

UNIVERSIDAD DE LA HABANA
FACULTAD DE CONTABILIDAD Y FINANZAS
CENTRO DE ESTUDIOS DE TÉCNICAS DE DIRECCIÓN

Tesis para Optar por el Título Académico de Master en Dirección

**“Implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad,
según la Norma NC-ISO 9001-2001
en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
del Hospital CIMEQ”**

Autora Lic. Tania Carrazana Amador
Licenciada Economía de la Industria
Investigador Auxiliar

Tutor: Dr. Antonio Iglesias Morell
Doctor en Ciencias

Junio, 2007

Índice

	Pág.
Introducción	1
Capítulo 1 Marco Teórico del Sistema de Gestión de la Calidad	6
1.1 El concepto Calidad	6
1.2 Evolución Histórica de la Calidad.	8
1.3 La Organización Internacional de Normalización (ISO) y las Normas de la Familia ISO 9000.	11
1.4 Los Sistemas de Gestión de la Calidad.	12
1.5 Principios de la Gestión de la Calidad	13
1.6 Documentación de los Sistemas de Gestión de la Calidad	18
1.7 La calidad del Servicio como categoría genérica de Producto.	19
1.8 Calidad del Servicio de Salud.	22
1.9 La Gestión de la Calidad en los Servicios Hospitalarios de nuestro país.	23
1.9.1 El Programa Cubano de Gestión de la Calidad Hospitalaria	23
1.9.2 El Reglamento General de Hospitales en Cuba.	27
1.10 Implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital CIMEQ.	28
Capítulo 2 Diagnóstico de la Calidad del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital CIMEQ	30
2.1 Caracterización del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas.	30
2.2 Caracterización del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.	32
2.3 Diagnóstico de la calidad realizado.	33
2.4 Hallazgos más significativos.	34
2.5 Conclusiones del Diagnóstico	50
Capítulo 3 Diseño, documentación e implantación del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital CIMEQ	55
3.1 Acciones para el diseño, documentación e implantación del Sistema de Gestión de la Calidad	55
3.2 Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad.	63
3.3 Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad.	66
3.4 Implantación de la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad.	75
3.5 Medición de la satisfacción de los pacientes y familiares.	77
3.5.1 Análisis de los resultados de las encuestas	78
3.5.2 Conclusiones sobre los resultados obtenidos en las encuestas	80
3.6 Resultados alcanzados en el Hospital CIMEQ con la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad.	81
3.7 Ventajas de la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital CIMEQ.	83
Conclusiones	85
Recomendaciones	86
Bibliografía citada	87
Bibliografía consultada	88
Artículos consultados	90
Anexos	

A mis hijos, a mis padres, a mi esposo y a mi hermano

Por ser la razón de mi vida

Agradezco:

A mi Tutor, el Doctor Antonio Iglesias Morell, por su dedicación y paciencia.

A mis amigas Irina y Kyluma, al Doctor Cepero y a todos los amigos del Hospital CIMEQ por acompañarme en el trabajo.

A mis compañeros del ININ por apoyarme

Introducción

“La política de la Revolución Cubana tiene como premisa que la salud es un derecho de todos; está dirigida a garantizar, junto a la acción de otros organismos y organizaciones, los más altos niveles de calidad de vida del pueblo; brindar ayuda solidaria a los demás países del mundo y aspira a servicios de excelencia a través del mejoramiento permanente de la Calidad.” ¹

El sector de los servicios hospitalarios es uno de los temas que más preocupan a nuestra sociedad, es por ello que la gestión de la calidad debe convertirse en una práctica cada vez más frecuente para alcanzar la excelencia en el sistema.

En muchos países los servicios hospitalarios actualmente se abordan desde un nuevo enfoque, dirigido a mejorar la salud, mediante el uso optimizado de los recursos, que permita la sostenibilidad financiera del sistema, contemplando la mejora continua de la eficacia de dichos servicios. Para ello resulta imprescindible el desarrollo, implantación, certificación y mantenimiento de Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) eficaces y eficientes, enfocados a los procesos, como herramienta que permita la mejora continua de la calidad del servicio que se presta al paciente, unido al mejoramiento del desempeño en las organizaciones hospitalarias.

La red nacional de hospitales es la encargada de materializar, a través de sus prestaciones, uno de los más significativos objetivos del sistema social cubano: brindar atención médica de excelencia a todos los pacientes, lo cual se logra no sólo contando con profesionales muy calificados y tecnologías de punta. Diversos estudios señalan la existencia de una tremenda cantera de oportunidades de mejora, derivada de la aún escasa utilización de metodologías avanzadas de gestión de la calidad.

De aquí que resulte imprescindible la ejecución de acciones encaminadas a fomentar la calidad de los servicios en las instituciones hospitalarias, con el objetivo de alcanzar la Excelencia para dar cumplimiento a la Política planteada por la Dirección del País.

(1) “Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria”, Ministerio de Salud Pública de Cuba, Dirección de Hospitales, mayo, 2007, pág. 7

Se parte del precepto de que la calidad no se alcanza por generación espontánea, sino que se logra sólo cuando en ella interviene todo el personal que participa en el proceso del servicio hospitalario, y representa la totalidad de las características de una entidad que le confiere la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas y las implícitas, dadas por los paciente y familiares.

Para lograr este objetivo el Reglamento General de Hospitales, del Ministerio de Salud Pública de Cuba establece en su Artículo 30 que “En cada hospital existirá una Unidad Organizativa de Calidad que será la encargada de coordinar y controlar el Programa de Gestión de Calidad Hospitalaria y estará subordinada al Director del Hospital”.²

El Hospital CIMEQ es una Institución de reconocido prestigio en nuestro país que desea mejorar la calidad en la prestación del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación y se reconoce como problema que **“El Hospital CIMEQ, a pesar de ser un Centro avanzado de investigaciones médico quirúrgicas en Cuba, dado por el alto nivel científico de su capital humano y de su avanzada tecnología, presenta dificultades en la organización de la prestación de sus servicios”**.

Para dar posible respuesta a este problema se reconoce como hipótesis que **“La adopción de un Sistema de Gestión de la Calidad según NC-ISO 9001:2001 en los servicios hospitalarios es una decisión estratégica de la organización, respaldada por estándares internacionales que le permiten aumentar su capacidad para proporcionar servicios que satisfagan cada vez más las necesidades del paciente, aumentar su satisfacción y garantizar la mejora continua”**.

El objetivo general de la investigación ha sido **“Implantar un Sistema de Gestión de la Calidad para establecer procesos eficaces de prestación de los servicios hospitalarios que brinda el Hospital CIMEQ, que respondan a las necesidades de los pacientes”**.

(2) “Reglamento General de Hospitales”, Ministerio de Salud Pública, Área de Asistencia Médica y Social, agosto, 2006, pág. 10

Para lograr el objetivo general se propusieron los siguientes objetivos específicos:

- **Evaluar y sistematizar tendencias internacionales sobre Sistemas de Gestión de la Calidad en los servicios.**
- **Diagnosticar la calidad de los servicios hospitalarios del Hospital CIMEQ para determinar si es viable la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad.**
- **Diseñar e implantar el Sistema de Gestión de la Calidad, con alcance definido para el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, acorde a las necesidades y expectativas del Hospital CIMEQ.**
- **Análisis de resultados, teniendo en cuenta la satisfacción de los pacientes del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital CIMEQ.**

El tipo de investigación es “Explicativa”, dado que se parte del supuesto de que con el diseño, documentación e implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad, la organización logra establecer procesos eficaces que garantizan la satisfacción del paciente, su aumento permanente y la mejora continua, en condiciones controladas.

El método empleado es el de “Concreción”, ya que se trata de aplicar la experiencia internacional acumulada en una organización de salud y el diseño es experimental

La recopilación de la información necesaria para la investigación se obtuvo de todas las áreas del Centro por muestreo, a partir de un análisis documental, la observación y entrevistas realizadas a la dirección, jefes de departamentos y especialistas.

El Hospital CIMEQ, en el momento de comenzar este trabajo, ya tenía un largo camino transitado de trabajo y esfuerzos por lograr la calidad de sus servicios y la satisfacción de pacientes, familiares y trabajadores. Entre los antecedentes del trabajo por la calidad se puede mencionar la Inclusión de los Indicadores para la Excelencia como parte de las estadísticas hospitalarias, el establecimiento de los pasos para la Excelencia, la realización de encuestas de satisfacción a pacientes, familiares y trabajadores y los controles integrales a los departamentos.

Por todo lo anterior, la Dirección del Centro, ya había identificado la necesidad de implantar las mejores prácticas en relación con el logro de la calidad del servicio, conocían experiencias positivas de hospitales con Sistemas de la Calidad certificados, por lo que desde el principio expresaron formalmente su interés por establecer, documentar e implantar un sistema de gestión de la calidad.

En el trabajo se sintetizan los estudios teóricos y prácticos realizados durante dos años, con el pleno apoyo del Consejo de Dirección Ampliado, para ello se entrevistaron a todos los Jefes de Departamentos y especialistas, a las personas más conocedoras de todo el Centro que dominan bien los procesos que realizan, observando sus procedimientos y analizando la documentación con la que trabajan.

Se realizó un diagnóstico de la calidad, se concibió el diseño y la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad, tomando como referencia los requisitos de la NC-ISO 9001:2001 y la guía IWA-1, con el objetivo de poner de manifiesto aquellos aspectos que, a nuestro entender, constituyen fuerzas favorables y barreras para el desarrollo de un Sistema de Gestión de la Calidad.

Para la realización del diagnóstico de la calidad, se analizó conjuntamente con la dirección del Hospital los posibles Servicios a incluir en el Alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, teniendo en cuenta las posibilidades y necesidades de la Institución, por lo que se decidió que fuese el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ) el que se incluiría en primera instancia en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad, tomando como referencia los requisitos de la Norma ISO 9001:2001.

Para la recogida de información, el diseño, documentación e implantación del Sistema de Gestión de la Calidad se trabajó con un grupo de auditores internos, formados en el Instituto de Investigaciones en Normalización y con el Consejo de Dirección Ampliado y para ello desde el principio se estableció un compromiso con el trabajo.

La implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad resulta imposible sin el adecuado compromiso y motivación de todo el personal involucrado, que es el que

concibe, elabora e implanta la documentación que se genera. Con el objetivo de lograr esta participación, se mantuvo una amplia comunicación con la alta dirección sobre los objetivos del trabajo, resultados esperados, las etapas propuestas, los logros según se fueron alcanzando, además de ofrecer capacitación para todo el personal del Hospital, la que abarcó a todos los servicios y no sólo al de Medicina Física y Rehabilitación.

Los aportes presentados en este trabajo están en correspondencia con las intenciones de la dirección del Hospital y son consecuentes con las orientaciones del Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria, cuyo Objetivo es “Mejorar continuamente la Calidad de los servicios hospitalarios para alcanzar la Excelencia”, así como con el Reglamento General de Hospitales, del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

La Tesis está conformada por tres Capítulos:

Capítulo 1: Marco Teórico del Sistema de Gestión de la Calidad

En el se exponen los resultados de la investigación teórica, de lo general a lo particular. En todos los casos se determina el criterio particular de la autora y se establecen las pautas que seguirá la investigación.

Capítulo 2: Diagnóstico de la Calidad de los servicios en el Hospital CIMEQ.

Se caracteriza a la organización y al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Tomando como referencia los requisitos de la NC-ISO 9001. Se ponen de manifiesto los aspectos que constituyen fuerzas favorables y barreras para el desarrollo de un Sistema de Gestión de la Calidad

Capítulo 3: Diseño, documentación e implantación del Sistema de Gestión de la Calidad

Se proponen acciones que se estiman convenientes emprender para lograr el cumplimiento de cada uno de los requisitos de la Norma NC ISO 9001. Se elabora la propuesta de diseño, documentación e implantación del Sistema de Gestión del Hospital CIMEQ. Se analizan los resultados alcanzados con la implantación y de las encuestas de pacientes del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

Conclusiones y Recomendaciones.

Capítulo 1 Marco Teórico del Sistema de Gestión de la Calidad

1.1 El concepto Calidad.

La tendencia cada vez más creciente a la globalización de la economía y el comercio internacional, junto a los logros científico-técnicos alcanzados y la configuración de redes de comunicación más complejas y avanzadas, han elevado considerablemente el papel de la calidad como factor determinante en los procesos de la producción y los servicios.

Lograr productos y servicios de alta calidad y a bajos costos se ha convertido en condición indispensable para obtener altos índices de productividad y eficiencia y ser más competitivos, sólo así las organizaciones pueden sobrevivir a la voracidad de los actuales mercados. Sólo las organizaciones que se caracterizan y trabajan por la calidad de sus productos y de sus servicios sobreviven en el mercado, alcanzan notoriedad y prosperan.³

Nunca como en estos tiempos las organizaciones han tenido que desenvolverse en unos mercados tan competitivos y cambiantes, así como enfrentarse a clientes tan sumamente exigentes. Por tanto, en este contexto, para poder permanecer entre las organizaciones exitosas, hay que saber cómo gestionar la calidad.

A lo largo de la vida humana se han desarrollado filosofías o culturas de calidad, de las cuales algunas han sobresalido porque han tenido resultados satisfactorios.

La palabra calidad tiene un significado popular de lo “mejor”, pero es necesario tener claro lo siguiente:

- la calidad es un atributo que define el cliente.
- se debe ofrecer un producto que cumpla los requerimientos, en la cantidad solicitada y en el momento exacto, a un precio que el cliente esté dispuesto pagar.

(3) Ver Moreno Pino, Maira R., Hernández Concepción Iliana, Lengster Gil, Sonia, Universidad de Holguín, “La calidad. Un análisis histórico de las estrategias para alcanzarla”, Monografías.com, htm

Es imposible empezar a abordar el tema de la calidad sin referirnos al padre de la misma y a sus seguidores, a los líderes. Es importante conocer a los grandes Maestros creadores de las diferentes filosofías y herramientas relacionadas. A continuación veremos a algunas definiciones del término “Calidad” de estos Maestros, también llamados “Gurús de la Calidad”, para ellos la calidad es: ⁴

- “Grado predecible de uniformidad y fiabilidad a un bajo costo, adecuado a las necesidades del mercado”, según William Edward Deming.
- “Cumplir los requisitos”, según Philip Crosby.
- “Desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto que sea el más económico, útil y siempre satisfactorio para el consumidor”, según Kaoru Ishikawa.
- “Idoneidad para el uso, satisfaciendo las necesidades del cliente”, según Joseph M. Juran.
- “El resultado total de las características del producto y/o servicio de marketing, ingeniería, fabricación y mantenimiento a través de los cuales el producto o servicio en uso satisfará las esperanzas del cliente”, según Armand V. Feigenbaum.

Calidad, según ISO es el “Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos” ⁵.

Considerando todo lo anterior y la experiencia acumulada, se puede afirmar que “Calidad” es **hacer las cosas, como las esperan los interesados**.

El término "calidad" puede utilizarse acompañado de adjetivos tales como pobre, buena o excelente, cuando se plantea "Inherente", en contraposición a "asignado", significa que existe en algo, especialmente como una característica permanente.

(4) Ver Badía Giménez, Albert, “Los “gurús” de la calidad”, Harvard Deusto business review.

(5) NC ISO 9000: 2005 “Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario”, pág. 7

1.2 Evolución Histórica de la Calidad.

La evolución del concepto de calidad en la industria y en los servicios nos muestra que pasamos de una etapa donde la calidad solamente se refería a la inspección es decir, separar los productos malos de los buenos, a la etapa actual donde es imposible acudir al mercado con un producto que “no tenga calidad”.

Desde el siglo XIII los artesanos se convirtieron en inspectores, ya que conocían a fondo su trabajo, sus productos y sus clientes y se empeñaban en que hubiera calidad en lo que hacían, separando los artículos buenos de los defectuosos; con el tiempo este método resultó inoperante, surgen entonces los inspectores a tiempo completo, pero la inspección es una actividad muy costosa, el artículo que se desecha tiene incorporado el costo incurrido en su fabricación.⁶

Cuando en 1939 estalló la Segunda Guerra Mundial, dado el alto costo de la industria militar, el control estadístico del proceso se convirtió en un arma secreta. Los estudios sobre cómo elevar la calidad llevó a los norteamericanos a crear el primer sistema de control de la calidad del mundo. Las primeras normas de calidad resultaron exitosas, Terminada la Guerra, el control de la calidad, es decir, el conjunto de técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas para verificar los requisitos relativos a la calidad del producto, pasan de la industria de armamentos a otras industrias.

Entre 1942 y 1945 Edwards Deming contribuyó a mejorar la calidad de la industria norteamericana dedicada a la guerra, al final de esta fue invitado a Japón; dándose a conocer y convirtiéndose en el padre de la calidad japonesa, actualmente el Premio Nacional de la Calidad en Japón es el Premio Deming y data de 1951.⁷

El control de la calidad constituyó un paso de avance con respecto a la actividad de inspección, pero en esta etapa aún no existe vínculo con el cliente, los esfuerzos se centran en el proceso productivo y no en conocer lo que desea el mercado. La calidad continua siendo un problema de los especialistas y el personal de control de la calidad se considera como “no deseado” porque baja la productividad y eleva los costos.

(6) Ver Historia de la calidad De Wikipedia, la Enciclopedia libre

(7) Ver <http://www.tecnologiaycalidad.galeon.com/calidad/6.htm>

A partir de 1975 la crisis del petróleo actúa como un enorme impulso para elevar aún más la calidad y la competitividad de las organizaciones, los nuevos poderes asiáticos encabezados por Japón y su “milagro” desplaza a Estados Unidos como el primer productor de automóviles. Los japoneses serán ahora los dueños del mercado de los automóviles, de la cámara fotográfica, de la industria óptica, de la relojería, la industria electrónica, convirtiéndose de esta manera en los amos de la tecnología.

En 1987 se crea en Estados Unidos el primer modelo de gestión de la calidad total occidental, el Premio Malcolm Baldrige. En Europa, en 1988, se crea la European Foundation for Quality Management (EFQM) y en 1999, en Iberoamérica, se crea el Premio Iberoamericano de la Calidad.⁸

En la década de los años 80 surge el aseguramiento de la calidad, que es la parte de la gestión de la calidad orientada a proporcionar confianza a los clientes en que se cumplirán los requisitos de la calidad, se incluyen todas las etapas del ciclo de vida del producto, desde la investigación del mercado para conocer lo que desea el cliente, hasta las actividades de postventa del producto, las organizaciones reconocen la necesidad de lograr la calidad de sus productos de manera estable en el tiempo, siempre a la altura de lo que solicita el cliente, implantando y mejorando continuamente sistemas de calidad, definiendo política y estableciendo objetivos de calidad.

En el año 1987 se desarrollan las primeras Normas ISO: 9000, las que por primera vez especifican los requisitos de un sistema de calidad. A partir de los años 90 sólo los países que aplicaran estas tendrían cabida en el mundo del siglo XXI. Los años 90 fueron un acicate para el mejor manejo de la calidad y la productividad.

Las Normas ISO 9000 sin embargo, han tenido su impacto en los países menos desarrollados o del llamado Tercer Mundo, debido a que los obliga al establecimiento de prácticas que satisfagan los estándares del mundo desarrollado, lo cual de hecho, convierte a estas Normas en barreras técnicas al comercio. Numerosos países subdesarrollados se ven obligados a comercializar sus productos o servicios muy por debajo de su valor en el mercado debido a esta situación.

(8) Ver Evolución de la calidad www.aiteco.com

Aún así, las normas ISO 9000 han tenido cada vez mayor vigencia, han sido actualizadas, evolucionando hasta la actual Familia 9000:2000. El mundo que se inicia en el nuevo milenio tiene en la globalización de la calidad el fundamento para la competitividad, con la normalización de la calidad las organizaciones pueden demostrar, a través de la certificación, que sus sistemas de gestión de la calidad cumplen con los estándares internacionales y lograr que sus productos y servicios entren a un mercado globalizado.

Con la Normas ISO 9000 del 2000 el mundo comenzó la etapa de la gestión de la calidad, dado por el propio desarrollo que evidenció la necesidad de coordinar las actividades para dirigir y controlar a la organización en función de la calidad, haciendo un mayor énfasis en el papel de la alta dirección, en la medición de manera permanente de la satisfacción del cliente, la mejora continua y el enfoque de proceso.

A continuación se muestran los resultados sobre el total de organizaciones que han certificado su Sistema de Gestión de la Calidad por la Norma ISO 9001: 2000: ⁹

Resultados mundiales	Dic. 2001	Dic. 2002	Dic. 2003	Dic. 2004	Dic. 2005
Organizaciones certificadas	44388	167124	479919	660132	776608
Crecimiento		122736	330795	162213	116476
Países	97	133	149	154	161

En la siguiente tabla se muestra, de manera particular, las instituciones del sector de la salud de todo el mundo con Sistemas de Gestión de la Calidad certificados por ISO 9001: 2000: ¹⁰

Certificados ISO 9001: 2000	Dic. 2001	Dic. 2002	Dic. 2003	Dic. 2004	Dic. 2005
Sector Salud	411	1723	5561	10295	13389

(9) Ver Survey ISO de Certificaciones, 2005

(10) Ver Survey ISO op. cit.

1.3 La Organización Internacional de Normalización (ISO) y las Normas de la Familia ISO 9000.

“ISO (Organización Internacional de Normalización) es una federación mundial de organismos nacionales de normalización (organismos miembros de ISO). El trabajo de preparación de las normas internacionales se realiza a través de los Comités Técnicos. Cada organismo miembro interesado en una materia para la cual se haya establecido un Comité Técnico, tiene el derecho de estar representado en dicho Comité.” ¹¹

La tarea principal de los Comités Técnicos es preparar Normas Internacionales en las que se recomiendan las mejores prácticas que internacionalmente se han demostrado como válidas para la materia de que se trate, estos Proyectos de Normas Internacionales se circulan para votación y requieren la aprobación por al menos el 75% de los organismos miembros con derecho a voto.

El Comité Técnico ISO/TC 176 para la Gestión y el Aseguramiento de la Calidad, publicó en el año 2000 las Normas de Familia ISO 9000 en la versión de ese mismo año, las cuales fueron adoptadas en Cuba en el año 2001. Estas Normas son genéricas y por tanto pueden ser empleadas en cualquier tipo de organización interesada en la implantación de sistemas eficaces para gestión de la calidad. ¹²

Estas Normas Internacionales son aplicables a: ¹³

- las organizaciones que buscan ventajas por medio de la implantación de un sistema de gestión de la calidad;
- las organizaciones que buscan la confianza de sus proveedores en que sus requisitos para los productos serán satisfechos;
- los usuarios de los productos;
- aquellos interesados en el entendimiento mutuo de la terminología utilizada en la gestión de la calidad (por ejemplo: proveedores, clientes, entes reguladores);
- todos aquellos que, perteneciendo o no a la organización, asesoran o dan formación sobre el sistema de gestión de la calidad adecuado para dicha organización;

(11) NC ISO 9000: 2005 “Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario”, pág. iv

(12) Ver Oficina Nacional de Normalización, Decreto-Ley No.182 de Normalización y Calidad, 1998.

(13) NC ISO 9000: 2005 “Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario”, pág. 1

- todos aquellos que, perteneciendo o no a la organización, evalúan o auditan el sistema de gestión de la calidad para determinar su conformidad con los requisitos de la Norma ISO 9001 (por ejemplo: auditores, entes reguladores, organismos de certificación/registro);
- quienes desarrollan normas relacionadas.

1.4 Los Sistemas de Gestión de la Calidad.

Los sistemas de gestión de la calidad pueden ayudar a las organizaciones a aumentar la satisfacción de sus clientes, la ISO define la Gestión como las “Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización”, y el Sistema de gestión, como el “Sistema para establecer la política y los objetivos y para lograr dichos objetivos”. De igual forma el “Sistema de gestión de la calidad” se define como el “Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad” ¹⁴

Autores como Andrés Senlle precisan que “El sistema de gestión de la calidad es como un manto que lo cubre todo, ya que la calidad está presente en todos los departamentos, procesos y actividades de la organización. Gestionar la calidad implica desarrollar un sistema eficaz, un sistema que permita el desarrollo constante de la organización”.¹⁵

Los clientes necesitan productos con características que satisfagan sus necesidades y expectativas, las cuales se expresan en la especificación del producto y del servicio y se denominan requisitos del cliente, que pueden estar especificados por el cliente o determinarse por la organización, pero es siempre el cliente quien acepta el producto o servicio. En este caso debido a que sus expectativas son cambiantes de manera permanente y a causa también de las presiones competitivas y de los avances técnicos, las organizaciones están necesitadas de mejorar continuamente la calidad de sus productos y servicios, de lo contrario dejan de existir como organización.

(14) NC ISO 9000: 2005 “Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario”, pág. 9

(15) Senlle, Andrés; Martínez, Eduardo; Martínez, Nicolás; “ISO 9000-2000. Calidad en los Servicios”. Ediciones Gestión 2000, S. A., Barcelona, 2001, pág. 25

El enfoque de sistema de gestión de la calidad anima a las organizaciones a analizar los requisitos del cliente, definir los procesos que contribuyen al logro de productos y servicios aceptables y a mantener estos procesos bajo control. Puede proporcionar el marco de referencia para la mejora continua con objeto de incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción del cliente y de otras partes interesadas. Proporciona confianza tanto a la organización como a sus clientes, en torno a su capacidad para proporcionar productos que satisfagan los requisitos de forma coherente.

Los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad se especifican en la Norma ISO 9001; son genéricos y aplicables a organizaciones de cualquier sector económico e industrial, con independencia de la categoría del producto ofrecido.

“Para conducir y operar una organización en forma exitosa se requiere que ésta se dirija y controle en forma sistemática y transparente. Es reconocido que se puede lograr el éxito implantando y manteniendo un sistema de gestión que esté diseñado para mejorar continuamente su desempeño”.¹⁶

1.5 Principios de la Gestión de la Calidad

Se han identificado ocho principios de gestión de la calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño:¹⁷

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

Centrarse en el cliente significa para la organización poner toda su energía al servicio de su satisfacción y comprender su buen desempeño es un resultado de ésta. Las expectativas las crea la posición del mercado o un proveedor dominante.¹⁸

(16) NC ISO 9000: 2005 “Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario”, pág. vi

(17) NC ISO 9000: 2005 op. cit., pág. vi

(18) Ver Hoyle, David y Thompson, John, “Del Aseguramiento a la Gestión de la Calidad: el Enfoque basado en Procesos”, Ediciones AENOR, 2002

El Sistema de Gestión de la Calidad no debe incluir solamente el procesamiento de los pedidos de clientes actuales, sino es también un proceso que identifica los requisitos futuros del mercado. De no hacerlo así, no garantiza la permanencia de la organización en el mercado, ya que lo que el cliente considera calidad hoy puede no serlo mañana, dado porque sus necesidades son siempre crecientes. El “enfoque al cliente” consiste en la identificación de unos objetivos centrados en el cliente, a través de todos los procesos dentro del sistema.

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

El liderazgo proporciona una conducta modelo coherente con los valores de la organización, alineados con sus objetivos. El medio interno incluye la cultura y el clima, el estilo de gestión, los valores compartidos, la confianza, la motivación y el apoyo, a través de su liderazgo y sus acciones. La alta dirección puede crear un ambiente en el que el personal se encuentre completamente involucrado y en el cual un sistema de gestión de la calidad puede operar eficazmente.

El “liderazgo” implica comunicar a todos la visión y las estrategias, definidas por el más alto nivel de dirección, así como la revisión permanente del cumplimiento de los objetivos de la organización, con un enfoque participativo.

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

Involucrar a las personas significa compartir los conocimientos y alentar, desarrollar y reconocer su contribución, utilizando su experiencia y trabajo con integridad.

Los procesos por los cuales se involucra a las personas, junto con la comunicación y el uso común del conocimiento, se convierten en un atributo del Sistema de Gestión de la Calidad.

La “participación del personal” se materializa en las discusiones con los trabajadores, en relación con el establecimiento de la estrategia, las metas, las prácticas actuales y perspectivas en función de alcanzar los objetivos, así como sobre el estado de su cumplimiento.

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

Cualquier actividad, o conjunto de actividades, que utiliza recursos para transformar elementos de entrada en resultados puede considerarse como un proceso. Los procesos son dinámicos, hacen que ocurran cosas, mientras los procedimientos son estáticos, simplemente ayudan a las personas a llevar a cabo una tarea.

Para que las organizaciones operen de manera eficaz, tienen que identificar y gestionar numerosos procesos interrelacionados y que interactúan. A menudo el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso.

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

Los sistemas se construyen conectando unos procesos interrelacionados para producir el objetivo del sistema que, en el caso del Sistema de Gestión de la Calidad, es la satisfacción de las partes interesadas, es decir los clientes, los trabajadores, los proveedores y la sociedad en general, en su dirección responsable.

El Sistema de Gestión de la Calidad no es una colección aleatoria de elementos, procedimientos y tareas, sino un conjunto de procesos interrelacionados que producen los objetivos de la organización, una “calidad resultante”.

El enfoque de sistema se materializa en la interrelación de todos los procesos de la organización en función de alcanzar sus objetivos. Los cambios de los procesos se realizan teniendo en cuenta con su impacto sobre otros procesos, sobre el desempeño global, así como en su interacción con el entorno.

La Figura 1, que se muestra a continuación, ilustra el modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos, que se concibe a partir de conocer los requisitos de las partes interesadas para entregar productos y servicios que los satisfaga, a partir de establecer requisitos relacionados con la responsabilidad de la dirección, la gestión de los recursos, la realización del producto o prestación del servicio, garantizando su mejora continua: ¹⁹

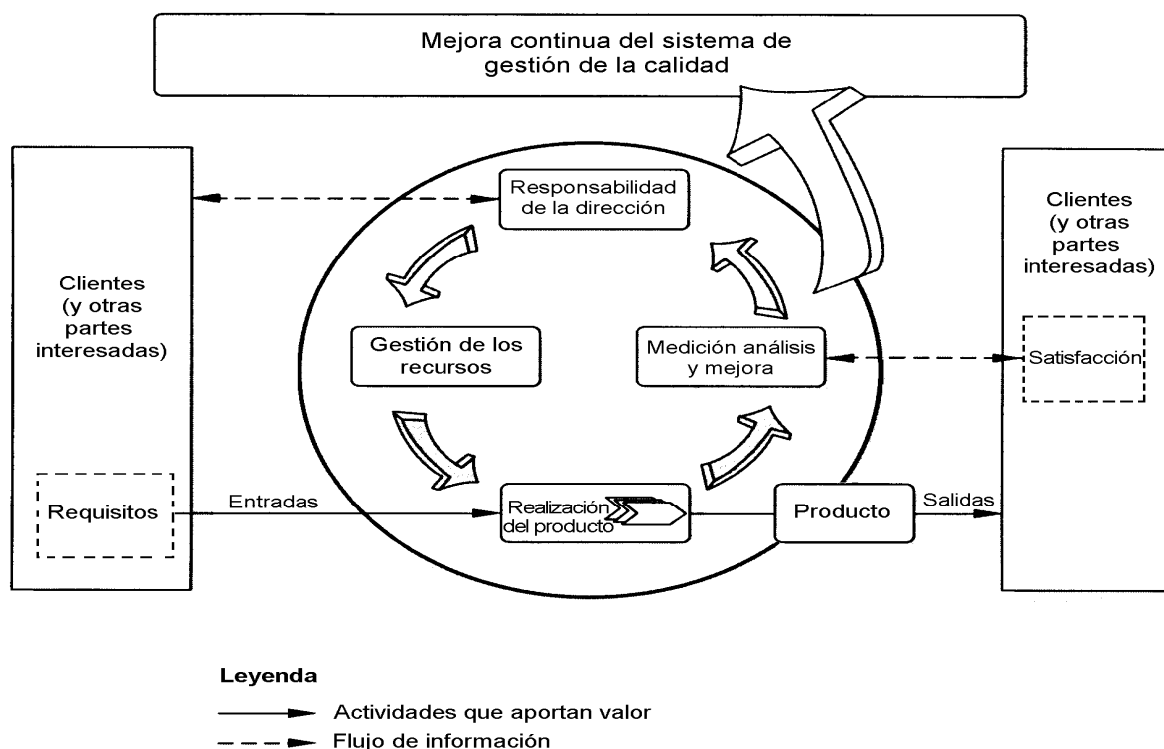


Figura 1

Mejora continua: La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.

La mejora continua implica la mejora progresiva de la eficiencia y la eficacia de la organización, no es resolver problemas, es evitar sus causas y prever su ocurrencia.

La mejora continua se vuelve endémica, de manera que todo el mundo en la organización busca, de forma activa las mejoras en su desempeño, a todos los niveles.

(19) NC ISO 9000: 2005 "Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario", pág. 3

La demostración de la "mejora continua" se hace mediante unos mecanismos que permitan al personal investigar los métodos actuales y el desempeño, con el objetivo de identificar las oportunidades para la mejora y que el personal tenga competencia para resolver problemas con el fin de producir una mejora en el desempeño.

Enfoque basado en hechos para la toma de decisión: Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

Los datos requeridos para la toma de decisiones que afectan a la organización deben ser generados por el Sistema de Gestión de la Calidad y todas las decisiones se podrán justificar a través de estos datos. Los registros establecidos en estos Sistemas, contienen informaciones que constituyen poderosos elementos de entrada al proceso para la toma de decisiones.

El "enfoque basado en hechos para la toma de decisión" significa decidir a partir de información histórica y confiable, que permita un análisis objetivo. Para ello los datos se obtienen a partir de observaciones realizadas por personas calificadas, utilizando mecanismos de medición previamente validados.

Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Las relaciones beneficiosas son aquellas en las que ambas partes comparten visión, conocimientos, valores y comprensión, no tratar a los proveedores como adversarios.

Las "relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor" se materializa en la cadena de procesos, diseñada para fomentar la participación, la cooperación, la comunicación y un sentimiento de asociación en función de alcanzar los objetivos comunes previamente concertados con el proveedor.²⁰

(20) Ver Hoyle, David y Thompson, John, "Del Aseguramiento a la gestión de la calidad: el enfoque basado en procesos", Ediciones AENOR, 2002

1.6 Documentación de los Sistemas de Gestión de la Calidad.

“La documentación permite la comunicación del propósito y la coherencia de la acción. Su utilización contribuye a:” ²¹

- a) lograr la conformidad con los requisitos del cliente y la mejora de la calidad;
- b) proveer la formación apropiada;
- c) la repetibilidad y la trazabilidad;
- d) proporcionar evidencia objetiva, y
- e) evaluar la eficacia y la adecuación continua del sistema de gestión de la calidad.”

La elaboración de la documentación no debe ser un fin en sí mismo, debe ser una actividad que aporte valor a la organización.

Los siguientes tipos de documentos son utilizados en los sistemas de gestión de la calidad: ²²

- a) documentos que proporcionan información coherente, interna y externamente, acerca del sistema de gestión de la calidad de la organización; tales documentos se denominan manuales de la calidad;
- b) documentos que describen cómo se aplica el sistema de gestión de la calidad a un producto, proyecto o contrato específico; tales documentos se denominan planes de la calidad;
- c) documentos que establecen requisitos; tales documentos se denominan especificaciones;
- d) documentos que establecen recomendaciones o sugerencias; tales documentos se denominan directrices;
- e) documentos que proporcionan información sobre cómo efectuar las actividades y los procesos de manera coherente; tales documentos pueden incluir procedimientos documentados, instrucciones de trabajo y planos;
- f) documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos; tales documentos se denominan registros.

(21) NC ISO 9000: 2005 “Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario”, pág. 4

(22) NC ISO 9000: 2005 op. cit. pág. 4

La NC ISO 9001 exige documentar sólo seis procesos, dos relacionados con el control de la documentación y de los registros (que la práctica he demostrado la conveniencia de establecerlos en un documento) y cuatro son referidos a la mejora continua, que son auditorías internas, producto no conforme, acciones preventivas y acciones correctivas.

La referida Norma precisa que cada organización determina la extensión de la documentación requerida y los medios a utilizar. Esto depende de factores tales como el tipo y el tamaño de la organización, la complejidad e interacción de los procesos, la complejidad de los productos, los requisitos de los clientes, los requisitos reglamentarios que sean aplicables, la competencia demostrada del personal y el grado en que sea necesario demostrar el cumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.

1.7 La calidad del Servicio como categoría genérica de Producto.

El término Calidad ha tomado últimamente un especial protagonismo, pero no siempre se utiliza adecuadamente, ya que se piensa que hace referencia sólo a procesos de tipo industrial, pero la Calidad envuelve crecientemente a otras actividades no exclusivas de la industria manufacturera, como es el servicio, el objeto de la Calidad ha sufrido una evolución desde las industrias productivas hasta las organizaciones de servicios.

Es por ello que ISO define el término Producto como el “Resultado de un proceso” y establece que existen cuatro categorías genéricas de productos, que son: servicios; software, hardware y materiales procesados.²³

El servicio generalmente es intangible, su prestación puede implicar una actividad realizada sobre un producto tangible suministrado por el cliente, una actividad realizada sobre un producto intangible suministrado por el cliente, la entrega de un producto intangible, la creación de una ambientación para el cliente. Se diferencia del resto de las categorías de producto porque:²⁴

(23) NC ISO 9000: 2005 “Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario”, pág. 7

(24) Rosander, A. C., “La búsqueda de la calidad en los servicios”, Ediciones Díaz de Santos, S. A., 1992, pág. 45

- El Servicio ocurre en la interfaz del proveedor y el cliente, por lo cual la formación y habilidad del proveedor es imprescindible para lograr la satisfacción del cliente.
- El Servicio no se almacena, ni se transporta; están disponibles en un momento y sólo en ese momento pueden ser prestados; caducan si no se hace así.
- El Servicio es inseparable de quien lo presta, por lo que en muchos casos el cliente pone especial atención en la elección del proveedor, especialmente en el caso de los servicios profesionales, del que son ejemplo los servicios médicos.
- El Servicio se construye en muchos casos a medida que se presta. Sus características se adaptan mucho más a la individualidad, a las necesidades de cada cliente. Los servicios médicos pueden ser también un buen ejemplo.

“La calidad del servicio no debe considerarse como algo añadido, sino que debe estar perfectamente integrado en el sistema de gestión de la organización. Por ello es necesario considerar la preparación e implantación de un sistema de calidad para toda la entidad, el cual deberá tener en cuenta aspectos particulares de la prestación del servicio” ²⁵

La creciente importancia de la calidad del servicio constituye un reconocido elemento diferenciador de las organizaciones y un factor clave para garantizar la protección a los clientes, con el que todos salen beneficiados, obteniendo la comunidad en general un alto grado de satisfacción con la atención a la salud que recibe.

“Si en cualquier entidad de servicios resulta muy importante la implantación de una política de calidad que de lugar al establecimiento claro de los objetivos de la organización, en una institución dedicada a la prestación de servicios sanitarios adquiere una importancia vital, ya que la definición de estos objetivos va a ser el aglutinante de la acción vocacional de la totalidad de los empleados.” ²⁶

(25) Fernández Hatre, Alfonso “Calidad en las empresas de servicios”, Centro para la calidad en Asturias, 2000, pág. 45

(26) Fernández Hatre, Alfonso op. cit. pág. 101

En el caso del servicio prestado por las organizaciones de salud, la calidad es un valor muy apreciado, tanto por los pacientes, como por los profesionales del sector y su mejora es un objetivo permanente de los sistemas de salud modernos.

En Cuba el sistema de salud es universal, gratuito, y el acceso a este es un derecho ciudadano reconocido constitucionalmente, la mejora de la calidad y la excelencia de los servicios, está en el centro de la política de nuestro Estado.

La ISO, tiene la misión de promover la normalización en todos los países del mundo, para facilitar la cooperación en las esferas de la actividad intelectual, científica, tecnológica y económica y para lograrlo ha venido analizando el papel que pueden desempeñar sus normas, de carácter voluntario, para facilitar la puesta en marcha de iniciativas que favorezcan las actividades en algunos sectores concretos; ha reflexionado además sobre la necesidad de introducir nuevos “productos” en su línea de trabajo, por lo que ha elaborado documentos normativos específicos que facilitan la negociación entre las partes interesadas para determinadas actividades de importancia vital, como es el caso de la educación y la salud.

Entre los nuevos productos de ISO elaborados en los Órganos Técnicos se encuentran los Acuerdos Internacionales de Trabajo (IWA), como documentos normativos sectoriales. El documento IWA 1.-“Sistemas de Gestión de la Calidad. Guía para mejora de los procesos en las organizaciones que brindan servicios de salud”, tiene como objetivo principal servir de ayuda en el desarrollo o mejora de un sistema de gestión de la calidad en los servicios de salud, haciendo énfasis en la prevención de errores, en la reducción de la variabilidad y la disminución de las actividades que no aporten valor a la organización, en su contenido se parte de que el primer beneficiario de los servicios de salud es el paciente.

En cualquier organización de salud participan tres protagonistas principales: el paciente, el profesional de la salud y la organización. El IWA 1 está orientado a la dirección de esta última implicada en la gestión, entrega o administración de productos o servicios médicos, que desee mejorar sus procesos internos. No ha sido creada específicamente con fines de certificación, pero tras su publicación, la práctica ha demostrado que las organizaciones de salud de algunos países la han utilizado como guía y les ha permitido

ir alcanzando, de manera escalonada, niveles crecientes de calidad y con los que han conseguido la certificación ISO y han ido avanzando hacia la excelencia. El IWA 1 es la referencia internacional en la aplicación de la calidad a los servicios de salud y supone un gran paso en la mejora de la atención de salud a los pacientes, dando respuesta a las exigencias de la sociedad moderna.²⁷

1.8 Calidad del Servicio de Salud.

Si partimos del hecho de que calidad es la totalidad de circunstancias y características de un producto o servicio que requiere un cliente para satisfacer sus necesidades y expectativas en función de sus creencias y sus experiencias, entonces se puede decir que: Calidad en el sector de la salud es el **conjunto de circunstancias, recursos, características que requiere el paciente, sus familiares y la sociedad en general para alcanzar el bienestar físico, psicológico y social.**

Como la atención de la salud es un servicio se puede definir como **el conjunto de circunstancias, características, recursos que se hacen confluir para alcanzar el máximo bienestar del paciente, de su familia y de la comunidad a que pertenece.**

Dentro de las funciones esenciales de la salud pública, la Organización Panamericana para la Salud (OPS) ha señalado un conjunto de responsabilidades que tiene el Estado para garantizar la calidad de los servicios de salud:²⁸

1. Fomentar la existencia de sistemas permanentes de gestión de la calidad y crear un sistema para que los resultados de las evaluaciones efectuadas con ellos, puedan monitorearse continuamente.
2. Facilitar el establecimiento de normas aplicables a las características básicas que deben tener los sistemas de gestión de calidad y garantizar su cumplimiento por parte de los proveedores de los servicios.

(27) Ver IWA 1.-"Sistemas de Gestión de la Calidad. Guía para mejora de los procesos en las organizaciones que brindan servicios de salud"

(28) Ver Ross AG, Zeballos JL, Infante A, "La calidad y Reforma del sector Salud", Rev. Panam Salud Pública, 8,2000.

3. Usar el sistema para mejorar la calidad de la provisión directa de los servicios de salud.

Como puede apreciarse, es grande la preocupación de organismos como OPS, comprometidos en una cruzada titánica para que los gobiernos tomen conciencia de la importancia fundamental de asegurar la calidad en la salud pública. La gestión de la calidad en el sector de los servicios hospitalarios constituye una práctica cada vez más frecuente en el ámbito internacional, según los requisitos de la ISO 9001: 2000.

Quizás en ninguna otra área de servicios pueda exigirse con mayor énfasis la gestión de la calidad como en la salud, porque esto significa el máximo compromiso del hombre con el hombre, del Estado con el hombre, de la familia y la comunidad con el hombre.

1.9 La Gestión de la Calidad en los Servicios Hospitalarios de nuestro país.

1.9.1 El Programa Cubano de Gestión de la Calidad Hospitalaria.

Recientemente, a finales del pasado año 2006, la Dirección de Hospitales del Ministerio de Salud Pública de Cuba, aprobó el Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria, el cual, entre otros aspectos, destaca que:²⁹

“La falta de acceso universal a los servicios de salud en la mayoría de los países del mundo contribuye a la desigualdad en el estado de salud de los pueblos, lo cual está determinado por los sistemas sociales imperantes. Esta desigualdad se expresa tanto en países desarrollados como en los subdesarrollados. El sistema social cubano, en cambio, constituye un ejemplo al lograr el acceso pleno a los servicios de salud de todo el pueblo y tiene el reto actual de continuar desarrollándose”.

“Resulta imprescindible la ejecución de acciones encaminadas a fomentar la calidad de los servicios en las instituciones hospitalarias, con los objetivos de alcanzar la excelencia para dar cumplimiento a la política planteada por la dirección del país e instrumentar las Proyecciones de la Salud Pública Cubana hasta el 2015”.

(29) Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria Ministerio de Salud Pública de Cuba, Dirección de Hospitales, mayo, 2007, pág. 7

Este Programa responde a la necesidad que tiene hoy nuestro país de disponer de un diseño metodológico que incluya líneas de trabajo para elevar la calidad de la atención médica en los hospitales.

Existen algunos hechos aislados del control de la calidad de la atención médica en Cuba antes de 1959 en clínicas privadas y en el Hospital Calixto García, donde en 1943 se incluyeron en el reglamento de la organización del hospital los comités médicos, la programación y la eficiencia hospitalaria; predominando en esa época un enfoque de interés individual y sin apoyo oficial.

El control sistemático de la calidad de la atención médica hospitalaria en Cuba se inició después del triunfo revolucionario. Con el Reglamento General de Hospitales del año 1961 y el Comité de Evaluación de la Actividades Científicas en 1962; se estableció la confección obligatoria de la historia clínica y luego su evaluación cualitativa.

Posteriormente aparecen los documentos relacionados con la organización y evaluación de la Calidad en Hospitales: los Reglamentos de 1963; 1973 y 1985, el Primer Programa de Prevención y Control de la Infección Hospitalaria en 1984, el Consejo Médico Auditor y el Consejo Científico en 1986, y en el año 1991 el Comité Fármaco Terapéutico.

En el año 1992 se elaboró el “Programa de Garantía de la Calidad de la Atención Médica Hospitalaria” puesto en vigor en el año 1993, que devino en un avance importante para la evaluación de la calidad en los hospitales.

La calidad se logra sólo cuando en ella interviene todo el personal que participa en el proceso del servicio hospitalario. En el actual proceso de fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, como parte de la Batalla de Ideas, es necesaria la transformación de los servicios hospitalarios: los cambios en la mentalidad y la conducta, la instalación de nuevas tecnologías, la revitalización de las unidades asistenciales y su integración. Todo ello encaminado a asegurar un proceso institucional continuo de atención médica al paciente de elevada calidad, como requisito esencial de la Excelencia.

El Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria declara como objetivo “Mejorar continuamente la Calidad de los servicios hospitalarios para alcanzar la **excelencia**”, el mismo plantea:

“La política de la Revolución Cubana tiene como premisa que la salud es un derecho de todos; está dirigida a garantizar, junto a la acción de otros organismos y organizaciones, los más altos niveles de calidad de vida del pueblo; brindar ayuda solidaria a los demás países del mundo y aspira a servicios de excelencia a través del mejoramiento permanente de la Calidad”.³⁰

En el Programa se reconoce la necesidad de asumir una actitud responsable hacia la Calidad, a partir del desarrollo de ideas y conocimientos que conlleven a perfeccionar su gestión. Además se orienta que la conducción de los procesos para conseguir este objetivo, se lleve a cabo por la dirección de las instituciones hospitalarias, con su ejemplo personal en la formación integral de los trabajadores, para que adopten decisiones acertadas en cada momento de actuación.

Los Principios del Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria del MINSAP, considerando las peculiaridades del Proyecto Social Cubano, coinciden con los internacionalmente reconocidos y de tal forma orienta que:³¹

1. El Consejo de Dirección del hospital tiene la responsabilidad de implantar y desarrollar el Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria dirigido hacia el **paciente**.
2. La Calidad Hospitalaria es una responsabilidad del Director del Hospital junto a todos los trabajadores.
3. El Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria requiere como cimiento a un colectivo de trabajadores motivado, comprometido, con sólidos valores humanos, morales y éticos en correspondencia con la Ideología de la Revolución Cubana y la Ética Médica Socialista.

(30) Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria Ministerio de Salud Pública de Cuba, Dirección de Hospitales, mayo, 2007, pág. 9

(31) Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria, op. cit., pág. 9

4. Al Jefe de Servicio le corresponde la misión de dirigir, organizar, exigir y controlar el cumplimiento de las tareas, con el propósito de alcanzar la Mejora Continua de la Calidad.
5. La realización de la Gestión de la Calidad incluirá todas las etapas de atención de pacientes y familiares y a los procesos de gestión de los recursos humanos, los aseguramientos y la dirección.
6. Asegurar la evaluación integral de la Calidad es un objetivo inseparable del Programa.
7. Incorporar en la calidad hospitalaria las acciones dirigidas a fortalecer su carácter preventivo e integral.
8. La asistencia médica, la docencia y la investigación constituyen los elementos principales de la Calidad y se integran de manera indisoluble en un mismo proceso.
9. El Control de Calidad se realizará interno, mediante auto evaluación, y externo con evaluación retrospectiva y concurrente.
10. La concepción de la calidad hospitalaria requiere de un proceso cambio planificado, sistemático y continuo.

En su Capítulo VII “Organización”, el Programa Cubano de Gestión de la Calidad Hospitalaria establece que será jerarquizado el Director del Hospital como máximo responsable y se nombra, por Resolución del Director del Hospital, al Responsable de la Unidad Organizativa de Calidad para atender la actividad.

En el mismo se orienta la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad y establece que la Política de Calidad compromete de manera determinante a la Alta Dirección quien la define, la divulga y favorece la creación de un ambiente en el que el personal se encuentre involucrado y el Sistema de Gestión de la Calidad pueda operar eficazmente.

Indica además, reflejar en la Proyección Estratégica del Hospital la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de calidad mediante el uso de la Política de Calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorias, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.³²

1.9.2 El Reglamento General de Hospitales en Cuba.

Como muestra del marcado interés de nuestro Estado Socialista de lograr la plena satisfacción y la protección de la salud de nuestro pueblo y para dar respuesta a la necesidad de definir las pautas organizativas, el sistema de normas metodológicas que rigen el funcionamiento de los servicios y las funciones que deben cumplir los trabajadores y cuadros, así como los deberes y derechos de pacientes, acompañantes y visitantes en los hospitales el pasado año se aprueba por el Área de Asistencia Médica y Social del Ministerio de Salud Pública el “Reglamento General de Hospitales”, el cual constituye la base, a partir de la cual se elaborará a nivel de cada Hospital e Instituto el Reglamento Funcional Interno.

El Reglamento Hospitalario reconoce que a pesar de su incuestionable valor, lo esencial está en la conciencia de los trabajadores; la manera en que asumen e incorporan los conceptos, principios y valores de la Salud Pública Revolucionaria y cómo estos se expresan en su actitud y conducta cotidiana en el cumplimiento del deber. Se identifican los valores humanistas e internacionalistas de la ética médica cubana, comprometidos con la solidaridad y la abnegación inherentes a un profesional cubano de la salud.

En el Capítulo IV, “del Consejo de Dirección y otros Órganos Asesores”, Sección III, sobre el Sistema de Gestión de Calidad Hospitalaria, el Reglamento establece que el Director del Hospital es el máximo responsable de implantar y hacer cumplir el Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria.

Para lograr este objetivo se plantea crear en cada hospital una Unidad Organizativa de Calidad subordinada al Director, encargada de coordinar y controlar el Programa, cuyo Jefe es miembro del Consejo de Dirección.

(32) Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria Ministerio de Salud Pública de Cuba, Dirección de Hospitales, mayo, 2007, pág. 14

Esta Unidad Organizativa tiene las funciones de adecuar, implantar y desarrollar el Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria, capacitar y fomentar la cultura de la calidad en los trabajadores, diseñar el desarrollo de investigaciones relacionadas con la Calidad Hospitalaria en función de los problemas identificados, realizar el análisis mensual de la Gestión de la Calidad, presentar información mensual al Consejo de Dirección sobre la marcha del Programa y de sus resultados proponiendo soluciones y mejoras de procesos.

Cada hospital, ajustándose a su perfil y complejidad constituiría, los Comités necesarios para el cumplimiento del Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria.³³

1.10 Implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital CIMEQ.

En Cuba el sector de la salud dispone de profesionales muy calificados y tecnología de punta, pero aún así existe una importante cantera de oportunidades de mejora en la prestación del servicio, derivada de la escasa utilización de metodologías avanzadas de gestión, todo ello hace que la asistencia de salud, no sólo en Cuba, sino también internacionalmente, se aborde actualmente desde un nuevo enfoque, dirigido a mejorar la salud de la población, mediante un uso optimizado de los recursos, a establecer políticas de salud que contemplen muy seriamente la mejora continua de la eficacia de los servicios y de la eficiencia de los recursos.

Las condiciones que presenta el Hospital CIMEQ, en lo referente a la capacidad demostrada de sus profesionales, su disciplina y responsabilidad, así como la disposición de su Consejo de Dirección hacia la mejora continua de sus servicios, le convirtieron en el objeto idóneo para el desarrollo de esta investigación y constituyó una fortaleza para la realización de este trabajo.

La Institución ostenta reconocimientos internacionales por la calidad de sus servicios, por lo que precisa del establecimiento de prácticas que le permitan mantener de manera consistente un elevado estándar de servicio, aspecto este en el que habían identificado dificultades de carácter organizativo.

(33) Ver Reglamento General de Hospitales, Ministerio de Salud Pública, Área de Asistencia Médica y Social, agosto, 2006.

Todo lo anterior es factible de ejecutar dado que está alineado con el Objetivo del Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria: “Mejorar continuamente la Calidad de los servicios hospitalarios para alcanzar la **Excelencia**”. Para ello la Alta Dirección debe favorecer el funcionamiento de un Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia.

Capítulo 2.- Diagnóstico de la Calidad del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital CIMEQ

2.1 Caracterización del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas.

El Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, en forma abreviada CIMEQ, fue creado el 26 de marzo de 1982. Es una institución de investigaciones, asistencia médica y docencia de alto nivel científico.

La Misión de esta Institución es brindar un servicio de excelencia en el campo de las investigaciones científicas, la asistencia médica hospitalaria de pacientes nacionales e internacionales, y preparar profesionales con una alta formación académica en todas las especialidades de la medicina.

El CIMEQ acumula 25 años de experiencia y mantiene una línea de preparación sistemática, para lo cual ha diseñado un programa de desarrollo que incluye 22 sub programas.

Además, posee un Centro de Eventos Científicos, en el que se efectúan un promedio de 70 eventos nacionales e internacionales cada año, con una cifra de participantes de alrededor de 2000 cursistas y especialistas.

En cuanto a las Investigaciones, en estos momentos se desarrollan 60 líneas de investigación, 21 de las cuales son ensayos clínicos mediante convenio con otros Centros del Polo Científico del Oeste de la Capital, contando con 60 investigadores categorizados, entre ellos: 1 Académico, 8 Titulares, 19 Auxiliares, 4 Agregados y 28 Aspirantes.

Se brinda asistencia de Atención Médica Integral y continua, se realizan acciones de terreno con objetivos sanitarios y epidemiológicos.

La Atención Médica Hospitalaria se oferta en 58 especialidades entre médicas y quirúrgicas. Para ello cuenta con profesionales del más alto nivel científico, entre los

que se destacan: 2 Doctores en Ciencia, 10 Doctores en Ciencias Médica y 47 obtantes a Doctores en Ciencias Médicas.

Se brinda Docencia, de pre y post grado en todas las especialidades médico-quirúrgicas, y técnicos paramédicos. Cuenta con un claustro de 64 profesores con las siguientes categorías docentes: 12 Titulares, 11 Auxiliares, 33 Asistentes y 8 Instructores, que imparten la docencia para un promedio de 700 alumnos.

Por los resultados obtenidos en los diferentes servicios, la institución ha recibido numerosos reconocimientos nacionales e internacionales, otorgados por instituciones estatales y Organizaciones No Gubernamentales, dentro de los que se destacan los siguientes premios internacionales a la Calidad:

- Galardón “Arco de Europa” a la Calidad, categoría Platino.
- Galardón “Estrella Internacional” a la Calidad, categoría Platino.
- “Estrella Internacional”, categoría Diamante.

Entre los antecedentes del trabajo por la calidad en el Hospital CIMEQ se encuentran:

- ✓ Modificación de las estadísticas de la Institución.
- ✓ Inclusión de los Indicadores para la Excelencia en las estadísticas hospitalarias.
- ✓ Establecimiento de los pasos para la Excelencia.
- ✓ Mecanismo de “Estrellas” para evaluar la actividad económica
- ✓ Encuestas de Satisfacción
- ✓ Controles Integrales a los departamentos.

En el momento de comenzar este trabajo se identifican como fortalezas evidentes que facilitarían la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital CIMEQ, las siguientes:

- ✓ Profesionalidad de los trabajadores
- ✓ Tradición de trabajo por la calidad
- ✓ Alta responsabilidad y sentido de pertenencia
- ✓ Disciplina laboral
- ✓ Implicación de la dirección

2.2 Caracterización del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

El Servicio de Medicina Física y Rehabilitación presenta alta demanda por parte de los pacientes y se encuentra dotado del equipamiento adecuado par la prestación de sus servicios. El Jefe del área se encuentra altamente motivado con el establecimiento de un Sistema de Gestión de la Calidad y logra comprometer a todo su personal en este empeño, por la que la Dirección del Hospital tomó la decisión de comenzar el trabajo en este Servicio.

Este Servicio se inauguró con el Centro, ha adoptado su funcionamiento para apoyar los objetivos institucionales desde el punto de vista asistencial que es trabajar con sus pacientes con acciones de Prevención - Promoción de Salud Terapéuticas y de Recuperación y Rehabilitadoras, desarrolla una intensa Gestión Docente y de Investigación, participando activamente en los programas de Desarrollo del Centro.³⁴

Desde 1991 trabaja con un Sistema Automatizado de Gestión que impulsó notablemente su trabajo organizativo docente y científico.

Cuenta con una plantilla de 3 médicos Fisiatras, uno de ellos el Jefe del Servicio, otro Especialista en Medicina del Deporte, dedicado a la Rehabilitación Cardiovascular y Respiratoria, un Licenciado, dedicado a la Medicina Natural y Tradicional, un Licenciado en Logopedia y Foniatría y trece Terapeutas Físicos, incluyendo el Jefe de Grupo.

En este grupo tienen 1 Doctor en Ciencias, 3 docentes categorizados, 3 aspirantes a investigadores y todos los terapeutas de nivel universitario.

En las actividades asistenciales es un servicio atípico con respecto a otros del país y del mundo, pues desarrollan acciones de Promoción – Prevención de Salud en el Control de Factores de Riesgo, en ese tratamiento de múltiples problemas médicos con agentes físicos y ejercicios y rehabilitación en procesos médicos de todo tipo a nacionales y extranjeros.

(34) El Organigrama del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación se muestra en el Anexo 1

En docencia participan en Pre-Grado con la formación de alumnos de Medicina y de Fisioterapia y en Post-Grado a Médicos Residentes de la especialidad, así como diplomados a nacionales y extranjeros y además sus especialistas han desarrollado cursos en México, Colombia, Chile, Venezuela, Perú, entre otros países.

En investigaciones han desarrollado líneas de Investigación Clínica presentando sus experiencias en Eventos y Publicaciones Nacionales e Internacionales.

El Servicio de Medicina Física y Rehabilitación ha desarrollado una intensa actividad educativa sobre el resto de los trabajadores de la Institución, gozando de un prestigio ganado con el trabajo.

2.3 Diagnóstico de la calidad realizado.

La información se recopiló a partir de un Diagnóstico de la Calidad al Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ), a través de un muestreo documental, observaciones en recorridos por sus áreas y de entrevistas realizadas a directivos y especialistas.

El diagnóstico se realizó tomando como referencia fundamental los requisitos de la NC-ISO 9001:2001, poniéndose de manifiesto aquellos aspectos que, a nuestro entender, constituyen fuerzas favorables y barreras para el desarrollo de un Sistema de Gestión de la Calidad.

Para realizar el diagnóstico de la calidad, lo primero que se definió fue la conveniencia de que el Sistema de Gestión de la Calidad que se implantaría tendría un alcance limitado, ya que la Dirección conocía de esta práctica internacionalmente generalizada que facilita el logro del objetivo a largo plazo de establecer un Sistema que abarque toda la organización.

Para ello se analizó de conjunto con la dirección del Hospital los posibles Servicios a incluir en el Alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, los mismos fueron Hemodiálisis, Anatomía Patológica, Terapia Intensiva, Cámara Hiperbárica y Medicina Física y Rehabilitación. Teniendo en cuenta las posibilidades y necesidades de la

Institución, se decidió que fuese el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación el que se incluiría en primera instancia en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad, tomando como referencia los requisitos de la Norma ISO 9001:2001.³⁵

Durante la realización del diagnóstico y para garantizar la recopilación de toda la información necesaria, con el objetivo de tomar las decisiones adecuadas, se realizaron 18 entrevistas a los responsables de los procesos que, según el alcance definido, se incluyen en el Sistema de Gestión de la Calidad, que son las personas más conocedoras de las operaciones que realizan, de su control operativo y son las que toman decisiones para corregir cualquier incumplimiento, desviación, alguna situación no deseada y toman las acciones para corregirlas, eliminar sus causas y evitar que vuelvan a ocurrir. Son además las de mayor experiencia y, por tanto, las que pueden aportar los elementos necesarios que servirán de base para el diseño del Sistema.

Las personas entrevistadas fueron: el Director, la Responsable de la Dirección para la Calidad, el Jefe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, así como su Auxiliar de Calidad y su Jefe de Grupo, la Jefa del Servicio de Farmacia, la Jefa de Recursos Humanos, la Jefa del Aseguramiento Hospitalario, el Jefe de Servicios Generales, el Jefe de Electromedicina, el Jefe de Mantenimiento, la Jefa de Enfermería, el Subdirector Económico, el Jefe del Departamento de Información Hospitalaria, la Jefa del Departamento de Estadísticas, el Jefe del Departamento de Informática, la Jefa del Departamento de Epidemiología y la Jefa del Departamento de Vestuario.

2.4 Hallazgos más significativos.

De las respuestas recibidas en las entrevistas, el análisis de la documentación, los recorridos por las áreas y las observaciones realizadas, se pudo comprobar que existe coincidencia en la información recopilada, por lo que se obtuvo resultados concluyentes.

A continuación se exponen los enunciados de los requisitos de la NC-ISO 9001: 2001 y se describe la situación encontrada para cada uno, detallando los hallazgos más significativos y los principales problemas identificados.

(35) Los requisitos de la NC ISO 9001: 2001 “Sistemas de gestión de la calidad — Requisitos”, se describen en el Anexo 2

Sistema de gestión de la calidad, Requisitos generales

La organización debe establecer, documentar, implantar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.

Situación encontrada

El Hospital CIMEQ, en el momento de comenzar este diagnóstico, como hemos apuntado anteriormente, ya tenía un largo camino transitado de trabajo y esfuerzos por lograr calidad de sus servicios y la satisfacción de pacientes, familiares y trabajadores, por lo que la Dirección ya había identificado la necesidad de implantar las mejores prácticas en relación con el logro de la calidad del servicio. Ya se conocían las experiencias positivas de hospitales con Sistemas de la Calidad implantados y certificados, por lo que desde el principio la alta dirección expresó formalmente su interés por establecer, documentar e implantar un sistema de gestión de la calidad.

No obstante, el trabajo de diagnóstico al comparar la situación encontrada con los requisitos establecidos, permitió identificar hechos y proyectar acciones.

Requisitos de la documentación

La documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluir:

- a) declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad,
- b) un manual de la calidad,
- c) los procedimientos documentados requeridos en esta Norma Internacional,
- d) los documentos necesitados por la organización para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos, y
- e) los registros requeridos por esta Norma Internacional

Situación encontrada

Se trabaja con disciplina y tradición, se regulan las actividades cuando se considera conveniente para lograr su mejor funcionamiento en cada momento, existe interés por implantar un Sistema de gestión de la calidad, pero no se ha definido cuál es la documentación necesaria para establecer dicho sistema, no han identificado los procesos, ni su interacción, se asegura la disponibilidad de recursos, pero no se realiza

el seguimiento, ni la medición y el análisis de los procesos, de manera operativa se analizan las dificultades y se toman acciones correctoras para eliminar sus efectos indeseables.

Manual de la calidad

La organización debe establecer y mantener un manual de la calidad que incluya

- a) el alcance del sistema de gestión de la calidad, incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión,
- b) los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad, o referencia a los mismos, y
- c) una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad.

Situación encontrada

No existe un Manual de Calidad aprobado como documento base para el desarrollo de la gestión por procesos. Hasta el momento no se había definido cuál sería el alcance del futuro Sistema de Gestión de la Calidad, con el inicio de este trabajo. Como se ha planteado se decidió que el alcance se establece para el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

Control de los documentos

Los documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad deben controlarse. Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para:

- a) aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión,
- b) revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente,
- c) asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos,
- d) asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso,
- e) asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables,
- f) asegurarse de que se identifican los documentos de origen externo y se controla su distribución, y

- g) prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.

Situación encontrada

En la Institución se elabora documentación que se considera necesaria para su funcionamiento, pero la forma de gestionarla no está definida, cada área lo hace según su experiencia, no existe ningún documento que establezca la forma en que se debe realizar la elaboración, aprobación, revisión, actualización y el control de los documentos.

Control de los registros

Los registros deben establecerse y mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad. Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables. Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.

Situación encontrada

En la Institución se realizan los procesos con disciplina y según las mejores prácticas, pero no en todos los casos quedan evidencias registradas de las operaciones ejecutadas, como por ejemplo los mantenimientos, reparaciones, limpiezas, desinfecciones, etc., por tanto no existe ningún documento que establezca la forma en que se realizará la identificación, codificación, los accesos, el archivo, la forma en que se guardan, se mantienen al día, ni el destino que tendrán los registros de calidad.

Compromiso de la dirección

La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implantación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia.

Situación encontrada

Es de destacar el establecimiento de misiones y visiones de la organización, entendidas y apoyadas por sus trabajadores, encaminadas a lograr la excelencia en la

calidad de los servicios que presta y de su interés por implantar un sistema de gestión de la calidad, pero no existe una evidencia documentada de estas intenciones, en el marco de un Sistema de Gestión de la Calidad.

Enfoque al paciente

La alta dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente.

Situación encontrada

Se realizan encuestas a pacientes, familiares y trabajadores, sus resultados se debaten en los Consejos de Dirección, así como también las quejas, reclamaciones, recomendaciones, sugerencias, se analizan si proceden y las causas que las provocan y, si procede, se toman acciones para mejorar el servicio. En los casos necesarios se le da respuesta a pacientes, familiares y trabajadores. La alta dirección les da seguimiento hasta la solución del problema presentado en cada caso de manera operativa, pero al no estar establecida una práctica normalizada que garantice en todo momento la misma secuencia de operaciones, que defina el responsable de realización y de aprobación de cada operación, así como la forma en que se registra cada una de ellas, cada caso se trata de forma independiente, lo que provoca que alguna acción no se ejecute o que la forma en que se ejecutan las acciones no sea eficaz y sea necesario repetir las acciones.

Política de la calidad

La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad

- a) es adecuada al propósito de la organización,
- b) incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad,
- c) proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad,
- d) es comunicada y entendida dentro de la organización, y
- e) es revisada para su continua

Situación encontrada

Se destaca la transmisión de una disciplina, sentido de pertenencia y compromiso por brindar un servicio de calidad, pero no existen evidencias sobre una política de calidad escrita, ni comunicada para todo el personal.

Objetivos de la calidad

La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad, incluyendo aquéllos necesarios para cumplir los requisitos para el producto], se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización. Los objetivos de la calidad deben ser medibles y coherentes con la política de la calidad.

Situación encontrada

La alta dirección establece su estrategia a partir de objetivos de trabajo alcanzables y estimulantes, a los cuales le da seguimiento y son concebidos para lograr un mejor servicio, pero aún no se han definido objetivos de calidad medibles, alcanzables, estimulantes, con metas determinadas y que sean coherentes con la política de calidad (que tampoco ha sido definida).

Planificación del sistema de gestión de la calidad

La alta dirección debe asegurarse de que

- a) la planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos, así como los objetivos de la calidad, y
- b) se mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implantan cambios en éste.

Situación encontrada

Se realiza la planificación de la prestación del servicio a través del Departamento de Información Hospitalaria y son muy cuidadosos y éticos en su cumplimiento. Existe una política de crear todas las condiciones necesarias para que nunca se suspenda ninguna consulta y siempre se logra cumplir con la planificación, cuando se presentan problemas objetivos con algún médico, lo que se hace es sustituir por otro especialista, pero nunca, en ningún caso, se suspende la consulta, todo lo cual se realiza de manera operativa, en la práctica diaria, pero este proceso de planificación de consultas y

tratamientos no está documentado, lo que hace que tampoco se registren los cambios que ocurren para tomar las acciones de mejoras pertinentes.

Comunicación interna

La alta dirección debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

Situación encontrada

Actualmente existe una comunicación muy fluida entre el personal implicado en la gestión de los servicios desarrollados en el CIMEQ, a través de matutinos, intranet, boletines, correos electrónicos. Se realiza de manera operativa en cada caso, pero no siempre quedan registros de las mismas, ya que no está definida ni documentada la manera eficaz de garantizar estas comunicaciones, los responsables de ejecutarlas y de aprobarlas, ni las formas en que se registran.

Revisión por la dirección

La alta dirección debe, a intervalos planificados, revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad. Deben mantenerse registros de las revisiones por la dirección

Situación encontrada

La alta dirección se esmera por dar seguimiento operativamente a los problemas de calidad que se presentan durante la prestación del servicio y cuando la situación lo requiere los problemas se ventilan al más alto nivel, en el Consejo de Dirección, pero al no existir un Sistema de Gestión de Calidad, no está definida la forma de llevar a cabo estas revisiones periódicas, la información que debe ser analizada, ni se encuentra instrumentada la manera de introducir las mejoras.

Gestión de los recursos

La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para

- a) implantar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, y
- b) aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

Situación encontrada

Se analiza de manera permanente la necesidad de recursos que mejoren la prestación del servicio y se tramitan los que se consideran necesarios, pero este mecanismo no está establecido documentalmente.

Recursos humanos

El personal que realice trabajos que afecten a la calidad del producto debe ser competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.

Situación encontrada

Están definidos los requisitos de calificación del personal en el Calificador de Cargos y se establece en el Plan de Trabajo las necesidades identificadas de formación anuales para todo el personal, pero no incluye la competencia ni las necesidades de formación del personal que desempeña funciones con respecto al sistema de gestión de la calidad. Cada cual se preocupa por tener actualizado su Historial Profesional, donde se registren su formación, habilidades y experiencia, pero no existe un mecanismo implantado que garantice su permanente actualización, lo cual es una exigencia importante en el marco de un Sistema de Gestión de la Calidad, dado por el hecho que la competencia del personal es un elemento clave en la prestación del servicio de salud.

Infraestructura

La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto. La infraestructura incluye, cuando sea aplicable

- a) edificios, espacio de trabajo y servicios asociados,
- b) equipo para los procesos, (tanto hardware como software), y
- c) servicios de apoyo tales (como transporte o comunicación).

Situación encontrada

Las reparaciones y los mantenimientos correctivos de los equipos e instalaciones se solicitan y se realizan cuando ocurren las roturas, pero el Departamento de Mantenimientos no planifica mantenimientos preventivos. La limpieza se realiza de manera consciente, pero no se planifica teniendo en cuenta las características de las diferentes áreas. No siempre se registran las evidencias de los mantenimientos y las de la limpieza realizada no se registran nunca.

Ambiente de trabajo

La organización debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto.

Situación encontrada

La dirección se asegura de que el ambiente de trabajo tenga una influencia positiva en la motivación, satisfacción y desempeño del personal. Para mejorar el desempeño de la organización, la creación de un ambiente de trabajo adecuado, como combinación de factores humanos y físicos, toma en consideración aspectos tales como las metodologías de trabajo creativas y oportunidades de aumentar la participación activa para que se ponga de manifiesto el potencial del personal, las reglas y orientaciones de seguridad, incluyendo el uso de equipos de protección, la ergonomía, la ubicación del lugar de trabajo, todo lo cual se materializa de manera particular en el Servicio de Medicina y Rehabilitación; pero esto no se realiza de manera planificada, sino que se toman las acciones cuando ocurren las dificultades, no siempre se dejan registros de acciones tomadas.

Planificación de la prestación del servicio

La organización debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto. La planificación de la realización del producto debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad.

Situación encontrada

Se planifican las consultas y los tratamientos por fechas y por médicos y especialistas, a través del Departamento de Información Hospitalaria y existe una política establecida para nunca suspenderlas. De hecho, nunca se suspenden: en caso de que un médico o

especialista no se encuentre, se sustituye, pero no se dejan evidencias, ni se registran las modificaciones que ocurren, por lo que no se puede conocer sus efectos y por tanto no existe la posibilidad de tomar acciones que conlleven a disminuir su ocurrencia. Se ha detectado que, aunque la consulta no se suspenda, se generan insatisfacciones en algunos pacientes cuando no pueden ser atendidos por el especialista que ellos esperan.

Determinación de los requisitos relacionados con el servicio

La organización debe determinar

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

Revisión de los requisitos relacionados con el servicio

La organización debe revisar los requisitos relacionados con el producto. Esta revisión debe efectuarse antes de que la organización se comprometa a proporcionar un producto al cliente (por ejemplo envío de ofertas, aceptación de contratos o pedidos, aceptación de cambios en los contratos o pedidos)

Comunicación con el paciente

La organización debe determinar e implantar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes.

Situación encontrada

El Servicio tiene implantada una práctica establecida para la recepción y control del proceso de admisión de los pacientes, los que pueden llegar al Servicio por diferentes vías, derivados de consultas externas, de Urgencias u otro Servicio que remiten al paciente para valoración de los médicos de Medicina Física y Rehabilitación. Existe un Modelo de comunicación de la fecha de la consulta y el tratamiento, pero no está documentado la forma en que se realizan otros tipos de comunicaciones, como puede ser la modificación de la fecha de la consulta o el tratamiento o cualquier otra

comunicación que sea necesaria establecer con el paciente durante el período de tiempo que dura el tratamiento o entre consultas..

Diseño y desarrollo

Este requisito de la Norma no aplica, debido a que la prestación de los servicios está definida y los tratamientos que se realizan están definidos y son conocidos. Lo cual constituye una práctica internacional, según las investigaciones realizadas.

Compras

La organización debe asegurarse de que el producto adquirido cumple los requisitos de compra especificados. El tipo y alcance del control aplicado al proveedor y al producto adquirido debe depender del impacto del producto adquirido en la posterior realización del producto o sobre el producto final.

Información de las compras

La información de las compras debe describir el producto a comprar.

Verificación de los productos comprados

La organización debe establecer e implantar la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto comprado cumple los requisitos de compra especificados.

Situación encontrada

Existe una práctica de solicitud y entrega de pedidos ejecutada por cada Servicio, realizadas mayoritariamente a otros Servicios del hospital, pero cada cual lo hace según sus propias experiencias y disciplina, estableciendo sus propias operativas, dado que la sistemática y metodología de operación no se encuentran documentadas, por lo que no quedan registros, no pudiéndose conocer los posibles incumplimientos, no se realiza el control, seguimiento y evaluación de los proveedores del Servicio.

Prestación del servicio

La organización debe planificar y llevar a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas.

Validación de los procesos de la prestación del servicio

La organización debe validar aquellos procesos de prestación del servicio donde los servicios resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores.

Situación encontrada

El Servicio de Medicina Física y Rehabilitación cuenta con la información acumulada de más de 20 años de trabajo sobre los diagnósticos de las enfermedades que han sido tratadas, así como sus combinaciones más frecuentes, la información que se le ofrece al paciente, la descripción del procedimiento y las principales complicaciones y esta información es dominada por todos sus médicos y especialistas, por lo que el proceso de prestación del servicios está más que demostrado y puede verificarse su eficacia, lo cual se realiza de manera permanente, ya que el Jefe de Servicios realiza reuniones donde se analizan los tratamientos indicados, los resultados que se van obteniendo durante la aplicación del tratamiento y el resultado final, aunque estos protocolos no han sido documentados aún.

Identificación y trazabilidad

Cuando sea apropiado, la organización debe identificar el servicio por medios adecuados, a través de toda la prestación del servicio.

Situación encontrada

Existe evidencia de una práctica, implantada en todo el Hospital que garantiza la identificación y trazabilidad de todas las Historias Clínicas de los pacientes, que permite en todo momento conocer la situación de cada uno, esta práctica establecida en toda la organización va más allá de los requisitos del paciente y se realiza con el fin de recopilar datos que puedan utilizarse para la mejora.

Propiedad del paciente

La organización debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control de la organización o estén siendo utilizados por la misma. La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del servicio.

Situación encontrada

En el Servicio existe una excelente ética y disciplina en cuanto a la protección de las pertenencias cuando los pacientes necesariamente tienen que retirárselas para recibir los tratamientos; las que se colocan en lugar seguro y se protegen. De hecho nunca se ha extraviado ningún objeto personal, pero no existen taquilleros apropiados para esta operación que faciliten su identificación; cada técnico y especialista lo garantiza a su forma, no estando documentada la mejor manera de ejecutar estas acciones, como tampoco está prevista la forma en que debe actuar los trabajadores del Servicio en caso de algún extravío.

Preservación del producto

La organización debe preservar la conformidad del producto durante el proceso interno y la entrega al destino previsto. Esta preservación debe incluir la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección. La preservación debe aplicarse también, a las partes constitutivas de un producto.

Situación encontrada

En el caso de los servicios de salud este requisito responde a la preservación de los medicamentos que se utilizan durante su prestación. En el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación existe una sistemática y disciplina, que se corresponde con la establecida en el Hospital, cada terapeuta es muy cuidadoso con la manera en que preserva los fármacos utilizados en los tratamientos, evitando que estos caduquen, pero no se ha establecido una manera única de proceder.

Control de los dispositivos de seguimiento y de medición

La organización debe determinar el seguimiento y la medición a realizar, y los dispositivos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del servicio con los requisitos determinados.

Situación encontrada

Los equipos en general no están calibrados, los esfigmomanómetros, los termómetros clínicos, ni las balanzas están verificados. Estos son los dispositivos que, según la Disposición General (DG 01) del Decreto-Ley No.183, tienen que demostrar su verificación legal. Lo que está sucediendo en la práctica es que se actúa cuando se

presentan los problemas, cuando ocurren roturas, pero no se realizan los controles oportunos de los equipos que garantizan la conformidad de los resultados obtenidos, de forma tal que no pueden estar seguros de que las mediciones que se están realizando son las correctas, además de que, de esta manera, pueden ocurrir interrupciones del servicio cuando se detecta que el equipo no está funcionando adecuadamente, es decir que no está apto para el uso.³⁶

Medición, análisis y mejora

La organización debe planificar e implantar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios

Satisfacción del paciente

Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización. Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información.

Situación encontrada

Existe una práctica establecida para conocer la satisfacción de pacientes, familiares y trabajadores, así como para la tramitación de quejas, lo que permite tomar acciones para la solución de los problemas detectados. Estas encuestas se ejecutan por interés de la Dirección, pero no está documentada, por lo que no se ha definido la periodicidad con que debe realizarse, ni el tamaño conveniente de la muestra, ni los registros necesarios para dejar las evidencias.

Auditoría interna

La organización debe llevar a cabo a intervalos planificados auditorías internas para determinar si el sistema de gestión de la calidad.

Situación encontrada

La alta dirección no ha establecido un proceso documentado eficaz y eficiente para planificar y ejecutar las auditorías internas, para evaluar las fortalezas y debilidades de

(36) Ver Decreto-Ley No.183 de la Metrología, Oficina Nacional de Normalización, Febrero 1998.

la organización, que defina las responsabilidades para la planificación, programación, realización del seguimiento y evaluación de dichas auditorías, que proporcione una herramienta independiente aplicable para obtener evidencias objetivas de que se han cumplido los requisitos existentes, dado que la auditoría interna evalúa la eficacia y la eficiencia de la organización. Esto se explica por el hecho de no contar con un Sistema de Gestión de la Calidad implantado.

Seguimiento y medición de los procesos

La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados. Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente, para asegurarse de la conformidad del servicio.

Situación encontrada

Cada trabajador que ejecuta un proceso, lo hace con disciplina y los responsables chequean el trabajo y se toman de manera operativa las correcciones necesarias, pero no existe una sistemática de control del proceso a través de indicadores e inspecciones de servicio que permiten realizar un seguimiento y medición permanente de los procesos. Al no contar con estos registros no se cuenta con datos que permitan la mejora continua de los procesos; no están identificados los métodos de medición para evaluar su desempeño y utilizarlos para gestionar las operaciones del día a día, que puedan ser adecuados para mejoras continuas o escalonadas, así como para proyectos de mejora, de acuerdo con la visión y los objetivos estratégicos de la organización.

Control del producto no conforme

La organización debe asegurarse de que el servicio que no sea conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su entrega no intencional. Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del servicio no conforme deben estar definidos en un procedimiento documentado.

Situación encontrada

Se toman acciones correctoras cuando se presentan los problemas, los que muchas veces se repiten porque no se ataca la verdadera causa, al no disponer de una sistemática documentada. No se ha definido la autoridad y responsabilidad al personal para informar sobre no conformidades en cualquier etapa de un proceso con el fin de detectar oportunamente, cuando ocurren, las dificultades durante la prestación del servicio, para tomar las acciones necesarias antes de atender al paciente y evitar a tiempo su insatisfacción.

Análisis de datos

La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad. Esto debe incluir los datos generados del resultado del seguimiento y medición y de cualesquiera otras fuentes pertinentes.

Situación encontrada

En el Hospital existe la práctica de recopilar los datos que han identificados como necesarios para el seguimiento de los indicadores de sus estadísticas, para la realización de controles, para la emulación, los relacionados con la satisfacción de pacientes, familiares y trabajadores, etc.; son muy disciplinados en su procesamiento y toma de decisiones a partir de sus resultados, pero estos datos no incluyen por supuesto nada relacionado con un Sistema de Gestión de la Calidad, ya que este aún no ha sido implantado.

Mejora continua

La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.

Situación encontrada

Durante el diagnóstico realizado se evidenció de manera convincente el interés de la dirección por lograr la calidad en la prestación de sus servicios, pero no existe ninguna

referencia escrita de objetivos de calidad, ni de una sistemática documentada para la planificación y gestión de los procesos necesarios para la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad.

Acción correctiva

La organización debe tomar acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas. Debe establecerse un procedimiento documentado

Acción preventiva

La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales. Debe establecerse un procedimiento documentado

Situación encontrada

Se realizan acciones correctoras, con disciplina y sin pérdida de tiempo cuando la situación lo requiere, en cada ocasión se realiza según el momento y las prácticas de las personas involucradas, se resuelve el problema, pero no siempre se elimina la causa que lo generó. No se han identificado las fuentes de información y recopilación la información para definir las acciones correctivas necesarias, dado que no cuentan con un procedimiento documentado, no se realizan acciones preventivas.

2.5 Conclusiones del Diagnóstico

Como resultado del diagnóstico realizado, se puede concluir que:

1. En el Hospital CIMEQ se muestra como fuerzas favorables el hecho de que, a pesar de no tener un Sistema de Gestión de la Calidad implantado, la implicación de la dirección los ha llevado a ostentar una tradición de trabajo por la calidad, profesionalidad de sus trabajadores, disciplina laboral, alta responsabilidad y sentido de pertenencia.

2. Las prácticas establecidas en el Hospital CIMEQ los ha llevado a que se manifieste el cumplimiento de los ocho principios de la gestión de la calidad, a saber:

- Enfoque al cliente: Todos sus trabajadores son concientes que el Hospital depende de sus pacientes y existen mecanismos establecidos para comprender sus necesidades y no sólo de estos sino también de familiares y trabajadores, sus resultados se utilizan para tomar acciones en función de lograr su mayor satisfacción, satisfacer sus requisitos y además se esfuerzan en exceder sus expectativas.
- Liderazgo: Existe un compromiso demostrado no sólo por el Director, sino por todo el Consejo de Dirección, el cual crea y mantiene un ambiente interno, logrando que el personal se involucre totalmente en el logro de los objetivos de la Institución.
- Participación del personal: La profesionalidad de sus trabajadores, su tradición de trabajo por la calidad, la alta responsabilidad y sentido de pertenencia, así como su disciplina demuestran su total compromiso, lo que posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la Institución.
- Enfoque basado en procesos: Existe conocimiento acerca de que los resultados deseados se alcanzan más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso y en la operatividad de la prestación del servicio las actividades se realizan con este enfoque, lo que hace que se logren los resultados propuestos. Lo que necesitan es la herramienta para implantar este enfoque, es decir documentar los procesos, garantizando la uniformidad de los registros, su control y mejora continua.
- Enfoque de sistema para la gestión: Se comprende la necesidad de identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, para contribuir a la eficacia y eficiencia de la Institución en el logro de sus objetivos.
- Mejora continua: La mejora continua del desempeño global de la Institución es una preocupación y un objetivo permanente, se ejecuta de manera operativa cada vez que se considera necesario.

- Enfoque basado en hechos para la toma de decisión: Existe tradición que ha llevado a la modificación de las estadísticas de la Institución para tomar decisiones eficaces basadas en el análisis de los datos y la información.

- Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: La Institución mantiene muy buenas relaciones con sus proveedores, así como entre las diferentes áreas que son proveedores y clientes internos, entendiendo que esto aumenta su capacidad para crear valor. Durante la realización del Diagnóstico, se pudo corroborar fehacientemente que de los Servicios que se valoraron como posibles a incluir en el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, el que cuenta con las mejores condiciones es Medicina Física y Rehabilitación, donde se cumplen los ocho principios de la gestión de la calidad mencionados, cuentan con la necesaria independencia y la infraestructura adecuada para la prestación del servicio; existe un marcado interés de su Jefe, experiencia y comprometimiento de todo su personal; se realizan encuestas a pacientes, familiares y trabajadores, existe información acumulada de los tratamientos que se realizan, dominan la prestación de sus servicios y se preocupan por mejorarla de manera permanente.

3. El resto de los Servicios del Hospital, aunque no estarán en esta primera etapa incluidos en el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, también tienen bien establecida una disciplina de trabajo y están conscientes de su necesaria interacción con el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación para lograr una eficaz implantación del Sistema. Además, tienen un marcado interés por prepararse teniendo en cuenta que en un futuro aplicaran estas prácticas.

4. Existe muy buena comprensión por la alta dirección de la conveniencia y factibilidad de comenzar el Sistema de Gestión de la Calidad con el alcance limitado a un Servicio para su posterior ampliación. Están convencidos que esto les facilitará proyectarse con una estrategia que le permitirá de manera progresiva implantar un Sistema de Gestión de la Calidad en toda la organización.

5. Los procesos operativos que se realizan en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación están definidos, es decir la planificación y la realización de consultas y tratamientos, todos los técnicos, especialistas y médicos los realizan con disciplina,

según las experiencias acumuladas por cada uno de ellos, pero al no tenerlos documentados, no tienen definida, de manera planificada, la mejor forma de realizarlos, ni los registros necesarios para analizar su comportamiento y que permitan comparar lo que se realiza con lo planificado y así tomar las acciones de mejora que se necesiten. Es decir, actualmente no puede definirse si los procesos de planificación y prestación del servicio que se están realizando son realmente eficaces, ni tienen identificada, ni prevista la manera eficiente en que deben realizarse.

6. Los procesos de planificación de consultas y tratamientos necesitan ser mejorados, dado que en estos momentos se planifica la fecha, pero no los horarios, además no se dejen registros de las planificaciones, ni de las modificaciones que se realizan, por lo que no pueden conocer cuando se presentan diferencias entre la situación real con respecto a lo planificado, por lo que no les permite tomar las acciones de mejoras necesarias.

7. El Servicio de Medicina Física y Rehabilitación cuenta con la información acumulada de más de 20 años de trabajo sobre los diagnósticos de las enfermedades más frecuentes que han sido tratadas, sus combinaciones más frecuentes, la información que se le ofrece al paciente, la descripción del procedimiento y las principales complicaciones. Esta información es dominada por todos sus médicos y especialistas y la misma servirá como base para la elaboración de los protocolos, que es la documentación fundamental en base a la cual se presta el servicios de consultas y tratamientos, por lo tanto el servicio no necesita ser diseñado, ya que se presta a partir de estas definiciones que al documentarse son conocidas por todos los técnicos, especialistas y médicos.

8. Los procesos de apoyo a la prestación del servicio, como son limpieza y mantenimiento de las instalaciones, mantenimiento, calibraciones y verificaciones de los equipos necesarios para los tratamientos, no se planifican de manera consciente para evitar los imprevistos; se realizan de manera operativa y se actúa ante las incidencias, es decir ante una rotura o un mal funcionamiento, lo que causa interrupciones del servicio.

9. Los procesos estratégicos y de apoyo necesarios para un Sistema de Gestión de la Calidad apropiados a las condiciones del Hospital no están definidos ni documentados, por lo que no se ha diseñado su planificación, control y mejora continua, según los requisitos de la norma NC-ISO 9001.

10. Existe falta de conocimientos en materia de gestión de la calidad. Para lograr una eficiente implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad se necesita realizar una amplia capacitación de todo el personal del Hospital, no sólo de los técnicos, especialistas y médicos del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, ya que otras áreas están involucradas en los procesos estratégicos y de apoyo, como son el de compras, formación, limpieza, mantenimiento de la infraestructura, calibración y verificación de equipos. Además, es necesario formar auditores internos que garanticen la realización de auditorías y la mejora continua del Sistema implantado.

11. La alta dirección ha expresado formalmente su interés por comenzar el Sistema de Gestión de la Calidad con alcance definido para el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, con el objetivo de trazarse una estrategia para ir ampliando paulatinamente el Sistema hasta lograr que todos los Servicios del Hospital, tanto médicos como no médicos formen parte del Sistema.

12. Se ha identificado la necesidad de diseñar, documentar e implantar un Sistema de Gestión de la Calidad, según la Norma NC-ISO 9001: 2001, para satisfacer a todas las partes interesadas en la introducción de mejoras de sus servicios, racionalizar la base documental exigida para ejecutar los procesos que se realizan en los servicios, lograr una actuación nueva y positiva de cada trabajador que conlleve a la minimización de las desviaciones y lograr la optimización del tiempo y los recursos asignados.

Capítulo 3: Diseño, documentación e implantación del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital CIMEQ.

3.1 Acciones para el diseño, documentación e implantación del Sistema de Gestión de la Calidad.

El análisis de los hallazgos requirió de la participación activa del personal de la Institución, quienes como propietarios de los diferentes procesos abarcados en las indagaciones, estarían en condiciones de aportar detalles específicos como complemento indispensable a las soluciones propuestas por la Maestrante, en función del cumplimiento de los requisitos para los Sistemas de Gestión de la Calidad establecidos en la NC ISO 9001: 2001.

Cada organización precisa de un Sistema que responda a sus peculiaridades, la experiencia internacional y las analogías aplicables, indudablemente cobran un valor importante en la solución de problemas específicos, pero son las condiciones propias de la organización las que han determinado el curso de las acciones que a continuación se relacionan.

Sistema de gestión de la calidad, Requisitos generales

- Definir la Política y Objetivos de Calidad del CIMEQ así como describir la Organización y las estructuras jerárquicas y funcionales en que se apoya el Sistema de Gestión de Calidad.
- Diseñar, establecer, documentar e implantar y mantener un sistema de gestión de la calidad.
- Identificar los procesos necesarios, su secuencia e interacción.
- Establecer los mecanismos de seguimiento, medición y análisis de los procesos.

Requisitos de la documentación

- Establecer una estructura jerárquica documental del sistema y unificar registros para la documentación.

Manual de la calidad

- Elaborar un Manual de Calidad, de acuerdo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2001, consensuado y aprobado por la alta dirección de la organización.
- Elaborar cuatro fichas de proceso necesarias para el cumplimiento de los requisitos de la Norma, que son control: de la documentación y los registros, auditorías internas, no conformidades y acciones preventivas y correctivas. El contenido de las fichas de proceso habrá de estar consensuado y aprobado por el personal asignado en función de los requisitos.

Control de los documentos

- Elaborar una ficha de proceso de control de la documentación, incluye el manual de calidad, fichas de proceso, protocolos, instrucciones, etc., donde se establezca la manera en que se realiza la aprobación de los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión, revisión y actualización de los mismos, identificación de los cambios y el estado de revisión, aseguramiento de que los documentos permanezcan legibles e identificables, control de la documentación de origen externo, su distribución y la prevención del uso de documentación obsoleta.

Control de los registros

- Es necesario elaborar una ficha de proceso que identifique todos los registros necesarios, refleje responsabilidades respecto a elaboración y cumplimiento de los registros, defina quién puede acceder a ellos, defina responsabilidades de custodia y archivo y actualización, así como su destino final.

Compromiso de la dirección

- La alta dirección deberá proporcionar evidencia de su compromiso, mediante el desarrollo, aprobación e implantación de un sistema de gestión de la calidad que responda a sus necesidades, así como con la mejora continua de su eficacia.

Enfoque al paciente

- Elaborar Ficha de proceso donde se establezca la medición y seguimiento de la satisfacción del paciente y familiares, donde se establezca la aplicación y análisis de Encuestas de Satisfacción, tanto a los pacientes que reciben consultas y tratamientos, como a los médicos especialistas que remiten pacientes al Servicio de Medicina Física

y Rehabilitación, así como a trabajadores y empleados del Hospital, como clientes internos, además de tener prevista la forma de actuación en caso de reclamaciones.

Política de la calidad

➤ La Política de la Calidad deberá ser apropiada a la organización, debe de facilitar el marco adecuado para establecer y revisar los objetivos y metas de calidad establecidos, reflejar el compromiso de mejora continua y cumplimiento de los requisitos y estar documentada e implantada y comunicada a todo el personal involucrado, así como a disposición del público.

Objetivos de la calidad

➤ Establecer y revisar los objetivos y metas de calidad, reflejar el compromiso de mejora continua y cumplimiento de los requisitos y estar documentada e implantada y comunicada a todo el personal involucrado, así como a disposición del público.

Planificación del sistema de gestión de la calidad

➤ Establecer la planificación del sistema de gestión de la calidad con el fin de cumplir los requisitos y velar por su integridad cuando se realicen cambios.

Comunicación interna

➤ Será necesario establecer una sistemática que asegure mediante los correspondientes registros, la comunicación entre los diferentes niveles jerárquicos para los distintos procesos del Sistema de Gestión de Calidad y que además permita medir su efectividad.

Revisión por la dirección

➤ Se incluirá dentro del Manual de Calidad el proceso de revisión por la dirección del Sistema de Gestión de Calidad., la periodicidad, la información de entrada que se necesita para comprobar su eficacia, corregir los objetivos en función de los resultados obtenidos en el período y establecer las acciones de mejora del Sistema.

Gestión de los recursos

- Establecer el análisis permanente de la determinación de la necesidad de recursos, a partir de los mecanismos que brinda el sistema de gestión de la calidad que se implemente.

Recursos humanos

- Elaborar la ficha de formación del personal, de manera que se establezca un Plan de Formación Anual, en el que se definan los requisitos de calificación y formación de todos los puestos de trabajo, así como las necesidades de formación y se establezca indicadores de evaluación de la efectividad de los planes de formación.

Infraestructura

- Elaborar una ficha en la que se documente una sistemática de gestión que garantice una planificación de limpieza y mantenimiento preventivo de las instalaciones con el objeto de garantizar la satisfacción de los pacientes y permita establecer la operativa para lograr la conformidad con los requisitos del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, que incluya la existencia de un plan de mantenimiento y limpieza preventivo de todos los equipos / instalaciones del Servicio, el control de su cumplimiento y la forma de evidenciarlos.

Ambiente de trabajo

- Elaborar una sistemática de gestión que asegure un el ambiente de trabajo adecuado, que tenga una influencia positiva en la motivación, satisfacción y desempeño del personal con el fin de mejorar el desempeño de la organización.

Planificación de la prestación del servicio

- Desarrollar una ficha de proceso en la que se documente la metodología implantada de planificación de servicio, incorporando los registros operativos implantados en el Servicio.

Determinación de los requisitos relacionados con el servicio

- Aprovechando la disciplina y la sistemática establecida en el Hospital, establecer en las Fichas de Proceso de la prestación del servicio, la forma en que se recogen los requisitos declarados por los pacientes, los no declarados, pero necesarios para la

prestación del servicio, así como los requisitos legales y reglamentarios relacionados con su prestación.

Revisión de los requisitos relacionados con el servicio

➤ Aprovechando la disciplina y la sistemática establecida en el Hospital, con respecto a las planificaciones de las consultas y los tratamientos, se debe establecer una Ficha de Proceso de la planificación del servicio, en la que se refleje la forma en que se revisan los requisitos relacionados con el servicio antes de comprometerse con su prestación, tanto para las consultas, como para los tratamientos, con la cual se evite comprometerse a brindar un servicio que por razones de ética u otras razones no pueda brindarse, así como comprometerse con una fecha que, por la capacidad del proceso de prestación del servicio, no pueda cumplirse.

Comunicación con el paciente

➤ Desarrollar una ficha de proceso en la que debe quedar reflejada la operativa implantada en el Hospital en el momento de realizar el diagnóstico, con respecto a los procesos de comunicación ya establecidos, relacionados con los pacientes, con los Servicios y con los trabajadores del CIMEQ. Aquí se deberá establecer las recepciones de las comunicaciones para todo el personal, las reclamaciones y las acciones correctivas necesarias para resolverlas. En esta ficha se definirán las responsabilidades que aseguren la comunicación entre los diferentes niveles jerárquicos, para los distintos procesos, del Sistema de Gestión de Calidad.

Diseño y desarrollo

Como ha sido planteado en el Capítulo 2, este requisito de la Norma no aplica, debido a que la prestación de los servicios de consultas y tratamientos que se realizan están definidos y son conocidos, por tanto, no se necesita demostrar documentalmente su cumplimiento, por lo que no es necesario elaborar ninguna Ficha de Proceso, ni tener previsto ningún registro.

Es imprescindible en este caso declarar formalmente en el Manual de la Calidad la exclusión de este requisito, ya que es preciso demostrar que se cumple con lo establecido en la NC ISO 9001: 2001, que establece que estas exclusiones queden restringidas a los requisitos expresados en el Capítulo 7 de la Norma. Ante una

auditoria el Hospital tiene que demostrar que la exclusión de este requisito no afecta su capacidad o responsabilidad para proporcionar servicios que cumplan con los requisitos del paciente y con los reglamentarios aplicables.

Compras

- Elaborar una Ficha de Proceso de Compras, teniendo en cuenta que, dado que el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad es limitado, se establecerá para todas las compras y contrataciones necesarias para llevar a cabo el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, por tanto se referirá a las compras internas, a los pedidos a otros Servicios del Hospital, estableciendo la forma en que el Servicio se asegura que el producto o servicio adquirido cumple los requisitos de compra especificados.
- Elaborar una Ficha de Proceso donde se defina la forma en que el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación evalúa y selecciona los proveedores, que serán el resto de los Servicios del Hospital, en función de su capacidad para suministrar productos o servicios, de acuerdo con los requisitos de la organización, así como los criterios para la selección, la evaluación y la re-evaluación, dada la especificidad de este proceso y que al ser un proveedor interno no existe posibilidad real de rechazarlo, la Ficha lo que establecerá será que cuando las evidencias demuestren que debe ser rechazado, esta información será tratada en un Consejo de Dirección, el proveedor se autoriza, pero se toman las medidas para resolver los incumplimientos que motivaron el rechazo, incluirá los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria que se derive de las mismas.

Información de las compras

- La Ficha de Proceso de Compras establecerá la manera en que se determina la información del producto o servicio solicitado.

Verificación de los productos comprados

- La Ficha de Proceso de Compras establecerá que se asegure, mediante los correspondientes registros, la operativa de gestión de compras, verificación de requisitos y seguimiento de proveedores.
- La Ficha de Proceso en la que se documente la metodología a implantar para llevar a cabo un control de los proveedores, con el objeto de garantizar la mejora en la

prestación de los servicios, permitirá realizar un análisis permanente respecto a la tipología de incidencias identificadas.

Validación de los procesos de la prestación del servicio

➤ Elaborar los protocolos, para valorar su adecuación a los requisitos de la norma, documentándose todas las actuaciones habituales llevadas a cabo por el servicio, definiendo con detalle la actuación a seguir, así como establecer los criterios de aceptación del servicio, parámetros de control y responsables.

Identificación y trazabilidad

➤ Desarrollar una sistemática documentada y precisa para el control e identificación de los procesos tomando como base la metodología implantada en el Hospital, con respecto a la identificación y trazabilidad de las Historias Clínicas y toda la documentación del paciente generada durante la prestación del servicio.

Propiedad del paciente

➤ Establecer en el Manual de la Calidad, tomando como base la sistemática y la disciplina establecida en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, la manera en que el mismo cuida los bienes que son propiedad del paciente, mientras recibe el tratamiento, es decir cómo se identifican, verifican, protegen y salvaguardan y cómo debe ser registrado y comunicado al paciente sobre cualquier bien que se pierda o deteriore.

Preservación del producto

➤ Establecer una Ficha de Proceso, tomando como base la sistemática y la disciplina establecida en el Hospital, la manera en que el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación debe preservar la conformidad de los medicamentos utilizados durante el proceso de prestación del servicio de tratamientos, incluye la identificación única, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección de estos fármacos.

Control de los dispositivos de seguimiento y de medición

➤ Establecer un proceso documentado en el que se refleje una metodología de evaluación de aptitud de los equipos para las funciones a desempeñar.

➤ Elaborar los planes de las verificaciones y calibraciones de los equipos.

- Asignación de las responsabilidades necesarias para la adecuada implantación de la ficha de proceso, ya que se necesita un fuerte interrelación del Departamento de Electromedicina con el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

Satisfacción del paciente

- Desarrollar una Ficha de Proceso que establezca la metodología de evaluación de satisfacción de todas las partes interesadas (externas e internas), es decir pacientes, familiares, Servicios que remiten pacientes al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, que permita garantizar el establecimiento de acciones de mejora.

Auditoría interna

- Elaborar una Ficha de Proceso que cumpla con la NC ISO 9001: 2001, que incluirá la programación de auditorías internas, el plan anual de auditorías, desarrollo de las auditorías, informe final de auditoría y seguimiento de acciones correctivas.

Seguimiento y medición de los procesos

- Elaborar una Ficha de Proceso donde se plasmen los métodos para la medida y seguimiento de los procesos de realización necesarios para el adecuado control operacional, estableciendo unos criterios de aceptación y rechazo acordes a la realidad de la organización.

Control del producto no conforme

- Elaborar una Ficha de Proceso que describa la sistemática de identificación, registro, transmisión y análisis de las no conformidades, así como la definición de responsabilidades que se generen en este proceso.

Mejora continua

- Establecer objetivos medibles, cuantificables, alcanzables, coherentes y claros en su redacción, en base a la eficiencia y eficacia de los procesos, establecer un período de tiempo para su consecución, los responsables de llevarlos a cabo y el responsable de su verificación, fijándose la periodicidad para evaluar su evolución.
- Elaborar una Ficha de Proceso que recoja la planificación y gestión de los procesos necesarios para la mejora continua del Sistema de Gestión Calidad, a través de la

política de calidad, objetivos de calidad, resultados de auditorías, acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.

Acción correctiva, Acción preventiva

➤ Elaborar una ficha de proceso para la toma de acciones correctivas y preventivas aplicable a sus servicios y todo lo referente a los aspectos generales del Sistema de Gestión de Calidad.

3.2 Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad.

A partir del resultado de la realización del Diagnóstico, de la experiencia acumulada y trabajo con el personal del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, se elabora la propuesta de Diseño del Sistema de Gestión.

Como ha sido expresado en el Capítulo 1, cada organización determina la extensión de la documentación requerida y los medios a utilizar. En el caso del Hospital CIMEQ, se acotó el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. La interacción de los procesos de prestación y servicio no es muy compleja: se centra en la planificación y realización de las consultas y los tratamientos, los requisitos de los pacientes y los reglamentarios aplicables son bien conocidos por los años de experiencia de los médicos especialistas, jefes de grupo e instructores. A lo anterior se suma la probada competencia, demostrada por todo el personal del Servicio, lo que ha permitido que la documentación no sea extensa y que además los documentos elaborados sean sencillos. Es por eso que se escogió la Ficha de Proceso para documentar el Sistema de Gestión de la Calidad.

La Ficha de Proceso es una forma sencilla de documentar cualquier proceso, es una descripción de la secuencia de operaciones a ejecutar en cada proceso definido, utilizando un lenguaje claro y una redacción sencilla, que facilita su entendimiento e implantación adecuada.

Para lograr un mejor entendimiento de este tipo de documento se incluye como ejemplo la Ficha de Proceso de Satisfacción del Paciente, donde se puede observar cómo para cada operación del proceso se define el responsable de realizarla y de aprobarla, así

como las referencias a otras Fichas de Proceso con las cuales se relaciona y los registros, sin los cuales una Ficha no puede existir, ya que ellos proporcionan la evidencia de la operación eficaz del proceso. Además, pueden observarse todos los elementos de identificación y codificación que garantizan un control adecuado de la documentación.³⁷

Con vistas a garantizar que todos los procesos fueran descritos adecuadamente y se organizaran de la manera más eficaz para el Hospital, todo el personal involucrado participó activamente en la elaboración de la documentación y se documentaron las mejores formas de hacer, discutidas, aprobadas y avaladas por el propio personal que las implanta y participa a su vez en su mejora continua.

Para lograr los mejores resultados se realizó un abarcador programa de capacitación a todo el personal que participaría en la documentación, sobre los requisitos de un Sistema de Gestión de la Calidad, se debatió ampliamente la manera que cada uno de estos requisitos se aplicaba, según las propias características de la prestación del servicio en el Hospital, tomando como base los resultados obtenidos en el diagnóstico.

La NC ISO 9001: 2001, establece que, la organización debe:

- a) identificar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización,
- b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos,
- c) determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces,
- d) asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos,
- e) realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos, e
- f) implantar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

(37) En el Anexo 3 se muestra un ejemplo de Ficha de Proceso

Según la experiencia práctica adquirida por las organizaciones en el diseño, documentación e implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad, los procesos necesarios, resulta conveniente dividirlos en: procesos estratégicos, procesos operativos o de prestación del servicio y procesos de apoyo.

Además, la práctica internacional, en el caso de los Hospitales, ha demostrado la conveniencia y validez de comenzar la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad por un conjunto reducido de servicios, incluso puede abarcar solamente uno y, una vez sólida la implantación de esta documentación se procede a la ampliación paulatina ir el Sistema al resto de los servicios que se prestan en la organización.

La NC – ISO 9001: 2001, en su apartado 4.2.2 establece que en el Manual de la calidad la organización debe definir el alcance del sistema de gestión de la calidad, lo que implica que no necesariamente todos los productos, en este caso los servicios, tienen que estar incluidos en el alcance del Sistema, por tanto un Sistema de Gestión de la Calidad puede implantarse para uno o varios del total de servicios que brinda el Hospital, teniendo en cuenta que sí todos los procesos relacionados con el o los servicios seleccionados tienen que ser identificados y determinar su secuencia e interacción.

Esta práctica, según se ha demostrado, permite establecer un Sistema de Gestión de la Calidad, con todos los procesos que la NC – ISO 9001: 2001 exige documentar, que son: control de los documentos y control de los registros, auditorías internas, control del producto no conforme, acciones preventivas y acciones correctivas, así como todos aquellos procesos necesarios para el Sistema.

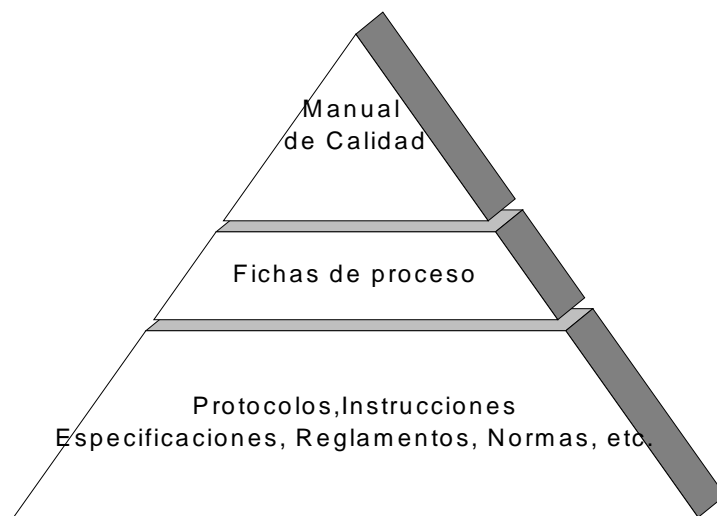
En el caso de una Institución hospitalaria, de los procesos estratégicos, se consideran necesarios los de planificación de la calidad, de la mejora continua, comunicación interna, revisión por la dirección y satisfacción de pacientes; y como procesos de apoyo son imprescindibles los procesos de: formación del personal, mantenimiento y limpieza de equipos e instalaciones, preservación del producto, control de los dispositivos de medición y seguimiento, compras y evaluación de proveedores.

Se realizó un intenso trabajo de mesa, de una parte la consultora y de otra los especialistas de mayor experiencia, con el Jefe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación al frente, como resultado del cual se definió el Flujograma del Servicio.³⁸

Se identificaron los procesos operativos, es decir los de prestación del servicio de consultas y tratamientos, los cuales resultaron ser Planificación y Prestación de los Servicios de Consultas y de Tratamientos, como resultado de este trabajo, y unido a la identificación de los procesos estratégicos y los de apoyo, se obtuvo el Mapa de Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital CIMEQ con alcance limitado al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.³⁹

3.3 Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad.

La estructura documental del Sistema de Gestión de la Calidad es:



El Manual de Calidad se estructuró en tres Capítulos, para facilitar su actualización, de la siguiente forma:

- MC-A: Presentación del Hospital CIMEQ y del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del CIMEQ, así como el Mapa de Procesos.

(38) En el Anexo 4 se muestra el Flujograma del Servicio

(39) En el Anexo 5 se muestra el Mapa de Procesos del Sistema de Gestión de la calidad del Hospital CIMEQ

- MC-B: Objeto y Alcance del Manual de la Calidad, las Normas de Referencia y la Gestión del Manual de la Calidad y la declaración de la exclusión del requisito 7.3 de la NC – ISO 9001: 2001, “Diseño y Desarrollo”, ya que este punto de la Norma no aplica a las actividades y servicios englobados en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad del CIMEQ, debido a que la prestación de servicios está definida de antemano y las pruebas e intervenciones que se realizan en el mismo, están definidas y son conocidas.
- MC-C: Sistema de Gestión de Calidad. Describe los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad establecidos en la NC – ISO 9001: 2001 aplicables a las actividades de Prestación de Servicios de Medicina Física y Rehabilitación realizadas por el CIMEQ, se establece la Política de la Calidad.

Se definieron los procesos estratégicos, los operativos o de prestación del servicio y los de apoyo identificados, los cuales se establecen tanto en el Manual de la Calidad y se describen en el Manual de Fichas de Proceso, cada una con sus registros correspondientes, completándose la documentación con los Protocolos aprobados para cada una de las enfermedades que son tratadas en el Servicio y el tratamiento a seguir con cada una de ellas, los cuales fueron elaborados a partir de la experiencia acumulada por los médicos especialistas y la información acumulada de 15 años de prestación del Servicio en el Hospital.

Procesos Estratégicos o de Gestión:

Contribuyen a la determinación de la política y al desarrollo de los objetivos en la organización, bajo la responsabilidad total del equipo directivo, los procesos estratégicos o de gestión permiten orientar y asegurar la coherencia (interrelación) entre los procesos operativos o de prestación del servicio y los de soporte o de apoyo.

Para el Sistema de Gestión de la Calidad diseñado en el Hospital CIMEQ, se consideraron como procesos estratégicos los siguientes:

Planificación de la Calidad: Documentado en el Capítulo C del Manual de la Calidad (MC - C), donde se establece que el Director del CIMEQ tiene identificados los recursos necesarios para alcanzar los Objetivos de Calidad, como son los medios y asignación

de personal adecuado y con autonomía para que cumplan con la gestión, realización y verificación de las actividades incluidas en el Sistema de Gestión de Calidad.

Comunicación interna / externa: Documentado en la Ficha de Proceso F-07-04, que abarca todas las comunicaciones, incluidas las reclamaciones de cualquier parte interesada interna/externa, llevadas a cabo o dirigidas al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, que establece la forma de realizar las comunicaciones al personal, de recepcionar las comunicaciones de pacientes, de establecer su solución a adoptar y comunicar la solución propuesta, de registrar la reclamación, la evaluación de la aceptación, aceptación parcial o no de la reclamación, la manera de establecer la acción y comunicársela al paciente, servicio reclamante y de evaluar la necesidad de establecer acciones correctivas con el fin de evitar que dicha reclamación vuelva ocurrir.

Planificación para la Mejora Continua: Documentada en la Ficha de Proceso F-08-04, para todos los procesos realizados por el servicio de Medicina Física y Rehabilitación, que establece la realización del seguimiento de los indicadores de eficacia de todos los procesos y para ello remite a la instrucción I-08-04-01, el análisis de estos indicadores, la realización del informe de revisión por la dirección, según lo establece el Manual de la Calidad (MC - C), la planificación de los procesos para la mejora continua, la comunicación al responsable implicado en el programa de mejora, así como el seguimiento de los objetivos y metas.

Revisión por la Dirección y Análisis de Datos: documentado en el Capítulo C Manual de la Calidad (MC-C), donde se establece que el Director realiza como mínimo una vez al año la revisión del Sistema de Gestión de Calidad, con objeto de garantizar y evaluar su eficacia y comprobar que la Política y Objetivos de Calidad establecidos se están cumpliendo, analizando la información relativa a los resultados de las auditorias de calidad, el estado de las acciones correctivas y preventivas, los resultados de las evaluaciones del grado de satisfacción / insatisfacción de los clientes, los cambios producidos durante el período a revisar que puedan afectar al Sistema de Gestión de Calidad, desempeño de los procesos y conformidad del producto/servicio, los partes de No Conformidad existentes, la evaluación de proveedores, el Plan de Formación del Personal, los resultados de revisiones anteriores y las recomendaciones para la mejora. Se revisa además, el Manual de Calidad y las Fichas de proceso, para confirmar su

adecuación a la realidad del CIMEQ y tomar, en su caso las medidas oportunas, así como la política y/o objetivos de calidad aprobados. Mediante el análisis de esta información se elabora un informe de Revisión del Sistema de Gestión de Calidad, en la que se plasma la siguiente información: análisis realizado, desviaciones detectadas en el sistema, acciones correctivas a emprender, decisiones y acciones tomadas, relacionadas con la mejora de la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos, la mejora del Servicio en relación con los requisitos del paciente y la necesidad de recursos.

Control de la documentación y registros de Calidad: La NC ISO 9001: 2001 exige documentar estos dos procesos. En el Hospital CIMEQ se encuentran documentados en la Ficha de Proceso correspondiente (F-04-01), abarca todos los documentos que definan o desarrollen el sistema de gestión de la calidad, así como la documentación externa (incluidos los requisitos aplicables y otros requisitos), y registros de calidad, donde se establece la manera en que se elaboran, codifican y se realizan las modificaciones de los documentos del sistema de gestión de la calidad (Manual de Calidad, Fichas de Proceso, Protocolos, Instrucciones y Soportes), la recepción documentación externa, así como la manera para identificar, definir el tiempo y método de archivo y la disposición de los Registros de calidad, para complementar la forma específica de realizar estas operaciones se establecen en la Instrucción I-04-01-01: Codificación de documentos del sistema de gestión de la calidad y responsabilidades de realización, revisión y aprobación, así como en la Instrucción I-04-01-02: Distribución y modificación de documentos del sistema de gestión de la calidad.

Satisfacción del Paciente: Documentado en la Ficha de Proceso F-08-01, que aparece en el Anexo 3, para todos los pacientes, familiares, trabajadores y médicos prescriptores del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, que establece la aplicación trimestral del cuestionario de satisfacción como mínimo al 20% de los pacientes que reciben tratamiento y sus familiares, la aplicación trimestral del encuesta de satisfacción a 20 especialistas de los servicios internos, análisis de las encuestas, análisis de las comunicaciones de pacientes /médicos prescriptores, análisis de las reclamaciones y en el caso de existir desviaciones respecto al valor límite establecido se indica la apertura de un parte de acción correctiva según lo descrito en la Ficha de Proceso F-08-05: Acciones Correctivas y Preventivas

Procesos Operativos o de Prestación del Servicio:

Contribuyen directamente a la prestación del servicio, desde la detección de la necesidad del paciente, hasta su satisfacción, abarcan las actividades ligadas al ciclo de vida del servicio.

Para el Sistema de Gestión de la Calidad diseñado en el Hospital CIMEQ, se consideraron como procesos de prestación del servicio los siguientes:

Planificación y Comunicación de la planificación y/o modificación del Servicio

Consulta y Tratamiento: Documentado en la F-07-01 para la planificación y comunicación de todos los servicios prestados por el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, que establece la planificación anual y diaria de las consultas para cada médico especialista, por fecha y sesión, la comunicación de la planificación, las modificaciones en la planificación / nueva planificación, la comunicación a pacientes de las modificaciones, así como la planificación diaria de los tratamientos, las modificaciones en la planificación diaria y en el caso de que existan modificaciones de las planificaciones debidas al servicio se registran, reflejándolas por el orden en que suceden, así como sus causas comunicación pacientes planificación y modificaciones.

Realización Consulta Especializada: Documentado en la Ficha de Proceso F-07-02 que establece la secuencia de operaciones a realizar para brindar el servicio de consulta especializada. A partir de la solicitud de la prestación del servicio, se planifica la consulta médica especializada, según lo que establece la F 07-01, se realiza la consulta a partir de la valoración de la Historia Clínica, el examen físico y los complementarios, los diagnósticos, con toda esta información el medico especialista define los objetivos y prescribe el tratamiento, según lo que establece el Protocolo de la enfermedad diagnosticada en el paciente, en los casos en que no se considere aplicable un tratamiento de fisioterapia, se incluye en la Historia Clínica la necesidad de profundizar el diagnóstico, o se especifica la necesidad de aplicar un tratamiento quirúrgico.

Realización Tratamiento y la Evaluación Final del paciente: Documentado en la Ficha de Proceso F-07-03, que establece la secuencia de operaciones a realizar para brindar el servicio de tratamiento: a partir de la entrega de la hoja de tratamiento por

parte del paciente, se realiza la planificación diaria, según F-07-01, comienza la aplicación del tratamiento, según prescripción de consulta especializada, se registra diariamente la evolución del paciente, la evolución del tratamiento, la evaluación final y, en caso de accidentes, malas prácticas, complicaciones o efectos adversos se genera un “Parte de No Conformidad”, según F-08-03. En caso de evolución inadecuada del paciente se modificará el tratamiento y se registrará en la hoja de tratamiento.

Procesos de Soporte o de Apoyo:

Contribuyen al buen desarrollo de los procesos de realización, aportándoles los recursos necesarios, Aunque no crean valor directamente perceptible por el paciente, son necesarios para el funcionamiento permanente de la organización y su estabilidad. Cubren en particular: los recursos humanos; los recursos financieros; la limpieza de las instalaciones y su mantenimiento, aspecto este de gran incidencia para la prestación del servicio de tratamiento, ya que una contaminación o falta de limpieza o de rotura del equipamiento provoca un servicio no conforme.

Para el Sistema de Gestión de la Calidad diseñado en el Hospital CIMEQ, se consideraron como procesos de soporte o de apoyo los siguientes:

Formación del personal: Documentado en la Ficha de Proceso F-06-01 que establece la definición de los puestos de trabajo, la actualización del historial profesional, la identificación de las necesidades de formación, la elaboración del plan de formación y la realización de las actividades formativas, esta Ficha de Proceso. A pesar de tener alcance definido para el personal del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, en la práctica el Departamento de Recursos Humanos lo ha ampliado a todo el personal del Hospital.

Mantenimiento de Equipos y Limpieza de Infraestructuras: Documentado en la Ficha de Proceso F-06-02 que establece en el caso del mantenimiento a equipos médicos y de climatización, la elaboración del listado de equipos, la realización del plan de mantenimiento preventivo anual, la realización de los mantenimientos preventivos / correctivos de los equipos, teniendo en cuenta las especificaciones técnicas.

En el caso de la limpieza de infraestructuras, esta Ficha establece dos momentos imprescindibles que garantizan para el logro de la calidad en la prestación del servicio hospitalario, por una parte la elaboración de los planes anuales detallados de limpieza y desinfección de las instalaciones y equipos y el control de vectores, donde se especifica las operaciones a realizar, el responsable de realizarla y de controlarlas, los productos que se tienen que utilizar y la frecuencia. En el caso muy específico del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación se incluye además el control de los parámetros de calidad de aguas de piscina. El otro momento, decisivo es la ejecución, registro e inspección de las operaciones descritas en los mencionados planes.

Para lograr una correcta implantación de esta Ficha de Proceso fue necesaria la elaboración de minuciosos planes de mantenimiento, limpieza, desinfección, de control de vectores y de control de la calidad del agua de la piscina, así como los registros para el control de su cumplimiento. De no haberse realizado así, hubiese sido imposible lograr resultados satisfactorios, es decir un proceso eficaz.

Gestión Compras: Este proceso, para el Hospital CIMEQ, adquiere un carácter muy especial dado que el Sistema de Gestión de la Calidad tiene alcance definido al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, por lo que se consideran “compras” las solicitudes y entregas de productos y servicios a los restantes Servicios del Hospital. Está documentado en la Ficha de Proceso F-07-05, que establece la detección de las necesidades de fármacos, vestuario, equipos de insumos, material de curación, material informático, modelaje, servicios de diagnóstico, servicios de mantenimiento de equipos médicos y de climatización y petición al Servicio de Farmacia, Vestuario, Planificación Médica, Esterilización, Departamento de Sistemas de Información Hospitalaria, Editorial y la realización del suministro de fármacos, de equipos, de insumos, de material de curación, de material informático y de modelos. A pesar de tener alcance definido para el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, esta práctica se ha extendido al resto de los Servicios del Hospital.

Evaluación de proveedores: Este proceso, al igual que el de compras, para el Hospital CIMEQ, adquiere un carácter muy especial dado que el Sistema de Gestión de la Calidad tiene alcance definido al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, por lo que se consideran “proveedores” los restantes Servicios del Hospital que le “entregan”

productos o le “prestan” servicios, como es el caso de Farmacia, Radiología, Vestuario, Esterilización y Mantenimiento. Está documentado en la Ficha de Proceso F-07-06, realizar un seguimiento del comportamiento de estos proveedores y cuando su evaluación no sea satisfactoria, se emite un “Parte de No Conformidad”, según F-08-03, generándose un plan de acción para resolver las dificultades que se presentaron, en todos los casos se le informa al Director, única persona que puede autorizar la utilización de un proveedor que ha presentado dificultades.

Control de los Dispositivos de Medición y Seguimiento: Documentado en la Ficha de Proceso F-07-07, que establece realizar la definición de la incertidumbre máxima admisible, de las características de los dispositivos y de la sistemática de calibración / verificación de los dispositivos, la elaboración del plan anual de calibración / verificación, la calibración / verificación de los dispositivos y la comparación de la incertidumbre obtenida con la incertidumbre máxima admisible. Se considera que el dispositivo es apto si la incertidumbre obtenida es menor que la incertidumbre máxima admisible, se identifica el estado de calibración de los dispositivos.

Este requisito de la NC ISO 9001: 2001 adquiere gran relevancia en las condiciones de nuestro país, ya que la Oficina Nacional de Normalización aprobó en 1998 el Decreto Ley 183 de la Metrología, el que en su Disposición General, DG – 01 aprobada por en Noviembre 2003, establece que los instrumentos de medición sujetos a la verificación en servicios médicos y que se utilizan en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación son los termómetros clínicos de vidrio, los esfigmomanómetros y los instrumentos de pesar, por lo que más que un requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad es una legislación que debería cumplirse en todas las instituciones hospitalarias.

Preservación del producto: Documentado en la Ficha de Proceso F- 07-08 es un proceso de vital importancia para la prestación del servicio de salud, ya que está relacionado con el control de las caducidades de los medicamentos y materiales estériles utilizados. En el caso que nos ocupa para la realización de los tratamientos, en esta Ficha se establece la definición de stock mínimo de los fármacos y materiales, las condiciones de almacenamiento de cada uno, teniendo en cuenta, si necesitan refrigeración el control de las temperaturas, así como el control de las fechas de

vencimiento y su rotación para evitar que caduquen, operaciones realizadas por el personal de enfermería y registradas en las tarjetas de estibas.

Auditorias internas: La NC ISO 9001: 2001 exige documentar este proceso, que en el Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital CIMEQ se encuentra documentado en la Ficha de Proceso F-08-02. Aquí se establece realizar la realización de la programación anual de auditorias internas, (siendo requisito imprescindible que el auditor no ejerza responsabilidad directa sobre el servicio auditada), la selección de auditores internos que cumplan los requisitos establecidos, la preparación de la auditoria interna, del plan de auditoria, envío del plan auditoria interna al jefe de servicio que se audita, la realización de la auditoria interna, del informe auditoria interna y su envío del informe de auditoria interna al director y al jefe del servicio auditado. Establece además que para cada no conformidad detectada en auditoria interna el Responsable de Calidad de conjunto con el Jefe de Servicio establecerá las acciones correctivas, según lo reflejado en la F-08-05.

No Conformidades: La NC ISO 9001: 2001 exige documentar este proceso, que en el Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital CIMEQ se encuentra documentado en la Ficha de Proceso F-08-03. Aquí se establece la registro de la no conformidad detectada e identificación del servicio no conforme, el análisis de las causas de la no conformidad, el establecimiento de la solución a adoptar, definición del responsable implicado y del plazo de ejecución, la verificación de la eficacia de la solución adoptada. En caso de que la solución planteada resulte ineficaz se plantea una acción correctiva, según la F-08-05. “Acciones Correctivas /preventivas” y en caso de no conformidades repetitivas, se evaluarán y analizarán, con el objetivo de buscar causas comunes a eliminar. Todo servicio no conforme será inspeccionado nuevamente hasta que sea apto. En el momento en el que se detecta un servicio no conforme, una vez finalizado y comunicado al paciente / servicio como no conforme, se genera el “parte de no conformidad” y se comunica al paciente / servicio las medidas a adoptar con objeto de subsanar dicha no conformidad

Acciones Preventivas y Correctivas: La NC ISO 9001: 2001 exige documentar estos dos procesos, que en el Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital CIMEQ se encuentran documentados en la Ficha de Proceso F-08-05, que establece el registro de

no conformidad detectada, el análisis de sus causas, el establecimiento de la solución a adoptar, definiendo responsable y plazo de ejecución, el establecimiento de método, fecha y responsable de la comprobación de la eficacia de la acción adoptada y la verificación de la eficacia de la solución y en caso de que la solución no resultase eficaz, se establece una nueva solución.

Resumiendo, el Manual de Fichas de Proceso contiene los Procesos Estratégicos, de Prestación del Servicio y de Apoyo siguientes:

- F-04-01: Control de los documentos, requisitos legales y registros de calidad
- F-06-01: Formación del personal
- F-06-02: Mantenimiento de equipos y limpieza de infraestructuras
- F-04-01: Planificación de los Servicios de Consulta y Tratamiento
- F-04-02 Prestación del servicio de consultas
- F-04-03: Prestación del servicio de tratamiento
- F-07-04: Comunicación Interna / Externa
- F-07-05: Gestión de Compras
- F-07-06: Evaluación de Proveedores
- F-07-07: Control de los dispositivos de Medición y Seguimiento
- F- 07-08: Preservación del producto
- F-08-01: Satisfacción del paciente
- F-08-02: Auditorias Internas
- F-08-03: Control de las No Conformidades
- F-08-04: Planificación para la Mejora Continua
- F-08-05: Acciones Correctivas y Preventivas

Asimismo, de estas fichas de procesos operativos surgen todas las instrucciones / protocolos necesarios para establecer una sistemática operacional clara y entendible por todo el personal del Servicio.

3.4 Implantación de la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Para lograr la eficaz y eficiente implantación de la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad en el Servicio de Medicina y Rehabilitación del Hospital CIMEQ,

fue necesario un arduo trabajo conjunto, en cuanto a:

1. Preparación de la Institución: Esta etapa comenzó desde el primer día de trabajo en el Hospital, con el primer contacto se inició la preparación de todo el personal, desde los Consejos de Dirección, Matutinos, Intranet, Boletines, recorridos por las instalaciones, reuniones de trabajo y contacto con el personal que presta el servicio; con el que participa en la prestación de los servicios de apoyo, tales como mantenimiento, limpieza, electromedicina, epidemiología, fumigación; el que entrega productos necesarios para la prestación del servicio, como Farmacia y el que apoya a su prestación, como es el caso de Enfermería.
2. Comunicación a toda la Institución: La fase de comunicación ha permanecido hasta la fecha y se mantiene en todo momento, informando en cada momento lo que se desea lograr y lo que se ha logrado, lo cual ha permitido involucrar a todo el personal del Hospital, no sólo al de Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, en el logro del objetivo propuesto por la Dirección. De no hacerlo de esta manera, no hubiese sido posible alcanzar la meta establecida.
3. Capacitación, por parte del Instituto de Investigaciones en Normalización, para el personal de todos los Servicios y Departamentos del Hospital y no solamente al que presta el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Se organizó todo un Programa de Capacitación que incluyó Conferencias al Consejo de Dirección con el objetivo de que conocieran el concepto de Sistema de Gestión de la Calidad y cómo abordar su implantación en el Hospital, así como Curso sobre la Norma ISO 9001 y Documentación de los Sistemas de Gestión de la Calidad, para el personal que participó directamente en la elaboración e implantación de la documentación, en todos los casos impartidos por la autora del presente trabajo.
4. Formación de seis auditores internos, escogidos fundamentalmente de otras áreas del Hospital, dado que para la realización de las auditorías internas se necesita personal independiente del área auditada. Esta formación se llevó a cabo a partir del Curso de Formación de Auditores Internos que impartió la autora del presente trabajo, como profesora del Instituto de Investigaciones en Normalización, el cual

finaliza con un examen y de su participación durante la implantación del Sistema y en la auditoria interna realizada al SGC antes de la auditoria de Certificación.

5. Ajuste de la documentación, con la participación de todo el personal capacitado, tanto del Servicio, así como todo aquel involucrado en la implantación del Sistema, sin el cual es imposible lograrlo, como por ejemplo Recursos Humanos, Electromedicina, Servicios Generales, Aseguramiento, Epidemiología, Medios Diagnósticos, Farmacia, entre otros. Se comenzó a implantar la documentación elaborada, se realizaron ajustes para su fácil y eficaz utilización, antes de su aprobación definitiva por el nivel correspondiente en cada caso.

3.5 Medición de la satisfacción de los pacientes y familiares.

Con la finalidad de medir de manera objetiva los resultados alcanzados con la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad, se realizó la medición de la satisfacción de los pacientes y familiares, tanto los ambulatorios, como los hospitalizados durante los seis meses posteriores al comienzo de la implantación del Sistema, utilizando el Modelo de Encuesta utilizado en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, establecido en el Soporte S-08-01-01, que pertenece a la Ficha de Proceso F-08-01 “Satisfacción de Pacientes”, el análisis no se incluye información anterior a la implantación del Sistema, ya que no se cuenta con la misma, dado que los registros no se conservaron.⁴⁰

Las Encuestas utilizadas, como técnica de investigación, han garantizado conocer la capacidad o habilidad que tiene el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de prestar el servicio prometido con seguridad, refiere la disposición y voluntad del personal para ayudar al paciente y proveerlo de una atención rápida, considerada y amable, con un profesional altamente calificado, honesto y confiable que cuente con los mecanismos que le permitan tomar las mejores soluciones, mencionan los recursos materiales, tecnología y equipamiento, así como condiciones de la infraestructura con la que cuenta el Servicio, se determina la satisfacción de las necesidades del paciente, el conocimiento que el mismo tiene sobre el Servicio, la experiencia previa acerca del

(40) En el Anexo 6 se muestra el Modelo de Encuesta.

mismo y recoge además la opinión de los familiares, así como la evaluación hacia la mejora percibida por los pacientes y familiares, con el fin de mejorar el funcionamiento.

La aplicación de la Encuesta en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación se realizó a través de preguntas cerradas y abiertas, que abarcan el funcionamiento del Servicio como sistema. Se aplican preguntas relacionadas con la atención médica y terapéutica, la higiene, el confort en general, mantenimientos, calificación del personal y equipamiento. Se puede incluir al acompañante en los casos necesarios y perfeccionar el procesamiento cualitativo de la pregunta abierta, graficar sus resultados e identificar la sugerencia, así como determinar un plan de medidas para la misma.

La aplicación de estas Encuestas se ha sistematizado, para un adecuado seguimiento de la calidad del Servicio y lograr la satisfacción del paciente, en estos momentos la experiencia se está generalizando, haciéndose extensiva a otros Servicios y que interactúe el paciente con la familia, adecuándolo a las características de cada departamento y complementándolo con otras técnicas que nos propicien una mayor percepción de la Institución.

3.5.1 Análisis de los resultados de las encuestas

A continuación se comentan los datos que nos ofrecen las Encuestas aplicadas durante el segundo semestre del año 2006 en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Para un total de 470 encuestados se procesaron 453, porque 17 fueron anuladas. A continuación se analiza cada uno de los aspectos encuestados.⁴¹

Analizando las preguntas que están dirigidas a los pacientes ambulatorios e ingresados referidas a los tiempos transcurridos entre el momento en que los pacientes fueron remitidos a la consulta y/o al tratamiento de Rehabilitación y que fueron vistos por el médico o atendido por el terapeuta. En estos casos las respuestas satisfactorias, aquellas que se refirieron en las categorías de “corto”, “adecuados” y “menor a 7 días” obtuvieron de un 88,2 %, hasta un 100 %. Como “largo” y “muy largo” y “ más de 7 días” se registraron solo de 2,4 % a 11,8 %.

(41) En el Anexo 7 se muestran los resultados graficados de cada pregunta de la Encuesta.

Aspectos tales como “seguimiento por consulta” y “puntualidad en la ejecución del tratamiento” alcanzaron la calificación de excelente y buena, con resultados obtenidos entre 97,6 % y 100 % respectivamente.

En cuanto a “información”, “trato”, “atención por parte del médico terapeuta, secretaria y auxiliares” se comporta entre excelente y bueno con cifras entre 99,3 % a 99,7 % y de mala y regular entre un 1,9 y un 7 %.

Respecto a la “profesionalidad” y la “idoneidad” tanto del médico como del terapeuta oscilan del 99,5% al 100 % entre las categorías de excelente y buena.

En el grupo de categorías que conforman las condiciones de la infraestructura: “ambientales”, “confort”, “higiene”, “mantenimiento” y el “equipamiento”, así como la “lencería” (preguntas 16 y 17) el comportamiento fue de la siguiente forma: el confort alcanzó el mayor % de respuestas satisfactorias llegando al 99.8% y el de menor % de este tipo de respuesta en el grupo de categorías que se analiza fue mantenimiento con un 89,2 %.

La evaluación de la “privacidad, intimidad y pudor” y “ambiente” en el Servicio se mide mediante las preguntas 15 y 18. Para ambos se obtuvo un 99,5% de respuestas excelentes y buenas.

En cuanto a “resolver su problema de salud por parte del médico y el terapeuta”. Las respuestas satisfactorias oscilan entre 99,1 a 99,5% y entre 0.5 y 0.9 % regular.

Muy estimulante son los resultados acerca de la pregunta que explora los deseos de “volver al centro” con un 99,8 % de respuestas afirmativas y “asistir a otro centro” con sólo el 0.2 %.

La pregunta que aborda la “Satisfacción Global” con la atención recibida en el Servicio arrojó un 99,5 % de respuestas positivas sólo 2 pacientes señalaron insatisfacción.

Respondieron a la pregunta abierta el 42.2% de los encuestados. Las respuestas a esta pregunta las clasificamos en positivas, negativas y sugerentes.

Los datos generales reflejan que el 60,2 % son del sexo femenino, que las edades predominantes oscilan entre los 40 y los 49 años para un 27,6 % y los menores de 15 años para un 5 %. En cuanto al nivel ocupacional predominan los trabajadores para un 64,8 % y la cifra menor son estudiantes para un 4,5 %. Por otra parte el nivel escolar predominante es universitario para un 54,1%.

3.5.2 Conclusiones sobre los resultados obtenidos en las encuestas

Al evaluar los resultados de las encuestas aplicadas encontramos que prevalecen las que indican satisfacción. Entre los más estimulantes se encuentra un 95.8% de respuestas positivas acerca de la satisfacción global que perciben los pacientes y un 100% de satisfacción con la profesionalidad de médicos y terapeutas.

Las respuestas que comparativamente señalan menor satisfacción son aquellas relacionadas con los tiempos de espera para iniciar el tratamiento después de tener la indicación médica. Esto se comporta para los ambulatorios con 24.8% de respuestas que indican insatisfacción y un 11.8% para los hospitalizados.

Se evidenció que la Encuesta, como técnica comunicativa, es un instrumento que facilita la gestión de esta información. Su aplicación sistemática favorece la retroalimentación que la organización necesita para trazar sus estrategias y su política. Durante el período de aplicación de las Encuestas se ha podido determinar que la Ficha de Proceso que establece la medición de la satisfacción de los pacientes debe ser modificada, en cuanto al Modelo de Encuesta establecido, dado que la práctica demuestra la necesidad de profundizar en el procesamiento cualitativo de la pregunta abierta (21) y graficar sus resultados, ya que como está establecido en esta Ficha hasta este momento, se está perdiendo información del paciente para tomar las mejores decisiones en cuanto a su satisfacción y, por lo tanto oportunidades de mejoras de la prestación del servicio.

Se ha evidenciado que existe necesidad de tomar acciones correctivas en el proceso de planificación del servicio, con el objetivo de lograr la reducción de los tiempos de espera, desde que el paciente recibe la indicación de realizarse el tratamiento, hasta el momento en que se planifica para el inicio del mismo, lo que está establecido en el

Sistema de Gestión de la Calidad, en su Ficha de Proceso F-08-04, “Mejora continua”, en su Instrucción I-08-04-01, el indicador de eficacia previsto para el proceso de planificación de consultas y tratamientos, es que más del 90 % de los pacientes ambulatorios inicien sus tratamientos en un tiempo no mayor de 7 días después de realizada la consulta, lo cual, según ha sido demostrado por los resultados de las Encuestas no se está cumpliendo.

Corresponde entonces registrar la no conformidad detectada e identificar el servicio como no conforme, según lo establece la F-08-83 “Control de las No Conformidades” analizar sus causas, establecer la solución a adoptar, el responsable y plazo de ejecución, se verifica la eficacia de la solución adoptada. En caso de no resolverse esta no conformidad, entonces se procede según la Ficha de Proceso F-08-05, Acciones Correctivas y Preventivas. Todo este proceso debe servir de base para la modificación de la Ficha F-07-01 “Planificación de consultas especializadas y tratamientos del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación”. Sólo de esta manera puede garantizarse que las soluciones adoptadas se implanten. A continuación se debe establecer el método, la fecha y el responsable de comprobación de la eficacia de la acción adoptada, para asegurarse que las acciones adoptadas resolvieron eficazmente las causas de los tiempos que son considerados largos por los pacientes, es decir, demoras en las planificaciones.

3.6 Resultados alcanzados en el Hospital CIMEQ con la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad.

El Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación ha sido implantado y certificado por la Oficina Nacional de Normalización de la República de Cuba (ONN) y por la Asociación Española de Normas (AENOR) y en estos momentos el Hospital se encuentra enfrascado en su ampliación a los Servicios de Oxigenación Hiperbárica y Terapia Intensiva.

Analizando el trabajo desplegado hasta el momento, al realizarse la revisión por la dirección, se reconocen los siguientes resultados alcanzados:

- Organización y documentación de los procesos del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación y del resto de los Servicios y procesos involucrados en la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad. Si bien en el Hospital se trabajaba con mucha disciplina, con la llegada del Sistema queda bien establecidos las actividades de los procesos que brindan los mejores resultados, se registran las actuaciones y se conoce de antemano qué hacer cuando ocurren hechos diferentes a lo establecido.
- Reorganización del trabajo en otras áreas que proveen productos y servicios al Servicio de Fisioterapia, como son Farmacia, Electromedicina y Mantenimiento.
- Algunas fichas de procesos estratégicos y de apoyo se comienzan a generalizar, como es el caso por ejemplo de formación de personal, los historiales profesionales se actualizaron para todo el personal de la Institución. En el caso de las compras, las solicitudes de pedidos se están utilizando para todas las relaciones de intercambio que se realizan entre todos los Servicios del Hospital.
- El programa de capacitación abarca todos los servicios hospitalarios. Desde la planificación de los cursos se identificó la necesidad de que el personal de todas las áreas se capacitara, para lograr un entendimiento del sistema en las que tienen que interactuar con el Servicio de Fisioterapia, lo que además facilitará la ampliación del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, según se lo ha propuesto la Dirección.
- La experiencia se divulga entre los trabajadores y los responsables de los servicios, para concientizar a todo el personal y lograr que las mejores formas de realizar un proceso se comiencen aplicar, como es el caso de la limpieza y el mantenimiento, aún cuando no se ha extendido el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Existe un clima favorable y positivo entre los trabajadores de la Institución hacia el Sistema de Gestión de la Calidad, manifestado en reuniones para conocer criterios de clientes internos.
- Las encuestas aplicadas a pacientes y familiares reflejan satisfacción global y con la profesionalidad de médicos y terapeutas.

- La experiencia previa facilita la ampliación del alcance del SGC, a partir de la capacitación, divulgación y la generalización de las fichas de procesos.

3.7 Ventajas de la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital CIMEQ.

Las ventajas de la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el CIMEQ, reconocidas por su Consejo de Dirección, son las que se relacionan a continuación:

1. Definición de responsabilidades

En toda la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad queda claramente determinadas todas las responsabilidades por ejecutar y aprobar las operaciones para cada proceso definido, así como por llevar los registros establecidos.

2. Enfoque por procesos

A partir de la capacitación recibida y en la participación en la etapa de documentación de los procesos el personal ha aprendido que un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso y sobre la conveniencia de identificar y gestionar las actividades relacionadas con un enfoque de proceso.

3. Enfoque centrado en el paciente

El Sistema de Gestión de la Calidad fue diseñado, documentado e implantado pensando en el logro de la mayor satisfacción de pacientes, familiares y trabajadores y todos los procesos se organizaron en función de lograrlo. Además se controlan y se mejoran para aumentar dicha satisfacción.

4. Cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios

Para la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad se revisaron todos los requisitos legales y reglamentarios aplicables a los procesos documentados, como por ejemplo los relacionados con los controles del agua de la piscina, las fumigaciones y desinfecciones, los medios de medición, mantenimientos del equipamiento, etc.

5. Participación de los trabajadores

Para lograr la tarea fue necesaria la participación de todos los trabajadores involucrados, los cuales con sus experiencias aportaron los datos necesarios para tomar las mejores decisiones, además son los que, en la realización de sus procesos, cumplen lo establecido en los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad, detectan las no conformidades con respecto a lo establecido, analizan sus causas y toman las acciones correctivas necesarias no sólo para eliminar la causa, sino también para lograr que no se repitan.

6. El sistema es auditable

La NC ISO 9001: 2001 establece como proceso obligatorio a documentar el de auditorias internas para determinar si el sistema de gestión de la calidad es conforme con los requisitos establecidos por la organización y si se mantiene de manera eficaz, lo cual garantiza su mejora continua.

7. El sistema es certificable

El Sistema de Gestión de la Calidad es certificable por organizaciones auditoras independientes y externas, que proporcionan la certificación de conformidad con la Norma ISO 9001, lo cual logró el Hospital CIMEQ no sólo por la Oficina Nacional de Normalización de la República de Cuba, sino también por la Asociación Española de Normas (AENOR).

8. Alineación con las prácticas internacionales

Al certificar el Sistema de Gestión de la Calidad el Hospital CIMEQ está demostrando que opera según las prácticas internacionalmente reconocidas como las mejores en términos de la prestación servicios de salud de calidad que satisfagan a sus pacientes.

Conclusiones

1. La implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad en una Institución hospitalaria cubana es posible cuando la alta dirección lo desea y se involucra.
2. Resulta conveniente comenzar con un alcance limitado del Sistema de Gestión de la Calidad y posteriormente ampliarlo de manera paulatina, con el fin de abarcar toda la Institución.
3. Los mejores resultados se obtienen involucrando a todo el personal de la Institución y no solo el que esta incluido en el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad.
4. Se precisa de una amplia capacitación, divulgación y generalización de las fichas de procesos estratégicos y de apoyo.
5. Es imprescindible que el personal que realiza los procesos participe en la elaboración de la documentación de sus procesos y durante la etapa de implantación.
6. El Sistema de Gestión de la Calidad permite identificar de manera permanente las oportunidades de mejoras y aplicarlas de manera eficiente.
7. Certificar el Sistema de Gestión de la Calidad le permite a la Institución hospitalaria demostrar la Excelencia de sus servicios, en correspondencia con la política de Estado y Gobiernos cubanos.

Recomendaciones

1. Continuar la ampliación del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital CIMEQ, hasta abarcar todos los servicios de la organización.
2. Extender la experiencia a otras instituciones hospitalarias siempre que se cuente con el compromiso de la alta dirección.
3. La Institución hospitalaria que decida implantar un Sistema de Gestión de la Calidad debe comenzar con un alcance limitado y posteriormente ampliarlo a toda la organización.
4. Utilizar el Sistema de Gestión de la Calidad en las instituciones hospitalarias como vía para identificar de manera permanente las oportunidades de mejoras y aplicarlas de manera eficiente.
5. Es recomendable que nuestras Instituciones, además de contar con profesionales capaces y equipamiento de punta, aplique un sistema de gestión que le permita establecer procesos no sólo eficaces, sino también eficientes.

Bibliografía citada

1. Badía Giménez, Albert, "Los "gurús" de la calidad", Harvad Deusto business review
2. Evolución de la calidad www.aiteco.com.
3. Fernández Hatre, Alfonso "Calidad en las empresas de servicios, Centro para la calidad en Asturias, 2000.
4. Historia de la calidad De Wikipedia, la Enciclopedia libre
5. Hoyle, David y Thompson, John, "Del Aseguramiento a la gestión de la calidad: el enfoque basado en procesos", Ediciones AENOR, 2002.
6. <http://www.tecnologiaycalidad.galeon.com/calidad/6.htm>.
7. IWA 1.-"Sistemas de Gestión de la Calidad. Guía para mejora de los procesos en las organizaciones que brindan servicios de salud".
8. Moreno Pino, Maira R., Hernández Concepción Iliana, Lengster Gil, Sonia, Universidad de Holguín, "La calidad. Un análisis histórico de las estrategias para alcanzarla", Monografías.com, htm.
9. NC ISO 9000: 2005 "Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario
10. NC ISO 9001: 2001 "Sistemas de gestión de la calidad — Requisitos""
11. Oficina Nacional de Normalización, Decreto - Ley No. 182 de Normalización y Calidad, Febrero 1998.
12. Oficina Nacional de Normalización, Decreto-Ley No.183 de la Metrología, Febrero 1998.
13. Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria Ministerio de Salud Pública de Cuba, Dirección de Hospitales, mayo, 2007.
14. Reglamento General de Hospitales, Ministerio de Salud Pública, Área de Asistencia Médica y Social, enero, 2007.
15. Rosander, A. C., "La búsqueda de la calidad en los servicios", Ediciones Díaz de Santos, S. A., 1992.
16. Ross AG, Zeballos JL, Infante A, "La calidad y Reforma del sector Salud", Rev. Panam Salud Pública, 8,2000.
17. Senlle, Andrés; Martínez, Eduardo; Martínez, Nicolás; "ISO 9000-2000. Calidad en los Servicios". Ediciones Gestión 2000, S. A., Barcelona, 2001.
18. Survey ISO de Certificaciones, 2005.

Bibliografía consultada

1. Andrés Muñoz Machado, "La Gestión de la Calidad Total en la Administración Pública", Ediciones Díaz de Santos, S. A.. Madrid, España, 1999.
2. Charles A. Cianfrani, Joseph J. Tsiakals, Jonh E. West, "ISO 9001:2000 comentada" Edición AENOR, España, 2002.
3. Codina, Alexis, "Texto Guía Módulo Calidad Total en la Gestión", UTEPSA, Universidad de La Habana, Maestría en Dirección, 2001
4. Crosby, Philip B. "La Calidad no Cuesta. El Arte de Asegurar la Calidad", Editorial Continental, Méjico, 1987.
5. David Hoyle y John Thompson, "Del aseguramiento a la gestión de la calidad: el enfoque basado en proceso", Edición AENOR, 2002.
6. Deming W. E., "Calidad, Productividad y Competitividad. La Salida de la Crisis", Edición Díaz de Santos S.A., Madrid, 1989.
7. Dr. Carlos Díaz Llorca, Dra. Esperanza Carballal "Calidad Total. Modelo para una gestión efectiva", UH, CETED, 1993
8. Dr. Carlos Díaz Llorca, Dra. Esperanza Carballal "Calidad Total: Una Filosofía de la Dirección", La Habana, 1989
9. Feigenbaum, Armand Vallin, "Control Total de la Calidad", USA, Mc Graw – Hill, Inc, 1993.
10. Fundamentos de Normalización, Metrología y Control de la Calidad, L. Gómez – Napier, Centro Nacional de Enseñanza en Normalización, Comité Estatal de Normalización, 1980.
11. H. James Harrington "El Proceso de Mejoramiento", Mc Graw-Hill, 1987
12. Harrington, J, "Mejoramiento de los Procesos de la Empresa" Mc Graw-Hill, Colombia, 1996.
13. Ishikawa, K, "Guía para el Control de Calidad", USA, 1976.
14. Ishikawa, Kaoru, "¿Qué es el Control de Calidad? La Modalidad Japonesa", Edición Revolucionaria, La Habana, 1988.
15. ISO 10001: 2006 Gestión de calidad — Satisfacción del cliente — Directrices para los códigos de conducta de organizaciones
16. ISO 10002: 2004 "Gestión de calidad — Satisfacción del cliente — Orientaciones para la tratamiento de las quejas en las organizaciones"

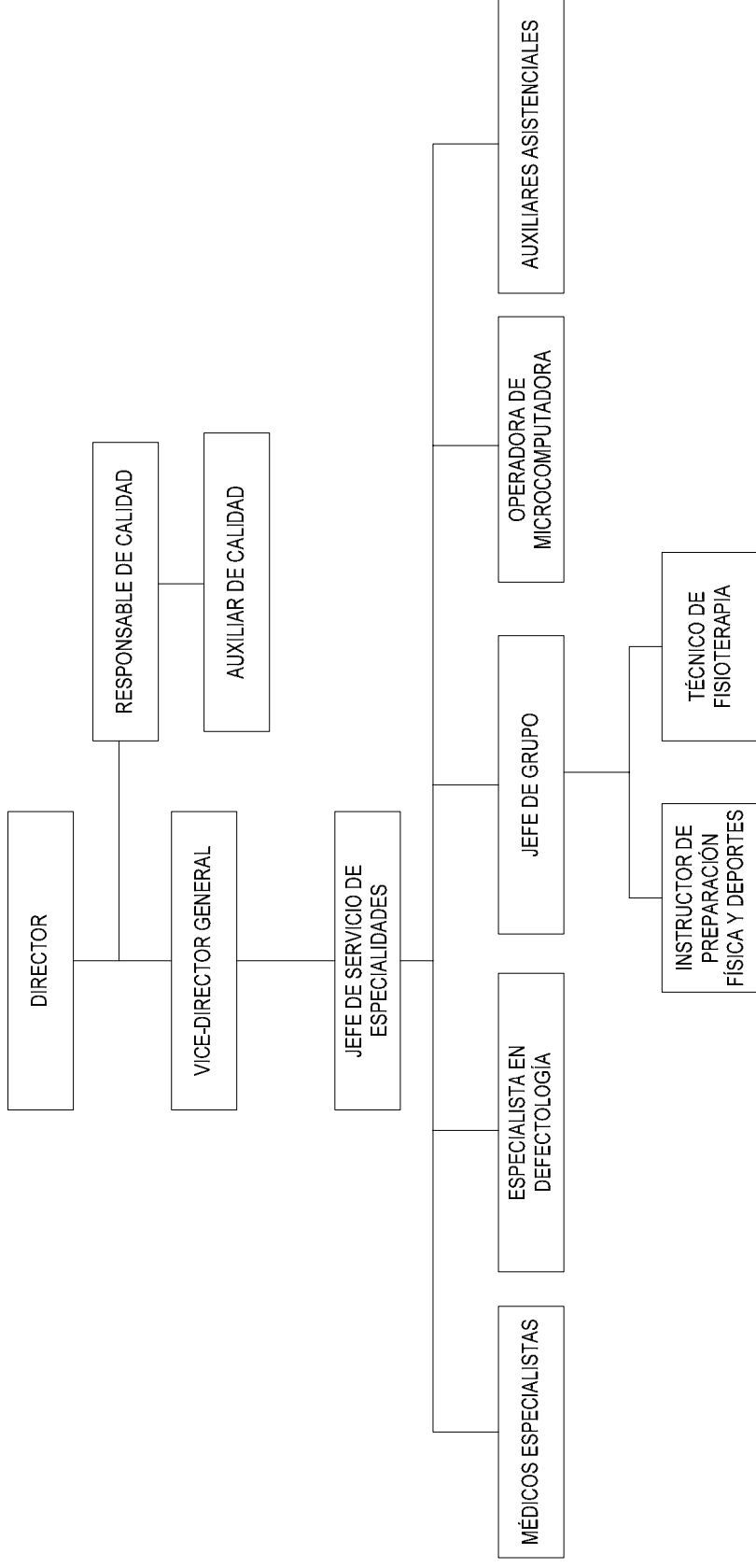
17. ISO 99000-2000, "Calidad en los Servicios" Ediciones Gestión 2000 S. S., Barcelona, 2001.
18. IWA 1.-"Sistemas de Gestión de la Calidad. Guía para mejora de los procesos en las organizaciones que brindan servicios de salud"
19. J.M. Juran y A. Blanton Godfrey, "Manual de Calidad de Juran", 5ta Edición", 1998.J.M. Juran, F.M. Gryna, "Manual de Control de la Calidad", Edición Revolucionaria, 1971, tomado de la Edición 1962.
21. John Marsh "Herramientas para la mejora continua", Edición AENOR, Madrid, 2000.
22. Juran, J.M. "Juran y la Planificación para la Calidad, Madrid, 1990
23. Juran, J.m. y Gryna, F, "Manual de Control de la Calidad" Mc Graw-Hill, Inc, Cuarta Edición, Colombia, 1997.
24. Keiht Denton, D, "Calidad en el Servicio a los Clientes, Ediciones Díaz de Santos S. A., 1989
25. NC ISO 9000: 2005 "Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario"
26. NC ISO 9001: 2001 "Sistemas de gestión de la calidad — Requisitos"
27. NC ISO 9004: 2001 "Sistemas de gestión de la calidad — Directrices para la mejora del desempeño"
28. Nemoto, Masao, "Control Total de la Calidad para la Gestión", USA, 1987.
29. Oficina Nacional de Normalización, Servicio Nacional de Metrología, Instrumentos de medición sujetos a la verificación y los campos de aplicación donde serán utilizados Disposición General, DG – 01, Noviembre 2003.
30. Otto Loesener, Dr. Michael Parkany, "ISO 9000, Auditorias Internas de la Calidad en la pequeña y mediana empresa" 1ra Edición, Guatemala, 1999.
31. Philips Crosby "Hablemos de Calidad", Mc Graw-Hill, 1990.Philips Crosby "La Calidad y Yo", Pearson Educación, 2000.
33. Poul Buch Jenser, "ISO 9000 Guía y comentarios, 3ra Edición", AENOR, España, 2001.
34. Selección de Temas Curso de Aseguramiento de la Calidad, Centro Nacional de Enseñanza en Normalización, Comité Estatal de Normalización, 1989.
35. Tagushi, "Introducción al Control de Calidad", 1985.
36. V. Feigenbaum "Control Total de Calidad. Ingeniería y Administración", Edición Revolucionaria, tomado de la Edición 1963.

Artículos consultados

1. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de Gestión Clínica?, Ruiz Iglesias L, Inv. Clin. Farm. 2004, Vol. 1 (4): 24-34
2. "Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual" Rosa E. Jiménez Paneque, Hospital Clinicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", Revista Cubana Salud Pública, v.30, n.1, Ciudad de La Habana ene.-mar. 2004.
3. "La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos", Jesús M^a Aranaz Andrés, Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández de Elche.
4. "La humanización de los servicios sanitarios como instrumento de participación ciudadana" Conferencia Magistral en los Actos de Presentación de la Carta al Paciente de la Comunidad Valenciana Monasterio de San Miguel, Valencia, 18 mayo 2002 Bernardo del Rosal Blasco Sindicato de Greuges de la Comunidad Valenciana.
5. Malagón-Londoño G. Garantía de Calidad en Salud. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Bogotá, 2000.
6. Malagón-Londoño G. La calidad en la atención de la salud. Academia Nacional de Medicina, Bogotá, 2003.
7. Malagón-Londoño G. Responsabilidad y Cobertura de la Salud Pública. En: La Salud Pública. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Bogotá, 2002.
8. Malagón-Londoño G. Visión sobre la Calidad Total. En: Garantía de Calidad en Salud. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Bogotá, 2000.
9. Revista normalización No. 2 / 2001, "Los servicios de salud buscan la Excelencia en Calidad, "Pilar Diez Laguna, Tomás Orbea Celaya.
10. Ross Ag, Zeballos JI, Infante A. La calidad y la Reforma en el Sector de la Salud en América Latina y el Caribe. En: Revista Panamericana de Salud Pública, OPS, Vol.8 (1/2) Washington DC., 2000.

ANEXO 1.

ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN



Anexo 2

Requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad, según NC ISO 9001: 2001 “Sistemas de gestión de la calidad — Requisitos”

4 Sistema de gestión de la calidad

4.1 Requisitos generales

4.2 Requisitos de la documentación

5 Responsabilidad de la dirección

5.1 Compromiso de la dirección

5.2 Enfoque al cliente

5.3 Política de la calidad

5.4 Planificación

5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación

5.6 Revisión por la dirección

6 Gestión de los recursos

6.1 Provisión de recursos

6.2 Recursos humanos

6.3 Infraestructura

6.4 Ambiente de trabajo

7 Realización del producto

7.1 Planificación de la realización del producto

7.2 Procesos relacionados con el cliente

7.3 Diseño y desarrollo

7.4 Compras

7.5 Producción y prestación del servicio

7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y de medición .

8 Medición, análisis y mejora

8.1 Generalidades

8.2 Seguimiento y medición

8.3 Control del producto no conforme

8.4 Análisis de datos

8.5 Mejora



Anexo 3
Ficha de Proceso: Satisfacción del Paciente

Proceso: Satisfacción del Paciente	Responsable Proceso: Director
Alcance: Todos los pacientes y médicos prescriptores del servicio de Medicina Física y Rehabilitación del CIMEQ	
Entradas: Comunicaciones pacientes / médicos prescriptores, reclamaciones y cuestionario de satisfacción	Responsable: auxiliar de calidad
Salidas: Conocimiento nivel satisfacción paciente / médico prescriptor	Responsable: Responsable calidad

Operación	Responsable Realización	Registro	Responsable Aprobación
Aplicación trimestral del cuestionario de satisfacción como mínimo al 20% de los pacientes que reciben tratamiento durante ese periodo en el servicio de medicina física y rehabilitación del CIMEQ.	Auxiliar de calidad	S-08-01-01	Jefe de Servicio
Aplicación trimestral del cuestionario de satisfacción a 20 especialistas de los servicios internos	Responsable de Calidad / Auxiliar de Calidad	S-08-01-02	Jefe de Servicio
Análisis de los Cuestionarios	Responsable Calidad / Jefe Servicio /Auxiliar de Calidad	Análisis de la satisfacción	Director

Fecha de Entrada en Vigor:
Edición: 1

Realizado	Revisado	Aprobado
-----------	----------	----------



Anexo 3
Ficha de Proceso: Satisfacción del Paciente

Operación	Responsable Realización	Registro	Responsable Aprobación
Análisis de las comunicaciones de pacientes /médicos prescriptores	Responsable Calidad / Jefe Servicio /auxiliar de calidad	Análisis satisfacción	Director
Análisis de las Reclamaciones	Responsable Calidad / Jefe Servicio /auxiliar de calidad	Análisis satisfacción	Director
En el caso de existir desviaciones respecto al valor límite establecido se procederá a la apertura de un parte de Acción Correctiva según lo descrito en la F-08-05: Acciones Correctivas / Preventivas			

Referencias:

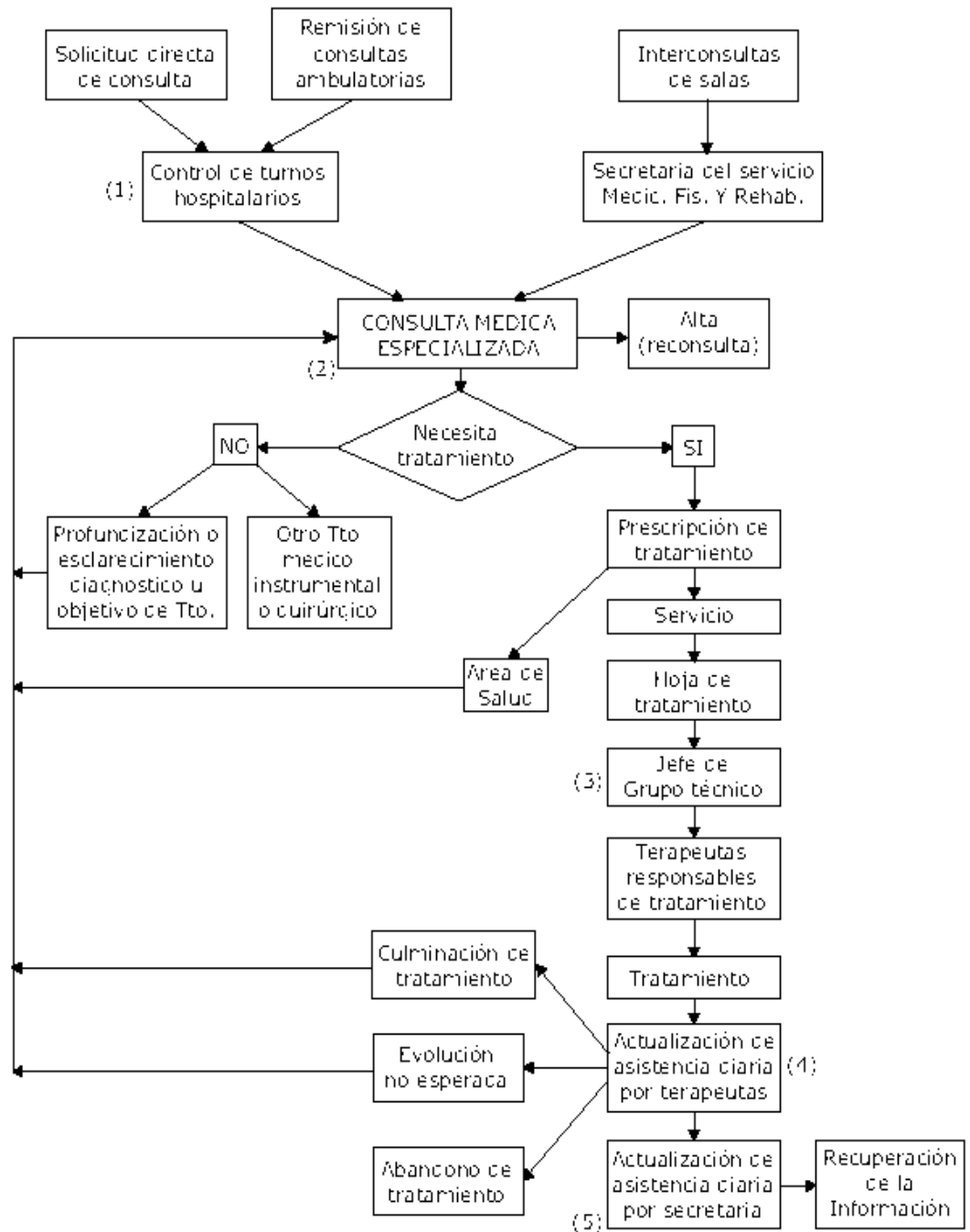
F-07-04: "Comunicación Interna / Externa"
F-08-05: "Acciones Correctivas y Preventivas"
S-08-01-01: "Encuesta satisfacción pacientes Servicio Medicina Física y Rehabilitación"
S-08-01-02: "Encuestas de satisfacción Servicios Internos"

Anexo 4 Flujograma

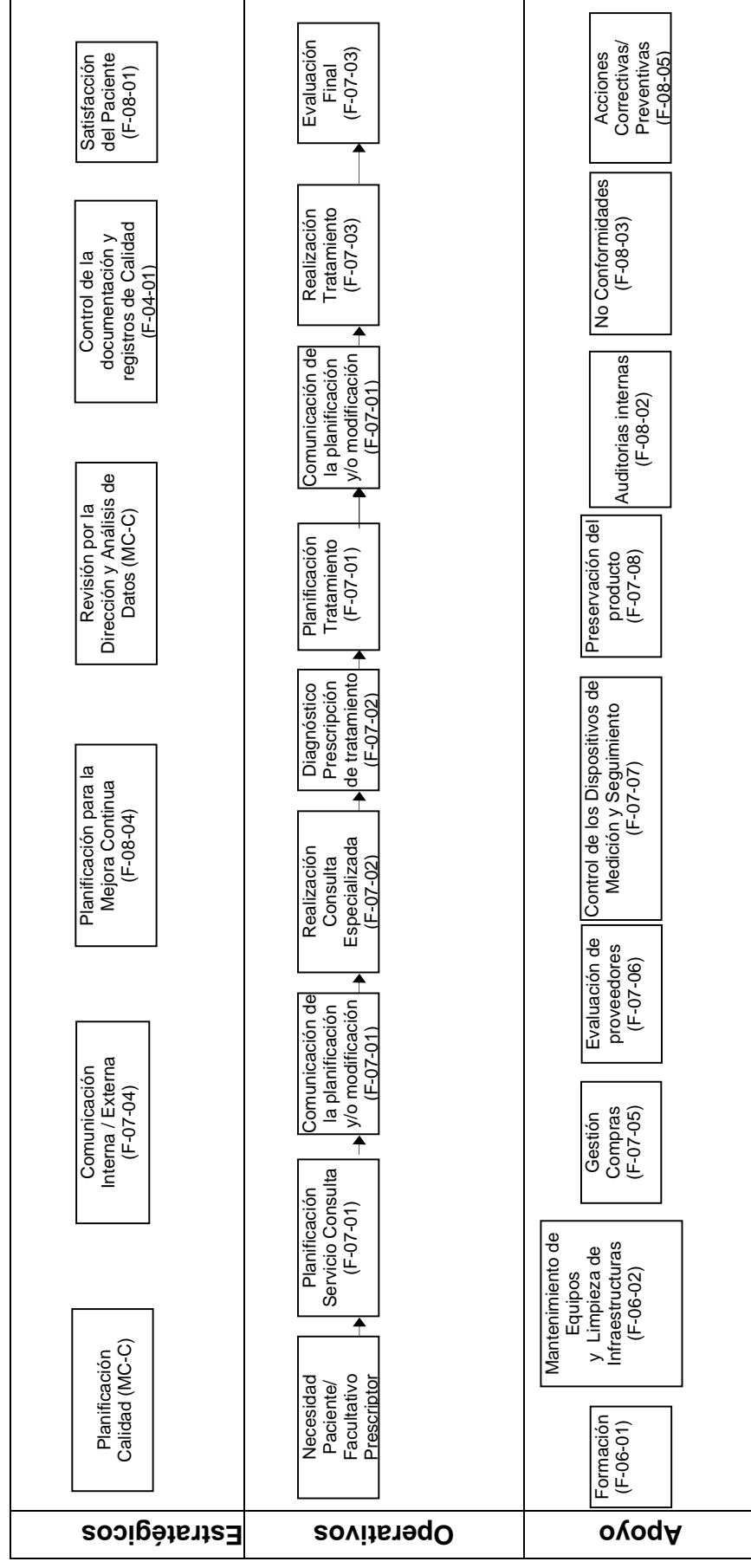
SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

FLUJOGRAMA DE ATENCION

AREA PROMOCION DE SALUD - FISIOTERAPIA - REHABILITACION



Anexo 5 Mapa de Procesos



El Centro de Investigaciones Médico Quirúrgica (CIMEQ) está realizando un estudio con el objetivo del perfeccionamiento en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. El cuestionario ha sido diseñado para que usted responda de forma anónima y con toda sinceridad.

Muchas Gracias.

SOLO PARA AMBULATORIOS:

1. ¿Cómo considera usted el tiempo desde que fue remitido hasta que lo consultó el médico especialista?
- ☐ Corto ☐ Adecuado ☐ Largo ☐ Muy Largo
2. ¿Cuántos días pasaron antes de la consulta? _____
3. ¿En su primera consulta de rehabilitación se le orientó con respecto a su consulta y seguimiento?
- ☐ Si ☐ No

SOLO PARA INGRESADOS:

4. ¿Cómo considera usted el tiempo desde que fue remitido a Rehabilitación hasta que lo interconsultó el Médico Especialista?
- ☐ Corto ☐ Adecuado ☐ Largo ☐ Muy Largo
5. ¿Cuántos días pasaron antes de la consulta? _____
6. El seguimiento Médico – Rehabilitador a nivel de la sala lo considera:

☐ Excelente ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo

AMBULATORIOS E INGRESADOS:

7. ¿Cómo considera el tiempo de inicio del tratamiento desde que el médico lo indicó hasta su comienzo?
- ☐ Corto ☐ Adecuado ☐ Largo ☐ Muy Largo
8. ¿Cuántos días? _____
9. ¿Cómo considera la puntualidad de la ejecución del tratamiento de acuerdo a lo programado?

☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

10. La información que ha recibido en todo su proceso de consulta por nuestro servicio de Rehabilitación ha sido:
- Por el médico ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ Mala
- Por el terapeuta ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ Mala
- Por la secretaria ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ Mala
- Por las auxiliares ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ Mala

11. El trato que ha recibido en todo su proceso de consulta por nuestro servicio de Rehabilitación ha sido:

Por el médico ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Por el terapeuta ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Por la secretaria ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Por las auxiliares ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

12. La atención que ha recibido en todo su proceso de consulta por nuestro servicio de Rehabilitación ha sido:

Por el médico ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Por el terapeuta ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Por la secretaria ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Por las auxiliares ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

13. Evalúe de su Médico de Rehabilitación los siguientes aspectos:

Resolver su problema de salud. ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Formación y profesionalismo ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

14. Evalúe de su Terapeuta los siguientes aspectos:

Resolver su problema de salud. ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Formación y profesionalismo ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

15. ¿Cómo evalúa usted el cuidado de su privacidad, intimidad y pudor en desarrollo del tratamiento?

☐ Excelente ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo

16. De nuestra instalación evalúe:

Idoneidad ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Confort ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Condiciones ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Limpieza ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Higiene ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Estado ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Mantenimiento ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

17. De su tratamiento evalúe:

Equipamiento ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Lencería - Ropería ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

18. El ambiente desde el punto de vista emocional – anímico en el servicio general le pareció:

☐ Excelente ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo



CIMEQ

19. Si tuviera que volver a Rehabilitación y pudiera elegir:

- ☐ Volvería al mismo Centro ☐ Preferiría otro Centro

20. Su satisfacción global sobre la atención recibida en el servicio hasta el momento es:

- ☐ Totalmente satisfecho
☐ Más satisfecho que insatisfecho
☐ Más insatisfecho que satisfecho
☐ Totalmente insatisfecho

21. Si usted tiene alguna opinión o sugerencia puede escribirlo a continuación, eso nos ayudará mucho.

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN
PARA BRINDAR UN MEJOR SERVICIO

Datos Generales:

Sexo:

- ☐ Masculino
☐ Femenino

Edad : _____

Ocupación:

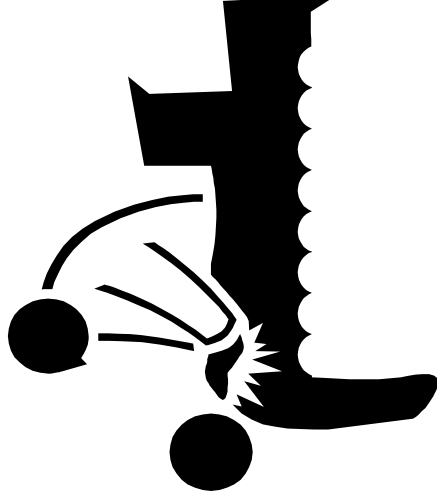
- ☐ Trabajador
☐ Estudiante
☐ Ama de Casa
☐ Jubilado

Nivel Escolar:

- ☐ Primaria
☐ Secundaria
☐ Preuniversitario
☐ Técnico Medio
☐ Obrero Calificado
☐ Universitario

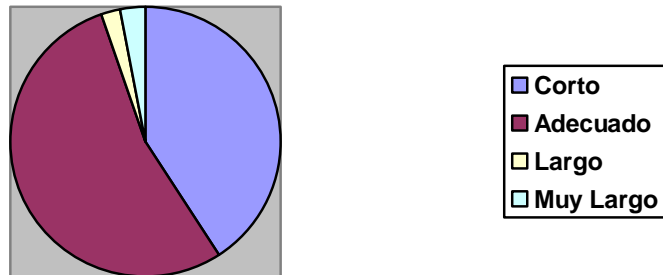
Encuesta

SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION



Anexo 7 Gráficos de las Encuestas

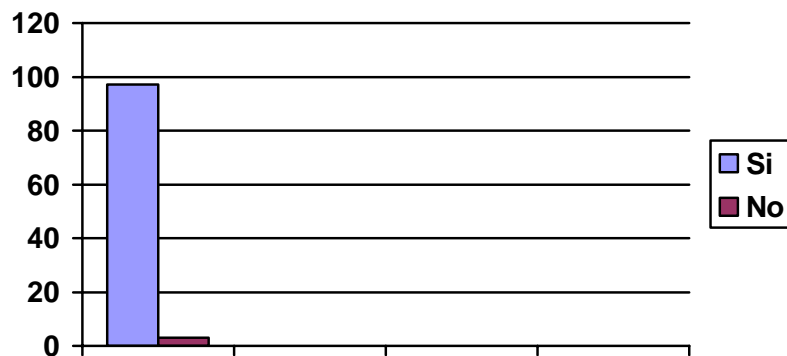
Tiempo entre remisión y consulta



Días transcurridos antes de la consulta



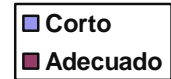
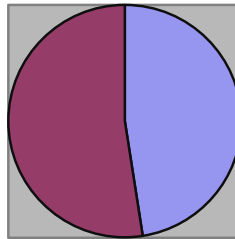
Orientación en consulta y seguimiento



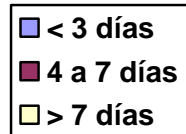
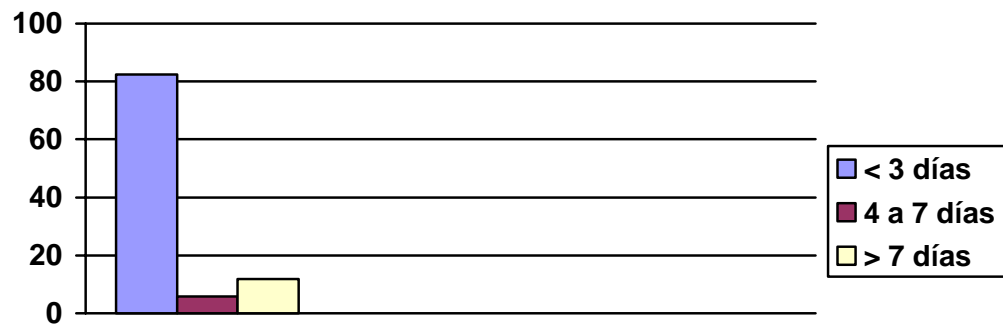
Anexo 7

Gráficos de las Encuestas

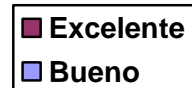
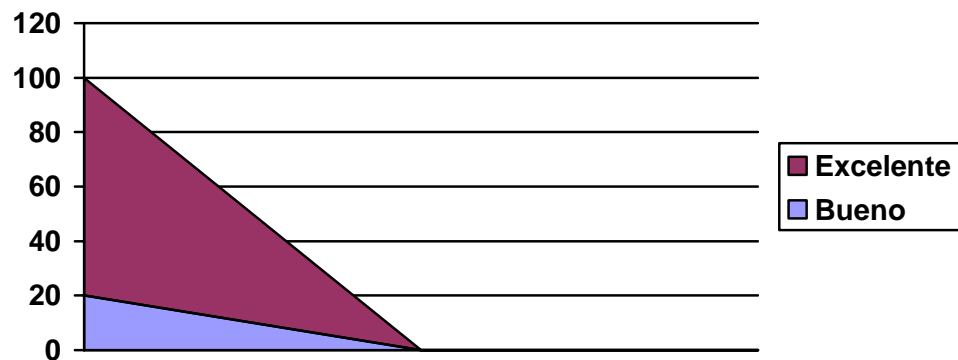
Tiempo entre solicitud y realización de la interconsulta



Tiempo transcurrido antes de la consulta



Seguimiento médico - rehabilitador a nivel de sala

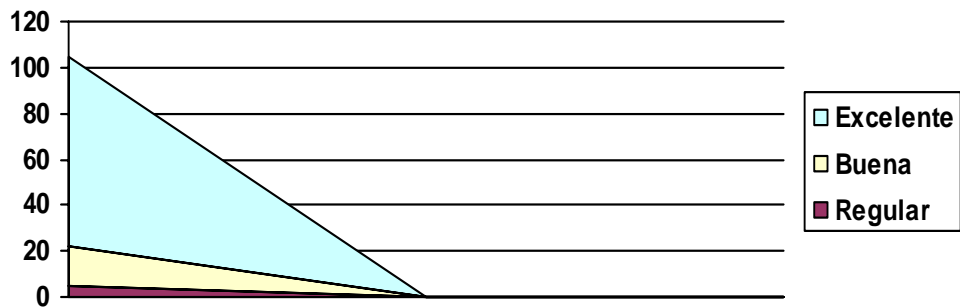


Anexo 7 Gráficos de las Encuestas

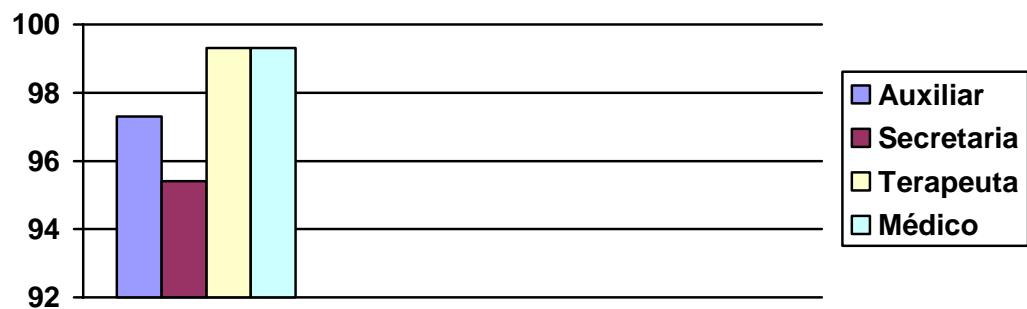
**Días transcurridos entre la consulta y tiempo de
tratamiento**



**Cuidado de privacidad, intimidad y pudor en el
tratamiento**



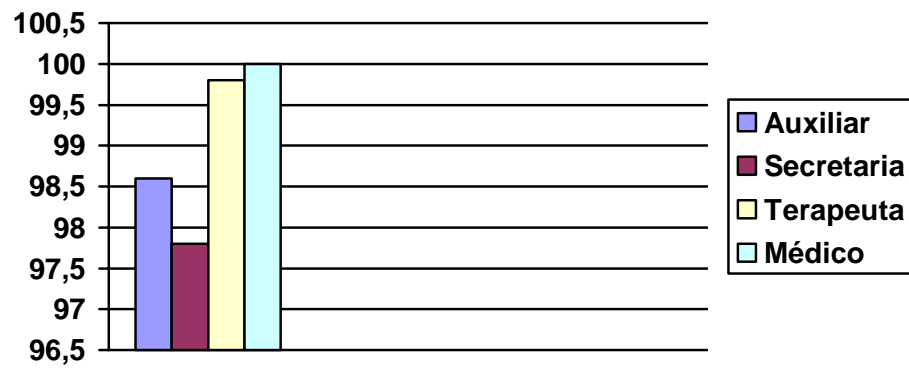
**Información en la consulta acerca del Servicio de
Rehabilitación**



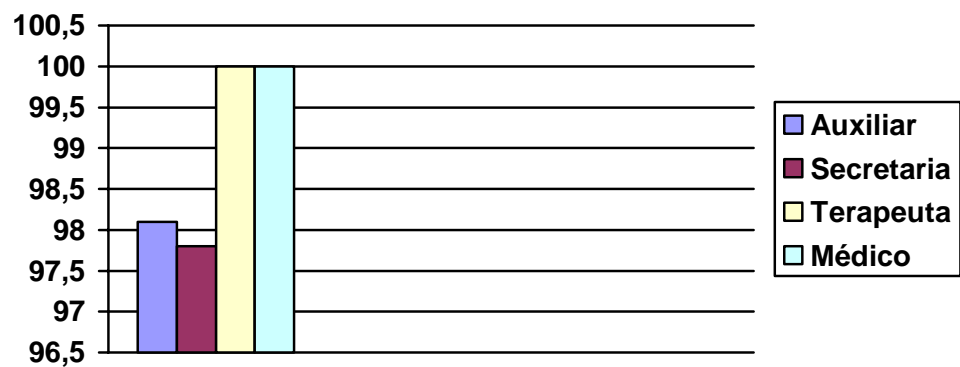
Anexo 7

Gráficos de las Encuestas

Trato recibido en el proceso de consulta



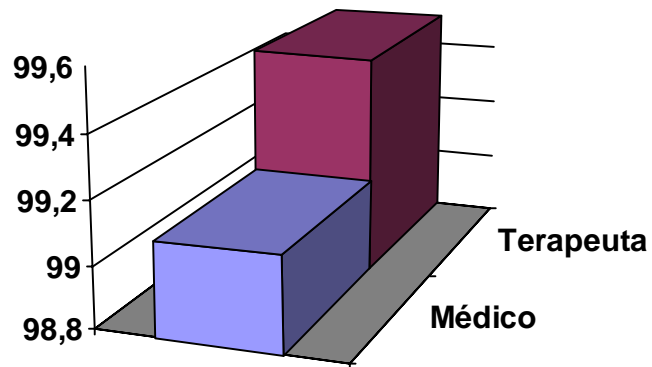
Atención recibida en el proceso de consulta



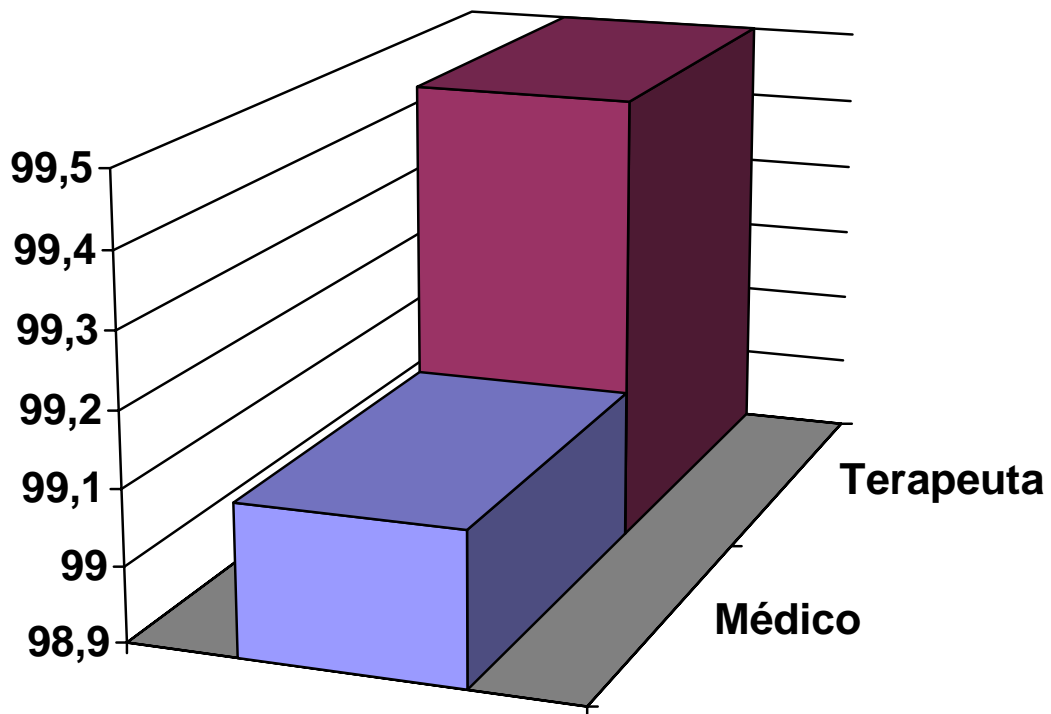
Anexo 7

Gráficos de las Encuestas

Evaluación de la solución a su problema de salud

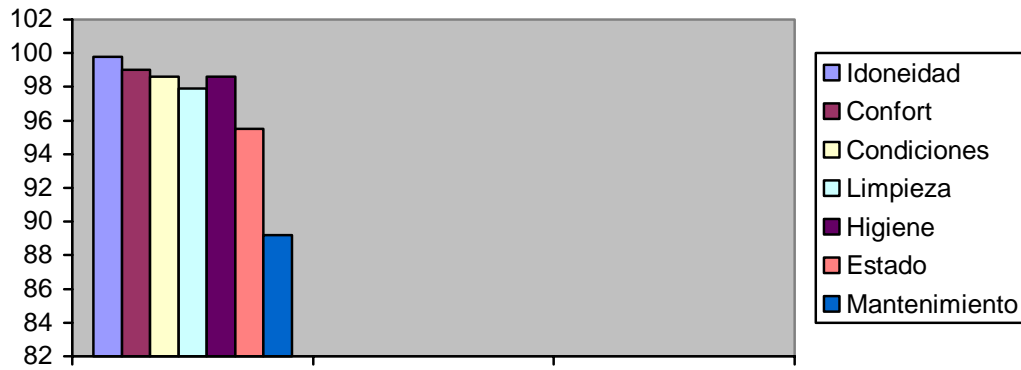


Percepción de la formación y profesionalidad

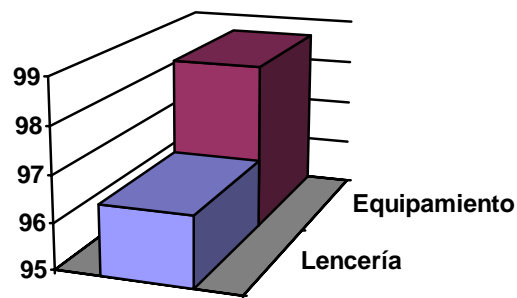


Anexo 7 Gráficos de las Encuestas

Evaluación de la instalación



Evaluación del tratamiento en:



Cuidado de privacidad, intimidad y pudor en el tratamiento

