

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia
Escuela de Estudios de Postgrado
Maestría en Administración Industrial y Empresas de Servicios**

**MANUAL DE INDUCCION PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO
DE LA CALIDAD DE ATENCION BRINDADA AL USUARIO
DE LA UNIDAD DE CIRUGIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE
REHABILITACION Y ORTOPEDIA**

Presentado por:

Liza Leonor Carranza Jui

Guatemala septiembre del 2,008

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia
Escuela de Estudios de Postgrado
Maestría en Administración Industrial y Empresas de Servicios**

**MANUAL DE INDUCCION PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO
DE LA CALIDAD DE ATENCION BRINDADA AL USUARIO
DE LA UNIDAD DE CIRUGIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE
REHABILITACION Y ORTOPEDIA**

Presentado por:

Liza Leonor Carranza Jui

**Dr. Rafael Carranza
Asesor de Tesis**

**Lic. Sebastián Herrera
Revisor**

Guatemala septiembre del 2,008

Junta Directiva
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia

Dr. PhD. Oscar Manuel Cobar Pinto	Decano
Lic. Pablo Ernesto Oliva Soto	Secretario
Licda. Lilian Raquel Irving Antillón	Vocal I
Licda. Liliana Vides de Urizar	Vocal II
Licda. Beatriz Eugenia Batres de Jiménez	Vocal III
Br. Andrea Alejandra Alvarado Alvarez	Vocal IV
Br. Anibal Rodrigo Sevillanos Cambroner	Vocal V

DEDICATORIA A:

DIOS

MIS PADRES

Rafael Carranza
Mayra Jui

MIS HERMANAS:

Michelle, Alejandra y Ana Lucía

MI ABUELITA

MIS AMIGOS Y AMIGAS

AGRADECIMIENTOS

Por su valioso apoyo a lo largo de mi carrera. En especial agradecimiento a:

Mis padres y hermanas

La Universidad de San Carlos de Guatemala

La Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia

Hospital Nacional de Rehabilitación y Ortopedia “Dr. Jorge Von-Ahn”

Mis catedráticos de Posgrado

Mis Asesores: Lic. Sebastián Herrera y Dr. Rafael Carranza

CONTENIDO

I. INTRODUCCION	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	3
IV. ANTECEDENTES	4 – 21
A. Principios de la Gestión de la Calidad	4 – 10
B. Calidad en la Atención al Usuario	10 - 16
C. Hospital Nacional de Ortopedia	15 - 21
V. OBJETIVOS	22
VI. MATERIALES Y METODOS	23 - 27
VII. RESULTADOS	28 - 52
VIII. ANALISIS DE RESULTADOS	53
IX. CONCLUSIONES	59
X. RECOMENDACIONES	60
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	61 - 62
XII. ANEXOS	63

I. INTRODUCCION

La salud de la población guatemalteca ha sufrido cambios significativos en los últimos 30 años, por un lado vemos como ha disminuido la mortalidad general e infantil, se ha incrementado la esperanza de vida y las condiciones de saneamiento del ambiente se han modificado dramáticamente; sin embargo, estos beneficios no se han producido por igual en todos los sectores de la población. En este contexto, aun persiste una gran parte de la población, marginada de los beneficios de la salud. La oferta y cobertura de los servicios públicos continúa siendo limitada, existiendo en relación a las necesidades de esta población un déficit crónico de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros; los procesos encaminados al mejoramiento continuo de la calidad y/o satisfacción del usuario no son una práctica común.

Las autoridades del Ministerio de Salud Pública y A.S., han identificado que los Servicios y Unidades de procedimientos quirúrgicos y las salas de recuperación de cirugía de los Hospitales Nacionales, son una de las áreas hospitalarias en que se requiere actualizar y renovar los procesos de calidad que en ellas se desarrollan; por lo que dentro de la práctica y ejercicio del día a día, se hace necesario buscar nuevas modalidades de gestión, que permitan a la vez de optimizar y maximizar los recursos existentes, lograr un mejoramiento continuo de la calidad y una mayor satisfacción del usuario.

La presente investigación tuvo como finalidad, elaborar un manual metodológico basado en el mejoramiento continuo de la calidad de la atención, basada en la satisfacción del usuario que es atendido en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional de Rehabilitación y Ortopedia “Dr. Jorge Von-ahn”. Como parte de la investigación, fue necesario identificar el desarrollo de cada estándar según los usuarios y profesionales de enfermería y médico. Identificar los estándares actuales de calidad de atención que utiliza el personal médico y de enfermería e identificar las fortalezas y debilidades en la atención brindada al usuario; posteriormente se hizo un manual que contribuya a incorporar cambios necesarios y se efectúe una retroalimentación que permitan el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y por ende prestar mejores servicios para los usuarios del Hospital Nacional de Rehabilitación y Ortopedia “Dr. Jorge Von-ahn”.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de la Administración de la Red Hospitalaria no existen registros, metodología o antecedentes que reflejen la supervisión y evaluación periódica de la atención hospitalaria que se brinda al usuario.

La percepción en cuanto atención de los usuarios tanto internos como externos refleja directamente el grado de capacidad, preparación y compromiso que tiene una unidad o institución para brindar un servicio de calidad. No monitorear periódicamente la calidad de atención que se brinda en una institución de salud hace de esta una institución deficiente, pues no permite conocer cómo estamos, hacer los ajustes necesarios que nos permitan como organización encaminarnos en el proceso de mejoramiento continuo, dirigiendo nuestros esfuerzos en mejorar las deficiencias encontradas.

La Unidad de Cirugía es una unidad perteneciente al Hospital Nacional de Ortopedia, en la cual se atienden usuarios pre, trans y post operatorios, por sus características exige el más alto nivel de atención, con personal altamente capacitado para atender todo tipo de dolencias y necesidades de los usuarios. Iniciar con investigaciones que permitan identificar la calidad de atención que se brinda en la Unidad de Cirugía, permitirá iniciar una nueva línea de investigación que sin duda se convertirá en una parte esencial en el proceso de mejoramiento y fortalecimiento de la red hospitalaria del MSPAS.

III. JUSTIFICACION

La red hospitalaria del Ministerio de Salud Pública y A.S, está formada por 43 hospitales nacionales., Se produce al año alrededor de 344,114 egresos hospitalarios, 810,686 consultas y 716,941 atenciones en emergencias¹. El promedio de días cama ocupado oscila alrededor del 64% y el promedio de días estancia en los hospitales generales (no crónicos) se encuentra alrededor de 3 a 5 días por paciente. Se estima que el número de raciones alimenticias servidas, supera el número de 4 millones al año. La cobertura potencial de la red hospitalaria es de 1, 790,498 personas, lo que equivale a un 14% del total de la población nacional. (3)

Al reflexionar sobre lo anterior, podremos darnos cuenta de la importancia que tienen en la red hospitalaria los Unidad de Cirugía, ya que por el volumen de personas atendidas, y su influencia en la recuperación determinante de la problemática del paciente contribuye a la disminución de dolencia y afecciones ortopédicas, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los usuarios, además debido a los recursos que se dispone para su funcionamiento son un centro permanente de oportunidades para optimizar los recursos y satisfacción de los usuarios. Cabe resaltar que en el campo de la ortopedia del Sector Público, no se ha realizado este tipo de investigaciones y propuestas.

En los diversos Hospitales Nacionales, no existen iniciativas que se orienten a la gestión integral de calidad, basada en la satisfacción del usuario. En la presente investigación se elaboró un Manual de atención al usuario en base a la identificación de las fortalezas y debilidades encontradas en la atención que brinda el Servicio de Cirugía y del desarrollo de los estándares de calidad según los usuarios; de esta forma se iniciará una nueva línea de investigación en los a nivel hospitalario contribuyendo a que la atención a los usuarios sea la adecuada a sus necesidades dentro del Hospital Nacional de Ortopedia.

¹ Informe anual producción hospitalaria, año 2,001. Unidad de Provisión de los Servicios del Nivel III, SIAS.

IV. ANTECEDENTES

A. Principios de la Gestión de la Calidad

1. Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud o Gestión Integral por Calidad.

El Mejoramiento Continuo de la Calidad o Gestión Integral de Calidad, es una forma de pensamiento gerencial. Tiene como propósito que una organización o unidad de salud, se desarrolle de manera integral y armónica; entendiendo por ello que logre el mayor beneficio y satisfacción para sus usuarios, para sus empleados, para sus administradores y para la sociedad en general.

El Mejoramiento Continuo de la Calidad, de manera general se desarrolla en torno a la toma en cuenta de tres elementos:

1. El direccionamiento estratégico (Análisis FODA de la atención),
2. La gerencia del día a día (Análisis de necesidades y expectativas) y
3. La Transformación de la Cultura (manual metodológico).

El direccionamiento estratégico, significa orientar la organización hacia el futuro, focalizando sus esfuerzos para lograr la solidaridad e integración de los diferentes actores hacia propósitos comunes. Aspecto que se logra a través de un análisis FODA, que permite identificar las fuerzas positivas y negativas internas y externas que influyen en la atención.

La gerencia del día a día, significa dar a cada persona de la organización, la responsabilidad y los medios para controlar los procesos que de ellos dependen y lograr que su resultado sea predecible. Esto se logra mediante el análisis de necesidades y expectativas.

La transformación de la cultura, significa definir y llevar a cabo las acciones necesarias para modificar o promover creencias y actitudes de las personas de la organización para que refuercen en el logro de los propósitos de la organización.

La gestión integral por calidad guía a las organizaciones de salud a buscar la congruencia entre los siguientes elementos:

- a) Congruencia entre el direccionamiento estratégico y la gestión que realizan las personas en su día a día, cuando se operacionalizan los planes, se fijan metas para lograr objetivos concretos, se asignan recursos y se utilizan indicadores de seguimiento para todas las personas y niveles de la organización.
- b) Se logra congruencia entre el direccionamiento estratégico y la cultura, cuando de manera progresiva se construyen objetivos comunes, relacionándolos con grandes propósitos, tal el caso de la misión de la Institución, la visión, los valores, el área de direccionamiento; todo esto de manera participativa por parte de los empleados y niveles de la organización.
- c) Se trabaja en todos los niveles por alcanzar un cambio en las creencias y hábitos de las personas. Se orienta la gestión hacia el reconocimiento y los incentivos en la medida

que se desarrolla y cumple con la estrategia planeada. Se analiza e incentiva el desarrollo individual de las persona dentro de la organización.

- d) Se logra congruencia entre la cultura y la gerencia del día a día, cuando de manera progresiva se realizan acciones para lograr el empoderamiento del personal, una mayor autonomía y autogestión en el manejo del Servicio, para manejar sus propios procesos de gestión.
- e) La gestión integral por calidad, no obliga el uso de herramientas de gestión específicas, sino que propone hacer uso de creatividad y elementos básicos de gestión, todo ello orientado a la satisfacción del “cliente” (usuario); aspecto único que se convierte en el elemento central (6,7).

El mejoramiento continuo es una filosofía y un sistema gerencial, el cual involucra a los gerentes, a los profesionales y personal de apoyo de los servicios de salud en el mejoramiento continuo de los procesos, para alcanzar mejores resultados en la atención para sus clientes/usuarios y sus familias. Este enfoque introduce métodos estadísticos y herramientas gerenciales que reducen el desperdicio, la duplicación y el trabajo innecesario. Cuando se aplica el mejoramiento continuo de la calidad, la meta es identificar y exceder las expectativas y necesidades de los usuarios, de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad.

Esta transición de los prestadores de servicios de atención hacia el enfoque de satisfacer a sus clientes, implica un compromiso continuo de la organización para hablar con ellos, entenderlos, traducir esas necesidades en productos y servicios y finalmente verificar si los resultados de la atención cumplieron con dichas expectativas. Adaptarse a este enfoque implica cambios en la filosofía y cultura de la institución, en el tipo de liderazgo, en la planeación y compartir el conocimiento del “negocio”, en hacer cambios significantes en el trabajo diario, en los roles y apoderamiento de las personas y en las relaciones y coordinación del trabajo entre los trabajadores dentro de la organización. (6, 7, 10)

2. Garantía de Calidad

Se entiende por Garantía de la Calidad el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar, mantener o mejorar la calidad.

Construir un sistema de garantía de calidad implica el conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleva a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las acciones que se emprendan para corregir sus deficiencias. (7,10)

3. Enfoque de la gestión integral de calidad

a) Enfoque al Usuario

El enfoque al usuario significa que las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deben saber como interpretar las necesidades actuales y futuras de sus usuarios. Deberán por lo tanto satisfacer sus necesidades y esforzarse en exceder sus expectativas. Bajo este enfoque, el aspecto mas importante es crear la cultura institucional para establecer los mecanismos que permitan aumentar de manera continua la satisfacción del usuario; para ello la organización debe asegurarse que su personal es consciente de la importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad.

b) Liderazgo

El Servicio que acepta el compromiso de gestión por calidad, se convierte en el líder de la Organización. Ellos deberán crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos en función de alcanzar la calidad. Cada persona tiene el deseo de alcanzar la visión del Servicio o de la Organización.

c) Participación del Personal

En el logro de los objetivos, se reconoce que los empleados a cualquier nivel que se encuentre; son el factor de cambio mas importante ya que son ellos el recurso mas importante de la organización. Es solamente su total compromiso, lo que posibilita que sus habilidades sean usadas para establecer y ejercer con éxito la gestión por calidad.

d) Enfoque Basado en Procesos

Será necesario comprender que el éxito no es el resultado de una actividad aislada. Se debe estar convencidos que un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos se desarrollan como un proceso; en dónde el producto alcanzado depende íntimamente de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman entradas en resultados. De esta forma implementar un enfoque basado en la calidad, requiere cumplir satisfactoriamente en la interacción que se genera entre las actividades que desarrollamos y la satisfacción de las expectativas de nuestros clientes o usuarios.

e) Enfoque de Sistemas

El enfoque que se debe dar a nuestro trabajo, significa que de principio a fin debemos identificar, entender, gestionar y desarrollar los procesos interrelacionando las diferentes actividades como un sistema. Lo que hagamos o dejemos de hacer en algún momento repercute en la satisfacción del usuario como un todo. No es suficiente, cumplir satisfactoriamente con una parte del proceso.

f) Mejora Continua

El desempeño global del Servicio o de la Organización debe ser mejorado continuamente. Desde el momento en que se adquiere el compromiso de mejoramiento continuo de la calidad, será un objetivo permanente. Los logros alcanzados se evaluarán de manera objetiva, haciendo uso de estándares de calidad e indicadores cuantificables.

g) Enfoque Basado en Evidencias para la toma de Decisiones

Las decisiones de mejoramiento deberán estar debidamente respaldadas por hechos que evidencian la necesidad de cambio.

h) Relaciones Mutuamente Beneficiosas

El enfoque de gestión por calidad, busca el establecimiento de relaciones mutuamente beneficiosas, a lo que se le ha dado en llamar “gana-gana”. Una organización y sus clientes son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor que satisfaga a ambas partes (6,8,9)

4. Estándares del Proceso de Atención al Usuario

Los estándares o postulados de trabajo, son el mecanismo que determina o señala el camino lógico que el Servicio de Salud deberá seguir para garantizar la calidad en la relación que se establece entre el usuario y la organización. Los estándares son los elementos clave a tomar en cuenta para determinar la calidad del servicio.

a) Organización de los Estándares

Los estándares están íntimamente relacionados con el establecimiento de una política respecto a los derechos de los clientes desde su ingreso, permanencia y egreso del Centro Asistencial. Este proceso da inicio, desde que se brinda la atención inicial, ya que es el momento en que se “captura” la mayor cantidad de información sobre nuestro usuario y su familia, se brinda la información inicial de nuestra organización y se da inicio al proceso de educación sobre las características de la enfermedad, del tratamiento y sus posibles resultados.

Con base en la información obtenida el Servicio de Salud, planeará su cuidado, su tratamiento y seguimiento. Se le garantiza la privacidad y confidencialidad, se le brinda asesoría farmacológica, anestésica, apoyo emocional y espiritual. Si fuera el caso se obtiene un consentimiento informado, para hacerlo participe de una investigación.

En cuanto al proceso de gestión de la atención, se cuenta con procesos como: un sistema de información que asegura el registro de la información y el mantenimiento de la historia clínica de manera segura, identificando e informando a los profesionales involucrados la evolución y respuesta del paciente; el cuidado y tratamiento de acuerdo con estándares,

normas y procedimientos aceptados. Es de importancia que existan mecanismos para poder captar el malestar o las quejas, las cuales serán investigadas en su totalidad.

El plan de egreso contiene información relacionada con cuidados, medicación, alimentación, uso de equipos médicos y rehabilitación si se requiere. Así mismo, información completa del tratamiento y resultados a la entidad o médico que lo refirió.

Este proceso de atención se debe monitorear por medio de indicadores de desempeño, redundando esto en procesos de mejoramiento que son compartidos y seguidos permanentemente. (7, 8, 10,11).

5. Aplicación de la Gestión Integral por Calidad en Servicios de Salud

La incorporación de la gestión integral por calidad busca que un departamento o unidad de salud; se convierta en un Servicio Modelo en el Hospital. El personal que lo integra asume los compromisos por trabajar mejor cada día, de manera que sea un lugar agradable y estimulante para el desarrollo profesional de quienes allí trabajan. Como parte de los compromisos que el personal voluntariamente adquiere, se trabaja con un profundo respeto por el usuario quien es atendido como un “cliente” y no como el “paciente” que esta obligado a esperar y soportarlo todo.

El personal de la unidad, esta conciente de las limitaciones especialmente de índole financiera que se tienen en la red de Salud, por lo tanto busca y encuentra nuevas alternativas que le permiten aumentar su eficiencia y competitividad; sea comparándose con otros Servicios similares o cumpliendo con estándares de calidad y eficiencia; debido a que tienen claro que aún cuando el punto de vista del usuario sobre la calidad es “buena”, una cuarta parte o más de los usuarios actuales pueden no regresar.

Bajo este concepto identificamos que la Unidad de salud, tendrá las siguientes características:

- El personal de la Unidad, adquiere una dinámica que le permite anticiparse al cambio. Identifica sus fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas; y utiliza la información para adaptarse a nuevos escenarios.
- El personal de la Unidad, conoce cual es su misión, sus principios, valores y desarrolla su trabajo alrededor de ellos.
- Cuenta con una estrategia general para el logro de sus objetivos.
- Orienta su actividad en función de la satisfacción del usuario, por lo que se preocupa por hacer las cosas cada vez con más calidad.
- Como parte de su gestión, el personal de la Unidad, valora los recursos disponibles por lo que de manera permanente busca la optimización de los recursos para favorecer el establecimiento de una Unidad sólida(7,8,10, 18)

a) Generación de Cambio

El personal de la unidad o departamento de salud, hace compromisos de gestión y acepta el desafío que representa el cambio. Valoran los beneficios que se pueden obtener con la toma de decisiones rápidas y significativas ya que reconocen que en la vida de cualquier

organización, existe un momento en el cual las soluciones tradicionales no son suficientes para resolver sus principales problemas o satisfacer al usuario; y es allí dónde la unidad de salud incorporada a la gestión integral por calidad, enfoca sus esfuerzos para llevar a cabo su transformación.

El personal sabe que las organizaciones que no comprendan estas reglas, no tendrán en el futuro oportunidad de crecer, ni de supervivir.

El personal de la Unidad, asume compromisos de aseguramiento continuo de la calidad (10,11).

b) Claridad Sobre los Principios que Orientan a la Unidad o Departamento de Salud

El personal de la unidad de salud, sabe a dónde quiere ir y cómo llegar a una gestión integral por calidad. Esto significa que ha definido su misión, su visión y sus valores.

Para el personal de la unidad, la misión se convierte en un compromiso de todos sus miembros, y todo lo que se haga, las decisiones que se tomen y el comportamiento diario conducen al logro de esta misión. Para ello ha identificado, áreas claves hacia las cuales orientará sus principales esfuerzos, lo que les permiten en la práctica convertir a la unidad en una realidad organizativa y le permite reflexionar sobre sus acciones. Esto es lo que los guía en las cosas que debe hacer muy bien y mejorar continuamente; lo que constituirá el éxito de la unidad de salud. El personal de la unidad, asume compromisos de aseguramiento continuo de la calidad (9,10,11).

c) Estrategias para el logro de Objetivos

Para que una misión de la Unidad, no se vuelva una filosofía sin fundamento para su personal, se cuenta con un plan de mejoramiento continuo de la calidad; por lo que el personal habrá definido objetivos concretos, actividades, estándares de atención y metas de desempeño relacionadas con la satisfacción del usuario. Todas estas actividades habrán de planearse, organizarse, ejecutarse, controlarse y evaluarse, de acuerdo con estándares preestablecidos.

Se hace necesario definir clara y explícitamente quién es responsable de qué, qué atribuciones competen a cada persona, hasta dónde va su autonomía y cuándo debe pedir autorización para actuar, qué espera de los otros empleados, cómo va a juzgarse su desempeño, ante quién es responsable, a quién debe acudir si necesita ayuda, con quién debe coordinar su trabajo y mediante qué mecanismos para logra una organización definida.

El personal de la unidad de salud, reconoce que el ingrediente más importante para iniciar un proceso de cambio es su compromiso real, por lo que acepta compromisos de gestión continua de la calidad. (6,7,9,11)

d) Actividades en función del Usuario

La excelencia; está íntimamente relacionada con la efectividad del servicio y esta a su vez debe necesariamente traducirse en la satisfacción del usuario. En su gestión, el personal de la Unidad de Cirugía:

- Estarán involucrados ya que todos son importantes para alcanzar la calidad.
- Se caracterizan por su trato amable con los usuarios y mutuamente se auto motivan para ser los mejores del hospital.
- Reconoce que el principal cliente de un hospital es el paciente; su satisfacción requiere dar pronta respuesta a sus necesidades y expectativas.
- Dado que no todas las expectativas de los usuarios son realistas y atendibles, el personal de la unidad se preocupa por contar con estrategias que les permita educar a los pacientes para cambiarles las expectativas por aquellas que si puede atender.

El personal de la Unidad de Cirugía, sabe que algunos usuarios que no conocen bien el Servicio piensan que el personal de la Unidad es:

Apático: El usuario piensa que sus dolencias no pueden ser suficientemente importantes para interesarle al trabajador de salud.

Presuroso: Que no tiene el suficiente tiempo para atenderlo y que tratará de “deshacerse” de el, lo antes posible.

Prepotente: Que lo tratará con aire de superioridad

Despersonalizado: Que lo tratará de manera despersonalizada y mecanizada, sin afabilidad e individualidad.

Dogmático: Que las reglas del hospital están por encima de su satisfacción y que no podrá hacer excepciones y que no podrá utilizar el sentido común.

Evasivo: Que rehuirá sus responsabilidades con disculpas para no brindarle el servicio (7, 10).

B. Calidad en la Atención al Usuario

Un usuario es la persona que tiene derecho a utilizar de manera gratuita los servicios que el Hospital de Ortopedia ofrece para la población guatemalteca. Es por eso que el personal que labora dentro de un hospital debe saber quiénes son sus usuarios y debe escucharlos para conocer sus necesidades y expectativas; esto con el fin de ajustar sus servicios para satisfacer o superar las expectativas que hayan sido identificadas como de mayor importancia para sus pacientes y mejorar de manera continua la atención que se brinda. (9,14,15)

Muchos administradores en salud, opinan que su calidad interna o los estándares profesionales son garantía suficiente para la satisfacción del usuario. Sin embargo, los estándares de calidad desarrollados por los proveedores de los servicios de salud, muchas veces están diseñados o para reducir ineficiencias o conformarse con políticas antes que para

satisfacer las expectativas del usuario. Estos estándares de calidad propuestos reflejan sus propias percepciones de la calidad, que pueden ser o no ser las mismas que tiene el usuario del servicio de salud; sin embargo, también es posible que estos estándares internos sean satisfechos a pesar de que el usuario perciba que la calidad está disminuyendo. (9, 14,15)

1. Aspectos que dificultan mejorar la atención que se brinda al usuario

a) Cree saber lo que es importante para el usuario

A medida que los profesionales del cuidado de la salud proporcionan servicios a sus usuarios y toman a diario decisiones sobre servicios, comúnmente asumen un cierto conocimiento sobre las expectativas de ellos. Frecuentemente piensan que conocen las necesidades y expectativas de sus pacientes mejor de lo que realmente ocurre, y se tiende a realizar instrumentos que no reflejan verdaderamente las inquietudes más importantes para los pacientes. Con frecuencia existe una discrepancia entre lo que nosotros (personal de salud) como proveedores, pensamos que los usuarios desean y las expectativas de los propios usuarios. (9, 14)

b) Los usuarios no conocen lo suficiente sobre la atención que se brinda.

El personal de salud tiene conocimientos técnicos que los pacientes no poseen, asumimos que somos mejores jueces de la calidad que ellos y que nuestros criterios son los correctos. Aunque es importante que se ejerza un juicio profesional y se cumpla con estándares profesionales, esto no quiere decir que nuestros criterios profesionales sean suficientes y que los criterios de los usuarios no merezcan atención. (9, 14)

c) Las expectativas de los usuarios cambian

Las expectativas de los usuarios cambian con la tecnología y los esfuerzos educacionales. No existe duda de que las expectativas de los usuarios tanto internos como externos cambian de manera frecuente, lo que requiere una adaptación constante por parte del personal de salud. Esto quiere decir que se tiene que consultar con los usuarios frecuentemente para poder reajustar la comprensión de sus expectativas o negociar nuevamente con ellos expectativas razonables. Cuando la concentración se basa en estándares fijos o estáticos, inevitablemente no se da en el objetivo en términos de las expectativas de los usuarios porque las expectativas de éstos siempre están elevándose y cambiando. Debido a que sus expectativas cambian frecuentemente es mucho más importante identificarlas, monitorearlas y manejarlas, para traducirlas sobre la marcha en requisitos operacionales; en este sentido nos encontraremos con diversos tipos de clientes; aquellos que hacen hincapié en el precio el cual es más importante que la calidad, aquellos que evalúan los productos y servicios juntamente con el precio y aquellos que hacen énfasis en obtener “lo mejor” en calidad sin importar el costo. (14, 15,19)

d) Los usuarios hacen exigencias irracionales

Algunas veces se puede pensar: “¿Pero, cómo es posible satisfacer todas las expectativas del usuario? Los pacientes son sumamente irracionales”. Aunque es cierto que los usuarios del cuidado de la salud se están volviendo más exigentes cada día; cuando sus expectativas sean más allá de lo esperado y son irracionales y aun inválidas, se puede intentar alterar esas expectativas para poder satisfacerlas exitosamente. A menudo se cuenta con dos opciones: 1) mejorar su desempeño, y 2) alterar las expectativas de sus usuarios. Esto último a través de la negociación y la comunicación. A los usuarios externos se les puede ofrecer alternativas que tiene que ver con sus necesidades en distintas formas. También se puede intercambiar ideas sobre lo que es posible y lo que no es y por qué, y luego los usuarios pueden ajustar las expectativas de acuerdo con ello. Es más fácil negociar expectativas válidas o razonables con usuarios internos y externos si se está dispuesto a hablar con ellos. (14, 15)

2. Identificar y clasificar a los usuarios

El primer paso para establecer un sistema de mejoramiento continuo para la atención del usuario es saber quienes son los usuarios, tanto internos como externos. Los usuarios externos son personas que no están empleadas por el hospital u organización (pacientes, sus familiares y amigos, compradores de los servicios, médicos recomendados y otros), que tienen negocios con la misma y que cuentan con alguna alternativa sobre dónde realizar sus operaciones. Los usuarios internos son empleados o departamentos de una organización que colaboran en la misión que adelanta su organización y que dependen de los servicios suyos, de los productos o de los resultados para atender a los usuarios externos.

Algunos departamentos tienen a los usuarios externos como usuarios inmediatos. Por ejemplo, enfermería y servicios sociales sirven directamente a los pacientes, a los miembros de familias y a los médicos. Otros departamentos sirven indirectamente a los usuarios externos. Por ejemplo, el almacén proporciona provisiones a las enfermeras, al departamento de urgencias y a la sala quirúrgica, que luego son utilizadas por estos departamentos para servir a sus usuarios externos. Algunos departamentos atienden directamente tanto a los usuarios internos como externos. Lo mismo ocurre con los usuarios internos, pueden ser usuarios inmediatos, o sea, que se les provee directamente de productos y servicios; o pueden ser usuarios indirectos o distantes en dónde no se trata directamente con ellos, pero los productos afectan a los departamentos que sí se relacionan directamente con ellos y que, por lo tanto, también tienen impacto sobre los usuarios externos.

De acuerdo con estas definiciones, no todos los empleados del cuidado de la salud tienen usuarios externos en calidad de usuarios inmediatos, pero todo el mundo sí tiene a los usuarios externos como usuarios distantes cuyas expectativas deben ser consideradas al diseñar y entregar los servicios. (14, 15, 16)

a) Identificar a los usuarios

Para identificar a los usuarios siempre se debe involucrar al personal; de esta forma se ayuda a ver cómo la contribución de cada uno encaja en el gran cuadro de la organización. Este proceso ayuda también a los miembros del personal a desarrollar y reforzar el enfoque de

sus usuarios y pensar en términos de a quién sirven en vez de qué necesitan los demás, y los convierte en diseñadores claves del proceso del mejoramiento continuo de su departamento. Para identificar a los usuarios, se debe poner especial atención a los procesos o funciones principales y seguir el camino de los resultados o productos finales de estos procesos hasta llegar a sus beneficiarios. Las siguientes preguntas son claves para identificar a los usuarios:

¿Cuáles son los resultados finales más importantes de X proceso?

¿En qué consiste cada servicio o producto que producimos?

¿Quiénes son los usuarios inmediatos?

¿Quiénes son los usuarios posteriores que tiene expectativas sobre la calidad de los resultados finales o servicios? (14, 15, 16)

b) Clasificar a los usuarios

Después de haber identificado a los usuarios del servicio o producto que se presta, es necesario involucrar al personal en una discusión sobre las consecuencias tanto de satisfacer como de no satisfacer las expectativas de cada grupo de usuarios y en seguida clasificar los grupos de usuarios en orden de importancia. Por ejemplo, el Departamento de Nutrición tiene una variedad de usuarios, incluidos pacientes hospitalizados, sus familiares, pacientes de consulta externa, empleados y médicos. Las consecuencias de disgustar a los pacientes hospitalizados con comidas de mala calidad y demoras en su entrega son extremas. No sólo los pacientes hospitalizados necesitan comida apropiada para recobrar sus fuerzas, sino que muchos anticipan con ansiedad sus horas de comida, esperando a lo mejor experimentar una sensación de sabor o por lo menos una pausa cómoda que haga que su día termine más pronto. Cuando los pacientes hospitalizados están satisfechos con su comida, experimentan alivio y sus familiares quedan agradecidos. Cuando no están satisfechos, ellos, sus familiares y a menudo sus médicos se disgustan y se quejan al personal que se ocupa de esta labor. Igualmente, debido a que la calidad de la comida es importante, los pacientes y sus familiares difunden su opinión sobre la comida que suministra la organización que dirigimos, como si eso fuera reflejo de la calidad del servicio general de la organización. Si el Departamento de Nutrición no se ajusta a las expectativas sobre calidad de la comida, ello le cuesta más a la organización cuando los usuarios descontentos son usuarios hospitalizados que cuando otros grupos de usuarios quedan descontentos. En otras palabras, la satisfacción de sus usuarios prioritarios puede tener un impacto considerable en la efectividad de su organización. (14, 15, 17)

3. Identificar las Expectativas del usuario

Después de identificar y asignarles prioridad a los usuarios, el siguiente paso es encuestarlos en orden jerárquico para determinar más específicamente lo que valoran y lo que esperan del servicio. Con esto se busca captar lo específico de las expectativas, para poder desarrollar indicadores medibles y significativos.

Además de identificar qué es lo que les importa a los usuarios, se deberá establecer en qué orden de importancia clasifican estos sus propias expectativas; esto debido a que el

departamento, unidad u organización tendrá que centrar sus esfuerzos de mejoramiento en aquellos atributos de máxima importancia para sus usuarios. Una vez identificadas las expectativas o criterios de calidad del usuario, se puede identificar las medidas o indicadores que permitirán monitorear el progreso en relación con esos criterios. Para identificar las principales características o atributos mesurables de calidad que tienen importancia para los usuarios, se puede efectuar un análisis de las necesidades. Esto se puede realizar mediante un análisis de quejas, grupos de enfoque y entrevistas con los usuarios. (15)

4. Estrategias para identificar la satisfacción del usuario

a) Sistema de quejas y reclamos

Lejos de ser una mala noticia para el departamento, un reclamo debe interpretarse como el síntoma de una fuente de insatisfacción; normalmente los usuarios no se quejan, a no ser que se haya dejado de cumplir una expectativa importante para ellos. Por tanto, la captación de reclamos debe estimularse y manejarse de tal manera que la información fluya en forma controlada a las áreas dueñas de la solución y pueda garantizarse una respuesta oportuna y adecuada al usuario. Si se puede detectar las expectativas contrariadas que sean la razón de las quejas, se habrá identificado un criterio que el grupo de usuarios utiliza para juzgar la calidad. (15, 16)

b) Paneles con usuarios.

Las entrevistas en profundidad con grupos de clientes actuales o potenciales son el método más comúnmente utilizado para identificar sus áreas sensibles, así como sus requerimientos y expectativas; para ello se debe escoger a un grupo de usuarios; basándose en los análisis de quejas conformados usualmente de 8 a 10 personas en una sesión que dure por lo menos de 60 a 75 minutos, tiempo suficiente para formular preguntas largas y abiertas. El grupo de enfoque debe ser conducido por alguien que sea capaz de guiar y dirigir eficazmente una discusión de grupo sin influirlo; para obtener resultados más confiables es posible que se tenga que dirigir dos o tres grupos de enfoque. (9, 16)

c) Encuestas de satisfacción de los usuarios.

Encuestar a los usuarios de manera periódica permite obtener una gran cantidad de información que de otra manera pasaría inadvertida en el departamento o unidad de cirugía; la implantación de un mecanismo de control imparcial, de aplicación periódica que permita validar el éxito, con el cual se atenderá a los requerimientos de nuestros clientes, será una herramienta de gran utilidad.

Incorporar un sistema de recolección de las expectativas del usuario implica que la Unidad de Cirugía, al planear su proceso de recolección de datos de los diferentes usuarios, deba pensar en cómo asegurar que esta información llegue hacia quienes toman las decisiones; y en que existe un sistema formal de respuestas a las necesidades identificadas; de nada sirve recoger la información y no utilizarla para darle una respuesta al problema encontrado. (10, 15, 16)

C. Hospital Nacional de Rehabilitación y Ortopedia “Dr. Jorge Von-ahn”

El Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación “Jorge Von Ahn” es un hospital especializado y de referencia nacional e internacional, que brinda atención a las personas con afecciones de rodilla, cadera, manos, pie, columna y en general del aparato locomotor, así como aquellas que necesitan rehabilitación física. Ubicado en la 13 calle 0-18, zona 1 de la Ciudad de Guatemala. Actualmente, el Hospital cuenta con 270 trabajadores, de los cuales la mayor parte del personal es femenino. Debido al bajo presupuesto se ha tenido que disminuir el personal del Hospital.

Por otra parte, se cuenta con diferente tipo de personal, según su función específica en la institución. El tiempo promedio de trabajo diario por persona es de seis horas y las prestaciones de ley con que cuenta el personal son: Montepío, IGSS y Auxilio Póstumo.

En cuanto a prestaciones adicionales a la ley, el Departamento de Administración y Finanzas informó que no se tiene la oportunidad de brindar las mismas, debido a la falta de recursos económicos, con lo que la Institución se limita a proporcionar las prestaciones obligatorias por la ley de Guatemala

Las políticas del Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación “Jorge Von Ahn” se encuentran regidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. De esta manera, se incluye la Ley de Servicio Civil- la cual aplica a todos los Ministerios-así como el Código de Salud y Políticos de Gobierno.

Basándose en las Políticas de Salud 2004-2008 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se hallaron ocho puntos importantes, los cuales son:

- 1) Fortalecimiento del papel Rector del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- 2) Satisfacción de las necesidades de salud de la población guatemalteca mediante la entrega de servicios de salud con calidad, calidez, equidad y con enfoque intercultural y de género en los diferentes niveles de atención.
- 3) Fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de las competencias, responsabilidades, recursos y poder de decisión a las áreas de salud y hospitales.
- 4) Adquisición y provisión de insumos en forma oportuna para el desarrollo de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- 5) Modernización del sistema de gestión administrativo-financiero y de planificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como elemento básico de apoyo a la prestación de servicios de salud.
- 6) Fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud.
- 7) Promoción de acciones de apoyo al saneamiento del medio que mejoren la calidad de vida de la población.
- 8) Protección a la población de los riesgos inherentes al consumo y exposición en alimentos, medicamentos y sustancias nocivos a la salud.

1. Misión

El hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn es un hospital especializado y de referencia nacional que brinda atención de calidad a personas con afecciones del aparato locomotor, así como aquellas que necesitan rehabilitación física, para introducirlas nuevamente a la sociedad en donde puedan desenvolverse de la mejor manera posible, según el logro de la misma. Brinda además alojamiento a pacientes aislados, ancianos discapacitados a quienes se les proporciona una atención integral que les permite satisfacer todas sus necesidades y llevar una vida en familia, la atención se brinda sin discriminación alguna y en forma completamente gratuita.

2. Visión

El Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn aumentara su cobertura año con año, brindando una atención integral y gracias al esfuerzo sostenido y disciplinado de todo su personal brindara cada año un servicio de mayor calidad para que los clientes que lo demanden estén cada día mas satisfechos con el mismo el cual será completamente gratuito, brindándolo en una infraestructura adecuada y con tecnología necesaria que permita la satisfacción total del usuario.

3. Objetivos

a) General

Brindar una atención integra, gratuita y de calidad a los usuarios de toda la República que demanden nuestro servicio en las especialidades de ortopedia, rehabilitación y asilo de ancianos en un clima de trabajo en equipo, compromiso y responsabilidad para lograr a través de ello, la satisfacción total del cliente.

b) Específico

i. Proporcionar al paciente, con afecciones en el aparato locomotor, el tratamiento necesario para la recuperación de su salud, brindándole una atención integra y de calidad.

ii. Proporcionar el tratamiento de rehabilitación a los pacientes que así lo requiera, para que los mismos puedan integrarse nuevamente a su familia y a la sociedad como ente productivos.

iii. Brindar un ambiente de hogar a los pacientes asilados que por su condición de abandono vejez e incapacidad permanezcan en el proporcionándoles un servicio integro que le permita satisfacer todas sus necesidades.

iv. Brindar un servicio gratuito y de calidad, para lograr la satisfacción total del cliente.

4. Código de Valores

Honradez, responsabilidad, ética, humanidad, comprensión, cordialidad, productividad, actitud de servicio, eficiencia y eficacia.

5. Funciones

- a) Clasificación de pacientes que sufran incapacidad física y otras dolencias, para determinar posibilidades de tratamiento.
- b) Rehabilitación del paciente y su integración a la sociedad.
- c) Prevención de la invalidez.

6. Organización

Todas las actividades que se desarrollan deberán estar armónicamente coordinadas por la Dirección.

a) Organización para Atención de Usuarios

- i. Consulta Externa*
- ii. Sala de Operaciones*
- iii. Hospitalización de Ortopedia*
 - (a) Cirugía de Hombres
 - (b) Cirugía de Mujeres
 - (c) Pediatría de Niños y Niñas
- iv. Hospitalización de Rehabilitación*
 - (a) Medicina Física Hombres
 - (b) Medicina Física Mujeres
 - (c) Medicina Física Niños y Niñas
- v. Hospitalización de Asilos*
 - (a) Asilo de Hombres
 - (b) Asilo de Mujeres

7. Recursos

a) Humanos

En el Hospital Nacional de Rehabilitación y Ortopedia laboran 260 personas, las cuales están distribuidas según la función que desempeñan de la siguiente manera:

Cuadro No. 1
Especialidades de Médicos que laboran en el Hospital Nacional de
Rehabilitación y Ortopedia
Agosto de 2,008

Médico	Numero
Ortopedistas	19
Fisiatra	3
Anestesiólogos	3
Internistas	2
Cirujano Plástico	1
Pediatra	1
Médico General	3
Total	105

Fuente: Departamento de Recursos Humanos, Hospital Nacional de Ortopedia, agosto 2008.

b) Financieros

El presupuesto general asignado al Hospital Nacional de Rehabilitación y Ortopedia, se estima en alrededor de 14 millones de quetzales anuales, los cuales son el nivel central del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Este monto es programado y ejecutado de manera progresiva durante el período de enero a diciembre de cada año.

c) Infraestructura

El Edificio del Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación es uno de los hospitales que ofrece servicio de especialización, construido en 1915. Dentro del terreno existe el espacio no adecuado para este tipo de actividades, por la antigüedad del edificio, existen cruces de circulaciones de actividades y algunos de estos espacios solamente se utilizan como bodegas y escuela de terapia, debido al mal estado de los mismos.

Actualmente el Hospital ofrece servicio de cirugías especializadas, estos espacios se encuentran localizados en el sótano del Edificio denominado como módulo A, por lo que la circulación de pacientes y de material no es el adecuado, debido a que no existe una culminación del módulo, donde se proponen dichos espacios. Que es de suma importancia y poder ordenar los espacios dentro de las instalaciones. Evitar las fugas internas de drenajes, que existen dentro de sala de cirugía actualmente y una la ventilación mal ubicada la cual se encuentra dando a la calle principal de tráfico de personas y vehículos.

8. Producción total para el año 2007

SERVICIOS FINALES APOYO	UNIDAD DE MEDIDA	MEDICINA	CIRUGIAS	PEDIATRIA	ASILO	CONSULTA EXTERNA	QUIROFANO	TOTAL
	Camas disponibles	14	30	18	81			143
	Egresos	50	506	303	14			873
	Día cama ocupado	2795	4903	2954	28398			39050
CONSULTA EXTERNA	Primeras	1565	3639	1287		3141		9632
	Segundas	2162	6115	2944		3663		14884
QUIROFANO	Intervenciones		442	218				660
	Procedimientos		662	287				949
	No. Pacientes Intervenido		442	218				660
ANESTESIOLOGIA	Anestesia		444	220				664
CENTRAL-EQUIPO	Paquetes	1407	1350	579		811	32262	36409
RAYOS "X"	Placas	137	619	268	36	9893	257	11210
LABORATORIO	Exámenes	547	2640	1068	902	34221		39378
FARMACIA	Recetas	95	566	195	841	249	358	2304
NUTRICION	Raciones pacientes	2709.5	4888.4	2931.9	28556.2			39085.97
TRABAJO SOCIAL	Casos	134	603	336	949	6871		8893
FISIOTERAPIA	Tratamientos	25934				194228		220162
	Pacientes	406				3326		3732

9. Servicio de Cirugía

a) Organización

Se encuentra organizada de acuerdo al organigrama general del Hospital y para dar cumplimiento a los objetivos y funciones se divide en cuatro salas o servicios:

Cirugía de Hombres con 15 camas, Cirugía de Mujeres con 15 camas, Pediatría con 18 camas y Aislamiento con 15 camas.

No se cuenta con manuales específicos de procedimiento o protocolos de atención dirigidos al mejoramiento continuo de la calidad o dirigidos a la satisfacción del usuario.

b) Funciones

Albergar a usuarios pre, trans y post operatorios para brindarle los cuidados médicos y de salud que demanda su condición física, así como el monitoreo previo y posterior a su intervención quirúrgica.

c) Recursos

i. Humanos

Cada Sala cuenta con 1 Médico Jefe encargado de los procedimientos médicos y primera línea de atención, 1 Enfermera Jefe encargada de la administración del Servicio y Auxiliares de Enfermería encargadas de brindar los cuidados necesarios a usuarios pre, trans y post operatorios, además del personal de limpieza.

ii. Financieros

El Servicio de Cirugía no maneja de manera directa un presupuesto que le permita la compra directa de insumos, por lo que se provee de estos mediante requisición a Almacén o al Departamento de Compras.

iii. Recursos Físicos

(a) Equipo

Cuenta con 63 camas: 15 en cada Servicio de Cirugía de Hombres, Cirugía de Mujeres y Aislamiento y 18 en Pediatría. Sillas de ruedas, lámparas de cuello ganso, cilindros de oxígeno, nanómetro, estetoscopio, sillas de baño, camas ortopédicas, mesitas para alimentación de pacientes, mesitas de noche, negatoscopio (en mal estado), carro de curaciones, carro para administrar medicamento, camilla para transportar pacientes, carro de expedientes y lavamanos. No cuenta con equipo de cómputo.

d) Proceso de Atención

La visita médica se realiza por lo general de 7:00 a 9:00 a.m. en todos los servicios con el fin de monitorear y realizar las intervenciones necesarias que demanden las condiciones de salud del usuario; el médico realiza las anotaciones correspondientes a la evolución del usuario y de existir alguna intervención especial es anotada en la papeleta de ordenes médicas. La enfermera graduada es la encargada de revisar las ordenes médicas y supervisar que estas se lleven a cabo por la auxiliar encargada, así como el monitoreo de signos vitales diario.

El Hospital Nacional de Ortopedia maneja políticas de libertad de tratamiento para la atención de los pacientes, según el criterio del especialista, el cual utiliza protocolos estandarizados ó presenta el caso al cuerpo médico quienes le sugieren el tratamiento a seguir, sin embargo la decisión de este queda a criterio y responsabilidad del médico encargado. No se cuenta con protocolos de manejo propios del Servicio de Cirugía del Hospital de Ortopedia.

e) Promedio de Atención

De enero a agosto del 2,008 se atendió en consulta interna un total de 2,572 pacientes nuevos con un promedio mensual de 322 consultas y reconsultas 8,048 con un promedio

mensual de 1,006. El mayor número de consultas brindadas por la Cirugías del Hospital de Ortopedia está en los servicios cirugía. En el cuadro No. 2 se presenta el número de pacientes atendidos en consulta interna en los últimos 8 meses del 2,008.

Cuadro No. 2
Pacientes atendidos en consulta interna
de enero a agosto del 2008, Unidad de Cirugías
Hospital de Ortopedia y Rehabilitación
Agosto del 2008

	CIRUGIAS		PEDIATRIAS	
	Primeras	Reconsultas	Primeras	Reconsultas
Enero	274	616	120	287
Febrero	204	677	117	323
Marzo	228	578	77	250
Abril	254	1009	131	250
Mayo	232	854	123	272
Junio	193	665	106	259
Julio	94	696	200	340
Agosto	83	704	136	268
Total	1562	5799	1010	2249

Fuente: Departamento estadística, Hospital de Ortopedia 2008.

Total Primeras Consultas: 2572
 Total Reconsultas: 8048

V. OBJETIVOS

A. General

Elaborar un Manual de Inducción para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención al usuario del Servicio de Cirugías del Hospital Nacional de Ortopedia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.

B. Específicos

1. Identificar el desarrollo de los estándares de calidad propuestos; según los usuarios internos y externos y personal del Servicio de Cirugía del Hospital Nacional de Ortopedia, proponiendo las acciones necesarias para su satisfacción en base al mejoramiento continuo de la calidad de atención.
2. Identificar los estándares de calidad de atención al usuario que utiliza el personal del Servicio de Cirugía del Hospital Nacional de Ortopedia.
3. Identificar las fortalezas y debilidades en la atención que actualmente es brindada al usuario del Servicio de Cirugía del Hospital Nacional de Ortopedia.
4. Elaborar un Manual de Inducción para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de Atención al Usuario, adaptada a las características del Servicio de Cirugía del Hospital Nacional de Ortopedia.

VI. MATERIALES Y METODOS

A. Materiales

1. Universo

El 80% del personal administrativo, profesionales y auxiliar de enfermería que labora en el Servicio de Cirugía; el 100% de los usuarios internos atendidos en el Servicio de Cirugía y el 100% de Médicos Especialistas del Hospital Nacional de Ortopedia, durante el mes de agosto del años 2,008.

2. Muestra

- i. 100% de personal profesional administrativo del Servicio de Cirugías.
- ii. 100% de pacientes internos en el Servicio de Cirugía de Hombres, Cirugía de Mujeres, Pediatría (Madres) y Aislamiento.
- iii. 70% de especialistas (aproximadamente 9 profesionales) que atienden pacientes en el Servicio de Cirugías.
- iv. 75% de enfermeras graduadas y auxiliares (aproximadamente 10 personas) que atienden pacientes en los Unidad de Cirugía del Hospital Nacional de Ortopedia.

3. Tipo de Estudio

El estudio efectuado fue de tipo descriptivo y transversal, debido a que se realizó un diagnóstico de la atención brindada al usuario del Servicio de Cirugías del Hospital Nacional de Rehabilitación y Ortopedia; el cual fue realizado solamente una vez en un momento dado.

4. Recursos

a) Humanos

- Personal de enfermería e intendencia del Servicio de Cirugías.
- Médicos Especialistas que refieren y atienden pacientes en el Servicio de Cirugías.
- Pacientes atendidos por el Servicio de Cirugías.
- Investigadora.

- b) Físicos
- Unidad de Cirugía: Servicio de Hombres, Mujeres, Pediatría y Aislamiento.
 - Instalaciones del Hospital de Ortopedia.
 - Biblioteca de la Facultad de Farmacia y USAC.
 - Equipo de Computo.
 - Escuela de Estudios de Postgrado, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia y Económicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

5. Instrumentos

- i. Formulario No.1: “Estándares del Proceso de Atención al Usuario”. Instrumento en el que se pretende señalar el camino lógico de la relación paciente – organización y paciente – profesional dentro de un proceso discreto de atención de calidad. Este consta de estándares con relación a los derechos de los pacientes, acceso del usuario a intervenciones quirúrgicas del Hospital de Ortopedia, procesos de registro e ingreso del paciente durante su atención, evaluación inicial de necesidades al ingreso del usuario, planeación del cuidado y tratamiento, ejecución del tratamiento, evaluación del tratamiento, salida y seguimiento y estándares para verificar si existe un plan para mejorar la calidad de atención. (Anexo 1)
- ii. Formulario No. 2 “Cuestionario de la Atención brindada al Usuario, dirigido a Médicos Especialistas”. Instrumento en el que se pretende identificar los procesos y estándares por el cual está regido el personal del Servicio de Cirugías. Consta de 26 preguntas directamente relacionadas y formuladas según los Estándares del Proceso de Atención al Usuario; con una escala de 5 posibles respuestas. (Anexo 2)
- iii. Formulario No. 3 “Cuestionario de la Atención brindada al Usuario, dirigido a Profesionales de Enfermería”. Instrumento en el que se pretende identificar los procesos y estándares por el cual está regido el personal del Servicio de Cirugías. Consta de 27 preguntas directamente relacionadas y formuladas según los Estándares del Proceso de Atención al Usuario; con una escala de 5 posibles respuestas. (Anexo 3)
- iv. Formulario No. 4 “Encuesta de la Atención brindada en el Servicio de Cirugías, dirigido a pacientes hospitalizados” Instrumento por el cual se verifica la satisfacción de atención del usuario externo hospitalizado del Servicio de Cirugía, así como la detección de necesidades del mismo. Consta de 27 preguntas directamente relacionadas y formuladas según los Estándares del Proceso de Atención al Usuario; con una escala de 5 posibles respuestas. (Anexo No. 4)

- v. Formulario No. 5 Criterios de Calificación. Instrumento que indica las reglas de calificación de los formularios anteriores; diseñado para establecer las dimensiones a evaluar, parámetros, escala de calificación, valoración del enfoque y valoración de las respuestas. (Anexo No. 5)

6. Metodología

a) Para la Selección de la Muestra

- i. La muestra fue de por lo menos 70% de personal Médico y 51% de Enfermería de los Servicios de Cirugía.
- ii. La muestra de usuarios se seleccionó según el “Manual Para el Diseño de Investigación Operativa en Planificación Familiar”, en donde los estudios en el que la población resulte ser pequeña ($n = 40$ ó 50) bien puede incluirse toda la población en la muestra ó por lo menos el 51% de ella. (13).
- iii. El método de muestreo utilizado fue “Muestreo de Conglomerados o Grupos de Elementos”; debido a que se tomó un alto porcentaje de los elementos que componen un conglomerado. Por objeto del presente estudio, los elementos que se indicó son los pacientes, los especialistas, el personal administrativo y enfermería que trabaja en los Servicio de Cirugías o que se relacionan con el. Los conglomerados son las salas de donde provienen las consultas, siendo estas los servicios de Cirugía de Hombres Cirugía de Mujeres, Pediatría y Aislamiento.
- iv. El tamaño de la muestra fue determinado en base a los siguientes criterios: a) Los recursos disponibles, b) El Objetivo de la Investigación, c) El Plan de Análisis del FODA. Para que la muestra sea representativa y confiable se recolectará información de por lo menos el 51% o más de los pacientes de los Unidad de Cirugía de Hombres, Cirugías de Mujeres, Pediatría y Aislamiento; así como el 51% o más de Médicos especialistas y enfermeras graduadas que atienden pacientes en los mismos Servicios.

b) Para la recolección de datos

- i. Los usuarios internos y externos del Servicio de Cirugías se entrevistaron según disponibilidad de los mismos, entrevistando a 3 médicos especialistas, 2 personas de enfermería y a 4 usuarios hospitalizados por día con una duración promedio de 5 minutos por entrevista para médicos y enfermeras y 15 minutos para pacientes. (13)

c) Para la elaboración de los instrumentos

Para la elaboración de los instrumentos de recolección de información, se utilizó como base la documentación producida por el Centro de Gestión Hospitalaria de Colombia. Organización líder en ese país, encargada de acreditar la calidad de las organizaciones de salud. De manera especial se hizo uso de la “Guía para los participantes Premio Calidad en Salud Colombia”; el cual es el instructivo que se da a las organizaciones de salud que se someten al proceso de: a) Acreditar la calidad de sus servicios, b) Asumen compromisos de gestión basada en la satisfacción del cliente y c) Optan al premio “Calidad en Salud Colombia”; Además se utilizó el “Manual de Estándares de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud” el cual propone entrevistas y cuestionarios para profesionales y pacientes; los cuales fueron adaptados según los objetivos de la investigación e información necesaria requerida por los estándares de calidad propuestos. (6)

d) Para la recolección de la información

La investigadora realizó entrevistas estructuradas y no estructuradas a:

- i. Personal que labora en los Servicios de Cirugía. Realizando 3 entrevista diaria a personal de enfermería y 9 diarias a médicos especialistas con una duración de 10 minutos máximo por entrevista.
- ii. Pacientes internos (4 entrevistas diarias) hospitalizados en el Servicio de Cirugía de Hombres, Cirugía de Mujeres, Pediatría y Aislamiento, con una duración promedio de 15 minutos.

e) Criterios de calificación

- i. Los resultados de las entrevistas y observaciones que se hagan, fueron cuantificadas y expresadas numéricamente. Para el efecto se preparó un sistema de formularios que fueron elaborados en base a los estándares y permite ponderar numéricamente cada respuesta.
- ii. La calificación de los Estándares de Calidad de Atención al Usuario fue dada en la medida en que la investigadora identificó el cumplimiento del estándar según la opinión de usuarios y personal de la Unidad de Cirugía. El número 5 es el máximo valor y el número 1 el de menor valor o sea cuando se cumple menos con el estándar planteado. En el anexo 6, se describen las dimensiones a evaluar en cada estándar así como las variables de cada dimensión.

f) Para el análisis de resultados

Se hizo una comparación entre los estándares de atención de la Unidad de Cirugía, con los estándares de atención de calidad preestablecidos; identificando el grado de desarrollo del estándar que tiene el Servicio; en base a lo cual se definió las áreas que requieren ser fortalecidas y/o implementadas para el establecimiento de una gestión integral por calidad necesaria para alcanzar cada estándar. En el anexo 5 se describe la escala de calificación que se utilizará.

g) Para la elaboración del Manual

Para la elaboración del manual, se identificó las fortalezas y debilidades en la atención que se brinda al usuario, se comparó los estándares propuestos con los desarrollados dentro de la Unidad de Cirugía. En base a los hallazgos encontrados y el análisis efectuado se hizo los planteamientos necesarios para mejorar cada estándar utilizado e incorporación de nuevos estándares de atención de calidad a los usuarios de esta unidad. Al finalizar el Manual se realizó una presentación de la misma a las autoridades del hospital, personal especialista y personal de los Servicios de Cirugía del Hospital Nacional de Ortopedia.

VII. RESULTADOS

Luego de la aplicación de los instrumentos de encuesta y recolección de información se obtuvo los siguientes resultados:

Cuadro No. 1
Estándar de Calidad de Atención al Usuario
en la Unidad de Cirugía, según cada grupo de personas entrevistadas.
Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación. Agosto 2,008

Nota: La investigadora se permitió expresar resultados recolectados a través de la observación y cuestionamientos no escritos a los médicos especialistas, enfermeros y usuarios.

Estándar	Usuario externo hospitalizado	Médicos especialistas	Personal de Enfermería
1. Derecho de los usuarios	El 88% opinó que siempre lo saludan con cortesía. El 82% con respeto y sin discriminar. 77% opinó que su privacidad es respetada. 81% de hospitalizados opinaron que no se les informa de sus derechos y deberes.	De los especialistas entrevistados 33% considera que casi siempre se práctica confidencialidad con el paciente y 44% que siempre se practica. 33% considera que los médicos si conoce los derechos de los usuarios, el 33% que medianamente los conoce y el 22 que no los conoce. En relación a que si los usuarios de la clínica conocen sus responsabilidades que tienen que cumplir para su recuperación, el 44% opinó que algunas veces los conocen o los conocen muy poco. El 66% opinó que no aplica o no existe un código de ética y el 33% indicó que medianamente se cumple.	El 100% de enfermeros considera que casi siempre se práctica confidencialidad con el paciente y si conocen los derechos de los usuarios. En relación a que si los usuarios de la clínica conocen sus responsabilidades que tienen que cumplir para su recuperación, el 33% opinó que algunas veces los conocen y 66% que casi siempre. El 33% opinó que no existe un código de ética y el 66% indicó que casis siempre se cumple.
No existe una declaración de los derechos y deberes de los usuarios como parte de un código de ética. Se considera que existen hechos y evidencias de que se alcanza el estándar, en la mayoría de los usuarios, a pesar que no forman parte de enunciados escritos que persigan el mejoramiento continuo y no existe un código de ética o capacitación que relacione directamente el estándar con un enfoque de Atención Integral de Calidad.			

Estándar	Usuario externo hospitalizado	Médicos especialistas	Personal de Enfermería
2. Acceso	El 61% identifica el personal médico o enfermería; y sólo el 12% conoce su nombre. El 46% considera que siempre le aclaran dudas y resuelven inquietudes y el 33% que casi siempre lo hacen. 76% opinó que siempre le hablan en un lenguaje claro y sencillo y con respecto a si la consulta es brindada con prontitud y en tiempo el 72% respondió que siempre; 87% no conoce los horarios de atención. Por lo que el proceso de atención está metodizado, brindando un acceso rápido y efectivo.	El 66% de médicos se identifica como la persona encargada del tratamiento y brinda información sobre el personal que puede contactar en caso de requerirlo. El 66% informa de los horarios de la Unidad de Cirugía mientras que el 33% no lo hace; el 44% considera que casi siempre cuenta con un esquema y normativa, el 44% que no existe una normativa que le permita priorizar a los pacientes.	El 100% de enfermeras siempre o casi siempre se identifica como la persona encargada del tratamiento y brinda información sobre el personal que puede contactar en caso de requerirlo. El 100% informa de los horarios de la Unidad de Cirugía; el 66% considera que casi siempre cuenta con un esquema y normativa, y el 33% que no existe una normativa que les permita priorizar a los pacientes.
El acceso al personal es aceptable ya que los usuarios conocen al médico y enfermera encargados de su tratamiento. Está identificado y metodizado el proceso de atención; sin embargo no todos los médicos se identifican y facilitan información básica al paciente. No existe una normativa o esquema que permita mejorar el acceso efectivo dentro del Hospital.			

Estándar	Usuario externo hospitalizado	Médicos especialistas	Personal de Enfermería
3. Registro e Ingreso	El 80% conoce los horarios de alimentación, visita y atención médica. El 78% opina que se le informó de la no ingestión de alimentos antes de la toma de un examen diagnóstico. El 49% dijo que se le informa de los objetivos de la atención médica pero no a su familia. 8% opinó que se le informó de sus derechos y responsabilidades en el hospital.	El 66% considera que algunas veces informa al usuario de las normas del Hospital. El 55% opinó que siempre o casi siempre le comunica al usuario sobre la no ingestión de alimentos previo a la toma de exámenes diagnósticos. El 66% no informa al usuario como presentar reclamos, sugerencias o felicitaciones y el 22% algunas veces lo hace.	El 100% opinó que siempre o casi siempre le comunica al usuario sobre la no ingestión de alimentos previo a la toma de exámenes diagnósticos; el 100% informa al usuario sobre el personal clave que puede contactar en caso de requerirlo. El 66% informa sobre los horarios de atención. El 100% no promueve que el usuario presente reclamos, sugerencias o felicitaciones.
Se le informa al usuario acerca de los aspectos concernientes a su estancia, atención, cuidado, horarios de alimentación y de visitas. Se le informa algunas veces de los objetivos, cuidado y atención de su tratamiento. En su mayoría se provee información sobre el personal clave que puede contactar y no se informa o promueve la manifestación de reclamos, sugerencias o felicitaciones.			

Estándar	Usuario externo hospitalizado	Médicos Especialistas	Personal de Enfermería
<p>4. Evaluación Inicial de Necesidades al Ingreso.</p>	<p>El 85% considera que siempre o casi siempre lo animan a hacer preguntas y le escuchan con atención, mostrando interés por ayudarlo. El 51% manifestó que siempre o casi siempre le preguntan lo que conoce sobre su enfermedad</p>	<p>El 100% considera que La Unidad de Cirugía está en capacidad de identificar desde el momento de ingreso del paciente si requiere atención especial. Con respecto a si se investiga sobre el conocimiento del usuario acerca de su enfermedad el 11% lo hace algunas veces y el 33% lo hace siempre. El 44% considera que siempre o casi siempre, realiza una investigación sobre las expectativas del usuario y un 33% algunas veces. El 89% de médicos consideran que siempre o casi siempre están en capacidad de identificar las necesidades especiales del usuario al momento mismo del ingreso.</p>	<p>El 100% considera que La Unidad de Cirugía está en capacidad de identificar desde el momento de ingreso del paciente si requiere atención especial. Con respecto a si se investiga sobre el conocimiento y expectativas del usuario acerca de su enfermedad el 66% lo hace algunas veces y el 33% lo hace siempre. El 100% de enfermeros consideran que siempre o casi siempre están en capacidad de identificar las necesidades especiales del usuario al momento mismo del ingreso.</p>
<p>La Unidad de Cirugía identifica a través de los médicos el riesgo de salud que los usuarios puedan presentar a pesar de ser el motivo principal de consulta e ingreso dentro del hospital. sin embargo no está debidamente documentado. Se evalúa algunas veces el conocimiento sobre la enfermedad; y muy pocas veces se investiga las expectativas de los usuarios sobre su enfermedad y tratamiento. La familia se toma en cuenta sólo en casos especiales o cuando está presente.</p>			

Estándar	Usuario externo hospitalizado	Usuario externo no hospitalizado	Personal de Enfermería
<p>5. Planeación del Cuidado y Tratamiento</p>	<p>El 66% opina que siempre o casi siempre le dan explicaciones sobre la enfermedad que tiene y sus cuidados. 68% considera que siempre o casi siempre se le instruye sobre como tomar, el tiempo, y posibles efectos del medicamento recetado. Con respecto a si le han explicado las restricciones para su tratamiento el 86% opinó que siempre o casi siempre lo hacen. 63% opina que le han explicado los cuidados para mejorar su salud. 78% opina que siempre o casi siempre se le instruye sobre no ingerir alimento previo a la toma de un examen diagnóstico.</p>	<p>El 44% considera que los médicos conocen las Guías de Práctica Clínica que se han desarrollado en la Unidad y el 44% que no existen este tipo de Guías. 100% opinó que se individualiza la atención e identifica los aspectos que puedan contribuir a la recuperación del usuario. 100% considera que orienta lo suficiente al usuario sobre la contribución de la alimentación en su recuperación 100% instruye al usuario sobre la toma de exámenes diagnósticos. Con respecto a si educa al paciente y familia sobre los cuidados en el momento de la hospitalización, el 100% considera que siempre o frecuentemente lo hace. 66% siempre educa al usuario sobre la prevención de la enfermedad y prevención de la salud, mientras que el 33% algunas veces lo hace.</p>	<p>El 66% considera que conocen poco las Guías de Atención que se han desarrollado en la Unidad y el 33% que si las conocen y practican. 100% opinó que se individualiza la atención e identifica los aspectos que puedan contribuir a la recuperación del usuario. 100% considera que orienta lo suficiente al usuario sobre la contribución de la alimentación en su recuperación 100% instruye al usuario sobre la toma de exámenes diagnósticos. Con respecto a si educa al paciente y familia sobre los cuidados en el momento de la hospitalización, el 100% considera que siempre o frecuentemente lo hace. Así como prevención de la enfermedad y promoción de la salud.</p>
<p>Existe una planeación del cuidado médico individualizado según guías de práctica de ortopédica. En la planeación se realiza una investigación diagnóstica previa al tratamiento para observar la respuesta del usuario; y a través del cual se brinda soporte profesional especial, y modificación oportuna del tratamiento cuando amerite. Existen mecanismos para proveer al usuario de información sobre la atención, cuidados y promoción de la salud. Así como la instrucción del usuario sobre la preparación de la toma de datos, muestras o exámenes.</p>			

Estándar	Usuario externo hospitalizado	Médicos especialistas	Personal de Enfermería
6. Ejecución del Tratamiento	El 99% comprende y está de acuerdo con la atención que se le brinda. 57% opinó que siempre o frecuentemente le han informado de los cuidados para su salud. 53% considera que siempre o frecuentemente se le informa de los resultados de sus exámenes y/o diagnósticos; mientras que el 47% que no le informan. El 31% considera que nunca o pocas veces se le informa de los cuidados después del egreso del hospital; mientras un 42% considera que si lo hacen. 84% opinó que nunca o pocas veces conoce la forma de presentar reclamos, sugerencias o felicitaciones.	El 55% considera que casi siempre se cuenta con mecanismos para estudiar, justificar, solicitar y dispensar insumos no incluidos en la Unidad de Cirugía. El 100% considera que siempre o casi siempre se brinda información sobre prevención de la enfermedad y promoción de la salud. El 55% considera que no se promueve que los usuarios presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones; mientras que el 11% lo promueve algunas veces.	El 100% considera que casi siempre se cuenta con mecanismos para estudiar, justificar, solicitar y dispensar insumos no incluidos en la Unidad de Cirugía. Así como brindar información sobre prevención de la enfermedad y promoción de la salud. El 100% considera que si promueve que los usuarios presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones.
La Unidad de Cirugía garantiza que la ejecución del tratamiento ortopédico es realizado por un equipo de médicos capacitados y que para la planeación y ejecución del tratamiento, a pesar que no se utilicen Guías de Práctica Clínica debidamente documentadas con respaldo técnico y científico. Cuenta con mecanismos para incorporar insumos o medicamentos de apoyo. Frecuentemente se brinda información pertinente durante la ejecución del tratamiento; así como prevención de la enfermedad y promoción de la salud. No promueve un sistema para que los usuarios presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones durante su hospitalización.			

Estándar	Usuario externo hospitalizado	Médicos Especialistas	Personal de Enfermería
7. Evaluación del Tratamiento.	El 84% pocas veces conoce o no conoce en que forma pueda presentar reclamos, sugerencias o felicitaciones a la Unidad de Cirugía. El 25% opinó que siempre o casi siempre se ha evaluado, investigado o respondido algún reclamo o sugerencia; mientras que el 52% nunca hizo un reclamo o sugerencia.	El 55% opinó que el personal médico no cuenta con un sistema de evaluación para los casos con resultados adversos. El 55% opinó que son evaluados por lo menos cada 6 meses algunas veces o casi siempre. El 67% opinó que se realizan análisis diagnósticos como base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos.	El 66% opinó que casi siempre el personal de enfermería es evaluado por lo menos cada 6 meses. El 100% opinó que se realizan análisis diagnósticos como base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos.
La Unidad de Cirugía pocas veces efectúa una evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas; además no cuenta con un mecanismo de retroalimentación interna o evaluación periódica para los casos con resultados adversos o no esperados. La Unidad de Cirugía no promueve o informa sobre un mecanismo para efectuar reclamos, sugerencia y/o felicitaciones; y no existe evidencia de que se investiga y aplica correctivos.			

Estándar	Usuario externo hospitalizado	Médicos Especialistas	Personal de Enfermería
8. Salida y seguimiento	El 42% opinó que siempre o casi siempre se le informa de los cuidados que debe tener en el momento de la hospitalización y después del egreso; mientras que el 31% que nunca o pocas veces se le informa. 78% considera que si se le informa como deberá continuar la toma de medicamentos en casa.	El 88% considera que siempre o frecuentemente se informa al usuario y familia sobre los cuidados que se han de brindar al egreso del hospital. 100% considera que siempre educa al usuario sobre prevención de enfermedades y promoción de la salud. El 78% considera que se envía una boleta de referencia al centro o puesto de salud al cual se envía al usuario indicando el tratamiento a seguir.	El 100% considera que siempre o frecuentemente se informa al usuario y familia sobre los cuidados que se han de brindar al egreso del hospital. 100% considera que siempre educa al usuario sobre prevención de enfermedades y promoción de la salud. El 66% considera que siempre se envía una boleta de referencia al centro o puesto de salud al cual se envía al usuario indicando el tratamiento a seguir.
Existe un plan de egreso y seguimiento en el que se indica los requerimientos futuros necesarios del usuario; así como brindar instrucción al usuario sobre horario, tipo y cantidad de medicamento que debe consumir en su casa. El médico que refiere al paciente algunas veces es informado del tratamiento y evolución del usuario pero no recibe una boleta de contrarreferencia. Frecuentemente los usuarios no conocen con exactitud las personas que puede contactar en caso de necesitar su ayuda.			

Estándar	Usuario externo hospitalizado	Médico Especialista	Personal de Enfermería
<p>9. Mejoramiento Continuo de la Calidad</p>	<p>89% opinó que nunca ha participado en algún proceso o evaluación de la Unidad de Cirugía para mejorar sus servicios y calidad; mientras que el 7% que si lo ha hecho. Por lo que la Unidad de Cirugía no cuenta con objetivos, estrategias y/o mecanismos definidos para el mejoramiento de la calidad. No cuenta con un plan sistemático de mejoramiento; sin embargo dentro de la Unidad de Cirugía si existe una cultura de calidad enfocada al usuario y se tiene en cuenta su satisfacción.</p>	<p>El 55% considera que el personal es evaluado y/o capacitado en el desempeño de sus funciones por lo menos cada 6 meses. El 55% opinó que el personal está suficientemente preparado para prestar especial atención y dar información a la familia de pacientes discapacitados mentales o en estado de inconsciencia. El 89% considera que la rotación del personal es adecuada.</p>	<p>El 66% considera que siempre el personal es evaluado y/o capacitado en el desempeño de sus funciones por lo menos cada 6 meses. El 66% opinó que el personal está suficientemente preparado para prestar especial atención y dar información a la familia de pacientes discapacitados mentales o en estado de inconsciencia. El 66% considera que casi siempre la rotación del personal es adecuada.</p>
<p>La Unidad de Cirugía tiene asignado a un responsable de cada servicio; el mejoramiento se basa en información obtenida por el mismo personal a través de evaluaciones individuales. A excepción de enfermería, no se cuenta con un plan de evaluación periódica que permita identificar debilidades y estrategias a seguir para la mejora continua. Además de no contar con objetivos, estrategias y/o mecanismos definidos para el mejoramiento de la calidad. No cuenta con un plan sistemático de mejoramiento; sin embargo dentro de la Unidad de Cirugía si existe una cultura de calidad, practicada por la mayoría de personal, enfocada al usuario y se tiene en cuenta su satisfacción.</p>			

Cuadro No. 2

Comparación entre los Estándares de Referencia de Calidad de Atención al Usuario con el grado de madurez del Estándares de la Unidad de Cirugía del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación. Agosto, 2008.

Nota: La calificación fue dada en base a los criterios de calificación.

	Estándar de Referencia	Estándar de la Unidad de Cirugía
1. Derecho de los Usuarios Calificación 3 de 5	1. Verificar si existe una declaración de los derechos y deberes de los usuarios como parte del código de ética en la Unidad de Cirugía. 2. Identificar si existe evidencia de que la Unidad de Cirugía cuenta con planes de capacitación de su personal.	En la Unidad de Cirugía, no obstante que se práctica los deberes y derechos de los usuarios no existe una declaración escrita y visible de estos derechos y deberes. No se cuenta con Código de Ética establecido y debidamente documentado. Es necesario fortalecer los planes a mediano y largo plazo para la capacitación sobre este tema para su personal.
2. Acceso Calificación 3 de 5	3. Existe una normativa escrita que permita dar seguimiento al proceso de atención del usuario, el cual debe de estar metodizado e identificado para brindar al usuario de la Unidad de Cirugía un acceso rápido y efectivo.	El acceso está metodizado e identificado por parte del personal de la Unidad y Especialistas; por lo que es efectivo a pesar que no siempre cumple las expectativas de tiempo para los usuarios. No existe una normativa escrita que permita dar seguimiento al proceso de atención al usuario.
3. Registro e Ingreso Calificación 4 de 5	4. Existe un proceso de admisión e inducción del paciente durante su atención y tratamiento. Concerniente a su estancia, atención y cuidado, así como la documentación requerida para su ingreso. Se provee información al paciente acerca del Hospital y Unidad de Cirugía en los siguientes aspectos: a) personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención, b) Rutinas referentes a horarios, restricciones para la visitas y alimentación, c) Secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento, d) derechos o servicios cubiertos y no cubiertos.	Existe un proceso de inducción y admisión identificado por el personal de enfermería y médicos especialistas. Se provee información al usuario sobre su tratamiento de recuperación, objetivos de la atención y cuidados; así como informar de la no ingestión de alimentos previo a la toma de exámenes diagnósticos y horario de alimentación. Sin embargo pocas veces se provee información sobre horario y ubicación de, mecanismos para contactar al médico o personal clave dentro del hospital, mecanismos para presentar reclamos, sugerencias o felicitaciones; rotaciones del personal médico y enfermería, derechos dentro del hospital. No existe un proceso estandarizado de inducción y admisión.
	Estándar de Referencia	Estándar de la Unidad de Cirugía

<p>4. Evaluación Inicial de Necesidades al Ingreso</p> <p>Calificación 2 de 5</p>	<p>5. La Unidad cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso. Se realiza una evaluación del conocimiento, expectativas, necesidades de información y educación del paciente y la familia frente a su enfermedad o tratamiento quirúrgico. La evaluación es realizada por un médico y/o equipo médico.</p> <p>6. La historia clínica de consulta e ingreso de pacientes al hospital, permite desde la entrada del usuario detección de patología o condición de riesgo o que requiera cuidados especiales nutrición, psicológicos, fisioterapia, etc., aunque esta no sea el motivo principal de consulta e ingreso.</p>	<p>En su mayoría se identifica el procedimiento a seguir, el tratamiento específico y la necesidad de educación del usuario con respecto a su enfermedad; se realiza una evaluación sobre los conocimientos del usuario y su familia sobre la enfermedad que padece; pero pocas veces se identifica las expectativas que el usuario tiene con respecto a su tratamiento quirúrgico o de recuperación.</p> <p>Dispone de un mecanismo efectivo para detectar si el usuario necesita cuidados especiales, el cual se hace a través de los médicos encargados de cada servicio.</p>
---	---	--

	Estándar de referencia	Estándar de la Unidad de Cirugía
<p>5. Planeación del Cuidado y Tratamiento</p> <p>Calificación 4 de 5</p>	<p>7. Verificar si existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento. Existencia de Protocolos y Normas de atención institucionalizados.</p> <p>8. Existen enunciados sobre los puntos clave, prioritarios o de mayor riesgo; que se deben tomar en cuenta para identificar oportunamente medidas correctivas. Esto significa identificar las áreas hospitalarias de mayor riesgo; efectuar equipos multidisciplinarios; tomar acciones para modificar oportunamente el tratamiento, brindar soporte especial.</p> <p>9. Durante la atención que se brinda se practican normas relacionadas con los derechos de los usuarios; en dónde los pacientes son examinados y tienen la</p>	<p>Dentro de la Unidad no existen normas y protocolos sistematizados e institucionalizados que brinden a todo el personal las directrices y procedimiento de atención dentro del Hospital de Ortopedia; sin embargo las prácticas de medicina y enfermería se basan en protocolos de atención propios de su especialidad, evidencia de casos anteriores, objetivos del tratamiento, planteamiento de los casos en el Consejo Médico, etc. los cuales se aplican de manera individual en cada paciente.</p> <p>Si están identificadas las áreas con mayor demanda de atención en la Unidad de Cirugía; en un 100% se toman acciones para modificar oportunamente el tratamiento, así como brindar un soporte médico, nutricional o psicológico especial cuando amerite. Sin embargo pocas veces se trabaja con un equipo multidisciplinario. No existen enunciados que permitan</p>

	<p>oportunidad de preguntar sus inquietudes, se respeta su privacidad y existe políticas de confidencialidad frente a la información del usuario.</p> <p>10. Existe un plan de tratamiento y asesoría a pacientes; las órdenes médicas son revisadas antes de la entrega de medicamentos, existen mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas del paciente, existen mecanismos para proveer información al usuario y su familia sobre la atención.</p> <p>11. Existe una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, como son tomadas las muestras o datos y como serán notificados los resultados; b) se instruye al paciente sobre la preparación para la toma de los datos, muestras o exámenes, c) Los resultados están acompañados de una interpretación, en letra legible, con firma y sello, código del responsable, y fecha de resultados, d) Se provee información a los pacientes y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos, e) Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad, discapacitados mentales o en estado de inconsciencia y f) Se realizan análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como referencia para observar la respuesta del paciente.</p>	<p>identificar las medidas correctivas.</p> <p>A pesar de que no existe una normativa sobre los derechos de los usuarios; en la atención que se brinda por parte del personal, el paciente considera que se respetan sus derechos, privacidad y consideran que el personal médico y enfermería está en su mayoría abierto al responder las preguntas de los usuarios.</p> <p>Existe un plan de tratamiento realizado por el médico; sin embargo los usuarios no siempre comprenden con exactitud la asesoría que el médico o enfermeros le brindan. Las ordenes de medicamentos no son revisadas antes de la entrega directamente por el médico pero si, por la enfermera jefe de la Unidad, en su mayoría los profesionales de apoyo (nutricionista, psicólogo, enfermería) no comunican al médico la necesidad de realizar exámenes diagnósticos o aplicación de medidas pertinentes para el tratamiento cuando sea necesario. En su mayoría se le informa al usuario sobre la atención que se le está brindando.</p> <p>Si existen mecanismos para solicitar exámenes de diagnóstico que el médico solicite; casi siempre se le informa al usuario como debe prepararse para recolectar los datos y exámenes diagnósticos. Muy pocas veces los resultados de la condición del usuario detectada por otros profesionales de la salud (nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, etc.) son divulgados al resto del equipo multidisciplinario encargado de la atención del paciente; principalmente cuando amerita tratamientos coadyuvantes en casos especiales. En su mayoría si se provee información a los usuarios pero no a sus familiares sobre los resultados de sus exámenes diagnósticos y su condición de salud. El personal médico si presta especial atención en casos de personas discapacitadas física o mentalmente. En un 70% el personal médico si cuenta con valoraciones diagnósticas que permitan ver la evolución del paciente.</p>
--	--	---

	Estándar de referencia	Estándar de la Unidad de Cirugía
<p>6. Ejecución del Tratamiento</p> <p>Calificación 4 de 5</p>	<p>12. Existen procesos desarrollados para la instauración del tratamiento: a) Garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo de médicos entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir su función; b) El paciente y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, c) Cuenta con mecanismo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y d) Se cuenta con procedimientos para brindar cuidados en casa.</p> <p>13. Identificar si el cuidado y el tratamiento brindado al paciente son consistentes con los estándares de práctica, basados en la mejor evidencia disponible: a) hace uso de guías de práctica de salud con respaldo técnico y científico y b) La Unidad cuenta con un sistema periódico de evaluación.</p> <p>14. Promueve un sistema para que los usuarios presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones durante el curso de su hospitalización y todos los reclamos o sugerencias presentados por los usuarios o familiares son evaluados, investigados, aplicando medidas correctivas y se da una respuesta y se informa al servicio o persona que generó el reclamo o la felicitación.</p>	<p>La Unidad de Cirugía si garantiza que la planeación del tratamiento es realizado por un equipo de médicos y enfermeras con capacidad técnica y científica para cumplir con la atención; y durante la ejecución del tratamiento. No existen mecanismos de promoción y prevención de enfermedades a pesar de no ser específicas de ortopedia y rehabilitación. En su mayoría se le informa al usuario de los cuidados que debe tener en casa. Pocas veces se toma en cuenta a la familia en la información que se brinda.</p> <p>El personal de la Unidad muy pocas veces promueve que los usuarios presenten sugerencias, reclamos o felicitaciones durante su estadía dentro del hospital. En caso de existir reclamos o sugerencias estas son evaluados e investigados sólo algunas veces por el mismo personal que los recibe, así como la aplicación de correctivos y respuesta al usuario.</p>

	Estándar de Referencia	Estándar de la Unidad de Cirugía
<p>7. Evaluación del Tratamiento</p> <p>Calificación 2 de 5</p>	<p>15. Identificar si la Unidad garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados, tomando como base la historia clínica. a) La Unidad efectúa la evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas, b) La Unidad cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas para los casos con resultados adversos o no esperados en el curso del tratamiento. c) Como parte de la evaluación, la Unidad promueve que el usuario presente reclamos, sugerencias y/o felicitaciones durante el curso de su hospitalización, d) Todos los reclamos y sugerencias presentados por los pacientes o sus familiares, son evaluados, investigados, se aplica medidas correctivas, y se informa a la persona que originó el reclamo.</p>	<p>La Unidad de Cirugías efectúa una evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas; sin embargo no tiene una retroalimentación interna o evaluación periódica para los casos con resultados adversos o no esperados.</p> <p>Existe poca participación por parte de otros profesionales no médicos en los equipos multidisciplinarios para la evaluación de las historias clínicas.</p> <p>Se promueve poco que los usuarios presenten reclamos, sugerencias y/o felicitaciones durante el curso de su hospitalización.</p> <p>Sólo algunas veces se investiga, aplica correctivos y se informa a la persona que originó la demanda sobre los reclamos, sugerencias o felicitaciones realizadas.</p>

	Estándar de referencia	Estándar de la Unidad de Cirugía
<p data-bbox="331 321 667 354">8. Salida y seguimiento</p> <p data-bbox="369 391 630 423">Calificación 3 de 5</p>	<p data-bbox="804 191 1360 354">16. Identificar si existe para cada paciente que egresa de la Unidad un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios.</p> <p data-bbox="804 358 1360 824">17. Identificar si previo al egreso del paciente, se planea el seguimiento en casa. a) Existe un plan de egreso y seguimiento, b) El paciente que egresa y su familia han recibido información escrita sobre cuidados especiales, la alimentación, horario del medicamento, tipo y duración que debe consumir en su casa, etc. c) Conoce que servicios o personas debe contactar en caso de necesitar asesoría y las notas de egreso indican la situación del cuadro clínico actual y las nuevas necesidades expresadas por el paciente.</p> <p data-bbox="804 829 1360 951">18. Existen mecanismos para que la unidad que refirió al paciente sea informado acerca del tratamiento del paciente referido.</p>	<p data-bbox="1386 191 1942 488">Existe el Plan de Atención en dónde se registra la evolución y resultado final de la condición de salud durante la estadía del paciente. Se brinda un seguimiento a los requerimientos futuros que el usuario puede presentar a través de un expediente que se abre en la consulta externa, en dónde se realiza una evaluación periódica.</p> <p data-bbox="1386 493 1942 721">El usuario conoce en su mayoría que personas puede contactar en caso de necesitar ayuda en su tratamiento. Sin embargo, no se brinda al usuario un documento que reporte el estado final de su estadía, así como la información sobre los cuidados que debe llevar en casa.</p> <p data-bbox="1386 725 1942 927">No existe información documental sobre la información que se brinda al médico o unidad que refiere al paciente; sin embargo en su mayoría los usuarios asisten por su propia iniciativa a consulta en el hospital.</p>

	Estándar de referencia	Estándar de la Unidad de Cirugía
<p>9. Mejoramiento de la Calidad</p> <p>Calificación 1 de 5</p>	<p>19. Existe un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento. a) cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. b) El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. c) La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación de la información hacia los trabajadores de la Unidad y otras unidades del hospital. d) El plan de mejoramiento cuenta con indicadores de seguimiento, los cuáles están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica; y es comparado frente a estándares profesionales aceptados.</p> <p>20. Los estándares de Atención de Calidad pueden ser implementados dentro de un proceso de mejoramiento continuo. a) Disponibilidad por parte de la Unidad teniendo como eje central la satisfacción del usuario, la familia y el propio equipo de la Unidad y b) Para dar cumplimiento a este primer enunciado el personal de la Unidad hace compromisos de gestión para el mejoramiento continuo de la calidad.</p> <p>21 Establecer en que medida el presente manual de mejoramiento continuo de la calidad, tiene expectativas de éxito en su aplicación. Será factible implantar a) Un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos</p>	<p>Existe un responsable o directivo dentro la Unidad de Cirugía, encargado de velar por la calidad de atención brindada al usuario, sin embargo no existe un plan escrito, con objetivos definidos y medibles para mejorar la calidad en la atención que se brinda. No cuenta con objetivos para mejorar la calidad; a pesar de ello existe una cultura de calidad por la que se rigen la mayoría del personal médico y enfermería, lo cual permite una atención satisfactoria para la mayoría de los usuarios.</p> <p>Existe disponibilidad de algunos directivos para implementar estándares de atención de calidad teniendo como eje central la satisfacción del usuario, su familia y el personal de la Unidad, a través de establecer una evaluación periódica que les permita mejorar Así mismo el personal muestra interés para la implementación de nuevos procesos de atención de calidad.</p> <p>La receptividad por parte de algunos médicos y enfermeras no fue del todo positiva por lo que puede existir barreras para implementar el presente manual; el cual será implementado en la medida que los recursos humanos, físicos y financieros permitan establecer una monitorización permanente de los procesos prioritarios, así como implementar medidas correctivas de mejoramiento de la calidad. La factibilidad para establecer un método formal y permanente de evaluación, recolección de</p>

	<p>seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificará e implementará actividades de mejoramiento, y b) El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</p> <p>22. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados. Existe disponibilidad por parte de los directivos de la Unidad en hacer una declaración sobre la práctica de atención integral por calidad y la comunica a otros servicios y autoridades del hospital.</p>	<p>información, procesamiento y análisis de resultados, dependerá directamente de unir esfuerzos a todos los niveles del Hospital, apoyo del MSPAS y mejora de recursos.</p> <p>Existe disponibilidad por parte del personal de Unidad de Cirugía para hacer una declaración y divulgación sobre la práctica de mejoramiento continuo de calidad dentro de la Unidad y el Hospital.</p>
--	---	---

Cuadro No. 3
Fortalezas y Debilidades en la Calidad de Atención al Usuario
de la Unidad de Cirugía del
Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación
Agosto, 2005

Luego de aplicar los instrumentos de calificación, se obtuvo los siguientes puntajes:

	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
1. Derecho de los Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> • Existen prácticas sobre los derechos de los usuarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un código de ética para la Unidad de Cirugía. • No existen enunciados escritos (reglamento, normas, políticas, etc:) acerca de los derechos y deberes de los usuarios. • La práctica sobre los derechos de los usuarios no está relacionado directamente con un enfoque de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las Autoridades del Hospital de Ortopedia, así como Autoridades del Nivel Central del Ministerio, están interesados en el mejoramiento de la atención y las prácticas relacionadas a los derechos y responsabilidades de los usuarios para brindar mayor satisfacción a través de la atención brindada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparar la calidad de atención que brinda la Unidad de Cirugía con la atención que se brinda al usuario por parte de otros departamentos y/o hospitales que en su mayoría son más deficientes. • En general renuencia del personal para seguir normas y reglamentos como un código de ética, la cual se traducen como mayor esfuerzo.

	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
2. Acceso	<ul style="list-style-type: none"> • La metodología utilizada para el acceso del usuario si es identificado por el personal de la Unidad. • El acceso a la Atención Médica es continua para los pacientes hospitalizados. • La atención que se brinda es efectiva para todos los usuarios hospitalizados de la Unidad, ya que obtienen mejora en su afección ortopédica. • La mayoría de usuarios identifican al médico y enfermera encargado de su tratamiento, a pesar de no saber el nombre, por lo que el acceso a estos es relativamente bueno. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe una normativa escrita que identifique y metodice el proceso de atención al usuario de la Unidad. • Debido a que en algunos casos el tratamiento quirúrgico puede variar de 5 a 40 días después del ingreso, la rapidez con la que se brinda el tratamiento quirúrgico debe optimizarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a las personas responsables de orientar al usuario en Consulta Externa, para que a través de brindar información facilite el acceso y atención. • Un proceso de cambio en la atención que se brinda al usuario puede generar un mayor fortalecimiento de los recursos existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente capacidad de adaptación de la Unidad de Cirugía al rápido aumento del número de consultantes, por lo que dificulta el acceso. • Burocracia en el proceso de ingreso del usuario dentro del hospital.

	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
3. Registro e Ingreso	<ul style="list-style-type: none"> • Se brinda información relacionada a horarios de alimentación y visitas en general, al momento del ingreso. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un proceso estandarizado y normado referente a la inducción que se debe dar al momento del ingreso. • El personal no está debidamente preparado para asumir las barreras de lenguaje que puedan presentar algunos usuarios. • Al inicio de la atención sólo algunas veces se brinda información referente al horario de visitas médicas, mecanismo para contactar al médico y enfermera encargada, así como el nombre, horarios de televisión y presentar reclamos, sugerencias y/o felicitaciones; sus derechos y obligaciones dentro del hospital, así como los servicios cubiertos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe posibilidad de participación de actores no tradicionales, quienes pueden fortalecer el establecimiento de una normativa de atención en la unidad. • La construcción de un nuevo sistema de Atención de Calidad dentro de la Unidad, permitiría darle un mayor grado de autonomía al manejo gerencial, administrativo, técnico y presupuestario al Hospital permitiéndole, asumir un rol rector regulador dentro del proceso de atención a nivel del Ministerio de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existen barreras de lenguaje presentadas por los usuarios que no hablan español. • Burocracia en el proceso de registro e ingreso dentro del hospital.

	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
4. Evaluación Inicial de Necesidades al Ingreso.	<ul style="list-style-type: none"> • El personal médico y de enfermería identifica en su mayoría las necesidades específicas de atención que puedan contribuir en su tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • En su mayoría no existe una investigación inicial de necesidades de información, conocimiento sobre el problema ortopédico y expectativas del usuario y su familia. • La familia es tomada en cuenta solamente por muy pocos médicos. • No existe un mecanismo que permita desde la entrada del paciente al hospital, la detección de una condición nutricional, psicológica o patología de riesgo que requiera cuidados especiales aunque esta no sea el motivo principal de ingreso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe oportunidad de participación de familiares dentro del proceso de atención. • Existe oportunidad de capacitar al personal de enfermería y especialistas para contribuir a la divulgación y cumplimiento de estándares de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • El horario de entrada de la familia de los pacientes al hospital es restringido. • Nivel educativo y cultural de algunos usuarios. • Inexistencia de intérpretes de lenguas mayas dentro del hospital.

	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
5. Planeación del Cuidado y Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento que se brinda se realiza por un equipo médico especializado en ortopedia en su mayoría. • El personal identifica las áreas de mayor riesgo dentro del hospital. • Dentro de la Unidad de Cirugía se toman acciones oportunas para modificar el tratamiento en curso. • El personal en general tiene prácticas relacionadas con los derechos de los usuarios. • Se provee información al paciente sobre la atención médica que se realizará. • Se cuenta con mecanismos para informar y/o educar al usuario sobre los cuidados así como la promoción de la salud. • Se incluye en todos los casos la investigación diagnóstica que servirá de referencia; así como prestar especial atención a pacientes menores de edad o con discapacidades mentales 	<ul style="list-style-type: none"> • No existen Normas de Atención o Guías de Práctica Clínica adaptadas e institucionalizadas dentro del Hospital. • No existe un equipo multidisciplinario que identifique las áreas de mayor riesgo dentro del hospital e implemente acciones preventivas oportunas. • No se notifica por escrito los resultados de la evaluación, tratamiento y evolución del paciente. • No siempre se provee información a los pacientes sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos que se le realizan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe oportunidad de crear una normativa propia de la Unidad de Cirugía que oriente en base a estándares de calidad el proceso de atención al usuario dentro del hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un plan de mantenimiento preventivo y correctivo que permita óptima funcionalidad a los equipos y recursos existentes dentro del hospital. • El desarrollo de un sistema de cambio en la atención; podría requerir la participación de varios actores con intereses diversos, lo cual requeriría de esfuerzos especiales para que respondan a los intereses de cambio de la Unidad de Cirugía.

	y/o físicas.			
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
6. Ejecución del Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • El equipo de médicos y enfermeras que realiza la atención tiene capacidad técnica y científica para cumplir su función. • Se provee al usuario información sobre su enfermedad como parte de promoción de la salud y prevención de enfermedades. • El paciente recibe educación e información pertinente durante la ejecución de su tratamiento. • Se educa al usuario sobre los cuidados de salud que debe tener en casa. • El personal de enfermería cuenta con un sistema periódico de evaluación interna por lo menos cada 6 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • La familia de los usuarios recibe poca educación e información pertinente como parte de promoción de la salud sólo por algunos médicos y enfermeras. • No existe un sistema para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el período de hospitalización. • No se promueve que los usuarios presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones. • Los reclamos y sugerencias presentados por los pacientes o familiares, son evaluados, investigados, corregidos y muy pocas veces se da una respuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe oportunidad de solicitar donaciones de productos o equipo que facilite la mejora de la atención limitada por recurso físico. • Existe oportunidad de solicitar asistencia por parte de otras instituciones académicas, para la formación y capacitación de recurso humano. 	<ul style="list-style-type: none"> • El Recurso Humano fuera, al no verse como actor de cambio podría mostrar resistencia e inconformidad ante la colaboración en los nuevos procesos de atención dentro de la Unidad de Cirugía.

	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
7. Evaluación del Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Existe una evaluación individual diaria del estado de salud y condición del usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta con una retroalimentación interna o evaluación periódica para los casos con resultados adversos o no esperados durante el curso de hospitalización del usuario. • No existe una evaluación periódica de las historias clínicas por el equipo médico. • Poca participación del equipo multidisciplinario, para la evaluación de las historias clínicas. • No existe un sistema de promoción y resolución de reclamos, sugerencias y/o felicitaciones durante el curso de hospitalización del usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser pioneros en la introducción de un sistema de evaluación propio de la Unidad de Cirugía, adaptable a otras unidades hospitalarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistencia de un sistema de evaluación dentro de la red hospitalaria del MSPAS. • Temor de los usuarios para presentar sus quejas o reclamos.

	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
8. Salida y Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Se da un seguimiento a los requerimientos futuros que el usuario puede presentar a través de la asistencia a consultas periódicas. • El usuario conoce al personal clave que puede contactar al momento de requerir asesoría para el seguimiento de su tratamiento en casa. • Se brinda educación e información sobre la alimentación, horario, tipo, cantidad de medicamento que debe consumir en casa. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un documento en dónde se reporte el resultado final de la estadía del usuario dentro del hospital. • No se brinda un documento al médico o unidad que refirió al paciente sobre la evaluación inicial, tratamiento y evolución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las altas demandas de los servicios gratuitos de salud dentro del país; repercute en el egreso del paciente al tener un estado de salud apropiado, pero no necesariamente un estado óptimo en cuanto a su tratamiento ortopédico, lo que justifica la continuidad y seguimiento de la Atención ortopédica ambulatoria del usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistencia de atención ortopédica en toda la República, lo cual no permite continuar el monitoreo en el lugar de origen del usuario.

	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
9. Mejoramiento de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Existe una cultura de calidad dentro de la Unidad de Cirugía. • Existe disponibilidad por parte del Directivo del Hospital, para implementar un sistema de mejoramiento continuo de la Calidad como parte de la satisfacción del usuario, familiar y personal de la Unidad de Cirugía. • Existe disponibilidad e interés por parte de algunos médicos y enfermeras, para implementar un sistema de monitorización y evaluación permanente de los procesos realizados dentro de la Unidad de Cirugía e identificados como prioritarios. • Existe disponibilidad por el personal en general de hacer una declaración sobre la práctica de atención integral de calidad y comunicarlo al personal que labora en la Unidad de Cirugía así como a otros servicios y autoridades del hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento, diseñado en base a la información obtenida por el usuario, su familia y equipo de salud que permita determinar los objetivos y estrategias para el mejoramiento así como incorporar indicadores de seguimiento en la atención, comparados frente a estándares de calidad internacionalmente aceptados. 	<ul style="list-style-type: none"> • A través de la incorporación de un plan de Atención de Calidad dentro de la Unidad de Cirugía; puede propiciar el inicio para el desarrollo de un Plan estratégico de Atención de Calidad al usuario dentro del hospital. • Un proceso de cambio puede generar un mayor fortalecimiento de los recursos existentes. • El recurso actual puede ser optimizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • El fortalecimiento de la Calidad de Atención, no debe significar necesariamente más recursos materiales. El cambio más que de recursos debe ser conceptual y como parte de una Cultura Integral de Calidad y cambio institucional en dónde los recursos más bien sean optimizados. • No obstante que los recursos materiales puedan ser escasos, no debe permitirse la mentalidad de que si no se tiene mas recursos no puede generarse un buen trabajo con lo que se tiene. • Dado que el establecimiento de procesos requiere de un plazo razonable de tiempo será necesario que al curso del diseño y ejecución del Plan, se vele por mantener la direccionalidad y continuidad del proceso. Esto implica que los aspectos planteados sean claramente

				<p>definidos dentro del corto, mediano y largo plazo.</p> <ul style="list-style-type: none">• La decisión y magnitud de cambio debe ser tomada principalmente por todos los actores de la Unidad de Cirugía; estableciendo un proceso nuevo de atención al usuario, entendido como una iniciativa que no es de una sola persona, sino de todo el personal de la Unidad de Cirugía.
--	--	--	--	--

VIII. ANALISIS DE RESULTADOS

A. Derecho de los usuarios

Según los resultados expuestos la mayoría de los usuarios de la Unidad de Cirugía están satisfechos con el trato que reciben por parte del personal, el cual en su mayoría es cortés, los trata con respeto, paciencia y sin discriminación. Los médicos y enfermeras practican de una manera no sistematizada los derechos de los usuarios; lo cual da como resultado acciones específicas realizadas y registradas que abarcan la mayoría de servicios y por lo tanto satisfacción del usuario en relación al trato que se le da y cumplimiento en gran parte del enfoque del estándar, sin embargo aun existen brechas en este estándar específicamente deficiencia en la información proporcionada al usuario sobre derechos y responsabilidades dentro del Hospital; así como conocimiento por parte de todo el personal y uniformidad en la aplicación del mismo.

En general si existe un trato adecuado en relación con los derechos de los usuarios practicado por todo el personal, lo cual es una fortaleza dentro de la Unidad; sin embargo, la falta de cumplimiento con el 100% de estos estándares se debe principalmente en que no existe un documento que guíe al personal sobre las prácticas relacionadas con los derechos de los pacientes, además que los derechos y deberes de los usuarios no forman parte de enunciados escritos que persigan el mejoramiento continuo; así como no existe un código de ética o capacitación que relacione directamente el estándar con un enfoque de Atención Integral de Calidad.

B. Acceso

El estándar de acceso se refiere no sólo al ingreso rápido del paciente al proceso de atención nutricional; sino al entendimiento y acercamiento que el paciente tenga con dicho proceso. Por lo que el ingreso del paciente al proceso de atención ortopédico es rápido y efectivo el cual está identificado y metodizado. El usuario expresó que el personal de enfermería está en su mayoría dispuesto a resolver dudas e inquietudes; además de conocer casi siempre a quien deben referirse o el personal clave que puedan contactar en caso de tener una inquietud. Los usuarios también conocen los horarios de atención que se manejan dentro de la Unidad de Cirugía; por lo que esto facilita el acceso que el paciente pueda tener al proceso de la atención que se le brinda.

Las inconsistencias que se hallan en este estándar se deben principalmente a que no existe una normativa escrita que permita identificar y metodizar el proceso de atención al usuario de la Unidad de Cirugía; el cual sea debidamente conocido por todo el personal y permita unificar y estandarizar la información que se le brinda al usuario; para que este comprenda y se acerque al proceso de atención que se le brinda.

C. Registro e Ingreso

El personal médico y de enfermería en su mayoría considera que brinda la información necesaria durante la estancia del paciente. Los usuarios manifestaron que casi siempre se les habla en un lenguaje claro y sencillo para su comprensión. En su mayoría no se les habla sobre los derechos y responsabilidades en salud, y únicamente tienen claro el horario de alimentación y visita general dentro del hospital; sin embargo no conocen exactamente el horario de atención de los médicos puesto que argumentan que no siempre llegan a la misma hora y en ocasiones no llegan. Como debilidad dentro del estándar de Registro e Ingreso la Unidad de Cirugía, se encuentra que no existe una normativa referente al proceso de inducción al momento del ingreso del usuario; que permita unificar y brindar información estándar al inicio de la atención. Además de no contar con personal capacitado para transmitir información en por lo menos las principales lenguas mayas, a pesar que este número de población es relativamente bajo.

D. Evaluación Inicial de Necesidades al Ingreso

Se considera que el personal de la Unidad de Cirugía está en capacidad de identificar desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere cuidados especiales de nutrición, psicológicos, fisioterapéuticos, etc., la cual se realiza generalmente a través de la evaluación inicial que el médico efectúa.

El personal de enfermería manifiesta interés por resolver las inquietudes que puedan surgir al usuario sobre la atención que se brinda; sin embargo tanto médicos como enfermeras sólo algunas veces investiga las expectativas del usuario y las necesidades que este tiene en educación de salud, además que la familia, a excepción de los niños, muy pocas veces se involucra dentro del proceso de atención. Debido a que no existe un proceso sistemático de evaluación inicial de educación, de información y de identificación de expectativas del usuario y

su familia, es necesario registrar, reconocer y documentar el proceso de evaluación inicial de necesidades al ingreso en la atención al usuario. El cual sea conocido y practicado por todo el personal de la Unidad de Cirugía.

E. Planeación del Cuidado y Tratamiento

Si existe una planeación del cuidado médico y enfermería individualizada, a pesar que no se rijan según guías de práctica clínica internacionales o bien guías de práctica clínica específicas para la Unidad de Cirugía. Durante la atención brindada se practican normas relacionadas con los derechos de los usuarios, tales como examinar al paciente respetando su privacidad y aplicar políticas de confidencialidad sobre la información del usuario. Se brinda cuando es necesario el soporte farmacéutico especial y se explica en su mayoría la forma de consumo así como los efectos buenos e indeseables que le puedan causar; sin embargo existe poca participación en los equipos multidisciplinarios para planificar el cuidado y tratamiento de los usuarios. Si existe el mecanismo para proveer al usuario de información sobre la atención; aunque esta no se brinde de manera equivalente para todos los usuarios. En su mayoría se informa al usuario sobre los cuidados que debe tener para su enfermedad y mantener su salud en general; así como los objetivos de la atención y tratamiento quirúrgico.

Si existe una investigación diagnóstica previa al tratamiento para observar la respuesta del usuario al tratamiento aplicado; sin embargo la instrucción del usuario sobre la preparación de la toma de datos, muestras o exámenes, se realiza generalmente por la enfermera y pocas veces por los médicos. Esto probablemente se debe a que no existe una metodología debidamente documentada para brindar este tipo de información ya que los médicos asumen que no es su rol brindar esta información pero si el de personal de enfermería.

F. Ejecución del Tratamiento

En general los pacientes de la Unidad de Cirugía están satisfechos con la atención que se les brinda; la cual en su mayoría es comparada con la atención que se brinda por parte de otros hospitales nacionales. Se considera en su mayoría que el personal médico está debidamente capacitado en su rama y cuenta con instrumentos diagnósticos aceptables, a pesar que muchos de los exámenes deben ser costeados por el usuario debido a que se realizan en instituciones o laboratorios ajenos al Hospital.

La Unidad de Cirugía garantiza que la ejecución del tratamiento médico y enfermería es elaborado por un equipo entrenado y con capacidad técnica y científica; el paciente recibe la educación e información pertinente relacionada con su estado de salud, durante la ejecución del tratamiento pero la familia se toma en cuenta sólo cuando es muy necesario. Además que la planificación y ejecución del tratamiento no se brinda por todo un equipo multidisciplinario, probablemente porque el recurso humano en otras especialidades como nutrición y psicología son limitados para atender el número de población del Hospital. Se cuenta poco con mecanismos de promoción de la salud y prevención de enfermedades no propias del padecimiento del usuario. Sin embargo, debido a que no existe una normativa que oriente sobre la información obligatoria de recolectar al momento del ingreso, planeación y ejecución del tratamiento, se promueve muy poco que los usuarios presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones durante su hospitalización. Además que no existen registros contundentes sobre reclamos, sugerencias o felicitaciones presentados por los usuarios por lo que no se puede asegurar que estos sean evaluados e investigados, se apliquen medidas correctivas y se dé una respuesta al usuario y/o su familia.

G. Evaluación del Tratamiento

Se considera que el personal médico y enfermería si realiza análisis o valoraciones diagnósticas que sirvan como línea de base para observar la respuesta (o evolución) del paciente a los tratamientos que se le brindan; sin embargo, no existe un procedimiento de evaluación sistemática para los casos con resultados adversos no esperados en el curso del tratamiento dentro de la Unidad de Cirugía, la evaluación que se realiza de las historias clínicas es únicamente de manera individual y pocas veces de forma global y periódica en dónde se evalúe las historias clínicas de casos adversos o relevantes, que retroalimenten el proceso de evaluación de la Unidad de Cirugía.

Los pacientes en su mayoría no conocen algún mecanismo para presentar reclamos, sugerencias o felicitaciones al personal de la Unidad de Cirugía, quizá porque existe poca promoción por parte del personal, adicional a que no existe un sistema establecido en la Unidad para que el usuario presente esta información. Los usuarios manifestaron en un gran porcentaje que comprenden las recomendaciones brindadas por el personal, lo cual indica que

existe especial interés, por la mayoría de médicos y enfermeras, para que los usuarios comprendan la información que se les brinda.

H. Salida y Seguimiento

Los pacientes en su mayoría refieren que se les ha brindado información sobre cómo deben continuar su tratamiento médico o de ejercicios en su casa; a pesar que no se les da un documento escrito que informe los resultados de su tratamiento al finalizar su estadía, así como las indicaciones a seguir; sin embargo si existe un plan de egreso y seguimiento en el que se indica los requerimientos futuros necesarios del usuario; brindando instrucción al usuario sobre sus requerimientos y tratamientos futuros. Generalmente no se toma en cuenta a la familia para el plan de salida y seguimiento a excepción de los niños, con quienes se instruye a la madre y no todos los usuarios no conocen con exactitud las personas que puede contactar en caso de necesitar su ayuda en un futuro. El médico que refiere al paciente algunas veces es informado del tratamiento y evolución del usuario.

Al analizar esta información se identifica que nuevamente el principal problema implica la falta de un sistema de Atención al Usuario estandarizado y encaminado al mejoramiento continuo de la Calidad; el cual este debidamente documentado, reglamentado, y tenga la divulgación necesaria dentro de la Unidad de Cirugía.

I. Mejoramiento Continuo de la Calidad

La Unidad de Cirugía no cuenta con un proceso de evaluación para el mejoramiento continuo en dónde el evaluador principal sea el usuario; sin embargo este generalmente muestra interés por brindar un servicio de calidad; por lo que los usuarios están satisfechos con la atención que se les ofrece. El personal en general considera que la rotación y distribución de personal dentro de los servicios del hospital es adecuada. El personal de enfermería recibe de manera más constante capacitaciones, además de evaluar el desempeño de la Unidad de Cirugía por lo menos en un período de 6 meses.

Se identificó que la Unidad de Cirugía no cuenta con objetivos y estrategias definidos para el mejoramiento de la calidad, pero si tiene asignado a un responsable jefe médico y enfermera para cada servicio de la Unidad. Existe una cultura de calidad enfocada al usuario a pesar de no estar debidamente documentado e identificado el proceso de atención.

En general el personal se muestra receptivo a nuevas propuestas para el mejoramiento de la atención teniendo en cuenta la satisfacción del usuario, la familia y el propio equipo de la Unidad de Cirugía. Por lo que la principal fortaleza es que se cuenta con una cultura de calidad en dónde la mayoría de sus miembros son conscientes de la importancia de la calidad en el proceso de atención. El presente manual de mejoramiento continuo tendrá éxito en su aplicación en la medida de la disponibilidad del recurso humano para hacer cambios permanentes que fortalezcan una atención integral por calidad regida por normas, reglamentos, guías y documentos escritos conocidos por médicos y enfermeras y con un alto grado de cumplimiento por estos. La principal debilidad es la inexistencia de un sistema de Atención al Usuario estandarizado y encaminado al mejoramiento continuo de la Calidad; el cual este debidamente documentado, reglamentado, y tenga la divulgación necesaria.

IX. CONCLUSIONES

1. De los estándares, no todos son aplicables al 100% a las condiciones del hospital.
2. La principal debilidad es la inexistencia de un sistema debidamente documentado y reglamentado de Atención al Usuario el cual cumpla estándares internacionales de calidad y este encaminado al mejoramiento continuo de la atención.
3. A pesar que el personal médico y de enfermería brinda una atención satisfactoria para el usuario, estos no se rigen por un reglamento interno de atención de calidad, la cual este debidamente estandarizado para todo el personal.
4. La mayoría de usuarios está satisfecho con la atención médica y de enfermería que se brinda.
5. Existe cumplimiento en gran parte del enfoque, sobre derechos y responsabilidades en salud, a pesar de la inexistencia de un documento escrito y capacitaciones sobre este estándar.
6. La principal fortaleza dentro de la Unidad de Cirugía es que cuenta con una cultura de calidad en donde la mayoría de sus miembros son conscientes de la importancia de la calidad en el proceso de atención.
7. El usuario hospitalizado tiene acceso a la atención ortopédica de manera efectiva, aunque no siempre rápida.
8. La familia pocas veces participa en la evaluación inicial de expectativas y necesidades del usuario.
9. La Unidad de Cirugía cuenta con mecanismos no estandarizados de promoción para la salud.
10. La Unidad de Cirugía pocas veces efectúa una evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas para los casos con resultados adversos o no esperados, que permitan una retroalimentación o evaluación periódica de la Unidad.

X. RECOMENDACIONES

1. Elaborar un Código de Ética para la Unidad de Cirugía.
2. Estandarizar el proceso de Atención al Usuario de la Unidad de Cirugía, a través de la documentación, reglamentación, y divulgación de cada estándar propuesto.
3. Elaborar una boleta de contrarreferencia para brindar información por escrito al médico o unidad que refiere pacientes.
4. Elaborar material educativo en salud ortopédica, con las recomendaciones generales y específicas, con el fin de informar al usuario los cuidados que debe tener en casa al momento de egreso.
5. Identificar a los profesionales de apoyo, como nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, que tengan participación relevante en el tratamiento del usuario de la Unidad de Cirugía con el fin de analizar la necesidad de ampliación de horario y recurso humano.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Villagran, F. 1,996 a 2,000. Investigación Evaluativa sobre el Estado de Salud y la Organización de los Servicios de Salud de Guatemala. Guatemala Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. MSPAS. 51p.
2. Guatemala: Hacia un Nuevo Milenio. 1,999. Guatemala, Administración de Alvaro Arzú. Disponible <http://www.segeplan.gob.gt>
3. Organización y Administración del Programa de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria (Prohospital). MSPAS. 2,001.
4. Guerrero, C.I. 2,001. Administración de Alimentos a Colectividades y Servicios de Salud. Primera edición. México. McGraw-Hill. 203p.
5. Premio Calidad en Salud de Colombia: Guía para los Participantes. 2,003. Colombia. Centro de Gestión Hospitalaria. 43p.
6. Camacho, M. 2,001. Dirija su Hospital. Colombia. Fundación Corona. 101p.
7. Cantú, H. 2,001. Desarrollo de una Cultura de Calidad. Segunda edición. México, D.F. McGraw-Hill. 382p.
8. Leebov, W. y Rezos, C. 1,999. Manual de los Administradores de Salud Para el Mejoramiento Continuo. Traductor. Margaret Hall. Colombia. American Hospital Publishing, Inc. 259p.
9. Instituto SER de Investigación. 1,998. Guía para el Mejoramiento de un Hospital. Colombia. Guadalupe Ltda. 64p.
10. Manual de Estándares de acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. 2,003. Colombia. Centro de Gestión Hospitalaria, 177p.
11. Croker, A. L. 2,004. Diagnóstico del Departamento de Alimentación y Nutrición del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación. Guatemala. Universidad del Valle. 78p.
12. Fisher, A., et.al. 1,991. Manual para el Diseño de Investigación Operativa en Planificación Familiar. Segunda Edición. México. 106p.
13. James, P. 1,998. Gestión de la Calidad Total. España. Prentice Hall. 323p.
14. Juran, J. M., Gryna, F. M. 1,995. Análisis y planeación de la Calidad. Tercera edición. México, D.F. Mc-Graw Hill. 633p.
15. Besterfield, H. 1,995. Control de la Calidad. Cuarta edición. México. Prentice Hall. 508p.

16. Merli, Giorgio. 1,995. La Calidad Total como Herramienta de Negocio: Una respuesta estratégica al reto. Madrid, España. Ediciones Días de Santos, S.A. 218p.
17. Informe anual de estadísticas Hospital de Ortopedia de Guatemala. 2,004. Departamento de Informática. Guatemala.

XII. ANEXOS

- **Anexo 1**

Formulario No.1: “Estándares de Calidad de Atención al Usuario”.

- **Anexo 2**

Formulario No. 2 “Cuestionario de Calidad de Atención brindada al Usuario, dirigido a Médicos Especialistas”.

- **Anexo 3**

Formulario No. 3 “Cuestionario de Calidad de Atención brindada al Usuario, dirigido a Profesionales de Enfermería”.

- **Anexo 4**

Formulario No. 4 “Cuestionario de Calidad de Atención brindada por la Unidad de Cirugía, dirigido a usuario externo hospitalizado.”

- **Anexo 5**

Formulario No. 5 Criterios de Calificación.

- **Anexo 6**

Manual de Inducción para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de Atención brindada al usuario de la Unidad de Cirugía del Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación.

ANEXO 1: ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL USUARIO

Boleta de verificación con 22 ítem

DERECHOS DE LOS PACIENTES	Calificación de la organización																					
	0			25					50					75					100			NA
	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
<p>1. Verificar si existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes como parte del código de ética en la Unidad de Cirugías. Dentro de la escala de calificación se pondrá un puntaje máximo en la medida en que los derechos y deberes existan, se cumplan y formen parte de enunciados escritos que persigan el mejoramiento continuo de la calidad. El mínimo puntaje se dará en caso de que no existen o si no forman parte de un Plan de mejoramiento continuo de la calidad</p>																						
<p>2. Identifique si existe evidencia de que la Unidad Cirugías, cuenta con planes de capacitación de su personal. El mayor puntaje se dará si la capacitación forma parte de un plan y si ha sido relacionada con Atención Integral de Calidad, los deberes y derechos de los pacientes o en sobre código de ética de la Unidad.</p>																						

ACCESO	Calificación de la organización																					
	0			25					50					75					100			NA
	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
<p>3. Identifique si existe una normativa escrita que permita dar seguimiento al proceso de atención del usuario de la Unidad. El mayor puntaje se dará si se comprueba que existen y son usados estos mecanismos, tal el caso de la existencia de reportes, boletas usadas de referencia, contra referencia y seguimiento.</p>																						

ANEXO 1: ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL USUARIO

Boleta de verificación con 22 ítem

REGISTRO E INGRESO	Calificación de la organización																					
	0			25					50					75					100			NA
	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
<p>4. Identifique si existe un proceso de admisión e inducción del paciente durante su atención y tratamiento. El puntaje será dado por observación directa al momento de la atención; verificando que exista un proceso para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su estancia, atención y cuidado, así como la documentación requerida para su ingreso. Se provee información al paciente y su familia acerca de la organización y unidad de cirugías, por lo menos en los siguientes aspectos: a) Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención, b) Rutinas referentes a horarios, restricciones para las visitas y alimentación, c) Secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento, d) Derechos o servicios cubiertos y no cubiertos por la unidad de cirugías y e) Existencia de planes complementarios.</p>																						

EVALUACION INICIAL DE NECESIDADES AL INGRESO	Calificación de la organización																					
	0			25					50					75					100			NA
	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
<p>5. Identificar si la Unidad cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso. El puntaje en este ítem, será dado en la medida en que se verifique cumplimiento de los siguientes criterios: a) Se hace una evaluación del conocimiento, expectativas, necesidades de información y educación del pacientes y la familia frente a su enfermedad o expectativas del paciente acerca del resultado de su tratamiento quirúrgico, b) Existe evidencia de que la evaluación es realizada por un equipo de salud y coordinada por un especialista en Ortopedia.</p>																						
<p>6. Verificar si la historia clínica de consulta e ingreso de pacientes al Hospital, permite desde la entrada la detección de patología o condición de riesgo o que requiera cuidados especiales; aunque esta no sea el motivo principal de consulta o ingreso. El máximo puntaje será dado en la medida que se verifique de manera documental en la historia clínica de consulta o ingreso hospitalario</p>																						

ANEXO 1: ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL USUARIO

Boleta de verificación con 22 ítem

<p>sobre: a) Existe una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas las muestras o datos y como serán notificados los resultados, b) Se instruye al paciente sobre la preparación para la toma de los datos, muestra o exámenes, c) Los resultados están acompañados de una interpretación, en letra legible, con firma, sello, código del responsable, y fecha de resultados, d) Se provee información a los pacientes y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos, e) Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad, discapacitados mentales o en estado de inconsciencia y f) Se realizan análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como referencia para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.</p>					
---	--	--	--	--	--

EJECUCION DEL TRATAMIENTO	Calificación de la organización																					
	0			25					50					75					100			NA
	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
<p>12. Verificar si existen procesos desarrollados para la instauración del tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> El puntaje máximo será asignado en la medida en que la Unidad cuenta con información documental de que realiza los siguientes procesos: a) Garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo de profesionales entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con su función, b) El paciente y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, c) Se cuenta con mecanismos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluyendo prevención de enfermedades cardiovasculares o infecciones y d) Se cuenta con procedimientos para brindar cuidados en casa, si aplica. 																						
<p>13. Identificar si el cuidado y tratamiento brindado al paciente son consistentes con los estándares de práctica, basados en la mejor evidencia disponible</p> <p>El mayor puntaje será asignado en la medida en que se identifique que: a) Se hace uso de Guías de Práctica Ortopédica, que tienen respaldo técnico y/o científico, b) La unidad cuenta con un sistema periódico de evaluación interna</p>																						
<p>14. Identificar si existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o</p>																						

ANEXO 1: ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL USUARIO

Boleta de verificación con 22 ítem

<p>felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el período de hospitalización. El mayor puntaje será asignado en la medida que la Unidad: a) Promueve un sistema para que los usuarios presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones durante el curso de su hospitalización, b) Todos los reclamos y sugerencias presentados por los pacientes o sus familiares, son evaluados, investigados, se aplica medidas correctivas y se envía respuesta y c) Se informa al servicio que generó el reclamo o la felicitación</p>						
--	--	--	--	--	--	--

EVALUACION DEL TRATAMIENTO	Calificación de la organización																					
	0			25				50					75					100			NA	
	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
<p>15. Identificar si la Unidad garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados, tomando como base la historia clínica. El mayor puntaje será asignado en la medida en que la Unidad efectúa: a) La evaluación sistemática y periódica de las historias, b) La Unidad cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas para los casos de resultados adversos o de resultados no esperados en el curso del tratamiento.</p>																						

SALIDA Y SEGUIMIENTO	Calificación de la organización																					
	0			25				50					75					100			NA	
	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
<p>16. Identificar si existe para cada paciente que egresa de la Unidad un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios. El mayor puntaje se asignará en la medida en que se encuentra información documental</p>																						
<p>17. Identificar si previo al egreso de pacientes, se planea el seguimiento en casa El mayor puntaje será asignado en la medida en que se encuentra: a) Que existe un plan de egreso y seguimiento, b) El paciente que egresa y su familia han recibido información sobre la alimentación, horario, tipo, cantidad que debe consumir en su casa, c) Conoce que servicios y/o personas debe contactar en caso de emergencias y las notas nutricionales de egreso indican la situación del</p>																						

ANEXO 1: ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL USUARIO

Boleta de verificación con 22 ítem

cuadro clínico actual y de las nuevas necesidades expresadas por el paciente.						
18. Verificar si existen mecanismos para que el médico o unidad que refirió al paciente es informado acerca del tratamiento del paciente referido. El puntaje será asignado en la medida en que se encuentre información documental.						

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización																					
	0			25					50					75					100			NA
	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
19. Verificar si existe un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento. El puntaje será asignado en la medida en que la Unidad cuenta con lo siguiente: a) El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable, b) El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia, c) La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la Unidad y otras Unidades del hospital, d) El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuáles están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados.																						
20. Establecer en que medida los resultados de la presente investigación, pueden ser implementadas como parte del mejoramiento de la calidad. El puntaje será asignado mediante la determinación de: a) La disponibilidad de ejercer la función teniendo como eje central la satisfacción del usuario, la familia y el propio equipo de la Unidad de Cirugías y b) Para dar cumplimiento a este primer enunciado el personal de la Unidad hace compromisos de gestión para el mejoramiento continuo de la calidad.																						
21. Establecer en que medida la presente propuesta de mejoramiento continuo de la calidad, tiene expectativas de éxito en su aplicación. El mayor puntaje se relaciona con la existencia o disponibilidad de implantar: a) Un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificará e implementará actividades de mejoramiento, y b) El sistema de medición																						

ANEXO 1: ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL USUARIO

Boleta de verificación con 22 ítem

cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.						
22. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados. El puntaje será asignado, en la medida en que existe disponibilidad por parte de la Dirección de la Unidad, de hacer una declaración sobre la práctica de atención integral por calidad y la comunica a otros servicios y autoridades del hospital						

Liza Carranza/mayo 2004

**ANEXO 2: CUESTIONARIO PARA DETERMINAR CALIDAD DE LA ATENCIÓN
BRINDADA AL USUARIO DEL SERVICIO DE CIRUGIA**

Dirigido a: Personal Médico

Boleta de entrevista con 26 preguntas

El presente cuestionario ha sido diseñado para recopilar información que permita identificar las intervenciones necesarias para fortalecer y maximizar una atención de calidad en el servicio de encamamiento de Cirugía del Hospital de Ortopedia. El cuestionario fue elaborado en base a estándares internacionales de calidad para hospitales latinoamericanos; la información recopilada servirá para elaborar una propuesta de mejoramiento continuo en la atención brindada y en ningún momento la presente investigación busca afectar la imagen del Hospital de Ortopedia y personal de la Unidad de Cirugía.

La información obtenida mediante el presente cuestionario será confidencial y en ningún momento podrá ser usada en contra de la persona encuestada. Es recolectada de manera anónima por lo que no necesitará identificación. Para obtener el mayor beneficio con las respuestas se solicita la mayor veracidad posible.

El número 1 indica la calificación más baja y el número 5 la calificación más alta, pida a la persona entrevistada que ubique su respuesta y encierre el número seleccionado con un círculo.

1. ¿Cree usted que los médicos y enfermeras del Servicio de Cirugía conocen los derechos de los usuarios?
1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)

2. ¿Cree usted que los usuarios del Servicio de Cirugía conocen los deberes que son su responsabilidad cumplir al momento de buscar atención por parte del Hospital de Ortopedia?
1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)

3. ¿Conoce usted si en el Servicio de Cirugía hay un Código de Ética?
1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)

4. Al iniciar la Atención ¿El médico o enfermera informa al paciente acerca de las normas y protocolos vigentes en la Unidad y el Hospital?
1 2 3 4 5 NA = No se han desarrollado normas y protocolos

5. Al inicio de la Atención ¿El médico se identifica como la persona encargada del cuidado y atención del paciente?
1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)

6. ¿Cree usted que los médicos cuentan con un esquema o normativa que les permita priorizar a los pacientes que deben atender (según su patología, estado socioeconómico u otro aspecto relevante)?
1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)

7. ¿Informa usted al paciente, sobre la persona clave que puede contactar en caso de requerir información sobre tratamiento o atención?
1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)

**ANEXO 2: CUESTIONARIO PARA DETERMINAR CALIDAD DE LA ATENCIÓN
BRINDADA AL USUARIO DEL SERVICIO DE CIRUGIA**

Dirigido a: Personal Médico

Boleta de entrevista con 26 preguntas

8. ¿Informa usted o la enfermera, al paciente sobre los horarios (alimentación, visita, etc.), que se manejan en la Unidad de Cirugías?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
9. ¿Como médico que efectúa la evaluación del paciente, realiza una investigación sobre el conocimiento del paciente a cerca de su patología o enfermedad?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
10. ¿Realiza usted una evaluación inicial sobre las expectativas del paciente acerca del resultado de su tratamiento o intervención?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
11. ¿Cree usted que la rotación de Médicos es adecuada?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
12. ¿Los médicos son capacitados y/o evaluados en el desempeño de sus funciones periódicamente (cada 6 meses) en la actividad específica que desempeñan?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
13. ¿Cree usted que los médicos están en capacidad de identificar desde el momento mismo del ingreso, si el paciente, y de acuerdo con su patología o condición sobre agregada, requiere cuidados especiales?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
14. ¿Conoce las Guías de Práctica Clínica que en la Unidad de Cirugías se han desarrollado?
- 1 2 3 4 5 NA = No se han desarrollado Guías de Práctica Clínica
15. ¿Individualiza e identifica en la mayoría de pacientes aquellos aspectos clave que pueden contribuir o acelerar su recuperación? (por ejemplo: Relación con la familia, educación alimentario nutricional, apoyo psicológico, referencia/consulta a otra Unidad del Hospital).
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
16. ¿Cree usted que la Unidad de Cirugías practica una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que cualquier dato o información no será divulgada sin su consentimiento?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
17. ¿Cómo médico especialista, cuenta con algún mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos e insumos no incluidos en el inventario?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)

**ANEXO 2: CUESTIONARIO PARA DETERMINAR CALIDAD DE LA ATENCIÓN
BRINDADA AL USUARIO DEL SERVICIO DE CIRUGIA**

Dirigido a: Personal Médico

Boleta de entrevista con 26 preguntas

18. ¿El médico o enfermera instruye suficientemente al paciente cuando se hace necesaria la toma de los exámenes especiales, laboratorios u otros métodos diagnósticos?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
19. ¿Considera que los médicos están suficientemente preparados para prestar especial atención y dar información a la familia de pacientes discapacitados mentales o en estado de inconsciencia?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
20. ¿Realiza análisis o valoraciones diagnósticas que sirvan como línea de base para observar la respuesta (o evolución) del paciente a los tratamientos prescritos?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
21. ¿Educa suficientemente al paciente y familia sobre los cuidados que se han de brindar en el momento de la hospitalización y necesidades que pueden presentarse después del egreso?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
22. ¿Educa en lo posible al paciente sobre cuidados de su enfermedad y promoción de la salud?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
23. ¿Promueve usted que los usuarios presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones durante el curso de su hospitalización o en la consulta externa?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
24. ¿Cree usted que el cuerpo médico cuenta con un sistema de evaluación de historias clínicas para los casos de resultados adversos no esperados en el curso del tratamiento?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
25. ¿Existe el mecanismo apropiado que permita referir externamente a un paciente, comunicando a los Centros/Puestos u otros servicios de salud toda la información relevante para la continuidad del tratamiento?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
26. ¿Al referir a un paciente a otra unidad u hospital, se envía una boleta de referencia al médico o unidad de salud en la cual se indica el tratamiento sugerido a seguir?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)

**ANEXO 3: CUESTIONARIO PARA DETERMINAR CALIDAD DE LA ATENCIÓN
BRINDADA AL USUARIO DEL SERVICIO DE CIRUGIA**

Dirigido a: Personal de enfermería

Boleta de entrevista con 24 preguntas

El presente cuestionario ha sido diseñado para recopilar información que permita identificar las intervenciones necesarias para fortalecer y maximizar una atención de calidad en el servicio de encamamiento de Cirugía del Hospital de Ortopedia. El cuestionario fue elaborado en base a estándares internacionales de calidad para hospitales latinoamericanos; la información recopilada servirá para elaborar una propuesta de mejoramiento continuo en la atención brindada y en ningún momento la presente investigación busca afectar la imagen del Hospital de Ortopedia y personal de la Unidad de Cirugía.

La información obtenida mediante el presente cuestionario será confidencial y en ningún momento podrá ser usada en contra de la persona encuestada. Es recolectada de manera anónima por lo que no necesitará identificación. Para obtener el mayor beneficio con las respuestas se solicita la mayor veracidad posible.

El número 1 indica la calificación más baja y el número 5 la calificación más alta, pida a la persona entrevistada que ubique su respuesta y encierre el número seleccionado con un círculo.

1. ¿Cree usted que los enfermeros del Servicio de Cirugía conocen los derechos de los usuarios?

1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)

2. ¿Cree usted que los pacientes conocen las obligaciones que son su responsabilidad cumplir al momento de buscar atención por parte del Hospital de Ortopedia?

1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)

3. ¿Conoce usted si en el Servicio de Cirugía hay un Código de Ética?

1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)

4. Al iniciar la Atención ¿La enfermera informa al paciente acerca de las normás y reglamento del Hospital?

1 2 3 4 5 NA = No se han desarrollado normás y protocolos

5. Al inicio de la Atención ¿La enfermera se identifica como la persona encargada del cuidado y atención del paciente?

1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)

6. ¿Cree usted que las enfermeras cuentan con una norma o guía que les ayude a priorizar los pacientes que deben atender (según su patología, estado socioeconómico u otro aspecto relevante)?

1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)

7. ¿Informa usted al paciente, sobre la persona clave que puede contactar en caso de necesitar información sobre su tratamiento o atención?

1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)

**ANEXO 3: CUESTIONARIO PARA DETERMINAR CALIDAD DE LA ATENCIÓN
BRINDADA AL USUARIO DEL SERVICIO DE CIRUGIA**

Dirigido a: Personal de enfermería

Boleta de entrevista con 24 preguntas

8. ¿Informa usted al paciente sobre los horarios (alimentación, visita, etc.), que se manejan en la Unidad de Cirugías?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)
10. ¿Realiza usted una evaluación inicial sobre los resultados que el paciente espera de su tratamiento o intervención?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)
11. ¿Cree usted que la rotación de enfermeras es adecuada?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)
12. ¿Las enfermeras son capacitadas y/o evaluadas en el desempeño de sus funciones periódicamente (cada 6 meses)?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)
13. ¿Cree usted que las enfermeras están en capacidad de identificar desde el momento mismo del ingreso, si el paciente, y de acuerdo con su patología o condición sobre agregada, requiere cuidados especiales?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)
14. ¿Conoce las Guías de Atención que en la Unidad de Cirugías se han desarrollado?
- 1 2 3 4 5 NA = No se han desarrollado Guías de Práctica Clínica
15. ¿Individualiza e identifica en la mayoría de pacientes aquellos aspectos clave que pueden contribuir o acelerar su recuperación? (por ejemplo: Relación con la familia, educación alimentario nutricional, apoyo psicológico, referencia/consulta a otra Unidad del Hospital).
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)
16. ¿Cree usted que la Unidad de Cirugías practica una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que cualquier dato o información no será divulgada sin su consentimiento?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)
17. ¿Cómo enfermera, cuenta con algún mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos e insumos no incluidos en el inventario?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)
18. ¿La enfermera instruye suficientemente al paciente cuando se hace necesaria la toma de los exámenes especiales, laboratorios u otros métodos diagnósticos?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)

**ANEXO 3: CUESTIONARIO PARA DETERMINAR CALIDAD DE LA ATENCIÓN
BRINDADA AL USUARIO DEL SERVICIO DE CIRUGIA**

Dirigido a: Personal de enfermería

Boleta de entrevista con 24 preguntas

19. ¿Considera que las enfermeras están suficientemente preparados para prestar especial atención y dar información a la familia de pacientes discapacitados mentales o en estado de inconsciencia?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)
20. ¿Educa suficientemente al paciente y familia sobre los cuidados que se han de brindar en el momento de la hospitalización y necesidades que pueden presentarse después del egreso?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)
21. ¿Educa en lo posible al paciente sobre cuidados de su enfermedad y promoción de la salud?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)
22. ¿Promueve usted que los usuarios presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones durante el curso de su hospitalización o en la consulta externa?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)
23. ¿Existe un mecanismo apropiado que permita referir externamente a un paciente, comunicando a los Servicios de salud toda la información relevante para la continuidad del tratamiento?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)
24. ¿Al referir a un paciente a otra unidad u hospital, se envía una boleta de referencia al médico o unidad de salud en la cual se indica el tratamiento sugerido a seguir?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación más alta)

**ANEXO 4: CUESTIONARIO PARA DETERMINAR CALIDAD DE LA ATENCIÓN SEGÚN
LA OPINION DEL CLIENTE EXTERNO – PACIENTES ENCAMADOS UNIDAD DE CIRUGIAS**

Dirigido a: usuario externo o cliente encamado

Boleta de encuesta con 27 preguntas

El presente cuestionario ha sido diseñado para recopilar información que permita identificar en que medida la Unidad de Cirugías del Hospital Nacional de Ortopedia, esta preparada para atender las necesidades y expectativas de los clientes externos o sea los pacientes que son atendidos en este servicio. Con estas opiniones se espera contribuir a mejorar el servicio y establecer un sistema de mejoramiento continuo de la calidad.

La información obtenida mediante el presente cuestionario será confidencial y en ningún momento podrá ser usado en contra de la persona encuestada. Es recolectada de manera anónima por lo que no necesitará identificación. Para obtener el mayor beneficio con las respuestas se solicitará la mayor veracidad posible.

El número 1 indica la calificación más baja y el número 5 la calificación más alta, pida a la persona entrevistada que ubique su respuesta y encierre el número seleccionado con un círculo.

1. ¿Conoce usted al Médico y Enfermera de la Unidad de Cirugías que está encargado de su tratamiento?
1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
2. ¿Cuando es atendido por el personal, es saludado siempre con cortesía?
1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
3. ¿Piensa usted que lo atienden con respeto, sin discriminación por raza, religión, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad?
1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
4. ¿Siente usted que la Unidad de Cirugías cuenta con un ambiente cómodo y agradable?
1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
5. ¿Cuándo el personal lo atiende, muestra interés por usted preguntándole en qué puede ayudarle, animándole a hacer preguntas y escuchándole con atención?
1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
6. ¿El personal le aclara dudas y resuelva inquietudes?
1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
7. ¿El personal le da explicaciones sencillas sobre la enfermedad que tiene y los cuidados que debe tener?
1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
8. ¿Cuándo usted es atendido por el personal, la información que le dan es proporcionada en lenguaje claro y sencillo para que usted lo entienda?
1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)

**ANEXO 4: CUESTIONARIO PARA DETERMINAR CALIDAD DE LA ATENCIÓN SEGÚN
LA OPINION DEL CLIENTE EXTERNO – PACIENTES ENCAMADOS UNIDAD DE CIRUGIAS**

Dirigido a: usuario externo o cliente encamado

Boleta de encuesta con 27 preguntas

9. ¿Cuándo el personal le indica que tome algún medicamento, vitaminas o suplemento nutricional, le da instrucciones claras sobre cómo tomarlos, por cuanto tiempo y le explica los efectos buenos e indeseables que le pueden causar?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
10. ¿Le han informado cómo deberá continuar su tratamiento y cuidados que debe tener en casa?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
11. ¿Conoce cuales son los horarios de alimentación, de visita, etc. dentro del hospital?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
12. ¿Se le informo de sus derechos y deberes que tiene dentro del hospital?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
13. ¿Se le ha explicado las restricciones alimenticias que debe tener para su tratamiento? (si aplica)
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
14. ¿El médico o enfermera le ha preguntado lo que usted conoce sobre su enfermedad?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
15. ¿Considera que su privacidad como paciente es respetada?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
16. ¿Le han notificado que toda la información recolectada sobre usted y su enfermedad será estrictamente confidencial?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
17. ¿La alimentación y/o soporte nutricional que usted ha recibido ha sido proporcionada en un horario que para usted es el adecuado?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
18. ¿Se le ha informado a usted y su familia de los objetivos de la atención médica?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
19. ¿Se le informó sobre no ingerir alimentos previo a la toma de exámenes diagnósticos y toma de peso?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)

**ANEXO 4: CUESTIONARIO PARA DETERMINAR CALIDAD DE LA ATENCIÓN SEGÚN
LA OPINION DEL CLIENTE EXTERNO – PACIENTES ENCAMADOS UNIDAD DE CIRUGIAS**

Dirigido a: usuario externo o cliente encamado

Boleta de encuesta con 27 preguntas

20. ¿Se le ha brindado información sobre los resultados de sus exámenes de laboratorio, radiografías y procedimientos diagnósticos?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
21. ¿Comprende y está de acuerdo con la atención médica y de enfermería que se le está brindando?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
22. ¿Le han explicado los cuidados que debe tener para mejorar su salud dentro del hospital y después de salir?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
23. ¿Conoce la forma en la que pueda presentar reclamos, sugerencias o felicitaciones al personal de la Unidad de Cirugías?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
24. En caso de que haya hecho un reclamo y/o sugerencia a la Unidad de Cirugías, ¿se ha investigado, evaluado y respondido?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
25. ¿Ha participado en algún proceso o evaluación de la Unidad de Cirugías para mejorar sus servicios y calidad?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
26. ¿Cree usted que la consulta médica es brindada con prontitud y dentro de las expectativas de tiempo que usted tiene?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)
27. ¿De acuerdo a su conocimiento sobre la Unidad de Cirugías, cree que cuenta con la infraestructura física adecuada?
- 1 2 3 4 5 (5 es la calificación mas alta)

ANEXO 5: CRITERIOS DE CALIFICACION

El presente anexo ha sido preparado para establecer las dimensiones, parámetros y escala de calificación o valoración de las respuestas que se obtengan de las entrevistas o cuestionarios que se utilicen como diagnóstico de las fortalezas y debilidades que tiene la Unidad de Cirugía del Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación.

El sistema de valoración que se ha preparado trata de disminuir la subjetividad en la interpretación de la terminología usada y en la información recolectada, tratando en lo posible de que todos conozcamos el mismo lenguaje y asignarle en lo posible a las respuestas un valor cuantitativo.

DIMENSIONES A EVALUAR

1. **SISTEMA DE VALORACIÓN DE 1 A 5 MEDIANTE ENTREVISTA O CUESTIONARIO ESTRUCTURADO:** Es la valoración numérica que se da al cumplimiento de estándares de calidad, los cuales son determinados mediante la respuesta a entrevistas o cuestionarios estructurados. En la medida en que la respuesta dada por la persona entrevistada se acerca al estándar, se da una puntuación. El número 5 es el máximo valor y el número 1 el menor valor o sea cuando se cumple menos con el estándar planteado. La calificación asignada se marca con una equis (X)
2. **SISTEMA DE VALORACIÓN MEDIANTE PREGUNTA DIRECTA:** Es la valoración que se da a las respuestas de la persona entrevistada y que requiere de una respuesta con dos posibilidades si cumple o no cumple con el estándar en referencia. Si la respuesta es positiva, será necesario por parte del entrevistador verificar documentalmente su cumplimiento. La calificación asignada se marca con una equis (X)
3. **SISTEMA DE VALORACIÓN DE 0 A 100 MEDIANTE ENTREVISTA O CUESTIONARIO ESTRUCTURADO:** Es la valoración numérica que se da al cumplimiento de estándares de calidad, los cuales son determinados mediante la respuesta a entrevistas, cuestionarios estructurados o verificación documental. En la medida en que la respuesta dada por la persona entrevistada se acerca al estándar o se verifica documentalmente, se da una puntuación. El número 100 es el máximo valor y el número 0 el menor valor o sea cuando se cumple menos con el estándar planteado. La calificación asignada se marca con una equis (X)

Este sistema de calificación es el que se usa en los anexos 1, 2 y 9

VALORACIÓN DEL ENFOQUE

- **Enfoque:** El enfoque se refiere a las directrices, métodos y procesos que la Unidad de Cirugía del Hospital, utiliza para lograr sus objetivos y establecer en que medida este enfoque se orienta al establecimiento de un Sistema de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

ANEXO 5: CRITERIOS DE CALIFICACION

Sistematicidad, amplitud e implementación

- **Sistematicidad:** Se refiere al establecimiento de la dimensión o grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.
- **Amplitud:** Se refiere al establecimiento de la dimensión o grado en que el enfoque está presente y orienta a otros Servicios u otras áreas del Hospital en el Mejoramiento Continuo de la Calidad.
- **Implementación:** Se refiere al establecimiento de la medida en que se aplica el enfoque de Mejoramiento Continuo de la Calidad por parte de la Unidad de Cirugía. Se refiere al alcance y extensión que la Unidad hace para que otros Servicios de la institución participen del enfoque de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

VALORACION	0 a menos de 24					24 a menos de 44					44 a menos de 64					64 a menos de 84					84 a menos de 100				
	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100
VARIABLE	ENFOQUE																								
SISTEMATICIDAD, AMPLITUD E IMPLEMENTACION	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.					Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas.					El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar, en áreas claves.					El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico.					El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.				

- 3.1.2 Proactividad:** Se refiere al establecimiento de la dimensión o grado en que el enfoque practicado por la Unidad de Cirugía es preventivo e induce a otros a que también lo practiquen.

VALORACION	0 a menos de 24					24 a menos de 44					44 a menos de 64					64 a menos de 84					84 a menos de 100				
	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100
VARIABLE	ENFOQUE																								
PROACTIVIDAD	Los enfoques son mayoritariamente reactivos					Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas					Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.					El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.					El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.				

ANEXO 5: CRITERIOS DE CALIFICACION

3.1.3 Ciclo de Evaluación y Mejoramiento: Es la determinación de la forma como la Unidad de Cirugía se evalúa internamente y mejora la calidad del Servicio.

VALORACION	0 a menos de 24					24 a menos de 44					44 a menos de 64					64 a menos de 84					84 a menos de 100				
	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100
VARIABLE	ENFOQUE																								
CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)					La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.					El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios.					Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.					Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.				

3.1.4 Impacto: Es la determinación del grado de incidencia que el enfoque de Mejoramiento Continuo de la Calidad tiene en la satisfacción del usuario y como incide en la recuperación quirúrgica del paciente.

- **Resultados:** Se refieren al establecimiento de los logros y efectos que tiene la Unidad de Cirugía por la aplicación del enfoque de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

VALORACION	0 a menos de 24					24 a menos de 44					44 a menos de 64					64 a menos de 84					84 a menos de 100				
	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100
VARIABLE	ENFOQUE																								
IMPACTO	Es evidente que no hay satisfacción del usuario y que su recuperación quirúrgica no esta relacionada con procesos de atención integral por calidad.					Se piensa que existe alguna satisfacción del usuario y su recuperación quirúrgica, sin tener evidencia o información documental.					Existe alguna evidencia que indica satisfacción del usuario y su recuperación quirúrgica, sin que exista un proceso establecido y sistemático de atención integral por calidad.					Existe alguna evidencia que indica que el enfoque de mejoramiento continuo de la calidad, está incidiendo en la satisfacción del usuario y su recuperación quirúrgica.					El establecimiento del enfoque de atención integral por calidad, evidencia resultados demostrables en la satisfacción del usuario y en su recuperación quirúrgica.				

ANEXO 5: CRITERIOS DE CALIFICACION

4. VALORACION DE LA IMPLEMENTACION Y DESPLIEGUE

- **Implementación:** Es la determinación del grado en que la Unidad de Cirugía ha implementado sistemas relacionados con la atención integral por calidad, cuenta con estándares, efectúa evaluaciones internas y ha establecido procedimientos de retroalimentación .
- **Despliegue:** Es la determinación del grado en que la Unidad de Cirugía ejerce su función en base a la satisfacción del usuario (El cliente) y como este enfoque es percibido por los usuarios internos y externos.

4.1 Implementación y Despliegue en la Institución: Es la determinación del contexto institucional en que la Unidad de Cirugía ejerce su función o emplea un enfoque de Mejoramiento Continuo de la Calidad basado en la satisfacción del usuario o cliente interno y externo. La información es recolectada por entrevista de conocimiento que a este respecto tiene el personal profesional de la Unidad de Cirugía.

VALORACION	0 a menos de 24					24 a menos de 44					44 a menos de 64					64 a menos de 84					84 a menos de 100				
	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100
VARIABLE	ENFOQUE																								
IMPLEMENTACION Y DESPLIEGUE EN EL HOSPITAL	En el Hospital no se da el enfoque de atención de calidad, no se tiene mecanismos para conocer la insatisfacción del cliente interno y externo.					La implementación del enfoque de calidad se da solo en algunos servicios pero se percibe su debilidad, no existe evidencia de que se haga de manera ordenada o sistemática. No existen quejas por insatisfacción de los clientes internos ni externos.					El personal de la Unidad de Cirugía: Cuenta con evidencia documental que identifica una política dirigida a la satisfacción del usuario interno y externo. El enfoque de calidad se encuentra documentado. Conoce de mecanismos para captar las quejas o inconformidad de los usuarios.					El enfoque de atención integral por calidad se desarrolla en el Hospital aunque existen brechas no significativas y en áreas no clave. Existe evidencia documental que la mayoría de clientes internos satisfacen sus necesidades y expectativas. Existe un mecanismo para captar la insatisfacción del cliente interno.					El enfoque de atención integral por calidad se desarrolla ampliamente y cubre todas las áreas del Hospital. Existe evidencia documental de que los clientes internos satisfacen sus necesidades y expectativas. Existe un mecanismo para captar la insatisfacción del cliente interno, se analiza y se da respuesta.				

ANEXO 5: CRITERIOS DE CALIFICACION

4.2 Despliegue en el Usuario o Cliente Interno del Unidad de Cirugía: Es la determinación del grado en que la Unidad de Cirugía ejerce su función en base a la satisfacción del usuario interno o institucional y como este enfoque es percibido por los usuarios internos.

VALORACION	0 a menos de 24					24 a menos de 44					44 a menos de 64					64 a menos de 84					84 a menos de 100				
	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100
VARIABLE	ENFOQUE																								
DESPLIEGUE AL CLIENTE INTENO	El enfoque no se despliega hacia los clientes.					Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes internos pero éste no es consistente.					Hay evidencias de implantación parcial del enfoque en los clientes internos con un grado mínimo de consistencia.					El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.					En enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.				

4.3 Despliegue en el Usuario o Cliente Externo del Unidad de Cirugía: Es la determinación del grado en que la Unidad debe ejercer su función en base a la satisfacción del usuario externo y como este enfoque es percibido por los pacientes o sus familias.

VALORACION	0 a menos de 24					24 a menos de 44					44 a menos de 64					64 a menos de 84					84 a menos de 100				
	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100
VARIABLE	ENFOQUE																								
DESPLIEGUE AL CLIENTE EXTERNO	El enfoque no se despliega hacia los clientes externos o sus familias.					Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.					Hay evidencias de implantación parcial del enfoque en los clientes externos (pacientes o sus familias) con un grado mínimo de consistencia.					El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.					En enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.				

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
HOSPITAL DE ORTOPEDIA Y REHABILITACIÓN DE GUATEMALA
UNIDAD DE CIRUGIA**

**MANUAL DE INDUCCION PARA EL
MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE ATENCION,
BASADO EN LA SATISFACCION DEL USUARIO DE LA UNIDAD
DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE ORTOPEDIA Y
REHABILITACION**

LIZA CARRANZA

CAPITULO 1

DESCRIPCIÓN Y ALCANCES DEL MANUAL

1.1 Objetivos del Manual

El presente Manual de Inducción tiene como finalidad, presentar lineamientos generales para que el personal de la Unidad de Cirugía del Hospital De Ortopedia y Rehabilitación pueda efectuar una gestión que permita el mejoramiento continuo de la calidad, basada en la satisfacción del usuario.

Los alcances del Manual, han sido determinados mediante entrevista y toma de opinión del personal la Unidad de Cirugía y sus clientes internos y externos, con quienes se realizaron entrevistas estructuradas y no estructuradas y se practico análisis de los estándares de calidad que se manejan actualmente. En base a estas reflexiones y recomendaciones, se han generado las propuestas presentadas en el presente Manual, mediante el cual se espera que de una manera razonable se incorporen los correctivos necesarios y se efectuó una retroalimentación que permitan el mejoramiento continuo de la calidad y por ende prestar mejores servicios para los usuarios del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación de Guatemala.

El Manual de Inducción es una guía para la implantación de un Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad, que define las normas y lineamientos de carácter técnico, administrativo y operacional, que deben tener en cuenta los responsables de la ejecución de las actividades de la Unidad de Cirugía del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación. El Manual proporciona la información y los instrumentos básicos de consulta, para el personal de la Unidad de Cirugía puedan establecer los procedimientos que sean necesarios de manera progresiva.

El Manual de Inducción es un instrumento para apoyar a los trabajadores, y otros agentes que se relacionan en la prestación de los servicios de la Unidad de Cirugía, para que desde una visión integral y coordinada se ejecuten las diferentes actividades de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

1.2 Estructura del Manual

El Manual de Inducción de Mejoramiento Continuo de la Calidad, está estructurado en torno a la toma en cuenta de tres elementos:

1. El direccionamiento estratégico (Análisis FODA de la atención),
2. La gerencia del día a día (Análisis de los estándares utilizados por la Unidad) y
3. La Transformación de la Cultura (Propuesta metodológica).

El direccionamiento estratégico, significa orientar a la Unidad de Cirugía hacia el futuro, focalizando sus esfuerzos para lograr la solidaridad e integración de los diferentes actores hacia propósitos comunes. Aspecto que se logra a través de un análisis FODA, que permite identificar las fuerzas positivas y negativas internas y externas que influyen en la atención.

La gerencia del día a día, significa dar a cada empleado la Unidad de Cirugía, la responsabilidad y los medios para controlar los procesos que de ellos dependen y lograr que su resultado sea predecible. Esto se logra mediante el análisis de necesidades y expectativas.

La transformación de la cultura, significa definir y llevar a cabo las acciones necesarias para modificar o promover creencias y actitudes de los empleados de la Unidad de Cirugía para que refuercen su accionar en torno al logro de los propósitos de la Institución a la que pertenecen.

Cada uno de estos aspectos es presentado de una forma simple para que pueda ser desarrollado de manera progresiva por el personal la Unidad de Cirugía del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación.

De acuerdo con la orientación del Manual de Inducción, los aspectos que se incluyen dentro de este documento son los siguientes:

- Descripción de la estructura organizativa y operativa la Unidad de Cirugía del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación, identificando los nexos de coordinación entre los diferentes niveles, las diferentes instancias y otros servicios involucrados en la ejecución del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad.
- Descripción de los mecanismos operativos que podría aplicar la Unidad de Cirugía dentro del marco de las estipulaciones que establecen las normas técnicas, estándares e indicadores de medición de la calidad; adoptadas como referencia y en base a los cuales se dará el seguimiento y evaluación de la Calidad de Atención.
- Descripción de los mecanismos operativos que podrán desarrollar los trabajadores de la Unidad de Cirugía y especialistas que consultan.
- Los procedimientos para la prestación de servicios de asistencia técnica y capacitación.

El ejecutor del Manual de Inducción de Aseguramiento Continuo de la Calidad, serán la Unidad de Cirugía del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación, instancia que tendrá a su cargo las funciones de planificación, coordinación, aplicación de las normas, estándares e indicadores de cumplimiento técnico y establecerá la articulación funcional y operativa con las otras unidades y dependencias del Hospital. Bajo este enfoque, la Unidad de Cirugía, contarán con un instrumento y con la Organización que le permita avanzar en el mejoramiento continuo de la calidad.

GRUPO DE APOYO TÉCNICO	GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales de enfermería y Médicos de la Unidad de Cirugía • Profesionales de otras especialidades que requieren consulta y/o asistencia técnica la Unidad de Cirugía 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación • Gerencia Administrativa Financiera del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación • Personal administrativo del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación • Personal de Intendencia del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación

1.3 Beneficiarios del Manual

Los beneficiarios del Manual serán:

1. Los usuarios de la consulta externa de las Unidades de Cirugía y los usuarios hospitalizados de otros servicios del Hospital y que son atendidos mediante consulta de ortopedia y rehabilitación y atendido por personal la Unidad de Cirugía del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación.
2. El personal técnico, administrativo y de intendencia la Unidad de Cirugía del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación
3. El personal médico, de enfermería y otros profesionales que laboran en el Hospital de Ortopedia y Rehabilitación y que efectúan consultas de casos y/o reciben asistencia técnica.
4. Las autoridades y personal administrativo del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación
5. Los estudiantes de Medicina, que realizan su práctica en las Unidades de Cirugía.

1.4 Duración del Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad

El Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad, se inicia con el desarrollo de un conjunto de actividades, estrategias y acciones de mediano y largo plazo, para consolidar de manera progresiva y escalonada la satisfacción de los usuarios de los Servicios de Ortopedia y Rehabilitación.

En este contexto, el periodo de implantación podrá ser entre 12 a 18 meses, contados a partir de la fecha en que sea presentado y aceptado el presente Manual de Inducción por las Autoridades las Unidades de Cirugía. Sin embargo, es de recalcar que de manera permanente deberá revisarse las nuevas necesidades y expectativas de los usuarios y actualizarse las estrategias para satisfacerlas.

1.5 Procesos a desarrollar en el curso de aplicación del Manual

El Manual de Mejoramiento Continuo de la Calidad, requerirá también el desarrollo y actualización constante de los siguientes procesos:

- Análisis FODA, las Unidades de Cirugía y rehabilitación; actualizado de manera constante
- Diagnóstico de la estructura organizacional y operacional las Unidades de Cirugía y Rehabilitación
- Revisión de documentos técnicos y normativos que rigen el desempeño técnico del personal de las Unidades de Cirugía y Rehabilitación

- Identificación constante de las necesidades y expectativas y actualización constante de las estrategias de mejoramiento continuo de la calidad

CAPITULO 2

CRITERIOS Y MECANISMOS OPERATIVOS GENERALES

A. Principios de la Gestión de la Calidad

1. Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud o Gestión Integral por Calidad.

El Mejoramiento Continuo de la Calidad, llamado también Gestión Integral de Calidad, es una forma de pensamiento gerencial. Tiene como propósito que las Unidades de Cirugía del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación, se desarrolle de manera integral y armónica; entendiéndose por ello que logre el mayor beneficio y satisfacción para sus usuarios, para sus empleados, para sus administradores y para el hospital en general.

Como mencionábamos con anterioridad, el Mejoramiento Continuo de la Calidad, requiere que se tome en cuenta de tres elementos:

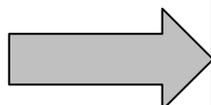
- El direccionamiento estratégico (Análisis FODA de la atención),
- La gerencia del día a día (Análisis de necesidades y expectativas) y
- La Transformación de la Cultura (Propuesta metodológica).

Mediante el desarrollo de estos procesos, la gestión integral por calidad guía a las organizaciones de salud a buscar la congruencia entre los siguientes elementos:

- a) Congruencia entre el direccionamiento estratégico que da la Jefatura las Unidades de Cirugía y la gestión que realizan el resto de los empleados de la Unidad y de las Unidades que con ella tienen relación en su día a día, cuando se operacionalizan los planes, se fijan metas y se alcanzan objetivos concretos. Se asignan recursos y se utilizan indicadores de seguimiento para todas las personas y niveles de la organización.
- b) Se logra congruencia entre el direccionamiento estratégico y la cultura, cuando de manera progresiva se construyen objetivos comunes, relacionándolos con grandes propósitos, tal el caso de la misión de la Institución, la visión, los valores, el área de direccionamiento; todo esto de manera participativa por parte de los empleados y niveles de la organización.
- c) Las Unidades de Cirugía y Rehabilitación trabaja en todos los niveles por alcanzar un cambio en las creencias y hábitos de los empleados. Se orienta la gestión hacia el reconocimiento y los incentivos en la medida que se desarrolla y cumple con la estrategia planeada. Se analiza e incentiva el desarrollo individual de las persona dentro de la organización. En este sentido podrá pensarse que no se cuenta con suficientes recursos para dar incentivos materiales o económicos a los empleados, pero como parte del cambio de cultura que se busca, deberá reconocerse que frecuentemente es suficiente una felicitación, un reconocimiento público o el hecho de reconocer la satisfacción del usuario, como la mejor recompensa al trabajo desempeñado.
- d) Las Unidades de Cirugía, logrará congruencia entre la cultura y la gerencia del día a día, cuando de manera progresiva se realice acciones para lograr el empoderamiento del personal, una mayor autonomía y autogestión en el manejo del Servicio y para manejar sus propios procesos de gestión.
- e) La gestión integral por calidad, no obliga a las Unidades de Cirugía al uso de herramientas de gestión específicas, sino que propone hacer uso de creatividad y elementos básicos de gestión, todo ello

orientado a la satisfacción del "cliente" (usuario); aspecto único que se convierte en el elemento central(6,7).

El mejoramiento continuo de la calidad es una filosofía y un sistema gerencial adoptado voluntariamente por todo el personal las Unidades de Cirugía, el cual involucra a la Dirección del hospital, a los profesionales de otras Unidades y personal que da apoyo a los servicios de Ortopedia y Rehabilitación. Todo esto con el único enfoque de alcanzar mejores resultados en la atención que se da a sus usuarios y sus familias. Este enfoque, requerirá por parte de las Unidades de Cirugía el uso de métodos estadísticos y herramientas gerenciales que le permitan demostrar la optimización de los recursos y por ende la reducción del desperdicio, minimizado la duplicación de esfuerzos y el trabajo innecesario.



EN LA MEDIDA EN QUE EL PERSONAL LAS UNIDADES DE CIRUGÍA APLICA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD, SE ACERCA A SU META QUE ES IDENTIFICAR Y EXCEDER LAS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES DE LOS USUARIOS, DE SUS FAMILIAS, DEL NIVEL DIRECTIVO, DE LOS PROFESIONALES DE OTROS SERVICIOS Y DE LA COMUNIDAD.

Esta transición las Unidades de Cirugía hacia el enfoque de satisfacer a sus clientes, implica un compromiso continuo de todo su personal, quienes se involucran para hablar con sus usuarios, entenderlos, traducir esas necesidades en productos y servicios y finalmente verificar si los resultados de la atención cumplieron con dichas expectativas. Adaptarse a este enfoque implica cambios en la filosofía y cultura de las Unidades de Cirugía, ya que se convierten en los líderes en hacer cambios significativos en el trabajo diario, en los roles y empoderamiento de los empleados. (6, 7, 10)

2. Garantía de Calidad

Se entiende por Garantía de la Calidad el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realiza el personal las Unidades de Cirugía para generar, mantener o mejorar la calidad.

Construir un sistema de garantía de calidad implica el conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la obtención de los mayores beneficios para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el correcto desempeño del personal de acuerdo con los objetivos, normas técnicas de las Unidades de Cirugía y con las acciones que emprenden para corregir sus deficiencias. (7,10)

3. Enfoque de la gestión integral de calidad

a) Enfoque al Usuario

El enfoque al usuario significa que tanto el Hospital como las Unidades de Cirugía, dependen de sus clientes o usuarios y por lo tanto **deben saber como interpretar sus necesidades actuales y futuras. Deberán por lo tanto satisfacer sus necesidades y esforzarse en exceder sus expectativas.** Bajo este enfoque, el aspecto mas importante es crear la cultura de calidad para establecer los mecanismos que permitan aumentar de manera continua la satisfacción del usuario; para ello las Unidades de Cirugía debe asegurarse que su personal es consciente de la importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad.

b) Liderazgo

Las Unidades de Cirugía al aceptar el compromiso de gestión por calidad, se convierten en la Unidad líder del Hospital. Para ello dentro de las Unidades de Cirugía se deberá crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos en función

de alcanzar la calidad y la visión las Unidades de Cirugía.

c) Participación del Personal

Para el logro de objetivos, se reconoce que los empleados a cualquier nivel que se encuentre; son el factor de cambio mas importante ya que son ellos el recurso mas importante del Hospital. Es solamente su total compromiso, lo que posibilita que sus habilidades sean usadas para establecer y ejercer con éxito la gestión por calidad.

d) Enfoque de Sistemas (basado en procesos)

Será necesario comprender que el éxito en el enfoque de Calidad dentro de las Unidades de Cirugía, no es el resultado de una actividad aislada. Se debe estar convencidos que un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos se desarrollan como uno o varios procesos que a su vez da como resultado el establecimiento de un sistema de calidad; en dónde el producto alcanzado depende íntimamente de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan. De esta forma implementar un sistema basado en la calidad, requiere identificar, entender, gestionar y desarrollar procesos interrelacionados que cumplirán satisfactoriamente actividades que repercuten en la satisfacción de las expectativas de nuestros clientes o usuarios.

e) Mejora Continua

El desempeño global las Unidades de Cirugía debe ser mejorado continuamente. Desde el momento en que se adquiere el compromiso de mejoramiento continuo de la calidad, será un objetivo permanente. Los logros alcanzados se evaluarán de manera objetiva, haciendo uso de estándares de calidad e indicadores cuantificables.

f) Enfoque Basado en Evidencias para la toma de Decisiones

El personal de las Unidades de Cirugía hará uso de estadísticas, encuestas de satisfacción de usuarios, entrevistas de salida, establecimiento de un sistema de quejas o buzón de sugerencias, etc; aspectos que tomará en cuenta para la toma cotidiana de decisiones.

g) Relaciones Mutuamente Beneficiosas

Las Unidades de Cirugía y sus clientes son interdependientes, y generan una relación mutuamente beneficiosa en dónde las Unidades de Cirugía brinda un servicio de calidad y el usuario contribuye de alguna forma a mejorar este servicio; se tratará de crear capacidades en ambos para crear valor que satisfaga a ambas partes (6, 8, 9)

4. Estándares del Proceso de Atención al Usuario

Los estándares o postulados de trabajo, son el mecanismo que determina o señala el camino lógico que las Unidades de Cirugía deberá seguir para garantizar la calidad en la relación que se establece entre el usuario y el Hospital. Los estándares son los elementos clave a tomar en cuenta para determinar la calidad del servicio.

a) Organización de los Estándares

Los estándares están íntimamente relacionados con el establecimiento de una política respecto a los derechos de los usuarios desde su ingreso, permanencia y egreso del Hospital. Este proceso da inicio, desde que se brinda la atención inicial, ya que es el momento en que se “captura” la mayor cantidad de información sobre nuestro usuario y su familia, se brinda la información inicial de nuestra organización y nuestra unidad y se da inicio al proceso de educación sobre las características de la enfermedad, del tratamiento nutricional y sus posibles resultados.

Con base en la información obtenida Las Unidades de Cirugía, planeará su cuidado, su tratamiento y seguimiento. Se le garantiza la privacidad y confidencialidad, se le brinda asesoría alimentario - nutricional y si es posible, apoyo emocional y espiritual. Si fuera el caso se obtiene un consentimiento informado, para hacerlo participe de una investigación.

En cuanto al proceso de gestión de la atención, se cuenta con procesos como: un sistema de información que asegura el registro de la información y el mantenimiento de la historia clínica de manera segura, identificando e informando a los profesionales involucrados la evolución y respuesta del paciente; el cuidado y tratamiento de acuerdo con estándares, normas y procedimientos aceptados dentro del hospital. Es de importancia que existan mecanismos para poder captar el malestar o las quejas, las cuales serán investigadas en su totalidad.

El plan de egreso contiene información relacionada con cuidados, medicación, alimentación, uso y preparación de fórmulas o soporte nutricional y reconsulta si se requiere. Así mismo, información completa del tratamiento y resultados a la entidad o médico que lo refirió.

Este proceso de atención se debe monitorear por medio de indicadores de desempeño, redundando esto en procesos de mejoramiento que son compartidos y seguidos permanentemente. (7, 8, 10,11).

5. Aplicación de la Gestión Integral por Calidad en las Unidades de Cirugía

La incorporación de la gestión integral por calidad busca que las Unidades de Cirugía; se convierta en un Servicio Modelo en el Hospital De Ortopedia y Rehabilitación. El personal que lo integra asume los compromisos por trabajar mejor cada día, de manera que sea un lugar agradable y estimulante para el desarrollo profesional de quienes allí trabajan. Como parte de los compromisos que el personal voluntariamente adquiere, se trabaja con un profundo respeto por el usuario quien es atendido como un “cliente” y no como el “paciente” que esta obligado a esperar y soportarlo todo.

El personal de las Unidades de Cirugía, esta conciente de las limitaciones (especialmente de índole financiera) que se tienen en el Sector Público de Salud, por lo tanto busca y encuentra nuevas alternativas que le permiten aumentar su eficiencia y competitividad; sea comparándose con otros Servicios similares o cumpliendo con estándares de calidad y eficiencia; debido a que tienen claro que aún cuando el punto de vista del usuario sobre la calidad es “buena”, una cuarta parte o más de los usuarios actuales pueden no regresar.

Bajo este concepto identificamos que las Unidades de Cirugía, buscan tener las siguientes características:

- 1 El personal de las Unidades de Cirugía, adquieren una dinámica que le permite anticiparse al cambio. Identifica sus fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas; y utiliza la información para adaptarse a nuevos escenarios.
- 2 El personal de las Unidades de Cirugía conocen cual es su misión, su visión, sus principios, valores y desarrolla su trabajo alrededor de ellos.
- 3 El personal de las Unidades de Cirugía cuentan con una estrategia general para el logro de sus objetivos.

- 4 El personal orienta su actividad en función de la satisfacción del usuario, por lo que se preocupa por hacer las cosas cada vez con mas calidad.
- 5 Como parte de su gestión, el personal de las Unidades de Cirugía, valora los recursos disponibles por lo que de manera permanente busca la optimización de los recursos para favorecer el establecimiento de una Unidad sólida(7,8,10, 18)

a) Generación de Cambio

El personal de las Unidades de Cirugía, hace compromisos de gestión y acepta el desafío que representa el cambio. Valoran los beneficios que se pueden obtener con la toma de decisiones rápidas y significativas ya que reconocen que en la vida de cualquier organización, existe un momento en el cual las soluciones tradicionales no son suficientes para resolver sus principales problemas o satisfacer al usuario; y es allí dónde las Unidades de Cirugía incorporada a la gestión integral por calidad, enfoca sus esfuerzos para llevar a cabo su transformación.

El personal sabe que las organizaciones que no comprendan estas reglas, no tendrán en el futuro oportunidad de crecer, ni de supervivir. (10,11).

b) Claridad Sobre los Principios que Orientan a las Unidades de Cirugía

El personal de las Unidades de Cirugía, sabe a dónde quiere ir y cómo llegar a una gestión integral por calidad. Esto significa que ha definido su misión, su visión y sus valores.

Para el personal de las Unidades de Cirugía, la misión se convierte en un compromiso de todos sus miembros, y todo lo que se haga, las decisiones que se tomen y el comportamiento diario conducen al logro de esta misión. Para ello ha identificado, áreas claves hacia las cuales orientará sus principales esfuerzos, lo que les permiten en la práctica convertir a la Unidad en una realidad organizativa y le permite reflexionar sobre sus acciones. Esto es lo que los guía en las cosas que debe hacer muy bien y mejorar continuamente; lo que constituirá el éxito de esta unidad de salud (9,10,11).

c) Estrategias para el logro de Objetivos

Para que la misión, la visión y valores de las Unidades de Cirugía, no se vuelvan una filosofía sin fundamento para su personal, se cuenta con un plan de mejoramiento continuo de la calidad; por lo que el personal habrá definido objetivos concretos, actividades, estándares de atención y metas de desempeño relacionadas con la satisfacción del usuario. Todas estas actividades habrán de planearse, organizarse, ejecutarse, controlarse y evaluarse, de acuerdo con estándares preestablecidos.

Se hace necesario definir clara y explícitamente quién es responsable de qué, qué atribuciones competen a cada persona, hasta dónde va su autonomía y cuándo debe pedir autorización para actuar, qué espera de los otros empleados, cómo va a juzgarse su desempeño, ante quién es responsable, a quién debe acudir si necesita ayuda, con quién debe coordinar su trabajo y mediante qué mecanismos para logra una organización definida.

El personal de la unidad de salud, reconoce que el ingrediente más importante para iniciar un proceso de cambio es su compromiso real, por lo que acepta compromisos de gestión continua de la calidad. (6,7,9,11)

d) Actividades en función del Usuario

La excelencia; está íntimamente relacionada con la efectividad del servicio y esta a su vez debe

necesariamente traducirse en la satisfacción del usuario.

1. Todos estarán involucrados ya que todos son importantes para alcanzar la calidad.
2. Se caracterizan por su trato amable con los usuarios y mutuamente se auto motivan para ser los mejores del hospital.
3. Reconocen que el principal cliente de un hospital es “el paciente”; su satisfacción requiere dar pronta respuesta a sus necesidades y expectativas.
4. Dado que no todas las expectativas de los usuarios son realistas y atendibles, el personal de las Unidades de Cirugía se preocupa por contar con estrategias que les permita educar a los usuarios para cambiarles las expectativas por aquellas que si puede atender.

El personal las Unidades de Cirugía, sabe que algunos usuarios que no conocen bien el Servicio piensan que el personal de las Unidades de Cirugía son:

- Apático:** El usuario piensa que sus dolencias no pueden ser suficientemente importantes para interesarle al trabajador.
- Presuroso:** Que el personal de las Unidades de Cirugía no tiene el suficiente tiempo para atenderlo y que tratará de “deshacerse” de el, lo antes posible.
- Prepotente:** Que el personal de las Unidades de Cirugía lo tratará con aire de superioridad
- Despersonalizado:** Que el personal de las Unidades de Cirugía lo tratará de manera despersonalizada y mecanizada, sin afabilidad e individualidad.
- Dogmático:** Que las reglas del hospital están por encima de su satisfacción y que no podrá hacer excepciones y que no podrá utilizar el sentido común.
- Evasivo:** Que rehuirá de sus responsabilidades con disculpas para no brindarle el servicio (7, 10).

B. Calidad en la Atención al Usuario

Un usuario es la persona que tiene derecho a utilizar de manera gratuita los servicios que el Hospital de Ortopedia y Rehabilitación ofrece a la población guatemalteca. Es por eso que el personal que labora en Las Unidades de Cirugía debe saber quiénes son sus usuarios y debe escucharlos para conocer sus necesidades y expectativas (9,14,15)

Muchos administradores en salud, opinan que su calidad interna o los estándares profesionales son garantía suficiente para la satisfacción del usuario. Sin embargo, los estándares de calidad desarrollados por los proveedores de los servicios de salud, muchas veces están diseñados o para reducir ineficiencias o conformarse con políticas antes que para satisfacer las expectativas del usuario. Estos estándares de calidad propuestos reflejan sus propias percepciones de la calidad, que pueden ser o no ser las mismas que tiene el usuario del servicio de salud; sin embargo, también es posible que estos estándares internos sean satisfechos a pesar de que el usuario perciba que la calidad está disminuyendo. (9, 14,15)

1. Aspectos que dificultan mejorar la atención que se brinda al usuario

- a) Cree saber lo que es importante para el usuario

A medida que los profesionales del cuidado de la salud proporcionan servicios a sus usuarios y toman a diario decisiones sobre servicios, comúnmente asumen un cierto conocimiento sobre las expectativas de ellos. Frecuentemente piensan que conocen las necesidades y expectativas de sus pacientes mejor de lo que realmente ocurre, y se tiende a realizar instrumentos que no reflejan verdaderamente las inquietudes más importantes para los pacientes. Con frecuencia existe una discrepancia entre lo que nosotros (personal de salud) como proveedores, pensamos que los usuarios

desean y las expectativas de los propios usuarios. (9, 14)

- b) Los usuarios no conocen lo suficiente sobre la atención que se brinda.

El personal de salud tiene conocimientos técnicos que los pacientes no poseen, asumimos que somos mejores jueces de la calidad que ellos y que nuestros criterios son los correctos. Aunque es importante que se ejerza un juicio profesional y se cumpla con estándares profesionales, esto no quiere decir que nuestros criterios profesionales sean suficientes y que los criterios de los usuarios no merezcan atención. (9, 14)

- c) Las expectativas de los usuarios cambian

Las expectativas de los usuarios cambian con la tecnología y los esfuerzos educacionales. No existe duda de que las expectativas de los usuarios tanto internos como externos cambian de manera frecuente, lo que requiere una adaptación constante por parte del personal de salud. Esto quiere decir que se tiene que consultar con los usuarios frecuentemente para poder reajustar la comprensión de sus expectativas o negociar nuevamente con ellos expectativas razonables. Cuando la concentración se basa en estándares fijos o estáticos, inevitablemente no se da en el objetivo en términos de las expectativas de los usuarios porque las expectativas de éstos siempre están elevándose y cambiando. Debido a que sus expectativas cambian frecuentemente es mucho más importante identificarlas, monitorearlas y manejarlas, para traducirlas sobre la marcha en requisitos operacionales; en este sentido nos encontraremos con diversos tipos de clientes; aquellos que hacen hincapié en el precio el cual es más importante que la calidad, aquellos que evalúan los productos y servicios juntamente con el precio y aquellos que hacen énfasis en obtener “lo mejor” en calidad sin importar el costo. (14, 15,19)

- d) Los usuarios hacen exigencias irracionales

Algunas veces se puede pensar: “¿Pero, cómo es posible satisfacer todas las expectativas del usuario? Los pacientes son sumamente irracionales”. Aunque es cierto que los usuarios del cuidado de la salud se están volviendo más exigentes cada día; cuando sus expectativas sean más allá de lo esperado y son irracionales y aun inválidas, se puede intentar alterar esas expectativas para poder satisfacerlas exitosamente. A menudo se cuenta con dos opciones: 1) mejorar su desempeño, y 2) alterar las expectativas de sus usuarios. Esto último a través de la negociación y la comunicación. A los usuarios externos se les puede ofrecer alternativas que tiene que ver con sus necesidades en distintas formas. También se puede intercambiar ideas sobre lo que es posible y lo que no es y por qué, y luego los usuarios pueden ajustar las expectativas de acuerdo con ello. Es más fácil negociar expectativas válidas o razonables con usuarios internos y externos si se está dispuesto a hablar con ellos. (14, 15)

2. Identificar y clasificar a los usuarios

El primer paso para establecer un sistema de mejoramiento continuo para la atención del usuario es saber quienes son los usuarios, tanto internos como externos. Los usuarios externos son personas que no están empleadas por el hospital u organización (pacientes, sus familiares y amigos, compradores de los servicios, médicos recomendados y otros), que tienen negocios con la misma y que cuentan con alguna alternativa sobre dónde realizar sus operaciones. Los usuarios internos son empleados o departamentos de una organización que colaboran en la misión que adelanta su organización y que dependen de los servicios suyos, de los productos o de los resultados para atender a los usuarios externos.

Algunos departamentos tienen a los usuarios externos como usuarios inmediatos. Por ejemplo, enfermería y servicios sociales sirven directamente a los pacientes, a los miembros de familias y a los médicos. Otros departamentos sirven indirectamente a los usuarios externos. Por ejemplo, el almacén proporciona provisiones a las enfermeras, al departamento de urgencias y a la sala quirúrgica, que luego son utilizadas por estos departamentos para servir a sus usuarios externos. Algunos departamentos atienden directamente tanto a los usuarios internos como externos. Lo mismo ocurre con los usuarios internos, pueden ser usuarios inmediatos, o sea, que se les provee directamente de productos y servicios; o pueden

ser usuarios indirectos o distantes en dónde no se trata directamente con ellos, pero los productos afectan a los departamentos que sí se relacionan directamente con ellos y que, por lo tanto, también tienen impacto sobre los usuarios externos.

De acuerdo con estas definiciones, no todos los empleados del cuidado de la salud tienen usuarios externos en calidad de usuarios inmediatos, pero todo el mundo sí tiene a los usuarios externos como usuarios distantes cuyas expectativas deben ser consideradas al diseñar y entregar los servicios. (14, 15, 16)

a) Identificar a los usuarios

Para identificar a los usuarios siempre se debe involucrar al personal; de esta forma se ayuda a ver cómo la contribución de cada uno encaja en el gran cuadro de la organización. Este proceso ayuda también a los miembros del personal a desarrollar y reforzar el enfoque de sus usuarios y pensar en términos de a quién sirven en vez de qué necesitan los demás, y los convierte en diseñadores claves del proceso del mejoramiento continuo de su departamento. Para identificar a los usuarios, se debe poner especial atención a los procesos o funciones principales y seguir el camino de los resultados o productos finales de estos procesos hasta llegar a sus beneficiarios. Las siguientes preguntas son claves para identificar a los usuarios:

¿Cuáles son los resultados finales más importantes de X proceso?

¿En qué consiste cada servicio o producto que producimos?

¿Quiénes son los usuarios inmediatos?

¿Quiénes son los usuarios posteriores que tiene expectativas sobre la calidad de los resultados finales o servicios? (14, 15, 16)

b) Clasificar a los usuarios

Después de haber identificado a los usuarios del servicio o producto que se presta, es necesario involucrar al personal en una discusión sobre las consecuencias tanto de satisfacer como de no satisfacer las expectativas de cada grupo de usuarios y en seguida clasificar los grupos de usuarios en orden de importancia. Por ejemplo, las Unidades de Cirugía tienen una variedad de usuarios, incluidos pacientes hospitalizados, sus familiares, pacientes de consulta externa, empleados y médicos. Las consecuencias de disgustar a los pacientes hospitalizados con comidas de mala calidad y demoras en su entrega son extremas. No sólo los pacientes hospitalizados necesitan comida apropiada para recobrar sus fuerzas, sino que muchos anticipan con ansiedad sus horas de comida, esperando a lo mejor experimentar una sensación de sabor o por lo menos una pausa cómoda que haga que su día termine más pronto. Cuando los pacientes hospitalizados están satisfechos con su comida, experimentan alivio y sus familiares quedan agradecidos. Cuando no están satisfechos, ellos, sus familiares y a menudo sus médicos se disgustan y se quejan al personal que se ocupa de esta labor. Igualmente, debido a que la calidad de la comida es importante, los pacientes y sus familiares difunden su opinión sobre la comida que suministra la organización que dirigimos, como si eso fuera reflejo de la calidad del servicio general de la organización. Si las Unidades de Cirugía no se ajusta a las expectativas sobre calidad de la comida, ello le cuesta más a la organización cuando los usuarios descontentos son usuarios hospitalizados que cuando otros grupos de usuarios quedan descontentos. En otras palabras, la satisfacción de sus usuarios prioritarios puede tener un impacto considerable en la efectividad de su organización. (14, 15, 17)

3. Identificar las Expectativas del usuario

Después de identificar y asignarles prioridad a los usuarios, el siguiente paso es encuestarlos en orden jerárquico para determinar más específicamente lo que valoran y lo que esperan del servicio. Con esto se busca captar lo específico de las expectativas, para poder desarrollar indicadores medibles y significativos.

Además de identificar qué es lo que les importa a los usuarios, se deberá establecer en qué orden de importancia clasifican estos sus propias expectativas; esto debido a que el departamento, unidad u organización tendrá que centrar sus esfuerzos de mejoramiento en aquellos atributos de máxima importancia para sus usuarios. Una vez identificadas las expectativas o criterios de calidad del usuario, se puede identificar las medidas o indicadores que permitirán monitorear el progreso en relación con esos criterios. Para identificar las principales características o atributos medibles de calidad que tienen importancia para los usuarios, se puede efectuar un análisis de las necesidades. Esto se puede realizar mediante un análisis de quejas, grupos de enfoque y entrevistas con los usuarios. (15)

4. Estrategias para identificar la satisfacción del usuario

a) Sistema de quejas y reclamos

Lejos de ser una mala noticia para el departamento, un reclamo debe interpretarse como el síntoma de una fuente de insatisfacción; normalmente los usuarios no se quejan, a no ser que se haya dejado de cumplir una expectativa importante para ellos. Por tanto, la captación de reclamos debe estimularse y manejarse de tal manera que la información fluya en forma controlada a las áreas dueñas de la solución y pueda garantizarse una respuesta oportuna y adecuada al usuario. Si se puede detectar las expectativas contrariadas que sean la razón de las quejas, se habrá identificado un criterio que el grupo de usuarios utiliza para juzgar la calidad. (15, 16)

b) Paneles con usuarios.

Las entrevistas en profundidad con grupos de clientes actuales o potenciales son el método más comúnmente utilizado para identificar sus áreas sensibles, así como sus requerimientos y expectativas; para ello se debe escoger a un grupo de usuarios; basándose en los análisis de quejas conformados usualmente de 8 a 10 personas en una sesión que dure por lo menos de 60 a 75 minutos, tiempo suficiente para formular preguntas largas y abiertas. El grupo de enfoque debe ser conducido por alguien que sea capaz de guiar y dirigir eficazmente una discusión de grupo sin influirlo; para obtener resultados más confiables es posible que se tenga que dirigir dos o tres grupos de enfoque. (9, 16)

c) Encuestas de satisfacción de los usuarios.

Encuestar a los usuarios de manera periódica permite obtener una gran cantidad de información que de otra manera pasaría inadvertida en los Departamentos o Unidades de Cirugía; la implantación de un mecanismo de control imparcial, de aplicación periódica que permita validar el éxito, con el cual se atenderá a los requerimientos de nuestros clientes, será una herramienta de gran utilidad.

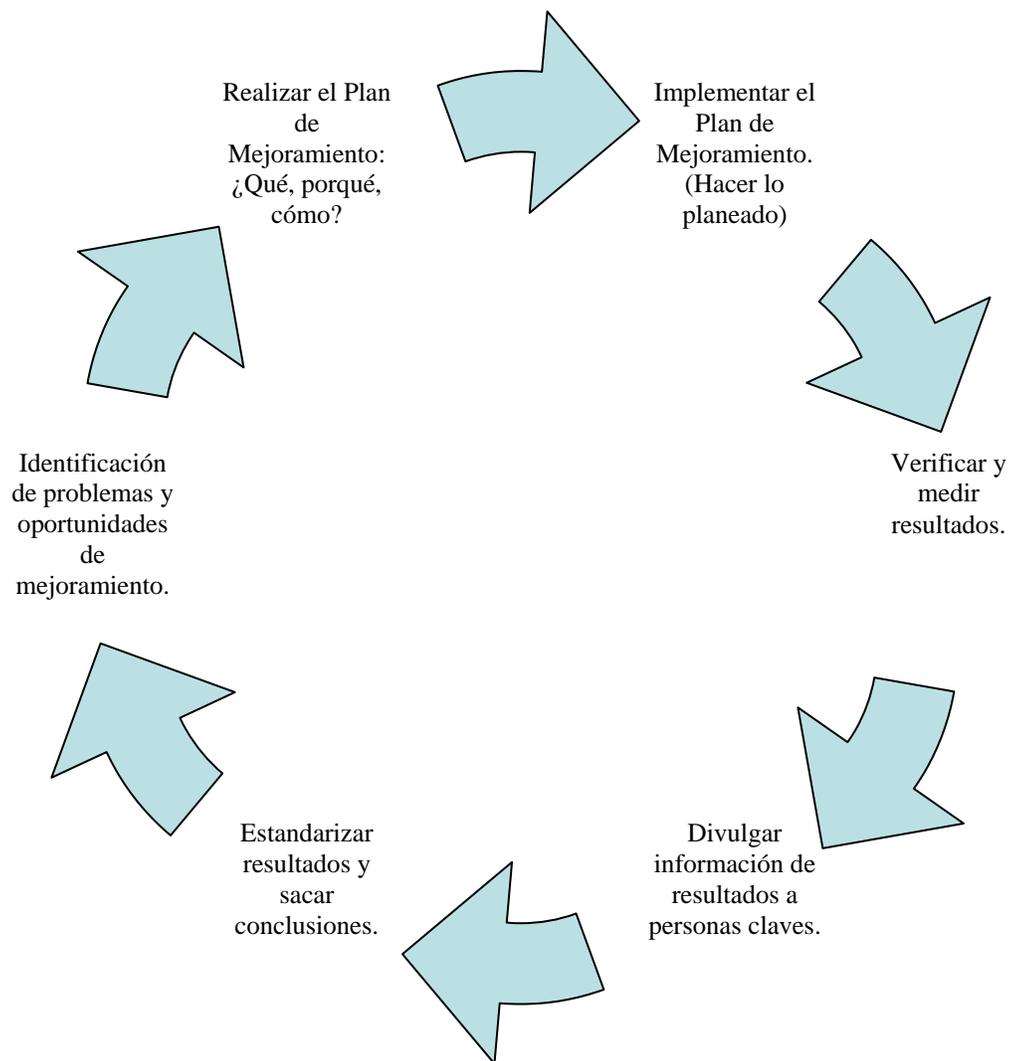
Incorporar un sistema de recolección de las expectativas del usuario implica que las Unidades de Cirugía, al planear su proceso de recolección de datos de los diferentes usuarios, deba pensar en cómo asegurar que esta información llegue hacia quienes toman las decisiones; y en que existe un sistema formal de respuestas a las necesidades identificadas; de nada sirve recoger la información y no utilizarla para darle una respuesta al problema encontrado. (10, 15, 16)

4.1 Términos y condiciones operativas generales

Cuadro No. 1
Diagrama de Flujo para la implementación del Plan de Mejoramiento Continuo
De la Calidad en las Unidades de Cirugía, Hospital de Ortopedia y Rehabilitación de Guatemala

	Usuario Hospitalizado	Jefes de la Unidad de Cirugía	Médicos Especialistas	Personal de Enfermería
Definición del Entorno Actual de la Unidad de Cirugía. (Tesis Liza Carranza)		X		
Identificación de Problemas y debilidades las Unidades de Cirugía (Tesis Liza)	X	X	X	X
Planificación del Sistema de Mejoramiento Continuo. Deberá realizarse: <ul style="list-style-type: none"> • Plan de Mejoramiento. • Elaboración de Visión, misión, objetivos de plan de mejoramiento. • Identificación de debilidades y acciones correctivas para implementar. • Elaboración de normativa del proceso de atención de calidad brindada al usuario, en base a estándares de atención de calidad. • Elaboración de Código de Ética. • Elaboración de normativas y políticas que dirigirán el comportamiento del personal médico, enfermería e intendencia. • Elaboración de instrumentos que se aplicaran para el monitoreo. (Tesis Liza Carranza) 	X	X	X	X
Implementar el Plan de Mejoramiento	X	X	X	X
Verificar y medir los resultados del plan de mejoramiento.			X	X
Informar sobre los resultados y proporcionar información acerca de los resultados del proceso a los actores claves.		X		
Estandarizar Resultados: para asegurar que puedan repetirse y reiniciarse el proceso con identificación de debilidades o nuevas oportunidades de mejorar los estándares.			X	X
Sacar conclusiones e identificar oportunidades de mejoramiento.		X	X	X
Reiniciar el proceso	X	X	X	X

4.2 Diagrama de Flujo para la implementación del Plan de Mejoramiento Continuo



CAPITULO 2

INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE INFORMACION

1. LIZA, ME GUSTA TU TESIS
2. OJALA PUDIERAS DEDICARLE UN ULTIMO ESFUERZO Y MEJORAR UN POCO LA PRESENTACION DEL MANUAL. REMARCAR ALGUNOS ASPECTOS Y PONER RECUADROS, FLECHAS, LLAMADAS, ETC.
3. DELE UNIFORMIDAD AL TEXTO, LA LETRA DEL MISMO TAMAÑO, LOS PARRAFOS CON LA MISMA SANGRIA, LOS NUMEROS CON LA MISMA SANGRIA, LOS BULETS DEL MISMO TAMAÑO Y FORMA, ETC.
4. PONER A LA COLOCHA Y MICHI A QUE TE LA LEAN Y VER SI ELLAS LA ENRIQUECEN UN POCO

5. PARA EL MANUAL LUEGO DE REVISAR 3 VECES, IMPRIMIR TODO HASTA PAGINA 15 O SEA LA ANTERIOR A ESTA, LUEGO
6. PONER EL TITULO CAPITULO 2, INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE INFORMACION E IMPRIMIR DESDE LOS ARCHIVOS ORIGINALES LOS ANEXOS 1, 2, 3, 4, 5, ETC. Y ADJUNTAR EN LA PARTE FINAL DEL MANUAL.

7. SE VE QUE HAS HECHO UN BUEN ESFUERZO Y SE VE LA LUZ AL FINAL DEL TUNEL.
8. UN BUEN BESO PARA MI HIJA QUERIDA