



Gerencia Aplicada

Gerencia Aplicada

••••

Gerencia Aplicada / María Margarita García / Bogotá D.C., Fundación
Universitaria del Área Andina. 2017

978-958-8953-86-1

Catalogación en la fuente Fundación Universitaria del Área Andina (Bogotá).

© 2017. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
© 2017, PROGRAMA ENFERMERÍA
© 2017, MARÍA MARGARITA GARCÍA

Edición:

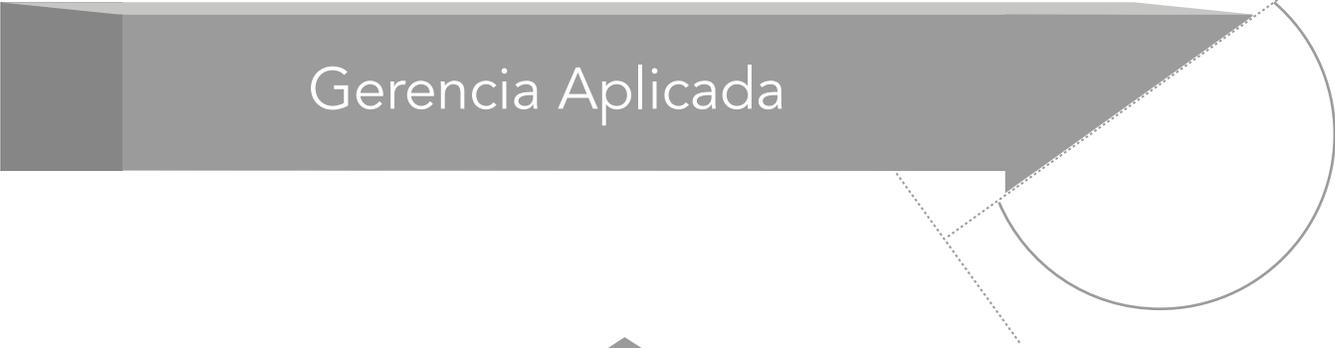
Fondo editorial Areandino
Fundación Universitaria del Área Andina
Calle 71 11-14, Bogotá D.C., Colombia
Tel.: (57-1) 7 42 19 64 ext. 1228
E-mail: publicaciones@areandina.edu.co
<http://www.areandina.edu.co>

Primera edición: octubre de 2017

Corrección de estilo, diagramación y edición: Dirección Nacional de Operaciones virtuales
Diseño y compilación electrónica: Dirección Nacional de Investigación

Hecho en Colombia
Made in Colombia

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra
y su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método sin autorización escrita de la
Fundación Universitaria del Área Andina y sus autores.



Gerencia Aplicada



Gerencia Aplicada





Índice

UNIDAD 1 Concepto de calidad, calidad total y calidad total en salud

Introducción	7
Metodología	8
Desarrollo temático	9

UNIDAD 1 Mejoramiento continuo de la calidad

Introducción	20
Metodología	21
Desarrollo temático	22

UNIDAD 2 Ciclo de DEMING – PHVA (planear, hacer, verificar, actuar)

Introducción	29
Metodología	30
Desarrollo temático	31

UNIDAD 2 Ciclo de DEMING – PHVA (planear, hacer, verificar, actuar)

Introducción	39
Metodología	40
Desarrollo temático	41



UNIDAD 3 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: Sistema de Acreditación

Introducción	49
Metodología	50
Desarrollo temático	51

UNIDAD 3 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: Sistema de Acreditación

Introducción	69
Metodología	70
Desarrollo temático	71

UNIDAD 4 Instrumentos de control

Introducción	81
Metodología	82
Desarrollo temático	83

UNIDAD 4 Indicadores de gestión

Introducción	96
Metodología	97
Desarrollo temático	98

Bibliografía	107
--------------	-----



Concepto de calidad, calidad total y calidad total en salud



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Autor:
Maria Margarita García

Introducción

En este módulo nos internaremos en el fascinante mundo de la calidad centrándonos en el conocimiento, claridad y manejo de los conceptos claves de calidad, calidad total y calidad total en salud, con el fin de que sean ustedes como profesionales de Enfermería, los gestores y garantes de la calidad en la atención a sus pacientes.

Como es conocido por todos, la economía mundial vive un cambio sin precedentes, en la historia de la humanidad, en donde la competitividad hace que se mejoren cada día más los productos y servicios; es así como en los últimos años se ha registrado un avance muy significativo en los conceptos e instrumentos que buscan elevar la calidad.

La importancia de la calidad, en este contexto, como objetivo de supervivencia en los negocios, es incuestionable, pues representa cambios motivados por una serie de factores, destacándose entre ellos la globalización de la economía, mercados competitivos, aumento de las exigencias de clientes, rápidos cambios tecnológicos y mejores márgenes para productos y servicios (Valdés, 2005).

Teniendo como base dicha importancia, vemos que el campo de la salud no se escapa de esta realidad, haciendo que se enfatice en el mejoramiento continuo en la atención a nuestros usuarios, siendo este el fin último de nuestro trabajo y acción.

Acorde con lo anterior, veamos entonces, cuáles son estos conceptos tan importantes para nuestro quehacer profesional.

Metodología

En esta cartilla se van a desarrollar los conceptos clave de calidad, calidad total y calidad total en salud, con el objetivo de hacer claridad en los mismos.

Se debe hacer una lectura consiente y productiva, con el fin de comprender dichos conceptos.

Es importante recordar que la modalidad de educación virtual es un sistema educativo que da la posibilidad de un desarrollo disciplinar y le posibilita alcanzar un conocimiento que requiere del estudiante un alto grado de responsabilidad, compromiso, disciplina y autonomía.

Desarrollo temático

Concepto de calidad

La aplicación de los conceptos de calidad tuvo como origen las necesidades de organizaciones industriales para mejorar la productividad y el disminuir el costo de sus productos, con el fin de ser competitivos en el mercado.

Actualmente los principios de calidad se han extrapolado y adaptado para aplicarse a todo tipo de actividades y organizaciones.

La calidad es un concepto que ha ido cambiando con los años y existe una gran variedad de formas de concebirla en las organizaciones, pero sin lugar a dudas su definición ha estado marcada por la evolución de la misma.

De simples conceptos como:

- Lograr productos y servicios con cero defectos.
- Hacer bien las cosas desde la primera vez.
- Diseñar, producir y entregar un producto de satisfacción total.
- Producir un artículo o un servicio de acuerdo a las normas establecidas.
- Dar respuesta inmediata a las solicitudes de los clientes.

Ha pasado a ser definida por grandes estudio-

so del tema como Armando V. Feigenbaum, para quien la calidad es: “El resultado total de las características del producto o servicio que en sí satisface las esperanzas del cliente”.

Para W. Edwards Deming, la calidad no es otra cosa más que “Una serie de cuestionamientos hacia una mejora continua”.

Para el Dr. J. Jurán; la calidad es “La adecuación para el uso satisfaciendo las necesidades del cliente”.

Kaoru Ishikawa, define a la calidad como: “Desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor”.

Aun así no se puede hablar, en realidad, de momentos claramente determinados en los que la calidad cambia de forma brusca y radical. Se trata más bien de ideas y conceptos que han ido incorporándose a los ya existentes y conviven con ellos, pero que marcan las tendencias seguidas por la mayoría de las empresas en sucesivos periodos, con las lógicas diferencias en tiempo e intensidad.

Acorde a lo anterior debemos preguntarnos ¿Qué ventajas tiene la calidad?, ¿Por qué debemos hacer nuestro trabajo con calidad?

La respuesta es muy sencilla, las ventajas son: mayor retención de clientes o usuarios, menos quejas y reclamos, reducción de costos, aumento de la productividad, mayor participación en el mercado, mayor satisfacción y compromiso de los empleados, ventaja competitiva frente a las demás empresas del sector, adaptación de los procesos de la entidad a los avances tecnológicos, disminuyendo el impacto negativo.

Del mismo modo las instituciones que no pongan en marcha procesos de generación de calidad, por fuerza de las circunstancias, se verán obligadas a enfrentar grandes dificultades o a desaparecer con el tiempo; es decir debemos ser conscientes de la importancia del conocimiento de estas ideas con el fin de poder ponerlas en marcha en nuestras empresas.

No obstante, para lograr poner en marcha dichos procesos es claro que las empresas deben basarse en el conocimiento. Según Peter Drucker la nueva sociedad se caracteriza por que los trabajadores tradicionales ya no son la mayoría en las organizaciones, ahora es necesario basarse en el conocimiento, como único factor de producción, de acuerdo con su teoría, dicho conocimiento pasa por tres etapas: Hacer, Producir y Crear, es decir que el conocimiento se utilizó primero para hacer cosas, luego para producir actividades que satisficieran las necesidades humanas y, finalmente, para, crear, innovar, inventar y hacer la vida del ser humano más agradable y armónica, todo esto teniendo en cuenta los sistemas de calidad (Balderas, 2012).

Entonces si la calidad es una cultura, una filosofía, y una forma de ser y de hacer, conlleva la necesidad de perfeccionar la forma de trabajar. La calidad tiene su principal fuerza motriz en la creación de un valor agregado a la labor personal para satisfacer a los clientes o usuarios.

Con relación a los productos y servicios: el valor es la percepción del cliente sobre el grado en que se satisfacen sus necesidades por parte de la empresa o institución a la cual demanda un producto o servicio.

Sin embargo, hoy para actuar con calidad es indispensable conocer los nuevos enfoques administrativos y actuar en consecuencia. Para conocer debe iniciarse por “aprender de los mejores”, para llevar a feliz término la adquisición de un pleno concepto de calidad.

Finalmente y para concluir este concepto, podemos decir que calidad es: la totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio que se sustenta en su habilidad para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente, y cumplir con las especificaciones con la que fue diseñado.

La calidad debe cumplir con tres objetivos:

1. Buscar de forma activa la satisfacción del cliente, priorizando en sus objetivos la satisfacción de sus necesidades y expectativas (haciéndose eco de nuevas especificaciones para satisfacerlos).
2. Orientar la cultura de la organización dirigiendo los esfuerzos hacia la mejora continua e introduciendo métodos de trabajo que lo faciliten.
3. Motivar a sus empleados para que sean capaces de producir productos o servicios de alta calidad.

Los principios básicos de la calidad

Para gestionar la calidad existen ocho principios básicos que consolidan los pasos como marco para los que los gerentes puedan guiar a sus organizaciones hacia un desempeño exitoso y con calidad. Estos principios son:

- 1. Enfoque al cliente:** las organizaciones dependen de sus clientes o usuarios, por lo tanto deben conocer y comprender las necesidades y expectativas actuales y futuras de sus clientes, satisfacerlas y muchas veces exceder dichas expectativas.

Beneficios: aumento de ingresos y oportunidades de mercado, aumento de la eficacia en el uso de los recursos y aumento de la fidelidad del cliente.

Conduce a: investigar y comprender las necesidades, asegurar que los objetivos de la institución se dirijan hacia la satisfacción del usuario, comunicarlo a toda la organización, medir dicha satisfacción actuando con base en los resultados, y asegurar el equilibrio entre cliente externo e interno, para hacer los planes de mejora continua.

- 2. Liderazgo:** los líderes establecen los lineamientos direccionales, logrando influir sobre las personas positivamente, de modo que estas se esfuercen voluntariamente hacia el logro de las metas del grupo. Incluye la voluntad de trabajar, confianza, intensidad en la ejecución del trabajo y honestidad.

Beneficios: las personas comprenden y están motivadas respecto a las metas de la institución, mejorará la comunicación, y aumentará la alineación, implementación y evaluación de las actividades de forma unificada.

Conduce a: establecer confianza y eliminar temores, establecer una visión clara de las metas de la organización, considerar las necesidades de todos los ámbitos de la empresa: clientes internos, externos, dueños, proveedores, etc., crear y mantener objetivos, políticas, valores y modelos éticos a toda la organización.

- 3. Participación del personal:** del personal se pueden obtener muy buenas ideas, ya que son ellos los que están directamente en las áreas de trabajo y en contacto directo con los clientes o usuarios, utilizando sus habilidades para el bien de la empresa.

Beneficios: motivación, compromiso y participación de toda la organización, responsabilidad de todos frente a su propio desempeño, disposición de todos hacia la mejora continua, innovación y creatividad.

Conduce a: el personal hará suyos los problemas y se identificarán con la solución, evalúen sus propios resultados comparándolos con sus propias metas, comprendan la importancia de su participación en la organización, busquen mejorar competencia y conocimientos.

- 4. Enfoque de procesos:** para mejorar su calidad, la empresa debe subdividirse en varios procesos, los cuales deben tener su propio control, así cada uno funcionará como una “empresa más pequeña”, para mejorar sus propias actividades, contribuyendo a la mejora de toda la institución.

Beneficios: resultados mejorados, predecibles y consistentes, costos más bajos usando eficazmente los recursos, e identificar y priorizar oportunidades de mejora.

Conduce a: definir sistemáticamente las actividades clave y los responsables con el fin de gestionar y obtener los resultados deseados, evaluar los impactos y riesgos de la ejecución de las actividades.

- 5. Enfoque de sistemas:** identificar, comprender y gestionar los procesos interrelacionándolos como eslabones en una cadena o sistema, para el logro de los objetivos.

Beneficios: alineación e integración de los procesos, para lograr los resultados esperados, centralizar esfuerzos para la eficacia de la organización.

Conduce a: comprender la interdependencia de los procesos dentro de la organización, lograr comprensión de las funciones y responsabilidades de cada persona para lograr los objetivos, mejorar continuamente los sistemas mediante medición y evaluación.

- 6. Mejora continua:** progresar de manera continua sin estancarse para alcanzar la calidad, dándole valor agregado a todos los procesos.

Beneficios: ventajas en el desempeño, capacitación continua, excelencia en los procesos.

Conduce a: establecer metas para trazar los puntos de mejora, capacitar y tener instrumentos de mejora, hacer de la mejora de productos, servicios, procesos y sistemas, el objetivo de cada persona dentro de la institución.

- 7. Toma de decisiones basada en hechos:** la toma de decisiones que impacte en la calidad del producto o servicio, debe estar basada en evidencia, datos y análisis de la información.

Beneficios: decisiones informadas mediante hechos reales demostrables.

Conduce a: asegurar que los datos y la información son veraces y confiables, accesibilidad de todos a los mismos, tomar de decisiones y acciones basadas en el análisis de los hechos con métodos científicos válidos, equilibrados con la experiencia.

- 8. Relación beneficiosa con los proveedores:** los clientes no solo se conforman con saber que estamos certificados, sino que quieren que los proveedores también lo estén para garantizar la calidad del producto final y la satisfacción de ellos como usuarios.

Beneficios: flexibilidad de mejorar respuestas conjuntas con los cambios del mercado, optimizar recursos y costos.

Conduce a: relación del gana-gana, comunicación abierta y clara, establecer acciones conjuntas de mejora, crear grupos de expertos, mejora de la calidad en común.

Entonces como hemos visto, la consecución de la calidad no se improvisa, debe tener ciertos pasos que ustedes como gerentes del cuidado de sus pacientes, pueden y deben implementar para el logro de los objetivos de sus áreas de desempeño o de sus instituciones.



Tomado de: http://globedia.com/imagenes/noticias/2010/1/26/329763_1.jpg

Concepto de calidad total
(Total quality management)

“Trabajamos para brindar productos y servicios de buena calidad a un precio razonable, a la vez que creamos un mundo mejor para la humanidad y una vida más feliz para cada uno de nosotros”. Estas palabras de Kaoru Ishikawa, en su “Introduction of Quality Control Circle” (La Introducción al Círculo de Control de Calidad), definen claramente el papel preponderante de la calidad total en el mundo de los negocios o las empresas que ofrecen productos o servicios.

Por consiguiente el concepto de calidad total implica: que todos quienes estén involucrados en los distintos procesos de una institución, sin diferencia de niveles y funciones, persigan el mismo objetivo final, asegurando con ello que se alcancen los requerimientos del cliente, en todos los aspectos. También es una cultura que está caracterizada por incrementar la satisfacción del cliente a través del mejoramiento continuo, en el que todos los empleados participen activamente.

Las consecuencias de esta forma de plantear la calidad total son:

Todas las funciones empresariales deben mejorar continuamente la calidad de su trabajo para que la empresa mantenga su eficiencia. Un proveedor poco eficiente terminará, antes o después, creando problemas a su cliente.

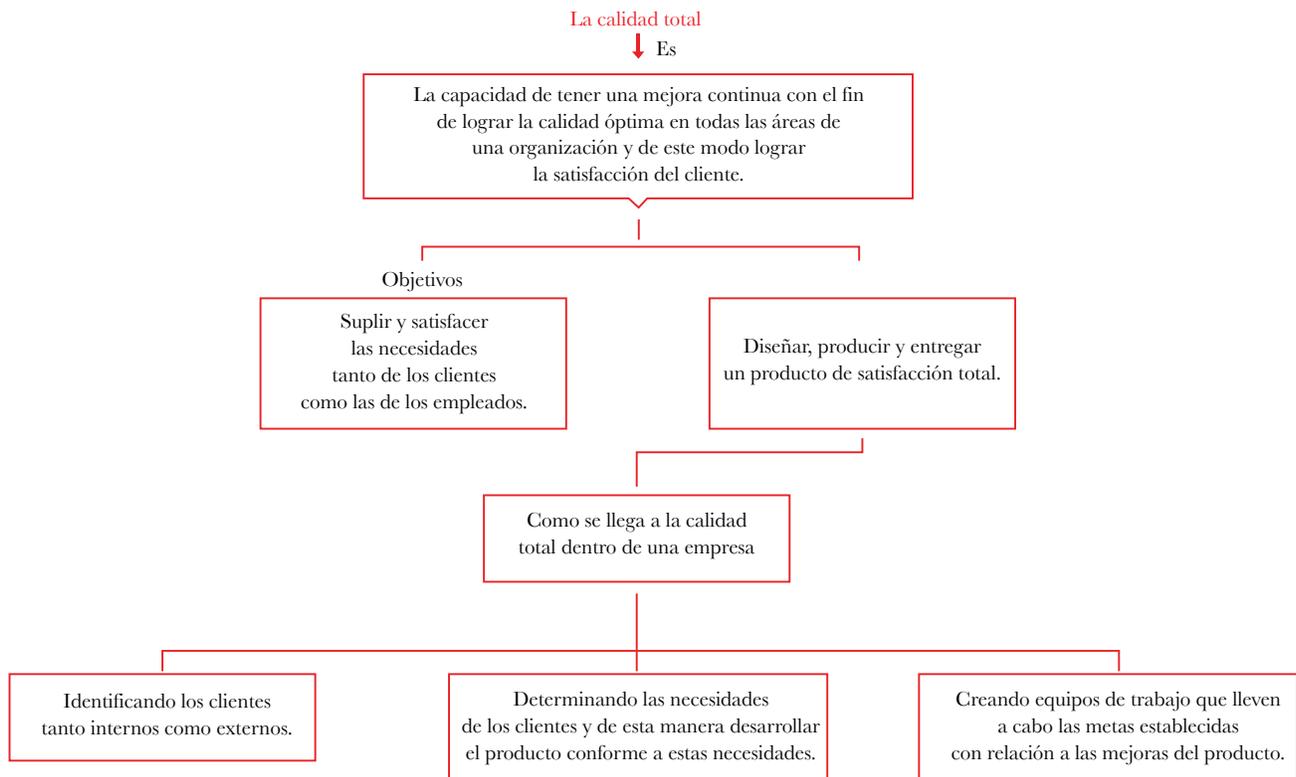
La política de compras basada en el enfrentamiento de muchos proveedores es un error. Es preferible tener pocos proveedores que estén integrados en los planes de la empresa.

Para lograr una participación espontánea y positiva del personal, es necesario establecer una cultura empresarial basada en un gran respeto al ser humano. Este respeto a la persona se evidencia en hechos tales como: tener en cuenta su opinión, darle formación, aceptar sus buenas ideas, etc.

La calidad total es como la define K. Ishikawa: “una filosofía, una cultura, una estrategia, un estilo de gerencia de una empresa según la cual todas las personas en la misma estudian, practican, participan y fomentan la mejora continua de la calidad, no posee unos perfiles definidos que permitan acotarla. De aquí que la calidad total sea entendida y aplicada de muy diferentes formas en distintas empresas y por diferentes asesores especializados”.

Para el Comité de Motivación de la Asociación Española de Círculos de Calidad (1989), la Calidad Total engloba cuatro aspectos:

1. Abarca a todas las actividades de la empresa.
2. Comprende a todos y cada uno de los integrantes de la empresa.
3. Considera al cliente interno como proveedor y cliente al mismo tiempo.
4. Implica la participación y compromiso de los miembros del conjunto de la empresa (Mestanza, 1997).



Tomado de: <http://leandrycc.files.wordpress.com/2010/06/la-calidad-total.jpg>

Concepto de calidad total en salud

Evolución histórica de la calidad en salud

En un principio la calidad estaba regulada por la propia conciencia y por el código deontológico de cada una de las profesiones de la salud.

Florence Nightingale, posterior a la guerra de Crimea (1858), introdujo dos hechos fundamentales, por un lado apoyó la formación de enfermeras y por otro realizó estudio de tasas de mortalidad de los hospitales militares logrando mediante el control del ambiente, disminuir la mortalidad de un 40 % a un 4%.

En 1910 Flexner, evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano.

En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y Codman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales.

En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Comision on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad.

En 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continúa desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: Análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados.

Alrededor de los años sesenta nacen los auditores médicos como método de control interno de la institución, esto con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporó a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro.

La OMS ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM), asimismo la acreditación en hospitales amplía su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad.

En el año 1991 el servicio nacional del reino unido adopta una política formal de calidad y reconoció al PMC como la manera más rentable de ponerla en práctica. El PMC y la TQM se basan en los trabajos de W. Ewards Deming, Joseph Juran, Armand Fiegenbaum y Kaoru Ishikawa (Vidal, 2006).

En Colombia el Instituto de Seguros Sociales, entre 1983 y 1987, empezó a generar marcos teóricos sobre la calidad de los servicios de salud consignados en el documento *Garantía de Calidad de los servicios de Salud, documento básico*.

En 1983, El Instituto de Seguros Sociales realizó estudios de mortalidad para determinar las muertes previsibles. Asimismo se realizaron evaluaciones sobre historias clínicas, y utilización de camas, con el fin de diagnosticar las circunstancias y poner en marcha aspectos de prevención. (Rodríguez, s.f).

La puesta en marcha de los modelos de garantía total y mejoramiento continuo, han generado cambios importantes en el sector salud. Es así como la ley 100 de 1993 y el Decreto reglamentario 2174 de 1996, organizan el sistema de garantía de calidad en salud y ordenan su implantación en las entidades de salud del país (García, 2004).



Tomado de: http://3.bp.blogspot.com/_INFxxQOY3FI/SgtX4YXU-bI/AAAAAAAAABJ8/WsUM5MW2ziw/S254/insumos-medicos-7fae0.jpg

Evolución del concepto de calidad total en salud

Supervisión de la calidad: implica observación sistemática de los procesos en el sitio en donde se ejecutan, es utilizado el cliente incognito, quien finge ser un paciente, para determinar la forma en que es atendido.

Evaluación de la calidad: determina estructura, proceso y resultado, midiendo con metodologías muy complejas que no cambian en nada el resultado inesperado, ejemplo un paciente que fallece de un infarto, mientras se le está estudiando que tipo de infarto fue, pero al que no se le hizo nada para salvarle la vida.

Aseguramiento de la calidad: está basada en la intervención del problema encontrado, es reactiva, pone el proceso en marcha, se corrige, se mejora.

Garantía de la calidad: documenta la característica de la calidad que requiere el servicio de salud y este trabaja para lograr alcanzar las características (requisitos técnicos) diseñados a través de los manuales de calidad, procedimientos, personal, plan de desarrollo institucional y protocolo de servicios, todos con sus estándares de referencia.

Cultura de la calidad: es el replanteamiento de la calidad en términos de cultura, la orientación filosófica de la calidad, que nos lleva al mejoramiento continuo.

La gestión de calidad en el futuro hará un gran énfasis en los indicadores, mediciones y análisis de datos comparativos, que permitan tener bases de datos nacionales, donde los profesionales puedan tener información sobre su desempeño y relacionarlo con el de otros.

El proceso de calidad en el futuro también incluirá la reingeniería, tal como ha sucedido

con la industria. Los hospitales serán sometidos a estos procesos, es decir a repensar sobre su organización y funcionamiento en una actividad más creadora, buscando siempre nuevas formas de hacer las cosas.

El amplio horizonte que tiene la calidad en los servicios de salud permitirá una difusión más extensa de iniciativas de mejoramiento particulares, dando posibilidades a la ampliación del conocimiento sobre la calidad y por lo tanto, elevando sus estándares.

De todo lo anterior se pueden desprender varios conceptos de calidad total en salud, que bien nos pueden servir para esclarecer su significado, a saber:

Es una práctica gerencial de una institución que brinde servicios de salud para el mejoramiento continuo de los resultados en cada área de actividad y en cada uno de los niveles funcionales, utilizando todos los recursos disponibles y al menor costo. El proceso de mejoramiento se orienta hacia la satisfacción completa del usuario, considerándose al recurso humano como el más importante de la organización.

La esencia de la Gestión de calidad total en salud, consiste en involucrar y motivar a todo el personal de las instituciones de salud, para mejorar continuamente los procesos de trabajo por medio de la evaluación de los resultados y el establecimiento de planes de mejora que cumplan o excedan las expectativas de los usuarios (Salud, 2014).

De acuerdo con el Decreto 2174 de noviembre de 1996 es: “El conjunto de instituciones, normas, requisitos, procesos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del sistema general de seguridad social en salud, para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible.

Vemos que todas estas definiciones tienen como común denominador la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, disminuyendo costos, minimizando el riesgo e involucrando a todos los actores de los sistemas de salud.



Tomado de: <http://www.calidadsalud.cl/imgs/logotipocalidad%20municipal.jpg>



Mejoramiento continuo de la calidad



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Autor:
Maria Margarita García

Introducción

En esta cartilla encontraremos el concepto de mejoramiento continuo de la calidad y su aplicabilidad en los servicios de salud, para lograr, siendo gerentes del cuidado de enfermería, ser también garantes de la atención de enfermería con calidad. Lo anterior con el fin de que nuestros pacientes sientan satisfacción real por los cuidados recibidos en las instituciones tanto hospitalarias como ambulatorias, y que la calidad trascienda a todo el quehacer de la institución manteniendo un dinamismo constante, con el fin de lograr su objetivo principal, el cual es la satisfacción total de sus usuarios.

Recordemos que la enfermería es una profesión con profundas raíces humanísticas genuinamente preocupada por las personas que se confían a su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento; es una actividad formal que aprecia y valora el desarrollo de la misma en estos tiempos. Acorde con sus propósitos de superación, se ha sumado a la corriente que tiende a garantizar el mejoramiento continuo de la calidad en los sistemas de los servicios de salud, que buscan satisfacer las necesidades de atención de la población (Ortega, 2009).

Metodología

La tarea de aprender es un proceso permanente del individuo y el saber leer y auto disciplinarse es absolutamente personal. La formación online (en línea - por conexión a redes) es una tendencia mundial de las nuevas formas de enseñanza (Acosta, 2009).

La autonomía consiste en la conciencia que se tiene de aprender, de evolucionar en el conocimiento de un tema específico que permita al individuo mejorar su accionar en la vida cotidiana y cuando se logra esa conciencia, se buscan los recursos, se auto regulan los tiempos de reflexión y la lectura se hace agradable, se establece también un permanente comparativo entre el estado en el cual se inició el proceso de aprendizaje y la evolución que se va logrando en la medida misma en que se tiene acceso a la información y a las actividades de aprendizaje que posibilitan el conocimiento.

Es importante recordar que la modalidad de educación virtual es un sistema educativo que da la posibilidad de un desarrollo disciplinar y le posibilita alcanzar un conocimiento que requiere del estudiante un alto grado de responsabilidad, compromiso, disciplina y autonomía.

Desarrollo temático

Para poder hablar de mejoramiento continuo debemos primero hablar del aseguramiento de la calidad, siendo este un sistema que reúne todas las actividades planificadas y sistemáticas, así como la totalidad de recursos disponibles para la gestión, tales como equipos, materiales, documentación, presupuesto, personal requerido, para que las tareas y operaciones se cumplan, disminuyendo al mínimo posibles fuentes de error, alcanzando, así, el cubrimiento de la totalidad de los requisitos acordados.

Aquí es importante mencionar el Manual de calidad, que en una organización de cualquier tipo establece claramente la Política de Calidad y describe de manera generalizada, el Sistema de Calidad de la organización, lo cual también significa la identificación de los objetivos institucionales y las acciones de cualquier orden, concebidas para alcanzar las metas de calidad deseadas. Una de sus características primordiales es la flexibilidad definida como la posibilidad de aplicación de correcciones, especialmente relacionadas con las estrategias para alcanzar el mejoramiento.

Mejora continua significa optimizar la eficacia de un sistema aplicando la política de calidad, los objetivos de calidad, los resultados de las verificaciones de inspección, el análisis de los datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión de la Dirección.

Su organización deberá mejorar constantemente la eficacia del sistema de calidad aplicando la política de calidad, los objetivos de calidad, los resultados de la revisión, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión de la Dirección. Identifique de qué manera los procesos citados contribuyen a la mejora constante del Sistema de Gestión de Calidad.

La Dirección es responsable de la mejora constante de la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad. Estos procesos son los instrumentos que deben utilizarse para obtener la mejora continua.

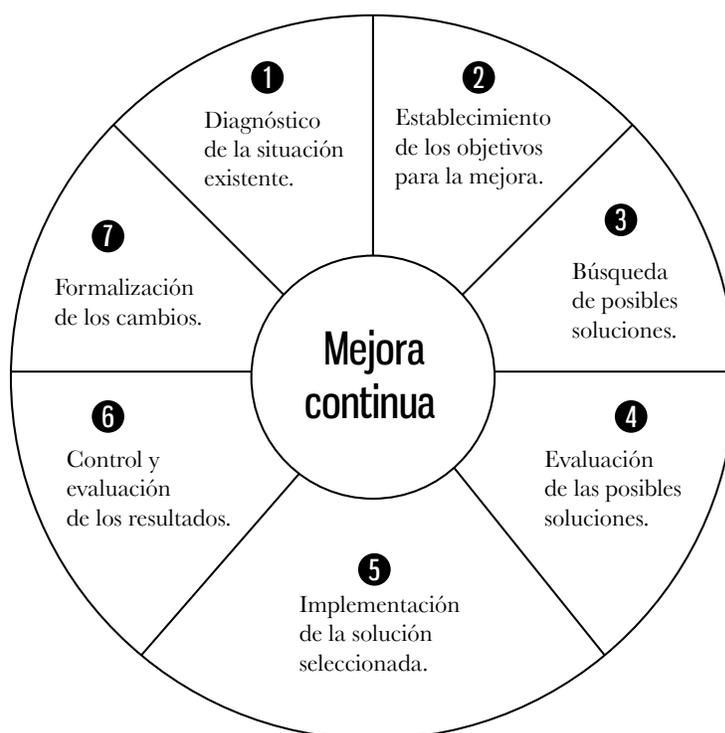
Aquí no se debe implementar ningún proceso adicional. El punto clave consiste en revisar la correlación entre estos procesos, asegurándose de que contribuyan conjuntamente a la mejora constante. Los datos de un proceso deben analizarse y convertirse en datos preliminares para otro proceso que a su vez dará lugar a una acción para corregir o mejorar el Sistema de Gestión de Calidad. Ésta es la interacción que resulta importante.¹

Ahora bien, el mejoramiento continuo de la calidad, representa el compromiso permanen-

¹ <http://www.normas9000.com/iso-9000-59.html>

te de la empresa, el cual no se puede lograr sin la participación decidida de la gente, el mejoramiento llega como resultado de todo un proceso de motivación y organización.

Asimismo, el enfoque sistemático hacia la gestión de calidad, es el factor fundamental para acceder al mejoramiento continuo el cual permite el equilibrio progresivo de instituciones que pudieron nacer débiles, por fuerza de las circunstancias, pero que ingresaron oportunamente a la meta de lograr la satisfacción del usuario y, ante la necesidad de sobrevivir en una actividad cada vez más competida, impusieron su voluntad de superación, conformaron un equipo humano motivado hacia la calidad y en esfuerzo constante han superado las dificultades, corregido los errores y recuperado la confianza del usuario.



Tomado de: <http://www.ecured.cu/images/thumb/5/5d/MejoraContinua.JPG/260px-MejoraContinua.JPG>

La mejora continua requiere:

1. Apoyo en la gestión.
2. *Feedback* (retroalimentación) y revisión de los pasos en cada proceso.
3. Claridad en la responsabilidad de cada acto realizado.
4. Poder para el trabajador.
5. Forma tangible de realizar las mediciones de los resultados de cada proceso.

La mejora continua puede llevarse a cabo como resultado de un escalamiento en los servicios o como una actividad proactiva por parte de alguien que lleva a cabo un proceso.

Es muy recomendable que la mejora continua sea vista como una actividad sostenible en el tiempo y regular y no como un arreglo rápido frente a un problema puntual, para lograr esto en la mejora de cualquier proceso se deben dar varias circunstancias:

- El proceso original debe estar bien definido y documentado.
- Debe haber varios ejemplos de procesos parecidos.
- Los responsables del proceso deben poder participar en cualquier discusión de mejora.
- Un ambiente de transparencia favorece que fluyan las recomendaciones para la mejora.
- Cualquier proceso debe ser acordado, documentado, comunicado y medido en un marco temporal que asegure su éxito.
- Generalmente se puede conseguir una mejora continua reduciendo la complejidad y los puntos potenciales de fracaso mejorando la comunicación para proteger la calidad en un proceso.

Veamos ahora algunos principios de la mejora continua:

1. Manténlo simple (*Keep it simple. KIS*).
2. Si entran datos erróneos, saldrán datos erróneos (*Garbage in garbage out. GIGO*).
3. Confiamos en ello, pero vamos a verificarlo (*Trust, but verify*).
4. Si no lo puedes medir, no lo podrás gestionar (*If you can't measure it, you can't manage it*).

Entonces y acorde con todo lo anterior logrando tener claridad en el concepto, podríamos determinar que para enfermería se entenderá como **Mejora continua**:

Proceso que permite a los directivos y personal operativo, ejercer acciones de cambio encaminadas a lograr que las intervenciones, servicios

o productos de la actividad profesional de enfermería, sean consistentes con los estándares de calidad. Dicho proceso está constituido por una serie de etapas y actividades que se complementan entre sí. Es considerada como una nueva forma de trabajo en la que se involucran y comprometen todos los trabajadores que integran la organización, para lograr la satisfacción de los usuarios por el trato recibido, y de los prestadores del servicio por la calidad técnica en los procedimientos que realizan.

Entre las premisas que sustentan la mejora continua en las instituciones de salud, se encuentran las siguientes:

- Para una institución de salud, mejorar continuamente la calidad de sus servicios es parte de su misión.
- El conocimiento de las expectativas y necesidades de los usuarios de los servicios de enfermería son los elementos que determinan el diseño y operación de los servicios.
- La mejora continua reconoce al personal operativo como dueño del proceso, al ser experto en su ejecución y contar con los elementos de juicio para modificarlo y así mejorarlo.
- Debido al dinamismo de los proyectos de mejora, los equipos de trabajo para tal fin, son conformados de manera temporal.
- La metodología de análisis y toma de decisiones de la mejora continua, favorece la obtención de resultados consistentes a corto plazo y sin el uso de recursos adicionales (Secretaría de Salud, 2004).

El punto de partida para iniciar programas o proyectos de mejora continua de los servicios de enfermería, será la formulación de políticas de calidad que definan claramente lo que se espera respecto a las características cualitativas y los estándares de calidad de sus intervenciones, productos o servicios; un segundo paso

lo constituye el diagnóstico para identificar el nivel de calidad con que se están proporcionando los servicios, respecto a los estándares establecidos, nivel que será determinado por los resultados de las mediciones de los indicadores de gestión, donde el monitoreo sistemático de estos, brinda al personal la posibilidad de analizar cada variable, identificar la causa de su incumplimiento y plantear diferentes alternativas para su corrección o ante resultados satisfactorios la búsqueda de su innovación.

Según la Subsecretaría innovación y calidad de la dirección general de calidad y educación en salud comisión interinstitucional de enfermería (México), los siguientes deben ser los lineamientos para desarrollar la mejora continua de los servicios de enfermería:

1. Desarrollar la fase diagnóstica

Realizar un proceso evaluativo cuali - cuantitativo, para determinar el nivel de calidad mediante la comparación los resultados obtenidos con los estándares establecidos.

Si los servicios cumplen satisfactoriamente con los estándares establecidos:

- Mejorar los estándares o atributos de caracterización o forma en que se deben prestar los servicios.
- Innovar sistemas de trabajo incorporando la opinión del usuario.

Si los servicios no cumplen satisfactoriamente con los estándares establecidos:

- Precisar las situaciones que están por abajo de los rangos definidos como mínimos aceptables.
- Analizar la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad, para tipificar el nivel de prioridad y hallazgos de situaciones no previstas.

- Tomar decisiones considerando la factibilidad, impacto, costo/beneficio y posibles escenarios que se puedan presentar.
- Definir proyectos de mejora que faciliten adecuaciones ante la asociación de causas o elementos que se presenten, que garanticen la continuidad de los controles de calidad y que favorezca las sinergias.
- Elaborar plan de trabajo y la propuesta de mejora y presentarlos a las autoridades de la unidad, para que de manera conjunta se definan y apoyen las acciones a seguir

2. Integrar equipos de mejora orientados a desarrollar el proyecto específico

- Identificar aquellos trabajadores que por sus características personales reúnan el perfil requerido (conocimiento profundo del tema, experiencia en los aspectos normativos y operativos, disposición para el trabajo en equipo y autoridad moral y técnica para la toma de decisiones).
- Gestionar la participación de especialistas de otros servicios cuando el objetivo del proyecto involucra a otras áreas de la organización, para conformar un equipo interprofesional.
- Designar a propuesta de los integrantes del equipo a uno de los participantes como líder del grupo.
- Formular agenda de trabajo.

3. Elaborar las propuestas de mejora

- Iniciar con el análisis de los hechos y datos para aislar la causa raíz, utilizando para ello las diferentes herramientas y técnicas existentes.
- Priorizar las causas ya sea por su nivel de competencia, o complejidad, selec-

cionado las que se puedan solucionar con más facilidad con la intervención del equipo de mejora.

- Definir acciones de mejora y precisar las acciones en tiempo y forma, mediante un plan de trabajo.
- Presentar a las autoridades correspondientes, el programa de trabajo para su aprobación y apoyo para la implantación, previo análisis de factibilidad, impacto y costo beneficio.

4. Implantar las acciones de mejora

- Informar al personal de la unidad y específicamente al personal de los servicios involucrados, la realización de las acciones programadas para la mejora a fin de fortalecer su contribución.
- Capacitar a los integrantes del equipo de proyecto en el procedimiento para asegurar el cumplimiento en la ejecución de los procedimientos.
- Implantar las acciones de mejora.
- Supervisar el cumplimiento de las acciones programadas.
- Medir los resultados hasta lograr la estandarización.

5. Seguimiento y control

- Tomar nuevas mediciones aplicando los mismos instrumentos y con el mismo tamaño de la muestra para comprobar y comparar los cambios graficando los resultados.
- Diseñar una tabla comparativa con las mediciones de inicio y las mediciones obtenidas después de haber aplicado las acciones de mejora.
- Presentar los resultados a las autoridades haciendo énfasis en la demostración gráfica de los cambios.
- Definir las medidas que se llevarán a

cabo en el futuro para mantener el estándar o continuar mejorando.

6. Monitoreo de los resultados

- Definir un programa de medición sistematizada del comportamiento de cada una de las variables (según programa de trabajo) durante un periodo y frecuencia programados.
- Contar con evidencias del control del procedimiento.
- Identificar la satisfacción del usuario por las acciones realizadas.
- Documentar y publicar los resultados.
- Al concluir el programa de trabajo, reconocer la labor del equipo.

La anterior es una forma muy eficiente de implementar planes de mejora continua de la calidad en los servicios de enfermería, pero depende también obviamente, del tipo de institución, los estándares previamente establecidos y las diferentes formas de trabajo de cada institución. Lo verdaderamente importante es que como profesionales de enfermería, seamos quienes observemos críticamente, la forma como se atiende a los usuarios, para poder realizar un plan de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que gerenciamos, con el fin de brindar óptimo cuidado de enfermería que se traduzca en la satisfacción de nuestros usuarios.

Recordemos que el arte de enfermería consiste en brindar cuidado a los seres humanos, en sus aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales; de modo que debe garantizar prestación de cuidados personalizados para cualquier individuo, sin importar a que grupo étnico, credo religioso o posición socioeconómica pertenezca; es por ello que el profesional de enfermería con características tales como conocimientos, pensamientos analíticos, habilidades y destre-

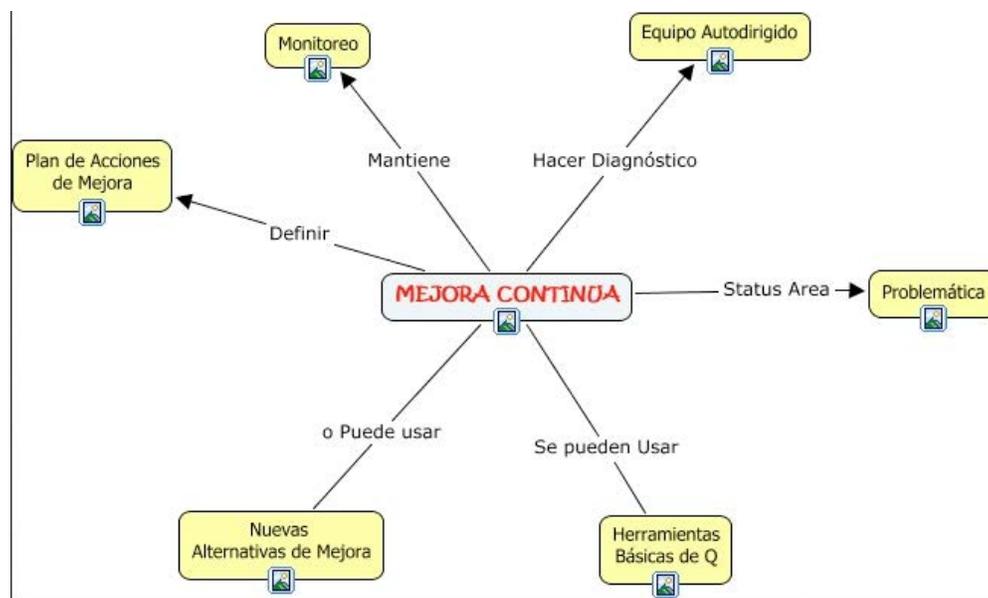
zas, autonomía en sus actos profesionales, posee seguridad, responsabilidad de sus actos y sobre todo confianza en sí mismo, sus principios básicos, consiste en ayudar a las personas a conservar la salud.

Por lo que, la satisfacción de las necesidades emocionales y físicas tiene un papel relevante en el bienestar del paciente, además influye en el grado de colaboración de este en su proceso de curación y tratamiento, ya que, la finalidad de los cuidados de calidad se fundamenta en salud y satisfacción, la cual no se logra si no se cumplen las expectativas de los pacientes.

Podemos definir entonces la calidad de la atención de enfermería, como la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado remitirle. Esta definición está basada en la definición de la función propia de Enfermería que nos aporta Virginia Henderson.

Así que la interacción enfermera-paciente es un punto importante de la calidad de cuidados brindados al paciente. Para que se establezca una buena relación, el profesional de enfermería debe comprometerse a identificar y resolver las necesidades que considere convenientes como ser humano, y este a confiar y seguir las recomendaciones. Cuando se trata con personas enfermas, en la calidad de atención inmediata, se identifica cuatro prácticas básicas para la enfermería ellas son: la observación, preparación de informes, registro y acciones llevadas a cabo en el paciente. La necesidad de mejorar la calidad de atención de las prestaciones de Enfermería, ha creado agrupaciones para aunar esfuerzos y conocimientos de los especialistas en diversas áreas de la enfermería moderna.

La calidad de atención de enfermería es el resultado de hacer lo correcto, en el momento oportuno escuchando sus inquietudes, aliviando las molestias y afianzando la confianza a través de la comunicación (Capurro, 2010).



http://cursos.leon.uia.mx:8081/rid=1189793048765_1649686730_733/Mapa%20de%20Mejora.cmap?rid=1189793048765_1649686730_733&partName=htmljpeg



Ciclo de DEMING – PHVA (planear, hacer, verificar, actuar)



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Autor:
Maria Margarita García

Introducción

En el presente módulo, desarrollaremos el concepto del Ciclo de DEMING o Ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), el cual es una herramienta gerencial de mejora continua de la calidad, basada en un concepto ideado por Walter A. Shewhart, pero difundido por William Edwards Deming. También se denomina espiral de mejora continua. Es muy utilizado por los Sistemas de Gestión de Calidad (SGC), debido a que frente a los desafíos del mundo altamente competitivo y lleno de cambios, que estamos viviendo en el siglo XXI, en el que las empresas se han visto obligadas a redoblar sus esfuerzos para ser cada día mejores, es la herramienta clave para lograrlo.

Es por lo anterior que este ciclo potencializa la relación entre el ser humano y los procesos; constituyéndose en el concepto eje de la administración de la calidad total en el cual giran todas sus metodologías. Es aplicable a cualquier entorno para el control de los procesos, tanto a nivel institucional, como a nivel personal.

Con respecto a nuestra profesión, veremos que tiene una gran importancia para el proceso de atención de enfermería, ya que la utilización permanente del mismo nos ofrece una solución a las situaciones que se presenten en el día a día de nuestra gestión, realmente nos permite mantener la competitividad de nuestros servicios, mejorar la calidad, reducir los costos, mejorar la productividad, aumentar la participación de mercado, mantener la supervivencia de la institución y proveer nuevos puestos de trabajo, aumentando la rentabilidad y propendiendo por brindar servicios con la calidad requerida.²

² <http://www.blog-top.com/el-ciclo-phva-planear-hacer-verificar-actuar/>

Metodología

Recordemos que la autonomía es la conciencia que se tiene de aprender, de evolucionar en el conocimiento, de un tema específico que permita al individuo mejorar su accionar en la vida cotidiana; cuando logramos esta conciencia, se busca todo tipo de recursos, se autorregulan los tiempos de reflexión y la lectura se hace agradable, se establece también un permanente comparativo entre el estado en el cual se inició el proceso de aprendizaje y la evolución que se va logrando en la medida misma en que se tiene acceso a la información y a las actividades de aprendizaje que posibilitan el conocimiento.

Es importante recordar que la modalidad de educación virtual es un sistema educativo que da la posibilidad de un desarrollo disciplinar y le posibilita alcanzar un conocimiento, pero que requiere del estudiante un alto grado de responsabilidad, compromiso y disciplina.

Desarrollo temático

Recordemos que: según la NTP-ISO 9000:2001, mejora continua es: actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos, siendo los requisitos la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Incluye:

1. Análisis y evaluación de la situación existente.
2. Basado en los objetivos para la mejora, con una implementación de posible solución.
3. Medición, verificación, análisis y evaluación de los resultados de la implementación y formalización de los cambios.
4. Los resultados se revisan para detectar oportunidades de mejora.
5. La mejora es una actividad continua, y parte de la información recibida del propio sistema y de los clientes.

Dentro del contexto de un Sistema de Gestión de la Calidad, el ciclo PHVA es un ciclo que está en pleno movimiento. Que se puede desarrollar en cada uno de los procesos.

Está ligado a la planificación, implementación, control y mejora continua, tanto para los productos como para los procesos del Sistema de

Gestión de la Calidad (Instituto Nacional de Pediatría, 2012).

Ahora bien, la mejora continua de la capacidad del proceso puede lograrse aplicando el concepto de PHVA en cualquier nivel de la Organización, y en cualquier tipo de proceso, ya que está íntimamente asociado con la planificación, implementación, control y mejora del desempeño de los procesos. Es aplicable tanto en los procesos estratégicos de la Alta Dirección como en las actividades operacionales más simples.

El concepto del ciclo de mejora continua o PHVA, fue ideado por Walter A. Shewhart, (18 de marzo de 1891 - 11 de marzo de 1967) quien fue un físico, ingeniero y estadístico estadounidense, conocido como el padre del control estadístico de la calidad. Nacido en New Canton, Illinois, asistió a la University of Illinois antes de obtener un doctorado en física de la University of California, Berkeley en 1917.

En esa época los ingenieros de Bell Telephone's habían estado trabajando para mejorar la fiabilidad de sus sistemas de transmisión. Debido a que los amplificadores y otros equipos tenían que ser enterrados, había una necesidad comercial de reducir la frecuencia de las fallas

y reparaciones. Cuando el Dr. Shewhart se unió a la Western Electric Company Inspection Engineering Department en Hawthorne Works en 1918, la calidad industrial estaba limitada a la inspección de productos terminados y la remoción de artículos defectuosos.

Todo eso cambió el 16 de mayo de 1924. El jefe del Dr. Shewhart, George D. Edwards, recuerda: “El Dr. Shewhart preparó un pequeño memorándum de sólo una página de longitud. Casi un tercio de la página lo ocupaba un sencillo diagrama que todos reconocemos hoy día como un diagrama de control esquemático. Ese diagrama, y el corto texto que lo precedía y lo seguía, establece todos los principios esenciales y consideraciones encerrados en lo que hoy conocemos como Control Estadístico de Procesos”. El trabajo de Shewhart remarcaba la importancia de reducir la variación en un proceso de manufactura y entender que el continuo proceso de ajuste en reacción a no-conformidades en realidad incrementaba la variación y degradaba la calidad.



WALTER SHEWHART

Fue un físico, ingeniero y estadístico, conocido como el padre del control estadístico de calidad. W. Edwards Deming dijo de él: Como estadístico, él era, como varios de nosotros, autodidacta, con muy buenas bases de física y matemáticas.

<http://image.slidesharecdn.com/waltershewhart-120511072113-phpapp02/95/slide-1-728.jpg?cb=1336738957>

Shewhart enmarcó el problema en términos de variación por causas normales o aleatorias y causas especiales o asignables e introdujo las gráficas de control como una herramienta para distinguir entre las dos. Shewhart enfatizaba que traer proceso de producción a un estado de control estadístico, donde solo hay variación por causas normales o aleatorias, y mantenerlo controlado, es necesario para predecir el resultado futuro y administrar un proceso económicamente. El Dr. Shewhart creó las bases para el gráfico de control y el concepto de un “Estado de control estadístico por medio de experimentos diseñados cuidadosamente”. Aunque el Dr. Shewhart se basó en teorías estadísticas matemáticas puras, él entendió que los datos de un proceso físico nunca pro-

ducen una “curva de distribución normal” (una distribución Gaussiana, conocida también como una “curva de campana”).

Él descubrió que la variación observada en datos de manufactura no siempre se comportaba igual que los datos en la naturaleza (movimiento Browniano de partículas). El Dr. Shewhart concluyó que aunque todo proceso muestra variación, algunos procesos muestran variación controlada que es natural al proceso, mientras que otros muestran variación sin control que no está presente en el sistema causal de proceso todas las veces.

Shewhart trabajó para progresar las ideas en los Laboratorios de la Telefónica Bell desde su fundación en 1925 hasta su retiro en 1956, publicando una serie de artículos en Bell System Technical Journal. Su trabajo fue incluido en su libro *Economic Control of Quality of Manufactured Product* (1931).

Los gráficos de Shewhart fueron adoptados por la Sociedad Americana de Pruebas y Materiales (ASTM) en 1933 y abogó para mejorar la producción durante la Segunda Guerra Mundial en los Estándares Americanos de Guerra Z1.1-1941, Z1.2-1941 y Z1.3-1942.

En 1938 su obra llama la atención de los físicos W. Edwards Deming y Raymond T. Birge. Ambos estaban profundamente intrigados por la medición del error en ciencia y habían publicado un paper seminal en *Reviews of Modern Physics* en 1934. Al leer las ideas de Shewhart, escribieron al journal para cambiar totalmente su enfoque en los términos de lo que Shewhart promocionaba.

El encuentro comenzó una larga colaboración entre Shewhart y Deming que incluyó trabajos sobre la productividad durante la Segunda Guerra Mundial y Deming promovió las ideas de Shewhart en Japón desde 1950 en adelante. Deming desarrolló algunas de las propuestas metodológicas de Shewhart acerca de la inferencia científica y llamó a su síntesis el ciclo de Shewhart. (Shewhart Circle) o el ciclo PHVA. Es por esto que fue Deming quien lo diera a conocer.

Igualmente y por su gran importancia en lo referente a calidad, hablaremos ahora del señor William Edwards Deming (14 de octubre de 1900 –20 de diciembre de 1993) fue un estadístico estadounidense, profesor universitario, autor de textos, consultor y difusor del concepto de calidad total. Su nombre está asociado al desarrollo y crecimiento de Japón después de la Segunda Guerra Mundial. Nació en Sioux City, Iowa, su familia mudó a Powell, Wyoming cuando Deming tenía siete años.



William Edwards Deming

Nacimiento: 14 de octubre de 1900
Sioux city Iowa USA

Fallecimiento: 20 de diciembre 1993
Washington DC, USA

Ocupación: Estadístico

<http://miaula.blogia.com/upload/20110222192905-diapositiva2-1-.jpg>

Luego con 17 años se fue de Powell hacia Laraman, a la Universidad de Wyoming, donde terminó la carrera en 1921 con un B.S. en ingeniería eléctrica, en 1925 obtuvo la maestría en Física y Matemáticas en la Universidad de Colorado y en 1928 obtuvo el Doctorado por la Universidad de Yale en Física donde fue empleado como profesor. Posteriormente trabajó para el Departamento de Agricultura en Washington D.C. y como consejero estadístico para la Oficina de Censo de los Estados Unidos, durante este periodo Deming descubrió el trabajo sobre control estadístico de los procesos creado por Walter A. Shewhart que trabajaba en los Laboratorios Telefónicos Bell de la telefónica AT&T, que fueron la base de sus ideas, ideas que pasaron desapercibidas en Estados Unidos.²

W. Edward Deming afirmó: “La administración se encuentra en un estado estable y solo una transformación profunda es necesaria para salir del estado actual y no unos simples remiendos al sistema de gestión actual.

Bajo este enfoque, la empresa tiene que verse como un sistema integrado donde intervienen procesos, recursos y controles orientados al logro de los objetivos y metas de la organización”.

Habiendo revisado la biografía de los creadores e impulsores del ciclo PHVA, vamos a pasar a definirlo de la siguiente manera:

Es una herramienta gerencial de mejora continua de la calidad que utiliza cuatro pasos, según la norma ISO 9001³, estos son:

² http://es.wikipedia.org/wiki/William_Edwards_Deming

³ NTC ISO 900. Norma Técnica Colombiana.

Planear: establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.

Hace referencia, además de la determinación de objetivos y metas, a la determinación de los procedimientos o métodos necesarios para la futura implementación. Los objetivos hacen parte del direccionamiento del proyecto; el establecimiento de estos aclara y divisa el norte que todos los integrantes deben seguir.

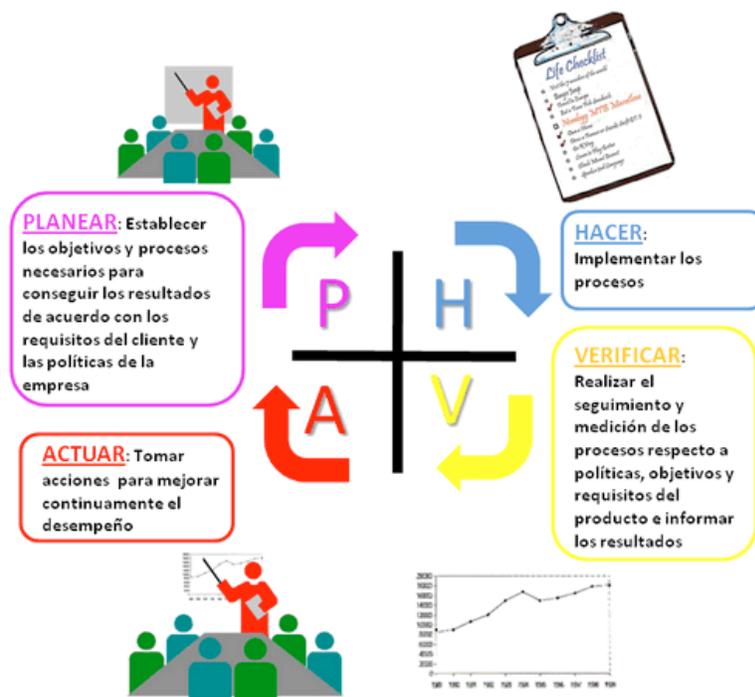
Hacer: implementar los procesos. En este paso se deben tener en cuenta las prioridades, objetivos y metas planteados en la etapa de planeación. También se definen las personas responsables para la ejecución de lo planeado, así como los recursos necesarios; igualmente se deben registrar y documentar las acciones desarrolladas.

Verificar: realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto, e informar sobre los resultados, estableciendo mecanismos de seguimiento, verificación y medición.

En la verificación, se toman cada una de las acciones ejecutadas y se evalúan los resultados obtenidos, en comparación con la situación antes de realizar lo planeado.

Actuar: tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

En esta parte del ciclo, se establece un plan de acción para aquellos puntos en los que deben tomarse medidas correctivas y preventivas.



<http://doca6.wordpress.com/files/2009/08/phva.gif>

Según Deming, “es posible establecer que todo producto, proceso o servicio es mejorable, con base en una política de “mejoramiento continuo”, que debe estar presente en cada integrante de la organización”.

Asimismo la aplicación continua y sistemática del ciclo PHVA, permite el aseguramiento y el logro de niveles de desempeño superiores.

Este modelo ayuda de manera efectiva a adoptar y monitorear los procesos en una empresa o institución, siempre y cuando se constituya como un sistema sin fin, es decir, que se planea, se toma una acción, se verifica si los resultados son los esperados, y se actúa sobre dichos resultados para volver a iniciar el proceso.

En consecuencia, el PHVA debe ser una concepción gerencial, que dinamice la relación entre las personas y los procesos y busque controlarlos con base en el establecimiento, mantenimiento y mejora de estándares, tarea que se logra mediante la definición de especificaciones de proyecto (estándares de calidad), especificaciones técnicas de proceso y procedimientos de operación.

El PHVA es un ciclo que puede ser aplicado de acuerdo a las necesidades del sistema, de acuerdo a su aplicación, este ciclo se clasifica de la siguiente manera:

1. Solución de problemas: este tipo de aplicación del ciclo PHVA, consiste en buscar soluciones a los problemas o puntos críticos detectados en un proceso definiendo planes de acción.
2. Rutina del proceso: se refiere a definir estándares dentro del proceso en el cual se aplicará el ciclo PHVA.
3. Mejora de procesos: consiste en definir e implementar medidas de mejoramiento en procesos ya existentes de modo que aquellos que se están desarrollando actualmente, se optimicen en busca de encontrar la mejor manera de hacer las cosas.
4. Combinación de las anteriores: el ciclo PHVA puede ser aplicado utilizando dos o las tres clasificaciones anteriormente mencionadas, ya que en un proceso se pueden desarrollar mejoras, y a su vez solucionar problemas detectados en su ejecución (Cruz, 2006).

Para lograr apropiarse del concepto del ciclo PHVA, es importante que vean el siguiente video: <https://www.youtube.com/watch?v=euGHFsUfmoY>, en el cual se aplica el ciclo a los accidentes del Titanic y del Costa Concordia y se hace evidente la utilidad del mismo.

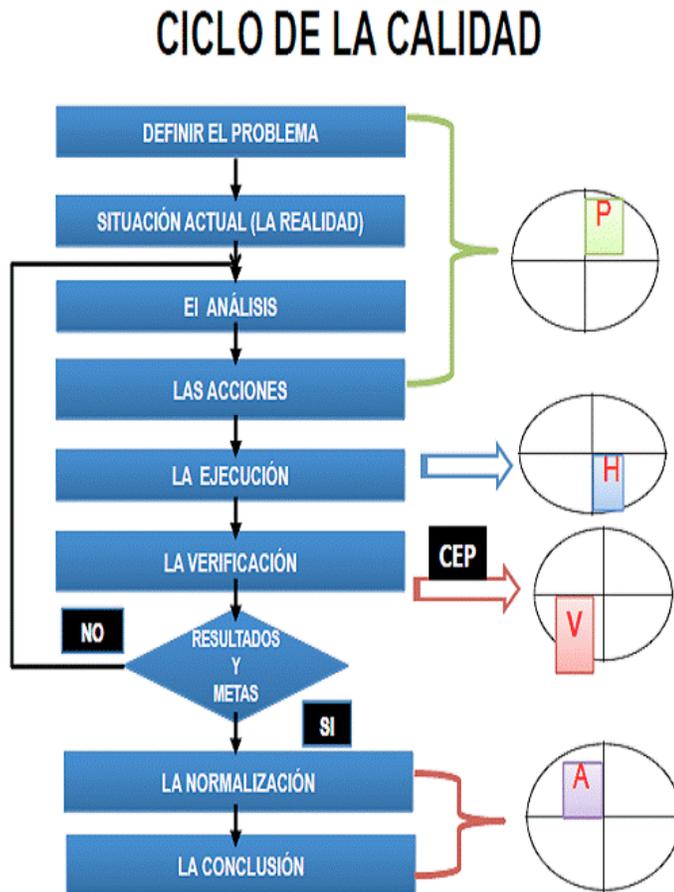
¿Pero qué ocurre con la aplicación del ciclo PHVA en Salud?

La aplicabilidad del ciclo PHVA en salud permite realizar constantemente planes de acción y gestión de actividades priorizando las necesidades de los usuarios y los defectos identificados en el servicio para ajustar la atención a los requerimientos identificados y poder hacer los planteamientos y adoptar las medidas correctivas.

Esto implica un cambio en el trabajo diario, en los roles, en el empoderamiento de las personas, en las relaciones y en la coordinación del trabajo entre los profesionales dentro de la organización

generando una cultura de calidad dentro de los profesionales de la salud.

Veamos ahora un esquema de los pasos del ciclo de la calidad:



http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%204/1.3phva_clip_image002_0001.gif



Ciclo de DEMING – PHVA (planear, hacer, verificar, actuar)



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Autor:
Maria Margarita García

Introducción

En la presente cartilla nos enfocaremos en el PAMEC, o sea en el Plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud, el cual se muestra como un componente muy importante del Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud, y es la forma a través de la cual una institución prestadora de servicios de salud (IPS) implementa un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad que reciben los usuarios.

De la misma manera veremos cuál es el impacto que tiene la actuación del profesional de enfermería en los planes de auditoría, para mejorar la calidad en la atención en salud, siendo el líder de los equipos y quien además debe ser garante de una atención óptima para los pacientes.

Recordemos que la calidad de la atención en salud es, sin lugar a dudas, una de las mayores preocupaciones de quienes tienen la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud a la población y una necesidad sentida de quienes requieren de estos servicios. Con los desarrollos científicos y los avances en la legislación que regula la prestación de dichos servicios, se ha puesto en evidencia una imperiosa necesidad de planear y ejecutar precisos programas de garantía de calidad y de evaluarla periódicamente, con el fin de realizar los ajustes necesarios que conduzcan a brindar a la población una atención ajustada a las exigencias de la excelente calidad.

Es un hecho ampliamente conocido que toda institución que preste servicios de salud, debe evaluar con regularidad la calidad de la atención con el fin de lograr las mejoras que se requieran, aplicando planes que prioricen y optimicen la atención de los usuarios.

Metodología

El aprendizaje autónomo en el cual las actividades se desarrollan de forma individual tiene como fundamento el autocontrol, los estudiantes deben leer muy bien, en forma responsable y cumplida los documentos planteados.

Por tanto, le sugiero que lea cuidadosamente el texto y reflexione sobre su contenido, tome notas, glose el texto, subráyelo, interróguelo, dese cuenta dónde se formulan definiciones, donde se presentan ejemplos, donde se hacen análisis, se formulan síntesis, o se sacan conclusiones.

Trate de realizar con la mayor conciencia y responsabilidad cada una de las actividades que se le proponen.

Desarrollo temático

Para comprender mejor el PAMEC, vamos a definir auditoría en salud, la cual es un proceso sistemático por medio del cual se lleva a cabo la verificación de actividades de la atención en salud, previamente definidas y estandarizadas mediante la utilización de técnicas especializadas ajustadas a normas generalmente aceptadas.

El auditor está encargado de ejercer control en términos de: instruir, asesorar, prevenir, corregir y sugerir correctivos.

Por otra parte la auditoría constituye una herramienta de control y supervisión que contribuye a la creación de una cultura de la disciplina de la organización y permite descubrir fallas en las estructuras o vulnerabilidades existentes en la organización (Malagón, 2001).

Otro elemento de interés es que durante la realización de su trabajo, los auditores se encuentran cotidianamente con nuevas tecnologías de avanzada en las entidades, por lo que requieren de la incorporación sistemática de herramientas con iguales requerimientos técnicos, así como de conocimientos cada vez más profundos de las técnicas informáticas más extendidas en el control de la gestión. Para el Ministerio de Salud de Colombia, la auditoría en salud se define como un componente de mejoramiento continuo de nuestro

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad, concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.¹

Las acciones de auditoría se desarrollan identificando las oportunidades de mejora, priorizando, haciendo análisis causal, implantando las acciones de mejora y reevaluando, lo cual quiere decir que las acciones de auditoría deben responder a un plan de mejora en el cual la fase de verificar se transforma en actuar en un continuo que repite cuantas veces sea necesario el ciclo de mejora hasta garantizar al usuario la prestación de servicios con calidad. Esta es su relación con el ciclo PHVA.

Veamos ahora que tipos de auditoría existen:

1. **Autocontrol**, que establece que “cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los

¹ <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pautas%20de%20Auditoria%20para%20el%20Mejoramiento%20de%20la%20Calidad%20de%20la%20Atenci%C3%B3n%20en%20Salud.pdf>

cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normativa vigente y por la organización”²

El autocontrol será posible en la medida en que la organización:

- b.** Diseñe y estandarice sus procesos de manera participativa.
- c.** Realice esfuerzos permanentes para capacitar y entrenar a cada uno de sus miembros en las tareas del día a día y en los resultados que de ellos se esperan.
- d.** Apodere a sus miembros para que propongan y realicen los cambios pertinentes con miras a mejorar los procesos en los cuales participan.

El concepto de autocontrol lleva implícita la idea de responsabilidad frente a la confianza que la organización deposita en cada uno de sus miembros.

- 2. Auditoría interna**, es una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna”³.

La auditoría interna actúa sobre el autocontrol y debe entenderse como el nivel que promueve y facilita, entre otras, las siguientes acciones:

² Decreto 1011 de 2006. Artículo 33.

³ Decreto 1011 de 2006. Artículo 33.

- a.** El análisis de aquellas causas que no permiten el logro de los resultados esperados en los procesos seleccionados como prioritarios.
- b.** La implementación de las acciones necesarias para alcanzar el nivel de calidad esperado.
- c.** El acompañamiento a los responsables de los procesos en el seguimiento y mejoramiento de los mismos.

La auditoría interna debe evitar a toda costa los enfoques punitivos centrados exclusivamente en la supervisión o inspección, cuyo propósito fundamental es la búsqueda de culpables para sancionar. Estos modelos generalmente conducen a un falso autocontrol, caracterizado por la simulación de calidad durante las inspecciones.

- 3. Auditoría externa**, “es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden”. Para los efectos de este modelo, el nivel de auditoría externa tiene su razón de ser en el ámbito de la meso gestión, con base en acuerdos previamente pactados (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Para dar las pautas de lo anteriormente dicho, debemos tener claro que en las instituciones de salud debe existir el Equipo de Garantía de la Calidad el cual en sus funciones de inspección y vigilancia, despliega en las instituciones asistencia técnica en la elaboración, implementación, evaluación e impacto del Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), mediante evaluación documental y asesorías en procesos de campo del PAMEC,

tanto de las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) como de las EPS (Entidades Promotoras de Servicios de Salud) aportando al desarrollo de procesos de calidad con estándares cada vez más exigentes que redunden en la satisfacción del usuario.⁴



En esta figura se observa cual debe ser la ruta a seguir para el desarrollo de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, teniendo en cuenta, que en cada paso intervienen las personas que desarrollan el proceso de atención en las instituciones, liderados por los grupos de garantía de calidad.

Veamos ahora algunos apartes del PAMEC, el cual se encuentra en el Título IV

Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Decreto número 1011 de 2006.

⁴ <http://manizalessalud.com/>

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. Acciones preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
2. Acciones de seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
3. Acciones coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas

a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

Pero, ¿Qué pasa con las auditorías del cuidado de enfermería?

Recordemos que la auditoría con respecto al cuidado de enfermería es la revisión sistemática de las actuaciones y decisiones realizadas por el personal de enfermería, en pro de mantener o mejorar la calidad, lo que permite verificar o evaluar en forma independiente, los requisitos operativos del programa de calidad en enfermería. Cabe resaltar que la auditoría es un procedimiento documentado en el cual se establecen tanto las responsabilidades como los requisitos de la planificación de cuidados enfermeros, y de su realización, también incluye el registro y la difusión de los resultados.

Ahora bien, la organización debe llevar a cabo las auditorías internas a intervalos preestablecidos con el fin de determinar si el sistema de gestión reúne los requisitos de calidad. Para planificarlas es necesario tomar en consideración el estado de los procesos, la importancia que estos tienen para las áreas de enfermería en que se aplicarán, así como los resultados de las auditorías previas. Se debe también, asegurar la objetividad e imparcialidad de los profesionales encargados de realizar las auditorías, mediante el diseño y la utilización de instrumentos claros y precisos, dichos instrumentos se aplicarán a fin de conocer desde una perspectiva verídica como se efectúan los procedimientos y poder determinar cuáles son las actividades que se llevan a cabo con mayor eficiencia (Ortega, 2009).

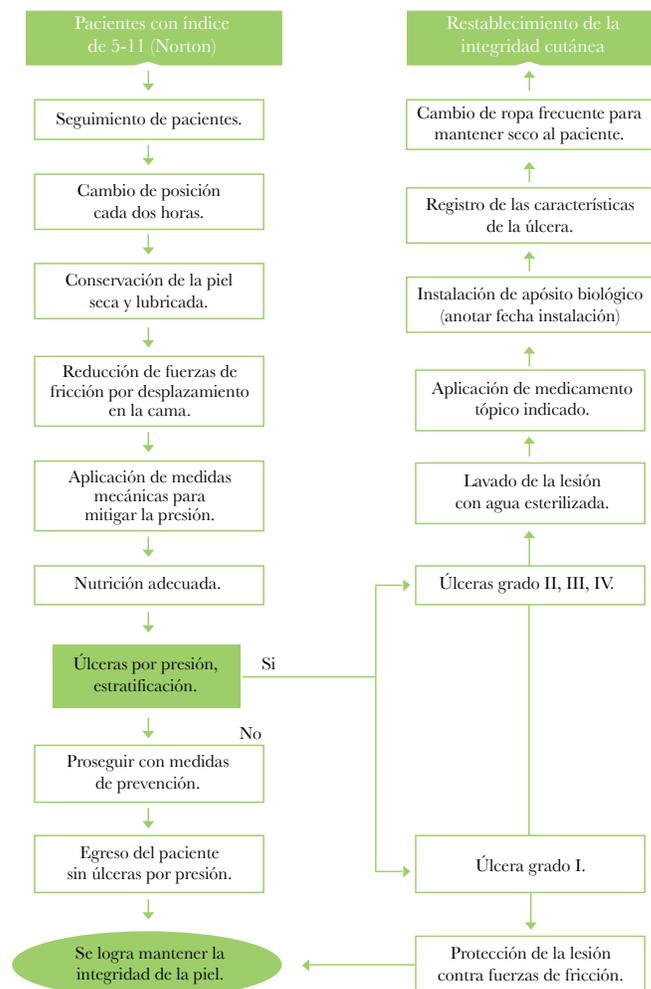
Al finalizar las observaciones se deben aplicar métodos estadísticos que permitan conocer de manera cuantitativa el índice de eficiencia con el que se llevan a cabo las distintas actividades

del personal de enfermería; esta medición se hará por medio de los indicadores de gestión, los cuales se profundizarán en la unidad 4 del presente módulo.

Con base en lo anterior, se debe tener en cuenta, que el instrumento que se emplea en la auditoría, para la recolección de los datos está especialmente diseñado para realizar una observación estructurada de la ejecución de los procedimientos en enfermería, a partir de un registro sistemático, riguroso y objetivo que permite medir con seguridad la calidad de los procedimientos observados.

Para mayor claridad, veamos a continuación un instrumento (lista de chequeo), que nos permite realizar la auditoría del procedimiento de prevención y tratamiento de las úlceras por presión, de acuerdo al flujograma planteado. En las listas de chequeo se observa el paso a paso del procedimiento, la idea es que por observación se aplique para así verificar su cumplimiento, tanto para la prevención, como para el tratamiento.

Figura flujograma
Prevención y tratamiento de úlceras por presión



Cuadro 3.4.5
Instrumento de auditoría
Prevención de úlceras por presión

	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA				
Fecha:	Turno:	Servicio:			
Nombre del observador:					
Nombre del observado:					
Antigüedad en el servicio:			Nivel académico:		
CRITERIO DE APLICACIÓN:					
Identificar a los pacientes con probabilidad de desarrollar úlceras por presión, con base en la valoración de la escala de Norton.					
No.	PROCEDIMIENTO	VALOR 100%	SÍ	NO	TOTAL
1.	Efectuar cambios de posición cada dos horas, según el código establecido.	5			
2.	Conservar la piel limpia (baño diario).	3			
3.	Mantener la piel seca mediante el cambio de ropa de vestir y de cama.	3			
4.	Lubricar la piel después del baño y una vez por turno, por medio de masajes gentiles en sentido circular siempre y cuando la piel esté intacta.	3			
5.	Evitar las fuerzas de fricción, lo que significa que la cama no debe estar a más de 30° durante un lapso mayor de dos horas.	2			
6.	Instaurar medidas mecánicas para mitigar la presión, como el uso del colchón de presión alterna u otros dispositivos.	2			
7.	Asegurar la nutrición adecuada lo antes posible.	2			
	Total	20 puntos			

Fuente: Programa de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Indicador No. 4, Prevención y tratamiento de úlceras por presión. Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México, 2001.

http://books.google.com.co/books?id=Xgh0A9bF6YMC&pg=PA94&lpg=PA94&dq=Programa+de+evaluaci%C3%B3n+de+calidad+de+los+servicios+de+enfermer%C3%ADa.+Indicador+No.+4.+Prevenci%C3%B3n+y+tratamiento+po&source=bl&ots=MwY1m9ovow&sig=M2S_b_7hCvS5xhEkYGEV05HFuqU&hl=es&sa=X&ei=QWjzU-MXl-CgBKvNgZgP&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Cuadro 3.4.6
Instrumento de auditoría
Tratamiento de úlceras por presión

 INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA					
Fecha:		Turno:		Servicio:	
Nombre del observador:					
Nombre del observado:					
Antigüedad en el servicio:			Nivel académico:		
CRITERIO DE APLICACIÓN:					
Identificar a los pacientes con úlceras por presión.					
No.	PROCEDIMIENTO	VALOR 100%	SÍ	NO	TOTAL
1.	Lavarse las manos cuidadosamente antes y después de atender las úlceras del paciente.	4			
2.	Lavar la zona lesionada con agua esterilizada y técnica aséptica.	3			
3.	Aplicar el medicamento tópico prescrito y cubrir con apósito biológico en el que se debe anotar la fecha de instalación.	1			
4.	Evitar el empleo de hules o cualquier otro material que pueda producir sudoración en el paciente.	2			
5.	Colocar en la cama el colchón de presión alterna o cualquier otro dispositivo diseñado para disminuir la presión y aumentar la circulación.	1			
6.	Realizar cambios de posición y dar masaje gentil en las zonas sometidas a presión.	4			
7.	Ofrecer el orinal y cómodo frecuentemente para estimular en el paciente el control de esfínteres.	1			
8.	Cambiar la sábana y proporcionar cuidados a la piel con la frecuencia necesaria para mantener seco al paciente.	3			
9.	Proporcionar nutrimentos a intervalos cortos que aseguren una buena nutrición.	2			
10.	Vigilar continuamente los factores ambientales que pueden producir zonas de presión: sábanas arrugadas, objetos en la cama.	3			
11.	Observar y registrar características del exudado de las úlceras.	2			
12.	Tomar muestra del exudado para cultivo y enviarla al laboratorio de microbiología.	1			
13.	Durante el baño lavar bien con agua y jabón las zonas cercanas a las úlceras y las regiones situadas en las prominencias óseas.	3			
Total		30 puntos			

Fuente: Programa de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Indicador No. 4, Prevención y tratamiento de úlceras por presión. Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México, 2001.

http://books.google.com.co/books?id=Xgh0A9bF6YMC&pg=PA94&lpg=PA94&dq=Programa+de+evaluaci%C3%B3n+de+calidad+de+los+servicios+de+enfermer%C3%ADa.+Indicador+No.+4.+Prevenci%C3%B3n+y+tratamiento+po&source=bl&ots=MwY1m9ovow&sig=M2S_b_7hCvS5xhEkYGEV05HFuqU&hl=es&sa=X&ci=QWjzU-MXI-CgBKvNgZgP&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false



Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: Sistema de Acreditación



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Autor:
Maria Margarita García

Introducción

En esta semana veremos todo lo concerniente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud SOGCS haciendo énfasis en uno de sus componentes, el Sistema único de Acreditación.

Es por todos conocidos que las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, como actores fundamentales en la cadena de la atención en salud, deben propender por brindar y garantizar a sus usuarios, servicios con la más alta calidad y los mínimos riesgos posibles, todo esto siendo viable con la implementación de cada uno de los componentes del SOGCS, los cuales están planteados y reglamentados de manera clara y concreta para que las instituciones puedan de manera lógica cumplir con aquellos requisitos mínimos y trabajar por los más altos estándares de calidad.

A continuación revisaremos los apartes más relevantes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Entonces “manos a la obra”.

Metodología

Recuerde leer muy cuidadosamente la cartilla y las lecturas complementarias, no se olvide de tomar apuntes y también investigar por su propia cuenta para lograr un aprendizaje significativo.

Es de observar y hacer énfasis en que la modalidad virtual requiere de un gran compromiso, manejo del tiempo e interés por su propio aprendizaje.

Desarrollo temático

“Hazlo todo mejor, méjoralo incluso aunque funcione bien. ¿Por qué? Porque si no lo haces no podrás competir con los que sí lo hacen”. Imai, 1986.

Recordemos que quizás en ninguna otra área de servicios pueda exigirse con mayor énfasis la garantía de calidad, como en la salud, ya que juega un papel preponderante, porque esta significa el máximo compromiso del hombre con el hombre, del Estado con el hombre, de la familia y la comunidad con el hombre. Además porque la salud representa el más preciado tesoro del ser humano, su máximo ideal, su más definida aspiración. Con salud nacen los ideales, se agranda el espíritu, se genera empresa, se proyecta la prosperidad. Con ella hay optimismo en el individuo y su familia, brota la armonía y se construye la paz.

Garantizar la salud es ni más ni menos que comprometer todo un esfuerzo tanto individual como colectivo para preservarla y recuperarla cuando se ha perdido. Es poner en movimiento todos los recursos físicos y las voluntades, organizándolas para lograr ese objetivo de salud.

Más aun, cuando mantener la salud depende completa y directamente de los que trabajan en una institución de salud, se debe velar por

ofrecer la garantía de la calidad con el fin de brindar servicios que lleven a la máxima satisfacción de quien los haya solicitado para mejorar o conservar sus condiciones físicas o psicológicas. Si bien sería el más extraordinario privilegio para quien trabaja al servicio de la salud, poder garantizarla, se debe propender por el compromiso de promover los mecanismos para garantizar la calidad en la atención, que hagan sentir al usuario y a quienes los rodean confiados plenamente de las personas que laboran dentro de la institución de salud.

Es por esto que el Gobierno Nacional por medio del Ministerio de Salud, se creó el Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, el cual está definido como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados que desarrolla el sector salud para generar, mantener, y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Es muy importante saber que los componentes de este sistema son:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

Asimismo, este sistema se aplicará a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Para efectos de la aplicación del SOGCS, se establecen las siguientes definiciones:

1. Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.
2. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
3. Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

4. Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.
5. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB. Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.
6. Prestadores de Servicios de Salud. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Recordemos que para los efectos del decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

También debemos definir que el profesional independiente es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

De igual manera, las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los re-

sultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Todo lo anterior encierra que se debe considerar la garantía de la calidad en salud como un proceso Técnico-Científico, Administrativo y Financiero, que busca asegurar una adecuada prestación de los servicios de salud, con un alto grado de utilización de los mismos, por parte de los usuarios del sistema y con un excelente nivel de atención y clara percepción por parte de los proveedores de la calidad del servicio que ofrecen (Londoño, 2001).

Sistema único de acreditación

Habiendo revisado los puntos básicos del SOGCS, nos centraremos ahora en el Sistema Único de Acreditación, el cual es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

Antes de entrar en materia revisemos un poco la historia de la acreditación en el mundo y en Colombia.

Acreditación en el mundo

En India y China, los estándares que determinaban quién podía practicar la medicina datan del primer siglo A.C. A partir de 1140, Italia emprende esfuerzos para licenciar a todos los médicos, y esto dio lugar posteriormente, a estándares educativos uniformes, exámenes estatales y licenciamiento en el siglo XIX. En USA, el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud se inició en 1917, cuando el American College of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos) compiló el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses

identificaran y prescindieran de los servicios de salud deficientes. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones prestadoras de servicios de salud, 1951). En Canadá el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud, CCHSA, realiza este proceso desde 1959.

En la década de los 80, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así como el aumento en costos, llevó a los profesionales de salud en los países desarrollados a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares. Las organizaciones de salud en USA comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM). A su vez, el sistema de acreditación en hospitales amplió su enfoque desde inspecciones hasta promover el mejoramiento de la calidad. En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud asumió una política formal de calidad en 1991 y adoptó al PMC para ponerla en práctica.

En 1966, Avedis Donabedian, en su artículo fundamental, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. Donabedian transformó la concepción tradicional de los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora entendemos que la respuesta social a los problemas de salud no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales.

En 1985, un grupo de profesionales de la salud se reunió en Udine, norte de Italia, para

discutir sobre el aseguramiento de la calidad en medicina. La mayoría de los primeros grupos han sido profundamente influenciados por Avedis Donabedian y el enfoque europeo. En el primer consejo ejecutivo de la International Society for Quality in Health Care (ISQua) fue evidente. En 1986, con el liderazgo de Peter Reizenstein como presidente y entonces editor de la revista, la sociedad creció a través de su programa de la conferencia anual internacional y sus publicaciones.

Después de un proceso internacional en el que se presentaron varias ofertas, en 1995 se decidió establecer la secretaría de la International Society for Quality in Health Care Inc. (ISQua) en Australia. Esta sociedad es una organización sin ánimo de lucro, administrada por un Consejo Ejecutivo, que se elige cada dos años. Los miembros regulares del Consejo son de Norteamérica, Europa y de la región de Asia y el Pacífico.

Hoy en día, países como Nueva Zelanda, Japón, Francia, Sudáfrica, Finlandia, Malasia y Argentina, entre otros, han estructurado e implementado sistemas de evaluación y acreditación en salud.

Antecedentes en Colombia

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) Salud pública; 2) Los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3)

El Subsistema Privado de Servicios. El nuevo modelo, a través de la ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de este se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la ley 715 de 2001.

A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un “Manual de Acreditación de IPS”, tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e Icontec, en un grupo amplio de instituciones del seguro y otras, en una prueba piloto.

Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido.

En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearán avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial.

Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC).

Es importante anotar que la primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002 (derogado), en el que se dispone:

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

El decreto 1011 de 2006 establece la calidad de la atención en salud como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”.

El sistema de información para los usuarios, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen contributivo y Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Asimismo, en el decreto se describen las funciones de la Entidad Acreditadora y los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación.

En concordancia, es importante comprender que la acreditación en salud es uno de los componentes del sistema, que se articula con los otros para garantizar la calidad de la atención en salud y proveer servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la adhesión y satisfacción del usuario, bajo el control y tutela del Ministerio de la Protección Social. Los estándares de todo el sistema deben ser ajustados de manera progresiva de tal forma que, poco a poco, el país incremente el nivel global de la calidad en los servicios de salud.

El Ministerio de la Protección Social, median-

te la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003 para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema.

En este punto es importante resaltar que si bien la acreditación es un proceso voluntario, se vislumbra en un futuro cercano como la principal fortaleza que asegure la competitividad y sostenibilidad de las instituciones, por lo tanto muchas IPS de país, se encuentran implementando este proceso, cuya vía de acceso es el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud PAMEC, el cual ya hemos abordado anteriormente en este módulo, como herramienta efectiva para el logro del cumplimiento de los componentes del SOGCS y de la meta de acreditación propuesta por las instituciones.

El Sistema Único de Acreditación se orientará por los siguientes principios:

1. **Confidencialidad.** La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.
2. **Eficiencia.** Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

3. Gradualidad. El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

Ejes de la acreditación

Los ejes de la acreditación en salud, deben ser abordados sistémicamente cómo un proceso de transformación cultural organizacional de largo plazo, en el que se alinean las normas, la cultura y la ética. Esta transformación promovida desde el direccionamiento y el talento humano, tiene en cuenta el aprendizaje organizacional y la internalización de conocimientos, estrategias y buenas prácticas, así como la responsabilidad social entendida como la corresponsabilidad de las instituciones, la sociedad y los individuos, que contribuye con acciones concretas a disminuir las inequidades de las comunidades en particular y la sociedad en general y a la rendición de cuentas en relación con los resultados del mejoramiento continuo organizacional producto del desarrollo de estándares de calidad superior. La acreditación en salud es una forma de demostración de compromiso social.

A continuación vamos a observar un esquema que según la norma ICONTEC, es la forma como se entrelazan los ejes de la acreditación.



<http://www.icontec.org/index.php/es/inicio/acreditacion-en-salud/ejes-de-la-acreditacion>

Es así como la filosofía de acreditación en salud se enmarca en los siguientes ejes:

1. Seguridad del paciente y gestión clínica

La seguridad de paciente entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que busca minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud. Sus componentes son:

- Cultura de seguridad.
- Comunicación efectiva.
- Guías de práctica clínica.
- Prevención y control de infecciones.
- Farmaco vigilancia y tecno vigilancia.
- Hemo vigilancia.
- Identificación correcta de pacientes.
- Sitio procedimiento y paciente correcto.
- Prevención de quemaduras en cirugía.
- Caídas.
- Úlceras por presión.
- Involucramiento del paciente y familia.
- Calidad, seguridad y oportunidad de los registros clínicos.
- Credenciales y prerrogativas de los profesionales.

2. Humanización de la atención:

Existencia de políticas y programas dirigidos a la Humanización de la atención que tengan en cuenta la dignidad del ser humano. Sus componentes son:

- Condiciones de comodidad, privacidad, silencio y dignidad durante la atención.
- Humanización en el uso de la tecnología.
- Apoyo emocional y espiritual al paciente.

- Respeto por creencias, tradiciones y valores del usuario.
- Comunicación y diálogo con el paciente.
- Escucha amable y respetuosa del usuario respecto a sus inquietudes.
- Información y educación al paciente y familia.
- Horarios y visitas flexibles.
- Manejo del dolor.

3. Gestión de tecnología:

Gestión de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones. Sus componentes son:

- Política para la adquisición, incorporación y reposición de tecnología.
- Planeación y gestión de tecnología.
- Evaluación de tecnología (costo-beneficio, utilidad y costo-efectividad).
- Entrenamiento en el uso de la tecnología.
- Mantenimiento y control metrológico.
- Unificación e integración de tecnologías de soporte clínico y administrativo.
- Prevención de quemaduras en equipos de alto riesgo.

4. Enfoque y gestión del riesgo:

El enfoque y gestión del riesgo mediante la provisión de servicios de salud accesibles y equitativos, teniendo en cuenta el balance entre la gestión clínica y la gestión administrativa y los beneficios, riesgos y costos. Sus componentes son:

- Gestión de riesgos clínicos: identificación de riesgos del paciente al ingreso, planeación del cuidado y tratamiento con análisis, integración e intervención de los riesgos clínicos del paciente identificados.

- Gestión de riesgos administrativos: prevención y control de recursos.
- Gestión de riesgos del ambiente físico: identificación y repuesta de necesidades del ambiente físico.
- Gestión del riesgo del talento humano: procesos de salud ocupacional y seguridad industrial.
- Evaluación y gerencia del riesgo en salud a grupos poblacionales.
- Evaluación de la gestión del riesgo.

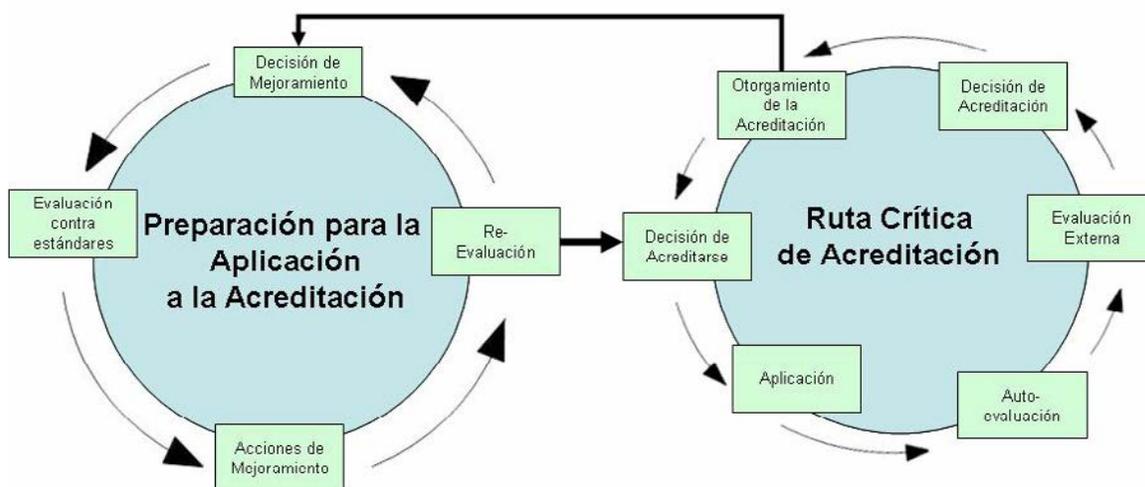
Etapas del proceso de acreditación en salud

La acreditación, siendo un proceso tiene varias etapas que las instituciones deben cumplir con el fin de llevarlo a feliz término; esas etapas son:

1. Preparación de la institución: el proceso de acreditación en salud inicia con la decisión de la institución de acreditarse, para lo cual realiza una autoevaluación interna periódica y sistemática, que documenta en el informe de autoevaluación con el que realiza la solicitud al Ente Acreditador. Para desarrollar esta etapa se requiere la conformación de equipos de autoevaluación que verifiquen y promuevan el cumplimiento de los estándares, desarrollen trabajos de mejoramiento, documenten el proceso y lo difundan a toda la organización.

La autoevaluación incluye procesos participativos en los que se analiza integralmente el recorrido de un usuario por toda institución. Durante el proceso las instituciones deben desarrollar mecanismos formales de auto calificación en la medida que avanzan, hasta que consideren que han obtenido el nivel de mejora necesario para presentarse y obtener un resultado positivo. Se trata de un proceso de generación y transformación cultural.

A continuación observaremos un esquema de la etapa de preparación, en donde se muestra como debe realizarse.



http://www.acreditacionensalud.org.co/ruta_critica.php?IdSub=120&IdCat=30

2. Solicitud para la evaluación de acreditación: consiste en la presentación formal

ante el ente acreditador, en la cual se presenta el documento de autoevaluación y los requisitos de entrada exigidos, entre los que se encuentran: política de seguridad del paciente, política de humanización, código de buen gobierno, código de ética o conducta, Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), certificado de habilitación vigente, indicadores de gestión, desarrollo de los comités institucionales, soportes del cumplimiento de normas legales y demás elementos que garantizan que la institución ya superó el nivel de exigencia legal básico, entre otros.

3. Evaluación: el modelo evaluativo aplicado por Icontec y acreditado con base en estándares internacionales cumple con los parámetros establecidos por ISQua.

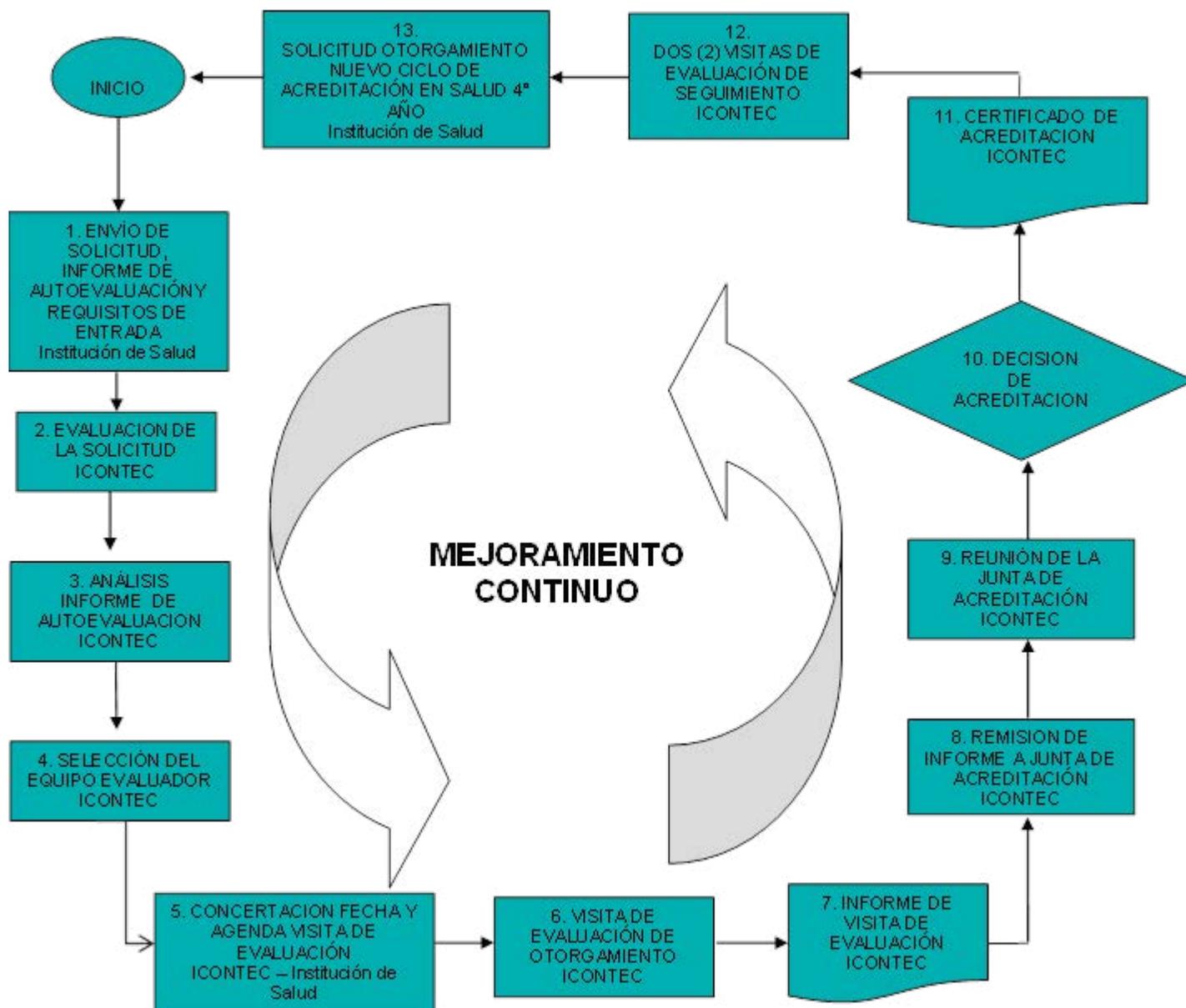
El equipo evaluador de Icontec realiza la visita para verificar el desarrollo y la implementación de los estándares de acreditación mediante la aplicación durante la evaluación de herramientas como paciente trazador, la cual contiene entre otros temas las metas internacionales de seguridad del paciente (OMS), encuestas a trabajadores y usuarios, análisis de ruta causal de eventos adversos, listas de verificación del proceso de atención y del ambiente físico, revisión de documentos y aplicativos. El modelo evaluativo contempla además, entrevistas con los equipos de autoevaluación, con los líderes de temas transversales clínicos y administrativos de la organización (Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia, Tecno vigilancia, Prevención y Control de Infecciones, Seguridad de Paciente, Comités, entre otros), con la Junta Directiva y Asociación de Usuarios; estas

herramientas y técnicas permiten verificar y constatar la información presentada en la autoevaluación con lo sustentado por la institución y lo evidenciado en el proceso de atención del paciente, durante la visita de Evaluación, de tal forma que los evaluadores puedan evidenciar los avances de la organización en materia de calidad, enfoque, implementación y resultados de los estándares, la interiorización de la filosofía de acreditación centrada en el usuario y su familia en la institución.

Esta etapa finaliza con la emisión del informe que describe los hallazgos, fortalezas, oportunidades de mejora y calificación, a partir del cual la Junta de Acreditación Nacional toma la decisión de otorgar o negar la acreditación.

1. Ciclo de acreditación: durante los cuatro años del ciclo que inicia a partir de la fecha de emisión del certificado de otorgamiento, se efectúan dos evaluaciones de seguimiento, con el fin de monitorizar y comprobar el mejoramiento continuo organizacional. En caso de evidenciar el no cumplimiento de los estándares en cualquiera de las anteriores visitas, la Junta de Acreditación tendrá la discrecionalidad de decidir la continuidad o no de la categoría otorgada a la Institución.

En la figura que se ve a continuación se demuestran claramente las etapas del proceso de acreditación como un ciclo, el cual deberá estar enmarcado siempre en la mejora continua, como común denominador teniendo como fin último conseguir niveles superiores de calidad de la prestación de los servicios de salud por parte de las instituciones.



http://www.acreditacionensalud.org.co/ruta_critica.php?IdSub=120&IdCat=30

Requisitos de entrada

Es muy importante que sepamos que para ingresar al sistema único de acreditación en salud hay ciertos requisitos que la institución debe cumplir, a saber:

Requisitos de presentación

Estos son con el fin de presentar o introducir la institución para iniciar el proceso:

- Solicitud de evaluación.
- Informe de autoevaluación-Parte 1: Perfil de la Institución.
- Informe de autoevaluación-Parte 2: Auto-calificación.

Requisitos técnicos

Son necesarios para, proporcionar la parte técnica y realizar el proceso de la acreditación. Estos requisitos técnicos son:

- Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.
- Código de ética.
- Portafolio de servicios.
- Relación guías de manejo, manuales y procedimientos.
- Código de buen gobierno.
- Comités: reglamento interno y logros.
- Indicadores de gestión.
- Manual de atención al usuario.
- Política de seguridad del paciente.
- Política de humanización.
- Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.
- Portafolio de servicios.
- Planes de mejoramiento.

Requisitos legales

Todos los procesos de mejoramiento continuo de la calidad deben siempre estar acorde con las políticas públicas en salud, y el marco legal vigente, es por esto que para que una institución que presta servicios de salud se acredite se hace necesario que cumpla con los siguientes requisitos:

- Representación Legal.
- Certificado de Cámara y Comercio o Acto Administrativo.
- Registro Único de Proponentes.
- Certificación de Habilitación Actualizado.
- Presupuesto, Balance y Estado de Resultados.
- Relación de fallos, tutelas y Procesos de Investigación.

Manual de estándares de acreditación

Para poder cumplir con el proceso existe el manual de estándares de acreditación para EPS, ARS, y empresas de medicina prepagada, el cual presenta los lineamientos instrumentales que guiarán el proceso de acreditación para dichas instituciones. Se constituye este manual en pieza fundamental para las instituciones que pretendan adelantar procesos de mejoramiento continuo de calidad, a los evaluadores del proceso y los profesionales en salud en general.

Los procesos objeto de la acreditación

Es importante mencionar, dadas algunas particularidades que diferencian entre sí a las Empresas Promotoras de Salud, las Administradoras de Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Pre pagada, se hará referencia explícita cuando un estándar no aplique a una de estas organizacio-

nes o cuando se redacte un estándar específico para alguna de estas. Lo anterior no significa que el resto de estándares de una determinada sección dejen de aplicar en los casos anteriormente mencionados.

Los procesos que se han de tener en cuenta para la acreditación son:

1. Afiliación y activación de derechos: en este se analizan tres grandes tópicos:

El primer tópico es la información que la EPS brinda al ciudadano como pilar fundamental para la toma acertada de las decisiones del mismo.

El segundo tópico son las actividades de registro y afiliación del ciudadano que ha decidido, con base en la información suministrada por la EPS, afiliarse a una determinada organización.

El tercer tópico es el recaudo, donde es importante que la organización describa cuáles son las actividades de educación al empleador y cotizante para identificar y corregir los riesgos potenciales de una no atención al cliente debido a una inadecuada liquidación de aportes.

2. Planeación de la atención: esta planeación de actividades se realiza de acuerdo con información captada del propio cliente y genera:

Identificación de grupos de riesgo.

Perfiles de esos grupos.

Planeación a futuro de actividades de promoción y prevención.

Identificación y planeación de actividades de educación, promoción y prevención.

3. Red de servicios: la cual provee el soporte al cliente para la resolución de sus necesidades.

Hay acciones permanentes en el tiempo, las cuales deben estar presentes a lo largo del proceso; estas son:

Direccionamiento: es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobernabilidad de la organización.

Gerencia: es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobernabilidad interna de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.

Recursos humanos: se enfoca en la gestión del recurso humano desde su planeación hasta su proceso de mejoramiento continuo.

Sistema de información: se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas frente a la información y su uso para las decisiones en cualquier nivel de la organización.

Ambiente físico: incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.

Cada uno de los estándares mencionados anteriormente cuenta con una particularidad en común: el Proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso se encuentra reflejado en los últimos estándares, los cuales son comunes a todas las secciones de estándares e idénticos. Este proceso, que parte desde su planeación misma, pasando por las labores de monitoriza-

ción, identificación de prioridades y su puesta en marcha, con su correspondiente evaluación de resultados y comunicación de los mismos, hace parte integral del núcleo a donde quiere apuntar el Sistema Único de Acreditación, esto es, que la organización no se conforme con demostrar que cuenta con un proceso plasmado en documentos técnicos, sino que a partir de ese planteamiento inicial se desarrollen unos enfoques y se cuente con evidencia y soportes que permitan a la propia organización y al público en general constatar su compromiso con las labores de calidad.¹

A continuación se presenta un esquema de los estándares de acreditación.

Proceso de Acreditación en Salud



¹ <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Manual%20de%20Est%C3%A1ndares%20del%20Sistema%20de%20Acreditaci%C3%B3n%20EAPB%20Resoluci%C3%B3n%201445%20de%202006.pdf>

El siguiente cuadro nos indica enlaces que podemos consultar para aclarar el Sistema Único de Acreditación.

Prestadores	Entidad departamental o distri- tal de salud	EPS	
Normas	Resolución 1445 de 2006 Resolución 2181 de 2008 Resolución 123 de 2012	Resolución 3960 de 2008	Resolución 1445 de 2006
Documentos técnicos	<p>Guía de preparación para la acre- ditación. Manual de Acreditación de Salud Ambulatorio y Hospitalario. Glosario Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitala- rio. Manual de Estándares de Acredi- tación para las Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología.</p> <p>Manual de Estándares de Acredi- tación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud de habili- tación y rehabilitación.</p> <p>Manual de Estándares de Acredi- tación para las Instituciones que ofre- cen servicios de laboratorio clínico. ABC de planes de mejoramiento con enfoque en acreditación.</p>	<p>Guía de preparación para la acre- ditación.</p> <p>Manual de Estándares de Acredita- ción para las Direcciones Territoriales de Salud.</p>	<p>Guía de prepa- ración para la acreditación. Manual de Estándares de Acreditación para Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.</p>
Herramientas	Herramientas para el Mejoramiento de la calidad en la IPS.		
Otros enlaces	Proceso para la postulación a la acreditación.	Proceso para la postu- lación a la acreditación.	Proceso para la postulación a la Acreditación

<http://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-unico-acreditacion-sistemaobligatorio-garantia-calidad.aspx>

Logo símbolo acreditación en Salud

El color del logotipo expresa el sentido de pertenencia del Sistema de Acreditación para los colombianos. La S se asocia con la salud, la seguridad, el servicio y la satisfacción del cliente; la A está relacionada con la acreditación y el proceso de evaluación. La A y la S entrelazadas reflejan la interrelación de los procesos de una institución, para garantizar la calidad, basada en principios éticos, mayores beneficios y menos riesgos para el paciente y la búsqueda constante de oportunidades de mejoramiento. El punto verde indica equilibrio, equidad y a la vez, representa al cliente como centro y razón del servicio.



<http://www.icontec.org/index.php/es/inicio/acreditacion-en-salud>

Finalmente y para mencionar el papel preponderante del profesional de enfermería consideramos que, la acreditación hospitalaria para ocasionar mejorías en la calidad de la asistencia exige un trabajo que tiene por objetivo la interdisciplinaridad y la superación de la fragmentación institucional de la asistencia, haciendo que los profesionales se organicen para entender la lógica del cuidado integral y alcancen consecuentemente la calidad deseada.

Bajo esta perspectiva, el profesional enfermero tiene una actuación fundamental junto a su equipo en el proceso de acreditación, una vez que participa activamente en momentos decisivos, estratégicos y operacionales. La actuación del equipo de enfermería envolvió acciones dirigidas para las dimensiones del cuidar, administrar, enseñar e investigar. De hecho, tiene sentido, la actuación administrativa ejercida considerando que la acreditación es un instrumento y modelo de gestión.

Sin embargo la calidad resultante de la acreditación será reflejada principalmente en el cuidado cotidiano de los pacientes, actividades que son ejecutadas no apenas por el enfermero o por el equipo de enfermería, pero fundamentalmente por un equipo multiprofesional. Ese escenario ocasiona reflexiones importantes en el sentido de incluir más las otras categorías profesionales en el proceso de acreditación, los que juntos con la diversificación de perspectivas, prácticas y métodos podrán proporcionar un cuidado más integral y de calidad.

Los aspectos positivos de la inclusión del profesional de enfermería en el proceso de acreditación, se relacionaron con la posibilidad de obtener madurez profesional; orgullo y satisfacción por ser también los responsables por el reconocimiento del hospital junto a la sociedad; seguridad profesional establecida por medio de rutinas, estandarización y organización

del servicio con recursos materiales, técnicos y humanos más calificados y disponibles; clima organizacional favorable al aprendizaje profesional por los cambios de experiencias y posibilidad de mayores oportunidades en el mercado de trabajo.

Así, considerando la relevancia que tiene la actuación de los profesionales en el proceso de acreditación y las influencias de ese proceso en lo cotidiano del trabajo, en la calidad de servicios y satisfacción de los clientes internos y externos de la organización, convierte a enfermería en pieza clave para lograr dicho proceso (Manzo, 2011).



Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: Sistema de Acreditación



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Autor:
Maria Margarita García

Introducción

Apreciados estudiantes, en esta ocasión vamos a analizar lo concerniente a la Norma ISO (Organización Internacional de Normalización) 9000 - 2000 sobre gestión de la calidad y a la Norma NTCGP 1000-2004 sobre requisitos para la implementación de un sistema de gestión de calidad.

Proteger la salud de las personas es una tarea que va más allá de prestar un servicio. Si en algún sector el concepto de calidad cobra importancia, es precisamente en este, donde la vida es el objetivo primordial a preservar. El sector salud tiene un especial protagonismo, la implementación de sistemas de gestión y especialmente la obtención de la acreditación en salud de las instituciones prestadoras de este servicio, son herramientas que garantizan una atención más humana enfocada en la prevención. Cada vez son más las instituciones que se preocupan por asegurar que sus usuarios reciban la atención prioritaria que merece su caso, acudiendo de este modo a las herramientas que les permita lograrlo.

Recordemos que la calidad es una exigencia preponderante en la atención en salud, que representa una garantía tanto para los usuarios, como para los trabajadores del área de la salud; es por esta razón que la ISO (Organización Internacional de Normalización) que es una federación mundial de organismos nacionales de normalización (organismos miembros de ISO) realiza el trabajo de preparación de las normas internacionales que de manera general se realiza a través de los comités técnicos de la organización, y se refieren a la forma estandarizada de realizar una actividad o un conjunto de ellas, siempre tendiendo al control de las mismas, sea cual sea el carácter de la(s) empresa(s).

Es muy importante conocer y aplicar estas normas ya que son una excelente herramienta para controlar la calidad de los procesos en cualquier tipo de empresa, en nuestro caso en el sector salud.

Metodología

Se recomienda realizar la lectura general de los documentos presentados, es muy importante que revisen los videos recomendados, y realicen otras lecturas de acuerdo a su propia investigación de los contenidos, ya que son materiales que aportan a la comprensión del tema. Recuerden subrayar las ideas principales, tomar nota de lo que les impacte y escribir sobre lo que les llame la atención.

Recuerden que en la modalidad virtual el estudiante es el responsable de su aprendizaje, teniendo en cuenta características como, responsabilidad, autonomía y manejo adecuado del tiempo.

Desarrollo temático

Cuando los países se integran en la dinámica de la globalización, los seres humanos en cualquier tipo de empresa, deben tomar la determinación de modificar las estrategias actuales, para lograr ser mucho más competitivos. Es sencillo y cómodo continuar en la zona de confort realizando los mismos procesos bajo iguales conceptos, ya que el cambio es difícilmente aceptado por las personas que piensan que el futuro es solamente una consecuencia de lo sucedido en el pasado. Para lograr resultados en el nuevo entorno, se requiere llevar a cabo cambios que provoquen estar a la vanguardia de los mercados en los que se quiera ser Líder.

Si se quiere lograr lo anterior, se tiene la opción de implementar las normas ISO y los Sistemas de Aseguramiento de Calidad que permitirán a la institución obtener beneficios que le den un valor agregado con respecto a la competencia. Cabe anotar que los sistemas por sí solos no tienen la capacidad de asegurar su éxito, se debe asegurar la inclusión decidida de todos los que intervienen en la institución. Pero debemos saber que ayudan a conocer mediante los propios sistemas, procedimientos, su medición, el manejo de la información, el estado en el que hacen sus procesos, como los mantienen y guardan y su traslado al cumplimiento de los objetivos con el fin de que la empresa sea competitiva.

En primera instancia la norma es un medio introspectivo para mejorar el estado de la institución y ya que se tienen la cultura y con esto la confianza para ver hacia el exterior, se vuelve una compañía que se vuelca hacia sus usuarios y hacia el mercado.

Es así que con el fin de cumplir el compromiso que conlleva la implantación de sistemas que sean capaces de dar confianza a los directivos y a los usuarios que reciben los servicios que se proporcionan, se debe generar el plan de trabajo que permita gerenciar los procesos administrativos y asistenciales, mediante la planeación, para posteriormente ejercer el liderazgo de modo que se cumpla con los objetivos institucionales y se cumpla con dicha planeación.

Es por lo anterior que los Sistemas de Aseguramiento de Calidad, tienen como objetivo administrar los procesos y no solamente controlar los servicios ofrecidos. Se diseñaron para que el cliente tenga la confianza de que se cumple con lo establecido previamente.

Un sistema de calidad requiere de varias actividades las cuales son:

1. Diseñar, desarrollar, definir e implantar los manuales, sistemas y procedimientos que sean congruentes con la norma.

2. Implantar efectivamente el sistema de calidad previamente diseñado y aplicar la documentación desarrollada para mostrar mediante evidencias se aplicación.
3. Realizar la planificación de la calidad del servicio mediante el análisis de cada una de las operaciones que se requieren para ofrecer un servicio.
4. Utilizar las herramientas de planificación de la calidad, como es el análisis de cómo se pueden presentar las fallas reales o potenciales del proceso de diseño y de transformación del servicio, implantando acciones preventivas al reconocer que pueden presentarse.

Normas ISO

Es un conjunto de normas sobre calidad y gestión de calidad, establecidas por la Organización Internacional de Normalización (ISO). Se pueden aplicar en cualquier tipo de organización o actividad orientada a la producción de bienes o servicios. Las normas recogen tanto el contenido mínimo como las guías y herramientas específicas de implantación como los métodos de auditoría. El ISO 9000 especifica la manera en que una organización opera sus estándares de calidad, tiempos de entrega y niveles de servicio. Existen más de 20 elementos en los estándares de esta ISO que se relacionan con la manera en que los sistemas operan.

La ISO (International Standardization Organization) es la entidad internacional encargada de favorecer normas de fabricación, comercio y comunicación en todo el mundo. Con sede en Ginebra, es una federación de organismos nacionales entre los que se incluyen Icontec en Colombia, AENOR en España, DIN en Alemania, AFNOR en Francia... Entre las normas ISO más utilizadas se encuentran las referentes a las medidas de papel (ISO 216, que contempla los tamaños DIN-A4, DIN-A3,

etc.), los nombres de lenguas (ISO 639), los sistemas de calidad (ISO 9000, 9001 y 9004), de gestión medioambiental (ISO 14000), ISO/IEC 80000 para signos y símbolos matemáticos y magnitudes del sistema internacional de unidades, etcétera. Otras curiosas son la ISO 5775 para marcar los neumáticos y las llantas de bicicleta, ISO 9660 para sistemas de archivos de CD-ROM e ISO 7810 para definir el estándar internacional de las tarjetas de identificación electrónica tipo Visa.

ISO 9000 - Esta serie de normas hace énfasis en la normalización de la administración de los Sistemas de Calidad, está compuesta por las siguientes normas:

ISO 9000. Normas para la administración de la calidad y aseguramiento de la calidad, conformada por las siguientes cuatro (4) partes:

ISO 9001. Modelo para el aseguramiento de la calidad en el diseño/desarrollo, producción, instalación y servicio.

ISO 9002. Modelo para el aseguramiento de la calidad en producción e instalación, servicio.

ISO 9003. Modelo para aseguramiento de la calidad en inspección final y pruebas.

ISO 9004. Elementos para la gestión de administración de la calidad y lineamientos de sistemas de calidad.

Ventajas

La implementación de las normas ISO aunque supone un duro trabajo, ofrece numerosas ventajas para las empresas, como pueden ser:

- Estandarizar las actividades del personal que trabaja dentro de la organización por medio de la documentación.
- Incrementar la satisfacción del cliente al asegurar la calidad de productos y servicios

de manera consistente, dada la estandarización de los procedimientos y actividades.

- Medir y monitorear el desempeño de los procesos.
- Incrementar la eficacia y/o eficiencia de la organización en el logro de sus objetivos.
- Mejorar continuamente en los procesos, para así obtener mejores productos, eficacia, entre otros.
- Incrementar progresivamente los índices de eficiencia sin detrimento de la eficacia de los productos.
- Reducir las incidencias negativas de producción o prestación de servicios.

En este punto es muy importante que revise- mos la siguiente página sobre ISO en el sector salud:

http://www.medigraphic.com/medicospostgraduadosimss/capitulos/Cap_MedTra/MT-act-10.htm

Historia de la normalización

La normalización con base sistemática de la operación y científica nace a finales del siglo XIX, con la Revolución industrial, ante la necesidad de producir más y mejor. Pero el impulso definitivo llegó con la primera Guerra Mundial (1914-1918). Ante la necesidad de abastecer a los ejércitos y reparar los armamentos, fue necesario utilizar la industria privada, a la que se le exigía unas especificaciones de intercambiabilidad y ajustes precisos, nació para limitar la diversidad antieconómica de componentes, piezas y suministros, y favorecer su intercambiabilidad, facilitando la producción en serie, la reparación y mantenimiento de los productos y servicios, así como facilitar las relaciones externas entre países que necesitan piezas estándares y además ofrecen garantías de cumplimiento de requisitos del cliente.

El 22 de diciembre de 1917, los ingenieros alemanes Naubaus y Hellmich, constituyen el primer organismo dedicado a la normalización: NADI - Normen-Ausschuss der Deutschen Industrie - Comité de Normalización de la Industria Alemana. Este organismo comenzó a emitir normas bajo las siglas: DIN que significaban Deustcher Industrie Normen (Normas de la Industria Alemana). En 1926 el NADI cambió su denominación por: DNA - Deutsches Normen-Ausschuss - Comité de Normas Alemanas, que si bien siguió emitiendo normas bajo las siglas DIN, estas pasaron a significar “Das Ist Norm” - Esto es norma y más recientemente, en 1975, cambió su denominación por: DIN - Deutsches Institut für Normung - Instituto Alemán de Normalización. Rápidamente comenzaron a surgir otros comités nacionales en los países industrializados, así en el año 1918 se constituyó en Francia el AFNOR - Asociación Francesa de Normalización. En 1919 en Inglaterra se constituyó la organización privada BSI - British Standards Institution.

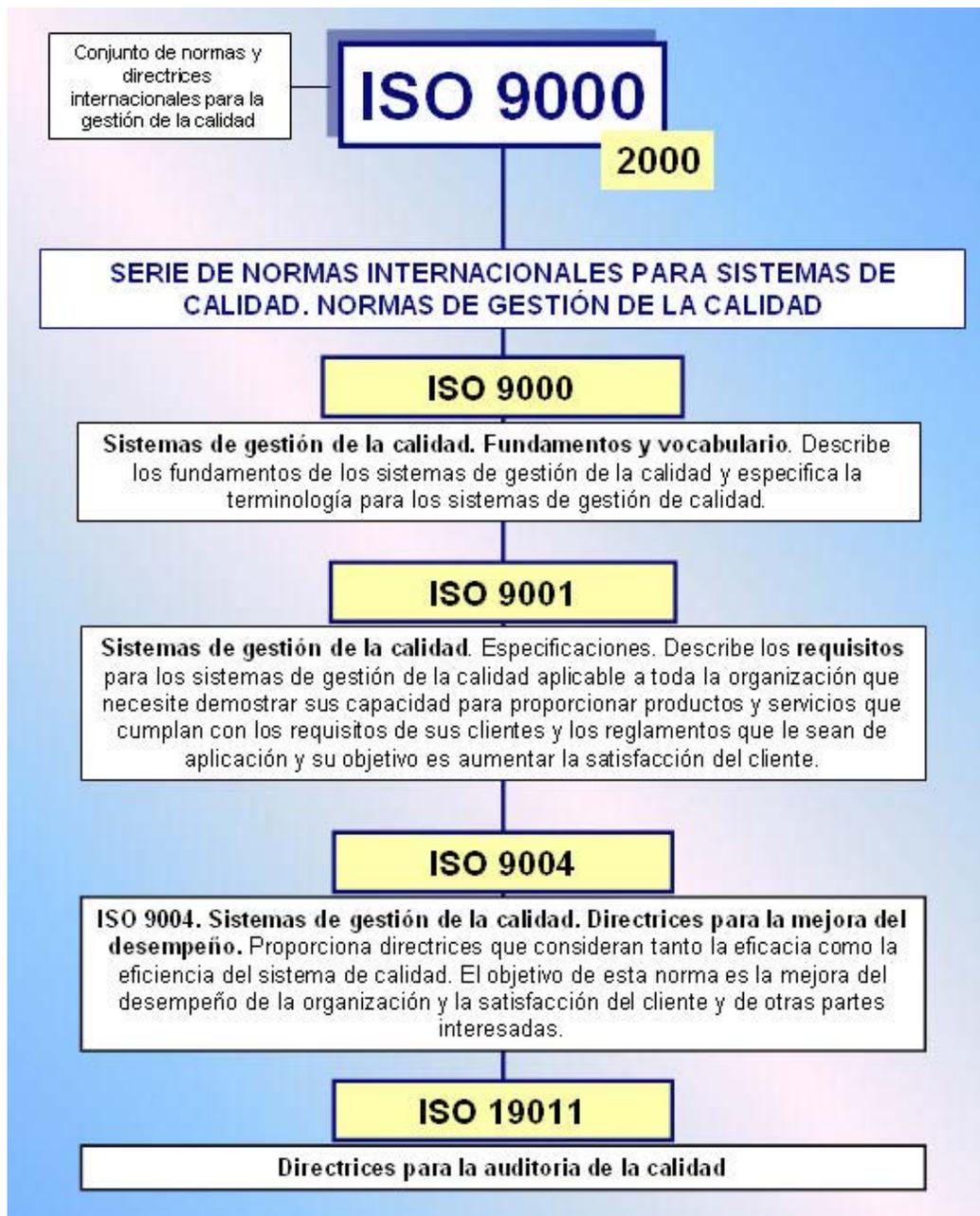
Ante la aparición de todos estos organismos nacionales de normalización, surgió la necesidad de coordinar los trabajos y experiencias de todos ellos, con este objetivo se fundó en Londres en 1926 la: Internacional Federacion of the National Standarization Associations – ISA. Tras la Segunda Guerra Mundial, este organismo fue sustituido en 1947, por la International Organization for Standarization - ISO - Organización Internacional para la Normalización. Con sede en Ginebra, y dependiente de la ONU. Esta familia de normas apareció en 1987, tomando como base la norma británica BS 5750 de 1987, experimentando su mayor crecimiento a partir de la versión de 1994. La versión actual data de 2008, publicada el 13 de noviembre de 2008.

La principal norma de la familia es la ISO

9001:2008: Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos. Otra norma vinculante a la anterior es la ISO 9004:2009 - Sistemas de Gestión de la Calidad - directrices para la mejora del desempeño.

Las normas ISO 9000 de 1994 estaban principalmente dirigidas a organizaciones que realizaban procesos productivos y, por tanto, su implantación en las empresas de servicios planteaba muchos problemas. Esto fomentó la idea de que son normas excesivamente burocráticas.

A continuación se presenta un esquema sobre las normas ISO, con el fin de clarificarlas.



<http://endrino.pntic.mec.es/jhem0027/calidad/normalizacion/normalizacion.html>

En este punto es importante que observemos el siguiente video, <http://www.youtube.com/watch?v=5xS91cHFfME>

Norma NTCGP 1000-2004

El Sistema de Gestión de la Calidad es una filosofía adoptada por las organizaciones para dirigir y evaluar el desempeño institucional orientado al mejoramiento de los productos que se ofrecen al ciudadano.

El estado colombiano a través de la ley 872 de 2003 dio origen a la Norma Técnica de Calidad NTCGP 1000:2004, que determina los requisitos que las entidades públicas deben cumplir para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

El Departamento Administrativo de la Función Pública, como ente facultado por la Ley, brinda apoyo y asesoría a las entidades de la administración pública. La norma NTCGP 1000:2004 documenta los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad para la Rama Ejecutiva del Poder Público y otras Entidades Prestadoras de Servicios, está dirigida a todas las entidades referidas en la ley 872 de 2003 y tiene como propósito mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes.

Dentro de las publicaciones que se pueden encontrar en el departamento como apoyo al proceso de implementación de este sistema, se pueden encontrar:

- Norma Técnica de la Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, actualizada a Versión NTCGP 1000:2009.
- Guía de Diagnóstico para la Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Gestión Pública.
- Guía de Planeación para Implementar el

Sistema de Gestión de la Calidad en la Gestión Pública.

- Guía de Diseño para Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Guía de Evaluación NTCGP 1000:2004.
- Guía de implementación NTCGP 1000:2004.
- Armonización SGC-MECL.
- Normalización de Calidad en la Gestión.

Dentro de la normatividad frente a este Sistema se encuentra, la ley 872 de 2003, mediante la cual crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de servicios a cargo de las entidades y agentes obligados.

A través del Decreto 4110 de 2004, el Gobierno Nacional adoptó la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, mediante la cual se determinan las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad.

Esta norma es de obligatoria aplicación y cumplimiento por parte de las entidades y organismos de la Rama Ejecutiva del Poder y de otras Entidades Prestadoras de Servicios.

Aspectos relacionados con la Certificación del SGC

Sello de calidad: con el fin de dar cumplimiento al Decreto 2375 de 2006, el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, diseñó el logotipo o Sello Oficial de Gestión de la Calidad NTCGP 1000:2004 Sector Público, en el Estado colombiano, para identificar las

entidades que se encuentran acreditadas por la Superintendencia de Industria y Comercio bajo la Norma Técnica NTCGP 1000:2004 y las certificadas por dichos entes acreditados.¹

A continuación enumeraremos aspectos muy importantes a tener en cuenta acerca de la norma:

1. ¿Cuáles son los principios de la NTC GP 1000:2004?

- Enfoque hacia el cliente.
- Liderazgo.
- Participación activa de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas.
- Enfoque basado en los procesos.
- Enfoque del sistema para la gestión.
- Mejora continua.
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones.
- Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores de bienes o servicios.
- Coordinación, cooperación y articulación.
- Transparencia.

2. ¿Cuál es el objeto de la NTC GP 1000:2004?

Esta norma especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad aplicable a entidades a que se refiere la ley 872 de 2003, el cual se constituye en una herramienta de gestión que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades.

3. ¿Cuál es el campo de aplicación de la NTCGP 1000:2004?

¹ http://portal.dafp.gov.co/form/formularios/retrieve_publicaciones?no=628

Los requisitos de esta norma son genéricos por lo cual son aplicables a todas las entidades dentro del alcance de la ley 872 de 2003. Esto quiere decir que el Sistema de Gestión de Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios se puede implementar sin importar su tipo, tamaño, producto o servicio suministrado.

4. ¿Términos y definiciones de la NTCGP 1000:2004?

- Acción correctiva: conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- Acción preventiva: conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
- Auditoría interna: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna.
 - Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos *establecidos*.
 - Control de la calidad: parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.
 - Conformidad: cumplimiento de un requisito. Parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.
 - Documento: información y su medio de soporte.
 - Producto servicio: resultado de un proceso o un conjunto de procesos.
 - Manual de la calidad: documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una entidad.

- **Gestión documental:** conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.
- **Mejora continua:** acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.
- **Objetivo de la calidad:** algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad.
- **Política de la calidad de una entidad:** intención(es) global(es) y orientación(es) relativa(s) a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección de la entidad.
- **Procedimiento:** forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.
- **Procedimiento documentado:** es aquel que se encuentra establecido, implementado y mantenido.

Proceso: conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados:

Procesos estratégicos: incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la dirección.

Procesos misionales: incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.

Procesos de apoyo: incluyen todos aquellos

procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de medición, análisis y mejora.

Registro: documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

Requisito: necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

5. ¿Cuáles son los procedimientos que se deben documentar para dar cumplimiento al Sistema de Gestión Calidad?

La norma en su numeral 4.2.1 literal d, establece que se Debe contar con los documentos Requeridos por la entidad para el cumplimiento de sus objetivos institucionales y que le permitan asegurarse la eficaz planificación, operación y control de procesos. Esto quiere decir que Debemos documentar los procedimientos que consideremos necesarios para ejecutar adecuadamente las actividades y tareas a cargo.²

Requerimientos de la norma

Hay ciertos requerimientos que se deben cumplir para poner en práctica la norma NTCGP 1000; los veremos a continuación:

1. Objetivo y campo de aplicación.

1.1 Generalidades.

1.2 Aplicación.

2. Referencias normativas.

3. Términos y definiciones.

² Cartilla Pedagógica No. 2 Sistema Integrado de Gestión

Sistema de Gestión de Calidad “NTCGP 1000:2004”.
Sistema de Control Interno “MECI 1000:2005”.

4. Sistema de Gestión de la Calidad

4.1 Requisitos generales.

4.2 Requisitos de la documentación.

5. Responsabilidad de la Dirección

5.1 Compromiso de la Dirección.

5.2 Enfoque al usuario.

5.3 Política de Calidad.

5.4 Planificación.

5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación.

5.6 Revisión por la dirección.

6. Gestión de los recursos

6.1 Provisión de recursos.

6.2 Recursos humanos.

6.3 Infraestructura.

6.4 Ambiente de trabajo.

7. Realización del servicio

7.1 Planificación de la realización del servicio.

7.2 Procesos relacionados con el Usuario.

7.3 Diseño y desarrollo.

7.4 Compras.

7.5 Producción y prestación del servicio.

7.6 Control de equipos de seguimiento y de medición.

8. Medición, análisis y mejora.

8.1 Generalidades.

8.2 Seguimiento y medición.

8.3 Control del servicio no conforme.

8.4 Análisis de datos.

8.5 Mejora.

Adicionalmente, la norma exige que como mínimo deban existir 6 procedimientos obligatorios que son los siguientes:

1. Control de documentos (Numeral 4.2.3).

2. Control de los registros (Numeral 4.2.4).

3. Auditoría interna (Numeral 8.2.2).

4. Control de productos y servicios no conformes (Numeral 8.3).

5. Acciones correctivas (Numeral 8.5.2).

6. Acciones Preventivas (Numeral 8.5.3).

En este punto y a modo de ejemplo revisemos el siguiente enlace: http://www.cali.gov.co/publicaciones/el_sistema_de_gestin_de_la_calidad_ntcgp10002009_pub

Del numeral 1, 2 y 3 encontrará las generalidades, el campo de aplicación y los términos y definiciones del SGC.

En el numeral 6 encontrará los requisitos para la Gestión de los Recursos del SGC.

En el numeral 4 encontrará los requisitos generales del Sistema y para la Gestión Documental del SGC.

En el numeral 7 encontrará los requisitos del SGC para realizar la Prestación del Servicio.

En el numeral 5 encontrará los requisitos para evidenciar la responsabilidad de la dirección en la implementación del SGC.

En el numeral 8 encontrará los requisitos del SGC, los requisitos del SGC para la medición, el análisis y la mejora del SGC.





Instrumentos de control



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Proyecto Jurídico Plan 2018 MinEducación (Cic. 4-8)

Autor:
María Margarita García

Introducción

Apreciados estudiantes, en esta semana vamos a tratar lo referente al control y los instrumentos de control, como elementos muy importantes para garantizar la mejora continua de la calidad en la atención en salud en las instituciones.

En los últimos años el tema evaluación de la calidad en la atención ha sido motivo de intensas e interesantes disquisiciones. Para algunos es un aspecto tan sutil y variable de una situación a otra, que no es susceptible de especificación, y consideran que debe ser realizada por los clínicos analizando caso por caso.

Otras personas consideran que puede ser realizada con gran precisión y especificación. La tendencia actual es la de considerar la calidad de la atención como una propiedad compleja, que puede ser sometida a un análisis sistemático y a un control y evaluación aceptable, que, lejos de ser perfecta, es suficiente para los propósitos prácticos de generar información que permita la toma de decisiones, dirigidas a proporcionar calidad para los usuarios de los sistemas de seguridad social en salud.

Recomendaciones metodológicas

La tarea de aprender es un proceso permanente del individuo y el saber leer y autodisciplinarse es absolutamente personal. La formación online (en línea - por conexión a redes) es una tendencia mundial de las nuevas formas de enseñanza (Acosta, 2009).

La autonomía en la educación, consiste en la conciencia que se tiene de aprender, de evolucionar en el conocimiento de un tema específico que permita al individuo mejorar su accionar en la vida cotidiana y cuando se logra esa conciencia, se buscan los recursos, se autorregulan los tiempos de reflexión y la lectura se hace agradable, se establece también un permanente comparativo entre el estado en el cual se inició el proceso de aprendizaje y la evolución que se va logrando en la medida misma en que se tiene acceso a la información y a las actividades de aprendizaje que posibilitan el conocimiento.

Es importante recordar que la modalidad de educación virtual es un sistema educativo que da la posibilidad de un desarrollo disciplinar y le posibilita alcanzar un conocimiento que requiere del estudiante un alto grado de responsabilidad, compromiso, disciplina y autonomía.

Desarrollo temático

Antes de comenzar debemos saber que para evaluar y controlar la calidad de la atención es importante, asimismo, tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención en salud. Los diferentes autores y trabajadores del tema han identificado las cualidades que definiremos a continuación.

Accesibilidad: posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.

Oportunidad: posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

Seguridad: conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.

Pertinencia: garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.

Continuidad: garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.

Satisfacción del usuario: nivel del estado

de ánimo del usuario-paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.

Suficiencia e integridad: provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación.

Racionalidad lógico-científica: utilización del saber científico y de la tecnología disponible para atender los problemas de salud, aplicando los criterios de los enfoques lógico y óptimo.

Seguiremos diciendo que para controlar y evaluar la calidad de la atención es necesario conocer los diferentes enfoques que se tienen para definir esta propiedad. Tradicionalmente se han utilizado dos modelos. El primero desarrollado por Avedis Donabedian (Beirut, Líbano) 1919-2000. El Dr. Avedis Donabedian fue profesor Emérito de Salud Pública por la Universidad de Michigan. Su dilatada labor en la sistematización de conocimientos dentro de las ciencias de la salud, especialmente centrada en la mejora de la calidad asistencial, ha sido reconocida mundialmente y merecedora de diversos galardones). En este modelo se evalúan tres áreas a saber, la estructura, los procesos y

los resultados.

La estructura se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros. Los procesos corresponden al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención. Los resultados representan el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y bienestar de nuestros usuarios, sea individual o colectivos, así como la satisfacción por los servicios prestados.

El segundo modelo, desarrollado por el doctor Ricardo Galán Morera (médico cirujano Universidad Nacional, Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Director del Posgrado en Administración Hospitalaria de la Escuela de Administración de Negocios Bogotá), es mucho más amplio en cuanto áreas de evaluación y posibilidades de inferir sobre los distintos atributos de la calidad, descritos anteriormente, pues analiza el contexto en el cual se presta la atención, la demanda, la oferta, el proceso, los resultados y el impacto (Malagón, 2000).

¿Qué es control?

Ahora debemos definir el concepto de control el cual se entiende como la apreciación del resultado de la ejecución de los planes en relación con los objetivos previamente establecidos, determinando las causas de las posibles desviaciones y las medidas oportunas para su corrección. Con respecto a la calidad, veremos que el control significa propender por la mejora continua de la misma.

El control incluye la vigilancia permanente para asegurarse de si todo cuanto se realiza y está conforme a lo previsto y ordenado. La aplicación del control tiene efectos lógicos, que no deben desestimarse. Es el hecho importan-

te que debe producirse una acción correctiva, que permita encauzar o enmendar la actividad desviada.

El proceso de control consta de un conjunto de pasos perfectamente definidos y para que exista el mismo, tenga sentido y eficacia es necesario cumplir con ese requisito. Tales pasos son:

- Precisar la norma o base de control.
- Apreciar y considerar lo que ha realizado.
- Comparar los resultados con las normas o bases del control.
- Calificar esos resultados.
- Aprobar o improbar los resultados obtenidos.
- Introducir los correctivos a que hubiere lugar.

Fases del proceso de control

Las técnicas y sistemas de control son esencialmente los mismos trátese de: dinero en efectivo, procedimiento de oficina, moral de los empleados, calidad del servicio prestado o cualquier otra cosa. Dondequiera que se encuentre y cualquiera que sea el objeto del control, las fases que debe cumplir son las siguientes:

1. Establecimiento de normas: debido a que los planes son el punto de referencia para la creación de controles por parte de los administradores, el primer paso del proceso de control es lógicamente establecer planes. Sin embargo, puesto que los planes varían en lo que se refiere a su grado de detalle y complejidad, y dado que por lo general los administradores no pueden vigilarlo todo, es preciso establecer normas especiales. Por definición las normas son sencillamente criterios de desempeño, a su vez son los puntos seleccionados en un programa de planeación en su totalidad en

los cuales habrán de tomarse medidas de desempeño para que los administradores puedan recibir señales de cómo marchan las cosas a fin de que no tengan que vigilar cada paso de la ejecución de los planes. Existen muchos tipos de normas, entre las mejores se encuentran las metas u objetivos.

2. Medición del desempeño y comparación del desempeño con el estándar y comprobación de las diferencias si existen. La medición de desempeño con base en normas debe realizarse idealmente con fundamento en la previsión, a fin de que las desviaciones puedan detectarse antes de que ocurran y evitarse mediante las acciones apropiadas. Si las normas son adecuadamente trazadas y se dispone de medios para determinar con toda precisión que hacen los subordinados, la evaluación del desempeño real o esperado se facilita enormemente.
3. Corrección de desviaciones: las normas deben reflejar los diversos puestos de una estructura organizacional, si el desempeño se mide en correspondencia con ellas, es más fácil corregir desviaciones en la asignación de las labores individuales o grupales, los administradores deben saber dónde exactamente aplicar las medidas correctivas

Condiciones del control

El proceso de control se hace más efectivo cuando se dan ciertas condiciones que facilitan su aplicación y lo hacen más eficaz.

Esas condiciones son calificadas como principios y pueden agruparse en tres tipos básicos:

■ **Por su propósito y naturaleza:**

Se fundamenta en objetivos que permiten la orientación definida y el poder introducir

los correctivos cuando sea necesario.

Eficiencia: para poder precisar entre lo planificado y lo realizado.

Responsabilidad directriz: mantenimiento de adecuados procedimientos que le permitan a la dirección ejercer sus funciones.

Proyección: para orientar las actuaciones futuras con base lo pasado y presente.

Establecimiento de medios directos de información y análisis: para controlar y garantizar la cantidad y calidad de las labores del cuerpo social y evitar controles indirectos.

■ **Por su estructura organizativa y sus planes:**

Debe estar basado en planes; sin esto no existen condiciones para el control y a través de ello, por el contrario, se asegura el cumplimiento de los planes.

Tiene que estar encuadrado y adaptado a la organización, y esta debe ser una eficiente, con una efectiva comunicación, dirección y coordinación, en donde se apliquen adecuadamente los principios de la administración científica.

■ **De acuerdo a su proceso:**

El control requiere técnicas, métodos y experiencias para su aplicación eficaz y, en consecuencia, necesita de ciertas condiciones y principios tales como: El establecimiento de medidas o estándar, que permitan mediciones cuantificables y controles de calidad. Esto se hace más difícil cuando se trata de medir no volúmenes, sino calidad en las labores más que en los productos; por ejemplo, las labores de dirección, profesional y técnica.

El ciclo del control

Consta de cuatro etapas principales las cuales se detallan a continuación:

1era etapa. Establecimiento de estándares de desempeño: los estándares son unidades de desempeño deseados, y funcionan como parámetros de comparación contra los cuales evaluar el desempeño real. Es posible establecer estándares para cualquier actividad: financiera, operativa, legal, de beneficencia y otras. Toda organización se fija metas, en cuanto a rendimiento, innovación, satisfacción de grupo.

2da etapa. Medición del desempeño: en esta etapa se evalúan los niveles de desempeño, como por ejemplo: las unidades producidas, días de ausencia, documentos archivados, muestras distribuidas y los mismos provienen de tres fuentes: informes por escrito, informes orales y observaciones personales.

3era etapa. Comparación del desempeño con el estándar: en este proceso el gerente evalúa el desempeño, en algunas actividades se admiten algunas pequeñas desviaciones del estándar, mientras que en otras la más leve puede ser grave. Por lo tanto los gerentes encargados del control deben analizar y evaluar los resultados con cuidado.

4ta etapa. Tomar medidas correctivas: este paso va a garantizar que las operaciones se ajusten donde sea necesario a fin de alcanzar los resultados que se planearon en un principio.

Por lo común la acción correctiva es tomada por quienes tienen autoridad sobre el desarrollo real.

A continuación establecemos un esquema del ciclo de control para su análisis y comprensión.



http://www.upf.edu/hipertextnet/_img/100000000000168000013BE448ACF4.gif

Diseño de sistemas de control efectivos

Los sistemas de control efectivo maximizan los beneficios potenciales y minimizan los comportamientos disfuncionales. Para lograr esto, la administración necesita diseñar sistemas de control que 1) Se basen en estándares validos de desempeño, 2) Comuniquen información adecuada a los empleados 3) Sean aceptables para los empleados 4) Utilicen enfoques múltiples.

1. Establecimiento de estándares de desempeño validos: un sistema de control efectivo debe fundamentarse en estándares válidos y precisos de desempeño. El sistema debe incorporar todos los aspectos importantes del desempeño, igualmente debe tomar en cuenta el exceso de medidas que dan lugar a un control excesivo y a la resistencia de los empleados. Para que haya tolerancia a muchos controles, los gerentes pueden concentrarse en unas cuantas áreas clave mientras establecen estándares satisfactorios de desempeño en otras o establecer prioridades simples.
2. Suministro de información adecuada: la administración debe comunicarse en forma adecuada con los empleados para transmitirles la importancia y naturaleza del sistema de control. Las personas deben recibir retroalimentación acerca de su desempeño, esta los motiva y le da información que le permita corregir sus desviaciones de los estándares de desempeño. Cuando se permite que la gente se auto corrija se fomenta el autocontrol y se elimina la necesidad de supervisores externos.
3. Aseguramiento de la aceptación de los empleados: es menos probable que los empleados resistan un sistema de control y exhiban comportamientos disfuncionales

si aceptan el sistema, asimismo es más probable que acepten los sistemas que incluyen estándares útiles de desempeño pero no son demasiado controladores. El sistema de control debe subrayar el comportamiento positivo y no enfocarse solamente en controlar el comportamiento negativo, así como también una de las mejores maneras de establecer estándares razonables y lograr así que los empleados acepten el sistema de control es establecer los estándares con la participación de ellos.

4. Utilización de enfoques múltiples: deben incluir objetivos financieros y no financieros e incorporar aspectos de control preeliminar, concurrente y retroalimentación.

Cualidades de un sistema de control eficiente

Los sistemas de control eficientes tienden a tener ciertas cualidades en común; la importancia de estas cualidades varía con la situación, pero podemos generalizar que las características siguientes pueden hacer a un sistema de control más eficiente:

Precisión: un sistema de control que genera información poco precisa puede dar como resultado fallas de la administración para tomar la acción cuando es necesaria o responder a un problema inexistente. Un sistema de control preciso es confiable y genera información válida.

Oportunidad: los controles deben llamar la atención de la administración sobre las variaciones en el tiempo para evitar serias transgresiones en el desempeño de una unidad. La mejor información tiene poco valor si se da atrasada. Por tanto, un sistema de control eficiente debe ofrecer información oportuna.

Economía: un sistema de control debe funcionar de manera económicamente razonable.

Cualquier sistema de control tiene que justificar los beneficios que ofrece en relación con los costos en que incurre. Para reducir costos, la administración debe tratar e imponer una cantidad de control mínima que resulta necesaria para generar los resultados deseados.

Flexibilidad: los controles efectivos deben ser bastante flexibles para ajustarse a los cambios adversos o aprovechar las nuevas oportunidades. Pocas organizaciones cuentan con ambientes tan estables que no tengan necesidad de flexibilidad.

Comprensión: los controles que no pueden ser comprendidos no tienen valor, por tanto, en ocasiones es necesario sustituir los controles menos complejos por instrumentos sofisticados. Un sistema de control difícil de comprender puede provocar errores innecesarios, empleados frustrados y por último que sea ignorado.

Criterio razonable: los criterios de control deben ser razonables y alcanzables, sin ser demasiado altos o no razonables, ya no motivan, así mismo, los controles deben imponer criterios que desafíen y animen a las personas a alcanzar niveles de desempeño superiores sin desmotivar o alentar una decepción.

Ubicación estratégica: la administración no puede controlar todo lo que sucede en una organización. Aun cuando se pudiera, los beneficios no justificarían los costos. Los administradores deben establecer controles en los factores que son estratégicos para el desempeño de la organización; los controles deben cubrir actividades, funciones y eventos críticos dentro de la organización.

Énfasis en la excepción: debido a que los administradores no pueden controlar todas las actividades, deben establecer sus instrumentos de control estratégico de manera que dichos instrumentos puedan llamar la atención solo

sobre las excepciones.

Criterio múltiple: los administradores y empleados en la misma medida buscarán «verse bien» en relación con los criterios que se controlan, si la administración controla mediante una sola medida como la utilidad de la unidad, el esfuerzo se dirigirá solo a salir bien sobre ese estándar.

Acción correctiva: un sistema de control efectivo no solo señala cuando se presenta una desviación significativa en el estándar, también sugiere que acción se debe tomar para corregir la desviación. Esto es que debe señalar el problema y especificar la solución.¹

El control total de la calidad

Se refiere al énfasis de calidad que enmarca la organización entera, desde el proveedor hasta el usuario de los servicios. La administración de la calidad total enfatiza el compromiso administrativo de llevar una dirección continua y extenderla a toda la institución, hacia toda la excelencia en todos los aspectos.

Lineamientos básicos para un control total de calidad

Mejoramiento continuo: la administración del control de la calidad requiere de un proceso constante, que será llamado mejoramiento continuo, donde la perfección nunca se logra pero siempre se busca.

Involucrar al empleado: se ha detectado que el mayor porcentaje de los problemas de calidad tiene que ver con los materiales y los procesos y no con el desempeño del empleado por lo tanto la tarea consiste en diseñar el equipo y los procesos que produzcan la calidad deseada. Esto se puede lograr con un alto grado de compromiso de todos aquellos invo-

¹ <http://www.monografias.com/trabajos34/control-calidad/control-calidad.shtml>

lucrados con el sistema en forma diaria ya que lo entienden mejor quien mide: las técnicas para construir la confianza de los empleados incluyen:

- La construcción de redes de comunicación que incluyan los empleados.
- Supervisiones abiertas y partidarias.
- Mudar la responsabilidad de administración y asesoría a los empleados de producción.
- Construir organizaciones con moral alta.
- Técnicas formales como la creación de equipos y círculos de calidad.

Círculos de calidad: es un grupo formado por empleados voluntarios, que se reúnen en forma regular para resolver problemas relacionados con el trabajo, reciben capacitación de planeación en grupo, solución de problemas y control estadístico de la calidad.

Conocimiento de herramientas: debido a que se desea confiar en los empleados para instrumentar la administración del control de calidad total, y este es un esfuerzo continuo, cada uno en la organización, debe ser entrenado en las técnicas de administración del control total de la calidad. Entre sus herramientas se encuentran:

Despliegue de funciones de calidad.

Gráficas de Pareto.

Diagramas de causas y efectos.

Gráficas de flujo.

Control estadístico del proceso.

La aplicación de técnicas e instrumentos de control es muy importante para hacer el proceso constante y documentado. Las más em-

pleadas para efectuar el control son:

1. Informes.
2. Supervisiones y auditorías.
3. Estudios de tiempos y movimientos.

A continuación veremos en detalle cada uno de ellos:

1. **Informe:** es un texto escrito en prosa con el objetivo de informar sobre hechos o actividades concretas a un determinado lector o lectores. “Es una exposición de los datos obtenidos en una investigación de campo o bibliográfica sobre un determinado tema; por eso, su propósito es principalmente informativo” (Veronicazib, 2012).

El propósito del informe, como su propio nombre indica, es informar. Sin embargo, los informes pueden incluir elementos persuasivos, tales como recomendaciones, sugerencias u otras conclusiones motivacionales que indican posibles acciones futuras que el lector del informe pudiera adoptar.

- Es un texto expositivo.
- Es un texto explicativo.
- Tiene como propósito dar información sobre resultados de investigación.
- Se centra en un tema determinado.
- Utiliza un lenguaje objetivo.
- Se escribe en tercera persona.
- La estructura predominante es la enunciativa.
- En este tipo de textos también está presente una estructura argumentativa.
- En ellos también aparece la estructura descriptiva porque se describen hechos.

Es importante que las enunciaciones vayan acompañadas de tablas, datos, gráficos y do-

cumentación complementaria que puede ir a manera de apéndice o anexos. La información contenida debe ser fiable y clara, ya que con base en la misma, se generan cambios y se toman decisiones.

Clases de informes

Teniendo en cuenta los objetivos, el informe se clasifica en: expositivo, demostrativo e interpretativo.

Informe expositivo: se caracteriza por la descripción de un hecho o una secuencia de hechos carente de interpretaciones personales.

Informe demostrativo o investigativo (científico y técnico): el autor presenta su hipótesis, la descripción de todos los pasos que ha seguido para su demostración y las conclusiones.

Informe interpretativo: a diferencia de los anteriores, en este tipo de informe, no solo se presentan y describen hechos, también es necesario interpretarlos y analizarlos lo que constituye el fundamento para la toma de decisiones y conclusiones. Este tipo de informe presenta análisis y recomendaciones, hecho que lo caracteriza más como un texto argumentativo que como uno expositivo. Según los contenidos y fines específicos se clasifican en: de lectura, de salida de campo y de laboratorio, entre otros.

2. Supervisión y auditoría: Es el control y verificación permanente del estado de los procedimientos, métodos, condiciones, procesos, productos o servicios y, análisis de registros por comparación con referencias establecidas para asegurar que se cumplan los requisitos de calidad especificados. La supervisión de la calidad puede ser efectuada por un cliente o por un representante de él.

La supervisión en la práctica del asesoramiento a equipos y grupos de trabajo pretende ser un instrumento de evaluación continua y de gestión de la calidad. A través de la acción supervisora de un asesor los miembros de equipos y grupos de trabajo pueden observar cómo se está realizando el trabajo en procura del mejoramiento continuo de la calidad.

Los sistemas pueden cambiar sus procesos de modo que se ajusten mejor a las demandas de los usuarios y a los objetivos de sus servicios. Así que la supervisión se convierte en un proceso continuado de evaluación durante y de gestión de la calidad. El supervisor ayuda a la reflexión, al mejoramiento, en fin a controlar los procesos garantizando así la calidad en la atención.

Objetivos:

Implementar un sistema de principios, métodos y procedimientos que indiquen el funcionamiento de la organización en todos sus procesos y áreas de la institución.

Beneficios:

Obtener un sistema con técnicas y actividades de carácter operacional utilizadas para satisfacer los requisitos relativos a la calidad. Mantener bajo control los procesos y eliminar las causas que generan comportamientos insatisfactorios en etapas importantes del ciclo de calidad para conseguir mejores resultados.

Los programas de supervisión de la calidad pueden ser muy diversos y resultarán más eficaces si se les individualiza para responder a las necesidades de una organización en particular. Si bien cada programa es diferente, los programas exitosos de supervisión de la calidad poseen ciertas características clave que son esenciales para el funcionamiento eficiente del programa. A continuación se describen los pa-

para realizar una adecuada supervisión:

Primer paso: confirme el compromiso de los líderes de su organización y establezca una estructura organizacional de apoyo:

Establezca el apoyo de los líderes del programa para la supervisión de la calidad y confirme el compromiso.

Asigne recursos para apoyar actividades de supervisión de la calidad.

Proporcione entrenamiento para el uso de herramientas y técnicas de mejoramiento continuo de la calidad a todos los niveles del personal, incluso a los líderes de la organización.

Establezca un método para informar al personal en todos los niveles, incluso a los líderes de la organización y a la junta directiva, acerca de las iniciativas de supervisión de la calidad.

Delinee las expectativas del personal en cuanto a la supervisión de la calidad.

Delinee las responsabilidades específicas del personal en cuanto a la supervisión de la calidad.

Segundo paso: establezca un plan de supervisión de la calidad:

Cree un equipo guía de calidad o un comité directivo, o utilice las reuniones de los líderes de su organización para revisar el programa de supervisión de la calidad.

Desarrolle un plan de supervisión de la calidad para la organización, que identifique las metas y los objetivos para el programa de supervisión de la calidad.

Establezca prioridades de supervisión de la calidad.

Desarrolle un calendario anual de actividades.

Clarifique las responsabilidades del personal en cuanto a la supervisión de la calidad.

Tercer paso: determine medidas de desempeño y obtenga información de base:

Basándose en las prioridades de supervisión de la calidad, determine medidas de desempeño.

Desarrolle indicadores para medir el desempeño.

Defina la población a medir y delinee los criterios de elegibilidad.

Cree un plan de recolección de datos que incluya: estrategia de muestreo; determine el método de recolección de datos, por ej.: diagramas de abstracción, entrevistas, etc.

Cree herramientas de recolección de datos:

Cree instrucciones para usar las herramientas de recolección de datos. Capacite al personal que va a recolectar los datos.

Realice una prueba piloto de la herramienta.

Establezca el método de comunicación con el personal sobre el proceso de medición.

Cuarto paso: analice la información:

Analice la información y revise los resultados.

Identifique las áreas de las que necesita información adicional.

Si posee información histórica, compare para detectar tendencias.

Exponga y distribuya la información para comunicar hallazgos y resultados.

Identifique las áreas que deben mejorarse y

seleccione un proyecto de mejoramiento de la calidad.²

3. Estudios de tiempos y movimientos: es una herramienta para la medición de trabajo utilizado con éxito desde finales del Siglo XIX, cuando fue desarrollada por Taylor. A través de los años dichos estudios han ayudado a solucionar multitud de problemas de producción y a reducir costos. Es una actividad que implica la técnica de establecer un estándar de tiempo permisible para realizar una tarea determinada, con base en la medición del contenido del trabajo del método prescrito, con la debida consideración de la fatiga y las demoras personales y los retrasos inevitables.

Objetivos

Minimizar el tiempo requerido para la ejecución de trabajos. Conservar los recursos y minimizan los costos. Efectuar la producción sin perder de vista la disponibilidad de energéticos o de la energía. Proporcionar un producto que es cada vez más confiable y de alta calidad.

Sea cual sea el instrumento que se aplique para controlar y evaluar la calidad, es importante aplicarlos de forma sistemática y con el fin último de la mejora continua de los procesos en la atención.

Pretendiendo resumir todo lo anteriormente visto, es necesario puntualizar primero que la calidad de la atención es un concepto complejo, con múltiples atributos, procesal y temporal. Debido a que son muchas las definiciones que actualmente existen sobre calidad en salud y su manera de abordarla, ello ha originado la aparición de una diversidad de enfoques para su medición. Por tanto al pretender evaluar al

² <http://es.scribd.com/doc/57424491/Guia-Para-Supervisor-La-Calidad>

componente subjetivo de esta (satisfacción) se han presentado problemas: conceptuales (qué concepto se emplea al referirnos a la satisfacción), metodológicos (cómo medirla: global o por componentes o dimensiones), e instrumentales (con qué instrumentos se evalúa).

Se puede evaluar la satisfacción con la atención a través de la percepción que tienen los pacientes y familiares, y a su vez identificar cuáles elementos de la atención determinan su satisfacción o insatisfacción; así como la percepción de los propios proveedores e identificación de cuáles elementos de su trabajo afectan su satisfacción laboral. Del mismo modo, realizar esta evaluación lleva a no despreciar la perspectiva global con instrumentos con fuerte confiabilidad y validez.

Al evaluar la satisfacción de los usuarios de salud así como la de los proveedores no sólo se obtiene un indicador de la excelencia, sino que se perfecciona un instrumento de la excelencia.

Pero qué pasa con la evaluación de la calidad en enfermería

Montiel (1992), describe que la calidad de atención de enfermería implica el conocimiento profundo, tanto de las necesidades del paciente, como de cada una de las fases del proceso de atención de enfermería, así como la máxima eficiencia en su realización, además que la calidad también se determina por la accesibilidad de los servicios, en cuanto a poder obtener la atención, y algo importante para obtenerla es la continuidad en la misma y la del paciente. Según Long (1980), la calidad de la atención es una actividad de control de la práctica de la enfermería; como tal, abarca las relaciones entre las enfermeras y los pacientes.

El concepto así entendido constituye un reto para enfermería en su continuo avance como

ciencia, para proporcionar modelos directivos idóneos a la época actual, con la intención de, por un lado, mejorar el rendimiento y efectividad de la atención de la salud donde además se pretende encontrar en la conformación de lo que es el quehacer diario de enfermería como una dualidad teórico - práctica, por otro lado, conducir a la toma de decisiones favorables para satisfacer las expectativas del paciente (López y Yedra, 1992).

Donabedian (1982), menciona que la valoración de la calidad es un juicio que se realiza en el proceso de atención de enfermería, cuando se refiere a lo que se debe evaluar de la calidad de la atención; hace énfasis en que se deben restablecer criterios y estándares que permitan hacer un juicio sobre el proceso de calidad de atención. Como ya dijimos arriba, él introdujo tres métodos principales de evaluación a la atención de calidad. Estos métodos son: a) Estructura, la cual incluye evaluar los instrumentos usados para proporcionar atención tales como las facilidades, equipo, características de la organización administrativa, mezcla de clientes y las calificaciones de los proveedores de atención; b) Proceso, que incluye actividades de evaluación relacionada a los estándares y expectativas de los proveedores de salud en el manejo de atención al cliente; y c) Resultados, que se refiere a los cambios netos que ocurren como resultado de la atención de la salud.

Los datos para las evaluaciones estructurales pueden obtenerse de documentos existentes de una institución o de una inspección de las instalaciones. Por ejemplo, si uno requiere hacer un estudio de evaluación de la estructura en la enfermería, uno podría ver la proporción de enfermeras y clientes, la preparación educativa de las enfermeras, la proporción de enfermeras y clientes con diferentes niveles de discapacidad y las responsabilidades definidas de las enfermeras con diferentes preparaciones

educativas en la estructura organizacional y sus responsabilidades reales.

Dos supuestos principales se relacionan a los estudios orientados a la estructura, el primero establece que si la estructura organizacional es óptima, mejor atención será proporcionada y el segundo plantea que la calidad de la organización, la estructura física y el personal puedan ser descritos. Los datos para las evaluaciones de proceso pueden reunirse a través de la observación directa durante el encuentro del proveedor de cuidado con el paciente y con la revisión de los registros de enfermería.

Un instrumento de auditoría con criterios establecidos para evaluar el desempeño de enfermería es un ejemplo de método útil para un estudio de enfermería orientado al proceso. La base para un estudio orientado al proceso puede estar dirigida a la observación de la atención del cliente usando un protocolo de encuentro, que identifica las actividades de la enfermera en relación a la toma de procedimientos de la prevención de enfermedad y promoción de la salud y mantenimiento de registros. Los supuestos detrás de los estudios de evaluación de proceso son:

Primero, la atención de la salud es necesaria para prevenir la enfermedad y mantener o promover la salud; segundo, que la buena atención de la salud conduce a buenos resultados; tercero, que los elementos de la buena atención de la salud pueden ser definidos (Openshaw, 1984). Los datos para las evaluaciones de resultado pueden reunirse a partir de la revisión de registros de estadísticas, entrevistas telefónicas o en persona con los clientes (Fagin, 1982).

Otro aspecto de gran importancia a considerar, es el de prestar mayor atención a los consumidores de servicios de salud (paciente), como agentes que al expresar su opinión permiten

incrementar la calidad del cuidado. Se debe considerar que estos pueden ser productos de la atención para la salud, ya que generan la atención al participar activamente en su propio cuidado; son fijadores de pautas de atención, ya que ellos establecen los estándares al expresar sus preferencias en cuanto a los métodos, las circunstancias y los resultados de la atención y son reguladores de la atención porque deciden cuál deben recibir o rechazar. Finalmente, los mismos pacientes juzgan, controlan y evalúan el cuidado al expresar su satisfacción o insatisfacción ante sus diversos aspectos y consecuencias (Aguirre, 1992).



Indicadores de gestión



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Proyecto Jurídico Para 2018 Innovación (Cic. 5-8)

Autor:
Maria Margarita García

Introducción

En esta semana desarrollaremos el tema de indicadores de gestión como paso decisivo en el control y mejora de la calidad de la atención en los servicios de salud, recordemos que la importancia del control radica en: la fijación de estándares de actuación, la comprobación de los resultados reales, frente a los estándares fijados, la toma de decisiones correctas cuando los resultados reales, no satisfacen los estándares y la puesta en marcha de una acción correctiva.

Dado lo anterior, las mediciones, tanto cualitativa, como cuantitativa son muy importante a la hora de tomar decisiones para la mejora continua, realizando planes con el fin de obtener los resultados esperados de acuerdo con los objetivos planteados, aquí es de gran relevancia la medición que se haga utilizando los indicadores de gestión.

Comencemos pues con tan interesante y relevante tema.

Recomendaciones metodológicas

Es importante recordar que la modalidad de educación virtual es un sistema educativo que da la posibilidad de un desarrollo disciplinar y le facilita alcanzar un conocimiento que requiere del estudiante un alto grado de responsabilidad, compromiso, disciplina y autonomía.

El aprendizaje autónomo en el cual las actividades se desarrollan de forma individual tiene como fundamento el autocontrol, los estudiantes deben leer muy bien, en forma responsable y cumplida los documentos planteados.

Por tanto, le sugiero que lea cuidadosamente el texto y reflexione sobre su contenido, tome notas, glose el texto, subráyelo, interróguelo, dese cuenta dónde se formulan definiciones, donde se presentan ejemplos, donde se hacen análisis, de formulan síntesis, o se sacan conclusiones.

Trate de realizar con la mayor conciencia y responsabilidad cada una de las actividades que se le proponen.

Desarrollo temático

Todas las actividades pueden medirse con parámetros que enfocados a la toma de decisiones son señales para monitorear la gestión, así se asegura que las actividades vayan en el sentido correcto y permiten evaluar los resultados de una gestión frente a sus objetivos, metas y responsabilidades. Estas señales son conocidas como indicadores de gestión.

Pasemos a definir que es un indicador. Es la relación entre las variables cuantitativas o cualitativas, que permite observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el objeto o fenómeno observado, respecto a objetivos y metas previstas e influencias esperadas.¹

Otra definición que permite clarificar el concepto sería: es la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de un proceso, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se toman acciones correctivas o preventivas según el caso.²

El concepto de indicadores de gestión, remon-

¹ Icontec: <http://www.pascualbravo.edu.co/site/pdf/calidad/indicadores.pdf>

² <http://www.escuelagobierno.org/inputs/los%20indicadores%20de%20gestion.pdf>

ta su éxito al desarrollo de la filosofía de calidad total, creada en los Estados Unidos y aplicada acertadamente en Japón.

Al principio su utilización fue orientada más como herramientas de control de los procesos operativos que como instrumentos de gestión que apoyarán la toma de decisiones. En consecuencia, establecer un sistema de indicadores debe involucrar tanto los procesos operativos como los administrativos en una organización, y derivarse de acuerdos de desempeño basados en la misión y los objetivos estratégicos.

Un indicador es una medida de la condición de un proceso o evento en un momento determinado. Los indicadores en conjunto pueden proporcionar un panorama de la situación de un proceso, de un negocio, de la salud de un enfermo o de las ventas de una compañía.

Empleándolos en forma oportuna y actualizada, los indicadores permiten tener control adecuado sobre una situación dada; la principal razón de su importancia radica en que es posible predecir y actuar con base en las tendencias positivas o negativas observadas en su desempeño global.

Los indicadores son una forma clave de retroalimentar un proceso, de monitorear el avance o

la ejecución de un proyecto y de los planes estratégicos, entre otros. Y son más importantes todavía si su tiempo de respuesta es inmediato, o muy corto, ya que de esta manera las acciones correctivas son realizadas sin demora y en forma oportuna.

No es necesario tener bajo control continuo muchos indicadores, sino sólo los más importantes, los claves. Los indicadores que engloben fácilmente el desempeño total del negocio deben recibir la máxima prioridad. El paquete de indicadores puede ser mayor o menor, dependiendo del tipo de negocio, sus necesidades específicas entre otros.

Beneficios derivados de los indicadores de gestión

Entre los diversos beneficios que puede proporcionar a una organización la implementación de un sistema de indicadores de gestión, se tienen:

■ **Satisfacción del cliente**

La identificación de las prioridades para una empresa marca la pauta del rendimiento. En la medida en que la satisfacción del cliente sea una prioridad para la empresa, así lo comunicará a su personal y enlazará las estrategias con los indicadores de gestión, de manera que el personal se dirija en dicho sentido y sean logrados los resultados deseados.

■ **Monitoreo del proceso**

El mejoramiento continuo sólo es posible si se hace un seguimiento exhaustivo a cada eslabón de la cadena que conforma el proceso. Las mediciones son las herramientas básicas no sólo para detectar las oportunidades de mejora, sino además para implementar las acciones.

■ **Benchmarking** (proceso sistemático y

continuo para evaluar comparativamente los productos, servicios y procesos de trabajo en organizaciones).

Si una organización pretende mejorar sus procesos, una buena alternativa es traspasar sus fronteras y conocer el entorno para aprender e implementar lo aprendido. Una forma de lograrlo es a través del benchmarking para evaluar productos, procesos y actividades y compararlos con los de otra empresa. Esta práctica es más fácil si se cuenta con la implementación de los indicadores como referencia.

■ **Gerencia del cambio**

Un adecuado sistema de medición les permite a las personas conocer su aporte en las metas organizacionales y cuáles son los resultados que soportan la afirmación de que lo está realizando bien.

Características de los indicadores de gestión:

Los indicadores de gestión deben cumplir con unos requisitos y elementos para poder apoyar la gestión para conseguir el objetivo. Estas características pueden ser:

■ **Simplicidad:** puede definirse como la capacidad para definir el evento que se pretende medir, de manera poco costosa en tiempo y recurso.

■ **Adecuación:** entendida como la facilidad de la medida para describir por completo el fenómeno o efecto. Debe reflejar la magnitud del hecho analizado y mostrar la desviación real del nivel deseado.

■ **Validez en el tiempo:** puede definirse como la propiedad de ser permanente por un periodo deseado.

■ **Participación de los usuarios:** es la habilidad para estar involucrados desde el diseño, y debe proporcionárseles los recursos

y formación necesarios para su ejecución. Este es quizás el ingrediente fundamental para que el personal se motive en torno al cumplimiento de los indicadores.

- **Utilidad:** es la posibilidad del indicador para estar siempre orientado a buscar las causas que han llevado a que alcance un valor particular y mejorarlas.
- **Oportunidad:** entendida como la capacidad para que los datos sean recolectados a tiempo. Igualmente requiere que la información sea analizada oportunamente para poder actuar.

Tipos de indicadores

Existen muchos tipos de indicadores, según diferentes autores, vamos a escoger los que más faciliten la medición de la calidad.

De eficiencia: es la relación entre los resultados obtenidos por la prestación de un servicio y los recursos (costos, tiempo, insumos) que se emplearon para prestarlo.

De eficacia: miden resultados esperados de prestar un servicio a los usuarios o de elaborar un producto.

De efectividad: sumatoria de la eficiencia y la eficacia en el accionar de una institución. Se puede ser muy eficiente pero muy poco eficaz, o viceversa.

Construcción de un indicador

Un indicador debe contener:

1. Proceso: identifica el nombre del proceso al cual pertenece el indicador
Ej.: proceso asistencial cirugía.
2. Código del indicador: es un número que se le asigna para tenerlos en orden de acuerdo al sitio en donde se midan.
Ej.: 001 Departamento de cirugía
3. Nombre del indicador: es la determinación de que se está midiendo.

Ej.: porcentaje de cancelación de cirugía programada.

4. Responsable: se refiere a la persona que es líder de dicho indicador, no solamente a quien lo va a aplicar sino quien le va a hacer el seguimiento, el análisis y el plan de mejoramiento.
Ej.: coordinador de salas de cirugía.
5. Objetivo: determina para que estamos midiendo dicha situación.
Ej.: determinar el porcentaje de cancelación de cirugías programadas.
6. Fórmula de indicador: es la descripción matemática del indicador, generalmente se expresa en porcentaje.
Ej.: $\frac{\text{Número de cirugías canceladas}}{\text{Número total de cirugías programadas}} \times 100$.
7. Meta del indicador: es el valor que se espera alcance el indicador. Deben establecerse referentes respecto a su estructura, proceso o resultado, que pueden ser tanto internos a la organización, como externos a la misma y que servirán para efectuar comparaciones.
Ej.: la cancelación esperada será del 1%.
8. Fuente de los datos: se refiere a los documentos confiables de donde se tomarán los datos para evaluar el indicador; de no existir, se deberá construir para que exista confiabilidad en el manejo de los datos.
Ej. : numerador: formato de programación de cirugía. Denominador: Libro de radicación de las cirugías canceladas del servicio de salas de cirugía.
9. Periodicidad: es la determinación de cada cuanto se medirá el indicador
Ej.: se medirá en cada turno y se analizará mensualmente.

Toda la anterior información, se debe colocar en un cuadro para facilitar su manejo, el cual

se llamará ficha técnica del indicador de la siguiente manera:

Ficha técnica de indicadores	
Proceso	Proceso asistencial cirugía.
Código del indicador	001 Departamento de cirugía
Nombre del indicador	Porcentaje de cancelación de cirugía programada.
Responsable	Coordinador de salas de cirugía
Objetivo	Determinar el porcentaje de cancelación de cirugías programadas.
Formula del indicador	$\frac{\text{Número de cirugías canceladas}}{\text{número total de cirugías programadas}} \times 100.$
Meta del indicador	La cancelación esperada será del 1%.
Fuente de los datos	Numerador: formato de programación de cirugía. Denominador: libro de radicación de las cirugías canceladas del servicio de salas de cirugía.
Periodicidad	Se medirá en cada turno y se analizará mensualmente.

Es pertinente recordar que en Salud Pública también se manejan indicadores sobre la prevención y demanda de los servicios de salud ambulatorios.

También cabe resaltar que el profesional de enfermería puede y debe construir indicadores de gestión de acuerdo a su área de desempeño, todos con el fin de mejorar la calidad de la atención a nuestros usuarios.

A continuación se muestran unas tablas en donde están algunos de los indicadores comúnmente utilizados en la administración hospitalaria.

Definición del indicador	Fórmula	Periodicidad	Fuente
<p>Prestación de servicios Los indicadores de este componente permitirán conocer la secuencia de los pasos que debe seguir todo usuario para solicitar y recibir atención de consulta externa, urgencias, consulta odontológica, imágenes diagnósticas, laboratorios y demás exámenes paraclínicos, servicio de farmacia y hospitalización.</p>	Esquematizar en forma secuente los pasos seguidos en un determinado proceso, identificando los promedios de tiempo por actividad y los periodos de espera, mediante el diligenciamiento de los formularios de estudio sobre flujo de pacientes respectivos.	Transversal	Investigación
<p>Productividad y rendimiento 3.2.1 Recursos humanos Establece la interacción del recurso humano y el volumen de actividades intermedias y finales realizadas.</p>	$\frac{\text{No. de tiempos completos, médicos, etc.}}{\text{No. de consultas}}$	Año	Archivo
<p>3.2.2 Recursos físicos Establece la interacción del recurso físico y el volumen de actividades intermedias y finales realizadas.</p>	$\frac{\text{No. de camas y consultorios existentes}}{\text{No. De egresos y consultas}}$	Año	Archivo
<p>3.2.3 Recursos económicos Establece la interacción de los recursos económicos y el volumen de actividades intermedias y finales realizadas.</p>	$\frac{\text{Valor gastado}}{\text{No. de actividades intermedias y finales}}$	Año	Archivo
<p>3.2.4 Recursos humanos Vs. Recursos económicos.</p>	$\frac{\text{Valor total horas mes}}{\text{Total horas contratadas: médicos, etc.}}$	Mes	Investigación
<p>3.2.5 Recursos humanos Vs. Recursos físicos.</p>	$\frac{\text{No. de tiempos completos: médicos, etc.}}{\text{No. de camas/ No. De consultorios}}$	Mes	Investigación
<p>3.2.6 Recursos físicos Vs. Recursos económicos.</p>	$\frac{\text{No. de camas y consultorios}}{\text{No. de egresos y consultas}}$	Año	Archivo

<p>Costos de atención Se analizan los costos de las siguientes actividades:</p> <p>3.3.1 Intermedios.</p> <p>-Exámenes de laboratorio.</p>	<p>No. de exámenes de laboratorio ----- Total gastado</p>	Mes	Archivo
---	---	-----	---------

Ítem	Definición del indicador	Fórmula	Periodicidad	Fuente
4.1	<p>Contratación Se define como el número de veces que presenta un determinado servicio a un mismo usuario.</p>	<p>Total de cirugías u hospitalizaciones mes/año ----- Total de personas atendidas mes/año</p>	Año/mes	Archivo
4.2	<p>Oportunidad Se establece el tiempo transcurrió entre la solicitud del servicio y el momento en que el usuario lo recibe.</p>	<p>Fecha de recepción menos fecha de solicitud.</p>	Año	Investigación
4.3	<p>Utilización Es la relación entre el número de recursos utilizados y el número de recursos disponibles.</p>	<p>Cantidad de recursos utilizados x 100 ----- Total de recursos disponibles</p>	Año	Investigación

Ítem	Definición del indicador	Fórmula	Periodicidad	Fuente
5.1	Impacto Cambios de riesgo de enfermar y morir	Cálculo de las tasas que se mencionaron como indicadores de demanda (ver demanda).	Año	Archivo
5.2	Morbilidad quirúrgica	Diez primeros diagnósticos de cirugía según grupo de edad y sexo. Estudio comparativo de 3 a 5 años.	Año	Archivo
5.3	Morbilidad hospitalaria	Diez primeros diagnósticos de egresos hospitalarios según grupo de edad y sexo. Estudio comparativo de 3 a 5 años.	Mes	Archivo
5.4	Tasa de mortalidad Relación de defunciones por cirugía u hospitalización en un año.	No. de definiciones al año por cirugía por hospitalización, etc. X 100 ----- Total de personas atendidas	Año	Archivo
5.5	Cambio de actitud del usuario Identifica los cambios de actitud de los usuarios frente a la cobertura y a la calidad de la atención recibida.	Encuesta de opinión	Año	Investigación

5.6	Costo-efecto Es la cantidad de unidades monetarias gastadas para modificar la tasa de morbilidad e incapacidad.	Utilidades monetarias gastadas en un periodo de tiempo ----- Diferencia de las tasas observadas a la iniciación del periodo.		Investigación
5.7	Satisfacción Es el cumplimiento de las experiencias de los usuarios en la presentación de un determinado servicio y viceversa.	No. de personas satisfechas x 100 ----- No. de personas atendidas		Investigación

Matriz de análisis y seguimiento a indicadores

Desde un punto de vista práctico, la calidad en la atención se puede evaluar después de la aplicación de los indicadores de gestión, los cuales miden los cambios en la satisfacción de los usuarios, proveedores, y el costo-efecto de la atención en salud. Si los indicadores muestran cambios positivos significativos en el tiempo, es posible asumir que la institución y sus procesos están brindando una atención con la calidad esperada, presunción que se puede confirmar analizando dichos indicadores, los cuales mostrarán que los atributos de la calidad se logran en las distintas dependencias y servicios.

Si el resultado es adverso, los indicadores permitirán identificar los vacíos en cada una de las áreas de evaluación, información de vital importancia para la toma de decisiones para el mejoramiento continuo de la calidad.

Dicho análisis se puede instaurar utilizando el siguiente cuadro, en donde se define que se hará como plan de mejoramiento o acción correctiva

Matriz de análisis y seguimiento a indicadores			
Nombre del indicador	Resultado	Análisis	Acciones correctivas

Bibliografía

- **Antoñanzas, A., & Magallón, R. (1997).** Medición de la calidad: criterios, normas, estándares, requisitos, indicadores. En P.J Saturno, J.J. Gascón & P. Parra. *Calidad asistencial en atención primaria*. Madrid: Du Pont Pharma.
- **Arapé, J. (1999).** Estrategia – medición y calidad total.
- **Arenas, H., & Anaya, R. Errores en cirugía. (2008).** *Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica cirugía y cirujanos*.
- **Balderas, M.D. (2012).** *Administración de los servicios de enfermería*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- **Besio, M. (2009).** *Acerca de los errores en medicina (Vol. 137, pp. 821-826)* Revista Médica de Chile.
- **Brenner, P. (2006).** PECAH. *Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria*. Dpto. calidad de prestadores.
- **Brito, P., Clasen, M.A. & De Otero E.C. (1994).** Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. En Haddad, J., Clasen, M.A., & Davini M.C. (Eds.). *Educación permanente de personal de salud. (pp. 33-61)*. Washington DC: OPS.
- **Capurro, O. M. (Febrero de 2010).** *Calidad de atención que brinda enfermería a los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva*. Córdoba, Argentina.
- **Ceriani, J. (2001).** *El error en medicina: Reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión*. Arch. argent.pediatr. 99(6).
- **Corripio, F. (1979).** *Diccionario etimológico general de la lengua castellana*. Barcelona: Editorial Bruquera S.A.
- **Cruz, P.I. (2006).** *Aplicación del ciclo de mejoramiento continuo*. Tesis, Universidad de la Sabana. Facultad de Ingeniería. Bogotá.
- **Deming, W.E. (1990).** La calidad del consumidor. *En: Calidad: revolución de la administración Río de Janeiro* (pp. 124-135). Editora Marques Saraiva S.A.
- **Enfermería, S. D. (Junio de 2004).** Lineamientos para la mejora continua de los servicios de enfermería. Ortega, M. G. (2009). *Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería*. México: Panamericana.
- **García, B.M. (2004).** *Auditoría médica para la garantía de calidad en salud*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- **Heredia, F. Á. (2007).** *Calidad y auditoría en salud*. ECOE.
- _____ (2006). *Instrumentos de auditoría médica*. ECOE.
- Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. (2010). Recuperado el 7 de diciembre de 2010, en http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/informe0610/InformePlanCalidad_ESP.pdf
- Instituto Colombiano para la Normalización Icontec, Sistema de Acreditación en Salud. <http://www.icontec.org/index.php/es/inicio/acreditacion-en-salud/etapas-del-proceso-de-acreditacion>

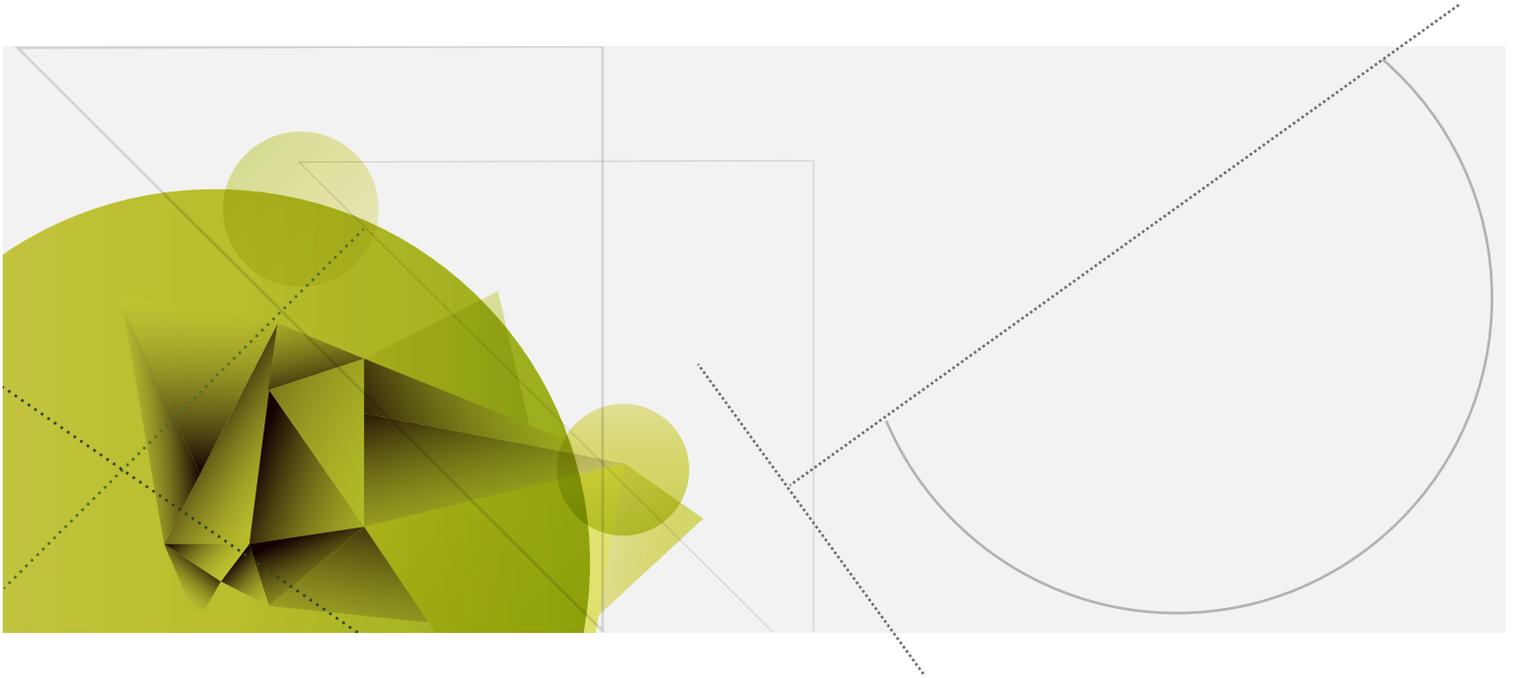
- **Instituto Nacional de Pediatría. (2012).** *Programa estratégico mejora continua de la calidad, en el cuidado de enfermería.* México, México.
- _____ . (2006). *Instrumentos de auditoría médica.* ECOE.
- **Ishikawa, K. (2004).** *¿Qué es control de calidad?: La modalidad japonesa.* Norma.
- **Juran, J. (2003).** *Manual de control de calidad.* (2da Ed). Reverte.
- _____. (2001). Introducción a la calidad total. *Manual de calidad*, 01 (14), 14.4-14.20.
- **Maderuelo, J. A. (2002).** Gestión de la calidad total. *El modelo EFQM de excelencia.* (Vol.12, pp. 631-640). MEDIFAM.
- **Malagón, G. P. (2001).** *Auditoría en Salud.* Bogotá D.C., Colombia: Panamericana.
- _____. *Administración Hospitalaria.* (2da Ed.). Bogotá DC, Colombia: Panamericana.
- **Manzo BF, R. H. (2011).** *La enfermería en hospital en proceso de acreditación.* Belo horizonte: Latino-Am. Enfermagem.
- **Mejía, B. (2005).** *Auditoría médica para la garantía de calidad en salud.* Ecoe.
- **Mestanza, J.G. (1997).** *Calidad total.* Málaga: Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. *Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.* Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional.
- **Miyahira, J. (2001).** *Calidad en los servicios de salud ¿Es posible?* (Vol.12 n.3). Rev Med Hered Lima Enc. /Jul.
- **Mira, J.J., Buil, J.A., Rodríguez, J. & Aranz, J. (1997).** *Calidad percibida del cuidado hospitalario.* (Vol 11, pp. 176-189). Gaceta Sanitaria.
- **Montserrat, D., Martínez, J.R., Alonso, M., Meirás, O., Franco, A., & García, I., et al. (s.f.).** *Implantación de un cuadro de mando para seguimiento de los resultados de calidad pactados por los servicios hospitalarios.*
- **Mora, J. (2003).** *Guía metodológica para la gestión clínica por procesos.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- **Munro-Faure, L., & Munro-Faure, M. (1994).** *¿Qué podemos aprender de los gurús de la calidad?.* En: *La calidad total en acción.* (pp. 17-33). Barcelona: Ediciones Folio S.A.
- _____. *La gestión de calidad total.* En: *La calidad total en acción.* (pp. 17-33). Barcelona: Ediciones Folio S.A.
- **Ortega, M.C. (2009).** *Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería: estrategias para su aplicación.* México: Ediciones Panamericanas.
- _____. *Manual de evaluación de la calidad del servicio de Enfermería* (2da.Ed.). Bogotá D.C., Colombia: Panamericana.

- **Ortiz-Berrocal, J., Martínez, J.R., Alonso, M., Millán, I., Ayuso, B., & Saínez, A. (s.f.).** *Cuadro de mandos para la gestión clínica en un servicio de medicina nuclear.*
- **Peplau, H. (1952).** Relaciones interpersonales en enfermería. Watson. (1973). Teoría del cuidado humano.
- **Prieto, J. (2004).** *La gestión estratégica organizacional.* Ecoe.
- **Ruiz-Olalla, C. (2001).** Gestión de la calidad del servicio: Control de Gestión. Recuperado el 1 de noviembre de 2002, en <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>
- **Sáinz, A., Martínez, J.R., García, F., Alonso, M., Núñez, A., Asensio, A., et al. (s.f.).** *Elaboración de un cuadro de mando para la gestión clínica en un hospital.*
- **Salud, S.D. (2014).** Modelo de gestión de calidad total. México D.F.
- Subdirección General de Coordinación Administrativa. Instituto Nacional de la Salud. (1996). Guía de Cuidados Enfermeros. *Úlceras por presión.* Madrid: Insalud.
- **Valdés, Y.R.** (16 de octubre de 2005). *Revistaciencias.com.* Recuperado de <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEkAulApAuloepZTDq.php>
- **Varas, J. (2007).** Error en Medicina y su trascendencia (Vol 2. (2), pp. 159-163) Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente. Dr. Luis Tisné Brousse.
- **Vásquez, R., & Díaz, A. (2001).** *El conocimiento de las expectativas de los clientes: Una pieza clave de la calidad de servicio.*
- **Vidal, Y.C. (2006).** *Introducción a la calidad en salud.* Enfermeras pabellón y esterilización. Recuperado de <http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/calidad/Historia.pdf>
- **Vuori, H.V. (1988).** El control de calidad en los servicios sanitarios. *Concepto y metodología.* Barcelona: Masson.

Web-grafía

- Gerencia en salud: <http://www.gerenciasalud.com>
- Imprenta Nacional de Colombia: <http://www.imprenta.gov.co>
- Ministerio de Salud Colombia: <http://www.minsalud.gov.co>
- Organización para la calidad: <http://www.calidad.org>
- Ministerio de Salud Colombia: http://www.acreditacionensalud.org.co/ruta_critica.php?IdSub=120&IdCat=30
- Secretaría Distrital de salud, Alcaldía Mayor de Bogotá: <http://www.saludcapital.gov.co>

Esta obra se terminó de editar en el mes de octubre
Tipografía Myriad Pro 12 puntos
Bogotá D.C.,-Colombia.



AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

MIEMBRO DE LA RED
ILUMNO