

Universidad de Costa Rica



Facultad de Medicina

Escuela de Salud Pública

Sistema de Estudios de Posgrado

Maestría en Salud Pública

**MEJORAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN EN LA CLÍNICA DEL PIE DIABÉTICO DEL HOSPITAL SAN JUAN
DE DIOS**

Arianna Campos González

Martha Sosa Herrera

San José, Costa Rica

Marzo, 2020

Dedicatoria y agradecimiento Arianna Campos

Dedico este proyecto de tesis a Dios por permitirme llegar hasta este punto; por ser mi guía, brindarme sabiduría para culminar esta meta sin desfallecer.

A mi madre, por mostrarme su apoyo en todo momento y no dejarme sucumbir ante las adversidades. A mi padre por su cariño y motivación. A mi esposo, gracias por ser un pilar fundamental en mi vida, por darme todo su apoyo, paciencia y amor.

A mi gran amiga Marta que me ha acompañado en estos años, que me ha impulsado a continuar pese a las circunstancias, para lograr juntas llegar a este momento.

No quiero dejar de lado a todas las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, que contribuyeron con sus consejos, de todo corazón muchas gracias, terminar este proyecto no hubiese sido posible sin el apoyo de ustedes, principalmente al de nuestra tutora la PhD Ingrid Gómez quien, con sus conocimientos, experiencia, y motivación nos orientó. A nuestro comité asesor gracias por toda la colaboración que nos brindaron.

Asimismo, agradezco infinitamente al personal y usuarios de la Clínica de Pie Diabético porque sin su ayuda no hubiese sido posible la realización de este proyecto. Muchas gracias.

Dedicatoria y agradecimiento Martha Sosa

Una meta más lograda en mi vida personal y profesional, agradezco primero a Dios por su fuerza, acompañamiento, paciencia que me ha dado durante este tiempo.

Dedico y agradezco este proyecto de tesis a mi Esposo e hijos, por su tiempo, paciencia, amor, comprensión y entendimiento; a mis padres por su apoyo incondicional, a mis hermanos y sus familias y a mis suegros, por estar siempre en el momento justo. A mi amiga, hermana y compañera incondicional Arianna, por acompañarme en esta larga travesía y que, a pesar de las dificultades, aguantamos hasta el final y lo logramos juntas.

Deseo expresar de todo corazón mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que de alguna forma nos brindaron su colaboración, sus conocimientos, su valiosa ayuda y sobre todo su mano amiga durante la realización de este proyecto. Muchas gracias. A nuestra Tutora la PhD Ingrid Gómez por su enorme ayuda y orientación de este documento, su experiencia, sabiduría, dedicación y profesionalismo, ha calado muy profundo en cada una de nosotras, Gracias de todo corazón que Dios siempre la bendiga por ese don que tiene.

A todo nuestro comité asesor muchas gracias por la ayuda y colaboración brindada en el proceso. Muchas Gracias.

Al personal y usuarios de la Clínica del Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios porque sin su ayuda y colaboración este trabajo no habría sido posible. Muchas Gracias

Hoja de aprobación



Nombre	Firma
PhD. Luisa Villanueva Salazar Representante del Decano Sistema de Estudios de Posgrado	
PhD. Ingrid Gómez Duarte Profesora Guía	INGRID GOMEZ DUARTE (FIRMA) <small>Firmado digitalmente por INGRID GOMEZ DUARTE (FIRMA) Fecha: 2020.05.19 14:44:00 -06'00'</small>
M.Sc. Juan Carazo Salas Lector	JUAN ANTONIO CARAZO SALAS (FIRMA) <small>Firmado digitalmente por JUAN ANTONIO CARAZO SALAS (FIRMA) Fecha: 2020.05.19 17:39:39 -06'00'</small>
M.Sc. Francisco Oviedo Gómez Lector	FRANCISCO JAVIER OVIEDO GOMEZ (FIRMA) <small>Firmado digitalmente por FRANCISCO JAVIER OVIEDO GOMEZ (FIRMA) Fecha: 2020.05.20 21:33:15 -06'00'</small>
M.Sc. Rebeca Alvarado Prado Representante del Director del Programa de Posgrado	

Tabla de Contenido

Dedicatoria y agradecimiento Arianna Campos	ii
Dedicatoria y agradecimiento Martha Sosa	iii
Resumen	ix
Summary	x
Lista de Cuadros	xi
Lista de tablas.....	xii
Lista de Figuras.....	xiii
Lista de abreviaturas	xiv
1. Introducción	1
2. Justificación.....	3
3. Capítulo I. Antecedentes	5
3.1. Antecedentes Históricos.....	5
3.1.1. Antecedentes Internacionales	6
3.1.2. Antecedentes Nacionales	8
3.1.3. Antecedentes Locales	10
4. Capítulo II. Marco teórico.....	12
4.1. Calidad.....	12
4.1.1. Calidad en los Servicios Públicos.....	13
4.1.2. Importancia de la calidad de los servicios públicos	14
4.1.3. Expectativas de los usuarios de los Servicios Públicos.....	15
4.1.4. Calidad Total con Enfoque en Servicios de Salud.....	15
4.1.5. Calidad de Atención Médica	16
4.1.6. Gestión de la Calidad	17
4.1.7. Principios de la gestión de la calidad	18
4.1.8. Norma ISO 9001-2008	18
4.1.9. Enfoque de procesos	19
4.1.10. Sistemas de gestión de la calidad	20

4.1.10.1.	Requisitos Generales	20
4.1.10.2.	Requisitos de la documentación	20
4.1.10.3.	Gestión de los recursos.....	21
4.1.10.3.1.	Recursos Humanos	21
4.1.10.4.	Infraestructura.....	22
4.1.10.5.	Ambiente de Trabajo	22
4.1.10.6.	Realización del Producto.....	22
4.1.10.6.1.	Planificación de la realización del producto	22
4.1.10.7.	Procesos relacionados con el cliente	23
4.1.10.7.1.	Comunicación con el cliente	23
4.1.10.8.	Diseño y desarrollo	23
4.1.10.8.1.	Planificación del diseño y desarrollo	23
4.1.10.9.	Producción y prestación del servicio.....	24
4.1.10.9.1.	Control de la producción y prestación del servicio	24
4.1.10.10.	Control de los equipos de seguimiento y de medición	25
4.1.10.11.	Medición, análisis y mejora	25
4.1.10.12.	Seguimiento y medición	25
4.1.10.12.1.	Satisfacción del cliente	26
4.1.10.13.	Análisis de datos	26
4.1.10.14.	Mejora continua	26
4.1.10.15.	Acción correctiva	27
4.1.11.	Mapa de Procesos	27
4.1.11.1.	Procesos estratégicos	27
4.1.11.2.	Procesos operativos.....	28
4.1.11.3.	Procesos de apoyo.....	28
4.1.11.4.	Procesos de medición, análisis y mejora.....	28
4.1.12.	Indicadores de Calidad	28
5.	Capítulo III. Marco Metodológico.....	29

5.1.	Problema	29
5.2.	Objetivos	29
5.2.1.	Objetivo General	29
5.2.2.	Objetivos Específicos	30
5.2.3.	Tipo de Investigación	30
5.2.4.	Fases Metodológicas	31
5.2.5.	Diseño Metodológico	34
5.2.6.	Unidad de Análisis	34
5.2.7.	Población y sujetos informantes.....	34
5.2.8.	Contexto para el abordaje del problema	34
5.2.8.1.	Geográfico	35
5.2.8.2.	Organización Administrativa.....	35
5.2.8.3.	Presupuesto.....	35
5.2.8.4.	Población adscrita	36
5.2.9.	Cuadro de operacionalización y categorías	36
6.	Capítulo IV. Procesamiento de los datos y resultados.....	41
6.1.	Situación actual	41
6.1.1.	Mapa de Procesos	41
6.1.1.1.	Diagrama de procesos operativos.....	43
6.1.1.2.	Proceso de recepción e ingreso del paciente a la Clínica de Pie Diabético	44
6.1.1.3.	Proceso de valoración y diagnóstico del paciente en la Clínica de Pie Diabético	45
6.1.1.4.	Proceso manejo y tratamiento del paciente con patología de Pie Diabético....	49
6.1.1.5.	Proceso de alta con referencia del paciente	49
6.1.1.6.	Infraestructura y ambiente de trabajo.....	50
6.1.1.7.	Recursos	51
6.1.1.8.	Satisfacción del paciente	51
7.	Capítulo V. Discusión de los resultados.....	58

7.1	Analizar los procesos operativos relacionados con la atención que brinda la Clínica de pie diabético del Hospital San Juan de Dios.	58
7.2	Documentación de las buenas prácticas operativas mediante un mapa de procesos.	59
7.3	Validación de la consulta con expertos, la problemática que incide en la calidad del servicio: usuarios y personal.	61
7.4	Definición de los indicadores de medición de la calidad de la atención del servicio.	63
8.	Capítulo VI. Propuestas de mejoras.....	65
8.1	Manual de procesos	65
8.2	Triage.....	65
8.3	Infraestructura	65
9.	Capítulo VII. Conclusiones	67
10.	Capítulo VIII. Recomendaciones	69
11.	Referencias Bibliográficas.....	71
11.	Glosario	78
12.	Apéndice	81
13.	Anexos.....	102

Resumen

Campos, A, y Sosa, M. (2017). *Propuesta para el fortalecimiento de la calidad de la atención de la Clínica de Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios*. (tesis de posgrado). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Palabras clave: Calidad, Norma, ISO, Gestión.

Objetivo General: Mejorar la calidad del servicio al cliente en la Clínica de Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios, a partir de los requisitos de la “*Norma Internacional ISO 9001- 2008 Sistemas de Gestión de Calidad*”.

Metodología: Estudio mixto anidado concurrente de modelo dominante. Se realizó una observación de los procesos en la Clínica de Pie Diabético de HSJD, durante 2 meses los días viernes entre las 11 am y la 1 pm. Posterior se administró una encuesta al personal y los usuarios del servicio, toda esta información se analizó con los estándares establecidos en la Norma ISO.

Resultados: En una primera etapa mediante la observación, se propuso organizar los procesos del servicio y aplicar los elementos de la norma ISO 9001-2008, con lo cual se creó un mapa de procesos, dicho instrumento explica los pasos que debe seguir un paciente para ser atendido en el servicio; y se utiliza como base para posteriormente incorporar mejoras a los procesos. Por otro lado, para analizar la calidad de la atención en el servicio se aplicó una encuesta auto administrada a una muestra de 152 personas (usuarios), donde evidencia que el mayor problema es la infraestructura del servicio representado por un 59.2% de las encuestas, lo cual repercute de forma directa en la atención adecuada del usuario.

Conclusiones: Los hallazgos de esta investigación permiten tener conocimiento sobre la importancia de la calidad en los servicios de salud, ya que, desde una perspectiva moderna de procesos interdepartamentales, se crea un enfoque en las necesidades de cada usuario y se adoptan mecanismos para su satisfacción.

Summary

Campos, A Sosa, M. *Propuesta para el fortalecimiento de la calidad de la atención de la clínica de pie diabético del Hospital san Juan de Dios.* (postgraduate theses)

Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Key words: Quality, ISO standard, Management.

General objective: to improve customer service quality in the diabetic foot service in the Hospital San Juan de Dios, considering the requirements of the “*international ISO standard 9001-2008 quality management systems*”

Methodology: Mixed concurrent study of dominant model. An observation of the diabetic foot service processes was done during two months on Fridays from 11am to 1pm, after that an interview was administered to the personal and patients, all of the information collected was analyzed with the standards established in the ISO standard.

Results: During the first observation stage, it was proposed to organize the service processes and to apply the ISO standard 9001- 2008 elements. As a result a processes map was created, this map explains the steps that a patient must follow in order to be attended, and it is also used to improve the service. On the other side, a patients attention survey was applied to 152 people (patients), the mayor problem illustrated in the survey was the service infrastructure represented in 59.2 of the surveys, this results impacts directly in patients attention.

Conclusions: The investigation findings allow to know about the quality importance in health services, because from a modern interdepartmental process perspective, an approach is created according to the patients need and their satisfaction.

Lista de Cuadros

Cuadro 1: Variables utilizadas en el estudio.....	36
Cuadro 2: Procedimientos para el manejo y tratamiento del paciente según la Clasificación de Wagner.....	86
Cuadro 3: Procedimientos para el manejo y tratamiento del paciente según la Clasificación de la Universidad de Texas	90

Lista de tablas

<i>Tabla 1: Sexo de los encuestados</i>	52
<i>Tabla 2: Rango de edad de los pacientes encuestados</i>	53
<i>Tabla 3: Nivel de Escolaridad de los encuestados</i>	53
<i>Tabla 4: Tiempo de espera desde la petición de la cita hasta la consulta de los usuarios</i>	54
<i>Tabla 5: Tiempo de dedicación médica a la consulta</i>	55
<i>Tabla 6: Comodidad de las salas de espera</i>	55
<i>Tabla 7: Opinión general de los encuestados acerca de la Clínica del Pie Diabético</i>	56
<i>Tabla 8: Fortalezas destacadas por los encuestados de la Clínica de pie Diabético</i>	56
<i>Tabla 9: Mejoras sugeridas por los encuestados</i>	57

Lista de Figuras

Figura 1. Mapa de Procesos.	42
Figura 2: Descripción del Proceso de la Clínica de Pie Diabético del HSJD.	44
Figura 3. Planta Arquitectónica Propuesta para la Clínica de Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios.	66

Lista de abreviaturas

BELTEST	Organismo de Acreditación de Bélgica
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CENARE:	Centro de Nacional de Rehabilitación
COFRAC	Comité Francés de Acreditación
CONAVI	Consejo Nacional de Viabilidad
DANAK	Organismo de Acreditación de Dinamarca
DGSC	Dirección General de Servicio Civil
DGPSP	Dirección General de Salud Pública
DRAE	Diccionario de la Real Academia Española
EBAIS	Equipo Básico de Atención en Salud
ECA	Ente Costarricense de Acreditación
EDUS	Expediente Digital Único en Salud
ENAC	Entidad Nacional de Acreditación
FEST	Funciones Esenciales de Salud Pública
HSJD	Hospital San Juan de Dios
ICAP	Instituto Centroamericano de Salud Pública
INCOTEC	Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación
INTECO	Instituto Nacional de Normas Técnicas de Costa Rica
IRAM	Instituto Argentino de Normalización
ISO	Organización Internacional de Estandarización

ITB	Índice Tobillo Brazo
MOPT	Ministerio de Obras Públicas y de Transportes
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SCIJ	Sistema Costarricense de información Jurídica
SGC	Jurídica
SICERE	Sistema de Gestión de Calidad
SPSS	Sistema Centralizado de Recaudación
	Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales
SUPEN	Superintendencia de Pensiones



Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Ananna Campos González, con cédula de identidad 401840641, en mi condición de autor del TFG titulado "Mejoras para el fortalecimiento de la calidad de la atención en la Clínica de Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios"

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Ananna Campos González

Número de Carné: B 49481 Número de cédula: 401840641

Correo Electrónico: nanny_03@hotmail.com

Fecha: 14/05/20 Número de teléfono: 83234474

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): PhD. Ingrid Gómez Duarte

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de



Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Marta Cristina Sosa Herrera con cédula de identidad 1-12560931, en mi condición de autor del TFG titulado "Mejoras para el fortalecimiento de la calidad de la atención en la clínica del Pic Diabético del Hospital San Juan de Dios".

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Marta Cristina Sosa Herrera

Número de Carné: B49552 Número de cédula: 1-12560931

Correo Electrónico: tatacris25@yahoo.com

Fecha: 14-5-20 Número de teléfono: 83672249

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): PHD. Ingrid Gomez Duarte

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de

1. Introducción

En los últimos años, el concepto de calidad aplicado a los servicios de salud ha sido utilizado con mayor frecuencia, históricamente estos servicios han estado en pos de la excelencia, aunque ya no se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario.

El presente trabajo de investigación, concebido en el marco de un Trabajo Final de Graduación, tiene como propósito diseñar un sistema de gestión de la calidad, dirigido a garantizar el mejoramiento de la atención en los servicios de salud, la satisfacción de los usuarios y del personal de la Clínica del Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios.

La calidad de los servicios de salud depende de la coordinada interacción de una serie de elementos, entre ellos, el recurso humano calificado, a ello se añaden los recursos materiales, físicos y financieros; aspectos contemplados en la Norma ISO 9001-2008 utilizada en esta investigación (Camisón, Cruz y González, 2006).

El fortalecimiento de la gestión de la calidad posee una orientación hacia el mejoramiento continuo, incorporando principios y procesos, conceptos cada vez más acordes con la competitividad actual de todos los servicios (Heider y Render, 2007).

Con el objeto de analizar los aspectos anteriormente mencionados, el trabajo incorpora diversas perspectivas. En un primer apartado, se hace referencia: al tema “Gestión de calidad de la atención en la Clínica del Pie Diabético en el Hospital San Juan de Dios, Costa Rica, durante el año 2017, con base en la documentación de los principios de la Norma de calidad ISO 9001-2008; debido a que, la Clínica no contaba con un sistema de gestión de calidad, establecido e implementado.

Además, incluye los antecedentes internacionales, los cuales hacen mención al origen de los estándares de calidad en el mundo, entre ellos, la creación de la Organización Internacional para la Estandarización, la cual promueve el desarrollo de la misma, para facilitar el intercambio internacional de bienes (Lemus et al, 2006).

A nivel nacional, Costa Rica logra un avance hacia la mejora de la calidad de los servicios de salud, creando en el año 2016 un Comité Nacional de Normalización en Productos y Tecnologías para el Sector Salud, donde participa INTECO, con el fin de generar normas técnicas que garanticen la calidad de los servicios de salud para la población (La Nación, 2017).

En el segundo capítulo se desarrolla el Marco Teórico, el cual tiene como objetivo exponer algunos conceptos relativos a la calidad de la atención de los servicios de salud, comenzando por su propia definición: “La calidad de la atención de los servicios de salud, como la mejora continua de los servicios que brinda la Administración Pública” (Jaramillo, 1998), e incorpora información acerca de la Norma ISO 9001-2008 sus objetivos y beneficios que se profundizan en el contenido (ISO, 2008).

El tercer apartado se expone el marco metodológico, el cual explica que la investigación se realizó basada en un diseño mixto anidado concurrente de modelo dominante (Hernández, Fernández y Batista, 2010), utilizando técnicas como la observación y la aplicación de la encuesta, para cumplir las metas y objetivos propuestos.

En el cuarto capítulo, se interpretan los resultados de la investigación, mediante dos técnicas: la observación con la que se propuso organizar los procesos del servicio y aplicar los elementos de la norma ISO 9001-2008 y una encuesta auto administrada al personal y usuarios de la Clínica de pie diabético para determinar el nivel de satisfacción en su atención.

El quinto apartado desarrolla la discusión de cada uno de los resultados obtenido por objetivo, comparándolos con literatura de otros de países.

Por último, el sexto y séptimo capítulos hacen alusión a las conclusiones obtenida de la presente investigación y las recomendaciones de la misma.

2. Justificación

La calidad es esencial para cualquier actividad, organización u empresa y se encuentra inmersa en todas las áreas en que se desarrollan las personas, de tal modo que su integración en el área/ campo de salud, no es una excepción.

En el año 2016 la Clínica de Pie Diabético no contaba con un sistema de gestión de calidad debidamente establecido e implementado y por ende carecía de los procedimientos de atención del paciente documentados y estandarizados, lo cual generaba que la calidad del servicio que se brindaba dependiera de las personas que lo realizaban, asociado a un incremento de costos, quejas médicas, insatisfacción de los usuarios y profesionales que laboran en el servicio de salud, afectando la credibilidad de los pacientes en el servicio y su personal.

Se consideró, como herramienta gerencial moderna para documentar y estandarizar procesos y procedimientos en las organizaciones a nivel nacional e internacional, la norma ISO 9001-2008 Sistemas de Gestión de calidad, misma que fue utilizada como guía de apoyo para este proyecto, ya que, por medio de esta, se pudo establecer procesos y procedimientos estandarizados en la Clínica del Pie Diabético, con el claro objetivo de mejorar la calidad del servicio que se brinda a los pacientes.

Algunos de los beneficios que aporta a una organización el proceso de certificación ISO 9001 son los siguientes (Normal ISO 9001, 2008)

- Mejor percepción de la imagen del servicio por parte de los usuarios.
- Mejora continua de los procesos vinculados con la salud, vida y seguridad de los usuarios.
- Mayor credibilidad que otros servicios similares, ya que una entidad externa garantiza que los procesos cumplen con los estándares.
- Mejor aprovechamiento de los costos por parte del servicio.

- Orientación hacia un proceso de mejoramiento continuo, de la calidad.

La gestión con un enfoque basado en procesos permite a las organizaciones identificar indicadores para evaluar el rendimiento de las distintas actividades que se llevan a cabo, no solo consideradas de forma aislada, sino formando parte de un conjunto estrechamente interrelacionado.

La aplicación de la norma es el primer eslabón hacia la mejora continua del servicio, para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, objetivo central de una organización dedicada a la prestación de servicios de salud, con lo cual permite alcanzar las metas propuestas de la Salud Pública, contempladas dentro de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) (Organización Panamericana de la Salud, 2002):

La Organización Panamericana de la Salud desde la Iniciativa "La Salud Pública en las Américas" en el año 2002, definió once FESP, de las cuales 5 garantizan la calidad; las cuales se mencionan a continuación:

Seguimiento, evaluación y análisis de la situación en salud (FESP 1), Fortalecimiento de la capacidad institucional de Regulación y Fiscalización en Salud (FESP 6), Desarrollo de Recursos Humanos y capacitación en Salud (FESP 8), Investigación desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud (FESP 10), y Garantía de calidad en servicios de salud individuales y colectivos (FESP 9), esta última se consideró, que claramente explicita los aspectos albergados en el trabajo expuesto; tales como:

La promoción de la implantación de sistemas de evaluación y el mejoramiento de su calidad; el fomento de la elaboración de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad y supervisión del cumplimiento de los proveedores de servicios que tengan esta obligación; la definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios; la existencia de un sistema de evaluación de las tecnologías de la salud que colabore en los procesos de toma de decisiones de todo el sistema de salud y que contribuya a mejorar su calidad.

La utilización de los métodos científicos para evaluar intervenciones de diverso grado de complejidad en materia de salud; y la implantación de sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y el uso de sus indicadores para mejorar la calidad de los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

3. Capítulo I. Antecedentes

En el presenta capítulo se desarrolla los aspectos generales de esta investigación, tomando en cuenta los orígenes a nivel mundial de la calidad, que permite crear las bases de la gestión de la calidad en salud.

3.1. Antecedentes Históricos

El concepto de calidad ha ido evolucionando con el tiempo, dando lugar a la variación de su función, ámbito de acción y objeto de control hasta nuestros días. Este término resulta controversial, debido a que su objetivo se ha orientado a brindar satisfacción a los usuarios; no obstante, la calidad abarca también una seria de procesos y normas en beneficio de las necesidades de las empresas.

En el pasado la producción era completamente artesanal, existía una comunicación directa entre el artesano y el cliente, el producto era hecho, de acuerdo, a las necesidades de cada usuario, con lo cual aumentaba el costo y la calidad de los productos. Con la llegada de la revolución industrial se redujeron costos en la producción, adicionalmente, también lo hizo la calidad. Por consiguiente, se buscaron nuevos métodos de fabricación que permitieron mejorar la calidad a un bajo costo (Velasco y Campins, 2005).

Con base en lo anterior, se inició el desarrollo de una serie de metodologías de calidad aplicables a cualquier área, mediante las cuales, se elaboraron normas y guías desarrolladas sistemáticamente, que contribuyen a mejorar la calidad de los procesos de producción.

3.1.1. Antecedentes Internacionales

La Organización Internacional para la Normalización en Ginebra, Suiza, fue fundada en 1946 con el objetivo de “promover el desarrollo de la estandarización y las actividades relacionadas en el mundo; con la visión de facilitar el intercambio internacional de bienes y servicios, y desarrollar la cooperación en la actividad intelectual, científica, tecnológica y comercial”. Dicha organización, acogió el concepto ISO para definir las normas de estandarización a nivel internacional (Lemus et al., 2006).

Con el surgimiento de las normas ISO, se ve la necesidad de que cada país forme una entidad acreditadora de las mismas. En España se conforma la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC), Francia por su parte cuenta con el Comité Francés de Acreditación (COFRAC), y en Dinamarca y Bélgica se encuentran las entidades DANAK y BELTEST, respectivamente. En 1935, en Argentina, se fundó el Instituto Argentino de Normalización (IRAM), el cual es una asociación civil sin fines de lucro, considerada el primer organismo de Normalización de América Latina, el cual sirvió de ejemplo para que países como Costa Rica también crearan sus entidades acreditadoras como lo es el Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica (INTECO) (Lemus et al., 2006).

En América Latina y el Caribe, los autores Anna Gabriela Ross, José Luis Zeballos y Alberto Infante en su artículo “La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe”, realizaron un análisis de las tendencias en los programas de garantía de calidad de los servicios de atención (Infante, 2000).

La primera consiste en el desarrollo de procesos, con lo cual se pretende llevar a cabo, una acción continúa y establecer estrategias integradas, en lugar de promover medidas y acciones aisladas y esporádicas (Infante, 2000).

La segunda tendencia es el desarrollo de una acción integrada que haga uso combinado y simultáneo de algunas herramientas de calidad, como se observa claramente en los procesos de mejoramiento continuo. Estos procesos forman parte de los estándares exigidos por Estados Unidos y Canadá (Infante, 2000).

La tercera tendencia se orienta hacia los usuarios, en los procesos y resultados, estableciendo una mayor participación en todo el proceso de gestión de la calidad (Infante, 2000).

En la cuarta tendencia se adopta una visión sistémica en la cual, los hospitales dejan de ser el centro del sistema de salud, enfocándose en la red de servicios (Infante, 2000).

Como quinta tendencia se observa la creciente búsqueda de indicadores de desempeño (Infante, 2000).

De esta forma, se considera que la unión entre estas tendencias es la pieza clave para la mejora de la calidad de los servicios de salud.

Países como Cuba y Colombia, son un ejemplo para el mundo, al incorporar la calidad de la atención como un aspecto primordial en la prestación de los servicios de salud. Debido a la importancia de ésta, Cuba ha decidido establecer Jurisprudencia sobre la misma; es así como se desarrolla la ley No.41 del 13 de julio de 1983, “De la Salud Pública” la cual indica en su artículo 12: “El Ministerio de Salud Pública es responsable de la correcta aplicación de las actividades de normalización, metrología y control de la calidad en el sistema nacional de salud, en coordinación y con la colaboración de los organismos u órganos correspondientes”; lo anterior, con el objetivo de aumentar los estándares de calidad en el sistema de salud (Jiménez, 2004).

La Ley 10 creada en 1990 en Colombia, declara en el Capítulo 1 Artículo 1 inciso h, que se debe “Establecer un sistema de fijación de Normas de calidad de los servicios de salud y los mecanismos para controlar y vigilar su cumplimiento”; a raíz de esta declaratoria en 1991 la Constitución Política Nacional, define la seguridad social como un servicio público obligatorio a cargo del estado (Ley N°10, 1990).

Posteriormente, en 1993 se elabora la ley 100 la cual identifica la calidad de la atención como pilar fundamental en el nuevo sistema de seguridad social en salud de Colombia (Ley N°100, 1993).

3.1.2. Antecedentes Nacionales

Con el surgimiento de la globalización, se visibilizó la necesidad de establecer normas que regularan los sistemas de gestión empresarial, con el fin de implementar estándares que ordenaran los procesos que se desarrollan en cualquier ámbito, como por ejemplo en salud.

En Costa Rica el ente regulador de las normas ISO, es el Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica (INTECO); institución privada, creada en 1987 sin fines de lucro, con patrimonio propio y personería jurídica. En 1995 fue reconocido, por decreto ejecutivo, como el Ente Nacional de Normalización y se consolida con la emisión de Ley del Sistema Nacional para la Calidad, N° 8279, publicada el 21 de mayo del 2002, Capítulo VIII, Transitorio III (INTECO, 2002).

El Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica (INTECO), tiene como misión: “Desarrollar la normalización del país con el soporte de servicios de evaluación de conformidad y productos relacionados a nivel nacional e internacional, con un equipo humano competente, con credibilidad e independencia” (INTECO, 2002).

El Ente Costarricense de Acreditaciones (ECA), es el encargado de otorgar el reconocimiento a organismos de certificación, de inspección y laboratorios para que las empresas u organizaciones opten por el reconocimiento internacional de alta calidad; dicho ente se instaura por la promulgación de la ley del Sistema Nacional de Calidad (Ley N°8279, 2002).

El Ente Costarricense de Acreditación tiene como funciones: (ICAP, 2011)

- Acreditar previo cumplimiento de los requisitos, conforme a las buenas prácticas internacionales.
- Estimular la acreditación en todos los ámbitos tecnológicos y científicos del país.
- Garantizar la competencia técnica y credibilidad de los entes acreditados.
- Resolver, previo cumplimiento del debido proceso, las denuncias que, en materia de su competencia, se presenten contra los entes acreditados.
- Promover la suscripción de convenios de reconocimiento mutuo y otros instrumentos de entendimiento que propicien el reconocimiento de la acreditación otorgada por él, ante órganos de acreditación similares.

-Participar en las instancias internacionales de acreditación.

Un ejemplo de la intervención de estas entidades en las instituciones públicas los representa la Superintendencia de Pensiones (SUPEN), la cual, inició en el 2005 un camino para la instalación de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC). Para el 2007 se enfrentó al proceso de auditorías para la certificación y en febrero del 2008 el Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica (INTECO), le otorgó la certificación al Sistema de Gestión de Calidad de la SUPEN, conforme con las exigencias de la norma INTE-ISO 9001-2008 Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos (ICAP, 2011).

Para la Superintendencia de Pensiones ha sido un reto el desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad, por ser una institución pública y de servicios. A pesar de diferentes obstáculos enfrentados, el Sistema de Gestión de Calidad ha tenido éxito, tanto así que desde el 2008 ha mantenido la certificación bajo la norma de calidad, (INTE/ISO 9001-2008), por esta razón, se destacó como la primera organización en obtener el Premio Nacional a la Calidad en la Gestión Pública en diciembre de 2010 (ICAP, 2011).

Al analizar el éxito del Sistema de Gestión de Calidad, se encontraron elementos clave como el liderazgo, la participación y los resultados obtenidos; entre otros, la incorporación de la cultura de medición, el mejor aprovechamiento de los recursos asignados, la retroalimentación de sus partes interesadas y el reconocimiento de la institución por su profesionalismo (ICAP, 2011).

La experiencia de la Superintendencia de Pensiones, en el Sistema de Gestión de Calidad ha sido consultada por diversas entidades públicas nacionales, para ayudar en el desarrollo de sus sistemas de calidad, entre ellas, la Dirección General del Servicio Civil, (DGSC), Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) de la Caja Costarricense del Seguro Social, y el Consejo Nacional de Vialidad (CONAVI) del Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT) (ICAP, 2011).

En abril del 2016, Costa Rica da un nuevo paso hacia la mejora de la calidad de los servicios de salud, creando un Comité Nacional de Normalización en Productos y Tecnologías para el Sector Salud, donde participa el Instituto de Normas Técnica de Costa Rica (INTECO), con el fin de generar normas técnicas que garanticen la calidad de los

servicios de salud para la población. (ministeriodesalud.go.cr), continuando con el avance en materia de calidad, para el 2017, según lo publicado por el periódico la Nación. “La Caja Costarricense de Seguro Social, empieza a digitalizar los datos por medio del sistema EDUS, empezando en el primer nivel de atención, los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAIS) y luego pasar a los otros niveles, prometiendo que el sistema de expediente digital estará completo y listo antes del 31 de diciembre del 2018. Para esa fecha será posible que el personal de la CCSS pueda acceder a la información de cada asegurado en cualquier centro de salud” (La Nación, 2017).

Cada uno de estos avances, han permitido que nuestras instituciones públicas, busquen la mejora de la prestación de los servicios, con el fin de brindar una mayor satisfacción tanto a los usuarios como el personal que labora en las diferentes entidades, logrando mayor competitividad en el mercado de servicios.

3.1.3. Antecedentes Locales

En relación con la Clínica de Pie Diabético, “el doctor Víquez coordinador de dicho servicio narra en una entrevista como se creo la Clínica fundada por varios medicos entre ellos su padre, quien fuese el primer coodinador general del servicio (G. Víquez, comunicación personal, 27 de marzo 2017).

A inicios del 2005, un médico Endocrinólogo del Hospital San Juan de Dios, el Dr. Batalla, ve la necesidad de crear una unidad especializada en la atención y manejo de los pacientes con patología de Pie Diabético, debido a la gran afluencia a este centro con dicho síndrome.

Por lo cual en el transcurso del 2005 al 2006, la idea comenzó a tomar forma, constituyéndose un equipo de profesionales encargados de dar inicio al proyecto de implementar la Clínica de Pie Diabético. El Dr. Batalla, endocrinólogo, la Dra. Linete Loría, endocrinóloga y el Dr Víquez, especialista en Medicina del Deporte.

A partir del 2007, el Dr. Víquez, tomo la batuta de la Clínica, donde no solo se brindaba atención a los pacientes hospitalizados, sino, a todos los pacientes con este

síndrome que pertenecían a las áreas de atracción que le correspondían al Hospital San Juan de Dios.

Posterior a estos inicios de consulta de Pie diabético y con el apoyo del Dr. Eduardo Rodríguez, Jefe del Servicio de Endocrinología de esa época, se continúa hasta el día de hoy prestando la atención a los usuarios con dicha patología.

4. Capítulo II. Marco teórico

El capítulo II tiene la finalidad de reunir información documental para elaborar el marco teórico de la presente investigación, la cual proporciona el conocimiento que da fundamento al proyecto.

4.1. Calidad

A lo largo de la historia han surgido diferentes definiciones del concepto calidad que aún en la actualidad son utilizadas; como las elaboradas por los siguientes filósofos de la calidad:

Armand V. Feigenbaum, establece que “la calidad es una determinación del cliente, basada en la comparación entre su experiencia real con el producto o servicio y sus requerimientos, sean estos explícitos o implícitos, conscientes o apenas detectados, técnicamente operativos o completamente subjetivos, que representan siempre un blanco móvil en los mercados competitivos (Summers, 2006).

Dr. Walter Shewhart, comprende la calidad como “un problema de variación que se podía controlar y prevenir mediante la eliminación a tiempo de las causas que lo provocaban, de tal forma que la producción pudiese cumplir con la tolerancia de especificación de su diseño, sin tener que esperar a que el producto estuviera terminado para corregir las fallas” (Cantú, 2007). Se enfoca en dos aspectos comunes de la calidad; el primero tiene que ver con el producto en sí sus propiedades físicas incluyendo el valor obtenido por lo que se paga (lado objetivo) y la segunda que tiene que ver con lo que nosotros sentimos, pensamos y que es resultado de la realidad objetiva (lado subjetivo) (Summers, 2006).

Dr. W. Edwards Deming aduce que el consumidor es el factor más importante en la generación de productos o en ofrecimiento de servicios, por tanto, “la calidad se define por la satisfacción que esté presente, con esta base el autor desarrolla una filosofía que permite mayor participación del entorno garantizando una mejora continua y trabajo en equipo” (Summers, 2006).

Joseph M. Juran, para el autor, la palabra calidad tiene múltiples significados, dos de ellos son lo más representativos: a) “la calidad consiste en las características del producto que van al encuentro de las necesidades de los clientes y de esa forma proporcionan satisfacción con relación al producto”; b) “calidad es la ausencia de defectos” (Passos, 1997).

Además, Juran sostiene que todo negocio debe de girar en torno a la calidad, haciendo énfasis en 3 procesos; planificación de la calidad, control de la calidad, mejora de la calidad (Summers, 2006).

Genichi Taguchi considera que la calidad va orientada a que el cliente desea comprar productos que le atraigan y que funcionen adecuadamente, por lo cual la empresa debe de ofrecer productos mejores a los de la competencia, para que sean de mayor atractivo para el cliente (Cantú, 2007).

Por último, Phil Crosby, por su parte se enfoca en 4 principios absolutos de la administración de la calidad para poder definirla: a) dar importancia a los requerimientos del cliente para incorporarlos en el producto o servicio. b) prevención de los defectos en los productos “cero defectos”. c) Los costos de la calidad, costos en lo que se incurre al desperdiciar un recurso (Summers, 2006).

La mayoría de los autores establecen como eje fundamental de la calidad la satisfacción del cliente o usuario, por tanto, si se llenan las expectativas del mismo y se cumplen sus necesidades, se está ante un estándar de calidad óptimo.

4.1.1. Calidad en los Servicios Públicos

Cuando se habla acerca de este término calidad en los Servicios Públicos, se evoca a la mejora continua de los servicios que brinda la Administración Pública, con el fin de cubrir las necesidades de la población, tales como electricidad, educación, seguridad social y salud (Jaramillo, 1998).

El Estado debe de ser capaz de reconocer que los cambios presentes a nivel de mejora de la calidad del servicio permiten optimizar los procesos y que, al realizar el trabajo con calidad, permite disminuir los costos, no sólo financieros sino de tiempo, de

recursos humanos, físicos, de equipamiento, y obtener más recursos que serán invertidos en más prestaciones (Jaramillo, 1998).

El tener una Administración Pública con énfasis en la calidad, hace que todas sus organizaciones trabajen en una misma línea, con un modelo de gestión que establezca la mejora continua, traduciéndose esta en una mejor atención a los ciudadanos.

Mediante la calidad de los servicios, el Estado puede equiparar las desigualdades e inequidades que existen en el país, ya que tiene la oportunidad de brindar los mismos servicios a toda la población (Jaramillo, 1998).

Todas las actividades que se realizan en la organización tienen que estar basadas en los estándares establecidos; la mejora debe de ser continua en esta y los procedimientos deben ser simples, ágiles y eficientes. La aplicación de estos aspectos contribuye a la gestión de la calidad cuyo eje central es la reducción de costos (Jaramillo, 1998).

El mejorar la calidad de los servicios públicos es todo un reto y solo con el hecho de aplicarla, implica un sistema más eficiente con beneficios para el usuario.

4.1.2. Importancia de la calidad de los servicios públicos

El hecho que los servicios públicos sean de calidad implica que el sistema tenga una mayor agilidad sin desperdicios de tiempo y posibilita el control de riesgos, buena distribución de los recursos humanos, materiales y económicos; obteniendo como resultado que las organizaciones del Estado tengan mayor credibilidad y confianza por parte de los ciudadanos.

La prestación de los servicios públicos debe de estar continuamente mejorando ya que una buena infraestructura, un adecuado nivel profesional de los trabajadores, una actitud positiva de los mismos; es lo que requieren los usuarios que asisten a los servicios, para que sus expectativas de atención sean satisfechas.

4.1.3. Expectativas de los usuarios de los Servicios Públicos

El país debe de considerar como un reto mejorar la calidad de sus servicios amoldándose al presupuesto con que se dispone, utilizando una combinación entre las tecnologías de información actuales y las nuevas modalidades de atención, para la mejora de los servicios, reduciendo tiempos de espera, agilizando el sistema y aumentando la productividad de los trabajadores (Sotomayor, 2000).

No obstante, para poder brindar servicios cuyo centro sea el usuario es indispensable que todas las organizaciones públicas hayan homogenizado criterios y asuman la responsabilidad de dar un servicio de calidad permanente (Sotomayor, 2000).

Otro de los desafíos que tiene el sector público, es hacer que la población cambie su perspectiva de la atención que se les brinda, que puedan estar seguros, que, así como la atención privada es de calidad, personalizada, eficiente y con cortos tiempos de espera, la pública les puede ofrecer estos mismos servicios al implementarse un sistema de gestión de calidad (Sotomayor, 2000).

Todas las personas sin importar su raza, género, posición económica y educación pueden requerir de la asistencia a un servicio médico público, por lo cual es de suma importancia que estos servicios sean accesibles a todos los usuarios y con la mejor calidad en la atención que se les puede brindar.

4.1.4. Calidad Total con Enfoque en Servicios de Salud

Calidad total es un proceso de organización que logra satisfacer las necesidades de sus clientes (Jaramillo, 1998).

Es un concepto más maduro que engloba todo el entorno de una empresa o institución, pero sin dejar de lado la búsqueda de una continua satisfacción del cliente o usuario a un menor costo.

Los principios más importantes en este proceso son:

a) Hacer énfasis en las necesidades del enfermo y en las expectativas que este y la comunidad tienen en el trabajo de un hospital o un médico.

b) Hacer énfasis en el sistema empleado en la prestación de servicios.

- c) Hacer énfasis sobre las decisiones que se toman basadas en los datos obtenidos.
- d) Hacer énfasis ante el personal del hospital en que el trabajo que ahí se desarrolla es en equipo.

Todo esto se realiza con el fin de mantener la calidad en los servicios de salud (Jaramillo, 1998).

4.1.5. Calidad de Atención Médica

La calidad de la atención médica se puede definir de diferentes maneras, como lo hace Jiménez 2004 en su artículo “Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual”, publicado en la Revista Cubana de Salud Pública 2004, donde hace alusión a diversos autores citando sus conceptos, los cuales se describen a continuación: (Jiménez, 2004)

Luft y Hunt definen la calidad como “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos” (Jiménez, 2004).

De Geyndt apunta que las distintas definiciones que se le han dado a la calidad son un reflejo de lo difícil que puede resultar arribar a un consenso debido a los valores implícitos en las distintas definiciones. Señala que el concepto de atención médica o atención sanitaria es multidimensional y que esto explica la existencia de tantas definiciones y formas para evaluarla (Jiménez, 2004)

Avedis Donabedian propuso en 1980 una de las definiciones más clásicas de la calidad asistencial: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes". Pero a la vez indica que medir la calidad de la atención es verdaderamente difícil, ya que esta es la suma de diversos parámetros; por tanto, el autor toma en cuenta tres componentes de la calidad asistencial. El

componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual (Jaramillo, 1998).

Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable (Jaramillo, 1998).

Dichos aspectos contribuyen a definir el grado de calidad de la atención, dependiendo de su equilibrio.

Años más tarde en 1991 la Organización Mundial de la Salud afirma que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite" (OMS, 1991).

Con base en lo anterior, podemos concluir que existe la necesidad de implementar la calidad en la atención para obtener servicios con resultados satisfactorios para el paciente y la organización.

4.1.6. Gestión de la Calidad

La gestión de la calidad toma relevancia en el siglo XX, cuando en 1993 se realizó el Tratado de Libre Comercio entre: Estados Unidos, Canadá y México, hecho que pauta el inicio de la globalización y de donde surge la importancia de la implementación de la calidad en la administración de las empresas o servicios (Lemus, 2006).

La gestión de la calidad dependiendo del autor la define de forma diferente, como se muestra a continuación:

Oakland sugiere que gestión de la calidad, es una forma global para mejorar la eficacia y flexibilidad del negocio, mediante la incursión de una revolución cultural (Lemus, 2006).

Atkinson por su parte, define gestión de la calidad como el compromiso de toda organización para hacer bien las cosas, es decir, afecta a cada persona en una organización, por lo tanto, para que la gestión de la calidad sea próspera y exitosa, debe ser aceptada por todos los integrantes de la organización (Lemus, 2006).

4.1.7. Principios de la gestión de la calidad

Los principios son piezas fundamentales en el desarrollo de una organización, que tiene como objetivo la satisfacción del usuario y de su personal.

- a) Organización enfocada al cliente
- b) Liderazgo
- c) Participación del personal
- d) Enfoque a procesos
- e) Enfoque del sistema hacia la gestión
- f) Mejora continua
- g) Enfoque objetivo hacia la toma de decisiones
- h) Relación mutuamente beneficiosa con el proveedor (Velasco, 2008).

4.1.8. Norma ISO 9001-2008

Esta Norma Internacional especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad, cuando una organización (ISO 9001, 2008):

- a) necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente productos que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.

- b) aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua del sistema y el aseguramiento de la calidad, de conformidad con los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.

Todos los requisitos de esta Norma Internacional son genéricos y se pretende que sean aplicables a todas las organizaciones sin importar su tipo, tamaño y producto suministrado.

4.1.9. Enfoque de procesos

Esta Norma Internacional promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos (ISO 9001, 2008).

Para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que determinar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí. Una actividad o un conjunto de actividades que utiliza recursos, y que se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados, se puede considerar como un proceso. Frecuentemente el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso (ISO 9001, 2008).

La aplicación de un sistema de procesos dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos, así como su gestión para producir el resultado deseado, puede denominarse como "enfoque basado en procesos" (ISO 9001-2008).

Una ventaja del enfoque basado en procesos es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como sobre su combinación e interacción (ISO 9001, 2008).

Un enfoque de este tipo, cuando se utiliza dentro de un sistema de gestión de la calidad, enfatiza la importancia de:

- a) la comprensión y el cumplimiento de los requisitos.
- b) la necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor.
- c) la obtención de resultados del desempeño y eficacia del proceso.
- d) la mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas (ISO 9001, 2008).

4.1.10. Sistemas de gestión de la calidad

4.1.10.1. Requisitos Generales

La organización debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional (ISO 9001, 2008).

La organización debe:

- a) Determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización.
- b) Determinar la secuencia e interacción de estos procesos.
- c) Determinar los criterios y los métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.
- d) Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.
- e) Realizar el seguimiento, la medición cuando sea aplicable y el análisis de estos procesos.
- f) Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos (ISO 9001, 2008).

4.1.10.2. Requisitos de la documentación

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

- a) Declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad.
- b) Un manual de la calidad.
- c) Los procedimientos documentados y los registros requeridos por esta Norma Internacional.
- d) Los documentos, incluidos los registros que la organización determina que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos (ISO 9001, 2008).

Manual de la calidad

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

- a) El alcance del sistema de gestión de la calidad, incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión.
- b) Los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad, o referencia a los mismos.
- c) Una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad (ISO 9001-2008).

4.1.10.3. Gestión de los recursos

4.1.10.3.1. Recursos Humanos

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

La organización debe:

- a) Determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la conformidad con los requisitos del producto.
- b) Cuando sea aplicable, proporcionar formación o tomar otras acciones para lograr la competencia necesaria.

- c) Evaluar la eficacia de las acciones tomadas.
- d) Asegurarse de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad.
- e) Mantener los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia (ISO 9001, 2008).

4.1.10.4. Infraestructura

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

- a) Edificios, espacio de trabajo y servicios asociados.
- b) Equipo para los procesos (tanto hardware como software).
- c) Servicios de apoyo (tales como transporte, comunicación o sistemas de información) (ISO 9001, 2008).

4.1.10.5. Ambiente de Trabajo

La organización debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto (ISO 9001, 2008).

4.1.10.6. Realización del Producto

4.1.10.6.1. Planificación de la realización del producto

La organización debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto. La planificación de la realización del producto debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad (ISO 9001, 2008).

Durante la planificación de la realización del producto, la organización debe determinar, cuando sea apropiado, lo siguiente:

- a) Los objetivos de la calidad y los requisitos para el producto.
- b) La necesidad de establecer procesos y documentos, y de proporcionar recursos específicos para el producto.
- c) Las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, medición, inspección y ensayo/prueba específica para el producto, así como los criterios para la aceptación del mismo.
- d) Los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y el producto resultante cumplen los requisitos (ISO 9001, 2008).

4.1.10.7. Procesos relacionados con el cliente

4.1.10.7.1. Comunicación con el cliente

La organización debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a:

- a) La información sobre el producto.
- b) Las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones.
- c) La retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas (ISO 9001, 2008).

4.1.10.8. Diseño y desarrollo

4.1.10.8.1. Planificación del diseño y desarrollo

La organización debe planificar y controlar el diseño y desarrollo del producto.

Durante la planificación del diseño y desarrollo la organización debe determinar:

- a) Las etapas del diseño y desarrollo.
- b) La revisión, verificación y validación, apropiadas para cada etapa del diseño y desarrollo.
- c) Las responsabilidades y autoridades para el diseño y desarrollo.

La organización debe gestionar las interfaces entre los diferentes grupos involucrados en el diseño y desarrollo para asegurarse de una comunicación eficaz y una clara asignación de responsabilidades (ISO 9001, 2008).

4.1.10.9. Producción y prestación del servicio

4.1.10.9.1. Control de la producción y prestación del servicio

La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable:

- a) La disponibilidad de información que describa las características del producto.
- b) La disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario.
- c) El uso del equipo apropiado.
- d) La disponibilidad y uso de equipos de seguimiento y medición.
- e) La implementación del seguimiento y de la medición.
- f) La implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega del producto (ISO 9001, 2008).
- g) Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio

La organización debe validar todo proceso de producción y de prestación del servicio cuando los productos resultantes no pueden verificarse mediante seguimiento o medición posteriores y, como consecuencia, las deficiencias aparecen únicamente después de que el producto esté siendo utilizado o se haya prestado el servicio (ISO 9001, 2008).

La validación debe demostrar la capacidad de estos procesos para alcanzar los resultados planificados.

La organización debe establecer las disposiciones para estos procesos, incluyendo, cuando sea aplicable:

- a) Los criterios definidos para la revisión y aprobación de los procesos.
- b) La aprobación de los equipos y la calificación del personal.
- c) El uso de métodos y procedimientos específicos.
- d) Los requisitos de los registros.
- e) La revalidación (ISO 9001, 2008).

4.1.10.10. Control de los equipos de seguimiento y de medición

La organización debe determinar el seguimiento y la medición a realizar y los equipos de seguimiento y medición necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto con los requisitos determinados (ISO 9001, 2008).

La organización debe establecer procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición pueden realizarse y se realizan de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición (ISO 9001, 2008).

Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe:

- a) Calibrarse o verificarse, o ambos, a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; cuando no existan tales patrones debe registrarse la base utilizada para la calibración o la verificación.
- b) Ajustarse o reajustarse según sea necesario.
- c) Estar identificado para poder determinar su estado de calibración.
- d) Protegerse contra ajustes que pudieran invalidar el resultado de la medición.
- e) Protegerse contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento (ISO 9001, 2008).

4.1.10.11. Medición, análisis y mejora

La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:

- a) Demostrar la conformidad con los requisitos del producto.
- b) Asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad.
- c) Mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

Esto debe comprender la determinación de los métodos aplicables, incluyendo las técnicas estadísticas, y el alcance de su utilización (ISO 9001, 2008).

4.1.10.12. Seguimiento y medición

4.1.10.12.1. Satisfacción del cliente

Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización. Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información (ISO 9001, 2008).

4.1.10.13. Análisis de datos

La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad. Esto debe incluir los datos generados del resultado del seguimiento y medición y de cualesquiera otras fuentes pertinentes (ISO 9001, 2008).

El análisis de datos debe proporcionar información sobre:

- a) La satisfacción del cliente.
- b) La conformidad con los requisitos del producto.
- c) Las características y tendencias de los procesos y de los productos, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas.
- d) Los proveedores (ISO 9001-2008).

4.1.10.14. Mejora continua

La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección (ISO 9001, 2008).

4.1.10.15. Acción correctiva

La organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas (ISO 9001, 2008).

Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para:

- a) Revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los clientes).
- b) Determinar las causas de las no conformidades.
- c) Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir.
- d) Determinar e implementar las acciones necesarias.
- e) Registrar los resultados de las acciones tomadas.
- f) Revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas (ISO 9001, 2008).

4.1.11. Mapa de Procesos

La manera más representativa de reflejar los procesos identificados y sus interrelaciones es precisamente a través de un mapa de procesos, que viene a ser la representación gráfica de la estructura de procesos que conforman el sistema de gestión (Beltrán, 2002).

El mapa de procesos contempla diferentes procesos los cuales se desarrollan a continuación:

4.1.11.1. Procesos estratégicos

Son aquellos que definen el rumbo y la toma de decisiones importantes de una organización. Los procesos de este nivel encaminan los esfuerzos de todos los demás hacia el logro de los objetivos de la empresa y por tanto están definidos por la alta dirección (Torres).

4.1.11.2. Procesos operativos

Son aquellos procesos ligados directamente con la realización del producto y la prestación del servicio. Son los procesos de “línea” (Beltrán, 2002).

4.1.11.3. Procesos de apoyo

Son aquellos procesos que dan soporte a los procesos operativos. Se suelen referir a procesos relacionados con recursos y mediciones (Beltrán, 2002).

4.1.11.4. Procesos de medición, análisis y mejora

Son aquellos procesos que permiten hacer el seguimiento de los procesos, medirlos, analizarlos y establecer acciones de mejora (Beltrán, 2002).

4.1.12. Indicadores de Calidad

Los indicadores son las variables medibles de un servicio, un programa o del trabajo de un hospital. Se trata de medidas cuantitativas del desempeño de una persona, o un servicio o departamento (Jaramillo, 1998).

5. Capítulo III. Marco Metodológico

En este apartado se expone los procedimientos para dar respuesta a los objetivos planteados en esta investigación, así como la explicación del método aplicado.

5.1. Problema

Las siguientes preguntas representan el origen de la investigación, la cuales permiten plantear las pautas para el desarrollo de esta.

¿Cuál es el proceso de estandarización y documentación de procesos operativos, relacionados con la atención del paciente de la Clínica del Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios?

¿Cuáles son los procedimientos documentados que establecen las buenas prácticas de calidad contempladas en la norma ISO 9001-2008, para brindar el servicio?

¿Cuáles son las pautas que sigue el personal en la atención al usuario?

5.2. Objetivos

A continuación, los objetivos que permiten dar dirección a esta investigación, con el fin de dar solución a los cuestionamientos planteados.

5.2.1. Objetivo General

Mejorar la calidad del servicio al cliente en la Clínica de Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios, a partir de los requisitos de la “*Norma Internacional ISO 9001- 2008 Sistemas de Gestión de Calidad*”.

5.2.2. Objetivos Específicos

1. Analizar los procesos operativos relacionados con la atención que brinda la Clínica de Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios, para asegurar su aplicación de manera estandarizada.
2. Documentar las buenas prácticas operativas de la Clínica mediante el establecimiento de un mapa de procesos operativos, en el marco de la norma ISO 9001-2008.
3. Validar de la consulta con expertos los temas previamente identificados como problemática de la Clínica del Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios, que inciden directamente en la calidad del servicio.
4. Definir los indicadores de medición de la calidad de la atención del servicio que brinda la Clínica del Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios, como mecanismo de mejora al desempeño del proceso.

5.2.3. Tipo de Investigación

Los enfoques cuantitativo y cualitativo; no son mutuamente excluyentes. Se considera importante la fusión de ambos desarrollar la presente investigación ya que, al obtener datos de ambos, e interpretarlos en conjunto se obtiene un panorama más claro del problema.

La observación es una técnica para la producción de datos de un enfoque cualitativo que posibilita la descripción detallada, controlada y ordenada de los elementos que dieron origen al problema, obteniendo información más estructurada y sistemática como lo plantea la norma ISO 9001-2008; datos que contribuyeron a la formación del mapa de procesos base de la investigación.

Por otro lado, la técnica de encuesta permite entender el entorno desde la perspectiva de cada participante y de la colectividad, mediante preguntas abiertas y cerradas.

Lo anterior explica la aplicación de ambas técnicas, para recopilar conceptos, percepciones, vivencias, experiencias de los trabajadores y usuarios del servicio, con las cuales se amplía la visión del problema, con la finalidad de buscar respuestas al mismo.

En el 2017 la Clínica de Pie Diabético no contaba con un sistema de gestión de calidad, por ende, carecía de los procedimientos de atención del paciente debidamente documentados y estandarizados, lo cual generaba que la calidad del servicio que se brinda dependiera de las personas que lo realizan, por lo cual se decidió aplicar los parámetros de la Norma ISO 9001-2008 para estandarizar los procesos operativos en la investigación.

Mediante la confección de un Mapa de Procesos, se documentaron los procesos operativos, de apoyo y de medición, análisis y mejora, que posteriormente fueron sometidos a un análisis.

5.2.4. Fases Metodológicas

La metodología utilizada para el estudio consta de tres etapas: un diagnóstico de la situación actual, identificación de hallazgos y elaboración de propuestas de mejora basado en los hallazgos. Para esto se utilizaron las siguientes herramientas:

Se utilizó apoyo documental basados en variedad de literatura y capítulos y apartados de la Norma de Calidad ISO 9001-2008.

La observación directa del proceso, desde el inicio del mismo, hasta el final, con el fin de realizar un análisis a profundidad y llegar a obtener razonamiento deductivo, con miras a los objetivos planteados, para efectos de esta, se solicitó el consentimiento, a la jefatura responsable del área, así como a la Dirección médica (ver anexos 6-10), y se reunió a cada responsable involucrado, para informar del objetivo de la investigación, sin intervenir ni alterar el ambiente de trabajo.

Inicialmente se definió el alcance de los procesos a analizar, seguidamente se determinaron objetivos para direccionar la investigación; luego se procedió a determinar la

forma con que se van a registrar los datos, para la estandarización de estos. Con los datos obtenidos, se procederá al registro, interpretación y análisis de estos, y como punto final, se obtendrán las conclusiones, que se utilizarán al final de la investigación.

Para el estudio, se procedió a utilizar encuestas (ver apéndice A), aplicadas a los pacientes, con el fin de recopilar contenido detallado del proceso, en un contexto individual para comprender mejor cada una de las actividades a mejorar. Para tales efectos, se solicitó permiso a los encuestados, mediante un consentimiento informado (ver anexo 1).

La encuesta se realizó del 03 al 07 de abril del 2017 de manera auto administrada y por medio de preguntas abiertas y cerradas (ver apéndice A).

Elaboración de cuestionarios para la encuesta

Antes de crear la encuesta, se llevaron a cabo entrevistas a todo el personal de la Clínica de pie diabético, para conocer el contexto de su lugar de trabajo, las condiciones laborales, recursos y otros aspectos específicos, que se consideran, podrían ser objeto de mejora.

Se solicitó la opinión de diez usuarios, en cuanto a puntos fuertes y débiles del proceso actual de atención con que cuenta la Clínica de pie diabético, con el objetivo de incluir en la encuesta preguntas dirigidas a temas específicos de importancia para ellos.

Desarrollo del cuestionario

En reunión de equipo de trabajo y con los datos obtenidos de la opinión de los usuarios, se definieron los siguientes temas del cuestionario: composición de los ítems (atención al paciente, atención médica, tiempo de tratamiento médico, infraestructura, horario de atención médica y opinión general), número de ítems y contenido de las preguntas de cada ítem.

Procedimiento de Validación de la encuesta

Una vez diseñado el borrador definitivo, y delimitada la información, se realizó una prueba piloto. Lo anterior con el fin de determinar los tipos de preguntas más adecuados, si el enunciado es correcto y comprensible, si las preguntas tienen la extensión adecuada; si es

correcta la categorización de las respuestas, si la pregunta tiene lógica y si la duración está dentro de lo aceptable por los encuestados.

Cabe mencionar que, para la realización del pre-test cognitivo, éste se lleva a cabo mediante la realización de entrevistas informales a diez pacientes.

Por otra parte, la misma fue validada con el personal administrativo de la Clínica del pie diabético del Hospital San Juan de Dios, a través de un focus group, donde cada uno de ellos, externaba sus comentarios y recomendaciones de mejora. Finalmente, en una segunda reunión, se presenta el cuestionario con las mejoras planteadas.

A partir de estos resultados se realiza una evaluación de la calidad actual del servicio, con miras a la mejora a nivel operativo.

Recolección de la muestra

De un total de 250 usuarios atendidos en la Clínica de Pie Diabética por semana, se seleccionó una muestra representativa aleatoria de 152 de estos para ser encuestados, lo cual representa un 20% del total de la población. El nivel de confianza obtenido es del 95% y un error máximo de 5%.

Para determinar el tamaño de la muestra, se procedió a aplicar la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

En donde, N = tamaño de la población Z = nivel de confianza, P = probabilidad de éxito, o proporción esperada Q = probabilidad de fracaso D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción) (Martínez, Muñoz y Pascual, 2004).

Luego se utiliza un programa estadístico llamado SPSS versión 2.0 para el análisis de las encuestas, ya que este programa ofrece una mayor flexibilidad para personalizar el manejo y análisis de datos cuantitativos de las diferentes dimensiones de la encuesta.

5.2.5. Diseño Metodológico

Durante esta investigación se utilizó un diseño anidado concurrente de modelo dominante. Este diseño de investigación mixta, la cual colectó simultáneamente datos cuantitativos y cualitativos predominando un método (en el caso de la presente investigación el cualitativo). El método de menor prioridad (cuantitativo) es anidado o insertado dentro del que se considera central. Los datos recolectados por ambos métodos fueron comparados en la fase de análisis; los datos obtenidos fueron transformados de manera que se integraron para su análisis conjunto (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

5.2.6. Unidad de Análisis

Procesos de atención de la Clínica del Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios.

5.2.7. Población y sujetos informantes

Desde el enfoque cualitativo los informantes fueron el personal de la clínica que constaba de ocho personas, los cuales están inmersos en la dinámica del servicio en los cuales están: tres médicos generales, una licenciada en enfermería, dos asistentes de enfermería, un asistente de pacientes y una secretaria.

Desde el enfoque cuantitativo la población de estudio fue una muestra probabilística aleatoria simple de 152 personas de 250 atendidas en una semana y se identificaron mediante el siguiente criterio de selección: usuarios adscritos a la clínica que fueron atendidos durante el periodo de la investigación.

5.2.8. Contexto para el abordaje del problema

Este apartado corresponde a los puntos que limitan el contexto en que se desarrolla las actividades de la Clínica de Pie Diabético.

5.2.8.1. Geográfico

La Clínica de Pie Diabético se encuentra en el primer piso del Hospital San Juan de Dios, el cual está ubicado en la provincia de San José, distrito Hospital.

La Clínica cuenta con una infraestructura de aproximadamente 60 metros cuadrados, distribuidos en una oficina independiente, un servicio sanitario y un salón con 2 camillas donde se realizan los procedimientos, según la observación realizada y la información suministrada por el personal de la clínica. (G. Víquez, comunicación personal, 27 de marzo 2017).

5.2.8.2. Organización Administrativa

La Unidad de Pie Diabético está constituida por un coordinador (médico general especialista en pie diabético), dos médicos generales base, una licenciada en enfermería, dos asistentes de enfermería, un asistente de pacientes, una secretaria (medio tiempo). También cuenta con servicios de apoyo, un médico Vascular Periférico (medio tiempo) y un médico Ortopedista (medio tiempo), los cuales no se encuentran dentro de la infraestructura de la Clínica como tal, sino que pertenecen a sus respectivos servicios del Hospital San Juan de Dios.

El servicio esta supervisado por la Jefatura de la Sección de Endocrinología, quien a su vez pertenece al Servicio de Medicinas y finalmente el ente superior de coordinación lo establece la Dirección Médica (G. Víquez, comunicación personal, 27 de marzo 2017).

5.2.8.3. Presupuesto

El presupuesto de la Clínica está contemplado dentro del presupuesto otorgado para el Servicio de Medicinas, quien a su vez está incluido dentro del presupuesto Hospitalario, el cual es supervisado por la Dirección Médica del Hospital y por la Gerencia General de la Caja Costarricense de Seguro Social, ente oficial proveedor (G. Víquez, comunicación personal, 27 de marzo 2017).

5.2.8.4. Población adscrita

La Clínica atiende aproximadamente 12 000 asegurados por año, 1000 al mes, 250 semanales y 30-50 al día aproximadamente, calculado por horas laboradas; los cuales pertenecen a diversas áreas de atracción algunas de ellas en condiciones vulnerables, ya sea por su nivel económico, localización geográfica, problemas de acceso y educación. (G. Viquez, comunicación personal, 27 de marzo 2017).

Las Áreas de atracción para la atención, que pertenecen al Hospital San Juan de Dios, por ende, son las que tienen acceso para la atención en la Clínica del Pie Diabético, es decir: La Región Central Sur y la Región Brunca (ver anexo 2).

La Central Sur comprende: Desamparados, Aserri, Acosta, Hatillos, Alajuelita, Pavas, Puriscal, Turrubares, Matarredonda, Escazú, Mora y Santa Ana, además del Hospital Nacional de Niños, Hospital Blanco Cervantes, Hospital de las Mujeres, Hospital Nacional Psiquiátrico, Hospital Chacón Paut y CENARE (ver anexo 2).

Con respecto a la Región Brunca las áreas son: Buenos Aires, Pérez Zeledón, Corredores, Coto Brus, Golfito, Osa y los Hospitales de Ciudad Neilly, Hospital de San Vito, Hospital de Golfito, Hospital Tomas Casas, y el Hospital Escalante Pradilla (ver anexo 2).

5.2.9. Cuadro de operacionalización y categorías

A continuación, se definen las categorías de la investigación y su correspondiente operacionalización:

Cuadro 1: Variables utilizadas en el estudio

Objetivos	Categorías	Conceptualización	Indicadores	Instrumentos /Técnicas
Analizar los	1.1 Mapa de	Representación	1.1.1. Procesos	Observación para

procesos operativos relacionados con la atención que brinda la Clínica de Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios, para asegurar su aplicación de manera estandarizada.	Procesos	gráfica de la estructura de procesos que conforman el sistema de gestión.	Operativos. 1.1.2. Procesos de Apoyo 1.1.3. Procesos de Medición, Análisis y Mejora.	la realización del Mapa de procesos. Utilización de la Norma ISO 9001-2008 como Guía.
	1.2 Procesos Operativos.	Son aquellos procesos ligados directamente con la realización del producto y la prestación del servicio. Son los procesos de “línea”.	1.2.1. Recepción e ingreso del usuario al Servicio de Pie DM. 1.2.2. Clasificación del usuario según su tipo de lesión. 1.2.3. Manejo del padecimiento del usuario según su tipo de lesión 1.2.4. Egreso y Referencia del usuario.	Observación para la realización del Mapa de procesos. Utilización de la Norma ISO 9001-2008 como Guía.
	1.3 Procesos de Apoyo	Son aquellos procesos que dan soporte a los procesos operativos. Se suelen referir a procesos relacionados con recursos y mediciones.	1.3.1. Recurso Humano preparado 1.3.2. Insumo de primera calidad 1.3.3. Evaluación de Infraestructura	Observación para la realización del Mapa de procesos. Utilización de la Norma ISO 9001-2008 como Guía.
	1.4 Procesos de medición, análisis y mejora	Son aquellos procesos que permiten hacer el seguimiento de los procesos, medirlos, analizarlos y establecer acciones de mejora.	1.4.1. Auditorías internas de Calidad 1.4.2. Satisfacción del cliente 1.4.3. Quejas 1.4.4. Objetivos e indicadores de desempeño del proceso	Observación para la realización del Mapa de procesos. Utilización de la Norma ISO 9001-2008 como Guía.
Documentar las buenas prácticas operativas de la	2.1. Procesos Operativos	Son aquellos procesos ligados directamente con la realización del	2.1.1. Recepción e ingreso del usuario al Servicio de Pie DM.	Realización del Mapa de Procesos, con base en, la utilización de la

<p>Clínica mediante el establecimiento de un mapa de procesos operativos, en el marco de la norma ISO 9001-2008.</p>		<p>producto y la prestación del servicio. Son los procesos de “línea”.</p>	<p>2.1.2. Clasificación del usuario según su tipo de lesión.</p> <p>2.1.3. Manejo del padecimiento del usuario según su tipo de lesión.</p> <p>2.1.4. Egreso y Referencia del usuario.</p>	<p>Norma ISO 9001-2008 como Guía.</p>
	<p>2.2. Norma ISO 9001-2008</p>	<p>Norma que especifica los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad, aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos, que cumplan los requisitos de sus clientes y los reglamentarios que le sean de aplicación y su objetivo sea aumentar la satisfacción del cliente; tanto en organizaciones públicas o privadas.</p>	<p>2.2.1. Requisitos Generales (Norma ISO 9001-2008).</p> <p>2.2.2. Requisitos de documentación (Norma ISO 9001-2008).</p>	<p>Utilización de la Norma ISO 9001-2008 como Guía.</p>
<p>Validar de la consulta con expertos los temas previamente identificados como problemática de la Clínica del Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios, que inciden directamente en la calidad del servicio.</p>	<p>3.1. Calidad del proceso de atención de los servicios de Salud Públicos</p>	<p>Mejora continua de los servicios que brinda la Administración Pública. El Estado debe de ser capaz de invertir en el bienestar ciudadano tomando en cuenta las nuevas tecnologías y avances para poder proporcionar una mayor calidad en la prestación de los servicios, con una distribución adecuada de los recursos permitiendo</p>	<p>3.1.1. Procesos Operativos.</p> <p>3.1.2. Procesos de Apoyo</p> <p>3.1.3. Procesos de Medición, Análisis y Mejora</p>	<p>Análisis de Mapa de Procesos.</p>

		un mayor ahorro, pero sin afectar la calidad de las prestaciones.		
	3.2. Equipo de Salud y Paciente de la Clínica de Pie Diabético.	Equipo de Salud, se define como el conjunto de profesionales y técnicos en salud, responsables de la atención de los pacientes en un establecimiento o área de salud. Paciente o usuario es la persona que recibe atención en los servicios de salud de la Caja Costarricense de seguro Social, sean éstos, de carácter preventivo, curativo o de rehabilitación.	3.2.1. Atención al Usuario por parte del personal de la Clínica de Pie Diabético. 3.2.2. Atención Médica del personal de salud de la Clínica de Pie Diabético. 3.2.3. Tratamiento Médico Quirúrgico. 3.2.4. Estado de las instalaciones de la Clínica de Pie Diabético. 3.2.5. Horarios de Atención de la Clínica de Pie Diabético. 3.2.6. Opinión General de la Clínica de Pie Diabético.	Encuesta a personal y usuario de la Clínica de Pie Diabético, (ver anexo 8).
Definir los indicadores de medición de la calidad de atención del servicio que brinda la Clínica del Pie Diabético del HSJD.	4.1. Indicadores de Medición de Calidad	Los indicadores son las variables medibles de un servicio, un programa o del trabajo de un hospital. Se trata de medidas cuantitativas del desempeño de una persona, o un servicio o departamento	Indicadores de la Calidad en los Servicios de Salud. 4.1.1. Porcentaje de satisfacción del usuario. 4.1.2. Porcentaje de inconformidades de los usuarios. 4.1.3. Cumplimiento del	Análisis de la Encuesta Aplicada a empleados y usuarios de la Clínica de Pie Diabético

			tiempo atención.	de	
--	--	--	---------------------	----	--

Fuente: elaboración propia.

6. Capítulo IV. Procesamiento de los datos y resultados

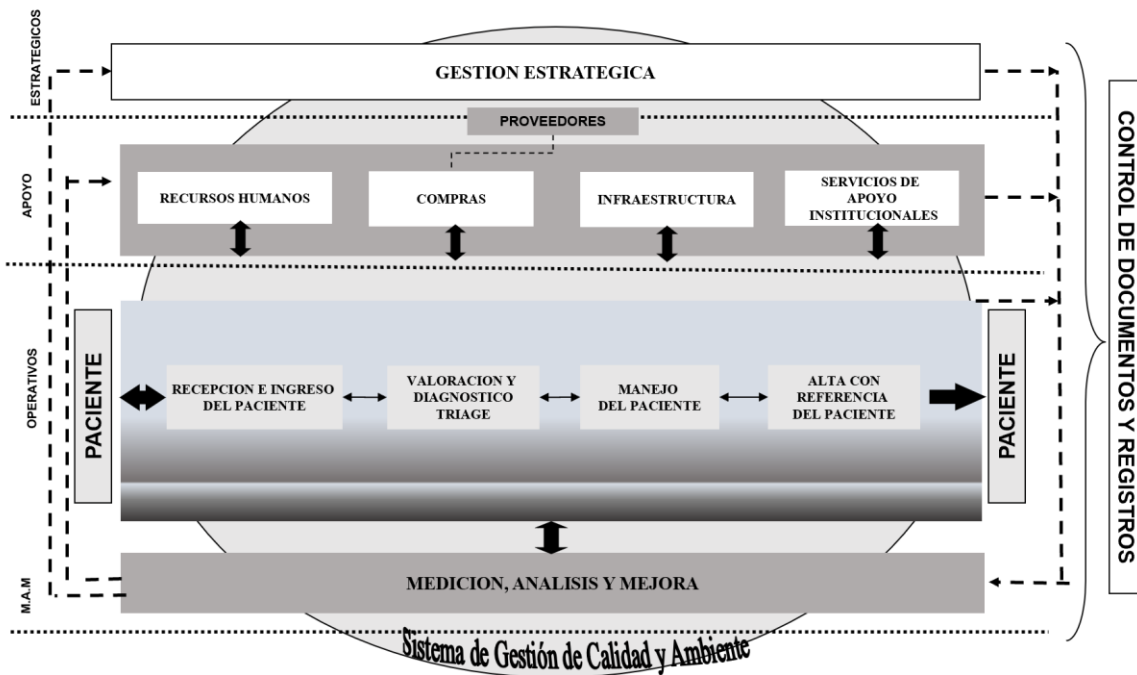
6.1. Situación actual

La investigación se desarrolló, bajo un diseño anidado concurrente de modelo dominante, iniciando con un nivel cualitativo; con la observación se pudieron identificar los procesos de atención en la Clínica de Pie diabético, desarrollados diariamente por el personal, donde se encontraron una serie debilidades en varios procesos que comprometen la adecuada atención de los usuarios y el buen desempeño de los profesionales que trabajan en este servicio.

La descripción del proceso actual se convirtió en un instrumento fundamental, ya que permitió adquirir un panorama más amplio del mismo, a fin de poder realizar el mapa de procesos del cual, se deriva las oportunidades de mejora plasmadas en un diagrama de procesos y un manual de procesos.

6.1.1. Mapa de Procesos

En una primera etapa, observo, recopilo y organizo los procesos del servicio, realizados por el personal en la atención del paciente, para aplicar los elementos de la Norma ISO 9001-2008, con el fin de agilizar estos y crear el Mapa de Procesos (ver figura 1).



MAPA DE PROCESO
CLINICA DE PIE DIABETICO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Figura 1. Mapa de Procesos.

Elaboración propia según información analizada.

Con el objetivo de crear el mapa, se toma en consideración la clasificación de procesos de cualquier organización los cuales se detallan a continuación:

Procesos estratégicos

Debido a que estos procesos son propiamente definidos por la alta dirección, no se desarrollaron en la investigación, ya que no se encuentra dentro de los objetivos de la misma. (Torres).

Procesos de apoyo

Este proceso fue analizado a través de dos componentes: el recurso humano definido por el personal de la Clínica de pie diabético y la infraestructura de la misma.

Procesos operativos

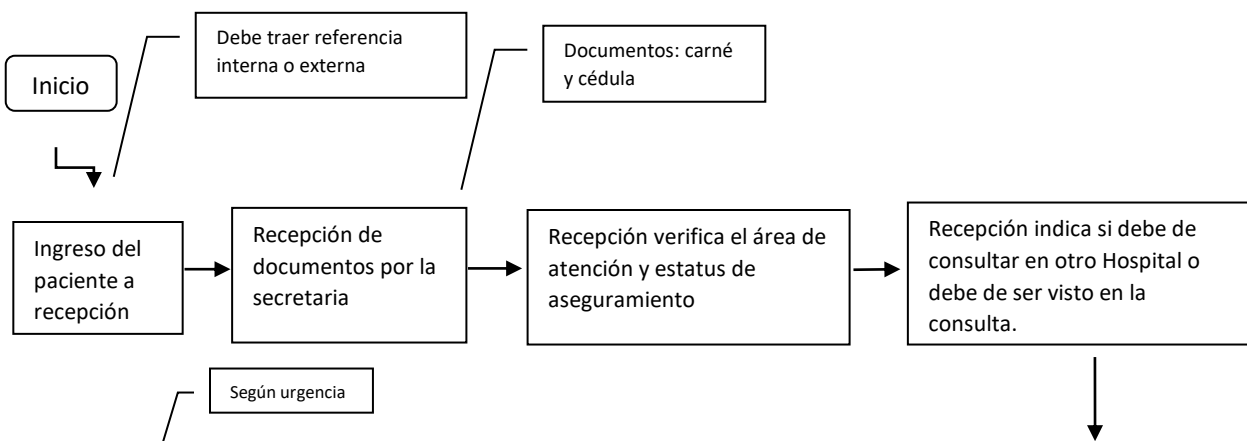
Al ser estos los procesos que materializan el producto o servicio, es decir, los procesos de negocio de la organización y por tanto los relacionados con la producción. Estos procesos tendrán una relación directa con la satisfacción de los clientes, tanto en el momento de detectar sus necesidades como en el resultado del servicio prestado o el producto entregado, por lo cual, son la base de esta investigación y se desarrollan de una forma detallada, explicándose paso a paso en funcionamiento de la Clínica de pie diabético (Torres).

Procesos de medición, análisis y mejora

Son aquellos procesos que permiten hacer el seguimiento de los procesos, medirlos, analizarlos y establecer acciones de mejora; la investigación abordó este proceso desde la perspectiva de análisis y mejora, con la creación de un Manual de procesos, que será entregado a la clínica de pie diabético al concluir esta investigación; no se desarrolló la medición en la investigación debido a que la Clínica no contaba con un presupuesto definido para poder realizar una auditoría.

6.1.1.1. Diagrama de procesos operativos

El diagrama permite plasmar paso a paso la estandarización de los procesos observados en la atención de la Clínica de Pie Diabético, con el fin de fortalecer el desempeño, responsabilidades y cuidados de calidad.



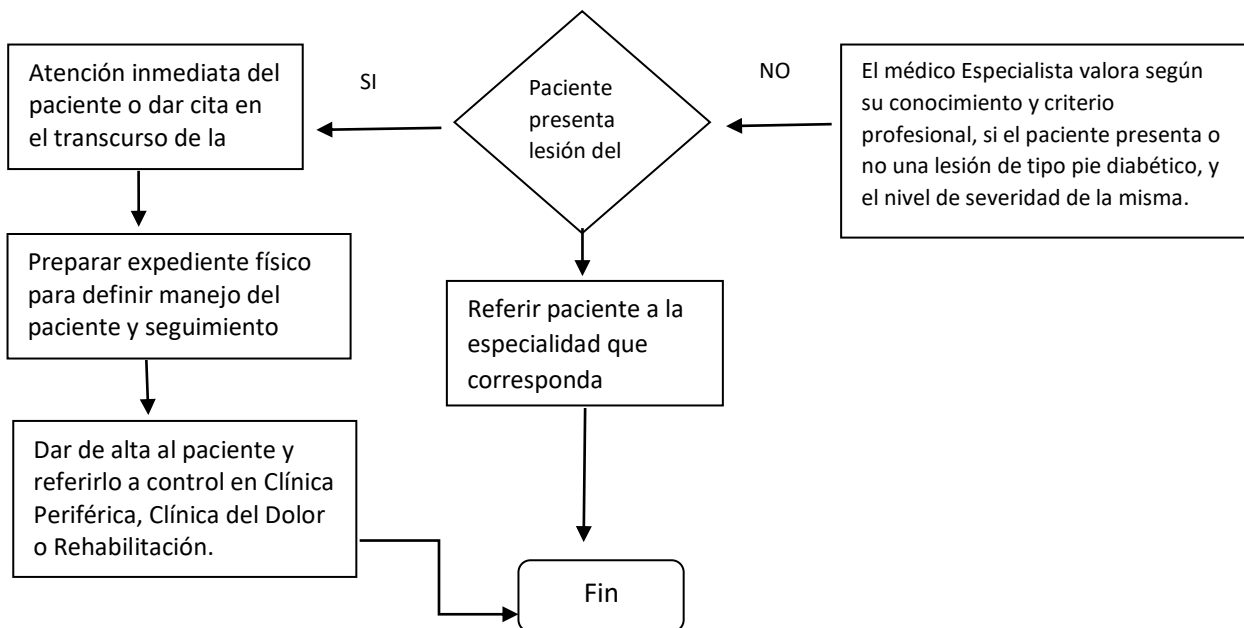


Figura 2: Descripción del Proceso de la Clínica de Pie Diabético del HSJD.

Elaboración propia según información analizada.

Para efecto de obtener dicha información, se utilizó la técnica de la observación directa del proceso arriba mencionado, ya que no se contaba con información documentada de la Clínica del Pie Diabético. Por lo que se recurrió a utilizar apoyo documental de los capítulos y apartados de Norma ISO 9001-2008.

A continuación, se detallan los procesos observados durante la investigación, mencionados en el diagrama de procesos.

6.1.1.2. Proceso de recepción e ingreso del paciente a la Clínica de Pie Diabético

Cuando un usuario o familiar llega con una Referencia Interna o Externa (otros servicios u hospitales), a la recepción de la Clínica activa este primer proceso de la siguiente manera:

Paso 1

La recepcionista de la Clínica de Pie Diabético; recibe el paciente y le solicita sus documentos: el carné, cédula y orden patronal para verificar si corresponde al Área de Atracción, si el paciente no pertenece al área será derivado a la Clínica u Hospital que le corresponde.

Paso 2

Al determinar el personal que el paciente pertenece al área, deberá, verificar el estatus de aseguramiento de este, por medio de la Red de Información SICERE; la cual es una herramienta electrónica implementada por la Caja Costarricense de Seguro Social que tiene como objetivo facilitar la recaudación de los pagos de las planillas laborales de los patronos de todo el país, permitiéndole al personal identificar si el paciente ésta o no asegurado por su patrono (CCSS).

Paso 3

Si el sistema evidencia que el paciente tiene anomalías en su aseguramiento, o no porta los documentos requeridos para su atención, el personal procederá a enviarlo al servicio de validación de derechos, para el otorgamiento de un visto bueno para ser atendido en caso de que lo amerite.

Paso 4

Una vez que el paciente, cuente con los requerimientos para ser atendido, el personal de recepción procederá a enviarlo a consulta de Pie Diabético para su valoración inicial.

6.1.1.3. Proceso de valoración y diagnóstico del paciente en la Clínica de Pie Diabético

Una vez que el paciente pasa por el trámite de verificación de documentos, llega a la Consulta Externa de Clínica de Pie Diabético donde se desarrolla un nuevo proceso:

Paso 1

El Médico Especialista en Pie Diabético, valora al paciente inicialmente mediante una técnica de Triage, que define si la patología del paciente corresponde a una lesión de pie diabético u otras úlceras o heridas, así como la severidad de la lesión, con base en dos aspectos; la isquemia valorada a través de la toma de pulsos arteriales o medición de flujo con un doppler vascular para la realización del índice tobillo-brazo (ITB) y el grado de infección; para poder determinar la premura de la atención y si el paciente continuará su manejo en la Clínica.

Paso 2

El Médico referirá a los pacientes con diagnóstico de úlceras y heridas no correspondientes a Clínica de Pie Diabético al Servicio de Dermatología o Vascular Periférico para su correspondiente control en dichos servicios.

Paso 3

Una vez que el Médico establece que el paciente presenta una patología de pie diabético será nuevamente valorado en una cita de control programada, en un tiempo aproximado de 1 a 5 días en Consulta Externa de la Clínica de Pie Diabético, dependiendo de la severidad de la lesión. El Médico durante esta valoración, realizará una Historia Clínica y Examen Físico detallados para clasificar la lesión de pie diabético según el riesgo:

La Historia Clínica de Pie Diabético debe utilizar una estructura orientada propiamente a esta patología; es realizada por el Médico Especialista, ya que con ello afianza su relación con el paciente. Una buena historia Clínica permite llegar a una diagnóstico en la mayoría de los casos y debe de contener al menos:

- a. Datos personales (Nombre, edad, sexo, cedula, lugar de residencia, ocupación.)
- b. Motivo de consulta
- c. Enfermedad Actual
- d. Antecedentes Personales (Fisiológicos, Patológicos, Ambientales y Hábitos)
- e. Antecedentes Heredo Familiares

- f. Examen Físico
- g. Resumen Semiológico
- h. Consideraciones diagnosticas
- i. Evolución de cada consulta
- j. Epicrisis

El Examen Físico de la Clínica de Pie Diabético debe realizar, mediante la inspección, palpación, percusión y auscultación de los miembros inferiores del paciente. (Argente y Álvarez, 2014)

Inicialmente se debe tomar signos al paciente tales como: glicemia, presión arterial y temperatura.

Posteriormente se realiza una exploración cuidadosa de las extremidades la cual permitirá descubrir gran cantidad de signos de indudable valor diagnóstico, algunos de ellos casi patognomónicos y otros que acompañan a afecciones sistémicas.

El aspecto más importante al examinar detalladamente el pie de un diabético; es buscar neuropatía, enfermedad vascular, edema, deformidad, callosidades plantares (Armstrong, 2010).

La triada más común para identificar un pie Diabético es: neuropatía diabética, deformidad y trauma mecánico o termal (Armstrong, 2010).

La Neuropatía Periférica es la causa más común para el desarrollo de un pie Diabético, la revisión se hace para determinar perdida de sensibilidad propioceptiva debido a la misma; para su diagnóstico se necesita más de dos de las siguientes pruebas positivas. Las pruebas usadas son: a) 10-g monofilamento, evalúa la perdida de sensación de presión y sensibilidad, es altamente predictiva de una ulceración subsecuente; se realiza en la primera, tercera y quinta, cabeza metatarsal y la superficie de la planta del pie distal al hallux. b) Vibración usando diapason, evalúa la sensación vibratoria, se debe realizar en la punta del hallux. c) Sensibilidad con alfiler, si hay poca sensibilidad existe gran riesgo de ulceración, se hace cerca de la

uña. d) Reflejos de tobillos, ausencia de reflejos es predictivo de ulceración (Armstrong, 2010).

Al analizar los cambios en la piel de las extremidades, se puede determinar la existencia del Síndrome de Isquemia Arterial, caracterizado por la palidez, frialdad, impotencia funcional, ausencia de pulsos y dolor espontáneo franco (Argente y Álvarez, 2014). Ante un problema a nivel isquémico en miembros inferiores, se debe realizar la prueba ITB y una presión de oxígeno transcutáneo, para sugerir una ulcera neuro isquémica (Armstrong, 2010).

Otra afección que debe analizar durante el examen físico en la infección en el pie diabético, la cual generalmente, se presenta debajo de los maléolos; cualquier tipo de trauma puede lesionar la piel y ello puede desarrollar una infección (Armstrong, 2010).

Existen criterios para el diagnóstico de la infección tales como: Heridas que no logran sanar, granulación de tejido, mal olor, necrosis en herida, secreción purulenta, eritema más de 0.5 cm del margen de la ulcera, induración, calor local, dolor (Armstrong, 2010).

El desarrollo de queratosis (callosidades) es casi constante en las zonas sometidas a fricciones principalmente maléolos, extremo distal del primer y quinto metatarsiano. En los pacientes con diabetes asociada, tal hiperqueratosis suele rodear a ulceraciones a veces profundas, que alcanzan el hueso subyacente, por donde mana una secreción maloliente. Se conocen con el nombre de “Mal perforante Plantar”, y su ubicación típica es el talón y sobre las epífisis distales de los metatarsianos, úlceras conocidas como neuropáticas. En los diabéticos, con lesiones tronculares obstructivas o sin ellas, se asocian las típicas lesiones de la necrosis lipídica. Se trata de manchas de tamaño variable y bordes geográficos netos, de color amarillento anaranjado y a veces vinoso, que tienen predilección por las pantorrillas, conocidas como úlceras isquémicas (Argente y Álvarez, 2014).

Para hacer una valoración más específica de la lesión se debe recurrir al uso de las clasificaciones de Wagner del Pie Diabético (ver anexo 3) y Sistema de Clasificación de la

Universidad de Texas para Úlceras en Pie Diabético (ver anexo 4) la cuales, facilitan el manejo y seguimiento de un pie diabético, ya que combinan aspectos anteriormente explicados.

Paso 4

Una vez hecha la Clasificación, el Médico dejará en control ambulatorio a los pacientes con: Wagner Grado 1-4, Universidad de Texas Grado 1 (Clase A-D), Grado 2 (Clase A-D), Grado 3 (Clase A-D). Si las lesiones se clasifican en: Wagner Grado 5, Texas G3 (B, D) se procederá a internar al paciente para su manejo.

Una buena palpación en una paciente con pie diabético incluye, la toma adecuada de pulsos, temperatura, valoración de la sensibilidad y reflejos de los miembros inferiores; la disminución o ausencia de los pulsos arteriales de los miembros siempre debe investigarse en profundidad cualquiera que sea el cuadro clínico de presentación. La ausencia de los pulsos tibial posterior y pedio es el hallazgo de mayor especificidad y cociente de probabilidad positivo para el diagnóstico de insuficiencia vascular periférica.

Otra valoración que se realiza a un paciente con pie diabético es la medición de flujo con un doppler vascular para la realización del índice tobillo-brazo (ITB), que permite establecer el grado de isquemia.

6.1.1.4. Proceso manejo y tratamiento del paciente con patología de Pie Diabético

Una vez identificado el grado de lesión en las clasificaciones de Wagner y Texas se procede a su correspondiente manejo y tratamiento (ver Apéndice b).

6.1.1.5. Proceso de alta con referencia del paciente

Todo paciente que haya culminado su tratamiento con un 100% de cicatrización de su lesión cumple con el criterio de alta, para ser referido a;

1. Clínica de Amputación (Fisiatría) para prótesis y plantillas.
2. Clínica del Dolor para tratamiento crónico del dolor.
3. Clínica Periférica de Atracción para seguimiento.

6.1.1.6. Infraestructura y ambiente de trabajo

Se realizó una observación detallada de la infraestructura actual de la organización, para determinar si es adecuada para lograr la conformidad con los requisitos del producto.

Con ello se denotó, que la Clínica cuenta con una infraestructura de aproximadamente sesenta metros cuadrados, distribuidos en una oficina independiente, un servicio sanitario y un salón con 2 camillas donde se realizan los procedimientos, lo cual representa un espacio muy reducido en que se desenvuelven las actividades relacionadas a la atención del paciente. Ejemplo:

1. Solamente existe una oficina, donde el personal hace sus anotaciones de la evolución del paciente y se reúne para la discusión de casos.
2. La zona de atención al paciente consta de 2 camillas con un espacio entre ambas muy reducido, separadas por una cortina.
3. La recepción es compartida con otras especialidades y se encuentra fuera de la Clínica, lo cual hace que se aumente el tiempo de espera de recepción de documentos por parte del usuario y que disminuya la eficiencia del proceso.
4. La sala de espera al ser pequeña, incómoda, estar localizada en el pasillo y no contar con la suficiente cantidad de espacios para sentarse; solo una línea de sillas que puede ser utilizada por cualquier paciente, aunque no pertenezca al servicio. Lo anterior, hace del lugar un hacimiento, que genera un obstáculo a otros usuarios que se dirigen a diversos servicios; lo cual puede generar inconformidad y molestia de los usuarios.
5. Dentro del área de la Clínica, al ser un espacio pequeño donde debe de trabajar todo el personal al mismo tiempo, con una escasa ventilación (2 ventanas sin aire

acondicionado) y sin un cuarto séptico adecuado (ambiente de trabajo); el área es propensa a accidentes y contaminación de todo tipo. Además, al haber problemas con la dimensión de la Clínica el proceso de atención del usuario se torna más lento y engorroso.

6. Los equipos de seguimiento y medición observados (monofilamento), no están bajo proceso de calibración.

6.1.1.7. Recursos

Se contabilizó la cantidad de personal con que cuenta la Clínica de Pie Diabético, con el objetivo de valorar la capacidad de respuesta en cuanto a la demanda de los usuarios.

Además, se observó que no existe un manual de puestos debidamente actualizado de acuerdo con los requisitos por puesto en cuanto a formación, responsabilidades, competencia, habilidades.

6.1.1.8. Satisfacción del paciente

Mediante la aplicación de una encuesta auto administrada a los usuarios de la Clínica de pie diabético, se obtuvieron los datos que posterior se analizaron con el fin de determinar el grado de satisfacción de los pacientes en cuanto a nivel de servicio, tiempos de espera, entre otros.

Dicha encuesta, fue regida por los principios de la garantía ética: a) autonomía: el usuario y el personal participa de manera voluntaria, libre e informada, por lo cual se hizo uso de un documento de consentimiento informado (ver anexo 1), que garantiza el derecho a la intimidad, el respeto a la dignidad y la confidencialidad de los participantes ya que la investigación es para fines de la investigación, b) beneficencia y no maleficencia: la investigación tiene como eje beneficiar el servicio de la Clínica de Pie Diabético y por ende a los usuarios y al personal, mejorando la calidad de atención y del servicio en general.

La realización de la misma no busca perjudicar al servicio, sino establecer las bases para una mejora continua, c) justicia: la investigación busca promover la equidad, cumpliendo

con los objetivos planteados en beneficio de la mejora del servicio, que garantice que todos los usuarios que asisten a él puedan obtener una atención de calidad (Martin, 2013).

Los datos se resguardan en una computadora y un archivo personal en custodia de las investigadoras, las cuales son las únicas con acceso a dicha información. Esta documentación se mantendrá archivada durante 5 años y los resultados serán utilizados para la creación del manual de procesos entregado al final de la investigación a la Clínica de pie diabético.

Resultados de la Encuesta de Satisfacción del cliente

La encuesta se aplicó a los pacientes y personal de la Clínica de Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios entre los meses de abril y mayo del 2017. Lo anterior como instrumento de medición de la satisfacción del paciente. La encuesta se desarrolló según lo definido en el plano metodológico del presente documento.

Los temas evaluados, se dividen en: Tiempos de espera en los diferentes procesos, calidad de la infraestructura, calidad de la atención, satisfacción del usuario.

Información de los encuestados

Tabla 1: Sexo de los encuestados

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	81	53.3	53.3	53.3
Masculino	71	46.7	46.7	100.0
Total	152	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración mediante paquete estadístico SPSS según información analizada.

En términos generales como se observa en la tabla 1, la encuesta arrojó que la Clínica de Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios atiende un mayor porcentaje de mujeres que hombres, con una atención del 53.3% de la muestra.

Tabla 2: Rango de edad de los pacientes encuestados

Rango de Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
De 18 a 32	17	11.2	11.2	11.2
De 33 a 47	38	25.0	25.0	36.2
De 48 a 62	58	38.2	38.2	74.3
De 63 a 76	34	22.4	22.4	96.7
De 77 a 90	5	3.3	3.3	100.0
Total	152	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración mediante paquete estadístico SPSS según información analizada.

Los usuarios que más consultan por patologías de Pie Diabético a la Clínica según la encuesta; se encuentran entre los 48 y los 62 años, conformando el 38% de la muestra y los que menos consultan oscilan entre los 77 y 90 años conformados por un 3%.

Tabla 3: Nivel de Escolaridad de los encuestados

Nivel de Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria o menos	67	44.1	44.1	44.1
Secundaria Incompleta	22	14.5	14.5	58.6

Secundaria Completa	20	13.2	13.2	71.7
Universidad Incompleta	8	5.3	5.3	77.0
Universidad completa o mas	35	23.0	23.0	100.0
Total	152	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración mediante paquete estadístico SPSS según información analizada.

Los pacientes con mayor patología de pie diabético según la encuesta como se detalla en la tabla 3, presenta baja escolaridad, primaria o menos con un 44.1%, son secundados por los universitarios con un 23%, el tercer y cuarto grupo los constituyen la secundaria incompleta y completa respectivamente (22% y 20%) y por último los que no han concluido sus estudios universitarios con un 8%.

Tabla 4: Tiempo de espera desde la petición de la cita hasta la consulta de los usuarios

Tiempo de Espera	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inaceptable	3	2.0	2.0	2.0
Aceptable	2	1.3	1.3	3.3
Bueno	17	11.2	11.2	14.5
Muy bueno	32	21.1	21.1	35.5
Excelente	98	64.5	64.5	100.0
Total	152	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración mediante paquete estadístico SPSS según información analizada.

Tiempo de Espera: el usuario catalogó el tiempo de espera desde la petición de la cita hasta la consulta como excelente con un 64.5% de la muestra y únicamente un 2% inaceptable.

Tabla 5: Tiempo de dedicación médica a la consulta

Tiempo de espera	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inaceptable	1	0.7	0.7	0.7
Aceptable	1	0.7	0.7	1.3
Bueno	2	1.3	1.3	2.6
Muy bueno	17	11.2	11.2	13.8
Excelente	131	86.2	86.2	100.0
Total	152	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración mediante paquete estadístico SPSS según información analizada.

Analizando la Atención Médica, el usuario determino que el tiempo de dedicación médica a su patología es excelente con un 86.2%. Lo anterior fundamentado en un tiempo promedio de 30 minutos.

Tabla 6: Comodidad de las salas de espera

Comodidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inaceptable	12	7.9	7.9	7.9
Aceptable	25	16.4	16.4	24.3
Bueno	34	22.4	22.4	46.7
Muy bueno	25	16.4	16.4	63.2
Excelente	56	36.8	36.8	100.0

Total	152	100.0	100.0
-------	-----	-------	-------

Fuente: Elaboración mediante paquete estadístico SPSS según información analizada.

La opinión acerca de la comodidad de las salas de espera está muy fragmentada ya que el 36% de la muestra considero que es excelente, 34% que es buena, un 25% muy buena, 25% aceptable y el 12% que es inaceptable, como se destaca en la tabla 6.

Tabla 7: Opinión general de los encuestados acerca de la Clínica del Pie Diabético

Opinión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
			válido	acumulado
Buena	2	1.3	1.3	1.3
Muy Buena	18	11.8	11.8	13.2
Excelente	132	86.8	86.8	100.0
Total	152	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración mediante paquete estadístico SPSS según información analizada

En general la opinión del paciente acerca de la Clínica del Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios es que tiene una percepción excelente del servicio como se expone en la tabla 7, con un 87%.

Tabla 8: Fortalezas destacadas por los encuestados de la Clínica de pie Diabético

Fortalezas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
			válido	acumulado
Trato del personal	124	81.6	81.6	81.6
Atención oportuna	26	17.1	17.1	98.7
Limpieza del área	2	1.3	1.3	100.0
Total	152	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración mediante paquete estadístico SPSS según información analizada

De acuerdo con, los datos la tabla 8, los usuarios destacan como fortaleza de la Clínica, el trato del personal con un 81.6%.

Tabla 9: Mejoras sugeridas por los encuestados

Mejoras	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Adecuada	35	23.0	23.0	23.0
Infraestructura	90	59.2	59.2	82.2
Más personal	4	2.6	2.6	84.9
Celeridad del tiempo de espera	23	15.1	15.1	100.0
Total	152	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración mediante paquete estadístico SPSS según información analizada

En cuanto a lo que mejorarían los usuarios de la Clínica, el 59.2% indicaron que la infraestructura no es adecuada como se puede observar en la tabla 9. Lo anterior lo fundamentan con que el tamaño de la Clínica es pequeño. Las salas de curaciones, sala de espera y pasillos muy estrechos e incómodos, para el paso de sillas de ruedas y camillas. Además, acotaron que existen problemas de ventilación y de iluminación, que beneficie el ambiente

Existen actividades, a las cuales se les debe implementar las mejoras respectivas para asegurar la conformidad y la calidad del servicio del proceso actual. Para efectos de lo anterior, es necesario documentar procesos estandarizados con controles de proceso y cuidados de calidad.

7. Capítulo V. Discusión de los resultados

7.1 Analizar los procesos operativos relacionados con la atención que brinda la Clínica de pie diabético del Hospital San Juan de Dios.

Para construir un método adecuado de trabajo en miras de una mejora continua, se debe tener muy claro el concepto de los procesos con que se cuentan y los que se necesitan, para ello se utiliza la herramienta ISO 9001-2008, basados en que, la importancia de la investigación radica en incrementar la satisfacción del usuario, mediante procesos de mejora continua; ya que un error en la atención y manejo de este, es de carácter irreversible; tomando en cuenta que la salud es un derecho fundamental, se debe de brindar con los máximos estándares de calidad.

En diferentes estudios se ha documentado que la utilización de esta norma ha sido beneficiosa y ha permitido a los servicios de salud implementar mecanismos que logran grandes cambios con respecto a la mejora de los procesos y, por ende, de los resultados.

Por ejemplo, en (Llinás, 2010), se evidencia que ante posibles insatisfacciones de los pacientes y como parte de los procesos de mejora en materia de calidad en servicios de salud, Colombia puso en marcha en el 2002 un conglomerado de normas, procedimientos y herramientas que se consideran de aplicación voluntaria y que derivan en ambientes de calidad, confiabilidad y alta competitividad en las entidades de salud del territorio nacional. La dinámica propuesta por este sistema se basa en alcanzar niveles de calidad superiores a los esperados y que estos sean valorados por entidades designadas por el Estado, como la Superintendencia Nacional de Salud. Los enfoques más específicos están en los procesos de prestación de servicios de cada una de las modalidades de entidades de salud, que se clasifican en Colombia, así: Hospitales, Clínicas, Centros de salud, EPS, IPS, Laboratorios y Ayudas diagnósticas (Caballo, Betancur Villegas, & Betancur Villegas, 2014). Este sistema contempla la auditoria y seguimiento interno, como un mecanismo dinámico de mejoramiento que proyecta las entidades a niveles de crecimiento y optimización, ajustados

los requerimientos del usuario de hoy. Estas concepciones guardan trazabilidad con los lineamientos internacionales y se estima que en Colombia al menos el 50% de las entidades de salud han iniciado proyectos y acercamientos para lograr la acreditación (Linás, 2010). En la actualidad esta acreditación viene siendo liderada por ICONTEC (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación) y los resultados han superado las expectativas que se tenían de manera preliminar, aunque se estima que es mucho el trabajo por realizar para concientizar y sensibilizar las entidades, con referencia a la importancia de esta acreditación (Nápoles Rojas, Moreno Pino, Arteta Peña, Steffanell De León, & Tapia Claro, 2013), (Hernández, 2017).

El ejemplo anterior al igual que la presente investigación corrobora que la aplicación de la norma en los servicios de salud ha logrado un cambio positivo en la atención brindada, satisfacción al usuario y al personal, mejorando los procesos de la organización, disminuyendo costos sin tener que perjudicar la calidad, lo cual se considera se debe de adaptar a el sistema de salud de Costa Rica en todos los sectores.

A pesar de que la mayoría de la literatura consultada hace alusión al uso de la norma ISO en diferentes sistemas de salud privado incluyendo nuestro país, no debe ser exclusiva de estos, debe de ser aplicada al sector público que es el grueso de la atención en salud, para no excluir de los beneficios que la aplicación de esta conlleva.

7.2 Documentación de las buenas prácticas operativas mediante un mapa de procesos.

Los procesos suponen la base de la gestión estratégica y operativa de las organizaciones. Existen en cualquier organización, establecen las pautas a seguir, y prácticamente cualquier actividad o tarea puede encuadrarse en algún proceso; sirven de herramienta para documentar las buenas prácticas al construir con ello un mapa. (Aboal-Viñas et al, 2008).

La mayoría de los autores coinciden en que la gestión de procesos debe comenzar por la realización de un inventario con el cual elaborar un diagrama que permita representar todos los procesos de la organización y describir sus interrelaciones principales, denominado “mapa de procesos” (Aboal- Viñas et al, 2008).

La Dirección General de Salud Pública (DGSP) de la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia, citada en (Aboal- Viñas et al, 2008), es un ejemplo de la aplicación de un mapa de procesos para el ordenamiento en una entidad de salud, ya que, en el año 2004, se realizó un análisis de la situación de la gestión y definió diez proyectos de mejora. Uno de estos proyectos tenía como objetivo elaborar el mapa de procesos de la DGSP que incluyera todos los procesos que la organización ejecuta para desarrollar su actividad, para así poder iniciar la gestión de procesos.

En la actualidad, la gestión de la DGSP se realiza a través de programas y sistemas de salud pública, en donde se incluyen la mayor parte de servicios y actividades que se realizan, evidenciando con ello la estandarización de los procesos para la mejora en la calidad de los servicios.

Para diseñar el mapa de procesos estos aplicaron los siguientes criterios: a) que la representación de los procesos comenzara y terminara con los usuarios; b) que los procesos fueran el conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, que transforman elementos y que se caracterizan por su repetitividad; c) que los procesos se clasificaran en estratégicos, de apoyo y clave; d) que sólo se utilizara simbología de rectángulos y flechas direccionales, y e) que el proceso se compartiera con los miembros de la organización, para implicarlos (Aboal- Viñas et al, 2008).

Este artículo presenta concordancia con la investigación ya que ambas consideran que el mapa de procesos es la base operativa y estructural de una entidad de salud; se utilizan criterios semejantes, se le da importancia a la participación de los usuarios como parte elemental para la mejora de la calidad del servicio, detecta cuales son las necesidades para documentarlas, analizarlas y posterior tomar acciones de mejora.

De acuerdo con los criterios seleccionados previamente por la evidencia internacional, la elaboración del mapa de procesos comprendió las siguientes fases: a) se revisó toda la documentación sobre las funciones y servicios esenciales de las unidades de salud pública; b) se entrevistó a responsables de programas y jefes de servicio para elaborar un listado de actividades realizadas en cada uno de los programas y la definición de los

procesos en los que incluir las actividades; c) se establecieron reuniones con todos los servicios administrativos, para verificar que el listado incluía todas las actividades y procesos de la DGSP; d) se clasificaron los procesos de la organización en estratégicos, clave y de apoyo. El mapa de procesos aprobado fue presentado a todos los trabajadores de la Organización (Aboal- Viñas et al, 2008).

En ambas intervenciones se considera fundamental compartir el proceso con los miembros del equipo, sin embargo, es importante destacar que en esta investigación el personal fue observado en su entorno de trabajo sin que hubiese intervención directa por parte de estos en una primera etapa, posterior se le vincula a la investigación para recibir sus aportes mediante la realización de una encuesta.

Este estudio internacional del mapa de procesos también ha permitido detectar incoherencias en la utilización de unos procesos u otros según el programa, que podrán modificarse y permitirán mejorar la gestión y los resultados de los programas y sistemas de la DGSP (Aboal- Viñas et al, 2008). Esta conclusión es similar a la observada en esta investigación ya que el mapa de procesos permitió evidenciar la desorganización que se presenta en los procesos de la Clínica de pie diabético.

7.3 Validación de la consulta con expertos, la problemática que incide en la calidad del servicio: usuarios y personal.

Una de las problemáticas más importantes en cuanto a la calidad del servicio es la percepción que tienen los usuarios acerca de esta, existen una serie de estudios sobre la satisfacción, los cuales consideran primordial la opinión del usuario como objeto de cambio dentro de la estructura en salud, como lo sugiere (Gattinara, 1995) en el siguiente estudio:

Este estudio da a conocer la percepción de la población respecto de la calidad de los servicios públicos de salud en los distritos Norte e Ichilo, enfatizando la relación entre los trabajadores de salud (profesionales y no profesionales) y los pacientes. El propósito general es apoyar al personal técnico y directivo de los Distritos de Salud Norte e Ichilo en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. Su objetivo general es el de

analizar la calidad de la consulta externa, respecto a la relación entre trabajadores de salud y pacientes, desde el punto de vista de la población y de los usuarios.

Tres elementos caracterizan este estudio: como primer elemento, los datos recolectados se refieren a toda la población y no solamente a los usuarios de los servicios; el segundo aspecto, de tipo metodológico, se refiere a la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos de investigación. Se ha intentado combinar métodos para lograr una representatividad de los resultados y al mismo tiempo comprender el significado de las acciones (Buzzard, 1984; Pelto & Pelto, 1992; Manderson & Aaby, 1992; Minayo & Sanches, 1993). Como tercer elemento importante del proceso, tenemos que subrayar la necesidad de la participación de la población y del personal de salud en la realización de la investigación, esto implica a su vez que ellas participen en las diferentes etapas de la investigación (Gattinara, 1995).

Esta investigación se asemeja a la presenta, en que la percepción de la población sobre la calidad de los servicios de salud es un dato primordial en la mejora de la atención de los usuarios. Sin embargo, la recolección de la información se ha hecho de la que brindan los usuarios propiamente atendidos en el servicio, mediante una encuesta que permite evidenciar las necesidades e inconformidades con respecto al servicio general, brindado por la Clínica de Pie Diabético, y no en la totalidad de la población atendida en el hospital como lo explica en el artículo, ya que se requiere de una información más específica para el análisis completo del área hospitalaria. Además, también se incluye al personal de la Clínica que permite validar las necesidades que tienen internamente como servicio.

Por otro lado, el personal del servicio funge como experto al estar inmerso dentro de los procesos, por tanto, su opinión es esencial en la determinación de la problemática.

En la búsqueda bibliográfica acerca de la percepción del entorno en que labora el personal desde el punto de vista de recursos para realizar su trabajo con altos estándares de calidad, parámetro importante en la presente investigación, no se logra encontrar evidencia internacional ni nacional de estudios que se hayan hecho enfocados en este aspecto.

Llama la atención que la perspectiva de satisfacción del personal se enfoca en la parte motivación para su mejor desempeño y no en las carencia básicas que se tiene en el área de trabajo, como se evidencia en García et al (2007), el cual hace una recopilación de estudios que aluden a la satisfacción laboral como factores que apoyan la calidad de los procesos y resultados, en general se enfocó en la motivación, la importancia de las tareas desarrolladas, el rendimiento, clima laboral, resistencia al cambio e insuficiente reconocimiento al trabajo.

Cabe recalcar que las opiniones plasmadas en la investigación por parte del personal están dirigidas a como consideran la atención que ellos brindan a los usuarios del servicio, vinculado a los recursos con que cuentan y a las mejoras que se podrían hacer a la infraestructura de la clínica con el fin de dar un servicio de calidad en un ambiente adecuado para realizarlo, ya que la relación del personal con el paciente es de respeto, empatía y caracterizada por el buen trato dato que arrojo los resultados de la encuesta y la observación hecha.

7.4 Definición de los indicadores de medición de la calidad de la atención del servicio.

El artículo (Gattinara, 1995), “menciona que en mayoría de los estudios sobre la percepción de los servicios de salud por parte de los usuarios, evidencian la importancia de los siguientes factores: tiempo de espera, costo y/o modalidades de pago, trato recibido por el personal de salud, limpieza del área, nivel de comunicación entre personal de salud y paciente, accesibilidad a los servicios de salud, comprensión de los problemas personales, confiabilidad de las instituciones, competencia técnica, seguimiento por parte de los doctores, etc.”

Con respecto a estos indicadores, la encuesta utilizada por la presente investigación los aplica para evaluar la calidad de la atención del servicio, los cuales arrojan una visión más clara de la atención del servicio y su entorno; la mayoría de los encuestados coincidieron en que el proceso como tal no es el problema; los horarios, la atención, la comunicación, el trato, seguimiento, tiene evaluación muy buena o excelente, no así con la valoración a nivel de la infraestructura y equipos, aspecto en el cual la totalidad de los encuestados afirman que se encuentra en muy mal estado, se denota la fuerte necesidad de modificar la

infraestructura de la clínica ya que las condiciones al momento así lo ameritan, para poder brindar una atención de calidad a los pacientes y así satisfacer sus expectativas.

Tener una buena infraestructura en una clínica es fundamental para la salud de los usuarios, ya que esto conlleva a una mejor y pronta recuperación de su padecimiento.

Según la Normas para la Habilitación de los Establecimientos de Consulta Externa General y de Especialidades Médicas N°30699-S de Ministerio de Salud, una planta física dedicada al servicio en salud como lo es la Clínica de pie diabético Hospital San Juan de Dios debe de contar con los siguientes espacios claramente definidos: sala de espera cómoda con sillas en buen estado para los usuarios, consultorio con privacidad para la atención de pacientes, con lavamanos en buen estado, un cuarto separado para la realización de procedimientos (curaciones).

Hay un espacio separado para vacunaciones. Espacio para evaluar antropométricamente (pesar y medir) a las personas; al menos, dos servicios sanitarios en buen estado, para el público y para el personal, cuarto /área separada para la recepción y archivo de historias clínicas.

En cada una de las áreas mencionadas debe existir iluminación y ventilación natural suficientes para las actividades diurnas normales. Un área exclusiva para lavado de equipo de limpieza y por último, un área exclusiva para esterilización de instrumentos o acceso a un centro de esterilización.

Tomando en cuenta estos aspectos la Clínica de pie diabético cuenta con lo que se requiere, pero las dimensiones, la distribución y la alta demanda, han hecho que la infraestructura, no esté acorde con los nuevos requerimientos por parte de los usuarios y no cumpla con sus expectativas, al igual que hace más difícil llevar acabo las actividades diarias de los trabajadores.

La infraestructura actual de la Clínica es de aproximadamente 60 metros cuadrados, distribuidos en una oficina independiente, un servicio sanitario y un salón con 2 camillas donde se realizan los procedimientos, según la observación realizada y la información suministrada por el personal de la clínica. (G. Viquez, comunicación personal, 27 de marzo 2017).

8. Capítulo VI. Propuestas de mejoras

8.1 Manual de procesos

Como oportunidad de mejora, se propone la creación de una Manual de procesos, que permita no sólo la estandarización del procesos observados y plasmados en el mapa de procesos, sino, las buenas prácticas operativas y seguimiento al desempeño (ver apéndice C), el cual es entregado de manera física al personal de la Clínica de Pie Diabético HSJD.

8.2 Triage

Se elabora un Triage, basado en ciertas características definidas para facilitar la categorización de la severidad y el tiempo de lesión, utilizando un instrumento que contenga, los criterios de infección, medición de pulsos, valoración con doppler vascular y oximetría transcutánea. (ver apéndice E), incluido dentro del manual de procesos.

8.3 Infraestructura

Se recomienda que exista una zona de recepción única para la Clínica de Pie Diabético, que permita agilizar los trámites de recepción en ingreso de pacientes.

Diseñar mediante un croquis definiendo las dimensiones adecuadas de una Clínica para Pie Diabético, la creación de un Salón de Internamiento cerca de su infraestructura, lo cual permita brindar un mejor servicio a los pacientes, para generar un impacto positivo en la calidad en la atención de estos.

En vista de las observaciones y sugerencias que los pacientes documentaron en la encuesta, se recomienda mediante una propuesta de plano con las mediciones adecuadas y necesarias, cómo debería de ser la infraestructura de una Clínica de Pie Diabético, que

permita una mayor comodidad para la atención del usuario y las labores del personal (ver apéndice D).

Por este motivo, se realiza una propuesta que contiene los requerimientos de habilitación adecuados a la oferta y demanda de la Clínica de pie diabético y a la vez brinde a los usuarios y al personal un entorno seguro y apropiado (figura 3).

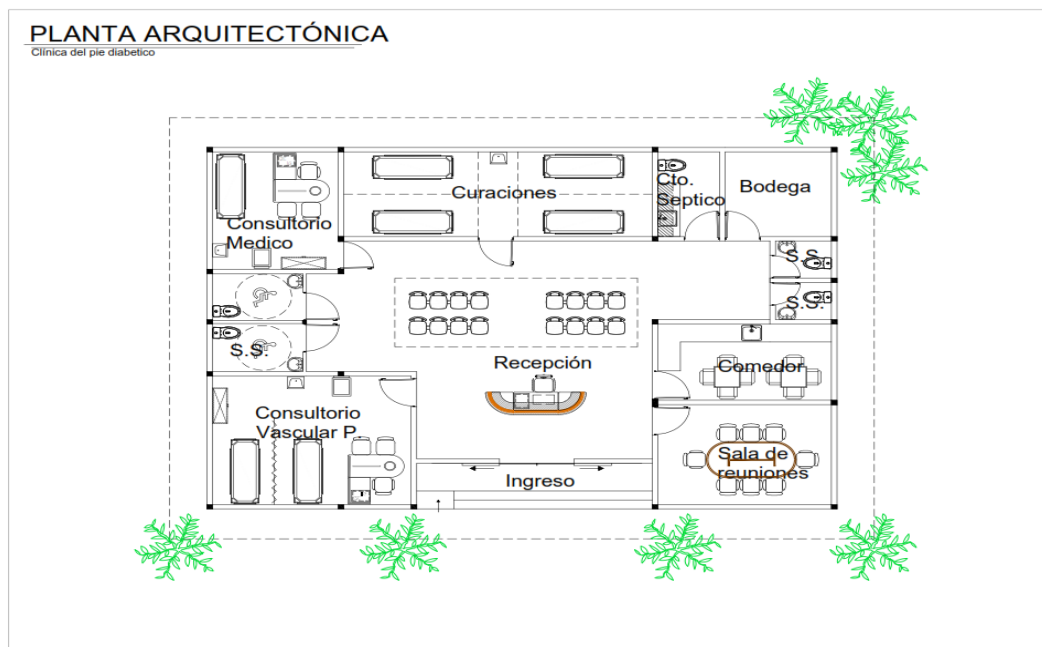


Figura 3. Planta Arquitectónica Propuesta para la Clínica de Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios.

Elaboración propia según información analizada

En la figura se observa un prototipo con las características que debe de tener en un servicio de salud, aplicando los lineamientos de la norma anteriormente consultada, se adjuntó sala de espera adecuada, bodega, cuarto séptico, consultorios para especialistas, una de sala de reuniones; se incorporó una recepción dentro del área y se amplió la de curaciones y procedimiento para cuatro camillas, con el fin de tener mayor capacidad para satisfacer la demanda de consultas y mantener un alto estándar de calidad.

9. Capítulo VII. Conclusiones

1. Se concluye que la calidad es un elemento fundamental para cualquier organización, sin distinción de su origen, que solo haciendo uso de ella se pudo llegar a establecer una mejora continua que permita la satisfacción del usuario y el trabajador, sin embargo, se pudo percibir mediante la etapa de observación del proyecto, el desconocimiento que existe a nivel general, acerca de lo que implica la calidad, lo que conlleva a una menor aplicabilidad de la misma en los procesos de atención al usuario.
2. Mediante el uso de la Norma ISO 9001-2008, se pudo determinar, que, al aumentar los estándares de calidad de la Clínica, se obtienen múltiples beneficios tanto para los usuarios como para los trabajadores, fortaleciendo el trabajo en equipo, la relación médico paciente, la productividad, y el uso adecuado de los recursos, entre otros.
3. A través de la construcción del Diagrama de proceso, se evidenció que el sistema de Triage se realiza de diferentes maneras según los propios parámetros, del médico especialista en Pie Diabético. Ante dicha situación, no se asegura la estandarización y aplicación de las mejores prácticas y controles estandarizados. Adicionalmente, el proceso de inducción a personal de nuevo ingreso no cuenta con bases estandarizadas para su correcto desempeño.
4. Con respecto a los tiempos de espera, los pacientes consultados, consideran, que, desde que se le otorga la cita hasta el día de la consulta y el tiempo de dedicación médica son excelentes.
5. Existe deficiencia en la infraestructura, ya que no se cuenta con un espacio apropiado ni con la distribución adecuada, dicha aseveración es respaldada por el personal y los usuarios mediante la encuesta.
6. Con base en, la opinión general de los encuestados, indicaron que el servicio de la Clínica de Pie Diabético es excelente.

7. Al preguntar a los pacientes y personal que destacaría de la Clínica de Pie Diabético; la catalogaron como excelente, lo cual concluye que, con poco recurso humano, material y físico se puede dar un servicio de calidad, aunque se requiere de modificaciones sustanciales para fortalecer el servicio en pro de la mejora continua.
8. En general la encuesta evidenció que el paciente de la Clínica de Pie Diabético está satisfecho con la atención que se le otorga, no así, con sus instalaciones.
9. El mejorar la calidad de los servicios públicos es uno de los desafíos más importantes del país; los pequeños detalles marcan la diferencia y definen los estándares que llevarán a grandes cambios en la mejora de la calidad, lo cual produce un impacto en el servicio.
10. Al carecer de un manual de puestos, es difícil determinar si Recurso Humano actual, cumple con las competencias necesarias para asegurar la productividad, eficacia y eficiencia de las funciones.

10. Capítulo VIII. Recomendaciones

Debido a la necesidad de realizar mejoras en la Clínica de Pie Diabético en el Hospital San Juan, en pro de la atención de los pacientes y la calidad del servicio; se considera oportuno puntualizar las siguientes recomendaciones:

1. **Herramientas Informáticas:** Hacer uso de la herramienta de EDUS expediente electrónico fabricado por la Caja Costarricense de Seguro Social, con el fin de agilizar la atención del paciente y evitar el extravío del expediente, instrumento que a la fecha no ha sido implementado en la Clínica de Pie Diabético.
2. **Procesos:**
 - a) Documentar en el expediente por medio de una fotografía, el estado inicial de la lesión y su evolución.
 - b) Colocar como ayuda visual las clasificaciones de uso más frecuente en la Clínica de Pie Diabético: Clasificación de Wagner y la Clasificación de la Universidad de Texas. (ver anexos 3-4)
 - c) Asegurar la actualización de la documentación elaborada, conforme se ajuste la sistemática operativa y estratégica. el manual de procesos, diagramas de flujo y las tablas, que se elaboraron en el estudio.
3. **Recurso Humano:**
 - a) Realizar un análisis de la capacidad del proceso, con el fin de determinar necesidades de especialistas en: Dermatología, Vascular Periférico, Fisiatría y Ortopedia a tiempo completo que permita una valoración más rápida y efectiva de los pacientes, para una pronta recuperación.
 - b) Diseñar manual de puestos, con el fin de evaluar brechas de competencias del personal actual y contrataciones futuras.

4. Desempeño del proceso:

- a) Definir un indicador trimestral de evaluación de la satisfacción del cliente con el propósito de detectar oportunidades de mejora en relación con los procesos que se llevan a cabo.
- b) Analizar los tiempos de atención por paciente y el promedio diario, con el fin de definir el indicador de cumplimiento de tiempos de respuesta, en los casos más generales y de menor complejidad.

5. Quejas: Elaborar un procedimiento para la atención de quejas que considere desde la recepción de la queja hasta su resolución final de cara al paciente, con su debido indicador de quejas. Lo anterior como apoyo a la evaluación de la satisfacción del cliente.

6. Dispositivos de seguimiento y medición: Elaborar un cronograma de calibración de equipos de seguimiento y medición (monofilamento), con el fin de asegurar su identificación, estado, así como la precisión de los datos.

11. Referencias Bibliográficas

- Aboal- Viñas, J et al. (mayo-junio, 2008). Mapa de procesos en organizaciones de salud pública: la experiencia de la Dirección Xeral de Saúde Pública de Galicia. *Revista Scielo*, vol 22. Obtenido desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000300014
- Anthony, R. N., & Govindarajan, V. (2007). Sistema de Control de Gestión, XII Ed. (pp 29-335). Editorial McGraw-Hill Interamericana, México.
- Argente, H., & Álvarez, M. (2014). *Semiología Médica. Fisiopatología, Semiotecnia y propedéutica. Enseñanza-Aprendizaje centrada en la persona*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Armstrong, D., & Lavery, L. (2010). *Clinical Care OG the Diabetic Foot*. American Diabetes Association, Estados Unidos de América.
- Ávila, M., & Méndez, A. P. (2011). Experiencias de gestión de calidad en Costa Rica: El caso de la superintendencia de Pensiones, SUPEN. *ICAP- Revista Centroamericana de Administración Pública* (389-399).
- Beltrán J., Carmona, M., Carrasco, R., Rivas, M., & Tejedor, F. (2002). *Guía para una gestión basada en procesos* (15-46). Madrid: Imprenta Berekintza.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Red de servicios de salud. *Memoria institucional*, 16-17.
- Caja Costarricense de Seguro Social. *Oficina Virtual SICERE se transforma en Oficina*

Virtual CCSS. Obtenido desde <http://www.ccss.sa.cr/noticia?oficina-virtual-sicere-se-transforma-en-oficina-virtual-ccss>

Camisón, C., Cruz, S., & González, T. (2007). *Gestión de la Calidad, Conceptos, Enfoque, Modelos y Sistemas*. España: Editorial Pearson Prentice Hall.

Cantú, H. (2007). *Desarrollo de una cultura de Calidad*. (pp 7.39). D.F., México: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.

Cardenal, L. (1984). *Diccionario terminológico de ciencias médicas*. (p775). Barcelona, España: Salvat Editores. EDITORES, S.A.- Mallorca, 41.-Barcelona.

El Congreso de la República de Colombia. (diciembre, 1993). Ley 100. De 1993. *Diario Oficial*, 41 148. Obtenido desde http://hdv.gov.co/download/gestion_documental/normatividad/leyes/Ley%20100%20de%201993.PDF

Evans, J. R. (2005). *Administración y Control de la Calidad*. México: International Thomson Editores. 6-14.

García, M., Luján, M., & Martínez, M. (2007). Satisfacción laboral del personal de salud. *Revista de Enfermería Instituto Mexicano de Seguro Social* (p 64). México.

Gattinara, B. C., Ibacache, J., Puente, C. T., Giaconi, J., & Caprara, A. (1995). *Percepción de la Comunidad Acerca de la Calidad de los Servicios de Salud Públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia*. *Cad. Saúde Pública* 11 (3): (425-438). Rio de Janeiro.

- Gerencia División Médica. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Sección de Información Biomédica. (1999). *Reglamento del Expediente de Salud. Capítulo 1. Definiciones*. Artículo 8 (p 4). Costa Rica.
- Guajardo, G. (1996). *Administración de la Calidad Total, Concepto y Enseñanzas*. México.
- Gutiérrez, E., & Gómez, L. (2009). *Primeros Auxilios. Prioridades de actuación en situaciones de múltiples víctimas* (pp 24-26). Madrid.
- Heizer, J., & Render, B. (2007). *Dirección de la producción y las operaciones. Decisiones estratégicas*. España: Editorial Pearson Prentice Hall.
- Hernández, H. (2017). *Sistemas de Gestión Integrados en el sector salud para la optimización de la calidad en el Departamento del Atlántico*. Colombia: Universidad Libre Barranquilla.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Martin, S. (2013). Aplicación de los principios éticos a la metodología de la investigación. *Enfermería en Cardiología* (pp 27-30). Obtenido desde enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/58_59_02.pdf
- Miyahira, J. M. (2001). Calidad en los Servicios de Salud, *Revista Médica Herediana* 12 (3), (pp 75-77). Costa Rica.
- Infante, A., Ross, A. G. & Zeballos, J. L. (2000). La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública* 8(1/2), (pp 95-97).

Inoue, M., Murray, D., & Blanco, R. (1998). *Círculos de Calidad*. Costa Rica: Editorial Tecnológica de Costa Rica.

INTECO. (2017). *Gestionamos conocimiento para su competitividad. Plan estratégico 2014-2020*. Obtenido desde <http://memoria.inteco.org/>

Instituto Mexicano de Normalización y Certificación A.C. (enero, 2001). ISO 9000:2000. *Sistemas de gestión de la calidad Fundamentos y vocabulario*. Obtenido desde <http://sgc.itmexicali.edu.mx/formatos/DOCUMENTOS%20EXTERNOS%20OK/NORMAS%20ISO/norma%20ISO9000.pdf>

Instituto Mexicano de Normalización y Certificación A.C. (2002). ISO 10013:2002. *Directrices para la documentación de sistemas de gestión de la calidad*.

Jaramillo, J. (1998). *Gerencia y administración de servicios médicos y hospitales* (pp 50, 69, 71, 129). San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.

Jiménez, R. E. (2004). Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, *Indicadores de Calidad y Eficiencia de los Servicios Hospitalarios. Una Mirada Actual*, 30(1), (pp 17-36). Cuba: Revista Cubana Salud Pública.

La Asamblea Legislativa de la Republica de Costa Rica. (mayo,2002). Ley 8279. *Diario La Gaceta*, 8279. Obtenido desde <http://www.firmadigital.go.cr/Documentos/Ley%208279.pdf>

Lemus, D; Aragués, V & Oroz. (2006). *Auditoria Médica y Profesional Integral, la calidad de la atención en los servicios de salud. Administración de la calidad*. Capítulo 2, (pp 41, 42 y 43). Buenos Aires, Argentina: Corpus Editorial.

- Losada, M. & Rodríguez, A. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de Administración*, 20(34) (pp 237-258).
- Malagón, G., Galán, R., & Pontón, G. (2008). *Administración Hospitalaria*. Colombia: Editorial Medica Panamericana.
- Martínez, E., Martínez, N. & Senlle, A. (2001). *ISO 9000-2000 Calidad en los servicios*. Barcelona, España: Ediciones Gestión.
- Martínez, A., Muñoz, J & Pascual, A. (2004). *Tamaño de muestra y precisión estadística*. España: Editorial Universidad de Almería.
- Ministerio de Salud. (2016). Salud e INTECO constituyen comité para impulsar la calidad en el Sector. Obtenido desde <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2016/895-salud-e-inteco-constituyen-comite-para-impulsar-la-calidad-en-el-sector>
- ISO. (2008). Norma Internacional 9001-2008. Sistema de gestión de la calidad. Requisitos. Obtenido desde http://www.iesc.gov.ar/iesc/Include/documents/iso9001/ISO9001_2008.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). La Salud Pública en las Américas. *Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Publicación Científica y Técnica*. 589. Obtenido desde http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf
- Passos, R. (1997). *Perspectivas de la Gestión de la Calidad Total en los Servicios de Salud*, (p 24). Organización Panamericana de la Salud.

Recio, P. (2017, septiembre 2). CCSS tiene solo 16 meses para enlazar expediente de Ebáis y hospitales. *La Nación*. Obtenido desde <https://www.nacion.com/el-pais/salud/ccss-tiene-solo-16-meses-enlazar-expedientes-ebais-y-hospitales/U45WADR4PNEQ5MSVW3XZVF4SVII/story/>

Pie Diabético.net. *Clasificación de Wagner*. Obtenido desde <https://pie-diabetico.net/clasificacion-de-wagner-del-pie-diabetico/>

Sánchez, J. C. (2002). *Garantía de Calidad en tiempos de Cambio en el Sistema de Salud de Costa Rica*. San José, Costa Rica: Editorial CCSS.

Secretaria General de la Alcaldía Mayor de Bogotá. (enero, 1990). Ley 10 de 1990 Nivel Nacional. *Diario Oficial*, 39 137, 1-25. Obtenido desde <http://bibliotecadigital.ccb.org.co/bitstream/handle/11520/13778/Ley%2010%20de%201990.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sistema Costarricense de Información Jurídica. (2002). Normas Para La Habilitación De Establecimientos De Consulta Externa General Y De Especialidades Médicas, Decreto No. 30699-S Normas Para La Habilitación De Establecimientos De Consulta Externa General Y De Especialidades Médicas. Obtenido desde http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=49301&nValor3=52708&strTipM=TC

Sistema Costarricense de Información Jurídica. (1999). Reglamento de Expediente de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social Obtenido desde http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=44706&nValor3=96475&strTipM=TC

Sotomayor, A. (2000) *Calidad, elemento esencial de la Seguridad Social*. México: Editorial Serie Estudios 55.

Stedman, T. (1993). *Diccionario de Ciencias Médicas. Ilustrado* (p 554). Argentina:

Editorial Médica Panamericana S.A.

Summers, D. C. (2006). *Administración de la Calidad*. México Pearson Educación.

Torres, I. Como dibujar tu mapa de procesos para cumplir con la norma ISO 9001.

Consultado: <https://iveconsultores.com/mapa-procesos-iso-9001/>

Urroz, O., & Allen, P. (2004). *Introducción a la Calidad en los Servicios de Salud en el nivel local: módulo IX*. Costa Rica: EDNASSS-CCSS.

Velasco, J & Campins, J. (2005). *Introducción a la gestión de la Calidad. Generalidades y control estadístico*. España.

11. Glosario

Aseguramiento de la calidad: Parte de la gestión de la calidad orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de la calidad (ISO 9000, 2008).

Calidad: Se entiende Calidad, como la satisfacción que expresa el consumidor cuando adquiere un producto o cuando recibe un servicio, para ello, es fundamental la participación del entorno y el trabajo en equipo, donde, en esa interacción cotidiana, se genera un intercambio que permite el mejoramiento continuo. El desarrollo de esta filosofía, lo aporta el Dr.W. Edwards Deming (Summers, 2006).

Calidad de atención en Salud: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" (Jaramillo, 1998).

Control de la calidad: Parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad (ISO 9000, 2008).

Desbridamiento: Eliminación de todo el tejido desvitalizado y los cuerpos extraños sin producir daño en las estructuras vitales (Cardenal, 1984).

Equipo de Salud: Se define como, el conjunto de profesionales y técnicos en salud, responsables de la atención de los pacientes en un establecimiento o área de salud (SCIJ, 1999).

Estructura de la organización: Disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones entre el personal (ISO 9000, 2008).

Gestión: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización (ISO 9000-2008).

Infraestructura: Organización, sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una organización (ISO 9000-2008).

Isquemia: Anemia local debido a obstrucción mecánica (principalmente estrechamiento arterial) de la irrigación sanguínea (Cardenal, 1984).

Manual de la calidad: Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización (ISO 9000, 2008).

Mejora continua: Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos (ISO 9000, 2008).

Mejora de la calidad: Parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad. (ISO 9000, 2008).

Neuropatía: Término general que denota trastornos funcionales, cambios patológicos o ambas cosas en el sistema nervioso periférico. El término también se emplea para designar lesiones inflamatorias del sistema periférico, en contraste con las lesiones (neuritis) (Stedman, 1993).

Objetivo de la calidad: Algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad (ISO 9000, 2008).

Planificación de la calidad: Parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados para cumplir los objetivos de la calidad (ISO 9000, 2008).

Política de la calidad: Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección (ISO 9000, 2008).

Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso (ISO 9000, 2008).

Proceso: "Es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados" (ISO 9000, 2008).

Satisfacción del cliente: Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos (ISO 9000, 2008).

Sistema de gestión de la calidad: Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad (ISO 9000-2008).

Triage: Procedimiento de clasificación de pacientes ya sean extrahospitalario u hospitalarios que son atendidos en un servicio, atendiendo a la urgencia de sus lesiones o su enfermedad y la disponibilidad asistencial existente, con la finalidad de que puedan recibir el tratamiento más adecuado (Gutiérrez, 2009).

Usuario/ Paciente: Es la persona que recibe atención en los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, sean éstos, de carácter preventivo, curativo o de rehabilitación (SCIJ, 1999).

12. Apéndice

Apéndice A: Encuesta de calidad

ENCUESTA DE CALIDAD DE SERVICIO

Realizada: Dra. Arianna Campos González y Dra. Martha Sosa Herrera

Esta encuesta es una herramienta dirigida a los usuarios y al personal de la Clínica de Pie Diabético HSJD, realizada por estudiantes del Posgrado de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, para el Trabajo Final de Graduación **“MEJORAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA CLÍNICA DEL PIE DIABÉTICO EN EL HSJD”**; con el fin de valorar su opinión con respecto a la calidad del servicio. Se le realizarán preguntas acerca de la calidad en la atención, instalaciones, el tratamiento brindado, horarios de atención y su opinión general, garantizando confidencialidad, privacidad y anonimato de quien la realice, su almacenamiento será custodiado por los investigadores. Usted como usuario y personal del servicio, puede sentirse en plena confianza de hacer preguntas si tiene alguna duda, y decidir si desea o no participar en la encuesta de la investigación.

Si decide participar por favor llenar los datos a continuación:

*Ficha de Investigación***Datos Generales**

Sexo 1

2

Edad

1. Femenino**2. Masculino**Lugar de
Residencia

Ocupación

Nivel

Educativo

Por favor, valore del 1 al 5 donde 1 es "Inaceptable", 2 es "Aceptable", 3 es "Bueno", 4 es "Muy Bueno" y 5 es "Excelente" su impresión global de la Clínica del Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios:

1 2 3 4 5

1. ATENCIÓN AL PACIENTE:

Facilidad de contacto telefónico



Atención telefónica (información, amabilidad etc.)



Disponibilidad de la fecha de la citación



Disponibilidad de la Hora de la citación



Tiempo de espera desde petición de cita hasta consulta



Tiempo de espera previo a la consulta/cita



Tiempo de espera en los procesos administrativos



2. ATENCIÓN MÉDICA:

Información ofrecida por el Doctor



Tiempo de dedicación médica



Actitud del personal auxiliar



3. TIEMPO TRATAMIENTO MÉDICO (Solo si ha recibido alguno):

Tiempo de espera para hacerse el tratamiento



4. INFRAESTRUCTURA:

Accesibilidad interior



Limpieza de zonas comunes



Comodidad de las salas de espera



Comodidad de las áreas de atención




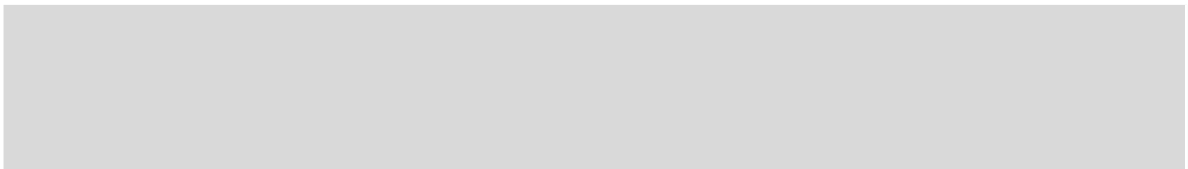
5. HORARIOS DE ATENCIÓN:

¿Considera adecuados los horarios de consulta? SI NO

¿Cubren estos horarios sus necesidades? SI NO

6. ¿Cuál es su opinión general de la Clínica del Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios?

1. Mala 2. Buena 3. Muy Buena 4. Excelente

7. ¿Qué destacaría de la Clínica del Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios?**8. ¿Qué mejoraría en la Clínica del Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios?****9. Observaciones y sugerencias:**



¡Muchas Gracias!!

Apéndice B: Proceso Manejo y tratamiento del paciente con patología de Pie Diabético

Procedimientos para el manejo y tratamiento del paciente según la Clasificación de Wagner

Grado 1: Se realiza curación, descarga del pie, se indica tratamiento ambulatorio, con control semanal.

Grado 2: Se realiza curación, desbridamiento, radiografías con incidencias Antero Posterior, Lateral con y sin apoyo del pie y Oblicuas externas e internas, se aplica prueba de Estilete o Probe to Bone, descarga de pie, tratamiento ambulatorio, con control cada 72 horas.

Grado 3: Se realiza curación, desbridamiento, exámenes sanguíneos de laboratorio (Hemograma y Velocidad de Eritrosedimentación), cultivo, radiografías con incidencias Anteroposterior, Lateral con y sin apoyo del pie y Oblicuas externas e internas, tratamiento antibiótico, descarga del pie, con control cada 72 horas.

Grado 4: Se realiza curación, desbridamiento, lavado quirúrgico, amputación del área si es necesario, cultivo, tratamiento antibiótico en espera de resultados, descarga del pie, con control cada 48 horas.

Grado 4: Internamiento para manejo hospitalario.

Cuadro 2: Procedimientos para el manejo y tratamiento del paciente según la Clasificación de Wagner

PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE SEGÚN LA CLASIFICACION DE WAGNER	
Grados	Manejo y Tratamiento
G1	Curación Descarga del pie Tratamiento Ambulatorio Evolución Semanal
G2	Curación Desbridamiento Radiografías para descartar osteomielitis Prueba de Estilete o Probe to Bone Descarga del pie Tratamiento Ambulatorio Evolución cada 72 horas
G3	Curación Desbridamiento Examen de Laboratorios/Cultivo Colocación de Antibióticos Radiografías para descartar osteomielitis Descarga del pie Evolución cada 72 horas como mínimo
G4	Curación Desbridamiento Lavado Quirúrgico Amputación del área si es necesario

	Cultivo Tratamiento antibiótico en espera de resultados Descarga del pie Evolución cada 48horas
G5	Internamiento para Manejo hospitalario

Fuente: Elaboración propia según información analizada.

Procedimientos para el manejo y tratamiento del paciente según la Clasificación de la Universidad de Texas

Grado 1

Clase A: Se realiza curación y descarga del pie, con control cada 15 días.

Clase B: Se realiza curación, cultivo de lesión, descarga del pie, se le indica tratamiento antibiótico, con control cada 3 días.

Clase C: Se realiza curación, valoración por Especialista en Vascular Periférico, descarga del pie, se le indica tratamiento antibiótico tópico, con control una vez por semana.

Clase D: Se realiza curación, desbridamiento, valoración por Especialista en Vascular Periférico, descarga del pie, se le indica tratamiento antibiótico oral, con control una vez por semana.

Grado 2

Clase A: Se realiza curación, desbridamiento, descarga del pie, con control una vez por semana.

Clase B: Se realiza curación, desbridamiento, descarga del pie, se le indica tratamiento antibiótico tópico u oral, con control una vez por semana.

Clase C: Se realiza curación, descarga del pie, valoración por Especialista en Vascular Periférico, con control según lo amerite.

Clase D: Se realiza curación, lavado quirúrgico, tratamiento antibiótico oral, con control de 24 a 48 horas.

Grado 3

Clase A: Se realiza curación, desbridamiento radiografías con incidencias Antero Posterior, Lateral con y sin apoyo del pie y Oblicuas externas e internas, descarga del pie, con control de 48 a 72 horas.

Clase B: Se hospitaliza, para; desbridar, lavado quirúrgico, radiografías con incidencias Antero Posterior, Lateral con y sin apoyo del pie y Oblicuas externas e internas, se toma exámenes sanguíneos de laboratorio (Hemograma y Velocidad de Eritrosedimentación), y se toma cultivo, se descarga el pie, con control de 24 a 48 horas.

Clase C: Se realiza valoración por Especialista en Vascular Periférico, se toma exámenes sanguíneos de laboratorio (Hemograma y Velocidad de Eritrosedimentación), radiografías con incidencias Anteroposterior, Lateral con y sin apoyo del pie y Oblicuas externas e internas, descarga del pie, con control de 48 horas.

Clase D: Se hospitaliza, para; curación, valoración por Especialista en Vascular Periférico, radiografías con incidencias Anteroposterior, Lateral con y sin apoyo del pie y Oblicuas externas e internas, se toma exámenes sanguíneos de laboratorio (Hemograma y Velocidad

de Eritrosedimentación), y se toma cultivo, se descarga el pie, con control cada 24 a 48 horas.

Cuadro 3: Procedimientos para el manejo y tratamiento del paciente según la Clasificación de la Universidad de Texas

PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE SEGÚN LA CLASIFICACION DE LA UNIVERSIDAD DE TEXAS PARA ULCERAS DE PIE DIABETICO		
Grados	Clases	Manejo y Tratamiento
G1	A	Curación Descarga del pie Evolución cada 15 días
	B	Curación Cultivo Descarga del pie Tratamiento antibiótico Evolución cada 3 días
	C	Curación Valoración por Vascular Periférico Tratamiento antibiótico Tópico Descarga del pie Evolución una vez por semana
	D	Curación Desbridación Valoración por Vascular Periférico

		Descarga del pie Tratamiento antibiótico oral
G2	A	Curación Desbridamiento Descarga del pie Evolución Semanal
	B	Curación Desbridamiento Tratamiento antibiótico tópico u oral Evolución Semanal
	C	Curación Descarga del pie Valoración por Vascular Periférico Evolución según amerite
	D	Curación Valoración por Vascular Periférico Tratamiento antibiótico oral Evolución de 24 a 48 horas
G3	A	Curación Desbridamiento Examen de laboratorio/Cultivo Radiografías Descarga del pie Evolución de 48 a 72 horas
	B	Hospitalizar Desbridamiento

		Lavado Quirúrgico Radiografías Examen de Laboratorio/Cultivo Descarga del pie Evolución de 24 a 48 horas
	C	Valoración por Vascular Periférico Examen de laboratorio Radiografías Evolución cada 48 horas
	D	Internamiento Curación Valoración por Vascular Periférico Examen de laboratorio Radiografías Descarga del pie Evolución de 24 a 48 horas

Fuente: Elaboración propia según información analizada.

Apéndice C: Manual de Procesos Operativos

1. Identificación del Proceso

1.1. Nombre del procedimiento: Recepción e Ingreso del paciente a la Clínica de Pie Diabético.

1.2. Marco Normativo: Políticas Internas de la C.C.S.S/ *Norma ISO 9001-2008 en el Capítulo 7 Prestación de Servicios.*

1.3. Responsable: Jefe de especialidades del Pie Diabético

1.4. Objetivo: Definir y documentar el proceso de, Recepción e Ingreso del paciente a la Clínica de Pie Diabético con el fin de asegurar la estandarización y las buenas prácticas operativas.

1.5. Definiciones:

1.5.1 SICERE: Sistema Informático que tiene como objetivo facilitar la recaudación de los pagos de las planillas laborales de los patronos de todo el país.

1.6. Resultados esperados: Mejora en el servicio y satisfacción del cliente.

1.7. Límites

Punto inicial: Ingreso del paciente

Punto Final: Dar de alta al paciente

1. Descripción del Procedimiento

#	Actividad	Responsable	Área	Cuidados de Calidad	Registro de información
1.Recepción del paciente y valoración de estatus para atención					
1.1	Recibir al paciente y solicitar los documentos definidos	Recepcionista de la Clínica de Pie Diabético.	Recepción	<p>1. Los documentos a solicitar son: el carné, cédula y orden patronal</p> <p>2. Se debe verificar si el paciente corresponde al Área de Atención.</p> <p>3. Si el paciente no pertenece al área será derivado a la Clínica u Hospital que le corresponde.</p>	Referencia médica/Epicrisis
1.2	Al determinar el personal que el paciente pertenece al área, deberá, verificar el estatus de aseguramiento de este, su patrono. (CCSS).	Recepcionista de la Clínica de Pie Diabético.	Recepción	Para la verificación, se utiliza por medio del SICERE.	SICERE

1.3	Enviar al paciente al Servicio de Validación de Derechos, para el otorgamiento de un visto bueno para ser atendido en caso de que lo amerite.	Recepcionista de la Clínica de Pie Diabético	Recepción	Para enviar al paciente, el sistema debe evidenciar que el mismo, tiene anomalías en su aseguramiento, o no porta los documentos requeridos para su atención	SICERE

2. Valoración y diagnóstico del paciente en la Clínica de Pie Diabético					
2.1	Valorar al paciente inicialmente para definir si la patología del paciente corresponde a una lesión de pie diabético u otras úlceras o heridas, así como la severidad de la lesión.	El Médico Especialista en Pie Diabético	Atención Médica Operativa	<p>1. Se debe realizar mediante una técnica de Triage (ver apéndice D).</p> <p>2. La valoración se realiza con base en dos aspectos; la isquemia valorada a través de la toma de pulsos arteriales o medición de flujo con un doppler vascular para la realización del índice tobillo-brazo (ITB) y el grado de infección; para poder determinar la premura de la atención y si el paciente continuará su manejo en la Clínica.</p>	EDUS
2.2	Si en la valoración se determina que el paciente presenta	El Médico Especialista en Pie	Atención Médica Operativa	1. La cita se debe programar, en un tiempo aproximado de 1 a 5 días en Consulta Externa de	EDUS (Cita)

	<p>una patología de pie diabético será nuevamente valorado en una cita de control.</p>	Diabético		<p>la Clínica de Pie Diabético, dependiendo de la severidad de la lesión.</p> <p>2. El Médico durante esta valoración, realizará una Historia Clínica y Examen Físico detallados para clasificar la lesión de pie diabético según el riesgo.</p>	
2.3	<p>Cuando la úlcera y/o herida no corresponde a la Clínica de Pie Diabético se debe referir a los pacientes al Servicio de Dermatología o Vascular Periférico para su tratamiento y control.</p>	<p>El Médico Especialista en Pie Diabético</p>	<p>Atención Médica Operativa</p>	N/A	EDUS

3. Manejo y tratamiento del paciente con patología de Pie Diabético					
3.1	Definir el estado del paciente de acuerdo con el grado de la lesión para su tratamiento.	El Médico Especialista en Pie Diabético	Atención Médica Operativa	<p>1. El médico dejará en control ambulatorio a los pacientes con: Wagner Grado 1-4, Universidad de Texas Grado 1 (Clase A-D), Grado 2 (Clase A-D), Grado 3 (Clase A-D).</p> <p>2. Si las lesiones se clasifican en: Wagner Grado 5, Texas G3 (B, D) se procederá a internar al paciente para su manejo. (ver anexo 3-4).</p>	EDUS
3.2	Una vez identificado el grado de lesión en las clasificaciones de Wagner y Texas	El Médico Especialista en Pie Diabético	Atención Médica Operativa	El tratamiento por seguir se encuentra definido en el Proceso Manejo y tratamiento del paciente con patología de Pie Diabético (ver apéndice B)	

	se procede a su correspondiente manejo y tratamiento.				
--	-------------------------------------------------------	--	--	--	--

4. Dar de alta al paciente

4.1	Dar de alta al paciente y programar citas de control.	El Médico Especialista en Pie Diabético	Atención Médica Operativa	Para poder dar de alta al paciente, el mismo deberá demostrar que el mismo ha evolucionado positivamente, y que los tratamientos a aplicar, no requieren de un especialista de la clínica.	EDUS
-----	-------------------------------------------------------	-----------------------------------------	---------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

5. Propiedad del cliente

Tipo: Información

5.1 Identificación: Número de teléfono, cédula, dirección, nombre del paciente, en caso de emergencia a quien contactar, otra información personal.

5.2 Protección: Registro en el Sistema EDUS

6. Indicadores del proceso

6.1 Evaluación de la satisfacción del paciente

6.2 Cantidad de Quejas

6.3 Tiempo de atención por cita

Fin documento

Apéndice D: Propuesta de Triage

Prototipo de Hoja de Triage		
Clínica de Pie Diabético de Hospital Dan Juan de Dios		
<u>Signos Vitales</u>		
PA	Glicemia	Temperatura
<u>Inspección</u>		
Color:	Eritema	Palidez
Ulceras:	SI	NO
Localización:		
Pie de Charcot	SI	NO
<u>Palpación</u>		
Temperatura del MI	SI	NO
Edema/ Cruces		
Pulsos/ Cruces		
	Pedio	
	Tibial Posterior	
	Poplíteo	
	Femoral	
ITB con Doppler		
Impresión Diagnóstica:	Isquemia	
	Infección	

Fuente: Elaboración propia según información analizada.

13. Anexos

Anexo 1: Consentimiento Informado proporcionado por la Escuela de Salud Pública



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

<p>Facultad de Medicina</p> <p>Escuela de Salud Pública</p> <p>Sistema de Estudios de Posgrado</p> <p>Maestría en Salud Pública con</p> <p>Énfasis en Gerencias de la Salud</p>

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

MEJORAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

EN LA CLÍNICA DEL PIE DIABÉTICO EN EL HSJD

Código (o número) de proyecto: Protocolo de Trabajo Final de Graduación

Nombre del Investigador Principal: Arianna Campos y Martha Sosa

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Esta encuesta es una herramienta dirigida a los usuarios y al personal de la Clínica de Pie Diabético HSJD, realizada por estudiantes del Posgrado de Salud Pública de la UCR, para el Trabajo Final de Graduación “**MEJORAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA CLÍNICA DEL PIE DIABÉTICO EN EL HSJD**”; con el fin de valorar su opinión con respecto a la calidad del servicio. Se le realizarán preguntas acerca de la calidad en la atención, instalaciones, el tratamiento brindado, horarios de atención y su opinión general.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?: Se aplicará una encuesta con preguntas abiertas y cerradas, dirigida a los usuarios y personal del servicio de la Clínica del Pie Diabético del HSJD, en donde la persona puede sentirse en plena confianza de hacer preguntas si tiene alguna duda, y decidir si desea o no participar en la encuesta de la investigación.

C. RIESGOS:

- a. La participación en este estudio y la realización de la encuesta no significa ningún riesgo para usted por lo siguiente: Ya que esta encuesta, será utilizada solo para fines de Trabajo Final de Graduación de la Maestría en salud Pública Con énfasis en Gerencias de la Salud de la Universidad de Costa Rica, garantizándole confidencialidad, anonimato a quien la realice, privacidad y su almacenamiento será custodiado por los investigadores.

D. BENEFICIOS:

- a. Como resultado de su participación, en este estudio, el beneficio que obtendrá como Usuario o como personal del servicio, es el mejoramiento de la calidad de atención que se le brinda y la implementación de procesos operativos que guiaran de una forma más adecuada y ordenada al personal para lograr una mayor satisfacción de los usuarios y que este conocimiento que se logre adquirir con esta investigación beneficie a otras personas en el futuro.
- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con la Dra. Arianna Campos o la Dra. Martha Sosa, sobre este estudio y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Además, puedo consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 o 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.
- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.
- H.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

- I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 13 años y adultos) / fecha

Nombre, cédula y firma del testigo / fecha

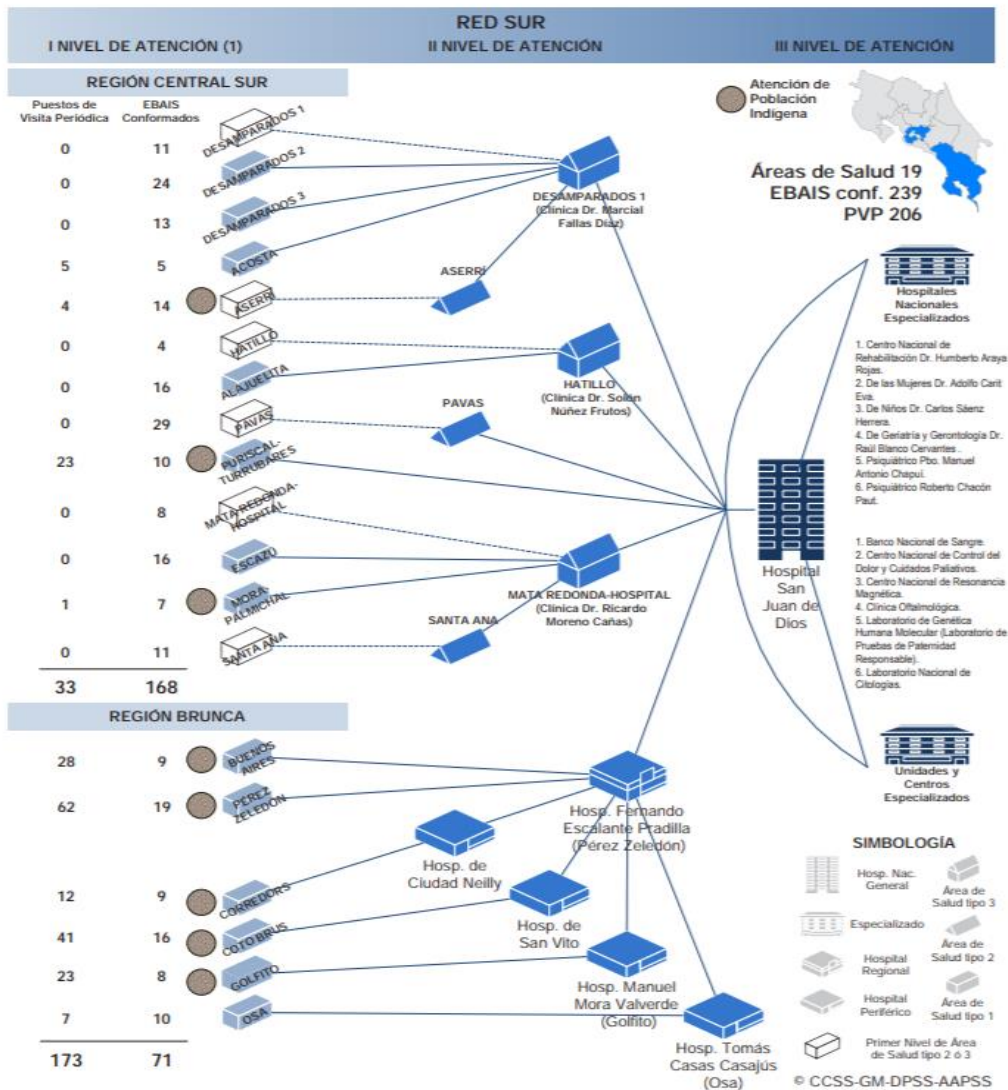
Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento / fecha

Nombre, cédula y firma del padre/madre/representante legal (menores de edad) /

fecha

Anexo 2: Áreas de Atracción del HSJD

Red Sur: Abarca 19 áreas de salud, 13 de la región Central Sur y todas las de la Brunca. Incluye 226 ebáis conformados, cuatro hospitales periféricos y uno regional. Su hospital nacional general es el San Juan de Dios.



(1) Agrupación de Áreas de Salud según Oferta Observada en el 2006 aprobada por Junta Directiva de la CCSS en sesión 8304 artículo 7 del 04-12-2008

Dibujo 2. Área de Atracción de Hospital San Juan de Dios (CCSS, 2016)

Anexo 3: Clasificación de Wagner del pie diabético (pie diabetico.net)

Grado 0: Ausencia de úlceras en un pie de alto riesgo.

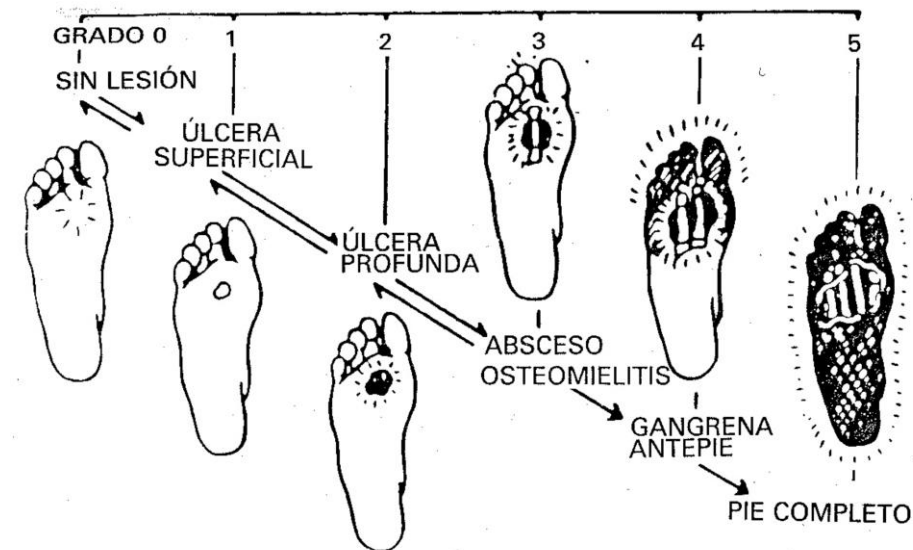
Grado 1: Úlcera superficial que compromete todo el espesor de la piel, pero no tejidos subyacentes.

Grado 2: Úlcera profunda, penetrando hasta ligamentos y músculos, pero no compromete el hueso o la formación de abscesos.

Grado 3: Úlcera profunda con celulitis o formación de abscesos, casi siempre con osteomielitis.

Grado 4: Gangrena Localizada.

Grado 5: Gangrena extensa que compromete todo el pie.



Dibujo 1. Clasificación de Wagner del Pie Diabético. pie-diabetico.net

Anexo 4: Sistema de Clasificación de la Universidad de Texas para Úlceras en Pie Diabético

Grado 1

Clase A: úlcera no infectada, superficial no isquémica.

Clase B: úlcera infectada, superficial no isquémica.

Clase C: úlcera isquémica, superficial no infectada.

Clase D: úlcera isquémica, superficial infectada.

Grado 2 – Siempre son úlceras que penetran hasta la cápsula o hueso

Clase A: úlcera no infectada, no isquémica.

Clase B: úlcera infectada, no isquémica.

Clase C: úlcera isquémica, no infectada.

Clase D: úlcera isquémica, infectada.

Grado 3 – Siempre penetran hasta el hueso o un absceso profundo

Clase A: úlcera no infectada, no isquémica.

Clase B: úlcera infectada, no isquémica.

Clase C: úlcera isquémica, no infectada.

Clase D: úlcera isquémica e infectada.

Anexo 5: Carta de solitud de permiso para la realizacion de la encuesta en la Clinica de Pie Diabetico HSJD.

4 octubre del 2016

Dra. Ileana Balmaceda
Directora General
Hospital San Juan de Dios, CCSS
San José – Costa Rica



7110

La presente es para saludarla y a la vez hacer de su conocimiento y solicitarle el permiso respectivo, para poder realizar una Encuesta por escrito en el Servicio de Pie Diabético, esto se debe a que nuestro proyecto final de graduación "Tesis", para optar por el Título del Posgrado de Salud Pública con énfasis en Gerencias de Salud de la Universidad de Costa Rica (UCR), cuyo Título de Tesis es "Propuesta para el Fortalecimiento de la calidad de la atención en la Clínica del Pie diabético del Hospital San Juan de Dios".

Actualmente se cuenta con el visto bueno del Dr. Ronald Gutiérrez Cerdas del departamento de Bioética en Investigación y clínica del Hospital San Juan de Dios, el cual se adjunta.

En espera de su aprobación para poder iniciar y terminar en este mes de octubre del presente año.

Se despide de antemano agradeciendo su colaboración.

Dra. Martha Sosa Herrera
Médico y Cirujano
MSC. Administración Gerencias de Servicios de Salud.

C: Dr. Alejandro Cob
Jefatura de Endocrinología

Anexo 6: Carta de solicitud de permiso para la realizacion de la encuesta en la Clinica de Pie

Diabetico HSJD



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 Hospital San Juan de Dios
 Dirección General
 Telefonos 2547-8208 2547-8206 / Fax 2256-7603
 Correo electrónico grdmhsjd@ccss.sa.cr

06 de octubre del 2016
 DG-06557-2016

Doctor
 Mario Sibaja Campos
 Jefe Sección de Medicina

ASUNTO: SOLICITUD DE CRITERIO

Estimado doctor:

Le traslado oficio de fecha 04 de octubre del 2016, suscrito por la Dra. Martha Sosa Herrera, MSc. Administración Gerencias de Servicios de Salud, en el que solicita autorización para realizar encuesta en el Servicio de Pie Diabético, lo anterior como parte del proyecto final de graduación, para optar por el título del Posgrado de Salud Pública con énfasis en Gerencias de Salud de la Universidad de Costa Rica. Le solicito valorar lo expuesto por la Dra. Sosa y emitir su criterio al respecto.

Atentamente,

DIRECCIÓN GENERAL H.S.J.D.

[Firma]
 Dra. Ileana Balmaceda Arias
 DIRECTORA GENERAL



IBA/dpc

c.c.
 Archivo

Ref. Oficio de fecha 04-10-2016. Caso Dra. Martha Sosa Herrera

HSJD forjando salud e historia.
 1845-2015

Anexo 7: Carta de solicitud de permiso para la realización de la encuesta en la Clínica de Pie Diabético HSJD



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
CLÍNICA PIE DIABÉTICO
SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA



CPD-62-2016

24 de octubre de 2016

Doctor
Mario Sibaja Campos
Jefe Sección Medicina

ASUNTO: Solicitud de criterio

Estimado Dr. Sibaja:

En respuesta a nota No. 1310-2016-JSM del 10 de octubre 2016, relacionado con solicitud de criterio, le indico que esta coordinación autoriza a realizar encuesta en la Clínica de Pie Diabético, como parte del proyecto final de graduación, para optar por el título del Posgrado de Salud Pública con énfasis en Gerencias de Salud de la Universidad de Costa Rica.

Atentamente;

Dr. Gerardo Viquez Molina
Coordinador
Clínica Pie Diabético

Ccb

C. Archivo

Anexo 8: Carta de respuesta a solicitud de permiso para la realización de la encuesta en la Clínica de Pie Diabético HSJD

7555



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
SECCIÓN DE MEDICINA
Tel fax: 2223-17-24



Igualdad. Es la ausencia de cualquier tipo de discriminación

No.1399-2016-JSM

25 de octubre del 2016

Doctora
Ileana Balmaceda Arias
Directora General

Estimada Dra. Balmaceda:

En atención a oficio DG-06557-2016, del 06 de octubre del 2016, relacionado con: **Solicitud de Criterio**, remito adjunto copia de oficio CPD-62-2016, suscrito por el Dr. Gerardo Viquez Molina, Coordinador Pie Diabético.

Atentamente;

Dr. Mario Sibaja Campos,
Jefe Sección de Medicina



Amn

📁 Archivo

Anexo 9: Carta de respuesta a solicitud de permiso para la realizacion de la encuesta en la Clinica de Pie Diabetico HSJD



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 Hospital San Juan de Dios
 Dirección General
 Telefonos 2547-8208 2547-8206 / Fax 2256-7603
 Correo electronico grdmhsjd@ccss.sa.cr

27 de octubre del 2016
 DG-06994-2016

Doctora
 Martha Sosa Herrera
 MSc. Administración Gerencias de Servicios de Salud

ASUNTO: RESPUESTA OFICIO DE FECHA 04 DE OCTUBRE DEL 2016

Estimada doctora:

En respuesta a su oficio de fecha 04 de octubre del 2016, en el que solicita autorización para realizar encuesta en el Servicio de Pie Diabético, me permito informarle que según criterio emitido por el Dr. Gerardo Viquez Molina, Coordinador Clínica Pie Diabético, esta Dirección autoriza la realización de dicha encuesta, como parte del proyecto final de graduación, para optar por el título del Posgrado de Salud Pública con énfasis en Gerencias de Salud de la Universidad de Costa Rica.

Atentamente,

DIRECCIÓN GENERAL H.S.J.D.

[Firma manuscrita]
 Dra. Virya Castro Acuña
 SUB-DIRECTORA GENERAL A.I.



VCA/dpc

ANEXO: OFICIO

c.i.
 Dr. Mario Sibaja Campos, Jefe Sección de Medicina
 Archivo

Ref. Oficio de fecha 04-10-2016. Caso Dra. Martha Sosa Herrera