

UNIVERSIDAD PARA LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL
(UCI)

DESARROLLO DE UNA PROPUESTA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL
SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MÉXICO

HANNIA MARÍA LEÓN LEÓN

PROYECTO FINAL DE GRADUACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO
PARCIAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÁSTER EN A
DMINISTRACIÓN DE PROYECTOS

San José, Costa Rica

Junio 2022

UNIVERSIDAD PARA LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL
(UCI)

Este Proyecto Final de Graduación fue aprobado por la Universidad como
requisito parcial para optar al grado de Máster en Administración de Proyectos

LUIS DIEGO VILLALOBOS

NOMBRE DEL PROFESOR TUTOR

FABIO MUÑOZ JIMÉNEZ

NOMBRE DEL PROFESOR LECTOR No.1

MIGUEL ÁNGEL ESQUIVEL MIRANDA

NOMBRE DEL PROFESOR LECTOR No.2

HANNIA MARÍA LEÓN LEÓN

NOMBRE DEL SUSTENTANTE

DEDICATORIA

A mi madre y padre que me dieron la vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme las habilidades para elaborar este PFG.

A las bondades de mi país que me permiten decidir lo que quiero ser, hacer y tener.

A todo el equipo del Servicio de Neurocirugía del Hospital México por su colaboración para la realización de este PFG.

Al Dr. Miguel Esquivel Miranda por su tenacidad en la búsqueda de un trato con calidad y calidez del paciente.

A mi familia y personas que me honran con su amistad.

ABSTRACT

El presente documento tiene como objetivo desarrollar una propuesta para la gestión de la calidad en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México en Costa Rica que tome como base la construcción de una cultura consciente y comprometida con la calidad y la sostenibilidad, la satisfacción de sus usuarios y colaboradores, así como de mejora continua del servicio para lograr un impacto positivo en los indicadores de calidad de este departamento. La calidad en los servicios de salud que se prestan a las personas y los grupos de personas impactan la probabilidad de obtener resultados sanitarios deseados y que se ajusten a la evidencia científica. Por esta razón se plantea la necesidad de desarrollar un plan para la gestión de la calidad que cuente con los elementos necesarios para su implementación exitosa.

El producto final de este proyecto consiste en una propuesta para la gestión de la calidad a ser implementado en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México en Costa Rica. Esta propuesta se desarrolló utilizando una metodología cualitativo – cuantitativa y la guía que establece el Project Management Institute.

ABSTRACT

The objective of this document is to develop a quality management proposal for the Neurosurgery Service of Hospital México in Costa Rica, based on the construction of a culture that is aware of and committed to quality and sustainability, the satisfaction of its users and collaborators, as well as and continuous improvement of the service to achieve a positive impact on the quality indicators of this department. The quality of health services provided to people and groups of people have an impact on the probability of obtaining desired health outcomes that are consistent with scientific evidence. That is why the need arises to develop a plan for quality management that has the necessary elements for its successful implementation.

The final product of this project consists of a quality management proposal to be implemented in the neurosurgery service of the Hospital México in Costa Rica. This proposal

was developed using a qualitative-quantitative methodology and the guide established by the Project Management Institute.

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO.....	15
 1 INTRODUCCIÓN	 17
1.1. Antecedentes	18
1.2. Problemática	20
1.3. Justificación del proyecto	22
1.4. Objetivo general	24
1.5. Objetivos específicos	24
 2 MARCO TEÓRICO.....	 26
2.1 Marco institucional.....	26
2.1.1 Antecedentes de la institución.....	26
2.1.2 Misión y visión.....	26
2.1.3 Estructura organizativa.....	27
2.1.4 Productos que ofrece.....	29
2.2 Teoría de Administración de Proyectos	30
2.2.1 Proyecto.....	30
2.2.2 Administración de Proyectos.....	31
2.2.3 Ciclo de vida de un proyecto.....	31
2.2.4 Procesos en la Administración de Proyectos.....	33
2.2.5 Áreas del conocimiento de la Administración de Proyectos.....	35
2.2.6 Estrategia Empresarial, Portafolios, Programas y Proyectos.....	38
2.3 Otra teoría propia del tema de interés	39
2.3.1 Situación actual del problema	39

2.3.2	La Gestión de la Calidad	41
2.3.3	La Calidad en los Servicios de Salud	42
2.3.4	El Aseguramiento de la Calidad	46
2.3.5	Investigaciones que se han realizado en la gestión de la calidad en neurocirugía... ..	48
3	MARCO METODOLÓGICO.....	52
3.1	Fuentes de información	52
3.1.1	Fuentes primarias.	53
3.1.2	Fuentes secundarias.	53
3.2	Métodos de Investigación.....	55
3.2.1	Métodos de investigación cuantitativos	57
3.2.2	Métodos de investigación cualitativos	57
3.2.3	Métodos de investigación analíticos	58
3.3	Herramientas.....	60
3.3.1	Juicio de expertos	60
3.3.2	Recopilación de datos.....	61
3.3.3	Habilidades interpersonales	61
3.3.4	Reuniones.....	62
3.3.5	Gestión del conocimiento	62
3.3.6	Análisis de datos	63
3.3.7	Toma de decisiones	63
3.3.8	Herramientas de control de cambios	63
3.3.9	Indagación apreciativa	64
3.3.10	Representación de datos.....	64

3.3.11	Planificación de pruebas de inspección.....	65
3.4	Supuestos y restricciones.....	67
3.5	Entregables.....	68
4	DESARROLLO.....	70
4.1	Plan de dirección del PFG.....	70
4.1.1	Plan para la gestión del alcance.....	70
4.1.2	Plan para la Gestión del Tiempo	79
4.1.3	Plan para la Gestión de los Costos	80
4.1.4	Plan para la Gestión de los Riesgos.....	81
4.1.5	Plan para la Gestión de los Interesados	83
4.2	Informe de Documentación sobre Calidad.....	87
4.2.1	La Calidad en los servicios de salud	87
4.2.2	El aseguramiento de la calidad en la CCSS	90
4.2.3	Investigaciones sobre calidad en la neurocirugía	92
4.2.4	La calidad en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México	96
4.3	Reporte de Resultados de la Indagación Apreciativa	98
4.3.1	Resultados	100
4.3.2	Análisis de los resultados de la IA.....	103
4.4	Propuesta para la Gestión de la Calidad	104
4.4.1	Definición de los Requerimientos de Calidad	104
4.4.2	Manual de Calidad	105
4.4.3	Política de Calidad	108
4.4.4	Mapa de Procesos y Herramientas de Calidad.....	109
4.4.5	Roles y Responsabilidades	117

4.4.6	Entregables y Procesos sujetos a revisión de calidad	119
4.4.7	Métricas de Calidad.....	122
4.5	Plan de Mejora	134
4.5.1	Enfoque para la mejora	134
4.5.2	Temas foco para la mejora.....	135
4.5.3	Procesos clave para la mejora	136
4.5.4	Procedimiento para la toma de acciones correctivas y preventivas	140
4.5.5	Procedimiento de Gestión Sostenible de subproductos.....	142
5	CONCLUSIONES.....	143
6	RECOMENDACIONES	146
7	LISTA DE REFERENCIAS	147
8	ANEXOS	156
	ANEXO 1: ACTA (CHÁRTER) DEL PFG	156
	ANEXO 2: EDT DEL PROYECTO DESARROLLO DE UN PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MÉXICO.	166
	ANEXO 3: CRONOGRAMA DEL PFG.....	167
	ANEXO 4: INVESTIGACIÓN PRELIMINAR.....	168

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Hospitales por Redes de Prestación de Servicios de Salud de la CCSS	18
Figura 2 Estrato del Organigrama de la CCSS	28
Figura 3 Fases de un proyecto con ciclo de vida predictivo.....	31
Figura 4 Diagrama del ciclo de vida iterativo	33
Figura 5 Relación entre los cinco grupos de procesos y la administración.....	34
Figura 6 Grupos de procesos y áreas de conocimiento de la dirección de proyectos ..	346
Figura 7 Relación entre la estrategia, portafolios, programas y proyectos	38
Figura 8 EDT del proyecto.....	78
Figura 9 Cronograma del proyecto.....	79
Figura 10 RBS del proyecto.....	82
Figura 11 Mapa estratégico obojetivos de calidad.....	107
Figura 12 Mapa de procesos del servicio.....	109
Figura 13 Proceso para atención y priorización.....	110
Figura 14 Proceso para el desarrollo de proyectos de investigación.....	112
Figura 15 Procesos para elaborar el plan de capacitación.....	112
Figura 16 Control de equipos.....	113
Figura 17 Materiales e insumos en sala de operaciones.....	114
Figura 18 Disponibilidad de materiales.....	114
Figura 19 Control lista de usuarios.....	115
Figura 20 Control de recursos capacitados.....	115
Figura 21 Lista de participación en las capacitaciones.....	116
Figura 22 Control de cumplimiento de requisitos.....	117

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Fuentes de información utilizadas	54
Tabla 2 Métodos de investigación utilizados	59
Tabla 3 Herramientas utilizadas.....	65
Tabla 4 Supuestos y restricciones	67
Tabla 5 Entregables del PFG.....	69
Tabla 6 Acta de constitución del proyecto.....	70
Tabla 7 Definición del alcance del proyecto.....	74
Tabla 8 Presupuesto del proyecto.....	80
Tabla 9 Riesgos del proyecto.....	81
Tabla 10 Conceptualización del poder y el interés.....	84
Tabla 11 Parámetros de poder.....	84
Tabla 12 Parámetros de interés.....	84
Tabla 13 Matriz de interesados poder/interés.....	85
Tabla 14 Indagación apreciativa - descubrir.....	101
Tabla 15 Indagación apreciativa - soñar.....	102
Tabla 16 Roles de los involucrados.....	117
Tabla 17 Actividades de gestión y control.....	120
Tabla 18 Métricas de calidad.....	124
Tabla 19 Descripción de las áreas de mejora.....	134
Tabla 20 Descripción del proceso 1.....	136
Tabla 21 Descripción del proceso 2.....	137
Tabla 22 Descripción del proceso 3.....	138
Tabla 23 Descripción del proceso 4.....	139

Tabla 24 Descripción del proceso 5	140
Tabla 25 Procedimiento para toma de acciones correctivas.....	141
Tabla 26 Descripción de áreas de mejora	142

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS Y ABREVIACIONES

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.

EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral en Salud.

EDUS: Expediente Digital Único en Salud.

FODA: análisis estratégico de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.

HMX: Hospital México.

ISO: International Organization for Standardization.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PFG: Proyecto Final de Graduación.

RESUMEN EJECUTIVO

Este proyecto final de graduación se realizó en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México que forma parte del sistema de salud de la CCSS. Esta institución según se cita en CCSS (2021), realiza la división del territorio nacional en regiones geográficas y está conformada por conjuntos de establecimientos de salud determinados en tres niveles de atención con distintos grados de complejidad y capacidad resolutoria, relacionados entre sí y articulados de forma vertical y horizontal. El servicio de neurocirugía ha ido evolucionando con el tiempo y de acuerdo con Evans (2010), siempre se ha demostrado el sacrificio, la dedicación y el respeto por el paciente angustiado. La atención de los pacientes ha sido veinticuatro horas al día y los pasillos colmados de pacientes graves, así como las salas de cirugías vivirán ávidas de luz abatiendo la ignorancia. La gestión de la calidad es uno de los temas que como indica Gómez (2021), la CCSS desde su gerencia administrativa ha estado desarrollando y ahora esta unidad cuenta con la INTE/ISO 9001:2015.

Este PFG tuvo como eje central la calidad de los servicios que se brindan en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México y su impacto en la vida de los usuarios, así como de los profesionales que desarrollan sus actividades en este espacio de trabajo, los estudiantes de grado y posgrado y los procesos administrativos. En la actualidad el Servicio de Neurocirugía está conformado por profesionales de la salud y de soporte de la mayor calidad sin embargo no cuenta con un plan para gestionar la calidad y esta es una de las prioridades que su jefatura tiene para el año 2022; por lo que se plantea este proyecto que además espera ser la base para lograr una certificación de calidad para este departamento. La importancia de la gestión de la calidad en los servicios de salud es bien conocida y como lo indica la OMS (2020), debe ser un compromiso mundial.

Con base en todo lo anterior y a la necesidad planteada por el equipo de trabajo del Servicio de Neurocirugía del Hospital México, nació la iniciativa de generar por vez primera un plan de gestión de la calidad en un servicio de salud de alta complejidad el cual permita la implementación de un sistema de indicadores de gestión compuesto por indicadores de estructura, procesos, resultados que permitan el control de la calidad del servicio, así como monitorear el grado de satisfacción del usuario. Así mismo este proyecto permitió sentar las bases para que este servicio logre certificarse e integre la sostenibilidad en los procesos del departamento.

El objetivo general de este PFG fue desarrollar una propuesta de gestión de la calidad para el Servicio de Neurocirugía del Hospital México que tomara como base la construcción de una cultura consciente y comprometida con la calidad y la sostenibilidad, la satisfacción de sus usuarios y colaboradores, así como de mejora continua del servicio que lograra un impacto positivo en los indicadores de calidad de este departamento. Los objetivos específicos fueron desarrollar un plan integral del proyecto utilizando las herramientas de la administración de proyectos para guiar la ejecución y supervisión oportuna del proyecto, recopilar y analizar la información sobre calidad que existe en la organización nacional e internacionalmente para elaborar un informe a ser utilizado como entrada del proceso de planificación del plan de gestión de la calidad, realizar un análisis de indagación apreciativa enfocado en la calidad y elaborar un informe de base que será utilizado en el proceso de planificación del plan de gestión de la calidad, elaborar la propuesta de gestión de la calidad para el Servicio de Neurocirugía para lograr un impacto positivo en los indicadores de las actividades de docencia, investigación, administración y la atención de los usuarios; así como del cumplimiento de los objetivos de sostenibilidad.

La metodología utilizada para elaborar este proyecto incluyó tanto fuentes primarias como secundarias y se aplicaron tantas metodologías cuantitativas como cualitativas. Las

herramientas utilizadas fueron el juicio de expertos, la recopilación de datos, las habilidades interpersonales, reuniones, gestión del conocimiento, el análisis de los datos, las herramientas de control, la indagación apreciativa, la representación de datos y la planificación de pruebas de inspección.

La propuesta enmarca la calidad en tres grandes aspectos: la determinación de los requisitos de calidad, el manual para la calidad y la propuesta de mejora. Todos estos elementos tienen como fin último lograr la mayor satisfacción posible del usuario de este servicio de salud y se basa en el compromiso de un equipo de calidad integrado por representantes de todas especialidades involucradas en sus procesos.

El plan de mejora establece cinco procesos prioritarios que inician con la integración del equipo de calidad el cual se conforma de personas dispuestas a capacitarse en este tema y que representan los diferentes servicios involucrados en los procesos. El siguiente paso se basa en la capacitación de las personas en los temas prioritarios que permita el desarrollo de los procesos con la más alta calidad. En el tercer proceso se establece un plan para la sistematización de los equipos, materiales e información del servicio de neurocirugía y finalmente, se propone la creación e implementación de capacitaciones y actividades de formación en temas más allá de las técnicas y que permitirán a los grupos de trabajo convertirse en equipos multidisciplinarios.

En términos de desarrollo sostenible, este proyecto establece acciones en los tres elementos que lo componen.

En conclusión, se ha identificado una gran cantidad de potencialidades y fortalezas en las personas que conforman este servicio de salud de manera que con el liderazgo con el que se cuenta y esta propuesta, podrán dar los pasos hacia una atención con calidad y calidez de sus usuarios.

1 Introducción

Se anota en OMS (2017) que este organismo internacional en su constitución afirma que el goce máximo de salud que se puede lograr es un derecho fundamental del ser humano y que ese derecho incluye el acceso a tiempo, aceptable y asequible a los servicios de atención de su salud con calidad suficiente. Establece además que los servicios de salud deben estar enfocados en los derechos humanos y que para ello deben cumplir varios principios y normas como la no discriminación, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, rendición de cuentas, universalidad y calidad. Con respecto a este último principio se anota que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

En OPS (2018), se establece como primer objetivo del sistema nacional de salud de Costa Rica el garantizar a toda la población servicios integrales de salud de buena calidad.

Este Proyecto Final de Graduación tiene como propósito central el desarrollo de una propuesta de gestión de la calidad a ser implementado en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México ubicado en Costa Rica y que pertenece al tercer nivel de atención de la CCSS; atendiendo no solamente el mandato que indica la OMS sino también la necesidad que las personas que trabajan estudian y son atendidas en este servicio requieren. Para ello se ha realizado una recopilación exhaustiva de la información existente, se han registrado las fortalezas y oportunidades del servicio y se han elaborados los planes para el alcance, el cronograma, el presupuesto, los riesgos y los interesados, con el fin de que sea implementado e impacte positivamente los servicios de salud, la docencia e investigación y la administración de éste. No se incluyeron los procesos de los recursos, las adquisiciones y las comunicaciones porque el servicio ya cuenta con estos planes.

1.1. Antecedentes

Se afirma en CCSS (2019), que la organización de los servicios de salud en la CCSS se realiza mediante la división del territorio nacional en regiones geográficas y está conformada por conjuntos de establecimientos de salud determinados en tres niveles de atención con distintos grados de complejidad y capacidad resolutoria, relacionados entre sí y articulados de forma vertical y horizontal. Estos establecimientos de salud y sus dependencias operan bajo un modelo de redes basados en la atención y relaciones de colaboración que permite asegurar la continuidad de la atención de los usuarios.

En la siguiente figura se puede observar las redes de prestación de servicios de salud que brinda la CCSS y a la cual pertenece el Hospital México en donde se ubica el servicio de neurocirugía en estudio.

Figura 1

Hospitales por Redes de Prestación de Servicios de Salud de la CCSS.



Nota: Adaptado de Hospitales por Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), por CCSS, 2019,

<https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/handle/20.500.11764/3649>

Con respecto a la cobertura contributiva del Seguro Social, se anota en CCSS (2019) que es de un 91.1 % de la población total para el año 2019 y es en el protocolo de atención a la persona usuaria en el que se anota como objetivo el facilitar a los prestadores de servicios, los elementos prácticos para prodigar una atención cálida, de calidad y facilitar las herramientas que contribuyan a mejorar la relación colaborador-población. Este documento se fundamenta en políticas de la organización y en la Ley 8239 sobre los “Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados” que señala la obligación de que tales entidades brinden un trato digno, diligente y eficiente a la persona usuaria.

De acuerdo con el Dr. Soto Pacheco quien escribe en Memoria del Hospital México (2012), esta institución de la CCSS fue inaugurada el 4 de marzo de 1969 como el primer hospital construido con recursos propios y como un centro de alta calidad técnica y asistencial del país. En ese mismo momento se inician altos alcances en la medicina de la seguridad social debido a que se inauguran servicios como el de cirugía torácica y cardiovascular, neurocirugía y oncología.

El Servicio de Neurocirugía ha ido evolucionando con el tiempo y de acuerdo con Evans (2010), siempre se ha demostrado el sacrificio, la dedicación y el respeto por el paciente angustiado. La atención de los pacientes ha sido veinticuatro horas al día y los pasillos colmados de pacientes graves, así como las salas de cirugías vivirán ávidas de luz abatiendo la ignorancia.

La gestión de la calidad es uno de los temas que como indica Gómez (2021), la CCSS desde su gerencia administrativa ha estado desarrollando y ahora esta unidad cuenta con la INTE/ISO 9001:2015. De ahora en adelante se desarrollarán proyectos de alto impacto y la integración de su gestión en la arquitectura empresarial con el fin de simplificar los trámites, innovación y optimización de los recursos.

Es en el seno del Servicio de Neurocirugía del Hospital México que nace la necesidad de generar acciones alrededor de la calidad de los servicios que se brindan; dando seguimiento a esta política institucional.

Este PFG propone una guía oportuna a esta necesidad, de manera tal que, se desarrolló una propuesta de gestión de la calidad para este servicio de salud en un tiempo récord. Contar con el apoyo de la dirección del servicio y del equipo de trabajo ha sido vital para obtener la información necesaria para la elaboración del plan citado. Brindar servicios de calidad que puedan ser medidos en un marco de mejora continua tendrá un impacto positivo para los usuarios, sus familias y la administración de este ente.

1.2. Problemática

Este PFG tiene como eje central la calidad de los servicios que se brindan en el del Servicio de Neurocirugía Hospital México y su impacto en la vida de los usuarios y sus familias, así como de los profesionales, técnicos y auxiliares que desarrollan sus actividades en este espacio de trabajo, los estudiantes de grado y posgrado y los encargados de los procesos administrativos.

En la actualidad este Servicio de Neurocirugía está conformado por profesionales de la salud y de soporte comprometidos con su labor, sin embargo, no cuenta con un plan o sistema para gestionar la calidad y esta es una de las prioridades que su jefatura tiene para el año 2022. Este proyecto se plantea con base en esta necesidad identificada y se considera una base para lograr una certificación de calidad para este Servicio de Neurocirugía.

La importancia de la gestión de la calidad en los servicios de salud es bien conocida y como lo indica la OMS (2020) debe ser un compromiso mundial. Para esta organización la calidad es el grado en que los servicios de salud que se prestan a las personas y los grupos de personas impactan la probabilidad de obtener resultados sanitarios deseados y que se ajusten

a la evidencia científica. Esta definición incluye la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación e implica que la calidad puede medirse y mejorarse de forma continua.

Es la misma OMS (2020) la que propone que deben tomarse medidas para lograr servicios de calidad en primera línea. Estas medidas propuestas son:

- Generación de políticas y estrategias nacionales destinadas a mejorar la calidad.
- Calidad en todo el sistema de salud.
- Atención de salud primaria de alta calidad que permita el empoderamiento de la comunidad, las medidas multisectoriales y la priorización de la alta calidad en las funciones esenciales de salud pública.
- Seguimiento y evaluación con la utilización de datos precisos y oportunos para adoptar medidas.
- Compartir y aprender de manera que se recopilen y compartan enseñanzas y experiencias en materia de calidad.
- Sistemas de salud resilientes de calidad con especial atención a las emergencias; antes, durante y después.

El Banco Mundial (2018) y de acuerdo con un informe conjunto realizado con la OMS y la OCDE, indicaban que la salud de baja calidad frenaba el avance de las mejoras en esta área en los países de todos los ingresos. Los principales problemas que se presentan son los diagnósticos imprecisos, errores en la medicación, tratamientos inapropiados o innecesarios, instalaciones o prácticas médicas inadecuadas o inseguras y la carencia de suficiente capacitación y experiencia de los prestadores de los servicios. Este mismo informe destaca que las enfermedades asociadas con la atención de la salud de escasa calidad generan gastos adicionales para las familias y los sistemas de salud. Además, generan incapacidades a largo plazo, el deterioro y la pérdida de la productividad que tiene como consecuencia costos económicos y sociales de billones de dólares cada año.

Las tres organizaciones citadas en Banco Mundial (2018), describen los pasos que se deben seguir de forma urgente y en las que se anota: el desarrollo de políticas y estrategias públicas sólidas para aumentar la calidad de los cuidados, centralizar los sistemas en la atención competente y la experiencia de los usuarios que garantice la confianza en el sistema y el empoderamiento de los ciudadanos para que participen en las decisiones que sobre la atención de la salud se realicen de manera que satisfagan las necesidades de las comunidades locales.

Basada en lo anotado y el efecto que causa la no calidad en los servicios de salud, es que se plantea en este PFG en el que se toman en cuenta las medidas indicadas por los organismos internacionales y las políticas de la CCSS, con el fin de generar un plan que contenga los debidos elementos y procesos relacionados con la calidad, centrado en la atención de los usuarios y la mejora continua.

1.3. Justificación del proyecto

Según Vargas, Vallecillo y Hernández (2013), la calidad del producto o del servicio que ofrecen las organizaciones determinan la posición y el liderazgo de éstas, especialmente en un contexto globalizado y tecnológicamente avanzado; siendo la opinión de los usuarios fundamental en relación con su percepción y expectativas. En el caso de las organizaciones prestadoras de servicio de salud es por demás importante debido a que en ellas recae la responsabilidad de la atención de la salud de la población, por lo que debe ser una prioridad.

Como lo indica Ramírez (2011), la frecuencia con la que se habla de los costos de la no calidad en el ámbito de la salud ha aumentado y se centra en las implicaciones que tiene sobre las instituciones y la sociedad en general. Destaca que no todos los problemas de calidad tienen que ver con los errores médicos, sino que el mal uso de los recursos, la realización de procedimientos innecesarios y la exposición de los pacientes a riesgos, generan altos costos;

siendo más impactante en los países subdesarrollados en los que se suma la extrema limitación de recursos y en ocasiones la falta de voluntad política hacia las acciones en salud.

La calidad en salud establecen Vargas, Vallecillo y Hernández (2013) globaliza la complejidad que caracteriza los servicios de salud y en este sentido citan a la OMS con respecto a la corresponsabilidad que existe entre el estado, los prestadores del servicio con los usuarios (pacientes) y la definen como: “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, tomando en cuenta los factores y el conocimiento del paciente y del servicio médico con el fin de lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción en el proceso del paciente”. Indican, además, que a menudo la calidad en la prestación de los servicios es definida en función de la conformidad con las especificaciones y como producto de la interacción de factores técnico – científicos, administrativos, de recursos económicos, humanos e interpersonales, es la percepción del usuario la que fundamenta las acciones cuando las expectativas no son satisfechas. Siguen anotando Vargas, Vallecillo y Hernández (2013), que se debe tomar en cuenta con independencia del tipo de servicio los determinantes de la calidad según sean: Elementos tangibles o de infraestructura, equipos, personal, materiales de comunicación e información, la fiabilidad en la habilidad para realizar el servicio de manera cuidadosa y confiable, la celeridad y voluntad con la que el personal brinda el servicio, la seguridad que implica los conocimientos y habilidades mostrados por el personal de manera que brinde confianza y credibilidad al usuario, la empatía demostrada como cortesía, accesibilidad, información oportuna y comprensión al usuario y los parámetros de calidad como puntualidad, presentación personal, prontitud en la atención, respeto, trato humano, diligencia al realizar el diagnóstico, agilidad para identificar el problema, destreza para solucionarlo, efectividad en los procedimientos, comunicación con el usuario y su familia, ética, equidad, educación continua del personal y usuarios.

Con base en todo lo anterior y a la necesidad planteada por el equipo de trabajo del Servicio de Neurocirugía del Hospital México, nace la iniciativa de generar por vez primera una propuesta de gestión de la calidad en un servicio de salud de alta complejidad el cual permita la implementación de un sistema de indicadores de gestión compuesto por indicadores de estructura, procesos, resultados que permitan el control de la calidad del servicio, así como monitorear el grado de satisfacción del usuario.

1.4. Objetivo general

Desarrollar una propuesta para la gestión de la calidad en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México que tome como base la construcción de una cultura consciente y comprometida con la calidad y la sostenibilidad, la satisfacción de sus usuarios, sus familias y colaboradores, así como de mejora continua del servicio para lograr un impacto positivo en los indicadores de calidad de este departamento.

1.5. Objetivos específicos

1. Desarrollar un plan integral del proyecto utilizando las herramientas de la administración de proyectos para guiar la ejecución y supervisión oportuna del proyecto incluyendo las áreas de alcance, cronograma, presupuesto, riesgos e interesados.
2. Recopilar y analizar la información sobre calidad que existe en la organización nacional e internacionalmente para elaborar un informe a ser utilizado como entrada del proceso de planificación del plan de gestión de la calidad.
3. Realizar un análisis de Indagación Apreciativa enfocado en la calidad y elaborar un informe de base que será utilizado en el proceso de planificación del plan de gestión de la calidad.
4. Elaborar una propuesta para la gestión de la calidad en el Servicio de Neurocirugía para lograr un impacto positivo en los indicadores de las actividades de docencia,

investigación, administración y la atención de los usuarios; así como del cumplimiento de los objetivos.

2 Marco teórico

Este proyecto de investigación se desarrolla en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México, que a la vez forma parte del sistema de hospitales de tercer nivel de la Caja Costarricense de Seguridad Social de Costa Rica. Este hospital se encuentra ubicado en la provincia de San José, distrito de La Uruca y se categoriza como de clase A por la complejidad de los servicios que brinda.

2.1 Marco institucional

2.1.1 Antecedentes de la institución.

La CCSS se crea como una institución semiautónoma el 1 de noviembre de 1941 mediante la Ley No 17 la cual fue promulgada durante la administración del Dr. Rafael Angel Calderón Guardia. (CCSS, 2021)

2.1.2 Misión y visión.

Según consta en la página web de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS, 2021) la misión y la visión de la institución son las siguientes:

Misión: Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense, mediante:

- El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la CCSS: Universalidad, Solidaridad, Unidad, Igualdad, Obligatoriedad, Equidad y Subsidiaridad.
- El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el trabajo en los funcionarios de la Institución.
- La orientación de los servicios a la satisfacción de los clientes.
- La capacitación continua y la motivación de los funcionarios.

- La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios.
- El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación.
- La promoción de la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión administrativa.

Visión: Seremos una Institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y prestaciones sociales en respuesta a los problemas y necesidades de la población, con servicios oportunos, de calidad y en armonía con el ambiente humano. (CCSS, 2021)

2.1.3 Estructura organizativa.

La CCSS es una institución que cuenta con una estructura organizacional de alta complejidad y de tipo funcional que se puede observar con detalle en <https://www.ccss.sa.cr/img/cultura/OrganigramaIntegralCCSS.pdf> CCSS (2021) y que contiene el organigrama de esta. Esta institución según con CCSS (2022) cuenta con una Gerencia General a la cual están adscritas seis gerencias funcionales a saber: administrativa, financiera, infraestructura y tecnología, de pensiones, logística y médica.

El Hospital México en donde se desarrolla este proyecto se encuentra bajo la línea de mando de la Gerencia Médica, que cuenta con una Dirección de Red de Servicios de Salud, que a su vez cuenta con una Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud a la cual pertenecen los hospitales clase A. El Hospital México es un hospital de clase A que brinda los servicios de salud de más alta complejidad y el servicio de neurocirugía es uno de ellos. (CCSS, 2021)

De manera más específica, el Hospital México cuenta con una organización funcional en la que el servicio de neurocirugía es una más de las direcciones que se encuentran bajo la línea de mando de la Dirección General del Hospital.

El desarrollo de un plan de gestión de la calidad para el servicio de neurocirugía en estudio es una gran oportunidad de que primero la Dirección del Hospital en cuestión y luego la Dirección de Red Integrada de Servicios de Salud, favorezca no sólo su implementación sino también la elaboración de planes similares en otras áreas de prestación de los servicios.

El presente PFG cuenta con el apoyo del Dr. Edgar Méndez, Jefe de Cirugías del Hospital México para ser realizado.

2.1.4 Productos que ofrece.

Según la información anotada en CCSS (2021), esta institución otorga servicios de salud en tres niveles de atención: EBAIS (equipos básicos de atención integral en salud), clínicas y hospitales regionales clase B y hospitales centrales o de clase A. Además, brinda servicios de pensiones y prestaciones sociales que favorezca el contar con una población integralmente sana y trabajadores con expectativas reales y efectivas de pensión, con cobertura a sus familias.

De forma más específica el servicio de neurocirugía en estudio ofrece los siguientes servicios:

- Consulta externa de personas que requieren valoración y diagnóstico de neuropatologías.
- Hospitalización de pacientes para estudios y para cirugía (previo y post cirugías)
- Cirugías enfocadas en patologías del sistema nervioso central y periférico tanto programadas como de urgencia.

- Docencia enfocada en estudiantes de pregrado de medicina y residentes de la especialidad de neurocirugía.
- Investigación en temas relacionados con la neurocirugía.
- Administración de recursos.

Esta lista de servicios que ofrece el servicio de neurocirugía se debe integrar en el plan de gestión de la calidad que este PFG tiene como objetivo desarrollar.

2.2 Teoría de Administración de Proyectos

2.2.1 Proyecto.

De acuerdo con la Guía del PMBOK® (PMI, 2017), un proyecto es un esfuerzo que se realiza de forma temporal con el fin de crear un producto, un servicio o resultado único. Los proyectos se llevan a cabo para cumplir objetivos que definen las metas por medio de las cuales se dirige el trabajo o una estrategia que permite alcanzar un resultado, un producto a producir o un servicio a prestar.

Otra definición sobre proyecto es la planificación y ejecución de una serie de acciones que siendo su fin último el conseguir un objetivo determinado, se llevan a cabo. El proyecto también debe incluir el detalle del conjunto de recursos y medios necesarios para llevarlo a cabo (Coll, 2022).

Para ejemplificar lo que es un proyecto se anotan los siguientes:

- Desarrollo de la vacuna contra el COVID 19. Cientos de científicos alrededor del planeta iniciaron la carrera para el desarrollo de la vacuna casi al mismo tiempo en que la OMS declaraba la pandemia en 2020. Estos proyectos tanto públicos como privados dieron sus frutos en menos de un año debido a la utilización del conocimiento y la tecnología que se había acumulado por parte de la comunidad científica. (Dolgin, 2021)

- Fideicomiso Ruta Uno. Este proyecto de obra vial es el resultado de la lucha que las comunidades han dado con el fin de lograr la construcción de vías públicas de forma transparente y eficaz. Como parte de los procesos realizados se han estado dando comunicaciones sobre los avances al público en general. (Alvarado, 2020)

2.2.2 Administración de Proyectos.

De acuerdo con Lledó (2017) en su libro el ABC de la Administración de Proyectos, esta materia se suele llamar gestión de proyectos, gerencia de proyectos o dirección de proyectos. Establece que la administración de proyectos se refiere fundamentalmente a la gestión de emprendimientos que tienen carácter finito y con objetivos muy específicos que una vez cumplidos determinan la finalización de este.

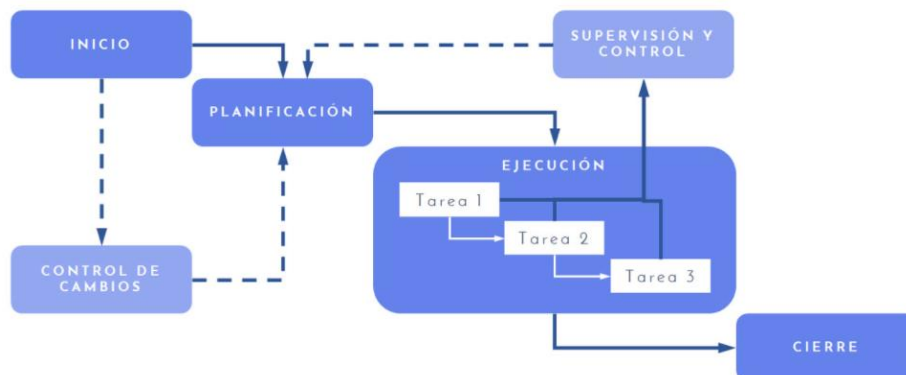
2.2.3 Ciclo de vida de un proyecto.

Según Lledó (2017) el ciclo de vida del proyecto se refiere a las fases que debe cumplir un proyecto desde su inicio hasta su fin. Estas fases culminan con un entregable o una lección aprendida que permiten o no la continuación hacia la siguiente fase. Nos presenta dos tipos de interacciones entre las fases, que son:

- Predictivo en el cual hasta que no finaliza la fase predecesora no comienza la siguiente o sucesora. Se sigue un plan desde el inicio hasta el cierre del proyecto de manera que el alcance, tiempo y costo están bien definidos desde las fases iniciales del proyecto. En la figura 3 se ilustra cómo se desarrolla un proyecto predictivo y la relación que se da entre las fases del proyecto.

Figura 1

Fases de un proyecto con ciclo de vida predictivo.



Nota: Adaptado de *Diagrama de Ciclo de Vida Predictivo*, por Jorge Saiz, 2018,

<https://jorgesais.com/blog/ciclo-de-vida-predictivo/>

En su blog, Saiz (2018) afirma que, si bien es cierto en un proyecto con ciclo de vida predictivo, la determinación del alcance, costo y plazo de ejecución se concretan lo antes posible, esto no se hace de forma definitiva de manera que a lo largo del proyecto pueden cambiar. Indica, además que este tipo de estructura predictiva sigue la ruta de los procesos de dirección de la gestión de proyectos; tal cual se observa en la figura 3.

- Adaptativo es el ciclo en el que según Lledó (2017) se subdivide el proyecto en entregables menores y cada uno de ellos se gestiona como un mini proyecto que permite entregar valor al cliente. Se identifican tres variaciones del ciclo adaptativo que son el iterativo (el alcance se establece de forma temprana y el tiempo y costo se va definiendo con las iteraciones), el incremental (al inicio hay una idea completa del alcance del producto o servicio final con entregas de mayor funcionalidad en cada iteración que pueden ser utilizadas inmediatamente por el cliente) y el ágil o híbrido (combina ciclos iterativos e incrementales realizando iteraciones sobre un producto para obtener entregables finales listos para usar).

La figura 4 muestra las fases que sigue un proyecto con ciclo de vida iterativo y se puede observar que después de cada iteración se inicia la siguiente con base en resultados de la anterior hasta el cierre del proyecto.

Figura 4

Diagrama del Ciclo de Vida Iterativo.



Nota: Adaptado de *Diagrama de Ciclo de Vida Iterativo*, por Jorge Saiz, 2018,

<https://jorgesai.com/blog/ciclo-de-vida-iterativo/>

Una vez que se analizan los diferentes tipos de ciclos de vida que tienen los proyectos se puede decir que este proyecto final de graduación por sus características seguirá un proceso predictivo.

2.2.4 Procesos en la Administración de Proyectos.

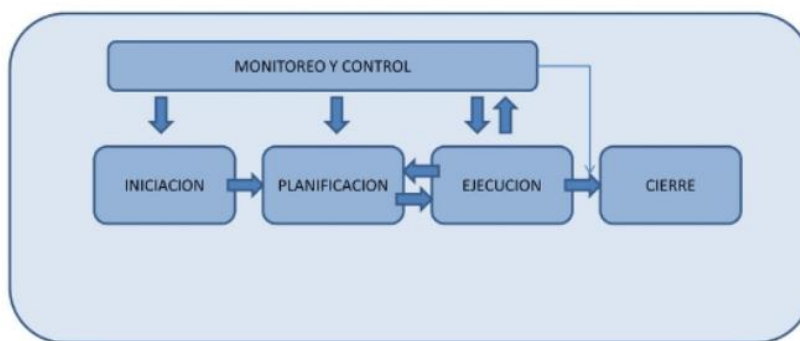
La Guía del PMBOK® (PMI, 2017) establece cinco grupos de procesos que se integran en la administración de proyectos. El detalle de éstos es el siguiente:

- Proceso de Inicio: en este proceso se desarrolla un documento que autoriza formalmente la existencia de un proyecto o de una fase y le brinda al director del proyecto la autoridad para utilizar los recursos para el proyecto.

- **Proceso de Planificación del Proyecto:** acá se define, prepara y coordina todos los componentes del plan y los consolida en un plan integral para lograr la dirección del proyecto.
- **Proceso de Ejecución:** en este proceso se lidera y se lleva a cabo el trabajo definido en el plan para la dirección del proyecto. Se integra a las personas y a los recursos para concretar el proyecto
- **Proceso de Monitorear y Controlar el Trabajo del Proyecto:** es el proceso de hacer seguimiento, revisar e informar el avance del proyecto y el cumplimiento de los objetivos de desempeño. Se busca identificar las variaciones respecto del plan de gestión del proyecto.
- **Cerrar el Proyecto o Fase:** es el proceso de finalizar todas las actividades del proyecto, la fase o el contrato.

Figura 5

Relación entre los cinco grupos de procesos de la administración de proyectos.



Nota: Adaptado de *Relación entre los 5 Grupos de Procesos de la Gestión de Proyectos*, por Rafael Velasco, 2022, <https://gestiondeproyectosplus.com/5-grupos-de-procesos-de-la-direccion-de-proyectos/>

En el artículo de Velasco (2022) el autor anota la interrelación y dependencia que se da entre los grupos de procesos. Todo proyecto sufre cambios y esto hará que el director de cada proyecto revise los diferentes procesos.

El presente proyecto final de graduación se desarrollará con un ciclo de vida predictivo y se cumplirán con los primeros dos grupos de procesos correspondientes a inicio y planificación debido al tiempo con el que se cuenta para realizarlo. Sin embargo, se tiene el compromiso con el cliente de que una vez finalizado el PFG, se realizará el seguimiento correspondiente para lograr con el cumplimiento de los otros tres grupos de procesos: ejecución, monitoreo y control y cierre.

2.2.5 Áreas del conocimiento de la Administración de Proyectos

En la Guía del PMBOK® (PMI, 2017) se establecen las siguientes áreas de conocimiento que categorizan los procesos de un proyecto.

- Gestión de la integración: incluye los procesos y actividades para identificar, definir, combinar, unificar y coordinar los diversos procesos y actividades de la dirección del proyecto.
- Gestión del alcance del proyecto: incluye los procesos requeridos para garantizar que el proyecto incluye el trabajo requerido y únicamente el trabajo requerido para completar exitosamente el proyecto.
- Gestión del cronograma del proyecto: incluye los procesos requeridos para administrar la finalización del proyecto a tiempo.
- Gestión de los costos: incluye los procesos que permiten planificar, estimar, presupuestar, financiar, obtener financiamiento, gestionar y controlar los costos para completar el proyecto dentro del presupuesto aprobado.

- Gestión de la Calidad: incluye los procesos para incorporar la política de calidad de la organización en cuanto a la planificación, gestión y control de los requisitos de calidad del proyecto y el producto.
- Gestión de los recursos: incluye los procesos para identificar, adquirir y gestionar los recursos necesarios para la conclusión exitosa.
- Gestión de las comunicaciones: incluye los procesos requeridos para garantizar que la planificación, recopilación, creación, distribución, almacenamiento, recuperación, gestión, control, monitoreo y disposición final de la información del proyecto sean oportunos y adecuados.
- Gestión de los riesgos: incluye los procesos para llevar a cabo la planificación de la gestión, identificación, análisis, planificación de respuesta, implementación de la respuesta y monitoreo de los riesgos de un proyecto.
- Gestión de las adquisiciones: incluye los procesos necesarios para la compra o adquisición de los productos, servicios o resultados requeridos por fuera del equipo del proyecto.
- Gestión de los interesados: incluye los procesos requeridos para identificar a las personas, grupos u organizaciones que pueden afectar o ser afectados por el proyecto, para analizar las expectativas de los interesados y su impacto en el proyecto y para desarrollar estrategias de gestión adecuadas a fin de lograr la participación eficaz de los interesados en las decisiones y en la ejecución del proyecto.

En la tabla 1, se puede observar en detalle la correspondencia entre los diferentes grupos de procesos y las áreas de conocimiento de la dirección de proyectos.

Figura 6

Grupos de Procesos y áreas de Conocimiento de la Dirección de Proyectos.

ÁREAS DE CONOCIMIENTO	GRUPOS DE PROCESOS				
	INICIO (2)	PLANIFICACIÓN (24)	EJECUCIÓN (10)	MONITORIZACIÓN Y CONTROL (12)	CIERRE (1)
4. Gestión de la Integración (7)	4.1 Desarrollar Acta Constitución del Proyecto	4.2 Desarrollar Plan de Dirección del Proyecto	4.3 Dirigir y Gestionar el Trabajo del Proyecto 4.4 Gestionar el conocimiento del Proyecto	4.5 Monitorear y Controlar el Trabajo del Proyecto 4.6 Realizar Control Integrado de Cambios	4.7 Cerrar Fase o Proyecto
5. Gestión del Alcance (6)		5.1 Planificar Gestión de Alcance 5.2 Recopilar Requisitos 5.3 Definir Alcance 5.4 Crear la EDT		5.5 Validar Alcance 5.6 Controlar Alcance	
6. Gestión del cronograma (6)		6.1 Planificar Gestión del Cronograma 6.2 Definir Actividades 6.3 Secuenciar Actividades 6.4 Estimar Duración Actividades 6.5 Desarrollar Cronograma		6.6 Controlar el Cronograma	
7. Gestión de Costes (4)		7.1 Planificar Gestión de Costos 7.2 Estimar Costos 7.3 Determinar Presupuesto		7.4 Control de Costos	
8. Gestión de Calidad (3)		8.1 Planificar Gestión de Calidad	8.2 Gestionar la calidad	8.3 Control de Calidad	
9. Gestión de Recursos (6)		9.1 Planificar Gestión de Recursos 9.2 Estimar Recursos de actividades	9.3 Adquirir recursos 9.4 Desarrollar el Equipo de Proyecto 9.5 Dirigir el Equipo de Proyecto	9.6 Controlar Recursos	
10. Gestión de Comunicaciones (3)		10.1 Planificar Gestión de Comunicaciones	10.2 Gestionar Comunicaciones	10.3 Monitorizar Comunicaciones	
11. Gestión de Riesgos (7)		11.1 Planificar Gestión de Riesgos 11.2 Identificar Riesgos 11.3 Análisis Cualitativo de Riesgos 11.4 Análisis Cuantitativo de Riesgos 11.5 Planificación de Respuesta Riesgos	11.6 Implementar respuestas de riesgos	11.7 Monitorizar Riesgos	
12. Gestión de Adquisiciones (3)		12.1 Planificar Gestión de Adquisiciones	12.2 Realizar Adquisiciones	12.3 Controlar Adquisiciones	
13. Gestión de los Interesados (4)	13.1 Identificar Interesados	13.2 Planificar el Involucramiento de los Interesados	13.3 Gestión Participación de los Interesados	13.4 Monitorizar el Involucramiento de los Interesados	

Nota: Adaptado de *Grupos de Procesos y Áreas de Conocimiento*, por SoyPM, 2017, <https://www.soypm.website/areas-de-conocimiento/>

Si bien se anota en el punto 2.2.4 de este documento que este PFG será un proyecto de tipo predictivo y que cumplirá con todos los grupos de procesos para su elaboración y supervisión por parte de los tutores, es importante aclarar que el alcance mismo del proyecto se centra en la gestión de la calidad. Por tanto, el PFG no pretende desarrollar las otras áreas debido no sólo al tiempo disponible para su realización sino porque el servicio de neurocirugía ya cuenta con:

- Un sistema de integración de los procesos que coordina las actividades de los servicios que presta.
- Tiene bien definido los alcances de esos procesos.

- El cronograma de las actividades, los costos, los recursos, las comunicaciones y las adquisiciones, son definidos de forma institucional desde la Dirección General del Hospital.
- En el caso de la gestión de los riesgos y de los interesados, existen planes para su gestión que serán utilizados como insumo para este PFG.

2.2.6 Estrategia Empresarial, Portafolios, Programas y Proyectos

La estrategia empresarial de acuerdo con Calle (2020) determina los objetivos que se deben cumplir y para los cuales se crean los proyectos. Esta estrategia es el paso inicial y es definida por los altos mandos de las organizaciones en función de los mercados y los objetivos estratégicos.

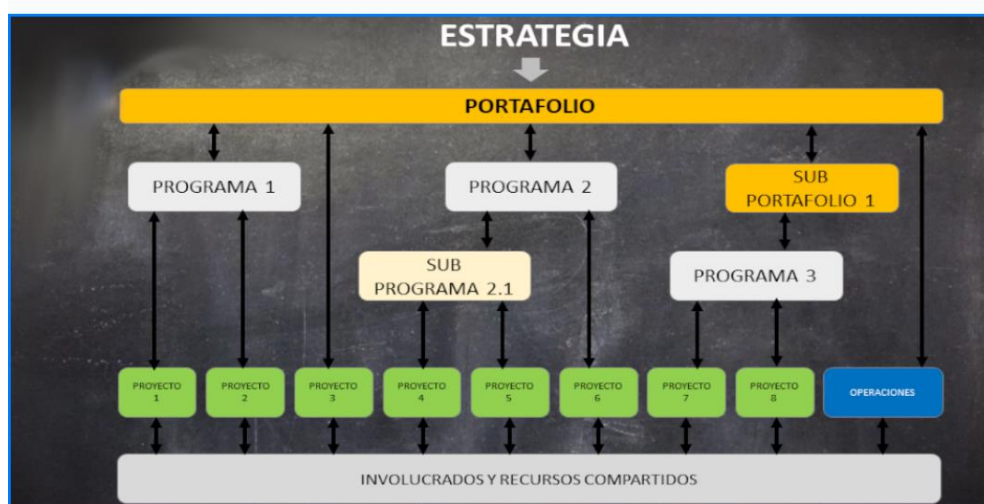
Según la Guía del PMBOK® (PMI, 2017), el director de proyectos dirige los proyectos en tres escenarios separados: en el caso de un proyecto independiente, dentro de un programa o de un portafolio.

Los portafolios se definen como los proyectos, programas, portafolios subsidiarios y operaciones cuya gestión se realiza de manera coordinada para alcanzar los objetivos estratégicos de la organización. En el caso de un programa, éste se define como ese grupo de proyectos relacionados, programas subsidiarios y actividades de programas, cuya gestión se realiza de manera coordinada para obtener beneficios que no se lograrían si se gestionaran de forma individual. (PMI, 2017)

La figura 7 nos muestra la relación que existe entre los proyectos, programas y portafolios y cómo son las estrategias de cada organización las que definen su naturaleza.

Figura 7

Relación entre la estrategia, portafolios, programas y proyectos.



Nota: Adaptada de *Concepto de Estrategia, Proyectos, Programa y Portafolios*, por Marco Calle, 2020, <https://marcocalle.com/relacion-entre-proyectos-programas-portafolio-y-operaciones/>

Con base en el análisis de estos conceptos se puede decir que el servicio de neurocirugía del Hospital México cuenta con un amplio portafolio de servicios en salud compuesto por los programas de consulta externa, cirugía, hospitalización, docencia e investigación y administración. En cada uno de estos programas se cuenta con diversos proyectos que permiten la atención de los usuarios del servicio.

2.3 Otra teoría propia del tema de interés

En este segmento se presenta la evidencia existente con respecto a la rama de la medicina en cuestión y su relación con la calidad del servicio prestado de forma tanto nacional como internacional.

2.3.1 Situación actual del problema

La neurocirugía es uno de los servicios de salud que brinda la CCSS en sus hospitales clase A o de mayor complejidad. Actualmente este servicio de salud no cuenta con un plan para la gestión y el aseguramiento de la calidad de sus actividades, lo que está impactando en

los resultados que obtiene en cada uno de los procesos que componen sus operaciones diarias.

Evans (2010) relata en su artículo publicado en celebración del cuadragésimo aniversario del Hospital México, el impacto que tiene el nacimiento de una nueva especialidad en el país; la Neurocirugía. Es en marzo de 1969 con la inauguración del Hospital México que se crea el primer Servicio de Neurocirugía y se inicia la atención de pacientes con diversas enfermedades asociadas al sistema nervioso central. Este servicio va evolucionando con el pasar de los años e incorpora nuevas tecnologías, crea su propia Unidad de Terapia Intensiva, el empleo de Neuro navegación y Neuroncología.

En Neurocirugía y múltiples especialidades siempre se demostró el sacrificio, la dedicación y respeto por el paciente angustiado, con una trayectoria honorable, y honrada, amando y celosamente manteniendo los principios de la Seguridad Social. La atención desde su apertura es las veinticuatro horas del día. Tres templos mantienen firme el Hospital México: la Biblioteca Médica como el acervo intelectual y académico, la Sala de Operaciones, donde se realizan el acto quirúrgico, y la Capilla, Templo de Dios. (Evans, 2010)

De acuerdo con Gardella (2011), la demanda de atención en los servicios de neurocirugía provoca los siguientes efectos:

- a) Un incremento de los costos en referencia y en desmedro de la partida presupuestaria asignada.
- b) Conflicto de intereses inter-servicios del mismo hospital en la puja por recursos.
- c) Freno del acceso a quirófano, con rémora y con efecto de disminución de gastos hospitalarios.
- d) Sobrecarga de turnos de consultorios externos, baja del giro cama, incremento de la lista de espera quirúrgica, transferencia a condición de urgencia de cirugías programadas, incremento del promedio de permanencia y del porcentaje ocupacional.

e) El nivel de conflicto se asocia a incremento del ausentismo, del riesgo de accidentes y de la litigiosidad.

Estos efectos se observan hoy en día en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México. El Dr. Miguel Esquivel Miranda (M.A. Esquivel, comunicación personal, 1 de diciembre del 2021) como director y líder de este departamento indica que el establecimiento de los objetivos estratégicos y el uso de herramientas para su cumplimiento es necesario para gestionar la calidad de la atención del usuario, de sus familias y de los colaboradores de éste. Además, menciona la necesidad de crear espacios que permitan la rehabilitación adecuada de los pacientes en su post operatorio, del desarrollo de programas para que las familias se adapten positivamente y a la necesidad de que todos los profesionales involucrados en los procesos del servicio vean en la calidad de su trabajo el mayor de los aportes que pueden brindar; todos estos son aspectos que deben abordarse desde el punto de vista de la calidad y centrado en la satisfacción del cliente y la mejora continua.

2.3.2 La Gestión de la Calidad

La Guía del PMBOK® (PMI, 2017) indica que la gestión de la calidad permite incluir la incorporación de la política de calidad de la organización en cuanto a la planificación, gestión y control de los requisitos del proyecto y el producto con el propósito de satisfacer a los interesados. Los procesos de la gestión de la calidad son los siguientes:

- Planificar la gestión de la calidad.
- Gestionar la calidad.
- Controlar la calidad.

Así mismo la Guía del PMBOK® (PMI, 2017), establece que el plan de gestión de la calidad es una de las salidas del proceso planificar la gestión de la calidad. Este documento se

convierte en parte del plan para la dirección del proyecto y describe cómo se implementarán las políticas, procedimientos y pautas que permitan alcanzar los objetivos de calidad.

Según Lledó, P. (2017) la gestión de la calidad implica que el proyecto debe satisfacer las necesidades por las cuales se ha emprendido. Para ello se deben convertir las necesidades de los interesados en requisitos del proyecto con el fin de producir el producto o servicio que cubra las necesidades reales. Además, es necesario priorizar la prevención antes que la inspección y lograr la mejora continua.

La ISO 9001:2015 indica que un sistema de gestión de calidad está formado por un conjunto de políticas, procesos y procedimientos documentados. Este conjunto define la forma en que la empresa elaborará y entregará el producto o servicio a sus clientes, con el fin de asegurarse su satisfacción. La ISO de gestión de calidad ofrece así un conjunto de directrices que ayuda a aplicar el SGC con resultados óptimos, para organizaciones de diferentes tipos y tamaños. Esta norma ISO, tiene como principal objetivo lograr que una organización consiga la satisfacción del cliente mediante el establecimiento de procesos de mejora continua dentro de la misma. Los principios de referencia que están incluidos en la ISO 9001: 2015 son: el enfoque al cliente, el liderazgo, la participación del personal de la organización, el enfoque basado en los procesos, la mejora continua, el enfoque basado en hechos para la toma de decisiones y la correcta gestión de las relaciones. (EALDE, 2022)

La gestión de la calidad en el servicio de neurocirugía en estudio es una de las prioridades de su director y este proyecto final de graduación se presenta como la base para lograr la implementación de la certificación ISO 9001:2015 en un mediano plazo.

2.3.3 La Calidad en los Servicios de Salud

La calidad es parte de la humanidad, sólo que no se le conocía como hoy en día, ni tampoco se evaluaba con los métodos y herramientas disponibles. La calidad era parte de los

acuerdos establecidos en los intercambios comerciales y para cumplir con ella existía el crédito a la palabra; era un compromiso, entre caballeros, entre proveedores y clientes. Si bien se estableció en la época del trabajo artesanal donde se pretendía ofrecer a los compradores siempre la mejor calidad en la mercancía fue hasta el Siglo XVIII cuando ésta tomó el matiz formal con el que la conocemos hoy en día, particularmente con el auge en los negocios y en los bienes que se producían a gran escala, en la época de la revolución industrial. Sin embargo, indican los mismos autores que no es hasta la época de los 80s que cobra importancia relevante en materia de salud. En ese momento el Dr. Avedis Donabedian fue pionero y se ocupó de estudiar y medir la calidad en los servicios de salud en Estados Unidos y casi de manera paralela el Dr. Enrique Ruelas Barajas lo hace en el Instituto Nacional de Salud Pública de México. (Robledo-Galván H. et al, 2012)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, OMS (2020), la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades.

En los últimos decenios se han descrito diferentes elementos de la calidad. Actualmente hay un consenso evidente en cuanto a los servicios sanitarios de calidad, que deben ser:

- Eficaces: proporcionarán servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten;
- Seguros: evitarán lesionar a las personas a las que dispensen atención;

- Centrados en la persona: dispensarán atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona;
- Oportunos: reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan;
- Equitativos: dispensarán una atención cuya calidad no variará por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política;
- Integrados: dispensarán una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida.
- Eficientes: maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y evitarán el despilfarro.

Según Ramírez (2011), en el ámbito de la salud se habla con mucha frecuencia de los costos de la no calidad, sus implicaciones sobre la eficiencia de las instituciones y la sociedad. Nos indica que las fallas en la calidad de la atención generan altos costos en el orden de miles de millones de dólares. En los países subdesarrollados se suma a los errores médicos, la extrema limitación de recursos, los altos costos de los errores cometidos y en muchos casos la falta de voluntad política. Los estudios de Berwick, Blanton y Roessner consideran que los costos de no calidad podrían aproximarse al 40 o 50 % de la facturación en salud. En toda organización siempre estarán presente los costos de la calidad y de la mala calidad. Los costos de la mala calidad primero deben ser identificados, y luego convertirlos en una oportunidad de mejora, es decir reducir hasta eliminar las causas que lo producen. Toda mejora de la calidad debe ser vista desde un punto de vista operativo - financiero, es decir que luego de encontrarse

las causas que originaban los costos de la mala calidad, se haga una inversión de tal manera que el saldo sea favorable.

Es el mismo Dr. Donabedian quien define la calidad en salud como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma. De acuerdo con Donabedian, la calidad es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor de este. (Ramírez, 2011)

La OMS (2020) indica datos importantes con respecto a la calidad en los servicios de salud entre los que podemos citar:

- Cada año se atribuyen entre 5,7 y 8,4 millones de muertes a la atención de calidad deficiente en los países de ingresos bajos y medianos, lo que representa hasta el 15% de las muertes en esos países.
- El 60% de las muertes en los países de ingresos bajos y medianos por afecciones que requieren atención sanitaria son imputables a la atención de calidad deficiente, mientras que las muertes restantes son consecuencia de que no se utilice el sistema de salud.
- Los Objetivos de Desarrollo Sostenible subrayan que la calidad es un elemento clave de la cobertura sanitaria universal. La meta 3.8 de los ODS insta a los países a lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, y el acceso a servicios de salud esenciales de calidad.

2.3.4 El Aseguramiento de la Calidad

En el capítulo V del documento denominado Metamorfosis (CCSS, 2016), se indica que es la Gerencia de Logística la encargada de proponer un Plan para el Aseguramiento de la Calidad a favor de una organización eficiente que funcione con una visión de servicio y que a su vez provoque un cambio hacia una cultura organizacional basada en los principios del servicio al cliente.

En este enfoque hacia las personas, la gerencia requiere de un sistema de evaluación con indicadores claros que le permita conocer el avance, las posibles desviaciones del trabajo asignado, el monitoreo del cumplimiento de las metas propuestas; todo esto sobre la base de una verdad incuestionable: lo que no se mide, no se controla, y lo que no se controla, no se mejora. Se han realizado actividades y talleres de sensibilización y negociación con los responsables de cada etapa del proceso, con el propósito de obtener un documento validado y respaldado por ellos. La gerencia tiene identificados varios retos importantes: optimizar el talento humano, ser eficientes y oportunos, brindar un servicio con enfoque de servicio al cliente y centrado en las personas, brindar calidad del servicio utilizar soluciones de tecnología integrales para la cadena de abastecimiento, revisar el modelo de compras públicas y finalmente, acercarse a los usuarios para conocer sus necesidades. (CCSS, 2016)

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico por sus siglas OCDE, en su estudio sobre los servicios de salud en Costa Rica establece que la calidad y los resultados no se están monitoreando de forma consistente. Se indica que un volumen significativo de datos se recolecta de manera rutinaria alrededor de los servicios de la CCSS, pero estos guardan poca relación con la calidad o los resultados. La CCSS ha publicado evaluaciones sobre su provisión de servicios en el 2013 y el 2014, refiriéndose a unos treinta indicadores tales como acceso, calidad y eficiencia, tanto en el primer nivel de atención como del segundo nivel de atención, pero la mayoría de los indicadores se refieren a insumos y

actividades; muy poco o nada sobre resultados. La CCSS llevó a cabo una encuesta de satisfacción del paciente en 2012/13, la cual muestra resultados alentadores. Se evaluaron varias dimensiones de satisfacción (como la calidad del ambiente físico, la puntualidad y la empatía del personal) pero el tamaño del muestreo era muy pequeño con sólo 120 internados por hospital. El 86% de los pacientes se mostraron satisfechos con los servicios de internamiento, y el 83% con los servicios de consulta externa. La encuesta se repitió en 2015, capturando más pacientes y extendiéndose al primer nivel de atención; los resultados no están aún disponibles por escrito. (OCDE, 2017)

Con respecto a las políticas de mejora de la calidad, el informe de la OCDE (2017) refiere que el alcance de los programas en esta materia es muy restringido. El programa, manejado por el Ministerio de Salud y que aplica a la CCSS, así como a las instalaciones privadas, se enfoca en acreditar a los proveedores de servicios de salud. Pero la acreditación es de nivel básico, y esencialmente se limita a la verificación de que las instalaciones cumplen con los requisitos mínimos relativos a niveles de personal, equipo y documentación. Entre las principales falencias que se presentan actualmente se anota que la seguridad del paciente no se aborda correctamente. La CCSS sí dispone de un sistema para monitorear, responder y prevenir las infecciones adquiridas en los hospitales, pero no existe un sistema nacional de monitoreo y aprendizaje para otros eventos adversos. Así mismo, Se emiten varios estándares mínimos de servicio y lineamientos clínicos, tanto por parte del Ministerio de Salud y de la CCSS, en un proceso de colaboración que involucra al personal clínico, técnico y administrativo en cada nivel de servicio de ambas instituciones. Además, se indica que están tomando medidas para manejar las brechas reconocidas en el monitoreo de la calidad y la arquitectura de las mejoras en Costa Rica. El Plan Nacional de Salud 2015-2018 del Ministerio ha establecido un programa de calidad de los servicios de salud que se enfoca en una

implementación más amplia del sistema de información EDUS y en la reducción de los tiempos de espera. (OCDE, 2017)

Este reporte que presenta la OCDE permite establecer la necesidad de crear una nueva forma de gestionar la calidad en la institución de manera que se logre determinar el impacto en los indicadores de calidad con base en la satisfacción del usuario y no sólo con respecto a los insumos y actividades.

2.3.5 Investigaciones que se han realizado en la gestión de la calidad en neurocirugía

En la Europa del siglo XXI y concretamente en Andalucía, Cordero (2017) define la calidad de la asistencia sanitaria en un valor muy apreciado por todos aquellos que forman parte de la propia sanidad, incluyendo pacientes, profesionales y las organizaciones encargadas de su desempeño (tanto públicas como privadas). Por este motivo se han desarrollado múltiples sistemas de medición de ésta, orientados a una mejora continua. Quizás el mejor de estos métodos consiste en la medición del nivel de calidad desde el punto de vista de aquellos que reciben el servicio de manera directa, en lo que se conoce como calidad percibida, y siempre medido desde un punto de vista objetivo.

Los objetivos de este grupo de investigación en Andalucía fueron:

- a) Evaluar la percepción de diferentes aspectos de la calidad entre los usuarios de los servicios públicos de neurocirugía andaluces
- b) Determinar en función del género y de la edad si existen diferencias en dichas percepciones
- c) Analizar si existen diferencias en la calidad percibida entre los servicios públicos de neurocirugía andaluces en función de la provincia.

El método elegido para realizar el estudio fue la realización de encuestas personales telefónicas. Los criterios de inclusión del estudio fueron; estar en edad activa (18-65 años) y haber sido usuario de algún servicio público de neurocirugía de Andalucía. Se definió usuario como toda aquella persona que hubiera tenido algún tipo de contacto estrecho (como paciente, familiar, trabajador, etc) con dichos servicios (Cordero, 2017). Las principales conclusiones de este estudio indican que existen características de los servicios de neurocirugía de Andalucía que deben ser mejorados y que se refieren a los tiempos de atención. Además, se indica que si bien es cierto el nivel de satisfacción por los servicios es alto sobre todo en las personas de mayor edad, se observa un déficit de atención de los familiares de los pacientes atendidos.

Se han identificado diversos proyectos de investigación en Latinoamérica en materia de calidad en los servicios de salud. Acevedo (2020), indica que la calidad en la atención se concibe en dos dimensiones: la técnica enmarcada en la seguridad del paciente lo que se traduce en una disminución de los eventos adversos mediante la mitigación de los riesgos que se pueden presentar durante el proceso de atención y la interpersonal mediante la humanización de los servicios que se refleja en el aumento en la satisfacción del usuario y su familia. Es por esto por lo que lograr una atención con calidad implica un proceso de cambio cultural, de manera que la prestación de servicios humanizados, seguros y con calidad se conviertan en una práctica diaria.

Es la misma Acevedo (2020) en su estudio sobre la prestación de servicios en salud de alta complejidad realizado en Colombia, que define la seguridad como fundamental para prestar servicios de calidad y que para que estos servicios sean efectivos deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente. Para lograr esta eficiencia nos detalla la necesidad de contar con capacidades de liderazgo, datos para impulsar las mejoras, contar con profesionales sanitarios cualificados y la participación efectiva de las familias para lograr una atención exitosa del usuario. La metodología utilizada por Acevedo se considera un proyecto de

intervención debido a que consistió en diagnosticar y caracterizar un problema de orden práctico o situación problemática para plantear estrategias que permitan coordinar acciones para su superación. El instrumento denominado instrumento de autoevaluación de estándares y criterios de autoevaluación de la resolución 2003 de 2014 se presenta como anexo de su publicación. El estudio presenta cuatro conclusiones que establecen la necesidad de verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación y acreditación, el fomentar la cultura continua con especial énfasis en la humanización del servicio, el fortalecimiento de la sistematización de los procesos de documentación de guías, protocolos y otros, así como el cumplimiento de la normatividad en la institución que repercute en los procesos de seguridad de pacientes y sus familiares.

En el caso del estudio realizado en Lima -Perú por el grupo encabezado por la Dra. Isabel Robles y que se centra en la satisfacción del cliente de la consulta externa de neurocirugía, indica Robles (2016), que la satisfacción del usuario externo es el grado por el cual el paciente considera que el servicio de salud ha sido ejecutado por el proveedor de salud, y lo califica como útil, efectivo o que trae beneficio a su salud. Medir el grado de satisfacción del usuario externo neurológico cumple una función importante en la atención médica. Se trata de un juicio sobre la calidad de la atención, que incorpora las expectativas y percepciones del usuario externo. La satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de servicios, no obstante, resulta difícil evaluarla; los métodos y las medidas para la recolección de datos suelen influir en las respuestas del usuario. Este estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal se aplicó a una población de usuarios de la consulta externa de Neurocirugía del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el periodo de octubre a noviembre de 2016. Se aplicó el cuestionario SERVQUAL que tiene una elevada confiabilidad y es válido para medir calidad de los servicios de salud. El grado de satisfacción de los usuarios externos se

determinó al calcular la diferencia entre las respuestas brindadas para las expectativas y las percepciones. Luego se aplicó una escala de satisfacción.

Los resultados de Robles (2016), indican que la satisfacción global fue 19,4 % (61), esto involucra a los niveles muy satisfecho y satisfecho. La insatisfacción global fue 80,6 % (253), que incluye a insatisfecho leve y moderado. Los usuarios externos mostraron un alto grado de insatisfacción debido a diferentes factores biológicos, ambientales, sociales, culturales, trato, tiempo de espera, demora en la atención, etc. Por lo tanto, es conveniente y oportuno identificar estos factores para elaborar acciones de mejora en la calidad de atención. Como se mencionó anteriormente, la mayoría de los usuarios afirman estar satisfechos, independientemente de la calidad real. La satisfacción del usuario externo asegura que cumple su tratamiento, y lo alienta para lograr su mejoría.

En Andalucía, Cordero (2017) identificó un grado de satisfacción aceptable percibida por los usuarios de un 70% aunque algunas variables, sobre todo referidas a información a familiares, servicios de prevención o revisión obtienen puntuaciones donde apenas llega al 40% de aceptación. Así mismo no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos a la hora de evaluar la calidad de los servicios.

Como se puede observar al comparar los estudios citados hay grandes diferencias en la percepción de satisfacción al respecto de la calidad de los servicios que se prestan en el área de neurocirugía. En lo que si confluyen es en la necesidad de evaluar la accesibilidad a los servicios, que sean oportunos, seguros, pertinentes y continuos.

Sin duda alguna estas investigaciones nos indican que el costo para una organización de un sistema de gestión de la calidad se debe de considerar como una inversión y no como solamente un gasto. Es una forma de producir más y mejor con menores gastos.

3 Marco metodológico

De acuerdo con Normas APA (2016), este capítulo de la tesis contiene la explicación de los mecanismos utilizados para el análisis de la investigación realizada. Se considera el resultado de la aplicación sistemática y lógica de los conceptos y fundamentos expuestos en el marco teórico. Además, indica que la metodología de investigación es progresiva y que no es posible elaborar el marco metodológico sin el fundamento teórico que justifican el tema seleccionado. Así mismo Tesis y Másters (2021), establece en su blog que esta parte del trabajo de investigación permite exponer los métodos prácticos y teóricos utilizados para analizar la problemática o el tema que se ha propuesto investigar. Este capítulo del documento se relaciona con otros elementos de investigación como son el planteamiento del problema y el punto de vista teórico.

El marco metodológico incluye los participantes y las muestras, los instrumentos, las técnicas o los equipos usados, los diseños, los procedimientos y el análisis de los datos. Cuando se escribe un marco metodológico se procede a describir cómo se analizará el problema, qué métodos se usan para ello y por qué se eligen esos y no otros. Es importante resaltar la idoneidad del método seleccionado y también exponer sus posibles límites o falencias por lo que incluye la explicación de las estrategias y métodos teóricos – prácticos que conectan todas las etapas de la investigación realizada (Tesis y Másters, 2021).

3.1 Fuentes de información

Las fuentes de información que han sido utilizadas para la elaboración de este PFG se describen a continuación:

3.1.1 Fuentes primarias.

Las fuentes primarias de acuerdo con la Universidad de Guadalajara (2021), contienen información original que ha sido publicada por primera vez y que no ha sido filtrada, interpretada o evaluada por nadie más. Es el producto de una investigación o de una actividad eminentemente creativa y pueden encontrarse en soporte impreso o digital.

Las fuentes primarias a las que se tuvo acceso en el presente PFG fueron:

- Entrevistas al Dr. Miguel Esquivel Miranda y su equipo de dirección del servicio de neurocirugía del Hospital México.
- Encuestas a los profesionales en salud del servicio de neurocirugía.
- Documentos del servicio de neurocirugía: análisis FODA 2019 y otros documentos sobre calidad.
- Sesiones de investigación utilizando la técnica de indagación apreciativa con Profesionales consideradas clave para los procesos de calidad.

3.1.2 Fuentes secundarias.

Según la Universidad de Guadalajara (2021), esta es información primaria, sintetizada y reorganizada. Son diseñadas para facilitar y maximizar el acceso a las fuentes primarias y sus contenidos y se utilizan cuando no se tiene acceso a una fuente primaria por razones como recursos limitados o cuando la fuente no es confiable. Estas fuentes permiten confirmar los hallazgos de una investigación y ampliar el contenido de una fuente primaria.

Las fuentes secundarias que fueron utilizadas en este PFG fueron:

- Publicaciones sobre calidad en los servicios de salud y específicamente en los de neurocirugía.
- Documentos de la CCSS sobre estrategia y cultura organizacional.
- Publicaciones de organizaciones mundiales como la OECD y la OMS.

El resumen de las fuentes de información que se utilizaron en este proyecto se presenta en la Tabla 1:

Tabla 1

Fuentes de Información Utilizadas

Objetivos	Fuentes de Información	
	Primarias	Secundarias
1.Desarrollar un plan integral del proyecto utilizando las herramientas de la administración de proyectos para guiar la ejecución y supervisión del PFG	Entrevistas al Dr. Esquivel Miranda, director del servicio de neurocirugía.	Lledó (2017) Guía del PMBOK® (PMI, 2017),
2.Recopilar y analizar la información sobre calidad que existe en la organización nacional e internacionalmente para elaborar un informe a ser utilizado como entrada del proceso de planificación del plan de gestión de la calidad	Entrevistas al Dr. Esquivel Miranda, director del servicio de neurocirugía. Entrevista al equipo de dirección del servicio de neurocirugía.	Publicaciones sobre investigaciones en calidad realizadas en servicios de neurocirugía. Documentos institucionales de la CCSS sobre la gestión de la calidad. Informe de la OECD sobre la gestión de la calidad en la CCSS.
3.Realizar una análisis de Indagación Apreciativa enfocado en la calidad y elaborar un informe de base que será utilizado en el proceso de planificación del plan de gestión de la calidad.	Sesiones de trabajo de investigación con la participación de personas clave en los procesos de calidad del servicio en estudio.	Muga, J. (2014). IDEIA. (2022)
4.Elaborar el plan de gestión de la calidad del Servicio de Neurocirugía para lograr un impacto positivo en los indicadores de las actividades de docencia, investigación, administración y la atención	Informe de resultados de las entrevistas realizadas a los involucrados claves. Informe de documentación sobre calidad recopilada.	Guía del PMBOK® (PMI, 2017),

Objetivos	Fuentes de Información	
de los usuarios; así como del cumplimiento de los objetivos de sostenibilidad.	Informe de resultados de las sesiones de indagación apreciativa.	

Nota: La Tabla 1 muestra las fuentes de información utilizadas, en correspondencia con cada objetivo, y según sean primarias o secundarias. Autoría propia.

3.2 Métodos de Investigación

Según Bernal (2016), el método científico es el conjunto de postulados, reglas y normas para el estudio y solución de problemas siendo en un sentido global el conjunto de procedimientos que utilizando instrumentos o técnicas logra examinar y solucionar un problema. Así mismo indica que el método tiene que ver con la metodología que examina dos perspectivas: la parte lógica que se ocupa del estudio de los métodos de investigación y la metodología como conjunto de aspectos operativos del proceso investigativo.

Sánchez (2019), afirma que en esta sesión de la investigación se describe en detalle cómo se realizó el estudio incluyendo las definiciones conceptuales y operativas utilizadas. Esta descripción permite al lector evaluar la conveniencia de los métodos utilizados, su confiabilidad y la validez de los resultados expuestos. Así mismo permitirá a otros investigadores el replicar el estudio. Esta sección puede incluir las siguientes subsecciones:

- Características del participante o sujeto de estudio donde se detallan características que puedan tener relación con la interpretación de los resultados.
- Procedimientos de muestreo que se han utilizado para seleccionar a los participantes.
- Tamaño de la muestra, potencia y precisión.
- Medidas y covariables describiendo los métodos utilizados para recopilar los datos.

- Diseño de la investigación.
- Manipulación o intervenciones experimentales donde se describe los detalles cómo y cuándo se realizaron estas acciones.

De acuerdo con Zita (2021), los métodos de investigación son herramientas que los investigadores usan para obtener y analizar los datos obtenidos en el proceso. La elección del método de investigación está predeterminada por el problema que se pretende resolver y los datos que se pueden obtener.

Bernal, (2016) afirma que debido a la diversidad de escuelas y paradigmas investigativos se pueden reconocer los siguientes métodos:

- Método deductivo.
- Método inductivo.
- Método inductivo-deductivo.
- Método hipotético-deductivo.
- Método analítico.
- Método sintético.
- Método analítico-sintético.
- Método histórico-comparativo.

Es el mismo Bernal (2016) quien indica que otra forma de caracterizar los métodos de investigación es la concepción cimentada en las distintas realidades sociales, el modo de conocerla científicamente y el uso de herramientas metodológicas para su análisis. Bajo esta concepción el método se divide en investigación cuantitativa y la investigación cualitativa.

Durante la elaboración de este PFG se utilizó esta última clasificación descrita por Bernal (2016) y el detalle de los métodos se describe a continuación.

3.2.1 Métodos de investigación cuantitativos

Indica Zita (2021), que son los utilizados para comparar datos con orientación numérica. El análisis de datos por medio de estos métodos son la estadística descriptiva, la estadística inferencial y la estadística multivariada.

Según Bernal (2016), las principales características de la ciencia desde el enfoque cuantitativo y que responde a un modelo de ciencia fáctica o positivista, son:

- El conocimiento científico es fáctico.
- El conocimiento trasciende los hechos.
- Es analítico.
- El conocimiento científico es especializado, claro, preciso y verificable.
- La investigación científica es metódica.
- El conocimiento científico es sistemático, general, legal, explicativo y predictivo.
- La ciencia es abierta y útil.

De acuerdo con DPMResearch (2022) las principales herramientas de tipo cuantitativo son:

- Encuestas (en línea, por teléfono, métodos mixtos)
- Análisis de datos administrativos
- Estadística descriptiva e inferencial
- Análisis psicométricos (medidas de validez y confiabilidad)
- Análisis factoriales, modelos estructurales de ecuaciones
- Análisis econométricos

3.2.2 Métodos de investigación cualitativos

Zita (2021), afirma que sirven para entender el significado de un fenómeno donde las palabras son el dato de interés. El rigor científico se basa en la credibilidad, la confiabilidad, la

transferibilidad y la consistencia general. Así mismo Bernal (2016), nos dice que este tipo de investigación busca comprender la naturaleza de las diferentes realidades sociales y su estructura dinámica como fundamento de su comportamiento siendo en este sentido no la oposición a la cuantitativa, sino que la complementa e integra cuando es necesario. Este tipo de investigación se interesa por la vida de las personas, sus perspectivas subjetivas, historias, comportamientos, experiencias, interacciones, sentimientos que son interpretados de forma situada en el contexto particular en el que tienen lugar.

Los resultados de la investigación cualitativa inspiran y guían a la práctica, orientan las intervenciones, propician y producen explicaciones sociales con el propósito de contribuir a transformar de manera positiva la determinada realidad social estudiada. Es una investigación comprometida con la realidad social estudiada y, en particular, con la calidad de vida de las personas participantes en el estudio (Bernal, 2016, p.77).

De acuerdo con DPMResearch, las principales herramientas de este tipo son:

- ✓ Entrevistas
- ✓ Grupos de interés
- ✓ Paneles de expertos (Delphi)
- ✓ Estados del arte
- ✓ Revisiones documentales
- ✓ Estudios de caso
- ✓ Estudios del contexto

3.2.3 Métodos de investigación analíticos

Según Concepto (2021), este método es un modelo de estudio científico basado en la experimentación directa y la lógica empírica. Se utiliza en las ciencias naturales y las sociales de manera que descompone el fenómeno en estudio en sus elementos más básicos. Está

método se basa en la obtención de pruebas para verificar o validar un razonamiento por medio de las estadísticas, la observación y la replicación experimental. Este método es ante todo fático, verificable empíricamente, progresivo y autocorrectivo y depende del muestreo.

En la tabla 2 se muestran los dos métodos que se utilizaron para el cumplimiento de cada uno de los objetivos específicos de este PFG y que por su naturaleza fueron seleccionados.

Tabla 2

Métodos de Investigación Utilizados en el PFG

Objetivos	Métodos de Investigación	
	Método Cuantitativo	Método Cualitativo
1.Desarrollar un plan integral del proyecto utilizando las herramientas de la administración de proyectos para guiar la ejecución y supervisión oportuna del proyecto.		Estado del arte Entrevistas Paneles de expertos Revisiones documentales Reuniones
2.Recopilar y analizar la información sobre calidad que existe en la organización nacional e internacionalmente para elaborar un informe a ser utilizado como entrada del proceso de planificación del plan de gestión de la calidad.	Análisis de datos administrativos Estadística descriptiva	Entrevistas Estado del arte Revisiones documentales
3.Realizar una análisis de Indagación Apreciativa enfocado en la calidad y elaborar un informe de base que será utilizado en el proceso de planificación del plan de gestión de la calidad.	Estadística descriptiva	Grupos de interés evaluados utilizando la técnica de indagación apreciativa.

Objetivos	Métodos de Investigación	
4.Elaborar un plan de gestión de la calidad del Servicio de Neurocirugía para lograr un impacto positivo en los indicadores de las actividades de docencia, investigación, administración y la atención de los usuarios; así como del cumplimiento de los objetivos de sostenibilidad.	Análisis de datos	Estado del arte Entrevistas Paneles de expertos Revisiones documentales

Nota: La Tabla 2 muestra los métodos de investigación utilizados, en correspondencia con cada objetivo. Autoría propia.

Es importante destacar que no se utilizaron métodos analíticos de investigación porque este PFG no contempló la realización de experimentación directa.

3.3 Herramientas

Las técnicas de investigación de acuerdo con Concepto (2021) son el conjunto de herramientas, procedimientos e instrumentos utilizados para obtener información y conocimiento. Estas son definidas de acuerdo la metodología seleccionada para la investigación. A grandes rasgos las clasifican en: documentales, de campo y experimentales.

En el caso del presente PFG se utilizaron herramientas correspondientes a los dos métodos de investigación seleccionados para obtener la información requerida para su ejecución y que se describen a continuación.

3.3.1 Juicio de expertos

Esta herramienta es definida por la Guía del PMI (2017) como el juicio que una persona o grupo brinda sobre la base de la experiencia en área de conocimiento, disciplina, industria u otros.

De acuerdo con Cabero y Llorente (2013), esta herramienta consiste en solicitar a una serie de personas la demanda de un juicio hacia un objeto, instrumento, material de enseñanza o su opinión al respecto de un aspecto concreto. Las ventajas de esta técnica se basan en la teórica calidad de las respuestas, el nivel de la valoración que se ofrece, la facilidad de puesta en acción, la no exigencia de muchos requisitos técnicos y humanos para su ejecución, el uso de diversas estrategias para recopilar la información y la oportunidad de obtener información pormenorizada sobre el tema al contar con varios expertos.

3.3.2 Recopilación de datos

La recolección de datos es según QuestionPro (2022), el enfoque sistemático de reunir y medir información de varias fuentes con el fin de precisar un panorama completo y preciso de un tema de interés. Le permite al individuo u organización responder a preguntas relevantes, evaluar resultados y anticipar las probabilidades y tendencias.

En este caso, la Guía del PMI (2017) indica de las técnicas para la recopilación de datos que se utilizaron en este PFG lo siguiente:

- Entrevistas a los interesados clave del proyecto con el fin de obtener detalles sobre las necesidades y expectativas de la calidad en un ambiente de confianza y confidencialidad.

3.3.3 Habilidades interpersonales

Las habilidades interpersonales son las que utilizamos todos los días cuando nos comunicamos e interactuamos con otras personas, tanto individualmente como en grupo. Las personas con fuertes en esta clase de habilidades son a menudo más exitosas tanto en su vida profesional como personal. Las habilidades interpersonales son los comportamientos y tácticas que una persona usa para interactuar con otros de manera efectiva (Habilidades, 2022).

Para el desarrollo de este PFG se utilizaron las siguientes habilidades que son definidas por la Guía del PMI (2017) como sigue:

- Gestión de conflictos que permite la alineación de los interesados con respecto a los objetivos, criterios de éxito, requisitos, descripción del proyecto, resumen de hitos y otros elementos del acta de constitución del proyecto.
- Facilitación que permite la guía eficaz hacia una decisión, solución o conclusión exitosa que permita que las acciones y acuerdos sean luego abordados de manera adecuada.
- Gestión de reuniones que incluye la preparación de la agenda, invitar a los interesados clave y dar seguimiento.

3.3.4 Reuniones

Las reuniones según indica la Guía del PMI (2017) es útil para desarrollar el plan para la gestión de la calidad y se deben invitar al director del proyecto, el patrocinados de este, miembros del equipo del proyecto, algunos interesados dependiendo de los temas a tratar y cualquier otra persona que tenga responsabilidades con respecto a la calidad en el proyecto.

3.3.5 Gestión del conocimiento

La gestión del conocimiento se puede definir como el esfuerzo que hace una organización para adquirir, aumentar, organizar, distribuir y compartir el conocimiento entre todos los empleados. Se trata por lo tanto de todas aquellas actividades orientadas a potenciar el conocimiento de las personas de la organización y de la organización en sí misma (AEC, 2019).

Según la Guía del PMI (2017), esta herramienta conecta a las personas que para que puedan trabajar para crear nuevo conocimiento, compartirlo e integrarlo al proyecto. Las herramientas utilizadas fueron:

- Comunidades de práctica o de interés en la calidad.
- Reuniones.
- Foros de discusión.

3.3.6 Análisis de datos

El análisis de datos es el estudio exhaustivo de un conjunto de información cuyo objetivo es obtener conclusiones que permitan a una empresa o entidad tomar una decisión (Westreicher, 2022).

La técnica que se utilizó en este PFG es definida por la Guía del PMI (2017) como:

- Análisis de Costo-Beneficio es una herramienta de análisis financiero para estimar las fortalezas y debilidades de las alternativas que permitan resultados más eficientes en términos de costos.

3.3.7 Toma de decisiones

Que es definida por la Guía del PMI (2017) como una técnica que en el caso de la calidad se ha utilizado para identificar los incidentes y las alternativas que deben ser priorizados para ser implementados. Es utilizada para priorizar las métricas de calidad.

3.3.8 Herramientas de control de cambios

Estas herramientas facilitan según la Guía del PMI (2017) la configuración y la gestión de los cambios, la cual se puede hacer de forma manual o automatizada. Se centra en identificar, documenta y aprobar o rechazar los cambios a los documentos, entregables o líneas base.

El control de cambios es un proceso que se usa para gestionar las solicitudes de cambio para proyectos y otras iniciativas importantes. Forma parte de un plan de gestión de cambios que define los roles para gestionar el cambio dentro de un equipo o empresa. Si bien

un proceso de cambios tiene muchas partes, la forma más sencilla de visualizarlo es mediante la creación de un registro de cambios para dar seguimiento a las solicitudes de cambios del proyecto (Asana, 2021).

3.3.9 Indagación apreciativa

Esta técnica es definida por Muga (2014) como un método de intervención para el cambio organizacional que pone énfasis en la historia de las fortalezas y el potencial de las organizaciones. Se enfoca en la búsqueda de lo mejor entre la gente, la organización y su entorno, de manera que al realizar las preguntas que permitan detectar la capacidad del sistema para aprender, anticipar y sopesar el potencial positivo se logre incrementar la imaginación y la innovación.

3.3.10 Representación de datos

El análisis de datos es el proceso de ordenar y estructurar los datos recopilados. Los transforma en información que pueden usar los equipos. El análisis se realiza a través de métodos sistemáticos a fin de establecer tendencias, agrupamientos u otras relaciones entre los distintos tipos de datos (MealDProStarter, 2019)

Se utilizaron las siguientes metodologías para la representación de los datos que son definidas por la Guía del PMI (2017) como:

- Diagramas de flujo los cuales también se conocen como mapas de procesos al mostrar la secuencia de pasos y las ramificaciones que se dan en un proceso que transforma una o más entradas en una o más salidas.
- Mapeo mental utilizado para organizar información de una forma visual y que se crea en torno de un concepto de calidad. En este caso es útil para recolectar requisitos de calidad, restricciones, dependencias y relaciones.

3.3.11 Planificación de pruebas de inspección

Una inspección es el examen de un producto de un trabajo para determinar si cumple con las normas establecidas. Por lo general, los resultados de una inspección incluyen varias mediciones. Las inspecciones pueden realizarse a muchos niveles y con más o menos detalle. Por ejemplo, se pueden inspeccionar los resultados de una actividad concreta o el producto final del Proyecto. Las inspecciones se denominan también revisión del trabajo, revisiones por iguales, auditorías y revisiones generales (Gbenedji, 2017).

De acuerdo con la Guía del PMI (2017) es durante la fase de planificación cuando el director del proyecto y su equipo determinan cómo probar o inspeccionar el producto, entregable o servicio que logra satisfacer las necesidades y expectativas de los interesados de manera que se pueda cumplir con el objetivo de desempeño y fiabilidad del producto.

En la tabla 3 se pueden apreciar las herramientas que se utilizaron para el desarrollo de cada uno de los objetivos definidos para este proyecto.

Tabla 3

Herramientas utilizadas

Objetivos	Herramientas
1.Desarrollar un plan integral del proyecto utilizando las herramientas de la administración de proyectos para guiar la ejecución y supervisión oportuna del proyecto.	De acuerdo con PMI (2017) se utilizaron las siguientes: • Juicio de expertos • Recopilación de datos • Habilidades interpersonales • Reuniones • Gestión del conocimiento y de la información • Análisis de datos

Objetivos	Herramientas
	• Toma de decisiones • Herramientas de control de cambios
2. Recopilar y analizar la información sobre calidad que existe en la organización nacional e internacionalmente para elaborar un informe a ser utilizado como entrada del proceso de planificación del plan de gestión de la calidad	De acuerdo con PMI (2017) se utilizaron las siguientes: • Reuniones • Recopilación de datos • Habilidades personales • Gestión del conocimiento y de la información • Análisis de datos
3. Realizar un análisis de Indagación Apreciativa enfocado en la calidad y elaborar un informe de base que será utilizado en el proceso de planificación del plan de gestión de la calidad.	De acuerdo con PMI (2017) se utilizaron las siguientes: • Reuniones • Juicio de expertos • Habilidades personales • Gestión del conocimiento y de la información • Análisis de datos De acuerdo con Muga (2014) e IDEIA (2022): • Indagación apreciativa
4. Elaborar un plan de gestión de la calidad del Servicio de Neurocirugía para lograr un	De acuerdo con PMI (2017) se utilizaron las siguientes: • Juicio de expertos

Objetivos	Herramientas
impacto positivo en los indicadores de las actividades de docencia, investigación, administración y la atención de los usuarios; así como del cumplimiento de los objetivos de sostenibilidad.	• Recopilación de datos • Análisis de datos • Toma de decisiones • Representación de datos • Planificación de pruebas e inspección • Reuniones

Nota: La Tabla 3 muestra las herramientas de investigación utilizadas, en correspondencia con cada objetivo. Autoría propia

3.4 Supuestos y restricciones

De acuerdo con Lledó (2017), los supuestos son factores que son aceptados como verdaderos y que debería hacerse realidad para lograr el éxito del proyecto. En el caso de las restricciones las define como aquellos elementos que limitan el proyecto.

Los supuestos y restricciones, y su relación con los objetivos del proyecto final de graduación, se ilustran en la Tabla 4, a continuación.

Tabla 4

Supuestos y Restricciones

Objetivos	Supuestos	Restricciones
1.Desarrollar un plan integral del proyecto utilizando las herramientas de la administración de proyectos para guiar la ejecución y supervisión oportuna del proyecto.	Se cuenta con las habilidades para elaborar el plan de gestión del PFG. El estudiante contará con al menos 15 horas a la semana para trabajar en el PFG.	Se cuenta con 12 semanas para realizar el proyecto. El presupuesto máximo total del proyecto es de 1,150 USD.
2.Recopilar y analizar la información sobre calidad que	El Servicio de Neurocirugía brindará acceso a la	Durante el desarrollo del proyecto no se evaluará física

Objetivos	Supuestos	Restricciones
existe en la organización nacional e internacionalmente para elaborar un informe a ser utilizado como entrada del proceso de planificación del plan de gestión de la calidad	información actual sobre sus procesos. La CCSS permitirá el acceso a la información requerida.	o mentalmente a los usuarios (pacientes) y tampoco se registrará información de estos.
3.Realizar un análisis de Indagación Apreciativa enfocado en la calidad y elaborar un informe de base que será utilizado en el proceso de planificación del plan de gestión de la calidad	Se contará con la participación de los profesionales involucrados en este departamento para obtener los resultados necesarios en las sesiones.	El tiempo para la realización de las sesiones es limitado por las actividades de alta complejidad que se realizan.
4.Elaborar un plan de gestión de la calidad del Servicio de Neurocirugía para lograr un impacto positivo en los indicadores de las actividades de docencia, investigación, administración y la atención de los usuarios; así como del cumplimiento de los objetivos de sostenibilidad	El equipo de trabajo del servicio de neurocirugía está interesado en la calidad y la mejora continua.	El plan de gestión de la calidad sólo desarrolló los grupos de procesos de inicio y de planificación.

Nota: La Tabla 4 muestra los supuestos y restricciones utilizados en correspondencia con cada objetivo. Autoría propia

3.5 Entregables

La definición de entregable de acuerdo con la RAE (2021) es en gestión de proyectos, el producto, informe o documento que muestra que una tarea o fase de este, se ha completado.

En su Blog Martins (2021), afirma que los entregables de los proyectos son el resultado que se espera tener al cerrar un proyecto y pueden ser cualquier cosa: un nuevo producto, una campaña de mercadeo, la actualización de funciones, una presentación de diapositivas para ventas. De manera que un proyecto puede tener uno o varios entregables. Nombra además que existen dos tipos de entregables:

- Entregable externo que incluye cualquier cosa que se produce para un cliente.
- Entregable interno tal cual lo sugiere el nombre es algo que brinda un beneficio a la empresa pero que no tiene un impacto directo en los clientes. Como ejemplos: una capacitación para los colaboradores o un informe de presupuesto.

En la tabla 5 se definen los entregables para cada objetivo propuesto en el presente PFG y que por sus características son entregables tanto internos como externos.

Tabla 5

Entregables del PFG

Objetivos	Entregables
1.Desarrollar un plan integral del proyecto utilizando las herramientas de la administración de proyectos para guiar la ejecución y supervisión oportuna del proyecto.	Plan de dirección del PFG.
2.Recopilar y analizar la información sobre calidad que existe en la organización nacional e internacionalmente para elaborar un informe a ser utilizado como entrada del proceso de planificación del plan de gestión de la calidad	Informe de documentos sobre calidad existentes en el departamento.
3.Realizar un análisis de Indagación Apreciativa enfocado en la calidad y elaborar un informe de base que será utilizado en el proceso de planificación del plan de gestión de la calidad	Reporte del análisis de resultados de las sesiones de indagación apreciativa.
4.Elaborar una propuesta para la gestión de la calidad en el Servicio de Neurocirugía para lograr un impacto positivo en los indicadores de las actividades de docencia, investigación, administración y la atención de los usuarios; así como del cumplimiento de los objetivos de sostenibilidad	Propuesta para la gestión de la calidad en el servicio de neurocirugía del Hospital México.

Nota: La Tabla 5 muestra los supuestos y restricciones utilizados en correspondencia con cada objetivo. Autoría propia

4 Desarrollo

Este capítulo contiene el desarrollo de los cuatro objetivos planteados para este PFG e incluyen: el plan para la dirección del PFG, un informe detallado de los documentos que actualmente existen en el Servicio de Neurocirugía del HMX, el reporte con los alcances y la información obtenida mediante la metodología de indagación apreciativa y finalmente la propuesta para la gestión de la calidad. Este último elemento identifica los requerimientos de calidad, establece el manual de calidad y la propuesta de mejora en los cinco componentes identificados como prioritarios.

4.1 Plan de dirección del PFG

A continuación, se describen los planes para gestionar el alcance, tiempo, costos, riesgos e involucrados en el proyecto.

4.1.1 Plan para la gestión del alcance

4.1.1.1.1 Acta de constitución del proyecto

La tabla 1 presenta el acta del proyecto que describe detalles importantes sobre los objetivos, el problema que se pretende resolver, su justificación y otros componentes de alto valor para su desarrollo y monitoreo.

Tabla 6

Acta de Constitución del Proyecto

Fecha	Nombre de Proyecto
1 febrero 2022	Desarrollo de una propuesta para la gestión de la calidad en el servicio de neurocirugía del Hospital México
Areas de conocimiento / procesos:	Area de aplicación (Sector / Actividad):
Procesos: • Inicio • Planificación Areas: • Gestión de Integración del proyecto • Gestión del Alcance • Gestión del tiempo • Gestión de los costos del proyecto • Gestión de los Riesgos • Gestión de los Interesados	1. Servicios de salud de alta complejidad
Fecha de inicio del proyecto	Fecha tentativa de finalización del proyecto
01/02/2022	13/05/2022
Objetivos del proyecto (general y específicos)	
Objetivo general Desarrollar una propuesta para la gestión de la calidad en el servicio de neurocirugía del Hospital México.	
Objetivos específicos ✓ Elaborar los planes de gestión del alcance, tiempo, costos, riesgos y de los interesados del proyecto. ✓ Elaborar un informe detallado de los resultados derivados de la investigación realizada con la metodología de indagación apreciativa. ✓ Establecer la propuesta para la gestión de la calidad que incluya la definición de los requerimientos de calidad, el manual de calidad y la propuesta de mejora.	
Justificación o propósito del proyecto (Aporte y resultados esperados)	
a) El Servicio de Neurocirugía no cuenta con un plan para la gestión de la calidad de sus procesos y el Director de este departamento considera que este aspecto es vital con el fin de satisfacer a sus usuarios.	
b) El impacto de la no calidad en los servicios de salud genera pérdidas humanas y costos que pueden aproximarse al 40 o 50 % de la facturación en salud por lo que este proceso debe optimizarse.	
c) Este proyecto hará avanzar al Servicio de Neurocirugía en su objetivo de lograr una	

certificación de calidad.

- d) Se desarrollarán actividades que integren la sostenibilidad en los procesos del departamento y que actualmente no existen.

Descripción del producto o servicio que generará el proyecto – Entregables finales del proyecto

Informe de documentos sobre calidad existentes en el departamento.

Reporte del análisis de resultados de las sesiones de indagación apreciativa.

Propuesta de plan para la gestión de la calidad en el servicio de neurocirugía del Hospital México.

Supuestos

El Servicio de Neurocirugía brindará acceso a la información actual sobre sus procesos.

73

La CCSS permitirá el acceso a la información requerida.

Se contará con la participación de los profesionales involucrados en este departamento para obtener los resultados.

El equipo de trabajo del servicio de neurocirugía está interesado en la calidad y la mejora continua.

Restricciones

Durante el desarrollo del proyecto no se evaluará física o mentalmente a los usuarios (pacientes) y tampoco se registrarán.

El tiempo para la realización de las sesiones es limitado por las actividades de alta complejidad que se realizan.

El plan de gestión de la calidad sólo desarrolló los grupos de procesos de inicio y de planificación.

Identificación riesgos

La pandemia por COVID 19 puede generar retrasos en la realización de las sesiones de trabajo con los interesados del plan.

Presupuesto

El presupuesto aproximado para el proyecto es de \$750.

Principales hitos y fechas

Nombre hito	Fecha inicio	Fecha final
Informe de documentación existente	1/03/2022	02/03/2021
Presentación del reporte de hallazgos de la indagación apreciativa	15/03/2022	16/03/2022
Presentación de la propuesta para la gestión de la calidad	13/04/2022	13/04/2022
Revisión del tutor	13/04/2022	18/04/2022
Revisión de la lectoría	14/04/2022	14/05/2022
Evaluación final	15/05/2022	15/05/2022

Historial de la organización

Este proyecto corresponde a uno de los requisitos para cumplir con los requisitos del programa de Maestría en Administración de Proyectos de la UCI.

Identificación de grupos de interés (involucrados)

Director del servicio de neurocirugía Director General del HM Director Médico del HM Dirección de enfermería Dirección de secretaría del HM Dirección clínica del servicio de neurocirugía Dirección de Infraestructura Secretaría del servicio de neurocirugía Médico general - administración Médicos residentes de neurocirugía Profesionales de enfermería Servicios de apoyo: psicología, fisioterapia Departamento de Logística y Bodegas Usuarios del servicio Familiares de los usuarios Población de atracción del HM CCSS Población del país	
Director de proyecto: Hannia León	Firma:
Autorización de: Dr. Miguel Angel Esquivel Miranda	Firma:

Nota: Fuente: Elaboración Propia.

4.1.1.1.2 Definición del alcance del proyecto

Tabla 7

Definición del Alcance del Proyecto

Código Identificación del Proyecto	PFGHL – 01
---	-------------------

TÍTULO DEL PROYECTO	Desarrollo de una propuesta para la gestión de la calidad en el servicio de neurocirugía del Hospital México	
Director/Rpble. del proyecto	Persona	Hannia León León
	Departamento	Oficina PMO
APROBACIÓN	Persona	Miguel Esquivel Miranda

	Firma	
--	--------------	--

ENUNCIADO DEL ALCANCE DEL PROYECTO

DESCRIPCIÓN ALCANCE DEL PROYECTO / PRODUCTO
El proyecto pretende la elaboración de una propuesta que permita la gestión de la calidad de manera eficiente y eficaz en los servicios de salud, docencia, investigación y administrativos que realiza el servicio de neurocirugía del HM. Este proyecto tiene los siguientes objetivos: Objetivo general Desarrollar una propuesta para la gestión de la calidad en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México que tome como base la construcción de una cultura consciente y comprometida con la calidad y la sostenibilidad, la satisfacción de sus usuarios y colaboradores, así como de mejora continua del servicio para lograr un impacto positivo en los indicadores de calidad de este departamento. Objetivos específicos ✓ Elaborar los planes de gestión del alcance, tiempo, costos, riesgos y de los interesados del proyecto. ✓ Elaborar un informe detallado de los resultados derivados de la investigación realizada con la metodología de indagación apreciativa. ✓ Establecer la propuesta para la gestión de la calidad que incluya la definición de los requerimientos de calidad, el manual de calidad y la propuesta de mejora.

PRINCIPALES ENTREGABLES DEL PROYECTO
Los principales entregables del proyecto son los siguientes: Informe de documentos sobre calidad existentes en el departamento. Reporte del análisis de resultados de las sesiones de indagación apreciativa. Propuesta de plan para la gestión de la calidad en el servicio de neurocirugía del Hospital México.

CRITERIOS Y ELEMENTOS DE APROBACIÓN Y ACEPTACIÓN
--

La propuesta formulada debe de contener líneas estratégicas de acción enfocadas en los siguientes aspectos:

Satisfacción de las necesidades de los usuarios y de sus familias.

Atención oportuna y eficaz.

Instalaciones apropiadas.

Tratamiento con calidez.

Agilización de las listas de espera.

Lograr que la experiencia profesional de las personas que laboren en el servicio sea plena y satisfactoria.

Enfocarse en labores técnicas de alta complejidad.

Colaboración entre los diferentes grupos de profesionales que intervienen en el tratamiento de los pacientes: previo, durante y post operatorios.

Especialización de los servicios de soporte.

Desarrollo de actividades de docencia e investigación de alta calidad.

Contar con espacios y herramientas apropiados para la docencia.

Todos los procesos administrativos sean realizados de forma eficiente y eficaz.

Lograr espacios de capacitación sobre: gestión de compras, uso y aplicación de la ley de contratación administrativa, innovación asociada a dispositivos médicos, desarrollo de herramientas de procesos internos, sistemas informáticos para el control de insumos en bodegas.

Sistematización eficiente de las listas de espera de acuerdo con priorización realizada por el personal médico.

Coordinación de las acciones realizadas a nivel secretarial de la consulta externa.

Capacitación en temas de atención al cliente.

Los entregables para ser aceptados deben de incluir lo siguiente:

Informe resumen de los documentos sobre calidad existentes en el departamento.

Incluir los principales hallazgos del estado de situación, diagnóstico, FODA 2019.

Identificar las estrategias utilizadas en el pasado para resolver los principales problemas que sobre calidad se hayan identificado.

Reporte del análisis de resultados de las sesiones de indagación apreciativa.

Realizar las entrevistas a los interesados que son considerados de alta relevancia para la obtención de información clave.

Resumir los hallazgos de cada entrevista.

Focalizarse en las fortalezas.

Propuesta de plan para la gestión de la calidad en el servicio de neurocirugía del Hospital México.

Objetivos y política de calidad.

Roles y responsabilidades en cuanto a calidad.

Entregables y procesos sujetos a revisión de la calidad.

Actividades de control de calidad y de gestión de la calidad.

Métricas de calidad.

Procedimientos para abordar la no conformidad, acciones correctivas y procedimientos de mejora continua.

Procedimientos de gestión sostenible de subproductos

El proyecto no contempla los siguientes requisitos: ninguno

LIMITACIONES DEL PROYECTO

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • El proyecto debe ser entregado en tres meses. • El presupuesto es limitado. • Este proyecto se limita al diseño del plan. |
|---|

HIPÓTESIS DE PARTIDA

El servicio de neurocirugía cuenta con la capacidad técnica, económica y de gestión para la gestión efectiva y eficaz de la calidad, además del apoyo de las autoridades del hospital y de los servicios de soporte.
--

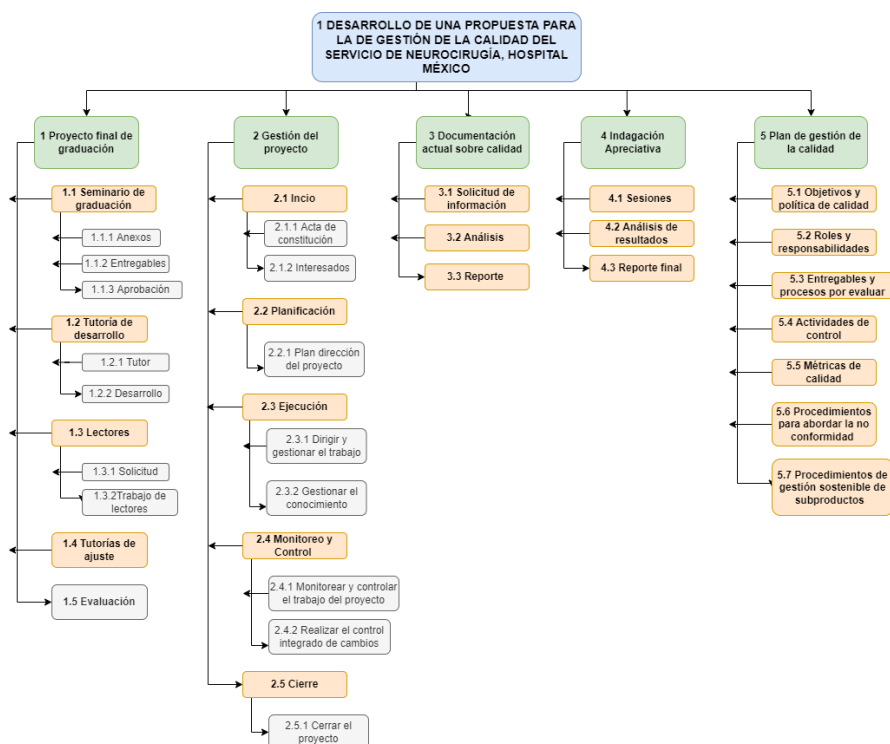
Nota: Fuente: Elaboración Propia.

4.1.1.1.3 EDT del proyecto

En la estructura de desglose del proyecto se definen en los diferentes niveles los paquetes de trabajo que son necesarios para cumplir con cada uno de los objetivos del PFG y así obtener los entregables del mismo de forma eficiente.

Figura 8

Estructura de Desglose del Proyecto



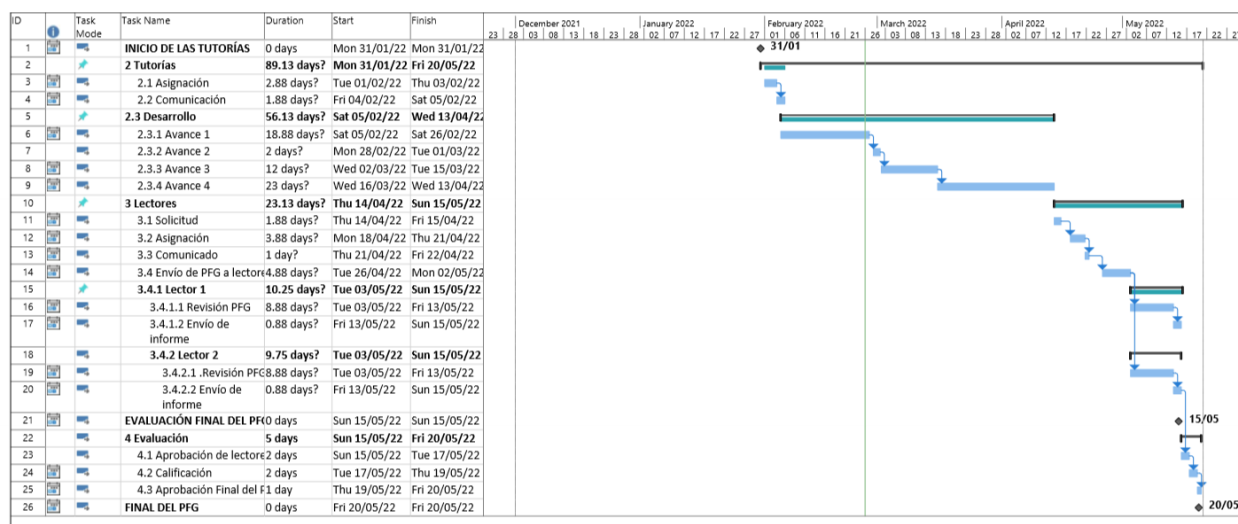
Nota: Fuente: elaboración propia.

4.1.2 Plan para la Gestión del Tiempo

A continuación, se describe el cronograma del proyecto elaborado con base en la EDT del mismo.

Figura 9

Cronograma del Proyecto



Nota: Fuente: elaboración propia.

4.1.3 Plan para la Gestión de los Costos

El presupuesto que se requiere para la elaboración de este proyecto se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 8

Presupuesto

Objetivo	Actividad	Costo
Recopilar y analizar la información sobre calidad que existe en la organización nacional e internacionalmente para elaborar un informe a ser utilizado como entrada del proceso de planificación del plan de gestión de la calidad	Visitas al hospital para recopilar información en digital. ✓ Parqueos ✓ Alimentación ✓ Fotocopias cuando sea absolutamente necesario	\$150.00
Realizar una análisis de Indagación Apreciativa enfocado en la calidad y elaborar un informe de base que será utilizado en el proceso de planificación del plan de gestión de la calidad.	Visitas (10) al hospital para: ✓ Sesiones de IA ✓ Entrevistas ✓ Observación de infraestructura y funcionamiento del servicio ✓ Alimentación	\$300.00

Objetivo	Actividad	Costo
	✓ Parqueos ✓ Gasolina	
Elaborar una propuesta para la gestión de la calidad en el Servicio de Neurocirugía para lograr un impacto positivo en los indicadores de las actividades de docencia, investigación, administración y la atención de los usuarios; así como del cumplimiento de los objetivos de sostenibilidad	Visitas al hospital para: ✓ Presentar y discutir la propuesta ✓ Alimentos ✓ Materiales ✓ USB con documentos en digital ✓ Parqueos ✓ gasolina	\$300.00
Total		\$750.00

Nota: Fuente: elaboración propia.

4.1.4 Plan para la Gestión de los Riesgos

El primer paso que se ha realizado es la identificación de los Riesgos que se aprecia en la tabla 4 y que corresponde con la estructura de desglose de los riesgos que se presenta de seguido a la misma tabla.

Tabla 9

Riesgos del Proyecto

IT	Código	Causa	Descripción	Referencia	WBS
01	RA 01	Requerimientos	Los requisitos requieren el enfoque en varias áreas de alta complejidad y diversidad de actores que no suelen estar de acuerdo.	Planificación	1.1.1
02	RA 02	Expectativas de los interesados	Las expectativas son altas porque el problema que se intenta resolver es complejo y multifactorial.	Planificación	1.2.1
03	RA 03	Programación en cronograma	Es compleja por las agendas ocupadas de los involucrados.	Estimación	1.1.2
04	RE 01	Pandemia por COVID 19	Se puede dar el cierre del hospital a causa de la presencia de rebrotes por el	Medio Ambiente	4.1.1

IT	Código	Causa	Descripción	Referencia	WBS
05	RO 01	Poco interés de los servicios de soporte	En el pasado no se ha logrado la alineación de los equipos de soporte con los intereses del servicio.	Ambiente institucional	3.1.1
06	RO 2	Normativas de la CCSS	Las normativas de la CCSS sobre calidad no han llegado a los niveles hospitalarios y no hay personal dedicado a ello.		3.1.2
07	RT 01	Fallo del equipo de cómputo	El equipo de cómputo puede sufrir averías.	Tecnología	2.1.1

Nota: Fuente: elaboración propia.

- RA- Riesgo de Administración de Proyectos
- RE- Riesgo Externo
- RO- Riesgo Organizacional
- RT- Riesgo Técnico

La siguiente figura representa la estructura de los riesgos del proyecto.

Figura 10

RBS del Proyecto



Nota: Fuente: elaboración propia.

4.1.5 Plan para la Gestión de los Interesados

De acuerdo con la información recopilada hemos identificado a las siguientes personas y grupos de personas que se consideran son clava para la identificación de los requisitos del proyecto y su éxito.

- ✓ Director del servicio de neurocirugía
- ✓ Director General del HM
- ✓ Director del Departamento Médico del HM
- ✓ Dirección de enfermería
- ✓ Dirección de secretaría del HM
- ✓ Dirección clínica del servicio de neurocirugía
- ✓ Dirección de Infraestructura
- ✓ Secretaría del servicio de neurocirugía
- ✓ Médico general - administración
- ✓ Médicos residentes y asistentes de neurocirugía
- ✓ Profesionales de enfermería
- ✓ Servicios de apoyo: psicología, fisioterapia
- ✓ Departamento de Logística y Bodegas
- ✓ Usuarios del servicio
- ✓ Familiares de los usuarios
- ✓ Población de atracción del HM
- ✓ CCSS
- ✓ Población del país

Para realizar la clasificación de los interesados en el proyecto se desarrollaron formas de conceptualización tanto para definir el grado de poder como de interés en el mismo. La siguiente tabla nos indica esa conceptualización:

Tabla 10

Conceptualización del Poder y el Interés

PODER	INTERÉS
Nivel de Autoridad = Nivel de Decisión en la Ejecución/Aprobación	Preocupación por los Resultados= Nivel de interés en los impactos del proyecto

Nota. Fuente: Elaboración Propia.

Para el parámetro de Poder relacionado al nivel de decisión basado en la influencia de implementación o no, se propone la siguiente escala:

Tabla 11

Parámetros de Poder

PODER		
Nivel de Autoridad = Nivel de Decisión en la Ejecución/Aprobación		
5	Alto	Su decisión aprueba y da paso a la ejecución del proyecto
4	Medio Alto	Su decisión influye en la aprobación y ejecución del proyecto
3	Medio	Su decisión apoya en la aprobación y ejecución del proyecto
2	Medio Bajo	Su decisión apoya, pero no es relevante en la aprobación y ejecución del proyecto
1	Bajo	Su decisión no es relevante en la aprobación y ejecución del proyecto

Nota. Fuente: Elaboración Propia

Para el parámetro de Interés relacionado al interés de percibir beneficio o mitigar el impacto negativo, se propone la siguiente escala:

Tabla 12

Parámetros de Interés

INTERÉS		
Preocupación por los Resultados= Nivel de interés en los impactos del proyecto		
5	Alto	Su situación se vería afectada drásticamente por el proyecto (100% beneficio/pérdida)
4	Medio Alto	Su situación se vería afectada moderadamente por el proyecto (75% beneficio/pérdida)
3	Medio	Su situación se vería afectada medianamente por el proyecto (50%

		beneficio/pérdida)
2	Medio Bajo	Su situación se vería afectada mínimamente por el proyecto (25% beneficio/pérdida)
1	Bajo	Su situación se vería afectada vagamente por el proyecto (5% beneficio/pérdida)

Nota. Fuente: Elaboración Propia

Es con base en la anterior conceptualización y parámetros que se ha procedido a elaborar la matriz de poder/influencia permite agrupar a los interesados según su nivel de autoridad (poder) y el nivel de inquietud acerca de los resultados del proyecto (interés). Como se puede observar en la Tabla 4 se han identificado una gran diversidad de interesados.

Tabla 13

Matriz de Interesados Poder/Interés

MATRIZ DE PODER E INTERES POR PARTE DE LOS INVOLUCRADOS							
	NOMBRE DEL INTERESADO	PODER		INTERES		ESTRATEGIA	RELEVANCIA
1	Director del servicio de neurocirugía	Alto	5	Alto	5	Mantener Satisfecho	ALTO
2	Director General del HM	Alto	5	Medio Alto	4	Mantener Satisfecho	ALTO
3	Director Médico del HM	Alto	5	Medio Alto	4	Mantener Satisfecho	ALTO
4	Dirección de enfermería	Alto	5	Medio Alto	4	Mantener Satisfecho	ALTO
5	Dirección de secretaría del HM	Medio Bajo	2	Medio Alto	4	Gestionar Cerca	MEDIO
6	Dirección clínica del servicio de neurocirugía	Medio	3	Alto	5	Mantener Satisfecho	ALTO
7	Dirección de Infraestructura	Medio	3	Medio Bajo	2	Gestionar Cerca	MEDIO
8	Secretaría del servicio de neurocirugía	Medio Bajo	2	Alto	5	Gestionar Cerca	MEDIO
9	Médico general - administración	Medio Bajo	2	Alto	5	Gestionar Cerca	MEDIO
10	Médicos residentes de neurocirugía	Medio	3	Alto	5	Gestionar Cerca	MEDIO
11	Profesionales de enfermería	Medio	3	Medio Alto	4	Gestionar Cerca	MEDIO
12	Servicios de apoyo: psicología, fisioterapia	Medio	3	Alto	5	Gestionar Cerca	MEDIO
13	Departamento de Logística y Bodegas	Medio Bajo	2	Medio	3	Gestionar Cerca	MEDIO
14	Usuarios del servicio	Bajo	1	Alto	5	Gestionar Cerca	MEDIO
15	Familiares de los usuarios	Bajo	1	Alto	5	Gestionar Cerca	MEDIO
16	Población de atracción del HM	Medio Bajo	2	Medio	3	Mantener Informado	BAJO
17	CCSS	Medio Alto	4	Medio	3	Gestionar Cerca	MEDIO
18	Población del país	Bajo	1	Medio	3	Mantener Informado	BAJO

Nota. Fuente: Elaboración Propia

El proceso de gestionar el involucramiento de los interesados por medio de estrategias establecidas se lleva a cabo a lo largo de todo el proyecto e implica, entre otras, las siguientes consideraciones:

- ✓ Involucrar a los interesados en las etapas adecuadas para mantener/aumentar el compromiso.
- ✓ Gestionar las expectativas de los interesados mediante la negociación y comunicación.
- ✓ Abordar las inquietudes y anticipar futuros incidentes que puedan plantear los interesados.
- ✓ Aclarar y resolver los incidentes que han surgido en el proyecto.

Con el fin de monitorear el involucramiento de los interesados se han identificado las siguientes acciones:

- ✓ Gestionar eficientemente las reuniones, entrevistas y trabajos en grupo que se realicen: programar con anticipación, establecer las agendas y desarrollar y definir los acuerdos de cada reunión.
- ✓ Establecer canales de retroalimentación claros, transparentes y directos con los interesados o sus representantes.
- ✓ Registrar todos los incidentes, las lecciones aprendidas y los riesgos identificados.
- ✓ Presentar los hallazgos de la documentación y del proceso de indagación apreciativa a todos los involucrados claves con el fin de discutir y alcanzar acuerdos sobre los pasos a seguir.

4.2 Informe de Documentación sobre Calidad

4.2.1 La Calidad en los servicios de salud

La calidad es parte de la humanidad, sólo que no se le conocía como hoy en día, ni tampoco se evaluaba con los métodos y herramientas disponibles. La calidad era parte de los acuerdos establecidos en los intercambios comerciales y para cumplir con ella existía el crédito a la palabra; era un compromiso, entre caballeros, entre proveedores y clientes. Si bien se estableció en la época del trabajo artesanal donde se pretendía ofrecer a los compradores siempre la mejor calidad en la mercancía fue hasta el Siglo XVIII cuando ésta tomó el matiz formal con el que la conocemos hoy en día, particularmente con el auge en los negocios y en los bienes que se producían a gran escala, en la época de la revolución industrial. Sin embargo, indican los mismos autores que no es hasta la época de los 80s que cobra importancia relevante en materia de salud. En ese momento el Dr. Avedis Donabedian fue pionero y se ocupó de estudiar y medir la calidad en los servicios de salud en Estados Unidos y casi de manera paralela el Dr. Enrique Ruelas Barajas lo hace en el Instituto Nacional de Salud Pública de México. (Robledo-Galván H. et al, 2012)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, OMS (2020), la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades. En los últimos decenios se han descrito diferentes elementos de la calidad. Actualmente hay un consenso evidente en cuanto a los servicios sanitarios de calidad, que deben ser:

- Eficaces: proporcionarán servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten.
- Seguros: evitarán lesionar a las personas a las que dispensen atención.
- Centrados en la persona: dispensarán atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona.
- Oportunos: reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan.
- Equitativos: dispensarán una atención cuya calidad no variará por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política.
- Integrados: dispensarán una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida.
- Eficientes: maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y evitarán el despilfarro.

Según Ramírez (2011), en el ámbito de la salud se habla con mucha frecuencia de los costos de la no calidad, sus implicaciones sobre la eficiencia de las instituciones y la sociedad. Nos indica que las fallas en la calidad de la atención generan altos costos en el orden de miles de millones de dólares. En los países subdesarrollados se suma a los errores médicos, la extrema limitación de recursos, los altos costos de los errores cometidos y en muchos casos la falta de voluntad política. Los estudios de Berwick, Blanton y Roessner consideran que los costos de no calidad podrían aproximarse al 40 o 50 % de la facturación en salud. En toda organización siempre estarán presente los costos de la calidad y de la mala calidad. Los costos de la mala calidad primero deben ser identificados, y luego convertirlos en una oportunidad de

mejora, es decir reducir hasta eliminar las causas que lo producen. Toda mejora de la calidad debe ser vista desde un punto de vista operativo - financiero, es decir que luego de encontrarse las causas que originaban los costos de la mala calidad, se haga una inversión de tal manera que el saldo sea favorable.

Es el mismo Dr. Donabedian quien define la calidad en salud como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma. De acuerdo con Donabedian, la calidad es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor de este. (Ramírez, 2011)

La OMS (2020) indica datos importantes con respecto a la calidad en los servicios de salud entre los que podemos citar:

- ✓ Cada año se atribuyen entre 5,7 y 8,4 millones de muertes a la atención de calidad deficiente en los países de ingresos bajos y medianos, lo que representa hasta el 15% de las muertes en esos países.
- ✓ El 60% de las muertes en los países de ingresos bajos y medianos por afecciones que requieren atención sanitaria son imputables a la atención de calidad deficiente, mientras que las muertes restantes son consecuencia de que no se utilice el sistema de salud.
- ✓ Los Objetivos de Desarrollo Sostenible subrayan que la calidad es un elemento clave de la cobertura sanitaria universal. La meta 3.8 de los ODS insta a los países

a lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, y el acceso a servicios de salud esenciales de calidad.

4.2.2 El aseguramiento de la calidad en la CCSS

En el capítulo V del documento denominado Metamorfosis (CCSS, 2016), se indica que es la Gerencia de Logística la encargada de proponer un Plan para el Aseguramiento de la Calidad a favor de una organización eficiente que funcione con una visión de servicio y que a su vez provoque un cambio hacia una cultura organizacional basada en los principios del servicio al cliente.

En este enfoque hacia las personas, la gerencia requiere de un sistema de evaluación con indicadores claros que le permita conocer el avance, las posibles desviaciones del trabajo asignado, el monitoreo del cumplimiento de las metas propuestas; todo esto sobre la base de una verdad incuestionable: lo que no se mide, no se controla, y lo que no se controla, no se mejora. Se han realizado actividades y talleres de sensibilización y negociación con los responsables de cada etapa del proceso, con el propósito de obtener un documento validado y respaldado por ellos. La gerencia tiene identificados varios retos importantes: optimizar el talento humano, ser eficientes y oportunos, brindar un servicio con enfoque de servicio al cliente y centrado en las personas, brindar calidad del servicio utilizar soluciones de tecnología integrales para la cadena de abastecimiento, revisar el modelo de compras públicas y finalmente, acercarse a los usuarios para conocer sus necesidades. (CCSS, 2016)

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico por sus siglas OCDE, en su estudio sobre los servicios de salud en Costa Rica establece que la calidad y los resultados no se están monitoreando de forma consistente. Se indica que un volumen significativo de datos se recolecta de manera rutinaria alrededor de los servicios de la CCSS, pero estos guardan poca relación con la calidad o los resultados. La CCSS ha publicado

evaluaciones sobre su provisión de servicios en el 2013 y el 2014, refiriéndose a unos treinta indicadores tales como acceso, calidad y eficiencia, tanto en el primer nivel de atención como del segundo nivel de atención, pero la mayoría de los indicadores se refieren a insumos y actividades; muy poco o nada sobre resultados. La CCSS llevó a cabo una encuesta de satisfacción del paciente en 2012/13, la cual muestra resultados alentadores. Se evaluaron varias dimensiones de satisfacción (como la calidad del ambiente físico, la puntualidad y la empatía del personal) pero el tamaño del muestreo era muy pequeño con sólo 120 internados por hospital. El 86% de los pacientes se mostraron satisfechos con los servicios de internamiento, y el 83% con los servicios de consulta externa. La encuesta se repitió en 2015, capturando más pacientes y extendiéndose al primer nivel de atención; los resultados no están aún disponibles por escrito. (OCDE, 2017)

Con respecto a las políticas de mejora de la calidad, el informe de la OCDE (2017) refiere que el alcance de los programas en esta materia es muy restringido. El programa, manejado por el Ministerio de Salud y que aplica a la CCSS, así como a las instalaciones privadas, se enfoca en acreditar a los proveedores de servicios de salud. Pero la acreditación es de nivel básico, y esencialmente se limita a la verificación de que las instalaciones cumplen con los requisitos mínimos relativos a niveles de personal, equipo y documentación. Entre las principales falencias que se presentan actualmente se anota que la seguridad del paciente no se aborda correctamente. La CCSS sí dispone de un sistema para monitorear, responder y prevenir las infecciones adquiridas en los hospitales, pero no existe un sistema nacional de monitoreo y aprendizaje para otros eventos adversos. Así mismo, Se emiten varios estándares mínimos de servicio y lineamientos clínicos, tanto por parte del Ministerio de Salud y de la CCSS, en un proceso de colaboración que involucra al personal clínico, técnico y administrativo en cada nivel de servicio de ambas instituciones. Además, se indica que están tomando medidas para manejar las brechas reconocidas en el monitoreo de la calidad y la arquitectura

de las mejoras en Costa Rica. El Plan Nacional de Salud 2015-2018 del Ministerio ha establecido un programa de calidad de los servicios de salud que se enfoca en una implementación más amplia del sistema de información EDUS y en la reducción de los tiempos de espera. (OCDE, 2017)

Este reporte que presenta la OCDE permite establecer la necesidad de crear una nueva forma de gestionar la calidad en la institución de manera que se logre determinar el impacto en los indicadores de calidad con base en la satisfacción del usuario y no sólo con respecto a los insumos y actividades.

4.2.3 Investigaciones sobre calidad en la neurocirugía

En la Europa del siglo XXI y concretamente en Andalucía, Cordero (2017) define la calidad de la asistencia sanitaria en un valor muy apreciado por todos aquellos que forman parte de la propia sanidad, incluyendo pacientes, profesionales y las organizaciones encargadas de su desempeño (tanto públicas como privadas). Por este motivo se han desarrollado múltiples sistemas de medición de ésta, orientados a una mejora continua. Quizás el mejor de estos métodos consiste en la medición del nivel de calidad desde el punto de vista de aquellos que reciben el servicio de manera directa, en lo que se conoce como calidad percibida, y siempre medido desde un punto de vista objetivo.

Los objetivos de este grupo de investigación en Andalucía fueron:

- a) Evaluar la percepción de diferentes aspectos de la calidad entre los usuarios de los servicios públicos de neurocirugía andaluces
- b) Determinar en función del género y de la edad si existen diferencias en dichas percepciones
- c) Analizar si existen diferencias en la calidad percibida entre los servicios públicos de neurocirugía andaluces en función de la provincia.

El método elegido para realizar el estudio fue la realización de encuestas personales telefónicas. Los criterios de inclusión del estudio fueron; estar en edad activa (18-65 años) y haber sido usuario de algún servicio público de neurocirugía de Andalucía. Se definió usuario como toda aquella persona que hubiera tenido algún tipo de contacto estrecho (como paciente, familiar, trabajador, etc) con dichos servicios (Cordero, 2017). Las principales conclusiones de este estudio indican que existen características de los servicios de neurocirugía de Andalucía que deben ser mejorados y que se refieren a los tiempos de atención. Además, se indica que si bien es cierto el nivel de satisfacción por los servicios es alto sobre todo en las personas de mayor edad, se observa un déficit de atención de los familiares de los pacientes atendidos.

Se han identificado diversos proyectos de investigación en Latinoamérica en materia de calidad en los servicios de salud. Acevedo (2020), indica que la calidad en la atención se concibe en dos dimensiones: la técnica enmarcada en la seguridad del paciente lo que se traduce en una disminución de los eventos adversos mediante la mitigación de los riesgos que se pueden presentar durante el proceso de atención y la interpersonal mediante la humanización de los servicios que se refleja en el aumento en la satisfacción del usuario y su familia. Es por esto por lo que lograr una atención con calidad implica un proceso de cambio cultural, de manera que la prestación de servicios humanizados, seguros y con calidad se conviertan en una práctica diaria.

Es la misma Acevedo (2020) en su estudio sobre la prestación de servicios en salud de alta complejidad realizado en Colombia, que define la seguridad como fundamental para prestar servicios de calidad y que para que estos servicios sean efectivos deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente. Para lograr esta eficiencia nos detalla la necesidad de contar con capacidades de liderazgo, datos para impulsar las mejoras, contar con profesionales sanitarios cualificados y la participación efectiva de las familias para lograr una atención exitosa del usuario. La metodología utilizada por Acevedo se considera un proyecto de

intervención debido a que consistió en diagnosticar y caracterizar un problema de orden práctico o situación problemática para plantear estrategias que permitan coordinar acciones para su superación. El instrumento denominado instrumento de autoevaluación de estándares y criterios de autoevaluación de la resolución 2003 de 2014 se presenta como anexo de su publicación. El estudio presenta cuatro conclusiones que establecen la necesidad de verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación y acreditación, el fomentar la cultura continua con especial énfasis en la humanización del servicio, el fortalecimiento de la sistematización de los procesos de documentación de guías, protocolos y otros, así como el cumplimiento de la normatividad en la institución que repercute en los procesos de seguridad de pacientes y sus familiares.

En el caso del estudio realizado en Lima -Perú por el grupo encabezado por la Dra. Isabel Robles y que se centra en la satisfacción del cliente de la consulta externa de neurocirugía, indica Robles (2016), que la satisfacción del usuario externo es el grado por el cual el paciente considera que el servicio de salud ha sido ejecutado por el proveedor de salud, y lo califica como útil, efectivo o que trae beneficio a su salud. Medir el grado de satisfacción del usuario externo neurológico cumple una función importante en la atención médica. Se trata de un juicio sobre la calidad de la atención, que incorpora las expectativas y percepciones del usuario externo. La satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de servicios, no obstante, resulta difícil evaluarla; los métodos y las medidas para la recolección de datos suelen influir en las respuestas del usuario. Este estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal se aplicó a una población de usuarios de la consulta externa de Neurocirugía del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el periodo de octubre a noviembre de 2016. Se aplicó el cuestionario SERVQUAL que tiene una elevada confiabilidad y es válido para medir calidad de los servicios de salud. El grado de satisfacción de los usuarios externos se

determinó al calcular la diferencia entre las respuestas brindadas para las expectativas y las percepciones. Luego se aplicó una escala de satisfacción.

Los resultados de Robles (2016), indican que la satisfacción global fue 19,4 % (61), esto involucra a los niveles muy satisfecho y satisfecho. La insatisfacción global fue 80,6 % (253), que incluye a insatisfecho leve y moderado. Los usuarios externos mostraron un alto grado de insatisfacción debido a diferentes factores biológicos, ambientales, sociales, culturales, trato, tiempo de espera, demora en la atención, etc. Por lo tanto, es conveniente y oportuno identificar estos factores para elaborar acciones de mejora en la calidad de atención. Como se mencionó anteriormente, la mayoría de los usuarios afirman estar satisfechos, independientemente de la calidad real. La satisfacción del usuario externo asegura que cumple su tratamiento, y lo alienta para lograr su mejoría.

En Andalucía, Cordero (2017) identificó un grado de satisfacción aceptable percibida por los usuarios de un 70% aunque algunas variables, sobre todo referidas a información a familiares, servicios de prevención o revisión obtienen puntuaciones donde apenas llega al 40% de aceptación. Así mismo no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos a la hora de evaluar la calidad de los servicios.

Como se puede observar al comparar los estudios citados hay grandes diferencias en la percepción de satisfacción al respecto de la calidad de los servicios que se prestan en el área de neurocirugía. En lo que si confluyen es en la necesidad de evaluar la accesibilidad a los servicios, que sean oportunos, seguros, pertinentes y continuos.

Sin duda alguna estas investigaciones nos indican que el costo para una organización de un sistema de gestión de la calidad se debe de considerar como una inversión y no como solamente un gasto. Es una forma de producir más y mejor con menores gastos.

4.2.4 La calidad en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México

De acuerdo con Esquivel, M. y Gutiérrez D. (2018), el Servicio de Neurocirugía del Hospital México cuenta con un solo documento en el que se desarrolla un diagnóstico situacional del servicio que fue elaborado en el mes de mayo del 2018. Este diagnóstico fue elaborado por el Dr. Miguel Esquivel Miranda y la Dra. Desiré Gutiérrez Gutiérrez en su calidad de director y asistente del servicio.

En su contenido se desarrollan los siguientes temas:

- Antecedentes del departamento.
- Características de organización y funcionamiento.
- Diagnóstico situacional.
- Análisis FODA.
- Priorización de los problemas identificados.
- Estrategias para solución de problemas.
- Conclusiones, bibliografía y anexos.

4.2.4.1.1 Principales hallazgos del diagnóstico

- a) La atención en la consulta externa se ha incrementado desde el año 2015 en alrededor de un 17% al año.
- b) La incidencia de casos por emergencias ha incrementado el tamaño en las listas de espera para los pacientes a los que se les da seguimiento en la consulta externa.
- c) La falta de personal de apoyo al servicio limita la capacidad de realizar cirugías; en especial de los servicios de enfermería y anestesia.
- d) La limitada disponibilidad de infraestructura tanto de salas de CX como de terapia intensiva post operatoria también limita la capacidad de atención.

- e) La atención de pacientes ha crecido en un 30% pero el número de pacientes se mantiene al del año 2005.
- f) No se cuenta con personal de enfermería especializado en Neurocirugía y tampoco que sea fijo para este departamento.
- g) Crecimiento de la lista de espera que favorece las denuncias en contra del servicio – recursos de amparo.
- h) Se han desarrollado proyectos para incluir profesionales de psicología, psiquiatría, fisiatría y fisioterapia para mejorar la atención oportuna de los pacientes.
- i) Se cuenta con un programa de telemedicina.

4.2.4.1.2 Resultados del FODA

En el análisis FODA indicado en Esquivel, M. y Gutiérrez (2018) se realiza la siguiente priorización de los problemas:

- a) Número reducido de salas de cirugías y acceso restringido a las existentes.
- b) Número reducido de camas para hospitalización en los salones asignados.
- c) Limitada capacidad de tratamiento de cuidado intensivo y neuro crítico intermedio.
- d) Dificultades en atención temprana de lista de espera con un retraso de 2 años.
- e) Limitación de personal de neurocirugía y de servicios de soporte como: medicina interna, endocrinología, psicología, fisiatría, fisioterapia.
- f) Aumentar el número de cupos para residentes de neurocirugía.
- g) Necesidad de personal de enfermería general fijo para la atención del paciente con patología neuroquirúrgica. Tanto en salones de internamiento como en las salas de cirugía.
- h) Desarrollar condiciones para el tratamiento endovascular de los pacientes.
- i) Contar con el equipo de TAC acorde con la población atendida por el hospital.

- j) Control de los documentos derivados de los estudios realizados a los pacientes.
- k) Deficiencias en la infraestructura de los salones de hospitalización.
- l) Se requiere de la optimización de la red para la atención de los pacientes neuroquirúrgicos.
- m) Dificultades para garantizar la capacidad de atender los pacientes con calidad y calidez.
- n) Procesos judiciales debido a los problemas indicados.
- o) La criminalidad y la siniestralidad en las carreteras han generado un aumento de demanda del servicio, especialmente en urgencias.
- p) Alta demanda de labores administrativas.

4.3 Reporte de Resultados de la Indagación Appreciativa

La indagación apreciativa es una técnica definida por Muga (2014) como un método de intervención para el cambio organizacional que pone énfasis en la historia de las fortalezas y el potencial de las organizaciones. Se enfoca en la búsqueda de lo mejor entre la gente, la organización y su entorno, de manera que al realizar las preguntas que permitan detectar la capacidad del sistema para aprender, anticipar y sopesar el potencial positivo se logre incrementar la imaginación y la innovación. Es una manera distinta de enfrentar y desarrollar una investigación en la empresa desde la perspectiva del desarrollo organizacional (DO) basado no en problemas por resolver sino sobre las esperanzas, sueños y visiones planteando lo que se debería hacer.

Analizar las fortalezas y el potencial de la organización y de ellos concluir la intervención. Hay que indagar (descubrir, estudiar) los éxitos que se aprecian (valoran) de entre otras acciones. En su sentido más amplio consiste en el descubrimiento sistemático de lo que “da vida” a la organización y la hace más alerta, efectiva, capaz y viable económicamente en términos humanos y ecológicos. Para ello se utilizan preguntas que apuntan a las fortalezas

que un sistema posee en aprender, anticipar y aumentar el potencial positivo (Muga, 2014). Las etapas de esta técnica son:

- ✓ Descubrir: se indaga hacia el corazón del cambio positivo sin ignorar los problemas, sino que se investigan otros ángulos del tema. Las preguntas se elaboran positivamente.
- ✓ Soñar: ¿Cómo podría ser? Hay que buscar inspiración en lo bueno, hermoso y valorable que permite que la gente conecte con sus sueños y aspiraciones lo que genera una energía especial que le permite crear.
- ✓ Diseñar: creando proposiciones posibles de organización ideal que las personas sienta posible establecer. Aquello en lo que la gente cree y le preocupa es lo que se podrá lograr. ¿cómo sería el ideal?
- ✓ Destinar: se fortalece la capacidad positiva de construir en torno al aprendizaje, ajuste e improvisación.

Las fases que se determinan para la realización de las sesiones de indagación apreciativa son las siguientes:

- ✓ Adoptar una actitud positiva frente a la gestión del cambio organizacional.
- ✓ Fomentar el relato de anécdotas e historias positivas.
- ✓ Identificar temas que surjan de los relatos.
- ✓ Crear imágenes compartidas del futuro.
- ✓ Detectar formas innovadoras de construir el futuro – creatividad.
- ✓ Realizar las intervenciones de cambio.
- ✓ Obtener retroalimentación y hacer seguimiento.

Durante las sesiones en las que se utiliza la técnica de indagación apreciativa se utilizan las siguientes herramientas:

- a) Tópicos afirmativos. Se utilizaron dos preguntas:

- ✓ ¿qué factores queremos que abunden en el servicio de neurocirugía?
- ✓ ¿qué condiciones actuales tienen oportunidades de mejora en el servicio para lograr ser más fuerte, exitosa y de alta calidad?
- ✓ Cuestionario de entrevista apreciativa utilizando preguntas y espacios de diálogo abierto:
- ✓ Describa un momento de alto rendimiento que recuerden.
- ✓ ¿qué es lo que valoran más en cada uno de ustedes, en el trabajo que realizan y en el servicio de neuro?
- ✓ ¿cuáles son los valores positivos que pueden servirles para crecer?
- ✓ ¿en qué es diferente este servicio de los otros en el hospital?
- ✓ ¿qué hacen mejor?
- ✓ ¿Cuáles son los tres deseos para lograr la mayor calidad en el servicio?

b) Núcleo positivo:

- ✓ ¿cuál es la visión multidimensional de las fortalezas de la organización?

4.3.1 Resultados de las sesiones

La metodología de indagación apreciativa ha sido aplicada a varios de las personas profesionales que pertenecen o están involucradas con el servicio de neurocirugía en estudio.

Se entrevistaron y se realizaron reuniones grupales con:

- ✓ Médicos especialistas en Neurocirugía.
- ✓ Jefatura de Enfermería.
- ✓ Jefatura de Cirugía.
- ✓ Secretaría del servicio de neurocirugía.
- ✓ Médico administrador del servicio de neurocirugía.
- ✓ Profesionales y auxiliares de enfermería.

A todos se les aplicaron las mismas preguntas y los resultados se anotan en las tablas 1 y 2 de acuerdo con las etapas.

Tabla 14

Indagación Apreciativa – Descubrir

Grupo entrevistado	Respuestas
Médicos especialistas	Compromiso hacia la calidad Estudio continuo Trabajo en equipo Respeto del trabajo realizado Infraestructura y tecnología adecuada y disponible de forma eficaz Comunicación eficiente Enfoque hacia la especialidad Contar con equipos especializados en los servicios de apoyo como enfermería, fisiatría, fisioterapia, psicología,
Enfermería	Capacitación continua Apoyo de todos los involucrados Transparencia y respeto Tiempo con el paciente
Jefatura de cirugías	Atención a tiempo del usuario Eficiencia y eficacia Mejores relaciones entre los grupos
Secretaría del servicio	Mayor coordinación con la administración de la consulta externa Relaciones positivas con los servicios de apoyo Disminuir los trámites que deben realizar los usuarios Espacio de trabajo adecuado
Médico administrador	Capacitación en temas legales y financieros Capacitación en dispositivos médicos Contar con procesos establecidos para compras y proveeduría
Jefatura de enfermería	Contar con el personal necesario en las plazas que les corresponden Ambiente de respeto Coordinación con transparencia Valoración del trabajo realizado

Nota: Fuente: elaboración propia.

Tabla 15

Indagación Apreciativa – Soñar

Grupo entrevistado	Respuestas
Médicos especialistas	Las cirugías de alta complejidad son siempre momentos donde se observa el alto rendimiento y las capacidades de los especialistas. Lo que más valoran es la relación profesional y la comunicación que tienen en el grupo. El compromiso con el equipo es el valor más enumerado. Otros valores positivos son: ética, honestidad, respeto, deseo de aprender y compartir, solidaridad. Este servicio es diferente porque la relación entre los especialistas es muy buena y hay mucha comunicación. Lo mejor que hacen es cirugías. Deseos: mejor infraestructura, equipos especializados de soporte, más especialistas. Dedicar menos tiempo a trabajo administrativo.
Profesionales de Enfermería	Cuando los pacientes que han estado complicados salen a su casa en buen estado. Lo que más valoran es el grupo de trabajo. Valores: respeto y justicia. Lo mejor que hacen es apoyarse entre ellos. Deseos: tener las plazas que les corresponden y seguir aprendiendo.
Jefatura de cirugías	Contar con las nuevas salas de cirugía. Lo que más valora es la atención de los pacientes de forma oportuna. Valores: eficiencia, calidad y armonía. Lo mejor que hace es apoyar al servicio. Deseos: contar con mejor infraestructura y más profesionales.
Secretaría del servicio	Tener una lista de espera de no más de seis meses. Lo que más valora es el trabajo en equipo y la atención de los pacientes con cariño.

Grupo entrevistado	Respuestas
	Valores: paz, respeto, comunicación, trabajo en equipo. Lo mejor que hace es trabajar con amor y dedicación. Deseos: espacio de trabajo más adecuado, que los pacientes se atiendan a tiempo y que se establezca un procedimiento para coordinar las listas de espera que disminuya los recursos de amparo.
Médico administrador	Las cirugías se realizan sin contratiempos derivados de los insumos requeridos. Lo que más valora es que se aprecia su trabajo y dedicación. Valores: compromiso con el paciente, respeto, honestidad, honradez y excelencia. Lo mejor que hace es estudiar y capacitarse por ella misma y así realizar sus tareas con eficiencia. Deseos: capacitaciones continuas, espacio para bodega satélite, mejor relación con los grupos de apoyo, especialización de grupos de apoyo, mayor cuidado de los equipos y suministros.
Jefatura de enfermería	El rendimiento lo relacionan con los momentos en los que cuentan con los recursos humanos que necesitan en cada turno. Lo que más valoran es el respeto a su profesión. Valores: respeto, comunicación y transparencia. Lo mejor que hace es coordinar a los equipos. Deseos: que los enfermeros aprendan de todo y que se reconozca su valor.

Nota: Fuente: elaboración propia.

4.3.2 Análisis de los resultados de la IA

De acuerdo con los resultados que se presentan en las tablas 1 y 2 se puede definir el centro positivo de la organización con las siguientes fortalezas:

- ✓ Se cuenta con las personas profesionales de las diversas especialidades requeridas para la atención de los usuarios.
- ✓ Se muestran deseos de capacitación de forma continua.
- ✓ Se cuenta con el apoyo de la alta dirección del HM
- ✓ Los valores que se muestran de forma transversal son: respeto, comunicación y compromiso.
- ✓ Los sueños se centran en la infraestructura adecuada, la valorización del trabajo realizado y la especialización de los equipos de soporte; todos valiosos cuando se habla de una cultura de calidad.
- ✓ Hay un deseo de trabajar mejor y atender adecuadamente a los usuarios.

4.4 Propuesta para la Gestión de la Calidad

La propuesta para la gestión de la calidad para el servicio de neurocirugía ubicado en el Hospital México de San José en Costa Rica que se presenta a continuación consta de las siguientes partes:

- ✓ Definición de los requerimientos de calidad.
- ✓ Manual de la calidad.
- ✓ Propuesta para la mejora.

4.4.1 Definición de los Requerimientos de Calidad

El servicio de neurocirugía del Hospital México tiene como propósito esencial el alcanzar el cumplimiento de los siguientes requerimientos y que se presentan en orden de prioridad:

- ✓ Atención oportuna y con calidez de los usuarios, con el fin de que se les realicen los procedimientos (quirúrgicos, terapéuticos, diagnósticos entre otros) con la más alta calidad y de acuerdo con su diagnóstico.

- ✓ Uso eficiente y eficaz de los recursos: tiempo, presupuesto y de las personas profesionales, técnicas u auxiliares que trabajan en los servicios involucrados en los procesos.
- ✓ Contar con un plan de capacitación para todo el personal que trabaja en la atención de los pacientes.
- ✓ Dar seguimiento al programa de investigación.

Contar con la infraestructura necesaria para atender a los pacientes bajo los nuevos criterios de calidad y calidez

4.4.2 Manual de Calidad

El manual de la calidad es definido por ISOTools (2015) de acuerdo con las normas ISO 9001, como el fundamento principal de todo el sistema de gestión de la calidad. Indica que se trata de un documento corporativo que establece los aspectos principales del sistema implantado en la organización y que se puede presentar a los interesados en ésta.

En este caso en particular la propuesta que se hace para el manual incluirá los siguientes elementos:

- ✓ Objetivos de calidad.
- ✓ Política de calidad.
- ✓ Mapa de procesos y herramientas de calidad.
- ✓ Roles y responsabilidades.
- ✓ Entregables y procesos sujetos a valoración.
- ✓ Métricas de calidad.
- ✓ Plan de mejora.

4.4.2.1.1 Objetivos de calidad

A continuación, se describen los objetivos de calidad que forman parte de la propuesta para la gestión de esta materia y que se disponen de acuerdo con la posición del usuario, de los procesos internos del servicio y de la docencia e investigación que se desarrolla en éste.

4.4.2.1.1.1 Objetivos del usuario

- ✓ Lograr la satisfacción del usuario del servicio por medio de su atención oportuna, con calidez y eficiente de manera que se sienta complacido con la atención y resolución de su situación de salud.
- ✓ Reconocer el valor en términos profesionales y financieros de los servicios que se le prestan con el fin de que haga uso eficiente de ellos.

4.4.2.1.1.2 Objetivos de los procesos internos

- ✓ Atender eficientemente a los usuarios de acuerdo con los procedimientos requeridos.
- ✓ Utilizar eficientemente los recursos disponibles.
- ✓ Promover un ambiente de trabajo en equipo involucrando a todas las personas de los diferentes servicios y que permita la atención de los usuarios con calidez y alta calidad.
- ✓ Contar con los recursos y la infraestructura necesarios para la atención de los usuarios.

4.4.2.1.1.3 Objetivos de capacitación e investigación

- ✓ Diseñar e implementar un plan de capacitación para todas las personas profesionales y auxiliares involucrados en la atención del usuario del servicio de neurocirugía.

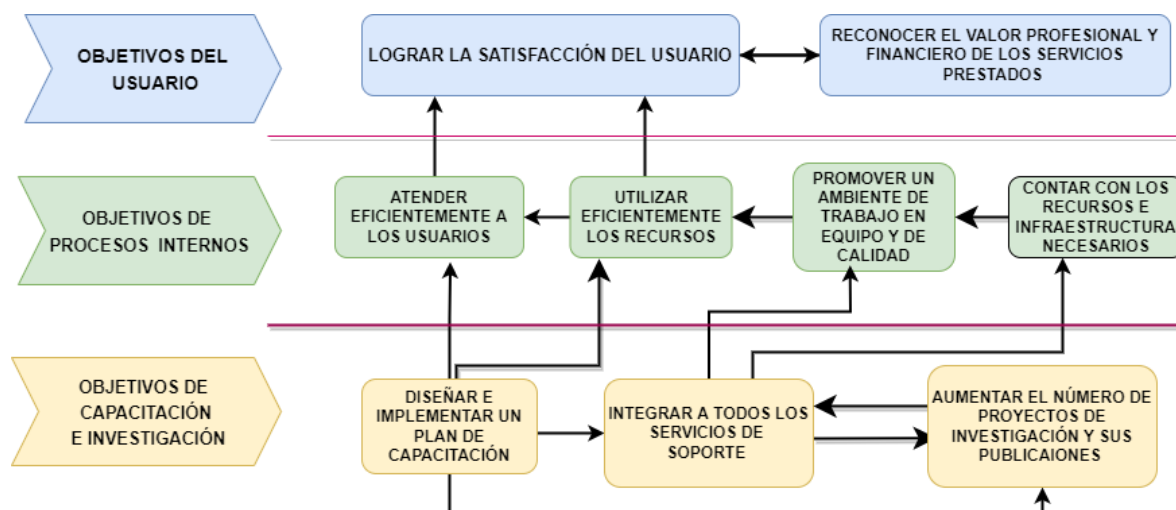
- ✓ Integrar a todos los servicios de soporte en el programa de capacitación.
- ✓ Aumentar la cantidad de proyectos de investigación y sus publicaciones.

El mapa estratégico que contiene los objetivos de calidad que se han establecido para esta propuesta y que se presenta en la figura 1, permite observar con claridad que la capacitación, formación y entrenamiento de las personas tanto profesionales como auxiliares, así como en la investigación, es la base para lograr que los procesos internos se realicen con la calidad y excelencia. Esta condición a su vez impactará de forma positiva la satisfacción de los usuarios de los servicios y a la vez permitirá que el usuario dé el valor correspondiente a estos servicios que son tanto de alta complejidad y como de alto costo.

El cumplimiento de los objetivos de calidad desde la base y hasta lograr la satisfacción del usuario también nos permite facilitar que la sociedad en general, así como de forma individual, valore tanto los costos en términos de dinero, así como de la inversión profesional que se realiza con el fin de restablecer su salud. Esto es importante porque en muchos casos se desconoce que en los servicios de salud de alta complejidad como el que se estudia, la inversión que se realiza desde la formación de los profesionales, así como en infraestructura, equipos, insumos y materiales, es de las más costosas en términos financieros para la institución.

Figura 11

Mapa Estratégico – Objetivos de Calidad



Nota: Fuente: elaboración propia.

4.4.3 Política de Calidad

La propuesta para la política de calidad que se anota de seguido se ha elaborado con los aportes que las personas entrevistadas utilizando la metodología de indagación apreciativa.

La siguiente frase se propone como la política de calidad: “En el servicio de neurocirugía del Hospital México y en cumplimiento con nuestra misión, estamos comprometidos con el desarrollo de actividades que impacten positivamente la salud de nuestros usuarios y sus familias, por medio de la atención oportuna de los pacientes, la capacitación continua de todo el personal que les atiende, el uso eficiente y eficaz de los recursos y la infraestructura, así como cumplir con las políticas y normas internas de la CCSS. Nuestros principios son compromiso, profesionalidad, excelencia, entrega, vocación de servicio, responsabilidad, humanismo, liderazgo y trabajo en equipo”.

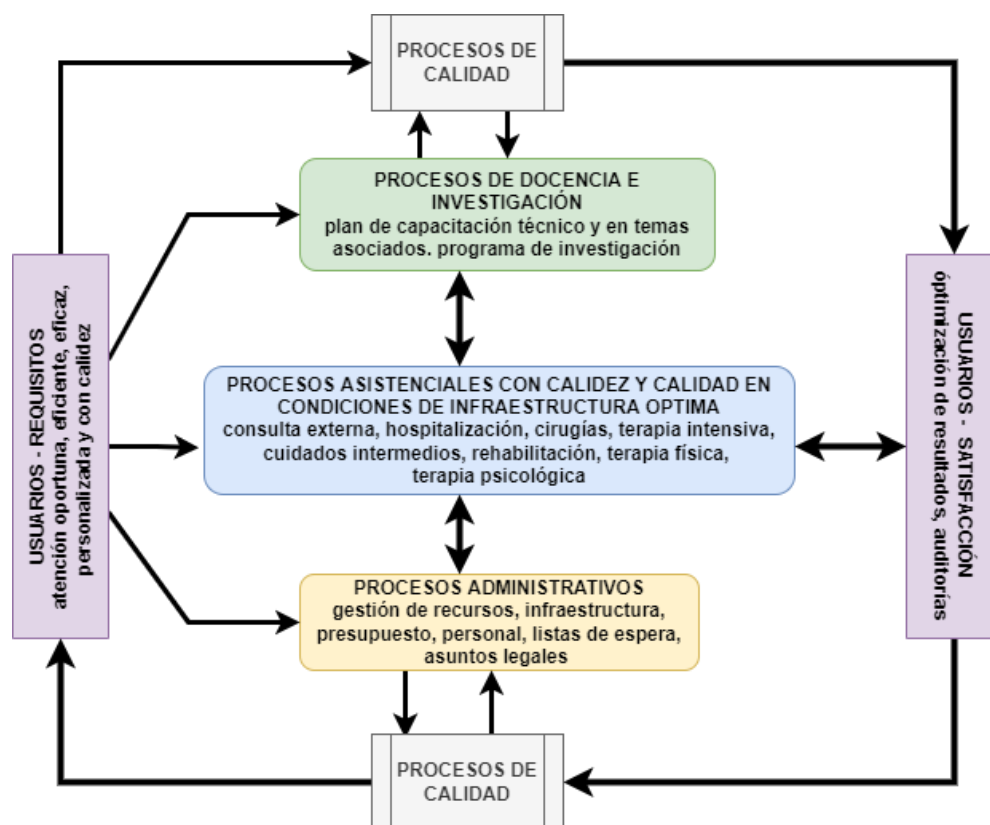
4.4.4 Mapa de Procesos y Herramientas de Calidad

A continuación, se presentan los mapas de procesos y las herramientas de calidad que se consideran como prioritarias para lograr los objetivos de la propuesta.

En la figura 12 se describen gráficamente los diferentes procesos que se llevan a cabo en el Servicio de Neurocirugía. Se destaca que los procesos de calidad enlazan los requisitos de los usuarios con su satisfacción y que son esos mismos procesos los que van a incidir en los procesos internos de docencia, investigación, los asistenciales y los administrativos.

Figura 12

Mapa de Procesos del Servicio de Neurocirugía.



Nota: Fuente: elaboración propia.

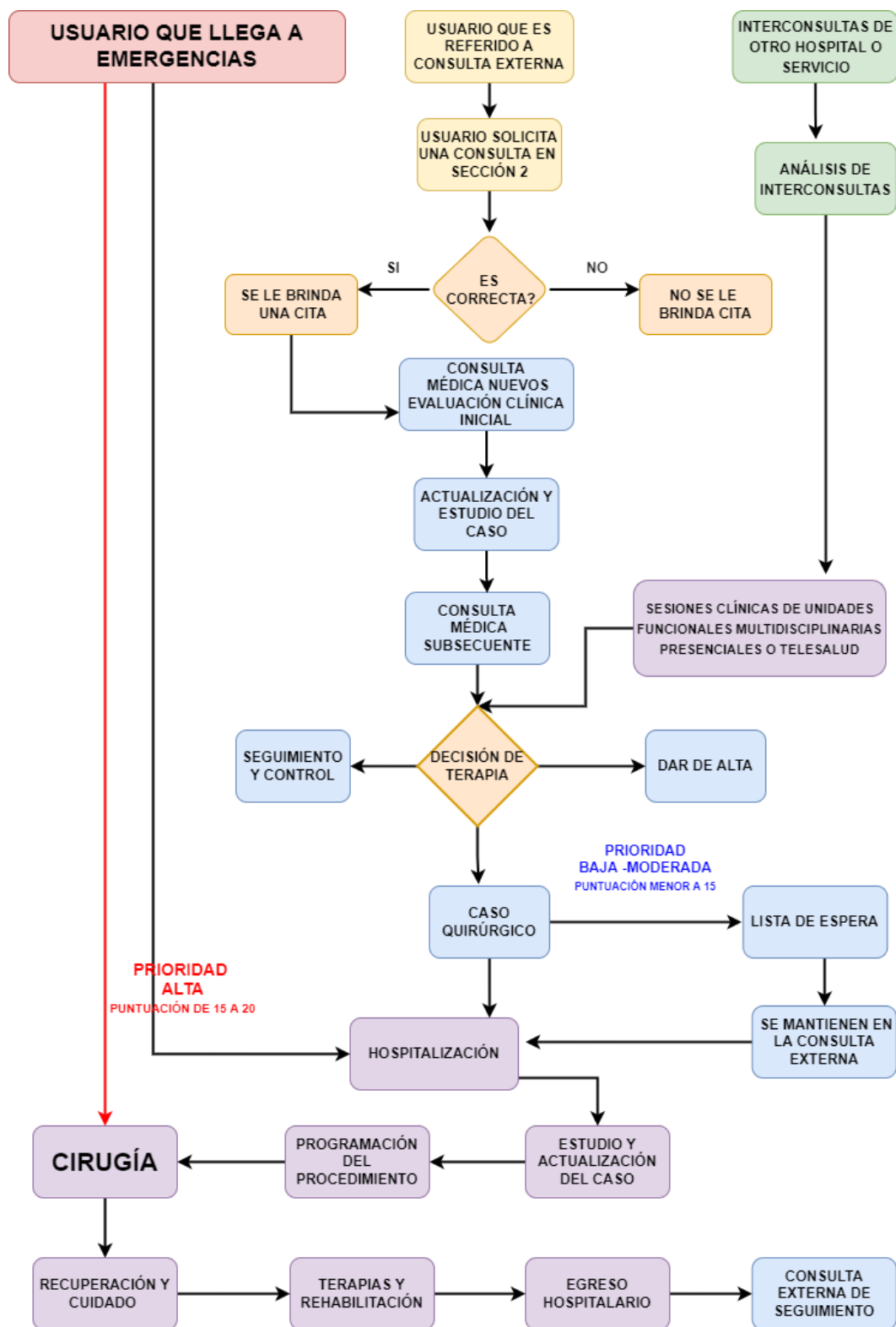
En el caso de los procesos para la atención y priorización de los usuarios del servicio se elabora la figura 13 que establece las diferentes vías que siguen los usuarios para entrar y recibir los diferentes servicios de salud que ofrece y ejecuta el Servicio de Neurocirugía. Es importante destacar que la mayor cantidad de usuarios llegan al servicio por urgencias y que por eso se hace énfasis con el tamaño y el color del recuadro.

Esta figura también establece el flujo que tienen los pacientes una vez que llegan a la consulta externa o que son referidos por otros servicios u hospitales de menor complejidad. También permite establecer los espacios de discusión médica en la que se define el nivel de prioridad de la condición del paciente y el seguimiento que debe darse a su situación.

El seguimiento de estos procesos fortalece el trabajo en equipo interdisciplinario y brinda efectividad a los procesos propios de la atención del usuario.

Figura 13

Proceso para la Atención y Priorización de los Usuarios.

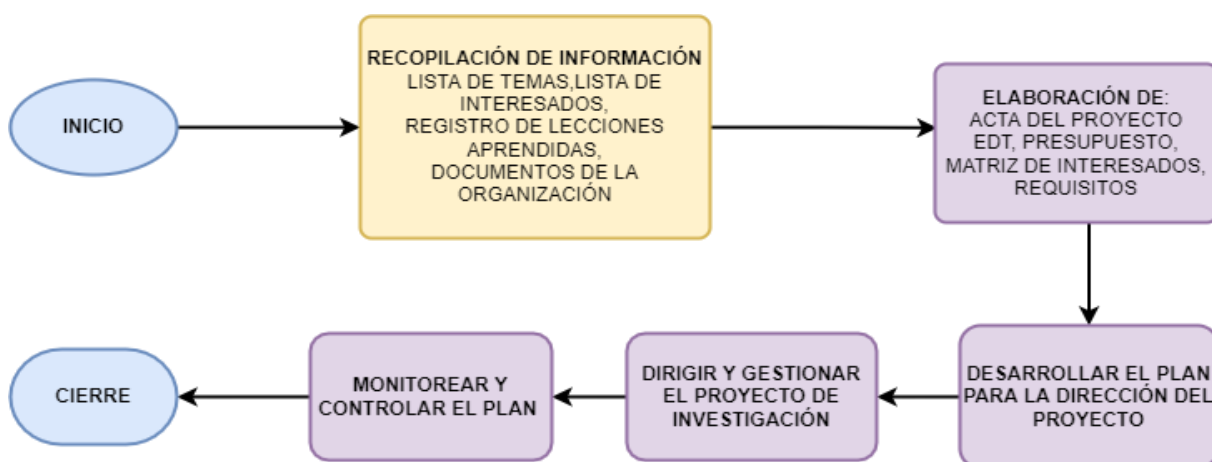


Nota: Fuente: elaboración propia

La siguiente figura establece el proceso que se propone para el desarrollo del programa de investigación del servicio. Este componente del servicio se considera prioritario porque la investigación permite tanto a los usuarios como al equipo de profesionales que les atiende el desarrollo de evidencia para seguir creciendo en términos de calidad. La recopilación de información es el punto de partida de manera que se definan las necesidades y se lleve a cabo la priorización de estas para lograr el mayor impacto en los usuarios.

Figura 14

Proceso para el Desarrollo del Programa de Investigación.

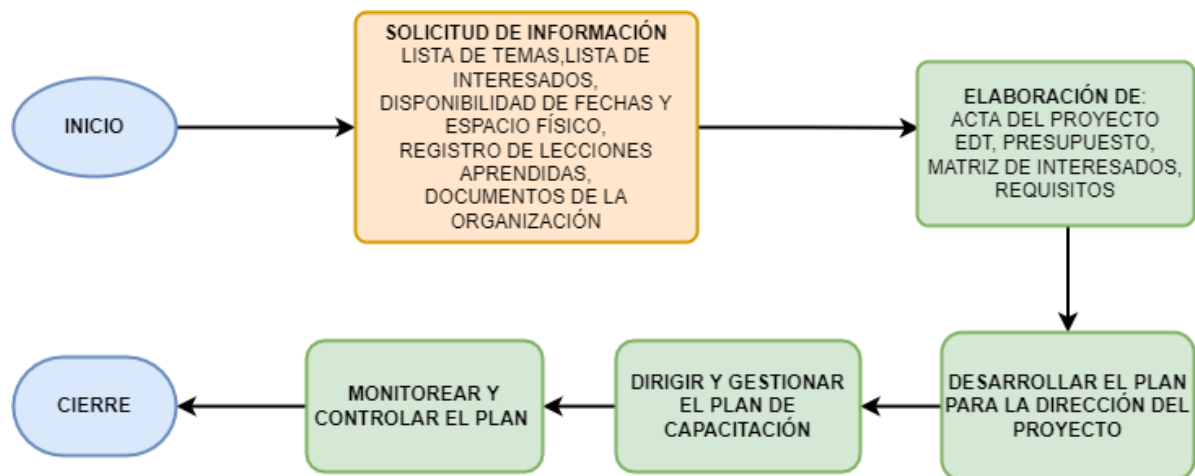


Nota: Fuente: elaboración propia

La capacitación continua es uno de los pilares de toda actividad científica por lo que el servicio está muy interesado de que todas las personas involucradas y de acuerdo con sus roles y responsabilidades, puedan acceder a estos espacios de crecimiento. Una vez más y de forma similar al proceso anterior es necesario establecer de forma eficiente toda la información requerida para que el plan de capacitación sea exitoso y cumpla con las métricas que se establecen.

Figura 15

Proceso para la Elaboración del Plan de Capacitación Continua.



Nota: Fuente: elaboración propia

De seguido se presentan una serie de figuras que describen formas eficientes de recopilar información y que son útiles para realizar actividades de control y de monitoreo de aspectos relacionados con la calidad en el servicio. Es importante destacar que si bien es cierto el Servicio de Neurocirugía del HMx cuenta con una serie de herramientas de recopilación de información, se plantea la necesidad de digitalizar esta documentación con el uso de materiales como el que se describe a continuación y que sin duda pueden servir como base para el establecimiento de un sistema digital interno de información

Figura 16

Control de Equipos.

[illegible]

Rol	Responsabilidades
Director General del HM	Aprobar y apoyar la implementación del plan piloto para la gestión de la calidad en el servicio de neurocirugía
Jefatura Departamento de Cirugías	Aprobar y generar sinergias entre las jefaturas de los servicios involucrados en el proceso de gestión de la calidad.
Jefatura del Servicio de Neurocirugías	Presentar plan piloto para la gestión de la calidad. Convocar a los diversos servicios de soporte para la conformación del equipo de trabajo. Integrar el equipo de calidad. Liderar todas las acciones del plan. Delegar en los miembros del equipo sus respectivos roles. Formar parte del equipo de capacitación.
Jefatura de Enfermería	Integrar el equipo de calidad. Facilitar la participación de las personas profesionales en enfermería y auxiliares en todas las actividades de la propuesta. Proponer y hacer solicitudes para el plan de mejora.
Jefe de Clínica del Servicio de Neurocirugías	Facilitar los procesos internos necesarios para el cumplimiento del plan de trabajo. Formar parte del equipo de capacitación.
Jefatura de Servicios Administrativos y Redes	Integrar el equipo de calidad. Proponer y hacer solicitudes para el plan de mejora. Facilitar la participación en las actividades del plan de calidad de las personas que brindan servicios a los pacientes: redes, logística, compras, bodegas y otros de interés.
Médicos Asistentes Especialistas	Elegir un representante ante el equipo de calidad. Proponer y hacer solicitudes para el plan de mejora. Participar en todas las actividades del plan.
Profesionales de Enfermería y Auxiliares	Elegir un representante ante el equipo de calidad. Proponer y hacer solicitudes para el plan de mejora. Participar en todas las actividades del plan.
Médico Administrativo	Integrar el equipo de calidad Proponer y hacer solicitudes para el plan de mejora. Participar en todas las actividades del plan. Elaborar en conjunto con la secretaria las agendas, minutas e informes del equipo de calidad.
Secretaria del Servicio de Neurocirugías	Integrar el equipo de calidad Proponer y hacer solicitudes para el plan de mejora. Participar en todas las actividades del plan. Elaborar en conjunto con la secretaria las agendas,

Rol	Responsabilidades
	minutas e informes del equipo de calidad.
Equipo de calidad	Elaborar e implementar los procesos y procedimientos asociados en la calidad del servicio. Mantener actualizados los procesos y procedimientos. Elaborar e implementar el plan de capacitación continua interdisciplinario. Sesionar con el fin de recibir, analizar y tomar decisiones con respecto al plan de gestión de la calidad.

Nota: Fuente: elaboración propia.

La tabla 1 nos muestra de forma clara tanto los roles como las responsabilidades de las personas profesionales que se deben integrar en los procesos y procedimientos que permitan alcanzar los más altos niveles de calidad de atención en este servicio de salud. Es destacable la necesidad de que, en el caso de las jefaturas de los diversos servicios de soporte en el caso de que debido a sus funciones no puedan participar, se nombre a sus representantes en el equipo de calidad que liderará el desarrollo del plan. El equipo de calidad es un elemento nuevo y de su funcionamiento depende el éxito de esta propuesta para la gestión de la calidad.

4.4.6 Entregables y Procesos sujetos a revisión de calidad

Los entregables y procesos del servicio de neurocirugía del Hospital México que se proponen para ser sujetos de revisión de la calidad son los siguientes:

- a) Proceso para la atención y priorización de los usuarios.
- b) Lista de espera de atención de usuarios.
- c) Plan de capacitación interdisciplinaria y continua.
- d) Uso de materiales y equipo en sala de cirugía.
- e) Procesos internos del Servicio de Neurocirugía.

Es con base en estos requisitos y sus respectivos entregables que se plantean las siguientes actividades de gestión y control de la calidad.

Tabla 17

Actividades de Gestión y Control de la Calidad del Servicio de Neurocirugía del

HMx.

Entregable	Requisito	Actividades de gestión control	Frecuencia	Responsable
Proceso para la atención y priorización de los usuarios.	Contar con un diagrama de proceso para la atención y priorización de los usuarios. Comunicar a todos los involucrados el nuevo proceso.	Brainstorming para definir el proceso. Elaborar el diagrama de flujo. Presentar al equipo de calidad. Socializar el resultado. Hoja de comprobación.	1 vez cada 2 años	Equipo de calidad.
Plan de capacitación interdisciplinaria y continua	Se deben incluir temas relativos a la neurocirugía y los requeridos por los servicios de soporte. Deben participar todos los profesionales involucrados en la atención de los pacientes.	Diseño de las capacitaciones. Selección de los expertos. Cronograma de sesiones. Hoja de control de invitación y asistencia	1 vez al año	Equipo de calidad.
Uso de materiales y equipo en sala de cirugía	Actualizar la lista de materiales y equipos disponibles.	Recopilación de información. Elaboración de la lista.	1 vez al año.	Médico administrativo Jefe del servicio. Jefe de

Entregable	Requisito	Actividades de gestión control	Frecuencia	Responsable
	Contar con una zona de almacenamiento adecuado en piso y de un programa informático de control.	Adecuar una zona de almacenamiento. Adquirir un programa informático y capacitar al encargado. Hoja de verificación de requisitos.	1 vez cada 5 años.	infraestructura Jefe de sistemas.
Procesos internos del Servicio de Neurocirugía	Revisar los procesos internos y actualizarlos.	Recopilación de documentos. Análisis y actualización de los procesos. Elaboración de los diagramas de flujo. Integración al manual de calidad.	Cada 3 años.	Médico administrativa Equipo de calidad
	Designar personas líderes de cada proceso.	Identificación de las personas. Capacitación en liderazgo.	1 vez al año.	Equipo de calidad
	Contar con los recursos profesionales requeridos	Elaborar lista de recursos necesarios. Elaborar un plan	1 vez al año	Equipo de calidad. Jefe del servicio y

Entregable	Requisito	Actividades de gestión control	Frecuencia	Responsable
	Contar con la infraestructura adecuada y de calidad	de integración de los recursos. Implementar el plan Elaborar una lista de los recursos que se deben adquirir, mejorar o cambiar. Elaborar un plan para adquirir, mejorar o cambiar los recursos de infraestructura.	1 vez cada 3 años	jefatura de recursos humanos. Equipo de calidad y jefe del servicio

Nota: Fuente: elaboración propia

4.4.7 Métricas de Calidad

Según lo indicado por la Guía del PMI (2017), una métrica de calidad establece de forma específica los atributos del producto o del proyecto, así como la forma en la que se verificará su cumplimiento.

En este caso y como se puede observar en la tabla 18, las métricas de calidad se establecen para cada entregable del servicio de neurocirugía y que impacta de forma directa a los usuarios del servicio. Se define cada una de esas métricas y la forma en la que se debe medir, así como la fórmula para calcularla. Es necesario además establecer un resultado esperado o KPI contra el cual se valorará los resultados obtenidos una vez implementado el

plan de mejora. Así mismo se determina la frecuencia con la que se van a calcular las métricas y el responsable de llevar a cabo esta tarea.

A continuación, se describen las métricas de calidad que se han establecido para el servicio de neurocirugía en estudio:

Tabla 18

Métricas de Calidad

Entregable	Métricas	Definición de la métrica (método de medición)	Resultado esperado KPI	Frecuencia de medición	Responsable
Proceso para la atención y priorización de los usuarios	Tiempos de espera del paciente por el proceso: Ingreso al área de hospitalización Tiempo para que lo atiendan Alta médica.	Esta medida se divide en sub-medidas que rastrean la puntualidad de los pasos del proceso primario de un hospital.	30 minutos 60 minutos 1 días	Trimestral	Equipo de calidad
	Tiempo de espera entre la consulta y el procedimiento: c) Atención en consulta externa d) Atención quirúrgica	El tiempo total que tardan los pacientes en ser admitidos, tratados y dados de alta. Si este número es bajo y otras medidas de efectividad son positivas, esto podría indicar una instalación altamente eficiente.	2 meses	Trimestral	Servicio de neurocirugía
	Tasa de ocupación de camas del servicio	Es el número de habitaciones ocupadas por pacientes dividido por el número total de habitaciones del hospital.	90%	Semestral	Servicio de neurocirugía
	Tasa de ociosidad de las	Permite evaluar si los	10%	Trimestral	Servicio de

Entregable	Métricas	Definición de la métrica (método de medición)	Resultado esperado KPI	Frecuencia de medición	Responsable
	salas de Cirugía	quirófanos están o no inactivos. Lo cierto es que un centro quirúrgico en desuso puede significar mayor tiempo de espera para que los pacientes se realicen un procedimiento, afectando de manera general la satisfacción con la atención			neurocirugía
Plan de capacitación interdisciplinaria y continua	Horas de capacitación de los profesionales y colaboradores	La cantidad de horas de capacitación y las evaluaciones correspondientes de capacitación de los empleados. Si las horas de capacitación son altas y los empleados del hospital consideran que esas capacitaciones son útiles, entonces la atención y la calidad del paciente probablemente serán mejores.	2 h/sem	Mensual	Equipo de calidad
	Tasa de profesionales que participan en las sesiones	Es la cantidad de personas profesionales que participan en las sesiones de capacitación	85%	Mensual	Equipo de calidad
	Cumplimiento del	Está métrica es vital para el	95%	Trimestral	Equipo de calidad

Entregable	Métricas	Definición de la métrica (método de medición)	Resultado esperado KPI	Frecuencia de medición	Responsable
	programa de capacitación	área de Formación y Capacitación, ya que permite ver en qué medida se están cumpliendo las actividades de formación y capacitación planificadas, las cuales impulsan el mejoramiento del desempeño de las personas. Formula = $(\Sigma \text{ actividades de capacitación ejecutadas}) / (\Sigma \text{ actividades de capacitación planificada}) * 100$			
	Satisfacción del participante	Se mide la reacción de participante que por medio de encuestas o entrevistas indica su grado de satisfacción con el programa	85%	Trimestral	Equipo de calidad
	Retención del aprendizaje	Se mide la retención de lo que se ha aprendido, así como las nuevas habilidades adquiridas con base en la participación en la capacitación Se utilizan cuestionarios o juegos de preguntas y	85%	Trimestral	Equipo de calidad

Entregable	Métricas	Definición de la métrica (método de medición)	Resultado esperado KPI	Frecuencia de medición	Responsable
	Impacto de la capacitación en el desempeño del colaborador	respuestas. Se mide el impacto por medio de: Comportamiento antes y después del aprendizaje. Tarjetas de puntuación de desempeño. Formularios de comportamiento de entrenamiento. Evaluación de competencias. Seguimiento del progreso. Formatos de Observador.	90%	Semestral	Equipo de calidad
	Impacto en los procesos y entregables del servicio	Permite determinar el impacto que la capacitación ha tenido en los procesos y entregables del servicio. Los instrumentos son: Impacto de la capacitación en la experiencia del usuario (satisfacción del usuario) Impacto de la capacitación en el trabajo en equipo (productividad) Impacto de la capacitación en la calidad de los servicios	90%	Semestral	Equipo de calidad

Entregable	Métricas	Definición de la métrica (método de medición)	Resultado esperado KPI	Frecuencia de medición	Responsable
		Incremento del desempeño y la productividad			
Uso de materiales y equipo en sala de cirugía	Proporción de procedimiento de lavado de manos según protocolo.	Evaluar el cumplimiento del procedimiento de higiene de manos con solución hidroalcohólica con el fin de contribuir a la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.	90%	Trimestral	Enfermería
	Proporción de eficiencia de resultados alcanzados	Esta fórmula, al aplicarla, obtendremos un valor en tanto por uno que podremos convertir, si lo deseamos, aun valor de tanto por ciento. Eficiencia = ((Resultados alcanzados / coste real de actividad) * tiempo empleado) / ((Resultados previstos / coste previsto) * tiempo previsto))	85%	Trimestral	Equipo de calidad
	Porcentaje de eficacia	La métrica de la eficacia se calculará de la siguiente forma: Eficacia = (Resultados alcanzados * 100) / (resultados previstos).	85%	Trimestral	Equipo de calidad

Entregable	Métricas	Definición de la métrica (método de medición)	Resultado esperado KPI	Frecuencia de medición	Responsable
		En esta fórmula, al aplicarla, lo que obtendremos será un tanto por ciento que reflejará la cantidad de objetivos o el cumplimiento del objetivo respecto de lo esperado.			
Procesos internos del Servicio de Neurocirugía	Frecuencia de comunicación médico – paciente.	Con qué frecuencia y sin problemas se comunican los médicos, pacientes y especialistas en procedimientos	1 vez al día	Trimestral	Equipo de calidad
	Número de quejas de pacientes y familiares.	La cantidad de quejas presentadas por los pacientes con respecto a la atención que recibieron. Estas quejas pueden presentarse en medio de la atención o después del tratamiento.	1 vez al día.	Trimestral	Servicio de Neurocirugía
	Tasa de complicaciones postcirugías	El porcentaje de pacientes que desarrollan complicaciones (típicamente complicaciones quirúrgicas) como resultado de una buena o mala atención.	20%	Trimestral	Equipo de calidad
	Tasa de mortalidad	Se refiere a la cantidad de	5%	Trimestral	Equipo de calidad

Entregable	Métricas	Definición de la métrica (método de medición)	Resultado esperado KPI	Frecuencia de medición	Responsable
	posterior al procedimiento	muerres que ocurren después del tratamiento. Hay tasas de mortalidad esperadas (porcentajes bajos a altos) para cada procedimiento	Por definir	Anual	Equipo de calidad
	Valor del costo recurrente	El Valor del Coste Recurrente (CRV, siglas en inglés) es el coste estimado de restaurar el edificio a su condición original y función. Incluye los costes de materiales, mano de obra, equipo, honorarios arquitectónicos y de ingeniería, gestión de la construcción, administración, tasas y otras contingencias.			
	Costo promedio de cama	El Coste Promedio de Cama (ACB, siglas en inglés) se define como la sumatoria de todos los costes y gastos hospitalarios asociados, por número total de camas, en un período de tiempo dado. Este es un importante ID, ya que el equipo de gestión del hospital necesita estar al tanto del coste por cama,	5,000 USD / día	Semestral	Equipo de calidad

Entregable	Métricas	Definición de la métrica (método de medición)	Resultado esperado KPI	Frecuencia de medición	Responsable
	Condiciones físicas del edificio	tanto los costes directos, indirectos, y utilizar esto en la gestión presupuestaria. Minimizar los costos por cama de hospital, mientras que el mantenimiento de los estándares de calidad de la atención de la salud también es muy importante y este KPI puede ayudar en la construcción de estrategias para minimizar los costos. Las Condiciones Físicas del Edificio (BPC, acrónimo en inglés) incluye mantenimiento en términos de reparaciones de rutina, reparaciones mayores, menores y reemplazos en: (1) edificio; (2) sistemas sanitarios; (3) sistemas mecánicos; (4) sistemas eléctricos. Este indicador permite averiguar la condición en la que está el edificio, así como sus sistemas y componentes, en unidades de 0 a 4. Teniendo como 4 la mejor condición como suma de todos sus	Escala 4	Anual	Equipo de calidad

Entregable	Métricas	Definición de la métrica (método de medición)	Resultado esperado KPI	Frecuencia de medición	Responsable
	Índice funcional	términos (1,2,3,4). El Índice Funcional (FI, siglas en inglés) muestra que el espacio es vital para el valor funcional de un edificio, y la utilización del espacio debe ser evaluada durante la evaluación del desempeño contra los estándares espaciales para determinar un uso justo del espacio.	Por definir	Anual	Equipo de calidad
	Respuesta positiva para privacidad y dignidad	La Respuesta Positiva para Privacidad y Dignidad (PD, siglas en inglés) se toma de la encuesta mensual de la experiencia del paciente y refleja el porcentaje de los encuestados que eligen la categoría "Sí, definitivamente" al responder la pregunta "¿El personal te trató con dignidad y respeto?".	Si – 85%	Semestral	Equipo de calidad
	Cantidad de publicaciones científicas realizadas al año	La investigación, el análisis de los datos y su publicación es uno de los objetivos que se debe cumplir para generar espacios de crecimiento y	4 publicaciones al año	Semestral	Equipo de calidad

Entregable	Métricas	Definición de la métrica (método de medición)	Resultado esperado KPI	Frecuencia de medición	Responsable
		favorecen el incremento de la calidad			

Nota: Fuente: elaboración propia.

En la tabla 18 se identifica el equipo de calidad como líder y responsable de la gestión de las actividades correspondientes a esta propuesta. Este equipo estará integrado por representantes de cada uno de los servicios médicos y de soporte que tienen injerencia directa con todos los procesos y procedimientos que se realizan en el servicio de salud.

4.5 Plan de Mejora

Según Proaño (2017), el plan de mejora es un proceso que se utiliza para alcanzar la calidad total y la excelencia de las organizaciones de manera progresiva, para así obtener resultados eficientes y eficaces. El punto clave del plan de mejora es conseguir una relación entre los procesos y el personal generando una sinergia que contribuyan al progreso constante.

4.5.1 Enfoque para la mejora

Las áreas que se describen en la tabla 4 se han identificado con base en el análisis de la información existente, las entrevistas, observaciones y experiencias de las personas involucradas en este proyecto. En esta tabla se describe el área que se propone impactar, el proceso que se va a mejorar con estas actividades y el procedimiento con el cual se realizará la mejora. Los procedimientos de mejora se detallan más adelante.

Tabla 19

Descripción de las áreas de mejora de la calidad.

Área	Proceso por mejorar	Procedimiento de mejora
Capacitación continua e investigación	Atención al usuario en consulta externa, sala de operaciones y en área de internamiento Integración de equipos de trabajo Desempeño de los colaboradores Procedimientos en sala de operaciones Innovación y publicación científica	Proceso 1 y 2
Recursos Humanos	Integración de equipo de trabajo multidisciplinario	Proceso 1 y 4

Área	Proceso por mejorar	Procedimiento de mejora
	Atención terapéutica Resolución de casos	
Materiales y equipos de sala	Intervenciones quirúrgicas en sala de operaciones Abastecimiento y bodegas	Proceso 3
Procesos internos	Protocolos de diagnóstico y atención Procedimientos quirúrgicos Atención de usuarios y familiares	Proceso 1, 2, 3 y 4
Infraestructura	Atención de usuarios y familiares Salas de hospitalización Consulta externa Oficinas Aula de telesalud: docencia, sesiones clínicas y otros.	Proceso 5

Nota: Fuente: elaboración propia

4.5.2 Temas foco para la mejora

Se han identificado cuatro temas que se consideran deben ser impactados para lograr que el servicio de neurocirugía logre alcanzar sus metas en términos de calidad.

- Atención eficiente y eficaz de los usuarios que las personas reciban los procedimientos médico - quirúrgicos, de enfermería, psicología, rehabilitación, fisioterapia u otros, correspondientes a su condición de salud.
- Integración de equipos multidisciplinarios y capacitados de trabajo para que los usuarios reciban la mejor atención en un ambiente cálido y de profesionalidad total.

Además, esto permitirá aumentar la confianza no sólo de los usuarios hacia los servicios recibidos sino también entre los profesionales y técnicos que conforman los equipos de atención.

- Implementar un programa de capacitación continua que permita el aumento de las capacidades técnicas y terapéuticas de las personas profesionales y técnicos que atienden a los usuarios. Esto permitirá disminuir los riesgos asociados a los procedimientos y las hospitalizaciones.
- Solicitud y uso de los materiales y equipos en sala de cirugía como base para lograr el uso eficiente y eficaz de los recursos con los que se cuenta.

4.5.3 Procesos clave para la mejora

Con el fin de hacer frente a los temas que están impactando la calidad de los servicios de salud que se prestan en el servicio de neurocirugía, se plantean los siguientes procesos clave:

Tabla 20

Descripción del proceso 1 del plan de mejora.

Descripción del proceso 1	
Integrar un equipo de calidad conformado por profesionales de todos los servicios involucrados en los procesos internos del servicio de neurocirugía.	
Inicio del proceso	Finalización del proceso
01/06/2022	01/09/2022
Entradas del proceso	Salidas del Proceso
Lista de involucrados en los procesos del servicio. Documentos base: capacidades y habilidades deseadas.	Equipo de calidad: • Integrantes e información de contacto. • Comunicado de conformación. • Cronograma de sesiones.

Documentos de aprobación del proyecto de integración	
Dueño del proceso Dr. Esquivel Miranda	Otros involucrados relacionados Director General del HMx Jefatura de Departamento de Cirugía
Director del proyecto Jefe del servicio de neurocirugía	Patrocinador del proyecto Director General del HMx
Métricas relacionadas	
✓ Horas de capacitación de los profesionales y colaboradores ✓ Tasa de profesionales que participan en las sesiones ✓ Promedio de minutos por cirugía ✓ Frecuencia de comunicación médico – paciente ✓ Tasa de complicaciones postcirugías ✓ Tasa de mortalidad posterior al procedimiento ✓ Proporción/% de eficiencia ✓ Porcentaje de eficacia	

Nota: Fuente: elaboración propia.

Tabla 21

Descripción del proceso 2 del plan de mejora.

Descripción del proceso 2	
Diseñar e implementar un programa de capacitación continua de los profesionales y técnicos involucrados en la atención de los pacientes.	
Inicio del proceso	Finalización del proceso
01/09/2022	01/09/2023
Entradas del proceso	Salidas del Proceso
Lista de temas Lista de profesionales y técnicos Lista de expertos conferencistas Cronograma de disponibilidades	Programa de capacitación continua anual Comunicado e invitaciones
Dueño del proceso	Otros involucrados relacionados

Equipo de calidad	Dirección General
Director del proyecto	Patrocinador del proyecto
Miembro del equipo de calidad TBD	Servicio de Neurocirugía
Métricas relacionadas	
Horas de capacitación de los profesionales y colaboradores	
Tasa de profesionales que participan en las sesiones	

Nota: Fuente: elaboración propia.

Tabla 22

Descripción del proceso 3 del plan de mejora.

Descripción del proceso 3	
Establecimiento de un programa informático de monitoreo y control de materiales, equipos e información utilizados en el servicio de neurocirugía.	
Inicio del proceso	Finalización del proceso
01/09/2022	01/12/2022
Entradas del proceso	Salidas del Proceso
Diagnóstico de procesos y funciones Reporte de infraestructura física y de sistemas Lista de requerimientos	Programa informático de monitoreo y control de información, materiales y equipos
Dueño del proceso	Otros involucrados relacionados
Médico administrativo	Bodegas, Logística, Jefatura de equipos
Director del proyecto	Patrocinador del proyecto
Jefatura del servicio de neurocirugía	Servicio de Neurocirugía
Métricas relacionadas	
Promedio de minutos por cirugía.	
Proporción: % de eficiencia	
Porcentaje de eficacia	

Nota: Fuente: elaboración propia.

Tabla 23

Descripción del proceso 4 del plan de mejora.

Descripción del proceso 4	
Implementar un programa de conferencias y talleres que permitan la integración de equipos de trabajo multidisciplinarios.	
Inicio del proceso	Finalización del proceso
01/09/2022	01/09/2023
Entradas del proceso	Salidas del Proceso
Plan de dirección del proyecto del equipo de calidad. Programa de capacitación continua Lista de temas: liderazgo, atención al usuario, conciliación, metodologías de trabajo en equipo, intermediación, habilidades blandas.	Programa de conferencias y talleres
Dueño del proceso	Otros involucrados relacionados
Equipo de calidad	Todos los servicios de soporte
Director del proyecto	Patrocinador del proyecto
Por definir por parte del equipo de calidad	Dirección Médica
Métricas relacionadas	
Proporción/% de eficiencia Porcentaje de eficacia Tiempos de espera del paciente por el proceso: Ingreso al área de hospitalización, tiempo para que lo atiendan y alta médica. Tiempo de espera entre la consulta y el procedimiento Tasa de ocupación de camas del servicio Tasa de ociosidad de las salas de Cirugía	

Nota: Fuente: elaboración propia.

Tabla 24

Descripción del proceso 5 del plan de mejora.

Descripción del proceso 5	
Diseñar e implementar un plan para mejorar la infraestructura física del servicio de neurocirugía: consulta externa, área de hospitalización, área de docencia y área administrativa.	
Inicio del proceso	Finalización del proceso
01/09/2022	01/09/2024
Entradas del proceso	Salidas del Proceso
Plan de dirección del proyecto del equipo de calidad. Reporte de infraestructura actual Lista de requerimientos	Plan para mejorar la infraestructura física del servicio de neurocirugía: consulta externa, área de hospitalización, área de docencia y área administrativa.
Dueño del proceso	Otros involucrados relacionados
Equipo de calidad	Todos los servicios de soporte
Director del proyecto	Patrocinador del proyecto
Por definir por parte del equipo de calidad	Dirección del HMx
Métricas relacionadas	
Valor del costo recurrente Costo promedio de cama Condiciones físicas del edificio Índice funcional Respuesta positiva para privacidad y dignidad	

Nota: Fuente: elaboración propia.

4.5.4 Procedimiento para la toma de acciones correctivas y preventivas

Al establecer un procedimiento para la toma de acciones correctivas o preventivas en temas de calidad es estar listo para resolver situaciones que sin duda se presentan todos los días. La tabla 6 muestra que este procedimiento tiene como pieza clave al equipo de calidad pues es en

este elemento estratégico y nuevo, en quien recae la responsabilidad de generar, analizar y resolver las solicitudes que se presenten.

Tabla 25

Procedimiento para la toma de acciones correctivas.

Paso	Responsable
Solicitar al equipo de calidad cualquier requerimiento, necesidad u oportunidad para la mejora continua.	Jefe del servicio de neurocirugía. Miembros el equipo.
Convocar a sesión del equipo de calidad	Jefe del servicio de neurocirugía.
Presentar las solicitudes	Secretaria del servicio de neurocirugía
Análisis de las solicitudes utilizando metodologías como diagramas de causa y efecto, análisis de costo – beneficio, costo de la no calidad, revisión de lecciones aprendidas	Equipo de calidad Médico administrativo
Identificación de la acción correctiva	Equipo de calidad
Comunicación del resultado	Equipo de calidad
Implementación de la acción correctiva	Jefe del servicio de neurocirugía.
Valoración de los resultados de la acción ejecutada	Equipo de calidad
Registro de lecciones aprendidas	Secretaria del servicio de neurocirugía
Elaboración de informe trimestral	Secretaria del servicio de neurocirugía y médico administrativo

Fuente: elaboración propia.

Además, esta tabla permite distinguir la necesidad de registrar las lecciones aprendidas con respecto a las solicitudes que se resuelvan y que permitirán la toma de decisiones basadas en experiencias reales y en el marco del trabajo del equipo de calidad.

4.5.5 Procedimiento de Gestión Sostenible de subproductos

El reciclaje de materiales como las bolsas de polietileno de alta calidad que se utilizan para la administración de sueros fisiológicos a los usuarios en hospitalización es una de las propuestas que se realizan con el fin de disminuir el impacto que estos materiales tienen en el ambiente. La CCSS (2021) refiere que mensualmente se descartan 6.75 toneladas de bolsas de este material y que por su calidad tienen amplias opciones de utilización como subproductos después de su uso primordial.

Tabla 26

Descripción de las áreas de mejora.

Área	Proceso por mejorar	Procedimiento de mejora
Disposición de subproductos con valor: bolsas de suero de polietileno	Recolección de bolsas de suero compuestas de polietileno de alta calidad Entrega en el CCMT TEC o en Laboratorio de Materiales de la UNA	Reciclado y reutilización del polietileno como fuente de material de construcción, embalajes, empaques de productos en general.

Nota: Fuente: elaboración propia.

Este primer paso con respecto a la utilización de este material de gran valor y aprovechar las oportunidades de elaborar nuevos productos, es sin duda un gran aporte a la agenda que se tiene en el país en términos de sostenibilidad ambiental.

5 Conclusiones

1. La documentación recopilada durante la primera fase de este PFG ha sido suficiente para establecer las bases de esta propuesta. A nivel internacional existen diversas publicaciones dedicadas a la gestión de la calidad en los servicios de neurocirugía, así como organizaciones globales dedicadas a esta materia de alta complejidad que generan, recopilan y comunican información a los especialistas y al público.
2. En el caso específico del Servicio de Neurocirugía en estudio se han realizado estudios como el FODA y el diagnóstico situacional, ambos del año 2019, que permiten los problemas que se generan en este sistema. Con esta información de base se ha logrado validar la situación en el presente y dar seguimiento al proceso previo al planteamiento de la propuesta.
3. Los principales hallazgos de esta primera revisión diagnóstica establecen que existen necesidades no cubiertas de infraestructura y equipos, de recursos de soporte especializados, una alta demanda de labores administrativas y de índole legal, así como un aumento de casos debido a la criminalidad y los siniestros en accidentes. A la fecha, el hospital cuenta con una mayor cantidad de salas de cirugía, pero no con el personal capacitado y el equipo necesario para ser utilizadas al 100%; lo que afecta directamente los otros elementos citados.
4. La técnica de indagación apreciativa ha sido muy útil para identificar la forma en la que los involucrados en el servicio de neurocirugía ven los temas de calidad. Cada una de las perspectivas de acuerdo con su profesión y responsabilidad es distinta. Se destaca el enfoque en su especialidad o rol, el deseo de coordinar de forma más eficiente y el compromiso con la atención del usuario y su familia.

5. La indagación apreciativa también ha permitido establecer los sueños que tienen las personas involucradas en el servicio. Entre los más importantes y asociados con la calidad se destacan: el deseo de dedicar más tiempo a la labor quirúrgica y la atención del paciente, aunado a menos tiempo en labores administrativas.
6. En las entrevistas guiadas se logra observar que los involucrados ven como piezas clave para lograr la calidad requerida y deseada en contar con la infraestructura adecuada, la valorización del trabajo realizado y la especialización de los equipos de soporte.
7. La propuesta para la gestión de la calidad que se presenta cuenta con tres partes: definición de los requerimientos, el manual de la calidad y la propuesta de mejora. El corazón de esta propuesta es el equipo de calidad por lo que su integración es uno de los procesos clave de éxito de la propuesta.
8. Toda la propuesta que se presenta gira alrededor de la satisfacción del usuario del servicio de neurocirugía. Cada uno de los requerimientos identificados y priorizados son piezas vitales de un sistema base para un proceso de atención de alta calidad y realizado con calidez.
9. La implementación del manual de calidad y del plan de mejora permite al servicio establecer las bases para lograr entrar en un proceso de certificación ISO 9001. Sin duda alguna este puede ser un marco de referencia para otros servicios del mismo hospital en el marco de la calidad y su impacto en los resultados de los servicios brindados.
10. El mapa de procesos del servicio de neurocirugía que se presenta en la propuesta hace énfasis en una de las responsabilidades más importantes del equipo de calidad. La identificación de los requisitos de los clientes o usuarios que se asocia con su propia satisfacción por medio de este equipo, el cual

introduce esta información a los otros procesos internos; gestionando los diversos planes que se requieran para su logro.

11. Esta propuesta es integral y permite impactar los tres aspectos asociados a la sostenibilidad. En ella se impacta desde el punto de vista social y económico de los usuarios, colaboradores, la institución y la sociedad a la que sirven, pero también integra un primer elemento que impacta el ambiente al incluir la reutilización de materiales de alto valor y reinsertarlos en la economía; evitando la contaminación del ambiente.

6 Recomendaciones

1. Se recomienda a las personas que lideran tanto el hospital como el Servicio de Neurocirugía tomar en cuenta los estándares de calidad internacionales existentes y que se respaldan en evidencia científica. Estos estándares pueden ser útiles para establecer metas en términos de eficiencia en los recursos y eficacia en las actividades propias del servicio de salud.
2. Utilizar la técnica de indagación apreciativa es sencillo y práctico. Se recomienda que los líderes de los servicios involucrados en este servicio de salud la utilicen de manera frecuente con el fin de establecer las fortalezas y potencialidades de las personas que conforman sus equipos. Esto permitirá alimentar con nueva información los diversos procesos que se plantean en la propuesta para la gestión de la calidad.
3. Se recomienda al líder del Servicio de Neurocirugía que realice todas las gestiones necesarias para integrar el equipo de calidad lo antes sea posible. Una vez integrado este equipo, se puede iniciar con el plan de mejora que se plantea en esta propuesta.
4. Es de muy alto valor comunicar los resultados obtenidos al implementar tanto el manual de calidad como el plan de mejora. Se recomienda al equipo de calidad que genere informes que sean conocidos por todos los involucrados lo que hará crecer la confianza del usuario en los servicios brindados, así como la valorización de estos. Además, los colaboradores podrán incrementar la confianza en su propia labor y en los procesos que se han implementado.

7 Lista de Referencias

- Acevedo, M. y Alzate, Y. (2020). ***Identificación del cumplimiento en los requisitos de las condiciones básicas para la prestación de los servicios de hospitalización oncológica, neurocirugía, cirugía de tórax, cirugía oncológica y cirugía cardiovascular en una IPS de Medellín en el año 2020, a partir de un proceso de autoevaluación integrando normas de calidad.*** Universidad de Antioquía, Facultad de Salud Pública. Recuperado el 15 de diciembre de 2021 desde <http://hdl.handle.net/10495/16370>
- AEC. (2019). ***Gestión del Conocimiento.*** QAEC. Recuperado el 17 de enero de 2022 desde <https://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/gestion-del-conocimiento>
- AHRQ. (2019). ***The CUSP Method.*** Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Recuperado el 10 de abril desde <https://www.ahrq.gov/hai/cusp/index.html>
- AHRQ. (2018). ***Quality Improvement and Monitoring at your fingertips.*** Agency for Healthcare Research and Quality. Recuperado el 9 de abril desde <https://qualityindicators.ahrq.gov/>
- Alvarado, M. (2020). ***Fideicomiso Ruta Uno rinde cuentas a usuarios de la Carretera San José – San Ramón.*** Rutauno. Recuperado el 6 de enero de 2022 desde <https://www.rutauno.cr/noticias/fideicomiso-ruta-uno-rinde-cuentas-usuarios-de-la-carretera-san-jose-san-ramon>
- Asana. (2021). ***¿Qué es un Proceso de Control de Cambios y Cómo de Implementa?*** Recuperado el 17 de enero de 2022 desde <https://asana.com/es/resources/change-control-process>

- Banco Mundial. (2018). **La atención de la salud de baja calidad está aumentando la morbilidad y los costos relacionados con la salud en todo el mundo.** Recuperado el 21 de enero de 2022 desde <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2018/07/05/low-quality-healthcare-is-increasing-the-burden-of-illness-and-health-costs-globally>
- Bernal, C. (2016). **Metodología de la Investigación.** Cuarta Edición. Pearson Educación de Colombia, p88. ISBN E-BOOK: 978-958-699-310-4
- Calle, M. (2020). **Relación entre Proyectos, Programas y Portafolios.** Recuperado el 4 de enero de 2022 desde <https://marcocalle.com/relacion-entre-proyectos-programas-portafolio-y-operaciones/>
- Cabero, J. y Llorente, C. (2013) **La Aplicación del Juicio de Experto como Técnica de Evaluación de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).** ResearchGate. Universidad de Sevilla. Recuperado el 17 de enero de 2022 desde <https://www.aulafacil.com/cursos/estrategia/prospectiva-y-gestion-estrategica/juicio-de-expertos-metodo-delphi-l37803>
- CCSS. (2022). **Cuerpo Gerencial. Caja Costarricense de Seguro Social.** Recuperado el 16 de enero de 2022 desde <https://www.ccss.sa.cr/gerentes>
- CCSS. (2021). **Cultura Organizacional. Caja Costarricense de Seguro Social.** Recuperado el 12 de diciembre de 2021 desde <https://www.ccss.sa.cr/cultura-organizacional>.
- CCSS. (2019). **Memoria Institucional de la CCSS.** BINASSS. Recuperado el 20 de enero de 2022 desde <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/handle/20.500.11764/3649>

- CCSS. (2016). **Metamorfosis 2041: Hacia una CCSS Centenaria**. Caja Costarricense de Seguro Social. Recuperado el 14 de diciembre de 2021 desde <https://www.binasss.sa.cr/metamorfosispdf.pdf>
- Coll, F. (2022). **Proyecto**. Economipedia. Recuperado el 7 de enero de 2022 desde <https://economipedia.com/definiciones/proyecto.html>
- Concepto. (2021). **Método Analítico**. Enciclopedia Concepto. Recuperado el 12 de enero de 2022 desde <https://concepto.de/metodo-analitico/>
- Cordero, N. et al. (2017). **Comparación por provincias de la calidad percibida por los usuarios de los Servicios de Neurocirugía de Andalucía**. Actualidad Médica. Recuperado el 12 de diciembre desde <https://www.actualidadmedica.es/wp-content/uploads/800/sup01/or04.pdf>
- Da Silva, D. 2021. **¿Como implementar un sistema de gestión de la calidad?** Blog de Zendesk. Recuperado el 12 de abril de 2021 desde <https://www.zendesk.com.mx/blog/sistema-gestion-de-calidad/>
- Dolgin, E. (2021). **The Tangled History of mRNA Vaccines**. Nature. Recuperado el 8 de enero de 2022 desde <https://www.nature.com/articles/d41586-021-02483-w>
- DPMResearch. (2022). **Métodos y Herramientas**. Recuperado el 12 de enero de 2022 desde https://www.dpmresearch.ca/es/metodos_es
- EALDE. (2022). **¿Qué es la Norma ISO 9001 y para qué sirve?** Recuperado el 4 de enero de 2022 desde <https://www.ealde.es/iso-9001-para-que-sirve/>
- Esquivel, M. y Gutiérrez D. (2018). **Diagnóstico Situacional del Servicio de Neurocirugía**. Hospital México, CCSS.

- EKON. (2021). **Métricas de los Indicadores de Productividad en la Empresa**. Recuperado el 20 de abril de 2022 desde <https://www.ekon.es/blog/metricas-indicadores-de-productividad-empresa/>
- Evans, T. (2010). **Hospital México en su Cuadragésimo Aniversario, la importancia del Servicio de Neurocirugía**. Neuroeje, 2009, Vol. 23. No 1.
- FH. (2011). **La Indagación Apreciativa**. Fundació Factor Humà. Recuperado el 10 de enero de 2022 desde https://factorhuma.org/attachments_secure/article/9166/indagacio_apreciativa_cast.pdf
- Gardella, J. (2011). **Tablero de Gestión de Unidades Operativas de Neurocirugía**. Revista Argentina Neurocirugía 2011; 25: 187.
- Gbegnedji, G. (2017). **8.3. Realizar el Control de Calidad**. Recuperado el 17 de enero de 2022 desde <https://www.gladysgbegnedji.com/realizar-el-control-de-calidad/>
- Gómez, S. (2021). **INTECO otorga Certificación a Sistema de Gestión de Calidad de la CCSS**. CCSS Noticias. Recuperado el 21 de enero de 2022 desde https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios_noticia?inteco-otorga-certificacion-a-sistema-de-gestion-de-calidad-de-la-ccss
- Habilidades. (2022). **Habilidades Interpersonales**. Recuperado el 17 de enero de 2022 desde <https://habilidades.top/habilidades-interpersonales/>
- IDEIA. (2022). **¿Qué es la Indagación Apreciativa?** Instituto Diálogos e Indagación Apreciativa. Recuperado el 14 de enero de 2022 desde <https://www.institutoideia.es/indagacion-apreciativa/que-es-la-indagacion-apreciativa/>
- IMF. (2022). **Cuáles son las Mejores Métricas de Eficiencia y Eficacia**. Gestión Empresarial. Recuperado el 10 de abril desde <https://blogs.imf->

formacion.com/blog/corporativo/gestion-empresarial/mejores-metricas-eficiencia-eficacia/

ISOTools. (2015). EL Manual de la Calidad y la Norma ISO 9001. Blog Calidad y Excelencia. Recuperado el 24 de abril de 2022 desde <https://www.isotools.org/2015/04/02/que-contenidos-debe-tener-un-manual-de-la-calidad/>

Jiménez, L. Valdés, J. y Alvarez, M. (2022). **Indicadores de Calidad**. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. Recuperado el 12 de abril de 2022 desde https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14437_recurso_1.pdf

Lledó, P. (2017). **Administración de Proyectos: El ABC para un director de proyectos exitoso**. USA.

Madroñal, M. (2020). **Indicadores de Desempeño para Gestión de Infraestructura Hospitalaria mediante Facility Management para Colombia**. Universidad Pontificia Bolivariana. Recuperado el 15 de mayo del 2022 desde <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/7344/Indicadores%20de%20desempe%C3%B1o%20para%20gesti%C3%B3n%20de%20infraestructura%20hospitalaria.pdf?sequence=1>

MealDProStarter. (2019). **Análisis, Visualización e Interpretación de Datos**. Recuperado el 17 de enero de 2022 desde <https://mealdprostarter.org/analisis-visualizacion-e-interpretacion-de-datos/>

Memorias del Hospital México. (2012). **Hospital México 32 Aniversario**. BINASSS. Recuperado el 20 de enero de 2022 desde <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhm/mexico/hmexico32.pdf>

- Muga, J. (2014). ***La Indagación Apiciativa: una Metodología de Desarrollo Organizacional para el Cambio en la Empresa***. Facultad de Economía y Negocios. Universidad de Chile. URI: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/138860>
- Normas APA. (2016). ***El Marco Metodológico de la tesis ¿Cómo Elaborarlo?*** Recuperado el 11 de enero de 2022 desde <https://normasapa.net/marco-metodologico-tesis/>
- OCDE. (2017). ***Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud Costa Rica, Evaluación y Recomendaciones***. Recuperado el 15 de diciembre de 2021 desde https://www.oecd.org/els/health-systems/Estudios-OCDE-sobre-los-Sistemas-de-Salud_Costa-Rica_Evaluaci%C3%B3n-y-Recomendaciones.pdf
- OPS. (2018). ***Perfil del Sistema y Servicios de Salud de Costa Rica con base al marco de monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal***. Recuperado el 19 de enero de 2022 desde <https://iris.paho.org/>
- OMS. (2020). ***Servicios Sanitarios de Calidad***. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 19 de noviembre de 2021 desde <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- OMS. (2017). ***Salud y Derechos Humanos***. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 20 de enero de 2022 desde <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- PMI. (2017). ***La guía de los fundamentos para la dirección de proyectos (Guía del PMBOK®)***. Project Management Institute, Inc.
- PMK Digital Learning. (2020). ***KPI Relevantes para Medir la Efectividad de la Gestión de Capacitación***. Recuperado el 20 de abril de 2022 desde <https://pmkvirtual.com/blog/kpi/>

Proaño Villavicencio, D.X. (2017). **Metodología para Elaborar un Plan de Mejora Continua.**

3C Empresa: investigación y pensamiento crítico, Edición Especial, 50-56. DOI:

Recuperado de <https://dx.doi.org/10.17993/3cemp.2017.especial.50-56/> el 26 de mayo de 2021.

QuestionPro. (2022). **¿Qué es la Recolección de Datos y Cómo Realizarla?** Recuperado el 17 de enero de 2022 desde <https://www.questionpro.com/blog/es/recoleccion-de-datos-para-investigacion/>

RAE. (2021). **Entregable.** Diccionario de la Lengua Española. Recuperado el 14 de enero de 2022 desde <https://dle.rae.es/entregable>

Ramírez, D y Abadía, K. (2015). **Formulación de Estrategias para el Aprovechamiento de Residuos Hospitalarios de Recipientes de Suero Provenientes de Plásticos de Polietileno tipo Alta Densidad.** Universidad ECCI, Colombia. Recuperado el 15 de abril desde <https://repositorio.ecci.edu.co/bitstream/handle/001/1910/Trabajo%20de%20grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ramírez, S. (2011). **Los costos de la no calidad en los servicios de salud.** Salud en Tabasco, 17(3),47-48. [fecha de Consulta 23 de noviembre de 2021]. ISSN: 1405-2091. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48722325001>

Robledo-Galván, H, Meljem-Moctezuma J, Fajardo-Dolci G, et al. **De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud.** Rev CONAMED. 2012;17(4):172-175. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57702>

- Robles, I. et al. (2016). ***Satisfacción del usuario externo de neurocirugía del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima – Perú***. Horizonte Médico. Recuperado el 10 de diciembre de 2021 desde <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n3.09>
- Saiz, J. (2018). ***Ciclo de Vida Predictivo, La Gestión Clásica de Proyectos***. Recuperado el 3 de enero de 2022 desde <https://jorgesaiz.com/blog/ciclo-de-vida-predictivo/>
- Saiz, J. (2018). ***Ciclo de Vida Iterativo, Los Proyectos con Procesos Cíclicos***. Recuperado el 3 de enero de 2022 desde <https://jorgesaiz.com/blog/ciclo-de-vida-iterativo/>
- Sánchez, C. (2019). ***Método***. Normas APA Actualizadas (7ª edición). Recuperado el 11 de enero de 2022 desde <https://normas-apa.org/estructura/metodo/>
- SoyPM. (2017). ***10 Áreas de Conocimiento según la Guía de PMBOK®, 6ta edición***. Recuperado el 3 de enero de 2022 desde <https://www.soypm.website/areas-de-conocimiento/>
- Tesis y Másters. (2021). ***Marco Metodológico***. Tesis y Másters México. Recuperado el 11 de enero de 2022 desde <https://tesisymasters.mx/marco-metodologico/>
- TuDashboard. (2020). ***16 indicadores de calidad en salud***. Blog. Recuperado el 16 de abril desde <https://tudashboard.com/indicadores-de-calidad-en-salud/>
- <https://ctmaconsultores.com/todo-sobre-norma-iso-9001/>
- Universidad de Guadalajara. (2021). ***Clasificación General de las Fuentes de Información***. Recuperado el 11 de enero de 2022 desde <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/porta1/clasificacion-general-de-las-fuentes-de-informacion>

Vargas González, V., Valecillos, J., y Hernández, C. (2013). **Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición**. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XIX (4), 663-671. [fecha de Consulta 23 de Enero de 2022]. ISSN: 1315-9518. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28029474005>

Velasco, R. (2022). **Cinco Grupos de Procesos de la Dirección de Proyectos**. Recuperado el 3 de enero 2022 desde <https://gestiondeproyectosplus.com/5-grupos-de-procesos-de-la-direccion-de-proyectos/>

Westreicher, G. (2022). **Análisis de Datos**. Economipedia. Recuperado el 17 de enero de 2022 desde <https://economipedia.com/definiciones/analisis-de-datos.html>

Zita, A. (2021). **Métodos de Investigación**. TodaMateria. Recuperado el 11 de enero de 2022 desde <https://www.todamateria.com/metodos-de-investigacion/>

8 Anexos

Anexo 1: ACTA (CHÁRTER) DEL PFG

1. Nombre del (de la) estudiante

Hannia María León León

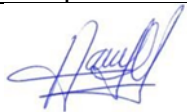
2. Nombre del PFG

Desarrollo un plan de gestión de la calidad para el Servicio de Neurocirugía del Hospital México.

3. Área temática del sector o actividad

Ciencias médicas

4. Firma de la persona estudiante



5. Nombre de la persona docente SG

--

6. Firma de la persona docente

--

7. Fecha de la aprobación del Acta:

--

8. Fecha de inicio y fin del proyecto

09/11/2021

30/03/2022

9. Pregunta de investigación

¿Qué elementos debe contener una propuesta para la gestión de la calidad del Servicio de Neurocirugía del Hospital México?

10. Hipótesis de investigación

La propuesta de gestión de la calidad del Servicio de Neurocirugía contendrá los elementos suficientes para definir y garantizar la calidad en el desarrollo de las actividades de docencia, investigación, administración y asistencia a los usuarios.

11. Objetivo general

Desarrollar una propuesta de gestión de la calidad para el Servicio de Neurocirugía del Hospital México que tome como base la construcción de una cultura conciente y comprometida con la calidad y la sostenibilidad, la satisfacción de sus usuarios y colaboradores, así como de mejora continua del servicio para lograr un impacto positivo en los indicadores de calidad de este departamento.

12. Objetivos específicos

1. Desarrollar un plan integral del proyecto utilizando las herramientas de la administración de proyectos para guiar la ejecución y supervisión del PFG.
2. Recopilar y analizar la información sobre calidad que existe en las organización nacional e internacionalmente para elaborar un informe a ser utilizado como entrada del proceso de planificación del plan de gestión de la calidad.
3. Realizar una análisis de Indagación Apreciativa enfocado en la calidad y elaborar un informe de base que será utilizado en el proceso de planificación del plan de gestión de la calidad.
4. Elaborar la propuesta de gestión de la calidad del Servicio de Neurocirugía para lograr un impacto positivo en los indicadores de las actividades de docencia, investigación, administración y la atención de los usuarios; así como del cumplimiento de los objetivos de sostenibilidad.

13. Justificación del PFG

- e) El Servicio de Neurocirugía no cuenta con un plan para la gestión de la calidad de sus procesos y el Director de este departamento considera que este aspecto es vital con el fin de satisfacer a sus usuarios.
- f) El impacto de la no calidad en los servicios de salud genera pérdidas humanas y costos que pueden aproximarse al 40 o 50 % de la facturación en salud por lo que este proceso debe optimizarse.
- g) Este proyecto hará avanzar al Servicio de Neurocirugía en su objetivo de lograr una certificación de calidad.

- h) Se desarrollarán actividades que integren la sostenibilidad en los procesos del departamento y que actualmente no existen.

14. Estructura de desglose de trabajo (EDT). En forma tabular, que describa el entregable principal y los secundarios -productos o servicios que generará el PFG-.

1. Elaborar el plan de dirección del proyecto.
 - 1.1 Acta de constitución del proyecto.
 - 1.2 Plan de gestión del alcance
 - 1.3 EDT
 - 1.4 Plan de gestión del cronograma
 - 1.5 Plan de gestión de los costos.
 - 1.6 Plan de gestión de la calidad.
 - 1.7 Plan de gestión de los recursos.
 - 1.8 Plan de gestión de las comunicaciones.
 - 1.9 Plan de gestión de los riesgos.
 - 1.10 Plan de involucramiento de los interesados.
2. Informe de documentos sobre calidad existentes en el departamento.
 - 2.1 Archivo digital con la información recopilada.
 - 2.2 Documento resumen.
3. Reporte de Análisis Indagación Apreciativa
 - 3.1 Sesiones de trabajo en IA.
 - 3.2 Informe de resultados del IA.
4. Propuesta de gestión de la calidad.
 - 4.1 Objetivos y política de calidad.
 - 4.2 Roles y responsabilidades en cuanto a calidad.
 - 4.3 Entregables y procesos sujetos a revisión de la calidad.
 - 4.4 Actividades de control de calidad y de gestión de la calidad.
 - 4.5 Métricas de calidad.
 - 4.6 Procedimientos para abordar la no conformidad, acciones correctivas y procedimientos de mejora continua.
 - 4.7 Procedimientos de gestión sostenible de subproductos.

15. Presupuesto del PFG

1. Encuentros presenciales análisis IA: 150 USD
2. Reuniones presenciales con los interesados: 500 USD
3. Materiales: 500 USD

16. Supuestos de la planeación y ejecución del PFG

1. El Servicio de Neurocirugía brindará acceso a la información actual sobre sus procesos.
2. Se contará con la participación activa de los profesionales involucrados en este departamento para identificar los requerimientos del proyecto.

3. El estudiante contará con al menos 15 horas a la semana para trabajar en el PFG.

17. Restricciones del PFG

1. Durante el desarrollo del proyecto no se evaluará física o mentalmente a los usuarios (pacientes) y tampoco se registrará información de estos.
2. Se cuenta con 12 semanas para realizar el proyecto.
3. El presupuesto máximo total del proyecto es de 1,150 USD.

18. Enumeración de riesgos de la ejecución del PFG

1. La pandemia por COVID 19 puede generar retrasos en la realización de las sesiones de trabajo con los interesados lo que puede retrasar el desarrollo del plan.

19. Principales hitos

Los hitos están relacionados con los entregables de primer nivel y segundo nivel). A su vez, los entregables están relacionados con los objetivos específicos (en el caso del PFG incluir los tiempos de revisión de la tutoría y de la lectoría.)

Entregable	Fecha finalización
Plan de dirección del proyecto	21/02/2022
Informe de documentación existente	01/03/2022
Análisis Apreciación Integrativa Calidad	08/03/2022
Propuesta de gestión de la calidad	30/03/2022
Revisión de la tutoría	06/04/2022
Revisión de la lectoría	05/05/2022
Evaluación	12/05/2022

20. Marco teórico

20.1 Estado de la cuestión

Este proyecto tiene como objetivo general el “Desarrollar el plan de gestión de la calidad para el Servicio de Neurocirugía del Hospital México que tome como base la construcción de una cultura conciente y comprometida con la calidad y la sostenibilidad, la satisfacción de sus usuarios y colaboradores, así como de mejora continua del servicio para lograr un impacto positivo en los indicadores de este departamento.” En esta Acta se describirán los conceptos y las características que tiene la calidad en el ámbito de los servicios de salud y de atención de los usuarios. Además, se presentarán casos en los que servicios de neurocirugía del mundo han desarrollado planes exitosos para gestionar la calidad y su impacto en los indicadores de la misma. Es necesario indicar que este servicio tiene cuatro aspectos en los que debe asegurarse la calidad y que son: la docencia, la investigación, la administración y la atención de los usuarios (pacientes).

En la actualidad este Servicio de Neurocirugía no cuenta con un plan para gestionar la calidad y esta es una de las prioridades que su jefatura tiene para el año 2022. Es por ello que se plantea este proyecto que además espera ser la base para lograr una certificación de calidad para este departamento.

La calidad es parte de la humanidad, sólo que no se le conocía como hoy en día, ni tampoco se evaluaba con los métodos y herramientas disponibles. La calidad era parte de los acuerdos establecidos en los intercambios comerciales y para cumplir con ella existía el crédito a la palabra; era un compromiso, entre caballeros, entre proveedores y clientes. Si bien se estableció en la época del trabajo artesanal donde se pretendía ofrecer a los compradores siempre la mejor calidad en la mercancía fue hasta el Siglo XVIII cuando ésta tomó el matiz formal con el que la conocemos hoy en día, particularmente con el auge en los negocios y en los bienes que se producían a gran escala, en la época de la revolución industrial (Robledo-Galván H. et al, 2012). Sin embargo, indican los mismos autores que no es hasta la época de los 80s que cobra importancia relevante en materia de salud. En ese momento el Dr. Avedis Donabedian fue pionero y se ocupó de estudiar y medir la calidad en los servicios de salud en Estados Unidos y casi de manera paralela el Dr. Enrique Ruelas Barajas lo hace en el Instituto Nacional de Salud Pública de México.

De acuerdo con la OMS (2020), la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades.

En los últimos decenios se han descrito diferentes elementos de la calidad. Actualmente hay un consenso evidente en cuanto a los servicios sanitarios de calidad, que deben ser:

- eficaces: proporcionarán servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten;
- seguros: evitarán lesionar a las personas a las que dispensen atención;
- centrados en la persona: dispensarán atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona;
- oportunos: reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la

prestan;

- equitativos: dispensarán una atención cuya calidad no variará por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política;
- integrados: dispensarán una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida.
- eficientes: maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y evitarán el despilfarro.

Según Ramírez (2011), en el ámbito de la salud se habla con mucha frecuencia de los costos de la no calidad, sus implicaciones sobre la eficiencia de las instituciones y la sociedad. Nos indica que las fallas en la calidad de la atención generan altos costos en el orden de miles de millones de dólares. En los países subdesarrollados se suma a los errores médicos, la extrema limitación de recursos, los altos costos de los errores cometidos y en muchos casos la falta de voluntad política. Los estudios de Berwick, Blanton y Roessner consideran que los costos de no calidad podrían aproximarse al 40 o 50 % de la facturación en salud. En toda organización siempre estarán presente los costos de la calidad y de la mala calidad. Los costos de la mala calidad primero deben ser identificados, y luego convertirlos en una oportunidad de mejora, es decir reducir hasta eliminar las causas que lo producen. Toda mejora de la calidad debe ser vista desde un punto de vista operativo -financiero, es decir que luego de encontrarse las causas que originaban los costos de la mala calidad, se haga una inversión de tal manera que el saldo sea favorable.

Donabedian define la calidad en salud como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma. De acuerdo con Donabedian, la calidad es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor de este. (Ramírez, 2011)

La OMS (2020) indica datos importantes con respecto a la calidad en los servicios de salud entre los que podemos citar:

Cada año se atribuyen entre 5,7 y 8,4 millones de muertes a la atención de calidad deficiente en los países de ingresos bajos y medianos, lo que representa hasta el 15% de las muertes en esos países.

El 60% de las muertes en los países de ingresos bajos y medianos por afecciones que requieren atención sanitaria son imputables a la atención de calidad deficiente, mientras que las muertes restantes son consecuencia de que no se utilice el sistema de salud.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible subrayan que la calidad es un elemento clave de la cobertura sanitaria universal. La meta 3.8 de los ODS insta a los países a lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, y el acceso a servicios de salud

esenciales de calidad.

El costo para una organización de un sistema de gestión de la calidad se debe de considerar como una inversión, y no como solamente un gasto. Es una forma de producir más y mejor, con menores gastos.

Referencias

OMS. (2020). *Servicios Sanitarios de Calidad*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services> el 19 de noviembre de 2021.

Ramírez S. (2011). *Los costos de la no calidad en los servicios de salud*. Salud en Tabasco, 17(3),47-48.[fecha de Consulta 23 de Noviembre de 2021]. ISSN: 1405-2091. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48722325001>

Robledo-Galván H, Meljem-Moctezuma J, Fajardo-Dolci G, et al. *De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud*. Rev CONAMED. 2012;17(4):172-175. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57702>

20.2 Marco conceptual básico

Listado de los conceptos básicos que se van a incluir en el marco conceptual: Marco institucional, teoría de administración de Proyectos, Proyecto, Ciclo de Vida de un Proyecto, Procesos en la Administración de Proyectos, áreas del Conocimiento de la Administración de Proyectos, Gestión de la Calidad, calidad en servicios de salud, servicios de salud, economía circular, sostenibilidad.

21. Marco metodológico

Objetivo	Nombre del entregable	Fuentes de información	Método de investigación	Herramientas	Restricciones

Desarrollar un plan integral del proyecto utilizando las herramientas de la administración de proyectos para que guíe la ejecución y supervisión oportuna del proyecto.	Plan de gestión del proyecto de investigación.	Secundarias: Guía del PMBOK, Estándar P5.	Cualitativa Análisis y elaboración del plan.	Análisis del material teórico y de redacción del plan.	El tiempo para elaborar el plan es limitado.
Recopilar y analizar la información que sobre la calidad existe en las organizaciones nacionales e internacionales para elaborar un informe a ser utilizado como entrada del proceso de planificación del plan de gestión de la calidad.	Informe de documentos sobre calidad existentes en el departamento	Primaria: entrevistas a profesionales que trabajan en el servicio. Secundarias: documentos administrativos del servicio, informes de la institución.	Cualitativa. Análisis de la documentación escrita y verbal recopilada.	Entrevistas semi estructuradas. Visitas al hospital para consultar documentos	El tiempo disponible de los profesionales es limitado.
Realizar un análisis de Investigación Apreciativa enfocado en	Reporte de Análisis de Investigación Apreciativa	Primaria: sesiones focalizadas con interesados clave.	Cualitativa Análisis de los resultados de las sesiones	Grupos focales Reuniones con personas clave	Tiempo limitado disponible por parte de las personas

la calidad y elaborar un informe de base que será utilizado en el proceso de planificación del plan de gestión de la calidad.		Secundaria: documentos de calidad del servicio.	focales.		clave.
Elaborar un plan de gestión de la calidad del Servicio de Neurocirugía para lograr un impacto positivo en los indicadores de las actividades de docencia, investigación, administración y la atención de los usuarios; así como del cumplimiento de los objetivos de sostenibilidad.	Plan de gestión de la calidad	Primaria: informe de documentos del servicio, reporte de análisis FODA, Guía del PMBOK, Estándar P5. Secundaria: Jefatura del Servicio de Neurocirugía.	Cualitativa. Análisis y elaboración del plan.	Análisis del material teórico y de los reportes para la redacción de plan.	El plan sólo incluirá aspectos de calidad específicos para el servicio de neurocirugía.

22. Validación del trabajo en el campo del desarrollo regenerativo o sostenible

Este proyecto permitirá el cumplimiento del Objetivo para el Desarrollo Sostenible No 3, denominado Salud y Bienestar que facilita el garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible.

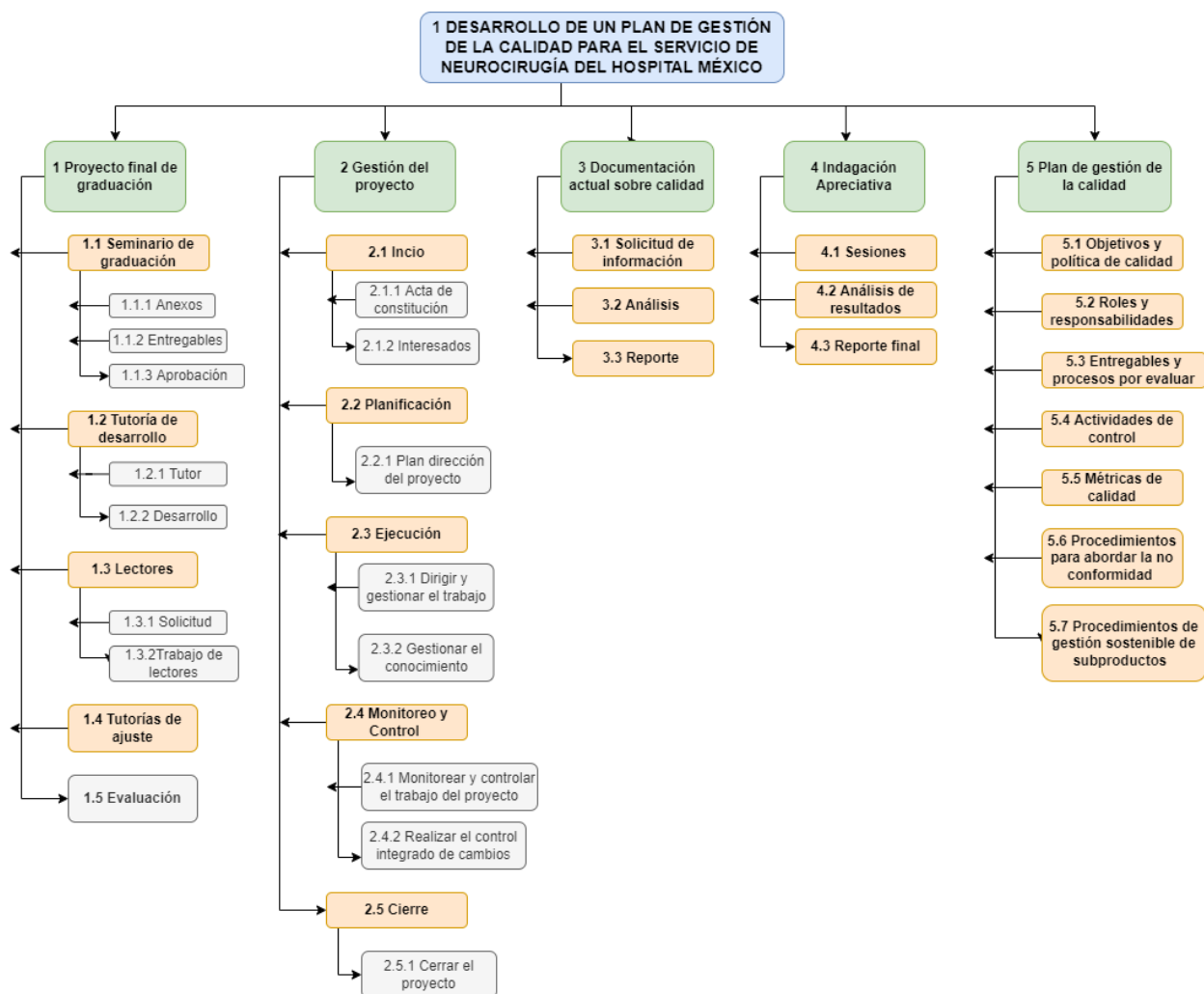
Este ODS tiene nueve metas y es en la 3.8 que indica lo siguiente: Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos. Así mismo este servicio puede lograr un impacto en la meta 3(c) por medio de su labor docente en la formación de especialistas.

De manera que una vez que se cuente con un plan de gestión de la calidad y que se logre su implementación eficiente, se logrará que los usuarios de este departamento reciban una atención de alta calidad.

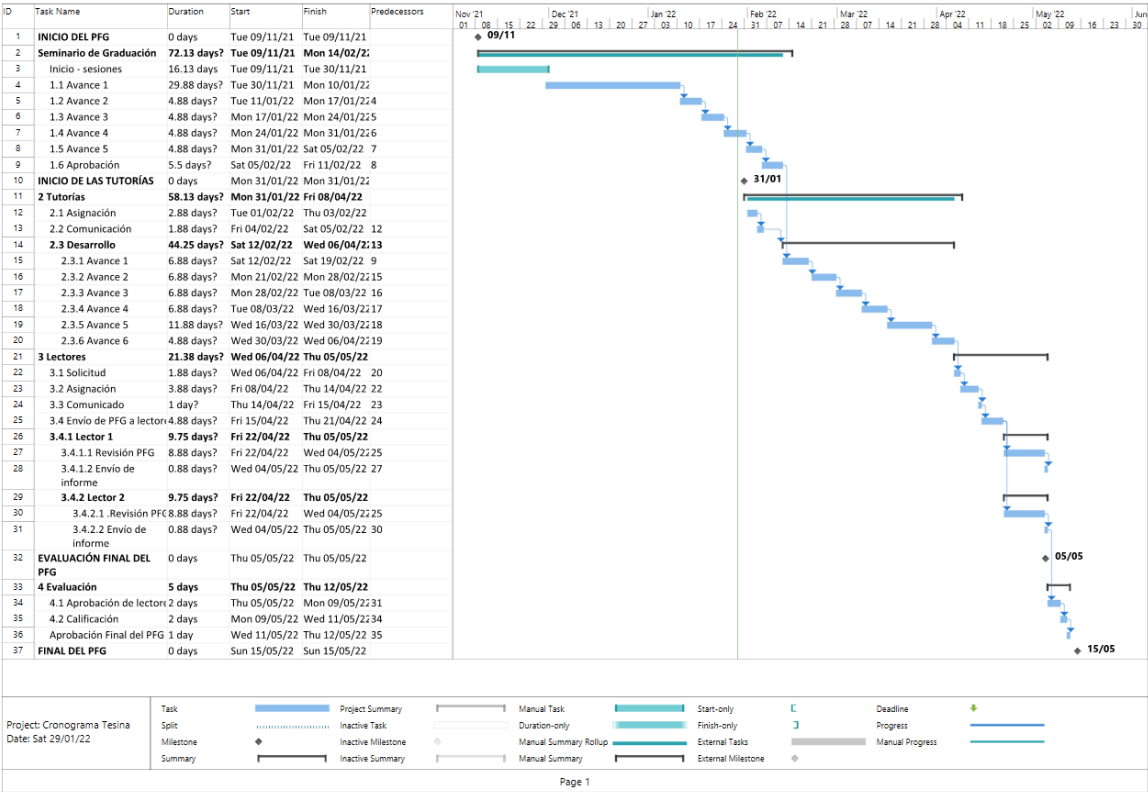
Para verificar el cumplimiento de este ODS se estarán evaluando los indicadores de calidad que se establezcan en el plan. Se plantean inicialmente:

- Número de fallecimientos por infecciones intrahospitalarias.
- % de disminución en las listas de espera por cirugías.
- Además, se está pensado en el desarrollo de acciones que permitan el desarrollo de actividades de economía circular con los subproductos de los procesos como por ejemplo las bolsas plásticas de los sueros parenterales.

Anexo 2: EDT del Proyecto Desarrollo de un Plan de Gestión de la Calidad para el Servicio de Neurocirugía del Hospital México.



Anexo 3: CRONOGRAMA del PFG



Anexo 4: Investigación Preliminar

2 MARCO TEÓRICO

Este proyecto de investigación se desarrolla en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México, que a la vez forma parte del sistema de hospitales de tercer nivel de la Caja Costarricense de Seguridad Social de Costa Rica. Este hospital se encuentra ubicado en la provincia de San José y distrito de La Uruca.

2.1 Marco institucional.

2.1.1 Antecedentes de la institución.

La CCSS se crea como una institución semiautónoma el 1 de noviembre de 1941 mediante la Ley No 17 la cual fue promulgada durante la administración del Dr. Rafael Angel Calderón Guardia.

2.1.2 Misión y visión.

Según CCSS (2021) la misión y la visión de la institución son las siguientes:

Misión: Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense, mediante:

El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la CCSS: Universalidad, Solidaridad, Unidad, Igualdad, Obligatoriedad, Equidad y Subsidiaridad.

El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el trabajo en los funcionarios de la Institución.

La orientación de los servicios a la satisfacción de los clientes.

La capacitación continua y la motivación de los funcionarios.

La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios.

El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación.

La promoción de la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión administrativa.

Visión: Seremos una Institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y prestaciones sociales en respuesta a los problemas y necesidades de la población, con servicios oportunos, de calidad y en armonía con el ambiente humano. (CCSS, 2021)

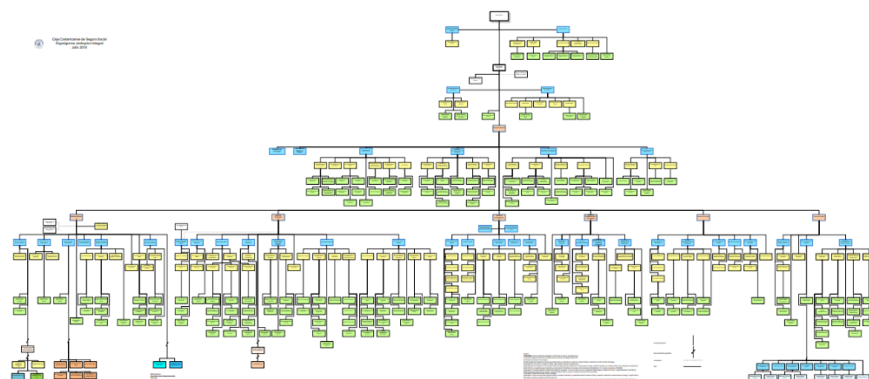
2.1.3 Estructura organizativa.

Esta institución cuenta con una estructura organizacional de alta complejidad y de tipo funcional que se puede observar en la siguiente figura que contiene el organigrama de esta.

Como se puede observar en este organigrama la institución tiene una estructura funcional y el Hospital México forma parte de la Gerencia Médica, que cuenta con una Dirección de Red de Servicios de Salud, que a su vez cuenta con una Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud a la cual pertenecen los hospitales Clase A.

Figura 1

Organigrama de la Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica



Fuente: CCSS (2021).

2.1.4 Productos que ofrece.

Según CCSS (2021), esta institución otorga servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales para contar con una población integralmente sana y trabajadores con expectativas reales y efectivas de pensión, con cobertura a sus familias.

Evans, T. (2010) relata en un artículo publicado en celebración del cuadragésimo aniversario del Hospital México, el impacto que tiene el nacimiento de una nueva especialidad en el país; la Neurocirugía. Es en marzo de 1969 con la inauguración del Hospital México que se crea el primer Servicio de Neurocirugía y se inicia la atención de pacientes con diversas enfermedades asociadas al sistema nervioso central. Este servicio va evolucionando con el pasar de los años e incorpora nuevas tecnologías, crea su propia Unidad de Terapia Intensiva, el empleo de Neuronavegación, Neuroncología y un excelente servicio de Oncología.

En Neurocirugía y múltiples especialidades siempre se demostró el sacrificio, la dedicación y respeto por el paciente angustiado, con una trayectoria honorable, y honrada, amando y celosamente manteniendo los principios de la Seguridad Social. La atención desde su apertura es las veinticuatro horas del día. Tres templos mantienen firme el Hospital México: la Biblioteca Médica como el acervo intelectual y académico. la Sala de Operaciones, donde se realizan el acto quirúrgico, y la Capilla, Templo de Dios. (Evans, 2010)

De acuerdo con Gardella (2011), la demanda de atención en los servicios de neurocirugía provoca los siguientes efectos:

- a) Un incremento de los costos en referencia y en desmedro de la partida presupuestaria asignada.
- b) Conflicto de intereses inter-servicios del mismo hospital en la puja por recursos.
- c) Freno del acceso a quirófano, con rémora y con efecto de disminución de gastos hospitalarios.

d) Sobrecarga de turnos de consultorios externos, baja del giro cama, incremento de la lista de espera quirúrgica, transferencia a condición de urgencia de cirugías programadas, incremento del promedio de permanencia y del porcentaje ocupacional.

e) El nivel de conflicto se asocia a incremento del ausentismo, del riesgo de accidentes y de la litigiosidad.

Estos efectos se observan hoy en día en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México. El Dr. Miguel Esquivel Miranda (M. Esquivel, comunicación personal, 1 de diciembre del 2021) como director y líder de este departamento indica que el establecimiento de los objetivos estratégicos y el uso de herramientas para su cumplimiento es necesario para gestionar la calidad de la atención del usuario, de sus familias y de los colaboradores de éste. Además, menciona la necesidad de crear espacios que permitan la rehabilitación adecuada de los pacientes en su post operatorio, del desarrollo de programas para que las familias se adapten positivamente y a la necesidad de que todos los profesionales involucrados en los procesos del servicio vean en la calidad de su trabajo el mayor de los aportes que pueden brindar.

2.2 Gestión de la calidad.

La Guía del PMBOK (2017) indica que la gestión de la calidad permite incluir la incorporación de la política de calidad de la organización en cuanto a la planificación, gestión y control de los requisitos del proyecto y el producto con el propósito de satisfacer a los interesados. Los procesos de la gestión de la calidad son los siguientes:

Planificar la gestión de la calidad.

Gestionar la calidad.

Controlar la calidad.

Así mismo la Guía del PMBOK (2017), establece que el plan de gestión de la calidad es una de las salidas del proceso planificar la gestión de la calidad. Este documento se convierte

en parte del plan para la dirección del proyecto y describe cómo se implementarán las políticas, procedimientos y pautas que permitan alcanzar los objetivos de calidad.

Según Lledó, P. (2017) la gestión de la calidad implica que el proyecto debe satisfacer las necesidades por las cuales se ha emprendido. Para ello se deben convertir las necesidades de los interesados en requisitos del proyecto con el fin de producir el producto o servicio que cubra las necesidades reales. Además, es necesario priorizar la prevención antes que la inspección y lograr la mejora continua.

2.2.1 La calidad en los servicios de salud.

La calidad es parte de la humanidad, sólo que no se le conocía como hoy en día, ni tampoco se evaluaba con los métodos y herramientas disponibles. La calidad era parte de los acuerdos establecidos en los intercambios comerciales y para cumplir con ella existía el crédito a la palabra; era un compromiso, entre caballeros, entre proveedores y clientes. Si bien se estableció en la época del trabajo artesanal donde se pretendía ofrecer a los compradores siempre la mejor calidad en la mercancía fue hasta el Siglo XVIII cuando ésta tomó el matiz formal con el que la conocemos hoy en día, particularmente con el auge en los negocios y en los bienes que se producían a gran escala, en la época de la revolución industrial. (Robledo-Galván H. et al, 2012) Sin embargo, indican los mismos autores que no es hasta la época de los 80s que cobra importancia relevante en materia de salud. En ese momento el Dr. Avedis Donabedian fue pionero y se ocupó de estudiar y medir la calidad en los servicios de salud en Estados Unidos y casi de manera paralela el Dr. Enrique Ruelas Barajas lo hace en el Instituto Nacional de Salud Pública de México.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, OMS (2020), la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la

atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades.

En los últimos decenios se han descrito diferentes elementos de la calidad. Actualmente hay un consenso evidente en cuanto a los servicios sanitarios de calidad, que deben ser:

Eficaces: proporcionarán servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten;

Seguros: evitarán lesionar a las personas a las que dispensen atención;

Centrados en la persona: dispensarán atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona;

Oportunos: reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan;

Equitativos: dispensarán una atención cuya calidad no variará por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política;

Integrados: dispensarán una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida.

Eficientes: maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y evitarán el despilfarro.

Según Ramírez (2011), en el ámbito de la salud se habla con mucha frecuencia de los costos de la no calidad, sus implicaciones sobre la eficiencia de las instituciones y la sociedad. Nos indica que las fallas en la calidad de la atención generan altos costos en el orden de miles de millones de dólares. En los países subdesarrollados se suma a los errores médicos, la

extrema limitación de recursos, los altos costos de los errores cometidos y en muchos casos la falta de voluntad política. Los estudios de Berwick, Blanton y Roessner consideran que los costos de no calidad podrían aproximarse al 40 o 50 % de la facturación en salud. En toda organización siempre estarán presente los costos de la calidad y de la mala calidad. Los costos de la mala calidad primero deben ser identificados, y luego convertirlos en una oportunidad de mejora, es decir reducir hasta eliminar las causas que lo producen. Toda mejora de la calidad debe ser vista desde un punto de vista operativo - financiero, es decir que luego de encontrarse las causas que originaban los costos de la mala calidad, se haga una inversión de tal manera que el saldo sea favorable.

Donabedian define la calidad en salud como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma. De acuerdo con Donabedian, la calidad es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor de este. (Ramírez, 2011)

En la Europa del siglo XXI y concretamente en Andalucía, Cordero (2017) define la calidad de la asistencia sanitaria en un valor muy apreciado por todos aquellos que forman parte de la propia sanidad, incluyendo pacientes, profesionales y las organizaciones encargadas de su desempeño (tanto públicas como privadas). Por este motivo se han desarrollado múltiples sistemas de medición de esta, orientados a una mejora continua. Quizás el mejor de estos métodos consiste en la medición del nivel de calidad desde el punto de vista

de aquellos que reciben el servicio de manera directa, en lo que se conoce como Calidad Percibida, y siempre medido desde un punto de vista objetivo.

Los objetivos de este grupo de investigación en Andalucía fueron: 1) evaluar la percepción de diferentes aspectos de la calidad entre los usuarios de los servicios públicos de neurocirugía andaluces; 2) determinar en función del género y de la edad si existen diferencias en dichas percepciones; 3) analizar si existen diferencias en la calidad percibida entre los servicios públicos de neurocirugía andaluces en función de la provincia.

La OMS (2020) indica datos importantes con respecto a la calidad en los servicios de salud entre los que podemos citar:

Cada año se atribuyen entre 5,7 y 8,4 millones de muertes a la atención de calidad deficiente en los países de ingresos bajos y medianos, lo que representa hasta el 15% de las muertes en esos países.

El 60% de las muertes en los países de ingresos bajos y medianos por afecciones que requieren atención sanitaria son imputables a la atención de calidad deficiente, mientras que las muertes restantes son consecuencia de que no se utilice el sistema de salud.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible subrayan que la calidad es un elemento clave de la cobertura sanitaria universal. La meta 3.8 de los ODS insta a los países a lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, y el acceso a servicios de salud esenciales de calidad.

En Latinoamérica hemos encontrado diversos proyectos de investigación en materia de calidad en los servicios de salud. Acevedo (2020), indica que la calidad en la atención se concibe en dos dimensiones: la técnica enmarcada en la seguridad del paciente lo que se traduce en una disminución de los eventos adversos mediante la mitigación de los riesgos que se pueden presentar durante el proceso de atención y la interpersonal mediante la humanización de los servicios que se refleja en el aumento en la satisfacción del usuario y su

familia. Es por esto por lo que lograr una atención con calidad implica un proceso de cambio cultural, de manera que la prestación de servicios humanizados, seguros y con calidad se conviertan en una práctica diaria.

Es la misma Acevedo (2020) en su estudio sobre la prestación de servicios en salud de alta complejidad realizado en Colombia, que define la seguridad como fundamental para prestar servicios de calidad y que para que estos servicios sean efectivos deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente. Para lograr esta eficiencia nos detalla la necesidad de contar con capacidades de liderazgo, datos para impulsar las mejoras, contar con profesionales sanitarios cualificados y la participación efectiva de las familias para lograr una atención exitosa del usuario.

En el caso del estudio realizado en Lima -Perú por el grupo encabezado por la Dra. Isabel Robles y que se centra en la satisfacción del cliente de la consulta externa de neurocirugía. Indica Robles (2016), que la satisfacción del usuario externo es el grado por el cual el paciente considera que el servicio de salud ha sido ejecutado por el proveedor de salud, y lo califica como útil, efectivo o que trae beneficio a su salud. Mensurar el grado de satisfacción del usuario externo neurológico cumple una función importante en la atención médica. Se trata de un juicio sobre la calidad de la atención, que incorpora las expectativas y percepciones del usuario externo. La satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de servicios, no obstante, resulta difícil evaluarla; los métodos y las medidas para la recolección de datos suelen influir en las respuestas del usuario. Como se mencionó anteriormente, la mayoría de los usuarios afirman estar satisfechos, independientemente de la calidad real. La satisfacción del usuario externo asegura que cumpla su tratamiento, y lo alienta para lograr su mejoría.

Los resultados de Robles (2016), indican que la satisfacción global fue 19,4 % (61), esto involucra a los niveles muy satisfecho y satisfecho. La insatisfacción global fue 80,6 % (253),

que incluye a insatisfecho leve y moderado. Los usuarios externos mostraron un alto grado de insatisfacción debido a diferentes factores biológicos, ambientales, sociales, culturales, trato, tiempo de espera, demora en la atención, etc. Por lo tanto, es conveniente y oportuno identificar estos factores para elaborar acciones de mejora en la calidad de atención.

En Andalucía Cordero (2017), identificó un grado de satisfacción aceptable percibida por los usuarios de un 70% aunque algunas variables, sobre todo referidas a información a familiares, servicios de prevención o revisión obtienen puntuaciones donde apenas llega al 40% de aceptación. Así mismo no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos a la hora de evaluar la calidad de los servicios.

Como se puede observar al comparar los estudios citados hay grandes diferencias en la percepción de satisfacción al respecto de la calidad de los servicios que se prestan en el área de neurocirugía. En lo que si confluyen es en la necesidad de evaluar la accesibilidad a los servicios, que sean oportunos, seguros, pertinentes y continuos.

El costo para una organización de un sistema de gestión de la calidad se debe de considerar como una inversión, y no como solamente un gasto. Es una forma de producir más y mejor con menores gastos.

2.2.2 El aseguramiento de la calidad en la CCSS.

En el capítulo V del documento denominado Metamorfosis (CCSS, 2016), se indica que es la Gerencia de Logística la encargada de proponer un Plan para el Aseguramiento de la Calidad a favor de una organización eficiente que funcione con una visión de servicio y que a su vez provoque un cambio hacia una cultura organizacional basada en los principios del servicio al cliente.

En este enfoque hacia las personas la gerencia requiere de un sistema de evaluación con indicadores claros, que le permita conocer el avance, las posibles desviaciones del trabajo asignado, el monitoreo del cumplimiento de las metas propuestas; todo esto sobre la base de

una verdad incuestionable: lo que no se mide, no se controla, y lo que no se controla, no se mejora. Se han realizado actividades y talleres de sensibilización y negociación con los responsables de cada etapa del proceso, con el propósito de obtener un documento validado y respaldado por ellos. La gerencia tiene identificados varios retos importantes: optimizar el talento humano; ser eficientes y oportunos; brindar un servicio con enfoque de servicio al cliente, centrado en las personas; brindar calidad del servicio; utilizar soluciones de tecnología integrales para la cadena de abastecimiento; revisar el modelo de compras públicas; acercarse a los usuarios, para conocer sus necesidades. (CCSS, 2016)

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico por sus siglas OECD, en su estudio sobre los servicios de salud en Costa Rica establece que la calidad y los resultados no se están monitoreando de forma consistente. Se indica que un volumen significativo de datos se recolecta de manera rutinaria alrededor de los servicios de la CCSS, pero estos guardan poca relación con la calidad o los resultados. La CCSS ha publicado evaluaciones sobre su provisión de servicios en el 2013 y el 2014, refiriéndose a unos treinta indicadores tales como acceso, calidad y eficiencia, tanto en el primer nivel de atención como del segundo nivel de atención, pero la mayoría de los indicadores se refieren a insumos y actividades; muy poco o nada sobre resultados. La CCSS llevó a cabo una encuesta de satisfacción del paciente en 2012/13, la cual muestra resultados alentadores. Se evaluaron varias dimensiones de satisfacción (como la calidad del ambiente físico, la puntualidad y la empatía del personal) pero el tamaño del muestreo era muy pequeño –sólo 120 internados por hospital. El 86% de los pacientes se mostraron satisfechos con los servicios de internamiento, y el 83% con los servicios de consulta externa. La encuesta se repitió en 2015, capturando más pacientes y extendiéndose al primer nivel de atención; los resultados no están aún disponibles por escrito. (OECD, 2017)

Con respecto a las políticas de mejora de la calidad, el informe de la OECD (2017) refiere que el alcance de los programas en esta materia es muy restringido. El programa, manejado por el Ministerio de Salud y que aplica a la CCSS, así como a las instalaciones privadas, se enfoca en acreditar a los proveedores de servicios de salud. Pero la acreditación es de nivel básico, y esencialmente se limita a la verificación de que las instalaciones cumplen con los requisitos mínimos relativos a niveles de personal, equipo y documentación. Entre las principales falencias que se presentan actualmente se anota que la seguridad del paciente no se aborda correctamente. La CCSS sí dispone de un sistema para monitorear, responder y prevenir las infecciones adquiridas en los hospitales. Mas no existe un sistema nacional de monitoreo y aprendizaje para otros eventos adversos. Así mismo, Se emiten varios estándares mínimos de servicio y lineamientos clínicos, tanto por parte del Ministerio de Salud y de la CCSS, en un proceso de colaboración que involucra al personal clínico, técnico y administrativo en cada nivel de servicio de ambas instituciones. Se están tomando medidas para manejar las brechas reconocidas en el monitoreo de la calidad y la arquitectura de las mejoras en Costa Rica. El Plan Nacional de Salud 2015-2018 del Ministerio ha establecido un programa de calidad de los servicios de salud que se enfoca en una implementación más amplia del sistema de información EDUS (ver Recuadro 4) y en la reducción de los tiempos de espera. (OECD, 2017)

Este reporte que presenta la OECD permite establecer la necesidad de crear una nueva forma de gestionar la calidad en la institución de manera que se logre determinar el impacto en los indicadores de calidad con base en la satisfacción del usuario y no sólo con respecto a los insumos y actividades.

Referencias

Acevedo, M. y Alzate, Y. (2020). *Identificación del cumplimiento en los requisitos de las condiciones básicas para la prestación de los servicios de hospitalización oncológica,*

- neurocirugía, cirugía de tórax, cirugía oncológica y cirugía cardiovascular en una IPS de Medellín en el año 2020, a partir de un proceso de autoevaluación integrando normas de calidad.* Universidad de Antioquía, Facultad de Salud Pública. Recuperado el 15 de diciembre de 2021 desde <http://hdl.handle.net/10495/16370>
- CCSS. (2021). *Cultura Organizacional. Caja Costarricense de Seguro Social.* Recuperado el 12 de diciembre de 2021 desde <https://www.ccss.sa.cr/cultura-organizacional>.
- CCSS. (2016). *Metamorfosis 2041: Hacia una CCSS Centenaria.* Caja Costarricense de Seguro Social. Recuperado el 14 de diciembre de 2021 desde <https://www.binasss.sa.cr/metamorfosispdf.pdf>
- Evans, T. (2010). *Hospital México en su Cuadragésimo Aniversario, la importancia del Servicio de Neurocirugía.* Neuroeje, 2009, Vol. 23. No 1.
- Cordero, N. et al. (2017). *Comparación por provincias de la calidad percibida por los usuarios de los Servicios de Neurocirugía de Andalucía.* Actualidad Médica. Recuperado el 12 de diciembre desde <https://www.actualidadmedica.es/wp-content/uploads/800/sup01/or04.pdf>
- Gardella, J. (2011). *Tablero de Gestión de Unidades Operativas de Neurocirugía.* Revista Argentina Neurocirugía 2011; 25: 187.
- Lledó, P. (2017). *Administración de Proyectos: El ABC para un director de proyectos exitoso.* USA.
- OECD. (2017). *Estudios de la OECD sobre los Sistemas de Salud Costa Rica, Evaluación y Recomendaciones.* Recuperado el 15 de diciembre de 2021 desde https://www.oecd.org/els/health-systems/Estudios-OCDE-sobre-los-Sistemas-de-Salud_Costa-Rica_Evaluaci%C3%B3n-y-Recomendaciones.pdf

- OMS. (2020). *Servicios Sanitarios de Calidad*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 19 de noviembre de 2021. de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- PMI. (2017). *La Guía de los Fundamentos para la Dirección de Proyectos* (Guía del PMBOK). Project Management Institute, Inc.
- Ramírez S. (2011). *Los Costos de la no Calidad en los Servicios de Salud*. Salud en Tabasco, 17(3),47-48. [fecha de Consulta 23 de noviembre de 2021]. ISSN: 1405-2091. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48722325001>
- Robledo-Galván H, Meljem-Moctezuma J, Fajardo-Dolci G, et al. *De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud*. Rev CONAMED. 2012;17(4):172-175. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57702>
- Robles, I. et al. (2016). *Satisfacción del usuario externo de neurocirugía del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima – Perú*. Horizonte Médico. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n3.09>