

PN ABX 348
ISN 97335

GARANTIA DE CALIDAD EN COSTA RICA

*Resultados de la gestión de los equipos de mejora en
los procesos seguidos en establecimientos de Salud
de la Caja Costarricense de Seguro Social*

Octubre 1995

Licda. Marta González
Dr. Héctor Colindres
Dr. Orlando Urroz
Dra. Jessie Orlich
Tisna Veldhuyzen van Zanten, Ph.D.

Resumen Ejecutivo

En los últimos años Costa Rica ha sufrido un cambio organizativo fundamental en la prestación de sus servicios de salud. En virtud del plan de reforma del sector de salud, la Caja Costarricense del Seguro Social se ha encargado de prestar todos los servicios de salud pública en el país, tanto preventivos como curativos. En la actualidad, el Ministerio de Salud trabaja por fortalecer su papel de institución encargada del establecimiento de normas y de la vigilancia de su cumplimiento en el sector de prestación de servicios. Un modelo nuevo e integrado de prestación de servicios de salud complementa este cambio de responsabilidades, que se basa en los principios de descentralización de la prestación de servicios y mayor participación tanto de la comunidad como del personal de salud en las decisiones pertinentes. Entre los objetivos principales del plan de reforma está la mejora del acceso, la calidad y la prestación de servicios según las necesidades de la población.

Costa Rica ha tomado en serio la búsqueda de una mejor calidad e iniciado una serie de iniciativas en ese campo. El Proyecto de Garantía de la Calidad, en colaboración con el Proyecto de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe (LAC HNS) financiado por la USAID, ha prestado asistencia técnica durante los últimos dos años para introducir la metodología de mejora de los procesos de prestación de servicios en siete hospitales y clínicas de la región de salud Central Sur. Se esperaba que los estudios resultantes de esta mejora llevaran a solucionar los problemas concretos en cada uno de estos establecimientos de salud y sirvieran de modelo para duplicarlos en otras instalaciones del país.

La metodología utilizada en Costa Rica comienza con la premisa de que la importancia de las mejoras continuas de la calidad puede demostrarse de manera convincente mediante la solución sistemática real de problemas particulares que el personal de salud defina como prioritarios. Y esto fue, en realidad, lo que sucedió. El éxito de este esfuerzo superó las expectativas no solamente del personal de salud que participó sino de las directivas de la Caja del Seguro Social, del Ministerio de Salud y de las autoridades regionales de salud a quienes se les presentó los resultados.

Un total de siete equipos participaron en el estudio: dos hospitales, cuatro clínicas y un distrito regional de salud. Los participantes de estos centros de salud reconocieron la importancia de la idea que tienen los pacientes de la calidad de los servicios e identificaron los problemas que se concentraban directamente en la interacción de los pacientes con los proveedores de salud. Los problemas identificados incluyeron los siguientes: el alto número de pacientes rechazados diariamente en la clínica externa de obstetricia y ginecología; el largo tiempo de espera de los pacientes diabéticos para consultas de seguimiento; la demora en recuperar los registros médicos de los pacientes en la clínica externa; las largas filas para hacer una cita médica; la larga duración de la hospitalización preoperatoria; y, por último, el número de pacientes pediátricos que no eran atendidos diariamente. La oficina de salud del distrito escogió como su problema la demora en responder a la correspondencia recibida.

Un equipo de personal de salud que trabaja en la clínica o en el hospital realiza todas las etapas del ciclo de mejoramiento de calidad. Dicho equipo es interdisciplinario y está compuesto por representantes de todos los departamentos o secciones del establecimiento afectado por el

problema objeto de estudio. Por ende, en el caso de una clínica donde la recuperación de los registros médicos de un paciente externo se consideró un problema, los miembros del equipo incluyeron a enfermeras y médicos de la clínica de consulta externa lo mismo que a representantes de los archivos donde se guardan los registros. La idea de incluir personal que trabaja en cada uno de los campos relacionados con el problema, así como representantes de diferentes grupos profesionales se considera esencial para el éxito de la labor del equipo. El análisis profundo del problema, el diseño cuidadoso y creativo de soluciones y el apoyo a los cambios previstos será posible solo si el personal de todas las secciones del centro de salud participa en el proceso completo desde el principio.

Cuatro de los siete grupos pudieron reducir mucho el problema como se había identificado en un principio. Por ejemplo, el número de pacientes rechazados en la clínica de obstetricia y ginecología se redujo de 15,5% a 0%, el tiempo de espera en recuperar los registros médicos disminuyó de 70 a 24 minutos y el tiempo de espera de los pacientes diabéticos se aminoró de 5,7 horas a 3,7.

En el hospital que se concentró en la duración de la hospitalización preoperatoria, el problema se redujo ligeramente pero, lo que es más importante aún, se ha iniciado una segunda etapa del estudio en la que participa un mayor número de representantes del personal, particularmente del que trabaja en cirugía.

En una clínica, los datos recopilados revelaron que la población de pacientes cambiaba según la estación agrícola. La afluencia de trabajadores migratorios durante ciertos períodos del año dejó en claro que las distintas mejoras debían formularse según la época del año. La información obtenida del análisis del problema ha motivado al personal a buscar distintas soluciones encaminadas a satisfacer las necesidades de los diferentes grupos de población. De igual manera, el hospital que rechazaba diariamente un sinnúmero de pacientes pediátricos ha decidido buscar la participación de otros centros regionales de salud con el objeto de estudiar el problema más a fondo.

Varios grupos pudieron identificar otros beneficios como resultado directo de los cambios implantados. En varias clínicas las filas de espera y otros servicios afines, tales como los de farmacia, disminuyeron. De la misma manera, tanto los pacientes como las comunidades se dieron cuenta de la nueva forma de pensar del personal de salud y, como resultado, comenzaron a participar más directamente en las actividades para mejorar la prestación de servicios de salud en sus comunidades. Si bien antes de estos cambios el personal médico estaba sobrecargado de trabajo y se había pedido un aumento del número de empleados, con la nueva organización disminuyó la sobrecarga de trabajo para todos. Por último, los equipos que participaron en la mejora de los procesos han decidido no solo vigilar los logros ya alcanzados para asegurarse de su continuidad, sino también crear nuevos equipos para solucionar diferentes problemas, instituyendo así un plan de trabajo continuo para mejorar los servicios prestados en sus centros de salud.

Se brindaron capacitación y apoyo a los siete centros de salud mediante una serie de talleres y clases particulares. La experiencia adquirida en Costa Rica y en otros países ha demostrado que es necesario prestar a los equipos un intenso apoyo en todas las etapas del ciclo de mejora de los procesos para asegurarse de que completen todo el ciclo con éxito y aprendan a emplear los instrumentos y técnicas que son una parte integrante de la metodología.

Sin embargo, los resultados, la dedicación y la planificación de actividades continuas de mejoramiento de la calidad demuestran ampliamente que el enfoque utilizado para incorporar mejoras continuas de la calidad es muy exitoso.

Introducción

En los últimos años, Costa Rica ha adoptado fuertemente y en forma pública el mejoramiento de la calidad en la atención de salud como una de las piedras angulares de la reforma de salud. Esta reforma, todavía en marcha en los últimos años, se ha necesitado en gran medida debiendo a los cambios en el perfil epidemiológico de la población y los incrementos crecientes en los costos de atención de salud.

Durante las últimas tres décadas, Costa Rica ha alcanzado niveles sobresalientes de desarrollo social y sanitario, en gran parte como resultado de la estabilidad política y una inversión sustancial en el sector de salud, adquiriendo una proporción importante (7-10%), en relación al ingreso nacional *per cápita*. Esta inversión fue acompañada por un significativo mejoramiento en los indicadores de salud, tales como los índices de mortalidad infantil y la esperanza de supervivencia de recién nacidos. Simultáneamente tuvo lugar un cambio en el perfil epidemiológico comparable al de países más desarrollados.

El aumento de la población y el cambio del perfil epidemiológico exigieron una mayor inversión de recursos para la atención sanitaria, bajo del modelo de prestación de servicios implantado. El deterioro económico, sin embargo, no permitió asignar un aumento del gasto público al sector de salud, que causó, en años recientes, una reducción de los índices de salud. Dentro del reajuste estructural global del país se logró un consenso sobre un nuevo modelo de atención. Este nuevo plan de reforma del sector de salud tiene como base fundamental un modelo de atención integral, basado en la prevención de las enfermedades, el fortalecimiento de las instituciones con desconcentración en la toma de decisiones, el énfasis a nivel local de una revisión del modelo de financiamiento, la atención del ambiente y el compromiso e involucramiento del personal y la comunidad envuelta en el mantenimiento del estado de salud.

Como parte de la reforma, fue establecida una nueva distribución de responsabilidades entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). El Ministerio tiene la responsabilidad rectora del sector de salud, incluyendo la formulación de normas y la vigilancia de su cumplimiento en el sector de prestación de servicios, tanto público como privado. La CCSS ha asumido la responsabilidad de prestar todos los servicios de salud pública en el país, tanto preventivos como curativos.

Estos objetivos constituyen componentes integrales del esfuerzo más general de mejoramiento de calidad, perseguido por la CCSS desde hace varios años. El objetivo principal del plan de reforma pretende "fortalecer la capacidad de dirección y planeación sectorial, mejorar la cobertura, la accesibilidad, la oportunidad, la calidad y el ámbito de operación de los servicios de salud, acorde a las necesidades de la población y en función de las condiciones económicas del país."¹

1. Caja Costarricense de Seguro Social, Unidad Preparatoria del Proyecto de Reforma del Sector Salud, El proyecto de reforma del sector salud. Documento resumen. San José, Costa Rica, junio de 1993, p. 2

Programa de mejoramiento de calidad

La CCSS ha considerado seriamente la búsqueda de una mejor calidad y ha tomado una serie de iniciativas en este campo². El Proyecto de Garantía de Calidad en colaboración con el Proyecto de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe (LAC HNS), ha ofrecido apoyo técnico a la Caja durante los últimos dos años para introducir la metodología de garantía de calidad como parte de la reforma del sector de salud. Tras varias reuniones de promoción y coordinación con USAID, CENDEISS³, y la Dirección General de Salud y Dirección Técnica de Servicios de Salud, los siguientes objetivos estratégicos fueron establecidos:

- Realizar actividades de garantía de calidad en áreas prioritarias, dando énfasis a aquellas intervenciones que aumenten la satisfacción del cliente y que generen actitudes positivas del público hacia los servicios de salud.
- Evaluar y analizar los cambios que surjan del mejoramiento mediante la identificación de áreas de ahorro y de gasto excesivo.
- Efectuar actividades de garantía de calidad que puedan repetirse en otros lugares de la institución y del sector.
- Fomentar y apoyar la introducción de actividades de garantía de calidad de forma rutinaria en todas las áreas de prestación de servicios.

Metodología

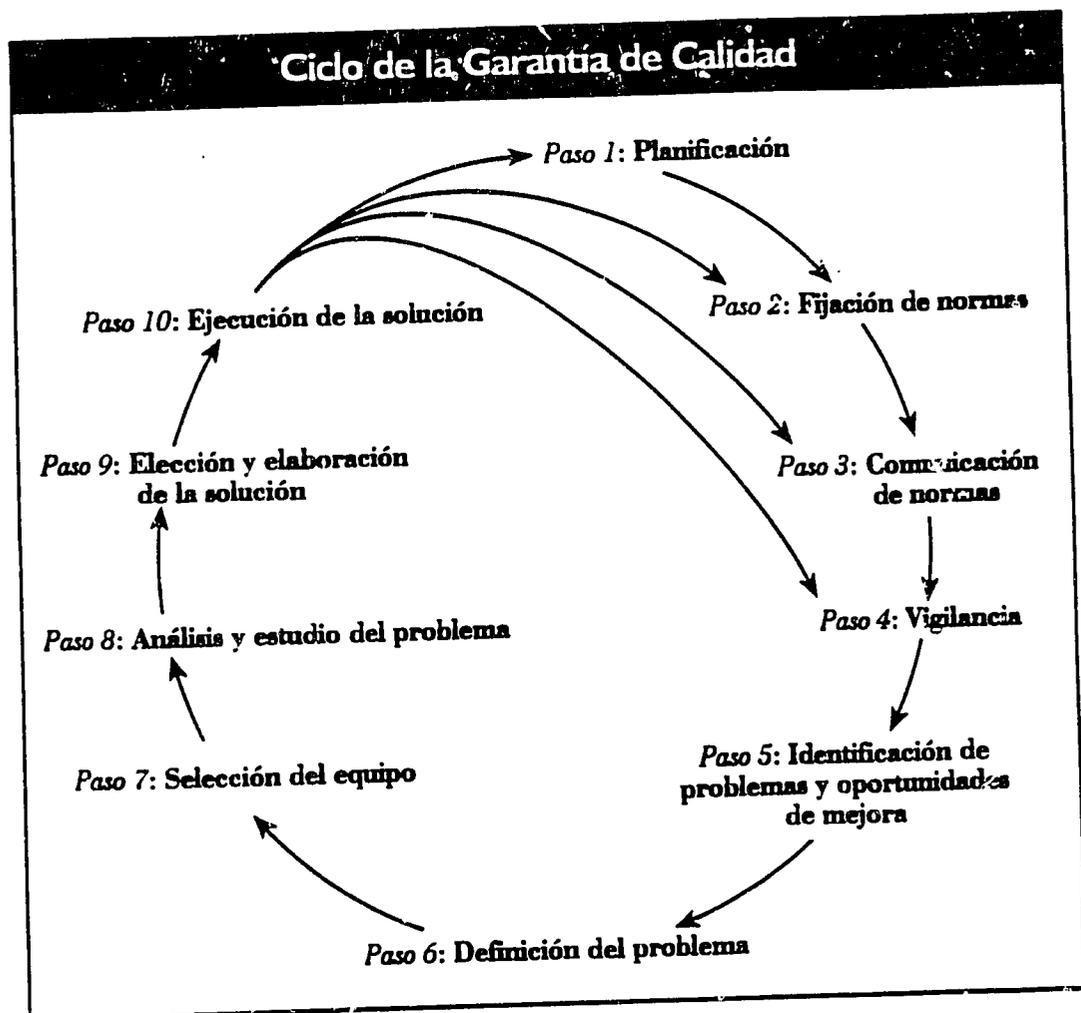
La metodología de Garantía de Calidad (GC) se concentra en el análisis y mejoramiento sistemático de los procesos a realizar normalmente en el curso de la prestación de servicios de salud. La metodología utilizada en Costa Rica se basa en la premisa de la importancia de un mejoramiento continuo de la calidad, pudiéndose demostrar esta importancia con la adopción de soluciones reales a problemas específicos, definidos como prioritarios por el personal de salud. Al mismo tiempo, la experiencia en varias clínicas puede también demostrar la importancia de una cultura de calidad para lograr éxito en las presentaciones de servicios a largo plazo. El cambio cultural, a través del cual el personal de salud consiente y sistemáticamente adopta el logro de la calidad como la meta más importante de su trabajo es una de las piedras angulares de todo programa continuo mejoramiento de la calidad.

La metodología de la garantía de calidad se considera un proceso cíclico con diferentes niveles de componentes. Este ciclo consiste en diez niveles, cada uno representando un componente esencial de un programa continuo de garantía de calidad. El énfasis en la mejora se concentra

²Otras iniciativas incluyen ayuda técnica de Medex, y SIMPLIT.

³CENDEISS: Centro de desarrollo estratégico e información en salud y seguridad social.

principalmente en los niveles del 5 al 10. Este ciclo de mejoramientos de los procesos puede dividirse en tres etapas: 1) definición y análisis del problema a mejorar, 2) consideración y aplicación de soluciones y 3) evaluación del impacto de las soluciones al problema original. Un equipo de personal de salud que trabaja en la clínica o en el hospital realiza todas las etapas del ciclo. Dicho equipo es interdisciplinario y está compuesto por representantes de todos los departamentos o secciones del establecimiento afectado por el problema objeto de estudio. La idea de incluir personal que trabaja en cada uno de los campos relacionados con el problema, así como representantes de diferentes grupos profesionales, se considera esencial para el éxito de la labor del equipo. El trabajo en equipo es imprescindible para mejorar la calidad, lo que implica que todos los que trabajan en el área del problema deben involucrarse en todas las etapas del estudio. El análisis profundo del problema, el diseño cuidadoso y creativo de soluciones y el apoyo a los cambios previstos, será solo posible si el personal de todas las secciones del centro de salud participa en el proceso completo desde el principio.



Cada grupo identificó un problema prioritario, analizó sus causas y elaboró indicadores para medir el problema. Se enseñó a utilizar los instrumentos adecuados, como flujogramas y diagramas de causa/efecto. Se diseñaron instrumentos para la recolección de datos, junto con un plan de implementación, que incluyó la comunicación del estudio a las jefaturas y resto del personal, la identificación de interesados e involucrados y otros en el equipo y la recolección y tabulación de los datos.

Los equipos emplearon una serie de instrumentos en las diferentes etapas de mejora de los procesos: para la definición y el análisis del problema se utilizaron la exposición de ideas, el flujograma y el diagrama de causa y efecto. Con base en la selección de lo que cada equipo consideró que era la raíz del problema, se elaboraron indicadores y se recopilaron datos para determinar la magnitud del problema y sus principales causas. Un análisis de los resultados de los datos recopilados permitió al equipo entender mejor la naturaleza del problema y, por consiguiente, orientar mejor las soluciones formuladas. Mediante una lluvia de ideas, los equipos planearon diversas soluciones posibles. La solución que se consideró como la mejor se escogió usando una matriz de decisión de criterios múltiples. Después de una cuidadosa definición de todos los componentes de la solución y del establecimiento de un plan detallado de ejecución, se introdujeron las soluciones y se recopilaron nuevos datos para determinar el impacto de la solución en el problema como se había definido en un principio. Se utilizaron tableros de narración para la presentación final de los resultados. Un sumario de los resultados está presentado en Anexo II.

Todo el personal de los centros de salud que participó en el estudio se dio cuenta de la importancia del paciente en el esfuerzo de mejorar la calidad de servicios. Por eso, las problemas seleccionados en esta primera fase concentraron sobre las áreas de interacción directa con los pacientes.

Problemas identificados

1. Alto número de pacientes rechazados diariamente en la clínica externa de obstetricia y ginecología.
2. El largo tiempo de espera de los pacientes diabéticos para consultas de seguimiento.
3. La demora en recuperar los registros médicos de los pacientes en la clínica externa.
4. Las largas filas para hacer una cita médica.
5. La larga duración de la hospitalización preperatoria.
6. El número de pacientes pediátricos que no eran atendidos diariamente.
7. La demora en responder a la correspondencia recibida.

RESULTADOS DEL TRABAJO DE LOS EQUIPOS DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD DE SERVICIOS

CENTRO DE SALUD	TAMAÑO DEL PROBLEMA	SOLUCIONES	IMPACTO
<p><u>Clínica Dr. Solón Nuñez</u></p> <p>Atraso en la entrega de los informes diagnosticados y de los expedientes clínicos de los pacientes de consulta externa.</p>	<p>-Tiempo de atraso de los expedientes: mínimo 39 minutos en 62% de los casos</p>	<p>-Los expedientes de las citas previas deben estar listos a las 3:30 pm del día anterior.</p> <p>-Educación -Motivación -Coordinación para el seguimiento.</p>	<p>Tiempo de atraso: 26 minutos (58% de los casos)</p> <p>-Sistema de monitoreo establecido</p> <p>-Dar citas antes a clientes de alto riesgo</p> <p>-Mejor organización de archivos</p> <p>-Transformación de los centros comunitarios</p> <p>-Salida de dos médicos en la comunidad</p> <p>-Colas en otros departamentos de la clínica disminuyeron</p>
<p><u>Clínica Dr. R. Moreno Cañas</u></p> <p>Alto índice de rechazo de pacientes que acuden a la consulta externa de gineco-obstetricia.</p>	<p>-26.5% de las pacientes rechazadas</p> <p>-44% de las consultas de ginecología fueron por control prenatal.</p> <p>-Los diagnósticos mas importantes en ginecología.</p> <p>-Tiempo de espera para una cita en ginecología 2 meses</p> <p>-103% del rendimiento por especialistas en ginecología</p> <p>-Bajo% de pacientes atendidas en consulta de planificación familiar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se trasladó la consulta prenatal por un médico general 2. Charlas en aspectos básicos de gineco-obstetricia y planificación familiar y patología general para médicos y enfermeras 3. Almacenamiento de medicamentos con instrucciones y protocolo de tratamiento para enfermeras 	<p>-0% de pacientes rechazadas</p> <p>-5% de pacientes referidas</p> <p>-Tiempo de espera para una cita en ginecología: 1 día.</p> <p>-82% de pacientes atendidas en consulta de planificación familiar.</p>

CENTRO DE SALUD	TAMAÑO DEL PROBLEMA	SOLUCIONES	IMPACTO
<p><u>Clinica Integrada de Puriscal</u></p> <p>Permanencia prolongada del paciente diabético de la consulta externa.</p>	<p>-Tiempo de espera: 5-8 horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Inicia de la actividad educativa a las 7:00am -consulta médica atendida por un médico -Habilitar ventanilla para diabéticos en la recepción. -Asignar cita del laboratorio en recepción de la consulta externa 	<p>-Tiempo de espera: 3-7 horas</p>
<p><u>Hospital de Liberia</u></p> <p>Espera preparatoria hospitalaria prolongada en pacientes que ingresan para cirugía electiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Espera por un mínimo de 66 horas -Espera por un máximo de 221 horas 	<ul style="list-style-type: none"> -Solamente intentar ... pacientes con valoración preoperatoria completo en consulta externa -Servicio de cirugía en una misma ala -Historia clínica tan pronto ingrese el paciente -Solo con donación sanguínea realizada. -Estándar 48 horas 	<ul style="list-style-type: none"> -Espera promedio 59 horas -Espera máxima 287 horas -Ahorro posible/mes: ginecología 391513 colones cirugía 120157 colones

Resultados de los equipos

A. El equipo de la **Clínica Solón Nuñez** escogió como su problema el atraso en la entrega de los informes diagnosticados y de los expedientes clínicos de los pacientes de la consulta externa. Este estudio no solamente obtuvo resultados excelentes. El tiempo de atraso fue cortado de 39 minutos a 26 minutos, pero más importante fue la atención especial ofrecida a clientes a alto riesgo para dar citas. También a partir de los resultados obtenidos, se consiguieron mejoras importantes en áreas interdependientes con el programa solucionado. De estas caben destacar: las mejoras en la organización, tiempo de entrega y calidad de servicio del Archivo Clínico, del Laboratorio Clínico, de Farmacia, de servicios de apoyo general y del grupo de Enfermería que asiste al personal médico en la Consulta Externa. Se obtuvieron también horas de ocio para los médicos en la Consulta Externa, resultando en la posibilidad de rotación médica en la comunidad, en coordinación con grupos organizados de esta, mejorando el acceso, la oportunidad y la calidad del servicio. Los comentarios y el nivel de motivación y satisfacción del equipo y en general de la unidad asistencial son también bastante satisfactorios.

B. El equipo de la **Clínica Dr. R. Moreno Cañas** resolvió completamente el problema del rechazo de pacientes con necesidad de atención especializada por la ginecóloga de la Clínica. Inicialmente, el equipo demostró una saturación de la relación horas-ginecólogo; sorprendentemente, el problema se solucionó tomando medidas simples de relegar la atención de planificación familiar y problemas de bajo riesgo a enfermeras y médicos generales, a través del diseño y puesta en marcha de ciertos criterios administrativos y protocolos de diagnóstico y manejo clínico.

El número de pacientes de la consulta especializada de ginecología ha disminuído, eliminando los rechazos. La espera de más de un mes por una cita se ha reducido a menos de 24 horas, sobrando horas laborables de ginecología para capacitar y poder apoyar técnicamente a los médicos generales y al equipo en general en sus actividades asistenciales y de promoción de la salud. Los resultados satisfactorios han creado gran motivación entre los miembros del equipo. Estos fueron obtenidos sin inversiones de ningún tipo, ni recursos adicionales haciéndolo ejemplar.

C. El equipo de la **Clínica Integral de Puriscal** estudió la permanencia prolongada del paciente diabético de la consulta externa. El estudio permitió reducir en más de dos horas el tiempo de espera de los pacientes que asisten a la clínica de diabéticos. El estudio realizado permitió obtener una integración realmente exitosa del equipo con un nivel de motivación más alto en relación a todos los grupos. El equipo manifestó su deseo de continuar el nuevo ciclo, para poder mejorar los tiempos de espera obtenidos, e integrar otros equipos en su unidad de trabajo y aprovechar otras oportunidades de mejoramiento.

D. El equipo de la **Clínica de Juan Viñas** obtuvo resultados bastante interesantes. Las condiciones iniciales a partir de las cuales el equipo inició el estudio cambiaron radicalmente. En un principio hubo un rechazo menor de 10 pacientes por mes, pero aún así existían prolongadas colas de espera a primeras hora de la mañana para la obtención de citas. Esto causó

motivo de preocupación al equipo que estudió el problema. El equipo diseñó propuestas de mejoramiento, sin embargo, para su sorpresa, descubrió un rechazo de más de 300 pacientes al mes y colas más largas. Un análisis de la situación demostró que la población inicial se había incrementado sorprendentemente debido a la llegada de emigrantes, principalmente nicaragüenses, quienes llegaron para trabajar en la zafra azucarera. Este grupo, compuesto en su mayoría por personas enfermas con urgente necesidad de asistencia médica, fue la causa del cambio en los resultados esperados. El estudio, no obstante, brindó una excelente oportunidad de aprendizaje para el resto de los miembros participantes y autoridades, al mostrar el impacto en el estudio de una modificación en las condiciones base. A pesar de ello, el equipo no se desalentó e insistió en el inicio de otro ciclo de mejoramiento del problema derivado de la inmigración. Este se encuentra en fase de análisis con los nuevos datos obtenidos, los cuales fueron nuevamente recolectados para verificar su autenticidad. En la próxima ronda, el equipo incluirá a otros miembros de los niveles primarios para analizar medidas a proponer. Sus miembros se comprometieron a hacer el análisis antes de finalizada la zafra azucarera, (y de que las condiciones vuelvan a presentar un problema), e implantar las medidas concluyentes del análisis. Una vez se haya marchado el grupo de personas inmigrantes, el grupo de estudio volverá tomar nuevos datos para compararlos con los iniciales, basados en la población permanente de la localidad. De esta forma habrá dos estudios; uno realizado al inicio y al final del análisis, basado en la población residente y resultando en la toma de una serie de medidas específicas de reducción de colas de espera, y otro estudio intermedio, basado en el grupo de personas migrantes.

E. El equipo del **Hospital de Liberia** demostró una mejora de un 10% a un 15% en el tiempo de espera de los pacientes internados para cirugía electiva. El estudio permitió mostrar claramente que el incumplimiento del programa de Cirugías en las salas de operaciones es la causa principal del problema presentado. Así mismo se vio, como debido a la falta de participación efectiva del grupo de cirujanos del hospital desde el comienzo del estudio, esta causa no se había considerado como una posibilidad. Por ello, el equipo invitó a los cirujanos, en particular al jefe del departamento, a quién le fueron presentados los aspectos conceptuales básicos incluyéndole en un nuevo ciclo. Este ciclo, en la actualidad está tratando este problema, que ya ha sido definido y analizado. Los indicadores y estándares, así como las matrices del diseño del estudio, instrumentos recolectores y recolección de datos, están en marcha. Actualmente, el grupo está formado por alrededor de 15 miembros, todos con un alto nivel de motivación e involucramiento.

Otro aspecto importante de este estudio, fue la inclusión del cálculo de los costos de los prolongados tiempos de espera de los pacientes en los procedimientos electivos de cirugía. El ahorro sería muy significativo y oscilaría alrededor del medio millón de colones por mes.

F. El equipo del **Hospital de Cartago** no ha podido concluir el estudio. Existieron múltiples problemas en la confirmación de la participación y aportación de algunos de sus miembros, resultando incluso en el abandono del equipo por algunos de ellos. No obstante, este se reorganizó e incorporó a personal clave de la consulta externa de pediatría, tal como

la Directora de la Consulta, médicos generales, la Jefa de Enfermeras y personal administrativo de registros médicos. A pesar de los contratiempos, se rescató el estudio y el equipo se encuentra en la actualidad en la fase de análisis de los datos recolectados para plantear soluciones. El nivel de motivación ha aumentado y es evidente que los nuevos miembros han contribuido al rescate del estudio y al programa de mejoramiento continuo en el hospital.

G. El equipo de la Región Central Sur aún no ha concluido el ciclo de mejoramiento, ya que este equipo no se formó hasta el último momento, por iniciativa propia. El equipo ha definido en términos operativos el problema, lo ha analizado con los instrumentos correspondientes, elaborando matrices e indicadores y estándares de calidad. También se llevaron a cabo pruebas piloto de cronometración del tiempo de trámite de la correspondencia atendida por la Dirección Regional. Estas pruebas han demostrado atrasos importantes. El equipo ha incluido al personal de secretaría y se encuentra a punto de añadir más miembros de otras áreas importantes directamente relacionadas con el estudio para concluir el ciclo.

Futuro del Programa de Garantía de Calidad en Costa Rica

Con la implementación del proceso de mejoramiento de la calidad, la Caja Costarricense de Seguro Social y el equipo del CENDEISSS ha obtenido los siguientes logros concretos:

Un grupo operativo multidisciplinario capacitado en diferentes niveles de la Región Central Sur y Región Chorotega; proyectos de mejoramiento de la calidad en las diferentes unidades de trabajo donde se ha iniciado el proyecto; la incorporación de medidas de cambio e innovación en dichas unidades, con la correspondiente evaluación de su impacto en la eficacia y calidad de los diversos servicios; estudios nacionales y datos propios que demuestren la calidad actual de los servicios y el impacto de la aplicación del enfoque de mejoramiento de la calidad; la documentación y difusión de los resultados y métodos de los estudios de mejoramiento de la calidad para mostrar sus ventajas en el país e impulsar un cambio en la cultura y en los valores de las organizaciones de salud; tres nuevos equipos multidisciplinarios formados en procesos y áreas prioritarias en el Hospital Max Peralta.

Es imprescindible reforzar el equipo del CENDEISSS de manera que cuente con un equipo de facilitadores capacitados para conducir y apoyar los procesos de mejoramiento de la calidad.

La experiencia ha sido fructífera. La aplicación de la metodología ha demostrado que es posible realizar y mejorar, de una manera clínica y continua, la calidad de la atención y de los servicios que lo brindan.

ANEXO I

Calendario de actividades en Costa Rica

La capacitación se ha realizado mediante seminarios teórico-prácticos, con períodos intermedios de asesoría directa. El programa fue elaborado durante una visita exploratoria hecha en marzo de 1993 por Lori DiPrete Brown.

El primer seminario fue realizado en noviembre de 1993 con la ayuda de Anna Dvoredsky, John Holley y Héctor Colindres. Se introdujo el concepto de calidad y de garantía de calidad y el ciclo de mejoramiento continuo; se destacó la importancia del costo y se demostró la elaboración y la utilización de metodologías e instrumentos de investigación; se facilitó la definición de problemas y la identificación de indicadores de medida y se acentuó la importancia del trabajo en equipo. Esta primera etapa de capacitación facilitó la identificación del problema y la oportunidad de mejorar y eliminar sus principales causas, así como la elaboración y aplicación de instrumentos para el estudio. Para comenzar, se seleccionaron tres grupos para su participación en el estudio de la zona Central Sur y Chorotega y Liberia, incluyendo el Hospital Dr. Enrique Baltodano y el Centro de Salud de Puriscal.

Al comienzo de 1994 se elaboró una propuesta para las nuevas autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social, solicitándoseles la inclusión de otras unidades de la Región Central Sur; el Hospital Max Peralta, las Clínicas Moreno Cañas y Solón Núñez, el Hospital William Allen con las Clínicas Juan Viñas y La Suiza. Un total de siete equipos de mejoramiento de calidad participaron en este estudio.

Durante los meses de septiembre y octubre de 1994 se inició la capacitación de los nuevos equipos mediante un seminario sobre liderazgo, manejo del cambio integración y mantenimiento de equipos de alto desempeño y facilitación de reuniones. Se amplió el tema sobre los instrumentos básicos para el mejoramiento de la calidad. Asistencia para esta actividad fue ofrecida por el Dr. Héctor Colindres.

Las oportunidades de mejoramiento identificadas por los equipos fueron:

- Tiempo prolongado de espera de pacientes diabéticos en la consulta externa. Centro Integrado de Salud de Puriscal.
- Tiempo prolongado de espera del paciente internado para cirugía electiva. Hospital Dr. Enrique Baltodano, Liberia.
- Aumentar la cobertura de detección del cáncer cervicouterino. Grupo regional, Región Chorotega, Ministerio de Salud/Caja Costarricense de Seguro Social⁴.

⁴Lamentablemente, los integrantes del equipo de la Región Chorotega del lado del Ministerio de Salud expresaron la imposibilidad de continuar en el equipo por razones del Hospital Dr. Enrique Baltodano para completar su capacitación.

- Atraso en la consulta externa por ausencia o llegada tardía del expediente clínico. Clínica Dr. Solón Núñez.
- Rechazo de pacientes en la consulta de Ginecología. Clínica Dr. Moreno Cañas.
- Largas filas para obtener cita médica en la consulta de la Clínica de Juan Viñas. Equipo del Hospital William Allen y clínicas de adscripción, Juan Viñas y La Suiza
- Rechazo de pacientes de Pediatría. Consulta Externa de las Clínica Ing. Alfredo Volio, Hospital Max Peralta.
- Atraso en el trámite de la correspondencia que atiende la Dirección Regional Central Sur. Equipo Regional.

En diciembre de 1995 se llevó a cabo el Seminario II. El contenido de este seminario se centró en el uso de los instrumentos para el análisis de datos, la creación de soluciones a los problemas identificados, y el manejo de cambios en la organización.

Durante este tiempo se ofreció asesoría técnica a los equipos por el equipo central de CENDEISSS mediante visitas de seguimiento y se ofrecieron sesiones para orientar y actualizar a los nuevos integrantes sobre la metodología.

El Seminario III y el último seminario fueron realizados en junio de 1995.

ANEXO II

NARRACIONES DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD

Clínica Dr. Solón Nuñez

Atraso en la entrega de los informes diagnosticados y de los expedientes clínicos de los pacientes de consulta externa.

Clínica Dr. R. Moreno Cañas

Alto índice de rechazo de pacientes que acuden a la consulta externa de gineco-obstetricia.

Clínica Integrada de Puriscal

Permanencia prolongada del paciente diabético de la consulta externa.

Clínica de Juan Viñas

Largas filas para dar cita en la consulta externa.

Hospital de Liberia

Espera preparatoria hospitalaria prolongada en pacientes que ingresan para cirugía electiva.

Hospital de Cartago

Rechazo de pacientes pediátricos de la consulta externa.

Región Central Sur

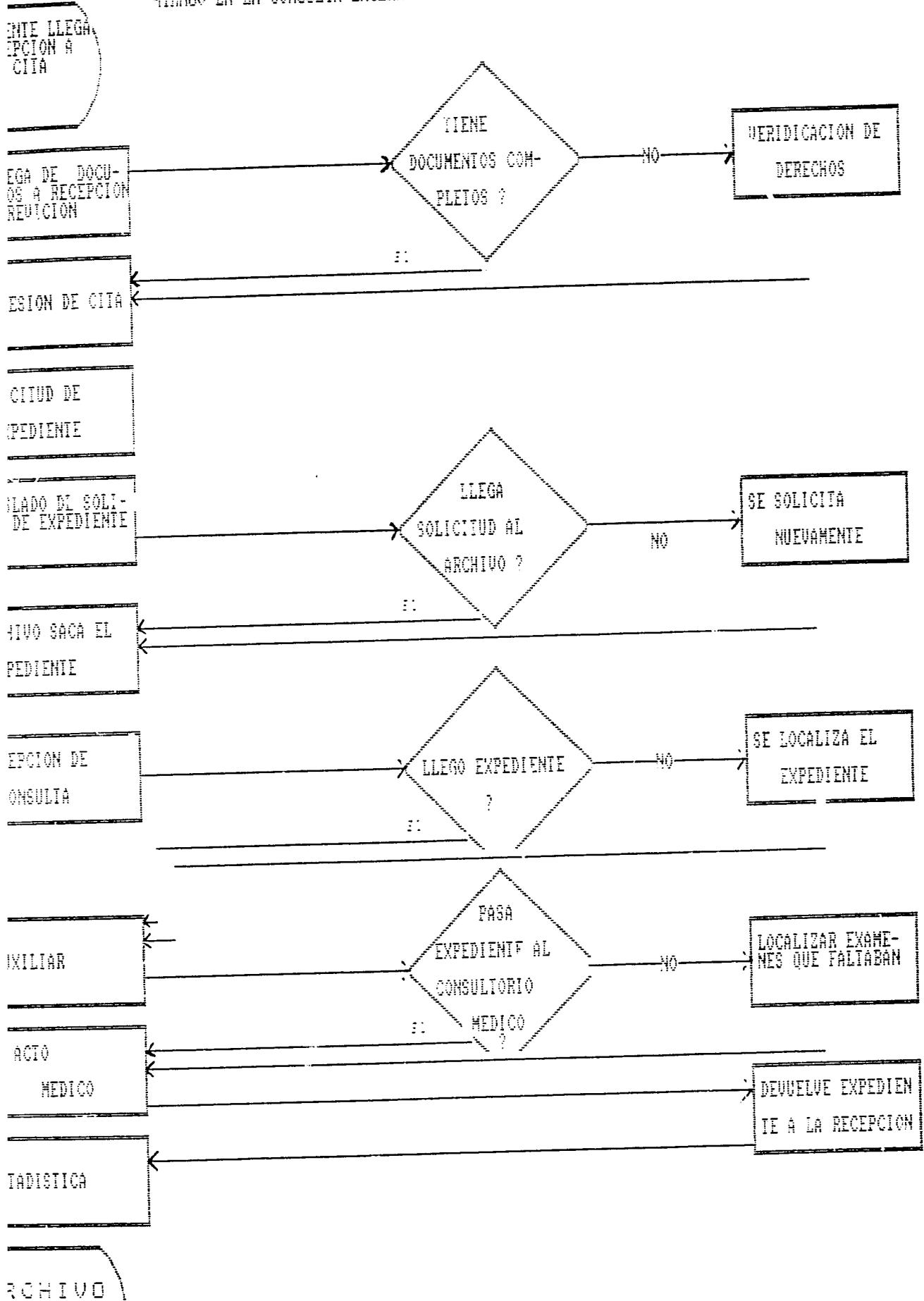
Tiempo de trámite de correspondencia recibida en la dirección regional.

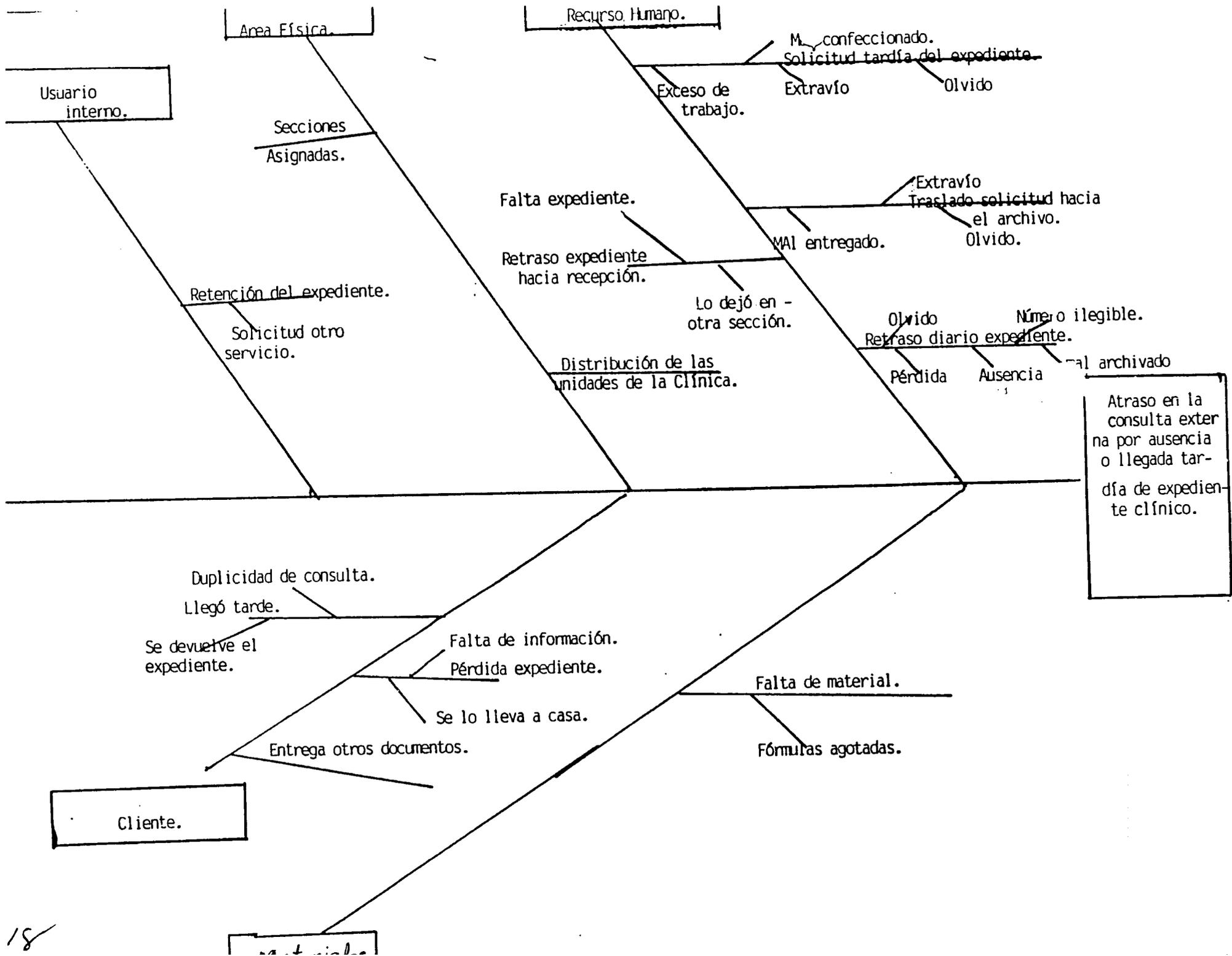
**EQUIPO:
CLÍNICA DR. SOLÓN NUÑEZ**

**PROBLEMA:
Atraso en la entrega de los informes diagnosticados y
de los pacientes de consulta externa**

FLUJOGRAMA

ATRASO EN LA CONSULTA EXTERNA POR AUSENCIA O LLEGADA TARDIA DEL EXPEDIENTE





CAUSAS RAÍCES

- 1 EXPEDIENTE EXTRAVIADO
- 2 EXTRAVIO DEL VALE
- 3 CONSULTA MÉDICA DOBLE

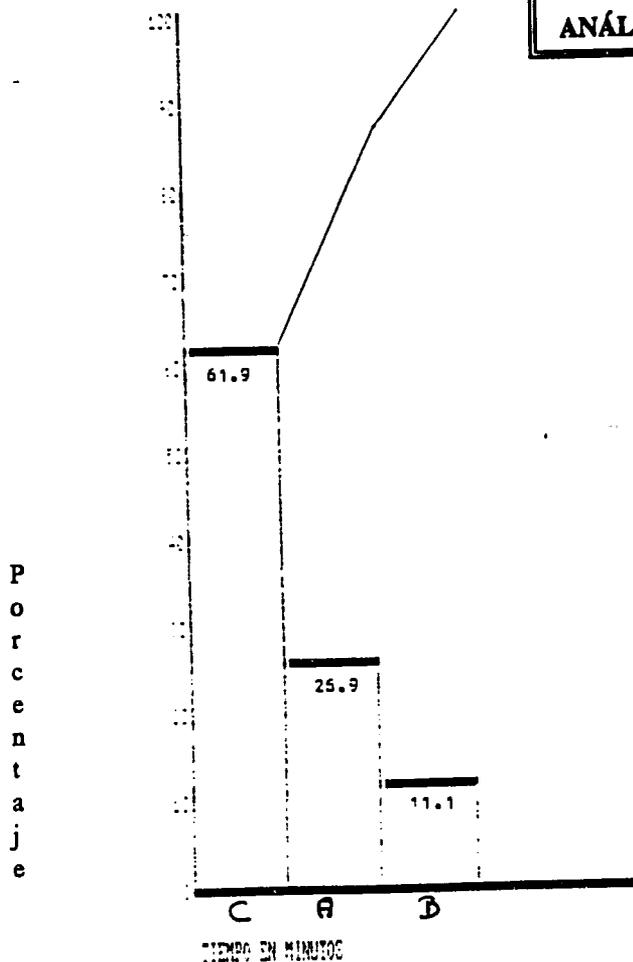
DESARROLLO DE INDICADORES

CRITERIO	INDICADORES	CLARIFICACIONES	EXCEPCIONES	STANDARES
Entrega del expediente clínico en consulta externa	a. No expedientes solicitados por día.	—	—	350 - 900
	b. No expedientes entregados por días.	—	—	350 - 900
	c. % de expedientes entregados a tiempo	—	—	100%
	d. Tiempo (minutos) de entrega del expediente.	Tiempo transcurrido desde que se solicita hasta que llega a recepción.	No existe expediente	0 - 60

MATRIZ PARA EL DISEÑO DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INDICADOR	UNIDAD DE ESTUDIO	FUENTE DE DATOS	TÉCNICA DE COLECCIÓN	PREGUNTA	FRECUENCIA Y MUESTRO
Tiempo de entrega del expediente clínico.	Expediente clínico	Archivo	Observación	1. ¿Cuanto tarda la solicitud en llegar al archivo?	Lunes, miércoles, viernes de 7 a.m. a 10 a.m. Durante 2 semanas. Con el total de los pacientes.
		Recepción	Registro	2. ¿Cuanto tarda el archivo en desarchivar el expediente?	
		Agenda de recepción	Cronometría	¿Cuánto se tarda el archivo en enviar el expediente a la recepción?	
		Vale de solicitud del expediente		¿Cuántos se entregan a tiempo?	
		Tarjetas de recolección de datos			

ANÁLISIS DE LOS DATOS

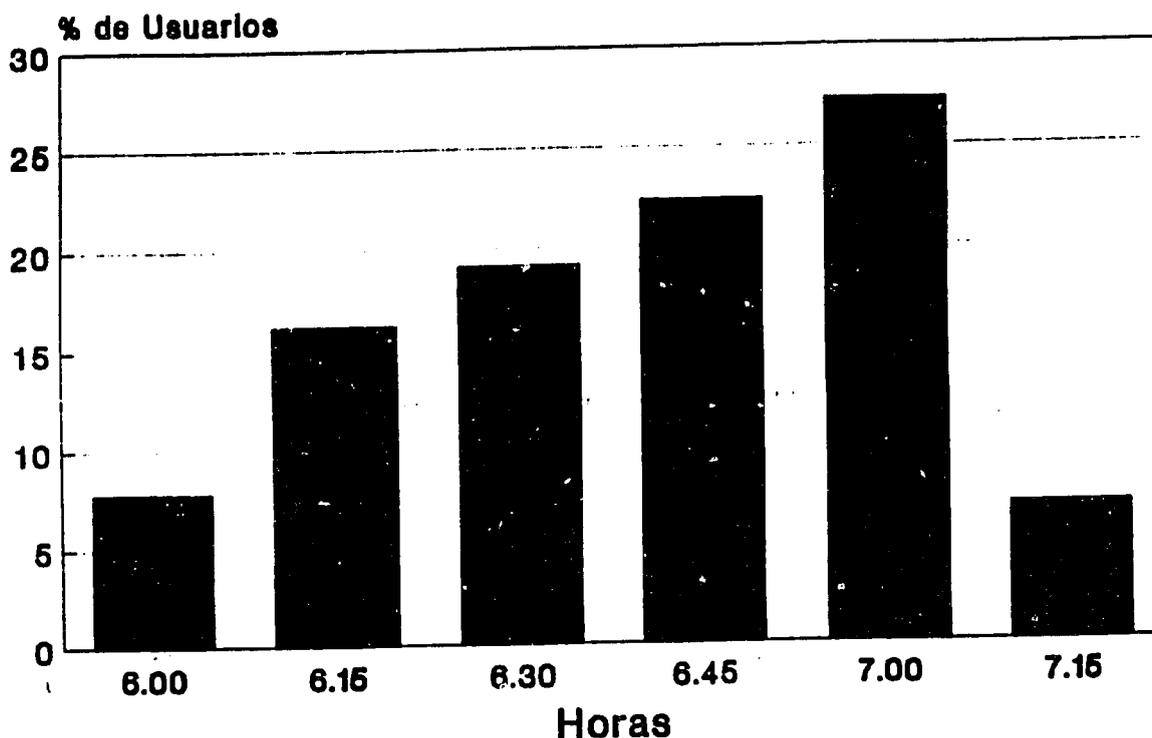


Noviembre 1994

	TE	%	%A
C	39	61.9	61.9
A	17	26.9	88.8
E	7	11.1	99.9

- A. Tiempo transcurrido entre solicitud del expediente y recibo del vale en el archivo.
- B. Tiempo transcurrido en desarchivar el expediente.
- C. Tiempo transcurrido entre solicitud del expediente y recibo del expediente.

Estudio de Largas Filas en C.E. Horas según Número de Pers. en la Cola.



Estudio de la Clínica Juan Viñas. Oct 94

Estudio de Largas Filas en C.E. Motivo de Llegar Temprano a la Clínica

<u>Motivos</u>	<u>Número</u>	<u>Porcentaje</u>
Conseguir Cita	73	43.99
Recibir Atenc. Rapida	73	43.99
Elegir Medico	20	12.02
Total	166	100

Invest. Clínica Juan Viñas. Oct 1994.

SOLUCIÓN ELEGIDA

Componentes	Restricciones
A. Educación de los involucrados en el proceso.	Falta de tiempo y colaboración
B. Motivación al cambio de horario al personal involucrado	Resistencia al cambio
C. Coordinación con los en cargados para el seguimiento.	Ausencia de autoridad en los encargados.

MODELO FINAL DE LA SOLUCIÓN

Educar y motivar al personal y a los encargados con autoridad (recepción y archivo), para que los expedientes de las citas previas estén listos a las 3:30 p.m. del día anterior.

RESULTADOS

ANTES		DESPUÉS	MANTENIMIENTO
%	69	58.0	58.0
Tiempo de espera	39	26.0	26.0
FECHA	XI - 94	III - 95	IV - 95

CALIDAD TOTAL SU APLICACIÓN EN LA ENTREGA DEL EXPEDIENTE MÉDICO

Estando lista la programación, el momento más difícil es cuando se enfrenta a la realidad de los grupos organizados, llámense sindicatos, sociales, culturales, colegiados etc. y hacerles ver las bondades, las cualidades, ventajas, importancia, etc, etc. de estos mejoramientos continuos.

Se citó a cada grupo por separado, los que demostraron poco interés se les volvió a citar y explicar dichas ventajas, hasta que el entusiasmo hizo efectos en ellos.

Cuando se logra demostrar a dichos grupos organizados la nobleza de los planes, sucede igual que cuando se hecha a correr una pequeña bola de nieve, que a cada giro crece más, hasta convertirse en una gran bola de nieve.

De un momento a otro, los deseos al cambio eran tantos, que se nos empezó a desbordar aquel entusiasmo, como cuando un globo de agua llega a su límite y explota.

Todos a la vez echaron andar los proyectos, el archivo que tantos problemas había ocasionado durante largos años, empieza a bajar los tiempos de entrega del expediente clínico de 1 hora 10 minutos a 30 minutos y actualmente a 24 minutos.

El personal médico deja de reclamar por la falta de expedientes al inicio de su consulta, y para mejorar el sistema se empiezan a citar el día anterior a los pacientes que sean asegurados directos, niños, embarazadas y adultos mayores. Por lo que los expedientes esperan en cada sección médica desde el día anterior.

Como consecuencia de estos pequeños detalles y como arte de magia, las grandes aglomeraciones afuera de la clínica a las 5 de la mañana, han desaparecido, aquellas ventas de panecillos y café que le ponían entusiasmo y vigor a esa larga espera, sólo son recuerdos. Actualmente es escasa la concurrencia, los atropellos a los niños, embarazadas y ancianos sólo son historias de terror del ayer.

Mensualmente hemos estado realizando controles de los tiempos de entrega de los expedientes, con la finalidad de verificar las variantes por día y por mes, con la satisfacción de que los tiempos se mantienen con pequeñas variaciones de uno a tres minutos y nos podemos dar el lujo de saber el sitio exacto donde se presenta alguna falla, llámese recepción-archivo, archivo, archivo-recepción ..

COMO HA CORRESPONDIDO LA COMUNIDAD??

La comunidad tampoco quiso quedarse al margen del progreso, como grupos organizados empiezan a convertir los centros comunales en centros médicos. Buscan personas adhonoren par tal fin, amueblan y acondicionan el futuro consultorio médico, montan su archivo, se presentan a la clínica para su debida preparación, les enviamos al médico y arranca aquel engranaje.

La clínica se descongestiona, ya en sus pasillos se puede deambular ampliamente, las largas filas en la farmacia disminuyen notablemente, máxime que, una sola persona enviada por dichos centros médicos comunales, hace entrega de las recetas y la misma las recoge para ser entregadas en ocasiones en sus propios domicilios.

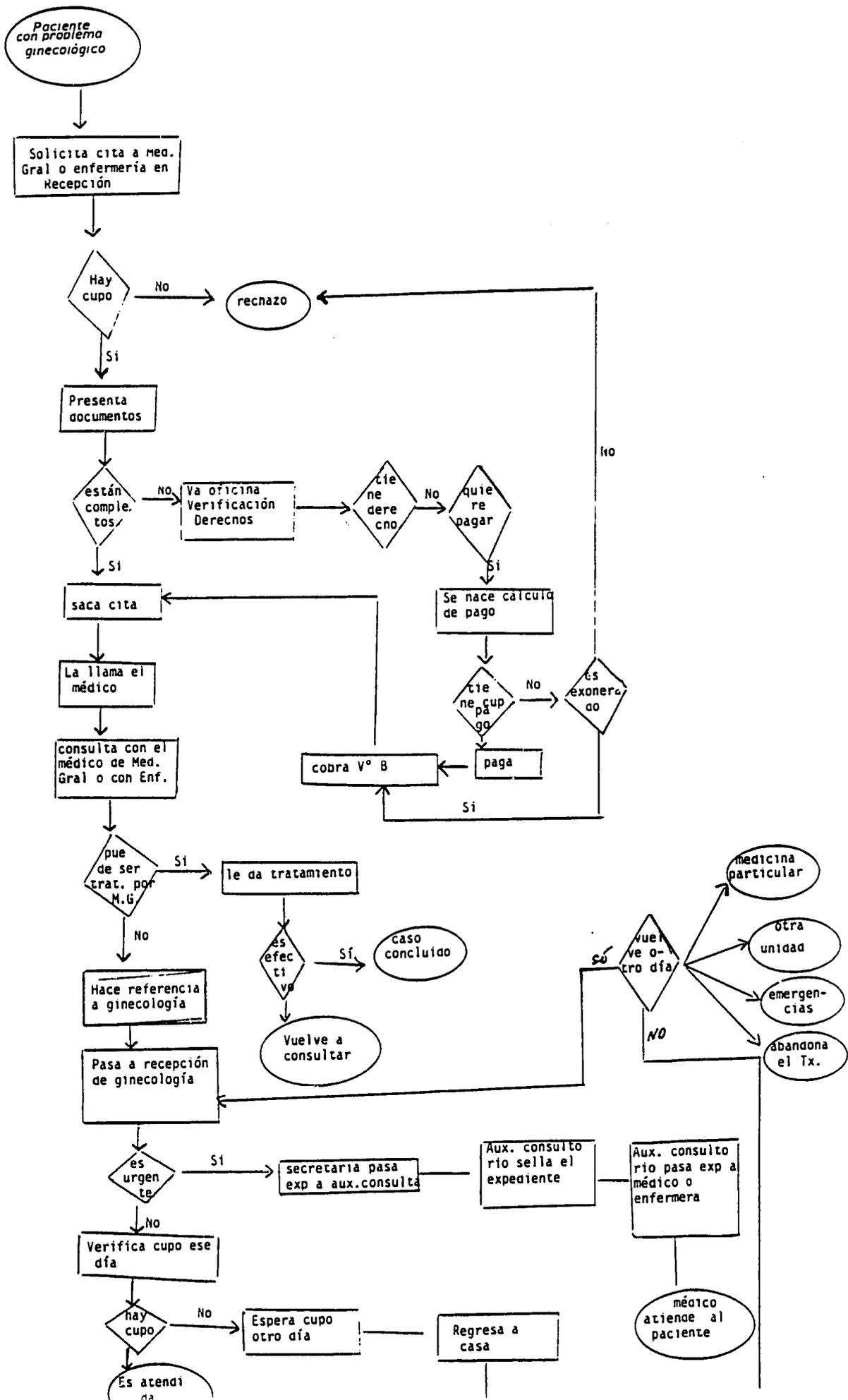
El laboratorio clínico en su afán de cooperar, refuerza al personal de recepción y aquellas largas filas ya, a las 7-30hs. han desaparecido. Así mismo las solicitudes para los análisis, son llevados por la misma persona del centro de salud comunal, con sus respectiva citas.

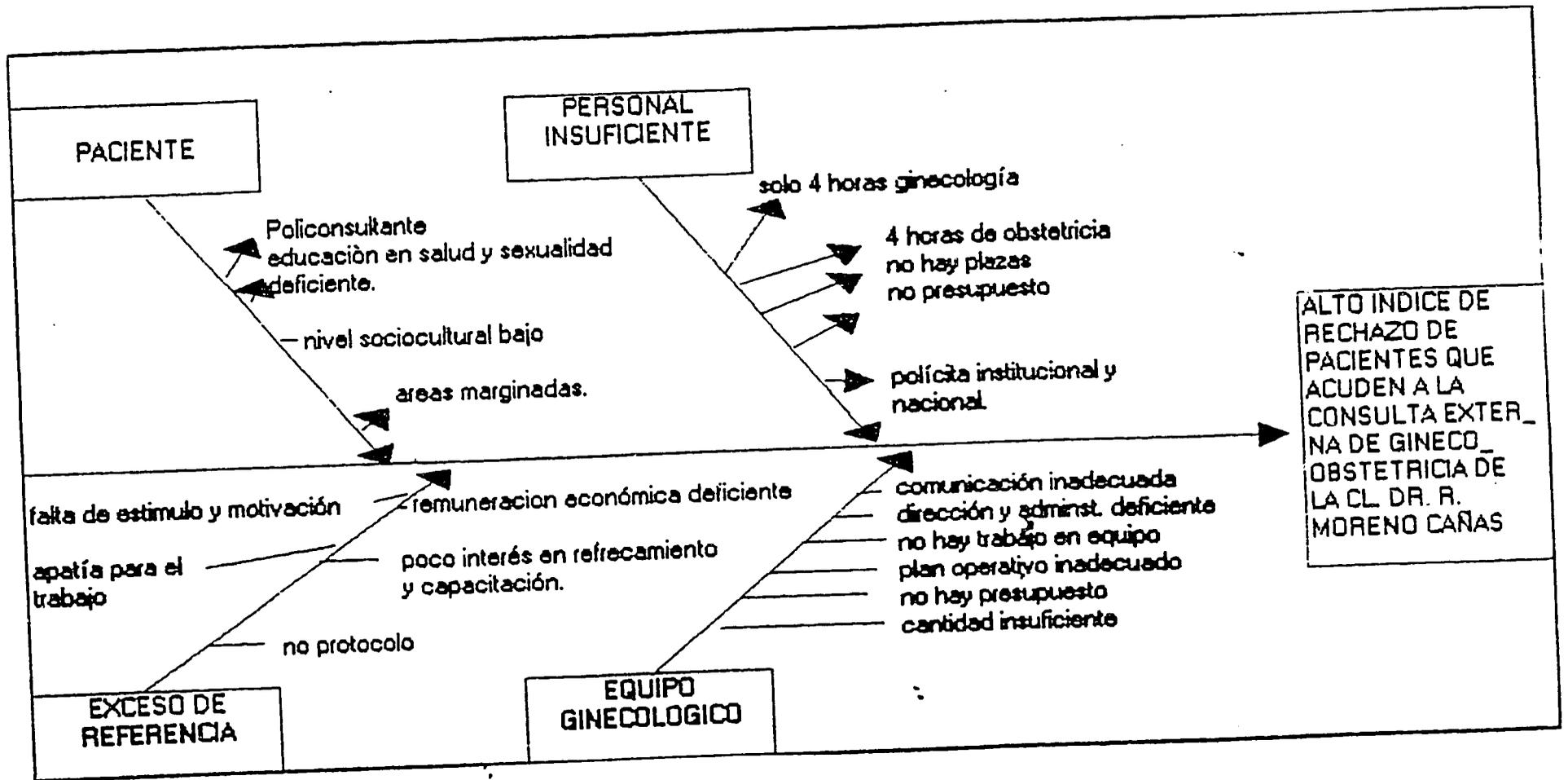
El fin se ha logrado, se deberá insistir en su evaluación frecuente, porque de la misma forma como se formó aquella bola de nieve de grandes dimensiones, se puede deshelar por falta de interés, estímulos y comunicación.

**GRUPO CALIDAD TOTAL
CLÍNICA DR SOLON NUÑEZ FRUTOS**

EQUIPO:
CLÍNICA DR. R. MORENO CAÑAS

PROBLEMA:
**Alto índice de rechazo de pacientes que acuden a la
consulta externa de gineco-obstetricia**





CAUSAS RAÍCES:

Mayor demanda que oferta en la consulta de gineco-obstetricia.

Exceso de referencia por falta de resolución de los problemas ginecológicos en la Consulta General y Planificación Familiar.

NARRACIONES DE EVALUACION Y MEJORAMIENTO DE CALIDAD

Análisis y Desarrollo de Soluciones

Tal y como fue indicado en la última parte del curso recibido en el mes de diciembre de 1994, se procedió a elaborar e implementar los modelos de solución óptimos.

Se trasladó la consulta prenatal, de modo que fuera brindada por un médico de familia, dejándose únicamente para el especialista en gineco-obstetricia los casos de embarazo de alto riesgo.

También se procedió a dar charlas de educación en aspectos básicos de gineco-obstetricia para el personal médico y la enfermera de planificación familiar, con la finalidad de lograr disminuir el número de pacientes referidos a la consulta de gineco-obstetricia, al capacitarse en el abordaje de patología sencilla y frecuente.

Se proporcionó a la enfermera de planificación familiar un stock de medicamentos debidamente identificados y con las instrucciones precisas, sugeridas por la ginecóloga, para lograr el tratamiento más eficiente de leucorreas que llegan a su consulta, evitando así las referencias a gineco-obstetricia, por esta patología.

Además se elaboró un protocolo escrito del tratamiento de las patologías gineco-obstétricas más frecuentes, el cual se repartió a los médicos generales.

Está pendiente de ejecutarse, la rotación de los médicos generales por el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital San Juan de Dios, por haberse programado esta actividad, a un año plazo.

SOLUCIONES Y MÉTODOS DE IMPLEMENTACIÓN

1.-Aumentar la cobertura de atención ginecológica en un 30 % implementando la Consulta Prenatal por el médico familiar y/o enfermera obstétrica.

La consulta de Pretanales fue trasladada al Médico de Medicina Familiar a partir del 15 de enero.

La atención de los casos de alto riesgo son atendidos por la Ginecóloga.

2.-Mejorar el rendimiento de la consulta de Planificación Familiar hasta alcanzar un mínimo de un 80%.

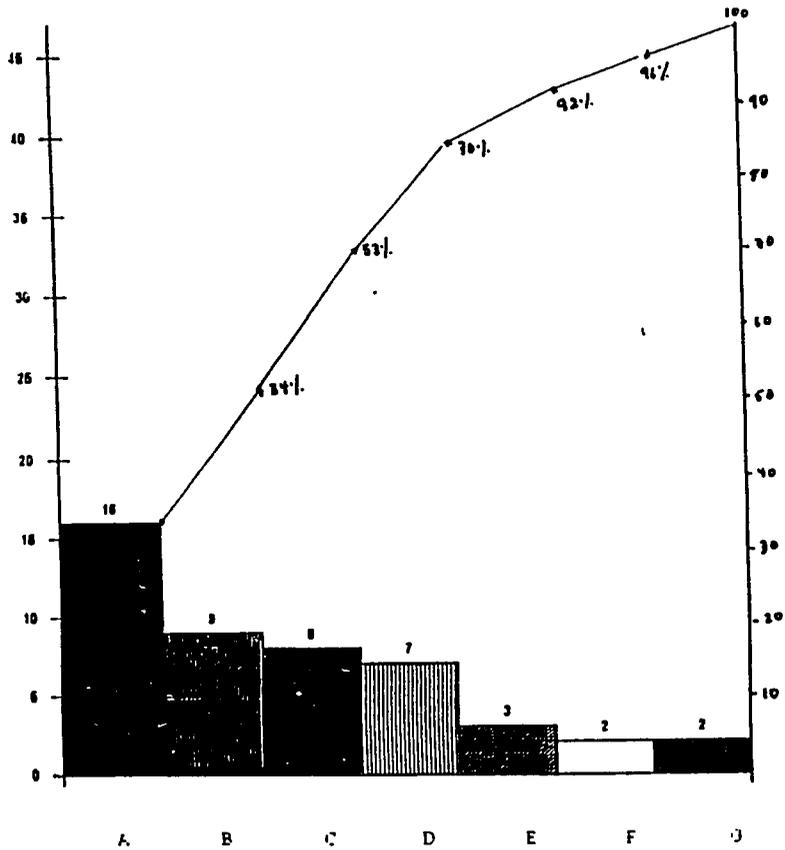
La consulta de Planificación Familiar tuvo un rendimiento de un 83%.

3.-Capacita al médico general y a la enfermera de Planificación en el abordaje de la paciente ginecológica.

Se realizó curso de capacitación en el abordaje de la paciente ginecológica para los Médicos y enfermera de Planificación, 27 abril, 4 y 11 de mayo.

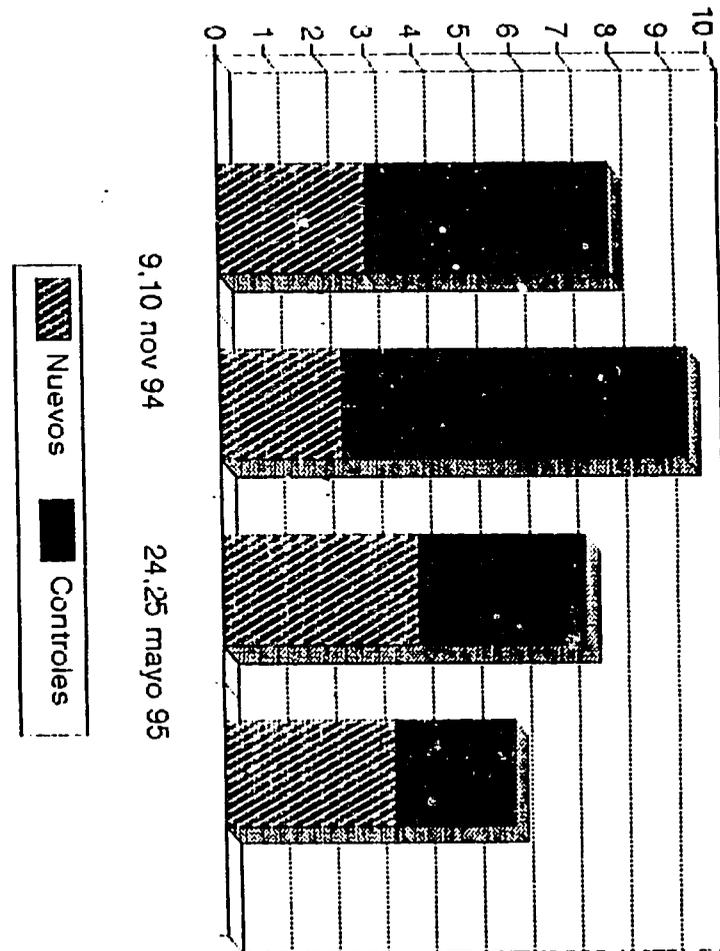
GRAFICO # 12

DIAGRAMA DE PARETO
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE DIAGNOSTICOS FRECUENTES DE LAS MUJERES
QUE ACUDIERON A CONSULTA EXTERNA DE GINECOOBSTETRICIA
CL. DR. RICARDO MORENO CAÑAS
24 AL 25 DE MAYO 1995



Fuente: Encuesta propia

HORAS TRABAJADAS



Total consultas en G.O (nuevos controles)
vs Horas trabajadas CL. DR. R. Moreno C.

CUADRO N° 7
DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN PROCEDENCIA
CONSULTA EXTERNA CL. DR. R. MORENO CAÑAS

LUGAR DE PROCEDENCIA	ANTES		DESPUES	
DISTRITO	209	55%	265	54%
ESCAZU	139	37%	183	38%
SABANA	17	4%	21	4%
OTROS	15	4%	21	4%
TOTAL	380	100%	490	100%

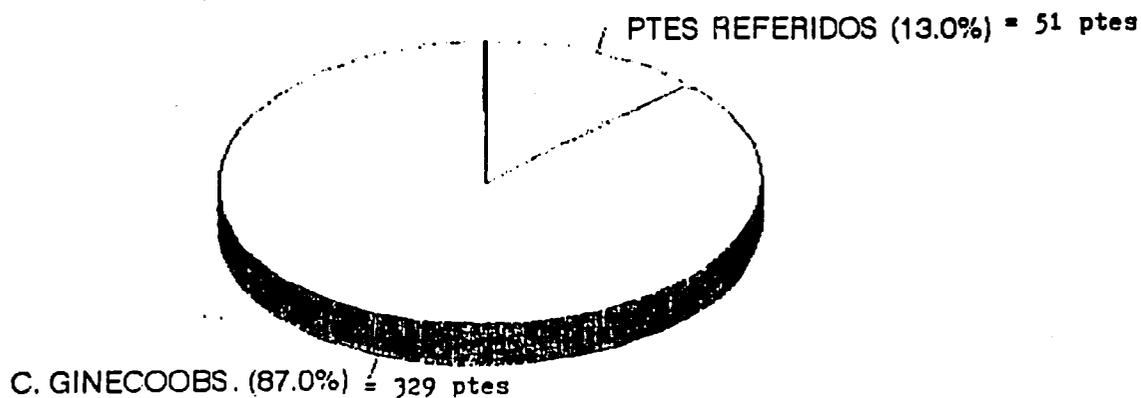
Fuente: Encuesta propia.

Cuadro N° 8
DISTRIBUCION POR EDADES DE MUJERES ATENDIDAS
CONSULTA EXTERNA, CL. DR. R. MORENO CAÑAS

EDADES	ANTES		DESPUES	
12 A 14 AÑOS	2	1%	16	4%
18 A 20 AÑOS	28	7%	55	11%
21 A 29 AÑOS	62	16%	84	17%
30 A 39 AÑOS	96	25%	99	20%
40 A 49 AÑOS	70	18%	85	17%
50 O MAS	122	32%	151	31%
TOTAL	380	100%	490	100%

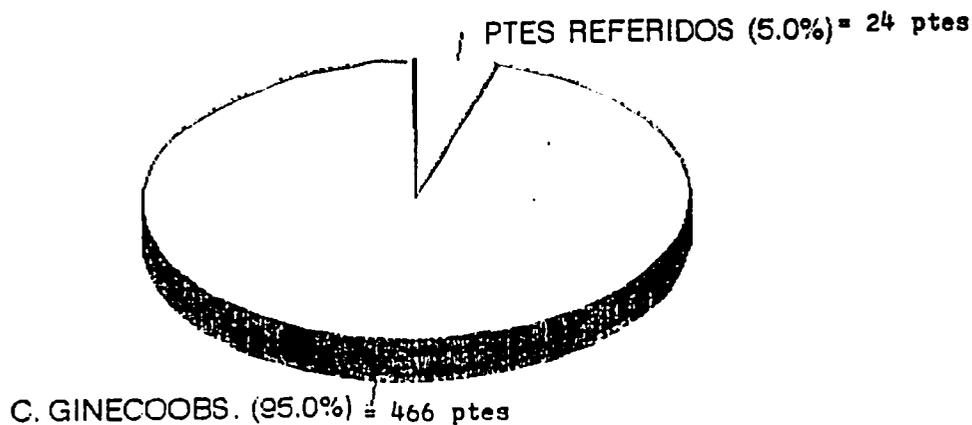
Fuente: Encuesta propia

**% Y # PTES REFERIDOS A C. GINECO-OBST.
CL.DR. MORENO C.DEL 9 AL 10 DE NOV. 94**



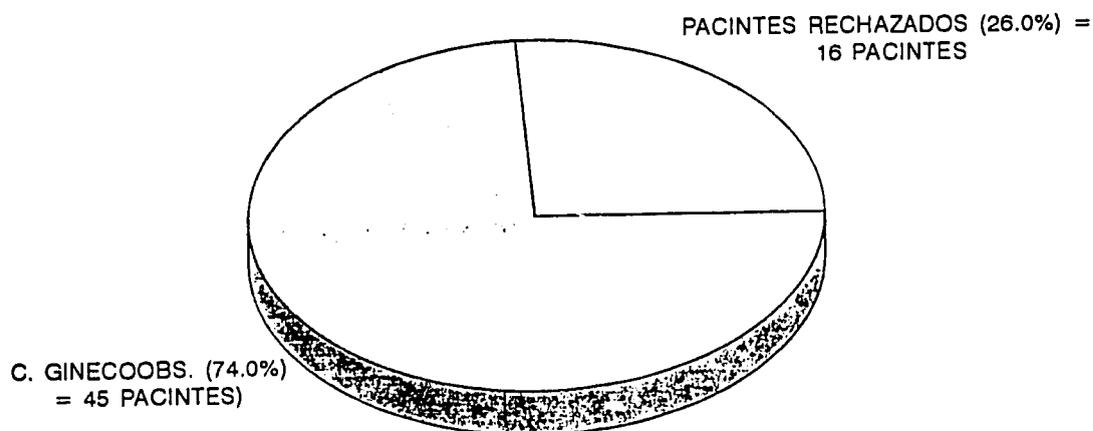
FUENTE: ENCUESTA PROPIA

**% Y # PTES REFERIDOS A C. GINECO-OBST.
CL.DR. MORENO C.DEL 24 AL 25 MAYO 95**



FUENTE ENCUESTA PROPIA

**% Y # PACIENTES RECHAZADOS C. GINECOOBST.
CL DR. MORENO C.**



NOV 9 Y 10, 1995

**% Y # PACIENTES RECHAZADOS C. GINECOOBST.
CL DR. MORENO C.**



Mayo 24 Y 25, 1995

FUENTE: ENCUESTA PROPIA

34

RESUMEN COMPARATIVO DE DATOS ANTES Y DESPUES DEL PROBLEMA.

	ANTES 9 AL 10 nov.94			DESPUES 24 AL 25 mayo 95		
	# ptes	# Horas	%	# ptes	# Horas	%
Consulta Ginecológica	23		34	33		49
<i>Nota : Se deben atender 68 pacientes control en dos días.</i>						
Consulta prenatal por ginecóloga	36		53	8		17
Rechazo de pacientes	16		4.2	0		
<i>Nota: Pacientes encuestadas 380</i>					490	
Planificación Familiar	1		1.47	56		82
<i>Nota : Se deben atender 68 pacientes control en dos días.</i>						
Referencia a ginecología	51		13	41		8.37
<i>Nota: Pacientes encuestadas 380</i>					490	
Tiempo disponible en ginecología		4	50	7		87.5
Tiempo disponible en obstetricia		4	50	1		12.5
Citas a ginecoobstetricia	dos meses			al día siguiente		

CONCLUSIONES

De las 380 pacientes atendidas en la Clínica Dr. R. Moreno C. los días 9 y 10 de noviembre se puede concluir lo siguiente:

- Son mujeres mayores de 50 años las que más utilizan los servicios que rinda la clínica.
- En la consulta de gineco-obstetricia, la edad de mayor consulta fue para la consulta de prenatales entre 21 y 29 años y con problemas ginecológicos entre 40 y 49 años.
- Son las mujeres casadas las que tienen mayor incidencia de consulta, por cada mujer soltera existe 1.2 mujeres casadas.
- La intención de consulta es mayor en medicina general 64%, seguida por ginecología y obstetricia en un 61%.

Comparativamente, con la consulta que se otorgó, se puede decir que satisfacen las necesidades de aquellas mujeres que deseaban ser atendidas en medicina general, en cambio la proporción de pacientes que no vieron cristalizado su deseo de ser atendidas en gineco-obstetricia, muestra que por cada mujer tendida, 0.96 mujeres fueron rechazadas.

En la consulta de otras especialidades, el número de pacientes atendidas supera al de las que tenían intención de consulta, lo que se explica por las citas que se concedieron previamente para control.

Todas las pacientes que solicitaron consulta en planificación fueron satisfechas, sin embargo el número de pacientes atendidas fue muy bajo, consistiendo en un 23% del número de pacientes que debieron haberse atendido.

El total de consultas exceptuando las de gineco-obstetricia fue de 335, de esas consultantes únicamente 51 recibieron referencia para la consulta de gineco-obstetricia, lo que representa un 15% de la consulta.

El 44% de la consulta de gineco-obstetricia fue por consulta prenatal, el 56% restante fue por causas ginecológicas, siendo los trastornos menstruales y de flujo las causas más frecuentes.

El promedio de pacientes atendidas por día fue de 29.5% y el promedio diario de rechazadas fue de 15.5%.

Debe considerarse que de acuerdo a los parámetros establecidos, el número de cupos diarios debe ser 34 por cada paciente nuevo se rebaja un subsecuente.

El primer día se atendieron 6 pacientes nuevos (10%), el segundo día 5 pacientes (8%).

Con los datos estadísticos de pacientes atendidos y pacientes rebajados por nuevos, el total de cupos fue 70, lo que implica un 103% del rendimiento por especialista en ginecología.

Considerando el porcentaje de sobrerendimiento y el promedio de pacientes rechazados, creemos importante considerar el dotar de 4 horas más de consulta gineco-obstétrica a la clínica.

Conclusiones:

En esta segunda encuesta, se obtuvo un mayor número de pacientes encuestadas que en noviembre de 1994 se superó en 110 pacientes a la encuesta anterior.

En cuanto a la edad de las pacientes, coinciden ambas encuestas, puesto que son las mujeres de 50 años o más, las que más consultan la misma situación se presenta en relación al estado civil, pues ambas muestras indican que son las mujeres casadas, las que más consultan y las provenientes del Distrito Hospital.

Se demuestra además que la intención de consulta y el tipo de consulta recibida, coinciden con bastante exactitud.

Con los datos obtenidos en esta encuesta de evaluación, se confirma el haber alcanzado la meta deseada, no encontrándose rechazo alguno de pacientes que buscan atención en gineco-obstetricia, lo que es testimonio fiel de que las soluciones implementadas son eficaces.

EQUIPO:
CENTRO INTEGRADO DE SALUD DE PURISCAL

PROBLEMA:
**Permanencia prolongada del paciente diabético de la
consulta externa.**



CASA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Apartado 10105 — Cable: CACOSSECO
SAN JOSE, COSTA RICA

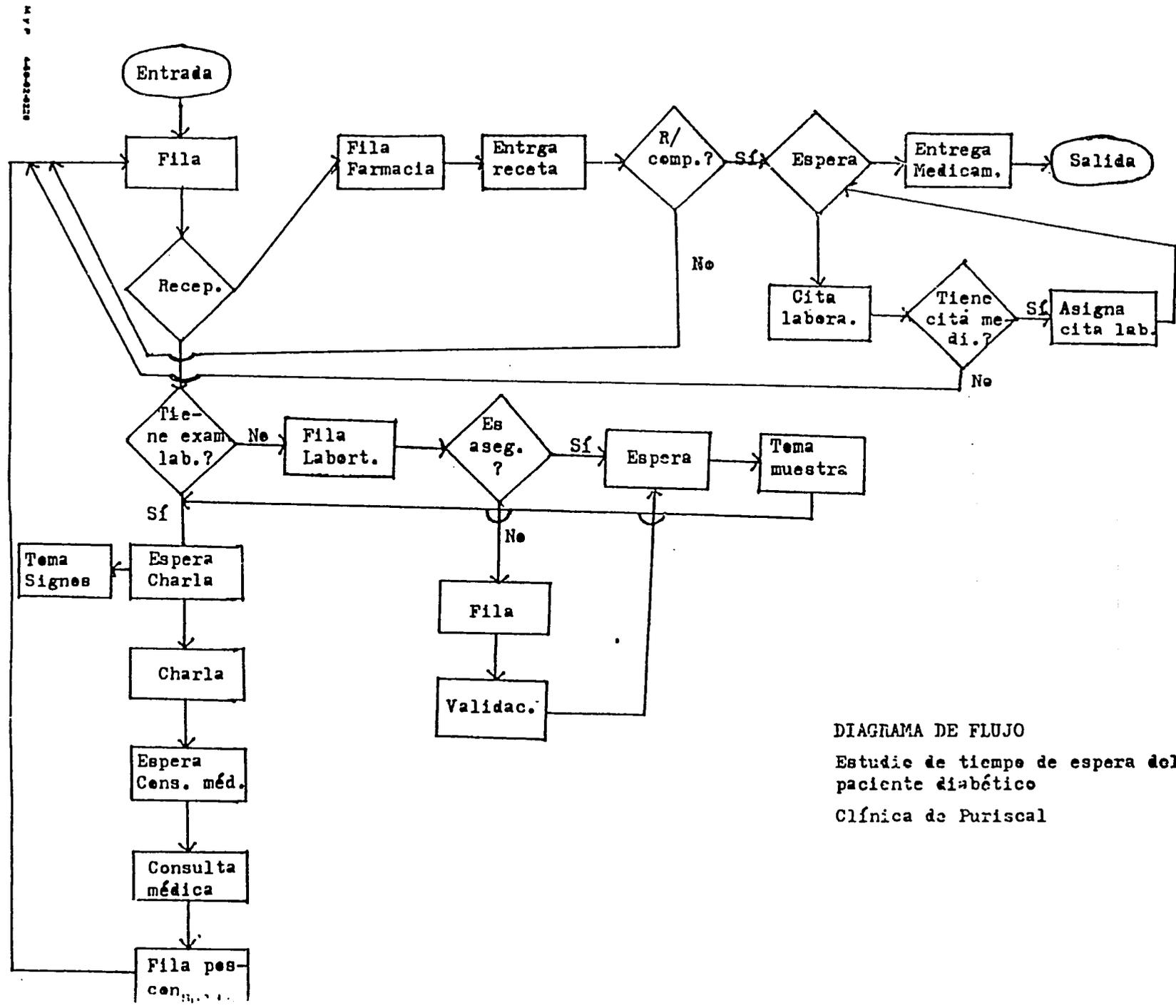
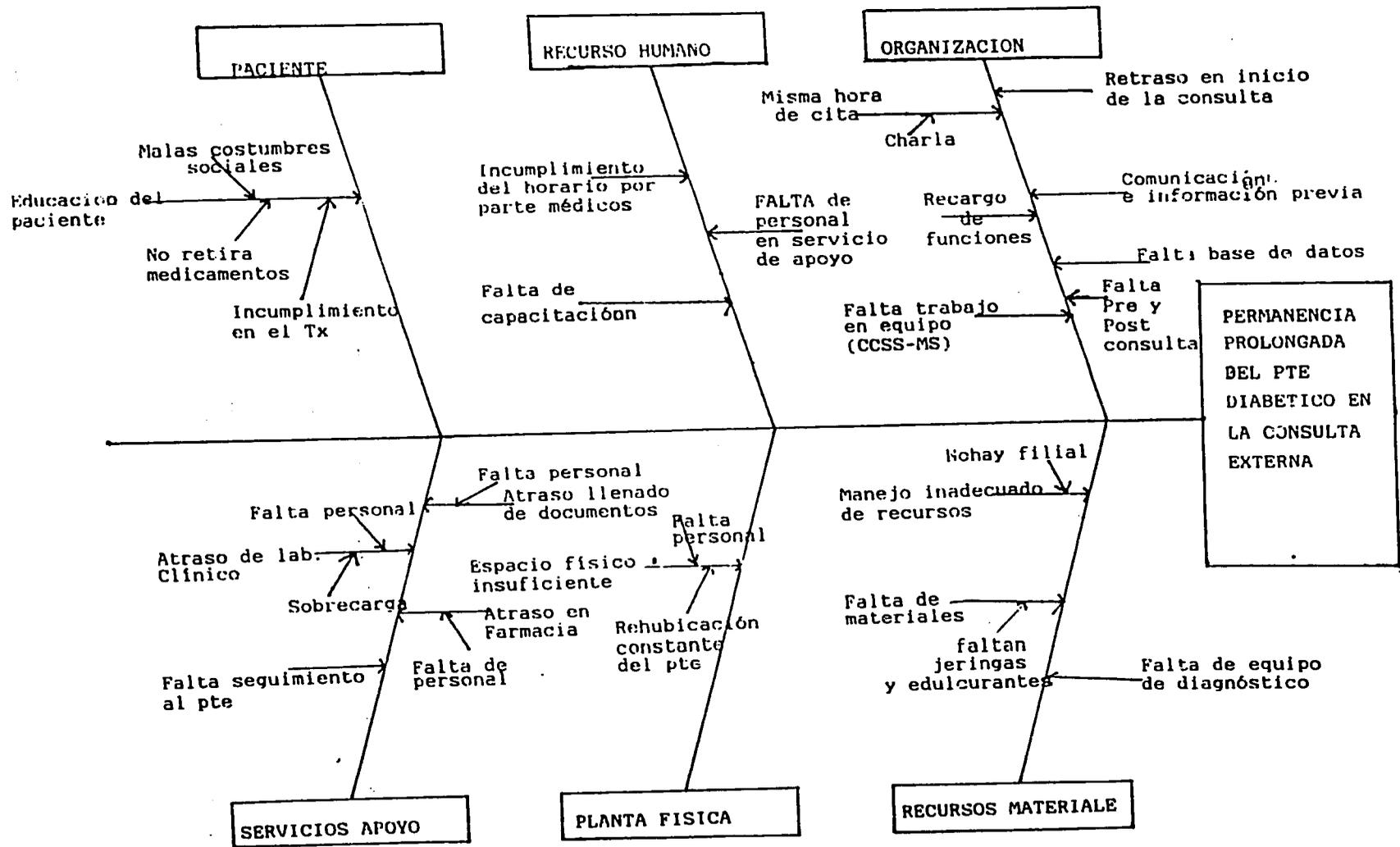


DIAGRAMA DE FLUJO
Estudio de tiempo de espera del
paciente diabético
Clínica de Puriscal



DESARROLLO DE INDICADORES

CRITERIOS	INDICADORES	CLASIFICAR	EXCEPCIONES	EXTANDAR
Tiempo de espera en consulta externa del paciente diabético. Entrada-Recepción Charla. Recepción del Laboratorio. Farmacia. Laboratorio. Duración de la consulta. Número de pacientes diabéticos vistos en la consulta externa.	Tiempo de espera en horas. Número de pacientes diabéticos atendidos por hora.	Cuantificar el tiempo de espera producto de las filas. Medición del tiempo desde la entrada a la salida. Cuantificar el promedio de pacientes vistos por el médico por hora.	Paciente no diabético. Pacientes descompensados. Pacientes calificados. Ausencia del personal de la Clínica. Pacientes descompensados. Interconsulta.	0-20 min. 5 pacientes por hora.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CLINICA DE PURISCAL

HORAS DE ATENCION AL PACIENTE DIABETICO

Fecha: _____

Nombre: _____

Procedencia: _____

Expediente No.: _____ Edad: ____ Sexo: ____ Caso No.: _____

A	B	C	D	E	F	G
Inicio en la fila de recepción	Atención en recepción	LABORATORIO Toma de muestra	Inicio de charla	Fin de charla	Inicio de consulta médica	Fin de consulta médica
H	I	J	K	L	M	
Atención en recepción	Entrega receta en farmacia	Entrega recetas completas en farmacia	Atención en laboratorio sin cita médica	Asignación de la cita de laboratorio	Entrega de medicinas	TIEMPO TOTAL

CLINICA DE PURISCAL

CONSULTA DIABÉTICOS POR SEXO

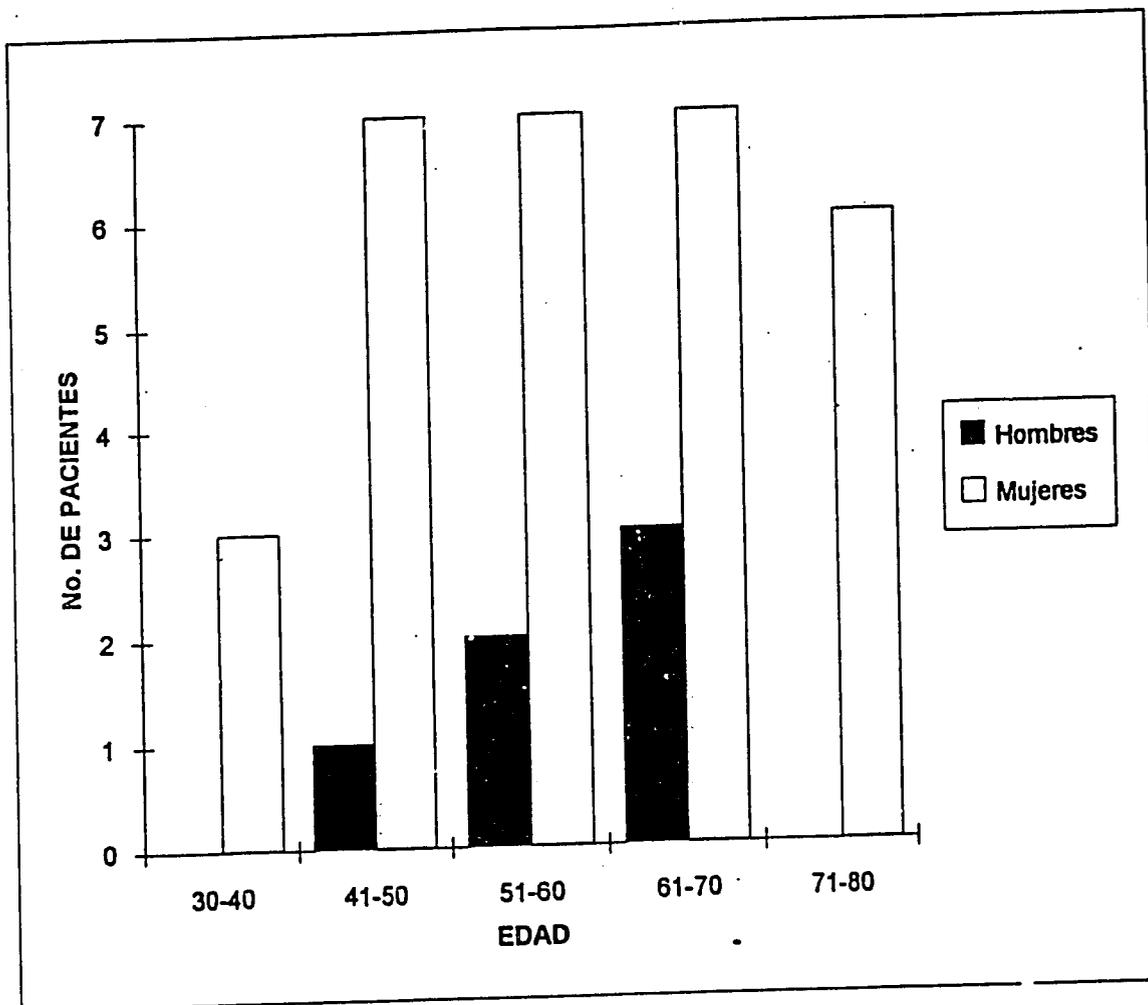


GRAFICO 22
Distribución comparativa por sexo y por edad de los diabéticos incluidos en el estudio

Tabla

Análisis de Pareto para el total de tiempos obtenidos en los tres días de estudio.

Tiempo	\bar{t}	%	% Acumulado
F-E	36,00	30,97	30,97
D-B	26,18	26,34	57,31
M-L	35,21	10,29	67,60
C-B	30,00	8,76	76,36
B-A	24,70	7,21	83,57
L-K	24,36	5,07	88,54
H-G	17,22	5,03	93,67
J-I	11,71	3,42	97,09
I-H	9,86	2,88	99,97

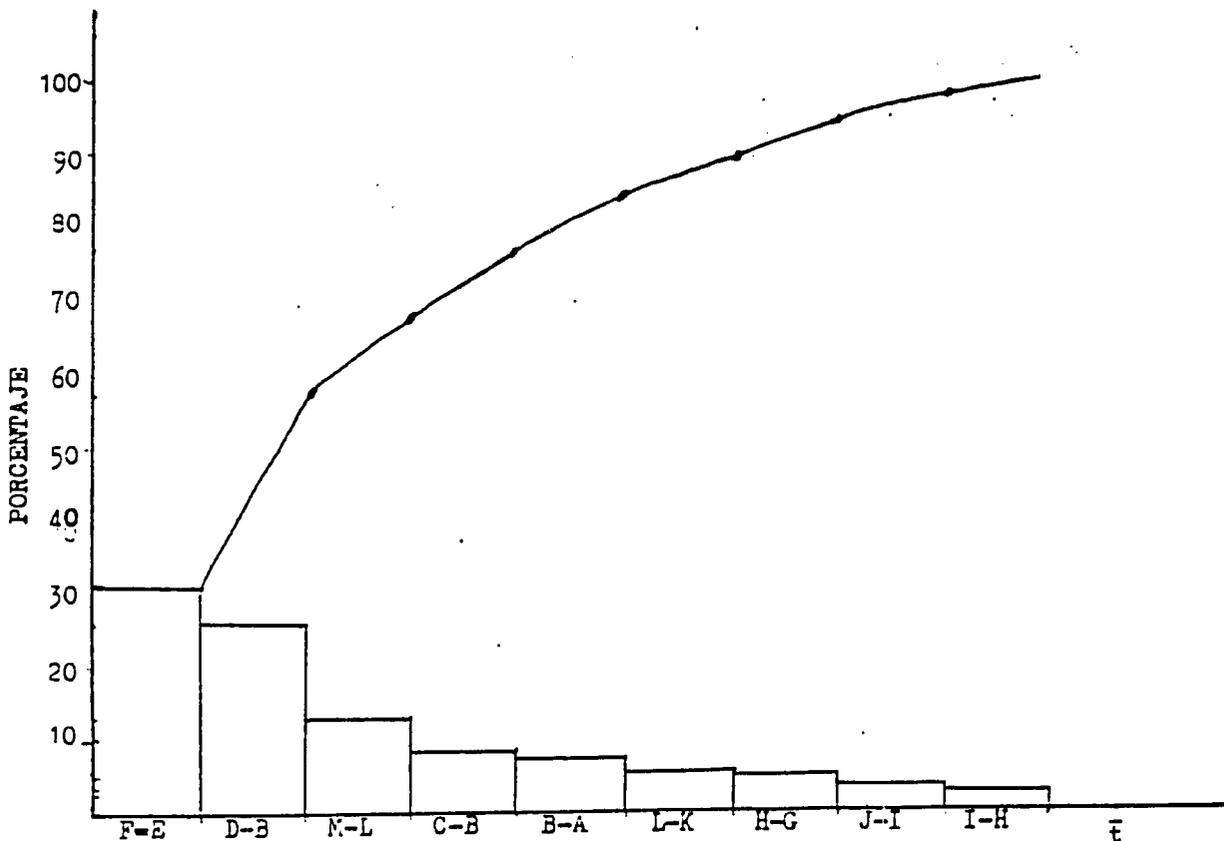


GRAFICO DE PARETO: Se tomó como base los tiempos promedios de cada paso estudiado, en los tres días de prueba.

Fuente: Datos recolectados de la consulta de diabéticos en los días: 8 de junio, 13 y 27 de julio de 1994, para el Estudio del Prolongado tiempo de espera del paciente diabético en el Consulta Externa del CIS de Furriscal.

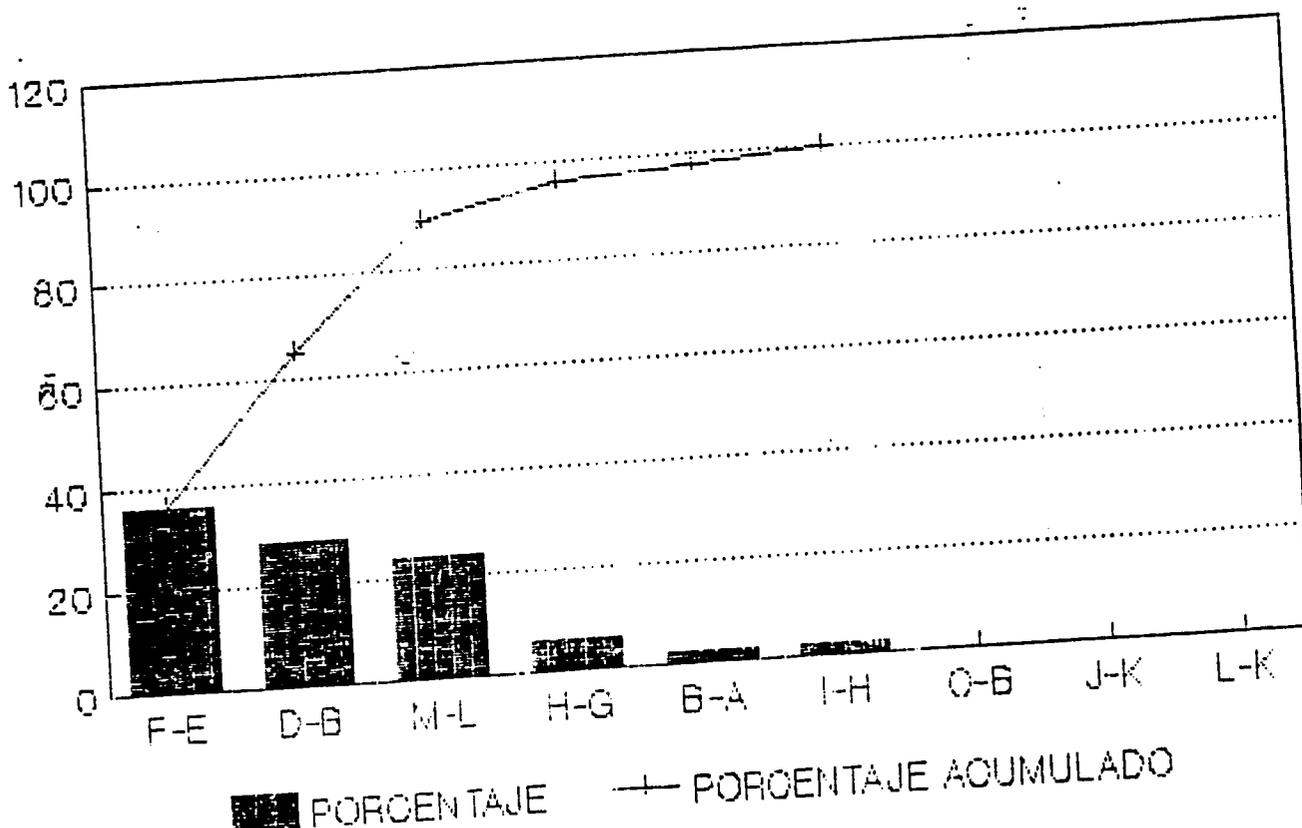
Análisis de Pareto para el total de tiempos obtenidos en los tres días de estudio posterior a la implementación de soluciones.

Tiempo	x	%	% Acumulado
F-E	066	36,46	36,46
D-B	052	28,72	65,18
M-L	044	24,31	89,49
H-G	011	6,09	93,58
B-A	004	2,21	97,79
I-H	004	2,21	100,00

Fuente: Estudio de tiempos de espera del paciente diabético posterior a la implementación de las soluciones, 18 de abril, 09 de mayo y 07 de junio de 1995.

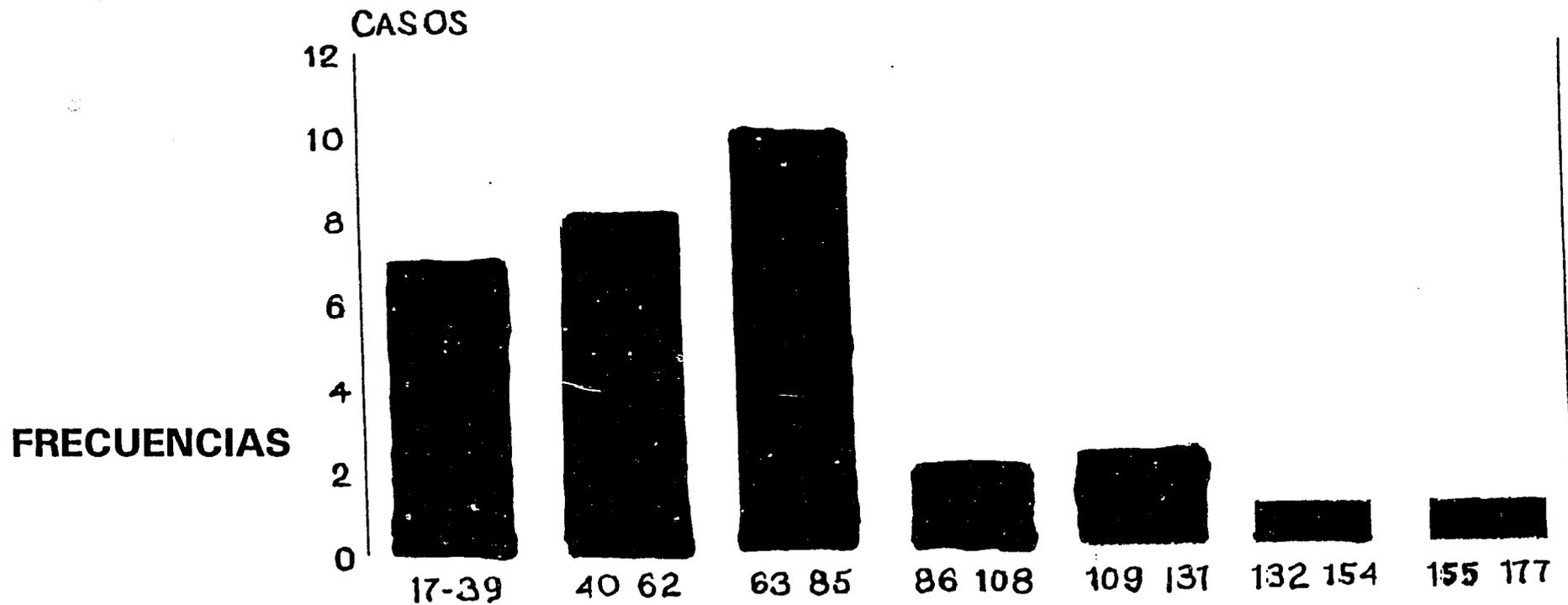
ANALISIS DE PARETO

C.I.S. PURISCAL



FUENTE: ESTUDIO TIEMPOS DE ESPERA.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA C.I.S. PURISCAL



FUENTE ESTUDIO DE TIEMPOS DE ESPERA

ETAPA DE DESARROLLO DE SOLUCIONES

Se aplicó la técnica de "lluvia de ideas" para desarrollar soluciones.
El siguiente paquete de soluciones fue propuesto:

1. Asignar dos médicos a la consulta de diabéticos.
2. Habilitar una ventanilla del laboratorio solo para la atención de diabéticos.
3. Asignar la cita del laboratorio en la recepción de la consulta externa.
4. Asignar dos técnicos que tomen la muestra de sangre el día de la cita médica.
5. Retomar el esquema inicial de la consulta médica, que consistía en charlas programadas por disciplina y consulta médica individual solo para aquellos pacientes que estuvieran descompensados.
6. Agrupar a los pacientes por día de cita en el lugar de la charla.
7. Reorganizar el equipo de crónicos, conformado por profesionales de aquellas disciplinas que tienen relación con las diferentes enfermedades: diabetes, hipertensión, asma, etc.
8. Adelantar la hora para la asignación de la cita médica.
9. Habilitar una ventanilla en la recepción de la consulta externa, donde se atiendan exclusivamente los pacientes diabéticos.
10. Adelantar la hora de inicio de la charla a las 7:00 a.m.
11. Dar prioridad a las recetas de los diabéticos en la farmacia.
12. Solicitar a los expositores que la charla sea bien planeada y de corta duración.

El equipo al analizar este grupo de soluciones decidió agrupar en una sola a todas aquellas que tienen como denominador común la Consulta Externa, quedando tres soluciones propuestas de la siguiente forma:

Solución 1: Reorganización de la consulta externa, para la atención de los diabéticos contemplando los siguientes cambios:

- a. Inicio de la charla a las 7:00 a.m.
- b. Consulta médica atendida por los médicos.
- c. Habilitar una ventanilla exclusiva para diabéticos en la recepción.
- d. Asignar la cita del laboratorio en la recepción de consulta externa.

Solución 2: Retomar el esquema inicial de la consulta de diabéticos.

Solución 3: Trabajo en equipo multidisciplinario para desarrollar la actividad educativa.

Una vez analizadas todas las soluciones, se procedió a aplicar el instrumento: "Matriz decisional", de manera que cada uno de los integrantes de equipo anotó la calificación que consideró aplicable a cada una de las tres soluciones propuestas, en los diferentes aspectos de: importancia, facilidad de realizar, impacto y factibilidad económica.

Una vez obtenidas las calificaciones individuales, se totalizaron y se asumió a nivel grupal, que la solución No. 1 era lo más apta para ser puesta en práctica, por reunir todas las condiciones antes anotadas de factibilidad de ejecución.

La solución general escogida fue la denominada "Solución 1", a saber:

- a. Inicio de la Actividad Educativa a las 7:00 a.m.
- b. Consulta médica atendida por un médico.
- c. Habilitar la ventanilla para diabéticos en la Recepción.
- d. Asignar la cita del laboratorio en la Recepción de la Consulta Externa.

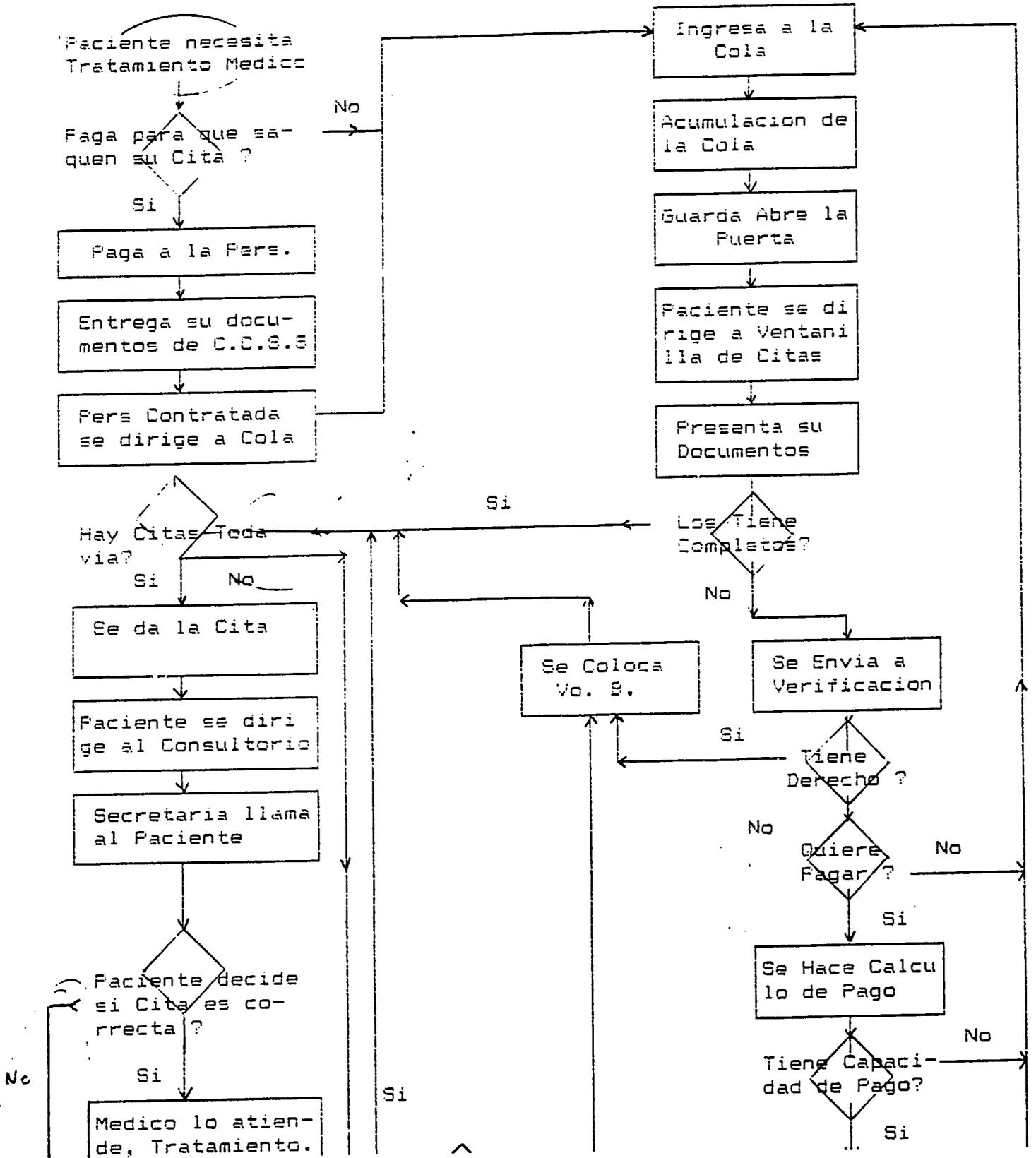
CONCLUSIONES

Aplicando la metodología de la Garantía de la Calidad, el problema "permanencia prolongada del paciente diabético en la consulta del C.I.S. Puriscal", concluimos que:

1. Es posible modificar el proceso de atención en el usuario, como se demostró en la disminución del tiempo de espera (de 5,8 horas a 3,7 horas como promedio a través de la implementación de soluciones factibles.
2. La solución escogida a través de la matriz decisional, se pudo implementar de forma adecuada por la motivación del personal involucrado y su factibilidad económica ya que no incurrió en gastos extras sino todo lo contrario se logró la distribución adecuada de los recursos materiales y humanos existentes.
3. La identificación del médico tratante con el estudio, permitió una adecuada implementación de la solución, que se hizo obvio cuando se sustituyó por vacaciones y se debió repetir la tercera recolección de datos porque faltó darla motivación e información necesarias al médico que lo sustituyó.
4. Los usuarios, al involucrarse en el proceso se sienten parte importante del mismo, originando un cambio de actitud en el momento de recibir la atención. No obstante siempre existieron algunos pacientes inconformes.
5. La motivación e identificación del equipo con la metodología aprendida permitió el logro del objetivo.

**EQUIPO:
CLÍNICA JUAN VIÑAS**

**PROBLEMA:
Largas filas para dar cita en la consulta externa.**



Administrativos	Paciente	Equipo	Recursos Humanos
<p>Educacion Capacitacion Adm</p> <p>Presupuesto Planificacion Reduccion Limitacion del Gasto</p> <p>Leyes y Reglamentos No permiten agilidad Burocracia</p> <p>Exceso de Controles Normas</p>	<p>Educacion, Capacitac.</p> <p>Condicion Socio-econ- omica.</p> <p>Ocupacion</p> <p>Valores y Costumbres</p> <p>Relaciones Humanas</p> <p>Expectativas sobre la atencion</p>	<p>Rayos X Estado y conservacion Mantenimiento</p> <p>Laboratorio Estado y conservacion Mantenimiento</p> <p>Medico Basico, cali- dad, obsoleto, caren- cia.</p> <p>Oficina, estado, con- servacion, manteni- miento</p>	<p>Deficit Desmotivacion Capacitacion Seleccion y Recruta- miento Distribucion</p> <p>Etica Medica (acto medico) Ausentismo Fatiga Frustracion Relaciones Humanas</p>
<p>Medicamentos, calidad, obsoletos, carece</p> <p>Reactivos, calidad, ob- soletos, carece</p> <p>Placas Rx, calidad, ob- soletos, carece</p> <p>Instrumental basico, calidad, mantenimiento, carece</p> <p>Papeleria de oficina, inventario, carece</p>	<p>Cuota Obligatoria, Pac tiene derechos</p> <p>Consulta libre, Pac. llega # veces a la consulta</p> <p>Uniformidad entre Clinicas</p> <p>Tiempo Insuficiente de atencion</p> <p>metodologia de diag- nostico, obsoleto, no apropiado</p>	<p>Precarios</p> <p>Aqua Potable</p> <p>Recolec. aguas Negras</p> <p>Fabricas</p> <p>Alcoholismo</p> <p>Dep. desechos</p> <p>Drogas</p> <p>Alimentacion</p> <p>Contaminacion Ambiente</p>	<div data-bbox="1785 630 2065 760" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Largas Colas Consulta Externa</p> </div> <p>Disenos</p> <p>Planificac. Estruct.</p> <p>#de consultorios</p> <p>ventilacion</p> <p>Areas de espera</p> <p>Espacios reducidos</p>
<p>Suministros</p>	<p>Metodo</p>	<p>Medio Ambiente</p>	<p>Capacidad Instalada</p>

ANALISIS

1- Se detecta que la cantidad de pacientes que se integran en la fila antes de ser abierta la consulta externa, va en incremento desde las 6 a.m., llegando a su máximo nivel a las 7 a.m. y con aumento a las 7:15 a.m.

2- El tiempo de espera de los usuarios en la fila para ser atendidos en la ventanilla que da las citas, es decir es el tiempo de espera en la fila hasta que llega a la ventanilla para luego proceder a efectuar los trámites para conceder su cita, es de 10 a 20 minutos el 31.82 % y mayor de 20 minutos el 72.76%

3- El tiempo de atención en la ventanilla para otorgar la cita en todos los casos fué menor a 5 minutos.

4- En cuanto a las personas que solicitan cita se encontró que el 42% fue rechazado por falta de citas médicas, el 42,17 se presentan con su documentación completa, los atendidos por primera vez son 10% y el 90% son subsecuentes.

5- Las justificaciones que dan los usuarios para llegar temprano a hacer fila, fueron por conseguir cita 43.99% recibir atención rápida 43.99%, elegir al médico 12.28%.

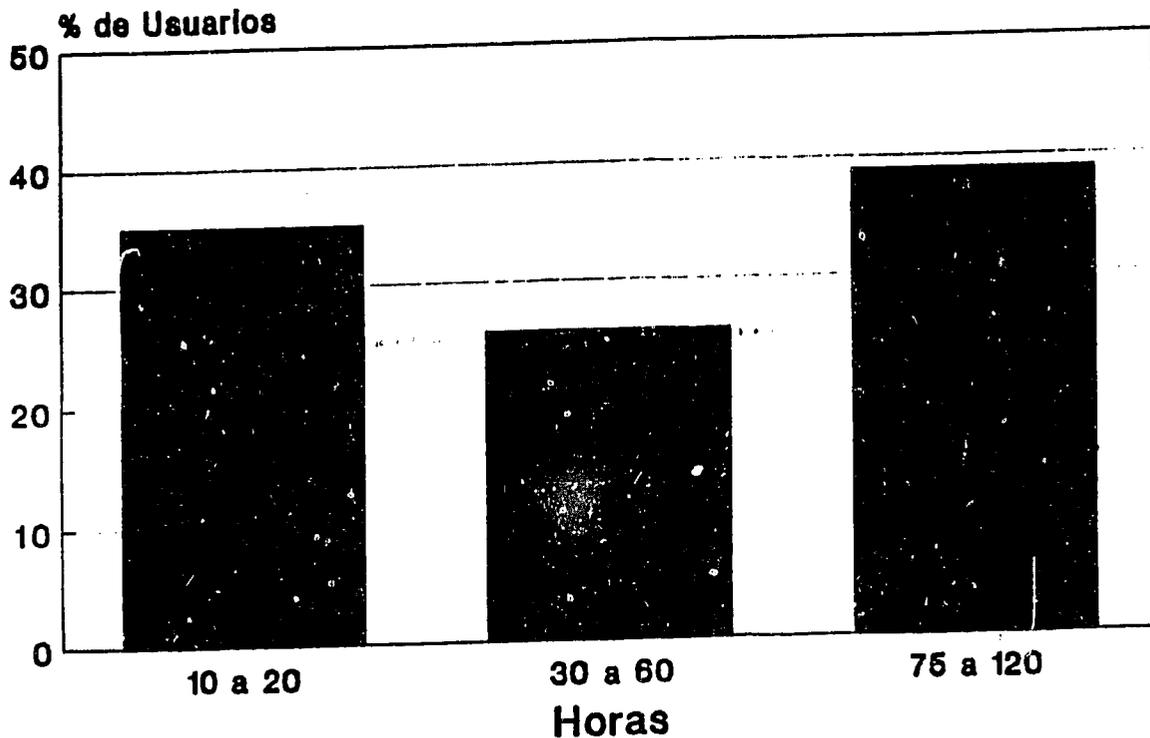
6- La mayor concentración de la gente que solicita consulta, están en el siguiente orden zona urbana 68%, zona rural 32.%.

7- En cuanto a la consulta por tareas, la mayor demanda esta en las mujeres 33.48%, atención al niño 24.05 %.

CLÍNICA JUAN VIÑAS
RESUMEN DE ATENCIONES
ESTUDIO DE 3 DÍAS
SOLICITUDES 166

PERSONAS CON DOCUMENTOS COMPLETOS	70	42.17%
RECHAZADOS POR FALTA DE CITA	7	4,20%
ATENDIDOS POR PRIMERA VEZ	17	10.27%
SUBSECUENTES	149	90.00%

Estudio de Largas Filas en C.E. Tiempo espera p/ atención en Ventanilla.



Estudio de la Clínica Juan Viñas. Oct 94

Estudio de Largas Filas en C.E. Tiempo de espera p/ atención en ventanilla.

<u>Tiempo Espera</u>	<u># de Usuarios</u>	<u>Porcentaje</u>
10 a 20	35	35 %
30 a 60	26	26 %
75 a 120	39	39 %
	---	---
Total	100	100 %

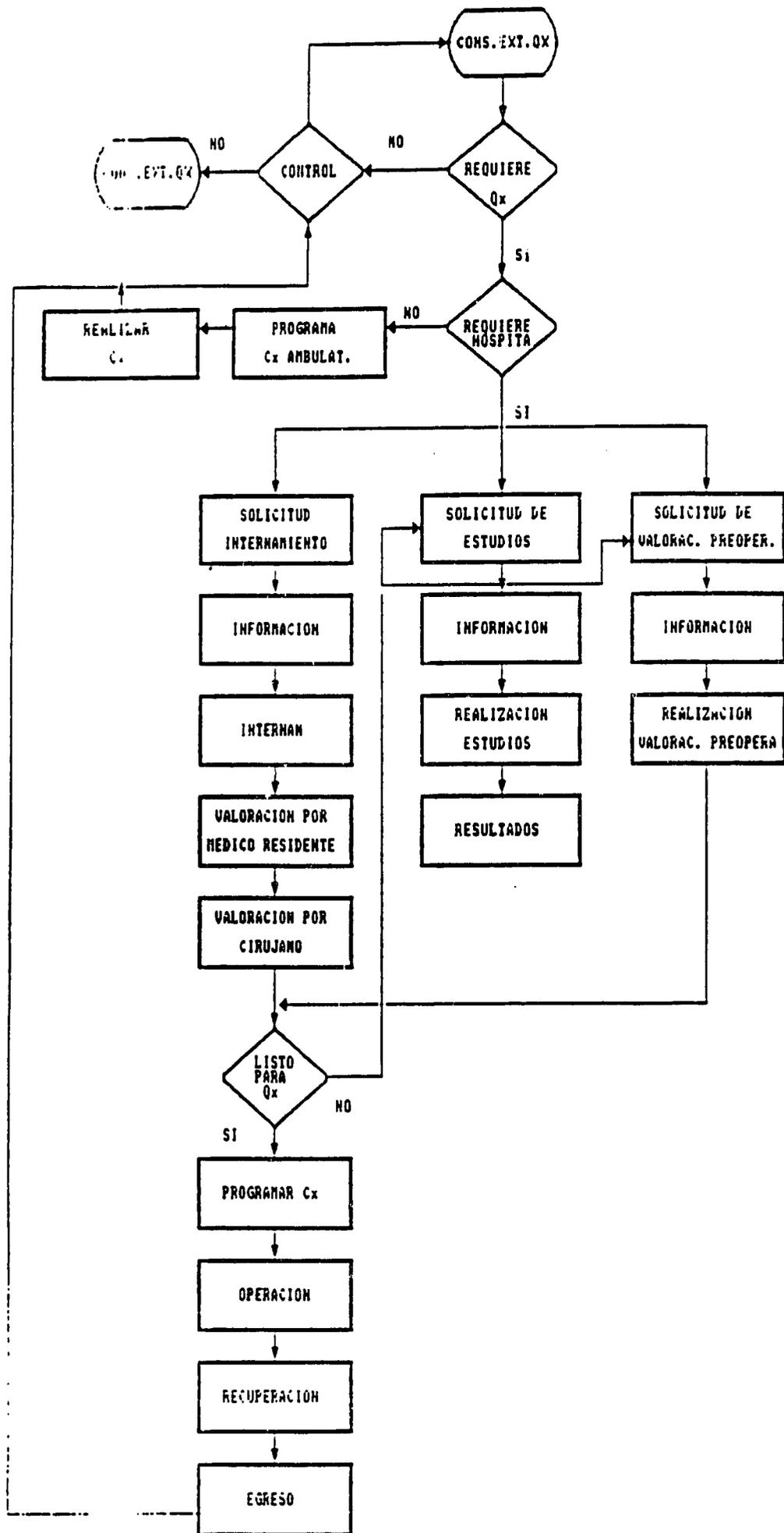
Invest. Clínica Juan Viñas. Oct 1994

CONCLUSIONES

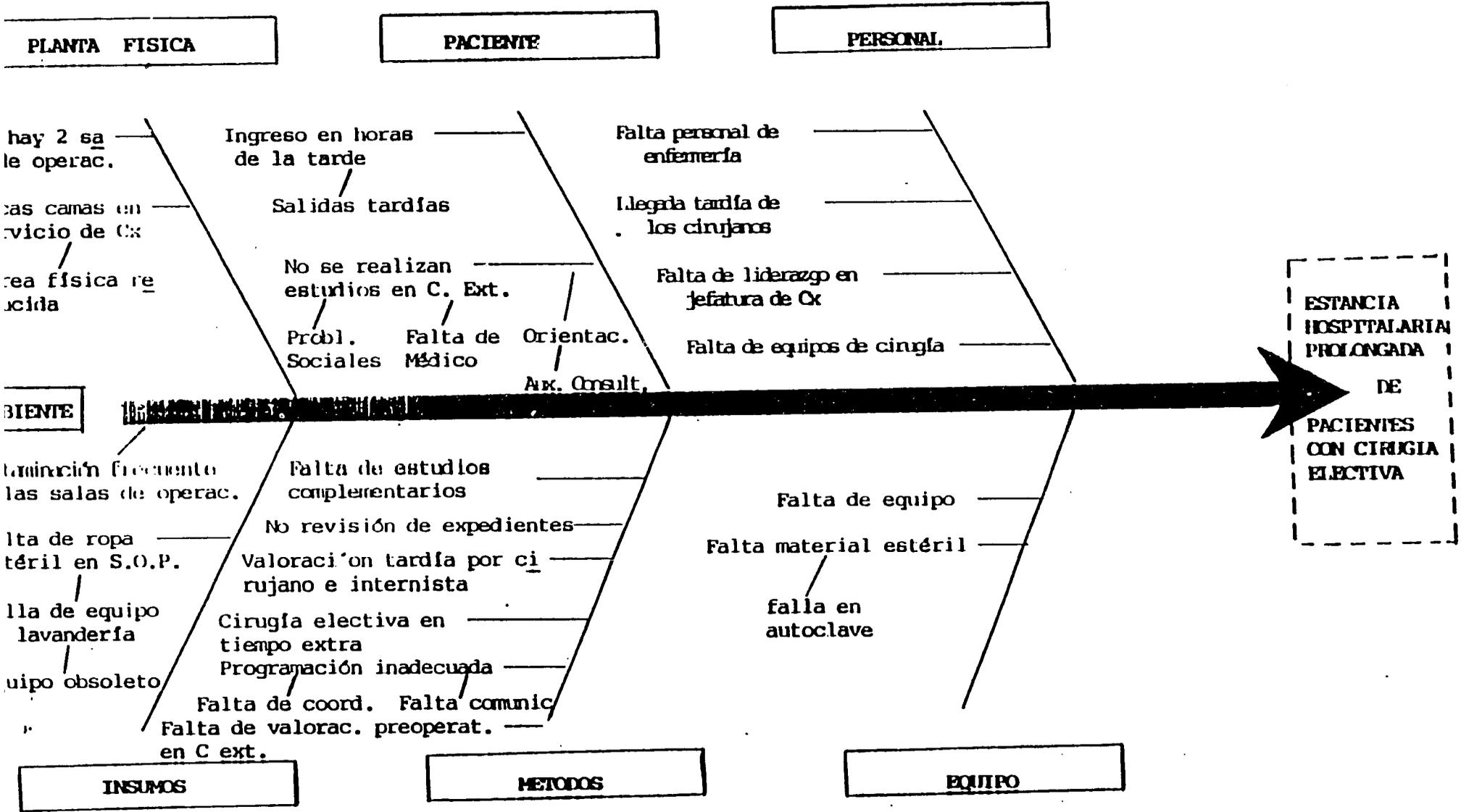
1. No es tan importante el problema de colas en la consulta externa de Juan Viñas pero si existe.
2. En el tiempo de espera en la fila para ser atendidos el mayor porcentaje supera los 20 minutos: por lo que se considera este tiempo es necesario disminuirlo.
3. El tiempo atención en la ventanilla que es menor de 5 minutos se considera aceptable.
4. Se encuentra que los usuario rechazados por falta de consulta médica es muy poco el porcentaje, que el 60% de los pacientes no presentan documentación completa, sin embargo estos no son rechazados. El 90% de ellos son subsecuentes, entre las justificaciones podemos decir que hay policonsulta.
5. Es importante destacar que el 12.28% llega para elegir al médico tratante, y el resto se interesa por una atención rápida y por conseguir cita.
6. La población urbana de Juan Viñas es la que ocupa el mayor porcentaje, por ser mas accesible y haber mayor concentración de población en esta zona.
7. La demanda de consulta se encuentra en el grupo de mujeres y niños, similan el parámetro nacional.

**EQUIPO:
HOSPITAL DE LIBERIA**

**PROBLEMA:
Espera preparatoria hospitalaria prolongada en
pacientes que ingresan para cirugía**



GRUPO LIBERIA



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESTANCIA HOSPITALARIA PREOPERATORIA
HOSPITAL ENRIQUE BALTODANO B.
LIBERIA

Caso # _____

Nombre _____ Expediente _____

Domicilio _____ Sexo _____ Edad _____

Diagnóstico _____ Servicio _____

Día y hora de admisión _____
 Día y hora inicio de anestesia _____
 Horas de espera hospitalaria _____

INSTRUCCIONES: En Consulta Externa marque con una x la casilla correspondiente. En Hospitalización indique la fecha si se solicita y/o realiza, de lo contrario deje la casilla en blanco.

TIPO DE EXAMEN	CONSULTA EXTERNA				HOSPITALIZACIÓN	
	SOLICITADO		REALIZADO		FECHA DE SOLICITUD	FECHA DE REALIZACION
	SI	NO	SI	NO		
LABORATO- RIO						
EKG						
RX TORAX						
VALORACION PREOPERATO- RIA						
OTRAS VALORACIO- NES						

SOLUCIONES IMPLEMENTADAS

La información recolectada se presentó a la Dirección Médica y los jefes de los servicios de Cirugía y Ginecología para discutir las posibles soluciones a implementar.

Analizando los problemas y los resultados obtenidos, se decidió tomar las siguientes medidas en forma conjunta con las jefaturas de los servicios:

1. No internar pacientes para cirugía electiva sin tener la valoración preoperatoria completa realizada en Consulta Externa.
2. Redistribuir los salones de hospitalización de manera que el Servicio de Cirugía se ubique en una misma ala.
3. Reacondicionar área física de salones de cirugía.
4. Hacer historia clínica tan pronto ingrese el paciente.
5. Ingresar sólo con donación sanguínea realizada.
6. Aumentar la comunicación entre Sala de Operaciones y Salones de Hospitalización.
7. Hacer lista de cirugías diarias programadas y enviarla a los salones el día anterior.
8. Concientizar al personal sobre la necesidad de cumplir con el programa de cirugía.
9. Realizar las placas de tórax el mismo día de la cita de la valoración preoperatoria para su interpretación por el médico correspondiente (no esperar reporte).

Estas medidas se implementaron a partir del segundo trimestre de 1994, aunque algunas de ellas eran simplemente retomar decisiones y medidas que se habían abandonado.

ESTUDIO DE CONTROL

Con la finalidad de valorar el impacto de las medidas tomadas, se decidió realizar un nuevo estudio, utilizando el mismo instrumento diseñado y los mismos meses, siguiendo la misma metodología para la selección de los casos.

En el segundo estudio, realizado con casos operados en agosto,

setiembre y octubre de 1994, se revisaron 147 expedientes que cumplían con los criterios de inclusión. Se debe destacar que según la información estadística, presentada por la oficina correspondiente del hospital, durante este trimestre en 1993 se realizaron más cirugías electivas que en el correspondiente de 1994, diferencia que no podemos explicar según nuestros datos, pero que puede estar en relación a la cirugía ambulatoria realizada que nosotros no consideramos para nuestro estudio.

En 1994 se internaron 114 mujeres y 33 hombres, provenientes de Liberia 61 de estos pacientes, y 87 del resto del área de atracción, incluyendo esta ocasión tres casos provenientes de Santa Cruz para cirugía oftalmológica y dos casos de Nicoya para cirugía ortopédica. La mayoría de los 104 casos menores de 45 años se internaron en Ginecología. Los 27 casos restantes corresponden en su mayoría a los servicios de Cirugía General; no se incluyen aquí los casos de ORL y Oftalmología para fines comparativos con 1993. Ver gráficos 3 y 4.

El promedio de edad fue de 35 años y el promedio de espera fue de 58.98 horas. Se encontraron 7 casos con espera menor de 10 horas, con un mínimo de 4.75 horas. La espera máxima fue de 287.25 horas.

Comparando ambos estudios, encontramos que el promedio de espera fue menor en 1994 que en 1993 en términos generales y por servicio, excepto en el servicio de Ginecología en que aumentó en 1994 con respecto a 1993. Se realizaron más cirugías en 1994 que en 1993 durante las primeras 48 horas. Ver gráficos 1, 2, 5, 6, 7 y 8.

Para los pacientes mayores de 45 años, cuando la valoración no fue solicitada en Consulta Externa la espera intrahospitalaria fue mayor en 1993 con respecto a 1994. Ver gráficos 9 y 10.

La solicitud y realización o no de estudios preoperatorios en Consulta Externa tuvo una distribución similar en ambos años. Ver gráficos 11, 12 y 13.

La realización de estudios estando el paciente ya internado se asoció con espera preoperatoria mucho más prolongada en 1994 que en 1993. Ver gráficos 14, 15, 16, 17 y 18.

Se encontraron 15 casos en 1994 con espera mayor de 120 horas, 3 de los cuales esperaron 3 días para que se les realizará la valoración preoperatoria, con esperas de 144.25, 163.75 y 287.25. Siete de estos pacientes no fueron valorados por Medicina Interna estando hospitalizados.

Cuatro casos en el 94 esperaron más de 200 horas, uno de Cirugía Mujeres y tres de Ginecología; ninguno de ellos esperó estudios ni valoración más de un día.

Si se considera la situación desde el punto de vista del costo monetario, encontramos que, utilizando como parámetro el costo día de hospitalización en los servicios de Ginecología (27721 colones) y de Cirugía (14231.02 colones) para 1994, si la estancia preoperatoria hubiese sido de 48 horas en promedio, ésto habría significado un ahorro de supondría un ahorro de 463933.60 colones por mes en 1993. Para 1994 el ahorro habría sido de 511670.13 colones por mes, debido a que el número de pacientes fue mayor y las esperas extremas fueron más prolongadas. Entre 1993 y 1994 se reduce el costo en 14791.30 colones por cada caso en los Servicios de Cirugía aunque aumentó en el Servicio de Ginecología en 8526.44 colones por caso. Estos ahorros en promedio no son tan significativos pero se tornan muy importantes en las estancias extremas (mayores de 5 días) considerando que estos pacientes debieron cumplir con sus requisitos antes de internarse.

Al analizar esta información nos damos cuenta de que a pesar de que el promedio de espera mejoró con las medidas tomadas, aún existen factores que hacen que la espera se prolonge excesivamente en algunos casos y que esto no tiene relación con el realización o no de estudios y valoraciones durante la hospitalización.

Consideramos que el retraso de estas cirugías puede tener relación con la organización y la utilización de las salas de operaciones, razón por la cual hemos diseñado y realizado un tercer estudio dirigido a evaluar esta situación, el cual ya se está desarrollando.

AGRADECIMIENTO

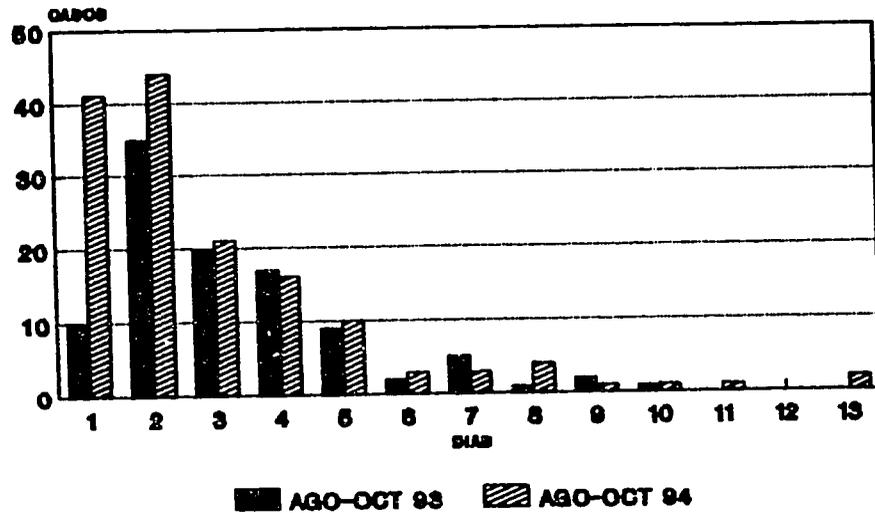
Agradecemos la colaboración que hemos tenido para la realización de este estudio de las jefaturas de los servicios de Cirugía y GinecoObstetricia, así como la colaboración de Archivo y Estadística y el apoyo de la Dirección Médica del hospital.

Esperamos que la información expuesta sea de provecho para el trabajo que realizamos todos los días con el propósito de mejorar la atención del paciente.

RESUMEN

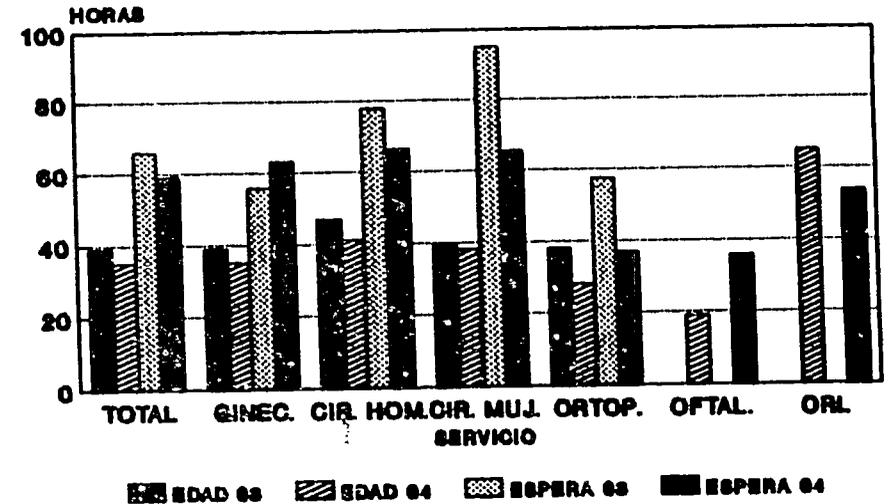
PARAMETROS	1993	1994
Número de casos	102	147
Edad promedio (años)	39	35
Hombres/Mujeres	31/71	33/114
Domicilio Liberia/otro cantón	43/59	61/87
Espera promedio (horas)	66.05	58.98
Espera máxima	221.5	287.25
Espera mínima	10	4.75
Espera Ginecología	55.79	63.18
Espera Cirugía Hombres	77.77	66.46
Espera Cirugía Mujeres	95.13	65.47
Espera Ortopedia	57.42	36.90
Mayores de 45 años (casos)	30 (29.4%)	43 (29.2%)
Esperas mayores de 120 horas	11 (10.8%)	15 (10.2%)
EKG en hospitalización	19 (18.6%)	15 (10.2%)
Laboratorio en hospitalización	71 (69.6%)	85 (57.8%)
Rx tórax en hospitalización	19 (18.6%)	16 (10.9%)
Valoración en hospitalización	19 (18.6%)	19 (12.9%)

GRAFICO 1
ESTANCIA HOSPITALARIA PROMEDIO PREOPERATORIA EN PACIENTES CON CIRUGIA ELECTIVA



AGOS, SET, OCT 1993 Y 1994

GRAFICO 2
ESPERA PREOPERATORIA PARA CIRUGIA ELECTIVA SEGUN SERVICIO HEBB, AGO-OCT



FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

GRAFICO 3
INGRESOS PARA CIRUGIA ELECTIVA SEGUN EDAD Y SERVICIO, AGO-OCT 1993, HEBB

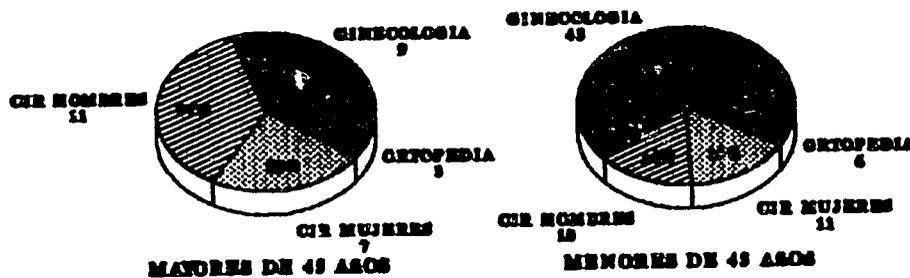


GRAFICO 4
INGRESOS PARA CIRUGIA ELECTIVA SEGUN EDAD Y SERVICIO, AGO-OCT 1994, HEBB

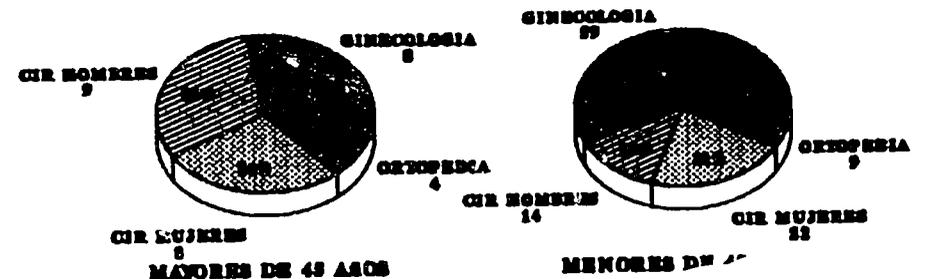
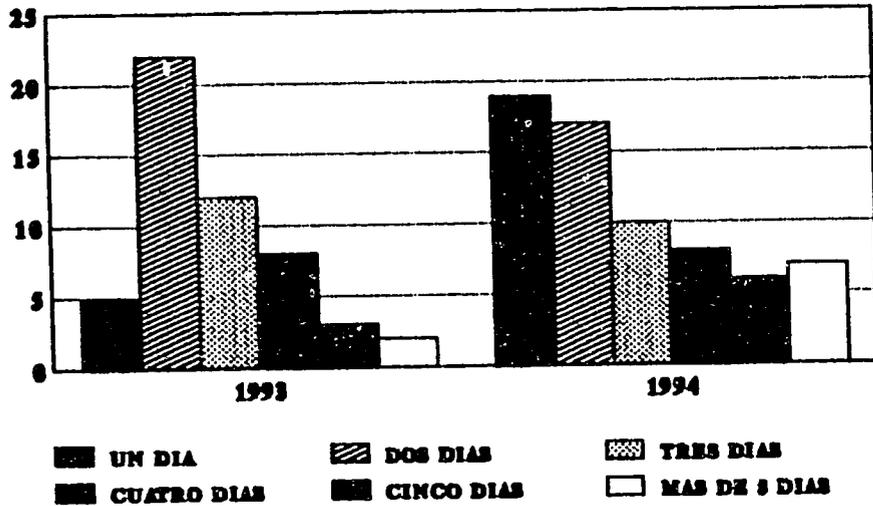
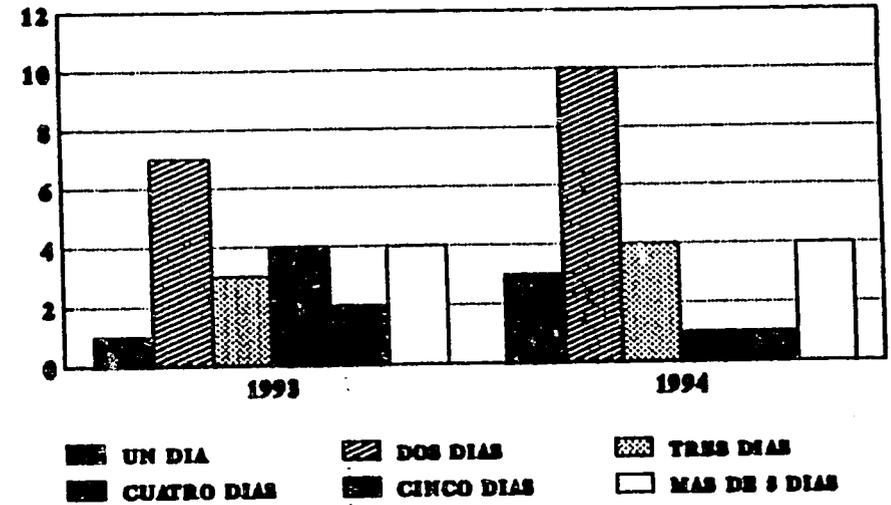


GRAFICO 5
ESPERA PREOPERATORIA PARA CIRUGIA
ELECTIVA GINECOLOGIA HBBB



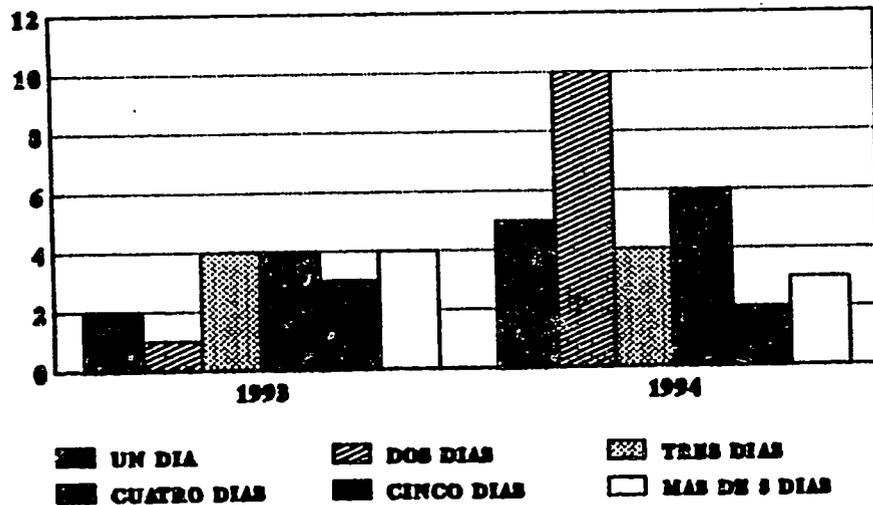
AGO, SET, OCT, 1993 Y 1994

GRAFICO 6
ESPERA PREOPERATORIA PARA CIRUGIA
ELECTIVA CIRUGIA HOMBRES HBBB



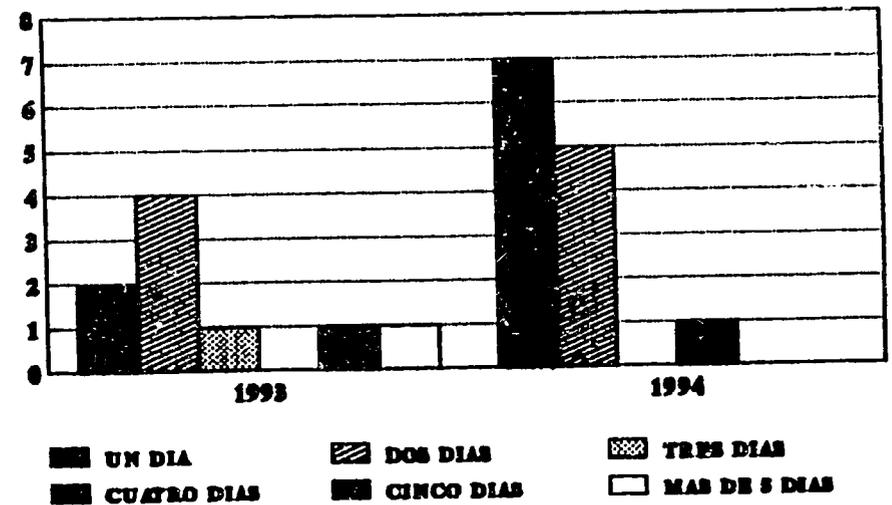
AGO, SET, OCT, 1993 Y 1994

GRAFICO 7
ESPERA PREOPERATORIA PARA CIRUGIA
ELECTIVA CIRUGIA MUJERES HBBB



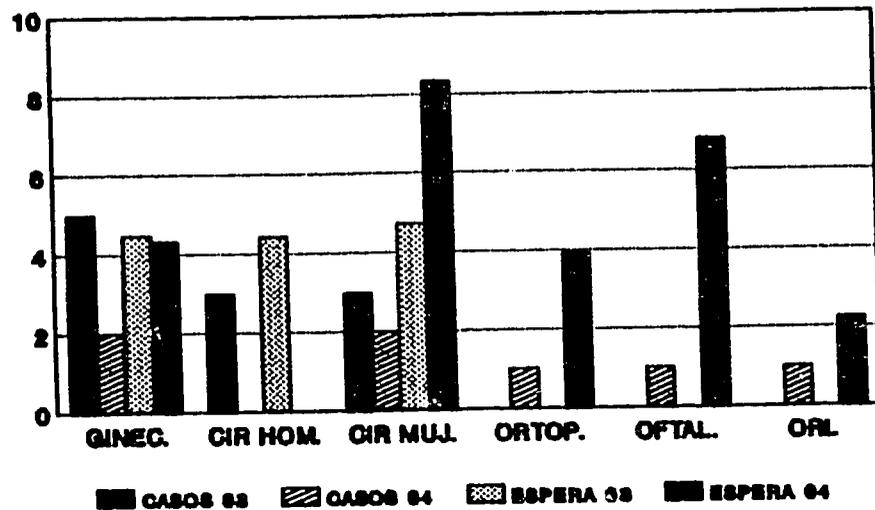
55 - AGO, SET, OCT, 1993 Y 1994

GRAFICO 8
ESPERA PREOPERATORIA PARA CIRUGIA
ELECTIVA ORTOPEDIA HBBB



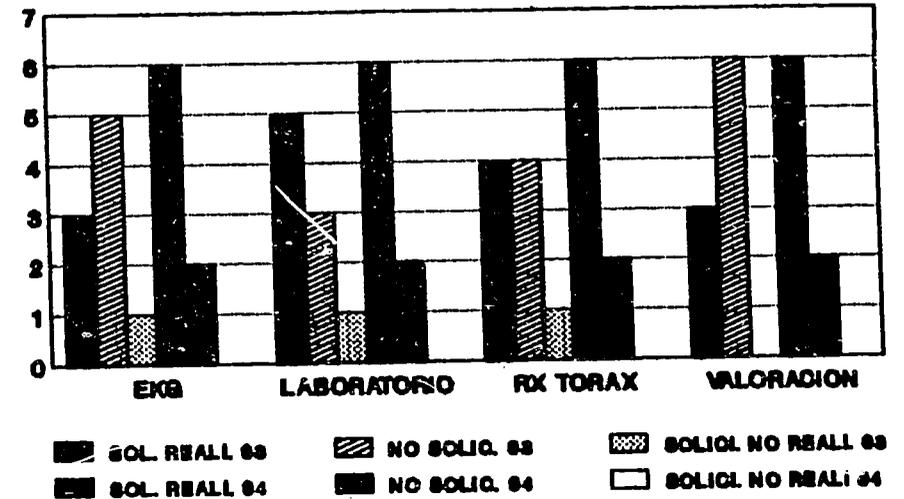
AGO, SET, OCT, 1993 Y 1994

GRAFICO 9
CASOS >45 AÑOS CON ESPERA PREOP >48 H Y VALORACION NO SOLICITADA EN CON. EXTERNA



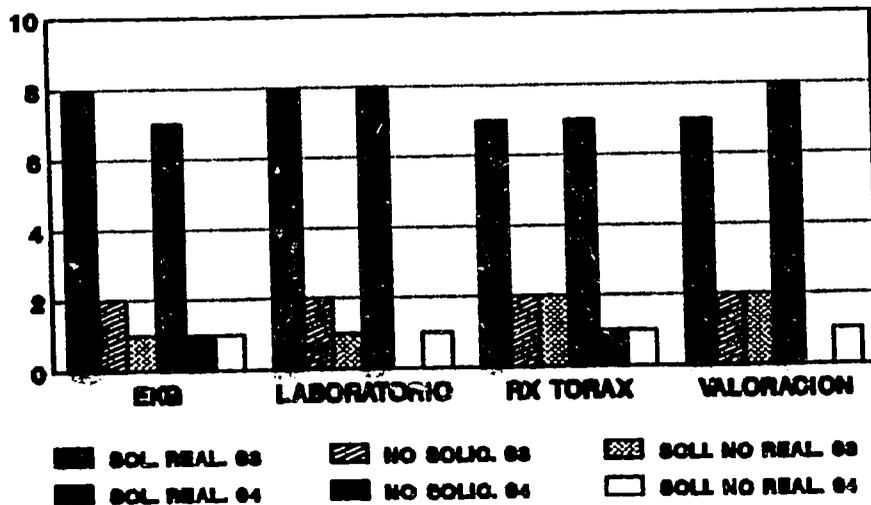
AGOS, SET, OCT 83 Y 84

GRAFICO 11
ESTUDIOS PREOPERATORIOS EN MAYORES DE 45 PARA CIRUGIA ELECTIVA, GINECOLOGIA HEBB



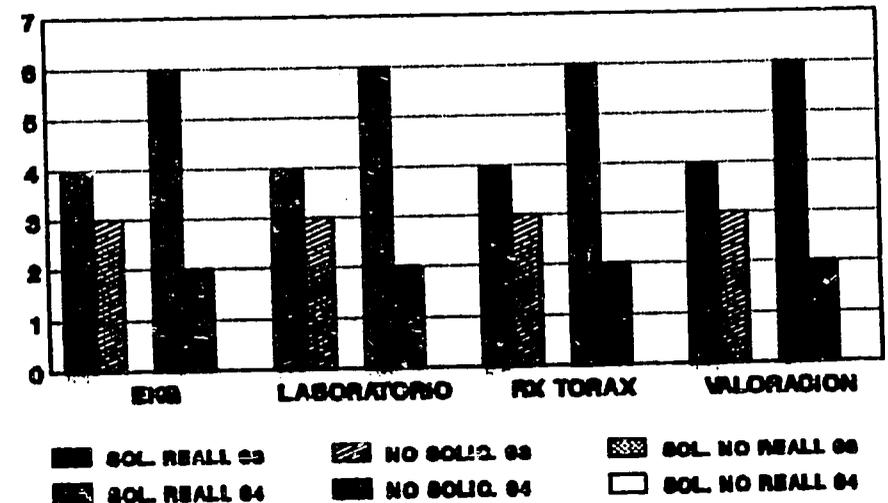
AGOS, SET, OCT 83 Y 84

GRAFICO 12
ESTUDIOS PREOPERATORIOS EN MAYORES DE 45 PARA CIRUGIA ELECTIVA, CIR HOMBRES HEBB



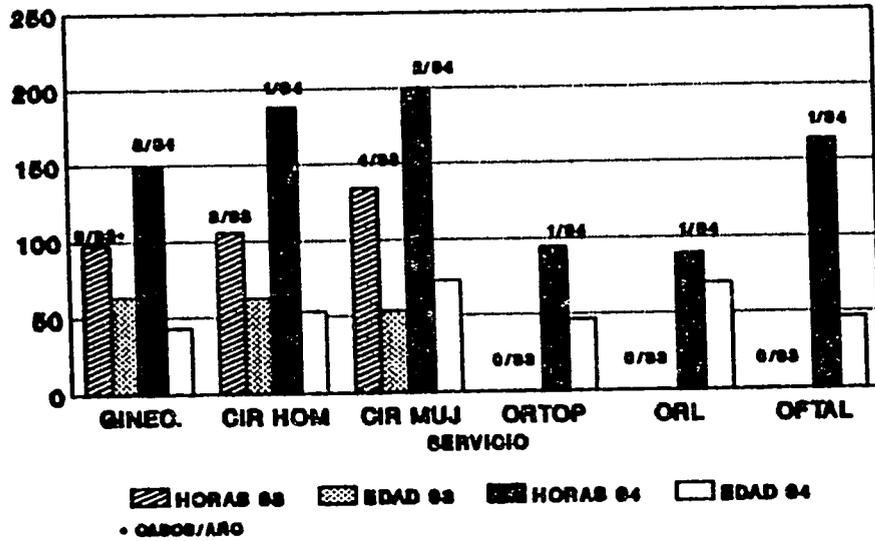
AGO, SET, OCT, 83 Y 84

GRAFICO 13
ESTUDIOS PREOPERATORIOS EN MAYORES DE 45 PARA CIRUGIA ELECTIVA, CIR MUJERES HEBB



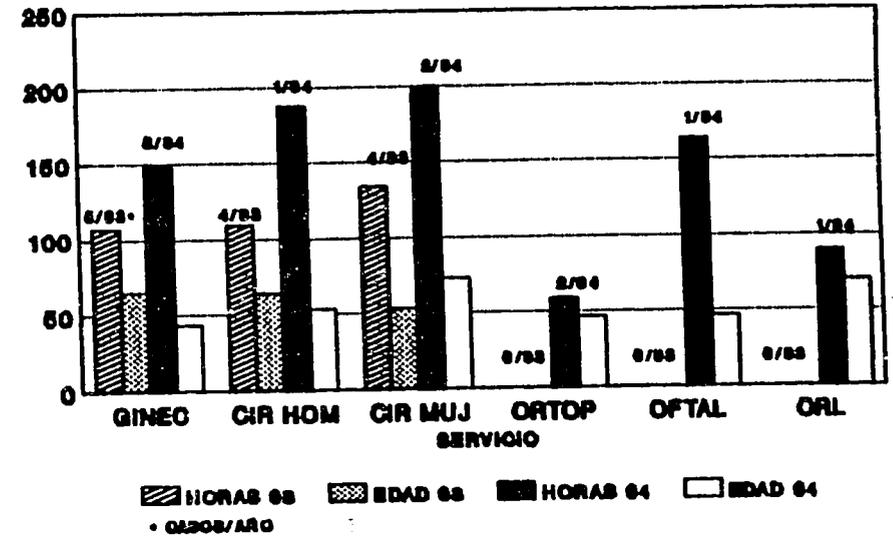
AGO, SET, OCT, 83 Y 84

GRAFICO 14
ESPERA PREOPERATORIA Y EDAD PARA EKG SOLICITADO EN HOSPITAL SEGUN SERVICIO



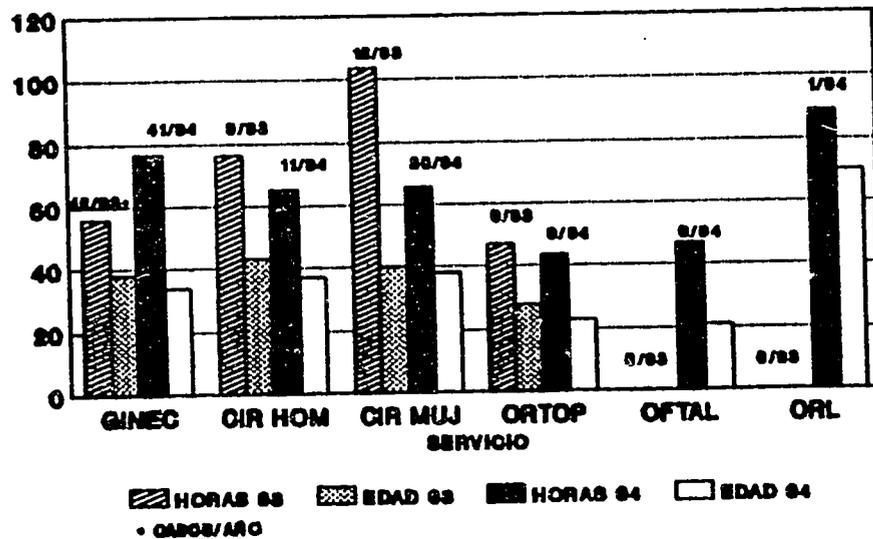
AGO, SET, OCT, 83 Y 84

GRAFICO 15
ESPERA PREOPERATORIA Y EDAD PARA RAYOS X SOLICITADOS EN HOSPITAL SEGUN SERVICIO



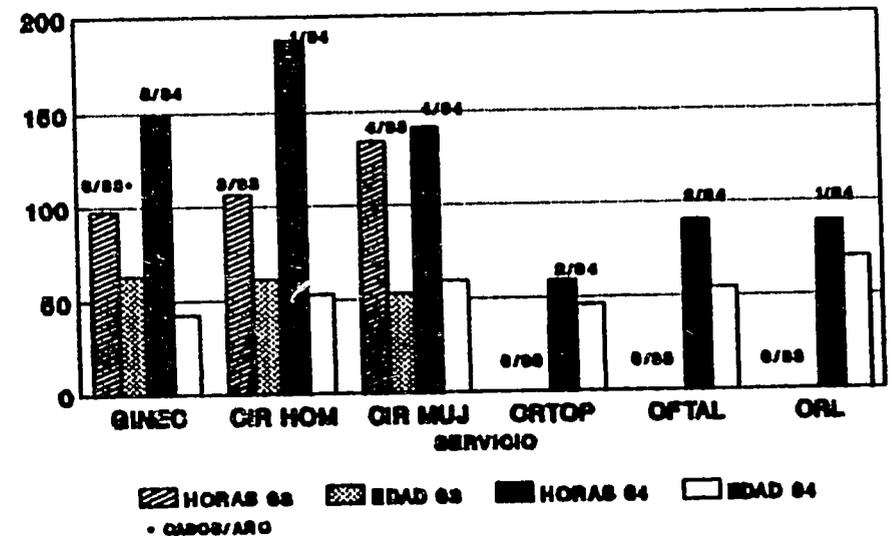
AGO, SET, OCT, 83 Y 84

GRAFICO 16
ESPERA PREOPERATORIA Y EDAD POR SERVICIO PARA LABORATORIO SOLICITADO EN HOSPITAL



AGO, SET, OCT 83 Y 84

GRAFICO 17
ESPERA PREOPERATORIA Y EDAD POR SERVICIO PARA VALORACION SOLICITADA EN HOSPITAL



AGO, SET, OCT, 83 Y 84

67

**COSTO DE ESTANCIA PREOPERATORIA Y
AHORRO ESPERANDO POR SERVICIO Y PACIENTE
MENSUAL EN 1993 Y 1994, H. ENRIQUE BALTODANO B.**

	Ginecología	Cirugía
Estándar 48 Horas	55442.00	28462.04
Costo caso 1993	64445.99	47703.60
Costo caso 1994	72972.43	32912.30
Diferencia estándar 93	9003.99	19241.56
Diferencia estándar 94	17530	4450.26
Diferencia 93 - 94	-8527.43	14791.30
Ahorro posible/mes 93	156069.20	307864.40
Ahorro posible/mes 94	391512.90	120157.23

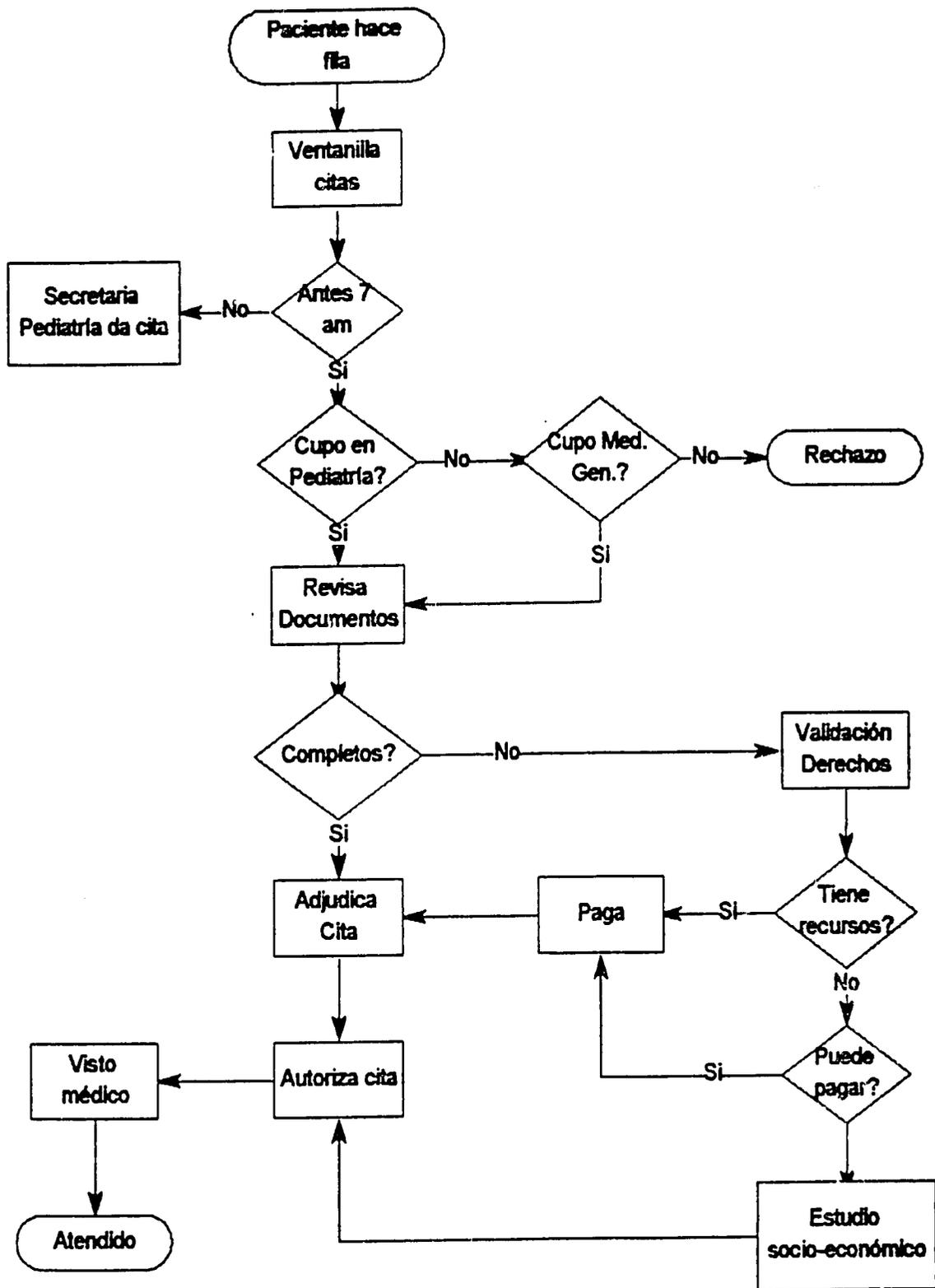
costo/día servicio de cirugía: 14231.02 colones
servicio de ginecología: 27721.00 colones

fuelle: Departamento de costos hospitalarios HEBB

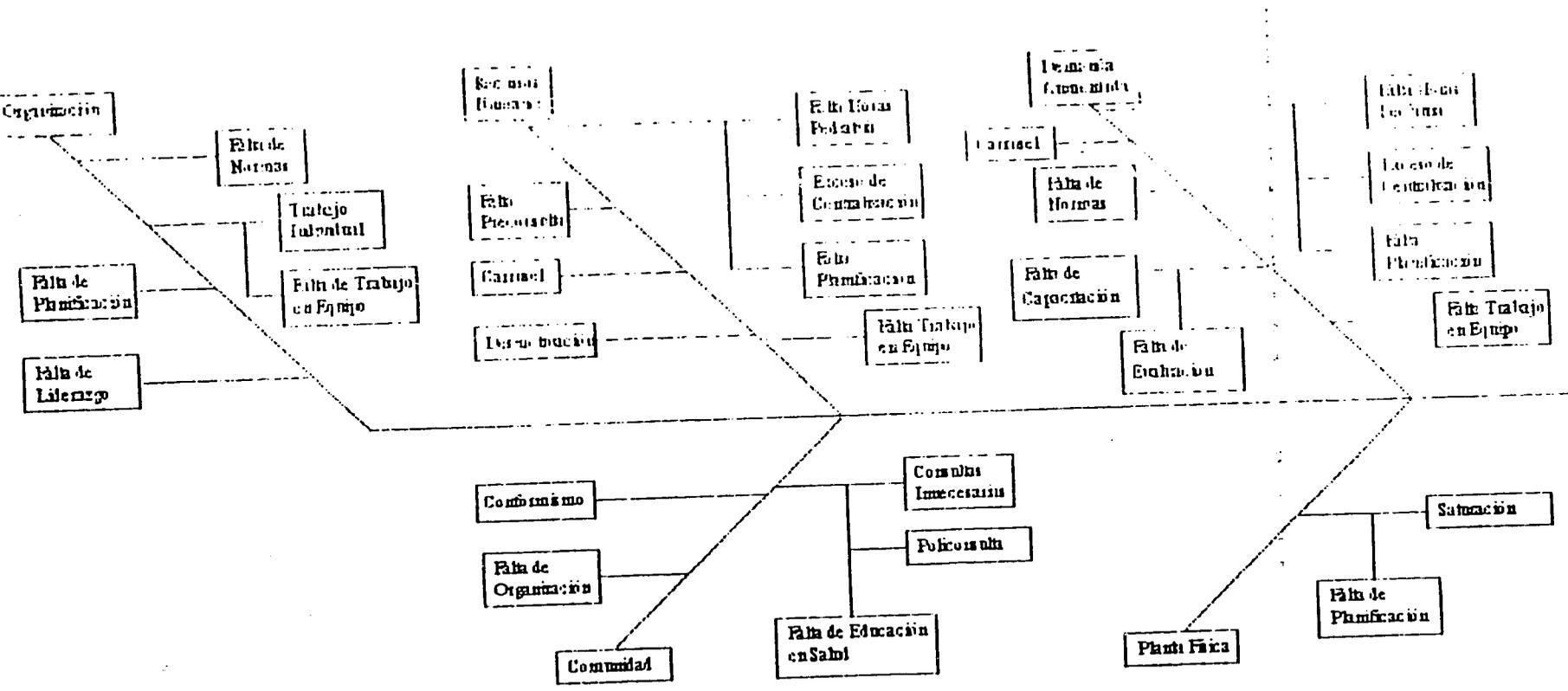
68

**EQUIPO:
HOSPITAL DE CARTAGO**

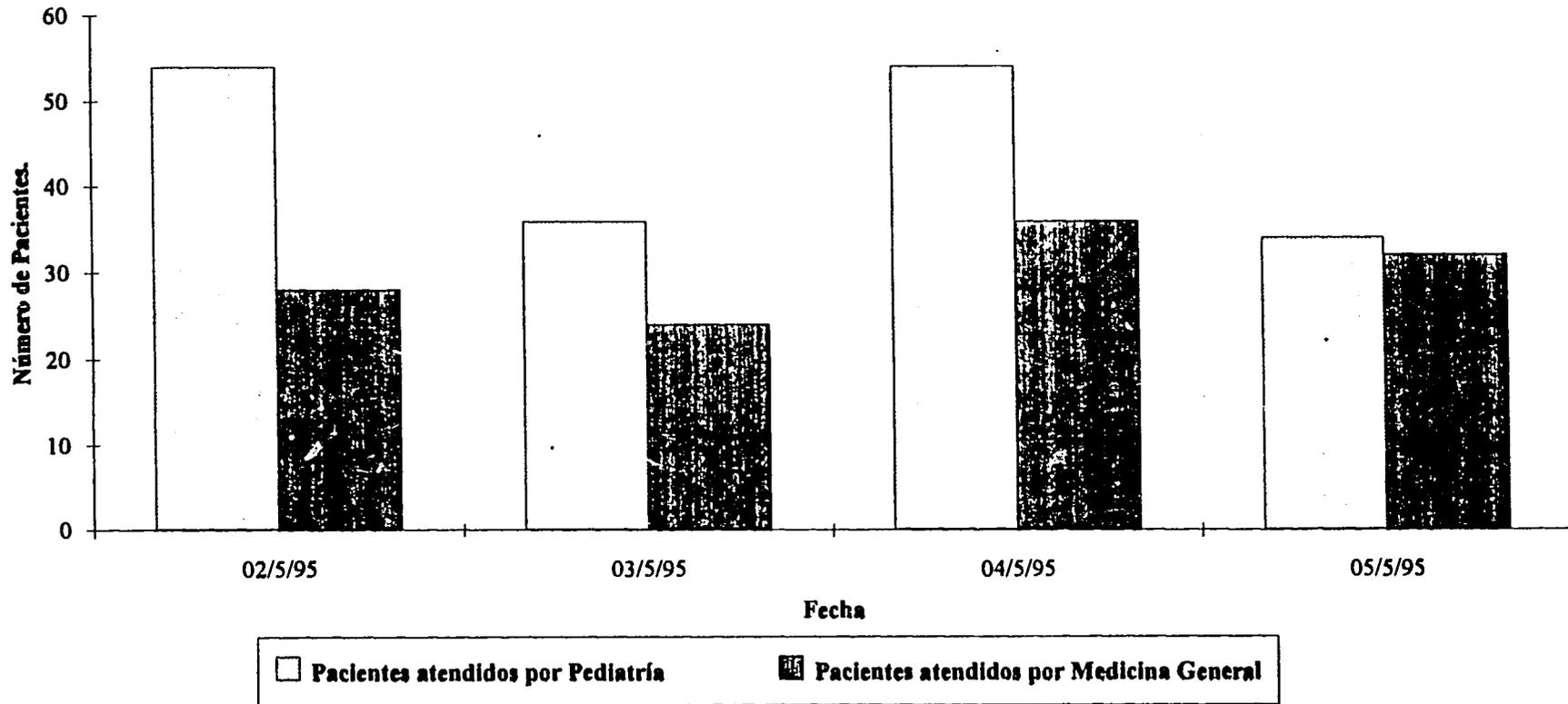
**PROBLEMA:
Rechazo de pacientes pediátricos de la consulta
externa.**



Reclamo del Paciente:
Falta de atención en
la Clínica Ing. Alfredo
Vélez Mata



Pacientes vistos según consulta.



Hoja de Registro Consulta de Niños
Clínica Ing. A. Volio M.

Fecha	Niños vistos por Pediatra	Niños vistos por Med. Gen.	Niños rechazados y% ()
02/05/95	54	28	11 (11.8)
03/05/95	36	24	19 (24.0)
04/05/95	54	26	8 (9.1)
05/05/95	34	32	11 (14.3)

LISTA DE INDICADORES

1. Numero y porcentaje de pacientes rechazados por día.
2. Numero de horas de Pediatría diarias.
3. Numero de horas de Medicina General.
4. Número de pacientes con referencia.

**EQUIPO:
REGIÓN CENTRAL SUR**

**PROBLEMA:
TIEMPO DE TRÁMITE DE CORRESPONDENCIA
RECIBIDA EN LA DIRECCIÓN REGIONAL.**

INDICADORES DE ESTUDIO DE CORRESPONDENCIA

Critero	Indicador	Excepción	Standar
desde que se recibe firma y sella, hasta secretaria del supervisor		ninguna	0-3 horas
de la recepción a la secretaria de la dirección	numero de días		0-3 horas
de directora regional hasta secretaria de supervisor	y horas hábiles		0-30 minutos
desde que supervisor contesta hasta ser aprobado por dirección			16-24 horas
desde que dirección firma y aprueba hasta el casillero			8-16 horas
recolección de correspondencia por mensajero del casillero			4-8 horas

Total 0 - 51.3 horas para contestar la correspondencia.

CAUSAS:

1. FALLAS EN PLANIFICACIÓN DE TRABAJO.
2. DISTRIBUCIÓN INADECUADA DEL TIEMPO.
3. DISTRIBUCIÓN INADECUADA DE FUNCIONES.

