



Mi Universidad

LIBRO

Calidad en los servicios de enfermería
Licenciatura en Enfermería

8° Cuatrimestre

Enero - Abril

Marco Estratégico de Referencia

Antecedentes históricos

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor Manuel Albores Salazar con la idea de traer educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en julio de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró en la docencia en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de cobranza en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los

jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

Misión

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Visión

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra plataforma virtual tener una cobertura global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

Escudo



El escudo del Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

Eslogan

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

Calidad en los Servicios de Enfermería

Objetivo de la materia:

Aplicar las herramientas del control en los diferentes niveles jerárquicos de la Enfermería profesional en las instituciones. Elaborar estándares e indicadores para evaluar el desempeño. Diseñar e implementar instrumentos de evaluación en enfermería.

Criterios de evaluación:

No	Concepto	Porcentaje
1	Trabajos Escritos	10%
2	Actividades web escolar	20%
3	Actividades Áulicas	20%
4	Examen	50%
Total de Criterios de evaluación		100%

Contenido.

UNIDAD I ANTECEDENTES

- 1.1.- Antecedentes históricos.
- 1.2.-Teorías que soportan el trabajo de calidad.
- 1.3.- Enfoques (americano-japonés)

UNIDAD II CALIDAD DE LA ATENCION

- 2.1.- Calidad de atención de salud.
 - 2.1.1.-Instrumentos de mejora continua.
 - 2.1.2.-Evaluación de la calidad.
- 2.2.- Calidad de atención en enfermería
- 2.3.- Vinculación de la calidad total con la calidad de atención.
- 2.4.- Estándares e indicadores de calidad para el cuidado de enfermería.

UNIDAD III LA MEJORA DE LA CALIDAD

- 3.1.- La cadena cliente proveedor.
- 3.2.- Los grupos de mejora de la calidad

UNIDAD IV EL CONTROL Y LA EVALUACION COMO PARTE DE LA ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA.

- 4.1.- Criterios de evaluación de la atención.
- 4.-2 Registros y formas de evaluación.
- 4.3.- Supervisión de la atención de enfermería.

INDICE

Misión.....	4
Visión	4
Valores.....	5
Escudo.....	5
Eslogan.....	6
ALBORES	6
UNIDAD I ANTECEDENTES	10
1.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS.	10
1.2.- TEORIAS QUE SOPORTAN EL TRABAJO DE CALIDAD.....	15
Teoría administrativa científica de Taylor	15
1.3.- ENFOQUES (AMERICANO-JAPONES)	32
UNIDAD II CALIDAD DE LA ATENCION.....	36
2.1.- CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD.....	36
2.1.1.- INSTRUMENTOS DE MEJORA CONTINÚA.	38
2.2.- CALIDAD DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA.....	44
2.3.- VINCULACIÓN DE LA CALIDAD TOTAL CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN.	47
2.4.- ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA.	50
EVALUAR INDICADORES DE CALIDAD EN UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN:.....	51
UNIDAD III	51
LA MEJORA DE LA CALIDAD	51
3.1- LA CADENA CLIENTE PROVEEDOR.	51
3.2.- LOS GRUPOS DE MEJORA DE LA CALIDAD	52
UNIDAD IV	54
EL CONTROL Y LA EVALUACION COMO PARTE DE LA ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA.	54
4.1.- CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN.....	54
4.2 REGISTROS Y FORMAS DE EVALUACIÓN.	57
4.3.- SUPERVISIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	57
BIBLIOGRAFIA.....	60

UNIDAD I ANTECEDENTES

1.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

La calidad tiene su origen en el latín y significa: atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios. En la actualidad existen un gran número de definiciones dadas por estudiosos en el tema, una de ellas es según la sociedad americana para el control de calidad (ASQC): “Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”. La evolución de la calidad en forma resumida y general ha tenido la siguiente evolución:

1. Calidad total enfocada hacia los productos terminados, iniciada con la revolución industrial y que consistió en la inspección de los productos terminados clasificando como aprobado o rechazado.
2. Control estadístico de procesos, que se inicia en la primera mitad de este siglo y consistió en el desarrollo y aplicación de técnicos estadísticos para disminuir los costos de inspección.
3. Control total de la calidad o calidad total, que nace y se desarrolla en la época de los años 50 introduciendo importantes y novedosos conceptos como lo antes señalado. La calidad total es toda una cultura empresarial que se remonta a Japón desde los años 50.

La calidad es un fin en sí mismo que se ha de lograr desde la primera acción que se realice en cualquier proceso y que se logra a la primera con el fin de evitar desperdicio de costo en productos mal hechos con toda sus consecuencias, esto quiere decir con pérdida de la confianza del cliente y la pérdida de este. Los japoneses han sabido superar sus inconvenientes económicos de alto recurso humano y pocos recursos naturales. Su mayor aspiración era controlar la calidad, como también detectar la no calidad. Esto es lo que les llevo a concebir los conceptos de Total Quality Control (T. Q. C) y Total Quality Management (T. Q. M). La T. Q. C o T. Q. M implica que el control de la calidad es cosa de todos y no sólo de los expertos de un determinado departamento. Los trabajadores son los primeros responsables de la calidad. La gestión según Senlle 2000, es la acción y efecto de administrar una organización. Según expertos de Ohio recomiendan tener en cuenta tres variables para mejorar la gestión: preocupación por hacer el trabajo, esto es cumplir los objetivos de acuerdo a una planificación y organización adecuada; tratamiento de los recursos

humanos, actitudes, motivaciones, formación y promoción y preocupación por la calidad en toda la organización.

La gestión de calidad se ha convertido en el tema competitivo de muchas organizaciones Juran (2001), llegó a decir “Así como el siglo XX fue el siglo de la productividad, el siglo XXI será el siglo de la calidad”. Juran también menciona en su Manual de calidad que el término genérico de “gestión de la calidad total” significa el uso de la vasta colección de filosofías, conceptos, métodos y herramientas usadas actualmente en todo el mundo para gestionar la calidad. Dentro de los principales principios y conceptos de calidad están:

1. La calidad significa satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente.
2. La concepción de clientes internos y externos.
3. La participación de la dirección en la calidad.
4. La aplicación de principios y herramientas para el mejoramiento continuo de los productos y servicios. Los resultados de la calidad son:
 1. Costos más bajos
 2. Ingresos más altos.
 3. Clientes encantados.
 4. Empleados con poder. Importantes conceptos:
 1. La calidad significa satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente.
 2. La concepción de clientes internos y externos.
 3. La responsabilidad de la dirección en la calidad.
 4. La calidad no sólo debe buscarse en el producto, sino en todas las funciones de la organización.
 5. La participación del personal en el mejoramiento permanente de la calidad.

6. La aplicación de principios y herramientas para el mejoramiento continuo de los productos y servicios. Los tres enfoques fundamentales.

1. En foque al cliente, esto es crear la fidelidad del cliente, Reichheld (1996).

2. Mejora continua, mediante círculos de calidad, equipos de mejora de procesos, sistema de sugerencias e ideas creativas, etc.

3. Valor de cada persona asociada. Resultados de la calidad.

- Costos más bajos.
- Ingresos más altos.
- Clientes encantados.
- Empleados con poder. Círculos de calidad La naturaleza de estos círculos de calidad varía dependiendo de los objetivos de cada empresa.

En los círculos se les enseñan siete herramientas básicas que son: la gráfica de Pareto, el diagrama de causa y efecto, la estratificación, la hoja de verificación, el histograma, el diagrama de dispersión y la gráfica de control de Shewhart. Las metas principales de los círculos de calidad son:

- Que la empresa se desarrolle y mejore.
- Contribuir a que los trabajadores se sientan satisfechos mediante talleres y respetando las relaciones humanas. Descubrir en cada empleado sus capacidades para mejorar su potencial.
- Principales autores y precursores de los conceptos modernos de calidad.
- Edwards W. Deming, estadístico considerado el padre de la calidad moderna, vivió la evolución de la calidad en Japón y de esta experiencia desarrollo los 14 puntos de Deming y las siete enfermedades mortales. En 1983 se instituyó el premio Deming.

Philip B. Crosby, propuso el programa de 14 pasos llamado cero defectos y también que la calidad está basada en cuatro principios:

- La calidad es cumplir con los requisitos.
- El sistema de la calidad es la prevención.

- El estándar de realización es cero defectos.
- La medida de la calidad es el premio del incumplimiento.

Joseph M. Juran, su principal principio e idea es que la administración de la calidad se basa en lo que llama la filosofía de Juran que es

: • Planear.

- Controlar.
- Mejorar la calidad.

Armand V. Feigenbaum, introdujo la famosa frase “Control de calidad total”, su idea de calidad es un modo de vida corporativa, un modo de administrar la organización e involucra además la puesta en marcha.

Kaoru Ishikawa, es el primer autor que diferencia estilos de administración japoneses y occidentales. Su hipótesis principal fue diferenciar las características culturales en ambas sociedades.

Evolución histórica de la calidad en salud.

En un principio la calidad estaba regulada por la propia conciencia y por el código deontológico de la profesión Florence Nightingale, posterior a la guerra de Crimea (1858), introdujo dos hechos fundamentales, por un lado apoyo la formación de enfermera y por otro realizó estudio de tasas de mortalidad de los hospitales militares logrando mediante el control del ambiente, disminuir la mortalidad de un 40 % a un 4 %. En 1910 Flexner, evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano.

En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y Codman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales. En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales

y en 1951 en Estados Unidos la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad. En 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continua desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria.

Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: Análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados. Alrededor de los años sesenta nacen los audits médicos como método de control interno de la institución, esto con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporo a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro. La OMS ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzó a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM), asimismo la acreditación en hospitales amplía su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad.

En el año 1991 el servicio nacional del reino unido adopta una política formal de calidad y reconoció al PMC como la manera más rentable de ponerla en práctica. El PMC y la TQM se basan en los trabajos de W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Fiegenbaum y Kaoru Ishikawa. En Chile en el año 1990 las instituciones de salud se fueron acreditando en Infecciones Intrahospitalarias (IIH) y ya entre los años 1996 a 2000 se empezaron a acreditar instituciones más complejas y de urgencias. El Programa de Evaluación de calidad de la atención hospitalaria (PECAH) empezó a desarrollarse entre los años 2000 a 2004, elaborando estándares en conjunto con los servicios de salud.

En estos momentos aún sigue siendo un poco desconocida, pero ya cada institución de salud con sus respectivas unidades y servicios, está abordando y trabajando este tema, creando sus propios verificadores e indicadores en relación a lo que el MINSAL nos recomienda y exige.

I.2.- TEORIAS QUE SOPORTAN EL TRABAJO DE CALIDAD.

Teoría administrativa científica de Taylor

Frederick W. Taylor (1856-1915). Se le conoce como el “padre de la administración científica” y es la persona que ha ejercido mayor impacto en el desarrollo inicial de la administración. Sus experiencias como aprendiz, obrero, capataz, maestro mecánico, y después como director de ingeniería de una compañía acerera, le ofrecieron la oportunidad de conocer en forma directa los problemas y actitudes de los trabajadores, además de descubrir las posibilidades de elevación de la productividad, donde destacó sobre todo la planificación, estandarización y el mejor aprovechamiento del esfuerzo humano a nivel operativo, con el propósito de maximizar la producción con un mínimo de insumos. Su enfoque fue aplicar los métodos de la ciencia a los problemas de la administración, sin perder de vista que los principales métodos científicos son la observación y la medición, con los que desarrolló la administración científica.

Principios de la administración científica de Taylor

Desde el punto de vista de Taylor, la dirección obtuvo nuevas asignaciones de funciones y responsabilidades descritas por los cuatro principios siguientes:

1. Principio de planeamiento. Sustituir en el trabajo del operador el criterio individual, la improvisación y la actuación empírico-práctica por los métodos basados en procedimientos científicos.
2. Principio de la preparación. La selección científica de trabajadores de modo que a cada uno se le asigne la responsabilidad específica de una tarea para la cual sea más apto.

3. Principio del control. Controlar el trabajo para verificar que está siendo bien ejecutado según el plan previsto.
4. Principio de la ejecución. Distribuir el trabajo y las responsabilidades para que la ejecución del trabajo sea disciplinada.

Aportaciones

Las principales aportaciones a la administración son los principios administrativos, los mecanismos de administración, el pago por destajo, la selección de personal, el estudio de las características de los trabajos humanos, así como la delimitación clara, la responsabilidad, la separación de la planeación y la operación, la organización de tipo funcional, el uso de estándares en el control, el desarrollo del sistema de incentivos para beneficio de los trabajadores, al igual que la especialización del trabajo.

Taylor fue el pionero al intentar sustituir métodos empíricos y rudimentarios por métodos científicos en todos los oficios; a esto se le conoció como “la organización racional del trabajo”.

Principios secundarios de Taylor.

1. Estudio de tiempos y movimientos

Se realiza un estudio de los tiempos utilizados en cada fase del proceso con la finalidad de eliminar movimientos inútiles.

2. Selección científica del trabajador

Con esta selección se adecuan las personas a la actividad que van a desarrollar.

3. Preocupación por la fatiga

Estudio de las causas de la fatiga con el objetivo de prevenirlas y eliminarlas.

4. Estándar de producción

Significa ponerles un estándar a los obreros para que lo cumplan y lograr la eficiencia.

5. Plan de incentivo salarial

Establecer incentivos económicos por el trabajo realizado y éste irá subiendo mientras más produzcan.

6. Supervisión funcional

La supervisión debe estar a cargo de personas especializadas.

7. Condiciones ambientales de trabajo

Mantener un ambiente favorable de trabajo en cuanto al clima, iluminación, ventilación, etc., con el objetivo de evitar la fatiga.

Teoría administrativa clásica de Fayol

Henri Fayol (1841-1925). Industrial francés al que se conoce como el “padre de la teoría administrativa” fue uno de los pioneros en exponer la teoría general de la administración. Contemporáneo y conocido de Taylor, desarrolló el pensamiento administrativo y aportó una amplia y explícita estructura de principios administrativos generales que explicaban la naturaleza del proceso.

Fayol vivió de cerca las consecuencias de la Revolución Industrial y, más tarde, la Primera Guerra Mundial. Estudió y se graduó en ingeniería de minas; con el tiempo ingresó en una empresa metalúrgica y carbonífera, lugar donde desarrolló toda su carrera.

Aportaciones

- Universalidad de la administración. Demuestra que es una actividad común a todas las organizaciones; en donde haya una organización debe existir una administración (hogar, escuela, empresa, etc.).

Áreas funcionales. Fayol concibe seis áreas funcionales dentro de la empresa que están relacionadas entre sí:

- Técnica: producción y fabricación de productos.
- Comercial: compra de materias primas y venta de productos.

- Financiera: adquisición y uso del capital.
- Seguridad: protección de los empleados y bienes de la empresa.
- Administrativa: uso adecuado de los recursos.
- Contable: se encarga de balances, inventarios y costos.

Funciones administrativas modelo del proceso administrativo

Fayol estipuló que dentro de la empresa deben existir ciertas etapas para poder desarrollar cualquier tipo de trabajo o actividad administrativa; dentro de ellas se encuentran las siguientes.

- Previsión: examinar el futuro, calcular el porvenir y prepararlo por medio de un programa de acción.
- Organización: proveer a la empresa de todo lo que es útil para su funcionamiento, es decir, materiales, herramientas, personal y capital.
- Dirección: hacer funcionar los planes y sacar el mejor partido posible de los agentes que componen la unidad de trabajo en interés de la empresa.
- Coordinación: armonizar todas las actividades organizacionales con objeto de facilitar su funcionamiento y éxito.
- Control: verificar los resultados y comprobar que todo ocurra conforme al programa establecido, las órdenes dadas y los principios admitidos.

Principios generales de la administración clásica de Fayol

Para Fayol las funciones administrativas (proceso administrativo) debían desempeñarse según los principios generales de administración.

- Unidad de mando: cada empleado debe recibir instrucciones sobre determinada operación sólo de una persona; cuando un empleado reporta a más de un superior necesariamente surgen conflictos en las instrucciones y habrá confusiones de autoridad.

- **Autoridad y responsabilidad:** toda empresa debe tener una persona que la dirija; los administradores deben dar órdenes para que se puedan realizar las actividades.
- **Unidad de dirección:** un programa para cada actividad. Debe haber una sola cabeza y un solo plan conjunto para actividades que tengan el mismo objetivo.

Centralización: todas las actividades deben ser manejadas por una sola persona. Los administradores deben conservar la autoridad suprema, aunque también es necesario que den a los subordinados suficiente autoridad para realizar bien su trabajo.

- **Subordinación del interés individual al interés general:** el interés de un empleado o un grupo no debe prevalecer sobre el de la organización; se debe buscar beneficiar a la mayoría.
- **Disciplina:** condición indispensable para la operación armónica de la empresa, pues sin disciplina ninguna empresa puede prosperar. Los miembros de una organización necesitan respetar las reglas y los acuerdos que la rigen. La disciplina resultará de un buen liderazgo en todos los niveles de la organización.
- **División del trabajo:** cuantas más personas se especialicen, realizarán su trabajo con mayor eficiencia.
- **Orden:** un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar.
- **Jerarquía:** debe existir una cadena jerárquica desde los niveles superiores (autoridad máxima) hasta el nivel más bajo, y se debe respetar la autoridad de cada nivel.
- **Justa remuneración:** el pago recibido debe ser justo según el trabajo realizado y esto debe dejar satisfechos tanto al personal como a la empresa.
- **Equidad:** en la organización los beneficios están dirigidos con el sentido de igualdad, deben ser compartidos para la empresa-trabajador.
- **Estabilidad del personal:** el personal debe sentir seguridad en su trabajo y junto con los administradores tratar de evitar la rotación de empleados, ya que esto no favorece al funcionamiento eficiente de una organización.

- **Iniciativa:** una de las prácticas que en la actualidad ha dado muy buenos resultados en las organizaciones es dejar actuar con libertad al trabajador, de tal forma que pueda poner en práctica sus ideas y planes.
- **Espíritu de equipo:** tener el pleno convencimiento de que el trabajo en equipo da mejores resultados que el trabajo individual, origina un sentido de unidad.

Fayol sostenía que los principios de la administración son flexibles y pueden ser adaptados para atender cualquier necesidad; todo es cuestión de saber aplicarlos.

Críticas a la teoría clásica de Fayol

- Su enfoque a la organización formal deja de lado la organización informal.
- Enfoque incompleto de la organización como un sistema cerrado.
- Ausencia de trabajos experimentales que dieran base científica a sus principios y afirmaciones.
- El mecanicismo de su enfoque le valió el nombre de teoría de la máquina.

Teoría burocrática de Max Weber

Max Weber (1864-1920). De origen alemán, Weber fue uno de los fundadores de la sociología moderna; contribuyó al pensamiento económico, social y administrativo, fue contemporáneo del movimiento de la administración científica, así como de las primeras fases del pensamiento de la teoría del proceso administrativo.

Sus ideas no sólo contemplaban la administración de una sola organización, pues también tenía su atención puesta en estructuras económicas y políticas de la sociedad. Fue uno de los primeros investigadores en examinar el efecto de la industrialización en la estructura organizacional y sus disertaciones acerca del burocratismo se

consideraron como factores sociales históricos que llevaron al desarrollo de organizaciones más complejas. Weber afirmaba que la burocracia es la organización racional y eficiente por excelencia, y creía que el siglo xx pertenecería a las burocracias, como efectivamente sucedió.

Aportaciones

Weber proporcionó el modelo burocrático; desde su perspectiva el término “burocracia” no tiene un significado peyorativo de uso popular, sino un significado técnico que identifica ciertas características de la organización orientadas hacia la racionalidad y la eficiencia.

Fue el primero en buscar mejorar el rendimiento de las organizaciones en el orden social al hacer sus operaciones predecibles y productivas. Estableció que la organización burocrática era el medio conocido más racional de llevar a cabo un control operativo sobre los seres humanos, donde consideró también que el control imperativo era indispensable para dirigir a las masas.

Weber sugiere que el modelo de la burocracia debe estructurarse sobre la base de las siguientes características:

- Formalización. Le da carácter legal a las normas y reglamentos; todas las actividades deben estar definidas por escrito y son detalladas porque buscan abarcar todas las situaciones de la organización.
- División del trabajo. Cada miembro de la organización tiene un cargo o función definido previamente en busca de la racionalidad, por tanto, se adapta a los objetivos para buscar la eficiencia. Existe una división sistemática del poder y del trabajo, con deberes y atribuciones especificadas y delimitadas de manera estricta.
- Jerarquía. Las líneas de autoridad están bien definidas; cada cargo inferior debe estar bajo el control y supervisión de un nivel superior para garantizar la unidad de control. Ninguna función queda sin control o supervisión. La autoridad es inherente al cargo y no al individuo que la desempeña de forma oficial.

Impersonalidad. La distribución de actividades se desarrolla en términos de los cargos y funciones asignadas y no de las personas que lo ejecutan, de ahí el carácter

impersonal, ya que la administración debe asegurar la continuidad y perpetuación de la organización.

- Comunicación formal. La organización debe estar unida por comunicaciones escritas. Todas las reglas, decisiones y acciones administrativas deben estar formuladas y registradas por escrito para garantizar su comprobación.
- Competencia profesional. El reclutamiento, selección y admisión de las personas están basados en las competencias técnicas y profesionales de los candidatos y no en las preferencias personales; están fundamentados en criterios de evaluación, pruebas y concursos para suplir las vacantes o conceder ascensos. El sistema también prevé el desarrollo de la carrera y las promociones según el mérito funcional. Dichos criterios son válidos en toda la organización y no en función de méritos particulares y arbitrarios.
- Especialización en la administración. Los miembros del cuerpo administrativo deben estar separados de la propiedad de los medios de producción, es decir, los administradores de la burocracia no son los dueños de los recursos a su cargo, sino profesionales especializados en administración.
- Profesionalización de los participantes. Los empleados de la burocracia son asalariados de acuerdo con sus funciones o posición jerárquica, sus contratos se firman por tiempo indefinido, sus ascensos son avalados por su superior inmediato, desarrollan carrera dentro de la organización y no son propietarios de los medios de producción. En este modelo cada funcionario es un profesional gracias a la división del trabajo.
- Previsión del funcionamiento. El objetivo de la burocracia es prever el comportamiento de sus miembros. El modelo burocrático de Weber parte de la suposición de que el comportamiento de los miembros de la organización es perfectamente previsible: todos los funcionarios deberán comportarse según las normas y reglamentos de la organización para que se alcance la máxima eficiencia

posible. Weber estableció que la legitimación de la dominación puede darse por tres fuentes distintas y junto a ellas los tipos de autoridad.

Ventajas del modelo burocrático

Weber vio innumerables razones para explicar el avance de la burocracia frente a las demás formas de asociación. Consideró que comparar la mecanismos burocráticos con otras organizaciones es similar a comparar la producción de la máquina con otros modos no mecánicos de producción. Para Weber las ventajas de la burocracia son:

Racionalidad. Está relacionada de forma directa con el logro de los objetivos de la organización.

- Precisión en la definición del cargo y la operación. Por el conocimiento de los deberes.
- Rapidez en las decisiones. Si cada miembro de la organización conoce lo que debe hacerse, cuándo y cómo hacerlo, los papeles y las órdenes se tramitan a través de canales preestablecidos.
- Univocidad de interpretación. Garantizada por la reglamentación específica y escrita.
- Uniformidad de rutinas y procedimientos. Favorece la estandarización y la reducción de costos y errores.
- Continuidad de la organización. Se logra a través de la sustitución del personal que se retira.
- Reducción de la fricción entre personas. Cada funcionario conoce aquello que se le exige y cuáles son los límites entre sus responsabilidades y las de otros.
- Constancia. Los mismos tipos de decisión deben tomarse en las mismas circunstancias.

- **Confiabilidad.** El negocio es conducido según las reglas conocidas, y los casos similares se tratan de manera metódica dentro de la misma forma sistemática.
- **Subordinación.** Por parte de los más nuevos con respecto a los más antiguos.
- **Beneficios para las personas en la organización.** La jerarquía es formalizada, hay división del trabajo de forma ordenada; se entrenan para que se vuelvan especialistas haciendo carrera en la organización, en función de su mérito personal y su competencia técnica.

Disfunciones de la burocracia

El comportamiento de las personas no siempre es previsible dentro del modelo burocrático de Weber; observe cómo se presentan consecuencias imprevistas que conducen a la ineficiencia y la imperfección; a estas consecuencias imprevistas se les da el nombre de “disfunciones de la burocracia”, responsables del sentido peyorativo que se da al término.

- **Impersonalidad.** Misma que se observa en las relaciones establecidas entre los miembros de la organización, porque se tratan como ocupantes de cargos y no como personas.
- **Directrices convertidas en fines.** Las normas y los reglamentos adquieren valor propio y dejan de ser medios para convertirse en objetivos absolutos, ya que el empleado se preocupa más por las reglas y los reglamentos de la organización que por su trabajo.
- **Exceso de formalismo y papeleo.** La tendencia de documentar y formalizar todas las comunicaciones lleva al exceso de trámites, lo que perjudica el funcionamiento de la organización.
- **Resistencia a los cambios.** Los empleados se sienten seguros al realizar tareas que dominan y cualquier cambio amenaza su estabilidad, pues lo perciben como una

intimidación o riesgo, por lo que para preservar su esquema actual se oponen a modificaciones de todo tipo.

- Toma de decisiones a cargo de la jerarquía. La burocracia está apoyada en una rígida jerarquización de la autoridad, por lo que la toma de decisiones se convierte en una prerrogativa del empleado que posee la categoría jerárquica más elevada, sin tomar en cuenta el conocimiento que tenga sobre el tema a decidirse.
- Conformidad extrema con las reglas y reglamentos de la organización. Al basar la burocracia en rutinas y procedimientos establecidos para garantizar el desempeño de las personas las despoja de libertad y espontaneidad; con el tiempo el empleado trabaja para las normas y los reglamentos y deja de lado el logro de los objetivos, por lo que pierde su capacidad creativa.
- Signos de autoridad. Al enfatizarse en la jerarquía de la autoridad, la burocracia se vale de símbolos que pongan de manifiesto la posición jerárquica de los empleados.
- Dificultad en la atención a clientes y conflictos con el público. Los clientes son atendidos en forma estandarizada, según las rutinas y el procedimientos internos, lo que provoca que los usuarios se irriten con la poca atención y la evidente desconsideración hacia sus problemas particulares y personales.

Teoría de las relaciones humanas de Elton Mayo

Elton Mayo (1890-1947). Esta teoría surgió como resultado de los experimentos realizados en la planta Hawthorne de la Western Electric Company en Chicago. Las conclusiones del experimento que coordinó Elton Mayo, iniciado en 1927 y terminado en 1932, cambiaron el pensamiento administrativo que hasta entonces estaba enfocado en las tareas sin tomar en cuenta a las personas.

El experimento de Hawthorne

En el año de 1924 la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos inició estudios para demostrar la influencia de la iluminación en el área de trabajo y su efecto en la productividad. Elton Mayo fue la persona designada para dirigir estos estudios, ya que en 1923 había realizado una investigación en una fábrica textil en Filadelfia que presentaba problemas de producción y una rotación anual de personal de cerca de 250%. Mayo introdujo un periodo de descanso, dejó a criterio de los obreros la decisión de cuándo deberían parar las máquinas y contrató una enfermera. Al poco tiempo surgió solidaridad en el grupo, aumentó la producción y disminuyó la rotación.

La actitud de los trabajadores corresponde a objetivos, necesidades y actitudes grupales y encuentra su expresión, actividad y desarrollo social dentro de las actividades productivas.

- La comunicación es un elemento esencial dentro de una organización.
- Se debe conocer previamente al individuo a fin de obtener un mejor aprovechamiento de sus capacidades para la organización.
- La organización informal crea sus propias creencias, actitudes y expectativas.

Aportaciones

- Concepción de trabajo como la actividad social más relevante en la vida del hombre.
- Implicación de la psicología y la fisiología en los grupos de trabajo con objeto de mejorar el clima laboral.
- Se establece que la actividad humana dentro de una organización se expresa en forma grupal y no individual.
- Subraya el valor de la entrevista como una herramienta que se aplica para saber más acerca del individuo, el grupo y la organización.
- Descubrimiento de la fuerza de la organización social informal, la cual se basa en sentimientos, niveles de responsabilidad e interacciones sociales,

Parámetros del sistema

Los parámetros son los componentes que contiene un sistema, y éstos son:

- **Entrada o insumo.** Es todo lo que entra al sistema, como puede ser material o energía que provoca las actividades del mismo. Representa el punto de partida.
- **Salida o producto.** Es todo lo que sale o se obtiene del sistema una vez que sus subsistemas o elementos interactúan entre sí. Los resultados de los sistemas son los productos o servicios finales, mientras que los resultados de los subsistemas son intermedios, son procesos al interior del mismo.
- **Procesamiento o transformador.** Es la transformación de todo lo que entra al sistema a través de la interacción de todos los subsistemas que componen al sistema, es decir, es el mecanismo de transformación de las entradas en salidas.
- **Retroalimentación o retroinformación.** El sistema recibe cierta información en forma continua a través de su ambiente, lo cual le permite ajustarse según el resultado que arroje el sistema; la retroalimentación sirve como monitor para medir sus resultados y mantener su estabilidad.
- **Ambiente.** Es todo aquello que rodea al sistema y es el que proporciona todas las entradas y recibe todas las salidas; está en constante interacción con el sistema. La supervivencia de un sistema depende de su capacidad para adaptarse, cambiar y responder a las exigencias y demandas del ambiente externo.

El cuadro 2-3 muestra un ejemplo de la teoría de sistemas aplicada en un departamento de enfermería para el ingreso de personal al mismo.

Teoría neoclásica de Drucker y O'Donnell

La teoría neoclásica actualiza los conceptos clásicos de la administración; usa como marco de referencia la teoría clásica y la adapta al modelo de las empresas actuales, tomando en cuenta las demás teorías administrativas.

Características de la teoría neoclásica

- Énfasis en la práctica de las funciones administrativas. Los autores neoclásicos le dieron un peso mayor a la práctica administrativa; la teoría sólo es válida cuando se pone en práctica, sin descuidar la parte teórica.
- Énfasis y flexibilidad en los principios generales de la administración. Los autores buscaron la flexibilidad en los principios generales de la administración; lo que para los autores clásicos eran leyes, ellos lo tomaron como principios generales capaces de orientar las funciones de los administradores sin importar el tipo de organización a la que sirvan.
- Relevancia al enfoque del proceso administrativo. Esta teoría también recibe el nombre de escuela del proceso administrativo por su énfasis hacia las funciones administrativas; en este contexto es importante señalar que el administrador debe planear, organizar, dirigir y controlar la organización para el logro de los objetivos institucionales, funciones que debe llevar a cabo de forma permanente.
- Eclecticismo. Se dice que esta teoría es ecléctica porque elige y aprovecha las contribuciones de las teorías anteriores, principalmente la clásica y la humanista.
- Relevancia en la administración por objetivos (APO). Fue quizá una de las mayores aportaciones de esta teoría: las organizaciones existen y trabajan en función de sus objetivos organizacionales, de ahí la importancia de medir el desempeño en relación con el logro de los mismos.
- Planeación. Función administrativa que establece los objetivos organizacionales y los planes para lograrlos.
- Organización. Designa actividades y los medios para llevarlas a cabo en función de los objetivos planteados.
- Dirección. Consiste en dirigir las actividades de las personas para el logro de los objetivos; requiere habilidades de comunicación, motivación y liderazgo.
- Control. Función dedicada a medir los resultados obtenidos según lo planeado y en función de los objetivos organizacionales; permite al administrador tomar

medidas correctivas para eliminar al máximo las desviaciones, o bien, mejorar el desempeño.

Los autores neoclásicos ven la administración como una técnica social, ya que el administrador al manejar personas debe conocer asuntos relacionados con la dirección de las mismas.

Teoría del comportamiento

La teoría del comportamiento significó un enfoque diferente en la teoría administrativa moderna; al tener una fuerte influencia de la psicología organizacional explicó el comportamiento individual, grupal y organizacional e incluyó conceptos sobre motivación, liderazgo y comunicación, con lo que se pretendió establecer una administración más humana.

La teoría del comportamiento fue estudiada y analizada por varios autores, entre quienes destaca Herbert Alexander Simon, quien ganó el premio Nobel de Economía en 1978; otros exponentes fueron D. McGregor, A. Maslow, F. Herzberg y R. Likert.

Aportaciones de los principales exponentes

Herbert Alexander Simon (1916-2001). Propuso la teoría de las decisiones, la cual tomó como base para explicar el comportamiento humano dentro de las organizaciones. En su teoría concibe a la organización como un sistema de decisiones en donde las personas participan de manera racional, eligiendo y tomando decisiones individuales según las alternativas existentes, relacionadas o no con su trabajo. En este contexto definió la decisión como un proceso de análisis y elección entre alternativas disponibles y los cursos de acción que deberá seguir de acuerdo con la decisión elegida.

Douglas McGregor (1906-1964). Estudiante del comportamiento humano, propuso la teoría de la motivación; para ello comparó dos estilos antagónicos de administrar, uno basado en la teoría tradicional excesivamente mecanicista y pragmática (teoría X), y

el otro fundamentado en las concepciones modernas del comportamiento humano (teoría Y).

La teoría X percibe a las personas como perezosas e insensibles, que evitan el trabajo, carecen de ambición, prefieren ser dirigidas, irresponsables, que muestran resistencia al cambio, sin iniciativa y completamente dependientes del sistema, lo que les proporciona seguridad. En este contexto el estilo administrativo es percibido como autocrático, rígido y estricto, en donde los individuos sólo son medios de producción y deben trabajar bajo ciertos esquemas previamente planeados y organizados.

La teoría Y ve a las personas como creativas y competentes, capaces de automotivarse y autodirigirse, que se esfuerzan y les gusta estar ocupadas, aceptan sus responsabilidades y asumen retos, además de que su trabajo les proporciona satisfacción. Esta teoría se basa en el comportamiento humano desarrollando un estilo administrativo abierto, dinámico y democrático por medio del cual la administración se convierte en un nicho creador de oportunidades, que libera potencialidades y quita obstáculos con la finalidad de favorecer el crecimiento intelectual de las personas.

Abraham H. Maslow (1908-1970). Formuló la teoría de la motivación en donde las necesidades humanas están organizadas de forma jerárquica.

- Necesidades fisiológicas. Constituyen el nivel más bajo de todas las necesidades humanas; en este nivel están las necesidades de alimentación, sueño y reposo, abrigo, etc.; están relacionadas con la supervivencia del individuo.
- Necesidades de seguridad. Segundo nivel de las necesidades humanas. Aparecen cuando están satisfechas las necesidades fisiológicas e incluyen la búsqueda de seguridad, estabilidad, protección contra la amenaza o la privación, escape del peligro.

- Necesidades sociales. Son aquellas necesidades de asociación, participación, aceptación por los compañeros, intercambios amistosos, etc., pero que tienen lugar sólo después de que las necesidades primarias (fisiológicas y de seguridad) están relativamente satisfechas.
- Necesidades de autoestima. Son aquellas relacionadas con la autoevaluación. Comprenden la autoprotección, la autoconfianza, la necesidad de aprobación social, la autoapreciación, confianza ante el mundo, independencia y autonomía, etc.
- Necesidades de autorrealización. Son las más elevadas y están en la cima de la jerarquía. Son las necesidades del individuo de realizar su propio potencial y su autodesarrollo de manera continua.

Herzberg Frederick (1923-2000). Propuso la teoría de los dos factores que determinan el comportamiento de las personas en situaciones laborales.

- Factores higiénicos o factores extrínsecos. Se encuentran en el ambiente que rodea a las personas. Los principales factores externos e higiénicos que

Desarrollo organizacional de McGregor y Argyris

Teoría que pretende lograr un cambio planeado en la organización al tomar como marco de referencia las necesidades, exigencias y demandas de la misma. Centra su atención en los comportamientos de las personas y los grupos, más que en la estructura y técnicas de organización.

El desarrollo organizacional (DO) se apega al lado humano de la empresa. Su campo de aplicación es aquel que tiene relación con los recursos humanos, ya que la importancia que se otorga a las personas es decisiva para el éxito o fracaso organizacional.

El DO está enfocado en presentar soluciones a los problemas de comunicación, conflictos entre grupos, aspectos de dirección y jefatura, asuntos de identificación y

destino de la empresa o institución, así como cuestiones de eficiencia organizacional. En este sentido el DO presenta una perspectiva diferente a través de un cambio de cultura organizacional, misma que se forma a través del tiempo dentro de las organizaciones en donde las personas viven y conviven creando tradiciones, costumbres, creencias, lemas, valores y actitudes, que una vez creadas son difíciles de cambiar. Si se toma en cuenta que el actual es un mundo en constante evolución, entonces las organizaciones y su cultura deben cambiar para adaptarse mejor y permanecer en el tiempo; es por ello que el DO propone alternativas para llevar a los individuos y con ello a las organizaciones a un cambio.

French y Bell definen al DO como un esfuerzo de largo alcance apoyado por la alta gerencia para mejorar los procesos de solución de problemas y renovación de una organización, a través de un diagnóstico y administración colaborativa de la cultura organizacional

- con énfasis en equipo de trabajo formal, equipo temporal y cultura intergrupala
- con la asistencia de un facilitador y el uso de la teoría y tecnología de la ciencia del comportamiento aplicada, incluida la investigación-acción. Según esta definición, el DO es un proceso dinámico de cambios planeados con base en diagnósticos reales, mediante métodos e instrumentos dirigidos a optimizar las relaciones entre las personas y los grupos con la finalidad de asegurar la supervivencia de la organización, por lo que el DO no es un curso de capacitación o una solución emergente en una situación de crisis.

El DO busca la identificación de las personas con los objetivos organizacionales, lograr la motivación a través de valores y compromisos compartidos, y el desarrollo constante de un espíritu de equipo.

1.3.- ENFOQUES (AMERICANO-JAPONES)

Organización para la calidad

La coordinación de las actividades de la calidad a través de una organización requiere dos aspectos:

.Coordinación para el control

.Coordinación para crear el cambio

La coordinación para el control es con frecuencia, el punto central de un departamento de calidad; la coordinación para crear el cambio muchas veces incluye "organizaciones paralelas" tales como el consejo de calidad y los equipos de proyectos de calidad.

Las nuevas formas de organización están dirigidas a eliminar las barreras, o las paredes entre los departamentos funcionales.

Enfoque Americano

No ve el movimiento de la empresa sino ve la calidad de la misma, para poder llegar al éxito planeado.

Conforman 3 personas dicho enfoque donde cada una de ellas propone principios, aspectos, pasos y soluciones para la mejora de la calidad.

Pero siempre enfocándose en la planeación, ejecución, control, y actuación

La administración de la calidad (W. Edwards Deming)

Deming propone catorce principios para administrar la calidad:

I. Crear y difundir entre los empleados una declaración de la misión.

La dirección debe demostrar constantemente su compromiso con esta declaración. Deming dice que la definición empieza y termina teniendo como eje al cliente o usuario

2. Adoptar la nueva filosofía de la calidad, la alta dirección y todos como parte de la cultura organizacional.

Dice Deming: "...No podemos aceptar más los niveles corrientemente aceptados de errores (defectos), material no adecuado para el trabajo, personas que no saben cuál es su trabajo y que tienen miedo de preguntar, daños por manipulación, métodos anticuados de formación para el trabajo, supervisión inadecuada e ineficaz, alta rotación de directivos..."

3. Re-definir el propósito de la inspección y de la autoridad, para el mejoramiento de los procesos.

Afirma Deming: "La inspección cien por ciento rutinaria, para mejorar la calidad equivale a planificar los defectos, confirmando que el proceso no tiene la capacidad requerida para cumplir las especificaciones". Como cuando el auditor observa que hay desviaciones al manual y obliga a que se apeguen al procedimiento aunque éste esté mal. Los supervisores no incorporan calidad al producto ni agregan valor alguno si su inspección consiste exclusivamente en verificar estándares de producción o que se cumpla con las normas disciplinarias organizacionales. La calidad es resultado del cumplimiento de las especificaciones técnicas. La inspección incrementa el costo desde un 15 hasta un 40%.

El sistema de inspección hace que se pierda el objetivo. No se puede acabar con la inspección, pero Deming exhorta a que la inspección la realicen todos: todos tras el error, todos tras la causa. El estándar de calidad, desde un principio, debe fijarlo el productor e irlo afinando con el cliente o usuario.

4. Fin a la práctica de adjudicar las compras sólo sobre la base de la meta del precio.

Deming convoca a las organizaciones a avanzar hacia un proveedor único para cada insumo, tanto como sea posible, en una relación de largo plazo basada en la lealtad y la confianza. "El

precio no tiene ningún significado sin una medida de la calidad que se compra", sostiene Deming.

El objeto de tratar estrechamente con los proveedores es conseguir un costo total bajo, más que un bajo precio de compra. Se debe buscar la reducción del costo, por atacar las causas de desperdicios (de todo tipo), involucrando productividad y calidad.

5. Mejorar constantemente los procesos de producción y de servicios.

Enfoque Japonés

El objetivo esencial es mejorar la calidad de vida de los productores, de los consumidores y de los inversionistas

La calidad la definen como la uniformidad alrededor del objetivo, y su finalidad es el mejoramiento continuó con miras a la perfección los japoneses y Crosby usan el costo de la calidad para orientar la acción y no como un fin en sí mismo.

Diversas prácticas facilitan la gerencia de calidad: lotes pequeños, minimización de inventario en productos en proceso, mantenimiento, revisión diaria de máquinas y círculos de calidad. (Charles Fine, 1.985).

La calidad es un camino y no un destino. El incremento de la calidad es una forma esencial de vida y no un objetivo de negocios.

Teoría Z de William Ouchi.

William Ouchi es autor de la teoría Z: Cómo pueden las empresas hacer frente a la desafío japonés. Ouchi analiza la utilidad de aplicar el enfoque directivo japonés en el ámbito norteamericano. Motivado por conocer las causas de la productividad japonesa, inicio el estudio de empresas norteamericanas y japonesas. Su objetivo básico era encontrar los principios de aplicación universal en las unidades empresariales que fuesen independientes de

los principios propios de la cultura que ayudasen a determinar que podía aprenderse de las técnicas administrativas japonesas. Según el autor, “la productividad se logra al implicar a los trabajadores en el proceso” lo cual es considerado la base de su teoría.

UNIDAD II CALIDAD DE LA ATENCION

2.1.- CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD.

Art. 117.- A pesar de las dificultades para hallar una definición universalmente aceptada, el concepto de Calidad de la Atención en Salud está vinculado a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad.

Se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones.

Art. 118.- La Organización Mundial de la Salud define como requisitos necesarios para alcanzar la Calidad en Salud a los siguientes factores: un alto nivel de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción del paciente, y la valoración del impacto final en la Salud.

Art. 119.- La calidad en Salud debe entenderse englobando tres dimensiones: a) humana; b) científico-técnica, y c) económico-financiera.

Art. 120.- Los nuevos Modelos de Atención deben estar avalados por el razonamiento científico y ético-social.

Art. 121.- Los miembros del Equipo de Salud deben participar de las Políticas de Calidad tanto definiendo los objetivos generales como de su planificación y estrategia para lograrla, de la organización e implementación de los programas, y de controlar los resultados con vista a su permanente mejora.

Art. 122.- Los miembros del Equipo de Salud deben comprometerse en la Gestión de Calidad, desarrollada en base al principio enunciado por la OMS sobre el derecho de cada

ser humano para lograr “el más alto nivel de salud que sea posible alcanzar”, principio que debe incluirse en las leyes de cada país como responsabilidad legal y ética del Estado y de las organizaciones de salud. Art. 123.- Los miembros del Equipo de Salud deben realizar acciones específicas para aplicar Controles de Calidad que sean universalmente aceptados, así como las técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas en la verificación de los requisitos relativos a determinar si la calidad de producción corresponde a la calidad del diseño. Estas acciones deben permitir medir la Calidad Real, compararla con las Normas (Manual de Calidad) y actuar sobre las diferencias.

Art. 124.- La evaluación de la Calidad Asistencial será responsabilidad de los distintos miembros del Equipo de Salud, a saber: Inc. a) Los prestadores, considerados en conjunto. Inc. b) Los usuarios. Inc. c) Los administradores de la Salud (Pública, Obras Sociales, Privada, y otros). Art. 125.- Los miembros del Equipo de Salud deben propender a obtener Sistemas de Aseguramiento de Garantía de Calidad a través de un conjunto de acciones planificadas y sistematizadas, necesarias para infundir la confianza que un bien o servicio va a cumplir con los requisitos de calidad exigidos e incluye el conjunto de actividades dirigidas a asegurar que la calidad producida satisface las necesidades del usuario.

Art. 126.- Los prestadores, como conjunto, deben poseer los mayores atributos de responsabilidad y conducta ética, en el sentido de la búsqueda constante de equidad, efectividad, eficiencia y adecuación en la aplicación de conocimientos actualizados con la tecnología apropiada.

Art. 127.- El concepto de satisfacción debe evaluarse tanto para el usuario como para las condiciones de trabajo profesional.

Art. 128.- Los administradores de la Salud, como integrantes del Equipo de Salud, deben aceptar y actuar bajo este Código, previendo y facilitando todos los medios para alcanzar la Calidad de la Atención. Son tan responsables como los prestadores directos de una buena práctica en Salud.

2.1.1.- INSTRUMENTOS DE MEJORA CONTINÚA.

Diagrama de Pareto

El Diagrama de Pareto es un gráfico de barras verticales el cual ayuda a determinar qué problemas resolver y en qué orden. Las barras se acomodan en orden descendente. El orden de las barras refleja la importancia o costo de las causas o categorías que se asocian con las barras.

Husos

Este diagrama es usado para identificar y asignar prioridades a las causas o categorías importantes de los problemas, identificar las categorías de costos más importantes, comparar causas y comunicar información a grupos interesados.

Cómo construirlo: Previo al uso del diagrama, el equipo debe haber recolectado los datos necesarios:

- a. Establecer las categorías o causas en orden descendente de frecuencia de ocurrencia. Se clasifican las categorías colocando en primer lugar la que tiene la mayor frecuencia o costo. Es posible reunir las categorías con frecuencias pequeñas en una sola llamada «otros».
- b. Calcular los totales acumulados. Sumar las frecuencias y crear un total acumulado. Para la primera causa, dicho total será igual a la frecuencia de la causa. Para la segunda, será el total acumulado de la primera más el de la segunda, y así sucesivamente.
- c. Dibujar, poner títulos y escalas a los ejes horizontales y verticales. Dividir el eje horizontal y vertical en intervalos equidistantes.
- d. Dibujar barras para cada causa o categoría. Usar los datos de frecuencia de cada clase para determinar la altura de cada barra
- e. Dibujar las líneas del total acumulado. Dibujar una escala de porcentaje en la parte derecha de la gráfica. El punto de 100% se encuentra a la altura del total global acumulado; asimismo, marcar porcentajes en 80%, 60%, 40%, y 20%. Dibujar después los puntos totales acumulados en el extremo derecho de cada barra y la altura del total acumulado para cada causa. Unir los puntos

f. Aplicar la regla del 80/20 y dar título a la gráfica. Dibujar una línea horizontal a partir de la marca del 80% en el eje derecho hasta que toque la línea del total acumulado. En ese punto, dibujar una línea vertical hasta el eje de las X. Las categorías a la izquierda de la línea vertical son las que proporcionan el 80% de los problemas. Por último, agregar un título que describa la gráfica para el público a quien se presentará los resultados

Árbol de Problemas

a. Colocar el problema principal en el centro del árbol

Es un método que busca establecer las causas y efectos de un problema y los ordena en forma estructurada en función a su correspondencia. El problema principal es el tronco del árbol, del que se requiere además identificar sus raíces, es decir, las causas que lo generan, así como los efectos que se desprenden del mismo, que conforman las ramas del árbol. En este punto es importante recordar que el problema central no debe ser planteado como la falta de una solución.

Por ejemplo, si en una localidad no se brindan servicios de salud y la población se queja que no puede llegar con facilidad a un establecimiento cercano para que se atiendan la madres y niños, el problema es «difícil acceso a servicios materno infantiles».

b. Identificar las causas del problema principal

Antes de elaborar el árbol propiamente dicho es necesario realizar una «lluvia de ideas» que permita identificar las posibles causas del problema. Esto consiste en hacer una lista de estas últimas sin que sea necesario, por el momento, buscar algún orden entre las ideas que surjan.

b. Relacionar las causas entre sí.

Es posible que a partir de la lluvia de ideas del paso anterior se haya obtenido una lista de causas demasiado extensa que sea necesario limpiar, pues pueden incluir algunas que no sean muy importantes y otras que no se encuentren relacionadas con el problema planteado sino con otro. Tanto para eliminar causas de la lista como para mantenerlas, es importante basarse en ciertos estudios y/o conocimientos previos respecto del problema, los que se

obtendrían de: (i) la literatura y fuentes estadísticas revisadas, (ii) el diagnóstico realizado del problema, y/o (iii) la propia experiencia.

Se puede decidir eliminar una causa de la lista por diversos motivos; entre los principales podemos mencionar los siguientes:

No afecta al grupo poblacional que se pretende beneficiar con la solución del problema sino a otros grupos sobre los cuales el proyecto no busca tener mayor impacto.

No se puede modificar a través de la solución del problema planteado. Este es el caso de las causas cuya solución está fuera de las posibilidades de acción de la institución (porque es demasiado costosa o porque se encuentra fuera de sus lineamientos o de los lineamientos de la institución que financia –nótese que si este es el caso, debería informarse a las instituciones pertinentes para que tomen cartas en el asunto).

- Se encuentra repetida o se encuentra incluida dentro de otra, de tal modo que sería incorrecto incluir ambas. Se concluye que, en realidad, es un efecto del problema antes que una causa del mismo.
- No afecta verdaderamente al problema planteado o lo hace de manera muy indirecta.
- La institución ejecutora del proyecto es incapaz de modificarla en el corto o mediano plazo; este podría ser el caso de alguna característica geográfica de la zona afectada o la distribución demográfica de la población.

Por otro lado, en este paso es necesario agrupar las causas de acuerdo a su relación con el problema central. Esto implica dividir las causas por niveles pues es posible que algunas de éstas afecten directamente al problema –causas directas- mientras que otras lo afecten a través de las anteriores –causas indirectas. Un procedimiento que puede ayudar en el reconocimiento de la «causalidad entre las causas» consiste en preguntar, para cada una de ellas, ¿por qué ocurre esto? Si la respuesta se encuentra en el listado ya elaborado, se habrán encontrado diferentes niveles de causalidad.

c. Agrupar las causas dentro del árbol de causas

En este paso se relacionan las causas, ordenadas de acuerdo con su conexión con el problema principal, construyendo de esta manera el árbol de causas.

Para ello, se sigue una causalidad de «abajo hacia arriba». Es decir, el problema principal existe por las causas directas (de primer nivel), que se colocan una por recuadro y por debajo del problema, unidas a este último por líneas que indican la causalidad. En caso que existieran causas de segundo nivel, éstas deben ser colocadas debajo de las de primer nivel

y relacionadas con ellas utilizando, así como en el caso anterior, líneas que señalen la relación.

e. Identificar los efectos del problema principal.

Los efectos de un problema permiten imaginar la situación que existiría si el proyecto no se implementara, es decir, si el primero subsistiera.

Un primer paso para identificar los efectos consiste en preguntarse: ¿si el problema subsistiera, qué consecuencias tendría? La respuesta a esta pregunta debe verse reflejada en una «lluvia de ideas» similar a la llevada a cabo para definir las causas del problema. Al llevar a cabo este paso, es importante considerar dos tipos de efectos:

- Los actuales, aquéllos que existen actualmente y pueden ser observados.
- y Los potenciales, aquéllos que aún no se producen, pero que es muy posible que aparezcan.

f. Sustentar los efectos y relacionarlos entre sí

Al igual que con las causas del problema, es necesario que los efectos a tenerse en cuenta estén sustentados mediante (i) la literatura y fuentes estadísticas revisadas, (ii) el diagnóstico realizado del problema y/o (iii) la experiencia. Por otro lado, tal como se realizó con las causas, es necesario agrupar los efectos seleccionados de acuerdo a su relación con el problema principal. De esta manera, se reconocen efectos directos de primer nivel

(consecuencias inmediata del problema principal) y efectos indirectos de niveles mayores (consecuencias de otros efectos del problema).

2.1.2.- Evaluación de la calidad.

El Proyecto AMARES y el Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Calidad en Salud y de las Direcciones de Salud del ámbito de intervención del Proyecto; han enfatizado la necesidad de impulsar el desarrollo de Programas de Gestión de la Calidad, en el marco del Sistema Nacional de Gestión de la Calidad. El Sistema de Gestión de la Calidad plantea como visión el que la calidad sea reconocida explícita y fehacientemente como un valor en la cultura organizacional de los Establecimientos de Salud, que se apliquen metodologías y herramientas de calidad, desarrollados en forma conjunta con la contribución de los usuarios internos y externos, las instituciones de salud y la sociedad en general, que permita evidenciar mejoras sustanciales en la atención, que son percibidas con satisfacción por la población. Para ir superando los problemas identificados, y garantizar la calidad de los servicios de salud, se requiere del esfuerzo y la visión compartida de los diferentes actores involucrados con el quehacer sanitario; pasando progresivamente del proceso de autoevaluación al mejoramiento continuo, a través de la implementación de programas de gestión de la calidad

Criterios de evaluación de proyectos de mejora

I. Liderazgo y Compromiso de la jefatura/ Gerencia.

Se evalúa el compromiso y participación de la jefatura / gerencia el apoyo y respaldo al proyecto y a los miembros del equipo.

- Organización de soporte para promover las acciones de calidad (Responsable)
- Facilidades otorgadas a los equipos para la implementación de los proyectos de
- Mejora Reconocimiento a los equipos de mejora.

2.-Identificación y Selección del Proyecto de Mejora

Se cuenta con herramientas y una metodología para desarrollar la autoevaluación que permita la identificación de las oportunidades de mejora y la selección de proyectos.

- Desarrollo de los procesos de autoevaluación y priorización de oportunidades de mejora
- Uso de herramientas de análisis de las oportunidades de mejora
- Aporte a los resultados de la organización (Justificación)

3.-Método de Solución de Problemas y Herramientas de la Calidad

Se examina el camino para llevar a cabo el proyecto de mejora, basadas en la toma de datos, el análisis estadístico y en la aplicación de un método de solución de problemas y las herramientas de la calidad.

- Objetivos e indicadores claramente definidos
- Aplicación de ciclos PHEA
- Recolección y análisis periódico de la información a través de diversas herramientas

4.-Trabajo en Equipo

Se evalúa la conformación del equipo, el tener una noción de calidad común, la planificación de las acciones, la gestión del tiempo, la gestión de la relación con personas y áreas clave, y la documentación.

- ü Noción de calidad construido participativamente y difundido
- Conformación y formalización del Equipo de Proyecto

5.- Creatividad

Se evalúa la novedad y el ingenio en el diseño de las soluciones y en la forma de implantarlas.

- Habilidad para proponer soluciones de bajo costo y alto impacto
- Originalidad de la solución planteada

6.- Incorpora el enfoque intercultural

Las acciones planteadas en el proyecto toman en cuenta la cultura de la población a la cual intervine, sus expectativas y percepciones.

- Acciones orientadas a responder a las necesidades, expectativas y percepciones de la población, tomando en cuenta su propia cultura.
- Se han establecido mecanismos de diálogo intercultural

7. Incorpora aspectos de vigilancia ciudadana para la calidad en salud

A través del proyecto se promueve procesos de vigilancia de la calidad de los servicios de salud desde la población organizada.

- Acciones para promover la vigilancia ciudadana involucrando a las organizaciones de base y otros actores sociales claves. (Agentes comunales, municipios, autoridades locales, otros

8.- Resultados

Se examina los resultados planteados/generados por el proyecto de mejora en el desempeño de la organización.

- Aborda las prioridades sanitarias
- Contribuye a la implementación del Modelo de atención
- Contribuye a la satisfacción del usuario externo o interno.

2.2.- CALIDAD DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA

En el contexto del mundo globalizado, donde la ciencia, la tecnología y la información están dentro del alcance de muchos, las profesiones, y específicamente la enfermería, enfrentan la necesidad de perfeccionar sus procesos de trabajo con vistas a garantizar cuidados con calidad a los pacientes.

Las nuevas tecnologías en el cuidado de salud han aumentado los costes del sector salud y las expectativas de la población con relación a los servicios ofrecidos. Sin embargo, estudios indican fallas en la calidad y seguridad de la atención, con ocurrencia de eventos indeseados, perjudicando la imagen de las organizaciones de salud.

Aunque diversos países presentan problemas en la calidad y seguridad de la atención hospitalaria, esfuerzos han sido observados para mejorar su eficiencia y eficacia

Por lo tanto, la Organización Mundial de Salud recomendó que gestores consideraran las expectativas de los ciudadanos en la toma de decisión y, desde entonces, varios estudios sobre satisfacción del paciente han sido conducidos.

La satisfacción del paciente es importante en sí y, además, ha sido sugerida como indicador de calidad del cuidado en países desarrollados.

La enfermería tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente, a la institución, a la ética, a las leyes y a las normas de la profesión, y también de la contribución de su desempeño en la valuación del cuidado y satisfacción de los pacientes.

En este sentido, oír lo que los pacientes tienen para relatar sobre el cuidado que le es prestado y sobre su satisfacción puede ser una oportunidad de construcción de un indicador de resultado, que indica a los gestores algunos caminos decisorios de transformaciones e innovaciones. Cambios en el contexto mundial han hecho con que los pacientes y sus familiares exijan un comprometimiento renovado con la mejora de la calidad en organizaciones prestadoras de servicios de salud, estimulados por la preocupación con la seguridad del paciente.

La evaluación de la satisfacción del paciente ha sido adoptada por las instituciones de salud como una estrategia para alcanzar un conjunto de percepciones relacionado a la calidad de la atención recibida, con el cual se adquiera informaciones que benefician la organización de esos servicios-

En los últimos años, muchas investigaciones fueron desarrolladas con objeto de conocer la percepción del paciente hospitalizado con relación al cuidado recibido. Sin embargo, pocas investigaciones demuestran la relación entre la calidad de los cuidados de enfermería y la satisfacción de los pacientes.

La calidad de los servicios de enfermería se refiere también a la interacción social que ocurre entre el usuario y el prestador de servicios. Involucra una actitud de atención e interés de servir por parte de éste, pero además el respeto y la cordialidad mutua que deben marcar la relación.

El Sistema Nacional de Gestión de la Calidad, plantea tres dimensiones:

a).- Calidad Técnica, referida a los aspectos técnicos de la atención, cuyas características básicas son:

- Efectividad, referida al logro de los mejores resultados (efectos) posibles.
- Eficacia, logro de objetivos a través de la aplicación correcta de las normas de prestación de servicios.
- Eficiencia, uso adecuado de recursos para obtener los resultados esperados.
- Continuidad, prestación ininterrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias. Seguridad, con los menores riesgos posibles.

- Integralidad, que el usuario reciba las atenciones que su caso requiere en la red de atención de establecimientos y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante.

b) Calidad Humana, referida al aspecto humano de la atención, y que se ve reflejada en las siguientes características:

- Respeto a los derechos humanos, a la cultura y a las características individuales de la persona.
- Información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quien es responsable de él o ella. Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas.
- Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención.
- Ética, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los principios éticos deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud.

c) Entorno de Calidad, referido al entorno o contexto del servicio de salud. Implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, privacidad, entre otros:

Dentro de las concepciones de la calidad, ninguna difiere en establecer una relación entre las normas técnicas de los prestadores de servicios y las expectativas de usuarios, tomando en consideración el contexto local.

Stamatis (1996), diferencia bajo el término de calidad de atención o calidad técnica al qué se hace en la atención, que se expresa en el uso de tecnología adecuada y el conocimiento científico actualizado. Mientras que asigna el término de calidad del servicio al cómo se hace, que tiene que ver con un conjunto de atributos entre los cuales está las relaciones interpersonales y los aspectos tangibles (limpieza, presentación del personal, etc)

Según la Asociación Médica Americana (1984), la Calidad de Atención de salud, es aquella atención que contribuye consistentemente a mejorar o mantener la calidad y/o duración de la vida.

2.3.- VINCULACIÓN DE LA CALIDAD TOTAL CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN.

Juran define a la calidad como un atributo claramente definible y susceptible de enmarcarse en reglas o estándares de un sistema científico y de una planificación estratégica. Sostiene que la satisfacción del usuario es la meta principal.

Resaltar que la calidad en salud debe ser una expresión de la calidad de vida de las personas y por ende un Derecho Ciudadano, sobre el que hay que seguir trabajando intensamente.

La mejora continua de la calidad utiliza un conjunto de técnicas que incorpora el pensamiento sistémico, el análisis de información y el trabajo de equipos con el fin de conseguir mejores procesos y resultados, y mayor satisfacción.

Originalmente, la mejora fue pensada dependiente sólo de la adquisición de más y mejores tecnologías, como máquinas o procedimientos. Se creía que más de esos recursos podrían mejorar la calidad. Sin embargo, estas adquisiciones por sí solas no bastan para la mejora. Los

beneficios del avance de la tecnología implica necesidades de entrenamiento a los trabajadores para aprender a usar la máquina, el acceso de los usuarios a los servicios que la máquina provee y el servicio de salud que debería ser cambiado en tanto permita el uso de esta nueva tecnología. En otras palabras, el mejoramiento continuo incluye no sólo incorporar nueva tecnología al sistema, sino también realizar los cambios en la organización de tal manera que permita el mejor uso de los recursos.

Un aspecto clave es que en muchos casos, la calidad puede mejorar haciendo cambios en los procesos sin necesariamente incrementar la cantidad de recursos utilizados. La mejora de los procesos en salud no solo crea mejores resultados sino que reduce los costos en la prestación de los servicios. «La calidad cuesta, pero cuesta más la no calidad»

Principios del Mejoramiento de la Calidad

Se plantean cuatro principios básicos en el desarrollo de procesos de mejora continua de la calidad:

a) Enfoque en el Usuario

El enfoque en el usuario consiste en el conocimiento de las expectativas, los valores y las prioridades de quienes reciben el servicio. Los servicios de salud deberán responder a tales necesidades y expectativas de los usuarios, de manera diferenciada, requiriendo para ello analizar si cada paso en un proceso de cambio, es relevante para alcanzar su satisfacción.

b) Entender el trabajo como proceso y sistema

Un sistema es un conjunto de elementos interactuando para conseguir un fin compartido. El sistema toma insumos y los transforma en resultados a través de un proceso o una serie de procesos. Un rasgo característico del sistema es el dinamismo resultante de las múltiples interacciones que se establecen constantemente entre los distintos componentes; por lo mismo, en el mejoramiento del sistema de la prestación de servicios de salud necesitamos atender más a las interacciones que a los elementos estáticos.

Partiendo de la premisa de que para mejorar la atención de salud se requiere mejorar el sistema de trabajo de la atención de salud, Berwick plantea los siguientes principios 6 del mejoramiento como sistema.

- El mejoramiento requiere metas claras. Los sistemas complejos que involucran a personas y elementos, no mejoran si no cuentan con una agenda clara para el mejoramiento.
- El mejoramiento de un sistema requiere liderazgo.
- La medición de los avances es una actividad esencial en la búsqueda del mejoramiento.
- Entender el trabajo como proceso y sistema.
- Todo mejoramiento de un sistema requiere cambios en ese sistema; entre otros, el cambio de las actuales formas de trabajar.
- Los cambios en los sistemas deben ser demostrados.
- No todos los cambios son mejoras.
- En la atención de salud, todo lo que no ayuda al paciente y su familia es, por definición, «desperdicio». La reducción de desperdicios es parte de la búsqueda de calidad.
- La inspección por sí sola no mejora la calidad.
- La inspección es importante para la seguridad, pero no será efectiva si no está vinculada a estrategias de mejoramiento.

c) Trabajo en Equipo

- Un grupo de trabajo es un conjunto pequeño de personas que se reúnen para alcanzar propósitos y metas comunes. El equipo de trabajo se distingue del grupo porque sus integrantes han establecido compromisos entre sí para conseguir el mejor desempeño. En un equipo de mejoramiento la finalidad común es conseguir mejoras para un servicio, un área de trabajo, un proceso, o toda la organización

2.4.- ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA.

El estándar es una declaración explícita de calidad, para determinar su grado de cumplimiento es necesario contar con indicadores, determinando el margen entre el desempeño ideal y el real en los procesos y los resultados de satisfacción de los usuarios. La medición de la calidad de la atención de enfermería es tan importante como extensa, las unidades psiquiátricas no pueden estar ajenas a esto; siendo que la salud mental es factor importante para el desarrollo progresivo y armónico de la sociedad, la inexistencia de estándares e indicadores atenta contra la salud física del paciente, el equilibrio emocional del trabajador, la economía familiar del enfermo y los gastos de la institución; en este sentido se validaron instrumentos con enfoque de sistema, que se sirvan de guía para evaluar la atención de enfermería en unidades psiquiátricas, a través de: procedimientos específicos de enfermería:

- Baño de regadera,
- Alimentación
- Ministración de medicamentos por vía oral
- Descanso y sueño

Demostrando que éstos permitirán planear acciones eficientes y eficaces que mejoren la atención de Enfermería, que tiempo se le dedica el paciente en atención, luego si se obtuvieron la confiabilidad necesaria con el paciente.

INDICADORES DE CALIDAD:

Objetivo

Mejorar la calidad de los servicios de enfermería, definiendo criterios que se traduzcan en herramientas de medición, que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el sistema nacional de salud.

Indicadores

EVALUAR INDICADORES DE CALIDAD EN UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN:

1. Ministración de medicamentos por vía oral
2. Vigilancia y control de la venoclisis instalada
3. Trato digno
4. Prevención de caídas en pacientes hospitalizados
5. Prevención de úlceras por presión a paciente hospitalizados
6. Prevención de infecciones por sonda vesical instalada.
7. Manejo del niño con hiperbilirrubinemia
8. Manejo del niño con un peso inferior de 1.500grs
9. Notas y registros de enfermería.

UNIDAD III

LA MEJORA DE LA CALIDAD

3.1- LA CADENA CLIENTE PROVEEDOR.

La cadena cliente-proveedor se define como la relación que existe entre las personas beneficiarias de un proceso o compradores (los clientes) y las que crean las entradas o entregan el resultado de dicho proceso (los proveedores).

➤ Proceso:

1-El comprador y el proveedor son absolutamente responsables de aplicar el control de calidad correspondiente durante todo el proceso.

2-Ambas partes son independientes entre sí y ambos deben respetar esa independencia

3-El comprador debe dar una información precisa y adecuada sobre sus necesidades exactas y lo que quiere que el proveedor le entregue.

4-El contrato entre ambas partes debe tener en cuenta la calidad, la cantidad, el precio, las condiciones de entrega y la forma de pago correspondientes.

5-El proveedor tiene que garantizar una calidad que satisfaga al cliente, que esté certificada con datos.

6-Clientes y proveedores han de acordar previamente los sistemas de control, evaluación y testeo.

7-El acuerdo entre ambas partes debe incluir los procedimientos a abordar en caso de posibles discrepancias en el proceso.

8-Ambas partes deben intercambiarse la información que sea necesaria para poder garantizar un control de calidad exitoso.

9-Proveedores y clientes han de llevar un control de todas las actividades del proceso: pedidos, planificación de la producción e inventarios, trabajos y procesos, de forma que la relación se lleve a cabo de forma satisfactoria.

10-Ambas partes deben tener en cuenta siempre los intereses del consumidor final.

3.2.- LOS GRUPOS DE MEJORA DE LA CALIDAD

¿Qué es un grupo de mejora?

Son equipos de trabajo dedicados a la mejora constante de la calidad. La idea del trabajo en grupo se basa en el reconocimiento de que la calidad es competencia de todos y que quienes mejor conocen los procesos de trabajo son quienes los realizan diariamente.

Los Grupos de Mejora tienen como misión identificar, analizar y proponer soluciones a ineficiencias del propio trabajo o actividad. En organizaciones medianas o grandes suelen estar constituidos por personas de diferentes unidades y perfiles profesionales. Generalmente son equipos "temporales" que se concentran en el análisis que realizan de sus propios procesos de trabajo y las propuestas que logran llevar adelante para mejorar dichos procesos

Cómo trabaja un Grupo de Mejora

Todo grupo debe contar con un Secretario (Facilitador) que actúa como líder y coordinador del grupo (convoca reuniones, lleva el orden del día, recoge los acuerdos, modera las reuniones, etc.).

Se quiere lograr en este momento:

- Conocer y aplicar conceptos, metodología y herramientas para diseñar e implementar proyectos de mejora continua de la calidad en los servicios que se brinda a la población.
- Implementar una metodología que permita el involucramiento de las personas en la optimización de sus propios procesos de trabajo.
- Impulsar las iniciativas y creatividad del personal de salud para implementar diversas propuestas de cambio que lleven a mejoras en la atención de salud.
- Crear conciencia de las oportunidades de mejora
- Fijar objetivos de mejora
- Organizar para el logro de objetivos

- Llevar a cabo proyectos para mejorar problemas
- Reporte de avances
- Dar reconocimientos
- Comunicar resultados
- Aprender de éxitos y fracasos
- Lograr aprendizaje organizacional a través de los equipos de mejora

Cómo elaborar los proyectos de cambio.

La metodología plantea una primera parte que es la planificación del cambio que se quiere lograr y una segunda que es la propia aplicación de los ciclos de mejora o ciclos PHEA, tal como se muestra a continuación: En la primera parte de la elaboración de los proyectos de mejora, se requiere responder a 3 preguntas claves.

Primera parte:

- ¿Qué estamos tratando de lograr?

- ¿Cómo sabremos que un cambio es una mejora?
- ¿Qué cambio podemos hacer que resulte en una mejora?

Segunda parte:

- Actuar
- Planificar
- Estudiar
- Hacer

¿Qué queremos lograr o qué estamos tratando de lograr? (Objetivo meta).

Responde al problema que ha sido priorizado y analizado, y se expresa en la mejora que se quiere lograr. La descripción del objetivo(s) debe ser específico en el tiempo y cuantificable.

UNIDAD IV

EL CONTROL Y LA EVALUACION COMO PARTE DE LA ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA.

4.1.- CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN.

PROCESO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE INDICADORES

Recibir atención de calidad es un derecho del paciente, y garantizarla es un imperativo de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

La evaluación de la estructura se dirige hacia el marco en el cual se encuentra el apoyo de la institución de salud, es decir, qué tipo de recursos son los que utiliza para desarrollar sus funciones y satisfacer la demanda de sus servicios. Otro aspecto es la accesibilidad de los servicios, y dificultad en el uso de los mismos, por parte de la población demandante. Los obstáculos observados para que los usuarios hagan uso de los servicios son: económicos, culturales, sociales y/o geográficos.

La evaluación del proceso incluye todos los métodos que se realizan para reconocer, diagnosticar y establecer ciertas acciones directas o indirectas que contribuyan a alcanzar las metas de la institución. Es necesario medir en esta fase tres componentes: el uso, la calidad y la productividad. El primero señala la proporción de la población demandante que hizo

contacto con un determinado servicio durante un periodo. Es recomendable que la medición del uso de los servicios de salud sea en un lapso mínimo de un año, con el fin de medir las variaciones que presenta la demanda en los diferentes servicios que constituyen la institución de salud.

La calidad deberá ser evaluada tomando como premisas el grado de compromiso en la política pública y los servicios ofertados de los elementos legales y reglamentarios, y de las competencias demostradas al brindar el servicio por parte del prestador privado o público, comparados con el grado de satisfacción manifestado por los usuarios a partir del instrumento de medición de la satisfacción y, en su caso, por las auditorías tanto contables como administrativas. Hablar de calidad en los servicios de atención médica es identificar a la política pública como el requisito que sin duda, deberá garantizar los derechos humanos de los usuarios

Evaluación de los indicadores de enfermería:

Indicadores La base de la evaluación de la calidad se centra en comparar lo que se ha hecho con lo que se debe hacer. Este proceso se puede aplicar tanto a la estructura, como a los procesos y a los resultados obtenidos, para esto se necesita un patrón de referencia que para este caso está compuesto por indicadores, uno de los medios para evaluar la calidad es a través del uso de indicadores, los indicadores son un avance en la gestión porque permiten objetivar aspectos relevantes de la asistencia, establecer comparaciones, proponer objetivos y crear una cultura de evaluación y mejora de la asistencia.

Un indicador se puede definir como una medida que se usa a través del tiempo para determinar el rendimiento de las funciones o procesos. Se puede usar para valorar la adherencia a un estándar o el logro de metas de calidad. Es un valor cuantificable que puede usarse para evaluar el rendimiento a través del tiempo por medio de análisis trimestrales de datos acumulados, en vez de sólo ser una evaluación periódica en un momento dado.

Del servicio o de los cuidados. Es un parámetro que sirve como referencia para evaluar la calidad de la asistencia sanitaria, la institución debe tener sus propios indicadores relacionados con la estructura, la actuación del profesional, los riesgos o complicaciones, la utilización de recursos, los resultados y la satisfacción del usuario. 64 La selección de los

indicadores que se empleen para la valoración de la estructura, proceso y resultados, deben estar sujetas a los siguientes criterios:

- Pertenencia
- Sensibilidad
- Especificidad
- Exclusividad
- Validez
- Confiabilidad
- Comprensibilidad

Clasificación

Se sabe que en los indicadores dependiendo de su formulación y aplicación se puede evaluar eventos, procesos y actividades o cada uno de sus componentes y de esta forma se plantean los indicadores estructura, proceso y resultado dentro de los indicadores de resultado se identifican los indicadores centinela, trazadores, basados en la opinión del cliente, indicadores negativos y positivos.

- Indicadores centinela: “Son aquellos por medio de los cuales se representan sucesos de mayor importancia en el resultado de la atención, estos son meritorios de atención específica suficiente como para realizar una revisión individual de cada caso en que se produzca. Identifican la aparición de un evento serio cuya ocurrencia debe ser investigada inmediatamente.
- Los indicadores trazadores: “Son aquellos que registran y evalúan un evento que indica deficiencia o no en la calidad de la atención en un área específica; y sus resultados impactan la calidad de la atención de la institución o de un área específica de ésta. Por ejemplo, caídas”.
- Los indicadores positivos: “se basan en los sucesos considerados deseables y están asociados directamente a la buena calidad, puesto que indican cumplimiento con los estándares, es necesaria su formulación e implementación en un sistema de evaluación de calidad, puesto que se incluirán eventos específicos que se refieren directamente al nivel de calidad”.

- Los indicadores negativos: “hacen referencia a un evento no deseable, el cual representa directamente un problema. Este debe ser abordado por la organización y modificado por medio de acciones, tendientes a intervenir las causas directas del evento negativo; de tal forma tiende a aumentarse, comprometiendo los niveles de calidad”.

4.-2 REGISTROS Y FORMAS DE EVALUACIÓN.

Los registros clínicos de enfermería conforman la evidencia escrita de los cuidados otorgados al paciente, son por excelencia un medio de comunicación y coordinación entre los profesionales de la salud, su realización correcta permite la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente.

4.3.- SUPERVISIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La supervisión en Enfermería es, por lo tanto, una de las responsabilidades más grandes que puede ejercer un profesional.

“La supervisión pretende conseguir que los servicios que se prestan y la idoneidad de los procedimientos que se utilizan, sean los que generen el máximo beneficio para el usuario y la comunidad y asegurar que todos los cuidados se presten con la mayor calidad y los recursos adecuados para el mejor costo-beneficio”

Entre las funciones principales de una supervisión están: planificar, apoyar y dirigir la gestión del cuidado”

- Dotación del recurso humano.
- Dotación de insumos, materiales y equipos.
- Atención a las necesidades de los usuarios del servicio y sus familiares
- Desarrollo del capital humano.
- Control de calidad de los procedimientos y procesos de atención a los usuarios.

El objetivo principal de un supervisor de enfermería debe ser desarrollar el talento humano en todas las áreas, desde aspectos técnicos hasta valores y principios éticos, lo que debería

garantizar la calidad del servicio que se presta en cualquier institución y, por supuesto, debe también realizar el control de calidad de la atención de enfermería.

Según la profesional, todo supervisor debe responder a las actividades planificadas en su agenda o plan de trabajo, además de estar pendiente del llamado que se le hace de diferentes servicios relacionados con asistencia y puntualidad.

También debe hacer un recorrido para verificar precisamente la asistencia del personal, la condición de los servicios, las cargas de trabajo, la complejidad de los pacientes que se deben atender, detectando riesgos en la gestión, así como valorar necesidades de recursos materiales, de equipos y humano que permitan ejecutar las gestiones como corresponde, mencionó la docente.

Asimismo, debe realizar controles de calidad, atención a clientes internos y externos y otras actividades que le son delegadas por la jefatura superior hasta garantizar el cumplimiento de las normativas presentando informes a la jefatura.

“Conocimiento clínico y administrativo, valores como el liderazgo, motivación, empeño, perseverancia, comprensión, sentido humano, responsabilidad, ética, comunicación, compromiso, responsabilidad, honestidad, entre otros, deben ser los valores que caractericen a un supervisor de Enfermería”.

En cuanto a la parte académica, el perfil para optar por el puesto de supervisor en enfermería debe ser: obtener el título de licenciatura como lo dicta la ley, sin embargo, es importante que se preparen diariamente realizando su trabajo con calidad de acuerdo a los principios científicos, tratar de mantener actualizados sus conocimientos y no alejarse de los servicios de los usuarios, apuntó la docente.

Aunque la preparación académica es importante, también la experiencia que se tenga lo es.

Las dos cosas son fundamentales, no se puede prescindir de una u otra, pues la experiencia sin conocimiento puede hacer que se manifiesten conductas de ego, repetitivas y sin cuestionar, provocando errores y exponerse a situaciones legales y roces con el personal. Y

el conocimiento sin experiencia tiende a no palpar la realidad de las cosas y no permitir hacer ajustes administrativos sin romper principios o reglas”,

La comunicación asertiva debe prevalecer en esta figura para así evitar conflictos y saber manejar los que se presenten, pero ante todo es importante hacer señalamientos con respeto a todas las personas tanto usuarios como a profesionales que se tengan a cargo.

BIBLIOGRAFIA

ALBRECHT, Karl.- La revolución del servicio. Legis Editores S.A. 1992.

HARRINGTON. H. James. - Mejoramiento de los procesos de la empresa. Ed. Me. Graw Hill. Santafé de Bogotá, 1992. CAICEDO ESCOBAR, Carlos.- Gerencia estratégica y mejoramiento contfnuo.

Dennis, SMITH, David.- Como gerenciar la calidad total, Legis editores 1991. HERDA, Alvaro.- Apertura. Nuevas tecnologfas y empleo. Editorial Fes. 1992. ISHIKAWA, K.- ¿Qué es el control de calidad?Editorial norma, Bogotá 1991. FREED, David.- La gerencia estratégica. Legis, editores, 1990. CIE.- Calidad. Costos. Enfermerfa. Ola internacional de enfermerla. Bogotá 1993.

Kerouac 5, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona- . Masson; 1996.

Collieie MF. Promover la vida. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993.
Cortina A, Arroyo MP, Torralba MJ, Zugasti J, Ética y legislación en enfermería. Madrid: McGraw Hill interamericana; 1997.

Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 6* ed. Madrid: dsevier; 2007.

Neii RM, Watson J Filosofía y ciencia del cuidado. Fn: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 6a ed. Madrid: Elsevier: 2007.

Watson J. Watson's caring theory. University of Colorado. Health Sciences Cenlei. School Nursing. [En línea] [Fecha de acceso: 28 de septiembre de 2008]. URL disponible en: <http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/backandhiStory.Asp>

Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Alertes; 1999.