



**UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO
DIRECCION GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
AREA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVA Y DE GESTION
POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

**PLAN DE CALIDAD PARA LA ATENCION
Y SERVICIO AL USUARIO
DE LA UNIDAD DE PATOLOGIA CERVICAL DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CORO
DR. ALFREDO VAN GRIEKEN.**

Presentado por:

Alejandro José LLOVERA CAMACHO

para optar al título de

Especialista en Gerencia de Servicios Asistenciales en Salud

Asesor:

Ana Julia GUILLEN GUEDEZ

Caracas, Octubre de 2007.



**UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO
DIRECCION GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
AREA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVA Y DE GESTION
POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD**

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente hago constar que he leído el proyecto de Trabajo de Grado, presentado por el ciudadano Alejandro Llovera, como requisito parcial para optar al Grado de Especialista en Gerencia de Servicios Asistenciales en Salud, cuyo título tentativo es: PLAN DE CALIDAD PARA LA ATENCIÓN Y SERVICIO AL USUARIO DE LA UNIDAD DE PATOLOGIA CERVICAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CORO Dr. ALFREDO VAN GRIEKEN; y que acepto asesorar al estudiante, en calidad de Tutor, durante la etapa de desarrollo del Trabajo de Grado hasta su presentación y evaluación.

En la ciudad de Caracas a los 3 días del mes de septiembre del 2007.

AUTOR: Alejandro José LLOVERA CAMACHO

TUTOR: Ana Julia GUILLEN GUEDEZ

Caracas, 10 noviembre 2007.

Director Programa Gerencia de Servicios Asistenciales en Salud
Dirección General de los Estudios de Postgrado
Universidad Católica Andrés Bello (UCAB)
Presente.-

Referencia: **Aprobación del Tutor**

Tengo a bien dirigirme a Usted a fin de informarle que ha leído y revisado el borrador final del trabajo Especial de Grado titulado “**Plan de calidad para la atención y servicio al usuario de la Unidad de Patología Cervical del Hospital Universitario de Coro Dr. Alfredo Van Grieken**”, presentado por el alumno **Alejandro José Llovera Camacho**, titular de la cédula de identidad número **6.864.097**, como parte de los requisitos para optar al Título de Especialista en Gerencia de Servicios Asistenciales en Salud.

A partir de dicha revisión, considero que el mencionado Trabajo especial de Grado reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación por el distinguido Jurado que tenga a bien designar.

Atentamente,

Tutor: Ana Julia Guillen Guedez
C.I. 7.599.767

DEDICATORIA

*Una madre no es una persona en quien
podemos apoyarnos, sino alguien que vuelve
innecesario el apoyo*

Dorothy Canfiel Fisher

Dedico este trabajo de investigación a mi familia

Mis hijos Gabriel, Daniel y Miguel

A la Catira mi compañera de Vida, madre de mis hijos y a quien amó

Y por supuesto a mi Madre que siempre me apoya

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que contribuyeron con su granito de arena a construir este trabajo

Al Jefe del Departamento Orlando Römer por su colaboración incondicional

Mis compañeros de trabajo juntos formamos una gran familia

A las pacientes, objeto de nuestra profesión

A la profesora Ana Julia Guillen por su orientación y amistad

A mis compañeros de estudio que tanto en la sede UCAB Coro como en la sede UCAB Caracas hemos compartido juntos momentos Buenos y Otros menos buenos.

Y gracias a Dios por devolverme siempre sano y salvo, de esos largos viajes

ÍNDICE GENERAL

	p.p
Constancia de aceptación del tutor	ii
Aprobación del tutor	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Índice general	vi
Índice de tablas	xi
Índice de figuras	xi
Resumen	xii
INTRODUCCIÓN	13
CAPITULO I. EL PROBLEMA	16
1.- Planteamiento del problema	16
2.- Justificación e importancia	17
3.- Delimitación y factibilidad	18
4.- Objetivos generales	19
4.1.- Objetivos específicos	19
CAPITULO II. MARCO TEORICO	21
1.- Antecedentes de la investigación	21
2.- Antecedentes de la calidad	25
2.1.- Teorías de la calidad	26
2.1.1.- Edgard Deming	27
2.1.2.- Joseph Juran	28
2.1.3.- Kaoru Ishikawa	29
2.1.4.- Philip Crosby	30
2.1.5.- Avedis Donabedian	31
3.- Marco conceptual	34
3.1.- Bases teóricas	34
3.1.1.- Calidad	34
3.1.2.- Calidad de la atención	35
3.1.3.- Calidad de los servicios	35
3.1.4.- Atributos de la calidad	35

3.1.4.1.- Oportunidad	35
3.1.4.2.- Continuidad	35
3.1.4.3.- Suficiencia e integridad	35
3.1.4.4.- Racionalidad lógica científica	36
3.1.4.5.- Satisfacción del usuario y del proveedor	36
3.1.4.6.- Efectividad	36
3.1.4.7.- Eficiencia	36
3.1.4.8.- Optimización	36
3.1.4.9.- Aceptabilidad	36
3.1.4.10.- Legitimidad	36
3.1.4.11.- equidad	36
3.1.5.- Otras dimensiones	37
3.1.5.1.- Percepción de la calidad	37
3.1.5.2.- Flujograma de atención	38
3.1.5.3.- Tiempo de espera	38
3.1.5.4.- Sistema de referencia del paciente	38
3.1.5.5.- Diligenciamiento de la historia clínica	38
3.1.5.6.- Protocolo de manejo clínico terapéutico	38
3.1.6.- El cliente	39
3.1.7.- Historia clínica	39
3.1.8.- Producto	39
3.1.9.- Proceso	39
3.1.10.- Servicio	40
3.1.11.- Proveedor	40
4.- Bases legales	40
5.- Atención al cliente según requisitos de las normas ISO 9001:2000	42
5.1.- Determinación de los requisitos relacionados con el producto	43
5.2.- Revisión de los requisitos relacionados con el producto	43
5.3.- Comunicación con el cliente	44
5.4.- Principios básicos de la gestión de la calidad	44
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO	48
1.- Tipo de investigación	48
2.- Diseño de la investigación	49

3.- Población	50
4.- Unidad de análisis	51
5.- Muestra	51
6.- Técnica e instrumentos de recolección de datos	52
7.- Sistema de variables	53
8.- Técnicas para la formulación del modelo operativo o sistema propuesto	55
CAPITULO IV. MARCO ORGANIZACIONAL	56
1.- Reseña Histórica. Departamento de Ginecología y Obstetricia	56
2.- Servicio de Ginecología. Misión. Visión.	57
3.- Unidad de Patología Cervical. Misión. Visión.	59
4.- Procesos	60
5.- Recursos Humanos y distribución	62
5.1.- Distribución por áreas	63
6.- Recursos materiales	66
6.1.- Infraestructura	66
7.- Registro de cargo	68
7.1.- Medico especialista I	68
7.2.- Medico residente	70
7.3.- Enfermera I atención directa	72
CAPITULO V. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS	73
1.- Identificación de la situación actual	74
2.- Análisis situacional DOFA	83
2.1.- Debilidades	83
2.2.- Amenazas	84
2.3.- Fortalezas	84
2.4.- Oportunidades	84
3.- Determinación de los elementos de un plan de la calidad de acuerdo a la norma ISO 10005: 2005	86
3.1.-Identificación de la necesidad de un plan de la calidad	86
3.2.- Entrada para el plan de la calidad	87
3.3.- Alcance del plan de la calidad	87
3.4.- Preparación del plan de la calidad	88

3.4.1.- Iniciación	88
3.4.2.- Documentación del plan de la calidad	88
3.4.3.- Responsabilidades	89
3.4.4.- Coherencia y compatibilidad	89
3.4.5.- Presentación	89
3.5.- Revisión, aceptación, implementación del plan de la calidad	90
3.5.1.- Revisión y aceptación del plan de la calidad	90
3.5.2.- Implementación del plan de la calidad	90
3.5.3.- Revisión del plan de la calidad	91
3.5.4.- Retroalimentación y mejora	92
CAPITULO VI. LA PROPUESTA	93
1.- Titulo del plan de calidad	93
2.- Generalidades del plan de calidad	93
3.- Alcance del plan de calidad	93
4.- Elementos de entrada del plan de calidad	93
5.- Objetivos de la calidad	94
6.- Responsabilidad de la dirección	95
7.- Control de documentos y datos	95
8.- Control de los registros	96
9.- Recursos	97
10.- Requisitos	98
11.- Comunicación con el usuario	99
12.- Diseño y desarrollo	100
13.- Compras	101
14.- Producción y prestación del servicio	101
15.- Identificación y trazabilidad	103
16.- Propiedad del usuario	104
17.- Preservación del producto	104
18.- Control del producto no conforme	105
19.- Seguimiento y medición	105
20.- Auditoria	107

CAPITULO VII. EVALUACIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	110
1.- Evaluación de los objetivos y resultados de la investigación	110
2.- Conclusiones	111
3.- Recomendaciones	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113

INDICE DE TABLAS

	p.p
Tabla 1. Operacionalización de los Objetivos	20
Tabla 2. Antecedentes de la investigación	24
Tabla 3. Operacionalización de las variables	54
Tabla 4. Identificación situación actual de la Unidad Patología cervical	74
Tabla 5. Tiempo de Espera, Unidad de Patología Cervical	76
Tabla 6. Operacionalización de los indicadores del proceso de atención	82
Tabla 7. Matriz DOFA, Unidad de Patología Cervical	85
Tabla 8. Plan de calidad para la atención y servicio al usuario	108
Tabla 9. Plan de calidad para la atención y servicio al usuario. Cont...	109

INDICE DE FIGURAS

	p.p
Figura 1. Sistema de Gestión de la Calidad	44
Figura 2. Organigrama Funcional	58
Figura 3. Plano de planta tercer piso del hospital	67
Figura 4. Flujograma de atención, Unidad de Patología Cervical	75
Figura 5. Diagrama de Ishikawa	77
Figura 6. Gráfico de Pareto	78
Figura 7. Atención al Usuario, Unidad de Patología Cervical	80
Figura 8. Diagrama Causa Efecto Solución	81

Universidad Católica Andrés Bello
Vicerrectorado Académico
Dirección General de los Estudios de Postgrado
Área de Ciencias Administrativas y de Gestión
Postgrado en Gerencia de Servicios Asistenciales en salud

**TITULO: Plan de calidad para la atención y servicio al usuario de la
Unidad de Patología Cervical del Hospital universitario de Coro
“Dr. Alfredo Van Grieken”.**

Autor: Alejandro José Llovera Camacho
Tutor: Ana Julia Guillén Guedez
Año: 2007

RESUMEN

La siguiente Tesis, enmarcada en una investigación de tipo proyectivo, de nivel descriptivo, con un diseño documental, de campo, no experimental y transeccional; tuvo la finalidad de diseñar un plan de la calidad basado en las normas ISO 9001:2000, Sistemas de Gestión de calidad; directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones de servicio de salud y en la norma ISO 10005:2005; Sistema de Gestión de calidad; directrices para los planes de calidad, y aplicarlo a un caso particular como la Unidad de Patología Cervical del Hospital Universitario de Coro. Se realizó un enfoque en el proceso de atención y servicio, ya que esto permite estandarizar, analizar y organizar las actividades de atención al usuario. Como resultado a lo anterior; esta investigación identificó los elementos para el diseño de un plan de calidad. La metodología aplicada se basó en el modelo de auditoria de procesos desarrollado por Galán para evaluar los servicios de hospitales, la tormenta de ideas, el diagrama de causa efecto de Ishikawa, el diagrama de Pareto para identificar los problemas principales y un análisis situacional utilizando una matriz DOFA. Con esta metodología se define la importancia del plan de calidad, acompañado de la descripción de los procesos a mejorar. Como conclusión se plantea la aplicación de este modelo a otras áreas del hospital y la necesidad de un manual de la calidad.

Palabras Claves: Plan, Calidad, ISO 9001:2000, ISO 10005:2005, Procesos, Atención, Servicios

INTRODUCCION

La calidad en la atención sanitaria, se considera como el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que provee a los beneficiarios, a fin de brindar el mayor número posible de años de vida saludable, a un costo social y económico válido, tanto para el sistema como para sus afiliados (Donabedian,1998). Se define en función de la eficiencia con la cual se utiliza la información y los recursos para la toma de decisiones, sin reducir la calidad de la atención, conducentes a una mejor prestación de servicios.

La calidad de la atención médica es una situación muy compleja que se origina por la interacción de cinco áreas, propuestas por Galán, M y Malagón, L, (Auditoria en Salud, 2003), en el contexto en el cual se presta la atención: Demanda, Oferta, Proceso, Resultados e Impacto (DOPRI). En efecto, el paciente, que resulta de un contexto y de una necesidad de atención médica, recibe los recursos que ofrece el servicio de salud, a través de la atención; de la interacción entre la oferta y los procesos, surgen unos resultados o productos, que se traducen en un impacto.

Los procesos de atención y servicios al usuario dentro de las organizaciones representan uno de los factores claves de éxito en la relación entre el beneficiario y la institución prestadora de servicios de salud, a fin de contar con un conjunto de actividades para el logro de la calidad y a su vez la satisfacción de las necesidades de la persona.

Los usuarios son la razón de ser en toda la cadena de procesos de las organizaciones de servicios. En el proceso de gestión de la atención al usuario se identifican sus entradas, actividades, subprocesos, salidas y responsables.

Todo esto involucra calidad, la cual debe estar presente en cada uno de los procesos de atención y servicio al usuario, a través de planes de calidad, bajo normas como ISO 9001:2000 de sistemas de gestión de la calidad; directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones de servicio de la salud y las normas ISO 10005:2005 sistema de gestión de calidad; directrices para los planes de la calidad.

La unidad de patología cervical del Hospital Universitario de Coro, cuenta con años de experiencia en el tratamiento de las patologías premalignas y el cáncer del cuello uterino. Sin embargo, no es sino en los últimos cinco años que se comenzó a trabajar sobre las normas de la unidad. Es necesario en los momentos actuales realizar una evaluación de los procesos de atención y servicios al usuario para determinar su estado actual y si son factibles de ser mejorados. La importancia de esta propuesta de investigación en el modelo de proyecto factible es la de realizar una descripción de los procesos y proponer el diseño de un plan de la calidad de los procesos, en el marco de las directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones de servicios de salud.

Con tal fin, el presente trabajo se encuentra estructurado de la siguiente manera:

El capítulo I. El problema, describe la situación que enmarca su desarrollo conjuntamente con su interrogante, el objetivo general y específico, justificación y alcance del estudio.

El capítulo II. Marco teórico, se presentan los antecedentes de la investigación, así como también los diferentes conceptos que conforman el basamento teórico de la investigación.

El capítulo III. Marco metodológico, se define la metodología empleada, el tipo y diseño de la investigación y el sistema de variables con sus definiciones conceptuales y operacionales de estas.

El capítulo IV. Marco Organizacional, se describe la institución, una breve reseña histórica, su estructura y los procesos de atención y servicios.

El capítulo V. Presentación y análisis, se presenta el resultado de aplicar métodos de evaluación de la situación actual de los procesos de atención, un análisis situacional y los diagramas, gráficos y tablas que desarrollan la investigación. También se definen los elementos a mejorar en el plan de calidad.

El capítulo VI. La propuesta, se presenta el entregable principal de esta tesis, una propuesta de diseño para un plan de calidad de los procesos de atención y servicio al usuario de la Unidad de Patología Cervical del Hospital

Universitario de Coro, Dr. Alfredo Van Grieken, basado en los lineamientos de las normas ISO 10005:2005.

El capítulo VII. Se finaliza este trabajo de grado con la evaluación de los objetivos de la investigación, las conclusiones y recomendaciones.

La referencia bibliográfica. Señala las fuentes bibliográficas documentales y electrónicas que sirven de base a la investigación.

En la primera fase del estudio, inicialmente se desarrollará un diagnóstico de la situación existente en la realidad objeto de estudio y determinar las debilidades del servicio. En la segunda fase del proyecto y atendiendo a los resultados del diagnóstico, se formulará el modelo operativo propuesto, analizando su factibilidad, conclusiones y recomendaciones sin realizar la ejecución de la propuesta. “Los trabajos de grado de especialización... en la modalidad de proyectos factibles pueden llegar hasta la etapa de las conclusiones sobre su viabilidad” (Universidad Pedagógica Experimental Libertador, UPEL, 2006)

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Una de las características principales para el establecimiento de un sistema de gestión de la calidad no es sólo una mayor eficiencia de producto de una mayor productividad y racionalización en los gastos sino que también ha de incidir en la mejora en la calidad de los servicios a fin de atraer y retener un número creciente de usuarios satisfechos.

Para mejorar la calidad de los servicios se requiere de la aplicación de técnicas y metodologías que permitan en una forma sistemática identificar las debilidades y las fortalezas y construir un mejoramiento permanente y progresivo, identificando y reduciendo los costos de la no calidad. Pero ante todo se requiere de la decisión política para hacerlo y del recurso humano capacitado para ello. (Álvarez, F., 2003)

La Unidad de Patología Cervical del Hospital Universitario de Coro, forma parte del Servicio de Ginecología del Departamento de Gineco Obstetricia. El equipo de salud del Servicio de Ginecología es el responsable de realizar la normas de los procesos que se desarrollan en la atención y servicio al cliente. La misma es liderizada por su coordinador médico quien tiene experiencia oncológica en patología cervico-uterina. También se cuenta con la participación de la coordinación de enfermería, la coordinación de postgrado de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, el Servicio de Registro Médico, la trabajadora social y el personal obrero.

En la actualidad con el ingreso de otros médicos especialistas y de enfermería se hace necesario evaluar la situación actual de los procesos de atención y servicio al usuario, buscando mejorar la calidad del servicio el cual impacta en el resultado final que es la satisfacción del cliente.

Con tal fin se plantea el diseño de un plan de la calidad de los procesos de atención y servicios al usuario de la Unidad de Patología Cervical del Hospital Universitario de Coro. La misma implica una primera fase de diagnóstico o análisis situacional de la realidad actual de la unidad de patología cervical y una segunda fase de presentación de una propuesta. (Finol M, 2006)

2.- JUSTIFICACION E IMPORTANCIA.

No es posible mejorar el desempeño de las instituciones si no son evaluadas, es necesario definir con precisión los atributos y los medidores de calidad de los servicios que se proporcionan al usuario.

Se debe buscar que la prestación de los servicios públicos sea cada día de mejor calidad y este trabajo puede ser la base para futuras investigaciones.

Actualmente las instituciones públicas y privadas deben orientarse a los sistemas de gestión de la calidad. Los usuarios son la razón de ser de todo proceso de servicio y la calidad debe ser su objetivo. Basados en esta orientación se plantea un mejoramiento continuo de las organizaciones prestadoras de servicios de salud.

La ventaja de visualizar las actividades de una organización como una serie de procesos es la facilidad con la que se puede estandarizar, analizar y organizar. Un proceso es la secuencia, ordenada y organizada, de una serie de actividades que, partiendo de una entrada da como resultado un producto o salida. Los estándares son acuerdos documentados que contienen especificaciones técnicas utilizadas como reglas o guías para asegurar que los procesos, productos o servicios sirvan a su propósito. (Álvarez, F., 2003)

Hay una gran presión a nivel mundial por volver la certificación ISO 9000 un requisito en el sector de la salud; de hecho, existe ya una guía para la mejora de los procesos en entidades prestadoras de servicios de salud (IWA 1, "internacional Workshop Agreement") publicado por ISO en septiembre de 2001, disponible en el informe COVENIN de Fondonorma que esboza la

manera como estas entidades pueden implementar un sistema de gestión de calidad.

El Hospital Universitario de Coro Dr. Alfredo Van Grieken, no escapa de esta situación. El país plantea a las universidades que orienten sus investigaciones hacia aquellas áreas que produzcan un impacto positivo sobre la sociedad, orientando al mejoramiento continuo de los procesos, en la búsqueda de la calidad. Esto lleva a la satisfacción del usuario y mejora los indicadores de morbilidad y mortalidad del país.

3.- DELIMITACION Y FACTIBILIDAD.

El estudio se propone realizar un diagnóstico de la situación actual de los procesos de atención y servicios al usuario en la unidad de patología cervical del Hospital Universitario de Coro y diseñar un plan de la calidad del mismo, sin llegar a la ejecución del proyecto factible, es decir, llegar hasta la etapa de conclusiones sobre su viabilidad. La ejecución depende de la institución y no del investigador. Malagón, G., Galán, R., Pontón, G. refieren que “Implementar un sistema de gestión de la calidad en una organización prestadora de servicios de salud demanda tiempo y dedicación, sobre todo un gran compromiso de la gerencia. Expertos asesores recomiendan entre 12 y 18 meses para su implementación. En todo caso es recomendable que la organización que decida iniciar este camino debe asesorarse, capacitarse y tener mucha paciencia.” (Garantía de calidad en salud, pp 641)

Se dispone de accesibilidad a la población en estudio ya que el investigador forma parte integral del Departamento de Ginecología y Obstetricia y específicamente del Servicio de Ginecología del cual forma parte la Unidad de Patología Cervical. Esto permite la observación directa del proceso de atención y servicio al usuario que consulta la unidad de patología cervical. Se cuenta con un soporte teórico y bibliográfico del tema calidad de servicio. Los recursos financieros para el desarrollo de la tesis son aportados por el investigador. Se cuenta con el permiso del Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, el jefe del Servicio y el Director del Hospital. También

se dispone de acceso a las historias clínicas de las pacientes, para evaluar los procesos de servicio y atención.

4.- OBJETIVO GENERAL

Diseñar un plan de la calidad para el proceso de atención y servicio al usuario en la Unidad de Patología Cervical del Hospital Universitario de Coro Dr. Alfredo Van Grieken.

4.1.- Objetivos Específicos.

- Describir los procesos actuales de atención y servicio al usuario de la unidad de patología cervical.
- Identificar la situación actual a intervenir del proceso de atención y servicio al usuario de la unidad de patología cervical.
- Diseñar un plan de calidad de acuerdo con los elementos de la norma ISO 9001:2002 (IWA 1:2002 ES)

Tabla 1. Operacionalización de los Objetivos

<p>Objetivo General: Diseñar un plan de la calidad para el proceso de atención y servicio al usuario en la Unidad de Patología Cervical del Hospital Universitario de Coro Dr. Alfredo Van Grieken.</p>		
Objetivos específicos	Indicadores	Medios
<p>Describir los procesos actuales de atención y servicio al usuario de la unidad de patología cervical.</p>	<p>Normas de procesos de la unidad de patología cervical</p>	<p>Observación, Estudio documental</p>
<p>Identificar la situación actual a intervenir del proceso de atención y servicio al usuario de la unidad de patología cervical</p>	<p>Flujograma de atención Tiempo de espera Sistema de referencia de pacientes Diligenciamiento de la historia clínica Protocolo de manejo clínico terapéutico</p>	<p>Observación, Estudio documental</p>
<p>Diseñar un plan de la calidad de acuerdo con los elementos de la norma ISO 9001:2002</p>	<p>Elementos de la calidad Normas ISO 9001:2002 Normas ISO 10005:2005</p>	<p>Observación, Estudio documental</p>

Fuente: Elaborado por Alejandro Llovera, Octubre 2007

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

MARCO REFERENCIAL

1.- Antecedentes de la investigación.

Los antecedentes están representados por todo aquel conjunto de investigaciones previas relacionadas con el tema en estudio, donde el investigador se apoya para complementar o sustentar su investigación.

Dentro de los antecedentes de manera global al problema de la investigación se tiene la carta de Ottawa para la promoción de la salud, redactada y aprobada en la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud, que se celebró en 1986. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 80% de los problemas de la salud no requiere atención médica compleja, porque la mayoría de la población padece de dolencias o epidemias básicas para ser observadas con un nivel de atención primario, con tendencia a la asistencia ambulatoria con características de equidad y calidad del servicio de la salud, se presenta un planteamiento donde la prestación de los servicios de salud cambia; porque antes la idea estaba limitada en la cura de enfermedades y el mejor sitio para esta acción era el hospital, después se comienza a ser énfasis en la atención primaria completa de salud.

En América Latina, a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se toma esta estrategia, y así en nuestro país se hace a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

Entre los antecedentes se presentan a continuación las investigaciones vinculadas con la investigación, desarrolladas por tesistas de la Universidad Católica Andrés Bello, consultada hasta la fecha:

1.- Guiseppe (2007), en su trabajo especial de grado de especialista en gerencia de proyectos titulada: Plan de calidad para el subproyecto obras preliminares de la central termoeléctrica de CVG Edelca, en Cumana. Tuvo

como objetivo el diseño de un plan de la calidad atendiendo a las normas de calidad de la organización y de los organismos internacionales. El diseño de la investigación utilizado por el autor fue proyectivo, con un alcance descriptivo y un enfoque de campo, bibliográfico, no experimental y transeccional. El autor resalta la importancia del plan de la calidad desarrollado ya que podrá ser aplicado y verificado, sirviendo de guía para asegurar la calidad del proyecto en cuestión.

2.- Rivas (2005), en su trabajo especial de grado de especialista en gerencia de proyectos titulado: Diseño de un plan de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2002 para la empresa HTS Proyectos CA. El autor considera que con la futura implementación del plan de la calidad, la gestión de la empresa será elemento fundamental en las actividades que práctica favoreciendo la continuidad del negocio y la satisfacción de sus clientes. El diseño de la investigación es proyectivo, descriptivo.

3.- Salamanca (2002), en su trabajo especial de grado de especialista en instituciones financieras, mención finanzas internacionales, titulado: Desarrollo de un sistema de gestión de la calidad aplicado en el área de atención al cliente del Banco Mercantil. La metodología empleada fue de tipo documental, basada en la recopilación y análisis de diferentes fuentes de información de datos, históricos, bibliográficos.

4.- Zambrano (2006), en su trabajo especial de grado de especialista en gerencia de proyectos, titulado: Evaluación del grado de satisfacción de los estudiantes y profesores de los estudios de postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello, sede Montalbán, con los servicios prestado por la unidad administrativa de los estudios de postgrado. El tipo de investigación que se utilizó fue evaluativo y de nivel descriptivo.

5.- Pérez (2007), en su trabajo especial de grado de especialista en gerencia de proyectos, titulado: Plan de la calidad para el proceso de atención y servicio al cliente, caso Kentron Sistemas de Información C.A. El diseño de su investigación es proyectiva, con un enfoque descriptivo, no experimental, de campo, transeccional. El autor aplica un diseño de plan de la calidad de acuerdo a la norma ISO 10005:2005 y que el enfoque de procesos de atención y servicios al cliente proporcionan a la organización ventajas competitivas,

tanto en atención, resolución y satisfacción del cliente, sino que permite a la organización centralizar dicho proceso, determinando claramente sus responsables.

6.- Ambrosetti (2007), en su trabajo especial de grado en gerencia de proyectos, titulado: Diseño de un plan de la calidad para la instalación de establecimientos de salud ambulatoria- nivel de atención II. La autora establece los diferentes niveles de atención y diseña un plan de la calidad para los proyecto de edificaciones de establecimiento de salud.

Para la presente investigación esta tesis fue de gran utilidad, por estar orientada en el área de salud y sirvió como modelo en la formulación y conformación del plan de la calidad.

7.- Galvis (2006), en su trabajo especial de grado especialista en gerencia de servicios asistenciales de salud, titulado: Calidad de atención de salud percibida por el usuario del área de consulta de medicina familiar del ambulatorio urbano tipo II, Mérida. La autora plantea que el modelo tradicional se enfrenta a un elevado costo, disminución de la accesibilidad y creciente población que demanda cada vez más atención y que la escasez de personal atenta contra la calidad de la atención en salud.

8.- Figueroa (2006), en su trabajo especial de grado de especialista en gerencia de servicios de salud, titulada: Calidad de atención a los pacientes externos del laboratorio de emergencia del Hospital Vargas de Caracas. El diseños de investigación fue evaluativo de tipo descriptivo, se usó la observación, un diagnóstico situacional y se diseña una encuesta de opinión para determinar las expectativa del paciente con una escala de Likert. Se evalúa el proceso de atención.

Otras investigaciones consultadas para el presente trabajo, ubicada on line:

9.- Lizarzabel, Añez, Romero (2004). La satisfacción del usuario como indicador de calidad en el servicio de gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo. Es un estudio tipo descriptivo, exploratorio donde se evalúa la satisfacción y los autores consideran que la calidad se puede evaluar al final al medir el impacto de la calidad asistencial.

Tabla 2. Antecedentes de la investigación

AUTOR	TITULO	TIPO	CONCLUSIONES
Giuseppe, M	Plan de la calidad para el subproyecto obras preliminares de la central termoeléctrica Edelca, en Cumana.	Proyectivo, descriptivo, documental, experimental transeccional no y	El autor resalta la importancia del plan de la calidad ya que podría ser aplicable y verificable
Rivas, C	Plan de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9000:2002 para la empresa HTS Proyectos C.A.	Proyectivo, descriptivo	El autor considera que la aplicación de las normas mencionada la empresa tendría mayor probabilidad de mantener a los clientes y aumentar su participación en el mercado.
Salamanca, J	Desarrollo de un sistema de gestión de la calidad aplicado al área de atención al cliente del Banco Mercantil	No experimental, documental	El autor establece que mantener elevados niveles de eficiencia operativa es condición necesaria para alcanzar una posición competitiva en el mercado.
Zambrano, Z	Evaluación del grado de satisfacción de los estudiantes y profesores con respecto a la calidad de servicio ofrecido por la unidad administrativa de los estudios de postgrado de la UCAB.	Evaluativo, descriptiva, transeccional	La evaluación obtuvo que existen procesos realizados en momentos críticos, la atención al cliente no es la adecuada, ni se cumple con el tiempo de respuesta.
Dra. Maribel Lizarzabal García, Marianela Añez y Gisela Romero	La satisfacción del usuario como indicador de Calidad en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo.	Descriptivo Exploratorio	Los usuarios estaban satisfechos con la calidad de la atención recibida y a través de estos instrumentos se puede monitorizar la calidad en el Servicio Médico
Galvis, J	Calidad de Atención de Salud percibida por el usuario del área de consulta de medicina de Familia del ambulatorio urbano tipo III, Venezuela, Merida, 2005	Descriptivo Transeccional	Los usuarios estaban satisfechos con la atención recibida. La misma fue reportada entre buena y excelente.
Ambrosetti, A	Diseño de un plan de la calidad para la instalación de establecimientos de salud ambulatoria- nivel de atención II	Proyectivo, descriptivo, documental	La autora establece los diferentes niveles de atención y diseña un plan de la calidad para los proyectos de edificaciones de establecimientos de salud
Pérez, D	Plan de la calidad para el proceso de atención y servicio al cliente, caso Kentron Sistemas de Información C.A	Proyectivo, descriptivo, de campo, transeccional	Enfoque de acuerdo a las normas ISO 10005:2005 y a los procesos de atención y servicios al cliente como ventaja competitiva
Figueroa, V	Calidad de atención a los pacientes externos del laboratorio de emergencia del Hospital Vargas de Caracas	Descriptivo	Evalúa el proceso de atención a través de la satisfacción del usuario

Fuente: El autor, Octubre 2007

2.- Antecedentes de la calidad.

En la historia de la humanidad está directamente ligada con la calidad desde los tiempos más remotos, el hombre al construir sus armas, elaborar sus alimentos y fabricar su vestido observa las características del producto y enseguida procura mejorarlo.

La práctica de la verificación de la calidad se remonta a épocas anteriores al nacimiento de Cristo. En el año 2150 A.C., la calidad en la construcción de casas estaba regida por el Código de Hammurabi, cuya regla # 229 establecía que “si un constructor construye una casa y no lo hace con buena resistencia y la casa se derrumba y mata a los ocupantes, el constructor debe ser ejecutado”.

En los vestigios de las antiguas culturas también se hace presente la calidad, un ejemplo de ello son las pirámides Egipcias, los frisos de los templos griegos, etc.

Sin embargo, la Calidad Total, como concepto, tuvo su origen en Japón donde ahora es una especie de religión que todos quieren practicar.

Durante la edad media surgen mercados con base en el prestigio de la calidad de los productos, se popularizó la costumbre de ponerles marca y con esta práctica se desarrolló el interés de mantener una buena reputación (las sedas de damasco, la porcelana china, etc.) Dado lo artesanal del proceso, la inspección del producto terminado es responsabilidad del productor que es el mismo artesano.

En la era de la revolución industrial, trajo consigo el sistema de fábricas para el trabajo en serie y la especialización del trabajo. Como consecuencia de la alta demanda aparejada con el espíritu de mejorar la calidad de los procesos, la función de inspección llega a formar parte vital del proceso productivo y es realizada por el mismo operario (el objeto de la inspección simplemente señalaba los productos que no se ajustaban a los estándares deseados).

A fines del siglo XIX y durante las tres primeras décadas del siglo XX el objetivo es la producción, el hombre siempre ha buscado calidad en los servicios ó en los productos de manera que satisfagan sus necesidades. Con las aportaciones de Taylor la función de inspección se separa de la producción;

los productos se caracterizan por sus partes o componentes intercambiables, el mercado se vuelve más exigente y todo converge a producir, siendo la medición de la actividad de los operarios dando las bases para mejorar estándares de operación.

El control de la calidad se practica desde hace muchos años en Estados Unidos y en otros países, pero los japoneses, enfrentados a la falta de recursos naturales y dependientes en alta grado de sus exportaciones para obtener divisas que les permitieran comprar en el exterior lo que no podían producir internamente, se dieron cuenta de que para sobrevivir en un mundo cada vez más agresivo comercialmente, tenían que producir y vender mejores productos que sus competidores internacionales como Estados Unidos, Inglaterra, Francia y Alemania. (Álvarez, F., 2003)

Lo anterior los llevó a perfeccionar el concepto de calidad. Para ellos debería haber calidad desde el diseño hasta la entrega del producto al consumidor, pasando por todas las acciones, no sólo las que incluyen el proceso de manufactura del producto, sino también las actividades administrativas y comerciales, en especial las que tienen que ver con el ciclo de atención al cliente incluyendo todo servicio posterior.

2.1.- Teorías de la calidad.

La palabra calidad designa el conjunto de atributos o propiedades de un objeto que nos permite emitir un juicio de valor acerca de él; en este sentido se habla de la nula, poca, buena o excelente calidad de un objeto.

Cuando se dice que algo tiene calidad, se designa un juicio positivo con respecto a las características del objeto, el significado del vocablo calidad en este caso pasa a ser equivalente al significado de los términos excelencia, perfección.

Existen diferentes definiciones de calidad, el uso de cada una depende del área en que se está trabajando. Anteriormente se creía que la calidad era demasiado costosa y por eso influía en las ganancias producidas por la

empresa. Ahora se sabe que el buscar la calidad resulta en una baja en los costos de las empresas y una mayor ganancia. Se ha discutido mucho la definición de calidad, pero los pensadores que más han sobresalido en el tema son los siguientes:

2.1.1.- EDWARD DEMING.

Define a la calidad como tangible, medible y es la clave para la competitividad ya que incide directamente en el aumento de productividad y reducción de costo.

La filosofía de Deming se caracteriza por los siguientes aspectos: La calidad aumenta y por lo tanto bajan los costos y los ahorros se le pueden pasar al consumidor.

- 1.- Debe iniciarse en la alta dirección.
- 2.- Todo el personal de la organización debe participar.
- 3.- Esta basado en un proceso continuo de mejoras.
- 4.- Es de bases científicas.
- 5.- Tiene por objeto servir siempre mejor al cliente.

Su metodología contempla la investigación del consumidor por medio de encuestas periódicas y evaluación de cambios de mercado. Presentando el Ciclo Deming (PECA).

Presenta catorce puntos para transformar una empresa:

1. Ser consistentes.
2. Adoptar una filosofía.
3. Incorporar la calidad desde la primera operación.
4. Reducir el costo.
5. Capacitación.
6. Liderazgo.

7. Elimine el temor y la incertidumbre.
 8. Crear grupos de trabajo.
 9. Elimine objetivos numéricos.
 10. Elimine cuotas de trabajo.
 11. Elimine la administración por objetivos.
 12. Promover la responsabilidad en el trabajador y los directivos.
 13. Elaborar un programa de auto desarrolló.
 14. Mejorar la empresa mediante la integración y mejora continua.
- (Palacios J, 2006)

2.1.2.- JOSEPH M JURAN.

Define a la calidad como un servidor para planificar la calidad y las estrategias empresariales.

Se entiende su filosofía como la ausencia de deficiencias que pueden presentarse como: retraso en las entregas, fallas durante los servicios, facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas. CALIDAD ES ADECUARSE AL USO.

En la metodología de Juran se presenta la siguiente Trilogía:

1. Planeación de la calidad.
2. Control de la calidad.
3. Mejoramiento de la calidad.

Los tres procesos se relacionan entre sí, todo comienza con la planificación de la calidad. El objeto de planificar es suministrar a las fuerzas operativas los medios para obtener productos que puedan satisfacer las necesidades de los clientes. (Palacios J, 2006)

2.1.3.- KAORU ISHIKAWA.

Define a la calidad que debe observarse y lograrse no solo a nivel del producto sino también en el área de ventas, en la calidad de administración, en la compañía en si y la vida personal.

La Calidad Total es cuando se logra un producto es económico, útil y satisfactorio para el consumidor.

Presenta en su filosofía los siguientes puntos:

1. La calidad empieza y termina con educación.
2. El primer paso en calidad es conocer las necesidades de los clientes.
3. El estado ideal del Control de Calidad es cuando la inspección ya no es necesaria.
4. Es necesario remover las raíces y no los síntomas de los problemas.
5. El control de calidad es responsabilidad de toda organización.
6. No se debe confundir los medios con los objetivos.
7. Se debe poner en primer lugar la calidad, los beneficios financieros vendrán como consecuencia.
8. La mercadotecnia es la entrada y éxito de la calidad.
9. La alta Administración no debe mostrar resentimientos cuando los hechos son presentados por sus subordinados.

Su metodología introduce el concepto de Círculos de Calidad, fue originador del Diagrama de Análisis de Causa-efecto, que se utiliza como herramienta para resolución de problemas.

Las Técnicas Estadísticas que realizó son las siguientes:

1. Técnicas Estadísticas Elementales.
 - ANÁLISIS DE PARETO.
 - DIAGRAMA CAUSA –EFECTO.
2. Método Estadístico intermedio.

3. Métodos Estadísticos Avanzados (con computadora).

Presenta afinidades con otros autores en su teoría como Deming y Juran. (Palacios J, 2006)

2.1.4.- PHILIP B. CROSBY.

Define a la calidad como un servicio que es gratis. Sus costos solo están relacionados con los diversos obstáculos que impiden que los operarios obtengan desde la primera vez.

Su filosofía consiste en cero defectos, y los niveles aceptables de calidad deben prohibirse pues comprometen el objetivo de cero defectos.

En su metodología presenta el Programa para la mejora de calidad:

1. Compromiso de la dirección.
2. Equipo para la mejora de la calidad.
3. Medición de nivel de calidad.
4. Evaluación del costo de la calidad.
5. Conciencia de la calidad.
6. Sistema de acciones correctivas.
7. Establecer comité del Programa Cero Defectos.
8. Entrenamiento En supervisión.
9. Establecer el día "Cero defectos".
10. Fijar metas.
11. Remover causas de errores.
12. Dar reconocimiento.
13. Formar consejos de calidad.
14. Repetir todo de nuevo.

(Palacios J, 2006)

2.1.5.- AVEDIS DONABEDIAN.

Avedís Donabedian expone un modelo de calidad que unifica componentes técnicos e interpersonales de la calidad y sus consecuencias en el sector público y privado de acuerdo a enfoques económicos y programas políticos.

Define que la calidad es una propiedad que la atención médica – odontológica posee en grados variables, abarca tres puntos básicos para definirla: Relación entre la evaluación de la calidad y la evaluación de los programas dentro de sus componentes técnicos e interpersonales. Conceptos de accesibilidad, continuidad y coordinación con sus implicaciones en el contenido, cantidad y costos de la atención, para lograr la satisfacción de los pacientes y los profesionales.

Evaluar la calidad de la atención médica es un juicio difícil de medir; hay una tendencia a evaluar la atención médica en un paquete de atributos mal definidos que se usan para definir calidad, percibiéndose de diferentes maneras en base a:

- Atributo único.
- Atributos funcionalmente relacionados.
- Combinación heterogénea de atributos.

Permitiendo que los juicios sobre la calidad no se hagan sobre la atención médica en sí, sino directamente sobre las personas que la proporcionan y los sistemas donde se imparten.

El tratamiento que proporciona un médico o cualquier otro profesional de la salud en un episodio de la enfermedad claramente definido a un paciente durante la atención.

Se inicia con el tratamiento que da el médico al paciente dividiéndose en dos tipos de tratamiento: el técnico y el interpersonal. La aplicación técnica de la ciencia y la tecnología de la medicina y de otras ciencias en el manejo de un problema personal de salud (ciencia de la medicina) y la interpersonal que es la

interacción social entre el cliente y el facultativo (arte de la medicina). El otro elemento son las amenidades incorporadas a la propia atención.

Al analizar el tratamiento técnico de la enfermedad así como, el trato interpersonal de alguna manera pueden ser divididos como ciencia o arte. Para Donabedian son considerados como una representación imperfecta dentro de la atención médica, sin embargo, están relacionados íntimamente: el aplicar un tratamiento técnico a una enfermedad implica tanto ciencia como arte, así también, la relación interpersonal influye de manera importante en el éxito del tratamiento técnico. El término amenidades engloba características de los aspectos íntimos de los lugares donde se presta la atención, siendo descritos en forma abstracta por el paciente y los percibe como componentes de la atención médica ya sea de la práctica privada o de la organización donde se impartan.

Las amenidades son aquellos aspectos íntimos de la atención que el paciente concibe como signos de bondad que hacen que el paciente mida el nivel de calidad por la relación interpersonal y el grado de apego a sus valores, normas, expectativas y aspiraciones, sin considerar en mucho que, la calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología de tal manera que rinda el máximo de beneficios para su salud sin aumentar sus riesgos. En este proceso el éxito o fracaso va depender por los signos de comodidad, privacidad, cortesía y aceptabilidad por el paciente.

Tanto el paciente como el profesional responsable de la atención deben unificar un concepto en el que la aplicación de la ciencia y tecnología médica, la relación interpersonal y las “amenidades” rindan el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. En la medida en que la atención médica odontológica prestada sea capaz de alcanzar el equilibrio que proporcione al paciente el máximo y más completo bienestar.

Debemos preguntarnos si la atención médica odontológica tiene alguna medida y qué juicios se consideran para recibirse, así como si esas cantidades de calidad son suficientes para aportar salud y bienestar al paciente:

- No recibir atención en casos en que debiera recibirse, es evidente que denota falla en la calidad de la atención y en el paciente al aceptarlo.

- La atención recibida por un periodo largo de tiempo, falla en algún momento o es insuficiente denota deficiencia de la calidad.

- La calidad innecesaria o excesiva no contribuye al bienestar del paciente y puede ser perjudicial. El paciente al gastar tiempo y dinero en una atención médica no beneficiosa le queda menos para emplear en otras cosas que le son valiosas. Desde un punto de vista social la atención excesiva a un grupo desprotege a otro que lo necesite más, esto es juzgado por Donabedian como descuido, falta de juicio o ignorancia por parte del profesional aún cuando sea considerada como no dañina por no aportar riesgos en la salud, pero tampoco aporta beneficios, mermando el bienestar individual y social mediante el uso inadecuado de recursos.

La calidad y su costo están relacionados: la calidad cuesta dinero y es cara, el costo que implica el equipamiento técnico de un hospital y su demás infraestructura, sueldos de enfermeras y demás personal, y las amenidades para operar con eficiencia hace que los costos crezcan, por lo que la atención es excesiva y dañina, resulta cara y de peor calidad. Si desaprovecha sus recursos es ineficaz y cara.

Tanto la atención innecesaria e inofensiva y la atención ineficiente, dan lugar a pérdida en los beneficios individuales y sociales porque desaprovechan sus recursos disponibles.

El incluir los costos en la definición de calidad es hacer un balance entre los beneficios y pérdidas esperadas en la calidad técnica.

- La calidad cuesta dinero, pero si se suprimen servicios inútiles y se producen servicios más eficientes es posible obtener una calidad más alta por el dinero que se gasta en atención, bien, lograr la misma calidad a un menor costo. (Donabedian, 1990).

3.- MARCO CONCEPTUAL

3.1.- Bases teóricas.

Las bases teóricas representan el conjunto de información técnica que permite al investigador soportar el estudio con el fin de lograr los objetivos esperados dentro de un ámbito conceptual ampliamente documentado que sirva a una aplicación específica, en función de la investigación.

Es un hecho reconocido que toda institución prestadora de servicios de salud debe evaluar regularmente la calidad de la atención.

Basados en el modelo DOPRI desarrollado por Galán (2003), que en forma objetiva y práctica permite evaluar la calidad de la atención en distintas instituciones de salud, realizando las adaptaciones requeridas de acuerdo a sus propias características;(Malagón, G., Galán, R., Pontón, G., 2003) se realizará una propuesta de investigación.

Para evaluar la calidad de la atención es necesario conocer los distintos enfoques que se tienen para DEFINIR ESTA PROPIEDAD. En la conceptualización de la situación se han identificado tres enfoques, a saber: el técnico-científico, el lógico y el óptimo de la calidad. El primero se refiere al contenido del saber médico y a la tecnología médica disponible. Corresponde a la oferta de lo mejor para el paciente, en términos del saber médico y la tecnología. En el segundo, la calidad se define en función de la eficiencia con la cual se utiliza la información para la toma de decisiones. El enfoque óptimo es la respuesta a distintas alternativas, por ejemplo, prioridad entre la prevención y la curación entre programas ambulatorios y hospitalarios, atención con personal profesional o auxiliar. En este enfoque, la calidad de los servicios se refiere al logro de los objetivos de los mismos con el menor costo posible.

3.1.1.- Calidad

La calidad depende de un juicio que realiza el usuario, este puede ser un juicio del producto o del servicio, según las características de su uso. (Álvarez, F., 2003)

3.1.2.- Calidad de la atención

Calidad de la atención es el conjunto de características técnicas-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados (Malagón, G., Galán, R., Pontón, G., 2000)

3.1.3.- Calidad de los servicios

La calidad de los servicios de salud es el desempeño apropiado de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad y la morbilidad (Malagón, G., Galán, R., Pontón, G., 2006)

3.1.4.- Atributos de la calidad de la atención

Sobre el tema se han identificado las siguientes cualidades:

3.1.4.1.- Oportunidad

Corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

3.1.4.2.- Continuidad

Se refiere a la aplicación, en secuencias lógicas, de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.

3.1.4.3.- Suficiencia e integridad

Provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación.

3.1.4.4.-Racionalidad lógica-científica

Utilización del saber médico y la tecnología disponible para atender los problemas de salud, aplicando los criterios de los enfoques lógicos y óptimos mencionados.

3.1.4.5.- Satisfacción del usuario y del proveedor

Complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Así mismo, la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeñan.

3.1.4.6.- Efectividad

Es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible

3.1.4.7.- Eficiencia

Es la capacidad de reducir al máximo los costos de la atención sin reducir significativamente el grado de mejoramiento de la salud

3.1.4.8.- Optimización

Es el balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud

3.1.4.9.- Aceptabilidad

Es la conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares. Incluye aspectos relativos a la accesibilidad, relación medico-paciente, amabilidad y conformidad con los efectos y los costos del tratamiento.

3.1.4.10.- Legitimidad

Es la conformidad con los principios éticos, valores, normas, regulaciones y leyes que rigen la comunidad.

3.1.4.11.- Equidad

Es la conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre todos los miembros de la población.

3.1.5.- OTRAS DIMENSIONES

Pereira, 2001, citado por Gabaldon, 2003, una de las dimensiones más importantes es la accesibilidad a los servicios de salud:

Accesibilidad geográfica: localización, disponibilidad de transporte, tiempo de viaje y condiciones de vías de acceso, área de influencia.

Accesibilidad económica: atenta contra la calidad de servicio por el incremento de la pobreza crítica.

Accesibilidad organizacional: organización de las actividades que ofrecen los servicios de salud. Horario de atención, tiempo de espera, recursos humanos disponibles.

Accesibilidad lingüística: comunicación, lenguaje.

Accesibilidad física: capacidad física y funcional de la institución de salud.

(Galvis, Y., 2006).

3.1.5.1.- Percepción de la calidad en salud

El acto médico debe tener calidad técnica y humana: respeto, ética, solidaridad, equidad, trato confiable, puntualidad, explicación de su padecimiento, conocimiento, tecnología, destreza y habilidad. Estas cualidades son percibidas por el cliente quien recibe la prestación del servicio. El usuario emite un juicio de valores que puede ser favorable o desfavorable, de acuerdo a si satisface sus expectativas o no.

De acuerdo a las áreas del modelo DOPRI, se disponen de diferentes planillas de evaluación de: Demanda, Oferta, Procesos, Resultados e Impacto. Como el objetivo principal es diseñar un plan de la calidad para el proceso de atención y servicio al cliente en la unidad de patología cervical se considero pertinente utilizar las plantillas de evaluación de procesos. Las plantillas se han diseñado con indicadores que aplican fundamentalmente a la evaluación de la calidad de la atención en hospitales; sin embargo, con las adaptaciones pertinentes se pueden aplicar a cualquier entidad o institución prestadora de

servicios de salud. ((Malagón, G., Galán, R., Pontón, G., 2003). A continuación se definen cada uno de los indicadores a evaluar:

3.1.5.2.- Flujograma de atención

Los flujogramas corresponden a la esquematización de los distintos pasos que deben cumplir los usuarios para obtener los servicios médicos de la institución.

3.1.5.3.- Tiempo de espera

Se definen como el tiempo transcurrido entre la llegada y la salida de cada uno de los pasos del respectivo flujograma.

3.1.5.4.- Sistema de referencia del paciente

El sistema de referencia de los pacientes es el procedimiento técnico-administrativo que permite el tránsito ordenado de los pacientes por los distintos niveles de atención, de acuerdo con la naturaleza y severidad de la patología.

3.1.5.5.- Diligenciamiento de la historia clínica

La historia clínica constituye uno de los instrumentos más importantes para evaluar la calidad de la atención. Se la utiliza para analizar su diligenciamiento y el cumplimiento de los protocolos de manejo clínico terapéutico.

3.1.5.6.- Protocolo de manejo clínico terapéutico

Corresponden a las guías para el manejo de los pacientes desde el punto de vista clínico y terapéutico.

3.1.6.- El cliente

Organización, persona o población que recibe un producto o servicio (ISO 9000:2000). El término cliente incluye el término más específico de paciente, es decir, una persona bajo tratamiento médico. En el presente trabajo se utilizan como sinónimo los términos usuario, paciente, cliente. El cliente puede ser externo o interno a la organización. El cliente externo se denomina proveedor.

3.1.7.- Historia clínica

Documentación que contiene la información de la salud relevante referida a una persona o un grupo de personas que recibe servicios de la salud. Generalmente incluye la documentación siguiente: evaluación y valoración inicial, consentimiento informado, plan de asistencia, exploraciones complementarias y pruebas diagnósticas, tratamiento, informe de alta incluyendo el programa domiciliario y recomendaciones a seguir. (Norma ISO 9000:2000)

3.1.8.- Producto

Resultado de un proceso. Hay cuatro categorías genéricas del producto: Servicios; software; hardware; materiales procesados. (Normas ISO 9000:2000)

3.1.9.- Proceso

Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. En el servicio de la salud, los procesos asistenciales dan lugar a consecuencias y resultados relacionados con la atención del cliente/paciente. (Normas ISO 9000:2000)

3.1.10.- Servicio

Producto generalmente intangible que es el resultado de al menos una actividad desarrollada durante la relación entre el proveedor y el cliente. (Normas ISO 9000:2000)

3.1.11.- Proveedor

Persona u organización que proporciona al cliente: asistencia; servicio; formación; investigación; otros productos específicos para el cliente. (Normas ISO 9000:2000)

4.- Bases Legales

El sistema de calidad de la organización, del ministerio del poder popular para la salud (MPPS), esta basado en la Ley Orgánica de Salud, publicado en Gaceta Oficial número 36.579, el 11 de noviembre de 1998. En su título I, en el articulado número 1, establece que “Esta Ley regirá todo lo relacionado con la salud en el territorio de la república.”

Según la presente Ley Orgánica de Salud, en sus disposiciones preliminares, en su articulado número 3, establece los principios que regirán la salud, uno de los cuales es:

“Principio de Calidad: En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales.”

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, publicada en Gaceta Oficial número 36.860, del 30 de diciembre de 1999, en su artículo 84 también hace mención a la calidad: “El sistema público de salud dará prioridad a la

promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad.”

La Ley Orgánica del Sistema Venezolano para la Calidad, publicado en Gaceta Oficial número 37.555, del 23 de octubre de 2002, también sirve de base legal al sistema de calidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

En su artículo 1, define el objetivo de esta ley que es, desarrollar los principios orientadores que en materia de calidad consagra la constitución de la república bolivariana de Venezuela, determinar sus bases políticas y establecer los mecanismos para los subsistemas de normalización, metrología, acreditación, certificación, reglamentaciones técnicas y ensayos.

El artículo 17citó: “Se entiende por sistema Venezolano para la calidad al conjunto de principios, normas, procedimientos, subsistemas y entidades que interactúan y cooperan de forma armónica y contribuyen a lograr los propósitos de una optima gestión nacional de la calidad. El sistema venezolano para la calidad está conformado por los subsistemas de normalización, metrología, acreditación, certificación, reglamentaciones técnicas y ensayos.”

Artículo 32. “El ministerio de la producción y el comercio elaborará e implantará, periódicamente, el plan nacional par la calidad con fundamento en las políticas y directrices establecidas sobre esta materia por el consejo venezolano para la calidad. Así mismo, supervisará y evaluará su correcta ejecución de acuerdo a lo requerido en la presente Ley.”

Artículo 33. “los diferentes entes u organismos que conforman el sistema venezolano para la calidad deben seguir los lineamientos generales establecidos en el plan nacional para la calidad.”

Las Normas para la clasificación de establecimientos de atención médica del sub-sector público (1983), publicada en Gaceta Oficial número 32.650 de julio de 1983, permiten clasificar al Hospital Universitario de Coro Dr. Alfredo Van Grieken como un centro de atención de Tercer nivel, Hospital tipo III-IV.

Entre los planes del estado venezolano, concebidos como respuesta de solución a las principales necesidades sociales y de salud, se encuentra el programa de salud actual Misión Barrio Adentro, el cual se fundamenta en el fortalecimiento de la atención primaria en salud, a través de los consultorios populares, las clínicas populares y los hospitales del pueblo. El plan Barrio Adentro III, busca la adecuación, remodelación y equipamiento de los centros hospitalarios como fundamento del sistema público nacional de salud.

La ley Orgánica de Salud en su capítulo III, artículo 31: “El tercer nivel de atención cumple actividades de diagnósticos y tratamientos en pacientes que requieren atención especializada con o sin hospitalización en aquellos casos referidos por los servicios de atención del primero y segundo nivel.”

Por tanto, la unidad de patología cervical, esta enmarcada dentro de un sistema de atención de tercer nivel.

También son bases legales del presente trabajo de investigación:

Las normas ISO (Organización Internacional de Normalización) 9001:2002. Sistemas de gestión de la calidad; requisitos.

Las normas ISO 10005:2005. Sistemas de gestión de la calidad; directrices para los planes de la calidad.

5.- Atención al cliente según requisito de la norma ISO 9001:2000

ISO: International Organization for Standardization

La norma ISO 9001, es un método de trabajo que se considera muy bueno con el fin de mejorar la calidad y satisfacción de cara al consumidor. La versión actual, es del año 2000 ISO 9001:2000, que ha sido adoptada como modelo a seguir para obtener la certificación de calidad. Y es a lo que tiende, y debe de aspirar toda empresa competitiva, que quiera permanecer y sobrevivir en el exigente mercado actual. El motivo de todo esto, es el cliente, quien exige productos y servicios de la más alta calidad. Esta es la razón del nacimiento de dicha norma.

La norma ISO 9001:2000 se basa en un modelo especialmente desarrollado: el Enfoque por procesos, el cual esta basado en los requisitos del cliente como entrada a los procesos. Estos requisitos se trasforman en productos, los cuales se esperan que satisfagan las necesidades de los clientes. Dicha norma esta catalogada como procesos relacionados con el cliente, el cual dentro del sistema cumple dos funciones; la primera, recoger información valiosa relacionada con los requisitos del producto, y la otra mantener un canal permanente de comunicación con el cliente. La determinación de los requisitos del producto es considerado uno de los pilares fundamentales del sistema, ya que la información suministrada por el, depende en gran medida de la calidad del producto. Este cuenta con dos pasos y varios incisos:

5.1.- Determinación de los requisitos relacionados con el producto

- La organización de la empresa debe determinar los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma.
- Determinar los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido.
- Determinar cualquier requisito adicional determinado por la organización
- Determinar los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto.

5.2.- Revisión de los requisitos relacionados con el producto

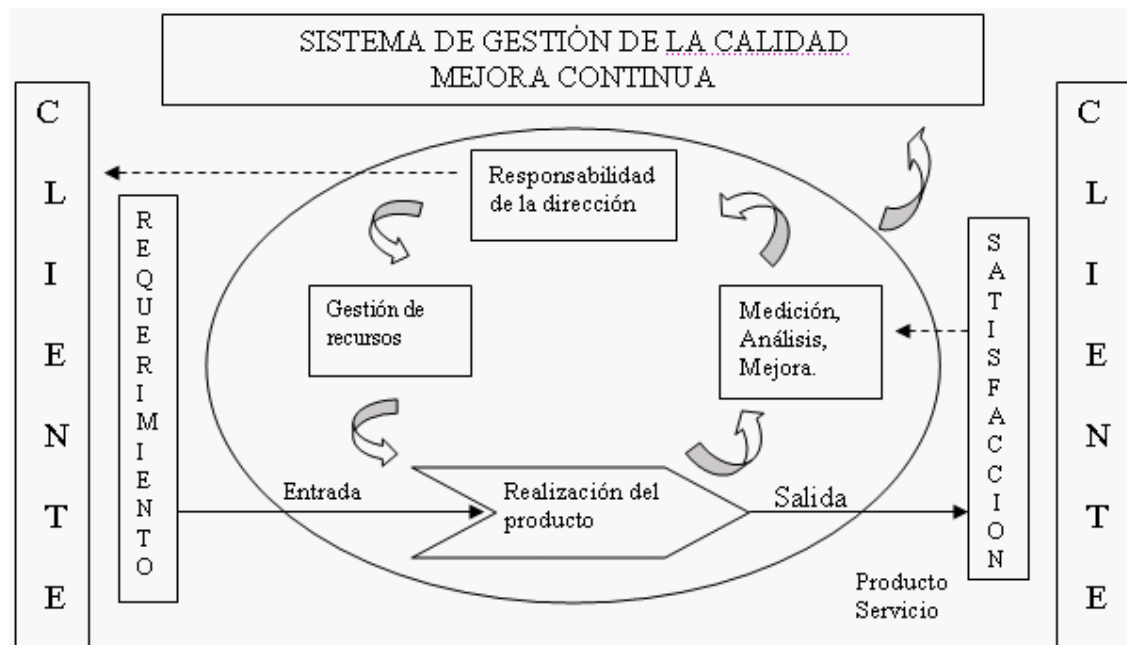
- La norma debe asegurarse que estén definidos los requisitos del producto.
- Asegurarse que están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.
- Asegurarse de que la organización tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos.

Hasta aquí se han planteado procesos o estrategias para determinar los requisitos del producto incluyendo los requisitos del cliente, pero esto no es suficiente si no se mantiene una comunicación con el cliente.

5.3.- Comunicación con el cliente

- La organización debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a la información sobre el producto, en cuanto a las consultas, contratos o atención a pedidos, incluyendo las modificaciones, y la retroalimentación con el cliente incluyendo sus quejas.

Figura 1. Sistema de Gestión de la Calidad



Fuente: En <http://www.gerenciasalud.com/200211.htm> (Recuperado, sept 2007)

Esta norma ha de combinarse con los principios técnicos para conseguir una mejora de la satisfacción del consumidor por lo que han identificado ocho principios que pueden ser utilizados por la alta dirección los cuales tienen un carácter social, con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño.

5.4.- Principios Básicos de la Gestión de la calidad. [ISO 9001:2000]

1. Organización enfocada al cliente: Las organizaciones dependen de sus clientes y por tanto debían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.

2. Liderazgo: Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
3. Participación del personal: El personal, a todos los niveles, es la esencia de la organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
4. Enfoque basado en procesos: Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
5. Enfoque de sistema para la gestión. Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
6. Mejoramiento continúa. La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de esta.
7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones. Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
8. Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores. Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Satisfacer al consumidor, permite que esté repita los hábitos de consumo, y sea fiel a los productos o servicios de la empresa consiguiendo más beneficios, cuota de mercado, capacidad de permanencia y supervivencia de las empresas en el largo plazo.

Las ventajas de implantar un sistema de gestión de la calidad son las siguientes:

- Aumento de beneficios
- Aumento del número de clientes
- Motivación del personal
- Fidelidad de los clientes

- Organización del trabajo
- Mejora de las relaciones con los clientes
- Reducción de costes debidos a la mala calidad
- Aumento de la cuota de mercado

El propósito de cualquier organización es identificar y satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes y otras partes interesadas (empleados, proveedores, accionistas, sociedad) para lograr ventaja competitiva y para hacerlo de una manera eficaz y eficiente, además de obtener, mantener, y mejorar el desempeño global de la organización. Dirigir y operar una organización con éxito requiere gestionarla de una manera sistemática y visible.

Una de las herramientas más eficaces y usadas por las empresas para diferenciarse de su competencia y desarrollar una ventaja competitiva sostenible es el servicio al cliente. Al desarrollar una estrategia de servicio al cliente se deben enfrentar tres decisiones básicas:

- Qué servicios se ofrecerán.
- Qué nivel de servicio se debe ofrecer.
- Cuál es la mejor forma de ofrecer los servicios.

Ya no es suficiente con complacer a nuestro cliente, sino que debemos satisfacer de manera óptima sus expectativas (lo que el cliente espera de nuestra empresa, de nuestros productos y/o servicios) y por tanto este debe ser nuestro objetivo prioritario.

La satisfacción del cliente es el elemento más importante de la gestión de la calidad y la base del éxito de la empresa, recogido de forma expresa en la revisión de la norma ISO 9001:2000 y establece expresamente la necesidad de:

- Disponer de un procedimiento adecuado para medir el grado de satisfacción de los clientes.
- Disponer de datos medibles y que a partir de su tratamiento nos permitan conocer su grado de satisfacción actual, así como poder intuir expectativas futuras de nuestros clientes.

- Utilizar estos datos para definir actuaciones y procesos internos de la empresa con vistas a mejorar el grado de satisfacción de nuestros clientes y por tanto como hemos dicho anteriormente el éxito de la empresa.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Este capítulo tiene como finalidad describir el marco metodológico establecido por el investigador para el desarrollo del trabajo de investigación, considerando la formulación del problema y la definición de sus objetivos. Se describen los métodos y técnicas empleadas, fuentes, tratamiento y presentación de la información; con el único propósito de dar cumplimiento a los objetivos planteados.

1.- Tipo de investigación.

El manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis doctorales de la UPEL (2003) define la modalidad proyecto factible como sigue:

“consiste en la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales; puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos. El proyecto debe tener apoyo en una investigación de tipo documental, de campo o un diseño que incluya ambas modalidades” (p.21).

El presente trabajo de investigación se define como proyecto factible, ya que persigue establecer un plan de la calidad para los procesos de atención y servicio al cliente en la unidad de patología cervical del hospital universitario de coro Dr. Alfredo Van Grieken, dando así cumplimiento a las normas IWA 1:2002(ES) “International Workshop Agreement”, de sistemas de gestión de la calidad, directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones de servicios de salud del informe venezolano presentado por Fondonormas.

Hernández, Fernández y Baptista (2006) reseñan que los estudios descriptivos “permiten medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o variables a los que se refieren” (p103). El trabajo de investigación es de tipo descriptivo porque permite describir y definir

todas las variables, elementos y consideraciones necesarias para el desarrollo de la propuesta, desde la definición inicial de la problemática, el proceso y posterior diseño del plan de la calidad.

También se apoya en la revisión de fuentes bibliográficas y documentales como lo son: textos, artículos, manuales, publicaciones electrónicas, las cuales tienen gran utilidad en la ampliación y profundización de los temas y tópicos desarrollados en la investigación para conformar el plan de la calidad.

De igual modo, se encuentra dentro del tipo de investigación proyectiva que de acuerdo a la guía práctica para la elaboración del trabajo especial de grado de la Universidad Católica Andrés Bello la define como elaboración de una propuesta de tipo práctico, para satisfacer necesidades de una institución o grupo social.

2.- Diseño de la investigación.

El diseño de la investigación se encuentra definido en base a los objetivos de la investigación que se han establecido en la propuesta. Balestrini (2002) señala respecto al punto lo siguiente “se define como el plan global de investigación que integra de un modo coherente y adecuadamente correcto técnicas de recogida de datos a utilizar, análisis previsto y objetivos.” (p. 131).

El diseño de la presente investigación está conformado por dos modalidades, las cuales son la investigación documental y la investigación de campo.

Se justifica la investigación documental con el siguiente planteamiento de Arias (2006) que considera “como en toda investigación, el propósito de este diseño es el aporte de nuevos conocimientos”, ya que parte de la información recabada para su estudio fue obtenida a través del análisis, estudio e interpretación de documentos para identificar cada una de las conceptualizaciones relacionadas con la calidad, procesos, clientes, sistemas de gestión de la calidad, entre otras. También forma parte importante el informe

venezolano de Fondonormas IWA 1:2002(ES) en su apartado 7 realización del producto y determinar los requisitos necesarios que conforman el plan de calidad, desarrollado bajo las especificaciones de la norma ISO 10005:2005.

También se contempla, para dar cumplimiento con los objetivos formulados en el presente estudio, un diseño de campo, no experimental, transeccional y descriptivo, en vista de que los datos obtenidos se toman por medio de la observación directa sin ningún tipo de modificación o manipulación cuando fueron capturados en espacio y tiempo específico bajo condiciones especiales dándole carácter transversal y descriptivo, a razón de diagnosticar la problemática, comprendiendo las entradas, actividades y productos que intervienen durante el proceso de servicio al cliente.

Hernández, Fernández y Baptista (2006) un diseño no experimental es aquel donde “no se manipularan las variables, solo se observaran los fenómenos tal como son”. En cuanto al diseño transeccional o transversal Hernández, Fernández y Baptista que es aquel “que tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más, en un sólo momento, en un tiempo único”.

La aplicación del diseño de investigación descrito y considerado es determinante en vista a que aporta lo necesario para llevar a cabo cada fase durante su construcción, representadas por los objetivos definidos en la propuesta.

3.- Población.

Balestrini (2002) define como población “cualquier conjunto de elementos de los que se quiera conocer o investigar alguna o algunas de sus características”.

En la investigación, la población estará formada por los procesos internos de servicios y atención del cliente de la Unidad de Patología Cervical, del Hospital Universitario de Coro, las historias clínicas, las normas internacionales ISO 9001:2000, sistemas de gestión de la calidad, directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones de servicio de la salud.

4.- Unidad de análisis.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2003), "la unidad de análisis constituye un segmento del contenido ubicado dentro de una categoría". En el presente estudio se decide utilizar la consulta de patología cervical, sus usuarias, sus procesos e historias clínicas para su análisis, la misma se lleva una vez a la semana a cargo del Servicio de Ginecología.

5.- Muestra

Arias (2006) define la muestra como "el subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible". En la investigación, se llevara a cabo para su evaluación una muestra representativa de historias de pacientes que fueron remitidos a la unidad de patología cervical. Para su cálculo se utiliza la siguiente fórmula de muestreo:

$$n = \frac{N(pq)}{N(E) + pq}$$

n= muestra

N= universo de historias clínicas en un período de estudio.

p= proporción que se estima existe adecuada remisión.

q= proporción que se estima existe inadecuada remisión

En caso de no conocerse p y q, se le asigna a cada uno el valor de 50% para obtener la máxima muestra posible.

E= error que se acepta en la muestra, 5% es aceptable.

6.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La observación directa es la técnica principal de recolección de datos en vista de que permite apreciar el comportamiento del proceso de atención y servicio de la usuaria de la Unidad de Patología Cervical del hospital Universitario de Coro.

Otra manera de obtención de la información, es el análisis documental. Esta técnica sirve de soporte al investigador al analizar textos, artículos y publicaciones electrónicas, de donde se extraen conceptos y se aplican al estudio.

Como instrumento de recolección de datos se propone utilizar la plantilla de evaluación de procesos de Ricardo Galán Morera (Auditoria en salud, 2003) la cual explora cinco indicadores: flujograma de atención, tiempo de espera, sistema de referencia de pacientes, diligenciamiento de la historia clínica y protocolos de manejo clínico terapéutico. Estos parámetros son clasificados en una escala del 1 al 4.

Flujograma de atención. La información sobre su existencia y cumplimiento se obtiene mediante entrevista con los responsables de los servicios. Se clasifica con base en los siguientes criterios: existe el flujograma y se aplica correctamente: 4, existe y se aplica en la mayoría de los casos: 3, existe pero sólo se aplica en pocos casos y se aprecia desorientación en la forma como los usuarios deben transitar por los distintos servicios: 2, coexiste los flujogramas: 1.

Tiempo de espera. Con el promedio general del servicio, se realiza la calificación que se lleva a la plantilla, aplicando los siguientes criterios: menos de 60 minutos: 4, entre 60 y 75 minutos: 3, entre 75 y 89 minutos: 2, y 90 y más minutos: 1.

Sistema de referencia. La clasificación se realiza con los siguientes criterios: existe y se aplica en todos los casos: 4, existe y se aplica entre el 70% y el 99% de los casos: 3, existe pero sólo se aplica en una proporción inferior al 70%:2, no existe: 1.

Diligenciamiento de la historia clínica. El análisis se realiza sobre los siguientes tópicos: identificación, motivo de consulta, antecedentes personales

y familiares, examen clínico, ayudas diagnósticas, diagnóstico y tratamiento. En cada tópico se anota si el registro se encuentra completo. Se establece la proporción de historia con registros completos en cada tópico. A continuación se clasifica cada tópico en el total de las historias, aplicando los siguientes criterios: todos completos: 4, entre 80% y 99%:3, entre 60% y 79%:2, y menos de 60%:1.

Protocolos de manejo clínico terapéutico. La clasificación se hace en forma similar a la descrita para las historias clínicas, es decir, que cada tópico se confronta con el protocolo para saber si se ajusta al mismo. A continuación se establece la proporción de historias que se ajusta al protocolo en cada uno de los tópicos. Cada uno de los tópicos, en el total de las historias, se califica de acuerdo con los siguientes criterios: todas ajustadas al protocolo: 4, entre 90% y 99%:3 entre 80% y 89%: 2 y menos de 80%:1.

7.- SISTEMAS DE VARIABLES

Las variables dependientes del diseño de un plan de la calidad para el proceso de atención y servicio al cliente de la Unidad de Patología Cervical del Hospital Universitario de Coro, aplicando los elementos de Fondonormas ISO 9001:2000 de sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones de servicio de la salud se esquematizan en la tabla 3, donde se operacionalizán las mismas.

Tabla 3. Operacionalización de las variables.

Definición nominal	Definición real	Definición operacional
<p>Plan de la calidad para los procesos de atención y servicio al cliente de la unidad de patología cervical</p>	<p>Plan de calidad basado en la norma Fondo norma ISO 9001:2000</p> <p>Documento que establece o define cuales procesos, procedimientos y recursos serán aplicados, con el propósito de cumplir los requisitos del proyecto, producto o proceso</p>	<p>Alcance</p> <p>7.1.3.2Elementos de entrada del plan de la calidad</p> <p>5.4.1Objetivo de la calidad</p> <p>5.1Responsabilidad de la dirección</p> <p>4.2.3Control de los documentos y datos</p> <p>4.2.4Control de los registros</p> <p>6.2Recursos</p> <p>7.2Requisitos</p> <p>7.2.3Comunicación con el cliente</p> <p>7.3Diseño y desarrollo</p> <p>7.4Compras</p> <p>7.5Producción y prestación del servicio</p> <p>7.5.2Identificación y trazabilidad</p> <p>7.5.3Propiedades del cliente</p> <p>7.5.5Preservación del producto</p> <p>8.3Control de producto no conforme</p> <p>8.2Seguimiento y medición</p> <p>8.2.2Auditoria</p>

Fuente: El autor, Octubre 2007

8.- Técnica para la formulación del modelo operativo o sistema propuesto.

Balestrini (2002) “al final del marco metodológico, se deberá presentar, el conjunto de técnicas que se usarán para la formulación y presentación del modelo operativo o sistema que se ha de proponer.”

Toda vez que se ha identificado la situación actual del proceso de atención y servicio al cliente en la unidad de patología cervical del hospital universitario de Coro, se formula la interrogante ¿Qué hay que hacer para superar la situación?

Según el enfoque de la investigación para la acción, que permite efectuar propuestas concretas a fin de provocar un cambio organizacional, existen una serie de procedimientos y técnicas que se constituyen en herramientas formales.

La técnica de diseño de flujogramas, se empleará para representar mediante símbolos la secuencia de las operaciones de un determinado proceso; pero también para indicar el movimiento o curso de una acción que se realice dentro de la unidad de patología cervical. Al mismo tiempo, que los flujogramas permiten: revelar lo que sucede en el sistema vigente, visualizar en perspectiva como será la dinámica operacional, mostrar ventajas y evitar la duplicación de operaciones o acciones.

El análisis documental y la observación directa, permitirá realizar una adaptación de las normas de Fondonormas ISO 9001:2000 sistema de gestión de la calidad. Directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones de servicio de la salud; y de las normas Fondonormas ISO 10005:2005 gestión de la calidad. Directrices para los planes de la calidad; en el diseño de un plan de la calidad para el proceso de atención al cliente.

CAPITULO IV

MARCO ORGANIZACIONAL

1.- Reseña Histórica.

Departamento de Ginecología y Obstetricia.

El departamento de Gineco-Obstetricia inicia sus actividades el 14 de junio de 1973, cuando los pacientes y el personal de la Maternidad “Dr. Oscar Champán” se trasladan al edificio, sede del nuevo Hospital de Coro. Esta maternidad, venia funcionando desde el 03 de mayo de 1938 y como dato importante su primer director fue el doctor Alfredo Van Grieken.

El Hospital es inaugurado el 16 de junio de 1973, es decir dos días más tarde, por el presidente Rafael Caldera Rodríguez y su primer director fue el Dr. Darío Barreto Paz.

El Hospital esta conformado originalmente por cuatro Departamentos y es el producto de la integración del Hospital de niño “Dr. Maximiliano Iturbe”, la Maternidad “Dr. Oscar Champan”, ambas instituciones dependientes del gobierno regional y el Hospital “Dr. Antonio Smith” dependiente del MSAS.

El hospital se ubica en la Av. Tennis, en la periferia del casco central de la ciudad de Coro, con acceso por la av. Ruiz Pineda a la av. Manaure vía principal de la ciudad y con la prolongación av. Medanos y la variante Sur.

El primer departamento que inicia funciones asistenciales es el nuestro. Cuenta con un área de hospitalización con 69 camas, y el área obstétrica con sala de admisión, 8 camas en pre-parto, 2 salas de parto y 2 pabellones.

El Director de la Maternidad, para ese momento, Dr. Tulio Molina Ibarra es designado Jefe del Departamento, le acompañan como Jefe de Servicio los Drs. Ramón Puerta Leonel Mendizábal. En 1993 el Dr. Armando Borrero, jefe de servicio, asciende a Jefe de Departamento por el Dr. Tulio Molina Ibarra quien fue jubilado. En 1996 asume la Jefatura del Departamento el Dr. Efraín López Navarro y la jefatura del servicio de sala de parto queda en manos de la Dra. Noris Navas de Córdoba. En el 2000 la Dra. Noris Navas de Córdoba, es

designada Jefe del departamento sustituyendo al Dr. Efraín López sin que recibiera por parte del Director del Hospital Dr. Pedro de Armas, una explicación que justificara esa decisión. Se desempeña en ese momento el Dr. Rene Arenas como Jefe de Servicio de Sala de Parto. En el 2004, la Dra. Esther Marín sustituye en la Jefatura de sala de partos al Dr. Rene Arenas. En marzo del 2006, el Director del Hospital Dr. Luís Madriz destituye de sus funciones de jefe de departamento a la Dra. Noris Navas, y designa como Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia al Dr. Orlando Römer. (Curiel, H; 30 años de Historia docente asistencial, 2004).

2.- Servicio de Ginecología:

Misión: El servicio de ginecología, adscrito al departamento de gineco-obstetricia del hospital universitario de Coro Dr. Alfredo Van Grieken, representa un conjunto de áreas de trabajo cuyo objetivo es el de brindar asistencia medica-quirúrgica, preventiva y curativa, de manera ambulatoria o intrahospitalaria a los usuarias ginecológicas, con el concurso de personal profesional y técnico capacitados en el manejo clínico, con miras a cubrir la demanda de atención de causa ginecológica, y contribuir a un optimo estado de bienestar de la mujer en general.

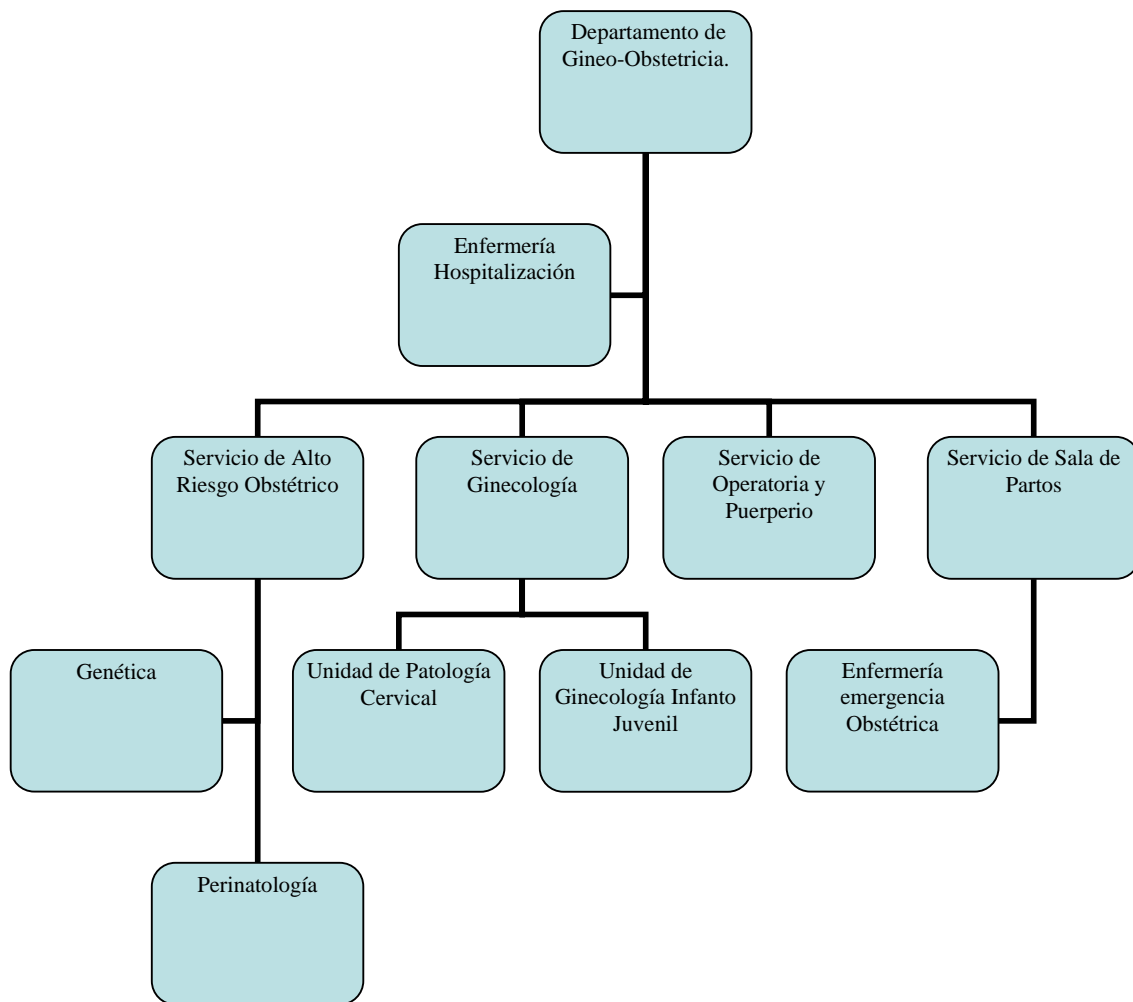
Visión: Conformar una unidad de servicios médicos de IV nivel, en el área ginecológica, con el contenido de garantizar la salud ginecológica de su población objeto, con un elevado estándar de calidad, aplicando criterios de oportunidad, eficacia y equidad apoyándose en un recurso humano calificado y en una estrecha comunicación con el universo, del cual es participe, en el interés de conservar la confiabilidad y credibilidad de nuestras usuarias.

Comentarios:

Es de hacer notar que el departamento de gineco-obstetricia del hospital universitario de Coro, no cuenta con una visión y misión, publicados en un

lugar visible, como la cartelera informativa. Los objetivos y valores del departamento no se encuentran reseñados por escrito. Los valores son premisas existentes intrínsecas en las personas y la nominación de estos deber se a través de una mesa de trabajo que involucre a todo su personal.

Figura 2. ORGANIGRAMA FUNCIONAL:



Fuente: Elaborado por Alejandro Llovera, Octubre 2007

3.- Unidad de Patología Cervical

Misión

La Unidad de Patología Cervical (U.P.C), adscrita al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital, debe de brindar servicio de atención de salud de nivel IV en el diagnóstico, tratamiento y control de pacientes con patología intraepitelial cervical, de manera oportuna y eficaz. También participar y contribuir con la docencia e investigación sobre esta entidad nosológica.

Visión

Conformar una unidad clínica con recursos humanos calificados y capacitados para la atención de salud de su población objeto, caracterizada por las pacientes portadoras de patología neoplásica intraepitelial cervical, con el cometido de cubrir la demanda, alcanzar elevado estándar de calidad en el servicio prestado y obtener resultados que contribuyan a disminuir la morbimortalidad femenina por enfermedad neoplásica cervical.

Comentarios:

Es de hacer notar que los objetivos y valores de la Unidad de Patología Cervical no están definidos por escrito. Sin embargo, el equipo de salud que labora en la unidad expresa en su conducta valores de responsabilidad, amabilidad, disposición al trabajo social, respeto al usuario.

4.- Procesos.

La Unidad de Patología Cervical esta integrada por un personal multidisciplinario conformado por especialistas Ginecólogos, médicos residentes de postgrado en ginecología y obstetricia, enfermeras, visitadores sociales, psicólogos, cito tecnólogos, especialistas en Anatomía Patológica y personal de secretaria. Todos ellos entrenados en la atención integral especializada a pacientes con patología cervical intraepitelial.

El médico especialista coordinador: supervisa y coordina todas las actividades médicas relacionadas con las pacientes de la unidad. Realiza consulta médica. Realiza procedimientos especiales en el tratamiento de las pacientes de la unidad de patología cervical. Vela por el cumplimiento de las actividades asignadas al personal que en ella labora. Adiestra a los residentes de postgrado.

El residente de postgrado: revisa y presenta los casos al especialista encargado de la consulta. Elabora las historias o fichas clínicas a todos los pacientes de primera consulta. Solicita exámenes de laboratorio pertinentes y estudios especiales en caso que se amerite. Realiza procedimientos especiales en el tratamiento de pacientes con patología cervical previo conocimiento de principios y técnicas de los mismos, autorizados y bajo la supervisión dirigida del especialista encargado de la consulta. Elabora informes de las actividades realizadas. Coordina con el equipo de la unidad las actividades informativas dirigidas a las pacientes.

El especialista ginecólogo: realiza procedimientos especiales en el tratamiento de las patologías cervicales que estén claramente indicadas según criterios médicos. Revisa y posterior aval de informes estadísticos mensuales de las actividades realizadas en la unidad, el cual se entrega al coordinador de la unidad los primeros cinco días de cada mes. Comunica al servicio social del hospital sobre aquellas pacientes que no se presenten a las consultas médicas, para ser ubicadas y citadas nuevamente.

La enfermera: prepara al paciente para la consulta médica y procedimientos especiales. Realiza requisición de los insumos utilizados en la unidad. Se encarga de la esterilización del material utilizado. Contactaron el

servicio social e informa de las pacientes que no acudieron a la cita y de aquellas que no tengan las posibilidades económicas para sufragar el costo de los exámenes. Realiza funciones informativas a través de charlas, elaboración de carteleras y capacita al resto de las enfermeras de la unidad.

Secretaria: proporciona información a las pacientes sobre consultas médicas y servicios que ofrece la unidad. Atención del paciente para asignar citas. Elaboración de registro de morbilidad de la consulta.

Anatomía patológica: reporte de las citologías y biopsias realizadas con prioridad por la unidad de patología cervical

La trabajadora social: se encarga de localizar a las usuarias que por algún motivo no acuden a la consulta y presentan un reporte de malignidad en sus estudios. También facilitan la búsqueda de ayuda económica para la realización de estudios costosos a las beneficiarias.

La Unidad de Patología Cervical, tiene asignado consultorio de uso múltiple en el primer piso en el área de consulta externa del Hospital Universitario de Coro.

Se realiza consulta los días lunes en horario de 8:00am a 12:00m.

Los criterios de referencia a la unidad son aquellas pacientes urbanas y rurales con los siguientes criterios médicos:

Citología cervical alterada que reporte lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG) con neoplasia intraepitelial cervical grado I (NIC I) y lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEAG) con neoplasia intraepitelial cervical grado II (NIC II) ó con neoplasia intraepitelial cervical grado III (NIC III).

Biopsias que reporten NIC I, NIC II, NIC III y carcinoma in situ. También las pacientes con cáncer cervico uterino para su estadificación clínica, tratamiento quirúrgico y posterior referencia al servicio de radiología.

5.- Recursos Humanos y distribución.

Jefatura de enfermería de hospitalización.

1.- Lic. Enfermería (Jefe). Personal bajo su responsabilidad 26 Enfermeras.

Horarios.

Turno 7/1 2 Lic. + 3 TSU + 4 Aux. = 9

Turno 1/7 2 Lic. + 2 TSU + 2 Aux. = 6

Turno 7/7 7 Lic. + 2 TSU + 2 Aux. = 11

26

Camareras:

4 Camareras Fijas 7/1 = 5

3 Camareras Suplentes Fijas 1/7 = 1

2 Suplentes Eventuales 7/7 = 3

Total 9

Otros

Porteros 1 Horario 7/1

Trabajadora Social 1

Registro Medico 1

Camilleros 2 Horario 7/1 = 1

1/7 = 1

2

Médicos 38

Residentes de Post-Grado 18

R1 6 + R2 6 + R3 6 = 18

Especialistas: GinecoObstetricia

Especialista I = 6

Especialista II = 12

Total 18 + 2 = 20

Genetista Clínico: 1

Infanto Juvenil 1 (Por la Universidad Cargo UNFEM)

Perinatologo 1 (Cumple funciones de Esp. I)

Cargo o Funciones

Oficina de integración Académica 1 Esp. II

Coordinador de Ambulatorio 1 Esp. II (Con cargo por el Hospital)

5.1.- Distribución por Áreas.

ARO 2 Esp. II - 1 En función de Jefatura ARO

1 En función de Obst. Con guardia

2 Esp. I 1 Con entrenamiento en Perinatología

1 Genetista Todos con 6 horas de contratación

Total 5

Operatoria.

3 Esp. II - 1 En función de Jefatura Operativa y Puerperio.

	2	En función de Obst.
	—	1 Con guardias a 6 horas
Total	3	1 Sin guardias a 8 horas

Ginecología

	3	Esp. II	1 en función de Jefatura Ginecología
			1 en función coordinados Patología Cervical
			1 en función Ginecología
	4	Esp. I Todos	en función ginecobstetricia con guardias.
	—		
Total	7		

De los 4 especialistas I; 3 con cargos de secretaría de salud 2 á 6 horas y 1 á 8 horas de contratación diaria.

Sala de Parto

2 Esp. II	1 en función de Jefatura de sala de Parto
	1 en función Obst. Cargos 6 horas

Total 2 + 3 Residentes Asistenciales (RA) cargos 8 horas

El servicio de Alto riesgo obstétrico, cuenta con la

Unidad de Genética y

Unidad de Perinatología

El servicio de Ginecología, cuenta con la

Unidad de Patología Cervical y

Unidad de Infanto Juvenil

Resumen Personal del Departamento

Médicos 38 + 3 RA = 41

Enfermera Hospitalización = 27

Camareras = 9 + porteros + Trabajadora Social 1 + Camillero 2 + Registro

Medico 1 = 14

Sala de Parto:

Enfermera de Obst. Ginecología S/P = 39

Camarera = 14

Portero: 2 7/1 = 1; 7/7 = 1

Personal de Sala de Parto.

Enfermera 22 + 17 Aux. = 39

7/1 = 7 1 Licenciada + 6 TSU 6 horas

Aux. 5 Suplentes Fijas

7/1 = 5 2 Lic. + 3 TSU

Aux. 4 (2 Supl. Fijas + 2 con cargos)

7/7 = 10 5 Lic. + 5 TSU

Aux. 8 (4 Supl. Fijas + 4 con cargo)

Camareras 14

7/1 = 6 3 Fijas + 2 Supl. Fijas 1 Suplente eventual

1/7 = 2 1 Supl. Fija + 1 contratado C/6 meses

7/7 = 6 4 fijas + 2 Supl. Fijas

6.- Recursos Materiales

6.1.- Infraestructura.

El Departamento está ubicado en el **3er piso** de hospitalización del Hospital Alfredo Van Grieken el cual comparte en su ala izquierda con la Unidad de Neonatología.

Dispone de 69 camas presupuestadas, se incremento posteriormente, aumento una cama adicional en algunos ambientes para disponer de un total de camas 73. Ginecología dispone de 15 camas en el ala izquierda-norte.

ARO dispone de 13 camas ala derecha-norte.

El resto operatoria y puerperio

Una oficina Jefatura departamento

Una oficina Jefatura enfermería hospitalización

Una oficina Jefatura Postgrado UNEFM

Un área descanso enfermería

Una Unidad Ecografía

Una Unidad de Vacunas

Oficina de nutricionista

Salones de clases (2), Estar de enfermería, Registro Medico

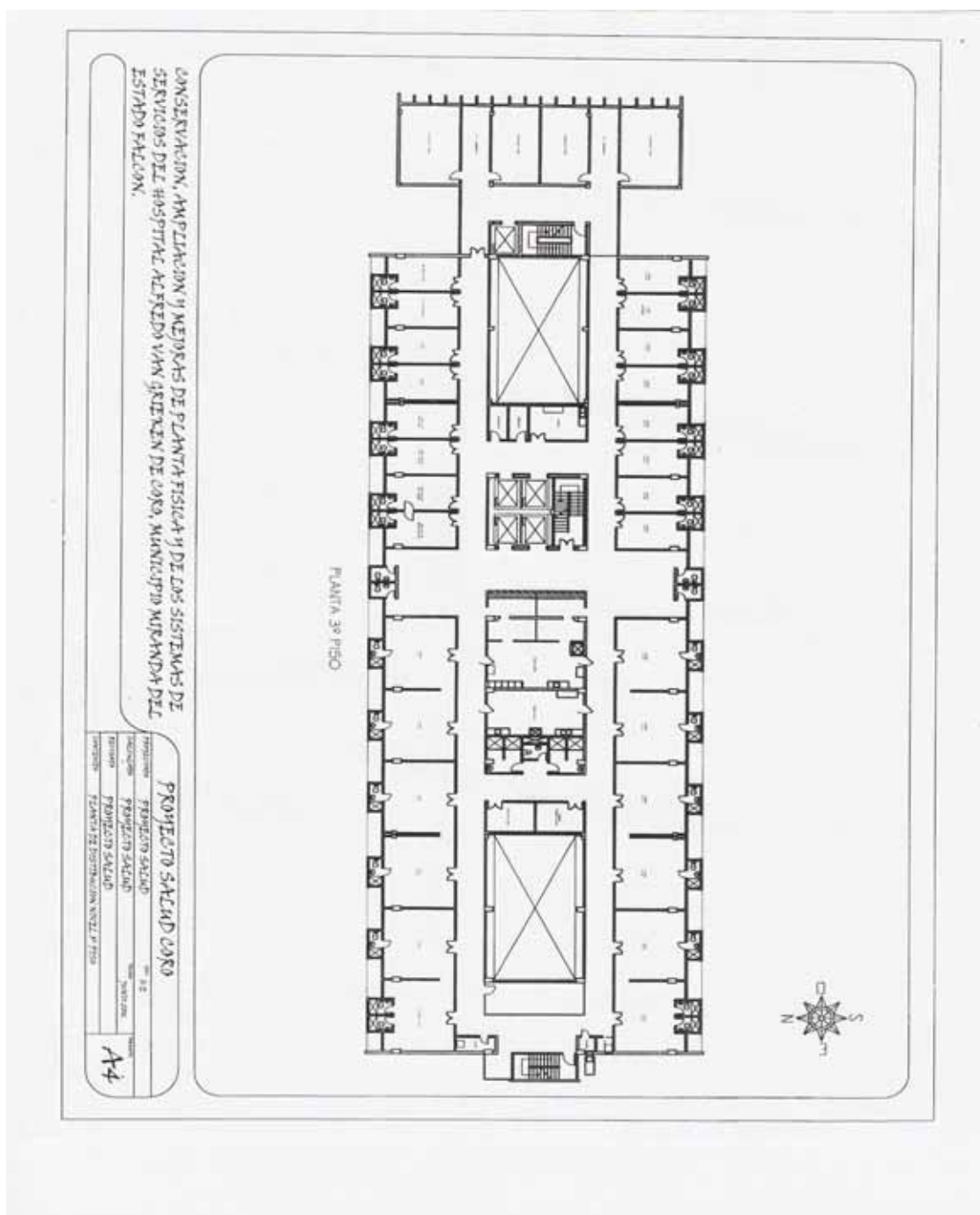
Sala de cura; faenas sucia y limpia; baños

Sala de parto se ubica en el **2do piso.**

Sala de admisión, Parto, Unidad de Cuidados Especiales, Oficina Jefatura, Sala de Parto, Quirófano electivo, Quirófano emergencia, Obstetricia, Estar de Médicos, Estar de Enfermería.

Cuenta con 12 camas de Observación

Figura 3. Plano de planta del tercer piso Hospital universitario de Coro



Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia

Primer Piso Consulta Externa

Cuatro consultorios para usos múltiples

Unidad Patología Cervical, Ginecología General y especializada, Prenatal patológico, Alto riesgo, Planificación Familiar, Genética, Infanto Juvenil, Colposcopia, Post-Operatoria.

Consulta de ingreso Pre-Operatorio.

Mañana y Tarde

El departamento cuenta con un equipo de ecosonografía marca General Electric modelo Logi 400 de fecha 1999 y de los servicios auxiliares como laboratorio central y emergencia, Banco de Sangre etc.

Infraestructura Sala de Parto.

Esta ubicada en el 2do piso del Hospital Alfredo Van Grieken en su ala oeste, con 12 camas Obs. 1 cama aislamiento; 2, UCE.

Cuenta con 1 quirófano Obstétrico, 1 Quirófano Ginecológico y una sala de parto. 1 Quirófano séptico (No esta en uso)

7.- Registro de Cargo

Denominación de la clase

7.1.- MEDICO ESPECIALISTA I

CARACTERISTICAS DEL TRABAJO.

Bajo supervisión general, realiza trabajos de dificultad promedio, en un campo especializado de la medicina, puede realizar labores de supervisión y docencia sobre un grupo pequeño de médicos de menor nivel, y realiza tareas afines según esa necesaria.

TAREAS TIPICAS (Solamente de tipo ilustrativo).

Examina a pacientes que acuden en el servicio remitidos por el médico general u otro médico especialista.

Diagnostica la enfermedad del paciente e indica el tratamiento adecuado para su cura.

Ordena los exámenes de laboratorio necesario para el diagnóstico, cuando el caso lo amerite.

Practica intervenciones quirúrgicas a pacientes, en su especialidad.

Controla el proceso de recuperación del paciente asistido, mediante consultas sucesivas o visitas periódicas en el caso de tratarse de enfermos hospitalizados.

Imparte instrucciones a Practicantes, Enfermeras y Médicos de menor nivel, sobre las técnicas propias de su especialidad.

Mediante seminarios, realiza función docente el personal médico de menor nivel.

Presenta informes técnicos periódicos de los casos atendidos.

REQUISITOS MINIMOS EXIGIDOS

Educación y Experiencia.

Graduado en una universidad reconocida con el título de Médico Cirujano, más 2 años de internado o práctica supervisada más curso de especialización no menor de 1 año bajo la dirección de un instituto nacional o extranjero, reconocido por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Conocimientos, Habilidades y Destreza Requeridos

Conocimiento amplio de técnicas, principios y prácticas de la respectiva especialidad médica.

Conocimiento amplio de los adelantos de la ciencia médica, especialmente de su especialidad.

Habilidad para supervisar personal.

Habilidad para auscultar y diagnosticar enfermedades de manera rápida y precisa.

Habilidad para prescribir tratamientos adecuados y efectivos, para la mejor recuperación del paciente.

Habilidad para realizar labores de docencia.

Destreza en el manejo del instrumental médico quirúrgico.

Licencias y Certificados.

Estar inscrito en el Colegio Médicos y demás instituciones que establezcan las leyes.

7.2.- MEDICO RESIDENTE

CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO

Bajo supervisión general, realiza trabajos de dificultad promedio, en una unidad de servicios médicos de un hospital, centro ambulatorio o centro de salud publica y realiza tareas afines según sea necesario.

TAREAS TIPICAS (Solamente de tipo ilustrado):

Realiza consultas y exámenes de medicina general y atiende emergencias cuando sean necesarias.

Atiende, diagnostica y prescribe medicinas a pacientes referidos al servicio medico donde se encuentra asignado.

Elabora la historia médica del paciente y sigue la evolución del tratamiento indicado.

Práctica tratamiento de enfermedades infecto contagiosas.

Practica control de pacientes hospitalizados a través de visitas médicas periódicas.

Consulta con su supervisor inmediato cualquier intervención quirúrgica que amerite el paciente.

Asiste a un Medico de mayor nivel en las intervenciones quirúrgicas.

Expide certificados médicos.

Realiza guardias especiales de acuerdo a los requisitos del servicio.

Asiste a reuniones anatomoclínicas.

REQUISITOS MINIMOS EXIGIDOS.

Educación y Experiencia.

Graduado en una Universidad reconocida con el titulo de Medico Cirujano o el equivalente, más 2 años de práctica supervisada o internado.

Conocimientos, Habilidades y Destreza Requeridos.

Buen conocimiento de técnicas para tratar enfermedades y heridas y para hacer diagnósticos rutinarios.

Buen conocimiento de los principios y prácticas de medicina y cirugía.

Buen conocimiento de Patología.

Habilidad para redactar informes médicos.

Destreza en el equipo quirúrgico.

Habilidad para tratar con pacientes en situaciones adversas o favorables.

Licencias y Certificados.

Estar inscrito en el Colegio Médico y demás instituciones que establezcan las leyes.

Observación: Esta denominación debe ser sólo utilizada para aquellos cargos que el desempeño de los mismos lo realicen médicos internos o médicos cirujanos, con 2 años de practica medica a fin de obtener, a dedicación exclusiva e integral durante un lapso de 2 años, una preparación general, en determinado servicio médico con miras a efectuar un postgrado en una rama de esa especialidad.

7.3.- ENFERMERA I ATENCION DIRECTA

Perfil Ocupacional

La enfermera I atención directa es la responsable de planificar y ejecutar la atención de enfermería general, es una unidad clínica o área.

Requisitos para optar al Cargo

- Técnico Superior Universitario en Enfermería
- Licenciada en Enfermería

Conocimiento, habilidades y destreza

- Conocimientos amplios de Enfermería.
- Habilidad para tratar en forma efectiva con los enfermos, grupos y familiares.
- Habilidad y destrezas en la administración de medicamentos y soluciones.
- Conocimientos en participar los principios de la técnica aséptica médica y quirúrgica.
- Habilidad para identificar a los enfermos graves y los que requieren preparación preoperatorio.
- Manejar material medico –quirúrgico, equipos e instrumentos.

CAPITULO V

PRESENTACION Y ANÁLISIS

En la siguiente parte de la investigación se presenta los datos recopilados en fichas de observación diseñadas para la recolección de la información en la unidad de patología cervical y también la información obtenida de la revisión documental de las diferentes fuentes consultadas.

En el Capítulo anterior se realizó la descripción de los procesos, como se llevan en la actualidad. Partes de los objetivos planteados en el presente trabajo, es describir los procesos actuales de atención y servicio al usuario de la unidad de patología cervical.

En este capítulo se presenta otros objetivos de la investigación. Se inicia realizando una identificación de la situación actual, mediante el uso de un instrumento de auditoria de procesos, desarrollado por Ricardo Galán Moreno en su libro Auditoria en Salud para evaluar hospitales.

Luego se presenta un análisis de los datos y se esquematiza el proceso de tiempo de espera de la consulta de patología cervical. A través de entrevistas con todos los participantes en el proceso de atención se obtienen datos para realizar un diagrama de Ishikawa Causa-Efecto del tiempo de espera prolongado.

También se esquematiza a través de un gráfico de Pareto, 80-20, donde esta el cuello de botella en el proceso de atención y servicio al usuario de la unidad de patología cervical. Esto nos lleva a realizar un análisis situacional utilizando una matriz DOFA para ver la factibilidad del diseño de un plan de la calidad y a determinar los elementos requeridos por las normas ISO 9001:2002.

1.- Identificación de la situación actual.

Utilizando la plantilla de evaluación de procesos desarrollada por Ricardo Galán Moreno, basada en el modelo DOPRI de evaluación institucional (Malagón y otros, 2003), realizando una adaptación al requerimiento de la presente investigación, se obtuvo los siguientes resultados presentados en la tabla:

Tabla 4. Identificación situación actual

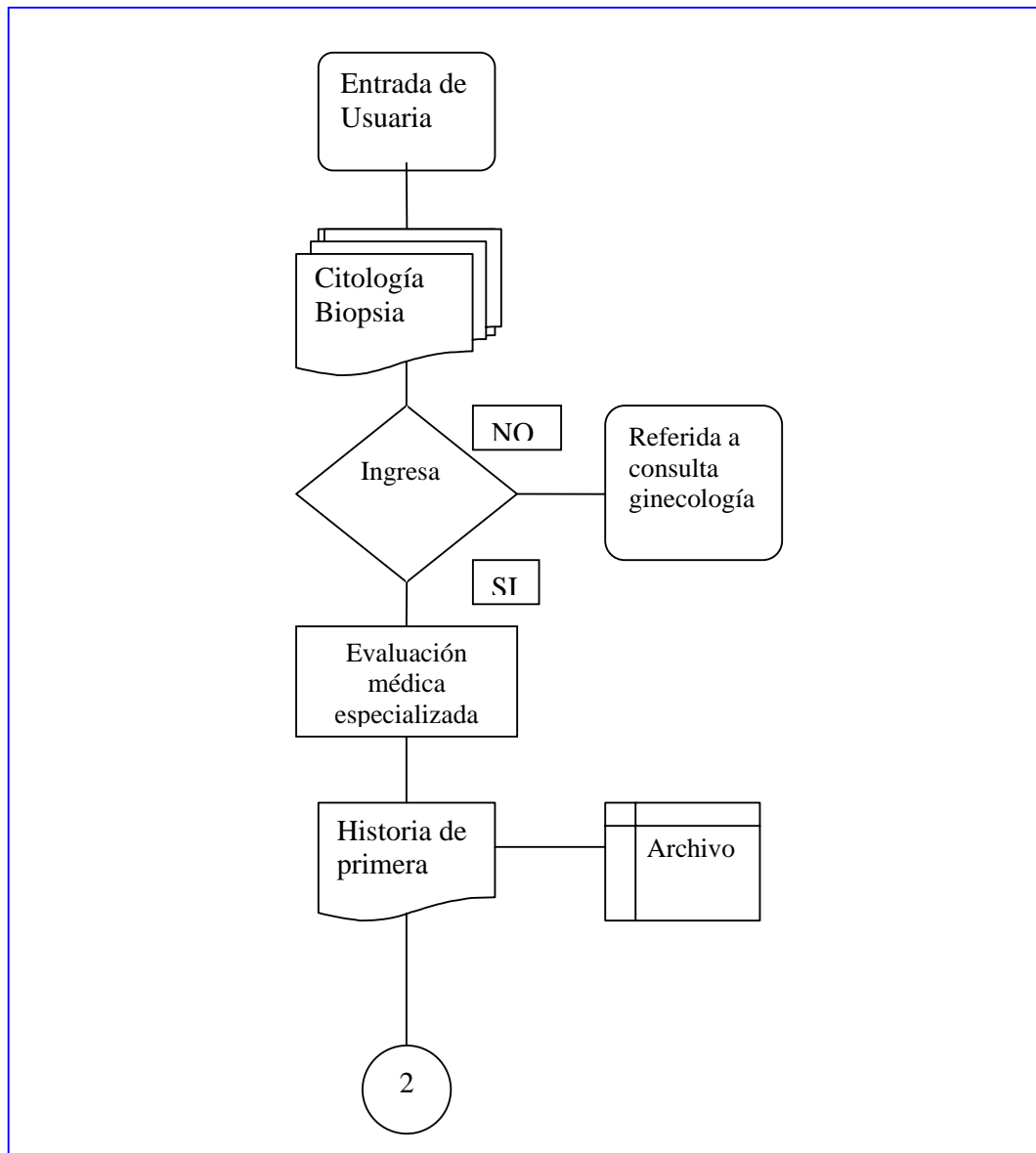
PLANTILLA DE EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS	
INDICADORES	CALIFICACIÓN
FLUJOGRAMAS	1
TIEMPO DE ESPERA	1
SISTEMA REFERENCIA PACIENTE	3
DILIGENC. HISTORIA CLINICA	3
CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	4

Fuente: El autor, octubre 2007

Los resultados obtenidos se pueden evaluar de la siguiente forma:

Flujograma de atención: cuando se entrevisto a los responsables de la unidad de patología cervical estos dijeron que aun cuando no existe expresamente por escrito una esquematización de los distintos pasos que deben cumplir los usuarios para la obtención de los servicios médicos de la institución, si se aplica una orientación a los usuarios. Esta información es conocida no sólo por el personal médico, sino también por enfermería y por registros médicos. Por tanto, obtuvo una calificación de 1, se hace necesario realizar un flujograma de atención y ubicarlo en un lugar visible a los usuarios y a todo el equipo de salud. (Ver figura 4)

Figura 4. Flujograma de atención a la usuaria, Unidad de Patología Cervical.



Fuente: Elaborado por Alejandro Llovera, Octubre 2007.

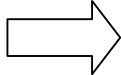
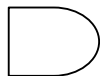

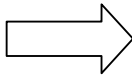
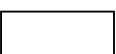
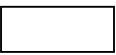
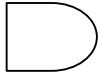


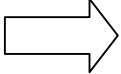


Tiempo de espera: se define como el tiempo transcurrido entre la llegada y la salida de cada uno de los pasos del respectivo proceso.

El promedio de espera de la unidad de patología cervical fue de 154 minutos es decir, 2 horas y 34 minutos desde la llegada hasta la salida con una espera máxima de 279 minutos por lo cual la calificación es de 1.

Todos los pacientes son citados a las 7 de la mañana, por lo que llegan antes, ya que son atendidos por orden de llegada, para proceder a la ubicación de la historia clínica por parte del personal de registros médicos. Luego de esto

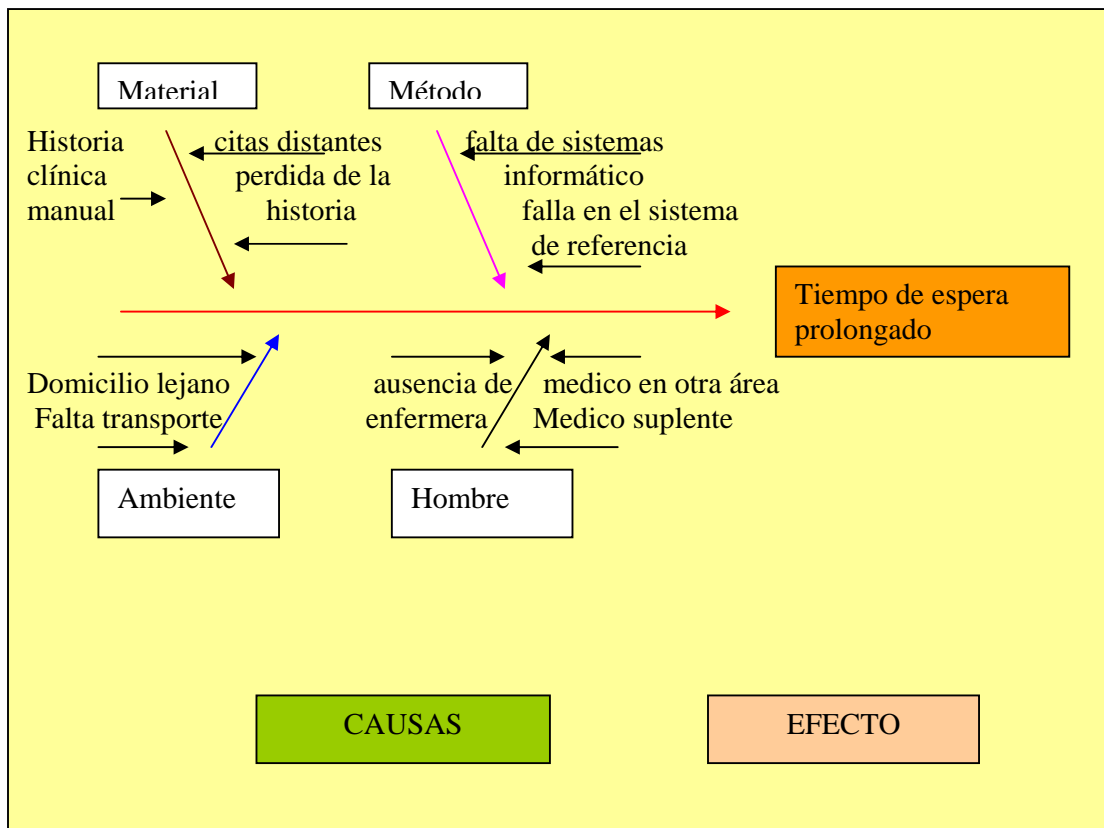
se elabora la ficha de morbilidad donde se registran los pacientes citados y de pasa al área de atención médica, esta última comienza después de las 8 de la mañana.

Tabla 5. Tiempo de espera, Unidad de Patología Cervical.

Descripción	Símbolos	Observaciones	Tiempo
Llegada del usuario a la Unidad de Patología Cervical		El paciente puede llegar una hora antes del inicio de la consulta por ejemplo 7 am. Se atiende por orden de llegada previa cita, por ser consulta especializada con un máximo de atención de 12 pacientes en un turno de cuatro horas.	Inicio de Consulta medica 8:00 am Una hora de espera para el primer paciente y el último paciente con tres hora y media de espera si llegan todos a las 7am.
Tiempo de espera para ser atendido		Personal de registro médico solicita tarjeta de cita y busca historia clínica	20minutos para el inicio de las consultas.
Atención por enfermería		Anota datos de identificación de los usuarios, Asigna número de llegada de los pacientes y control de signos vitales de los mismos.	Se inicia a las 7am. Duración: 10minutos para cada usuario.
Llegada del medico a la consulta		El medico puede retrasar su llegada por la dinámica de la organización.	Hora de inicio: 8am
Apertura de la Historia		La realiza el medico.	20' de primera vez.
Historia de paciente sucesivo		La realiza el medico.	10' de control sucesivo
Tiempo para ser atendido por el medico		Extravío de la historia.	Indeterminado
Evaluación medica a los usuarios		Llenado de las historias clínicas y evaluación integral del paciente. En vista de que es por orden de llegada, si se presenta una emergencia los tiempos de espera aumentan para el resto de los usuarios.	30' para los pacientes de primera vez. 15 para los sucesivos.
Diagnostico y Tratamiento del paciente.		Solicitud de paraclínicos, indicación de tratamiento y referencia a otros servicios	5' por paciente
Movilización del paciente		Al salir del consultorio medico vuelve a admisión para registro de la actividad realizada y próxima cita.	5'
Finalización de la consulta		Se traslada a obtención de medicamentos y confirmación de referencias a especialidad y ordenes de paraclínicos.	10'
Archivo de las historias		Ubicación en archivador por parte de registros médicos	Final de la Jornada 12 m. En ese turno.

Fuente: Elaborado por Alejandro Llovera, Octubre 2007

Figura 5. Diagrama de Ishikawa.



Fuente: Elaborado por Alejandro Llovera, Octubre 2007

Sistema de referencia de pacientes: por tratarse el Hospital Universitario de Coro, Dr. Alfredo Van Grieten de un hospital tipo III, este es el centro de referencia principal de todo el estado Falcón.

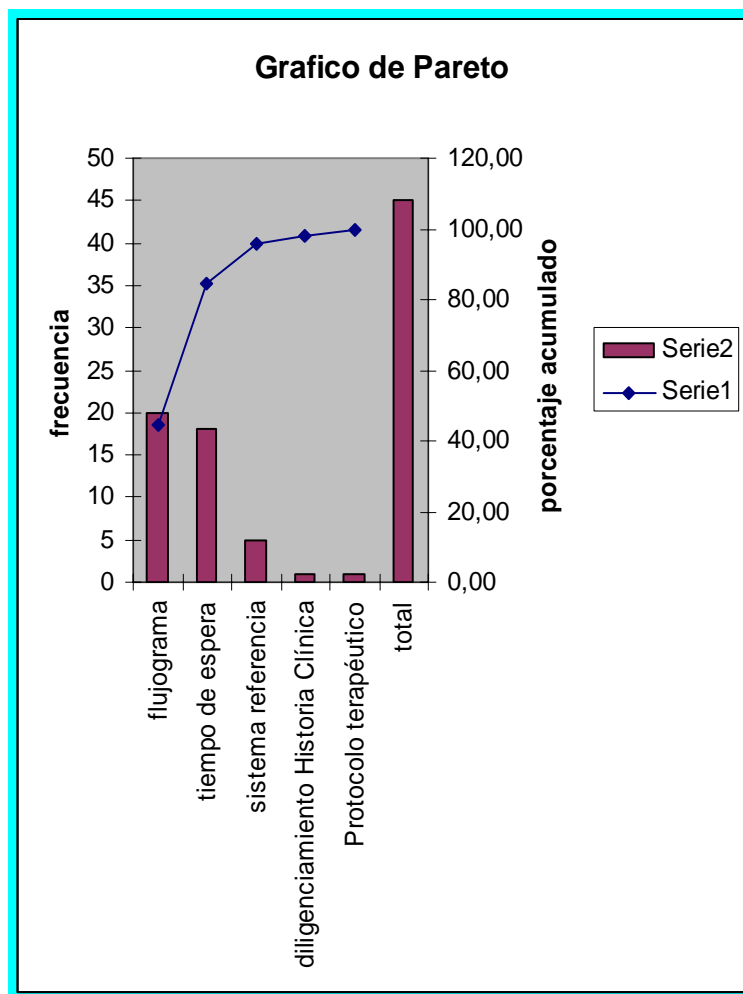
La Unidad de Patología Cervical recibe pacientes de toda la geografía del estado. Estos pacientes reciben atención de tercer nivel y cuando ameritan su referencia al centro de la remisión, se aplica el procedimiento administrativo pertinente. Sin embargo, tiene una calificación de 3 porque aunque existe no se aplica al cien por ciento de los casos ya que algunas usuarias prefieren continuar en el hospital.

Diligenciamiento de la historia clínica: Mediante un estudio de las historias clínicas se obtuvo que el 98.57% de las historias cumplen todos los requerimientos de información en relación a los tópicos: identificación, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, examen clínico, ayuda diagnóstica y tratamiento. Esto se debe a que cuenta con la supervisión de un

médico especialista y tiene asignado un residente del segundo año del postgrado que se encarga de la elaboración de la historia clínica. Esto permite historias de buena calidad, por lo cual tiene una calificación de 3.

Protocolo de manejo clínico terapéutico: su evaluación muestra la calidad del acto médico. Por tratarse de médicos especialistas, estos presentan un buen manejo clínico terapéutico, cuentan con entrenamiento en el manejo de patología cervical y con experiencia oncológica. El protocolo se cumple en todos los casos, ya que no se permite el paso de ninguno de los procedimientos sin que previamente se haya cumplido el anterior. Esto en beneficio de la usuaria y por lo delicado de la patología cervico uterina y su resultado final. Su calificación es de 4.

Figura 6. Gráfico de Pareto



Fuente: Elaborado por Alejandro Llovera, Octubre 2007

Después de evaluar los indicadores del proceso de atención y servicio de la Unidad de Patología Cervical se elaboró un gráfico de Pareto (Ver figura 6) donde se puede evidenciar cuál de las múltiples causas de un problema debe ser resuelto en primer lugar. Es decir determinar cual es la que explica el 80 por ciento del efecto.

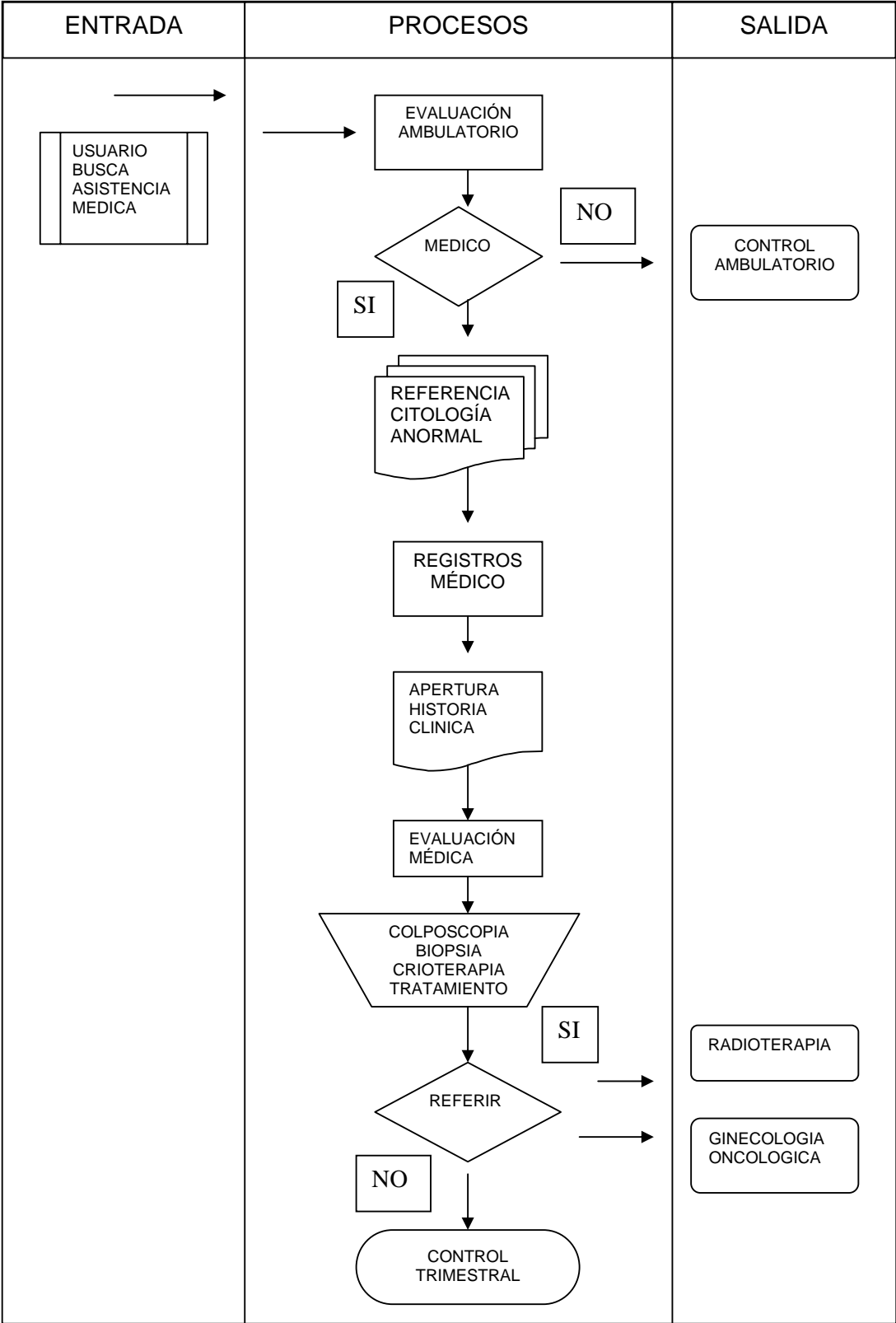
Como estamos evaluando el proceso de atención, como uno de los parámetros a mejorar para el diseño del plan de calidad se evidencia que se debe concentrar la atención sobre el tiempo de espera y la esquematización de los procesos de atención y servicios de las usuarias a través de la elaboración de un flujograma y su comunicación al equipo de salud y a las pacientes.

El gráfico de Pareto permite llegar a un acuerdo sobre lo verdaderamente importante por lo tanto sobre las verdaderas causas que deben ser atacadas prioritariamente, independientes de los sentimientos o prejuicios de las personas

Cuando se evaluó el indicador tiempo de espera, se elaboró un diagrama de Ishikawa (ver figura 5) se construyó sobre la base de una tormenta de ideas buscando todas las posibles causas y el efecto de esta prolongación del tiempo de espera.

Para entender el problema, en forma clara y esquemática, se elaboró un flujograma del proceso de atención y servicio al usuario partiendo de su entrada, procesos y salidas para identificar donde se presentan los posibles retrasos y tratar de plantear soluciones (ver figura 7).

Figura 7. Atención al usuario de la Unidad de Patología Cervical



Fuente: Elaborado por Alejandro Llovera, Octubre 2007

Figura 8. Diagrama Causa Efecto Solución

		Alta rotación personal enfermería	Tiempo de espera prolongados	Ausencia de flujograma de atención	Incumplimiento protocolo terapéutico	Sistema de referencia infuncional	Historias Clínicas incompletas	Perdida de la historia clínica	Retraso en inicio de la consulta
EFFECTOS									
CAUSAS									
SOLUCIONES									
Insatisfacción del usuario		○	○		○	○		●	●
Médico en otras áreas funcionales			●						●
control de documento deficiente		○				○	●	●	
Tratamiento incompleto					○				
Retraso en los procesos de atención		●	○	●		○		○	○
Sistema de archivo manual			●				○	○	
Desconocimiento de procesos		●		○	●	●			○
Programa de entrenamiento enfermería		○	○						○
Sistema informático de historias			●			●	○	●	●
Diseño de flujograma de atención				●			○		○
Elaborar manual de procesos		●		○	●	○		○	○
Auditoría de historias clínicas planificadas							●	●	
Medico sólo en Ginecología					●	○		○	●
Auditoría de procesos de atención			○	○	○	○			

● Relación fuerte ○ Relación débil

Fuente: Elaborado por Alejandro Llovera, Octubre 2007

Después de evaluar los indicadores del proceso de atención y servicio de la Unidad de Patología Cervical se elaboró un diagrama de causa efecto solución. Cuatrecasas (2005) considera que estas son herramientas avanzadas orientadas a niveles medio-altos de la escala organizativa que son empleadas en la gestión y planificación.

Mediante el empleo de matrices se definen gráficamente las relaciones que puedan existir entre diferentes factores. En particular, las que pueden existir entre las causas, efectos y soluciones de una situación o problema. Más concretamente, permite relacionar las causas de cada efecto y las soluciones que se pondrán en práctica.

Como sugiere Cuatrecasas (2005) estas herramientas facilitan el diseño de un plan de gestión integral de la calidad.

Tabla 6. Operacionalización de los indicadores del proceso de atención

Definición Nominal	Definición Real	Definición operacional
<p>Calidad de los procesos de atención y servicio al cliente</p> <p>Grado de cumplimiento de las expectativas de los usuarios en la prestación de los procesos de atención en un determinado servicio</p>	<p>Flujograma de atención</p> <p>Esquematiza los distintos pasos que deben cumplir los usuarios para obtener los servicios</p> <p>Tiempo espera entre la llegada y la salida de cada uno de los pasos del proceso</p> <p>Sistema de referencia de pacientes. Procedimiento administrativo que permite el tránsito ordenado de los pacientes por los distintos niveles de atención.</p> <p>Diligenciamiento de la historia clínica. Análisis de la historia clínica</p> <p>Protocolo de manejo clínico terapéutico. Análisis del ajuste al cumplimiento del protocolo</p>	<p>Existe el flujograma y se aplica correctamente: 4, existe y se aplica en la mayoría de los casos: 3, existe pero sólo se aplica en pocos casos y se aprecia desorientación en la forma como los usuarios deben transitar por los distintos servicios: 2, no existe los flujogramas: 1.</p> <p>Menos de 60 minuto: 4, entre 60 y 75 minutos:3 , entre 75 y 89 minutos:2, y 90 y más minutos:1.</p> <p>Existe y se aplica en todos los casos: 4, existe y se aplica entre el 70% y el 99% de los casos: 3, existe pero sólo se aplica en una proporción inferior al 70%:2, no existe: 1.</p> <p>Todos completos: 4, entre 80% y 99%:3, entre 60% y 79%:2, y menos de 60%:1.</p> <p>Todas ajustadas al protocolo: 4, entre 90% y 99%:3 entre 80% y 89%: 2 y menos de 80%:1.</p>

Fuente: El autor, Octubre 2007

2.- Análisis situacional DOFA.

El diagnóstico elaborado nos permitirá el establecimiento de los factores claves, que serán la base para la formulación de alternativas de acción. Estos factores claves, los podemos clasificar de la siguiente manera:

Debilidades: actividades o situaciones que limitan el desarrollo de la calidad.

Oportunidades: situaciones o variables externas que podrían llegar a beneficiar a la unidad de patología cervical en el futuro.

Fortalezas: actividades o situaciones que se hacen bien al interior de la entidad y la conducen al éxito.

Amenazas: situaciones o variables que podrían llegar a ser perjudiciales para la entidad.

El desarrollo de estas estrategias proporciona tres elementos claves:

- A) Identificar una ventaja distintiva o competitiva de la organización; puede estar en sus productos o servicios, recursos humanos, en la organización, en la agilidad de sus procesos, en la capacidad de respuesta.
- B) Encontrar un nicho en el medio. Un nicho es la posición de la institución en un segmento del mercado compatible con la visión corporativa. Uno efectivo es aquél que le permite a la institución una posición ventajosa de las oportunidades que se presentan y prevenir el efecto de las amenazas en el medio.
- C) Encontrar el mejor acoplamiento entre las ventajas competitivas y el nicho que esté a su alcance(Álvarez, F., 2003)

2.1.- Debilidades:

Costos elevados de insumos médicos

Equipamiento y mobiliario anticuado

Comunicaciones internas poco desarrolladas

Alta rotación del personal de enfermería

Registro manual de la historia clínica

Tiempo de espera prolongado

Ausencia de esquema de flujo de atención al usuario

Deterioro del sistema de aire acondicionado de los ambientes de consulta

Falta de manual de procedimientos en la unidad

2.2.- Amenazas:

Nueva legislación de la Ley Orgánica de Salud

Buenos profesionales abandonan la organización

Inestabilidad económica por cambios en la política monetaria

Fallas eléctricas por variación del voltaje

Aumento de la pobreza de la población

Insatisfacción laboral por bajo salario

2.3.-Fortalezas:

Personal altamente cualificado

Buena motivación al trabajo del equipo de salud

Buen emplazamiento por ubicarse en el hospital universitario de Coro

Centro de referencia de todo el estado Falcón

Servicio gratuito por ser un ente público

Accesibilidad

2.4.- Oportunidades:

Plan de mejoramiento de hospitales Misión Barrio Adentro III

Dotación de equipos nuevos.

Integración de la comunidad a través de la contraloría social

Tabla 7. Matriz DOFA, Unidad de Patología Cervical.

<p>Unidad de Patología Cervical</p>	<p>FORTALEZAS</p> <p>1-Único centro de referencia del estado.</p> <p>2-Personal médico especializado</p> <p>3-Servicio Gratuito por ser ente público</p>	<p>DEBILIDADES</p> <p>1-Falta de manual de procedimiento</p> <p>2-Tiempo de espera prolongado</p> <p>3-Alta rotación del personal de enfermería</p>
<p>OPORTUNIDADES</p> <p>1-Misión Barrio Adentro III de mejoramiento de infraestructura de Hospitales</p> <p>2-Normas y estándares de calidad existentes para planes de calidad</p>	<p>FO</p> <p>1-Desarrollar las competencias de los responsables de los procesos</p> <p>2-Diseñar planes de calidad bajo los estándares de calidad de las normas ISO 9000</p>	<p>DO</p> <p>1-Definir los procesos de atención al usuario</p> <p>2- Definir los requisitos necesarios para la formulación del plan de calidad de al unidad de patología cervical</p>
<p>AMENAZAS</p> <p>1-Buenos profesionales abandonan el Hospital</p> <p>2-insatisfacción laboral</p> <p>3-incertidunble por nueva Ley Orgánica de Salud</p>	<p>FA</p> <p>1-Mantener un alto nivel de motivación al trabajo del equipo de salud</p> <p>2-Desarrollar estrategias para mejorar la satisfacción laboral del equipo de salud</p>	<p>DA</p> <p>1-Revisar continuamente lo establecido en el plan de calidad para garantizar la continuidad de los procesos</p> <p>2-Fortalecer el proceso de atención a través de la capacitación de sus responsables</p> <p>3-Desarrollar estrategias para mejorar el tiempo de respuesta a las solicitud de atención de los usuarios</p>

Fuente: Elaborado por Alejandro Llovera, Octubre 2007

3.- Determinar de los elementos de un plan de la calidad de acuerdo a la norma ISO 10005:2005

Seguidamente, se presentan los distintos elementos que establece la norma ISO 10005:2005 para el desarrollo de un plan de la calidad, el cual será empleado para definir el diseño del plan de la calidad para el proceso de atención y servicio al usuario de la Unidad de Patología Cervical del Hospital Universitario de Coro Dr. Alfredo Van Grieken.

3.1.- Identificación de la necesidad de un plan de la calidad.

La organización debería identificar qué necesidades podría tener de planes de la calidad. Hay varias situaciones en que los planes de la calidad pueden ser útiles o necesarios, por ejemplo:

- a) mostrar como el sistema de gestión de la calidad de la organización se aplica a un caso específico,
- b) cumplir con los requerimientos legales, reglamentarios o del cliente,
- c) en el desarrollo y validación de nuevos productos o procesos,
- d) demostrar, interna y externamente como se cumplirá con los requisitos de calidad,
- e) organizar y gestionar actividades para cumplir los requisitos de calidad y objetivos de la calidad,
- f) optimizar el uso de recursos para el cumplimiento de los objetivos de la calidad,
- g) minimizar el riesgo de no cumplir los requisitos de calidad,
- h) utilizarlos como base para dar seguimiento y evaluar el cumplimiento de los requisitos para la calidad,
- i) en ausencia de un sistema de la gestión de la calidad documentado.

3.2.- Entrada para el plan de la calidad.

Una vez que la organización ha decidido desarrollar un plan de la calidad, la organización debería identificar las entradas para la preparación del plan de la calidad, por ejemplo:

- a) los requisitos para el caso específico,
- b) los requisitos para el plan de la calidad, incluyendo aquellos en especificaciones del cliente, legales, reglamentarias y de la industria,
- c) los requisitos del sistema de gestión de la calidad de la organización,
- d) la evaluación del riesgo para el caso específico,
- e) los requisitos y disponibilidad de recursos
- f) información sobre las necesidades de aquellos que tienen el compromiso de llevar a cabo actividades cubiertas por el plan de la calidad.
- g) Información sobre las necesidades de otras partes interesadas que utilizarán el plan de la calidad,
- h) Otros planes de la calidad pertinentes,
- i) otros planes relevantes, tales como otros planes de proyectos, planes ambientales de salud y seguridad, de protección y de gestión de la información

3.3.- Alcance del plan de la calidad.

La organización debería determinar que será cubierto por el plan de la calidad y que está o será cubierto por otros documentos. Debería evitarse la duplicación innecesaria.

El alcance del plan de la calidad dependerá de varios factores, incluyendo los siguientes:

- a) los procesos y características de calidad que son particulares al caso específico y por lo tanto necesitarán ser incluidos,

- b) los requisitos de los clientes u otras partes interesadas (internas o externas) para la inclusión de procesos no particulares al caso específico, pero necesarios para que aquellos tengan confianza en que sus requisitos serán cumplidos,
- c) el grado en el cual el plan de la calidad está apoyado por un sistema de gestión de calidad documentado.

Donde no hayan sido establecidos procedimientos de gestión de la calidad, pudiera ser necesario que sean desarrollados para apoyar el plan de la calidad. Puede haber beneficios por la revisión del alcance del plan de la calidad con el usuario u otra parte interesada, por ejemplo para facilitar su uso del plan de la calidad para el seguimiento y medición.

3.4.- Preparación del plan de la calidad.

3.4.1.- Iniciación.

La persona responsable de la preparación del plan de la calidad debería ser claramente identificada. El plan de la calidad debería ser preparado con la participación del personal involucrado en el caso específico, tanto dentro de la organización como, conforme sea apropiado de partes externas.

Cuando se prepare un plan de calidad, las actividades de gestión de la calidad aplicables al caso específico deberían estar definidas y donde sea necesario, documentarlas.

3.4.2.- Documentación del plan de la calidad.

El plan de la calidad debería indicar como van a llevarse a cabo las actividades requeridas, ya sea directamente o por referencia a los procedimientos documentados apropiados u otros documentos (por ejemplo planes de proyectos, instrucciones de trabajo, lista de verificación). Donde un requisito de cómo resultado una desviación debería ser justificada y autorizada.

Gran parte de a documentación genérica necesaria puede ya estar contenida en la documentación del sistema de gestión de la calidad, incluyendo su manual de la calidad y los procedimientos documentados. El plan de la calidad debería mostrar cómo se aplican los procedimientos documentados

genéricos de la organización o en su defecto, como se modifican o sustituyen por procedimientos del plan de la calidad.

3.4.3.- Responsabilidades

Al preparar el plan de la calidad, la organización debería acordar y definir las funciones, responsabilidades y obligaciones respectivas tanto en el interior de la organización como en el usuario, las autoridades reglamentarias u otras partes interesadas. Quienes administran el plan de la calidad deberían asegurarse de que las personas a las que hace referencia son conscientes de los objetivos de la calidad y de cualesquiera asunto de la calidad o controles específicos requeridos por el plan de la calidad.

3.4.4.- Coherencia y compatibilidad

El contenido y formato de plan de la calidad debería ser coherente con el alcance del plan de la calidad, los elementos de entrada del plan y las necesidades de los usuarios previstos. El nivel de detalle en el plan de la calidad debería ser coherente con cualquier requisito acordado con el cliente, el método de operación de la organización y la complejidad de las actividades a ser desempeñadas. La necesidad de compatibilidad con otros planes también debería ser considerada.

3.4.5.- Presentación.

La presentación del plan de la calidad puede tener diversas formas, por ejemplo una simple descripción textual, una tabla, una matriz de documentos, un mapa de procesos, un diagrama de flujo de trabajo o un manual. Cualquiera de ellas puede presentarse en formatos electrónicos o en papel.

El plan de la calidad puede dividirse en varios documentos, cada uno de los cuales representa un plan para un aspecto distinto. El control de las interfaces entre los diferentes documentos necesita estar claramente definido. Una organización puede desear preparar un plan de la calidad que sea conforme a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001.

Posterior al desarrollo del plan de la calidad correspondiente, este debe ser revisado, aceptado e implementado, según las directrices establecidas en esta norma, las cuales se describen a continuación.

3.5.- Revisión, aceptación, implementación del plan de la calidad.

3.5.1.- Revisión y aceptación del plan de la calidad.

El plan de la calidad debería ser revisado respecto a su adecuación y eficiencia y ser formalmente aprobado por una persona autorizada o por un grupo que incluya representantes de las funciones pertinentes dentro de la organización.

En situaciones contractuales, puede ser necesario que la organización presente el plan de la calidad al cliente para su revisión y aceptación, ya sea como parte de un proceso de consulta previo al contrato o después de que el contrato sea adjudicado. Una vez que se adjudica el contrato, el plan de la calidad debería ser revisado y donde sea apropiado, revisado para reflejar cualquier cambio en los requisitos que pudiera haber ocurrido como resultado de la consulta previa al contrato.

Cuando un proyecto o contrato se lleve a cabo en etapas, puede esperarse que la organización presente al cliente un plan de la calidad para cada etapa, previamente al inicio de esa etapa.

3.5.2.- Implementación del plan de la calidad.

En la implementación del plan de la calidad, la organización debería considerar los siguientes casos:

- a) Distribución del plan de la calidad. El plan de la calidad debería distribuirse a todo el personal pertinente. Se debería tener cuidado para distinguir entre copias que se distribuyen bajo las provisiones de control de los documentos y aquellas que se proporcionan sólo para información.
- b) Formación en el uso de los planes de la calidad. En algunas organizaciones, los planes de la calidad pueden utilizarse como una parte rutinaria del sistema de gestión de la calidad. Sin embargo en otras, los planes de la calidad podrían utilizarse solo ocasionalmente. En este caso, podría ser necesario una formación especial para ayudar a los usuarios a aplicar el plan de la calidad correctamente.

- c) Dar seguimiento a la conformidad con los planes de la calidad. La organización es responsable de dar seguimiento a la conformidad con cada plan de la calidad que realice. Esto puede incluir: la supervisión operativa de los acuerdos planificados. la revisión de los hitos y auditorías.

Cuando se utilizan planes de localidad a corto plazo, las auditorías generalmente se efectúan sobre una base de muestreo.

Cuando los planes de calidad se presentan a los usuarios u otras partes externas, estas partes podrían establecer disposiciones para dar seguimiento a la conformidad con los planes de la calidad.

Dicho seguimiento puede ayudar a:

- a) evaluar el compromiso de la organización respecto a la implantación eficaz del plan de la calidad,
- b) evaluar la implementación práctica del plan de la calidad,
- c) determinar donde pueden surgir riesgos en relación con los requisitos del caso específico,
- d) tomar acciones correctivas o preventivas conforme sea apropiado, y
- e) identificar oportunidades para la mejora en el plan de la calidad y las actividades asociadas.

3.5.3.- Revisión del plan de la calidad.

La organización debería revisar el plan de la calidad:

- a) para reflejar cualquier cambio a los elementos de entrada del plan de la calidad, incluyendo: El caso específico para el cual se ha establecido el plan de la calidad. Los procesos para la realización del producto. El sistema de gestión de la calidad de la organización y los requisitos legales y reglamentarios.
- b) para incorporar al plan de la calidad las mejoras acordadas. Una o varias personas autorizadas deberían revisar los cambios al plan de la calidad con respecto a su impacto, adecuación y eficacia. Las revisiones al plan

de la calidad debería ponerse en conocimiento de todos los involucrados en su uso. Conforme sea necesario, deberían revisarse cualesquiera documentos que estén afectados por los cambios en el plan de la calidad.

La organización debería considerar como y bajo que circunstancias la organización autorizaría una desviación del plan de la calidad, incluyendo: quién tendrá la autoridad para solicitar dichas desviaciones. Como se hará tal solicitud. Que información se va a proporcionar y en que forma y a quien se identificará como que tiene la responsabilidad y autoridad para aceptar o rechazar tales desviaciones.

Un plan de la calidad debería tratarse como un elemento de la configuración y debería estar sujeto a la gestión de la configuración, véase la norma ISO 10007.

4.- Retroalimentación y mejora.

Donde sea apropiado, la experiencia obtenida de la aplicación de un plan de la calidad debería revisarse y la información se debería utilizar para mejorar planes futuros o el propio sistema de gestión de la calidad.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA.

1.- Título del plan de calidad.

Plan de calidad para el proceso de atención y servicio al usuario de la Unidad de Patología Cervical del Hospital Universitario de Coro Dr. Alfredo Van Grieken.

2.- Generalidades del plan de calidad:

Según la norma ISO 10005:2005, el plan de calidad debería cubrir los temas que examina la norma según el caso específico; algunos de los elementos contenidos de la orientación de la norma pueden no ser aplicables, por ejemplo donde esté involucrados el diseño y desarrollo (Malagón y otros en Garantía de calidad en salud, 2006, Pág.632).

3.- Alcance del plan de calidad.

Basado en la norma ISO 10005:2005:

El alcance debería incluir: el propósito y el resultado esperado del caso, los aspectos, características, limitaciones y condiciones del caso específico.

Este plan de calidad se aplica a los procesos que conforman las actividades de atención y servicios al usuario de la Unidad de Patología Cervical para el aseguramiento de la calidad de las actividades de las mismas.

4.-Elementos de entrada del plan de calidad.

Basado en la norma ISO 10005:2005:

Puede ser necesario hacer una lista de los elementos de entrada del plan de calidad, con objeto de facilitar:

-que los usuarios del plan puedan hacer referencia a los documentos de entrada,

- La verificación de la coherencia con los documentos de entrada durante el mantenimiento del plan de la calidad y

- la identificación de aquellos cambios en los documentos de entrada que pudieran necesitar una revisión del plan de la calidad.

Los elementos de entrada, utilizados son:

Lineamientos de los actuales programas de salud,

Normas ISO sobre calidad

5.- Objetivo de la calidad.

Basado en la norma ISO 10005:2005:

El plan de calidad debería aclarar los objetivos de calidad para el caso específico y como se van a lograr. Los objetivos de la calidad pueden ser establecidos, por ejemplo, en relación con:

- las características de calidad para el caso específico,
- cuestiones importantes para la satisfacción del usuario o de las otras partes interesadas y
- oportunidades para la mejora de la práctica de trabajo.

Estos objetivos de la calidad deberían ser expresados en términos medibles.

El objetivo de calidad del plan es: garantizar el curso correcto de las actividades de atención para satisfacer las necesidades del usuario. Se puede medir a través de encuestas de satisfacción del usuario y evaluando los procesos de atención. Luego se implementa un plan de mejoramiento continuo de los procesos conociendo un valor o punto de partida previo se establece una meta a alcanzar en un lapso temporal, por ejemplo cumplimiento de protocolo terapéutico actual 89% llevarlo en un lapso de seis meses a un 95% a un costo hora-hombre de 40 horas siendo el especialista I el responsable.

6.- Responsabilidades de la dirección.

Basado en la norma ISO 10005:2005:

El plan debería identificar a los individuos dentro de la organización que, para el caso específico, son responsables de lo siguiente:

- asegurarse de que las actividades requeridas para el sistema de gestión de la calidad o el contrato sean planificadas, implementadas y controladas, y se de seguimiento a su progreso;

- determinar la secuencia y la interacción de los procesos pertinentes al caso específico;

- Comunicar los requisitos a todos los departamentos y funciones, subcontratistas y clientes afectados, y de resolver problemas que surjan en las interfases entre dichos grupos;

- revisar los resultados de cualesquiera auditorias desarrolladas;

- autorizar peticiones para excepciones de los requisitos del sistema de gestión de la calidad de la organización;

- controlar las acciones correctivas y preventivas;

- revisar y autorizar cambios o desviaciones, del plan de la calidad.

Los canales de comunicación de aquellos involucrados en la implementación del plan de calidad pueden ser presentados en forma de diagrama de flujo.

La responsabilidad de velar por el cumplimiento de las normas recae sobre el equipo de salud. Sin embargo, es el coordinador de la Unidad de Patología Cervical y el jefe de Servicio de Ginecología quienes serán los responsables de planificar, implementar y controlar los procesos de atención al usuario.

7.- Control de documentos y datos.

Basado en la norma ISO 10005:2005:

Para documentos y datos aplicables al caso específico, el plan de calidad debería indicar:

- cómo serán identificados los documentos y datos;
- por quién serán revisados y aprobados los documentos y datos;
- a quien se le distribuirán los documentos, o se le notificará su disponibilidad;
- cómo se puede obtener acceso a los documentos y datos.

El control de documentos y datos será manejado por el personal de registros médicos. Se aplicarán políticas de seguridad para acceder a la información que esta contenga por ser de carácter confidencial. Se tendrá acceso por autorización del coordinador de la Unidad de Patología Cervical.

8.- Control de los registros.

Basado en la norma ISO 10005:2005:

El plan de calidad debería declarar qué registros deberían establecerse y cómo se mantendrán. Dichos registros podrían incluir registros de revisión del diseño, registros de inspección y ensayo/prueba, mediciones de proceso, órdenes de trabajo, actas de reuniones. Los asuntos a ser considerados incluyen los siguientes:

- a) cómo, donde y por cuanto tiempo se guardarán los registros;
- b) cuales son los requisitos contractuales, legales y reglamentarios, y como se van a satisfacer;
- c) en qué medio se guardarán los registros, en papel o medios electrónicos;
- d) como se definirán y cumplirán los requisitos de legibilidad, almacenamiento, recuperación, disposición y confidencialidad;
- e) que métodos se utilizarán para asegurarse de que los registros están disponibles cuando sea requerido;
- f) que registros se proporcionarán al usuario, cuando y por que medios;
- g) donde sea aplicable, en que idioma se proporcionarán los registro de texto,

h) la eliminación de registros.

Los registros serán resguardados en la carpeta de la historia clínica del usuario cuándo se trate de documentación en físico (papel). Los documentos se archivarán en el archivo general de la institución y luego la información será digitalizada. Los soportes recibidos electrónicamente serán incluidos en su registro respectivo. Para esto se implementará un sistema de registro informático.

9.- Recursos.

Basado en la norma ISO 10005:2005:

Provisión de recursos.

El plan de la calidad debería definir el tipo y cantidad de recursos necesarios para la ejecución exitosa del plan. Estos recursos pueden incluir materiales, recursos humanos, infraestructura y ambiente de trabajo.

Cuando un recurso particular tiene disponibilidad limitada, el plan de la calidad puede necesitar identificar como se va a satisfacer la demanda de varios productos, proyectos, procesos o contratos concurrentes.

Materiales

Cuando hay características específicas para materiales requeridos (materias primas y componentes), deberán declararse o hacer referencia en el plan de la calidad a las especificaciones o normas con las cuales los materiales tienen que ser conformes.

Recursos humanos

El plan de la calidad debería especificar, donde sea necesario, las competencias particulares requeridas para las funciones y actividades definidas dentro del caso específico. El plan de la calidad debería definir cualquier formación específica u otras acciones requeridas en relación con el personal.

Esto debería incluir:

a) la necesidad de nuevo personal y de su formación;

b) la formación del personal existente en métodos de operación nuevos o revisados.

c) también debería considerarse la necesidad o la capacidad de aplicación de estrategias de desarrollo en grupo y de motivación.

Infraestructura y ambiente de trabajo.

El plan de la calidad debería indicar los requisitos particulares del caso específico con respecto a la instalación para el servicio, espacio de trabajo, herramientas y equipo, tecnología de información y comunicación, servicios de apoyo y equipo de transporte necesarios para su terminación con éxito.

Donde el ambiente de trabajo tiene un efecto directo sobre la calidad del producto o proceso, el plan de la calidad puede necesitar especificar las características ambientales particulares, por ejemplo:

a) el contenido de partículas suspendidas en el aire para una sala limpia;

b) la protección de los dispositivos sensibles electrostáticamente;

c) la protección contra daños biológicos;

d) el perfil de temperatura ambiental;

e) la luz ambiental y la ventilación.

El Hospital Universitario de Coro será el encargado de proporcionar todo el material (equipos médicos e insumos materiales) que sea requerido durante el proceso de atención. Así mismo proporcionará una infraestructura adecuada para la prestación del servicio en un medio ambiente que satisface las expectativas de los usuarios y del proveedor. Se implementarán planes de formación y mejoramiento profesional del recurso humano de la Unidad de Patología Cervical que incluya a todo el equipo de salud.

10.- Requisitos.

Basado en la norma ISO 10005:2005:

El plan de la calidad debería incluir o hacer referencia a los requisitos a ser cumplidos para el caso específico. Puede incluirse una perspectiva general sencilla de los requisitos para ayudar a los usuarios a entender el contexto de

su trabajo. En otros casos, puede ser necesaria una lista exhaustiva de requisitos, desarrollada a partir de los documentos de entrada.

El plan de la calidad debería indicar cuando, como y por quién o por quienes serán revisados los requisitos especificados para el caso específico. El plan de la calidad también debería indicar como se registrarán los resultados de esta revisión y como se resolverán los conflictos o ambigüedades en los requisitos.

Los procesos de atención deben ser ejecutados por el equipo de salud y deben estar debidamente documentados y justificados. La coordinación esta a cargo del jefe del Servicio de Ginecología y el coordinador de la Unidad de Patología Cervical quienes tienen el compromiso de cuidar los tiempos de atención de los procesos

11.- Comunicación con el cliente.

Basado en la norma ISO 10005:2005:

El plan de la calidad debería indicar lo siguiente:

- a) quien es responsable de la comunicación con el cliente en casos particulares,
- b) los medios a utilizar para la comunicación con el cliente;
- c) cuando corresponda, las vías de comunicación y los puntos de contacto para clientes o funciones específicas;
- d) los registros a conservar de la comunicación con el cliente;
- e) el proceso a seguir cuando se reciba una felicitación o queja de un cliente.

Se utilizarán los canales formales de comunicación establecidos por la organización. Durante el acto de atención (la consulta) se suministrará la información requerida por el usuario de una forma clara y sencilla pero sin dejar de ser completa para que el usuario tenga elementos de decisión. La frecuencia de la comunicación será determinada de acuerdo al caso en particular, semanal, mensual, trimestral, semestral, anual. Debe atenderse los

reclamos del paciente, documentarse y plantear alternativas de mejoramiento y seguimiento de la resolución de la queja.

12.- Diseño y desarrollo.

Basado en la norma ISO 10005:2005:

Proceso de diseño y desarrollo.

El plan de la calidad debería incluir o hacer referencia al plan o planes para el diseño y desarrollo.

Conforme sea apropiado, el plan de la calidad debería tener en cuenta los códigos aplicables, normas, especificaciones, características de calidad y requisitos reglamentarios. Debería identificar los criterios por los cuales deberían aceptarse los elementos de entrada y los resultados del diseño y desarrollo y como, en que etapa o etapas y por quien debería revisarse, verificarse y validarse los resultados.

Control de cambios del diseño y desarrollo.

El plan de la calidad debería indicar lo siguiente:

- a) como se controlarán las solicitudes de cambios al diseño y desarrollo;
- b) quien está autorizado para iniciar la solicitud de cambio;
- c) como se revisaran los cambios en términos de su impacto;
- d) quien está autorizado para aprobar o rechazar cambios; y
- e) como se verificará la implementación de los cambios

En la Unidad de Patología Cervical para controlar los procesos, actividades y entregables (soluciones) de atención servicio al usuario se debe documentar a través de un manual de procesos de calidad, que defina cada uno de los procesos, su responsable, el resultado a obtener según características de calidad, deben realizarse revisiones sistemáticas y validación para asegurar que las salidas satisfacen las entradas. Las solicitudes de cambios, quien las revisa, cómo las autoriza y cómo se implementa.

13.- Compras.

Basado en la norma ISO 10005:2005:

El plan de la calidad debería definir lo siguiente:

a) las características críticas de los productos comprados que afectan a la calidad del producto de la organización;

b) como se van a comunicar esas características a los proveedores, para permitir el control adecuado a lo largo de todo el ciclo de vida del producto o servicio;

c) los métodos a utilizar para evaluar, seleccionar y controlar a los proveedores;

d) donde sea apropiado, los requisitos para los planes de la calidad del proveedor y otros planes, y su referencia;

e) los métodos a utilizar para satisfacer los requisitos pertinentes de aseguramiento de la calidad, incluyendo los requisitos legales y reglamentarios que apliquen a los productos comprados;

f) como pretende verificar la organización la conformidad del producto comprado respecto a los requisitos especificados; y

g) las instalaciones y servicios requeridos que serán contratados externamente.

Será gestionado a través de un plan de procura llevado por el coordinador de la Unidad de Patología Cervical y la oficina de compras del Hospital Universitario de Coro. Se encargarán de establecer el contacto con los proveedores para adquirir los equipos e insumos necesarios. si el caso lo requiere, llamará a licitación para adquirir algún equipamiento específico.

14.- Producción y prestación del servicio.

Basado en la norma ISO 10005:2005:

La producción y prestación del servicio, conjuntamente con los procesos pertinentes de seguimiento y medición, comúnmente forman la parte principal del plan de la calidad. Los procesos involucrados varían, dependiendo de la

naturaleza del trabajo. La interrelación entre los diversos procesos involucrados se puede expresar eficazmente a través de la preparación de diagramas de flujo.

Puede ser necesario verificar los procesos de producción y servicio, para asegurarse de que son capaces de producir los resultados requeridos; dicha verificación debería llevarse a cabo siempre si el resultado de un proceso no puede ser verificado por un seguimiento o medición subsiguiente.

El plan de la calidad debería identificar los elementos de entrada, las actividades de realización y los resultados requeridos para llevar a cabo la producción o prestación del servicio. Conforme sea apropiado, el plan de la calidad debería incluir o hacer referencia a lo siguiente:

- a) las etapas del proceso;
- b) los procedimientos documentados e instrucciones de trabajo pertinentes;
- c) las herramientas, técnicas, equipo y métodos a utilizar para lograr los requisitos especificados, incluyendo los detalles de cualquier certificación necesaria de material, producto o proceso;
- d) las condiciones controladas requeridas para cumplir con los acuerdos planificados;
- e) los mecanismos para determinar el cumplimiento de tales condiciones, incluyendo cualquier control estadístico u otros controles del proceso especificados;
- f) los detalles de cualquier calificación o certificación necesaria del personal;
- g) los criterios de entrega del trabajo o servicio;
- h) los requisitos legales y reglamentarios aplicables;
- i) los códigos y prácticas industriales.

Cuando la instalación o la puesta en servicio sean un requisito, el plan de la calidad debería indicar como será instalado el producto y que características tienen que ser verificadas y validadas en ese momento.

Cuando el caso específico incluya actividades posteriores a la entrega (por ejemplo servicio de mantenimiento, apoyo o formación), el plan de la calidad debería indicar como pretende la organización asegurar la conformidad con los requisitos aplicables, tales como:

- a) los estatutos y reglamentos;
- b) los códigos y prácticas industriales;
- c) la competencia del personal, incluyendo personal en formación;
- d) la disponibilidad de apoyo técnico inicial y continuo durante el periodo de tiempo acordado.

En la norma ISO 10006:2005 se proporciona orientación sobre los procesos del proyecto a ser gestionados bajo este capítulo.

Las actividades de atención y servicio al usuario serán desarrolladas dentro del Hospital Universitario de Coro de acuerdo al tipo de servicio solicitado por el paciente. Los tiempos de atención establecidos deben ser respetados por el equipo de salud

15.- Identificación y trazabilidad.

Basado en la norma ISO 10005:2005:

Donde sea apropiada la identificación del producto, el plan de la calidad debería definir los métodos a utilizar. Cuando la trazabilidad sea un requisito, el plan de la calidad debería definir su alcance y extensión, incluyendo cómo serán identificados los productos afectados.

El plan de la calidad debería indicar:

- a) como se van a identificar los requisitos de trazabilidad contractuales, legales y reglamentarios y como se van a incorporar a los documentos de trabajo;

b) que registros se van a generar respecto a dichos requisitos de trazabilidad y como se van a controlar y distribuir; y

c) los requisitos y métodos específicos para la identificación del estado de inspección y de ensayo prueba de los productos.

16.- Propiedad del cliente.

Basado en la norma ISO 10005:2005:

El plan de la calidad debería indicar:

a) como se van a identificar y controlar los productos proporcionados por el cliente (tales como material, herramientas, equipo de ensayo-prueba, software, datos, información, propiedad intelectual o servicios)

b) los métodos a utilizar para verificar que los productos proporcionados por el cliente cumplen los requisitos especificados,

c) como se controlarán los productos no conformes proporcionados por el cliente; y

d) como se controlará el producto dañado, perdido o inadecuado.

En la norma ISO 17799 se ofrece orientación sobre la protección de la información.

Los soportes solicitados al usuario de la Unidad de Patología Cervical serán archivados en las respectivas historias clínicas siendo claramente identificados. De requerir algún tipo de copia, se requiere la aprobación de una persona autorizada por ser esta de carácter confidencial.

17.- Preservación del producto.

Basado en la norma ISO 10005:2005:

El plan de la calidad debería indicar:

a) los requisitos para la manipulación, almacenamiento, embalaje y entrega, y como se van a cumplir estos requisitos; y

b) (si la organización va a ser responsable de la entrega) como se entregará el producto en el sitio especificado, de forma tal que asegure que sus características requeridas no se degraden.

Las historias clínicas serán ubicadas en archivos físicos que estarán bajo condiciones de seguridad óptima.

18.- Control del producto no conforme.

Basado en la norma ISO 10005:2005:

El plan de la calidad debería definir como se va a identificar y controlar el producto no conforme para prevenir un uso inadecuado, hasta que se complete una eliminación apropiada o una aceptación por concesión. el plan de la calidad podría necesitar definir limitaciones específicas, tales como el grado o tipo de reproceso o reparación permitida y como se autorizará el mencionado reproceso o reparación.

Las no conformidades del usuario de la Unidad de Patología Cervical serán evaluadas, documentadas y se propondrán mejoras.

19.- Seguimiento y medición.

Basado en la norma ISO 10005:2005:

Los procesos de seguimiento y medición proporcionan los medios por los cuales se obtendrá la evidencia objetiva de la conformidad. En algunos casos, los clientes solicitan la presentación de los planes de seguimiento y medición (generalmente denominados planes de inspección) solos, sin otra información del plan de la calidad, como una base para dar seguimiento a la conformidad con los requisitos especificados.

El plan de la calidad debería definir lo siguiente:

- a) el seguimiento y medición a ser aplicado a procesos y productos;
- b) las etapas en las cuales debería aplicarse;
- c) las características de la calidad a las que se va a hacer seguimiento y medición en cada etapa;

- d) los procedimientos y criterios de aceptación a ser usados;
- e) cualquier procedimiento de control estadístico del proceso a ser aplicado;
- f) cuando se requiere que las inspecciones o los ensayo-pruebas sean presenciados o llevados a cabo por autoridades reglamentarias o clientes, por ejemplo.
 - un ensayo-prueba, encaminados a la aprobación de un diseño y llevados a cabo para determinar si el diseño es capaz de cumplir los requisitos de la especificación del producto,
 - ensayo-prueba en el sitio incluyendo aceptación,
 - verificación del producto,
 - validación del producto;
- g) donde, cuando y como la organización pretende, o el cliente o las autoridades legales o reglamentarias se lo requieren, utilizan terceras partes para desarrollar inspecciones o ensayo-pruebas;
- h) los criterios para la liberación del producto.

El plan de la calidad debería identificar los controles a utilizar para el equipo de seguimiento y medición que se pretende usar para el caso específico, incluyendo su estado de confirmación de la calibración.

En la norma ISO 10012 se puede encontrar orientación sobre la gestión de los sistemas de medición. En el informe técnico ISO/TR 10017 se puede encontrar orientación sobre la selección de los métodos estadísticos.

Serán realizadas encuestas de medición del grado de satisfacción del usuario y utilizando el método propuesto por Galán (Malagón y otros, 2003) se evaluará el proceso de atención y servicio de la Unidad de Patología Cervical.

20.- Auditoria.

Basado en la norma ISO 10005:2005:

Las auditorías pueden utilizarse para varios propósitos, tales como:

- a) dar seguimiento a la implementación y eficacia de los planes de la calidad;
- b) dar seguimiento y verificar la conformidad con los requisitos especificados;
- c) la vigilancia de los proveedores de la organización;
- d) proporcionar una evaluación objetiva independiente, cuando se requiera, para cumplir las necesidades de los clientes u otras partes interesadas.

El plan de la calidad debería identificar las auditorías a ser llevadas a cabo para el caso específico, la naturaleza y extensión de dichas auditorías y como deberían utilizarse los resultados de las auditorías.

En las normas ISO 19011 se ofrece más orientación sobre las auditorías. Los procesos de atención y servicio al usuario de la Unidad de Patología Cervical están sujetos a la ejecución de auditorías planificadas por el jefe del Servicio de Ginecología y el coordinador de la unidad cada seis meses, como un proceso de mejoramiento continuo.

Tabla 8. Plan de calidad para la atención y servicio al usuario.

Plan de calidad procesos de atención y servicio al usuario Unidad de Patología Cervical					
PC-001	Procesos de atención y servicio al cliente de calidad según especificaciones	Elaborado por:	Conformado por:	Revisado por:	fecha: octubre 2007
<p>Alcance Este plan de calidad se aplica a los procesos que conforman las actividades de atención y servicios al usuario de la unidad de patología cervical para el aseguramiento de la calidad de las actividades que conforman dicho proceso</p> <p>Objetivo de la calidad Garantizar el curso correcto de las actividades de atención para satisfacer las necesidades del usuario</p> <p>Responsabilidades de la dirección La descripción de cargos y las responsabilidades del personal son propias de la actividad que cumplen dentro del proceso. La responsabilidad de velar por el cumplimiento de la normas recae sobre el equipo de salud</p> <p>Documentación Lo referente el control del documento y datos será manejado por el personal de registros médicos. Se aplicarán políticas de seguridad para acceder a la información que ésta contenga</p> <p>Registro Los registros serán resguardados en la carpeta de la historia clínica del usuario cuándo se trate de documentación física (papel). Los documentos se archivarán en el archivo general de la institución y luego la información será digitalizada. Los soporte recibidos electrónicamente serán incluidos en su registro respectivo</p> <p>Recursos El Hospital Universitario de Coro será el encargado de proporcionar todo el material (equipos médicos e insumos materiales) que sea requerido durante el proceso de atención. Así mismo proporcionará una infraestructura adecuada para la prestación del servicio en un medio ambiente que satisfaga las expectativas del usuario y del proveedor</p> <p>Requisitos Los procesos de atención deben ser ejecutados por el equipo de salud y deben estar debidamente documentados y justificados. La coordinación esta a cargo del Jefe de Servicio y del coordinador de la Unidad de Patología Cervical quienes tienen el compromiso de cuidar los tiempos de atención de los procesos.</p> <p>Comunicación con el Usuario Se utilizarán los canales formales de comunicación establecidos por la organización. Durante el acto de atención (la consulta) se suministrará la información requerida por el usuario de una forma clara y sencilla pero sin dejar de ser completa para que el usuario tenga elementos de decisión. La frecuencia de la comunicación será determinada de acuerdo al caso en particular, semanal, mensual, trimestral, semestral, anual. Debe atenderse los reclamos del paciente.</p>					

Fuente: El autor, Octubre 2007

Tabla 9. Plan de calidad para la atención y servicio al usuario. Continuación

Plan de calidad procesos de atención y servicio al usuario Unidad de Patología Cervical					
PC-001	Procesos de atención y servicio al cliente de calidad según especificaciones	Elaborado por:	conformado por:	revisado por:	fecha: octubre 2007
<p>Diseño y Desarrollo Para controlar los procesos, actividades y entregables(soluciones) de atención y servicio al usuario se debe documentar a través de un manual de procesos de calidad, que defina cada uno de los procesos, su responsable, el resultado a obtener según características de calidad, deben realizarse revisiones sistemáticas y validación para asegurar que las salidas satisfacen las entradas. Las solicitudes de cambios, quien las revisa, cómo las autoriza y cómo se implementa</p> <p>Compras Será gestionado a través de un plan de procura llevado por el coordinador de la Unidad de Patología Cervical y la oficina de compras del Hospital Universitario de Coro. Se encargarán de establecer el contacto con los proveedores para adquirir los equipos e insumos necesarios. Si el caso lo requiere, llamará a licitación para adquirir algún equipamiento específico</p> <p>Producción y prestación del servicio Las actividades de atención y servicio al usuario serán desarrolladas dentro del Hospital Universitario de Coro de acuerdo al tipo de servicio solicitado por el paciente. Los tiempos de atención establecidos deben ser respetados por el equipo de salud.</p> <p>Propiedad del cliente Los soportes serán archivados en las respectivas historias clínicas siendo claramente identificados. De requerir algún tipo de copia, se requiere la aprobación de una persona autorizada por ser ésta de carácter confidencial</p> <p>Preservación del producto Las historias clínicas serán ubicadas en archivos físicos que estarán bajo condiciones de seguridad óptima</p> <p>Productos No conformes Las no conformidades del usuario serán evaluadas, documentadas y se propondrán mejoras</p> <p>Seguimiento y medición Serán realizadas encuestas de medición del grado de satisfacción del usuario y utilizando el método propuesto por Galán se evaluará el proceso de atención y servicio de la Unidad de Patología Cervical</p> <p>Auditoria Los procesos de atención y servicio al usuario están sujetos a la ejecución de auditorias planificadas por el jefe del servicio y el coordinador de la unidad cada seis meses, como un proceso de mejoramiento continuo</p>					

Fuente: El autor, Octubre 2007

CAPITULO VII

EVALUACIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.- E valuación de los objetivos y resultados de la investigación.

Del primer objetivo: describir los procesos actuales de atención y servicio al usuario de la unidad de patología cervical, se obtuvieron los resultados de presentación de los procesos de la consulta del servicio de ginecología en general y su aplicación a la consulta especializada de patología cervical. Se describe la infraestructura del departamento de ginecología y obstetricia; y sus recursos humanos y materiales. Se diseño un organigrama funcional para ubicar en que nivel se encuentra la unidad de patología cervical. Sin embargo, se observo la falta de un manual de procedimiento que facilitaría el desarrollo de un plan de la calidad.

Del segundo objetivo: identificar la situación actual a intervenir del proceso de atención y servicio al usuario, se obtuvieron los resultados para identificar los procesos a intervenir. Se realizó una auditoria de procesos utilizando el método desarrollado por Galán Moreno para evaluar los procesos de consultas en hospitales y adaptado a las necesidades de la presente investigación. Luego se diseño un flujograma de atención al paciente para esquematizar la entrada, los procesos y la salida de las usuarias y los canales de referencias. A través de un esquema del proceso se midió los tiempos de espera de la consulta y se elaboró un diagrama de ishikawa de causa –efectos para su análisis. También se esquematizo por medio de un gráfico de Pareto donde estas las fallas en el proceso de atención y un análisis situacional utilizando una matriz DOFA para ver las fortalezas y oportunidades del diseño de un plan de la calidad.

El tercer objetivo, diseñar un plan de calidad de acuerdo con los elementos de la norma ISO 9001:2002, primero se determino los elementos de un plan de la calidad que da como resultado la definición de los lineamientos para el diseño del plan de la calidad, y se especifico los procedimientos a

desarrollar, basado y regido por la norma ISO 10005:2005, de sistemas de gestión de la calidad; directrices para los planes de la calidad.

2.- Conclusiones.

El presente trabajo se realizó enmarcado en los enfoques de investigación aplicada, propios de las áreas de ciencias Administrativas y de Gestión.

El estudio llevado a cabo implicó una extensa actividad de investigación documental y de campo de carácter observacional para lograr conformar el contenido descriptivo presente en las diferentes secciones que conforman este trabajo.

Con la propuesta desarrollada en esta investigación: Plan de calidad para la atención y servicio al usuario de la Unidad de Patología Cervical del Hospital Universitario de Coro, "Dr. Alfredo Van Grieken", se responde a una necesidad de establecer procesos de atención de calidad y de mejoramiento continuo de los sistemas de salud.

El propósito de cualquier organización es identificar y satisfacer las necesidades de sus usuarios (clientes, empleados, proveedores, sociedad) para lograr ventaja competitiva y para hacerlo de una manera eficaz y eficiente, además de obtener, mantener y mejorar el desempeño general de la institución.

El fundamental nuestra propuesta en las normas ISO 9001:2002 Sistema de Gestión de la calidad; directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones de servicio de la salud y las normas ISO 10005:2005 Sistema de Gestión de la calidad; directrices para los planes de la calidad, busca mejorar el grado de satisfacción de nuestros usuarios y por tanto el éxito de la institución.

El diseño de un plan de calidad, contempla la planificación del proyecto y sus recursos, definir los procesos inmersos en el desarrollo, ejecución y control;

el diseño no implica el desarrollo de los procedimientos pero si los identifica y define su base, dentro de las directrices de un sistema de gestión de la calidad.

3.- Recomendaciones.

1. Se recomienda diseñar un manual de la calidad, donde se incluya un manual de los procedimientos de los procesos y servicios de la unidad de patología cervical. Esto facilita la ejecución de un plan de calidad.
2. Se recomienda el diseño y desarrollo de un Sistema de Gestión de la calidad, bajo los conceptos de las normas ISO 9001:2002.
3. El plan de la calidad propuesto, puede servir de guía para la elaboración de planes de la calidad en otras áreas del Departamento de Ginecología y Obstetricia o en el Hospital Universitario de Coro.
4. Es importante que todos los integrantes del equipo de salud conozcan el contenido del plan de calidad para entender claramente los procesos y responder a las necesidades del usuario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alvarez, F. (2003). *Calidad y auditoria en salud*. Primera edición. Bogota. Ecoe Ediciones.
- Ambrosetti, A. (2007). *Diseño de un plan de la calidad para la instalación de establecimientos de salud ambulatoria nivel de atención II*. Trabajo de grado no publicado de especialista en gerencia de proyectos. Universidad Católica Andrés Bello.
- Arias, F. (2006). *El Proyecto de investigación*. Guía para su elaboración. 5ra edición. Caracas. Editorial Episteme.
- Balestrini, M. (2002). *Como se elabora el proyecto de investigación*. 7ma edición. Caracas. Consultores Asociados OBL. 2002.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela* (1999), publicado en Gaceta Oficial número 36.860, de diciembre de 1999.
- Curiel, H. (2004). *30 años de historia docente asistencial*. 1ª edición. Santa Ana de Coro. Autor.
- Cuatricasas, L. (2005). *Gestión integral de la calidad*. 3a edición. Barcelona. Gestión 2000.
- Dueñas, O. (2003). *Dimensiones de la calidad en los servicios de salud*. Recuperado en mayo, 12, 2007; a las 7:50 pm de <http://www.gerenciasalud.com/200312.htm>

Escobar, I., Castrillón, M., Pulido, S. (1992) *Calidad de atención de enfermería en las salas de trabajo de partos*. Recuperado mayo, 12, 2007; a las 8:37 pm, en Universidad de Antioquia de <http://77tone.udea.edu.co/revista/sep92/calidad.html>

Figuroa, V. (2006). *Calidad de atención a los pacientes externos del laboratorio de emergencia del Hospital Vargas de Caracas*. Trabajo de grado no publicado de especialista en gerencia de salud. Universidad Católica Andrés Bello.

Finol, M y Camacho, H (2006). *El proceso de investigación científica*. 1ª edición. Maracaibo. Ediluz.

Fondonormas. (2002). *Sistemas de gestión de la calidad*. Directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones de servicio de la salud. COVENIN ISO 9001:2000. Caracas. Autor.

Fondonormas. (2006). *Sistemas de gestión de la calidad*. Directrices para los planes de la calidad. COVENIN ISO 10005:2005. Caracas. Autor.

Galvis, J. (2006). *Calidad de atención de salud percibida por el usuario del área de consulta de medicina de familia del ambulatorio urbano tipo III en Mérida*. Trabajo de grado no publicado de especialista en gerencia de salud. Universidad Católica Andrés Bello

González, H. (2007). *¿Cuáles son los beneficios de implantar la ISO 9000?* Recuperado en septiembre, 19, 2007; 7:00 pm de <http://www.gestiopolis.com/canales6/ger/beneficios-de-implantar-la-norma-iso-9000.htm>

Guiseppe, M. (2007). *Plan de la calidad para el subproyecto obras preliminares de la central termoeléctrica de CVG Edelca, en Cumaná*. Trabajo de grado no publicado de especialista en gerencia de proyectos. Universidad Católica Andrés Bello.

Goodstein, L. (2005). *Planeación estratégica aplicada*. 1ª edición. Bogotá. Editorial Mc Graw-Hill.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. 3ª edición. Caracas. Editorial Mc Graw-Hill.

Ley Orgánica de Salud. (1998) publicado en Gaceta Oficial número 36.579, del 11 de noviembre de 1998.

Ley orgánica del sistema venezolano para la calidad. (2002) publicado en Gaceta oficial número 37.555 de octubre del 2002; Recuperado en septiembre, 29, 2007; 10:23 am de <http://www.gobiernoenlinea.ve/docMgr/sharedfiles/305.pdf>

Lizarzabal, M., Añez, M., Romero, G. (2005). *La satisfacción del usuario como indicador de calidad en el servicio de gastroenterología del hospital universitario de Maracaibo*. Recuperado en mayo, 12, 2007; a las 7:40 pm de <http://www.gerenciasalud.com/200510.htm>

Malagón, G., Galán, R. (2005). *La salud pública*. 2ª edición. Bogotá. Editorial Médica Panamericana.

Malagón, G., Galán, R., Pontón, G. (2003). *Auditoría en salud*. 2ª edición. Bogotá. Editorial Médica Panamericana.

Malagón, G., Galán, R., Pontón, G. (2000). *Administración hospitalaria*. 2ª edición. Bogota. Editorial Médica Panamericana.

Malagón, G., Galán, R., Pontón, G. (2006). *Garantía de Calida en Salud*. 2ª edición. Bogota. Editorial Médica Panamericana.

Palacios, J. (2006). *Administración de la calidad*. Primera edición. México. Editorial trillas

Pérez, D. (2007). *Plan de la calidad para el proceso de atención y servicio al cliente caso: Kentron sistemas de información C.A.* Trabajo de grado no publicado de especialista en gerencia de proyectos. Universidad Católica Andrés Bello.

Rivas, C. (2005). *Plan de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9000:2002 para la empresa HTS Proyectos C.A.* Trabajo de grado no publicado de especialista en gerencia de proyectos. Universidad Católica Andrés Bello.

Rivero, E. (2002). *Medida de la calidad en el servicio*. Recuperado en mayo, 12, 2007; a las 7:45 pm de <http://www.gerenciasalud.com/200211.htm>

Otero, J. (2002). *Avedis Donabedian y la calidad de la atención de salud*. Recuperado en mayo, 12, 2007; a las 7:46 pm de <http://www.gerenciasalud.com/bibliografías.htm>

Salamanca, J. (2002). *Desarrollo de un sistema de gestión de la calidad aplicado al área de atención al cliente del Banco Mercantil*. Trabajo de grado no publicado de especialista en instituciones financieras, mención finanzas internacionales. Universidad Católica Andrés Bello.

Santalla, Z. (2003). *Guía para la elaboración formal de reportes de investigación*. Primera edición. Caracas. Universidad Católica Andrés Bello.

Silva, Y. (2005). *Calidad de los servicios privados de salud*. Recuperado en mayo, 19, 2007; a las 12:35 pm. En revista de ciencias sociales, volumen 11, número 1, Maracaibo, abril 2005 de <http://www.2.Scielo.org.ve/>

Universidad Católica Andrés Bello. (2006). *Guía práctica para la elaboración del trabajo especial de grado*. Especialización en gerencia de proyectos. Caracas. Autor.

Universidad pedagógica experimental Libertador. (2006). *Manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis doctorales*. 4ta edición. Caracas. FEDUPEL. Autor.

Zambrano, Z. (2006). *Evaluación del grado de satisfacción de los estudiantes y profesores con respecto a la calidad de servicio ofrecido por la unidad administrativa de los estudios de postgrado de la UCAB*. Trabajo de grado no publicado de especialista en gerencia de proyectos. Universidad Católica Andrés Bello.