

# ESTRATEGIAS PARA EL MEJORAMIENTO DEL REGISTRO CLINICO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA



Autor 1 NATALIA LEÓN CASTELLANOS

Autor 2 AMALIN PALOMA BAEZ

Autor 3 NIDIA MARCELA CAMACHO

Autor 4 KARIN JOHANA MENDOZA



## CONTENIDO

INTRODUCCION .....	3
JUSTIFICACION .....	5
3. CARACTERIZACIÓN DE LA ENTIDAD .....	6
3.1 Presentación de la empresa.....	6
3.2 Cadena de valor.....	12
3.3 Presentación del problema. ....	16
4. Objetivo General .....	20
5. Marco Referencial .....	20
5.1 Marco Conceptual.....	20
5.2 Marco Normativo .....	25
6. Evidencias.....	27
6.1 Gerencia Estratégica y de Servicios.....	27
6.1.1 Pregunta de Investigación.....	27
6.1.2 Objetivo específico.....	27
6.1.3 Selección y aplicación de instrumentos. ....	27
6.1.4 Análisis de la información .....	28
6.2 Auditoría y control de calidad en salud.....	38
6.2.1 Pregunta de Investigación.....	38
6.2.2 Objetivos específicos.....	38
6.2.3 Selección y aplicación de instrumentos .....	38
6.2.4 Análisis de la información. ....	40
6.3 Desarrollo Organizacional. ....	45
6.3.1 Pregunta de Investigación.....	45
6.3.2 Objetivo específico.....	45
6.3.3 Selección y aplicación de instrumentos. ....	46
6.3.4 Análisis de la información. ....	57



7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... 70

Bibliografía ..... **¡Error! Marcador no definido.**



## INTRODUCCION

El Ministerio de salud estableció en la resolución número 1995 de 1999 las normas para el manejo de la Historia Clínica, las cuales son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades que integran el sistema de salud y en el artículo 3 “Características de la Historia Clínica” cita “Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio”; frente a lo anterior y de acuerdo al diagnóstico institucional uno de los principales problemas que presenta la ESE de Soacha en todas sus sedes es la falta de calidad en el registro de información clínica por parte del área de enfermería evidenciado en el subregistro de información, falta de calidad en el dato y falta de control de las condiciones clínicas de los usuarios. La presencia de los anteriores actos puede conllevar desde la mala praxis de un profesional ante la falta de información de intervención clínica hasta pleitos jurídicos en contra de quien realizó la omisión y que pueden desencadenar sanciones disciplinarias ante el tribunal de ética y/o penales que priven de la libertad; adicional a lo anterior, la falta de conocimiento por parte del usuario, familiares y cuidadores del real estado de salud y de los procedimientos realizados al paciente.

El presente portafolio se desarrollará en tres fases partiendo desde la intervención de la estrategia organizacional en la cual se analizará la estructura de la institución y las funciones con sus tiempos de ejecución establecidas para el área de enfermería para con ello identificar las falencias que conlleven al incumplimiento del registro de información; seguido se realizará un abordaje de los mecanismos de seguimiento y evaluación de los procesos dados por la auditoría y el control de calidad y finalizará con la propuesta de desarrollo organizacional desde el análisis del perfil de enfermería hasta los mecanismos que utiliza la empresa para el



fortalecimiento de las competencias laborales avanzando de esta forma en la consolidación de la cultura organizacional; esto permitirá implementar acciones de mejora al problema identificado.

Se establece como meta identificar los factores que contribuyen a la calidad en el registro de la información en la historia clínica manual (física) garantizando así la fiabilidad de los datos e información completa de los usuarios atendidos; de igual forma avanzar en el monitoreo permanente del proceso para identificar oportunidades de mejora y fortalecer de esta forma la cultura de la calidad en el servicio.



## JUSTIFICACION

Los registros de enfermería como una tarea inherente a la profesión ya que gracias a ellos se planifican las actividades, se plasman las intervenciones y se evalúa la condición del usuario a partir de los cuidados brindados, permitiendo de esta manera evidenciar el proceso de salud-enfermedad del mismo (Ibarra, 2016). Su importancia radica en que sus hallazgos son fundamentales para la toma de decisiones en el momento de definir el cuidado no solamente para la profesión de enfermería sino también para el equipo multidisciplinario; el registro clínico de enfermería provee elementos que garantizan la atención de calidad, eficiente, continua y segura al paciente, lo que es indispensable para el seguimiento y evolución de los mismos; adicionalmente este debe verse con un valor científico ya que puede representar una fuente de investigación y determinación de nuevas y mejores formas de cuidado enfermero (Santiago, Grajales, & Miranda, 2011); condiciones que permiten tener un impacto real en los determinantes de la salud y por ende en la salud pública de las comunidades.

Garantizar las condiciones de calidad de los registros clínicos permite avanzar en la cultura de la calidad empresarial así como en la excelencia de la prestación de los servicios de salud, es por esta razón que teniendo en cuenta que la Empresa de Salud ESE del Municipio de Soacha identifica falencias en este aspecto, se requiere plantear de forma urgente algunas estrategias que permitan desde la identificación de las situaciones que desfavorecen el registro clínico con calidad hasta la medición del proceso de registro clínico y los mejoramientos a realizar acorde con las desviaciones presentadas.



### 3. CARACTERIZACIÓN DE LA ENTIDAD

#### 3.1 Presentación de la empresa

##### 3.1.1 Nombre de la entidad

Empresa de Salud ESE del Municipio de Soacha

##### 3.1.2 Sector económico

Sector público

##### 3.1.3 Representante legal

José Ricardo Salinas Torres

##### 3.1.4 Introducción de las actividades que realiza la empresa

La ESE de Soacha es una entidad prestadora de servicios sanitarios de primer nivel, comprendido dentro de esta: consulta externa medicina general, odontología, farmacia, laboratorio clínico, programas de Prevención y Promoción (Vacunación, tamizaje Cáncer Cérvix, Planificación Familiar, entre otros) contando con 5 Centros de Salud en cinco de los municipios de Soacha (San Marcos, San Mateo, Ciudadela Sucre, Compartir y Olivos).

Sector donde se desarrolla su actividad: Soacha. El municipio de Soacha es el segundo municipio de Cundinamarca con el mayor número de habitantes, su cifra a 2017 es de 533.718, sin embargo, dado el alto índice de población desplazada, embarazo en menores (crecimiento acelerado), y alto índice de habitabilidad en zonas de invasión se considera que el municipio de Soacha cuenta con casi un millón de habitantes; se encuentra ubicada en el área central del país, sobre la cordillera Oriental específicamente al sur de la sabana de Bogotá, se encuentra clasificado en estrato 1, 2 y 3, su situación socioeconómica está identificada en un 67% de personas que viven en pobreza con un 15.4% de personas en situación de desempleo, y cuenta con algo más de 500.000 mil habitantes.



### 3.1.5 Historia

La Empresa de Salud ESE del Municipio de Soacha nace como tal el 9 de enero de 1997, mediante el Acuerdo 49 del Concejo Municipal de Soacha. Sin embargo, la historia de la Empresa de Salud de Soacha se remonta nueve (9) años atrás cuando fue creado el Centro de Salud Compartir, mediante un proceso de gestión comunitario, con lo cual se inicia la conformación del sistema de salud municipal.

El proceso continúa con la posterior creación de los Centros de Salud de San Marcos, Ciudadela Sucre y finalmente San Mateo y Olivos. Todos siguiendo el modelo inicial con el incondicional apoyo de la Alcaldía Municipal.

A lo largo de estos diecinueve años se ha fortalecido el proceso de auto gestión y auto financiamiento, creándose una cultura corporativa que nos coloca en una posición de ventaja competitiva sobre instituciones de similar origen, ante las transformaciones dadas por la Ley 100 de 1993.

La Empresa de Salud ESE del Municipio de Soacha, hoy cuenta con cinco Centros de Salud, ubicados estratégicamente en el Municipio de Soacha, los cuales brindan acceso a los habitantes de las seis comunas, con una oportunidad de consulta dentro de los parámetros establecidos en la norma. De igual manera todos los Centros se encuentran habilitados para la prestación del servicio de conformidad con el Decreto 1011/06 y la Resolución 2003/2014.

### 3.1.6 Filosofía Organizacional

- **Misión:** La ESE del municipio de Soacha brinda a la población de regímenes subsidiados servicios de primer nivel, con un enfoque preventivo, ceñido a estándares de calidad, prestando servicios accesibles, y oportunos a la población objeto.
- **Visión:** Ser reconocida a nivel Departamental por la prestación de servicios de primer nivel caracterizados por sus altos estándares de calidad y responsabilidad social que garanticen la satisfacción y confianza de los usuarios, sus familias y la comunidad.





- **Valores:** Se entiende como aquellos actuales que orientan el comportamiento del ser humano consigo mismo y en su relación con los otros y con la naturaleza, estos son la base de lo correcto y la felicidad por lo tanto nuestros servidores se deben regir por los siguientes valores en el actuar ante el usuario en el entendido de que nuestra población se considera pobre y vulnerable:
  - ❖ Respeto: entendiendo la necesidad de reconocer los intereses y sentimientos del otro, trabajando en la defensa del derecho, reconocimiento de condiciones, oportunidades y capacidades de nuestra población objeto.
  - ❖ Honestidad: entendiendo por este valor como la cualidad humana que consiste en comportarse y expresarse con sinceridad y coherencia respetando los valores de la justicia y la verdad, condiciones fundamente para evitar la injusticia y la inequidad.
  - ❖ Amabilidad: Es definido como un comportamiento caritativo, solidario o afectuoso con las otras personas que engloba otras actitudes como son la simpatía, la generosidad, la comprensión y el altruismo.
  - ❖ Compromiso: Entendido como la capacidad que tiene cada servidor público desde el cumplimiento de sus responsabilidades al aporte de las metas institucionales a través del trabajo en equipo.
- **Principios:** se definen como aquellas normas, ideas o pautas fundamentales que rigen el pensamiento o la conducta en el ejercicio de la profesión, disciplina o una actividad, para la ESE la conducta que deben seguir nuestros servidores públicos en el ejercicio de su accionar debe ser regido por:
  - ❖ Humanización: lo cual caracteriza el reconocimiento de la dignidad por el ser humano en cada uno de los contactos que se pueda tener tanto por el cliente interno como el externo.



- ❖ Convivencia: entendida como la coexistencia pacífica y armoniosa de los grupos humano en un mismo espacio expresada por nuestros colaboradores en el compartir armonioso de los espacios de trabajo y en los espacios que involucren la atención de nuestros usuarios.
  - ❖ Responsabilidad social: entendida como la retribución que debe dar la empresa a la sociedad para el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de nuestra población asignada.
- **Objetivos Estratégicos:** estos fueron planteados aplicando la metodología del balance Scorecard con la definición de un objetivo por cada perspectiva así:
- ❖ Perspectiva de Atención a clientes: Lograr la fidelización de los usuarios sujetos de intervención por parte de la ESE Municipal.
  - ❖ Perspectiva de Procesos internos: Garantizar la cultura del mejoramiento continuo en los procesos de la ESE mediante el desarrollo de actividades orientadas al diagnóstico, intervención y seguimiento a riesgos derivados de ellos.
  - ❖ Perspectiva de Aprendizaje organizacional: Desarrollar un modelo de gestión del talento humano para el fortalecimiento de competencias en el marco de la identidad organizacional.
  - ❖ Perspectiva Financiera: Lograr el sostenimiento financiero de la ESE garantizando el cumplimiento de su responsabilidad social.

### 3.1.7 Estructura Organizacional

La Empresa de Salud ESE del Municipio de Soacha nace como tal el 9 de enero de 1997, mediante el Acuerdo 49 del Concejo Municipal de Soacha.

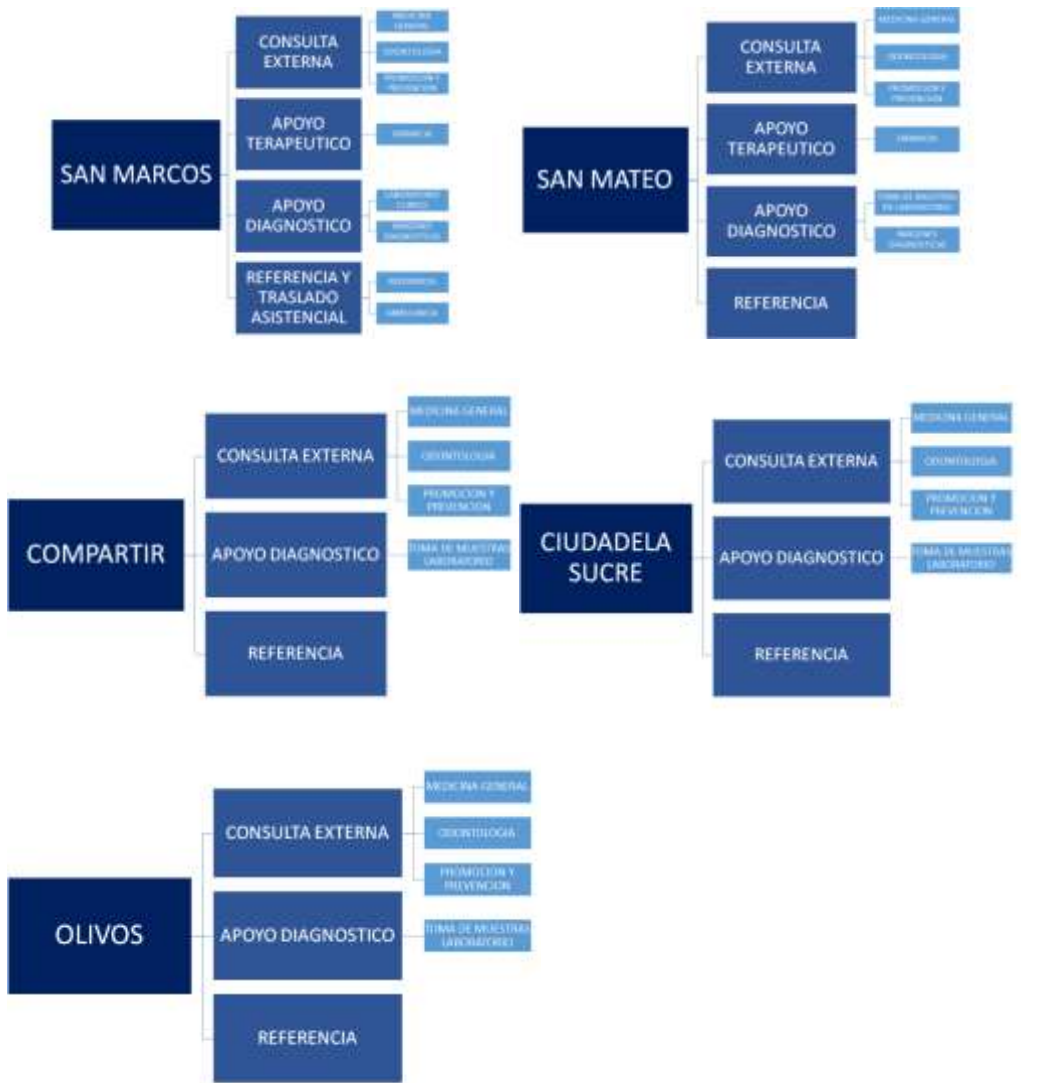


### 3.1.8 Estructura Funcional

A continuación, se presenta la estructura funcional de la empresa donde se determinan como funciones para cada uno de los relacionados así:



### SUBGERENCIA DE SERVICIOS



**SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**





## PLANEACION



## GESTION DE CALIDAD



### 3.2 Cadena de valor

#### 3.2.1 Servicios que se ofrece

La Empresa de Salud ESE del Municipio de Soacha es una entidad prestadora de servicios de salud de primer nivel que tiene como población objeto la atención a



usuarios en 5 comunas del Municipio de Soacha pertenecientes al régimen subsidiado, prestando servicios de I nivel de complejidad.

Los servicios ofertados por la ESE MUNICIPAL DE SOACHA corresponde a la modalidad de servicios asistenciales del ámbito ambulatorio los cuales son prestados en las siguientes sedes asistenciales y a continuación se muestra la información básica de la empresa contenida en la página del Registro Especial de Prestadores de Salud REPS y a nivel institucional se clasifican en dos grandes grupos:

➤ **SERVICIOS DE ATENCION INTEGRAL** Dentro del cual se incluye:

**PROMOCION Y PREVENCION:** Atención al recién nacido, Lactancia Materna Crecimiento y desarrollo al menor de 10 años, Atención al joven de 10 a 29 años, Vacunación, Planificación familiar, Atención en Salud Oral, Agudeza Visual, Atención al adulto mayor, Atención integral a la Gestante, Citología vaginal, Examen de seno y Asesorías VIH.

**CONSULTA EXTERNA:** Consulta de Medicina general, Consulta Externa Odontología General, Urgencias Odontológicas, Higiene Oral, Consulta de Enfermería, Atención al Usuario.

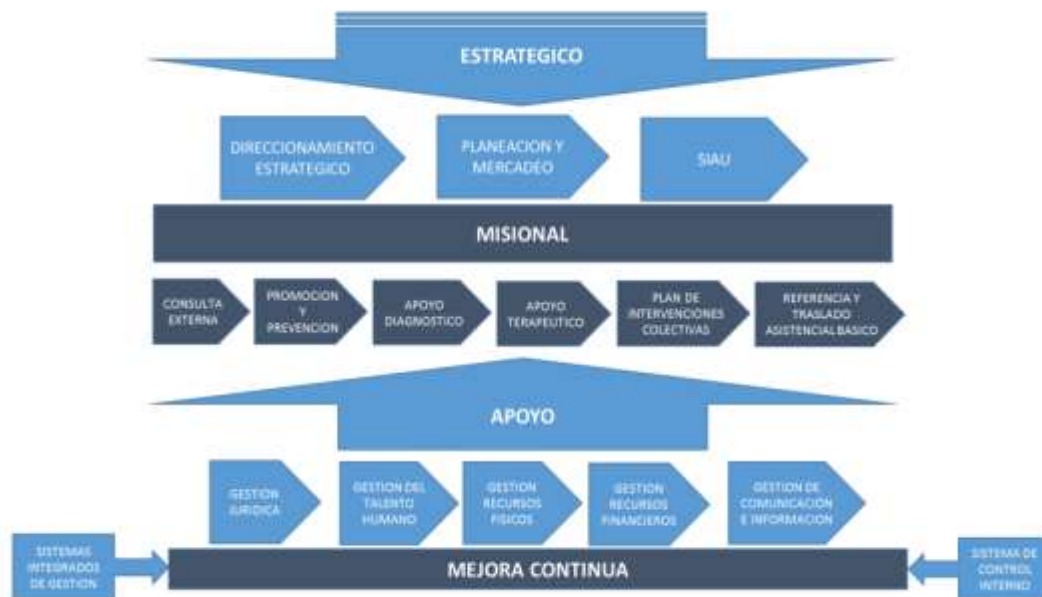
**SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO:** Ecografía Obstétrica, Radiología Básica, Laboratorio Clínico, Toma de Muestras, Rayos X Periapical, Electrocardiograma, Farmacia Ambulatoria, Trabajo Social y Traslado Asistencial Básico.

➤ **SERVICIOS DE SALUD PUBLICA**

**CUADRANTES SALUDABLES:** Respuesta inicial y Respuesta complementaria

Para la producción de servicio la ESE organiza su accionar a través de los siguientes procesos:

- Procesos Macroproceso Estratégico: Direccionamiento estratégico, planeación y mercadeo, Sistema de Información y Atención al Usuario
- Procesos Macroproceso Misional: Consulta externa, Promoción y prevención, Apoyo Diagnóstico, Apoyo terapéutico, Plan de intervenciones colectivas, Referencia y traslado asistencial básico. Estos contemplan la producción real de los servicios que se prestan al usuario
- Procesos Macroproceso Apoyo: Gestión Jurídica, Gestión del talento humano, Gestión de los recursos físicos, Gestión de los recursos financieros, gestión de la comunicación e información
- Procesos Macroproceso De Mejora Continua: Sistemas integrados de gestión y Sistema de control interno.





El mapa de procesos se ajusta a los estándares de acreditación, se encuentra las caracterizaciones de los diferentes procesos al igual que documentados los diferentes procedimientos acordes con el ciclo PHVA incluyendo la identificación de riesgos puntos de control y barreras de seguridad.

La Empresa de Salud ESE del Municipio de Soacha presta sus servicios asistenciales a lo largo del municipio, así como intervenciones de salud pública en el marco del desarrollo y operación de la estrategia cuadrantes saludables impulsada por la secretaría de Salud de Soacha.

A continuación, se relaciona la información de cada una de las sedes asistenciales de la ESE

NOMBRE	CODIGO HABILITACION	ZONA	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	FAX	EMAIL	HORARIO LUNES A VIERNES	HORARIO SABADO
EMPRESA DE SALUD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE SOACHA	257540007501	URBANA	KR 2 No. 12-38	SAN MARCOS	7293922	5755650	empresadesalud@esesoacha.gov.co	7AM-6PM	8AM-12M
EMPRESA DE SALUD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE SOACHA SEDE SAN MATEO	257540007502	URBANA	CL 28D No. 7-50	SAN MATEO	7125840	7125840		7AM-5PM	8AM-12M
EMPRESA DE SALUD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE SOACHA SEDE LOS OLIVOS	257540007503	URBANA	CL 1A No. 9-23	OLIVOS	7218062	7218062		7AM-5PM	8AM-12M
EMPRESA DE SALUD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE SOACHA SEDE CIUDADELA SUCRE	257540007504	URBANA	DG 44 No. 40-25	CIUDADELA SUCRE	5704926	5790330		7AM-4:30PM	7 AM- 11AM
EMPRESA DE SALUD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE SOACHA SEDE COMPARTIR	257540007505	URBANA	TV 17 No. 6-10	COMPARTIR	7122922	7324098		7AM-6PM	8AM-12M

### 3.2.2. Principales proveedores

A continuación, se relacionan los principales proveedores de productos y servicios para la ESE:

- Proveedores de medicamentos, dispositivos médicos e insumos biomédicos: Discolmedica, Medifar y Distrimédica





- Proveedores de papelería: Efimedic e Impresiones Lucy
- Proveedores de mantenimiento de equipos biomédicos: Inbiocol y Dosimetría PyG
- Proveedores de sistemas informáticos: Pulse y Siigo
- Producción de servicios

### 3.2.3 Clientes

La ESE de Soacha cuenta con convenios vigentes con las Eps-s Comparta, Saludvida, Ecoopsos, y Convida, sus acuerdos de atención están bajo modalidades de contratación por cápita y algunos con actividades específicas por evento; los servicios contratados corresponden al primer nivel de atención y se distribuyen en cada una de las (5) cinco sedes de la ESE de acuerdo a su georreferenciación teniendo un promedio de 33.000 usuarios.

### 3.3 Presentación del problema.

El registro clínico de enfermería es la documentación escrita, completa y exacta de los acontecimientos, las necesidades, asistencia a la persona y los resultados de la actuación de enfermería (IBARRA, 2016). Asimismo, se define como el escrito en el que se plasma la atención que se brinda de forma completa, de acuerdo a una planeación y administración de las necesidades de la persona para que se lleven a cabo las intervenciones de enfermería requeridas para un cuidado de calidad.

Los registros de enfermería son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución. Los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia y la continuidad del cuidado que se brinda al individuo... Dicho reporte enfermero forma parte de la historia clínica del paciente, lo que conlleva a responsabilidades de índole



profesional y legal, por tanto, precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos. (Figueroa Dietz, 2016)

Entre las características que se pueden considerar para definir al registro clínico de enfermería están las condiciones legales que éste implica, además de la información que es necesario recabar para la identificación de los usuarios. Se rescata que las funciones que realiza el registro clínico dentro de la práctica profesional son de carácter asistencial al proveer soporte a las intervenciones realizadas o por realizar. En relación a la elaboración del registro clínico, el valor más sobresaliente e imperante es la honestidad, el registrar datos que no son acordes a las necesidades de los pacientes no favorece su salud y pone en duda la actuación del profesional de enfermería. (IBARRA, 2016)

Los registros electrónicos de enfermería son la nueva metodología en donde se puede evidenciar el cuidado brindado a los pacientes, siendo un elemento de defensa legal ante posibles procesos disciplinarios entre otras aplicaciones. La trascendencia que representan para la profesión en sus distintos campos de acción, sugiere la importancia de crear y diligenciar registros cada vez mejor, motivo por el cual resulta de gran importancia hacer una revisión que permita no sólo conocer la calidad de los registros de Enfermería, sino también que permita establecer los factores que influyen en la realización de estos (Figueroa Dietz, 2016). Uno de los beneficios importantes de este registro electrónico es que aumenta la eficiencia de los servicios de enfermería, ya que varios tipos de usuarios pueden ver el registro simultáneamente y seguir la continuidad del cuidado del respectivo paciente que está recibiendo el cuidado de enfermería (Figueroa Dietz, 2016).

La ausencia del registro de los cuidados que se brindan a un paciente, puede entenderse como una falta legal, ética y profesional, que pone en duda si el profesional de enfermería está asumiendo o no la responsabilidad de sus



intervenciones como también de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión (Alfaro-Lefevre, 2006)

Al realizar la revisión bibliográfica la mayor parte de los estudios identifican que los profesionales de enfermería minusvaloran el registro que se debe hacer de las intervenciones bien sea por la presión de realizar otro tipo de actividades en la cotidianidad o por la dificultad que tiene el recurso humano para plasmar las intervenciones por falta de costumbre o por pocas herramientas narrativas. A nivel institucional se identifica que aún no hay claridad sobre los factores que afectan la elaboración de los registros de enfermería y por lo tanto no se implementan las suficientes herramientas que contribuyan a mejorar su calidad y por lo tanto garantizar la calidad de la atención.

la Comisión Permanente de Enfermería que es un grupo colegiado conformado por representantes institucionales del sistema de salud mexicano tanto del sector público y privado así como del sector educativo y grupos profesionales de enfermería unidos en beneficio de la calidad, de la formación y el desarrollo profesional del personal de enfermería; durante la 1era Jornada Técnica celebrada del 1 al 2 de julio 2008, concluye que documentar los cuidados de enfermería resulta imprescindible en una estrategia de calidad. En este orden de ideas, los expertos señalan que la evaluación es una de las mejores tácticas para garantizar que los servicios de enfermería sean de alta calidad. Por lo que se debe comparar la situación real del sistema de atención con los objetivos propuestos por la gerencia, lo anterior implica el monitoreo y seguimiento de dichos servicios con base en estándares e indicadores de estructura, proceso y resultado para medir periódicamente la ejecución de actividades. (Marisol Torres Santiago, 2011).

Tal como se ha descrito en el contexto internacional y nacional, en el contexto institucional se identifica que no se cuenta con un control y seguimiento estricto en cuanto a la calidad y oportunidad del registro clínico realizado por el personal de enfermería, lo cual afecta directamente la transferencia de cuidado debido a la



información deficiente de las actividades realizadas a los pacientes; adicionalmente las omisiones en los registros ha generado detrimentos económicos a la institución por la generación de glosas a las cuentas de cobro que se presentan a las EPS. Las identificaciones de las falencias de registro son identificadas durante el proceso de la auditoría externa realizada por EPS a programas específicos como el de P y P (crecimiento y desarrollo, planificación familiar, detección temprana de cáncer cérvix entre otros) estableciendo argumentos de servicios no prestados o incompletos.

Para los registros clínicos la institución cuenta con un SW básico para la captura de los datos el cual no permite el control del proceso y debido a las permanentes caídas del sistema se cuentan con varios registros clínicos manuales lo cual fracciona la HC del usuario y por lo tanto afecta los niveles de identificación de riesgo y cuidado del paciente; adicionalmente según las mediciones realizadas por el área de auditoría el porcentaje de adherencia a la completitud en el registro clínico se encuentra por debajo del 80%.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito se considera relevante que la institución realice mediciones a los atributos de calidad de la historia clínica y plantee los correctivos que se consideran necesarios dentro del contexto del aprendizaje organizacional definido en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. La importancia de la medición parte del entendido en que existe un vínculo entre esta y la planeación estratégica o planeación institucional, toda vez que la medición permite “comparar una magnitud con un patrón preestablecido, lo que permite observar el grado en que se alcanzan las actividades propuestas dentro de un proceso específico”. Los resultados obtenidos a través de la medición permiten mejorar la planificación, dado que es posible observar hechos en tiempo real, logrando tomar decisiones con mayor certeza y confiabilidad (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2012)



#### **4. OBJETIVO GENERAL**

Promover la calidad de los registros clínicos realizados por el personal de enfermería con el fin de mejorar la continuidad en el proceso de cuidado del paciente a nivel institucional y evitar pérdidas económicas para la empresa mediante la implementación de herramientas de auditoría.

#### **5. MARCO REFERENCIAL**

##### **5.1 Marco Conceptual**

A continuación, se presentan aquellos conceptos que son abordados durante el desarrollo del tema y que requieren claridad acorde con el contexto en el que se desarrolla.

- **Macroproceso Estratégico:** Incluye los 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.
- **Macroproceso Misional:** Incluye todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.
- **Macroproceso de Apoyo:** Incluye todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de medición, análisis y mejora.
- **Macroproceso de evaluación:** Incluye aquellos procesos necesarios para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Incluyen procesos de medición,



seguimiento y auditoría interna, acciones correctivas y preventivas, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales.

- Estrategia corporativa o de empresa: Se diseña a través del plan general de actuación directiva que recoge los principales objetivos, propósitos o metas y las políticas o planes esenciales para alcanzarlos.
- Estrategia de negocio: Supone un plan de actuación para cada unidad de negocio, definiendo el modo en que se debe desarrollar la actividad o actividades correspondientes a un departamento concreto.
- Estrategia funcional: Se define un plan de actuación para cada área funcional de forma que se apoye la ventaja competitiva deseada por la empresa. En cuanto a los pasos a seguir, dentro del ámbito empresarial todo proyecto que se desarrolle sea del tipo que sea o se aplique al ámbito que se aplique, puede tener una serie de puntos en común beneficiosos para asegurar su éxito.
- Detección de necesidades: Esta es la fase en la que las empresas deciden emprender un nuevo proyecto. Suele darse cuando se identifica algún punto a potenciar en cualquiera de sus áreas funcionales, por ejemplo: deficiencias en la calidad, exceso de costes de producción, necesidad de alianzas estratégicas, exceso de absentismo, duplicidad de tareas administrativas, etc.
- Cliente: persona u organización que podría recibir o que recibe un producto o un servicio destinado a esa persona u organización o requerido por ella (ICONTEC, 2015).
- Proveedor: organización que proporciona un producto o un servicio (ICONTEC, 2015)



- Mejora Continua: El proceso de establecer objetivos y de encontrar oportunidades para la mejora, es un proceso continuo mediante el uso de hallazgos de la auditoría y de conclusiones de la auditoría, del análisis de los datos, de las revisiones por la dirección u otros medios, y generalmente conduce a una acción correctiva o una acción preventiva (ICONTEC, 2015).
- Gestión de calidad: La gestión de la calidad puede incluir el establecimiento de políticas de la calidad y los objetivos de la calidad y los procesos para lograr estos objetivos de la calidad a través de la planificación de la calidad, el aseguramiento de la calidad, el control de la calidad y la mejora de la calidad (ICONTEC, 2015).
- Mejoramiento Continuo de la Calidad: proceso de Autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes (Ministerio de la Protección Social, 2007).
- Auditoría: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias objetivas y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría (ICONTEC, 2015).
- Autocontrol: “es una situación en la que cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normativa vigente y por la organización” (ICONTEC, 2015).
- 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” (Ministerio de la Protección Social, 2007).

- 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” (Ministerio de la Protección Social, 2007).
- 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 para garantizar su calidad” (Ministerio de la Protección Social, 2007).
- Acción preventiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable (ICONTEC, 2015).
- Acción correctiva: acción para eliminar la causa de una no conformidad y evitar que vuelva a ocurrir (ICONTEC, 2015).
- Acciones Coyunturales: “conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización 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 la prevención de su recurrencia” (Ministerio de la Protección Social, 2007).
- Delimitación de la mejora a conseguir: La delimitación de la mejora consiste en definir claramente el problema a superar, exponiendo claramente los objetivos deseados o meta que se quiere lograr al finalizar el proyecto.
- Establecimiento del punto de partida: En esta etapa se puede desarrollar un diagnóstico situacional utilizando todas las fuentes de información al





alcance de la empresa con el fin de conocer fielmente la situación inicial y los recursos disponibles y asignables al proyecto.

- Definición del plan de acción: En este punto se desarrollarán las iniciativas y actividades necesarias para conseguir los objetivos. De otra parte, también se debe definir claramente el equipo de trabajo que se encargará del desarrollo del plan, así como un cronograma orientativo que facilitará la puesta en marcha del proyecto.
- Implementación: Una vez definido el plan solo queda ponerlo en marcha, para ello se deberá disponer de los recursos materiales, financieros y humanos necesarios y suficientes para asegurar el éxito del proyecto.
- Indicador: es una expresión cualitativa o cuantitativa observable que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través de la evolución de una variable o el establecimiento de una relación entre variables, la que comparada con periodos anteriores o bien frente a una meta o compromiso, permite evaluar el desempeño y su evolución en el tiempo (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2012).
- Eficacia: grado en el que se realizan las actividades planificadas y se logran los resultados planificados (ICONTEC, 2015).
- Eficiencia: relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados (ICONTEC, 2015).
- Efectividad: relaciona el logro de los resultados programados en el tiempo y con los costos más razonables posibles (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2012).
- Registro: documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades realizadas (ICONTEC, 2015).



- Competencia: capacidad para aplicar conocimientos y habilidades con el fin de lograr los resultados previstos (ICONTEC, 2015).
- Proceso de medición: conjunto de operaciones que permiten determinar el valor de una magnitud (ICONTEC, 2015).
- Seguridad del paciente: 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 (Ministerio de la Protección Social, 2008).
- Evento Adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño (Ministerio de la Protección Social, 2008).
- Acciones de reducción de riesgo: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso (Ministerio de la Protección Social, 2008).

## 5.2 Marco Normativo

Norma	Marco General	Artículos que se utilizarán o señaladas textualmente o parafraseados.
Resolución 1995 de 1999	Se establecen normas para el manejo de la historia clínica donde se encuentran definiciones y disposiciones, diligenciamiento, organización y manejo del archivo de historias clínicas y comité de historias clínicas	ARTÍCULO 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA. Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
Ley 911 de 2004	Se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería.	CAPITULO V Responsabilidad del profesional de enfermería con los registros de enfermería  ARTÍCULO 35. Entiéndase por registro de enfermería los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que

		<p>el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad.</p> <p>ARTÍCULO 37. El profesional de enfermería exigirá o adoptará los formatos y medios de registro que respondan a las necesidades de información que se deba mantener acerca de los cuidados de enfermería que se prestan a los sujetos de cuidado, según los niveles de complejidad, sin perjuicio del cumplimiento de las normas provenientes de las directivas institucionales o de autoridades competentes.</p> <p>ARTÍCULO 38. El profesional de enfermería diligenciará los registros de enfermería de la historia clínica en forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco y sin utilizar siglas, distintas a las internacionalmente aprobadas. Las correcciones a que haya lugar, se podrán hacer a continuación del texto que las amerite, haciendo la salvedad respectiva y guardando la debida secuencia. Cada anotación debe llevar la fecha y la hora de realización, el nombre completo, la firma y el registro profesional del responsable.</p>
Resolución 2003 de 2014	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud	<p><b>ESTANDAR HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b></p> <p>Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.</p> <p>Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.</p> <p>Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.</p> <p>Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.</p> <p>Se registran en historia clínica los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención y se cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las causas.</p>
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social y sus resoluciones reglamentarias.	Según el Decreto 1011 de 2006, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud implica: 1. La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos, 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.
NTCGP 1000:2009	Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública	capítulo 8 MEDICION ANALISIS YMEJORA determina que la entidad debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:



		a) demostrar la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio, b) asegurarse de la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad, y mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad.
ISO 9001:2015	Sistemas de gestión de calidad - Requisitos	
ISO 9000:2015	Sistemas de gestión de calidad - Fundamentos y Vocabulario	

## 6. EVIDENCIAS

### 6.1 Gerencia Estratégica y de Servicios.

#### 6.1.1 Pregunta de Investigación.

¿Qué actividades definidas en un plan, se requerirían para dar cumplimiento a la estrategia planteada?

#### 6.1.2 Objetivo específico.

Implementar estrategias para mejorar la información de los registros clínicos que realiza el personal de enfermería en los servicios de consulta y procedimientos.

#### 6.1.3 Selección y aplicación de instrumentos.

Para dar respuesta a la pregunta inicial se utilizará la herramienta PESTAL, posteriormente se realizará una DOFA la cual permitirá construir las estrategias a corto mediano y largo plazo. A pesar de las ventajas que representa la aplicación de la herramienta PESTAL como son la adaptabilidad al proceso que se va a evaluar, la toma de decisiones para el control de los riesgos externos y su enfoque proactivo que permite anticiparnos a las tendencias, este solo permite tener un análisis externo de la situación planteada por lo que se hace necesario complementarlo con un análisis DOFA el cual nos permite identificar las fuerzas internas que afectan el proceso evaluado de forma positiva o negativa. Teniendo en cuenta que la matriz DOFA identifican las diferentes debilidades, fortalezas,



amenazas y oportunidades que tiene la ESE, su análisis y cruce de sus variables nos permitirá identificar las estrategias que deben ser adoptadas por la institución y de esta forma superar la situación problemática.

#### 6.1.4 Análisis de la información

### **ANALISIS EXTERNO**

#### ➤ **HERRAMIENTA PESTAL**

### Variable política

- Teniendo en cuenta que el registro de enfermería se considera como un elemento fundamental para la garantía en la calidad de la prestación de servicios, se puede decir que la calidad del mismo obedece al cumplimiento de las políticas nacionales de: Prestación de servicios, Seguridad del paciente y Calidad

### Variable económica

- Teniendo en cuenta que la ESE del Municipio de Soacha es la única que brinda servicios de salud a la población subsidiada en el área de influencia, se puede decir que la demanda del servicio de enfermería es permanente y al ser un servicio de promoción de la salud se encuentra contratado en todos los paquetes de contratación que se tienen suscritos con las EPS. Se debe tener en cuenta que los contratos son por capitación y por lo tanto el impacto positivo en las condiciones de salud de la población disminuye el gasto de la cápita y mejora la rentabilidad de la empresa. Actualmente los recursos con los que cuenta la empresa solo cubren la operación regular, por lo tanto no se puede realizar inversiones económicas adicionales en tecnología

### Variable Social

- La mejora en el registro de información consignada en la historia clínica de los servicios de promoción y prevención contribuyen al cumplimiento de los atributos de calidad durante el proceso de atención, esta situación presenta una incidencia directa sobre las condiciones de salud pública de la población consultante.

### Variable Tecnológica

- La mayor parte de las instituciones cuenta con Historia clínica sistematizada la cual permite mejorar la captura de los datos. La institución cuenta con un SW para la captura de la información de las atenciones clínicas incluyendo los servicios de promoción y prevención, es de aclarar que el proveedor del SW es pequeño y solo unas pocas instituciones cuenta con el, actualmente la empresa solo provee mantenimiento al SW pero no realiza cambios estructurales. Por condiciones económicas en este momento no se puede adquirir otra plataforma tecnológica, por lo tanto solo puede invertir en mejoras del existente.

### Variable Ambiental

- El proceso de diligenciamiento de registro clínico no tiene afectación ambiental directa ya que el proceso de captura de la información se hace de forma electrónica lo cual disminuye la generación de residuos de papel y similares contribuyendo de esta forma al desarrollo de la política ambiental del país.

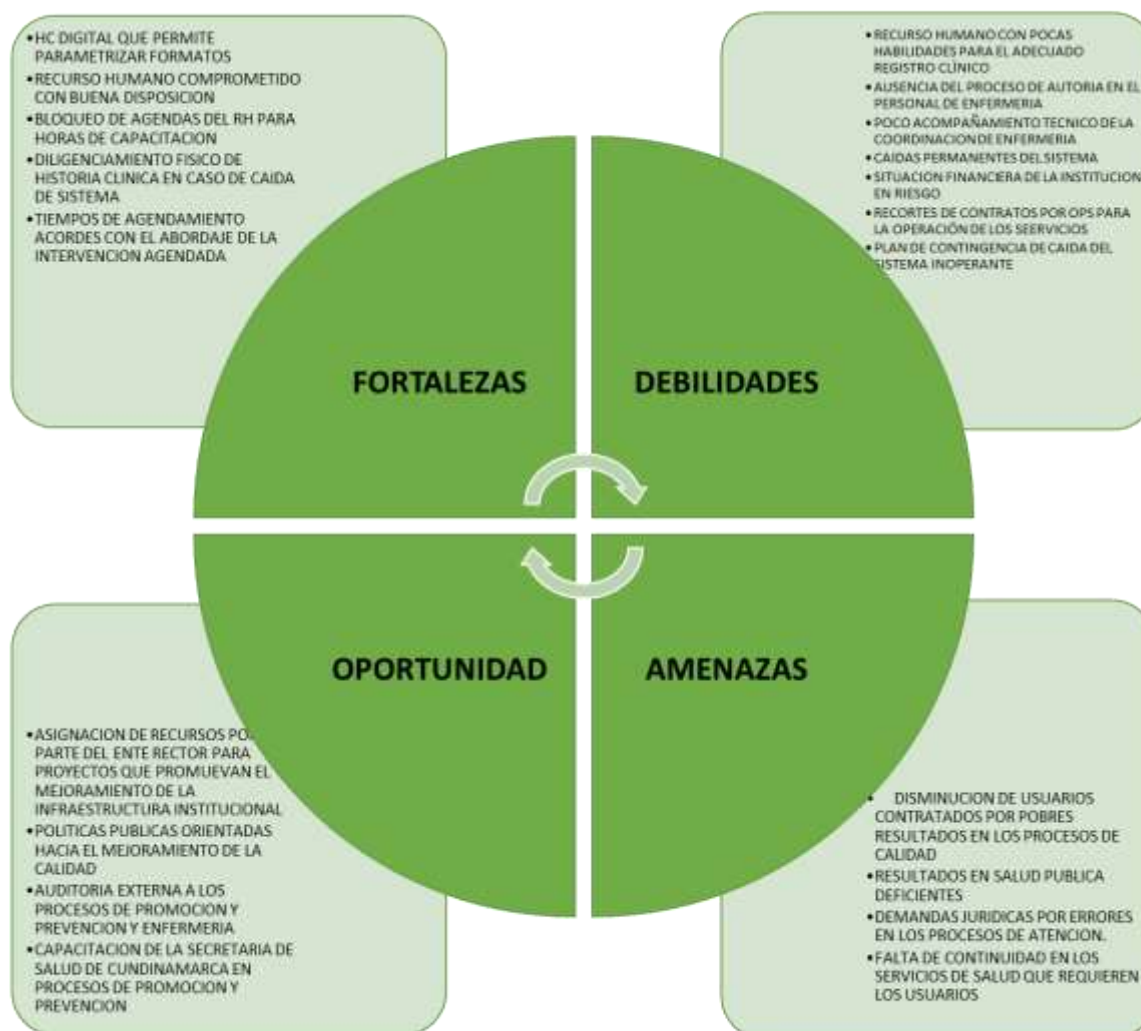
### Variable Legal

- El diligenciamiento de los registros clínicos están determinados en la Resolución 1995: Artículo 3 en el cual se mencionan las siguientes características con las que debe cumplir la historia clínica: Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica, entre otros aspectos.

## ANÁLISIS INTERNO

### ➤ DOFA

A continuación, se encontrarán los aspectos que se consideraron que influyen directamente con la situación planteada



## ➤ MAPA DE PROCESOS

A continuación, se muestra el mapa de procesos institucional



Análisis de los procesos institucionales



### PROCESOS ESTRATEGICOS

- **PLANEACION:** La empresa no cuenta con proyectos que se orienten hacia el mejoramiento de la infraestructura informática. Los proyectos se orientan hacia la adquisición de recursos para el desarrollo de acciones que se orientan hacia el cumplimiento de las condiciones de habilitación. Debido a que la empresa no monitorea sus procesos, la toma de decisiones gerenciales no se encuentra basada en hechos y datos.
- **MERCADEO:** En el portafolio de servicios que se negocia con las EPS se incluye la generación de recursos clínicos digitales al igual que las generación de la información que requiera el pagador y los entes de control.
- **SIAU (SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO):** Se realiza una evaluación permanente de la satisfacción del usuario para todos los servicios que presta la institución.
- Estos procesos cuentan con su respectiva caracterización, definición clara de sus subprocesos y procedimientos. Deben mejorar las acciones de evaluación y mejora.

### PROCESOS MISIONALES

- Todos los procesos cuentan con caracterización del proceso, procedimientos y documentación completa.
- **CONSULTA EXTERNA y PROMOCION Y PREVENICION:** Generan registros clínicos digitales y físicos, estos últimos no cumplen con las condiciones de custodia que determina la resolución 2003 de 2014.
- **APOYO DIAGNOSTICO:** El laboratorio clínico cuenta con tecnología de punta, aunque todavía presentan errores en la prestación de servicio por inatenciones por causas administrativas permanentes: cancelación permanente por deficiencias en dotación de insumos. Los resultados no cuentan con interfaz con la HC aunque para complementar el registro clínico el profesional debe entrar a un aplicativo externo y realizar transcripción a la HC de los mismos.
- **APOYO TERAPEUTICA:** No se cuentan con un aplicativo que permita el control de los medicamentos que se entregan al usuario, debido a que la formula es digital esta no presenta problemas de calidad frente a la transcripción.
- **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS:** No generan soportes clínicos.
- **TRANSPORTE ASISTENCIAL:** Generan registros clínicos físicos los cuales son archivados acorde a la normatividad

### PROCESOS DE APOYO

- Todos los procesos cuentan con caracterización del proceso,
- **GESTION JURIDICA:** No cuenta con procedimientos para todos los procesos
- **GESTION DEL TALENTO HUMANO:** La institución no cuenta con esta área, debe documentar sus procesos especialmente el plan de incentivos ya que la institución no cuenta con el mismo, el 95% del recurso humano es contratista lo cual genera poca apropiación de las personas hacia la institución.
- **GESTION DE AMBIENTE FISICO:** Tiene documentado sus procesos y el lider genera medición constante del proceso
- **GESTION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS:** Sus recursos se producen por la venta de servicios por cápita, su proceso de facturación es deficiente, no tiene sus procedimientos definidos y no se hace control sobre la calidad de la misma. Se cuenta con contratos por evento con poco control sobre la calidad de la facturación.
- **GESTION DE LA TECNOLOGIA:** Cuenta con estandarización de procesos completa, adecuado control y monitoreo permanente, contribuye de forma significativa al desarrollo de la política de seguridad del paciente.

### PROCESOS DE EVALUACION Y CONTROL

- **SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION:** Cuenta con estandarización de procesos en un avance del 50%, el SUBSISTEMA DE CALIDAD está poco fortalecido, no existe monitoreo y seguimiento permanente de los procesos asistenciales, presenta deficiencias significativas ya que no cuenta con equipo de auditores de carácter multidisciplinario y tampoco ha desarrollado metodología de pares, sus acciones de calidad solo se orientan al cumplimiento de estándares de habilitación con un avance casi nulo hacia los altos estándares de calidad, presentando algunos items de incumplimiento los cuales son objeto de planes de mejora.
- **CONTROL INTERNO Y EXTERNO:** Proceso que no se encuentra documentado y por lo tanto no obedece a un proceso de planeación, se enfoca solo a la intervención de las contingencias que se presentan.

## ➤ ANALISIS DE ESCENARIOS

El análisis de escenarios permite a la empresa visualizar diferentes alternativas y de esta forma avanzar en la toma de decisiones, para la presente investigación éste se realizará teniendo en cuenta los aspectos internos y externos identificados en la herramienta PESTAL y DOFA

	ESCENARIO PESIMISTA	ESCENARIO OPTIMISTA	ESCENARIO MEDIO	ESCENARIO PROBABLE
POLITICA	Persisten los incumplimientos de la resolución 2003 de 2016 en relación a los registros clínicos	Se avanza en el cumplimiento de los niveles de calidad logrando altos estándares cumpliendo con la norma de acreditación. Se instauran nuevas políticas de manejo del recurso humano a nivel institucional y se fortalecen las competencias del mismo	Se cumple con los estándares establecidos por la resolución 2003 relacionado con los registros clínicos	Se cumple con los estándares establecidos por la resolución 2003 relacionado con los registros clínicos  Se instauran nuevas políticas de manejo del recurso humano a nivel institucional y se fortalecen las competencias del mismo
ECONOMICA	Se disminuyen el número de usuarios capitados ya que la competencia se fortalece y supera las condiciones de calidad existentes que presenta la ESE	Se asignan recursos por parte del Estado para el mejoramiento de los servicios y el logro de altos estándares de calidad como lo determinan los niveles de acreditación Se mejoran las condiciones económicas de la empresa por lo que se mejoran las condiciones laborales y se cambian las formas de contratación que repercuten positivamente en el recurso humano	Se mantienen los contratos con las EPS en los términos actuales. La secretaría de salud departamental financia proyectos para avances tecnológicos. Se mantienen los contratos con los colaboradores en las mismas condiciones	Se mantienen los contratos en los términos actuales. La secretaría de salud departamental financia proyectos para avances tecnológicos Se mejoran las condiciones económicas de la empresa por lo que se mejoran las condiciones laborales y se cambian las formas de contratación que repercuten positivamente en el recurso humano
AMBIENTAL	Los registros clínicos empiezan a realizarse de forma manual aumentando el gasto de papel y requiriendo infraestructura para el archivo	Se elimina en un 90% el registro físico de las atenciones clínicas. Se logra el 100% del compromiso del recurso humano para el diligenciamiento de la HC en SW	Se realiza un adecuado archivo de los registros manuales y se transcriben posteriormente aquellos que se generan en físico por caída del sistema una vez esta se recupera. Se sensibiliza el recurso humano en el mejoramiento del registro clínico digital	Se realiza un adecuado archivo de los registros manuales y se transcriben posteriormente aquellos que se generan en físico por caída del sistema una vez esta se recupera Se logra el 100% del compromiso del recurso humano para el diligenciamiento de la HC en SW
TECNOLOGICA	Colapso del SW actual en el que se capturan los registros clínicos ya que se encuentra obsoleto. La adquisición de un SW que integre módulos financieros, administrativos y clínicos es imposible por el alto costo que este tiene	Se adquiere un SW que integre los módulos administrativo, financiero y asistencial logrando una eficiencia real en la gestión de la ESE	Se realizan modificaciones al SW en relación con las plantillas para la captura de información, incluyendo variables clínicas trazadores fundamentales para la identificación y abordaje del riesgo del usuario	Se realizan modificaciones al SW en relación con las plantillas para la captura de información, incluyendo variables clínicas trazadores fundamentales para la identificación y abordaje del riesgo del usuario
SOCIAL	Se afecta la continuidad de los servicios lo cual hace que no se genere el impacto en salud pública deseado	Se logra realizar alianzas y seguimiento a la continuidad de los servicios de los usuarios	Se generan impactos en la salud pública de una cohorte específicas de los usuarios que se tienen asignados lo que genera reconocimiento de la institución por parte de sus clientes	Se generan impactos en la salud pública de una cohorte específicas de los usuarios que se tienen asignados lo que genera reconocimiento de la institución por parte de sus clientes

## ➤ FACTORES CRITICOS DE EXITOS



Teniendo en cuenta que las variables del escenario probable corresponden a la mejor práctica que se puede adoptar por parte de la empresa para superar el problema, se analizaron los FACTORES CRITICOS DE EXITOS para poder identificar su aplicación rápida encontrando las siguientes situaciones:

- ❖ Se cumple con los estándares establecidos por la resolución 2003 relacionado con los registros clínicos. FCE: Recurso humano comprometido, equipos adecuados para la captura de la información, tiempos de consulta adecuados e instrumentos adaptados a la necesidad de los criterios de calidad del registro clínico
- ❖ Se instauran nuevas políticas de manejo del recurso humano a nivel institucional y se fortalecen las competencias del mismo. FCE: Remuneración salarial acorde con la tarea, asignación de tiempo laboral para el fortalecimiento técnico, acompañamiento técnico permanente por parte del líder de proceso, fortalecimiento del proceso de auditoría.
- ❖ Se mantienen los contratos en los términos actuales. FCE: información clínica completa, oportuna y coherente que permita la identificación y el manejo de riesgo del usuario.
- ❖ La secretaría de salud departamental financia proyectos para avances tecnológicos. FCE identificación de la necesidad real del SW, asignación presupuestal para cofinanciamiento de proyecto tecnológico.
- ❖ Se mejoran las condiciones económicas de la empresa por lo que se mejoran las condiciones laborales y se cambian las formas de contratación que repercuten positivamente en el recurso humano. FCE: búsqueda de nuevo mercado, fortalecimiento de la operación con calidad.
- ❖ Se realizan modificaciones al SW en relación con las plantillas para la captura de información, incluyendo variables clínicas trazadores



fundamentales para la identificación y abordaje del riesgo del usuario. FCE identificación de la necesidad real de información.

- ❖ Se generan impactos en la salud pública de las cohortes específicas de los usuarios que se tienen asignados lo que genera reconocimiento de la institución por parte de sus clientes: FCE usuarios satisfechos.

## ➤ **ESTRATEGIAS**

Teniendo en cuenta los resultados arrojados en el análisis de las herramientas PESTAL, DOFA, Mapa de Procesos y el Escenario Probable, se identificaron las siguientes estrategias de mejora:

### ❖ **Estrategias FO:**

Capacitar al recurso humano en los criterios de calidad del registro de enfermería y de la calidad en la atención

Realizar variaciones en la plataforma digital acorde con las necesidades de información del recurso humano

### ❖ **Estrategias DO**

Fortalecer la auditoría de autocontrol e interna al proceso de promoción y prevención

Optimizar auditoría externa

### ❖ **Estrategias FA**

Mejorar la satisfacción de los usuarios aumentando la percepción de que fueron abordadas sus necesidades en salud al interior de la atención.

### ❖ **Estrategias DA**



Fortalecer competencias y liderazgo en el profesional responsable del proceso

La empresa debe realizar una revisión exhaustiva de formatos físicos y electrónicos que utiliza el personal de enfermería para la captura de la información de tal forma que permita identificar aquellos que se encuentran obsoletos y desecharlos o aquellos que no permitan la captura eficiente de la información y modificarlos; para esto la empresa adicionalmente debe hacer una revisión de las rutas de atención para eliminar aquellos pasos en los procesos de atención que no permiten la optimización del tiempo y el registro con calidad de la atención prestada al usuario.

El desarrollo de esta estrategia debe involucrar el recurso humano operativo de tal forma que en proceso se cree adherencia a protocolos y se fortalezca el compromiso con la institución.

Para el desarrollo de las estrategias anteriormente mencionadas la empresa debe establecer una matriz 5w 2h que permita identificar el cumplimiento de las acciones para la misma:



ESTRATEGIAS FO					
DESCRIPCION DE LA ESTRATEGIA	Capacitar al recurso humano en los criterios de calidad del registro de enfermería y de la calidad en la atención				
QUE	COMO	CUANDO	DONDE	POR QUE	QUIEN
Desarrollar Sesiones educativas mensuales presenciales	1. convocando el recurso humano para reunión mensual, estandarizando la fecha del espacio de capacitación 2. Incluyendo en todas las reuniones de capacitación el tema de la normatividad relacionada con el manejo de la Historia clínica y la responsabilidad deontológica del registro clínico 3. Realizando pretest y postest en cada capacitación para verificar apropiación de conocimiento	feb-19	Sede asistencial San Mateo	Se requiere sensibilizar al recurso humano en la necesidad de mejorar la calidad de la información consignada en el mismo	Coordinadora de promoción y prevención
Realizar test virtuales de conocimiento normativo o técnico semanales	1. Identificando errores u omisiones más comunes en la realización de los registros clínicos 2. Realizando examen sobre conocimientos relacionados con las omisiones más frecuentes	feb-19	En cada consultorio	Se requiere desarrollar autocontrol y ejercicio de reflexión sobre las omisiones más comunes en los registros clínicos	Coordinadora de promoción y prevención
DESCRIPCION DE LA ESTRATEGIA	Realizar variaciones en la plataforma digital acorde con las necesidades de información del recurso humano				
QUE	COMO	CUANDO	DONDE	POR QUE	QUIEN
Identificar de variaciones requeridas en los formatos físicos y digitales	1. Verificando que los formatos tengan los campos que se requieren para la captura de información y eliminando aquellas variables que no aportan al registro clínico 2. Construyendo plantillas en Excel que permitan entregarse al proveedor para los cambios en la parametrización del sistema	feb-19	Coordinación de promoción y prevención	Se requieren instrumentos que sean de fácil diligenciamiento y que permitan una captura completa de la información	Coordinadora de promoción y prevención
Realizar modificaciones al SW	1. Solicitando al proveedor por medio de un oficio la inclusión de modificaciones a las plantillas existentes en el software o cambio de las plantillas existentes 2. Verificando que el proveedor hay incluido modificaciones al SW	mar-19	Coordinación de promoción y prevención	Se requieren instrumentos que sean de fácil diligenciamiento y que permitan una captura completa de la información	Coordinadora de promoción y prevención
Capacitar al recurso humano en las modificaciones del SW	1. Realizando capacitaciones presenciales para informar cambios en el aplicativo 2. Realizando el acompañamiento en terreno en el momento del diligenciamiento de los nuevos formatos	abr-19	Consultorios de enfermería de las sedes asistenciales	Se requiere que el recurso humano se adhiera a los formatos del aplicativo y diligencie información de forma completa y oportuna	Coordinadora de promoción y prevención

ESTRATEGIAS DO					
DESCRIPCION DE LA ESTRATEGIA	Fortalecer la auditoría de autocontrol e interna al proceso de promoción y prevención				
QUE	COMO	CUANDO	DONDE	POR QUE	QUIEN
Implementar la auditoría de pares en el personal de enfermería	1. Capacitando al grupo de enfermeras en auditoría a través de módulo virtual de 24 horas 2. Determinando parejas para realizar evaluación de registro clínicos 3. Socializando resultados en reunión técnica de enfermería 4. Levantando planes de mejoramiento a las desviaciones encontradas	feb-19	Consultorios de enfermería de las sedes asistenciales	Fortalecer la cultura del autocontrol dentro del proceso	Auditor de Calidad
	1. 2. Retroalimentando con el personal de enfermería los hallazgos encontrados en los registros clínicos por parte de la auditoría externa.	mar-19	Sede asistencial San Mateo	Fortalecer la evaluación en el proceso promoción y prevención y generar mejoras	Coordinadora de promoción y prevención
DESCRIPCION DE LA ESTRATEGIA	Optimizar auditoría externa				
QUE	COMO	CUANDO	DONDE	POR QUE	QUIEN
Consolidar los hallazgos de la auditoría realizada al proceso de promoción y prevención	1. Garantizando el acompañamiento de la coordinadora de promoción y prevención a la auditoría externa. 2. Diligenciando la plataforma creada para captura de información de hallazgos de auditoría por proceso una vez se reciba el informe 3. Realizando informe sobre hallazgos y entregando a líder de proceso 4. Socializar resultados con el recurso humano que realiza la prestación de los servicios	feb-19	Oficina de calidad	Se requiere fortalecer la cultura del mejoramiento continuo	Auditor de Calidad
Intervenir los hallazgos encontrados al proceso de promoción y prevención	1. Realizando plan de mejoramiento a las desviaciones encontradas 2. Realizando seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento	mar-19	Oficina de calidad	Se requiere fortalecer la cultura del mejoramiento continuo	Auditor de Calidad



ESTRATEGIAS FA					
DESCRIPCION DE LA ESTRATEGIA	Mejorar la satisfacción de los usuarios aumentando la percepción de que fueron abordadas sus necesidades en salud al interior de la atención.				
QUE	COMO	CUANDO	DONDE	POR QUE	QUIEN
Realizar intervenciones en los usuarios acorde con su nivel de riesgo	1. Identificar necesidades de educación en salud de cada usuario 2. Identificar en el usuario riesgo en salud 3. Clasificar el riesgo en salud 3. Realizar procesos de atención de enfermería acorde con las necesidades del usuario	PERMANENTE	Consultorios de enfermería de las sedes asistenciales	Incrementar el impacto de las intervenciones del proceso de promoción y prevención	Profesional de enfermería de consulta
Realizar mediciones de la satisfacción del usuario en los servicios de enfermería	1. Aplicar encuesta específica de satisfacción a las atenciones de enfermería 2. Consolidar resultados 3. Socializar resultados con personal de enfermería 4. Gestionar la realización de planes de mejora a las desviaciones presentadas por parte de la líder del proceso	mar-19	Sedes asistenciales	Generar fidelización en los clientes	Líder de atención al usuario

ESTRATEGIAS DA					
DESCRIPCION DE LA ESTRATEGIA	Fortalecer competencias y liderazgo en el profesional responsable del proceso				
QUE	COMO	CUANDO	DONDE	POR QUE	QUIEN
Gestionar curso de liderazgo	1. Revisar plataforma del SENA cursos relacionados con liderazgo y toma de decisiones	feb-19	Oficina de contratación	Se requiere mejorar las competencias para el liderazgo del área de enfermería	Profesional de contratación
Sensibilizar en necesidades de autocapacitación del proceso de promoción y prevención	1. Reforzar búsqueda bibliográfica para lectura de artículos y demás relacionados con el registro clínico y el mejoramiento del mismo en el personal de enfermería. 2. Socializar con enfermeras de la base en reunión técnica los aspectos aprendidos	mar-19	Sede asistencial San Mateo	Mejorar conocimientos y habilidades en mejoramiento de registros clínicos	Líder de promoción y prevención

## 6.2 Auditoría y control de calidad en salud

### 6.2.1 Pregunta de Investigación.

¿Cómo mejorar el modelo de operación de la empresa seleccionada para implementar de manera adecuada los diferentes componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en los servicios de Salud?

### 6.2.2 Objetivos específicos.

Identificar dentro del modelo de auditoría los mecanismos con los que cuenta la institución para el seguimiento a la calidad del registro clínico.

Incorporar dentro del modelo de auditoría institucional la verificación y cumplimiento de los estándares de calidad relacionado con el registro clínico de enfermería.

### 6.2.3 Selección y aplicación de instrumentos

A nivel institucional se identificó que la ESE no realiza seguimiento y control a los registros clínicos por lo cual se construyó un DIAGRAMA DE ISHIKAWA al

problema planteado en el aspecto relacionado con los bajos niveles de medición al proceso el cual se presenta a continuación:



La principal razón por la cual se escoge esta herramienta gerencial se debe a que es de fácil aplicación, el equipo de trabajo que participa no requiere mayor conocimiento sobre el uso de la herramienta y se puede identificar rápidamente aquellos aspectos que afectan positiva o negativamente el cumplimiento del registro clínico

Para el desarrollo de este componente se procedió a revisar la documentación que tenía la institución para el desarrollo de su proceso de auditoría encontrando las siguientes herramientas:

- Caracterización de proceso de calidad
- Política de calidad
- Manual de calidad
- Política de seguridad del paciente
- Programa de seguridad del paciente





- Caracterización del subproceso de auditoría
- Manual de auditoría
- Procedimiento de auditoría externa
- Procedimiento de auditoría interna
- Instrumentos para aplicar a la auditoría asistencial por actividad: promoción y prevención
- Procedimiento de gestión de planes de mejoramiento
- Caracterización del subproceso de gerencia de la información
- Manual de indicadores
- Tablero de indicadores de calidad
- Tablero de indicadores de seguridad del paciente
- Evaluación del cumplimiento del PAMEC 2016
- Documento de PAMEC 2017

#### 6.2.4 Análisis de la información.

Para la identificación de los mecanismos con la que cuenta la institución para evaluar la calidad del registro clínico se hizo una revisión de los documentos anteriormente mencionados encontrando las siguientes observaciones:

- Caracterización del proceso de auditoría: Se cuenta con una caracterización en la cual se describe como subproceso la auditoría interna para cada uno de los procesos institucionales.
- Tanto la política como el manual de calidad promueven la cultura de la calidad en el servicio con un énfasis importante en la seguridad del paciente



lo cual incluye la generación de registros clínicos con altos estándares de calidad.

- La política de seguridad del paciente promueve la cultura no punitiva y la seguridad del paciente en el proceso de atención desde el inicio hasta el final de la ruta.
- El programa de seguridad del paciente cuenta con la línea de intervención “GESTION CLINICA SEGURA” que incentiva el desarrollo de las consultas y procedimientos con calidad, pero no es específico frente a los criterios de calidad del registro clínico de enfermería.
- Subproceso de auditoría externa: cuenta con una herramienta en Excel “MATRIZ DE HALLAZGOS AUDITORIA EXTERNA” la cual tiene como objetivo organizar los hallazgos dejados por las EPS y los Entes de Control de tal forma que al generar una tabla dinámica cada líder de proceso puede consultar sus hallazgos para realizar el plan de mejoramiento. Dentro de los hallazgos dejados por las EPS se identifica que permanentemente se dejan observaciones por la falta de completitud de los registros de las atenciones de enfermería especialmente en los programas de Promoción y prevención, desviaciones ante las cuales se realizan los planes de mejoramiento respectivos por parte de la líder del proceso de P y P, pero no se realiza a nivel institucional seguimiento al cumplimiento del mismo.
- Subproceso de Auditoría Interna: El manual de auditoría incorpora los conceptos relacionados con los criterios de calidad que deben contener los registros clínicos. Actualmente la institución no realiza auditoría interna a los registros de enfermería ni se cuenta con un par en el proceso de auditoría que realice dicha actividad. En este nivel solo se cuenta con los análisis que se realizan a las quejas de los usuarios si estos incluyen este componente. El procedimiento de auditoría interna contempla la selección



de instrumentos que incluye listas de chequeo, la institución cuenta con listas de chequeo para la verificación y el cumplimiento de todos los programas de P y P donde se incluye un bloque que evalúa la calidad de los registros asistenciales, pero no se evidencia en los informes que se apliquen dichas herramientas para las intervenciones del personal de enfermería. La institución cuenta con el documento GESTION DE PLANES DE MEJORAMIENTO el cual promueve la gestión efectividad de esta herramienta, pero actualmente no es utilizada por el área de calidad.

- Subproceso gerencia de la Información: Para el desarrollo de este componente la institución cuenta con un manual de indicadores y tableros de control por proceso el cual incluye tablero de control de calidad y tablero de control de seguridad del paciente, pero actualmente la institución solo realiza seguimiento a los indicadores que debe reportar por resolución 256 dejando de lado el resto de las mediciones de los procesos que son los que le permiten avanzar en calidad.
- PAMEC: Se identifica en la revisión que el PAMEC institucional se construyó teniendo en cuenta la autoevaluación de los estándares de acreditación, hallazgos en los análisis de seguridad del paciente, hallazgos de la auditoría externa y cumplimiento de los indicadores de la resolución 256 de 2016; se realizó la revisión del cumplimiento del PAMEC del año 2017 donde se identificó que no se cumplen las actividades relacionadas con los niveles de auditoría interna de enfermería, igual situación para las actividades planeadas en el PAMEC del año 2018. El plan de mejoramiento del estándar de cliente asistencial incluye aspectos relacionados con la mejora del registro clínico en las actividades de promoción y prevención lo cual por ende incluye el registro clínico del personal de enfermería.

Teniendo en cuenta los hallazgos encontrados en la revisión documental de la ESE se considera que se deben realizar las siguientes intervenciones de tal forma



que se pueda instaurar un proceso real y eficiente de auditoría y avanzar en los niveles de calidad de las intervenciones que se realizan con los usuarios, se debe aclarar a las mismas estrategias identificadas en el DOFA con algunas actividades adicionales:

DESCRIPCION DE LA ESTRATEGIA	Optimizar auditoría externa				
QUE	COMO	CUANDO	DONDE	POR QUE	QUIEN
Preparar la auditoría	1. Preparando el recurso humano de la base para la auditoría externa. 2. Preparando la gestión documental requerida para realizar la auditoría externa. 3. Cumpliendo con el procedimiento de auditoría externa	Una vez lo notifique la institución externa	En los servicios a auditar / oficina de calidad	Se requiere fortalecer la cultura del mejoramiento continuo a través de la herramienta de la auditoría	Líder de proceso
Apoyar el desarrollo de la auditoría	1. Garantizando el acompañamiento de la coordinadora de promoción y prevención a la auditoría externa. 2. Consolidando los soportes de la auditoría en un solo sitio	El día programado para tal fin	Oficina de calidad	Se requiere fortalecer la cultura del mejoramiento continuo	Auditor de Calidad
Consolidar hallazgos de auditoría	2. Diligenciando la plataforma creada para captura de información de hallazgos de auditoría por proceso una vez se reciba el informe 3. Realizando informe sobre hallazgos y entregando a líder de proceso 4. Socializar resultados con el recurso humano que realiza la prestación de los servicios	Posterior a la finalización de la auditoría	Oficina de calidad	Se requiere fortalecer la cultura del mejoramiento continuo	Auditor de Calidad
Intervenir los hallazgos encontrados al proceso de promoción y prevención	1. Realizando plan de mejoramiento a las desviaciones encontradas	Permanente	Oficina de calidad	Se requiere fortalecer la cultura del mejoramiento continuo	Líder de proceso
	1. Cumpliendo con el procedimiento de gestión de planes de mejoramiento 2. Realizando seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento	Permanente	Oficina de calidad	Se requiere fortalecer la cultura del mejoramiento continuo	Audidores de calidad
DESCRIPCION DE LA ESTRATEGIA	Fortalecer la auditoría interna al proceso de promoción y prevención				
QUE	COMO	CUANDO	DONDE	POR QUE	QUIEN
Construcción de herramientas para la evaluación de la calidad del registro	1. Modificación de formatos de auditoría de todos los servicios donde se incluya evaluación de la calidad del registro clínico	feb-19	Oficina de calidad	Se requiere incorporar la verificación del registro clínico en todos los niveles de auditoría y en todos los servicios	Equipo de Calidad Líderes de proceso
Organizar el desarrollo de la auditoría	1. Cumplir con el procedimiento de auditoría interna 2. Utilizar las herramientas planteadas por la institución para la consolidación de los hallazgos. 3. Cumplir con el procedimiento de gestión de planes de mejoramiento	permanente	Servicios / oficina de calidad	Se requiere garantizar las etapas del proceso para organizar la información y tener una auditoría más eficiente	Audidores de calidad
Intervenir los hallazgos encontrados al proceso de promoción y prevención	1. Levantando plan de mejoramiento 2. Retroalimentando con el personal de enfermería los hallazgos encontrados en los registros clínicos por parte de la auditoría externa.	mar-19	Sede asistencial San Mateo	Fortalecer la evaluación en el proceso promoción y prevención y generar mejoras	Coordinadora de promoción y prevención
DESCRIPCION DE LA ESTRATEGIA	Fortalecer la auditoría de autocontrol proceso de promoción y prevención				
QUE	COMO	CUANDO	DONDE	POR QUE	QUIEN
Implementar la auditoría de pares en el personal de enfermería	1. Capacitando al grupo de enfermeras en auditoría a través de módulo virtual de 24 horas. 2. Capacitando al recurso humano en los instrumentos propios de la institución para la evaluación del proceso de promoción y prevención 2. Determinando parejas para realizar evaluación de registro clínicos 3. Socializando resultados en reunión técnica de enfermería 4. Levantando planes de mejoramiento a las desviaciones encontradas	feb-19	Consultorios de enfermería de las sedes asistenciales	Fortalecer la cultura del autocontrol dentro del proceso	Auditor de Calidad
DESCRIPCION DE LA ESTRATEGIA	Determinar las formas de medición de calidad de los registros clínicos				
QUE	COMO	CUANDO	DONDE	POR QUE	QUIEN
Medir la calidad de los registros clínicos de enfermería	1. Identificar los atributos de calidad del registro clínico 2. Construir las fichas de los indicadores por atributo de calidad del registro clínico. 3. Incorporar las fichas de los indicadores a los tableros de control de calidad. 4. Realizar el diligenciamiento de los indicadores con la periodicidad acorde con la ficha técnica 5. Realizar seguimiento a las tendencias de los indicadores	feb-19	Oficina de calidad	Se requiere realizar seguimiento al cumplimiento de la calidad del registro clínico	Audidores de calidad



Para la determinación de los criterios de calidad de los registros clínicos se realizó revisión bibliográfica en donde se encontraron los siguientes:

- Dimensión de estructura: Se refiere a aspectos “de forma” del documento, es decir, los registros clínicos deben ser estructurados por medio de un lenguaje técnico-científico, comprensible a todos los miembros del equipo de salud. Para lo cual se deben excluir faltas de ortografía, legibles, utilizar abreviaturas y símbolos universales (Marisol Torres Santiago, 2011)
- Dimensión de continuidad en el cuidado: Caracterizándose por la no interrupción del cuidado y su mantenimiento a través del registro, de acuerdo a las etapas del Proceso de Atención de enfermería: valoración, diagnósticos de enfermería, intervenciones y evaluación (Marisol Torres Santiago, 2011).
- Dimensión de seguridad del paciente: Reducción de riesgos innecesarios derivados de la atención de salud por medio de la información escrita sobre las medidas de seguridad en prevención de caídas, errores en medicación, úlceras por presión, alergias, etc. (Marisol Torres Santiago, 2011).

Se deben tener en cuenta estos criterios en el momento de la construcción de los instrumentos que se utilicen en la evaluación de los registros clínicos.

### **6.3 Desarrollo Organizacional**

#### **6.3.1 Pregunta de Investigación.**

¿Como se gestiona en su empresa los procesos del desarrollo organizacional para aportar a la excelencia en la prestación del servicio?

#### **6.3.2 Objetivo específico.**

Fortalecer las competencias del recurso humano que contribuyen al mejoramiento de la calidad del registro clínico de las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en las actividades de promoción y prevención.



### 6.3.3 Selección y aplicación de instrumentos.

#### CULTURA ORGANIZACIONAL

En los últimos años la cultura organizacional se ha convertido en un aspecto importante de investigación debido a los continuos cambios del entorno que influyen en el comportamiento interno de la empresa. Desde el enfoque de la organización, el concepto de cultura se desarrolla con el aporte de la escuela de administración de las relaciones humanas y de experimentos desarrollados por Elton Mayo. Entre los años setenta y ochenta, la cultura organizacional adquiere mayor relevancia y complejidad debido al alcance que esta tiene en las dimensiones económica y social (Isaza, 2013). En este sentido, Scher define a la cultura organizacional como la experiencia adquirida por el grupo para afrontar el entorno y resolver problemas internos de la empresa. Además, surge el aporte de Pfeffer quien la considera como un conjunto de reglas y medios que moldean en los integrantes de una empresa los valores, normas y significados (Punina, 2016).

Teniendo en cuenta que la salud se constituye en un derecho fundamental, siendo este fiel reflejo del nivel de desarrollo de un país por su impacto económico y social de la población, se hace necesario ofrecer servicios de calidad satisfactoria de la cual el registro clínico es supremamente importante. Para las instituciones de salud se mide la calidad en la prestación de los servicios y siempre se encuentran deficiencias expresadas en el trato inadecuado e incorrecto que se brinda a los pacientes, la deficiente información por parte de las áreas administrativas y médicas del hospital, la falta de equipo y espacios físicos inadecuados y, en general, la insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud (Idolina Bernal González, 2015).

El ambiente laboral en que se desarrollan los procesos de salud se ve influenciado por el clima organizacional prevaleciente en las instituciones hospitalarias, de tal forma que un clima favorable beneficia el entorno de trabajo y, con ello, el



compromiso y el desempeño de los empleados. En especial, se identifica que el ambiente de trabajo juega un papel relevante en el comportamiento de los empleados y superiores, ya que engloba el conjunto de valores, fines, objetivos, creencias y reglas de funcionamiento a nivel individual, grupal y organizacional. Por tanto, el hecho de realizar estudios sobre esta variable permite determinar la forma en que las personas perciben su trabajo, el desempeño, la productividad y las relaciones interpersonales con compañeros y jefes, elementos que a su vez logran identificar oportunidades de mejoras y puntos fuertes para cerrar las brechas de satisfacción entre la organización, sus colaboradores y la sociedad. En relación con la sociedad, se señala que como consecuencia de los constantes cambios en el entorno y de los estilos de vida de la población, se ha propiciado que los usuarios sean cada vez más exigentes con la atención médica que reciben, obligando a las instituciones hospitalarias a diseñar planes estratégicos que contribuyan al mejoramiento de la calidad referente a como se organizan, prestan y gestionan los servicios de salud. Al analizar la relación que existe entre el clima organizacional y la calidad de los servicios de salud permite a la alta dirección introducir cambios planificados en las actitudes y conductas de sus subordinados, así como en la estructura organizacional y los sistemas o procesos de salud que así lo requieran, a fin de propiciar un ambiente adecuado para los trabajadores en beneficio de la organización y la satisfacción de los usuarios. Por ello, el estudio de este fenómeno en las instituciones de salud se vuelve un tema indispensable debido a que los servicios médicos son un factor de gran sensibilidad en cualquier sociedad, por lo cual debe ponerse especial énfasis en brindar una atención sensible, oportuna, segura y de calidad a los pacientes, y con ello eliminar los estereotipos que en el transcurso de los años se han atribuido a las instituciones públicas de salud (Idolina Bernal González, 2015).

La enfermería es un servicio público que contribuye a preservar, a través del cuidado, la vida y la salud de las personas desde diversas perspectivas. Para





realizar su labor la enfermera desempeña sus actividades en diferentes contextos laborales ubicados prioritariamente dentro de una organización o estructura Institucional donde no en pocas ocasiones se dan condiciones de trabajo intensas en carga física y mental que necesariamente tienen influencia sobre ella (estrés emocional y fatiga, por ejemplo). Existen condiciones materiales, entre ellas las de higiene, seguridad y comodidad, que están relacionadas con políticas institucionales, horarios, salarios y estabilidad laboral. Otras son de orden psicosocial y corresponden a las características del trabajo en relaciones horizontales y verticales de comunicación y autoridad. La satisfacción laboral (SL), es un elemento que influye en toda actividad de todo ser humano y un factor de apoyo que agranda los sentimientos de valor, importancia y superación personal. Ésta se define como el estado emocional positivo o placentero con base en la percepción subjetiva de las experiencias laborales del propio trabajador de acuerdo a su actitud frente a su labor, está basada en las creencias y valores que él mismo desarrolla de su propio trabajo<sup>1</sup> por lo que se reconoce como un elemento imprescindible del proceso asistencial relacionado directamente con la calidad de los servicios prestados (Zabala, y otros, 2012).

El primer paso para mejorar la cultura organizacional consiste en hacer una medición de la misma, si bien este aspecto presupone un avance significativo en la empresa es importante tener en cuenta que inicialmente se debe hacer medición del clima laboral y de esta forma avanzar en el fortalecimiento de la cultura.

## APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Identificar aptitudes y características de los miembros de su equipo de trabajo como: la responsabilidad, la creatividad, iniciativa, capacidad de discusión y



análisis y solución de problemas son condiciones fundamentales para el crecimiento organizacional. Las organizaciones aprenden por sus miembros y a través del intercambio que éstos establecen con su entorno inmediato y el que portan a través de sus trayectorias académicas y sus experiencias.

En el aprendizaje organizacional se identifican dos tipos: el individual y el colectivo: el aprendizaje personal se genera en la medida en que los individuos abordan la vida de manera creativa cultivando el espíritu mediante la identificación constante de lo que es importante para la persona, aprendiendo a ver la realidad con claridad, teniendo una visión integral de lo deseado y la realidad e incorporando lo aprendido a la práctica cotidiana. En este aspecto se hace fundamental la identificación de los modelos mentales y su forma de interactuar con la cultura organizacional; el aprendizaje colectivo se evidencia a través de una visión compartida en la que la forma de incorporarse el individuo a la organización debe estar enmarcada en el compromiso y el apoyo organizacional. El aprendizaje en equipo se logra cuando se tiene la capacidad de dialogar reconocer los obstáculos al aprendizaje y desarrollar la capacidad de discutir, resolver problemas, tomar decisiones y transformar mediante la generación de conocimiento (María Paz Vera O, 2012).

Teniendo en cuenta los postulados anteriores la empresa determina que su modelo de gestión de talento humano está basado en el fortalecimiento de las competencias de los mismos y que por lo tanto las actividades planeadas para colaboradores y funcionarios se orientan hacia el cumplimiento de las siguientes condiciones y por lo tanto el logro del aprendizaje organizacional (Manuel Alfonso Garzón Castrillón, 2008):

- ❖ La transmisión y conservación del conocimiento a través de las diferentes condiciones que brinden las organizaciones para la generación del mismo: Competencias, Comunidades de práctica, Comunidades de compromiso,



Comunidades de aprendizaje, Memoria organizacional, la integración de capacidades y recursos para el empleo efectivo de tales recursos.

- ❖ El fortalecimiento de competencias cognitivas lo que permiten generar nuevos conocimientos y pueden ser de dominio, de tarea, de inferencia, de autocrítica, de visión compartida a través de coincidir en sus modelos mentales, de pensamiento sistémico, de aprender a aprender, que incluye aprender a desaprender, de aprender a escuchar, de aprender a confiar, laborales, básicas, genéricas o transversales, específicas.
- ❖ La formación de comunidades de aprendizaje siendo estas unidades autónomas de trabajo generadas en un ambiente que estimula la autonomía y la toma de responsabilidades de cada uno en los resultados fortalecimiento de esta forma la cultura del autocontrol. Esta comunidad se caracteriza por la interacción frente a frente, así como por el gradual y creciente conocimiento entre sí de los participantes en la creación de conocimiento. De igual forma permiten el tratamiento del conocimiento colectivo, para optimizarlo y saber cómo se produce, cómo se utiliza y su interacción; son equipos capaces de aprender y actuar más allá de los mandatos iniciales. La adquisición de conocimientos de manera flexible y sin restricciones de tiempo y lugar y la formación de la generación de relevo.
- ❖ La generación de comunidades de compromiso las cuales se caracterizan por ser un equipo de individuos que crean un sentido de compromiso colectivo; desarrollan imágenes del futuro que todos desean crear, junto con los valores que serán importantes para llegar allá y las metas que esperan alcanzar por el camino (Senge, 2002: 87). Es aquí donde todos los miembros del equipo tendrán una visión compartida de la ESE y contribuirán a lograr la misión y alcanzar la visión empresarial. Crear mapas cognitivos de sus miembros donde la construcción de una visión del conocimiento compartida y la de un espacio de diálogo abierto y exento de riesgos. Para esto se requiere lograr sentido de



identidad de los empleados para con la ESE, así como su compromiso personal.

- ❖ Generar comunidades de práctica entendiendo estas como equipos autoorganizados, iniciados por empleados que se comunican en razón a que comparten prácticas laborales, emergen, son el fundamento de donde fluirá la información, de donde se utilizará el conocimiento y existe el saber hacer las cosas. Estas comunidades de práctica requieren de saber todos lo mismo que los demás miembros, para aprovechar sus conocimientos prácticos es por eso que la estandarización de los procesos constituye una práctica importante para la unificación del Saber-saber y saber-hacer. Estas comunidades necesitan reconocimiento de los logros obtenidos y de espacios para que se reúnan y dispongan de elementos mínimos. Pueden y deben conformar redes de conocimientos y espacios virtuales. En este aspecto la empresa debe fortalecer y garantizar adecuados procesos de inducción y reinducción para el personal nuevo y antiguo manteniendo la motivación del recurso humano hacia el cumplimiento de la meta organizacional.
- ❖ El fortalecimiento de la memoria organizacional a través de instrumentos que permitan la capturar y conservación de la información documental relevante para la institución y que trasciende las barreras del tiempo. Esta captura, almacenamiento y uso del conocimiento genera valor agregado en los procesos organizacionales reduciendo, según Nonaka et al. (1999), el costo de aprendizaje. Todo esto se traduce en la necesidad de establecer la continuidad interna y externa, y tener la capacidad de recategorizarlo y reconceptualizarlo para que lo utilicen otras personas; Para la ESE el desarrollo de este componente se generará a través de capacitaciones virtuales sobre los temas específicos a los líderes de proceso fomentando el autoreforzamiento y autoaprendizaje, para lo cual la empresa desarrolla una herramienta de capacitación virtual para el acceso a capacitaciones específicas según el área



de trabajo pero también para el despliegue de todos aquellos aspectos generales de la organización (María Paz Vera O, 2012).

El aprendizaje organizacional presupone la creación de conocimiento. La piedra angular del modelo de creación de conocimiento de Nonaka y Takeuchi (1995) es la distinción entre conocimiento tácito y conocimiento explícito, así como, los procesos de conversión entre los distintos tipos de conocimiento, siendo especialmente importante para las empresas la conversión de tácito en explícito. Es importante, también, destacar cómo definen “conocimiento” estos autores, para quienes el conocimiento es “un proceso dinámico humano de justificación personal de creencias hacia la verdad” y lo distinguen de la información explicando que esta es el medio o la materia prima para generar y construir conocimiento, pero en sí misma, no es conocimiento, simplemente añade algo o reestructura el conocimiento existente. Aclaran que la información puede tratarse desde un enfoque sintáctico (el volumen) o semántico (el significado) y que de ambos el más importante para la creación de conocimiento es el aspecto semántico de esta. Desde su dimensión ontológica, estos autores entienden que el conocimiento es algo que se crea en el individuo, por lo que el conocimiento a nivel organizacional no puede emerger sin la participación de sus miembros. La organización funciona como facilitadora, dando soporte y contexto a los individuos para que creen el conocimiento. Desde su perspectiva epistemológica, distinguen entre dos tipos de conocimiento: el conocimiento tácito y el conocimiento explícito, para la psicología conocimiento procedimental y conocimiento declarativo, respectivamente. El tácito lo entienden como personal, contextual y, por tanto, difícil de comunicar y formalizar. El explícito, o conocimiento codificado, hace referencia a aquel conocimiento que puede ser transmitido mediante algún tipo de lenguaje. (Luque, Enero 2017)

El modelo de Nonaka y Takeuchi es, por tanto, un modelo dinámico sobre la creación del conocimiento que contextualiza tal proceso en un entorno social,



dónde se produce la conversión de unos tipos de conocimiento en otros y que, por tanto, necesita de los individuos, pero sin circunscribirse a la individualidad, sino como un producto de la interacción entre personas. Como novedad, proponen que la conversión entre conocimiento explícito y tácito no es unidireccional, sino que tienen lugar dentro de una espiral donde la conversión puede ser en cualquier sentido (Luque, Enero 2017).

Obedeciendo a los postulados anteriormente mencionados se hace necesaria la revisión del proceso de generación del conocimiento al interior de la ESE aplicando el modelo de Nonaka y Takeuchi: SECI, VA y Activos de Conocimiento para la evaluación de la gestión del conocimiento.

Los elementos que se considerarán para el análisis serán los siguientes:

- Manual institucional de perfiles o manual de funciones
- Procedimiento de talento humano que incluye: selección, incorporación y desvinculación laboral.
- Estrategias de fortalecimiento del recurso humano para la generación de capacidades con énfasis en el liderazgo y autocontrol
- Procedimiento de entrega de cargo y de información entre cada uno de los procesos. La ESE disminuirá el riesgo que genera las crisis del vacío de conocimiento cuando se van los empleados a través de designación de espacios virtuales y físicos durante su vinculación para el almacenamiento del conocimiento que produzca en el entendido de que fortalecerá su arquitectura tecnológica a través del uso de portales, sistemas de almacenamiento, Web, uso de interfaces inteligentes, mensajería y colaboración electrónica Internet y comunidades virtuales; elementos que se constituyen en una herramienta fundamental para facilitar la comunicación en todos los sentidos y la difusión permanente de los conocimientos.



## EVALUACION DE COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO

Se define competencia como: “la capacidad de desarrollar eficazmente un trabajo, utilizando los conocimientos, habilidades, destrezas y comprensión necesarios, así como los atributos que faciliten solucionar situaciones contingentes y problemas” (Capuano, 2004)

La evaluación de desempeño posibilita teóricamente:

- La detección de necesidades de capacitación.
- El descubrimiento de personas clave.
- El descubrimiento de competencias del evaluado.
- La ubicación de cada persona en su puesto adecuado y desarrollo de la misma.
- La retroalimentación para una autoevaluación de rendimiento.
- La toma de decisiones sobre salarios

(Capuano, 2004).

Para que una persona muestre las competencias incluidas en los perfiles requeridos (por su trabajo o por las situaciones personales que afronta), es necesaria la presencia y conjunción de los siguientes elementos (Capuano, 2004):

- Saber: Conjunto de conocimientos relacionados con los comportamientos concernientes a la competencia. Pueden ser de carácter técnico (orientados a la realización de tareas) y de carácter social (orientados a las relaciones interpersonales).
- Saber hacer: Conjunto de habilidades que permiten poner en práctica los conocimientos que se poseen. Se puede hablar de habilidades técnicas (para realizar tareas diversas, por ejemplo, hacer una pared de ladrillos), habilidades sociales (para relacionarnos con los demás como trabajar en equipo), habilidades cognitivas (para procesar la información que nos llega y que debemos utilizar para analizar situaciones o resolver problemas).
- Saber estar: Conjunto de actitudes acordes con las principales características del entorno organizacional y/o social (cultura, normas, etc.). En un sentido



amplio, se trata de tener en cuenta nuestros valores, creencias y actitudes en tanto elementos que favorecen o dificultan determinados comportamientos en un contexto dado.

- **Querer hacer:** Conjunto de aspectos relacionados con la motivación responsables de que la persona quiera o no realizar los comportamientos propios de la competencia. Se trata de factores de carácter interno (motivación por ser competente, identificación con la tarea, etc.) y/o externo (dinero extra, días libres, beneficios sociales, etc.) a la persona, que determinan que ésta se esfuerce o no por mostrar una competencia determinada.
- **Poder Hacer:** Implica un conjunto de factores relacionados con:  
*El punto de vista individual:* la capacidad personal, las aptitudes y rasgos personales, se contemplan aquí como potencialidades de la persona, como variables que pueden aportar información respecto a la facilidad con que alguien mostrará un comportamiento determinado, o sobre su potencial de aprendizaje.  
*El punto de vista situacional:* el grado de “favorabilidad” del medio. Diferentes situaciones pueden marcar distintos grados de dificultad para mostrar un comportamiento dado; por ejemplo, la presencia de un grupo que nos “presiona”, la interacción con un jefe autoritario u ocupar un nivel jerárquico.

Existen dos grandes grupos de competencias (Capuano, 2004):

- **Visibles** • Destrezas: Manera en que una persona realiza sus tareas. • Conocimientos: Información que una persona posee sobre áreas específicas.
- **No visibles** • Concepto de uno mismo: Actitudes, valores o imagen propia de una persona. • Rasgos de la personalidad: Es el núcleo de la personalidad más difícil de detectar.

La evaluación de desempeño por competencias constituye el proceso por el cual se estima el rendimiento global del empleado, poniendo énfasis en que cada persona no es competente para todas las tareas y no está igualmente





interesada en todas las clases de tareas. Por tal motivo, la motivación que se le proporcione a cada persona influirá en el óptimo desarrollo de sus competencias. La mayor parte de los empleados procura obtener retroalimentación sobre la manera en que cumple sus actividades, y las personas que tienen a su cargo la dirección de otros empleados deben evaluar el desempeño individual para decidir las acciones que deben tomar. Las evaluaciones informales realizadas mediante la observación en el trabajo diario, son necesarias pero insuficientes. Contando con un sistema formal de retroalimentación, el departamento de personal puede identificar a los empleados que cumplen o exceden lo esperado y a los que no lo hacen e identificar así, las necesidades de los mismos. Las personas que se desempeñan de manera insuficiente pueden poner en evidencia procesos equivocados de selección, orientación y capacitación, o pueden indicar que el diseño del puesto o los desafíos externos no han sido considerados en todas sus facetas. Una organización no puede adoptar cualquier sistema de evaluación del desempeño. El sistema debe ser válido, confiable, efectivo y aceptado por todos sus miembros. El enfoque debe identificar los elementos relacionados con el desempeño, medirlos y proporcionar retroalimentación a los empleados y al departamento de personal (Capuano, 2004).

Teniendo en cuenta que la evaluación del recurso es fundamental para que la organización avance, se analizarán las herramientas que implementa la institución para evaluar los profesionales de enfermería.

- Encuesta de clima organizacional: técnica aplicada y resultados
- Planes de mejoramiento para el área de enfermería

#### ESPACIOS DE EVALUACION INSTITUCIONAL

Los comités son instrumentos establecidos en las organizaciones con el fin de hacer seguimiento a procesos o temas de importancia, por lo cual, en el marco



de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención se considera un mecanismo valioso que contribuye al seguimiento y retroalimentación de la calidad generando información para la colocación en marcha de acciones correctivas o preventivas y complementando las otras herramientas metodológicas antes referenciadas. El comité de Historias clínicas es fundamental para el análisis de los resultados que se pudiera tener en los procesos de auditoría los cuales se deben ver reflejados en indicadores en los tableros de control tanto de proceso como de calidad.

#### 6.3.4 Análisis de la información.

Al realizar el análisis de la estructura organizacional se identifica como organización centralizada debido a que sus niveles de autoridad y operación se basan en la cadena de mando, las decisiones son tomadas por los altos mandos como son: gerente, subgerentes y asesores; la participación de las personas de la base (quienes operan la misión y prestan los servicios a los usuarios) es poca ya que tienen el papel de cumplir las directrices; las decisiones se toman basados en la poca información disponible y se orientan al cumplimiento de los objetivos empresariales. Si bien la empresa cuenta con líderes de proceso, su labor se orienta a monitorear y sugerir acciones preventivas o correctivas pero la toma de decisiones solo es realizada por los altos mandos que se han descrito anteriormente.

La estructura de la organización es línea staff, si bien la empresa cuenta con una línea de mando claramente identificable, esta permite líneas de asesoría las cuales a través de las sugerencias pueden afectar las decisiones tomadas por la línea de mando; de igual forma se evidencia intervención de las líneas de operación representadas por los líderes de proceso los cuales brindan asesoría en la planeación, ejercen el control del proceso y recomiendan.

CULTURA ORGANIZACIONAL – CLIMA ORGANIZACIONAL



Múltiples estudios han demostrado la importancia de conocer el clima laboral y el abordaje adecuado del mismo para generar cambios comportamentales en los colaboradores, por lo tanto, se indaga sobre la aplicación de estos instrumentos de forma anual y se identifica que la ESE no realiza mediciones de la misma; esta situación representa una amenaza para la implementación de la cultura organizacional basada en la calidad de la atención y de los registros.

Teniendo en cuenta que los servicios de salud tienen características que requieren competencias específicas en las personas que los prestan, el instrumento que se aplique debe ser específico para el sector. Para el año 2017 la comunidad científica de Cuba diseñó un instrumento para la evaluación del clima organizacional en salud que garantiza una medición objetiva, válida y confiable, el mismo responde a las características de las organizaciones en diferentes contextos. Es un instrumento sencillo, de fácil aplicación y cómodas posibilidades de respuesta, que discrimina y aporta información valiosa para la gestión del cambio en salud. El instrumento se estructuró en dos bloques, el primero de datos generales de los sujetos y el segundo de los ítems que dan salida a las variables exploradas, se creó una escala ordinal para la clasificación del clima organizacional por dimensiones y categorías a partir del promedio obtenido con la aplicación en las instituciones del instrumento elaborado donde, adecuado: 6 o más; en riesgo: 4 a 5,9 e inadecuado: menos de 4 (Pérez, 2017)



### ENCUESTA CLIMA ORGANIZACIONAL

El propósito de este instrumento (cuestionario) es encontrar áreas de oportunidades que permitan mejorar el clima de trabajo en esta organización. La información que usted nos proporcione será de mucha utilidad en la búsqueda de la mejora continua de la institución.

I. Datos del encuestado:

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Centro de trabajo:                      Consultorio Médico: \_\_\_ Policlínico: \_\_\_ Hospital: \_\_\_ Institución Docente: \_\_\_ Unidad de dirección:

Otra: \_\_\_ Cuál: \_\_\_\_\_ Prestador: Si: \_\_\_ No: \_\_\_ Directivo: Si: \_\_\_ No: \_\_\_, si es Sí diga qué función realiza: \_\_\_\_\_

II. Lea cuidadosamente cada una de estas afirmaciones y establezca en qué medida usted considera se aplica en su área de trabajo. Para cada inciso marque con una X una sola respuesta: Nunca (N), A veces (AV) o Siempre (S).

III. Incisos del cuestionario:

Incisos	N	AV	S
1. El ambiente de trabajo que se respira en la institución es agradable.			
2. La imagen que se proyecta de la institución a la sociedad es de reconocimiento y prestigio.			
3. Las relaciones interpersonales entre el jefe y los miembros del equipo de trabajo o departamento son cordiales.			
4. Cuando hay un reto para la organización todas las áreas participan activamente.			
5. Los cambios en la institución se proyectan en dependencia de las necesidades, exigencias o demandas de la organización misma.			
6. Los trabajadores conocen la misión de la institución.			
7. Existe preocupación porque se entienda bien el trabajo a realizar.			
8. Para mejorar el trabajo se solicitan ideas y propuestas al colectivo.			
9. Todos los problemas se discuten de una manera constructiva.			
10. El trabajo que realizo me gusta.			
11. El contenido de trabajo se delimita y es del conocimiento de los trabajadores.			
12. Cuando aparece un problema determinado se sabe quién debe resolverlo.			
13. Para cumplir con el trabajo hay que recurrir a todas las capacidades de los miembros del equipo.			
14. En el análisis de los problemas se pueden plantear criterios.			
15. Cada trabajador es considerado como conocedor de su trabajo y se le trata como tal.			
16. Las condiciones físicas de trabajo son buenas.			
17. Se conocen los mecanismos establecidos para que la información fluya en la institución.			
18. Existe armonía en las relaciones entre el jefe y el equipo de trabajo.			
19. Los diferentes niveles jerárquicos de la organización colaboran entre ellos.			
20. En la institución se le da atención al desarrollo de los equipos humanos.			
21. Se dedica tiempo a revisar que se requiere para mejorar el desempeño de las personas.			
22. La información en la institución llega de forma clara desde el nivel superior hasta los trabajadores.			
23. El mantenimiento de las buenas relaciones interpersonales es interés de la institución.			
24. Los objetivos del área de trabajo son congruentes con los objetivos de la institución.			
25. Las acciones de control se realizan de forma planificada.			
26. Existe preocupación por mantener actualizado técnicamente al personal con el fin de mejorar la calidad del trabajo.			
27. El jefe con el cumplimiento del trabajo es muy exigente.			
28. Cuando existe un problema todos se interesan por resolverlo.			
29. En la institución las personas que trabajan bien reciben reconocimiento.			
30. Existe una asignación justa de tareas según el contenido de trabajo que corresponde desarrollar dentro de la organización.			
31. En la solución a los problemas y conflictos dentro de la organización se tienen en cuenta las opciones más creativas que aportan los trabajadores.			
32. Cuando se inicia una tarea se explica el por qué.			
33. Los resultados alcanzados en la institución son frutos del trabajo de todos.			
34. Se estimula la participación de las personas para encontrar soluciones creativas a los problemas.			
35. Los trabajadores se sienten satisfecho de lo que han aportado a los resultados de la institución.			
36. Cada uno cuenta con los elementos de trabajo necesarios que permiten dar solución a los problemas.			
37. La información requerida para cumplir con las actividades fluye de forma rápida.			
38. La institución se preocupa por el desarrollo de valores, actitudes y relaciones de las personas dentro de la organización.			
39. En la toma de decisiones se tiene en cuenta el apoyo y participación de todos los trabajadores.			
40. Existe correspondencia entre los objetivos de la organización y el trabajo que se realiza.			
41. A la hora de realizar el trabajo se tienen en cuenta las propuestas del colectivo.			
42. Las ideas del colectivo son tenidas en cuenta para mejorar los resultados de trabajo.			
43. Los trabajadores en la institución cumplen con el horario laboral de forma regular.			
44. Cuando se analiza un problema los miembros de la organización adoptan posiciones sinceras.			
45. Los trabajadores manifiestan orgullo de pertenecer a la institución en la que laboran.			
46. En la institución se estila el saludo diario y las demostraciones afectivas hacia los compañeros de trabajo.			
47. Existe satisfacción con el ambiente físico en el que se trabaja en la institución.			
48. La información que se requiere de los compañeros del equipo se recibe oportunamente para realizar el trabajo.			
49. Se propician cambios positivos en función del desarrollo de la institución.			
50. Los criterios de los trabajadores son fuente de información para definir las transformaciones necesarias en la organización.			



## GENERACION DE CONOCIMIENTO

Para la generación del conocimiento se aplicará el MODELO EN CINCO FASES GESTION DEL CONOCIMIENTO DE NONAKA Y TAKEUCHI aplicado al proceso de registro clínico de las atenciones de enfermería

Condiciones:

- **Intención:** la ESE cuenta con una política de calidad que se orienta hacia la prestación del servicio con recurso humano idóneo, competente lo cual engloba la realización del registro clínico como una tarea incluida en el proceso de consulta. Adicionalmente cuenta con política y programa de seguridad del paciente el cual pretende garantizar acciones seguras en el marco de la continuidad y adecuado diagnóstico de los sujetos de atención. Adicionalmente la ESE contribuye a la generación de conocimiento científico en la medida en que participa en estudios clínicos liderados desde el Ministerio de la Protección Social y con sus RIPS permite la generación de perfiles epidemiológicos en grupos poblacionales grandes abordados tanto desde las acciones intramurales (plan obligatorio de salud) como las extramurales (plan de intervenciones colectivas), razón por la cual reconoce la importancia de que los datos aportados sean confiables y completos.
- **Autonomía:** si bien el profesional cuenta con la autonomía profesional para abordar el usuario en los riesgos de salud identificados, la auditoría de historias clínicas realizadas por la EPS determina la información mínima que debe contener el registro clínico acorde con el énfasis de la actividad realizada por el profesional. La empresa dentro de sus minutas contractuales garantiza la información que requiere la EPS para el análisis del perfil de morbilidad de su población objeto. La empresa cuenta con la autonomía para definir los espacios de reforzamiento técnico de su recurso humano, de igual forma en



algunas oportunidades se ve apoyado por las EPS y las instituciones de control para el fortalecimiento de conocimientos de su recurso humano

- **Fluctuación y caos creativo:** Los registros clínicos y las variables a capturar se encuentran en constante cambio ya que las modificaciones permanentes de las guías de práctica clínica y la normatividad relacionada con la atención en salud obligan al abordaje integral de los sujetos de atención; adicionalmente la información clínica es requerida para estudios epidemiológicos y nuevas tendencias en salud. Se debe entender que las atenciones en salud no pueden ser estandarizadas ya que cada individuo es abordado acorde con sus particularidades y riesgo en salud, sin embargo, la institución debe establecer unos criterios básicos de operación y registro aplicables a todos los individuos que reciben el mismo servicio.
- **Redundancia:** Actualmente la institución no cuenta con mecanismos de transmisión redundante de la información y el conocimiento relacionado con la importancia del registro clínico de calidad, este solo es abordado en reuniones mensuales las cuales no han podido generar transformación en los profesionales. Existe una excepción en el recurso de enfermería que opera en la sede asistencial de San Marcos debido a que se comparte la sede administrativa con el servicio asistencial los profesionales son objeto de permanente auditoría externa concurrente por lo cual aprenden a identificar los criterios de calidad en la prestación del servicio de salud.
- **Variedad de requisitos:** la institución presenta dificultades con los mecanismos de despliegue de la información gerencial ya que estos no son eficaces y no llegan a todo el recurso humano de cada una de las sedes asistenciales, si bien los procesos son muy dinámicos y las directrices que se dan en la institución, estas en muchas ocasiones son conocidas por las personas de la base un mes después. La información operativa se transmite vía telefónica al líder de la sede y este despliega la información de forma verbal pero no queda



registro del mismo. De igual forma la producción del conocimiento se pierde cada vez que la institución rota su recurso humano y la empresa está en constante nacimiento por lo cual no crece.

#### MODOS DE LA RECONVERSION DEL CONOCIMIENTO:

- **Socialización:** Los espacios que ha determinado la empresa para la generación de competencias y habilidades del recurso humano que opera los procesos son: UNIDADES LOCALES GERENCIALES que corresponde a espacios de despliegue de directrices y participación conjunta en la construcción de oportunidades de mejora para el cumplimiento de los objetivos institucionales y REUNIONES TECNICAS DE AREA: que corresponde a espacios de fortalecimiento técnico en el saber-saber y saber-hacer propio del ejercicio profesional donde se realiza el despliegue para la operación estandarizada de los procesos. Aquí las personas tienen la posibilidad de analizar su accionar y compartir experiencias con los otros lo cual permite generar transformación en el saber hacer aprendiendo del saber hacer de sus colegas. Para este aspecto se analiza que la institución no cuenta con procedimiento de SELECCIÓN DE TALENTO HUMANO, ni de INDUCCION ni REINDUCCION, aunque en la operación se identifica que una vez las personas se incorporan a la empresa hacen inducción en puesto de trabajo con un par y aprenden el manejo de historias clínicas y principales objetivos organizacionales. Para la selección del talento humano la ESE no cuenta con manual de perfiles para el recurso humano contratado y se debe tener en cuenta que el contrato determina las tareas pero no las competencias, por lo cual no se identifican competencias laborales ni personales y adicionalmente no se hace aplicación de instrumentos psicotécnicos ni de conocimientos que permitan identificar competencias en el saber saber, saber hacer, saber ser y saber convivir; se validan algunas referencias laborales y se validan títulos lo cual no necesariamente determina los grados de competencia de las personas



para los cargos a los cuales se están postulando. Para los líderes de proceso no se realizan evaluaciones relacionadas con habilidades para el liderazgo y facilidad en la trasmisión de la información a las personas de la base, competencias necesarias para poder desarrollar en la empresa los equipos autodirigidos.

- **Externalización:** Los líderes de proceso contribuyen a la capacitación del recurso humano sobre aspectos técnicos, sin embargo, se evidencia poco fortalecimiento en aspectos de carácter clínico como lo es el despliegue de las Guías de Práctica Clínica hacia los profesionales de enfermería, al igual que de protocolos y resoluciones que regulan su ejercicio profesional. Es en estos espacios donde se socializa la documentación nueva tales como procedimientos, manuales, instructivos, de igual forma se socializan los resultados identificados en las auditorías internas y externas. En estos espacios se permite al recurso de la base (los que operan la misión: prestan los servicios directamente a los usuarios) analizar su saber hacer y transformar el saber saber, en estos espacios se validan las directrices institucionales y se permite la creación de conocimiento en conjunto. La institución aún no avanza en la utilización de herramientas virtuales que le permitan vía web llegar a todos sus colaboradores e iniciar un proceso de generación de competencias en el saber saber. La alta gerencia adicionalmente cuenta con espacios para análisis de hechos y datos e indicadores que corresponde a los comités, para el análisis y resultados de los hallazgos de los registros clínicos se cuenta con el comité de historias clínicas donde se socializan resultados de auditoría interna y externa a líderes de proceso, sin embargo se identifica que el análisis de los procesos es pobre y no se realiza seguimiento a las oportunidades de mejora identificadas lo que hace que las desviaciones de los procesos sean permanentes. La empresa se preocupa por la construcción de una forma de operación de los programas de promoción y prevención propia y diferentes que





le permita sobresalir en el medio y llevar la ventaja con sus competidores para ganar cliente, aunque la realidad demuestra que no logra alcanzar el objetivo.

- **Combinación:** Si bien las personas cuentan con conocimientos y la empresa brinda los espacios para el fortalecimiento de competencias, se identifica falencias en los procesos de liderazgo para concretar ideas y volverlas acciones, al igual que el poco acompañamiento técnico por parte del mismo no permite la armonización del saber saber con el saber hacer por lo cual se olvidan los aspectos acordados para la operación de los procesos. Teniendo en cuenta que la empresa no mide el clima laboral no se puede tener claridad sobre aquellos aspectos que las personas consideran necesarios reforzar para el mejoramiento de su tarea.
- **Internalización:** La empresa no desarrolla la cultura de la documentación por lo cual tanto acuerdos como directrices se pierden, incluyendo toda la información y conocimiento generado por los líderes de proceso cada vez que se cambia la persona. La falta de competencia para documentar las acciones se traduce en desorganización y reprocesos permanentes. La falta de un procedimiento que permita generar entrega de cargos hace que la pérdida del conocimiento sea permanente y la empresa no avance ya que los índices de rotación son elevados. Los procesos de evaluación en la institución no son permanentes ni reiterados, solo obedecen a obligaciones contractuales o normativas lo cual no permite identificar oportunidades de mejora retrasando el aprendizaje organizacional. Si bien la empresa cuenta con espacios de evaluación y control como son los comités, estos son inoperantes ya que no hay seguimiento a los compromisos ni evalúan el avance en los procesos.

## EVALUACION DE DESEMPEÑO POR COMPETENCIAS

La empresa no realiza medición del desempeño de los colaboradores de contrato, a pesar de que existe un instrumento orientador aportado por el Departamento



Administrativo de la Función Pública para el personal de carrera administrativa, la institución no lo utiliza con el personal de contrato por considerarlo ilegal. Sin embargo, es importante que se emplee alguna estrategia y se sugiere que se realicen evaluaciones de 360°.

La evaluación de desempeño debe realizarse acorde con los siguientes pasos:

- Intención de hacer la evaluación de desempeño expresada por la alta dirección.
- Análisis de sistemas posibles: bien se puede tomar un instrumento ya aplicado o la empresa puede crear su propio sistema según las competencias a evaluar.
- Confección del diccionario de competencias: se debe elaborar un listado de las competencias a evaluar las cuales deben estar estrechamente relacionadas con la plataforma estratégica institucional incluyendo los objetivos estratégicos. Algunas competencias a evaluar pueden ser Liderazgo, Integridad, Empowerment, Iniciativa, Orientación al cliente, Trabajo en equipo.
- Diseño de la evaluación: debe cubrir todos los aspectos que la compañía considera necesarios evaluar en sus empleados.
- Comunicación
- Entrenamiento a los involucrados: tanto evaluadores como evaluados deben conocer como es el sistema de evaluación, se recomienda realizar prueba piloto.
- Tiempo de evaluación: los involucrados deben saber cuándo se les va a evaluar.
- Contenidos de la evaluación: Los involucrados deben conocer los formatos a utilizar en el proceso de evaluación.



- Análisis del sistema: Se debe realizar análisis del proceso de evaluación para la identificación de errores con la finalidad de mejorarlo.
- Feedback y seguimiento continuo: los evaluados deben conocer los resultados de su evaluación identificando aquellos aspectos positivos y a mejorar.

Para la evaluación se propone utilizar la evaluación de 360°. El 360° Feedback Premium es un sistema de evaluación de desempeño integral donde la persona es evaluada por todo su entorno: jefes, pares, subordinados, proveedores y clientes. Cuanto mayor sea el número de evaluadores, mayor será el grado de fiabilidad del sistema. Una vez hecha la evaluación, se realiza el feedback de la misma al evaluado y, lo novedoso, es que también se realiza el feedback a los evaluadores intervinientes. Este hecho se basa en la importancia de que todas las personas involucradas en el proceso se sientan protagonistas, no sólo en la etapa de evaluación, sino en la etapa de conocer de qué manera fueron procesados los datos que aportaron. Por otra parte, alienta a los evaluadores a colaborar en otras oportunidades, sabiendo que su labor fue tomada en cuenta, se la procesó y se le dio un seguimiento. Este tipo de evaluación es la forma más novedosa de desarrollar la valoración del desempeño, ya que procura la satisfacción de las necesidades y expectativas de las personas, no sólo del jefe sino de todos aquellos que reciben los servicios de la persona, tanto internos como externo (Capuano, 2004).

Teniendo en cuenta el análisis realizado anteriormente se puede decir que la empresa requiere implementar las siguientes medidas para avanzar en el desarrollo organizacional:

- Determinar las competencias que debe tener el perfil de Enfermera. Se sugiere que la ESE levante los perfiles de los cargos teniendo en cuenta el modelo que presenta Ericsson la cual permite la descripción de las competencias de forma sencilla teniendo en cuenta la situación actual y la calidad esperada, esta



contempla los siguientes aspectos para definir para el cargo que en este caso corresponde a enfermería: - Competencias relacionadas con el negocio: grado de conocimiento de la empresa, conocimientos generales que se requieren para el cargo, - Competencias técnico-profesionales: específicas para desempeñar una tarea, -Competencias humanas: para interactuar correctamente con otros, -Capacidades individuales: características personales que normalmente no son desarrolladas dentro de la empresa. Se recomienda que el perfil en este caso enfermera consulta externa sea construido con el líder de proceso de promoción y prevención o el líder de enfermería.

- Documentar los procesos de talento humano: selección, incorporación y retiro. En selección levantar el perfil de cargos para aplicar a personal contratista y realizar aplicación de pruebas psicotécnicas y de conocimiento para el cargo de enfermera que permitan la evaluación de competencias en el saber ser de tal forma que se identifique el conocimiento tácito y el conocimiento explícito, así como su adaptación al cambio; en la incorporación se debe documentar el procedimiento de inducción y reinducción donde se incluya en la inducción el conocimiento general de los procesos empresariales así como la inducción en puesto de trabajo para la generación de habilidades en el saber hacer y en el retiro documentar el procedimiento de tal forma que se garantice la entrega de documentos que se hayan trabajado y que fortalezcan la consolidación de conocimiento institucional.
- Realizar mediciones de clima organizacional
- Realizar evaluación de desempeño a colaboradores independiente de su forma de vinculación con la empresa.
- Mejorar sus procesos de acompañamiento técnico por parte de la coordinadora de promoción y prevención de tal forma que se permita armonizar el saber saber con el saber hacer y avanzar en unas mejores técnicas de operación.



- Fortalecer los procesos de evaluación mediante la auditoría interna de tal forma que el conocimiento se renueve permanentemente, se identifique oportunamente las medidas de mejora y se desarrollen nuevas formas de operación.
- Fortalecer las capacidades de liderazgo en las personas que se encuentran a cargo de los procesos ya que de ellos depende que las personas de la base adopten las nuevas directrices y pongan en marcha las nuevas formas de operación. Dentro de esas capacidades se debe fortalecer la generación de conocimiento escrito.
- Fortalecer el espacio técnico de evaluación (comité de Historias clínicas) mediante: planeación de las actividades a desarrollar en el año, seguimiento efectivo al cumplimiento de las tareas, seguimiento a los indicadores que evalúan su proceso.
- Iniciar la medición de los aspectos que afectan la calidad en el registro clínico. Se proponen los siguientes indicadores:

Indicadores de oportunidad: Tiempo que se tiene desde que el paciente inicia su atención hasta que finaliza, Tiempo desde que llega el paciente hasta que es atendido, Entrega completa de registros clínicos (seguimiento a la entrega diaria de HC) seguimiento de registros en sistema, Demoras en la atención por caída del sistema, Indicadores de calidad (pertinencia).

Indicadores de Completitud en los registros de enfermería (listas de cheque por intervención): Errores de prescripción.

Indicadores de accesibilidad: Inatenciones de enfermería por causas administrativas relacionadas con el registro clínico, Devolución de pacientes del servicio de laboratorio o ecografía por déficit de calidad de la orden.



Indicadores de seguridad: Error en la identificación del riesgo del paciente por déficit en el registro, Error en toma de muestra de laboratorio por derivación errónea.

Obedeciendo a los postulados de Drew se proponen siete actividades básicas para administrar el conocimiento y para lograr el auto-conocimiento organizacional que se requiere para llevar adelante un proceso benéfico con el recurso humano:

- Generar conocimiento a partir de las operaciones internas o de los grupos de investigación y desarrollo. Esto se logra permitiendo el desarrollo de los procesos de auditoría y acompañamiento técnico permanente por cada uno de los líderes de proceso transversal y de sede con los que cuenta la empresa
- Lograr el acceso a fuentes de información internas y externas. Esto se logrará con el fortalecimiento de la página web con espacios específicos de aprendizaje en diferentes temas relacionados con la operación de la ESE en pro del cumplimiento de sus políticas institucionales
- Transferir conocimiento antes de que sea usado formalmente, a través de la capacitación o informalmente en los procesos de socialización del trabajo. Realizando acompañamiento técnico permanente en el desarrollo de los procesos e involucrando a los líderes de proceso transversal en la toma de decisiones acorde con su competencia técnica.
- Representar el conocimiento en reportes, gráficas y presentaciones, etc. Es aquí donde las pantallas y de los computadores, carteleras, televisores y otros medios permitirán desplegar la información de los procesos y los resultados que arrojan los mismos en su componente de evaluación.
- Imbuirse en el conocimiento de procesos, sistemas y controles. Para el desarrollo de este punto es necesario que en las reuniones técnicas los colaboradores se hagan partícipes activos y trasmitan los conocimientos adquiridos a través del autoaprendizaje. Es necesario que los colaboradores



superen el síndrome de la esponja y que no solo absorban de la institución conocimiento, sino que también aporte a la construcción del mismo.

- Probar la validez del conocimiento actual. Los procesos de evaluación se constituyen en una herramienta fundamental, procesos que se desarrollarán vía web en los que se incentive y estimule la participación, cambiando el paradigma frente a la nota donde la baja calificación permitirá identificar puntos de reforzamiento y acompañamiento técnico sin tener un efecto negativo directo sobre la continuidad en la ESE.
- Facilitar todos estos procesos distintos de generación de conocimiento a través del establecimiento de una cultura que valore y comparta el uso del conocimiento.

## **7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

El propósito de toda institución de salud es minimizar el riesgo de sus usuarios y contribuir a una mejor calidad de vida, lograr este propósito implica no solo la atención de los usuarios, sino el buen registro de información, lo que se denomina calidad del dato; contar con “datos de calidad” permite monitorear y administrar de forma correcta y proactiva los diferentes programas, pero para ello es necesario resaltar la importancia que tiene el generar un buen registro o tener una herramienta en el área de enfermería que conlleve a minimizar el riesgo en eventos adversos o incidentes en el área, siempre pensando en la seguridad del paciente como eje central y por el que todos debemos trabajar, siendo coherentes las instituciones de salud con la adopción de la resolución 2003 de 2014 la cual exige tener los requisitos mínimos para atender y brindar seguridad en la atención de los pacientes y procesos teniendo una herramienta que disminuya el riesgo.

La institución presenta condiciones que favorecen el adecuado registro de las intervenciones que son realizadas por el equipo de enfermería ya que estos se



realizan en forma digital y los tiempos de consulta incluyen la generación del soporte clínico, sin embargo, es de aclarar que la herramienta informática no es la más avanzada por lo cual se requiere revisión del proceso de gerencia de la información y gestión de la tecnología para lograr los niveles de eficiencia en el recurso humano que se requieren para mejorar el proceso. De igual forma se sugiere a la empresa fortalecer su recurso humano generando conciencia sobre la importancia de la calidad en el registro como herramienta jurídica necesaria para salvaguardar la empresa y el profesional de futuras complicaciones jurídicas, al igual como herramienta necesaria para la correcta identificación del riesgo del usuario y su abordaje integral; es imperativo que se avance en el mejoramiento del desarrollo de sus procesos generando una cultura de la calidad en el servicio.

Se identifica que la ESE no se realiza un seguimiento constante a la calidad de los servicios y por consiguiente no identifica oportunamente las desviaciones presentadas frente al registro clínico, por lo cual requiere un fortalecimiento de su programa de auditoría que integre los tres niveles: autocontrol, auditoría interna y auditoría externa y a la vez incorpore la evaluación de este aspecto en todos sus procesos. La auditoría permite avanzar a la institución hacia el cambio permanente en busca de la calidad generando en sus colaboradores la cultura del mejoramiento continuo, la calidad y la excelencia. La realización de mediciones permanentes, el seguimiento y la auditoría vista como un proceso de acompañamiento y fortalecimiento del recurso humano permiten el desarrollo de sus competencias en el saber el hacer y el ser generando calidad y calidez en sus intervenciones.

A nivel de desarrollo organizacional se identifica que la institución expresa una permanente preocupación en la generación de competencias de su recurso humano; sin embargo requiere documentar los procesos de talento humano relacionados con definición de perfiles basados en competencias, generación de conocimientos y habilidades en las enfermeras de la base y en el líder de proceso





y finalmente generar una gerencia más eficiente que permita la toma de decisiones basada en hechos y datos arrojados por el seguimiento a la medición permanente de sus procesos (encuesta de clima laboral) y sus personas (evaluación del desempeño por competencias), avanzando de esta forma en el mejoramiento continuo y la creación de la cultura de calidad y excelencia del servicio.

Finalmente, la implementación de las recomendaciones planteadas permitirá contribuir a la cultura de la calidad e inferir positivamente en las condiciones de calidad de vida y salud de la población objeto de atención. El compromiso de la alta dirección debe enmarcarse dentro del concepto de “organización inteligente” lo cual implica un cambio en la concepción de liderazgo donde este implica mucho más que un poder jerárquico basado en la autoridad, sino que por el contrario se convierte en una condición que transforma y fortalece la producción de conocimientos a través de la comunicación, entrenamiento y apoderamiento; el diseño de las estructuras de los procesos organizaciones deben estar basados en la comunicación, la toma de decisiones, las recompensas y la evaluación del desempeño.



## BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro-Lefevre, R. (2006). *Descripción General del Proceso de Enfermería*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Capuano, A. M. (Noviembre de 2004). Evaluación de desempeño: desempeño por competencias. *Invenio*, 7(13). Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87713710>
- Castrillón, M. A., & Fisher, A. L. (2008). *Modelo teórico de aprendizaje organizacional*. México. Departamento Administrativo de la Función Pública. (2012). *Guía para la construcción de indicadores de gestión pública*. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia.
- Figuroa, D., & Carmen, C. d. (2016). *Calidad de los registros de enfermería y los factores que influyen en la unidad de cuidado intensivo*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- González, I. B., Melo, N. A., & Limón, M. L. (2015). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios gerenciales*(31), 8 - 19.
- Ibarra, A. J. (2016). *Enfermería en cuidados críticos, pediátricos y neonatales*. España.
- ICONTEC, I. C. (2015). ISO 9000:2015 Sistemas de Gestión de Calidad - Fundamentos y Vocabulario.
- Luque, & Aguilera, A. M. (Enero 2017). La gestión del conocimiento organizacional. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/312155359\\_LA\\_GESTION\\_DEL\\_CONOCIMIENTO\\_ORGANIZACIONAL](https://www.researchgate.net/publication/312155359_LA_GESTION_DEL_CONOCIMIENTO_ORGANIZACIONAL)
- María Paz Vera O. (2012). *Aprendizaje Organizacional como estrategia para el desarrollo*. México.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad*. Bogotá D. C.: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Lineamientos para la implementación de*. Bogotá D.C.: Buenos y Creativos.
- Pérez, A. M. (Enero - Marzo de 2017). Instrumento para la evaluación del clima organizacional en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(1).
- Punina, Á. P. (2016). Medición de la cultura organizacional. *Ciencias Administrativas*(8).
- Santiago, M. T., Grajales, R. A., & Miranda, R. M. (Enero - Marzo de 2011). Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Enfermería Universitaria ENO-UNAM*, 8(1).
- Zabala, M. H., Cantoral, A. H., Galán, M. G., López, M. T., Ramírez, M. G., Miranda, R. M., & Almaria, C. B. (Marzo de 2012). Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. *Enfermería Universitaria*, 9(1), 7 - 15. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358733622002>



## Consideraciones legales

Bogotá D.C., 01-Marzo de 2018

Señores  
**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA EN CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS**  
Facultad de Ciencias Sociales, Administrativas y Económicas  
Ciudad

Cordial saludo,

Yo, Jose Ricardo Salinas Torres, identificado con CC 74.341.608 de San Miguel de Sambón mi calidad de Gerente cargo de la empresa Empresa de Salud P.S.S. Soacha, manifiesto que Karin Johanna Mendosa identificado con cédula de ciudadanía No. 52.931.909 de Bogotá estudiante del programa de Gerencia de la Salud, de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS, ha informado a esta institución su intención de adelantar el proyecto académico denominada "Sistemas de Información Integrado para la P.S.S.", cuyo desarrollo requiere el acceso y uso de información administrativa, comercial y financiera relativa a la empresa, que puede tener carácter confidencial.

Dado lo anterior, se autoriza al estudiante a utilizar la información confidencial que la empresa entregue para el desarrollo del proyecto, siempre y cuando el estudiante, a través de la firma del presente documento se obligue a:

- (1) Mantener en carácter confidencial y privado la información revelada por la empresa en virtud o con ocasión del desarrollo del proyecto.
- (2) Usar con fines estrictamente académicos toda información, sea o no confidencial, entregada por la empresa para el desarrollo de su proyecto y/o de la cual tengo conocimiento en virtud o con ocasión del proyecto.
- (3) No utilizar la información confidencial con fines comerciales, así como tampoco ninguna de los productos (documentos, metodología, procesos y demás) que se deriven de la información entregada por la empresa.
- (4) No revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, reproducir, utilizar y/o emplear la información confidencial, con ninguna persona natural o jurídica, ni en su favor ni en favor de terceros.
- (5) Proteger la información confidencial para evitar su divulgación no autorizada.
- (6) No proporcionar a terceras personas, verbalmente o por escrito, directa o indirectamente, información alguna de las actividades y/o procesos de cualquier clase que fuesen observadas en la empresa (directa, institución, sector) durante la duración del proyecto.

Teniendo en cuenta el alcance del proyecto, manifiesto conocer que la información y resultados que se obtengan del proyecto podrían llegar a convertirse en artículos, estudios de caso o cualquier otro documento que como herramienta didáctica apoyará la formación de los estudiantes de la institución y el campo de conocimiento de su disciplina, siendo posible que dichos resultados puedan ser publicados y socializados ante la comunidad académica.

En caso de que alguna(s) de las condiciones anteriores sea(n) infringido(s), la empresa podrá ejercer las acciones judiciales (civiles y penales) que considere pertinentes, para obtener el resarcimiento de los daños y perjuicios que pudieren derivar de la conducta del estudiante.

<p>Afirmación</p> 	<p>Acepto,</p> <p><u>Karin Johanna Mendosa</u></p> <p>Nombre Estudiante CC <u>52.931.909 Bta.</u></p>
<p>Nombre</p> <p><u>CC 74341608</u></p>	