



**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESTUDIOS DE POSTGRADO
ÁREA DE INGENIERÍA
PROGRAMA: SISTEMAS DE LA CALIDAD**

TRABAJO DE GRADO

**EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA AUSENCIA DE
PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS SOBRE LA ATENCIÓN DE
SERVICIOS NO CONFORMES DE PACIENTES EN INSTITUCIONES
PARA EL CUIDADO DE LA SALUD: HOSPITALES TIPO I**

Presentado por
Alejandro Yáber Llanos

Para optar al Título de
Magíster en Sistemas de la Calidad

Tutor
(MSc) Emmanuel López C.

Caracas, Junio de 2016.

Caracas, 31 de Mayo de 2016

Señor
Director Programa Sistemas de la Calidad,
Área de Ingeniería,
Estudios de Postgrado,
Universidad Católica Andrés Bello,
Presente.

Referencia: **Aprobación del Tutor**

Tengo a bien dirigirme a Usted a fin de informarle que he leído y revisado el borrador final del Trabajo de Grado cuyo título definitivo es **"EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA AUSENCIA DE PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS SOBRE LA ATENCIÓN DE SERVICIOS NO CONFORMES DE PACIENTES EN INSTITUCIONES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD: HOSPITALES TIPO I"**, presentado por el cursante Alejandro José Guillermo Yáber Llanos, titular de la cédula de identidad N° V-12.544.162 como parte de los requisitos para optar al **Título de Magíster en Sistemas de la Calidad**.

A partir de dicha revisión, considero que el mencionado Trabajo de Grado reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación y posterior exposición y defensa oral ante el distinguido Jurado que se tenga a bien designar.

Atentamente,



Ing Emmanuel López C.

C. I. N° 3.189.576

Índice General

	PP.
Carta de Aprobación del Tutor	ii
Índice General	iii
Índice de Figuras	v
Índice de Tablas	vii
Índice de Gráficos	viii
Resumen	ix
Introducción	1
Capítulo I: El Problema	4
Planteamiento del Problema	4
Formulación del problema	8
Objetivos de la investigación	8
Objetivo general.	8
Objetivos específicos.	8
Justificación e Importancia	9
Alcance y Limitaciones	10
Capítulo II: Marco Teórico	13
Antecedentes de la Investigación	13
Fundamentos Teóricos	15
Fundamentos contextuales	21
Fundamentos Legales	24
Capítulo III: Marco Metodológico	25
Tipo y Diseño de la Investigación	25
Operacionalización y sus variables	29
Población y Muestra	30

Técnicas e Instrumentos para la Recolección de los Datos	33
Validez del instrumento	34
Técnicas para el Análisis e Interpretación de los Datos	35
Consideraciones Éticas	35
Capítulo IV: Presentación y Análisis de los datos	37
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones	57
Conclusiones	57
Recomendaciones	62
Referencias Bibliográficas	63
Anexos	65
Anexo A: Lista de verificación como instrumento de recolección de datos	65
Anexo B: Formato de encuesta tipo 1 pacientes sin información	67
Anexo C: Formato de encuesta tipo 2 con registro anecdótico real	68
Anexo D: Formato de encuesta tipo 2 registro anecdótico –Banco de sangre	69
Anexo E: Formato de encuesta tipo 2 registro anecdótico -Rx.	70
Anexo F: Formato de encuesta tipo 2 registro anecdótico real-Rx (2).	71

Índice de Figuras

Figura		PP.
1	Estructura organizativa de Unidades de Diagnóstico de la institución.	11
2	Cadena de valor de los procesos de la institución	11
3	Modelo de organizaciones de cuidado de la salud con Paciente/Cliente como “Cliente”	18
4	Ecuación fundamental del funcionamiento de la institución.	23
5	Esquema de selección para diseños de investigación según el origen de los datos.	27
6	Esquema de selección para diseños de investigación según temporalidad de los datos.	27
7	Esquema de selección de diseño de investigación según cantidad de datos.	28

Índice de Tablas

Tabla	PP.
1	5
Servicios prestados por tipo de hospital en Venezuela.	
2	29
Definición conceptual de variables	
3	30
Operacionalización de variables	
4	31
Promedio mensual pacientes por unidad por año desde año 2010 al 2014.	
5	31
Porcentaje que representa cada unidad sobre el total de pacientes promedio mensual desde el año 2010 al 2014.	
6	32
Elementos de fórmula de criterio probabilístico para selección de muestras para tamaños de muestras conocidos.	
7	33
Tamaño de muestra por cada unidad utilizando modelo de criterio probabilístico y tamaño poblacional del estrato.	
8	34
Posibles instrumentos a utilizar durante el trabajo	
9	38
Reporte de devoluciones por categoría por año de la unidad de odontología	
Reporte de devoluciones por categoría por año de la unidad de laboratorio clínico	
10	38
11	39
Reporte de devoluciones por categoría por año de la unidad de radiología.	
12	39
Reporte de devoluciones por categoría por año de la unidad de sala de yesos	
13	41
Respuestas a encuesta sobre la calidad de atención de las secretarías de atención del servicio	
14	41
Respuestas a encuesta sobre tiempo de espera en el servicio	
15	42
Respuestas a encuesta sobre respeto de orden de llegada para atención del paciente.	
16	42
Registro anecdóticos de pacientes sobre inconformidades con el servicio	

17	Cantidad de procedimientos documentados en las diferentes unidades de la institución, previos al segundo semestre del año 2013	43
18	Cantidad de procedimientos documentados en las diferentes unidades de la institución, a partir del segundo semestre del año 2013	43
19	Cantidad de condiciones cumplidas de los procedimientos documentados dentro de la institución para el Laboratorio Clínico	45
20	Cantidad de condiciones cumplidas de los procedimientos documentados dentro de la institución para el Servicio de Radiodiagnóstico	45
21	Cantidad de condiciones cumplidas de los procedimientos documentados dentro de la institución para el Servicio de Sala de Yesos	46
22	Cantidad de condiciones cumplidas de los procedimientos documentados dentro de la institución para el Servicio de Odontología	47
23	Variaciones porcentuales año a año por cada unidad de no conformidades registradas	56
24	Elementos de operacionalización de procedimientos documentados para tender servicios no conformes en atención al paciente	59

Gráfico	Índice de Gráficos	PP.
1	Comparación de cantidad de condiciones cumplidas vs no cumplidas por procedimiento documentado en la institución para el Laboratorio Clínico	45
2	Comparación de cantidad de condiciones cumplidas vs no cumplidas por procedimiento documentado en la institución para el Servicio de Radiodiagnóstico	46
3	Comparación de cantidad de condiciones cumplidas vs no cumplidas por procedimiento documentado en la institución para el Servicio de Sala de Yesos	47
4	Comparación de cantidad de condiciones cumplidas vs no cumplidas por procedimiento documentado en la institución para el Servicio de Odontología	48
5	Cantidad de devoluciones totales (servicios no conformes) año a año de la unidad de odontología	49
6	Cantidad de devoluciones por categoría (servicios no conformes) año a año de la unidad de odontología	50
7	Cantidad de devoluciones totales (servicios no conformes) año a año de la unidad de laboratorio clínico	51
8	Cantidad de devoluciones por categoría (servicios no conformes) año a año de la unidad de laboratorio clínico	51
9	Cantidad de devoluciones totales (servicios no conformes) año a año de la unidad de radiología	52
10	Cantidad de devoluciones por categoría (servicios no conformes) año a año de la unidad de radiología	53
11	Cantidad de devoluciones por categoría (servicios no conformes) año a año de la unidad de sala de yesos	54
12	Cantidad de devoluciones por categoría (servicios no conformes) año a año de la unidad de sala de yesos	55

**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESTUDIOS DE POSTGRADO
ÁREA DE INGENIERÍA
PROGRAMA: SISTEMAS DE LA CALIDAD**

**EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA AUSENCIA DE PROCEDIMIENTOS
DOCUMENTADOS SOBRE LA ATENCIÓN DE SERVICIOS NO
CONFORMES DE PACIENTES EN INSTITUCIONES PARA EL CUIDADO
DE LA SALUD: HOSPITALES TIPO I**

Autor: Yáber Llanos, Alejandro José Guillermo.

Tutor: (MSc) Emmanuel López.

Fecha: Junio de 2016.

Resumen

El sistema de salud venezolano enfrenta al igual que cualquier otro tipo de organización, la necesidad de actualizarse ante las crecientes exigencias de la globalización y las exigencias de alta calidad por parte de sus clientes. La naturaleza y complejidad de operación de una institución de la salud, ha llevado a que la exigencia de la alta calidad no sea sólo orientada a la atención médica per se.

La investigación, la cual fue de tipo evaluativa con diseño mixto, documental y de campo no experimental, determina que la ausencia de procedimientos documentados afecta de manera negativa la atención de servicios no conformes, los cuales son fallas derivadas de la ineficiencia e ineficacia en un proceso que aumentan el riesgo de lograr disminución de satisfacción del cliente. Toda aquella documentación que se genere debe seguir parámetros generales que indiquen el cómo se debe realizar un proceso, sin embargo deben siempre incluir cuáles son las acciones correctivas en caso que estas fallas ocurran. Su presencia tiene un efecto positivo en disminuir la aparición de los servicios no conforme, sin embargo si se realizan cambios al proceso y estos no son acompañados por los cambios pertinentes en la documentación, se evidenciará un incremento de los mismos. Para este tipo de instituciones de cuidado para la salud se estima reducciones de 15 % anual de los servicios no conformes, aplicando el uso adecuado de documentación.

Palabras claves: Procedimiento, servicio, no conformidad, calidad

Introducción

La calidad en las áreas del cuidado de la salud están asociadas a variables de eficiencia, efectividad y competencia técnica. Dichas áreas son bases y componentes de los sistemas de gestión de la calidad, donde la documentación de los procedimientos necesarios, es usada para los controles así como para indicar, cómo es la operatividad del sistema, con cuál fin y a quién son dirigidos sus productos.

El sistema de salud venezolano ofrece cuidado a personas con daños, trastornos o desviaciones de las características estándares de funcionamiento del organismo. El uso de sistemas de documentación en los centros de atención de la salud es factible y puede contribuir a la mejora de la calidad de la atención ofrecida.

Hubo registros de insatisfacción de los clientes con los productos y/o servicios que se estaban ofreciendo en el centro de salud objeto de este estudio. Al hacer una revisión los registros de quejas así como reprocesos se comenzaron a identificar, se percibió e infirió que el descontento, esa inconformidad que sentían los clientes del centro de salud derivaba de la inhabilidad de los miembros que laboran en ella para atender sus quejas o necesidades.

Este documento que presenta los resultados del trabajo realizado, está estructurado en 5 capítulos, donde se buscaba establecer una evaluación del impacto que puede haber sobre la atención de los servicios no conforme en instituciones de cuidado de la salud en Venezuela, enfocándose específicamente en un centro de salud clasificado tipo I.

El hospital, el cual es referido en este texto como centro de salud o la institución, seleccionado para el estudio es una fundación de administración privada, sin fines de lucro, ubicado en Caracas el cual ha operado durante 70 años en el país. Es un referente nacional e internacional en su campo de acción.

El mismo tiene como objetivo principal atender a niños menores de 16 años de escasos recursos económicos y se ha especializado en trastornos osteomusculares sin embargo, ha evolucionado para incluir consultas generales, servicios auxiliares de diagnóstico e incluso consultas odontológicas.

Esta ha ampliado su abanico de atención de pacientes para incluir no sólo niños, sino también adultos, provenientes incluso de muchos estados del país, por ejemplo: Distrito Capital, Miranda, Aragua, Anzoátegui, Carabobo, Bolívar, Táchira, Sucre, Lara, Guárico entre otros. Adicional a las consultas e intervenciones quirúrgicas, la institución cuenta con una actividad docente que incluye postgrados y fellowships.

La estructura del documento, el cual consiste como se mencionó de cinco capítulos, es la siguiente:

- Capítulo I: En este capítulo se presentan las interrogantes y circunstancias que motivaron el estudio. Se enuncian los objetivos de la investigación, la justificación de la misma y se establecen el alcance así como las posibles limitaciones que pudiese tener la misma.
- Capítulo II: **Marco Teórico.** Aquí se plantean los fundamentos teóricos así como las investigaciones y/o publicaciones que preceden a este estudio, con las cuales se fundamentó el actual.
- Capítulo III: **Marco Metodológico:** En este capítulo se describe cómo se realizó el trabajo de grado, considerando el tipo de investigación que se realizó, el diseño de la misma, la población y muestra a usados para lograr los objetivos, los instrumentos para recolección de data y las técnicas usadas en su análisis.
- Capítulo IV: **Presentación y análisis de los datos:** En este capítulo se presentan los datos obtenidos durante la investigación y el análisis de los mismos que derivan en las conclusiones.

- Capítulo V: **Conclusiones y recomendaciones:** Basado en los resultados y su análisis en este capítulo se concluyó si se lograron o no los objetivos de la investigación y los puntos finales relacionados a la investigación.

El documento finaliza con las referencias bibliográficas consultadas para la realización del mismo.

Capítulo I

El Problema

Planteamiento del Problema

En Venezuela, desde 1983 según Gaceta Oficial 37.657, existen diferentes tipos de centros de asistencia de salud, según la naturaleza de los servicios que brindan y la población donde se ubiquen, poblaciones rurales o urbanas. La clasificación de dichos centros es:

- Ambulatorios Rurales: Tipo I y II
- Ambulatorios Urbanos: Tipo I ; II y III
- Hospitales: Tipo I; II; III; IV

Los Ambulatorios Rurales presentan las características que se mencionan a continuación:

- “1.- Prestan atención médica integral, general y familiar a nivel primario, excepto hospitalización.
- 2.- Se encuentran ubicados en poblaciones menores de diez mil (10.000) habitantes.”

Mientras que los Ambulatorios Urbanos se caracterizan por las siguientes puntos:

- “1.- Prestan atención médica integral de carácter ambulatorio, no disponen de hospitalización.
- 2.- Se encuentran ubicados en población de más de diez mil (10.000) habitantes.”

Sin embargo el foco de la investigación fue un centro de salud el cual estaría en la clasificación de Hospital Tipo I, tomando del artículo 9 de la Gaceta 37.657 (1983) los servicios brindados por los hospitales esa clasificación son:

- “1.- Prestan atención médica integral de nivel primario, secundario y terciario, según su categoría

.2.- Dentro de su organización, contarán con camas de observación y de hospitalización.”

Según su categoría, dichos centros de atención de la salud brindan los siguientes servicios:

Clasificación	Servicios que prestan
Hopistal Tipo I	1.-Prestan atención ambulatoria de nivel primario y secundario, tanto médica como odontológica 2.-Sirven de centro de referencia de nivel ambulatorio. 3.- Se encuentran ubicados en poblaciones hasta de veinte mil (20.000) habitantes y con área de influencia demográfica hasta de sesenta mil (60.000) habitantes. 4.- Tienen entre 20 y 60 camas. 5.- Están organizados para prestar los siguiente servicios básicos: medicina, cirugía,gineco-obstetricia y pediatría. 6.- Cuentan con los siguientes servicios de colaboración: laboratorio, radiodiagnóstico,farmacia, anestesia, hemoterapia, y emergencia.
Hopistal Tipo II	1.- Servicios clínicos básicos de: a.- Medicina, servicio de Cardiología, Psiquiatría, Dermato-venereología yNeumonía. b.- Cirugía: Traumatología, Oftalmología y O.R.L.c.- Gineco-obstetricia: Ginecología y Obstetricia.d.- Pediatría. 2.- Servicios de colaboración y diagnóstico. 3.- Servicios diferenciados de enfermería, trabajo social y dietética. 4.- Pueden contar con una sección de Fisioterapia.
Hopistal Tipo III	1.- La Prestan servicios de atención médica integral a la salud en los tres niveles clínicos. 2.- Se encuentran ubicados en poblaciones mayores de sesenta mil (60.000) habitantes,con áreas de influencia hasta de cuatrocientos mil (400.000) habitantes. 3.- Dentro de su organización contarán con una capacidad que oscilará entre 150 y 300 camas.
Hopistal Tipo IV	1.- Prestan atención médica de los tres niveles con proyección hacia un área regional. 2.- Se encontrarán ubicados en poblaciones mayores de cien mil (100.000) habitantes y con área de influencia superior al millón (1.000.000) de habitantes. 3.- Tienen más de 300 camas. 4.- Cuentan con unidades de larga estancia y albergue de pacientes

Tabla #1:Servicios prestados por tipo de Hospital en Venezuela..

Fuente: Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 32.650 Decreto N° 1.798 del 21-1-1983

Las condiciones de deterioro por falta de insumos, diáspora de profesionales y falta de mantenimiento de instalaciones actuales del sistema de salud en Venezuela presentan como reto poder ofrecer servicios de alta calidad en un entorno en el cual escasean los insumos para brindarlos. Se hace entonces imperativo el brindar al paciente y a sus familiares, quiénes junto a los miembros de la comunidad son los clientes para las instituciones de la salud, un servicio de alta calidad en lo que se refiere a la atención personalizada a los mismos.

La atención en las instituciones de cuidado para la salud, específicamente en una institución hospitalaria tipo I tiene 3 aspectos a considerar:

1. El aspecto de atención inicial del paciente (personal no médico de carácter operativo).
2. Atención asistencial del paciente (personal médico o técnico de la salud).
3. Atención administrativa (personal no médico pero de carácter netamente administrativo).

Cada uno de estos miembros que atiende al paciente tiene una función y le entrega al cliente un producto, ya sea en la forma de un servicio o incluso hasta un producto físico. El resultado de un examen, la entrega de documentos para una gestión administrativa, atención previa a la consulta o la consulta en sí. Los familiares o acompañantes en ocasiones se convierten en un tipo de cliente cuando el paciente está inhabilitado físicamente para realizar gestiones.

Los productos que reciben tienen inequívocamente una calidad implícita en ellos. La Norma ISO 9000:2005: Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario, indica que el enfoque de todo sistema de gestión de la calidad debe ser orientado hacia satisfacer las necesidades actuales y futuras del cliente. Para ello cada una de las personas que brinda servicios dentro de la institución deben encontrarse alineados con un fin común, satisfacer los requerimientos del cliente.

La norma menciona la documentación, no como un fin último, sino una guía estructurada documental de los procesos que afectarán la calidad de productos y servicios lo cual permite lograr esa satisfacción. En ocasiones el cliente no está satisfecho. No se cumplen los requisitos y en consecuencia hay una no conformidad con el servicio o producto brindado.

Dentro de la institución se observaron situaciones que reflejan insatisfacción con los servicios brindados. Las quejas indicaban la inhabilidad del personal de atención en orientar al paciente.

Por ejemplo, en la unidad de laboratorio clínico del centro de salud objeto del estudio, el 4% de los casos presentan no conformidad por falta de información relacionado a cómo debe proceder el paciente para el pago de un estudio o qué se debe hacer cuando los gastos son incluidos en la facturación de cirugías. No son informados las condiciones básicas requeridas para las pruebas (tiempo de ayuno, condiciones necesarias para toma de muestras de orina y heces) entre otros.

No existían procedimientos documentados que indicaran al personal cuáles debían ser las acciones correctivas cuando hubiesen fallas en un proceso o cómo prevenir posibles errores más adelante. Un ejemplo de estas situaciones son al momento de registro de pacientes, en áreas como el servicio radiología y la unidad de odontología del centro de salud, los cuales carecían de documentos similares para la misma actividad.

La sala de yesos del centro de salud manejaba un trío de documentos normativos (Yeso 001; Yeso 002; Yeso 003), los cuales establecían las guías de trabajo, requerimientos dentro de la sala sin embargo, éstos no mencionaban las responsabilidades y ni el procedimiento de los procesos. Son documentos genéricos de la sala y no se enfocan en alguna área en específico, son globales.

Los indicadores de gestión de la unidad de radiología señalaban que a un 3 % de los pacientes se les entregaba erradamente un resultado, en un 2 % no se le realizaba un estudio pues no se les atendía en un tiempo prudencial y se retiraban, el 8 % de los productos (imagen, informe médico) presentaban defectos (ejemplo: imagen borrosa, identificación equivocada) de manera mensual. 1 % de los pacientes mensuales del

servicio de odontología se les realizaba reembolsos por errores en la codificación de los recibos para cancelación

Esto generaba retrasos, reprocesos e inclusive necesidad de reintegrar el dinero pagado por el cliente. Los reprocesos se generaban porque se manejaba un estilo de atención por costumbres y no siguiendo un procedimiento documentado previamente establecido para cada proceso.

Surgió entonces la duda, ¿acaso el tener documentación que indique cómo actuar ayuda a mejorar la calidad en atención al paciente en instituciones de la salud? O ¿el no tenerlo tiene como consecuencia que produzcan inconformidades en el paciente? Estas interrogantes aisladas llevaron a una interrogante con una forma más definida. Fue entonces requerida una investigación para evaluar cómo el uso de procedimientos documentados impacta en la atención de inconformidad o servicios no conformes en la salud.

Formulación del Problema

¿Cuál es el impacto de la ausencia de procedimientos documentados sobre los servicios no conformes en instituciones de atención la salud?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General.

Evaluar el impacto de la ausencia de los procedimientos documentados sobre la atención de servicios no conformes de pacientes en instituciones para el cuidado de la salud: Hospitales Tipo I.

Objetivos Específicos.

- Describir qué es un servicio no conforme en la atención al paciente.

- Operacionalizar los procedimientos documentados que deben existir para tratar servicios no conforme.
- Comparar los efectos de no tener procedimientos documentados contra tenerlos, sobre los servicios no conformes en la atención de pacientes, en el histórico de la implementación de la documentación desde el año 2013.
- Proyectar cuanto disminuyen los servicios no conformes con la implementación de procedimientos documentados.

Justificación e Importancia

El centro de salud tomado como objeto de estudio es como se mencionó una institución privada sin fines de lucro, la cual depende de los ingresos que pueda generar con base a la atención brindada al público. Dicha atención se hace muy compleja en sus diferentes facetas y tiene muchas particularidades debido al alto volumen de pacientes atendidos de manera anual (273.000 aproximadamente según la memoria de la institución año 2013 y 276.000 anuales en el año 2014) y mensual (22.750 aproximadamente en 2013 y 23.000 en 2014) en todo el centro de salud.

Por ello el centro de salud justificó este trabajo de investigación porque al describir como impactaba la ausencia de procedimientos documentados sobre los servicios no conformes en la atención de los pacientes, servirá como guía referencial para sustentar la implementación de un sistema de documentación, cómo elaborar los procedimientos de la manera correcta para brindar un nivel alto de calidad y mejorarla, la cual pudiese después ser trasladada a otros centros de salud.

El presente trabajo permitirá a futuro, al momento de establecer centros para el cuidado de la salud, un parámetro de diseño para brindar alta calidad al igual que una vía para mejorarla constantemente.

Como parámetro de diseño tendrá mucha utilidad, sin embargo servirá como elemento de mejora continua porque será la base con la cual se pueda evaluar las actividades diarias, es decir, la institución cuando lo desee puede tomar el trabajo de

investigación y usar sus hallazgos como línea base de comparación contra el desempeño de la misma en el algún momento determinado.

El uso de este trabajo para elaborar documentación contribuirá en aumentar el nivel de satisfacción y elevar la calidad del servicio brindado, lo cual puede derivar en un posible incremento en la atención de pacientes dada las mejoras que se podrían obtener en su atención.

Podrá fácilmente determinar cuándo debe documentar, cómo hacerlo y cómo medir los efectos sobre la conformidad de los productos brindados, ante la posible ausencia de documentación. Aunque existen guías como el Joint Commission International (extensión internacional de organización americana de acreditación de centros y servicios de salud), ésta es una herramienta adicional.

Alcance y Limitaciones

La investigación se centró en las unidades de apoyo al diagnóstico del centro de salud, las cuales tienen áreas de atención asociadas operativas, asistenciales y administrativas. Las unidades seleccionadas fueron el laboratorio clínico, la unidad de radiodiagnóstico, el servicio de odontología y la sala de yesos. El estudio abarcó data e información recolectada a partir del año 2013, específicamente desde el segundo semestre del año.

Las unidades mencionadas eran parte de lo que se llaman las Unidades de Diagnóstico, cuya función era trabajar de la mano con las áreas médicas y administrativas, como entes auxiliares que brindan su apoyo mediante técnicas y productos que facilitan el diagnóstico. La estructura de dichas áreas dentro de la institución es la siguiente:

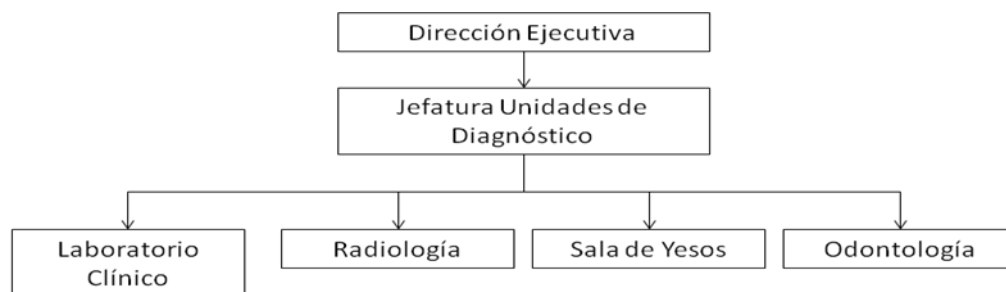


Figura 1: Estructura organizativa de Unidades de Diagnóstico, desde el año 2011, del hospital. Fuente: El investigador

Las Unidades de Diagnóstico correspondían a las áreas de apoyo asistencial, sin embargo, a pesar de realizar actividades relacionadas al diagnóstico médico, igualmente se realizan en ellas actividades administrativas. De igual manera, la unidad de Odontología tenía una dualidad por presentar consultas y apoyo al diagnóstico para cirugías.

A continuación se presenta la cadena de valor de la institución:

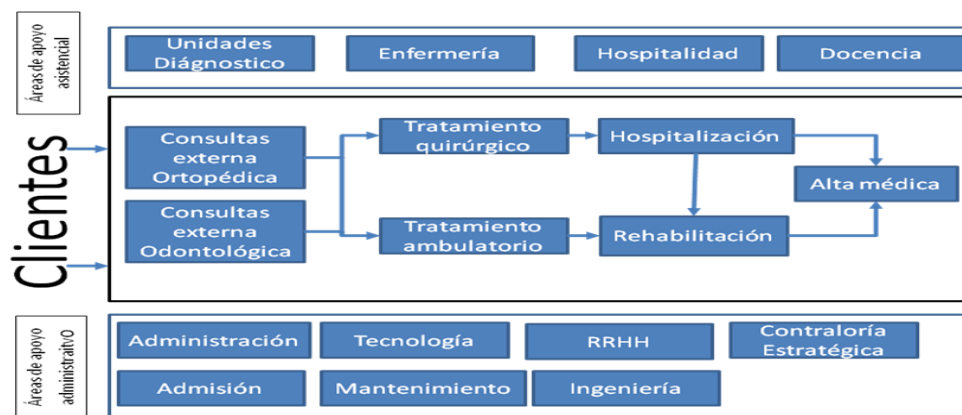


Figura 2: Cadena de valor de los procesos de la institución.

Fuente: El investigador

La investigación abarcó:

- .Describir qué es un servicio no conforme en la atención al paciente.

- Operacionalizar los procedimientos escritos que deben existir para tratar servicios no conforme.
- Comparar los efectos de no tener procedimientos documentados contra tenerlos sobre los servicios no conformes en la atención de pacientes en el histórico de la implantación de la documentación desde el año 2013.
- Proyectar cuánto disminuyen los servicios no conformes con la implementación de procedimientos documentados

En cuanto a limitaciones, no se preveía que existieran desde el punto de vista del apoyo por parte del centro de salud La directiva expresó mucha apertura y disposición de permitir la realización del estudio. Apoyó en pleno la realización de este trabajo con el fin de obtener los mayores beneficios de los resultados del mismo.

Las limitantes que pudieron existir se presentaron al momento de la obtención de datos. Dada la naturaleza de los clientes de la institución en ocasiones se mostraron resistentes a suministrar alguna información, sin embargo se tuvo previsto el uso de técnicas para mitigar dichos inconvenientes. El cómo se hizo se explicará más adelante en el capítulo III, Marco Metodológico, en la sección de Técnicas para el Análisis e Interpretación de los Datos.

Capítulo II

Marco Teórico

Este capítulo, busca dar una referencia generalizada de los conceptos y teorías del objeto de la investigación, así como relacionar investigaciones anteriores que puedan relacionarse con el problema planteado. Valarino, Yáber y Cemborain (2010) dicen: “Una vez que se ha planteado el problema, el siguiente paso es sustentar teóricamente el estudio, lo que los autores llaman marco teórico, conceptual o referencial...” (p. 196)

Antecedentes de la Investigación

R.D. Mcdowall (2012): **“The write stuff” (la forma correcta de elaborar procedimientos estandarizados en el área de la salud)**. Artículo de investigación publicado por Spectoscopy. Esta investigación fue un aporte porque plantea que la elaboración de procedimientos documentados no sólo implica la escritura de un paso a paso metódico de cómo hacer las cosas. Plantea que los procedimientos, en especial en las áreas de la salud, deben realizarse de una forma específica para evitar sobrestimar la información necesaria en el documento. Para esta investigación se consideró como un antecedente porque sirvió como referencia para la elaboración de procedimientos de atención al paciente en instituciones de cuidado para la salud. Indica el patrón y las características que deben llevar lo cual sirve de guía para los objetivos de la presente investigación.

Elizabeth Krstic; Biserka Runje (2014): **“Quality service evaluation through the system of complaints and praise” (Evaluación de calidad de servicios a través de sistemas de alabanzas y quejas)**. Artículo de investigación. En el cual se plantea la importancia de las quejas, así como las alabanzas como un sistema de la expresión de la insatisfacción del cliente sobre productos y servicios. Estos se convierten en información de mucho uso para la mejora continua con el fin de brindar servicios de alta calidad. Igualmente indica los elementos para medir insatisfacción o servicios no

conformes en el área del cuidado de la salud, mediante el procesamiento y análisis de datos sobre quejas y alabanzas sobre los productos. Esta investigación entonces aportó conceptos sobre servicio no conforme y herramientas de medición de no conformidad. Esta información se alineó con los objetivos de la presente investigación dado que una de las variables principales del estudio fueron los servicios no conformes y su control.

Papakostidi, A; Tsoukalas, N. (2012): “Archives of hellenic medicine/arheia ellenikes latrikes” (medición de la calidad en la salud mediante tres elementos entre ellos los procedimientos y la competencia del personal) Artículo de investigación. Este artículo de investigación fue usado por sus conclusiones entre las cuáles se indican que parte de la estructura operativa de los servicios de salud son los procedimientos de los mismos y que cuando estos son escritos y claramente especificados, pueden usarse para tener conclusiones útiles las cuales son la base para la mejora continua y un mejor desempeño del personal. En esencia concluye la investigación que existe una relación entre la mejora en la calidad de la atención de pacientes con la escritura de los procedimientos de forma clara y estos van asociados al desempeño del personal.

Milagros Quijada (2007): “Sistema de documentación del sistema de gestión de la calidad para una empresa nacional de transporte de encomiendas”. Universidad Católica Andrés Bello, trabajo especial de grado para optar al título de Especialista en Sistemas de la Calidad. Este trabajo se centra básicamente en los tipos de sistema de documentación y su importancia central en los sistemas de la gestión de la calidad. Dicha importancia se relacionó directamente con el objetivo general y los objetivos específicos de esta investigación, la relación entre documentación y los servicios no conformes.

Silke Bucher, Ph.D, HEC Montreal (2013) “How to heal the hospitals from the inside” (Cómo curar los hospitales desde adentro). Artículo de investigación dónde se establece un método llama “mejora integrada de procesos” la cual se plantea

como una posible solución para “curar” puertas adentro a las instituciones de la salud, sean hospitales o centro de apoyo. Dado que el enfoque de procesos del artículo se relaciona con la estructura de uso de procedimientos documentados en los procesos dentro de instituciones de salud y su impacto sobre los servicios no conformes.

Fundamentos Teóricos

Tomando el marco referencial usado es importante definir los términos que fundamentan la investigación. La misma se centró en la premisa que existe un impacto sobre los servicios no conformes dada la ausencia de procedimientos documentados. Los procedimientos son la forma específica de realizar un proceso.

Los procedimientos mediante sistemas de documentación se deben aplicar sólo para aquellos procesos para los cuales sean necesarios, por ello primero se debe concluir cuáles deben existir, cuán largos deben ser y buscar estandarizar su contenido con el fin de que sean comprensibles a cualquier persona que trabaje en el proceso. Por proceso se entiende el conjunto de actividades u acciones que hacen que un elemento de entrada pase por una transformación y se convierta en un producto.

En los servicios de salud, se busca que los procesos estén definidos de manera de abarcar la naturaleza multidisciplinaria, entre áreas asistenciales, áreas administrativas y áreas de apoyo. Siempre busca la mejora continua, buscando hacer mayor foco en la prevención de errores y reducir las actividades que no agregan valor.

“Quality management systems- Guidelines for process improvements in health organizations (Sistemas de gestión de la calidad, guías para mejoras de procesos en organizaciones de servicio de cuidado de la salud, 2005), define a las actividades que agregan valor, como aquellas acciones por las cuales el cliente estaría dispuesto a pagar. Son efectivas y eficientes en mejora continua, prevención de errores y gestión de la organización.

Los productos en las organizaciones del cuidado de la salud varían en 4 categorías:

- Servicios (tratamiento ambulatorio, fisioterapia y/o terapia ocupacional, procedimientos médico quirúrgicos, inclusive odontológicos etc.)
- Hardware (silla de rueda, bastón, prótesis dental, implantes, etc.)
- Software (programas de computación usados para el diagnóstico).
- Materiales procesados (ejemplo muestras de sangre analizadas en un laboratorio).

Los procesos en un sistema de gestión de la calidad son la base sobre la cual se logra una alta calidad de servicio, en 2013 Bucher nos indica como una metodología llamada mejora integrada de procesos se aplica en busca de solucionar las diferentes dificultades que afronta los centros de atención de la salud, de manera amplia, ya sean hospitales o centros de apoyo. Dicha metodología consistía de 6 pasos:

1. Formación de un equipo multidisciplinario de proyecto
2. Entrevista de procesos y mapeo del proceso de pacientes.
3. Análisis conjunto del proceso.
4. Implementación: sub-equipos y talleres.
5. Acompañamiento y seguimiento de progreso.
6. Evaluación y cierre formal del proyecto de mejora de proceso.

Dicha metodología no es una solución a corto plazo pero si sistemática con el potencial de mejorar la calidad, en esencia minimizando las no conformidades y aumentando la eficiencia mediante los seis pasos citados. Todos enfocados en una

mejora de procesos, la cual se debe basar en las guías documentadas de cómo realizarlos.

McDowall (2012) dice que los procedimientos son documentos instructivos, por ello, la forma correcta de elaborarlos es indicando: “haga esto” o “haga aquello”. Hace énfasis en que la forma de elaborarlos debe ser sencilla, clara y directa. Adicionalmente, indica que el uso de espacios en blanco para separar las acciones es importante para dar mayor fuerza a cada instrucción como una acción individual.

Igualmente McDowall concluye que es importante que la longitud del mismo sea corta y que el uso de diagramas puede colaborar en hacer entender los roles y responsabilidades de cada actor dentro del proceso. Los procedimientos a documentar deben ser los necesarios, aquéllos que dan guías de cómo realizar los procesos medulares del sistema, los que se determinen que agreguen valor al mismo.

La Norma ISO 9001:2008: Sistemas de Gestión de la Calidad-Requisitos, indica que los documentos necesarios igualmente pueden incluir los registros que se consideren requeridos para asegurar planificación, operación y control de procesos de manera eficaz. Por ello la pregunta, ¿qué se debe documentar?, se la debe responder cada organización según sus criterios y según sea el flujo de los procesos a los cuales quiera elaborarles procedimientos.

En esta investigación el proceso de atención al paciente, entendido como toda aquella interacción entre el paciente (cliente) y un personal de la institución, puede ser documentado en los tres niveles mencionados, operativo, asistencial y/o administrativo.

Cuando se presenta la atención al cliente, existe la posibilidad que el mismo no esté conforme con el servicio o producto brindado. En las instituciones hospitalarias tipo I, al tener servicios de apoyo diagnóstico, se presentan entonces varios tipos de cliente. El interno (médico u otros servicios) y el externo (paciente/familiar).

Como tal al cliente se le conoce como el ente (persona u organización) que recibe el producto, es decir el resultado de un proceso. Para los servicios de salud, el cliente puede ser más amplio aún, puede referirse, a familia, grupos, comunidades, poblaciones objetivo, sin embargo, el principal siempre será el paciente atendido.

Los procedimientos a documentar estarán relacionados con el siguiente modelo de atención a clientes (pacientes y /o familiares, comunidad etc.), el cual es relacionado a las organizaciones de cuidado de la salud:

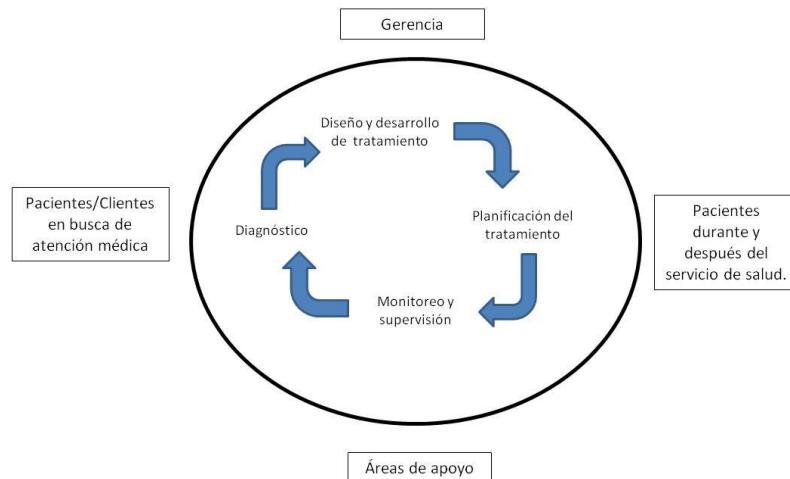


Figura 3: Modelo de organizaciones de cuidado de la salud con Paciente/Cliente como “Cliente”. Fuente: ISO/IWA 1: 2005

Según sea el cliente variará la naturaleza de su no conformidad pero la misma se define como no cumplimiento de un requisito, previamente planificado o establecido para dicho producto y/o servicio que será recibido por el cliente.. El servicio no conforme y su control se relacionan con minimizar el riesgo que su impacto llegue al cliente final buscando evitar que dicho impacto disminuya la satisfacción del cliente.

Se considera el incumplimiento del requisito, lo cual puede ser no intencional o voluntario, es causado por fallas en el proceso y/o errores al momento de realizar el

procedimiento. Un requisito en este caso se refiere a la expectativa implícita u obligatoria del producto. Por ejemplo cuando se solicita un estudio radiológico de dos proyecciones (AP y lateral) y se realiza una proyección PA, la cual no cumple con el requisito existe no conformidad.

Otro ejemplo es cuando se solicita la facturación a nombre del paciente tratado y se realiza a nombre de la persona realizando el pago.

Cuando existe una no conformidad la satisfacción del cliente, que es la percepción del mismo de si se han cumplido con los requisitos, disminuye. Igualmente la calidad, la cual la Norma ISO 9000:2005: Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario, define como: “grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”, disminuye cuando existen servicios no conformes.

Sin embargo es necesario adaptar dicha definición de calidad en servicio de cuidado de la salud. La calidad ya fue definida de manera general, en los servicios de cuidado de la salud la definición es aceptable como en muchas áreas y actividades. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud ofrece una definición más ajustada al funcionamiento de los servicios de salud y más los sistemas de servicios de salud.

Dicha definición se basa en que los sistemas de servicios de salud deben buscar la mejora continua de los siguientes 6 aspectos:

1. Efectividad: Brindar cuidado de la salud que se adhiera a evidencia que produzca mejora medible y comprobable a individuos y la comunidad.
2. Eficiente: Brindar servicios de cuidado de la salud maximizando los recursos usados y minimizando los desperdicios.
3. Accesible: Los cuidados deben darse de manera oportuna, en ubicaciones geográficas de fácil acceso y en un escenario que sea apropiado para el uso de los recursos y las necesidades médicas.

4. Aceptable/orientado al paciente: Prestar los servicios tomando en cuenta las preferencias y deseos del individuo así como las comunidades.
5. Equitativa: Brindar el mismo nivel de estándares de servicio sin distinguir, raza, género, estatus socioeconómico y/o ubicación geográfica.
6. Seguridad: Minimizar los riesgos potenciales y posibles daños al paciente/cliente.

La Organización Mundial de la Salud igualmente indica que no sólo son los proveedores de servicios de salud que contribuyen, mediante políticas de calidad, a la mejora de la misma. Igualmente las comunidades, como receptoras de los productos, son responsables de colaborar en simbiosis con las instituciones proveedoras para lograr los más altos estándares de calidad.

Las comunidades atendidas por los centros de salud deben determinar cuáles son sus necesidades y preferencias en relación al cuidado de la salud. Contribuyendo en conjunto con las instituciones lograr brindar servicios y productos con alto nivel de satisfacción para ellos. Al conocer sus necesidades y preferencias igual les permitirá también identificar sus no conformidades.

Dada la posibilidad de la aparición de servicios no conformes se requiere entonces aplicar el manejo del control del servicio no conforme. El mismo se conoce como el uso de medidas para mitigar una no conformidad. Las primeras son las acciones preventivas, estas son medidas tomadas para eliminar las causas de no conformidades potenciales. Las segundas son las acciones correctivas, las cuales son medidas tomadas para eliminar las no conformidades ya presentes.

La ausencia del control del servicio no conforme tiene impactos en dos niveles, económico y operativo. A nivel económico se presentan costos de no calidad. Son básicamente los costos incurridos por cualquier organización, por un servicio o

producto que genere insatisfacción. No es sólo por el ingreso que se pueda dejar de percibir, sino también los costos asociados a la producción del mismo.

En el ámbito operativo tiene un impacto por los reprocesos que se generan, estos son aquellas acciones que se le deban aplicar al producto no conforme para que el mismo cumpla con los requisitos previamente establecidos.

La Joint Commission mencionada previamente, establece guías para gestión de la calidad en servicios de la salud, la cuales integran estándares enfocados directamente en la atención del paciente y sus necesidades, así como enfoque en la gestión sanitaria para lograr: “un enfoque global para la mejora de la calidad y seguridad del paciente”.

Sostienen que es fundamental para la mejora de la calidad la disminución definitiva de los riesgos los cuales aquejen al paciente y personal. El enfoque del Joint Commission, el cual es aplicable en Venezuela mediante su rama internacional el Joint Commission International, es otro punto de vista de cómo afrontar las aristas de la calidad, mediante el uso de la documentación.

Los estándares se dividen en dos secciones:

- Estándares centrados en el paciente (8 en total).
- Estándares de gestión de la organización sanitaria (6 en total).

Fundamentos contextuales

La dinámica de la atención de la salud ha evolucionado de tal manera que ya las visitas del profesional de la medicina, de casa en casa no se hacen viables en los tiempos actuales de globalización y por la expansión de las poblaciones. Como otros servicios que se brindan a la comunidad, el servicio de salud se transformó en uno el cual debió ser organizado en un sistema.

De allí se deriva al sistema de salud, en Venezuela actualmente existe un sistema híbrido entre instituciones públicas y privadas las cuales varían entre sí no sólo por la naturaleza de su administración sino por la capacidad instalada que tengan para poder atender al público. Por ello varían en su tamaño, cantidad de personal, ubicación, servicios asociados, tipos de cama (ambulatoria o de hospitalización), cantidad de camas, su orientación (instituciones docentes y no docentes), etc.

Las instituciones de salud se dividen en diferentes tipos, como ya se mencionó, los cuales son:

- Ambulatorios Rurales: Tipo I y II
- Ambulatorios Urbanos: Tipo I ; II y III
- Hospitales: Tipo I; II; III; IV

El objeto de estudio de la presente investigación se basó en data real de una institución privada de clasificación Tipo I.

Al ser organizaciones donde ocurre una prestación de servicios, existen procesos por los cuales deberán pasar todas las personas que interactúen en ellas. Por la naturaleza privada de la institución, adicional a esas interacciones normales existe un intercambio de un servicio por una compensación. Esta última circunstancia hace que la dinámica del proceso integre niveles de expectativa de cómo debe ser la calidad del servicio.

Es por este último punto que surge la necesidad de manejar una forma estándar de actuar en los procesos. Esto con el fin de brindar servicios de alta calidad y a la vez buscar minimizar la posible insatisfacción y las desviaciones que se pueda generar por fallas del personal que interactúa con el paciente, que para efectos de la institución se debe visualizar como su cliente principal.

La institución en la cual se aplicó la investigación es una de larga trayectoria en el sector salud (más de medio siglo de operación). Cuenta con servicios de consulta

externa, así como servicio de atención quirúrgica electiva derivada de la misma consulta. La misma atiende pacientes de todos los estados del territorio nacional e incluso en ocasiones de otros países. No cuenta con un servicio de atención de emergencias pero si servicio de hospitalización, contando con unidades de cuidados medios e intensivos.

Dispone de una organización que se divide en tres grandes ramos. El personal operativo/administrativo, el personal médico (docente y de consulta) y el personal médico estudiante, es decir residentes, pasantes y “fellows” de las diferentes clínicas que conforman la institución. Al no contar con una emergencia, el manejo operativo de los procesos se hace más sencillo porque se evita el elemento impredecible de la misma.

Esto facilitó la posibilidad de establecer cuáles serán los procedimientos a elaborar dado que se conoce en esencia la ecuación fundamental de funcionamiento de la institución. El funcionamiento se basa en dos grandes núcleos que se suman y al final da un resultado. Los núcleos son la atención en la consulta, y las unidades de apoyo, tanto de diagnóstico como las administrativas. El resultado es el tratamiento ambulatorio o quirúrgico.



Figura 4: Ecuación fundamental del funcionamiento de la institución.

Fuente: El investigador

El componente docente de la institución contribuye de manera periférica tanto en los núcleos de atención como en el resultado ambulatorio o quirúrgico. Para efectos de

esta investigación, los procesos del área docente no se tomaron en cuenta, dado que su impacto es pequeño en comparación con los procesos macro ya mencionados.

La investigación partió desde el hecho que la institución seleccionada no contaba con procedimientos documentados de todos sus procesos y que la operatividad se llevaba a cabo con base en las prácticas acostumbradas.

Fundamentos Legales

La investigación tuvo su base legal en la Ley del Sistema Venezolano para la Calidad (2002). En ella se exponen los siguientes artículos que fundamentan esta investigación:

Artículo. 1.

“Objetivo de la Ley:

Esta Ley tiene por objeto desarrollar los principios orientadores que en materia de calidad consagra la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, determinar sus bases políticas, y diseñar el marco legal que regule el Sistema Nacional para la Calidad, asimismo establecer los mecanismos necesarios que permitan garantizar los derechos de las personas a disponer de bienes y servicios de calidad en el país, a través de los subsistemas de Normalización, Metrología, Acreditación, Certificación y Reglamentaciones Técnicas y Ensayos.”

Artículo. 3. Ámbito de aplicación:

“De acuerdo con esta ley la acción del Estado en materia de calidad estará dirigida a:

1. Elaboración e intercambio de bienes.
2. Prestación de servicios.
3. Importación, distribución y expendio de bienes.

4. Exportación de bienes y servicios nacionales.

5. Educación y promoción de la calidad.”

Artículo. 4, numeral 12

“A los efectos de la presente Ley y su Reglamento, se entenderá por:

...12. Evaluación de la conformidad: Cualquier actividad relacionada con la determinación directa o indirecta del cumplimiento de los requisitos pertinentes, tales como muestreo, ensayo e inspección (control de la calidad), evaluación, verificación y aseguramiento de la conformidad (declaración del proveedor, certificación); Registro, acreditación y aprobación también como sus combinaciones.”

Capítulo III

Marco Metodológico

Con el planteamiento del problema ya realizado, la siguiente fase de la investigación implica establecer cómo se llevará a cabo la misma. Hernández Sampieri (2006) enuncia: “...el investigador debe visualizar la manera práctica y concreta de responder las preguntas de investigación, además de cubrir los objetivos fijados. Esto implica seleccionar o desarrollar uno o más diseños de investigación y aplicarlos al contexto particular del estudio.” (p. 158)

En este capítulo el investigador explica entonces cuáles serán los pasos a seguir y la metodología a usar para resolver los interrogantes y lograr cumplir con los objetivos de la investigación.

Tipo y Diseño de la Investigación

Los objetivos presentados son la evaluación del impacto de la ausencia de procedimientos documentados con la atención de servicios no conformes en

instituciones de cuidado para la salud, se deseaba describir qué es un servicio no conforme y un procedimiento documentado. Por ello se pudo considerar una investigación de tipo evaluativa.

Luego la investigación buscaba comparar el impacto histórico de la implementación de los procedimientos y su presencia en el manejo de los servicios no conformes. Esta sección de la investigación la hace comparativa. Hurtado de Barrera, J (2000) enuncia sobre el propósito de las investigaciones comparativas: “buscan identificar semejanzas y/o diferencias entre elementos”

Finalmente se buscaba proyectar la disminución de los servicios no conformes con el uso de los procedimientos documentados, esta última característica hace que la investigación tenga aspectos de evaluativa.

Hernández Sampieri (2006) indica: “El término diseño se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información deseada.”(p. 158) El diseño de la investigación se relaciona específicamente al cómo se realizará la investigación. De manera más profunda se relaciona con la forma en la cual se obtendrán los datos con los cuales se validará la investigación realizada.

El diseño se puede fundamentar en tres características que le dan estructura según como se llevará a cabo la recolección de datos que se relacionan con la investigación:

1. ¿Dónde se debe buscar la información?
2. ¿En qué momento se debe recopilar?
3. ¿Cuánta información se debe obtener?

La respuesta a cada una de las interrogantes da idea de cuáles son los tipos de diseño que se manejan. A continuación se muestran ilustraciones según Hurtado de

Barrera, J (2008) dónde se pueden visualizar los posibles diseños usando los criterios mencionados:

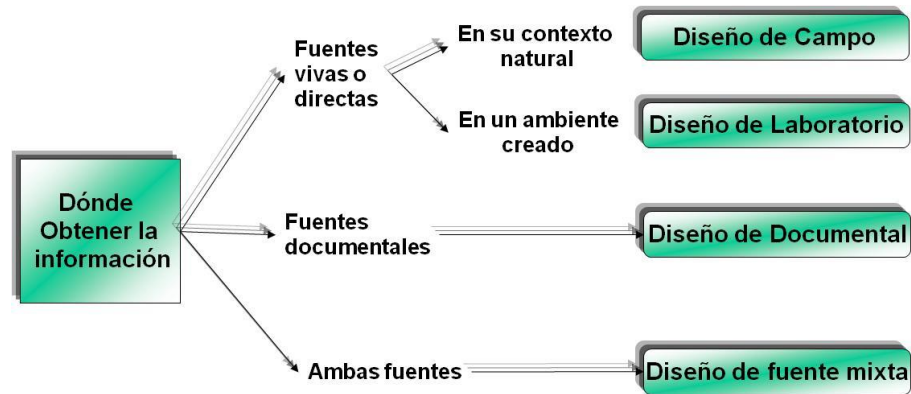


Figura 5: Esquema de selección para diseños de investigación según el origen de datos. Fuente: Jaqueline Hurtado de Barrera (2008).

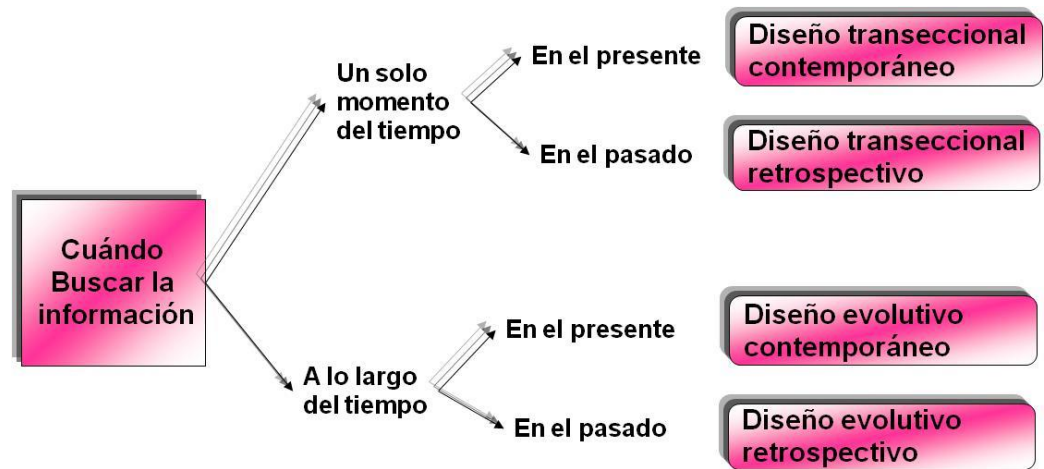


Figura 6: Esquema de selección para diseños de investigación según temporalidad de los datos. Fuente: Jaqueline Hurtado de Barrera (2008).



Figura 7: Esquema de selección para diseños de investigación cantidad de los datos. Fuente: Jaqueline Hurtado de Barrera (2008).

Para la investigación se realizaron revisiones documentales y de campo, por ello se puede considerar un diseño mixto, no experimental. La data de la sección de campo de la investigación se realizó en las unidades de apoyo al diagnóstico, del hospital, las cuales son:

- Sala de yesos.
- Servicio de radiodiagnóstico.
- Laboratorio clínico.
- Servicio de odontología.

Para la sección documental, se utilizó la Técnica RACEER propuesta por Hurtado de Barrera, J (2000):

1. Recopilación de la información
2. Almacenamiento en fichas o unidades informativas
3. Categorización de las fichas o unidades informativas
4. Elaboración del Esquema Conceptual
5. Enlace de las fichas o unidades informativas

6. Redacción

Operacionalización y sus variables

Con el fin de poder contar con un medio cuantificable para la obtención de resultados, se buscaron las variables del problema. Las variables son aquellas características relacionadas a los objetivos que pueden tomar valores diferentes.

Para la investigación se definieron las siguientes variables:

Variable	Definición conceptual
Servicio no conforme	Incumplimiento de un requisito.
Procedimientos documentados	Son la forma específica de realizar las actividades inherentes de los procesos seleccionados para estudio que se determinan que se deben documentar y se documentan.
Impacto sobre servicio no conforme	Son las consecuencias operativas o económicas que se derivan de un producto no conforme.
Disminución de servicios no conforme	La cantidad en la cual disminuyen los servicios no conformes.

Tabla #2: Definición conceptual de variables. Fuente: El investigador

Una vez definidas las variables, se pueden operacionalizar las variables. Este es un proceso en el cual se hace un enlace entre los objetivos específicos y las variables definidas como se expresó previamente. La operacionalización se pregunta primero, qué es lo que se quiere lograr. Esto se refiere al objetivo específico que se convertirá en variable.

Cuando se haya definido la variable se buscan las dimensiones de la misma, las cuales a su vez llevan a determinar cuál será el indicador a usar para medirlo. Con el indicador definido se puede entonces establecer cuál será la técnica y el instrumento necesario para la recolección de datos de la investigación.

A continuación, en la tabla 3, se presenta la operacionalización de variables de la investigación:

Objetivo	Variable	Dimensión	Indicador	Técnica e instrumento
Describir qué es un servicio no conforme en la atención al paciente.	Servicio no conforme	Médico paciente	Cantidad de devoluciones de productos por el médico Cantidad de quejas del paciente	Quejas de producto terminado (Formal product complaints) Quejas formales y Quejas de cuestionario (Registros anecdóticos; Cuestionarios de satisfacción)
Operacionalizar los procedimientos escritos que deben existir para tratar servicios no conformes.	Procedimientos documentado	Tipo Cantidad	Clasificación Cantidad de documentos Extensión del documento	Lista de verificación Fichas
• Comparar los efectos de no tener procedimientos documentados contra tenerlos sobre los servicios no conformes en la atención de pacientes en el histórico de la implantación de la documentación desde el año 2013.	Impacto sobre servicio no conforme	Operativo	Cantidad de reprocesos por errores	Registros de devoluciones
• Proyectar cuánto disminuyen los servicios no conformes con la implementación de procedimientos documentados.	Disminución de servicios no conforme	Médico paciente	Cantidad de devoluciones de productos por el médico Cantidad de quejas del paciente	Quejas de producto terminado (Formal product complaints) Quejas formales y Quejas de cuestionario (Registros anecdóticos)

Tabla # 3: Operacionalización de variables. Fuente: El investigador

Población y Muestra

El siguiente aspecto a considerar es cómo determinar la población a la cual se le aplicará la investigación y el tamaño de la muestra a estudiar. La determinación de ambos contribuye a disminuir la envergadura de la recolección de información, ya que reduce las posibles fuentes y las cantidades de datos que se deben seleccionar.

La población de estudio dentro del contexto de esta investigación serán los clientes de las 4 unidades de apoyo al diagnóstico mencionadas brevemente y se circunscribirán a la cantidad promedio mensual de clientes atendidos. La población entonces se considera estratificada, siendo cada unidad un estrato con un peso sobre la población. A continuación se muestra un cuadro que muestra el comportamiento mensual promedio de clientes por unidad:

Unidad	2010	2011	2012	2013	2014
Radiología	2.961	2.911	2.871	3.030	2.849
Laboratorio Clínico	1.150	1.155	1.248	1.247	1.193
Odontología	5.525	5.745	6.030	6.113	6.236
Sala de yeso	607	512	700	778	836
Promedios Mensuales	10.243	10.322	10.848	11.168	11.113

Tabla #4: Promedio mensual pacientes por unidad por año desde año 2010 al 2014. Fuente: Registros de datos del Centro de salud

Unidad	2010	2011	2012	2013	2014
Radiología	29%	28%	26%	27%	26%
Laboratorio Clínico	11%	11%	12%	11%	11%
Odontología	54%	56%	56%	55%	56%
Sala de yeso	6%	5%	6%	7%	8%

Tabla #5: Porcentaje que representa cada unidad sobre el total de pacientes promedio mensual desde el año 2010 al año 2014. Fuente: Registros de datos del Centro de salud

Dado que en ocasiones, por la naturaleza de los padecimientos de los pacientes, quienes interactúan con el personal de la institución son el familiar y/o acompañante del paciente, a este grupo en ocasiones fue a quién se le aplicó el instrumento.

La muestra para la recolección de datos se seleccionara usando el criterio probabilístico para tamaño de poblaciones conocidas. Usando la siguiente ecuación:

$$n = \frac{Z^2 N \cdot p \cdot q}{e^2 (N - 1) + Z^2 p \cdot q}$$

Donde:

Elementos	Descripción	Valor a usar
N	Tamaño de la población	11113
p	Proporción de la muestra para la categoría a examinar	50%
q	1-p	50%
e	Margen de error	5%
Z	Grado de confianza de la estimación	1,96

Tabla #6: Elementos de fórmula de criterio probabilístico para selección de muestra para tamaños de población conocidas. Fuente: El investigador

Con el tamaño de muestra ya determinado, usando los porcentajes que representan el promedio mensual de cada unidad (estrato) sobre la población global (tomando el año 2014 como referencia) para determinar cuántos clientes se tomarán de muestra de cada estrato. se determinó multiplicando el porcentaje que representa la población del estrato sobre el total, por el tamaño de muestra “n” determinado previamente.

$$n_{\text{estrato}} = \frac{\text{Población}_{\text{estrato}}}{\text{Población}_{\text{Total}}} n_{\text{muestra}}$$

Con base a los datos mencionados, el tamaño de la muestra a utilizar fue de 371 personas entrevistadas. Distribuidos de la siguiente manera:

Unidad	n estrato
Radiología	95
Laboratorio Clínico	40
Odontología	208
Sala de yeso	28

371

Tabla #7: Tamaño de muestra por cada unidad utilizando modelo de criterio probabilístico por afijación proporcional del estrato. Fuente: El investigador

Técnica e Instrumentos para la Recolección de Datos

Una vez determinada qué tipo de investigación se hizo, cómo se recolectó la data, de dónde se obtendrían y cuántos registros se usaría, se debe indicar cuál sería la técnica e instrumento para recoger los datos. Valarino, Yáber y Cemborain (2010) acotan: “...se procede a la selección y empleo de las técnicas e instrumentos de recolección y registro de los que luego serán analizados para responder a la pregunta de investigación en cada fase donde se requiera.” (p. 217)

Dada que la investigación fue de campo se utilizaron técnicas cuantitativas, las cuales Valarino, Yáber y Cemborain (2010) identifican como: “...aquellas que pretende una explicación del fenómeno a través de una interpretación objetiva, ofreciendo como resultados conclusiones expresadas en el lenguaje numérico y formal.” (p. 217-218).

Existen varios tipos de técnicas con instrumentos asociados, sin embargo Valarino, Yáber y Cemborain (2010) indican que las usadas con mayor frecuencia son, la observación, encuesta y la entrevista. Dentro de la metodología de esta investigación se utilizaron:

Observación estructurada: Haciendo uso de las listas de cotejo así como los registros anecdóticos. Según Valarino, Yáber y Cemborain (2010), en torno al registro

anecdótico, acotan que el investigador: “...describe el fenómeno bajo estudio sin categorizar previamente la información.” (p. 218) Se realizaron las listas de cotejo una vez al mes al igual que los registros anecdóticos durante el tiempo de duración de la investigación.

Encuesta escrita: Mediante un cuestionario el cual estuvo estructurado de manera previa y fue entregado al momento de atender al paciente en cada unidad e igualmente distribuido a los médicos que participan en el estudio. La periodicidad fue una vez al mes durante el tiempo de desarrollo de la investigación.

Los instrumentos utilizados en el trabajo fueron:

Instrumentos	Formato de instrum	Dato que desea recopilar	¿Validación	Variable que afecta
Lista de cotejo para procedimientos	Lista de verificación	Validez del procedimiento	Sí	Procedimiento documentado
Registro anecdótico	Libro de alabanzas y quejas	Queja formal	Sí	Servicio no conforme
Encuesta de satisfacción	Cuestionario	Quejas por cuestionario	Sí	Servicio no conforme
Registro de devoluciones	Indicador de devoluciones	Devolución de producto terminado	Sí	Servicio no conforme/ Impacto sobre servicio no conforme

Tabla #8: Instrumentos a utilizados durante el trabajo. Fuente: El investigador

Validez del instrumento

Al momento de realizar la recolección de datos, se busca los mecanismos que aseguren la confiabilidad y validez de los resultados. Valarino, Yáber y Cemborain (2010) indican: “En cualquier técnica de recolección de datos o instrumento, se debe analizar la confiabilidad, la precisión y validez de la medida. Esto implica obtener información sobre la excelencia de un instrumento de recolección de información. La relación entre ambas puede obtenerse mediante procedimientos matemáticos.” (p.227)

Sobre la validez, Valarino, Yáber y Cemborain (2010) indican: “...se refiere a que debe tenerse cierto grado de seguridad que lo que se está midiendo sea los que se

pretende y no otra cosa...”(p. 227) En cuanto a mediciones de magnitudes físicas el tema de la validez no es tan complicado, mientras que en factores sociales, como percepción, sí lo es. Con el fin de garantizar la validez del instrumento, se utilizaron aquellos ya usados previamente en las investigaciones antecedentes a ésta y usados en el centro de salud.

Técnicas para el Análisis e Interpretación de los Datos

Una vez recopilada la información el siguiente paso natural es el procesamiento y análisis de los datos seleccionados. Sobre el procesamiento de datos se manejó a través del vaciado de la información obtenida de los instrumentos a bases de datos electrónicas. Dependiendo del tipo de instrumento utilizado y los datos recopilados se usaron varios métodos estadísticos de análisis de datos descriptivos e inferencial.

Se trabajó con:

- Análisis de datos mediante las medidas de tendencia central (imputación de datos): La imputación de datos es cuando se busca rellenar algún dato faltante usando aquéllos que ya se tienen. Para ello se usan medidas de tendencia central, promedios simples, promedios recortados, medianas etc.

Consideraciones éticas

Desde el punto de vista ético el trabajo respetó todos los acuerdos de confidencialidad de la institución y no se usaron nombres ni datos reales de pacientes. Igualmente, se contó con la aprobación de la institución para el uso de la data de la misma, sin embargo no se permite identificarla. Las encuestas se tomaron en sentido estrictamente anónimo y el llenado fue voluntario.

Desde el punto de vista administrativo, los datos surgieron de los recolectados en las unidades mencionadas previo acuerdo con las autoridades de la institución, de cuándo y cómo se podían realizar las recolecciones. Aquellos que son producto de los

registros anecdóticos se solicitaron a la Dirección Ejecutiva y Gerencia de Hospitalidad, con el fin de realizar copias y fueron devueltas. Algunas encuestas se adjuntaron.

Sin embargo en los registros anecdóticos utilizados se omitieron los datos del paciente dada la confidencialidad mencionada. La data existe desde el año 2010 que fue cuando se inició la recolección de la misma, sin embargo se hizo énfasis en el período desde Julio 2013 hasta Diciembre 2015.

Capítulo IV:

Presentación y Análisis de los datos

Una vez realizada la recolección de la data del trabajo de investigación se procedió a realizar la análisis e interpretación de los datos. Por analizar se puede entender como ordenar y resumir los datos de manera sistemática para su posterior interpretación. La interpretación es un proceso en el cual se establecen relaciones y comparaciones de los datos, con la teoría y otras investigaciones

Balestrini, M (2002) explica:

“En todo caso, el análisis e interpretación de los datos se convierte en la fase de la aplicación de la lógica deductiva e inductiva en el desarrollo de la investigación.” (p 170)

De acuerdo a los conceptos señalados, los datos recabados en el presente estudio, se presentan a continuación, dando respuesta a los objetivos de la investigación.

Objetivo I: Describir qué es un servicio no conforme en la atención al paciente.

Durante la investigación se midió la cantidad de servicios no conformes que se presentaban para poder describir que es un servicio no conforme en la atención al paciente. A continuación se presentará, cual fue el comportamiento, a partir del año 2013 hasta el 2015, el registro de servicios no conformes.

CONCEPTO	2013	2014	2015
Cambio de tratamiento	159	6	8
Error en códigos al facturar	180	228	73
Cambio de profesional	25	32	192
Paciente de otra consulta	1	3	0
Paciente referido a otro servicio	124	2	7
Cambio de precio	39	35	24
No se le realizo el tratamiento	169	269	192
Paciente ya habia cancelado	39	41	12
	736	616	508

Tabla #9: Reporte de devoluciones por categoría por año de la unidad de odontología. Fuente: Datos estadísticos del centro de salud

Para la unidad del laboratorio clínico del se observó siguiente comportamiento de las no conformidades durante la investigación:

CONCEPTO	2013	2014	2015
No hay reactivo para la prueba	155	181	241
Error en códigos al facturar	176	161	293
Paciente sin condiciones de ayun	24	24	0
Cambio de precio	38	140	96
No se le realizo el estudio	165	140	120
Paciente ya habia cancelado	40	17	50
	598	663	800

Tabla #10: Reporte de devoluciones por categoría por año de la unidad de laboratorio clínico. Fuente: Datos estadísticos del centro de salud

La unidad de radiología presentó un comportamiento similar al de la unidad de laboratorio clínico como se evidencia a continuación:

CONCEPTO	2013	2014	2015
Imagen no corresponde al paciente	0	1016	1040
Error en códigos al facturar	6	15	20
Cambio de precio	18	26	15
No se le realizó el estudio	165	677	959
Defectos en la imagen	39	2708	2500
	228	4442	4534

Tabla #11: Reporte de devoluciones por categoría por año de la unidad de radiología. Fuente: Datos estadísticos del centro de salud

En la sala de yesos se volvió a observar un comportamiento similar al visto en la unidad de odontología, en el cual, posterior a la implementación de los procedimientos documentados, inicia una disminución sostenida de la cantidad de no conformidades año a año. La siguiente tabla ilustra dicho comportamiento.

CONCEPTO	2013	2014	2015
Cambio de tratamiento	49	50	3
Error en códigos al facturar	55	49	30
Cambio de profesional	8	5	31
Cambio de precio	12	7	4
No se le realizó el tratamiento	52	8	4
Paciente ya había cancelado	11	51	33
	187	170	105

Tabla #12: Reporte de devoluciones por categoría por año de la unidad de sala de yesos. Fuente: Datos estadísticos del centro de salud

Es más prominente la cantidad de servicios no conformes relacionados a entrega de productos físicos y no tantas actividades relacionadas a la prestación de servicios.

Hay un mayor riesgo de que exista impacto al cliente en aquellas unidades donde existe un entregable físico, no sólo un servicio puntual.

Estas no conformidades al ser detectadas eran una fuente de insatisfacción pues generaban una percepción del paciente y otros miembros de la institución (médicos, otros trabajadores que continúan en la cadena de valor) que existía una ausencia de control de la calidad en el proceso.

Más allá de la faceta de percepción, se generaba un reproceso, el cual tenía implícito un costo de no calidad, así como un costo explícito por gasto de material así como horas hombres invertidas en realizar la tarea nuevamente.

Con el fin de determinar mediante la percepción del usuario, cuáles pudiesen ser fuentes de no conformidad del servicio, se realizó en los diferentes servicios para la investigación, la encuesta de satisfacción de servicio. La misma es un formato general usado habitualmente en el centro de salud.

El formato hace una serie de preguntas generales, sin embargo existen 3 de ellas que se relacionan con aspectos de servicio y atención ligadas al objeto del estudio y los cuales se aplican sólo a las unidades seleccionadas. Se refieren a la atención de las secretarías del servicio, sobre el cumplimiento y respeto del orden de llegada para atención y el tiempo de espera.

Adicional a dichas preguntas, la encuesta tiene una sección de sugerencias libres o registro anecdótico el cual permite al paciente/usuario expresar sus opiniones sobre la atención generalizada en la institución. Esta sección permitió visualizar mejor los aspectos con los cuales se puede definir qué es una no conformidad en la atención al paciente.

Los resultados pertinentes obtenidos, se ven a continuación en las siguientes tablas:

Atención secretarías del servicio

Respuesta	Cantidad de respuestas	%
Excelente	37	10%
Bueno	215	58%
Regular	52	14%
No responde	67	18%

371

Tabla #13: Resultados de encuesta sobre la calidad de atención de las secretarías de atención del servicio. Fuente: Datos estadísticos Centro de salud en su encuesta de satisfacción.

Tiempo de espera

Respuesta	Cantidad de respuestas	%
Excelente	15	4%
Bueno	260	70%
Regular	59	16%
Mala	37	10%

371

Tabla #14: Respuestas a encuesta sobre tiempo de espera en el servicio. Fuente: Datos estadísticos Centro de salud en su encuesta de satisfacción.

Respeto orden de llegada

Respuesta	Cantidad de respuestas	%
Excelente	60	16%
Bueno	275	74%
Regular	22	6%
Malo	7	2%
No responde	7	2%

371

Tabla #15: Respuestas a encuesta sobre respeto de orden de llegada para atención del paciente. Fuente: Datos estadísticos Centro de salud en su encuesta de satisfacción.

Comentario	#Menciones
Habitación asignada no corresponde a la habitación ofertada y/o cancelada	4
No hubo entrega de pito	1
Kit de admisión o trae todos los insumos	1
No informan de cuáles son las formas de pago aceptadas y cuales seguros son aceptados	1
Falta información banco de sangre. Mejorar procedimientos	1
Tiempo para entrar en habitación más largo del informado	2
Retiro de un yeso antes de tiempo (sala de yeso)	1
Tiempo de hospitalización fue menor al pagado	1
Mejorar procedimiento de información RX	1
Mejorar trato sala de yeso	1
Mejorar trato personal Rx	2
Mejorar trato de personal toma de muestra Lab. Clínico	1
Entregan material a unos pacientes y otros no en Lab clínico	1

18

Tabla #16: Registro anecdóticos de pacientes sobre inconformidades con el servicio. Fuente: Datos estadísticos Centro de salud en su encuesta de satisfacción.

Objetivo II: Operacionalizar los procedimientos documentados que deben existir para tratar servicios no conforme. Durante la realización del trabajo de investigación no se halló evidencia la cual mostrara que previo al segundo semestre del año 2013, la institución contara con un sistema de documentación de los procesos y sus procedimientos.

Area	# procedimientos documentados
Laboratorio Clínico	0
Servicio de Radiodiagnóstico	0
Odontología	0
Sala de Yeso	0

Tabla #17: Cantidad de procedimientos documentados en las diferentes unidades de la institución, previos al segundo semestre del año 2013. Fuente: El investigador

La directiva decidió en el inicio del año 2013 realizar la elaboración y documentación de los procedimientos de todos los procesos de la institución, los cuales fueron publicados y entregados, ya validados, el 01/07/2013. Con base a ello, a partir de dicha fecha el nuevo inventario de procedimientos documentados sobre los cuales se hizo foco el trabajo de investigación fue el siguiente:

Area	# procedimientos documentados
Laboratorio Clínico	13
Servicio de Radiodiagnóstico	7
Odontología	16
Sala de Yeso	5
Total	41

Tabla #18: Cantidad de procedimientos documentados en las diferentes unidades de la institución, a partir del segundo semestre del año 2013. Fuente: El investigador

Se revisaron en detalle, cuáles eran los procedimientos documentados por cada unidad y haciendo uso de la lista de verificación elaborada, se determinó el porcentaje de cumplimiento de las condiciones para un procedimiento escrito con base a lo establecido en la investigación. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Cantidad	Area	Nombre	No. Documento	# condiciones cumplidas	# condiciones no cumplidas	% cumplimiento
1	Laboratorio	General	LAB-GEN-002	0	14	0%
2	Laboratorio	Llegada del Paciente	LAB-LP-002	3	11	21%
3	Laboratorio	Recepción del paciente (Ambulatorio, Privado y/o Fundacional)	LAB-RPAPF-002	3	11	21%
4	Laboratorio	Entrega de gastos a Facturación	LAB-EGF-002	4	10	29%
5	Laboratorio	Personal de Pre-Empleo y Exonerados	LAB-RPPE-002	4	10	29%
6	Laboratorio	Entrega de Resultados	LAB-RPER-002	4	10	29%
7	Laboratorio	Toma de muestra en Laboratorio	LAB-TMLAB-002	4	10	29%
8	Laboratorio	Toma de muestra en Hospitalización	LAB-TMHOSP-002	4	10	29%
9	Laboratorio	Análisis de Bioanalista	LAB-AB-002	3	11	21%
10	Laboratorio	Análisis de Bacteriología	LAB-ABACT-002	3	11	21%
11	Laboratorio	Pruebas Especiales	LAB-PRS-002	3	11	21%
12	Laboratorio	Esterilización de Materiales para Bacteriología	LAB-EMB-002	3	11	21%
13	Laboratorio	Control de área	LAB-CA-002	3	11	21%

Tabla #19: Cantidad de condiciones cumplidas de los procedimientos documentados dentro de la institución para el Laboratorio Clínico. Fuente: El investigador

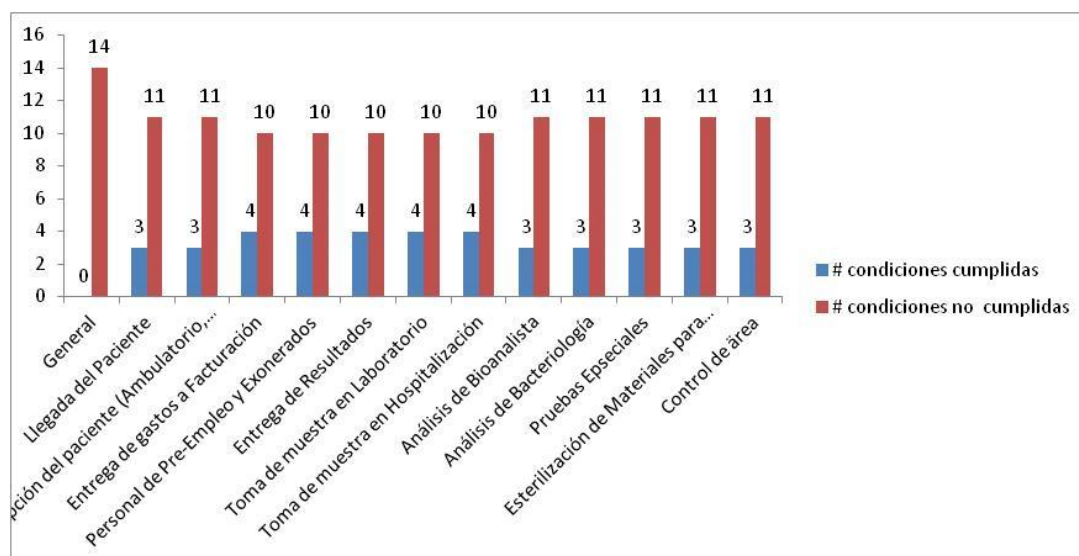


Gráfico 1: Comparación de cantidad de condiciones cumplidas vs no cumplidas por procedimiento documentado en la institución para el Laboratorio Clínico. Fuente: El investigador

Cantidad	Area	Nombre	No. Documento	# condiciones cumplidas	# condiciones no cumplidas	% cumplimiento
1	Radiología (RX)	General	RX-GEN-003	0	14	0%
2	Radiología (RX)	Llegada del Paciente	RX-LP-003	3	11	21%
3	Radiología (RX)	Recepción de Paciente	RX-RP-003	3	11	21%
4	Radiología (RX)	Estudios especiales	RX-RESP-003	3	11	21%
5	Radiología (RX)	Realizar estudio	RX-RE-003	3	11	21%
6	Radiología (RX)	Entrega de resultados	RX-ER-003	3	11	21%
7	Radiología (RX)	Control de área	RX-CA-003	4	10	29%

Tabla #20: Cantidad de condiciones cumplidas de los procedimientos documentados dentro de la institución para el Servicio de Radiodiagnóstico. Fuente: El investigador

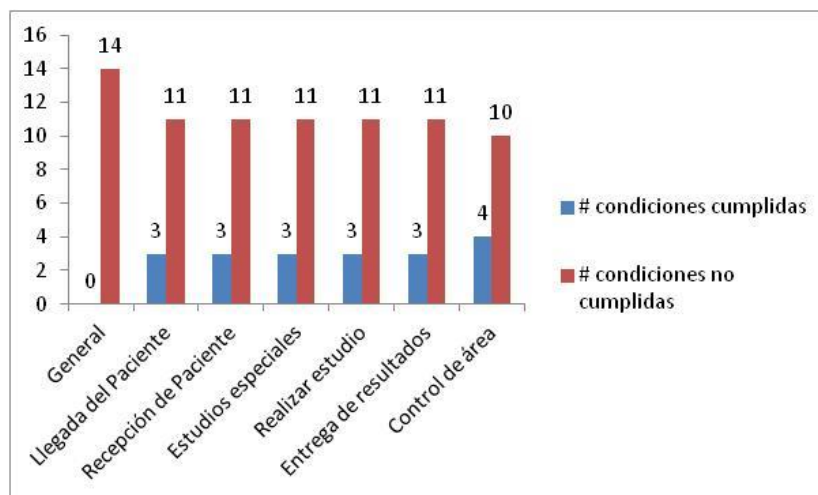


Gráfico #2: Comparación de cantidad de condiciones cumplidas vs no cumplidas por procedimiento documentado en la institución para el Servicio de Radiodiagnóstico. Fuente: El investigador

Cantidad	Area	Nombre	No. Documento	# condiciones cumplidas	# condiciones no cumplidas	% cumplimiento
1	Sala de yesos	General	SY-GEN-012	0	14	0%
2	Sala de yesos	Recepción de paciente	SY-RP-012	4	10	29%
3	Sala de yesos	Control Suminitros Paciente	SY-CSP-012	3	11	21%
4	Sala de yesos	Presupuesto	SY-PREST-012	3	11	21%
5	Sala de yesos	Control Estadístico	SY-CE-012	3	11	21%

Tabla #21: Cantidad de condiciones cumplidas de los procedimientos documentados dentro de la institución para el Servicio de Sala de Yesos. Fuente: El investigador

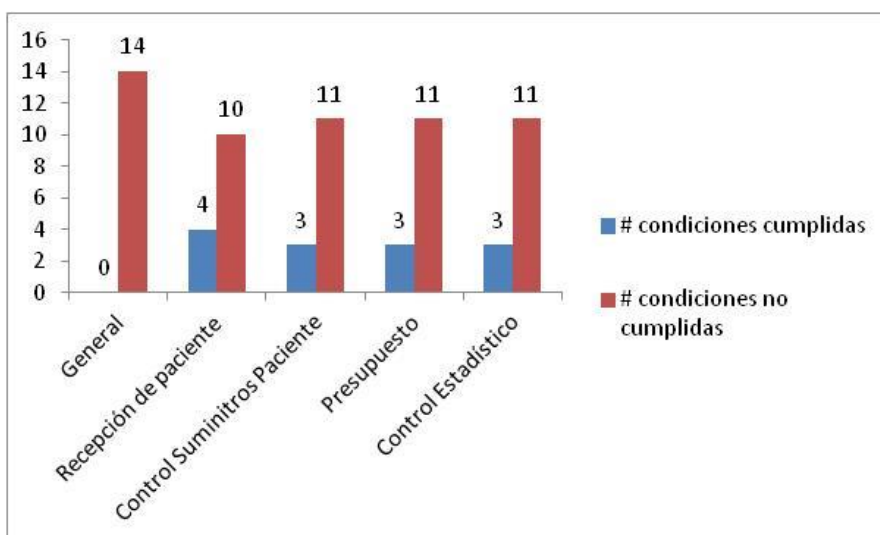


Gráfico # 3: Comparación de cantidad de condiciones cumplidas vs no cumplidas por procedimiento documentado en la institución para el Servicio de Sala de Yesos.

Fuente: El investigador

Cantidad	Area	Nombre	No. Documento	# condiciones cumplidas	# condiciones no cumplidas	% cumplimiento
1	Odontología	General	ODN-GEN-013	0	14	0%
2	Odontología	Control de Llegada de pacientes	ODN-CLP-013	3	11	21%
3	Odontología	Atención paciente por primera vez	ODN-APP-013	3	11	21%
4	Odontología	Atención paciente consecutivo	ODN-APC-013	3	11	21%
5	Odontología	Solicitud Informe Médico	ODN-SIM-013	3	11	21%
6	Odontología	Solicitud presupuesto de gasto	ODN-SPG-013	3	11	21%
7	Odontología	Examen de Ortodoncia por primera vez	ODN-TRO-013	4	10	29%
8	Odontología	Caso de Bracket	ODN-CBR-013	3	11	21%
9	Odontología	Entrega de estuche para aparatos removibles	ODN-VAR-013	3	11	21%
10	Odontología	Solicitud de Material	ODN-SOM-013	3	11	21%
11	Odontología	Recepción de material	ODN-REM-013	3	11	21%
12	Odontología	Distribución de Material	ODN-DIM-013	3	11	21%
13	Odontología	Recepción y entrega de Periapicales	ODN-REP-013	3	11	21%
14	Odontología	Retiro de panorámica	ODN-RDP-013	3	11	21%
15	Odontología	Control de entregas de laboratorios	ODN-CEL-013	3	11	21%
16	Odontología	Control de pagos de laboratorios	ODN-CPL-013	4	10	29%

Tabla #22: Cantidad de condiciones cumplidas de los procedimientos documentados dentro de la institución para el Servicio de Odontología. Fuente: El investigador

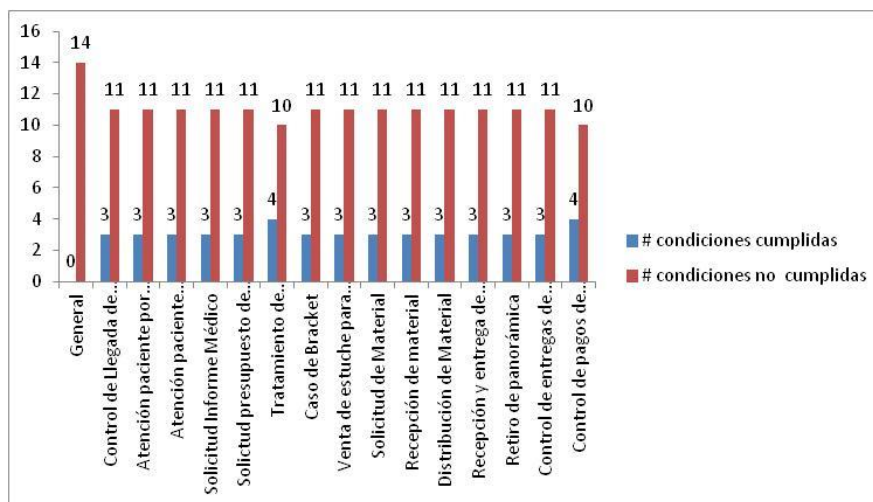


Gráfico #4: Comparación de cantidad de condiciones cumplidas vs no cumplidas por procedimiento documentado en la institución para el Servicio de Odontología.

Fuente: El investigador

Se pudo determinar, basado en las condiciones establecidas en la lista de verificación, que el 100 % de los procedimientos de la institución, no cumplen con la totalidad de las condiciones de un procedimiento documentado. Igualmente se afirma que el 90,24 % de los procedimientos cumplen con al menos 3 de las condiciones establecidas.

El centro de salud tomó la decisión de iniciar el uso de un sistema de documentación dada la necesidad de tener mayor control de sus actividades y por el sentir intuitivo que el personal no estaba preparado para los cargos y/o situaciones para los cuales fueron contratados. Sin embargo, los formatos utilizados eran muy genéricos, realmente eran flujogramas de procesos y no verdaderos documentos de procedimiento de un proceso.

La documentación utilizada sólo indica cuáles eran las etapas a cumplir por el paciente y cuáles eran las actividades macro a realizar del trabajador sin indicar, con cuál fin se debía realizar una actividad. No indicaban si se requería algún formato, no

presentaba definiciones de términos usados para que el trabajador supiera dar explicaciones, no existían fórmulas de cálculo ni se daban descripciones detalladas de las actividades.

Eran documentos con ausencia de cierta cantidad de contenido el cual facilitaría un flujo del proceso mejor y mayor calidad en la atención al paciente, los cuales pudiesen minimizar el riesgo de impacto sobre el cliente.

Objetivo III: Comparar los efectos de no tener procedimientos documentados contra tenerlos, sobre los servicios no conformes en la atención de pacientes, en el histórico de la implantación de la documentación desde el año 2013.

Utilizando la data estadística tomada del centro de salud referencial (vistos en las tablas #9 a #12), se pudo determinar mediante otras herramientas de análisis cómo fue el efecto de la implementación de los procedimientos documentados sobre los servicios no conformes en atención al paciente.

En la siguiente Gráfico se puede ver como se observa el comportamiento de los servicios no conformes en el histórico de la investigación para la unidad de odontología:



Gráfico #5: Cantidad de devoluciones totales (servicios no conformes) año a año de la unidad de odontología. Fuente: El investigador

El gráfico muestra que posterior a la implementación de los procedimientos documentados, los servicios no conformes inician una disminución constante y sostenida en los años subsecuentes. Las disminuciones desde el punto de vista porcentual tuvieron las siguientes variaciones:

- Del año 2013 al año 2014: 16, 3% de disminución.
- Del año 2014 al año 2015: 17,5% de disminución.

Se evidenció igualmente un comportamiento similar en cada categoría.

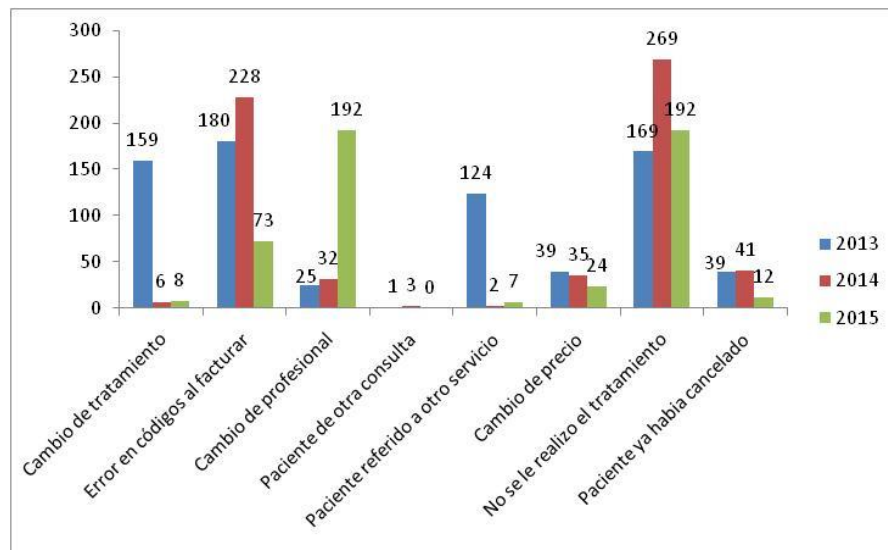


Gráfico #6: Cantidad de devoluciones por categoría (servicios no conformes) año a año de la unidad de odontología. Fuente: El investigador

De las 8 categorías de devolución (servicio no conforme) se evidencia que en 6 (75%) de ellas existió una disminución de la cantidad de devoluciones registradas, desde el inicio de la implementación de los procedimientos documentados, hasta el fin de la investigación.

Sin embargo hubo un comportamiento diferente en la unidad de laboratorio clínico. El gráfico a continuación muestra cómo fue en esta unidad:



Gráfico #7: Cantidad de devoluciones totales (servicios no conformes) año a año de la unidad de laboratorio clínico. Fuente: El investigador

En contraste con el caso de la unidad de odontología aquí no se observó una disminución en la cantidad de no conformidades, incluso el comportamiento es totalmente opuesto. En este caso la implementación de los procedimientos no tuvo un efecto positivo para la disminución de las devoluciones.

Incluso el comportamiento por cada una de los casos particulares es variado, con una tendencia hacia el incremento de cada tipo de no conformidad.

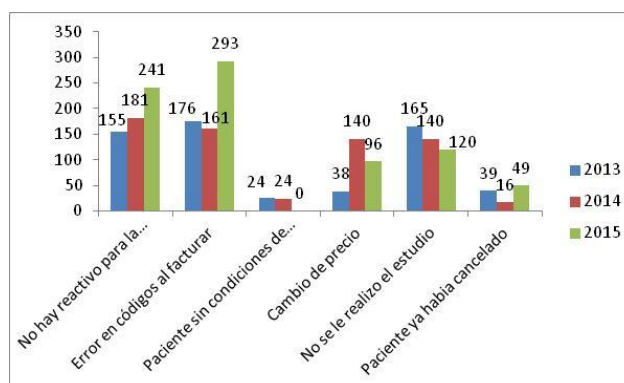


Gráfico 8: Cantidad de devoluciones por categoría (servicios no conformes) año a año de la unidad de laboratorio clínico. Fuente: El investigador

La unidad de radiodiagnóstico tuvo una incidencia similar al comportamiento de la unidad de laboratorio clínico. La siguiente Gráfico lo ilustra:



Gráfico #9: Cantidad de devoluciones totales (servicios no conformes) año a año de la unidad de radiología. Fuente: El investigador

El crecimiento en las no conformidades es mucho más marcado en esta unidad del año 2013 al 2014 en comparación al salto ocurrido en la unidad. . El crecimiento posterior, del año 2014 al 2015 es más moderado, sin embargo el salto inicial generó la duda de por qué un incremento tan vertiginoso de las no conformidades.

Al observar el comportamiento por cada sub-categoría de devolución, se puede visualizar el origen de la particularidad de las no conformidades. El siguiente gráfico lo ilustra:

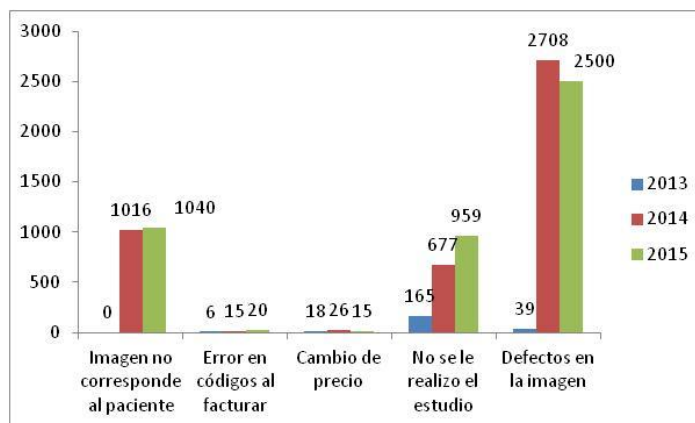


Gráfico # 10: Cantidad de devoluciones por categoría (servicios no conformes) año a año de la unidad de radiología. Fuente: El investigador

Las no conformidades que se elevaron de manera considerable estaban centradas en que no se cumplían los requisitos del producto.

En el caso del laboratorio eran más variadas las causas de las no conformidades. Sin embargo ambas unidades presentaron una particularidad que no se presentó en las dos otras unidades tomadas en cuenta en la investigación. En el año 2014, el laboratorio clínico y la unidad de radiodiagnóstico (radiología), implementaron nuevas herramientas tecnológicas, específicamente nuevos sistemas de información (RIS para radiología y LIS para el laboratorio clínico).

Estos integraban la operatividad de los estudios con la organización de la atención y registros de pacientes. El sistema RIS permitió entregar los resultados de los estudios por medio de formatos electrónicos (CD o vía web) en lugar de la entrega de imágenes en físico mediante la radiografía convencional. Igualmente permitió el registro de pacientes en formato digital relacionando dicha lista de registro y control con las listas de trabajo de los equipos.

En el caso del LIS del laboratorio, los resultados de los equipos para el análisis bioquímico de las muestras estaban interconectados a los equipos de computación de

manera automática, permitiendo cargar resultados de manera directa sin necesidad de registro manual de los mismos. Las listas de trabajo se derivaban del registro inicial en la recepción a los equipos según las pruebas requeridas.

A pesar que estas nuevas tecnologías se implementaron, ninguno de los proveedores de los dos sistemas, presentó documentación de cómo se deben realizar los procesos u operaciones con los equipos y a su vez no se realizó una integración con el sistema generalizado de información del hospital, conocido como el HIS.

La unidad de la sala de yesos sí se observó un comportamiento similar de reducción año a año de las no conformidades medidas mediante el indicador de cantidad de devoluciones. El gráfico a continuación lo ilustra.

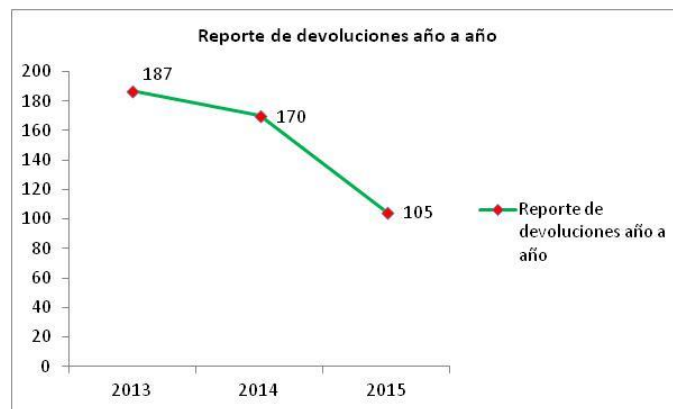


Gráfico #11: Cantidad de devoluciones por categoría (servicios no conformes) año a año de la unidad de sala de yesos. Fuente: El investigador

Se observa la disminución año a año. Se registró:

- Del año 2013 al año 2014: 9,09% de disminución.
- Del año 2014 al año 2015: 38,23 % de disminución.

En cada una de las categorías también se vió un comportamiento donde año a año hubo disminución de los casos de no conformidad reportados.

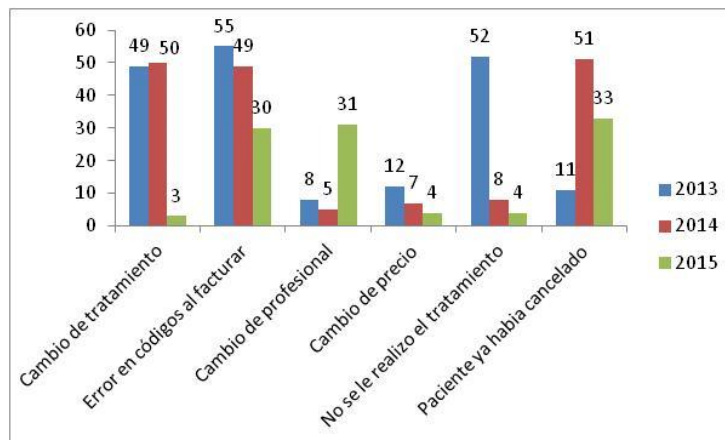


Gráfico #12: Cantidad de devoluciones por categoría (servicios no conformes) año a año de la unidad de sala de yesos. Fuente: El investigador

En 5 de las 6 categorías (83,33), hubo una disminución al final del estudio aunque en 2 de ellas hubo incremento del año 2013 al 2014, al final de la investigación había disminuido la cantidad de incidencias.

La única categoría donde hubo incremento al final del estudio fue en la relacionada a cambios de profesionales, el cual coincide con una de las categorías que también incrementó en la unidad de odontología.

Esto se produjo como consecuencia de la elevada y acelerada razón en la cual los profesionales de dichas unidades se fueron del centro de salud y subsecuentemente del país.

El comportamiento es coincidente que la presencia de procedimientos documentados a partir del segundo semestre de 2013 vista en la unidad de odontología, inicia la disminución de las no conformidades. Se observa entonces una diferencia importante. En aquellas unidades donde hubo implementación de nuevos procesos, sin documentar los procedimientos, hubo incremento de no conformidades. En aquellas donde los procesos se mantuvieron y hubo documentación, se disminuyen las incidencias.

Objetivo IV: Proyectar cuánto disminuyen los servicios no conformes con la implementación de procedimientos documentados.

Durante la investigación se observó que hubo tanto disminución como incremento de las no conformidades posterior a la implementación de los procedimientos documentados. La siguiente tabla muestra las variaciones porcentuales de dichos cambios año a año por cada unidad:

Unidad	2013-2014	2014-2015
Odontología	-16,3%	-17,5%
Sala de Yesos	-9%	-38%
Laboratorio Clínico	10,87%	20,71%
Radiología	1847%	2,07%

Tabla #23: Variaciones porcentuales de no conformidades año a año por cada unidad .Fuente: El investigador

Las unidades donde hubo disminución fueron aquellas en las cuales no hubo cambios o mejoras de procesos y la documentación sólo contempló los procesos tal como se venían manejando.

Aquellos donde incrementaron las no conformidades fueron las unidades donde hubo una mejora o cambio del proceso originalmente documentado y dicha modificación no se documentó a la par.

Esto indica que la mera presencia de procedimientos documentados no traerá disminución de servicios no conformes, si el proceso sufre algún cambio y no es documentado el mismo previo a su implementación.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones:

Objetivo I: *Describir qué es un servicio no conforme en la atención al paciente.*

Los servicios no conformes en el hospital donde se realizó la investigación se presentaban en las siguientes aristas:

1. El producto final físico. El cual es detectado por el médico tratante y/o técnico asistencial al momento de la consulta. No se cumple con lo solicitado o el producto entregado no cumple la expectativa de quién lo recibe. Ejemplos de ellos eran:
 - a. Entrega de resultados erróneos. Imágenes las cuales no corresponden al paciente, imágenes de un miembro sano y no del afectado, resultados de exámenes de laboratorio que no corresponde al paciente o pruebas no solicitadas.
 - b. Entrega de productos con características que imposibilitaban el diagnóstico (ejemplo imágenes borrosas).
2. En la gestión del proceso. Estas son detectadas por el paciente o por un miembro de otra área/servicio más adelante en la cadena de valor cuando no podrá avanzar el paciente (o su acompañante) en la siguiente fase del proceso por un error precedente. Ejemplo de ello:
 - a. Códigos errados al facturar. No permitirán entrega del producto y/o elaborar gestiones posteriores, ejemplo gestiones con los seguros.

- b. Cambios de precios no informados. El paciente puede presentar inconveniente al pagar pues no es el monto originalmente pautado.
- c. Exámenes no realizados, aunque ya pagos, por falta de insumos. El paciente no podrá realizar la prueba a pesar de ya haber cancelado.
- d. Cambio de profesional lo cual deriva en cambio de la facturación. El paciente debe cambiar su factura pues no refleja el pago adecuado.

Las no conformidades en la atención al paciente se puede afirmar son fallas las cuales son producidas por fuentes de ineficiencia e ineficacia en los procesos, posterior a su detección, generan consumo adicional de recursos y pueden generar disminución de la satisfacción del cliente final lo cual incrementa la percepción de una calidad baja de los productos y/o servicios brindados, aumentando el riesgo de pérdidas materiales así como el riesgo de pérdidas de clientes.

Objetivo II: *Operacionalizar los procedimientos documentados que deben existir para tratar servicios no conforme.*

Los procedimientos existentes no contemplaban, qué hacer en caso de una falla. Si bien dan la pauta de cómo guiar al paciente en el recorrido de los servicios, no existía dentro de la documentación una sección, categoría, inciso y/o nota de cuál debían ser las acciones en caso que ocurra una no conformidad.

R.D. McDowall (2012), Escribió que la escritura de un paso a paso de actividades y tareas no era la manera correcta de elaborar un procedimiento documentado. Sin embargo no todos los parámetros que menciona McDowall son indispensables.

Con base a ello se pudo concluir lo siguiente:

1. No todas las condiciones o parámetros que se proponían en la lista de chequeo son necesarias para los procedimientos documentados.
2. Es indispensable la presencia de una guía del proceso para que se pueda facilitar al paciente su paso por todos las secciones del mismo. Sin embargo debe contemplar la acción correctiva una vez detectada la no conformidad.
3. Los procedimientos deberían tener una estructura donde aparezcan los siguientes puntos:

Elementos	Descripción
Propósito	1.-Indicar para qué se realiza el procedimiento en cuestión. 2.-Indicar cuál es el producto final esperado.
Alcance	1.-Indicar cuáles el o los valores esperados (en caso que aplique) del producto. 2.- Señalar hasta qué punto debe actuar el cargo realizando la función.
Responsabilidades	1.-Señalar quién debe llevar a cabo cada acción. 2.- Delimitar dónde y cuando inicia el proceso y donde termina.
Procedimiento	1.- Señalar el paso a paso de las actividades a realizar. Estableciendo órdenes explícitas. 2.-Indicar acciones a tomar en caso de algún error. 3.- Indicar cuáles son los pasos a seguir en caso que esté fuera del alcance del cargo resolver. 4.- Indicar cómo orientar al usuario/paciente sobre el orden jerárquico para presentar reclamos y buscar soluciones.
Formatos	1.- Adjuntar cualquier formato a utilizar. 2.- Registrar cualquier cambio que se haga a un formato mostrando secuencia de cambios.

Tabla # 24: Elementos de operacionalización de procedimientos documentados para tender servicios no conformes en atención al paciente. Fuente: El investigador.

Objetivo III: *Comparar los efectos de no tener procedimientos documentados contra tenerlos, sobre los servicios no conformes en la atención de pacientes, en el histórico de la implantación de la documentación desde el año 2013.*

1. A pesar de no cumplir en más del 30 % los elementos sugeridos en la lista de chequeo, hubo unidades donde las no conformidades se redujeron de manera significativa posterior a la publicación de los procedimientos, incluso con rotación de personal.
2. En aquellas unidades donde hubo un nuevo proceso al cual no se le documentó sus procedimientos (ejemplo los nuevos sistemas tecnológicos en radiología y laboratorio clínico), el efecto era el contrario, incrementaron las no conformidades pues aparecían situaciones en las cuales el personal no sabía cómo proceder.
3. No existe suficiente evidencia para afirmar que exista una relación causal, pero sí una correlación entre tener procedimientos documentados y disminución de servicios no conformes.
4. Sin embargo sí hubo evidencias que cuando se implementan nuevos procesos o se mejoran y no se documentan sus procedimientos, existe un incremento de los servicios no conformes mientras que cuando se documentan sin que haya cambios al proceso original disminuyen, en los datos obtenidos.

Papakostidi, A; Tsoukalas (2012) entre sus conclusiones mencionaba la relación entre establecer buenos procedimientos para mejorar el desempeño del personal. En la investigación se observó y concluyó que en efecto el personal mejoró cuando hubo una documentación eficaz, dado que los indicadores de fallas disminuyeron cuando se aplicó procedimientos documentados.

Objetivo IV: *Proyectar cuánto disminuyen los servicios no conformes con la implementación de procedimientos documentados.*

La investigación determinó que los servicios no conformes pueden disminuir pero igualmente aumentar aún con la presencia de procedimientos documentados. Sin embargo se determinó que cuando incrementan es porque hubo variaciones al proceso no documentadas.

Entonces se pudo concluir:

1. Las disminuciones no son menores al 10 % aproximadamente ni mayores al 40 % aproximadamente con la implementación de procedimientos documentados.
2. Mientras más complejo sea el proceso y mayor sea la documentación no implica que habrá mayor reducción.
3. Habrá mayor reducción de los servicios no conformes mientras menos complejos sean los procedimientos y menor cantidad de clientes se atiendan.
4. Se observará una disminución, si se cumple con actualizar la documentación en paralelo con cualquier cambio que exista del proceso.
5. Considerando que la unidad de odontología representa la mayor proporción de pacientes atendidos entre los estratos estudiados, la proyección de disminución se pudiese considerar muy similar a su comportamiento.
6. Si se cumple lo mencionado en el punto 4 y se considera representativo el comportamiento de la unidad de odontología, la disminución de servicios no conformes pudiese ser un 15 % anual.
7. Sin embargo a pesar de las disminuciones, las mismas no necesariamente se eliminarán.

Recomendaciones:

1. Se hace imprescindible entonces para las instituciones de cuidado de la salud el establecer las guías para minimizar y mitigar el riesgo de incurrir en estos reprocesos lo cuales acarrearán un peso monetario así como un desgaste tanto al trabajador como al paciente.
2. Los procedimientos sólo indicaban los pasos para realizar la transformación del insumo en un producto pasando por las diferentes etapas del proceso. Sin embargo en ninguna de ellas se señalaba qué se debía hacer en caso que el producto final tuviese fallas. A futuro todo procedimiento debe indicar en alguna parte de su contenido las acciones correctivas a tomar sobre servicios no conformes.
3. Ningún cambio al proceso puede dejar de reflejarse en la documentación. Es altamente importante documentar mejoras y/o cambios.
4. Es indispensable que la documentación cuando se elabore y se apruebe sea informado a todas las personas que participan en cada proceso y que la misma sea de fácil acceso a quién desee consultarla.
5. Cualquier personal nuevo que ingrese a laborar debe ser capacitado usando dicha documentación para mantener congruencia en las actividades del centro de salud.

Referencias Bibliográficas

- Bucher, S., HEC Montreal (2013) **“How to heal the hospitals from the inside” (Cómo curar los hospitales desde adentro). Artículo de investigación. INCAE Business Review.**
- Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 32.650, Decreto #1789 del 21-1-83. Dr. Luis Herrera Campíns. Presidente de la República
- Hernández, R. (2006) **Metodología de la investigación.**
- Hurtado, J. (2008). **El Proyecto de investigación.** 6ta edición Caracas Venezuela.
- Krstic, E.; Runje Biserka (2014): **“Quality service evaluation trthrough the system of complaints and praise” (evaluación de calidad de servicios a través de sistemas de alabanzas y quejas).** Artículo de investigación.
- Ley del Sistema Venezolano para la calidad. Gaceta Oficial N° 37.657 del 25/03/2003
- Material de apoyo materia Seminario de Investigación I y Seminario de Investigación II, del postgrado Maestría de Sistemas de la Calidad UCAB-Montalbán
- Mcdowall R.D. (2012): **“The write stuff” (la forma correcta de elaborar procedimientos estandarizados en el área de la salud).** Artículo de investigación publicado por Spectoscopy.
- Organización Internacional de Normalización, Ginebra Suiza, (2008). **Norma ISO 9001:2008: Sistemas de gestión de la Calidad-Requisitos**
- Organización Internacional de Normalización, Ginebra Suiza, (2005) **Norma ISO 9000:2005. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario**
- Organización Internacional de Normalización, Ginebra Suiza, (2005) **ISO/IWA 1: 2005 Quality Management Systems — Guidelines for process improvements in health service organizations (Sistemas de gestión de la**

calidad, guías para mejoras de procesos en organización de servicios de cuidado de la salud)

- Organización Mundial de la Salud (2006): **“Quality Care: A process for making strategic choices in health systems”** (Cuidado de calidad: Un proceso para tomar decisiones estratégicas en sistemas de la salud). Extraído de la página: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf (06/02/2015)
- Quijada, M (2007): **“Sistema de documentación del sistema de gestión de la calidad para una empresa nacional de transporte de encomiendas”**. Universidad Católica Andrés Bello, trabajo especial de grado para optar al título de Especialista e Sistemas de la Calidad.
- Papakostidi, A; Tsoukalas, N. (2012): **“Archives of hellenic medicine/arheia ellenikes latrikes”** (medición de la calidad en la salud mediante tres elementos entre ellos los procedimientos y la competencia del personal) Artículo de investigación.
- Valarino E., Yáber G y Cemborain, M (2010). **Metodología de la investigación: Paso a Paso**. 1era edición. Editorial Trillas, México

Anexo A: Lista de verificación como instrumento de recolección de datos

Propósito:

¿Indica por qué fue documentado?	Sí	No
¿Indica cuál fue el objetivo del documento?	Sí	No
¿Indica de manera explícita el objetivo?	Sí	No

Alcance

¿Indica el alcance y límites del procedimiento?	Sí	No
---	----	----

Definición:

¿Se define palabras claves y observaciones?	Sí	No
¿Existe verificación contra glosario técnico?	Sí	No

Responsabilidades:

¿Se señala quiénes están involucrados?	Sí	No
¿Se señala sus tareas?	Sí	No

Procedimiento:

¿Describe pasos de los procedimientos?	Sí	No
¿Los pasos se relacionan con los involucrados?	Sí	No
¿Se indica acciones a tomar cuando sucede algo inesperado?	Sí	No
¿Define si existen cálculos?	Sí	No
¿Define fórmulas de cálculo?	Sí	No

Formatos:

¿Se establecen los formatos usados?	Sí	No
-------------------------------------	----	----

Anexo B: Formato de encuesta tipo 1 sin información.

10. ¿Cómo califica los siguientes aspectos? Por favor marque con una equis (X) la opción de su preferencia:

	Malo	Regular	Buena	Excelente	NO Aplica
Tiempo de espera para ser atendido					
Cumplimiento del Orden de llegada					
Sanitarios					
Sillas de Espera					
Servicio de Cafetería					
Nojas Volantes					

11. ¿Conoce usted otros servicios del Hospital? Si: ☐ No: ☐
Si a respuesta es afirmativa, por favor indique cuáles: _____

12. ¿Cuánto tiempo aproximadamente se demoró en efectuar su pago en caja?
Menos de 15 min. ____ Entre 15 y 30 min. ____ 30 min. ____ Más de 1 hora ____

13. ¿Considera usted que el aporte que canceló está acorde con los servicios recibidos?
No: ☐ Si: ☐
Por favor indique por qué: _____

Comentarios o Sugerencias: _____

Gracias por su interés y su valiosa ayuda.

Consultar: _____
Día de la semana: _____ Hora: am ____ pm ____

ENCUESTA

Esta encuesta ha sido diseñada para conocer su opinión sobre el Hospital Ortopédico Interm. Ayudarnos en colaboración, ya que nos permitirá mejorar la atención al paciente. SU OPINIÓN ES MUY IMPORTANTE! LOS PACIENTES SON LA FUERZA DE SER DEL HOSPITAL. De antemano, ¡MUCHAS GRACIAS!

1. Datos del paciente:

Edad	Sexo	Presidencia
	F ☐ M ☐	

2. ¿El paciente fue canalizado por el Departamento de Servicio Social? Si: ☐ No: ☐

3. ¿Quién le refirió al Hospital?
Paciente: ☐ Familiar: ☐ Incógnita: ☐ Propio: ☐ IV: ☐ Radiar: ☐
Otro (indique): _____

4. ¿Es la primera vez que nos visita? Si: ☐ No: ☐

5. ¿Cuánto tiempo tiene utilizando nuestros servicios?
6. ¿Cómo solicitó su cita? Teléfono: _____ Personalmente: _____
Otro (indique cómo): _____

6.1. ¿Cuánto tiempo demoró en ser atendido? Menos de 15 min. ____ Entre 15 y 30 min. ____ 30 min. ____ Más (indique cuánto tiempo): _____

7. ¿A cuántas consultas asistió el día de hoy en el Hospital? 1: ____ 2: ____
7.1. ¿A qué hora llegó al hospital? _____

8. ¿Sabe usted que no debe abandonarnos a ningún otro hospital a adultos en todas las especialidades?
Si: ☐ No: ☐

9. ¿Cómo le pareció el trato recibido por nuestro personal en las distintas áreas? Por favor marque con una equis (X) la opción de su preferencia:

Información	Malo	Regular	Buena	Excelente	NO Aplica
Caja					
Médicos y/o Especialistas					
Técnicos de Consulta					
Dpto. de Solicitudes de Presupuesto					
Secretaría del Servicio					
Atención Telefónica					
Central de Citas					
Dpto. de Seguridad y Vigilancia					

Anexo C: Formato de encuesta tipo 2 con registro anecdótico real

Para el Hospital Ortopédico Infantil es primordial atender a los pacientes y familiares la mejor atención. Su opinión de servicio que las estamos prestando.

Fecha 07/05/18 No Habitación 408

Con qué frecuencia ha utilizado los servicios del Hospital Ortopédico Infantil

Primera vez Dos veces Más de 2 veces X

• **ANTES DEL INGRESO**

1. ¿Le informaron acerca de las Salas de Hospitalización de las cuales disponemos?

Si No X Que Servicio le informé Vinguro

2. ¿Le informaron acerca de los objetos personales (bata, cepillo dental, pasta dental, peine, pluma, etc.) que debe traer al momento de ser ingresado?

Si X No Que Servicio le informé admisión

3. ¿Le informaron que su acompañante debe traer su licencia?

Si X No Soy paciente ambulatorio

4. ¿El médico le ha explicado satisfactoriamente su problema y el tratamiento que va a recibir? ¿Le ha aclarado sus dudas?

Si X No No lo suficiente

• **AL MOMENTO DEL INGRESO**

1. El día del ingreso, al llegar al Hospital ¿se le hizo fácil estacionar su vehículo?

Si No No tengo vehículo X

2. ¿Cuanto tiempo tardó en atenderlo el servicio de Admisión?

Menos 30 min. 30 min. - 1 hora X
1 hora - 2 horas 2 horas o más

3. ¿Considera que hubo retraso en su ingreso?

Si X No Un poco

4. Si su respuesta es afirmativa, por favor indique la causa

Confirmación del Seguro
Eficacia del personal X
Otro

5. ¿El Servicio de Admisión le orientó y lo dirigió hasta su habitación?

Si No X Otro Servicio

6. ¿El personal de Enfermería lo recibió y le hizo entrega del material de hospitalización?

Si X No Otro Servicio

7. ¿Tiene alguna observación en cuanto al equipamiento de su habitación?

Si, se cancela para sala 408, nada y no ubican en otro lugar y el que no ubican, que que a las 10:00 para que que esta ubicada para una sala.

8. ¿El personal de Enfermería le informó con respecto a los servicios de administración de citas y de aplicación de tratamiento?

Si X No Otro Servicio

• **DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN**

1. ¿Ha recibido orientación de parte del personal asistencial sobre los trámites y utilización de los servicios?

Si No Algunas veces X

2. ¿Es visitado por el médico tratante?

Si X No Algunas veces

3. ¿El personal de enfermería acude con prontitud a su llamado?

Si X No Algunas veces

4. ¿El trato que ha recibido el personal de enfermería ha sido amable y se han atendido sus necesidades?

Si X No Algunas veces

5. ¿Le sirven sus alimentos a la hora?

Si X No Algunas veces

6. ¿Los alimentos tienen buena temperatura?

Si X No Algunas veces

7. ¿Los alimentos que le sirven le parecen bien presentados y con buen sabor?

Si X No Algunas veces

8. ¿Con qué frecuencia se realiza la limpieza en la habitación?

2 veces al día 1 vez al día No se realiza

9. ¿Cómo evalúa la limpieza que se realiza en la habitación?

Excelente X
Buena
Regular
Mala

10. ¿Se realizan cambios diarios de la lencería en la habitación?

Si No X Algunas veces

11. ¿Cómo evalúa la calidad de la lencería?

Excelente X
Buena
Regular
Mala

Anexo D: Formato de encuesta tipo 2 registro anecdótico –Banco de sangre.

Observaciones:

Falta de información del personal. Mejorar los procedimientos del Banco de Sangre.

Sus respuestas nos ayudarán a entender sus necesidades y mejorar la calidad de servicio que les estamos prestando.

Gracias por su opinión.

Gerencia de Servicios Hospitalarios
Teléfono: 0212 - 509.4404

Anexo E: Formato de encuesta tipo 2 registro anecdótico -Rx.

Observaciones: El trato de
Médico, enfermera, personal
de comida, dentista, limpieza
Muy bien, las que le
Hace mayor un taller
de trato al cliente es
a las de salidas
son pesimas
Específicamente las
de RX. {Ing. (

Gracias por su opinión. Sus respuestas nos ayudarán a entender sus necesidades y mejorar la calidad de servicio que les estamos prestando.

Gerencia de Hospitalidad
Teléfono (0212) 5094404

Anexo F: Formato de encuesta tipo 2 registro anecdótico real-Rx (2).

1. Observaciones

Sobre Todo en
rayos X para
preguntar debería
haber una persona
para dar información
ya que hasta para
pedir la hora
te mandan a
tomar Ticket
algo ilógico