

Certificación

Ing. M. Sc

MARCELO CARPIO
DIRECTOR DE LA TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación realizado por el estudiante Lcdo. Edgar Vinicio Chamba Villano, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por lo tanto está aprobado.

Guayaquil, Junio del 2010

.....
Ing. M.Sc. MARCELO CARPIO

Cesión de Derecho

“Yo, Edgar Vinicio Chamba Villano, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.

Guayaquil, Junio del 2010

(f).....

Lcdo. Edgar **CHAMBA** Villano.

Autoría

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor.

Guayaquil, Junio del 2010

(f).....

Lcdo. Edgar CHAMBA Villano.

C.I. 1710596949

Dedicatoria

Mediante este proyecto, quiero dedicar en primer lugar a Dios, por haberme dado la fuerza de seguir adelante en el camino de la superación profesional, a mis padres que, con abnegación y sacrificio me dieron un instrumento para salir adelante en la vida “la educación”, a mis hermanos y a mi esposa que con cariño y dedicación, me han fortalecido para continuar con los estudios y quienes tuvieron que soportar las ausencias y desvelos

.....
Lcdo. Edgar **CHAMBA** Villano

Agradecimiento

Expreso el más sincero e imperecedero agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja por brindarme la oportunidad para el mejoramiento profesional, al personal de profesores guías de estudio y en especial al Ing. M.Sc. MARCELO CARPIO guía de la Tesis quien colaboró en la consecución del proyecto, de la misma forma a los directivos del Hospital Naval de Guayaquil y a todo el personal por su predisposición con este proyecto..

.....
Lcdo. Edgar **CHAMBA** Villano

CONTENIDO

	Página
PORTADA	I
CERTIFICACION	II
CESION DE DERECHO	III
AUTORIA	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
INDICE	VII

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
GENERALIDADES	6
Planteamiento del Problema	7
Justificación	9
Marco de Referencia	12
Marco Legal	45
Objetivos	50
CAPITULO II	
METODOLOGÍA	52
Delimitación del estudio	52
Métodos	52
Técnicas	52
Instrumentos	53
Tipo de Investigación	53
Nivel de Investigación	53
Universo	54
Análisis de Datos	54
Limitaciones del Estudio	54

	Página
CAPITULO III	
RESULTADOS	55
Visualizar el problema	56
Selección del problema	56
Tabla 1. Encuesta de satisfacción a pacientes en el Servicio de consulta externa	57
Tabla 2. Encuesta de satisfacción a clientes internos del Servicio de Archivo Clínico	58
Tabla 3. Preselección del problema utilizando la técnica grupal	59
Tabla 4. Demora en la entrega mensual de Historias Clínicas por Servicios	60
Tabla 5. Historias clínicas no localizadas por especialidad	61
Tabla 6. Tiempo de espera para ser atendido en la entrega de Historias Clínicas	62
Tabla 7. Cirugía suspendidas por especialidad por no localización de H. Clínicas	63
Tabla 7 a Costo de Cirugías suspendidas del Servicio de Cirugía y Traumatología	64
Tabla 8. Jerarquización y Selección de las causas raíces (Causas probables)	67
Tabla 9. Jerarquización y Selección de las causas raíces (confirmar causas)	68
Tabla 10. Causas de duplicidad de las Historias Clínicas	69
Tabla 11. Causas del No registro egreso y retorno de las Historias Clínicas	70
Tabla 12. Causas y errores para la localización de las Historias Clínicas	71
Tabla 13. Causas de números de Historias Clínicas incorrectos	72
Tabla 14. Causas raíces (definir las acciones)	73
Establecimiento de las acciones posibles	73
Matriz de selección de soluciones	75
Establecimiento del Plan de acción	76
Implantación de las acciones	77
Organización para la ejecución	79
Seguimiento del plan	82
Seguimiento de los resultados	83
Analizar información	84
CAPITULO IV	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	88
Conclusiones	88
Recomendaciones	89

BIBLIOGRAFIA	91
ANEXOS	93
Anexo 1 Guión de entrevista	94
Anexo 2 Cuestionario para la evaluación del Servicio de Archivo Clínico	95
Anexo 3 Envío y retorno de H.C. para el Servicio de Emergencia	96
Anexo 4 Envío y retorno de H.C. para el Servicio de Hospitalización	97
Anexo 5 Envío y retorno de H.C. para el Servicio de Consulta Externa	98
Anexo 6 Área física del Servicio de Archivo Clínico	99
Anexo 7 Fotos	100

INTRODUCCION

¿Qué haríamos, si cuando acudimos a un centro de salud u hospital no encuentran nuestra historia clínica?, hoy en día la historia clínica juega un papel importante en la atención del paciente por cuanto los profesionales del ejercicio de la medicina moderna deben registrar toda la atención que brindan al paciente, ya sea como paciente hospitalizado, de consulta externa o de emergencia y el documento donde se consignan estos registros es la historia clínica la misma que debe estar ubicada en un solo lugar constituyéndose en el archivo central de las historias clínicas.

El Hospital Naval Guayaquil es un hospital general de segundo nivel de complejidad cuenta con: 143 camas hospitalarias, 31 especialidades de atención de consulta externa, 8 especialidades de atención odontológica y el promedio diario de atenciones en el hospital Naval es de: 480 atenciones en el servicio de Consulta Externa, 50 atenciones en el servicio de Emergencia, 28 atenciones en el servicio de Odontología, 15 cirugías, 12 ingresos y 14 egresos diarios en el servicio de hospitalización, sin contar con las historias clínicas que son solicitadas para investigaciones, auditorias o informes médicos, de los cuales existen un promedio de 22 quejas diarias sobre las historias clínicas extraviadas o que no saben donde se encuentran las mismas por parte del personal de Archivo Clínico causando una disminución en la calidad de atención o su suspensión con claro perjuicio al paciente ocasionando malestar en pacientes que acuden a esta casa de salud para ser atendidos o por los clientes internos que necesitan las historias clínicas para sus respectivas evaluaciones por lo que es necesario efectuar el presente trabajo de investigación del “Estudio de la situación actual, formulación y seguimiento de mejora en la gestión de la calidad del Servicio de Archivo Clínico del Hospital Naval Guayaquil, Septiembre 2009 – Marzo 2010”.

El Hospital Naval Guayaquil, cuenta con el servicio de Archivo Clínico para la custodia y préstamo de las historias clínicas que se encuentran en una área de 59.77 m² (39.6 m² para la ubicación de la historias clínicas, 7.7 m² para pasillos y 12.42 m² para la oficina) y existe un promedio de 68500 historias clínicas pero el archivo fue

creado para archivar 50000 historias clínicas y cuenta con 6 personas para el manejo de las historias clínicas, pero su atención es deficiente como lo demuestran las diferentes quejas por parte de los pacientes y el personal del hospital que necesitan las historias clínicas para la evaluación de los pacientes, efectuar auditorias médicas, investigaciones, docencia o informes médicos.

El objetivo del presente trabajo es de identificar las causas de una deficiente atención y la hipótesis planteada es que las causas de una deficiente atención en el servicio de Archivo Clínico, se debe a la falta de un sistema de gestión de la calidad basada en un enfoque de procesos.

El Sistema de Gestión de la Calidad es la formulación de políticas y objetivos relativos a la calidad y la capacidad de alcanzarlos, el sistema de gestión de la calidad debe estar integrado en los procesos, procedimientos, instrucciones de trabajo, mediciones y controles, etc., de las propias operaciones del hospital y uno de los principios es establecer y aplicar un proceso para la mejora continua del sistema de gestión de la calidad para así incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas.

A fin de poder cumplir con el objetivo planteado, utilice el método VEDIS, que significa: Visualizar el problema, Entender las causas, Definir las acciones, Implantar las acciones y Seguimiento de los resultados, cada una de las fases mencionadas tiene sus diferentes pasos que se aplicaron a medida que se efectuó el presente trabajo, se podrá notar la similitud con lo métodos de mejoramiento en la solución de problemas.

En el mes de Septiembre del 2009, se comenzó efectuar el trabajo de campo con la primera fase de visualización del problema de donde se obtuvo que el principal problema del servicio de Archivo Clínico, es la demora en la entrega de las historias clínicas siendo afectado principalmente el servicio de consulta externa con el 62 % en la entrega de las historias clínicas para la atención de los pacientes, de las cuales el 55 % se ven afectadas las especialidades quirúrgicas de Traumatología y Cirugía

General, por la mala atención que brinda el servicio de Archivo Clínico y el 53 % tiene que esperar de 5 a 14 minutos para que le entreguen las historias clínicas por parte del personal de archivo clínico, tiempo sumamente alto.

Junto con el personal de archivo y mediante la técnica de lluvias de ideas se generaron las posibles causas del problema, en la demora en la entrega de las historias clínicas y mediante la técnica de Pareto se seleccionaron las causas, siendo estas: duplicidad de historias clínicas, número de historias clínicas incorrectas, no registro de egreso y retorno de historias clínicas, historias clínicas mal localizadas y no verificación de datos. Una vez confirmadas las causas seleccionadas se procede a verificar la información con datos de cada una de las causas, lo que se obtiene las causas raíces que son las siguientes: no verificación de datos, ingreso incorrecto de datos al sistema, doble código del ISSFA (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas), errores de localización, limitados controles informáticos, falta de equipos de cómputo, insuficiencia de personal, no registro de ingreso y egreso de historias clínicas, número de historias clínicas incorrectos, historias clínicas mal archivadas.

A través de la técnica de lluvias de ideas se mencionan las acciones posibles para la solución del problema y se procede a través de la matriz de selección de soluciones a priorizar las alternativas de soluciones y se realiza el plan de acción que sintetiza el trabajo del equipo del servicio de Archivo Clínico, en cuanto a las acciones seleccionadas y su estrategia de aplicación.

El plan se procedió a su implementación en el mes de Enero y Febrero del 2010, las acciones de este plan tienen como objetivos: probar la efectividad de las soluciones, hacer los ajustes necesarios para llegar a una definitiva solución del problema y asegurarse que las soluciones sean asimiladas e implementadas adecuadamente por el servicio de Archivo Clínico en el trabajo diario. Una vez definido el plan de acción se procedió a ejecutar el plan de acción e involucrar a los miembros del servicio de Archivo Clínico e explicarles la importancia del problema y los objetivos que se persiguen.

En la ejecución de plan se procedió a los siguientes aspectos:

- Creación de procedimientos generales: procedimiento general de funcionamiento del archivo: describe la operatividad del servicio y se enumera los procedimientos específicos disponibles, puede equipararse a un manual de calidad, muy útil para la rápida incorporación de nuevo personal, formación e información a terceros, etc.
- Capacitación al personal en atención al cliente, técnicas de archivo
- Creación de indicadores
- Instalación de software
- Acordar tareas específicas en planes que involucran algunas áreas (personal de enfermería, médicos, personal administrativo, internos)

En la fase de seguimiento del plan, se verificó si las medidas dieron resultados y si el plan de solución se siguió al pie de la letra y si hubo alguna modificación para lo cual se efectuó el seguimiento en el mes de Febrero y Marzo del 2010.

Una vez puesto en marcha el plan se procedió analizar la información para lo cual se efectúa una comparación de índices antes y después de la mejora obteniéndose los siguientes datos: la eficacia del conocimiento de las funciones del personal de archivo clínico del 35% de conocimiento de sus funciones subió al 90 %, la eficacia del sistema informático de 5% se incrementó al 90%, la efectividad del servicio del 21% bajo al 5% que son las quejas realizadas , el porcentaje de pedidos cumplidos del 60 % se incremento al 100%, Porcentaje de historias clínicas no localizadas del 30% bajo al 1%, Porcentaje de historias clínicas no devueltas del 35% disminuyó al 3%, Porcentaje de crecimiento de historias clínicas del 9% subió al 10%, Porcentaje de historias clínicas mal archivadas del 25% bajo al 1% y porcentaje de historias clínicas de identificación y remisión al archivo pasivo del 0% se incrementó al 15%.

En el primer trimestre del 2010 el departamento de Control de Gestión efectuó encuestas a los pacientes que acuden a esta casa de salud en la que se destaca ninguna novedad con respecto al servicio de Archivo Clínico a diferencia del segundo

trimestre del 2009 que el 21% de los encuestados se quejaban en la demora de la entrega de las historias clínicas por parte del personal de Archivo Clínico.

En lo que respecta a ajustes del plan de acción realizado, se efectuó las siguientes actividades: reuniones con el personal de archivo clínico y clientes internos para el seguimiento del mejoramiento del servicio de Archivo Clínico y Optimización del sistema informático con el personal de sistemas del hospital para que esta herramienta sea eficiente para la utilización por parte del personal del servicio de Archivo Clínico.

Entre las principales conclusiones del presente trabajo son: que se ha logrado concientizar al personal de archivo clínico la necesidad de laborar en equipo y tener conocimiento de los procedimientos que se llevan a cabo en el servicio de archivo clínico y el mejoramiento del sistema informático mediante el cual se puede ubicar el egreso y retorno de una historia clínica, es decir se permitió alcanzar una mejora de algunos componentes de calidad como son: la custodia, disponibilidad, oportunidad de entrega de las historias clínicas y satisfacción del paciente y del cliente interno.

Como recomendación se debe actualizar los procedimientos, métodos o prácticas operativas, entrenamiento continuo y desarrollo del personal en las normas y prácticas implantadas, documentación y difusión de la historia del proceso de mejoramiento del servicio de Archivo Clínico, esta actividad es de gran importancia para reforzar y reconocer los esfuerzos y logros alcanzados e iniciar un nuevo ciclo de mejoramiento en el Hospital Naval Guayaquil.

Para finalizar la calidad de las instituciones de salud se determina, entre otros aspectos por la eficacia de la atención médica, el uso eficiente de los recursos, la minimización de la ocurrencia de riesgos y de los costos así como la adecuada organización, gestión de los servicios, el grado de participación y satisfacción de los pacientes por lo que es necesario la implantación de sistemas de gestión de la calidad en el Hospital Naval de Guayaquil a fin de satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros pacientes.

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

**ESTUDIO DE LA SITUACION ACTUAL, FORMULACION Y
SEGUIMIENTO DE MEJORA EN LA GESTION DE LA
CALIDAD DEL SERVICIO DE ARCHIVO CLINICO
DEL HOSPITAL NAVAL GUAYAQUIL
SEPTIEMBRE 2009 – MARZO 2010**

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Todos los esfuerzos que se dedican a crear una historia clínica completa y fidedigna serán en vano si ésta no está disponible cuando se requiere para la atención del paciente, la investigación o para otros usos. En el Servicio de Archivo Clínico se incluyen normas para la identificación y archivo de las historias clínicas, como también para los registros secundarios que facilitan el acceso a la historia clínica y a la información contenida en ella.

La falta de conocimiento de las funciones, que tienen que desempeñar el personal que labora en el servicio de Archivo Clínico y la carencia de supervisión son las principales causas de una deficiente atención en este servicio y que trae como consecuencia una mala atención a los pacientes que acuden al hospital y a los diferentes servicios que requieren de los expedientes clínicos de los pacientes para su respectiva evaluación y que trae como consecuencia en el orden administrativo, económico y/o médico, siendo afectados principalmente los pacientes que acuden a esta casa de salud y los galenos de los diferentes servicios de: consulta externa, emergencia y hospitalización que requieren los expedientes para conocer sobre el historial del paciente atendido, en vista de este inconveniente los pacientes tienen que quejarse a la Dirección para que se les resuelva su problema de la localización de su expediente clínico.

La carencia de supervisión en: las técnicas de archivo, control de historias que salen o retornan del archivo de los servicios (emergencia, consulta externa,

hospitalización, auditoría médica, informes médicos o investigaciones), cuidado de las historias, inclusión de exámenes de auxiliares de diagnóstico (laboratorio clínico, patológico, imágenes y exámenes especiales), duplicidad de historias, enumeración incorrecta o traslado de las historias al archivo pasivo, son factores que están desencadenando problemas e inconvenientes en la atención de los pacientes y el cuerpo médico.

Las autoridades no han hecho acciones concretas para la solución de estos inconvenientes, se realiza soluciones parche como son: llamadas de atención, sanciones o en su defecto el personal tiene que acudir el fin de semana a realizar la búsqueda de los expedientes en todo el archivo hasta localizarlos, dispuestos por las autoridades o en su defecto el personal abre una nueva historia clínica para que sea atendido el paciente, generando malestar en el galeno que necesita observar los antecedentes registrados del paciente: resultados de exámenes o intervención quirúrgica para su respectiva atención y una vez localizado el expediente el personal de Archivo Clínico une con el registro de la atención otorgada, provocando una pérdida de tiempo al paciente, auxiliar de enfermería que tiene que efectuar varias vistas al archivo clínico para preguntar si localizaron el expediente, el médico que no le puede atender al paciente como es debido por falta información y el personal de archivo que se dedica a buscar el expediente teniendo que dejar de hacer otras actividades como son: atención al público, preparar la historias clínicas para el día siguiente de atención, arreglar carpetas deterioradas, archivar historias clínicas, archivar los exámenes de los servicios auxiliares de diagnóstico y retirar las altas de los servicios de hospitalización.

Cabe mencionar que la historia clínica es el documento que guarda la información escrita del paciente es decir es el historial permanente y progresivo de las enfermedades o lesiones sufridas o bien las atenciones preventivas y/o curativas que se le brinda al paciente, por tal virtud la historia clínica preserva los valores médicos, científicos y legales, por lo que es fundamental que la historia clínica se encuentre correctamente archivada y se encuentre en todo momento a disposición del cuerpo

médico para que sirva como instrumento de trabajo tanto en la atención del paciente como en la evaluación de los servicios médicos, paramédicos y administrativos.

La falta de un sistema de calidad que es una herramienta de gestión para lograr mantener y mejorar la calidad de los resultados de los procesos, es lo que se debería implementar en el servicio de Archivo Clínico, el sistema consiste en la organización, las responsabilidades, la documentación, los procesos y los recursos para alcanzar, mantener y mejorar la calidad. La valoración del sistema de calidad se realiza para determinar la capacidad que tiene una organización para suministrar los productos o servicios especificados pero como se observa no existe una política de calidad en la que deben estar comprometidos directivos y empleados para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes, y de los clientes internos.

2. JUSTIFICACION:

El Hospital Naval Guayaquil es un hospital general de segundo nivel de complejidad cuenta con: 143 camas hospitalarias, 31 especialidades de atención de consulta externa, 8 especialidades de atención odontológica y el promedio diario de atenciones en el hospital Naval es de: 480 atenciones en el servicio de Consulta Externa, 50 atenciones en el servicio de Emergencia, 28 atenciones en el servicio de Odontología, 15 cirugías, 12 ingresos y 14 egresos diarios en el servicio de hospitalización, sin contar con las historias clínicas que son solicitadas para investigaciones, auditorias o informes médicos, de los cuales existen un promedio de 22 quejas diarias sobre las historias clínicas extraviadas o que no saben donde se encuentran las mismas.

La historia clínica o expediente clínico es un documento importante por que cumple con los siguientes propósitos:

- Servir de base para la planificación de la atención
- Proveer un medio de comunicación entre el médico y otros profesionales.

- Proveer evidencia documentada del curso de las enfermedades, tratamientos y atenciones del individuo en cada hospitalización, consulta externa y emergencia, así como la atención brindada para controles y protección de la salud.
- Servir de base para revisar, estudiar y evaluar la atención proporcionada al paciente.
- Proteger los intereses legales de la persona del establecimiento y el cuerpo médico.
- Proveer información para investigación y docencia.

Como se observa se necesita mejorar la atención del servicio de Archivo Clínico siendo el archivo el lugar en donde se conservan las historias clínicas en forma ordenada y accesible pero para evitar que se siga presentando el malestar en el cliente interno y externo que requiere el expediente clínico, por lo que sería conveniente implantar un sistema de gestión de calidad para mejorar la atención al paciente y al personal de labora en el hospital; y sobre todo que sea como prueba piloto para la aplicación del sistema gestión a todo el hospital.

El Departamento de Control de Gestión de la Información efectúa trimestralmente encuestas a los pacientes que acuden a esta casa de salud y al procesarlas esta información se observa que entre las quejas de los pacientes son los inconvenientes con sus expedientes clínicos ocasionando malestar entre el paciente, auxiliar de enfermería y el médico, el expediente al no encontrarse en la consulta no puede ser atendido el paciente por lo pierde su turno o en su defecto se lo atiende al final de la jornada hasta que se localice su expediente por parte del personal de archivo clínico o en el caso de una cirugía si no se encuentra el expediente se suspende la intervención quirúrgica del paciente, por lo que hace necesario una revisión de los procesos del servicio de Archivo Clínico.

El Servicio de Archivo Clínico cuenta con 6 personas que laboran en diferentes horarios las 24 horas y los 365 días del año (2 personas en la mañana de 07h30 a 16h00, y una persona en la tarde de 12h00 a 20h00, 2 personas en la noche de 19h30

a 08h00 las mismas que se van alternando y una persona que sale de vacaciones), hay que tomar en cuenta que el personal de este servicio no solo se dedica a esta actividad, cumple otras funciones como son: retirar las altas de los pisos de hospitalización de 10H00 a 10H15 y entregarlas a los servicios de Control de Gestión de la Información, Farmacia y Pagaduría para la liquidación respectiva 11H00 a 11H15, tiempo en el que archivo clínico permanece con una sola persona y el personal de la noche realiza el censo de pacientes hospitalizados de 24H00 a 24H30 y retira los expedientes clínico de los pacientes egresados (defunciones y altas, en un promedio de 14 expedientes) y efectúa la verificación de los pacientes hospitalizados con el sistema automatizado y realiza las modificaciones respectivas e imprime el reporte de pacientes hospitalizados.

En el presente trabajo se aplicará indicadores de productividad para observar como se esta actualmente laborando en este servicio y como se mejorarían los procedimientos al implantar el sistema de gestión de la calidad, el mismo que beneficiaría a lo clientes internos y externos, pero ante todo la dirección, mandos y los trabajadores deben estar entrenados y comprometidos con la calidad antes de comenzar a implementar el sistema por lo que deben estudiar y dominar las técnicas de liderazgo, gestión por procesos y competencias para asegurar el éxito de esta implementación.

En la Norma ISO 9001:2008 señala que hay que adoptar una gestión por procesos, gestionar el conocimiento y las competencias tener un sistema para satisfacer al cliente, liderar el equipo, tener un buen sistema de comunicación, contar con un plan anual de capacitación, diseñar los procesos de revisión por la dirección y de auditorías con lo cual debe incluirse en el mapa de procesos.

Se va a observar que para elaborar un producto o prestar un servicio de calidad no es suficiente, como se lo hacia antes, al inspeccionar al final para chequear que el producto o servicio tenía un nivel de calidad aceptable. La calidad se basa en una serie de acciones, gestiones, operaciones, transformaciones en la que intervienen todas las personas del servicio

Al aplicar el sistema de gestión de la calidad se requerirán usar herramientas propias (procedimientos, instrucciones, etc) y herramientas de ayuda de implantación (paneles informativos, señalización, indicadores de calidad preestablecidos)

Todo lo que haga dos veces tiene un costo y se necesita un esfuerzo extra, cuando se planifica el trabajo en una organización, cuando se fija la productividad, se analizan los tiempos de tareas o se describen las transformaciones u opresiones que una persona debe realizar en una hora de trabajo muy frecuentemente se olvida de la no calidad, que es como un fantasma que está allí pero que la gente no la vé.

En este trabajo se beneficiaran los pacientes, familiares del paciente, médicos, auxiliares de enfermería, personal administrativo y las autoridades del hospital que verán que es importante implementar un sistema de gestión de calidad y que la calidad la hacen las personas por lo cual todos deberán estar sensibilizados, informados, formados y participar desde su puesto de trabajo, mejorar los procesos, combatir la no calidad, implementar la mejora continua, rentabilizar la gestión, crear un buen clima de trabajo y sensibilizar a las personas en la calidad.

El sistema es el conjunto de elementos: personas procedimientos, recursos y tareas que interactúan entre si para buscar un fin común, ese fin común en los sistemas ISO es la Mejora continúa y la satisfacción del cliente.

3. MARCO DE REFERENCIA:

ARCHIVO CLINICO

Cada uno de los asegurados y familiares que en su calidad de derechohabientes reciben atención en una unidad médica requiere tener un expediente clínico, el cual se abre en el momento de que el usuario solicita por primera vez ser atendido en una casa de salud.

A este expediente se incorporan en las sucesivas visitas todos los documentos que elaboran los médicos respecto a antecedentes patológicos, evolución de los padecimientos, resultados de exámenes radiológicos y de laboratorio, informes respecto a intervenciones quirúrgicas y tratamientos recibidos en el hospital y en general lo que va formando la historia clínica del paciente.

DEFINICIÓN:

Se entiende por archivo central de Historias Clínicas, al espacio físico compuesto de estanterías ordenadas y distribuidas en forma sistemática, destinado para archivar y desarchivar las Historias Clínicas del establecimiento de acuerdo al sistema implantado.

FUNCIONES:

Las funciones propias del Archivo Clínico son:

- La formación de los expedientes clínicos de los pacientes.
- Guarda de expedientes clínicos.
- Manejo de expedientes clínicos.
- Archivar y entregar historias clínicas.
- Controlar la salida de historias clínicas del archivo y su devolución.
- Archivar informes de laboratorio, radiología, etc.
- Preparar historias clínicas (prenumerar las carpetas, formularios, etc.)
- Trasladar historias clínicas del archivo activo al pasivo.

RELACIÓN CON OTRAS ÁREAS DEL HOSPITAL

El Archivo Clínico tiene trato con el público; con la recepcionista ubicada en el área de recepción su relación es constante puesto que esta abre los expedientes que enseguida pasan a formar parte del Archivo y se vincula con la sección de vigencia de derechos de la misma recepción que en ocasiones tiene necesidad de conocer el expediente clínico. Además, el Archivo Clínico tiene un importante movimiento de documentos con los diversos servicios médicos del hospital: envía a la consulta externa diariamente los expedientes clínicos de los pacientes que han sido citados previamente y en caso necesario de los que se presentan a consulta de emergencia

estos expedientes son devueltos diariamente al término de las labores diarias. Cuando los pacientes son internados el Archivo Clínico remite a la correspondiente unidad de hospitalización los respectivos expedientes que permanecen en la hospitalización hasta que los pacientes son dados de alta o fallecen y en ambos casos se devuelven los documentos al Archivo Clínico.

El Archivo Clínico recibe también los informes de los laboratorios y del departamento radiológico respecto a los exámenes practicados a los pacientes y los incorpora al expediente clínico. El movimiento de expedientes debe hacerse por conducto de las recepcionistas y auxiliares de los diversos departamentos que acuden a una ventanilla del Archivo Clínico exclusivos para el trato con el personal interno y pacientes.

La división de la Recepción y del Archivo Clínico se encuentra en dos espacios distintos de acuerdo con el criterio funcional que se aplica actualmente. La separación del Archivo Clínico favorece también el aspecto del Vestíbulo Principal puesto que evita la vista del espacio ocupado por los anaqueles y expediente, difícil de arreglar arquitectónicamente. Por último, la separación permite eliminar la confusión entre movimiento de personal y del público con respecto a las funciones del Archivo Clínico y de la Recepción. El local del Archivo Clínico se divide virtualmente en dos partes: una destinada a las labores de formación de expedientes, incorporación de nuevos documentos; elaboraciones de informes, estas labores significan escritorios y mesas de trabajo, y la otra parte, principal con dimensiones reducidas es la ocupada por los anaqueles que guardan los expedientes clínicos.

CUSTODIA Y GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA:

Los problemas derivados de la custodia y gestión de la historia clínica han llegado estos días a las páginas de periódicos locales y nacionales, dando pie a un conjunto de declaraciones que ponen en evidencia una buena dosis de desconocimiento de la realidad de los archivos hospitalarios. La custodia y gestión de las historias clínicas está, en la mayoría de hospitales, a cargo de los servicios de documentación clínica. Sus responsables -médicos documentalistas- coordinan una labor cuyo objetivo es proteger la información que facilite la continuidad e idoneidad de

los cuidados dispensados, evite la repetición de pruebas diagnósticas y favorezca la adopción de medidas terapéuticas.

Asimismo, el mantenimiento adecuado de esta documentación permite realizar tareas de investigación, gestión y administración sanitaria, docencia, evaluación de la calidad asistencial, estudios epidemiológicos, estadística sanitaria y testimonio documental para la resolución de problemas médico-legales. Y junto a todo ello, los procesos de extracción de información que posibilitan el control de costos, o la planificación sanitaria a partir de la medición del producto hospitalario.

El carácter eminentemente médico de nuestra actividad viene recogido en el Manual de Normas y Procedimientos de los Departamentos de Estadística del Ministerio de Salud Pública sobre organización hospitalaria, cuando incluye como adscrito a la división médica del hospital los servicios o unidades de documentación y archivo clínico. Además, la necesidad de profesionalizar estas tareas ha propiciado en la última década la incorporación a los centros sanitarios de un buen número de personal de que no está capacitado para esta función.

Los archivos de historias clínicas de una buena parte de centros asistenciales del país se encuentran desbordados por la proliferación vertiginosa de los documentos generados en la práctica asistencial. De ahí que las instalaciones destinadas a archivos se hayan quedado obsoletas: O no hay posibilidad de crecimiento físico por las características del edificio o no hay previsión de espacio ni dotación adecuada. Y esto es así porque la gestión de estos servicios, que deben planificarse fundamentalmente a medio y largo plazo, no están acordes con la permanencia en los cargos de los gestores de las instituciones sanitarias en general entre tres o cinco años, máximo, más ocupadas en obtener resultados a corto plazo en otras actividades hospitalarias que reporten mayor y mejor repercusión en los medios de comunicación.

La historia clínica y la unidad operativa que se encarga de su mantenimiento (el archivo de historias clínicas) constituye un conjunto de elementos estrictamente clínicos, por cuanto se trata del mantenimiento de un documento cuyo objetivo primordial es demostrar que el usuario ha acudido en demanda de asistencia y que ésta le ha sido proporcionada con los medios, la premura y por los profesionales adecuados.

El hecho de que en momentos puntuales, y generalmente como producto de una falta de previsión de la dirección del centro, se tenga que acudir a la contratación de empresas externas, no deja de tratarse de una situación de desajuste entre la oferta y la demanda, al igual que ocurre con las ya famosas listas de espera quirúrgicas. Y, como en estos casos, la contratación con empresas, otros centros asistenciales o profesionales externos, no pone en cuestión ni el carácter clínico ni la obligatoriedad de asumir la gestión por parte del centro contratado una vez solucionados los problemas derivados del aumento de la demanda.

Jurídicamente se debería establecer, el conjunto de documentos que debe contener la historia clínica y los plazos de conservación, así como aquellos documentos que pueden almacenarse en discos compactos, películas u otros soportes que permitan su correcta custodia.

HISTORIA CLÍNICA

Es el documento que guarda la información escrita del paciente es decir es el historial permanente y progresivo de las enfermedades o lesiones sufridas o bien las atenciones preventivas y/o curativas que se le brinda al paciente, por tal virtud la historia clínica preserva los valores médicos, científicos y legales, por lo que es fundamental que la historia clínica se encuentre correctamente archivada y se encuentre en todo momento a disposición del cuerpo médico para que sirva como instrumento de trabajo tanto en la atención del paciente como en la evaluación de los servicios médicos, paramédicos y administrativos

La historia clínica es el conjunto de información, reunida en diferentes soportes o documentos, relativa al estado de salud o enfermedad de un paciente atendido en un centro sanitario a lo largo del tiempo. En consecuencia, la historia clínica engloba toda la documentación clínica de un paciente a lo largo de su vida y por ello sus partes deben responder a una concepción dinámica y multiusuario.

OBJETIVOS DE LA HISTORIA CLÍNICA:

- Servir como instrumento para planificar la atención de las personas y para contribuir que ésta sea continuada.

- Proporcionar un medio de comunicación entre el personal de salud que contribuye a la atención del paciente.
- Proporcionar evidencia documentada sobre el curso de la salud, enfermedad y tratamiento del paciente.
- Servir como base para la revisión, estudio y evaluación de la calidad de atención prestada.
- Ofrecer información sobre la utilización de los recursos.
- Proporcionar información para la investigación y docencia.
- Proteger los intereses legales del paciente, establecimiento, cuerpo médico y otro personal de salud.

IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA:

El correcto manejo de las historias clínicas es uno de los factores claves para que el establecimiento de salud pueda prestar servicios de atención médica continua, facilitar la investigación y docencia. Esto implica contar con una historia documentada, accesible y oportuna, la cual debe estar custodiada en un archivo de historias clínicas. Cada una de estas historias debe ser identificada con un número, además del nombre, el cual debe estar controlado por un índice de pacientes que está en orden alfabético, de ésta manera no importará el volumen que haya de historias clínicas pues habrá más seguridad de que puedan ser identificadas en el momento que se necesitan.

La identificación de las personas en los hospitales es un procedimiento muy importante para asegurar que un paciente tenga una sola historia clínica. Los problemas de identificación ocasionan, con frecuencia, historias clínicas no localizables en el archivo y por lo tanto duplicación de las mismas, con el consecuente efecto negativo en la atención adecuada de la salud de las personas.

REGISTRO DE NÚMEROS:

El Registro de Números es una lista de números correlativos de HC al que se agregan los nombres y apellidos completos del paciente y la fecha en que por primera vez se abrió la historia clínica.

La finalidad que tiene este registro es controlar que no haya errores al asignar los números, que no se haya saltado ninguno y que no se vaya a duplicar.

NORMAS:

- Cada Hospital llevará un Registro de Números en el formulario correspondiente.
- Se deberá prenumerar el Registro de Números sin duplicaciones u omisiones.
- Diariamente se controlará que se haya anotado todos los datos completos del paciente.
- Cuando se anule una historia clínica se deben anular los nombres y apellidos y asignar ese número posteriormente a otro paciente.

INDICE DE PACIENTES:

El índice de pacientes, es un archivo permanente que identifica las personas que han sido atendidas en la Unidad y las Historias Clínicas que han creado para ellas. Su forma de archivo es de acuerdo al sistema alfabético, tipo guía telefónica.

NORMAS:

- Cada hospital mantendrá un índice de pacientes. Cada H.C. tendrá su correspondiente Tarjeta Índice.
- El índice debe tener suficiente información para identificar al paciente, con los siguientes datos: Apellido Paterno, Materno, Nombres Completos, Número de HC, Fecha de Nacimiento o nombres de los padres.
- El índice de pacientes debe ser perpetuo, pudiéndose retirar a un archivo pasivo las tarjetas índice correspondientes a las H.C que se han destruido.
- El índice de pacientes será único en cuanto a sexo y año de apertura de la Historia Clínica.
- Las Tarjetas índice se archivarán diariamente.
- El índice de pacientes será manejado por personal debidamente adiestrado en cuanto a sus responsabilidades.
- Las tarjetas se deberán archivar en estricto orden alfabético, considerando los apellidos, letra por letra hasta llegar al fin del apellido.
- Se realizará una auditoria periódica de la exactitud del archivo de tarjetas índices de pacientes.

- Se intercalará una guía o pestaña por cada 100 tarjetas.

MÉTODO DE ARCHIVO CLÍNICO DE LA HISTORIA CLÍNICA:

Las historias clínicas son identificadas con números por lo que su archivo es también numérico porque es la manera más ágil de identificar la información médica sobre un paciente ya que facilita el trabajo de archivo y la recuperación de las historias.

Existen dos métodos de archivo: convencional (números consecutivos correlativos) y dígito terminal.

MÉTODO CONVENCIONAL:

En el método convencional las historias clínicas se clasifican en orden consecutivo según su numeración correlativa y el número se lee izquierda a derecha como se hace convencionalmente.

MÉTODO DÍGITO TERMINAL SIMPLE:

Es una forma matemática de distribuir las Historias Clínicas en 100 secciones iguales del área disponible del archivo. La repartición se basa en el orden correlativo de la Historia Clínica.

FORMA DE ESCRIBIR EL NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA:

Para un archivo de 100.000 HCU se agrupan los cinco dígitos de la siguiente manera:

2-1-2: Por ejemplo: el número 45.621 se escribe 45-6-21.

Al comenzar la numeración se completan los cinco dígitos con ceros adelante, luego el número 1, y se anota 00-0-01; 00-0-2; 00-0-03; el número 345 se escribe 00-3-45

FORMA DE LECTURA DEL NÚMERO PARA FINES DE ARCHIVO:

Se lee de derecha a izquierda.

El grupo que comprende los 2 dígitos de la derecha se llaman PRIMARIOS y sirven para identificar la sección.

El dígito del medio se llama SECUNDARIO que identifica la división de cada sección

El grupo de los 2 dígitos a la izquierda se denominan TERCARIOS y van en orden ascendente dentro de la división de la misma sección Ejemplo: con el número 45-6-21-

El 21 constituye la sección o los dígitos primarios

El 6 constituye la división o el dígito secundario

El 45 constituye el grupo de dígitos finales.

Como hay 100 secciones que van desde 00 a 99, al dar 100 números en orden correlativo se ubica un número en cada una de las 100 secciones.

Ejemplo: La HC # 45 se escribe 00-0-45 = sección 45

La HC# 2 se escribe 00-0-02 = sección 2

Al momento de fijar la sección, se debe fijar la división en cada sección, hay 10 posibles divisiones, o sea de 0 al 9.

Ejemplo: El # de HC 345 se escribe 00-3-45 se archivará en la sección 45 de la división 3.

El # de HC 500 –se escribe 00-5-00 se archivará en la sección 00 de la división 5.

Después de ubicar la división hay que fijar los dígitos finales que van en orden ascendente en cada división.

Ejemplo: El # de HC 445 se escribe 00-4-45 es el primer número de la división 4 sección 45.

El # de HC 1445 se escribe 01-4-45 es el segundo número de esta división.

Todas las 100 secciones del archivo se expanden uniformemente de cada 100 números, 1 corresponde a cada sección primaria.

Ejemplo: 00-0-00

00-0-01

00-0-02

También en las divisiones se extienden uniformemente, de los primeros 1000 números proporcionados 1 corresponde a cada división de cada sección.

00-0-01	00-0-99
00-0-02	00-1-99
-----	-----
-----	-----
00-9-01	00-9-99

De igual manera los dígitos finales aumentan uniformemente. De cada 1000 números uno corresponde a cada dígito final de la división de una sección.

00-0-01	00-1-01
00-0-01	01-1-01

Según esto la HC # 24.136 escrita 24-1-36 estará archivada en la sección 36 de la división 1 y entre las HC 23-1-36 y 25-1-36.

La HC # 99-7-48 estará en la sección 48 división 7 y entre la HC # 98-7-48 y la baranda que separa la división 8 de la misma sección y cuya primera HC será la 00-8-48.

TIPOS DE ARCHIVO:

Dado el volumen de Historias Clínicas que pueden acumularse con el pasar de los años y que muchas de ellas tienen anotadas acciones por una sola vez, se implantan dos tipos de archivo: ACTIVO y PASIVO.

Toda HC con una antigüedad de cinco años o más desde su última acción anotada debe pasar a formar parte del **Archivo Pasivo**. Cuando se trate de Hospitales Docentes el tiempo de duración en el archivo activo será de diez años.

ARCHIVO ACTIVO:

Es el archivo en el que deben incluir todas la HC que tengan acciones anotadas por menos de cinco años de antigüedad.

Se deben archivar de acuerdo al dígito terminal.

ARCHIVO PASIVO:

En este archivo se debe incluir todas aquellas HC que no hayan tenido movimiento por el espacio de cinco y diez años, o un año después del fallecimiento del paciente.

Estas historias serán ordenadas correlativamente por su número único.

MANTENIMIENTO DEL ARCHIVO:

Toda unidad de archivo debe organizar las siguientes actividades para su mantenimiento adecuado:

DEPURACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA:

Esta consiste en eliminar de la historia clínica las hojas en blanco, documentos no autorizados (recibos y otros) y documentos desactualizados sin ningún valor, cuando se realiza la revisión cuantitativa o cuando se revisan las historias en el archivo. Lo anterior debe estar normalizado por el establecimiento de salud.

DEPURACIÓN DEL ARCHIVO:

Consiste en extraer cada cierto tiempo, historias clínicas que no han sido utilizadas para la atención del paciente en ningún área del hospital (hospitalización, consulta externa o emergencia). Los períodos deben establecerse de acuerdo con las políticas institucionales. Las historias clínicas inactivas se enviarán a un archivo pasivo

REPARACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA:

La reparación consiste en mantener los documentos médicos en las mejores condiciones posibles, tales como buen estado de la carpeta, mediante cambio de carpetas cuando están deterioradas por el uso.

SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

El Sistema de Gestión de la Calidad es la formulación de políticas y objetivos relativos a la calidad y la capacidad de alcanzarlos, el sistema de gestión de la calidad

debe estar integrado en los procesos, procedimientos, instrucciones de trabajo, mediciones y controles, etc., de las propias operaciones de la empresa.

Es un sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad por lo tanto, está integrado en las operaciones de la empresa u organización y sirve para asegurar su buen funcionamiento y control en todo momento.

Proporciona además herramientas para la implantación de acciones de prevención de defectos o problemas (procedimiento de acciones preventivas), así como de corrección de los mismos. Incluye también los recursos, humanos y materiales, y las responsabilidades de los primeros, todo ello organizado adecuadamente para cumplir con sus objetivos funcionales.

La adopción de un sistema de gestión de la calidad surge por una decisión estratégica de la alta dirección, motivada por intenciones de mejorar su desempeño, porque están desarrollando un sistema de mejora continua para dar una guía de actuación clara y definida al personal sobre aspectos específicos del trabajo; para obtener la certificación por una tercera parte de su sistema de gestión, o por exigencias del entorno, el sistema de gestión de la calidad esta constituida por las siguientes etapas que sirve para mantener y mejorar, esta etapas son:

1. Determinar las necesidades y expectativas de los clientes y de otras partes interesadas.
2. Establecer la política y objetivos de la calidad de la organización.
3. Determinar los procesos y las responsabilidades necesarias para el logro de los objetivos de la calidad.
4. Determinar y proporcionar los recursos necesarios para el logro de los objetivos de la calidad.
5. Establecer los métodos para medir la eficacia y la eficiencia de cada proceso.
6. Aplicar estas medidas para determinar la eficacia y la eficiencia de cada proceso.
7. Determinar los medios para prevenir inconformidades y eliminar sus causas.
8. Establecer y aplicar un proceso para la mejora continua del sistema de gestión de la calidad.

IMPLANTACIÓN

Existen diversos métodos de implantación y siempre se requiere usar herramientas propias (procedimientos, instrucciones) y herramientas de ayuda de implantación (paneles informativos, señalización, indicadores de calidad preestablecidos)

CERTIFICACIÓN

Existen unos estándares de gestión de calidad normalizados, es decir, definidos por un organismo normalizador, como ISO, DIN o EN, etc. que permiten que una empresa con un sistema de gestión de la calidad pueda validar su efectividad mediante una auditoría de una empresa externa. Una de las normas más conocidas y utilizadas a nivel internacional para gestionar la calidad, es la norma ISO 9001(última revisión ISO 9001:2008).

También existen normas específicas para determinados sectores o actividades, por ejemplo la norma ISO/IEC 17025:2005 que aplica para el diseño de un sistema de gestión de la calidad en Laboratorios.

En ocasiones, dependiendo del tipo de empresa y de la complejidad de su sistema de gestión, se utiliza un sistema integrado para la gestión de la calidad, el medio ambiente (según norma ISO 14001) y la seguridad, (según norma OHSAS 18000). Cabe destacar a manera de resumen que los 3 pilares básicos en los que se basa un buen sistema de gestión de la calidad son:

- Planificación de la Gestión de Calidad
- Control de la Gestión de Calidad
- Mejora continua de la Gestión de la calidad

RESUMEN DE LA ISO 9001:2008

INTRODUCCIÓN:

Es de conocimiento del mundo empresarial que las empresas deben llegar a la Certificación de un Sistema de calidad basado en alguna norma, siendo ISO 9001:2008, la norma Internacional de mayor aceptación. Ya es una barrera comercial, ya no basta con “hacer creer” que la empresa trabaja bien, hay que mostrar evidencias. Las empresas que no cumplen con este requisito pierden opciones de

comercializar sus productos o sus servicios, ya que hay otro competidor que si cumple este requisito. Es por lo tanto un imperativo de mercado lograr una certificación.

LA DEFINICIÓN ESTRATÉGICA:

La Norma ISO 9001: 2008 es una norma editada por International Organization for Standardization (Organización Internacional para la Estandarización) para ser aplicada en el desarrollo de la Gestión de la Calidad de una organización. Esta especifica todos los elementos que son requeridos para poder implementar un Sistema de Calidad. Es genérica y puede ser aplicada a todo tipo de organizaciones (industriales, comerciales, de servicios, educativas, etc.) Organismos nacionales e internacionales certifican el cumplimiento de los requisitos de Calidad exigidos por las Normas ISO. Están orientados a certificar procesos, no productos.

La importancia de dicha norma radica en que sirven para estructurar y organizar los procesos, instalar las bases de mejora continua, e implementar en forma eficiente un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) basado en la norma ISO y su utilización como herramienta de gestión de los negocios.

En síntesis, con la NORMA ISO se logran definir las Políticas, Objetivos y los Valores de la empresa y/o negocio obteniendo de esa manera una imagen reconocida en el Mercado.

La certificación ISO 9001:2008 significa para una Organización:

Mejorar el desempeño y la productividad.

Mejorar la imagen de su organización.

Cumplir con una exigencia cada día más frecuente en todos los mercados.

Orientar los esfuerzos al logro de los objetivos.

Detectar y satisfacer nuevas necesidades de sus clientes.

Identificar tareas y actividades que agregan valor, optimizando costos.

Identificar y reducir costos por deficiencias en los procesos.

Demostrar una cultura de trabajo aceptada internacionalmente.

Aumentar la satisfacción de sus clientes.

CÓMO HACERLO:

El primer paso es tomar una capacitación para entender un amplio espectro de ideas y de lenguaje que debe aprender la empresa desde la gerencia hasta el último empleado. Hay que entender y manejar el significado de términos tales como calidad, mejora continua, modelo PDCA, medición, control de procesos, retroalimentación del cliente, mejora del sistema, auditoria de calidad, producto no conforme, falla, plan de acción, procedimiento, verificación, validación, revisión, en fin una variedad de ideas que trabajando en conjunto permiten a la empresa ir modelando la nueva cultura organizacional.

La capacitación permite educar al personal, hacerse menos resistente a los cambios que se generan al adherir a la norma, a ensamblar los procesos de manera más eficiente, permite sensibilizar a la organización para crear un sistema gerencial moderno, que sea capaz de adaptarse rápidamente al requerimiento del cliente.

Luego se desarrolla un proceso de documentación del sistema de gestión, el cual se lleva a la práctica de modo de que el trabajo se organiza apropiadamente para lograr el estándar definido en cada proceso. La Gerencia, entre tanto, trabaja con elementos de la planificación estratégica, y deberá estar permanentemente monitoreando el proceso de implementación del SGC. Los documentos y registros se organizan, las actividades se planifican, los compromisos asumidos se cumplen. La organización progresa estructuradamente.

La Norma ISO 9001:2008 tiene 5 grandes pilares: en primer lugar el Sistema de gestión de la calidad, en segundo lugar se establece la Responsabilidad de la Dirección, tercero, la Gestión de los recursos, cuarto, La realización del producto y quinto se desarrollan las directrices de la mediación, análisis y mejora continua.

BREVE RESUMEN DEL SIGNIFICADO DE LOS ELEMENTOS DEL LA NORMA ISO 9001:2008.

La norma ISO 9001:2008 está estructurada en ocho capítulos, refiriéndose los TRES primeros a declaraciones de principios, estructura y descripción de la empresa, requisitos generales, etc., es decir, son de carácter introductorio. Los capítulos CUATRO a ocho están orientados a procesos y en ellos se agrupan los requisitos para la implantación del sistema de calidad

- El Sistema de gestión de la calidad, explica los requisitos generales del Sistema de Calidad, ya que cada compañía construyen su propio sistema, a la medida. Esto contempla definir los requerimientos para el control de la documentación y el control de los registros los cuales serán más o menos complejos en función del tipo de negocio y tamaño de la empresa.
- La Responsabilidad de la Dirección: contempla las responsabilidades de la gerencia, quien asume el compromiso con la calidad y con la satisfacción del cliente. Define la Política de calidad y los objetivos de calidad, lo cual es parte de la planificación estratégica que se supone ha definido o mantiene la empresa. Establece el marco administrativo y niveles de autoridad que requiere la empresa. También es responsable por el monitoreo del SGC.
- La Gestión de los Recursos, se refiere a la necesidad de definir y establecer los recursos tanto económicos como financieros, los recursos de personal, los de infraestructura y de ambiente de trabajo, necesarios para generar productos y servicios de acuerdo al estándar de calidad definido por la gerencia.
- El capítulo de la Realización del Producto es uno de los temas más amplios ya que en el se encuentran los lineamientos para la planificación de la realización del producto, los aspectos comerciales, la ejecución del producto o prestación del servicio, los temas de las adquisiciones, el tratamiento del diseño y desarrollo, el manejo del control sobre los dispositivos de seguimiento y medición que utilice la empresa para medir y alcanzar las especificaciones del producto o servicio ofrecido.
- Finaliza la normativa con una propuesta sobre la medición, análisis y mejora del sistema de gestión que se construya. En este apartado, se encuentran las

reglas para medir la satisfacción de clientes, para organizar el subsistema de auditoria, y la aplicación de los métodos de control para seguimiento de los procesos que permitan demostrar la capacidad para alcanzar los resultados planificados. En este capítulo se encuentran los elementos de verificación (inspección) el manejo de los productos no conformes y las acciones correctivas y preventivas que deben desarrollarse. En este contexto la mejora del SGC se hace un imperativo, como motor para lograr mejores estándar de productos o de servicios.

ISO 9001:2008 tiene muchas semejanzas con el famoso "Círculo de Deming o PDCA"; acrónimo de Plan, Do, Check, Act (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar). Está estructurada en cuatro grandes bloques, completamente lógicos, y esto significa que con el modelo de sistema de gestión de calidad basado en ISO se puede desarrollar en su seno cualquier actividad. La ISO 9000:2008 se va a presentar con una estructura válida para diseñar e implantar cualquier sistema de gestión, no solo el de calidad, e incluso, para integrar diferentes sistemas.

RECURSOS:

Los recursos para efectuar un proyecto dependerán del tamaño de la empresa y de su complejidad, sin embargo, el compromiso de la gerencia es mandatorio, el poner esto como una meta de empresa es clave. Los efectos que surgen de su aplicación, cruzan no solo la documentación, sino la cultura de la empresa, la cual en muchos casos hay que remodelar o redefinir. No importa el tamaño, importa la decisión estratégica que se formula por parte de la alta gerencia.

La selección de o de los asesores también es importante, la experiencia es una variable clave para lograr el éxito.

En organizaciones grandes, el principal cuello de botella es unificar esta toma de decisión, para lograr alinear en un solo proyecto y no en parcialidades, que a la larga tornan largo y tedioso el proceso, si hay un compromiso de la gerencia, un buen direccionamiento permite llegar al éxito de la certificación del SGC.

ISO 9001: 2008 NUEVA VERSION

La nueva versión de la norma ISO 9.001:2008 fue publicada el pasado mes de Noviembre del 2009, fruto del trabajo realizado por el Comité ISO TC/176/SC2.

La norma ISO 9.001:2008 mantiene de forma general la filosofía del enfoque a procesos y los ocho principios de gestión de la calidad, a la vez que seguirá siendo genérica y aplicable a cualquier organización independientemente de su actividad, tamaño o su carácter público o privado.

Si bien los cambios abarcan prácticamente la totalidad de los apartados de la norma, éstos no suponen un impacto para los sistemas de gestión de la calidad de las organizaciones basados en la ISO 9.001:2000, ya que fundamentalmente están enfocados a mejorar o enfatizar aspectos como

- Importancia relevante del cumplimiento legal y reglamentario.
- Alineación con los elementos comunes de los sistemas ISO 14.001
- Mayor coherencia con otras normas de la familia ISO 9.000
- Mejora del control de los procesos subcontratados.
- Aumento de comprensión en la interpretación y entendimiento de los elementos de la norma para facilitar su uso.
- Eliminación de ambigüedades en el tratamiento de algunas actividades

Algunos de los cambios más significativos son:

Apartado de la norma	Cambios
4.1. Requisitos Generales.	Se sustituye el término “identificar” por “determinar” y se incorpora el matiz de “cuando sea aplicable”. Se sustituye “el control sobre dichos procesos” por “el tipo y grado de control a aplicar sobre dichos procesos”, e “identificado” por definido.
5. Responsabilidad de la Dirección.	Se matiza que el representante tiene que ser un miembro de la dirección de la organización.
6. Gestión de los Recursos.	El personal que realice trabajos que afecten a la conformidad de los requisitos debe de ser competente en base a la educación, formación, habilidades y experiencia. Proporcionar formación para lograr la competencia necesaria, cuando aplique. Asegurarse que la competencia necesaria se ha logrado (no la efectividad de las acciones tomadas).
6.2.1. Generalidades.	Se sustituye “calidad del producto” por “conformidad con los requisitos del producto”. La conformidad de los requisitos puede verse afectada por el personal que desempeña las tareas.
6.4. Ambiente de trabajo.	Se incorpora una aclaración sobre lo qué es “ambiente de trabajo” como las condiciones en las cuales se realiza el trabajo, incluyendo factores físicos, ambientales y de otro tipo.
7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con el producto.	Se aclara cuáles son las actividades posteriores a la entrega del producto: garantía, mantenimiento, reciclaje...
7.3.1. Planificación del diseño y desarrollo.	Se aclara la forma de cómo llevar a cabo y registrar la revisión, la verificación y la validación del diseño. De forma separada o en cualquier combinación que sea adecuada.
8.2.1. Satisfacción del cliente	Se aclara las distintas fuentes que se pueden usar para el seguimiento de la percepción del cliente: encuestas, datos del cliente, análisis de pérdida de negocio, felicitaciones, informes de comerciales...
8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos.	Se aclara que el tipo y grado de seguimiento y medición debe estar relacionado con el impacto sobre la conformidad con los requisitos del producto y la eficacia del sistema.

Los certificados emitidos en base a ISO 9001:2000 tienen el mismo reconocimiento que los emitidos con la nueva norma pero cuentan con un plazo de dos años para adaptarse a la nueva edición.

EL MEJORAMIENTO CONTINUO

A través de los años los empresarios han manejado sus negocios trazándose sólo metas limitadas, que les han impedido ver más allá de sus necesidades inmediatas, es decir, planean únicamente a corto plazo; lo que conlleva a no alcanzar niveles óptimos de calidad y por lo tanto a obtener una baja rentabilidad en sus negocios.

Según los grupos gerenciales de las empresas japonesas, el secreto de las compañías de mayor éxito en el mundo radica en poseer estándares de calidad altos tanto para sus productos como para sus empleados; por lo tanto el control total de la calidad es una filosofía que debe ser aplicada a todos los niveles jerárquicos en una organización, y esta implica un proceso de Mejoramiento Continuo que no tiene final.

Dicho proceso permite visualizar un horizonte más amplio, donde se buscará siempre la excelencia y la innovación que llevarán a los empresarios a aumentar su competitividad, disminuir los costos, orientando los esfuerzos a satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.

Asimismo, este proceso busca que el empresario sea un verdadero líder de su organización, asegurando la participación de todos que involucrándose en todos los procesos de la cadena productiva. Para ello él debe adquirir compromisos profundos, ya que él es el principal responsable de la ejecución del proceso y la más importante fuerza impulsadora de su empresa.

Para llevar a cabo este proceso de Mejoramiento Continuo tanto en un departamento determinado como en toda la empresa, se debe tomar en consideración que La mejora continua es una herramienta de incremento de la productividad que favorece un crecimiento estable y consistente en todos los productos, servicios y procesos, y que la mejora que se haga permita abrir las posibilidades de sucesivas mejoras a la vez que se garantice el cabal aprovechamiento del nuevo nivel de desempeño logrado.

CONCEPTOS:

James Harrington (1993), para él mejorar un proceso, significa cambiarlo para hacerlo más efectivo, eficiente y adaptable, qué cambiar y cómo cambiar depende del enfoque específico del empresario y del proceso.

Fadi Kabboul (1994), define el Mejoramiento Continuo como una conversión en el mecanismo viable y accesible al que las empresas de los países en vías de desarrollo cierran la brecha tecnológica que mantienen con respecto al mundo desarrollado.

Abell, D. (1994), da como concepto de Mejoramiento Continuo una mera extensión histórica de uno de los principios de la gerencia científica, establecida por Frederick Taylor, que afirma que todo método de trabajo es susceptible de ser mejorado (tomado del Curso de Mejoramiento Continuo dictado por Fadi Kbbaul).

L.P. Sullivan (1994), define el Mejoramiento Continuo, como un esfuerzo para aplicar mejoras en cada área de la organización a lo que se entrega a clientes.

Eduardo Deming (1996), según la óptica de este autor, la administración de la calidad total requiere de un proceso constante, que será llamado Mejoramiento Continuo, donde la perfección nunca se logra pero siempre se busca.

El Mejoramiento Continuo es un proceso que describe muy bien lo que es la esencia de la calidad y refleja lo que las empresas necesitan hacer

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL MEJORAMIENTO CONTINUO:**VENTAJAS:**

- Se concentra el esfuerzo en ámbitos organizativos y de procedimientos puntuales.
- Consiguen mejoras en un corto plazo y resultados visibles
- Si existe reducción de productos defectuosos, trae como consecuencia una reducción en los costos, como resultado de un consumo menor de materias primas.
- Incrementa la productividad y dirige a la organización hacia la competitividad, lo cual es de vital importancia para las actuales organizaciones
- Contribuye a la adaptación de los procesos a los avances tecnológicos
- Permite eliminar procesos repetitivos

DESVENTAJAS

- Cuando el mejoramiento se concentra en un área específica de la organización, se pierde la perspectiva de la interdependencia que existe entre todos los miembros de la empresa.
- Requiere de un cambio en toda la organización, ya que para obtener el éxito es necesaria la participación de todos los integrantes de la organización y a todo nivel.
- En vista de que los gerentes en la pequeña y mediana empresa son muy conservadores, el Mejoramiento Continuo se hace un proceso muy largo.
- Hay que hacer inversiones importantes.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE MEJORAMIENTO:

De acuerdo a un estudio en los procesos de mejoramiento puestos en práctica en diversas compañías en Estados Unidos, Según Harrington (1987), existen diez actividades de mejoramiento que deberían formar parte de toda empresa, sea grande o pequeña:

1. Obtener el compromiso de la alta dirección.
2. Establecer un consejo directivo de mejoramiento.
3. Conseguir la participación total de la administración
4. Asegurar la participación en equipos de los empleados.
5. Conseguir la participación individual.
6. Establecer equipos de mejoramiento de los sistemas (equipos de control de los procesos).
7. Establecer actividades que aseguren la calidad de los sistemas.
8. Desarrollar actividades con la participación de los proveedores
9. Establecer un sistema de reconocimientos.
10. Desarrollar e implantar planes de mejoramiento a corto plazo y una estrategia de mejoramiento a largo plazo

IMPORTANCIA DEL MEJORAMIENTO CONTINUO

La importancia de esta técnica gerencial radica en que con su aplicación se puede contribuir a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de la organización.

A través del mejoramiento continuo se logra ser más productivos y competitivos en el mercado al cual pertenece la organización, por otra parte las organizaciones deben analizar los procesos utilizados, de manera tal que si existe algún inconveniente pueda mejorarse o corregirse; como resultado de la aplicación de esta técnica puede ser que las organizaciones crezcan dentro del mercado y hasta llegar a ser líderes.

PASOS PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO

A continuación se describen los siete pasos del proceso de mejoramiento:

1. Paso: Selección de los problemas (oportunidades de mejora)
2. Paso: Cuantificación y subdivisión del problema
3. Paso: Análisis de las causas, raíces específicas.
4. Paso: Establecimiento de los niveles de desempeño exigidos (metas de mejoramiento).
5. Paso: Definición y programación de soluciones
6. Paso: Implantación de soluciones
7. Paso: Acciones de Garantía

PRIMER PASO: SELECCIÓN DE LOS PROBLEMAS (OPORTUNIDADES DE MEJORA)

Este paso tiene como objetivo la identificación y escogencia de los problemas de calidad y productividad del departamento o unidad bajo análisis.

A diferencia de otras metodologías que comienzan por una sesión de tormenta de ideas sobre problemas en general, mezclando niveles de problemas (síntomas con causas), en ésta buscamos desde el principio mayor coherencia y rigurosidad en la definición y escogencia de los problemas de calidad y productividad.

Actividades:

Este primer paso consiste en las siguientes actividades:

- a. Aclarar los conceptos de calidad y productividad en el grupo.
- b. Elaborar el diagrama de caracterización de la Unidad, en términos generales: clientes, productos y servicios, atributos de los mismos, principales procesos e insumos utilizados.
- c. Definir en qué consiste un problema de calidad y productividad como desviación de una norma: deber ser, estado deseado, requerido o exigido.
- d. Listar en el grupo los problemas de calidad y productividad en la unidad de análisis (aplicar tormenta de ideas).
- e. Preseleccionar las oportunidades de mejora, priorizando gruesamente, aplicando técnica de grupo nominal o multivotación.
- f. Seleccionar de la lista anterior las oportunidades de mejora a abordar a través de la aplicación de una matriz de criterios múltiples, de acuerdo con la opinión del grupo o su superior.

Las tres primeras actividades (a, b y c), permiten lo siguiente:

- Concentrar la atención del grupo en problemas de calidad y productividad, y:
- Obtener mayor coherencia del grupo al momento de la tormenta de ideas para listar los problemas.
- Evitar incluir en la definición de los problemas su solución, disfrazando la misma con frases como: falta de..., carencia de..., insuficiencia, etc. lo cual tiende a ser usual en los grupos poco experimentados. La preselección (actividad "e") se hace a través de una técnica de consenso rápido en grupo, que facilita la identificación en corto tiempo de los problemas, para luego, sobre todo los 3 o 4 fundamentales, hacen la selección final (actividad "f") con criterios más analíticos y cuantitativos, esto evita la realización de esfuerzos y cálculos comparativos entre problemas que **obviamente** tienen diferentes impactos e importancia.

Observaciones y recomendaciones generales

- Este es un paso clave dentro del proceso, por lo que debe dedicarse el tiempo necesario evitando **quemar** actividades o **pasarlas** por alto, sin que el equipo de trabajo haya asimilado suficientemente el objetivo de las mismas.

- Conviene desarrollar este paso en tres sesiones y cuando mínimo dos (nunca en una sola sesión) y cada una de 1 1/2 horas de duración. En la primera pueden cubrirse las tres primeras actividades, en la segunda las actividades «d» y «e» y en la última la «f»; esta actividad debe ser apoyada con datos según los criterios de la matriz, por tanto, esta actividad debe hacerse en una sesión aparte.
- La caracterización de la unidad debe hacerse gruesamente evitando detalles innecesarios. Debe considerarse que luego de cubiertos los siete pasos, (el primer ciclo), en los ciclos de mejoramiento posteriores se profundizará con mayor conocimiento, por la experiencia vivida. Esta recomendación es válida para todas las actividades y pasos, la exagerada rigurosidad no es recomendable en los primeros proyectos y debe dosificarse, teniendo presente que el equipo de mejora es como una persona que primero debe gatear luego caminar, luego trotar, para finalmente correr a alta velocidad la carrera del mejoramiento continuo.

Técnicas a utilizar: Diagrama de caracterización del sistema, tormenta de ideas, técnicas de grupo nominal, matriz de selección de problemas.

SEGUNDO PASO: CUANTIFICACION Y SUBDIVISION DEL PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El objetivo de este paso es precisar mejor la definición del problema, su cuantificación y la posible subdivisión en subproblemas o causas síntomas.

Es usual que la gente ávida de resultados o que está acostumbrada a los **yo creo** y **yo pienso** no se detenga mucho a la precisión del problema, pasando de la definición gruesa resultante del leer. Paso a las causas raíces, en tales circunstancias los diagramas causales pierden especificidad y no facilitan el camino para identificar soluciones, con potencia suficiente para enfrentar el problema. Por ejemplo, los defectos en un producto se pueden asociar a la falta de equipos adecuados en general, pero al defecto específico, raya en la superficie, se asociará una deficiencia de un equipo en particular.

Debido a que tales desviaciones se han producido en varias aplicaciones de la metodología, ha decidido en crear este paso para profundizar el análisis del problema antes de entrar en las causas raíces.

Actividades:

Se trata de afinar el análisis del problema realizando las siguientes actividades:

- a. Establecer el o los tipos de indicadores que darán cuenta o reflejen el problema y, a través de ellos, verificar si la definición del problema guarda o no coherencia con los mismos, en caso negativo debe redefinirse el problema o los indicadores.
- b. Estratificar y/o subdividir el problema en sus causas-síntomas. Por ejemplo:
 - El retraso en la colocación de solicitudes de compra, puede ser diferente según el tipo de solicitud.
 - Los defectos de un producto pueden ser de varios tipos, con diferentes frecuencias.
 - Los días de inventario de materiales pueden ser diferentes, según el tipo de material.
 - El tiempo de prestación de los servicios puede variar según el tipo de cliente.
 - Las demoras por fallas pueden provenir de secciones diferentes del proceso o de los equipos.
- c. Cuantificar el impacto de cada subdivisión y darle prioridad utilizando la matriz de selección de causas y el gráfico de Pareto, para seleccionar el (los) estrato(s) o subproblema(s) a analizar.

Observaciones y recomendaciones generales

- Debe hacerse énfasis en la cuantificación y sólo en casos extremos (o en los primeros proyectos) a falta de datos o medios ágiles para recogerlos se podrá utilizar, para avanzar, una técnica de jerarquización cualitativa como la técnica de grupo nominal, con un grupo conocedor del problema.
Sin embargo, se deberá planificar y ordenar la recolección de datos durante el proceso.

- Este paso conviene desarrollarlo en tres o, al menos, dos sesiones, dependiendo de la facilidad de recolección de datos y del tipo de problema. En la primera sesión realizar las actividades «a» y «b», en la segunda analizar los datos recogidos (actividad «c») y hacer los reajustes requeridos y en la tercera sesión la actividad «d» priorización y selección de causas síntomas.
- Técnicas a utilizar: indicadores, muestreo, hoja de recolección de datos, gráficas de corrida, gráfico de Pareto, matriz de selección de causas, histogramas de frecuencia, diagrama de procesos.

TERCER PASO: ANALISIS DE CAUSAS RAICES ESPECIFICAS

El objetivo de este paso es identificar y verificar las causas raíces específicas del problema en cuestión, aquellas cuya eliminación garantizará la no recurrencia del mismo. Por supuesto, la especificación de las causas raíces dependerá de lo bien que haya sido realizado el paso anterior.

Nuevamente en este paso se impone la necesidad de hacer medible el impacto o influencia de la causa a través de indicadores que den cuenta de la misma, de manera de ir extrayendo la causa más significativa y poder analizar cuánto del problema será superado al erradicar la misma.

Actividades

- a. Para cada subdivisión del problema seleccionado, listar las causas de su ocurrencia aplicando la tormenta de ideas.
- b. Agrupar las causas listadas según su afinidad (dibujar diagrama causa-efecto). Si el problema ha sido suficientemente subdividido puede utilizarse la subagrupación en base de las 4M o 6M (material, machine, man, method, moral, management), ya que estas últimas serán lo suficientemente específicas. En caso contrario se pueden subagrupar según las etapas u operaciones del proceso al cual se refieren (en tal caso conviene construir el diagrama de proceso), definiéndose de esta manera una nueva subdivisión del subproblema bajo análisis.
- c. Cuantificar las causas (o nueva subdivisión) para verificar su impacto y relación con el problema y jerarquizar y seleccionar las causas raíces más relevantes.

En esta actividad pueden ser utilizados los diagramas de dispersión, gráficos de Pareto, matriz de selección de causas.

- d. Repetir b y c hasta que se considere suficientemente analizado el problema.

Observaciones y recomendaciones generales

- Durante el análisis surgirán los llamados problemas de solución obvia que no requieren mayor verificación y análisis para su solución, por lo que los mismos deben ser enfrentados sobre la marcha.

Esto ocurrirá con mayor frecuencia en los primeros ciclos, cuando usualmente la mayoría de los procesos está fuera de control.

- Este paso, dependiendo de la complejidad del problema, puede ser desarrollado en 3 o 4 sesiones de dos horas cada una.

En la primera sesión se realizarán las actividades a y b, dejando la actividad c para la segunda sesión, luego de recopilar y procesar la información requerida.

En las situaciones donde la información esté disponible se requerirá al menos una nueva sesión de trabajo (tercera), luego de jerarquizar las causas, para profundizar el análisis. En caso contrario se necesita más tiempo para la recolección de datos y su análisis (sesiones cuarta y quinta).

- Técnicas a utilizar: tormenta de ideas, diagrama causa-efecto, diagrama de dispersión, diagrama de Pareto, matriz de selección de causas.

CUARTO PASO: ESTABLECIMIENTO DEL NIVEL DE DESEMPEÑO EXIGIDO (METAS DE MEJORAMIENTO)

El objetivo de este paso es establecer el nivel de desempeño exigido al sistema o unidad y las metas a alcanzar sucesivamente.

Este es un paso poco comprendido y ha tenido las siguientes objeciones:

- El establecimiento de metas se contradice con la filosofía de calidad total y con las críticas de W.E. Deming a la gerencia por objetivos.
- No es posible definir una meta sin conocer la solución.
- La idea es mejorar, no importa cuánto.
- La meta es poner bajo control al proceso por tanto está predeterminada e implícita.

A tales críticas, hacemos las siguientes observaciones:

- Cuando estamos fijando una meta estamos estableciendo el nivel de exigencia al proceso o sistema en cuestión, respecto a la variable analizada, en función o bien de las expectativas del cliente, cuando se trata de problemas de calidad o del nivel de desperdicio que es posible aceptar dentro del estado del arte tecnológico, lo cual se traduce en un costo competitivo. En ambas vertientes la meta fija indirectamente el error no en que operamos; es decir, el no importa cuánto, la idea es mejorar, o que la meta consiste sólo en poner bajo control el proceso, son frases publicitarias muy buenas para vender cursos, asesorías y hasta pescar incautos, pero no para ayudar a un gerente a enfrentar los problemas de fondo: los de la falta de competitividad.
- La solución que debemos dar a nuestro problema tiene que estar condicionada por el nivel de desempeño en calidad y productividad que le es exigido al sistema. Bajar los defectuosos a menos de 1% tiene normalmente soluciones muy diferentes en costo y tiempo de ejecución a bajarlo a menos de 1 parte por mil o por 1 millón. El ritmo del mejoramiento lo fijan, por un lado, las exigencias del entorno, y por el otro, nuestra capacidad de respuesta, privando la primera. El enfrentamiento de las causas, el diseño de soluciones y su implantación debe seguir a ritmo que la meta exige.
En tal sentido, el establecimiento del nivel de desempeño exigido al sistema (meta) condicionará las soluciones y el ritmo de su implantación.

Actividades

Las actividades a seguir en este paso son:

- a. Establecer los niveles de desempeño exigidos al sistema a partir de, según el caso, las expectativas del cliente, los requerimientos de orden superior (valores, políticas, objetivos de la empresa) fijados por la alta gerencia y la situación de los competidores.
- b. Graduar el logro del nivel de desempeño exigido bajo el supuesto de eliminar las causas raíces identificadas, esta actividad tendrá mayor precisión en la medida que los dos pasos anteriores hayan tenido mayor rigurosidad en el análisis.

Algunos autores llaman a esta actividad «visualización del comportamiento, si las cosas ocurriesen sin contratiempos y deficiencias», es decir, la visualización de la situación deseada.

Observaciones y recomendaciones generales

- En los primeros ciclos de mejoramiento es preferible no establecer metas o niveles de desempeño demasiado ambiciosos para evitar desmotivación o frustración del equipo; más bien con niveles alcanzables, pero retadores, se fortalece la credibilidad y el aprendizaje.
- Este paso puede ser realizado en una o dos sesiones de trabajo. Debido al proceso de consulta que media en las dos actividades, normalmente se requieren de dos sesiones.
- Cuando se carece de un buen análisis en los pasos 2 y 3, por falta de información, conviene no fijar metas al **boleo** y sólo cubrir la actividad "a" para luego fijar metas parciales, según el diseño de soluciones (paso 5) y la búsqueda de mayor información, lo cual puede ser, en la primera fase, parte de la solución.

QUINTO PASO: DISEÑO Y PROGRAMACION DE SOLUCIONES

El objetivo de este paso es identificar y programar las soluciones que incidirán significativamente en la eliminación de las causas raíces. En una organización donde no ha habido un proceso de mejoramiento sistemático y donde las acciones de mantenimiento y control dejan mucho que desear, las soluciones tienden a ser obvias y a referirse al desarrollo de acciones de este tipo, sin embargo, en procesos más avanzados las soluciones no son tan obvias y requieren, según el nivel de complejidad, un enfoque creativo en su diseño. En todo caso, cuando la identificación de causas ha sido bien desarrollada, las soluciones hasta para los problemas inicialmente complejos aparecen como obvias.

Actividades

- a. Para cada causa raíz seleccionada deben listarse las posibles soluciones (tormenta de ideas). En caso de surgir muchas alternativas, antes de realizar

comparaciones más rigurosas sobre la base de factibilidad, impacto, costo, etc., lo cual implica cierto nivel de estudio y diseño básico, la lista puede ser jerarquizada (para descartar algunas alternativas) a través de una técnica de consenso y votación como la Técnica de Grupo Nominal TGN).

- b. Analizar, comparar y seleccionar las soluciones alternativas resultantes de la TGN, para ello conviene utilizar múltiples criterios como los señalados arriba: factibilidad, costo, impacto, responsabilidad, facilidad, etc.
- c. Programar la implantación de la solución definiendo con detalle las **5W-H** del plan, es decir, el qué, por qué, cuándo, dónde, quién y cómo, elaborando el cronograma respectivo.

Observaciones y recomendaciones generales

- No debe descartarse a priori ninguna solución por descabellada o ingenua que parezca, a veces detrás de estas ideas se esconde una solución brillante o parte de la solución.
- Para que el proceso de implantación sea fluido es recomendable evitar implantarlo todo a la vez (a menos que sea obvia e inmediata la solución) y hacer énfasis en la programación, en el quién y cuándo.
- A veces, durante el diseño de soluciones, se encuentran nuevas causas o se verifica lo errático de algunos análisis. Esto no debe preocupar, ya que es parte del proceso aprender a conocer a fondo el sistema sobre o en el cual se trabaja.

En estos casos se debe regresar al 3er. paso para realizar los ajustes correspondientes:

- Técnicas a utilizar: tormenta de ideas, técnica de grupo nominal, matriz de selección de soluciones, 5W-H, diagramas de Gantt o Pert.

SEXTO PASO: IMPLANTACION DE SOLUCIONES

Este paso tiene dos objetivos:

- Probar la efectividad de la(s) solución(es) y hacer los ajustes necesarios para llegar a una definitiva.
- Asegurarse que las soluciones sean asimiladas e implementadas adecuadamente por la organización en el trabajo diario.

Actividades

- a. Las actividades a realizar en esta etapa estarán determinadas por el programa de acciones, sin embargo, además de la implantación en sí misma, es clave durante este paso el seguimiento, por parte del equipo, de la ejecución y de los reajustes que se vaya determinando necesarios sobre la marcha.
- b. Verificar los valores que alcanzan los indicadores de desempeño seleccionados para evaluar el impacto, utilizando gráficas de corrida, histogramas y gráficas de Pareto.

Observaciones y recomendaciones generales:

- Una vez establecido el programa de acciones de mejora con la identificación de responsabilidades y tiempos de ejecución, es recomendable presentar el mismo al nivel jerárquico superior de la unidad o grupo de mejora, a objeto de lograr su aprobación, colaboración e involucramiento.
- A veces es conveniente iniciar la implementación con una experiencia piloto que sirva como prueba de campo de la solución propuesta, ello nos permitirá hacer una evaluación inicial de la solución tanto a nivel de proceso (métodos, secuencias, participantes) como de resultados. En esta experiencia será posible identificar resultados no esperados, factores no tomados en cuenta, efectos colaterales no deseados-
- A este nivel, el proceso de mejoramiento ya implementado comienza a recibir los beneficios de la retroalimentación de la información, la cual va a generar ajustes y replanteamientos de las primeras etapas del proceso de mejoramiento.

SEPTIMO PASO: ESTABLECIMIENTO DE ACCIONES DE GARANTIA

El objetivo de este paso es asegurar el mantenimiento del nuevo nivel de desempeño alcanzado. Es este un paso fundamental al cual pocas veces se le presta la debida atención. De él dependerá la estabilidad en los resultados y la acumulación de aprendizaje para profundizar el proceso.

Actividades

En este paso deben quedar asignadas las responsabilidades de seguimiento permanente y determinarse la frecuencia y distribución de los reportes de desempeño. Es necesario diseñar acciones de garantía contra el retroceso, en los resultados, las cuales serán útiles para llevar adelante las acciones de mantenimiento. En términos generales éstas son:

- a. Normalización de procedimientos, métodos o prácticas operativas.
- b. Entrenamiento y desarrollo del personal en las normas y prácticas implantadas.
- c. Incorporación de los nuevos niveles de desempeño, al proceso de control de gestión de la unidad.
- d. Documentación y difusión de la historia del proceso de mejoramiento.

Esta última actividad es de gran importancia para reforzar y reconocer los esfuerzos y logros alcanzados e iniciar un nuevo ciclo de mejoramiento.

Observaciones y recomendaciones generales

- Puede ocurrir que el esfuerzo realizado para mejorar el nivel de desempeño en un aspecto parcial de la calidad y productividad afecte las causas raíces que también impactan en otros aspectos y se producen así efectos colaterales de mejora en los mismos, debido a una sinergia de causas y efectos que multiplican entonces los resultados del mejoramiento.
- Es en este paso donde se ve con más claridad la importancia en el uso de las gráficas de control, las nociones de variación y desviación y de proceso estable, ya que, para garantizar el desempeño, dichos conceptos y herramientas son de gran utilidad.

Seguir los siete pasos sustituirá la cantidad de acciones instantáneas por la calidad de las soluciones de fondo, seguir los pasos debe ser un hábito que es necesario promover a lo largo y ancho de la empresa en todos los niveles.

4. MARCO LEGAL:

ASPECTO GEOGRÁFICO DEL LUGAR

El Hospital Naval de Guayaquil posee su programa de Salud con atención médica integrada y educación continua a los pacientes, se encuentra ubicado en La Provincia del Guayas, cantón Guayaquil, parroquia Ximena, sector Guamo, en el sector Sur de La Ciudad de Guayaquil, el mismo que pretende implantar un sistema de salud y educación de impacto en los miembros de las Fuerzas Armadas, sus dependientes y derechohabientes.

En 1964 bajo la dirección del señor CPCB-MD Gabriel Panchana y con el apoyo decidido de la Superioridad Naval, se implementa el Centro Medico Naval en las calles Chile y García Goyena, con atención de consulta externa y emergencia; en 1966 ante las necesidades de adoctrinamiento Naval a los médicos que allí laboraban, se realiza el primer curso de Militarización para Médicos Odontólogos. Así, en 1968, se dispone la construcción del dispensario médico en los terrenos de la Base Naval Sur con capacidad para 50 camas, comienza en octubre de 1974, el nuevo Policlínico Naval bajo, hasta posteriormente pasar a funcionar como Centro Hospitalario de 150 camas en una construcción de 7 pisos.

El 11 de Noviembre de 1983, se inaugura el actual edificio con el que cuenta el Hospital Naval, siendo su primer Director el CPNV-EM Fausto Torres Palacios; actualmente posee áreas para internos en las especialidades básicas, que de acuerdo a las estadísticas dan atención a más de 700 pacientes en todas las especialidades las 24 horas del día.

DINÁMICA POBLACIONAL

El Hospital Naval de Guayaquil cuenta con 626 empleados según el último censo realizado en marzo del 2006, el 65% de los empleados (civiles y militares) corresponden al área técnico- médica, la población de empleados del hospital es mayor a los 36 años de edad (60%). El tiempo promedio de años de servicio de los

empleados es de trece años, el 42 % del total tienen más de 15 años de servicio, el 51 % de empleados son de género femenino y el 49% de género masculino, el 75 % son servidores públicos y el 25% son militares.

En el Hospital Naval de Guayaquil en los últimos años a tenido un incremento considerable de pacientes atendidos en consulta externa.

En el año 1983 fueron atendidos 24.000 pacientes, incrementándose considerablemente a 104.811 pacientes en el 2008, este ascenso se debe a que se atienden a las Tres Ramas de las Fuerzas Armadas con sus dependientes que hacen uso de las diferentes especialidades del Hospital.

MISIÓN

Brindar atención medico – odontológica integral de excelencia a los miembros de las Fuerzas Armadas, sus dependientes, derechohabientes y civiles, a fin de mantenerlos en optimas condiciones de bienestar físico, psíquico y social, en tiempo de paz, crisis y emergencias nacional.

VISIÓN

Ser en el 2012 el Hospital Militar de la Fuerza Naval, docente, de tercer nivel de complejidad, dotado de excelente infraestructura, profesionales calificados y en capacitación continua, tecnología de punta; con liderazgo proyectado a nivel del país, con financiamiento adecuado para satisfacer las necesidades del personal, material y equipo, flexible para contribuir al esfuerzo nacional en casos de emergencias médicas y desastres.

ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

El Hospital Naval de Guayaquil es el órgano técnico administrativo subordinado a la Dirección de Sanidad de la Armada órgano rector de Salud de la Institución y este a su vez a la Dirección General de Personal de la Armada y su función básica consiste en proporcionar atención de salud integral al personal naval, miembros de las Fuerzas

Armadas en general sus derechohabientes y dependientes, así como a la comunidad en caso necesario para mantener el potencial humano en el más alto nivel de salud.

ESTRUCTURA ORGÁNICO FUNCIONAL

La estructura organizacional que se aplica en la institución Armada, es una organización formal vertical, estructura piramidal, relacionada principalmente por las jerarquías militares, que laboran en la institución.

El Hospital Naval de Guayaquil, como parte de una gran institución como es la Armada del Ecuador se encuentra dentro de una estructura tradicional de organización, denominada Estructura y dirección funcional, que se caracterizan por agrupar a personas con habilidades similares y que ejecutan tareas parecidas, que comparten destrezas técnicas, intereses y responsabilidades y algunas veces sin poseer conocimiento pragmático de la visión y misión estratégica organizacional. La Dirección del Hospital distribuye las funciones en subdirecciones, departamentos y las mismas en divisiones.

El Hospital de la Fuerza Naval con 27 años de existencia, el edificio actual se inauguró el 11 de noviembre de 1983.

SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN

El edificio del Hospital Naval, cuenta con 7 pisos en los que:

- Piso 1, 3, 4 y 5 corresponden a las áreas de hospitalización.
- Piso 2 esta destinado a las áreas administrativas.
- Piso 6 destinado a cámara de oficiales, camarotes y áreas de Estadística y Enfermería
- Piso 7 departamentos de docencia y enfermería.
- Planta baja funcionan áreas administrativas, áreas de apoyo diagnóstico, apoyo clínico y consultorios.
- 3 bloques de consultorios, un área de consultorios de traumatología y un área de Fisiatría.

CARACTERÍSTICAS GEOFÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN

La combinación de factores, tales como una topografía plana, una altura promedio de 3 metros sobre el nivel del mar y estar cerca de la costa pacífica.

Ambientales.- Su clima es típico de la zona litoral (cercana al mar), con una temperatura que oscila entre los 32° y los 34° grados celsius, con una precipitación pluvial promedio de 2.311 mm3.

ESTRUCTURA FÍSICA

El Hospital cuenta con siete pisos de construcción de los cuales cuatro pisos son de hospitalización, dos administrativos y uno de docencia, los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

- La plante baja funciona parte de consulta externa, laboratorios, farmacia, servicio de Imágenes, Emergencia, Fisiatría, Atención al paciente y proveeduría, Departamento de Nutrición y varios servicios
- Primer piso: Hospitalización de Gineco-Obstetricia, Pediatría, Neonatología Quirófanos, Cuidados Intensivos.
- Segundo piso: La Dirección del Hospital con sus Sub direcciones.
- Tercer piso: Hospitalización de: Traumatología, Cirugía Plástica, Neurocirugía
- Cuarto piso: Hospitalización de: Cirugía General, Proctología, Cirugía vascular; Oftalmología, Oncología, Otorrinolaringología, Proctología y Urología.
- Quinto piso: Hospitalización de: Medicina Interna, Gastroenterología, Alergología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Hematología, Nefrología, Neumología, Neurología y Salud mental.
- Sexto piso: Residencia de personal médico, comedor, Departamento de Enfermería, Departamento de Control de Gestión de la Información
- Séptimo piso: Departamento de Docencia y Planificación y sistemas.

POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN

Las Políticas emitidas por el Consejo de Salud de las FFAA textualmente disponen lo siguiente:

- Fortaleciendo la capacidad resolutive del primero y segundo nivel de atención para descongestionar el tercer nivel de atención.
- Priorizando la educación de la salud en medicina preventiva en la población militar.
- Priorizando la capacitación del personal del sistema de salud militar conforme a los requerimientos de cada Fuerza.
- Estandarizando los criterios técnicos – científicos para la atención medica integral a los usuarios del sistema.
- Estableciendo convenios de cooperación con organizaciones nacionales e internacionales.
- Fortaleciendo el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas.
- Definiendo el financiamiento del Sistema de Salud Militar.
- Priorizando la calidad y calidez en la atención y provisión de servicios médicos al personal militar.



HOSPITAL NAVAL DE GUAYAQUIL

5. OBJETIVOS:

a) OBJETIVO GENERAL:

- ❑ Identificar las causas de una deficiente atención del servicio de Archivo Clínico.

b) OBJETIVO ESPECÍFICO:

- ❑ Determinar indicadores de productividad en el servicio de Archivo Clínico.
- ❑ Implantar el sistema de gestión de la calidad en el servicio de Archivo Clínico.

6. HIPOTESIS:

- ❑ Las causas de una deficiente atención en el servicio de Archivo Clínico del Hospital Naval Guayaquil, se debe a la falta de un sistema de gestión de la calidad basada en un enfoque de procesos.

CAPITULO II
METODOLOGIA

METODOLOGIA:

a) DELIMITACION DEL ESTUDIO:

La delimitación del presente tema de investigación se encuentra enmarcado por los siguientes aspectos:

- **UNIDADES DE OBSERVACIÓN:** personal de Archivo Clínico, pacientes, enfermeras, auxiliares de enfermería, mensajeros y médicos.
- **AMBITO GEOGRÁFICO:** el proceso de investigación se llevará a cabo en el Hospital Naval de Guayaquil, el mismo que se encuentra ubicado en la Avenida de la Marina, vía al Puerto Marítimo.
- **PERÍODO DE TIEMPO:** comprende de Septiembre 2009 a Marzo del 2010.

b) METODOS:

Se utilizará los siguientes métodos:

- 1) **DESCRIPTIVO.-** a través de la observación de campo, verificando en el área y en los diferentes turnos que laboran el personal de archivo clínico en la atención que brindan a los diferentes usuarios.
- 2) **ANALITICO.-** al realizar el procesamiento de las hojas de verificación efectuadas en el servicio de Archivo Clínico se podrá diagnosticar la situación del servicio y por ende implantar mejoras que se requiere.

c) TECNICAS:

Las técnicas son los procedimientos empleados para recolectar y procesar la información requerida sobre el tema de investigación fueron:

- La observación (bibliográfica), se realizó esta técnica para poder obtener la información requerida.
- Hojas de verificación para la priorización de las causas.
- Lluvia de ideas para la selección: del problema y las soluciones.
- Matriz de selección para la priorización del problemas, causas, soluciones

d) INSTRUMENTOS:

Constituyen los medios que utiliza el investigador y que le permiten obtener la información.

- Registro hoja de verificación de datos
- Guión de observación
- Guión de encuesta
- Guión de entrevista

e) TIPO DE INVESTIGACION:

Respecto a los tipos de investigación que se abordan durante el proceso del presente trabajo, fueron los siguientes:

Investigación aplicada, porque fue encaminada a resolver el problema que se presenta en servicio de Archivo Clínico.

Investigación de campo, es ejecutada en el servicio de Archivo Clínico del Hospital Naval Guayaquil, lugar donde se producen los acontecimientos del problema.

f) NIVEL DE INVESTIGACION:

Por su naturaleza y sus objetivos, la investigación adopta los niveles que se menciona enseguida.

- Investigación exploratoria, en razón de que inicialmente se ejecuta una investigación de nivel general, para posteriormente profundizarla a un nivel más específico.
- Investigación retrospectiva, pues el alcance histórico de la investigación se remonta desde el pasado hacia al presente.

- Investigación longitudinal, porque el período de tiempo investigado se refiere a un lapso mayor que un mes de observación.
- Investigación descriptiva ya que presenta los resultados de la investigación de una forma que describe la realidad del problema investigado, en términos de tiempo y espacio.

g) UNIVERSO:

El universo de la investigación está integrado por todos los pacientes que acuden a esta casa de salud que requieren ser atendidos, personal médico y paramédico, personal administrativo que solicitan las historias clínicas de los pacientes para las atenciones médicas, investigaciones, informes médicos o auditorias durante los meses de septiembre 2009 y marzo del 2010.

h) ANALISIS DE DATOS:

Para el análisis de datos trabaje con el programa EPI INFO mediante el cual se pudo realizar diferentes cruces de variables y poder tener una investigación exhaustiva de todos los datos recabados.

i) LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Una limitante del estudio está en referencia con la escasez de información de acerca de estudios específicos previos.

CAPITULO III
RESULTADOS

La atención en el Hospital Naval Guayaquil, se caracteriza por un número importante de usuarios insatisfechos (pacientes y clientes internos) con la demora en la entrega de sus historias clínicas para su respectiva atención, lo que esta generando conflictos internos con el personal médico y administrativo por lo que se propone el mejoramiento del Servicio de Archivo Clínico a través del método VEDIS.

Visualizar el problema

Entender las causas

Definir las acciones

Implantar las acciones

Seguimiento de los resultados

Cada una de las fases mencionadas tiene sus diferentes pasos que se aplicará a medida que se vaya efectuando el presente trabajo.

VISUALIZAR EL PROBLEMA

Este paso tiene como objetivo la identificación y escogencia de los problemas del servicio de Archivo Clínico.

SELECCIÓN DEL PROBLEMA

El departamento de Control de Gestión de la Información efectúa trimestralmente encuestas de satisfacción a los diferentes pacientes que acuden al hospital, para lo cual se toma en consideración las encuestas del segundo trimestre del 2009 y se desprenden los siguientes resultados:

TABLA No. 1
ENCUESTAS DE SATISFACCION A PACIENTES
EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2009

SUGERENCIA	PORCENTAJE
Tiempos extensos para las citas médicas	23,56%
Demora en la entrega de historias clínicas	21,00%
Demora para la atención	4,43%
Mejorar trato personal administrativo	3,92%
Baños sucios	2,96%
Mejorar atención en emergencia	2,40%
Tiempo de atención x paciente	2,15%
Nuevas especialidades	2,10%
Ampliar instalaciones	2,00%
Ampliar sala de espera	1,96%
T O T A L	100,00%

De donde se desprende que el 21 % de los encuestados tiene problemas con la demora de la entrega de las historias clínicas para su atención en este centro de salud, ocasionando las respectivas quejas de los usuarios.

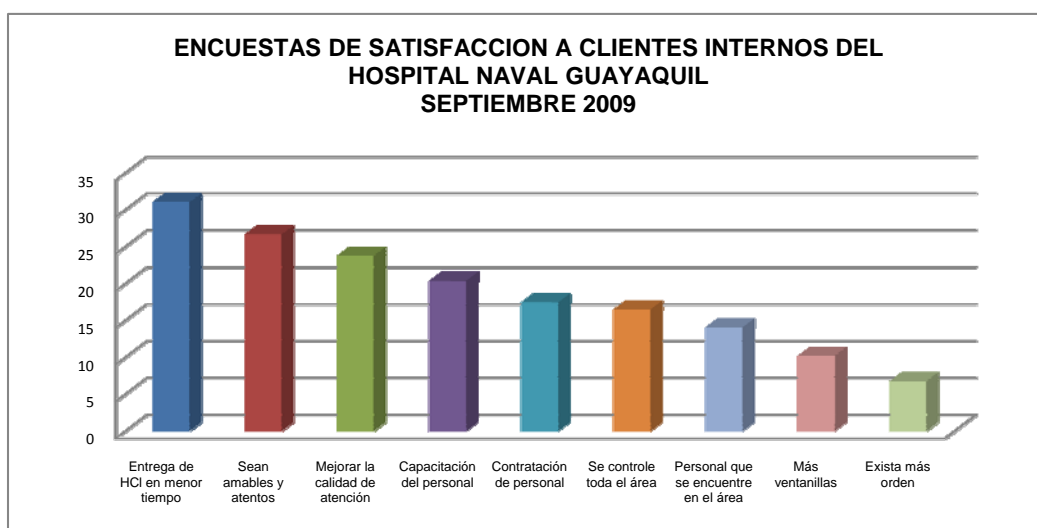
En el mes de Septiembre del 2009, se realizo encuesta a clientes internos del hospital (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, camilleros y personal administrativo) en lo referente a la atención que brinda el servicio de Archivo Clínico de donde se desprende lo siguiente:

TABLA No. 2
ENCUESTA DE SATISFACCION A CLIENTES INTERNOS
SOBRE LA ATENCION DEL SERVICIO DE ARCHIVO CLINICO
SEPTIEMBRE 2009

PROBLEMAS	T O T A L	PORCENTAJE
Entrega de HCl en menor tiempo	31	18,60
Sean amables y atentos	27	15,99
Mejorar la calidad de atención	24	14,24
Capacitación del personal	20	12,21
Contratación de personal	17	10,47
Se controle toda el área	17	9,88
Personal que se encuentre en el área	14	8,43
Más ventanillas	10	6,10
Exista más orden	7	4,07
T O T A L	167	100,00

Fuente: Encuestas a clientes internos

El 19 % de los usuarios internos sugiere que las historias clínicas sean entregadas en un menor tiempo, el 16 % que sean amables y atentos, y el 14 % que debe mejorar la calidad de atención del servicio.



En vista de los resultados de las encuestas efectuados a pacientes y a clientes internos se efectuó una reunión de trabajo con los colaboradores del servicio de Archivo Clínica y se utilizó la técnica del grupo nominal de lo que se desprendió que el problema que frecuentemente se presenta en el Servicio de Archivo Clínico es la demora en la entrega de las historias clínicas.

TABLA No. 3
PRESELECCION DEL PROBLEMA UTILIZANDO LA TECNICA GRUPAL

PROBLEMAS	VOTOS						TOTAL
Demora en la entrega de historias clínicas	6	6	6	4	5	6	33
Falta de espacio físico	1	2	14	1	5	4	27
Informes médicos no archivados	2	3	3	6	6	5	25
Parte de hospitalizados mal elaborados	5	5	4	3	4	3	24
Informes auxiliares de diagnóstico no archivados	4	4	5	2	3	4	22
No depuración del archivo	2	1	11	2	3	2	21
Altas hospitalarias no entregadas a tiempo	3	1	2	5	1	2	14
Inadecuadas relaciones interpersonales	1	2	1	1	2	1	8
TOTAL	24	24	46	24	29	27	174

En el mes de septiembre del 2009 se utilizo el registro de observación en donde se destaca que existe un promedio diario de 23 historias clínicas diarias que no se las localiza en el servicio de Archivo Clínico para ser proporcionadas al servicio de consulta externa.



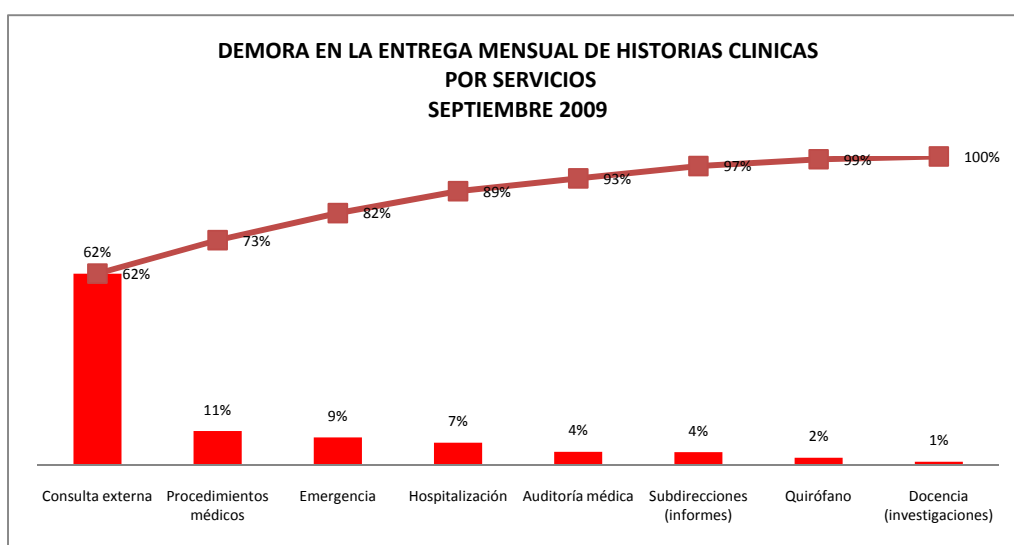
DEFINIR EL PROBLEMA

DEMORA EN LA ENTREGA MENSUAL DE HISTORIAS CLÍNICAS POR SERVICIOS

En el mes de septiembre el servicio de Archivo Clínico se demora en entregar 773 historias clínicas a los diferentes servicios del hospital de los cuales, el 62 % corresponde al servicio de Consulta Externa, el 11 % corresponde a procedimientos médicos y el 9 % al servicio de Emergencia.

CUADRO No. 4
DEMORA EN LA ENTREGA MENSUAL DE HISTORIAS CLÍNICAS POR SERVICIOS SEPTIEMBRE 2009

SERVICIOS	No	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Consulta externa	479	62%	62%
Procedimientos médicos	84	11%	73%
Emergencia	68	9%	82%
Hospitalización	55	7%	89%
Auditoría médica	32	4%	93%
Subdirecciones (informes)	31	4%	97%
Quirófano	17	2%	99%
Docencia (investigaciones)	7	1%	100%
TOTAL	773	100%	



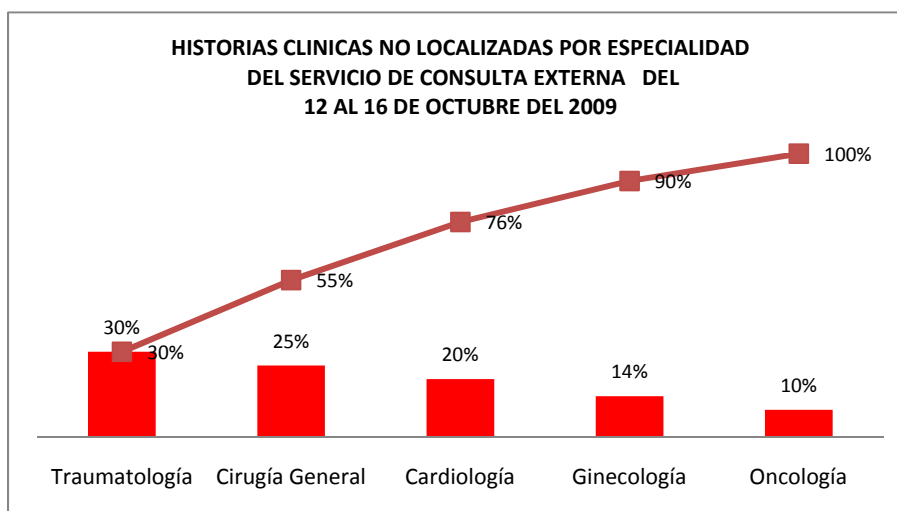
HISTORIAS CLÍNICAS NO LOCALIZADAS POR ESPECIALIDADES DEL SERVICIO CONSULTA EXTERNA

Las especialidades de consulta externa que no fueron localizadas las historias clínicas fueron del servicio de Traumatología con el 30 %, el servicio de Cirugía General con el 25 % (áreas quirúrgicas) y el servicio de Cardiología con el 20 %, especialidad que efectúa a más de la atención normal realiza los chequeos pre quirúrgico para que puedan ser intervenidos los pacientes.

TABLA No. 5
HISTORIAS CLÍNICAS NO LOCALIZADAS
POR ESPECIALIDAD DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
12 AL 16 DE OCTUBRE DEL 2009

ESPECIALIDAD	HISTORIAS CLÍNICAS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Traumatología	25	30%	30%
Cirugía General	21	25%	55%
Cardiología	17	20%	76%
Ginecología	12	14%	90%
Oncología	8	10%	100%
TOTAL	83	100%	

El Hospital dispone de 30 especialidades en el Servicio de Consulta Externa

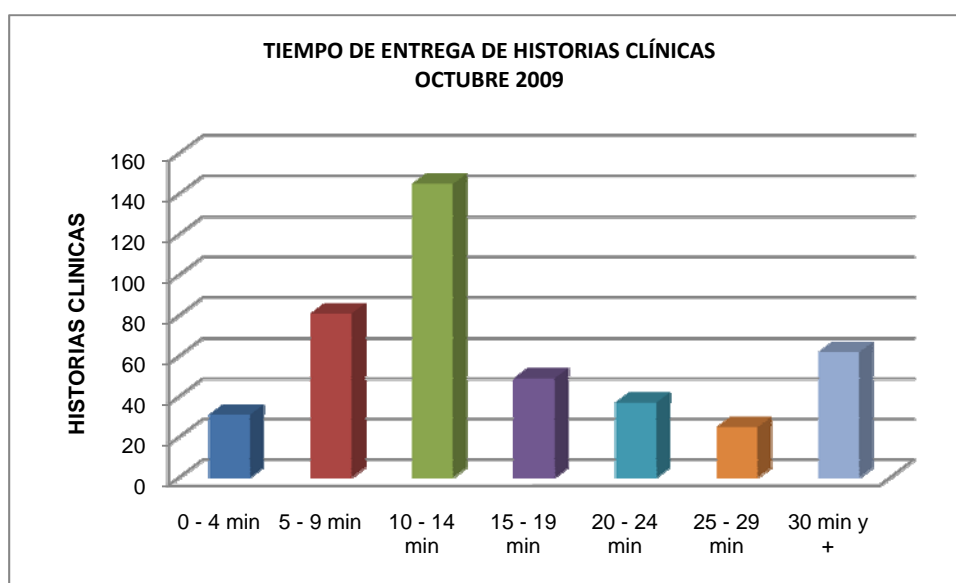


TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO EN LA ENTREGA DE HISTORIAS CLÍNICAS.

El tiempo promedio de espera para ser entregada una historia clínica es de 10 a 14 minutos con el 34 %, tiempo sumamente alto y de 5 a 9 minutos con un 19 %.

TABLA No. 6
TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO EN LA ENTREGA
DE HISTORIAS CLÍNICAS SEPTIEMBRE 2009

TIEMPO DE ENTREGA	HISTORIAS CLÍNICAS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
10 - 14 min	145	34%	34%
5 - 9 min	81	19%	53%
30 min y +	62	14%	67%
15 - 19 min	49	11%	78%
20 - 24 min	37	9%	87%
0 - 4 min	31	7%	94%
25 - 29 min	25	6%	100%
TOTAL	430	100%	

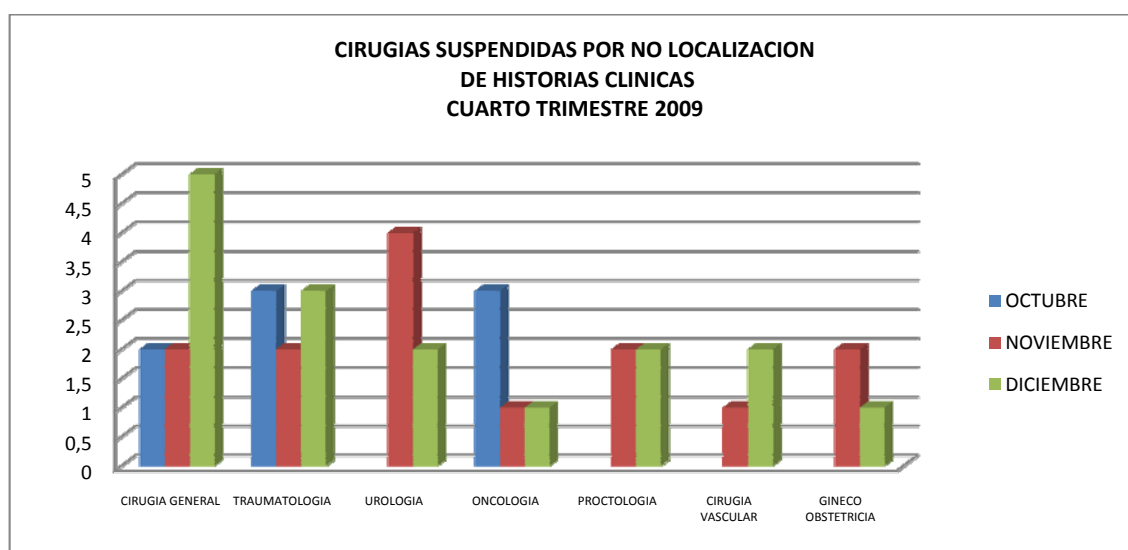


CIRUGIAS SUSPENDIDAS POR NO LOCALIZACION DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

En el cuarto semestre del 2009 se suspendieron 38 cirugías, siendo el 24 % de la especialidad de Cirugía General, el 21 % de Traumatología y el 16 de Urología.

TABLA No. 7
CIRUGIA SUSPENDIDAS POR ESPECIALIDAD
POR NO LOCALIZACION DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS
CUARTO SEMESTRE 2009

ESPECIALIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	T O T A L	PORCENTAJE
CIRUGIA GENERAL	2	2	5	9	24%
TRAUMATOLOGIA	3	2	3	8	21%
UROLOGIA		4	2	6	16%
ONCOLOGIA	3	1	1	5	13%
PROCTOLOGIA		2	2	4	11%
CIRUGIA VASCULAR		1	2	3	8%
GINECO OBSTETRICIA		2	1	3	8%
TOTAL	8	14	16	38	100%



Del 24 % de las cirugías suspendidas, el 56 % corresponden a la cirugía de colecistectomía laparoscópica que genera un costo de suspensión de 7.500 dólares, pacientes que no pudieron ser intervenidos por lo que fueron programados para otra fecha.

TABLA No 7 a			
COSTO DE CIRUGIAS SUSPENDIDAS DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL			
CUARTO TRIMESTRE 2009			
CIRUGIA	PACIENTE	COSTO	TOTAL
Colecistectomía laparoscópica	5	1500	7500
Hernioplastia inguinal convencional	2	950	1900
Laparotomía exploradora diagnóstica	1	900	900
Hernioplastia protesica de la pared abdominal	1	1020	1020
	9	4370	11320
COSTO DE CIRUGIAS SUSPENDIDAS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA			
CUARTO TRIMESTRE 2009			
CIRUGIA	PACIENTE	COSTO	TOTAL
Osteosintesis con cerclaje y clavos	2	1650	3300
Artroscopía	5	550	2750
Osteotomía de realineamiento	1	1650	1650
	8	3850	7700

ENTENDER LAS CAUSAS

El objetivo de este paso es identificar y verificar las causas raíces específicas del problema, aquellas cuya eliminación garantizará la no recurrencia del mismo.

DEFINIR LAS CAUSAS POSIBLES

Mediante la técnica de lluvias de ideas se genera las posibles causas del problema de la demora en la entrega de las historias clínicas, siendo las siguientes causas.

- ✓ Duplicidad de historias clínicas
- ✓ Número de historias clínicas incorrectas
- ✓ No registro de egreso de historias clínicas
- ✓ No registro de retorno de historias clínicas
- ✓ Historias clínicas mal archivadas
- ✓ Historias clínicas mal rotuladas su número
- ✓ Historias clínicas no están rotuladas por tomos
- ✓ No verificación de datos
- ✓ Doble código del ISSFA
- ✓ Paciente saco doble turno
- ✓ Fallas en el sistema
- ✓ Error en el ingreso de datos
- ✓ Paciente confundió turno
- ✓ Paciente yerra en dar información
- ✓ Limitados controles
- ✓ Ingreso incorrecto de nombres
- ✓ Pérdida de derecho de atención
- ✓ Historias clínicas no registradas del archivo pasivo
- ✓ Deficiente sistema informático
- ✓ Duplicación de trabajo
- ✓ Falta de comunicación entre los mismos peticionarios
- ✓ Ausencia de responsabilidades

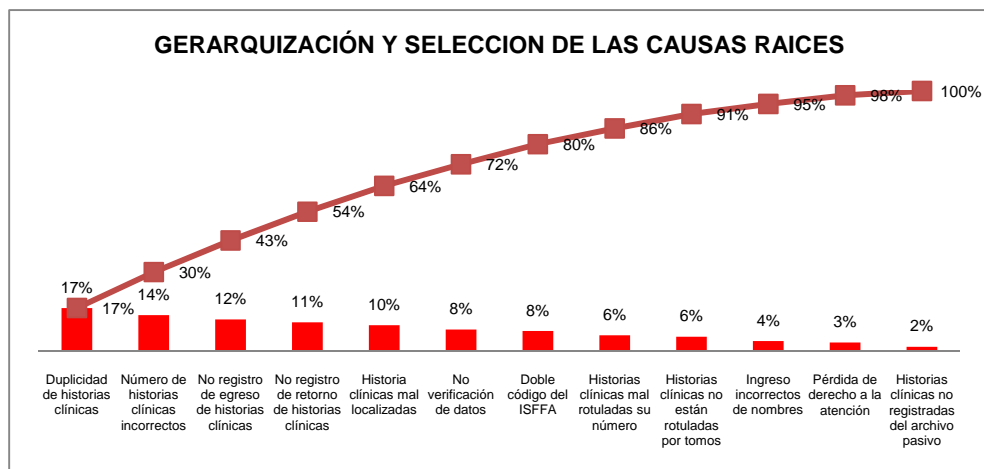
- ✓ Falta de supervisión
- ✓ Personal insuficiente
- ✓ Falta de capacitación
- ✓ Equipo de obsoletos (computadores e impresoras)
- ✓ Falta de iluminación
- ✓ Ventilación insuficiente
- ✓ Contaminación
- ✓ Excesivo polvo
- ✓ Insuficiente normas de seguridad
- ✓ Espacio físico insuficiente
- ✓ Falta de procedimientos
- ✓ Falta de mediciones
- ✓ Falta de una cultura administrativa
- ✓ Mejorar planeación de trabajo
- ✓ Programa de reuniones con el cliente interno
- ✓ Mejorar fuentes de información
- ✓ Dominio del trabajo
- ✓ Mejorar recolección de información
- ✓ Resistencia al cambio
- ✓ Mal ambiente de trabajo
- ✓ Liderazgo paternalista
- ✓ Mala infraestructura
- ✓ Comunicación ineficaz

SELECCIÓN DE LAS CAUSAS PROBABLES

El objetivo de este paso es identificar y verificar las causas probables del problema en cuestión, aquellas cuya eliminación garantizará la no recurrencia del mismo

TABLA No. 8
JERARQUIZACION Y SELECCIÓN DE LAS CAUSAS RAICES

CAUSAS	HISTORIAS CLÍNICAS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Duplicidad de historias clínicas	30	17%	17%
Número de historias clínicas incorrectos	25	14%	30%
No registro de egreso de historias clínicas	22	12%	43%
No registro de retorno de historias clínicas	20	11%	54%
Historia clínicas mal localizadas	18	10%	64%
No verificación de datos	15	8%	72%
Doble código del ISFFA	14	8%	80%
Historias clínicas mal rotuladas su número	11	6%	86%
Historias clínicas no están rotuladas por tomos	10	6%	91%
Ingreso incorrectos de nombres	7	4%	95%
Pérdida de derecho a la atención	6	3%	98%
Historias clínicas no registradas del archivo pasivo	3	2%	100%
TOTAL	181	100%	



CONFIRMAR LAS CAUSAS

A continuación se presenta un resumen de las causas preseleccionadas por el diagrama de Pareto las mismas que son las siguientes.

TABLA No. 9
JERARQUIZACION Y SELECCIÓN DE LAS CAUSAS RAICES

CAUSAS	HISTORIAS CLÍNICAS
Duplicidad de historias clínicas	30
Número de historias clínicas incorrectos	25
No registro de egreso de historias clínicas	22
No registro de retorno de historias clínicas	20
Historia clínicas mal localizadas	18
No verificación de datos	15

Una vez confirmadas las causas seleccionadas se procede a verificar la información con datos

TABLA No. 10
CAUSAS DE LA DUPLICIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

CAUSAS	HISTORIAS CLÍNICAS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
No verificación de datos	75	31%	31%
Ingreso incorrecto de datos al sistema	52	21%	52%
Doble código del ISSFA	35	14%	66%
Errores de localización	27	11%	77%
HCl fuera del archivo	18	7%	85%
Pérdida de derecho	15	6%	91%
Errores de archivado	10	4%	95%
Número de HCl incorrectos	8	3%	98%
HCl mal rotuladas	4	2%	100%
TOTAL	244	100%	

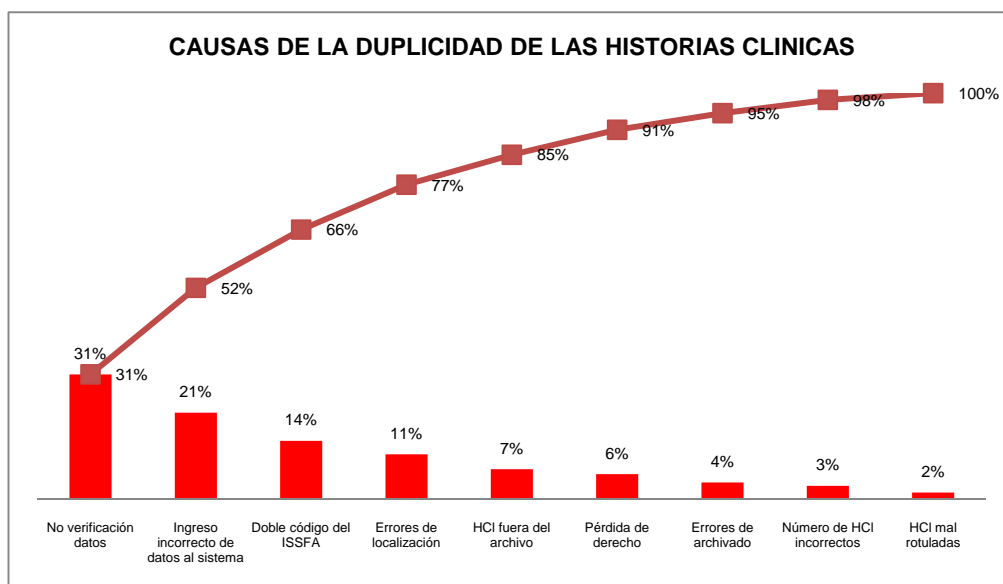


TABLA No. 11
CAUSAS DEL NO REGISTRO EGRESO Y RETORNO
DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

CAUSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Limitados controles informáticos	25	30%	30%
Falta de equipos de computo	21	25%	55%
Insuficiencia de personal	15	18%	73%
Falta de procedimientos	10	12%	85%
Carencia de supervisión	8	10%	94%
inadecuadas condiciones de trabajo	5	6%	100%
TOTAL	84	100%	

Fuente: Trabajo de campo

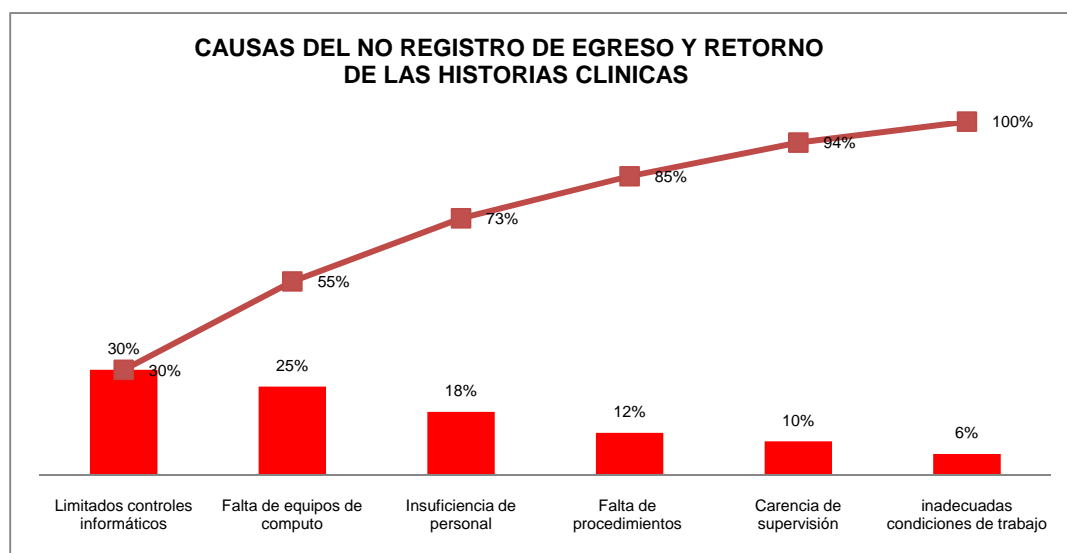


TABLA No. 12
CAUSAS DE ERRORES PARA LA LOCALIZACION
DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

CAUSAS	HISTORIAS CLÍNICAS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
No registro de ingreso y egreso de HCl	110	28%	28%
Número de HCl incorrectos	81	21%	48%
Falta de verificación de datos	45	11%	60%
HCl mal archivadas	43	11%	71%
HCl voluminosas no están rotuladas por tomos	41	10%	81%
HCl deterioradas	35	9%	90%
Falta de verificación de actividad de la HCl	33	8%	98%
HCl mal rotulada su número	7	2%	100%
T O T A L	395	100%	

Fuente: Trabajo de campo

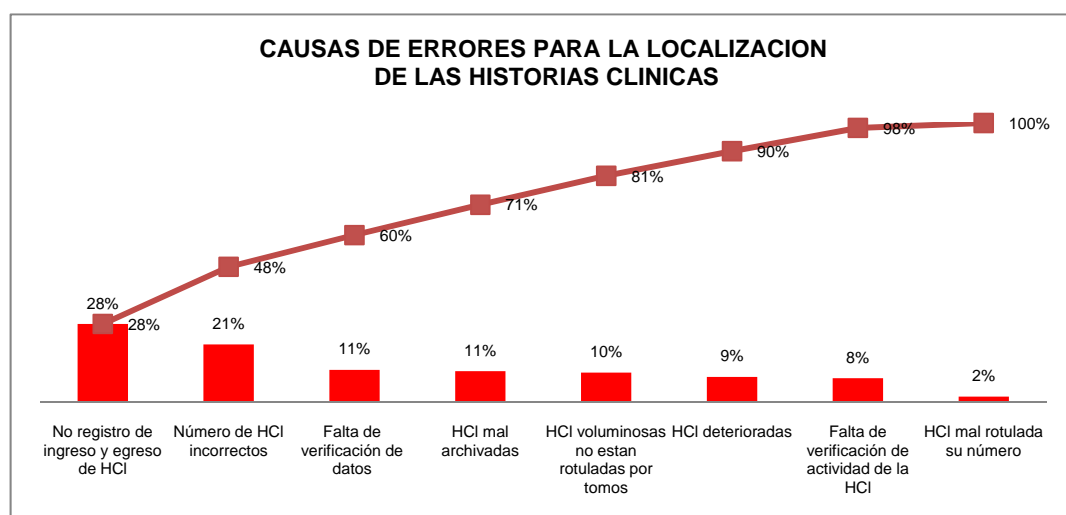
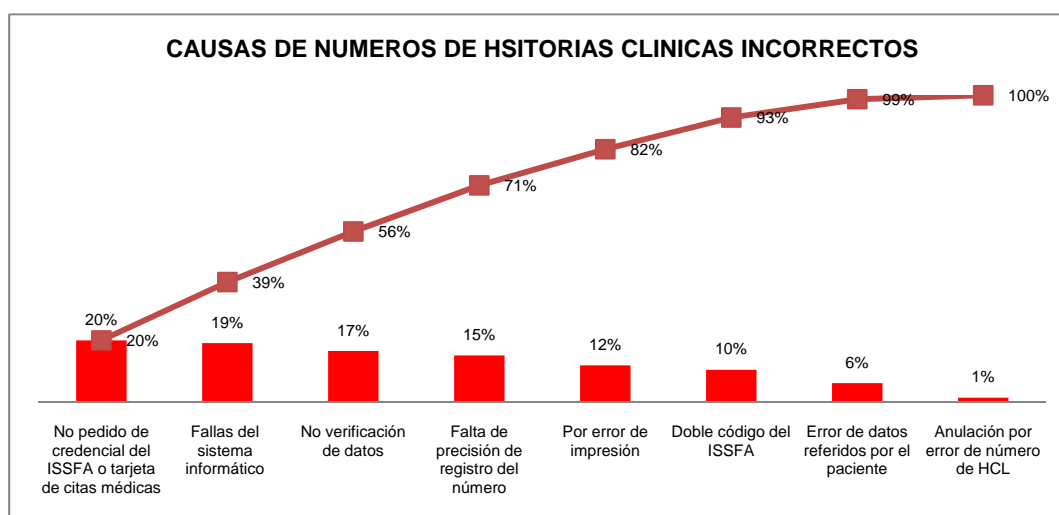


TABLA No. 13
CAUSAS DE NUMEROS DE HISTORIAS CLÍNICAS
INCORRECTOS

CAUSAS	HISTORIAS CLÍNICAS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
No pedido de credencial del ISSFA o tarjeta de citas médicas	110	20%	20%
Fallas del sistema informático	105	19%	39%
No verificación de datos	91	17%	56%
Falta de precisión de registro del número	83	15%	71%
Por error de impresión	65	12%	82%
Doble código del ISSFA	57	10%	93%
Error de datos referidos por el paciente	33	6%	99%
Anulación por error de número de HCL	7	1%	100%
T O T A L	551	100%	



DEFINIR LAS ACCIONES

El objetivo de este paso es identificar y programar las soluciones que incidirán significativamente en la eliminación de las causas raíces.

TABLA No. 14
CAUSAS RAICES

CAUSAS
No verificación de datos
Ingreso incorrecto de datos al sistema
Doble código del ISSFA
Errores de localización
Limitados controles informáticos
Falta de equipos de computo
Insuficiencia de personal
No registro de ingreso y egreso de HCI
Número de HCI incorrectos
HCI mal archivadas
No pedido de credencial del ISSFA o tarjeta de citas médicas

En el servicio de Archivo Clínico no ha habido un proceso de mejoramiento sistemático por lo se hace necesario la solución inmediata del problema.

ESTABLECIMIENTO DE ACCIONES POSIBLES

A través de la técnica de lluvias de ideas se mencionan las acciones posibles para la solución del problema:

- ✓ Mejorando el sistema informático
- ✓ Creando código de barras
- ✓ Verificando el sistema informático los números de historias clínicas
- ✓ Creación del manual de control y de procedimientos
- ✓ Colocación de colores en las perchas
- ✓ Base de datos de paciente crónicos
- ✓ Registro de historias clínicas del archivo pasivo
- ✓ Contratación de personal

- ✓ Capacitación del personal
- ✓ Actualización de equipos
- ✓ Existencia de un responsable por percha
- ✓ Implementación de indicadores
- ✓ Sesiones mensual de trabajo con el personal
- ✓ Sesiones de trabajo con el cliente interno
- ✓ Mantener reuniones con el ISSFA
- ✓ Remodelación del área

SELECCIONAR LAS ACCIONES

MATRIZ DE SELECCIÓN DE SOLUCIONES										
SOLUCION	CRITERIO DE SELECCIÓN								TOTAL	POSICION
	IMPORTANTE PARA EL CLIENTE		DESEMPEÑO		IMPORTANTE PARA LA EMPRESA		TIEMPO DE SOLUCION			
	PONDERACION									
		40		20		25		15		
Mejorar sistema informático	3	120	1	20	2	50	2	30	220	5
Creación código de barras	3	120	1	20	1	25	1	15	180	12
Verificación en el sistema informático los números de historias clínicas	3	120	2	40	2	50	3	45	255	1
Creación del manual de control y de procedimientos	3	120	2	40	3	75	2	30	265	2
Colocación de colores en las perchas	2	80	1	20	2	50	3	45	195	10
Crear base de datos de paciente crónicos	2	80	3	60	2	50	2	30	220	6
Registrar las historias clínicas del archivo pasivo	2	80	2	40	1	25	2	30	175	13
Contratar personal	3	120	1	20	1	25	1	15	180	11
Capacitar al personal	3	120	3	60	2	50	2	30	260	3
Actualización de equipos	2	80	2	40	1	25	1	15	160	15
Existencia de un responsable por percha	2	80	1	20	3	75	3	45	220	7
Implementación de indicadores	3	120	3	60	1	25	2	30	235	4
Sesiones mensual de trabajo con el personal	2	80	2	40	2	50	3	45	215	8
Sesiones de trabajo con el cliente interno	3	120	1	20	1	25	3	45	210	9
Mantener reuniones con el ISSFA	1	40	1	20	2	50	3	45	155	16
Remodelación del área	2	80	1	20	1	25	3	45	170	14
CRITERIOS DE CALIFICACION	NIVEL DE INDICE DE RECLAMOS		NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE METAS		PORCENTAJE DE PRESUPUESTO		TIEMPO DE SOLUCION			
3	> 10		< 50		> 15		> 30			
2	6 - 10		50 - 79		5 - 15		5 - 15			
1	< 5		> 80		< 5		< 5			

ESTABLECIMIENTO DEL PLAN DE ACCION

El plan de acción sintetiza el trabajo del equipo del servicio de Archivo Clínico en cuanto a las acciones seleccionadas y su estrategia de aplicación

PLAN DE ACCION					
ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA	RECURSOS	RESULTADO	FORMA DE MEDIR
Creación de procedimiento de recepción de solicitud de pedido de historias clínicas	Jefe de Archivo Clínico	04 al 06 01 2010	Solicitud de pedido, factura de cancelación de consulta Software	Disminución o eliminación de errores en la entrega de historias clínicas Ubicación de HCIs	Nivel de percepción
Definición de los procedimientos, instructivos e registros necesarios.	Jefe de Archivo Clínico	11 al 22 01 2010	Personal de archivo clínico, Encuestas	Eficacia del servicio	Reducción de costos
Capacitación al personal en atención al cliente, técnicas de archivo	Jefe de Archivo Clínico, SECAP	01 al 22 02 2010	SECAP, Costo del curso 180 dólares	Mejorar atención diligente	Nivel de satisfacción del cliente
Creación de indicadores	Jefe de Archivo y autor	08 al 12 02 2010		Control para seguimiento continuo de resultados	Eficiencia Eficacia
Instalación de software	Sistemas	22 al 26 02 2010	Analista de sistemas	Establecer controles y ayudas de localización de HCI	Eficiencia
Listado de pacientes crónicos	Jefe de Estadística	15 al 19 02 2010	Software	Conocimiento de pacientes crónicos	Eficacia
Designación de persona responsable por percha	Jefe de Archivo y autor	22 02 2010	Personal de archivo	Reducción de errores de archivo	Eficiencia
Acordar tareas específicas en planes que involucran algunas áreas.	Jefe de Archivo y jefes de departamentos	25 02 2010	Jefes de servicio y personal de archivo clínico	Eliminar las desviaciones de la aplicación de los planes	Nivel de percepción

IMPLANTACION DE LAS ACCIONES

Este paso tiene dos objetivos:

- Probar la efectividad de las soluciones y hacer los ajustes necesarios para llegar a una definitiva.
- Asegurarse que las soluciones sean asimiladas e implementadas adecuadamente por la organización en el trabajo diario.

ESTABLECIMIENTO DE MEDICIONES

Se verifican los valores que se alcanzan a través de los indicadores seleccionados para evaluar el impacto.

ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES				
INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	FUENTE	RESPONSABLE DEL CALCULO	FRECUENCIA
Eficacia de conocimiento de funciones del personal	(Conocimiento de procedimientos/ total de procedimientos) X 100	Encuestas al personal y evaluaciones	Jefe del servicio	Trimestral
Eficiencia del sistema informático	(Número de perfiles realizados / Número de perfiles propuestos) x 100	Encuestas	Departamento de Control de Gestión de la Información	Trimestral
Efectividad en el servicio	(1-(Número de quejas/ usuarios)) x 100	Encuestas	Departamento de Control de Gestión de la Información	Mensual
Nivel del servicio	(Historias clínicas despachadas/ total de HCl solicitadas) x 100	Quejas o reclamos	Departamento de Control de Gestión de la Información	Mensual
Porcentaje de pedidos cumplidos	(Número de pedidos a tiempo / total de	Sistema informático, solicitudes de	Jefe del servicio	Diario

	pedidos) X 100	pedido		
Porcentaje de historias clínicas no localizadas	(Número de HCI no localizadas / Historias clínicas localizadas) X 100	Sistema informático, solicitudes de pedido	Jefe del servicio	Mensual
Porcentaje de HCI no devueltas	(Número de HCI no devueltas / Numero de egresadas) X 100	Sistema informático Registro de pedidos	Jefe del servicio	Mensual
Porcentaje de crecimiento de historias clínicas	((Número de HCI abiertas / Numero de HCI abiertas del mes anterior)-1) X 100	Sistema informático	Jefe del servicio	Semanal
Porcentaje localización de historias clínicas mal archivadas	Numero de HCL mal archivadas / total de HCI archivadas	Registro de egresos e ingresos de historias clínicas	Jefe del servicio	Semanal
Porcentaje de HCI fuera del archivo	(HCI fuera del archivo/ Total de historias clínicas) X 100	Registro de egresos e ingresos de historias clínicas	Jefe del servicio	Diario
Porcentaje de HCI de identificación y remisión al archivo pasivo	(Número de HCI que no tienen movimiento por 5 años / Total de HCI del archivo) X 100	Historias clínicas	Jefe del servicio	Mensual

ORGANIZACION PARA LA EJECUCION

Una vez definido el plan de acción se procede a ejecutar el plan de acción e involucrar a los miembros del servicio de Archivo Clínico e explicarles la importancia del problema y los objetivos que se persiguen.

EJECUTAR EL PLAN DE ACCION

- Creación de procedimiento de recepción de solicitud de pedido de historias clínicas

Se crea una solicitud de préstamo de historias clínicas determinado el tipo (urgente, programada, estudio, informes, docencia) seleccionado el procedimiento en cada caso y realizar el préstamo de las historias clínicas, registrando el servicio, la persona solicitante, el motivo de la solicitud y todas las variables que determine el manual de procedimientos. .

- Definición de los procedimientos, instructivos e registros necesarios.

Se elaboraron procedimientos generales y específicos:

1. Procedimientos generales: procedimiento general de funcionamiento del archivo. Describe la operatividad del servicio y se enumera los procedimientos específicos disponibles, puede equipararse a un manual de calidad, muy útil para la rápida incorporación de nuevo personal, formación e información a terceros, etc.

Manual de uso de la historia clínica

2. Procedimientos específicos:

- ✓ Solicitud de prestamos
- ✓ Devolución de historias clínicas prestadas
- ✓ Reclamaciones de historias clínicas no localizadas
- ✓ Préstamos de historias clínicas (elaboración de listado de historias clínicas solicitadas y comprobación con las preparadas para su distribución)
- ✓ Proceso de devolución; devolución de historias clínicas y comprobación del orden y numeración de la documentación)

- ✓ Expurgo y ordenación de la documentación dentro de la historia clínica
 - ✓ Comunicación al archivo de préstamos de historias clínicas realizados entre servicios.
 - ✓ Procedimiento y circuito de atención y respuesta a reclamaciones
 - ✓ Gestión de duplicidades
 - ✓ Programa de acogida del personal de nueva incorporación.
 - ✓ Procesos de localización
 - ✓ Procesos de duplicados de historias clínicas
 - ✓ Sistemas de clasificación
 - ✓ Procesos de distribución
 - ✓ Técnicas de archivado (pre archivado y archivado)
 - ✓ Depuración de la historia clínica
 - ✓ Depuración del archivo (identificación, extracción, remisión y emisión de listados de historias clínicas al archivo pasivo)
 - ✓ Reparación de la historia clínica
- Capacitación al personal en atención al cliente, técnicas de archivo
Se realizó una inspección visual del ambiente de trabajo en la que se observó las deficiencias del personal de archivo.
Se realizó una inducción al personal y se definieron actividades para corregir las áreas problema.
Se realizó una minga general en archivo para la limpieza y búsqueda de historias clínicas no localizadas
Se tiene un plan de incentivos, no monetarios, al mejor grupo de trabajo que mantenga su lugar en óptimas condiciones.
Se realizó una encuesta de clima laboral a todo nivel y se está trabajando actualmente en el plan de acción a realizarse
Se capacitó al personal sobre la necesidad de documentación para mejorar el sistema, esto implica, además, una realización de flujo de procesos. Se está realizando el inventario documental de historias clínicas

- Creación de indicadores

Se definieron los indicadores necesarios el servicio de Archivo Clínico para el seguimiento del cumplimiento de objetivos, definiendo su valor crítico e ideal.

El trabajar con valores (indicadores) ha permitido al personal visualizar la importancia de manejar y analizarlos, lo que ha llevado a tomar acciones en base a hechos y datos.

- Instalación de software

Mejoramiento del software en la que se refleja el envío de historias clínicas a consulta externa y hospitalización, historias clínicas que deben ser facturadas o efectuadas sus ingresos hospitalarios a través del sistema, las mismas que se visualizan en la pantalla y si no ha facturado se la registra de acuerdo al formato de pedido de historias clínicas (auditorias médicas, informes médicos, docencia e investigaciones) y en el caso de retorno de historias clínicas se procede a retíralas del sistema.

- Acordar tareas específicas en planes que involucran algunas áreas.

Se ha definido claramente quien es cliente y proveedor en toda la organización.

Se ha definido un plan de reuniones con cada uno de los niveles.

El plan está en ejecución y puede confirmarse mediante las actas que se realizan en cada reunión.

SEGUIMIENTO DEL PLAN

En este paso se verifica si las medidas dieron resultados y si el plan de solución se siguió al pie de la letra y si hubo alguna modificación.

SOLUCION	RESPONSABLE	FECHA	CHEQUEO	ACCION
Creación de procedimiento de recepción de solicitud de pedido de historias clínicas	Jefe de Archivo Clínico	04 al 06 01 2010	08 02 2010	Se ha creado un procedimiento para el pedido de historia clínicos y para el registro de salida
Definición de los procedimientos, instructivos e registros necesarios.	Jefe de Archivo Clínico	11 al 22 01 2010	22 al 26 02 2010	Se ha creado procedimientos para que se tenga conocimiento de las funciones que se realiza en el área.
Capacitación al personal en atención al cliente, técnicas de archivo	Jefe de Archivo Clínico, SECAP	01 al 22 02 2010	08 al 10 03 2010	Se verifica en el servicio la mejora del desenvolvimiento eficiente del personal de archivo clínico
Creación de indicadores	Jefe de Archivo y autor	08 al 12 02 2010	15 al 19 03 2010	Se verifica que se encuentra monitoreando los indicadores.
Instalación de software	Sistemas	22 al 26 02 2010	15 03 2010	Se verifica que ha modificado el sistema informático el mismo que es versátil en su funcionamiento
Listado de pacientes crónicos	Jefe de Estadística	15 al 19 02 2010	05 02 2010	Se tiene la base actualizada de pacientes crónicos los mismos que se encuentran a disposición del personal de Archivo
Persona responsable por percha	Jefe de Archivo y autor	22 02 2010	15 03 2010	Se verifica que cada percha historias clínicas se encuentra correctamente ordenada
Acordar tareas específicas en planes que involucran algunas áreas.	Jefe de Archivo y jefes de departamentos	25 02 2010	15 03 2010	Se observa que han existido reuniones con el personal de archivo y con el personal de cliente interno por lo que existen actas de reuniones.

SEGUIMIENTO DE LOS RESULTADOS

Para confirmar la efectividad de las medidas tomadas se analizan las ventajas del nuevo sistema con el sistema que existía antes de las mejoras.

En el primer trimestre del 2010 Control de Gestión efectúa encuestas de satisfacción a pacientes del hospital destacándose lo siguiente:

**MEDICION DEL PROCESO
ENCUESTAS DE SATISFACCION A PACIENTES
EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
PRIMER TRIMESTRE 2010**

SUGERENCIA	PORCENTAJE
Tiempos extensos para las citas médicas	24,60%
Ampliar horario de atención	13,65%
Incrementar médicos	13,15%
Mejorar atención de servicios de apoyo de diagnóstico	10,15%
Mejorar atención de ventanilla	8,60%
Mejorar el call center	8,10%
Demora para la atención	5,43%
Reemplazo para médicos	3,72%
Mejorar tiempo de atención por paciente	3,10%
Mejorar atención en emergencia	2,95%
Nuevas especialidades	2,55%
Mejorar limpieza en baños	2,15%
Ampliar sala de espera	1,85%
T O T A L	100,00%

Fuente: Encuestas de satisfacción

En los resultados obtenidos se observa que en este período no existieron quejas hacia el servicio de Archivo Clínico como solo venía efectuando, lo que demuestra la mejora y es observada por los pacientes.

ANALIZAR INFORMACION ESTABLECER MEDICIONES

Se efectúa una comparación de índices antes y después de la mejora obteniéndose los siguientes datos:

INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	ANTES DE LA MEJORA	DEPUES DE LA MEJORA
Eficacia de conocimiento de funciones del personal	(Conocimiento de procedimientos/ total de procedimientos) X 100	35%	90%
Eficiencia del sistema informático	(Numero de perfiles realizados / Número de perfiles propuestos) x 100	5%	90%
Efectividad en el servicio	(1-(Número de quejas/ usuarios)) x 100	21%	5%
Nivel del servicio	(Historias clínicas despachadas/ total de HCl solicitadas) x 100	75%	100%
Porcentaje de pedidos cumplidos	(Número de pedidos a tiempo/ total de pedidos) X 100	60%	100%
Porcentaje de historias clínicas no localizadas	(Número de HCl no localizadas / Historias clínicas localizadas) X 100	30%	0.92%
Porcentaje de HCl no devueltas	(Número de HCl no devueltas / Numero de egresadas) X 100	35%	3%
Porcentaje de crecimiento de historias clínicas	(Número de HCl abiertas / Numero de HCl abiertas del mes anterior)-1) X 100	9%	10%
Porcentaje de historias clínicas mal archivadas	Número de HCL mal archivadas / total de HCl archivadas	25%	1%
Porcentaje de HCl fuera del archivo	(HCl fuera del archivo/ Total de historias clínicas) X 100	6,19%	3%
Porcentaje de HCl de identificación y remisión al archivo pasivo	(Número de HCl que no tienen movimiento por 5 años / Total de HCl del archivo) X 100	0 %	15%

AJUSTES DEL PLAN DE ACCION REALIZADO

El objetivo de este paso es asegurar el mantenimiento del nuevo nivel de desempeño alcanzado, de él dependerá la estabilidad en los resultados y la acumulación de aprendizaje para profundizar el proceso.

Se efectuó las siguientes actividades:

- Mantener reuniones para el seguimiento del mejoramiento del servicio de Archivo Clínico
- Optimizar el sistema informático con enfoque de usuario para la atención del Servicio de Archivo Clínico.

CONCLUSIONES

- En estos siete meses de trabajo se ha implementado cambios importantes en el servicio de Archivo Clínico, siendo uno de los principales logros el de haber dejado de postergar decisiones críticas que requería el servicio, como son el mejoramiento del sistema informático mediante el cual se puede ubicar el egreso de una historia clínica.
- Se ha logrado concientizar al personal de archivo clínico la necesidad de laborar en equipo y tener de conocimiento de los procedimientos que se llevan a cabo en el servicio de archivo clínico.

MANTENER LOS RESULTADOS

El objetivo de este paso es asegurar el mantenimiento del nuevo nivel de desempeño alcanzado.

Es necesario diseñar acciones en contra el retroceso, en los resultados, las cuales serán útiles para llevar adelante las acciones de mantenimiento. En términos generales éstas son:

- a. Actualización de normalización de procedimientos, métodos o prácticas operativas.
- b. Entrenamiento continuo y desarrollo del personal en las normas y prácticas implantadas.
- c. Incorporación de los nuevos niveles de desempeño, al proceso de control de gestión del servicio.
- d. Documentación y difusión de la historia del proceso de mejoramiento, esta actividad es de gran importancia para reforzar y reconocer los esfuerzos y logros alcanzados e iniciar un nuevo ciclo de mejoramiento.

CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

CONCLUSIONES:

- En estos siete meses de trabajo se ha implementado cambios importantes en el servicio de Archivo Clínico, siendo uno de los principales logros el de haber dejado de postergar decisiones críticas que requería el servicio, como son el mejoramiento del sistema informático mediante el cual se puede ubicar una historia clínica.
- La mejora en el servicio de archivo clínico ha resultado efectiva en la mejora de la calidad del servicio y en los resultados operativos del archivo de historias clínicas en los componentes de custodia, oportunidad, disponibilidad y satisfacción del cliente.
- La opinión de los clientes internos es un potente instrumento de ayuda para la mejora de la calidad y aporta elementos positivos en aspectos como: motivación del personal, imagen del servicio, recepción de ideas, oportunidades de mejora, etc.
- Se ha logrado concientizar al personal de archivo clínico la necesidad de laborar en equipo y tener de conocimiento de los procedimientos que se llevan a cabo en el servicio de archivo clínico.
- Se crearon indicadores de productividad del servicio de Archivo Clínico,
- En las encuestas de satisfacción a usuarios (pacientes y clientes internos) ya no es cuestionado el servicio de Archivo Clínico.
- El 100 % de las historias clínicas solicitadas son despachadas por el personal de archivo clínico, el 3 % de las historias clínicas no son devueltas al archivo pero si conoce su respectiva ubicación, el 1 % no se los localiza por lo que debe mejorar en este aspecto.

RECOMENDACIONES:

- Mantener el compromiso y el liderazgo de la dirección a fin de ir mejorando en el servicio de Archivo Clínico y estar preparados para nuevos proyectos del hospital como son la creación de la historia clínica electrónica
- Emisión de resoluciones y participación en el seguimiento y monitoreo de las actividades principales del proyecto.
- Creación de círculos de calidad hospitalarios y la publicación de textos autoformativos de promoción de trabajos en equipo y calidad de atención.
- Actualización de manuales de proceso, procedimientos, funciones, etc. para que el personal conozca perfectamente sus responsabilidades.
- A nivel directivo ejerza un liderazgo auténtico, en lo que se refiere a la ejecución de las actividades y logre la motivación del personal por lo que se debe fortalecer la comunicación, coordinación y el trabajo en equipo así como promover la creatividad e innovación con el apoyo de la tecnología (creación de la historia clínica electrónica)
- Definir los sistemas de control en los diferentes procesos para esto las herramientas deberán ser viables y funcionales para garantizar la calidad del proceso.
- Monitorización y utilización de los indicadores con la finalidad de evaluar la calidad del servicio proporcionado a clientes internos y externos.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA:

- Barquini, **Manual de Dirección de Hospitales**, México, Interamericana S.A, Segunda Edición, 1972
- División Nacional de Estadística, **Manual de Organización de los Departamentos de Estadísticas de Hospitales, Jefaturas, y Nivel Central**, Quito-Ecuador, M.S.P, 1983
- Fantoni, Héctor, **Estadística General**
- Heredia Jorge, Morales Jaime y Campoverde Nicolas, **El Protocolo de Investigación**
- Paganini José, María y De Morales Novaes Humberto, **La Garantía de Calidad, Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe**, O.P.S, 1992
- Segarra María y Lewis Carol, **El Departamento de Registros Médicos, guía para su organización**, EE.UU, O.P.S, 1990
- Segarra María y Castillo Alcira, **Registros Médicos y Salud, módulos de aprendizaje**, EE.UU, O.P.S, 1991
- Vanormeligen H.,Pineda F. Salazar y otros, **La Gerencia de Calidad en Salud**, Ecuador M.S.P - O.P.S, Primera Edición, 1994
- Franklin Enrique (2007) **Auditoría Administrativa**, México, Editorial Pearson Educación
- Hoyle David (1998), **Manual de Valoración del Sistema de Calidad ISO 9000**, Madrid España, Editorial Paraninfo
- Gutiérrez Pulido Humberto, **Calidad Total y Productividad**, México, Editorial McGraw Hill
- www.hospitalsanfernando.com/sp/nuestros_servicios/archivos_clinicos.htm
- www.accu.es/accuextr/boletin/bol13/13hist.htm
- www.dequate.com/infocentros/gerencia/admon/15.htm
- [www.saludcapital.gov.co/.../Anexo%20N%2037%20Protocolo%20de%20Uso%20y%](http://www.saludcapital.gov.co/.../Anexo%20N%2037%20Protocolo%20de%20Uso%20y%20)
- www.biocom.com/sistema/gestionarchivos/index.html
- <http://www.dequate.com/infocentros/gerencia/admon/12.htm>

- http://www.wikilearning.com/monografia/el_mejoramiento_continuo_principio_de_la_gestion_de_calidad-mejora_continua/11128-1
- http://www.sedom.es/3_papeles/11_3/pm-11-3-002.pdf
- http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_gestion_de_calidad
- <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/496/49615014.pdf>
- <http://www.formacionempresaria.org/iso-9001.php>

ANEXOS

ANEXO 1
GUIÓN DE ENTREVISTA

¿Sabe la diferencia entre sistema de numeración y sistema de archivo clínico de historia clínicas? _____

¿Conoce el método de archivo que utilizan? _____

¿Cuáles son los controles que se utilizan en el proceso de movimientos de historias clínicas? _____

¿Conoce las normas existentes en relación al préstamo y devolución de las historias clínicas? _____

¿Conoce los procedimientos existentes para desarrollar el control de calidad del archivo y para depurar el mismo? _____

¿Conoce los métodos de conservación de historias clínicas? _____

¿Conoce los criterios que permiten identificar la situación real de una historia clínica? _____

¿Para localizar una historia clínica en el archivo aplica diferentes métodos de búsqueda? _____

¿Identificación de las historias clínicas que no han sido devueltas? _____

¿Cómo comprueba el estado de los documentos devueltos? _____

¿Cuáles son sus responsabilidades y su autoridad? _____

¿En qué documentos se define dichas responsabilidades y autoridad? _____

¿Qué harían si las instrucciones que han recibido no podrán implementarse? _____

¿Qué harían si surgiesen problemas en su trabajo? _____

¿Qué harían si pensaran que los procesos en los que están implicados pueden mejorar? _____

¿Cómo aprendieron a realizar su trabajo? _____

¿Qué entrenamiento y formación se les proporciona para efectuar su trabajo con mayor efectividad? _____

ANEXO 2

El objetivo de esta encuesta es asegurarse de que usted reciba la mejor atención posible, por lo que requerimos que colabore llenando el presente formulario para satisfacer sus necesidades y mejorar la calidad de atención de los servicios de salud que ofrecemos. Gracias por su colaboración

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE ARCHIVO CLÍNICO**1) DATOS:**

a) Tipo de Usuario:

Médico

Lcda. de Enfermería

Auxiliar de Enfermería

Personal administrativo

Paciente

2) REFERENTE A LA ATENCIÓN:

a) ¿Cuánto tiempo esperó en ventanilla hasta ser atendido?

De 0 a 10 min.

10-15 min.

15-30 min.

30-45 min.

Más de 45 min.

b) ¿El tiempo que esperó para ser atendido le parece adecuado?

Total Acuerdo

Normal

Total desacuerdo

c) ¿Ha encontrado los resultados de los exámenes de los servicios auxiliares de diagnóstico archivados en la historia clínica?

SI NO

d) ¿Ha tenido algún inconveniente con el personal de Archivo Clínico?

SI NO

Si su respuesta es Si, especificar cuál fue el problema: _____

e) ¿Las explicaciones que le dio el personal de archivo clínico sobre la ubicación de la historia clínica solicitada, satisficieron sus expectativas?

SI NO

f) ¿Resolvieron su inconveniente?

SI NO

g) ¿Cuán satisfecho estuvo con el servicio de esta área?

Muy satisfecho

Satisfecho

Neutral

Insatisfecho

Muy insatisfecho

¿Por que? _____

h) ¿Considera que el número de ventanillas de atención es suficiente para la cantidad de usuarios del hospital?

Total Acuerdo

Parcial Acuerdo

Indiferente

Parcial Desacuerdo

Total Desacuerdo

i) ¿Considera que el servicio que brinda el Archivo Clínico actualmente ha mejorado?

SI NO

j) ¿En qué aspectos notó la mejora?

Atención

Tiempo de Atención

Calidad de Información

Otros Aspectos Especifique: _____

k) ¿La atención del personal de archivo fue?:

Excelente

Muy buena

Normal

Regular

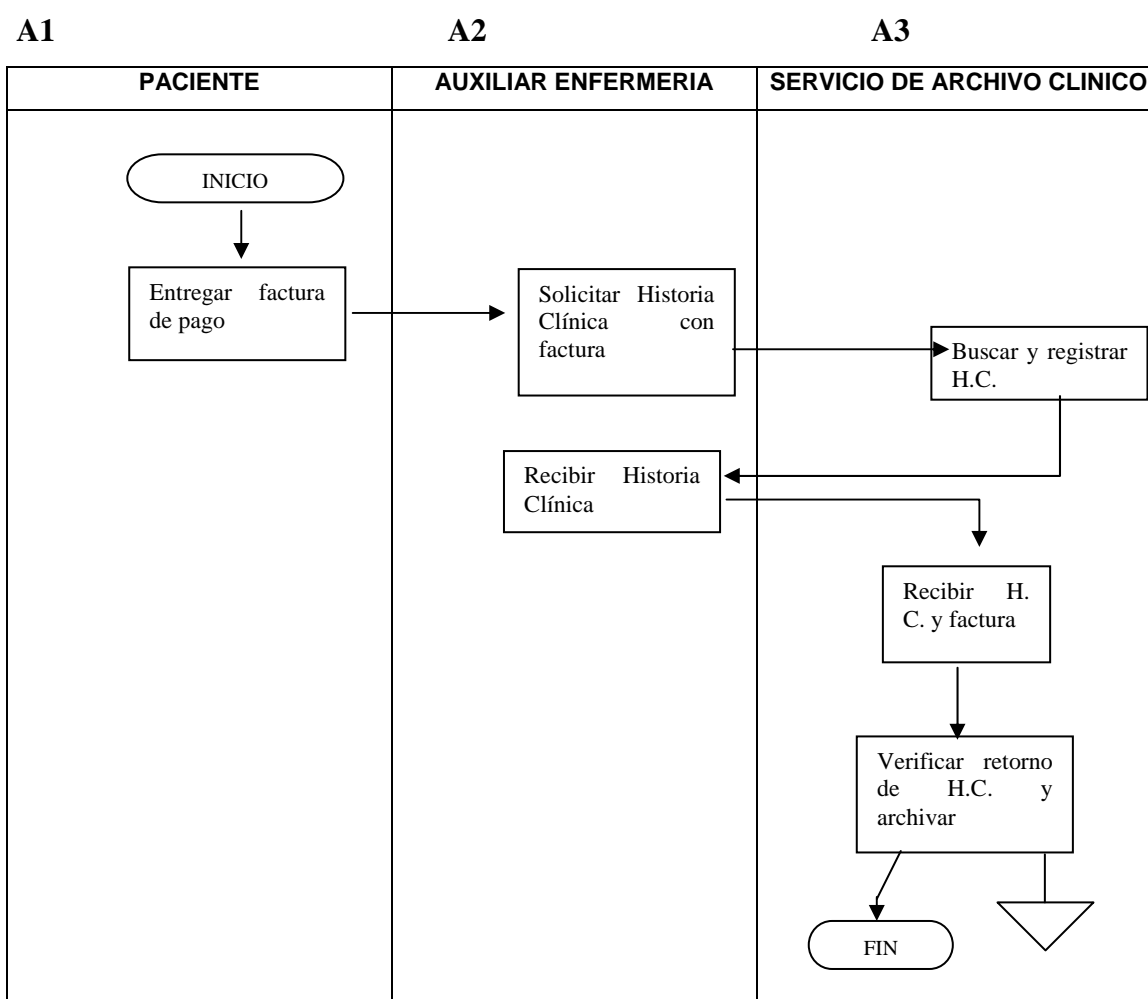
Mala

l) ¿Qué sugerencias puede aportarnos para mejorar nuestros servicios?

.....

ANEXO 3

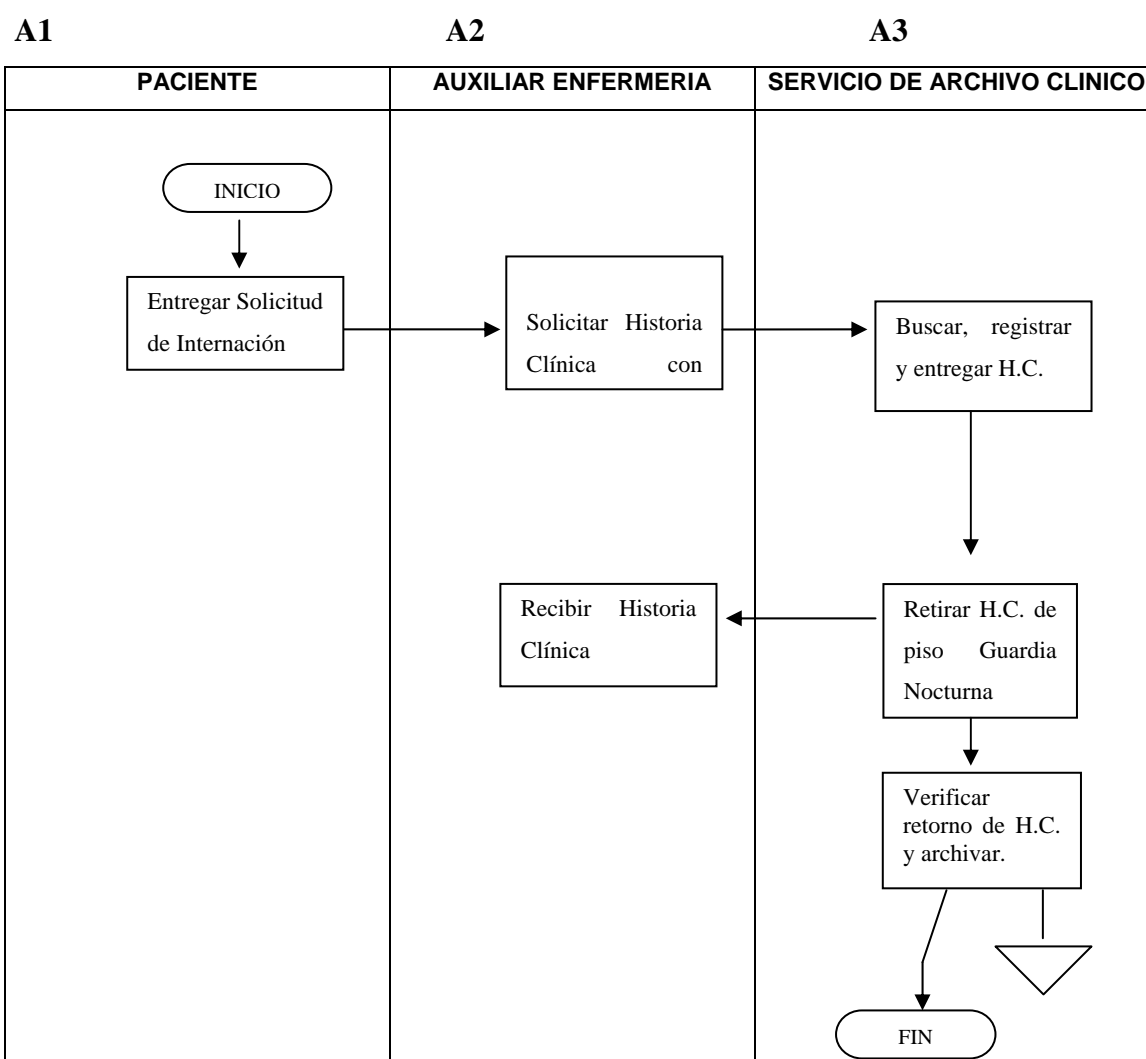
	UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA ARMADA DEL ECUADOR – HOSPITAL NAVAL DE GUAYAQUIL	
	PR-TEC-024-02	ENVIO Y RETORNO DE HISTORIAS CLINICAS PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIA



Revisado por:	Elaborado por: Lcdo. Edgar Chamba V.	
Fecha de revisión:	Aprobado por:	Página:

ANEXO 4

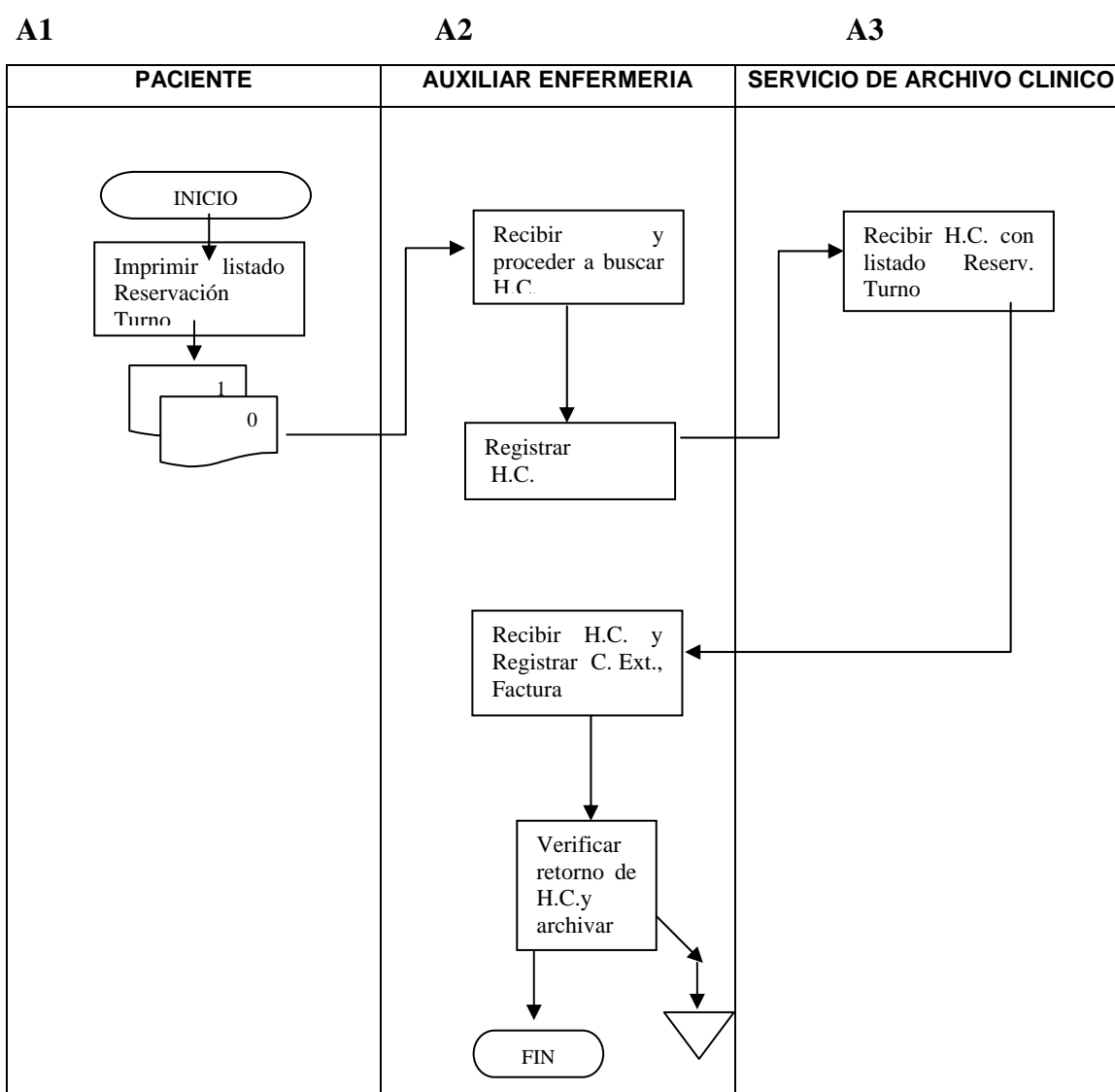
	UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA ARMADA DEL ECUADOR – HOSPITAL NAVAL DE GUAYAQUIL	
	PR-TEC-024-02	ENVIO Y RETORNO DE HISTORIA CLINICA PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION



Revisado por:	Elaborado por: Lcdo. Edgar Chamba V.	
Fecha de revisión:	Aprobado por:	Página:

ANEXO 5

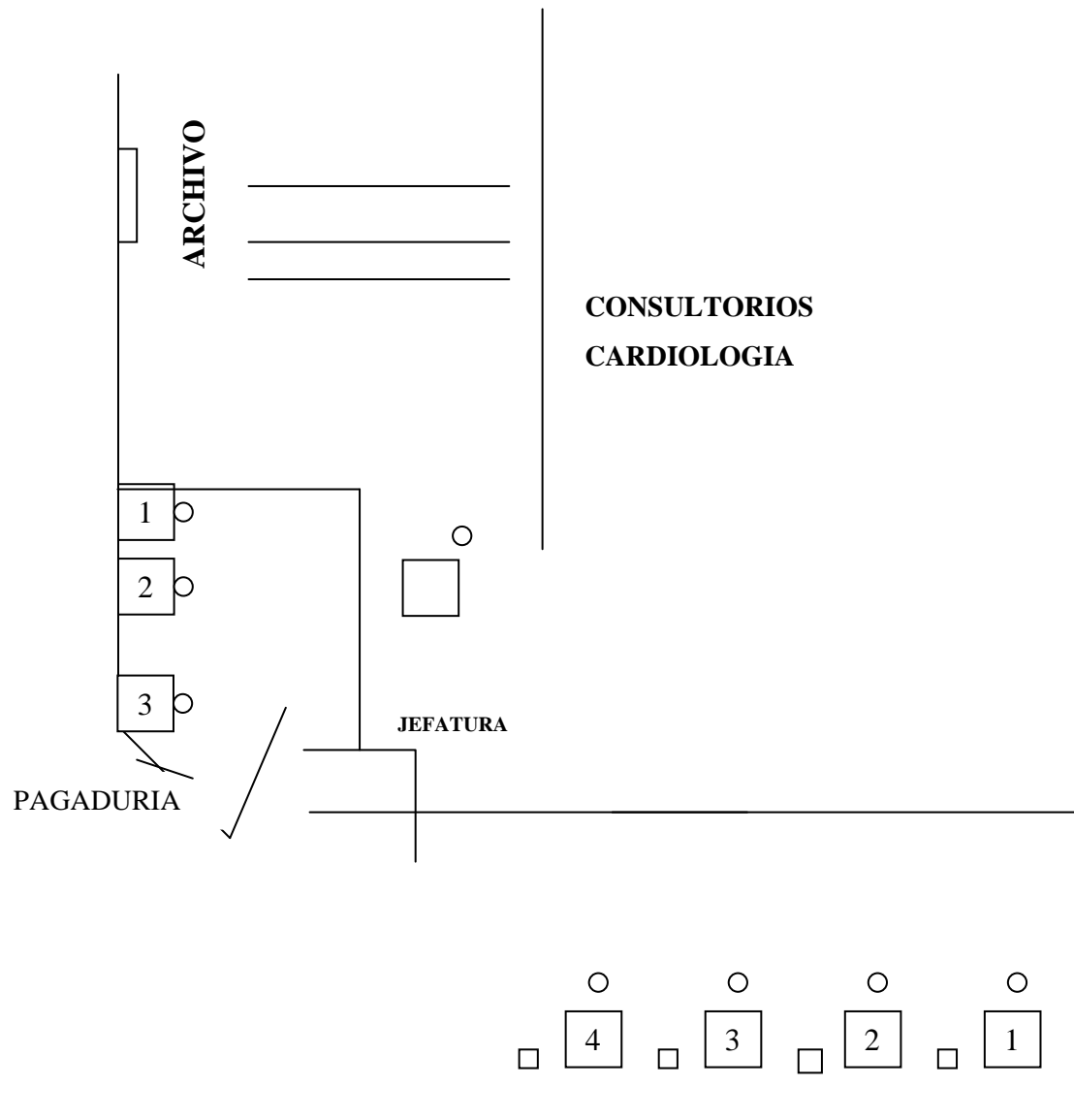
	UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA ARMADA DEL ECUADOR – HOSPITAL NAVAL DE GUAYAQUIL	
	PR-TEC-024-02	ENVIO Y RETORNO DE HISTORIAS CLINICAS PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA



Revisado por:	Elaborado por: Lcdo. Edgar Chamba V.	
Fecha de revisión:	Aprobado por:	Página:

ANEXO 6

**SERVICIO DE ARCHIVO CLINICO
(AREA FISICA)**



ANEXO 7



Foto 1 Falta de Anaqueles para ubicación por áreas



Foto 2 Falta de espacio para recepción de carpetas de las áreas



Foto 3 Incomodidad por perchas unidas por falta de espacio



Foto 4 Percheros inadecuados para el almacenamiento de las historias clínicas

MEJORA EN EL SERVICIO DE ARCHIVO CLINICO



Foto 5, 6 Historias clínicas correctamente ordenadas

