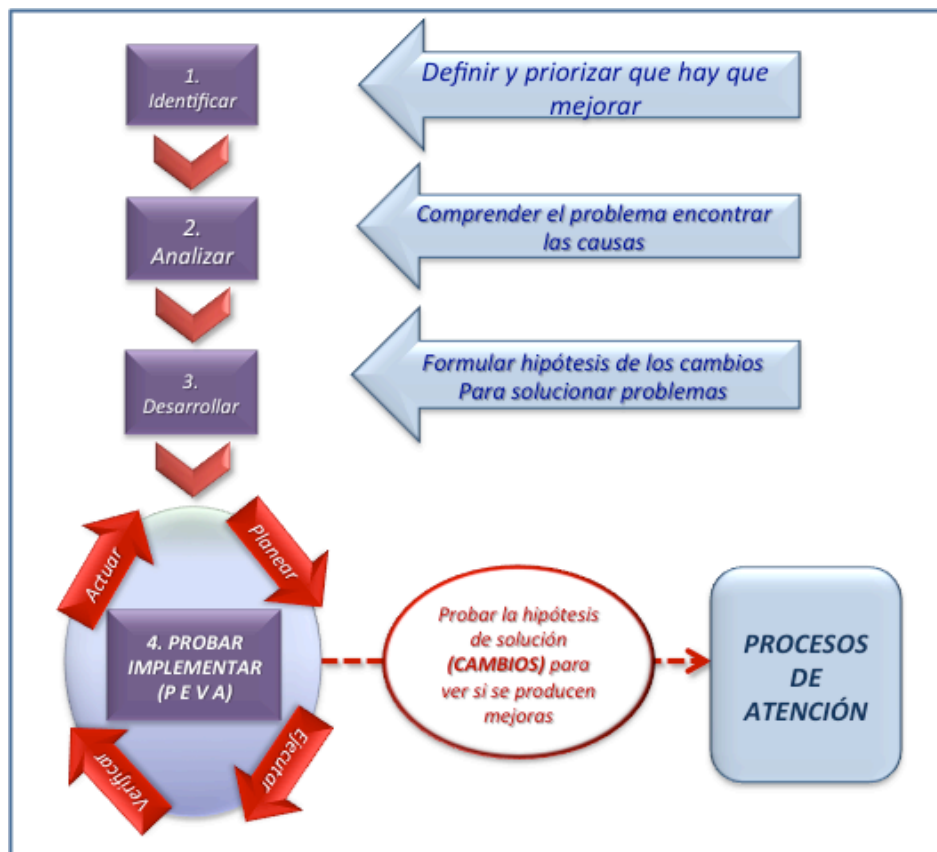
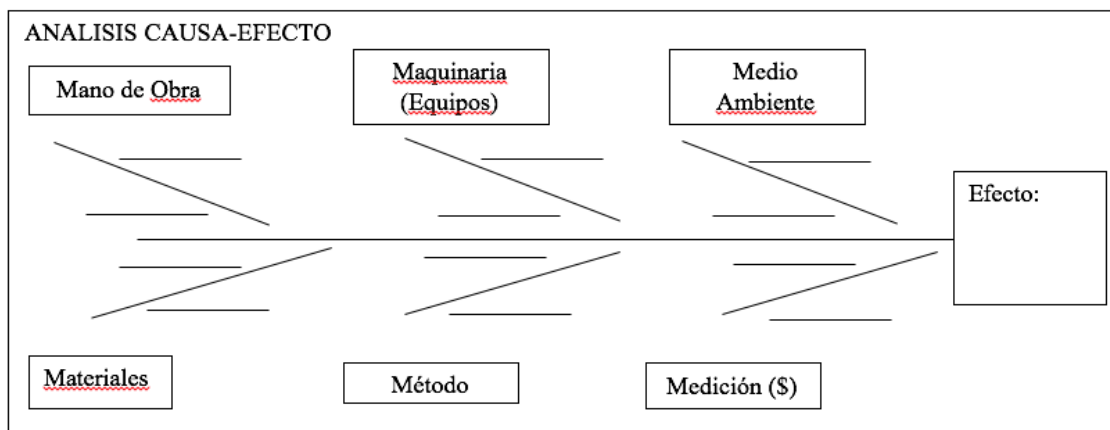


Figura 42. Metodología de Círculos Rápidos de Mejoramiento Continuo

Para esquematizar la metodología de los círculos rápidos de mejoramiento continuo, los equipos de mejoramiento propondrán un proyecto de mejora bajo el formato establecido en el Anexo 9, que comprende lo siguiente:

1. Identificar el problema, proceso o indicador a mejorar, en este caso identificado desde el formulario de quejas y reclamos de Atención al Usuario o en su defecto del formulario de reporte de Eventos Adversos y de acuerdo a su clasificación, pudiendo existir uno o más problemas dentro de un solo reporte.
2. Analizar y comprender el problema apoyándose en el diagrama causa efecto, determinando las causas y sub causas que originaron el problema clasificándolos

por su nivel de impacto vs implementación con el esquema que se presenta en la Figura 43.



Implementación	Impacto	
	Alto	Bajo
Fácil	1	2
Difícil	3	4

Figura 43. Esquema de diagrama causa efecto y la clasificación del impacto.

3. Desarrollar la hipótesis acerca de los cambios o estrategias que se deben implementar para solucionar el problema o alcanzar el cambio deseado; aquí se utiliza el modelo de las tres preguntas ¿Qué? ¿Cómo? y ¿Cuáles?
  - **¿Qué objetivo que se quiere lograr?** Trate de hacer objetivos específicos pero enmarcados en los objetivos mayores de la mejora de la calidad de la atención a través de los estándares del proceso de atención involucrado.
  - **¿Cómo sabremos que el cambio realizado produjo una mejora en el proceso?** Con que indicadores o con que resultados puedo comprobar que lo que implementamos fue exitoso?
  - **¿Cuáles cambios / estrategias / intervenciones?** que se quiere introducir en el proceso de atención en este ciclo rápido para lograr los objetivos anteriores.

4. Implementar y monitorear con el esquema del PHVA:

- a) **PLANIFICAR:** cada Equipo de Mejoramiento programará un ciclo rápido con actividades concretas que puedan ser ejecutadas en corto plazo: 3 a 4 semanas, y que respondan a los cambios propuestos anteriormente; para ello podrán utilizar la matriz que se presenta en la Tabla 14.

Tabla 14:

Matriz de programación de Ciclos Rápidos

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE CICLOS RÁPIDOS				
CAMBIOS/ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	¿DÓNDE?	¿CUÁNDO?	RESPONSABLE/S
1.				
2.				
3.				

- b) **EJECUTAR:** identificar las observaciones del Equipo de Mejora, sobre cómo ocurrió la implementación de los cambios en la realidad.
- c) **VERIFICAR:** lo que sucedió con la situación inicial que quería ser mejorada, luego de que se implementó el o los cambio/s en este ciclo rápido (mejoró, quedó igual, empeoró?)
- d) **ACTUAR:** qué es lo que el Equipo de Mejora decidió hacer luego de la implementación de este ciclo de Mejora y de observar los resultados obtenidos.

### *3.3.2.7 Agentes de Cambio en el Desarrollo de los Círculos de Mejoramiento Continuo*

En el desarrollo de los círculos rápidos de mejoramiento continuo es necesario identificar a los agentes de cambio o aquellos actores principales dentro del desarrollo de los círculos, que generalmente cumplen las siguientes características:

- a) **El facilitador.-** El o la responsable para dirigir las actividades de los círculos y presidir las reuniones; generalmente miembro de la Coordinación de Calidad de la Institución ya que sirve como enlace entre los círculos y el resto de la organización, quien reporta a la autoridad que apoya la idea del establecimiento de los círculos de calidad. Debe ser paciente y no demostrar ningún tipo de frustración personal; siempre debe mantener una actitud positiva y transmitir un aire de confianza; es necesario que el facilitador guíe pero sin dominar, nutriendo el talento de los participantes en los grupos de trabajo. Debe fomentar en los líderes y miembros de los círculos la preocupación por la calidad y la creencia de que su conocimiento y habilidad harán la diferencia. Sus atributos son:
  - i. Experiencia en la organización
  - ii. Experiencia en coordinación
  - iii. Experiencia en planeación
  - iv. Experiencia en la enseñanza
  - v. Habilidad para comunicarse

- b) **El líder del círculo.-** El supervisor o jefe de servicio es el líder natural del grupo de trabajo y a la vez el símbolo de respaldo de la gerencia, su ausencia en los círculos de calidad es siempre perjudicial para el proceso; con el tiempo los integrantes del círculo de calidad elegirán al líder que más prefieran según sus acuerdos, hasta tanto el supervisor o jefe de servicio será el generalmente elegido. Dentro de sus principales actividades tenemos:
- i. Crear un ambiente en las reuniones que aliente la participación
  - ii. Utilizar técnicas de interacción que dan a cada uno la oportunidad de hablar a fin de que se escuchen todos los puntos de vista
  - iii. Trabajar con el equipo para ayudarles a tomar decisiones sin conflictos
  - iv. Asegurar que alguien se encargue de llevar a cabo las decisiones y acuerdos tomados por el círculo de calidad
  - v. Dar seguimiento a las propuestas y resoluciones tomadas
- c) **El instructor.-** organiza y realiza los recursos de capacitación para gerentes, supervisores y jefes de los círculos, así como para los empleados miembros de los círculos y asesores. Inicialmente los círculos están dirigidos a explicar las funciones que cada quien debe desempeñar dentro del proceso, después de la capacitación se orienta al manejo de herramientas y técnicas para la identificación y resolución de problemas.
- d) **Asesor.-** Aconseja a los círculos y en particular a los líderes sobre la manera de cómo deben manejarse las reuniones, solucionar los problemas y hacer la presentación de los casos a la gerencia. El asesor asiste a todas las reuniones de los círculos que le han sido asignados, se reúne en privado con sus líderes antes y después de cada reunión con el propósito de ayudarles a organizar y evaluar su progreso, y brinda su apoyo en lo que se refiere a material de estudio. Lleva registro minucioso sobre el progreso de cada uno de los círculos y sirve también como mediador para tratar de solucionar cualquier problema que pueda surgir dentro de ellos, o entre ellos y el resto de la organización. Entre sus funciones esenciales tenemos:

- i. Vela que los miembros pongan en práctica lo que han aprendido durante su capacitación y porque reciban la instrucción necesaria “dentro del círculo” para poder solucionar los diferentes problemas. Esto conlleva igualmente la detección de necesidades de capacitación.
  - ii. Controla las actividades del círculo con el fin de garantizar que los miembros cumplan con las reglas del proceso y no distorsionen su propósito.
  - iii. Garantiza que el supervisor no domine y reprima a los demás miembros del círculo. En cierto sentido, actúa como árbitro dispuesto a intervenir si el supervisor trata de dirigir al grupo en forma tradicional y autoritaria. Por otra parte, actúa como contrapeso, como otro jefe que en términos de estructura, representa otra autoridad, evitando así que el supervisor o líder del círculo llegue a monopolizar al grupo.
- e) **El experto.**- Aquel que por su conocimiento científico o técnico está facultado para dictaminar la factibilidad de la solución o medida propuesta por el círculo de calidad.

#### *3.3.2.8 Beneficios de los Círculos Rápidos de Mejoramiento Continuo*

Brindar servicios de salud, en especial servicios públicos, tiene su alto grado de complejidad cuando a satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes se refiere ya que toma mucho tiempo y genera costos el identificar esas necesidades, adelantarse a mejorar las condiciones del servicio para satisfacer esas necesidades es uno de los beneficios latentes de la implementación de los círculos rápidos de mejoramiento continuo en la organización.

Con la implementación de los círculos rápidos de mejoramiento continuo en la organización se podrá obtener:

- Mejoramiento en la percepción de la calidad de atención por parte del usuario

- Identificar cuellos de botella en los procesos de atención
- Mayor conciencia del trabajo en equipo
- Aumento de la participación de los individuos en la solución de los problemas
- Identificar otras formas de mejorar las actividades de los procesos en función de disminuir costos y tiempos de espera
- Mejorar la percepción del ambiente laboral
- Mejorar la comunicación entre procesos
- Explotar las capacidades de los colaboradores para generar ideas de mejoramiento de los servicios

## **CAPÍTULO 4**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1 CONCLUSIONES**

El modelo de calidad de atención al usuario de los servicios de salud propuesto en este documento deja las siguientes conclusiones:

- El modelo aporta en el fortalecimiento de la cultura de calidad en la atención al usuario de los servicios de salud ya que compromete al personal con el cumplimiento de sus actividades bajo el marco de respeto de los deberes y derechos del usuario, generando información oportuna y verás con calidad y calidez, mitigando los fallos en los procesos a través de un análisis y resolución oportuna de sus necesidades.
- Los evidentes beneficios de la implementación de un enfoque basado en procesos son la agilidad en la resolución de conflictos, quejas, reclamos y sugerencias que antes no se daban trámite, con una respuesta oportuna y fiable directamente al usuario.
- La cultura de seguridad del paciente a través del sistema de reporte de incidentes y eventos adversos garantiza que aquellas situaciones que se presentan durante la atención y que comprometen o alteran las condiciones iniciales del paciente sean reportadas, analizadas, corregidas, implementadas y comunicadas en la organización y a los familiares de los pacientes para evitar gestionar nuevamente este tipo de situaciones y minimizar los riesgos en la atención.

#### **4.2 RECOMENDACIONES**

- Para fortalecer la cultura de calidad en la atención al usuario es recomendable que se plantee por parte de las autoridades un paquete de incentivos al personal, no

necesariamente económicos, pero si de crecimiento como la participación en cursos de especialización según las áreas de desempeño; esto sobre la base del cumplimiento de las metas planteadas en los indicadores de desempeño para garantizar la satisfacción del usuario que se plantea en este documento.

- Garantizar los recursos de talento humano, físicos y económicos para mantener el modelo planteado, apuntando a la automatización de la información para transparentar los procesos en línea y que así también el usuario pueda acceder a realizar reclamos y sugerencias de manera anónima desde un computador.
- Mantener las sesiones de capacitación en seguridad del paciente en todas las áreas de atención directa al paciente, permitiendo a los equipos de mejoramiento de cada servicio tener una participación activa en los temas de calidad y seguridad del paciente en la institución.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUDELO, L y ESCOBAR, J. (2010). *Gestión por Procesos*. Colombia: ICONTEC.
- ARÉVALO, F. y DÁVILA, F. (2001). *Administración por Procesos*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Ciencias Administrativas y Contables, Programa de Extensión.
- ARÉVALO, F. (2007). *Introducción al Mejoramiento de Procesos*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Ciencias Administrativas y Contables, Programa de Extensión.
- BELTRÁN J. (1999). *Indicadores de Gestión: Guía práctica para estructurar adecuadamente esta herramienta clave para el logro de la competitividad*. Colombia: 3D Editores. Edición 1999
- DEMING, E. (1989). *Calidad, Productividad y Competitividad: la salida de la crisis*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- DONABEDIAN, A. (1983). *La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación*. México: La prensa médica mexicana.
- DONABEDIAN, A (2011). *La Investigación sobre la Calidad de la Atención Médica*. Salud Pública. México: Vol.28 p.340-327
- EVANS, JAMES R. y WILLIAM M. LINDSAY (2008). *Administración y Control de la Calidad*. México: Tomson / South-Western.
- HARRINGTON, J. (1999). *Administración Total del Mejoramiento Continuo*. Colombia: McGraw Hill.

HARRINGTON, J. (1995). *Mejoramiento de los Procesos de la Empresa*. México: McGraw Hill.

MALAGÓN LONDOÑO G, GALÁN R, PONTÓN G. (2001). *Garantía de Calidad en Salud*. Bogotá: Ed Panamericana.

PASSOS NOGUEIRA R. (2000). *Perspectivas de la Gestión de Calidad Total en los Servicios de Salud*. Serie PALTEX Salud y Sociedad Nro. 4. OPS/OMS

PHILIP C. THOMPSON (1984). *Círculos de Calidad. Cómo hacer que funcionen*. Bogotá: Norma.

ROMERO CÓRDOVA, J. (2008). *Elaboración de Manuales de Procesos y Procedimientos*. El Emprendedor servicios Empresariales, Seminario-Taller.

VALDES BURATTI, L. (2002). *Evolución del concepto de calidad en la industria*. Centro para la Calidad Total y la Competitividad. Bogotá: Norma.

VARO J. (1994). *Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios de Salud*. Madrid: Ed Díaz de Santos.

COMITÉ DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE ESTANDARIZACIÓN (2005). *ISO 9000 Sistemas de Gestión de la Calidad – Fundamentos y Vocabulario*. ISO.

COMITÉ DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE ESTANDARIZACIÓN (2008). *ISO 9001 Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos*. ISO.

COMITÉ DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE ESTANDARIZACIÓN (2009). *ISO 9004 Gestión para el éxito sostenido de una organización – Enfoque de Gestión de la Calidad*. ISO.

COMITÉ DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE ESTANDARIZACIÓN (2008). *ISO/TC 176/SC 2/N 544R3 Orientación sobre el concepto y uso del enfoque basado en procesos para los sistemas de gestión*. ISO.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS-FCI*.

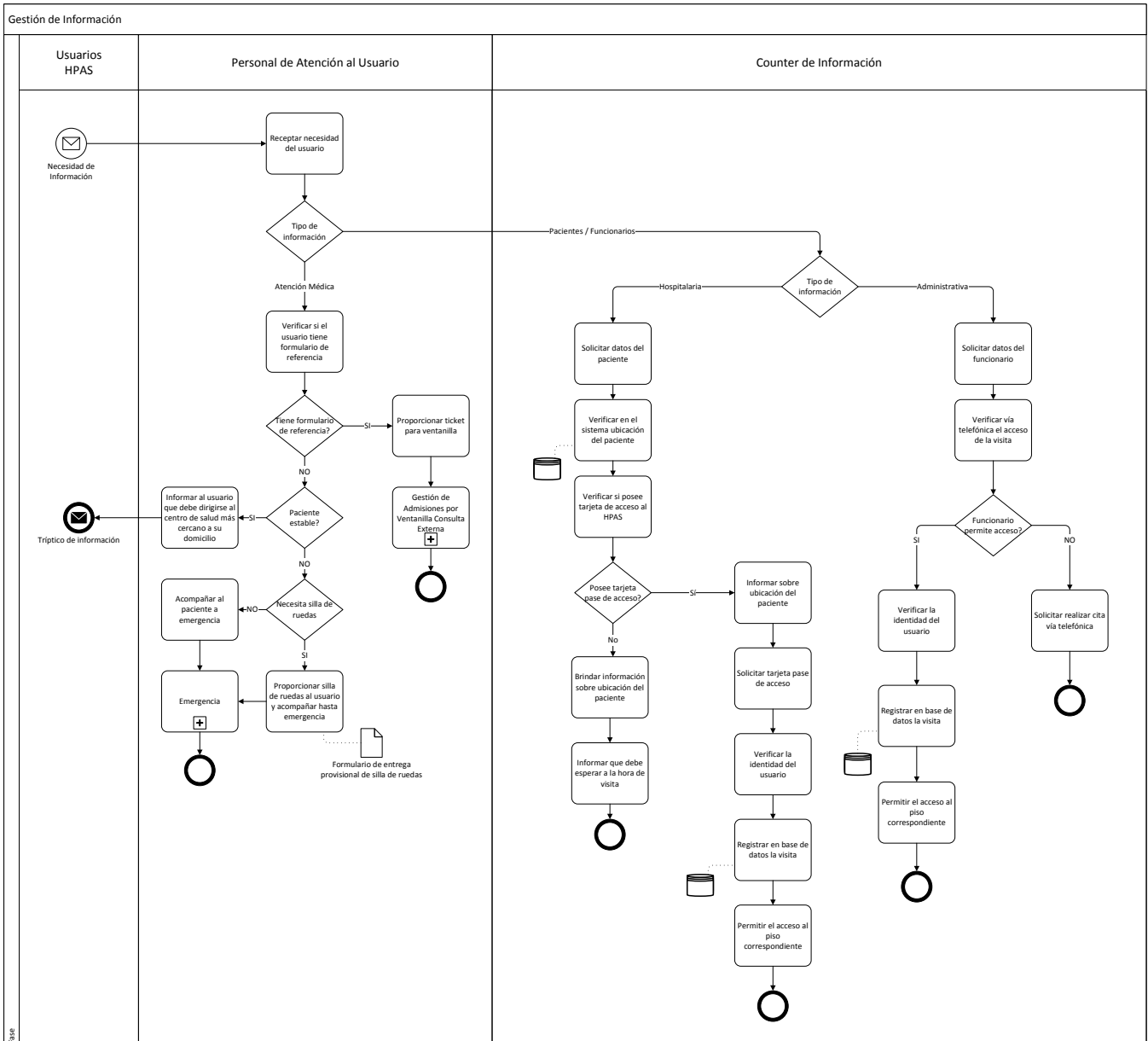
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR (2013). *Producción Estadística 2006 – 2013*.

SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO – SENPLADES (2014). *Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017 versión resumida*.

REGISTRO OFICIAL Nro. 339 (2012). *Estatuto Orgánico de Gestión por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública*.

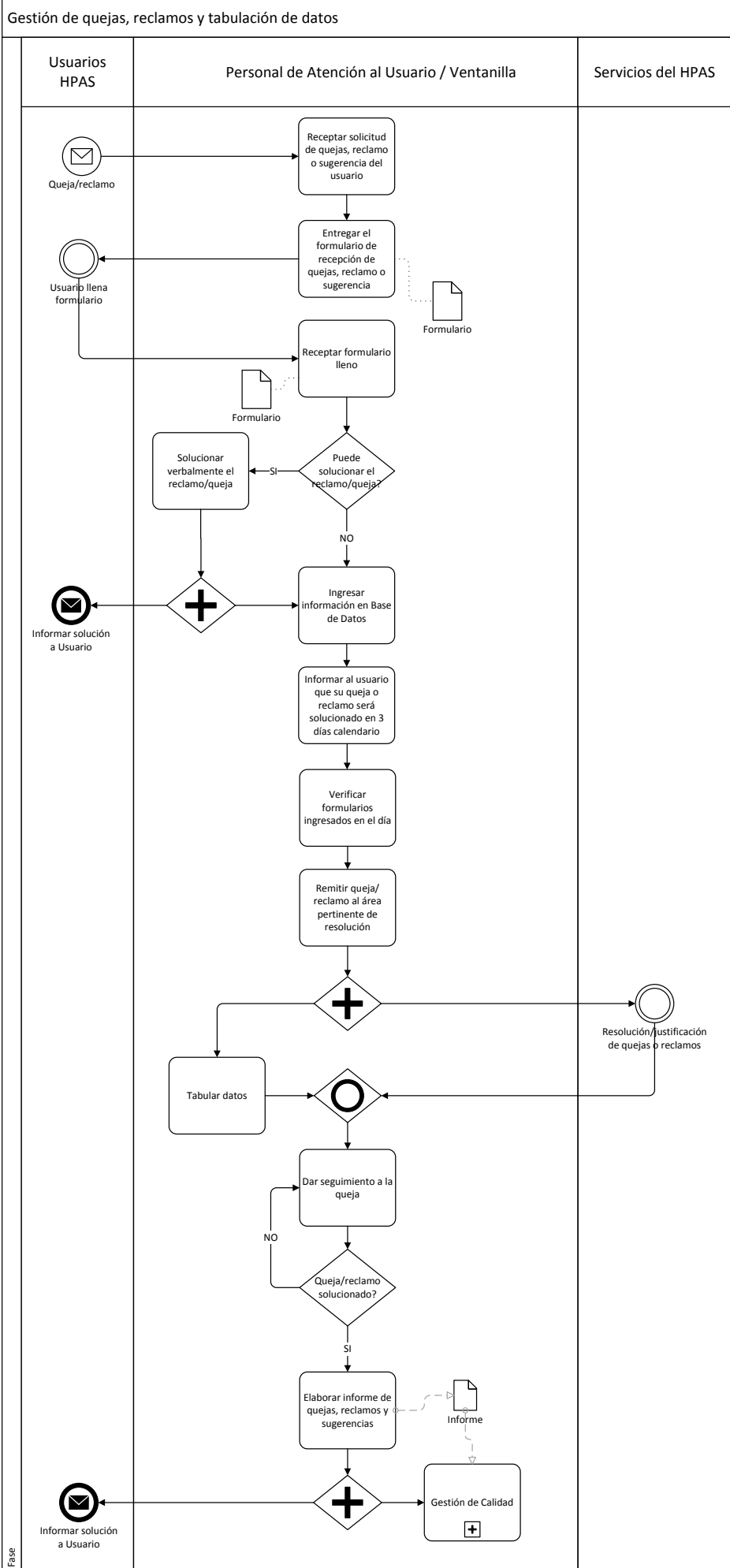
UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL URUGUAY (2013). *Gestión de Procesos*. Programa de Gestión del Conocimiento, Maestría en Gerencia de la Calidad y Productividad.

# ANEXO 1



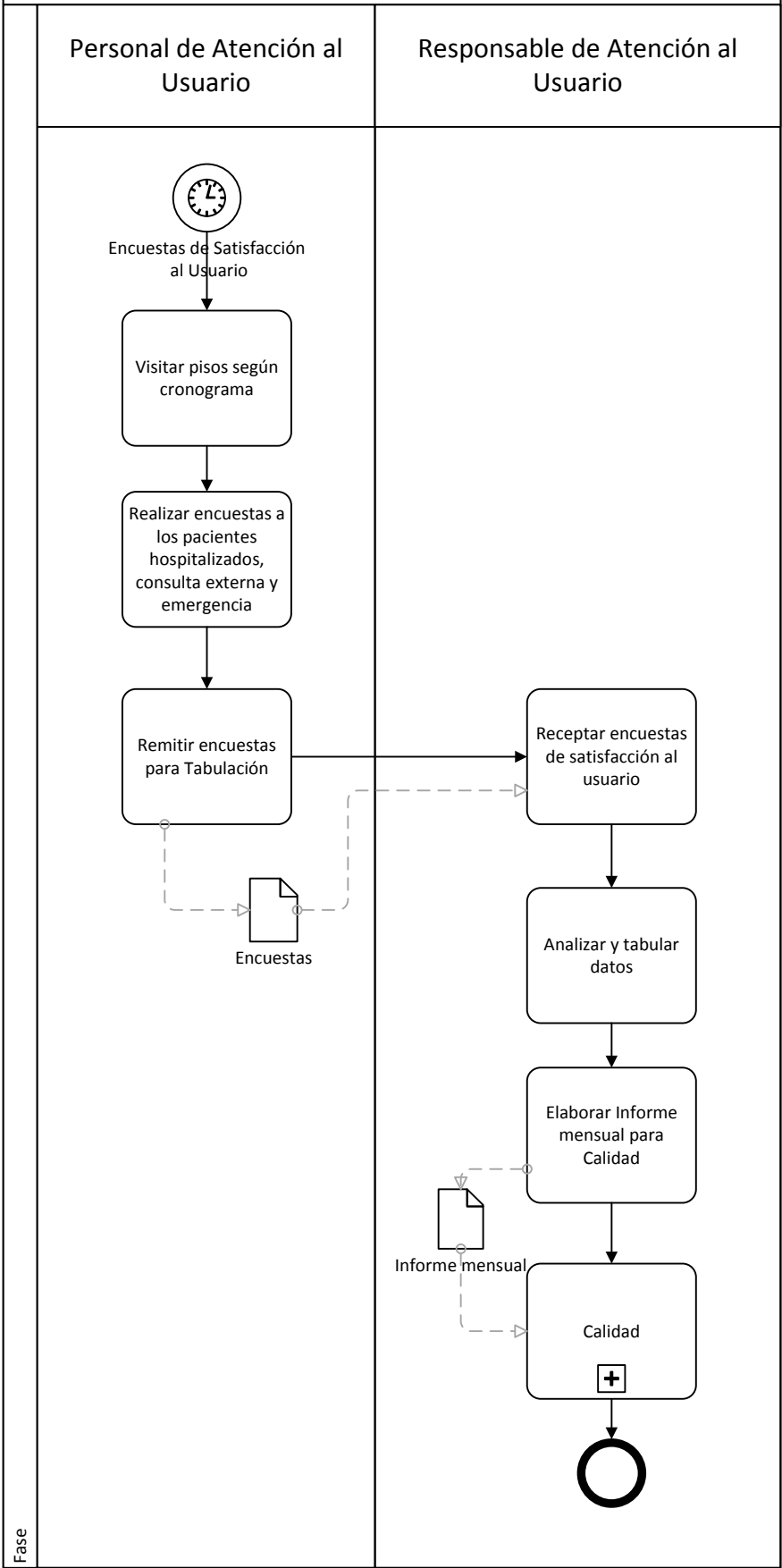


# ANEXO 3



# Gestión de Satisfacción al Usuario

## ANEXO 4



Fase

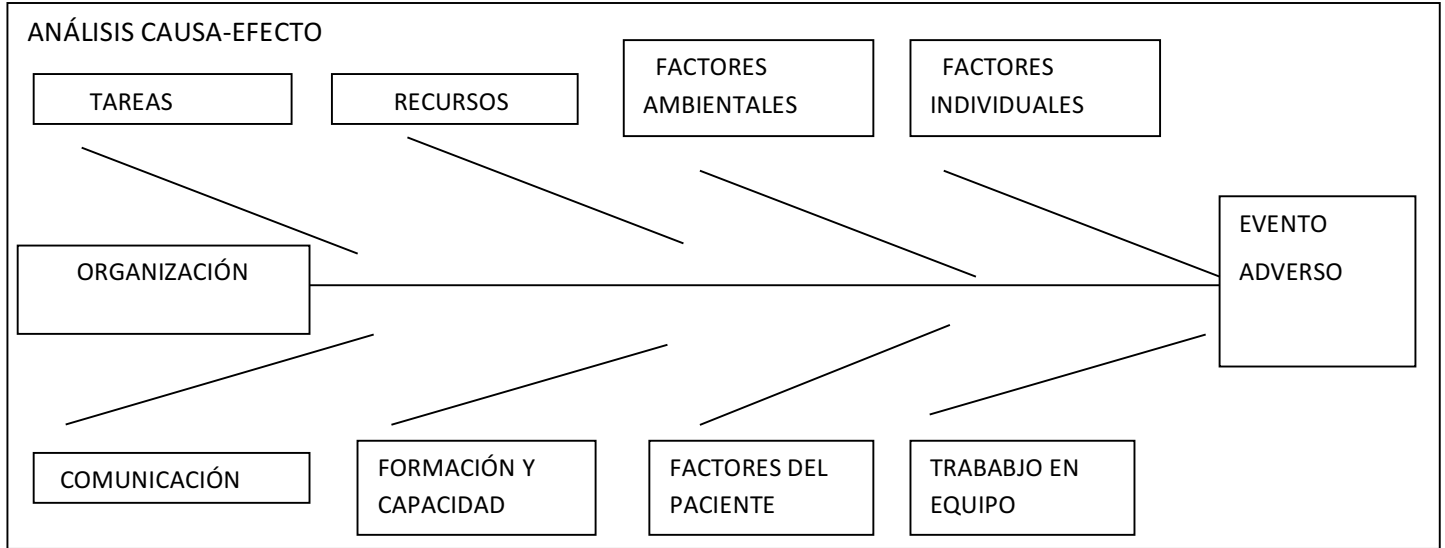


**ANEXO 5**

**NOTIFICACION**

**FECHA NOTIFICACIÓN**

**FECHA DE ANÁLISIS**



**PLAN DE ACCIÓN**

<b>Nº</b>	<b>ACCIÓN A EJECUTAR</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>PLAZO</b>	<b>RESPONSABLE SEGUIMIENTO</b>	<b>FECHA CIERRE</b>	<b>FIRMA</b>

**FIRMAS: MIEMBROS COMÍTE DE EVENTOS ADVERSOS Y ASISTENTES**

.....

.....

.....

**ANEXO 5****CONSOLIDADO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS**

<b>CATEGORIA</b>	<b>INCIDENTE</b>	<b>CUASI ACCIDENTE</b>	<b>EVENTO ADVERSO</b>	<b>EVENTO CENTINELA</b>
Administración Clínica				
Procesos o Procedimientos Asistenciales				
Errores en la Documentación				
Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria.				
Medicación / Administración				
Administración Sangre o sus derivados				
Administración Nutrición				
Administración de Oxígeno o Gases Medicinales				
Uso de Dispositivos y Equipos Médicos				
Comportamiento del Personal				
Comportamiento del Paciente				
Accidentes del Paciente				
Recursos / Gestión del Establecimiento.				
<b>TOTAL</b>				



**ANEXO 6**

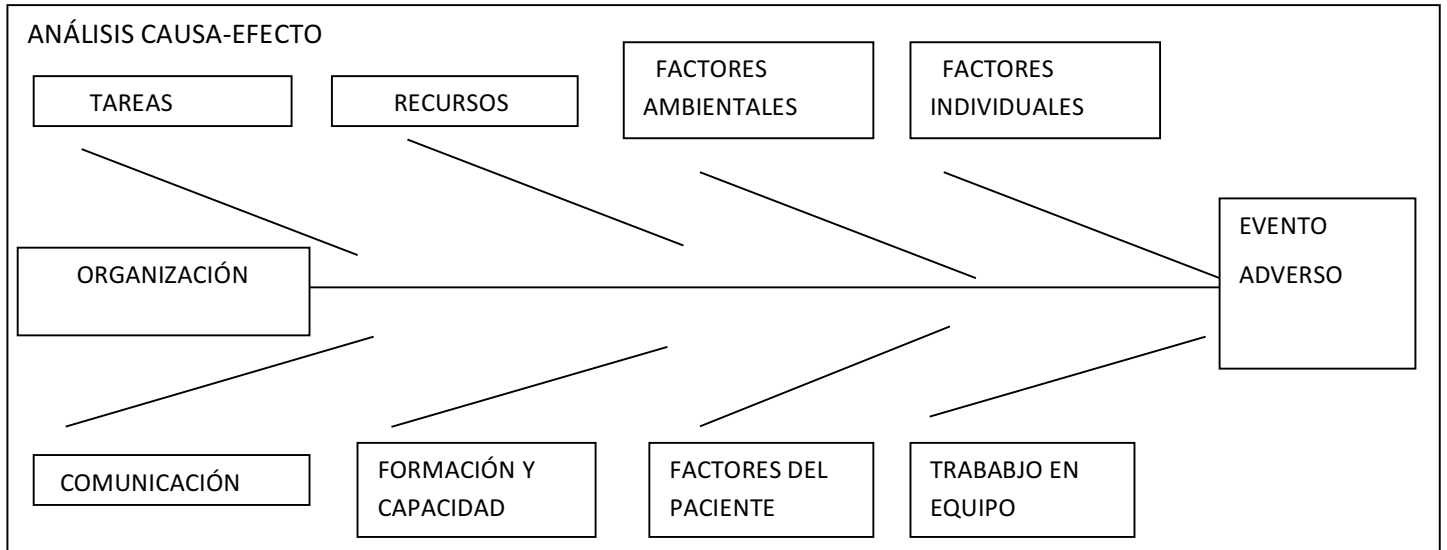
**INFORME DE ANÁLISIS DE EVENTO ADVERSO**

**NOTIFICACION**

Nº

**FECHA NOTIFICACIÓN**

**FECHA DE ANÁLISIS**



**PLAN DE ACCIÓN**

<b>Nº</b>	<b>ACCIÓN A EJECUTAR</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>PLAZO</b>	<b>RESPONSABLE SEGUIMIENTO</b>	<b>FECHA CIERRE</b>	<b>FIRMA</b>

**FIRMAS: MIEMBROS COMÍTE DE EVENTOS ADVERSOS Y ASISTENTES**

.....

.....

.....

**ANEXO 6**

**HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ  
COORDINACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD  
CONSOLIDADO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS**

CATEGORIA	INCIDENTE	CUASI ACCIDENTE	EVENTO ADVERSO	EVENTO CENTINELA
Administración Clínica				
Procesos o Procedimientos Asistenciales				
Errores en la Documentación				
Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria.				
Medicación / Administración				
Administración Sangre o sus derivados				
Administración Nutrición				
Administración de Oxígeno o Gases Medicinales				
Uso de Dispositivos y Equipos Médicos				
Comportamiento del Personal				
Comportamiento del Paciente				
Accidentes del Paciente				
Recursos / Gestión del Establecimiento.				
<b>TOTAL</b>				





**ANEXO 8**

**HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ  
COORDINACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD  
CONSOLIDADO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS**

CATEGORIA	INCIDENTE	CUASI ACCIDENTE	EVENTO ADVERSO	EVENTO CENTINELA
Administración Clínica				
Procesos o Procedimientos Asistenciales				
Errores en la Documentación				
Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria.				
Medicación / Administración				
Administración Sangre o sus derivados				
Administración Nutrición				
Administración de Oxígeno o Gases Medicinales				
Uso de Dispositivos y Equipos Médicos				
Comportamiento del Personal				
Comportamiento del Paciente				
Accidentes del Paciente				
Recursos / Gestión del Establecimiento.				
<b>TOTAL</b>				

## ANEXO 9

### FORMATO DE CICLOS RÁPIDOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO

**HOSPITAL:**

<b>Zona:</b>	<b>Provincia:</b>	<b>Distrito:</b>
<b>Servicio:</b>		

**Responsable del EMC:**

NOMBRE	CARGO

**Miembros del EMC:**

NOMBRE	CARGO

**Ciclo #:**

**Fecha de inicio:**

día	mes	año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Fecha de conclusión:**

día	mes	año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**1. IDENTIFICAR:** Determinar qué es lo que hay que mejorar *¿Cuál es el problema? Sobre cual proceso de atención, estándar o indicador?*

---

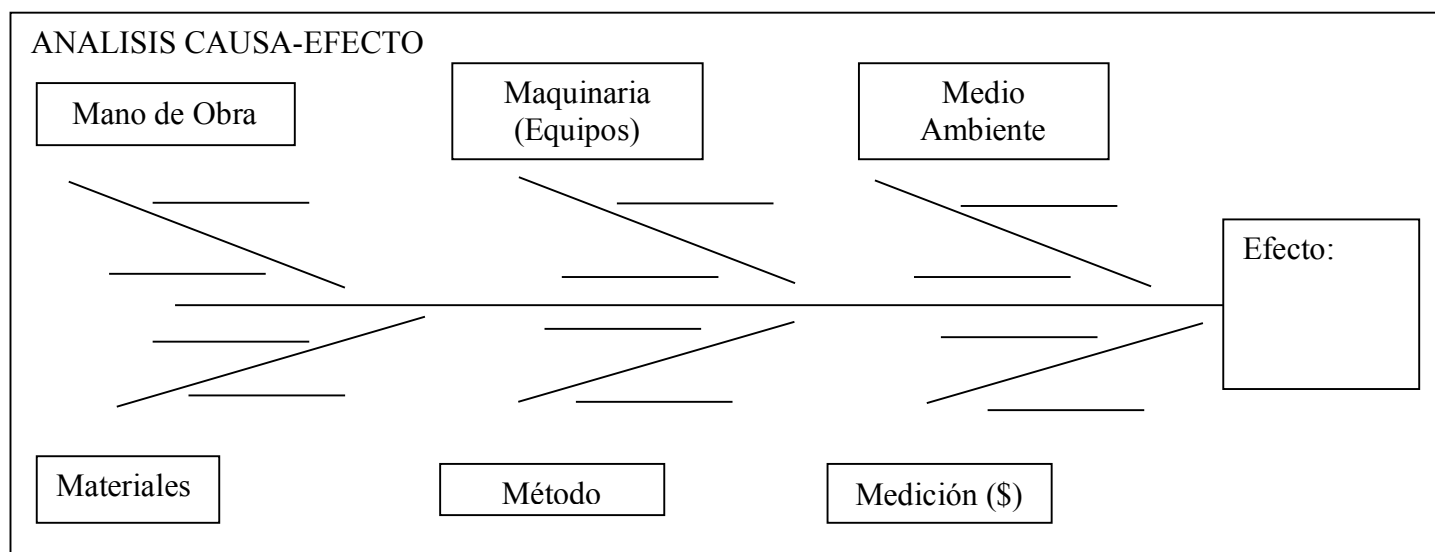
---

---

## ANEXO 9

### 2. ANALIZAR: COMPRENDER EL PROBLEMA:

2.1 Identifique y escriba la/s causa/s que originó/originaron el problema:



Implementación	Impacto	
	Alto	Bajo
Fácil	1	2
Difícil	3	4

3. **DESARROLLAR:** Formular hipótesis acerca de los cambios o estrategias que habría que implementar para solucionar el problema o conseguir el resultado deseado. (Modelo de las 3 preguntas)

3.1 **Objetivo que se quiere lograr:** Trate de hacer objetivos específicos pero enmarcados en los objetivos mayores de la mejora de la calidad de la atención a través de los estándares del proceso de atención involucrado

---



---



---

## ANEXO 9

**3.2 ¿Cómo sabremos que el cambio realizado produjo una mejora en el proceso? Con que indicadores o con que resultados puedo comprobar que lo que implementamos fue exitoso?**

---

---

---

**3.3 Cambios/estrategias/intervenciones que se quiere introducir en el proceso de atención en este ciclo rápido para lograr los objetivos anteriores:**

---

---

---

---

### 4. IMPLEMENTAR

- 1. PLANIFICAR:** *Cada Equipo de Mejoramiento programará un ciclo rápido con actividades concretas que puedan ser ejecutadas en corto plazo: 3 a 4 semanas, y que respondan a los cambios propuestos anteriormente.*

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE CICLOS RÁPIDOS				
CAMBIOS/ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	¿DÓNDE?	¿CUÁNDO?	RESPONSABLE/S
1.				
2.				
3.				

## ANEXO 9

### 2. EJECUTAR:

*Escriba aquí las observaciones del Equipo de Mejora, sobre cómo ocurrió la implementación de los cambios en la realidad.*

---

---

---

### 3. VERIFICAR:

*Escriba aquí qué es lo que sucedió con la situación inicial que quería ser mejorada, luego de que se implementó el o los cambio/s en este ciclo rápido (mejoró, quedó igual, empeoró?)*

---

---

---

### 4. ACTUAR:

*Escriba aquí qué es lo que el Equipo de Mejora decidió hacer luego de la implementación de este ciclo de Mejora y de observar los resultados obtenidos*

---

---

---

Firmas de los responsables y participantes de este ciclo de mejora.

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>