



ANTOLOGIA

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

LIC. EN ENFERMERÍA

8° CUATRIMESTRE

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

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 de Primaria 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 septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas 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, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

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 de la UDS, 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 de 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.

INDICE

INDICE

UNIDAD I ANTECEDENTES.....	9
1.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS.	9
1.2.- TEORIAS QUE SOPORTAN EL TRABAJO DE CALIDAD.	13
1.3.- ENFOQUES (AMERICANO-JAPONES)	29
UNIDAD II CALIDAD DE LA ATENCION	32
2.1.- CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD.	32
2.1.1.- INSTRUMENTOS DE MEJORA CONTINÚA.	37
2.1.2.- Evaluación de la calidad.	41
2.2.- CALIDAD DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA	50
2.3.- VINCULACIÓN DE LA CALIDAD TOTAL CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN.	59
2.4.- ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA.	62
UNIDAD III LA MEJORA DE LA CALIDAD	64
3.1- LA CADENA CLIENTE PROVEEDOR.	64
3.2.- EL TRABAJO DE EQUIPO EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	66
3.3.- LOS GRUPOS DE MEJORA DE LA CALIDAD	68
3.4.- PROTOCOLO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORA.	70
3.5.- PASOS A SEGUIR PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORAS	72
3.6.- IDENTIFICACIÓN DE LAS ÁREAS DE MEJORA.	76
UNIDAD IV	80
EL CONTROL Y LA EVALUACION COMO PARTE DE LA ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA.....	80
4.1.- DIRECCION Y LIDERAZGO.	80
4.2 COMUNICACIÓN	89
4.3 CONTROL	95
4.4.- CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN. PROCESO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE INDICADORES	100
4.5 REGISTROS Y FORMAS DE EVALUACIÓN.	103
4.6.- SUPERVISIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	106
BIBLIOGRAFIA	108

UNIDAD I ANTECEDENTES

I.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 su consecuencia, 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:

- ❖ La calidad significa satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente.
- ❖ La concepción de clientes internos y externos.
- ❖ La participación de la dirección en la calidad.
- ❖ La aplicación de principios y herramientas para el mejoramiento continuo de los productos y servicios.

Los resultados de la calidad son:

- ❖ Costos más bajos.
- ❖ Ingresos más altos.
- ❖ Clientes encantados.
- ❖ Empleados con poder. Importantes conceptos:
- ❖ La calidad significa satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente.
- ❖ La concepción de clientes internos y externos.
- ❖ La responsabilidad de la dirección en la calidad.
- ❖ La calidad no sólo debe buscarse en el producto, sino en todas las funciones de la organización.
- ❖ 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.

- ❖ En enfoque al cliente, esto es crear la fidelidad del cliente, Reichheld (1996).

- ❖ Mejora continua, mediante círculos de calidad, equipos de mejora de procesos, sistema de sugerencias e ideas creativas, etc.
- ❖ 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 continúa desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: Análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados. Alrededor de los años sesenta nacen los 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 la organización 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.

1.2.- 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:

- ❖ 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.
- ❖ 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.
- ❖ Principio del control. Controlar el trabajo para verificar que está siendo bien ejecutado según el plan previsto.
- ❖ 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.

- I. 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 los 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 procedimiento interno, 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 intergrupar
- ❖ 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.

I.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:

1. 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.

- ❖ Mejorar constantemente los procesos de producción y de servicios.

5.- 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.

En pleno siglo XXI, la humanidad continúa evolucionando y la globalización ahora no es lo que fue en el siglo XX. Según el profesor Luciano Vasapollo¹² el contenido efectivo de la globalización, o mejor dicho, de la competencia global, se da, no por la "mundialización" de los intercambios, sino por aquellas operaciones que tienen que ver con los movimientos del capital, tanto bajo la forma industrial como bajo la financiera.

los últimos veinticinco años, el modelo capitalista de base keynesiana, se ha disuelto en todas sus formas de presentación, borrando el mismo concepto propio de "civilización". El desmenuzamiento de toda la estructura productiva preexistente destruye las mismas formas de convivencia civil determinadas por el modelo de mediación social de forma keynesiana. La postura del profesor Vasapollo hace pensar que cualquiera que sea el modelo de capitalismo que se analice, hay consenso en las tendencias de financiamiento, de las nuevas modalidades de organización del trabajo y de reestructuración del mercado, lo que encausará los esfuerzos a expandir las ganancias de los empresarios.

A diferencia de otros sectores de bienes o servicios, en el caso de la salud aún no es muy grande la participación de empresas transnacionales presentes o por incorporarse a este mercado. Donde han entrado es en el mercado de los seguros, particularmente en el de gastos médicos mayores en alianza con las instituciones privadas ya existentes, pero no se han generado cadenas hospitalarias o de clínicas o sanatorios de mediana complejidad y capacidad de resolución que sean franquicias de cadenas de servicios de salud extranjeras. En México dos o tres grandes grupos privados son los que tienen un porcentaje importante del mercado de atención a la salud privado con alta capacidad de resolución

En el sector público hasta el momento no existe la competencia por los pacientes, el modelo está orientado a atender a una derechohabiente que rebasa por mucho la capacidad instalada. La oferta de servicios no busca atender a más pacientes para obtener un beneficio, por el contrario, los pacientes que tienen el derecho a acudir a los servicios exceden la capacidad disponible para ofrecerlos. Esto es válido para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y para los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX). Para el caso de

los mexicanos afiliados al Seguro Popular, el nivel de exigencia por servicios de calidad comparado con la exigencia de los derechohabientes de PEMEX, del IMSS o del ISSSTE, aún es incipiente.

Un tercer grupo de pacientes son aquellos que sin ser afiliados a ninguna institución, acuden a los servicios públicos, tanto de la Secretaría de Salud federal como de los Servicios Estatales de Salud y son quienes aceptan con entendible conformidad lo que se les ofrece. En este sector de la población, donde millones de mexicanos se encuentran en los decires uno y dos de la economía, no está la conciencia de derecho a recibir atención a la salud con mínimos niveles de calidad.

La mayoría de estos pacientes están resignados y agradecidos de ser recibidos y atendidos, sin importar las horas de espera, los procesos internos, las condiciones del servicio y otros elementos que para otra población son inaceptables. Baste mencionar a manera de ejemplo, las batas y colchones rotos, las habitaciones sucias y los alimentos fríos. Ante este escenario, la calidad en las instituciones públicas, entendidas como tales el IMSS, ISSSTE, PEMEX, los servicios de salud de la propia Secretaría de Salud Federal (de primer y segundo nivel de atención) y de las secretarías de salud estatales, es totalmente heterogénea porque no están presentes los tres elementos detonadores de la calidad (recursos económicos, actitud del personal y normatividad vigente) y por tanto generan resultados diversos de beneficio para la organización los integrantes de la misma.

El beneficio para impulsar la calidad en un mercado privado, de libre competencia es, en primer lugar a) sobrevivir ante la competencia. Pasado ese primer reto el beneficio es claro, b) la mayor ganancia posible, para la organización y sus integrantes. Esta ganancia tiene varias aristas, la económica es fundamental pero también el prestigio, y posicionamiento de marca y c) crecimiento o expansión de la misma, abrir nuevos mercados, atraer nuevos clientes, ampliar los horizontes de influencia.

En el sector público, la pregunta es obvia; ¿Es posible el beneficio de la institución y de sus integrantes en caso de realizar las actividades propias con altos índices de calidad, procurando el mejor desempeño posible y respetando la normatividad vigente? La respuesta es por demás clara y puede analizarse en los diferentes criterios: Esperar que se otorgue mayor presupuesto operativo para la unidad o dependencia, en principio no. Que haya mayor beneficio a los integrantes de la unidad, en sueldo, salario, prestaciones,

bonos, o algún otro tipo de beneficio económico, tampoco, aunque ambos criterios serían deseables en un futuro cercano. ¿Incrementar el prestigio de la institución o de quienes trabajan en ella? Sin duda este beneficio existe.

Es el caso de los Institutos Nacionales de Salud y de la mayoría de los médicos que trabajan ahí, que tienen un enorme reconocimiento y lo incrementan día con día, pero no necesariamente en relación con todos los elementos de la calidad, por ejemplo, respecto al trato del paciente. En este caso, el prestigio se orienta más bien a lo que el personal realiza en materia de investigación, generación de conocimiento y desarrollo de proyectos vanguardistas.

La calidad es un atributo fundamental de cualquier bien o servicio y se debe fomentar en todas las áreas prioritarias para el desarrollo de los individuos; la salud no debe ser la excepción. Sin embargo, a pesar de los conocimientos, avances y esfuerzos realizados por actores clave en la materia, la ausencia de calidad o de garantías mínimas de ésta en la atención a la salud representa un reto social a nivel mundial, sobre todo, para aquellos países cuyos niveles de desarrollo no han alcanzado estándares deseables y sostenidos para su progreso sanitario y social

La deficiencia de la calidad en la atención de la salud se puede manifestar de múltiples maneras: acceso limitado a servicios de salud, servicios inefectivos e ineficientes, quejas médicas, costos elevados, insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud, afectación de la credibilidad de las instituciones prestadoras y del sector salud en su conjunto. Peor aún, la deficiencia de la calidad en la prestación de servicios de salud llega a significar la pérdida de vidas humanas.

La política integral para la universalidad en la atención a la salud aspira a un acceso efectivo a ésta. Es decir, a eliminar las barreras que limitan el acceso y la efectividad de la atención a la salud. Para lograrlo, combatir las diferencias en calidad, en sus diferentes dimensiones, representa un elemento central. En este contexto, el Sistema Nacional de Salud de México ha mostrado importantes avances durante los últimos años en la mejora de la calidad en la prestación de servicios de salud. No obstante, el cumplimiento de estándares de calidad aún es heterogéneo entre los distintos prestadores y su eficiencia y resolutivez en algunos casos es reducida, lo que genera insatisfacción de los usuarios.

La calidad de la atención médica es producto de la interacción que guardan los requisitos legales, administrativos, deontológicos y éticos de la práctica clínica, y las obligaciones institucionales para la prestación de los servicios de salud, comparados con los resultados de las evaluaciones realizadas por los usuarios de dichos servicios. El primer nivel de evaluación considera la calidad desde un enfoque integral, donde se incluyen la medición y el logro de las políticas, planes o proyectos institucionales. En el segundo nivel, el enfoque reconocido para su implantación es de evaluación de la estructura, proceso y resultado, que permite identificar fortalezas y debilidades en la prestación de la atención médica con que cuenta la población. En el tercer nivel se mide la calidad de un servicio de salud para un problema específico, es decir, ante la posible falla, error u omisión en la prestación del servicio médico hacia un usuario en particular.

La calidad de la atención: es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios.

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

- ❖ 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».
- ❖ 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.

- 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.

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

2.1.2.- Evaluación de la calidad.

Primer nivel. Evaluación general de la calidad de la atención:

Existen diversos métodos para evaluar las políticas o programas en torno de la calidad en la atención. En América Latina, uno que ha sido ampliamente utilizado es el “FESP” (Funciones Esenciales de Salud Pública). Este método determina una estrategia para mejorar la salud de las poblaciones (mediante la descripción de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud), así como para proporcionar las condiciones propicias para el adecuado desempeño de la salud pública. Esta iniciativa continental fue definida como “La Salud Pública en las Américas”, definió un total de 11 FESP y desarrolló un instrumento para medir su desempeño y vigorizar la participación de los diferentes niveles de autoridades sanitarias del Estado. La FESP relacionada con calidad es la novena y se titula “La seguridad de la calidad en los servicios de salud”. En ella se sugiere considerar la necesidad de implantar un sistema de evaluación basado en metodología científica aplicable y supervisada tanto al interior como al exterior de la organización.

- ❖ El fin es garantizar los elementos mínimos en la prestación del servicio, a través de la aplicación de evaluaciones para identificar la satisfacción del usuario, los indicadores y normas regulatorias. La FESP-9 muestra las actividades encargadas de evaluar y medir la calidad de los servicios de salud -desde el nivel individual hasta un nivel colectivo- con el propósito de buscar la satisfacción de las necesidades de la población y en cumplimiento de los derechos de los usuarios. La medición de la FESP 9 contempla cuatro ejes de evaluación:
- ❖ El primero efectúa la medición para determinar si el gobierno ha definido con precisión las políticas y los estándares de calidad de la atención para los diferentes niveles de atención a la salud, desde el ámbito de acción local hasta el de los hospitales de alta especialidad.
- ❖ El segundo desarrolla la evaluación del grado de satisfacción de los usuarios para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales.
- ❖ El tercero aborda el nivel de implantación de sistemas de gestión de la tecnología y la evaluación propiamente de las tecnologías en materia de salud, relevante por el costo creciente de su incorporación a los sistemas nacionales de salud.

- ❖ El cuarto eje analiza el nivel de vinculación en asesoría y apoyo técnico del nivel federal o central con las instancias sub nacionales de salud (en México, las entidades federativas) para asegurar la calidad de los servicios.

Segundo nivel. Evaluación de la calidad de los servicios de salud:

Al evaluar la calidad de los servicios de salud se eligen cursos de acción como resultado del análisis sistemático de experiencias pasadas y del reconocimiento de las distintas etapas del proceso de prestación de servicios y de la pertinencia, formulación, eficacia, eficiencia y efectividad de los objetivos y metas programadas.

El objetivo general de la evaluación de la calidad en las instituciones de salud es mejorar sus programas y servicios, además de medir la suficiencia de la infraestructura sanitaria para su ejecución. Este proceso está regulado por el esquema de “presupuesto basado en resultados” y constituye una fase indispensable en la gerencia de las instituciones del sector salud (administración, rectoría, implementación).

A través de esta medición podemos identificar seis propósitos en la evaluación de la calidad de los servicios de salud:

- ❖ Determinar el grado de alcance de los objetivos de un programa.
- ❖ Identificar el grado de eficiencia alcanzado.
- ❖ Brindar controles o acciones de mejora de calidad. • Identificar y valorar la efectividad de las estructuras organizacionales y sistemas de prestación de servicios.
- ❖ Una vez recopilados los hallazgos, generar el cambio basado en metodologías científicas.
- ❖ Plantear la ejecución de la PE en conjunto y en forma sistémica. De ello se desprenden dos conceptos clave: los indicadores y los criterios.

Para este apartado se entiende como **indicador** a aquella variable que mide y refleja los cambios de una situación determinada, mediante su validez, objetividad, sensibilidad y especificidad. Los criterios son las normas con las que se evalúan y califican las distintas acciones.

Es importante mencionar que las mediciones deben ser el resultado de la aplicación de metodologías formales y con métodos y técnicas bien definidas, e investigar si estos elementos se encuentran normados y si se aplican para evitar desviaciones de carácter administrativo.

Al ponderar a las organizaciones como sistemas debidamente estructurados, debemos observar para su evaluación: la estructura, el proceso, los resultados y el contexto.

La debida interacción de los elementos en este nivel será indispensable para obtener una evaluación certera y que confiera valor para la toma de decisiones y la mejora continua. La evaluación de la estructura se concentra en 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 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, los servicios ofertados de los elementos legales y reglamentarios, y las competencias demostradas al brindar el servicio por parte del prestador privado o público, y compararlos con el grado de satisfacción manifestado por los usuarios (a partir del instrumento de medición de la

satisfacción) y, en su caso, a partir de 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.

- ❖ La productividad por su parte, está dirigida tácticamente a reconocer los recursos humanos, materiales y financieros transformados en maniobras, procedimientos o servicios utilizados en la solución de situaciones o problemas. La relación básica de la productividad se da entre los resultados producidos y los recursos utilizados, por lo que el nivel óptimo de productividad será aquel en que se alcance el mayor número de unidades o servicios producidos, con el menor número de recursos utilizados.
- ❖ La evaluación de los resultados es la medición del objetivo final o razón de ser de los servicios de salud, ya que, por medio de esta verificación, la institución se legitima ante el sector; esto es, habrá de demostrar que los servicios que se prestan responden a una demanda prioritaria de la sociedad.

Dentro de los criterios que se utilizan para medir los resultados, encontramos:

- La cobertura
- La eficacia
- La eficiencia

La interrelación e interpretación de estas variables nos permite formular juicios acerca de la efectividad de los servicios que presta la institución de salud

- ❖ La cobertura se define como la proporción de necesidades que quedan satisfechas por los servicios que se prestan. La dificultad de aplicar el concepto de cobertura radica en la definición del denominador, pues hay que definir la población que demanda los servicios, y la que realmente los necesita.
- ❖ La evaluación de la eficacia consiste en el análisis del logro de los objetivos, expresándolos, si es posible, como la reducción de los problemas que abordan los servicios. La medición de este criterio es facilitada con la definición de las metas y los indicadores de los resultados en el curso de la planificación del programa.

- ❖ La efectividad de los servicios que presta la institución refleja la influencia general que tiene el servicio o la institución en el desarrollo sanitario y socioeconómico asociado con la salud. La OMS sostiene que la medición de la efectividad “[...] identifica los cambios necesarios de orientación de los programas de salud, de manera que contribuyan más al desarrollo general del sector de la salud y del socioeconómico”.
- ❖ Dentro del criterio de efectividad se considera el efecto negativo, el cual se encuentra íntimamente ligado a los efectos que producen en la sociedad las acciones de los servicios de la institución de salud.

TERCER NIVEL. EVALUACIÓN DE CASOS (INDIVIDUAL)

La evaluación de la calidad de la atención médica en este nivel, también se hace desde una óptica sistémica en sus componentes: estructura, proceso y resultado. En materia de atención médica, la disponibilidad de recursos en la institución y las acciones desplegadas por los médicos, técnicos o auxiliares, deben perseguir atributos que determinan la calidad de la atención, considerando entre otros, los siguientes elementos: acceso, seguridad, efectividad, eficiencia y oportunidad.

HALLAZGOS FRECUENTES EN LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

De estructura:	De proceso:	De resultados:
<p><i>Equipo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalación insuficiente • Equipo inadecuado <p><i>Personal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente • Selección y capacitación insuficiente • Distribución inadecuada <p><i>Insumos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuficientes • Surtidos sin oportunidad • Falta de calidad • Insuficiente sangre o sus Fracciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de oportunidad en la atención médica • Carencia de manuales de operación • Falta de normas o su supervisión • Competencia profesional insuficiente • Falta de respeto a principios éticos • Desconocimiento de medidas de seguridad para el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades de salud no satisfechas • Complicaciones y secuelas temporales o permanentes • Evento adverso con o sin error médico • Defunción no esperada • Expectativas no satisfechas

Con el propósito de evaluar la atención médica en este nivel, es necesario conocer las condiciones en que se brindó el servicio, e identificar con base en las evidencias documentales, aquellas que pudieron haber presentado alguna desviación personal del médico (impericia) o bien, falta de recursos institucionales (medicamentos) o administrativos (supuesta falta de vigencia), con el fin de enmendarlas y con ello contar con evidencias para incrementar la calidad de la atención médica, la seguridad y la satisfacción del paciente.

- ❖ La evaluación debe ser efectuada por personal competente y con base en valores

éticos y ontológicos de la práctica a juzgar. La evaluación de la atención médica en todas sus partes del proceso, se centra en el conjunto de acciones destinadas a preservar la salud del paciente. Es aquí donde las particularidades inherentes a éste (actitudes y conductas), y sus necesidades y expectativas en materia de salud, se vuelven determinantes.

- ❖ En el componente del proceso se distinguen cuatro elementos: usuario, atención médica, seguridad del paciente y resultado de la atención.

El usuario posee una serie de atributos o cualidades que deben ser considerados al momento de hacer la evaluación de la atención médica. Cultura, educación, edad, condiciones de género, ocupación, estado civil, lugar de residencia, antecedentes patológicos, entre muchos otros, son factores que inciden en la toma de decisiones de quien proporciona la atención médica. Por su parte, la evaluación de la atención médica propiamente dicha, se basa en la observación o apego a un protocolo que permite evaluar la oportunidad de la atención, la aplicación de principios científicos, la legitimidad del acto médico, la justificación de las decisiones médicas, el respeto a los principios éticos, el consentimiento informado en caso necesario, el cumplimiento de las obligaciones de medios, de seguridad y de resultados, así como la evaluación de los beneficios para el paciente respecto de los riesgos.

Esta evaluación se apoya en el expediente clínico; sin embargo, pese a que existe la norma sanitaria que lo regula⁴, cabe señalar que a la fecha no se verifica su total cumplimiento. Durante la atención médica, el profesional o especialista requiere con frecuencia apoyo del personal administrativo y de enfermería, por lo que la evaluación debe precisar las deficiencias observadas que sean atribuibles a cada recurso, de acuerdo a sus niveles de responsabilidad. El elemento relacionado con la seguridad del paciente se encuentra estrechamente vinculado con la calidad de la atención médica y se ha vuelto una preocupación constante para el Sistema Nacional de Salud, por lo que se han implementado estrategias y procesos de evaluación, como el establecimiento de Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)⁵ del programa SICALIDAD de la Secretaría de Salud, y otros ordenamientos relacionados.

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

enfaticado 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.

A. Criterios de evaluación de proyectos de mejora

- ❖ 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.

B. 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)

C. 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

D. 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

E. 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

F. 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

G. 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 -

H. 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

Enfermería como profesión dedicada al Cuidado de las experiencias de salud de los seres humanos, posee un rol importante dentro del equipo de salud, puesto que es quien permanece mayor tiempo con el paciente proporcionándole cuidados de Enfermería que hacen parte de la atención integral que se mide en las instituciones.

En este sentido, Enfermería ha tomado de las ciencias administrativas, herramientas necesarias que le permiten participar dentro de las organizaciones en sus diferentes niveles de gestión (Estratégico, Táctico y Operativo); y también como prestador directo del cuidado de Enfermería; participación que se evidencia bajo el desempeño de tres roles sustanciales (Dependiente, Independiente e Interdependiente), los cuales, según evidencia bibliográfica, se han abordado poco durante el desarrollo investigativo, situación que no permite ver mejores y mayores estrategias administrativas que planteen direccionamientos para el mejoramiento de la calidad del cuidado y atención brindada por Enfermería, sin embargo, las que existen se están utilizando con el fin de optimizar la prestación del servicio.

En las instituciones de salud, la calidad de la atención se evalúa en la medida que todos sus procesos estén orientados a obtener los mejores resultados y la satisfacción del usuario externo e interno como indicador esencial para el mejoramiento continuo de la calidad; ya que los nuevos enfoques de gerencia en salud, basados en el cliente, muestran que ofrecer alta calidad significa no solamente corresponder a las expectativas

La calidad es un concepto relativo, es el grado de aproximación al modelo teórico ideal. Podemos decir que es la diferencia entre “ser” y “querer ser”.

Para la Real Academia Española, la calidad es “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla, mejor o peor que las restantes de su especie”. La Norma UNE define la calidad como “el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas”.

Podemos expresar la calidad de la asistencia sanitaria en los siguientes términos: Calidad asistencial es dar la respuesta más adecuada a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales de que disponemos y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales, al costo más razonable.

Conseguir un nivel de calidad óptimo equivale, por tanto, a desarrollar grados de efectividad, de eficiencia, de adecuación y de calidad científico-técnica en la práctica asistencial que satisfagan por igual a administradores, profesionales y usuarios.

- ❖ La Calidad de la Atención de Enfermería podemos definirla como la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado remitirle.

Esta definición está basada en la definición de la función propia de Enfermería que nos aporta Virginia Henderson.

EL PORQUÉ DE LA CALIDAD EN ENFERMERÍA Y SU CONTROL

Podemos hablar de tres razones para justificar el control de calidad:

- ❖ Las exigencias de gestión.

- ❖ La demanda social.
- ❖ Los imperativos profesionales. Vuori y Donabedian en un contexto general, indican

también tres razones para el necesario control de calidad:

1. Motivos éticos y deontológicos: El valor social de la salud implica que con los medios disponibles se prestan los mejores servicios posibles.
2. Motivos sociales y de seguridad: La comunidad exige que la competencia de los profesionales esté garantizada. Por suerte, la información y formación de nuestros ciudadanos ha ido cambiando y aumentando hacia su seguridad. Van tomando un nivel que les permite conocer y decidir. Igual que exigen la calidad en alimentación, vestimenta, coches, también como enfermos exigen calidad en los servicios sanitarios. Esto implica en la cultura sanitaria el factor “error”. Si en la empresa industrial los errores producen pérdidas económicas incalculables y por esta razón, entre otras, se desarrollan programas de calidad, en salud, donde las pérdidas pueden ser más dramáticas, merece la pena evitar los errores o, al menos, prevenirlos.
3. Motivos económicos: se precisa eficiencia, ya que los recursos son escasos y las necesidades son crecientes.
4. La calidad no hace muchos años era real, se podía percibir, se la apreciaba, pero no se la consideraba susceptible de medición. Posteriormente, se buscó en este campo quizás demasiado tecnicismo, con lo que se olvidaba todo el aporte humanístico y personal que requiere la correcta atención del paciente, desvirtuándose la esencia de nuestra profesión.

En cuanto a la acción de Enfermería:

1. ¿Sabemos definir bien las necesidades de nuestros clientes?
2. ¿Dimensionamos bien nuestras acciones? ¿Utilizamos y somos hábiles en la metodología científica?
3. ¿Tenemos resultados cuanti-cualitativos de nuestras acciones?
4. ¿Conocemos el impacto que producen nuestras acciones en los usuarios?

Si la respuesta es negativa, no nos podemos permitir el lujo de desconocer tantas cosas. El colectivo más numeroso del hospital, el que tiene más contacto y durante más tiempo con sus clientes y, por tanto, más relación, no puede trabajar por trabajar sin un objetivo definido. Mal podemos saber si un grupo de enfermeros está proporcionando un trabajo de calidad si no tenemos clara la idea de lo que está tratando de conseguir en ese trabajo. Difícilmente se podrá establecer una relación entre el proceso y el producto. Para Lindenman “el primer paso en la elaboración de un instrumento de medida de la calidad de los cuidados de Enfermería consiste en precisar el concepto de los cuidados, en explicitar el objetivo de los mismos”. De ahí, la gran importancia del Modelo Conceptual y la evaluación de la calidad sobre la base de elementos a investigar siempre referidos a dicho modelo, así como el refuerzo de los Principios Teóricos y el soporte documental que sustentan nuestra práctica.

Nuestra relación con el paciente la podemos estructurar en los siguientes aspectos:

- Afectivo o de relación de confianza.
- Cognoscitivo o de definición de las necesidades de atención, a través de los Diagnósticos de Enfermería.
- Activo o de aplicación de las acciones y técnicas de enfermería precisas.
- Ético, en el que el enfermero es consciente de sus capacidades y vigilante respecto a las condiciones de la asistencia y motivado por el beneficio del paciente.

Sobre todos los aspectos podremos encontrar variables a estudiar y poder ver el resultado que produce dicha relación. Por otra parte, la realización de un trabajo implica un consumo de tiempo y energía, tanto humano como material, y si el fruto de este trabajo no tiene la calidad requerida, todo este consumo no habrá servido para nada. Estaríamos consumiendo esfuerzos en la generación de servicios inútiles, como si parte de nuestro trabajo lo realizásemos en una “fábrica fantasma”, dentro de la propia empresa. Es necesaria la calidad y como profesionales de la salud es inherente a la responsabilidad y

a la comprobación sistemática tanto de lo que se realiza como de los resultados que se producen o se esperan.

OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN

El objetivo que persigue la evaluación de los cuidados es mejorar el nivel del conjunto de las atenciones que la enfermería ofrece. No persigue errores para imponer sanciones. Es un método de búsqueda de problemas, de resolución de problemas y de análisis de sus causas, con el fin de encontrar soluciones que mejoren la atención. En muchos casos se tiende a hablar de Garantía de Calidad en vez de control de calidad por la parte coercitiva que lleva la palabra control. Teniendo en cuenta que el volumen de personal de Enfermería es aproximadamente el 50% de la plantilla del hospital, dada la continuidad de la asistencia que presta y el porcentaje del presupuesto global que utiliza, se hace absolutamente necesario que la Dirección de enfermería establezca sus propios sistemas de control para conocer de forma sistemática y periódica, que calidad de servicio se está ofreciendo en comparación con estándares previamente elaborados. Históricamente los sistemas para evaluar la calidad de los servicios de enfermería se centraron en el análisis de la estructura, más tarde en el proceso y, posteriormente, en los resultados obtenidos de los cuidados. Desde los años 90 se reconoce la necesidad de analizar los tres componentes básicos, pero haciendo siempre hincapié en que sirve para la identificación y resolución de problemas. El conocimiento de las necesidades de cada uno de los pacientes para sustituirlos o complementarlos de forma que éste alcance el máximo de plenitud y satisfacción posible, evitar molestias, complacer deseos, anticiparse a los fallos... da una sensación de bienestar que sitúa la calidad de vida en el hospital en unos niveles altos que deben perdurar después del alta del paciente, proporcionando instrucciones precisas y consultorio abierto para cada tipo de problema que pudiera surgir.

La idea de calidad del producto debe partir del concepto del propio producto, nace en la filosofía del cuidado enfermero. No puede, por tanto, centrarse el control en acciones puntuales, como encuestas de satisfacción del usuario, ni tampoco sobre el personal, aunque sean elementos importantes a tener en cuenta. La acogida del paciente, así como la despedida al alta; la alimentación ajustada a necesidades, a la temperatura adecuada, con una presentación digna e incluso adaptada a gustos; la vigilancia de un ambiente de confort y agradable, así como de una escrupulosa limpieza; la cumplimentación de las

prescripciones terapéuticas de forma idónea y en tiempo correcto, información en los registros de enfermería de todos los datos necesarios; un trato educado y en lo posible amable..., son puntos de posible medición que afectan a la calidad.

Acciones enfermeras Podemos distinguir seis fases:

1. Fase. - Definición institucional del Modelo de Enfermería. El nivel de aplicación vendrá marcado por el análisis de los recursos humanos, asistenciales, materiales, la presión asistencial.
2. Fase. - Identificación de Problemas de Enfermería. Los protocolos se pueden elaborar en función de necesidades físicas u otras patologías más frecuentes, por aparatos, grupos edad.
3. Fase. - Elaboración de protocolos de atención. Los Planes de Cuidados de los que extraeremos los indicadores útiles para medir la calidad del proceso y los resultados.
4. Fase. - Diseño de registros unificados. Un derecho del usuario es la continuidad de la asistencia. Para ello encontraremos registros que se adapten a las necesidades de información entre todos los profesionales.
5. Fase. - Definición de criterios de evaluación y normas de aplicación de los mismos.
6. Fase. - Evaluación del proceso de atención. Establecer la relación existente entre los resultados obtenidos y los objetivos de salud marcados y la pertinencia de las acciones prescritas con éstos y los problemas de salud detectados.

Monitorización de los recursos

- ❖ De los recursos humanos:
 - Definición de características del puesto de trabajo.
 - Adscripción al puesto de trabajo en base a conocimientos teórico-prácticos y características personales.
 - Valoración objetiva del desempeño profesional. De la estructura física y organizativa:
 - Características físicas del medio donde se produce la asistencia, Atención Primaria, Unidades de hospitalización, Servicios especiales...

- Características organizativas: normas, reglamentos y circuitos de información.

- ❖ De los recursos materiales:
 - Definición en función de las características de los cuidados a prestar.
 - Elaboración de criterios de uso que hagan posible la forma menos lesiva para el paciente y más ágil para el profesional.

- ❖ Monitorización del riesgo
 - Monitorización de índices de UPP,
 - Monitorización de flebitis,
 - Monitorización de infecciones respiratorias.
 - Monitorización de vías urinarias.
 - Monitorización de accidentes hospitalarios, caídas
 - Monitorización de errores en la administración de tratamientos, lesión por mala conservación o utilización de material o fármacos.
 - Monitorización de la opinión del usuario Es un método indirecto.

La fuente son las encuestas de opinión que realizan los Servicios de Atención al Paciente o bien cuestionarios diseñados por la propia división de enfermería o profesionales de una Unidad concreta. Los aspectos a monitorizar suelen ser los agradecimientos y las reclamaciones. Un número de reclamaciones alto puede ser positivo, si está potenciado por el propio hospital y sirve para mejorar. Si el cuestionario está bien realizado nos puede valer incluso, si leemos entre líneas, para conocer la opinión de la sociedad y lo que nos demanda o espera de nosotros, para poder anticiparnos y adecuar nuestras respuestas a sus necesidades.

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:

1. 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.
2. 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
3. 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.

El beneficio 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 maquina 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 5 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, u 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 externo: es la formada por el conjunto Proveedor- Organización- Cliente. la organización es cliente o proveedor según reciba o suministre producto.

La cadena cliente/ proveedor interno: es la formada por las diferentes actividades de la organización. Cada actividad genera un resultado que es el comienzo de la siguiente, y así sucesivamente. Analizando esta "cadena", descubrimos diferentes actividades que se clasifican por su "valor" y "coste asociado respecto al producto final":

Actividades básicas, críticas o de valor añadido real: son las que generan como resultado el valor que el cliente espera.

Dentro de estas actividades están: logística interna, operaciones de producción, logística externa (distribución), el marketing (ventas) y el servicio post venta.

Actividades de apoyo, soporte o de valor añadido empresa: dan soporte a actividades primarias, y garantizan el funcionamiento de la empresa; pero no dan valor al cliente.

Aquí podemos encontrar: aprovisionamiento, investigación y desarrollo, administración de recursos humanos y la infraestructura de la empresa.

Interrelaciones dentro de la cadena: son las relaciones internas entre las actividades entre sí o entre el cliente y el proveedor.

Hay dos criterios básicos para conseguir unas buenas interrelaciones:

- ❖ Optimización de actividades: hacer bien las tareas iniciales, consigue mejores resultados en las posteriores.
- ❖ Coordinación de las actividades entre los diferentes componentes de la cadena, el cliente y el proveedor.
- ❖ Actividades sin valor añadido: no añaden valor ni satisfacen al cliente. Deben eliminarse.

- ❖ Para realizar una correcta gestión de los procesos, debemos tener en cuenta unos puntos básicos:
- ❖ Analizar las limitaciones de la organización.
- ❖ Identificar los procesos internos, con sus factores críticos, y midiendo su coste para relacionarlo con el valor añadido final.
- ❖ Identificar las necesidades del cliente externo para orientar la organización hacia su satisfacción.
- ❖ Organizar la realización de actividades, y tomar decisiones lo más "cerca" del cliente.
- ❖ Diferenciar las mejoras aplicadas a procesos (qué hacemos y para quién) de las mejoras a departamentos (cómo se hacen).
- ❖ Asignar responsables a cada proceso.
- ❖ Establecer indicadores: "medir" lo que hacemos para mejorar.
- ❖ Controlar los procesos y mejorar su funcionamiento.
- ❖ Medir el grado de satisfacción del cliente.

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. 1.- El comprador y el proveedor son absolutamente responsables de aplicar el control de calidad correspondiente durante todo el proceso.
2. 2-Ambas partes son independientes entre sí y ambos deben respetar esa independencia
3. 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.- EL TRABAJO DE EQUIPO EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

El uso de Equipos de alta eficiencia o rendimiento para mejorar la eficiencia y efectividad en una institución es una técnica muy antigua. Los equipos han sido utilizados en la industria y están siendo introducidos ampliamente en las instituciones sanitarias. En este capítulo se tratará con el rol de los equipos en el mejoramiento de la calidad en el sistema de atención médica. Primero, se analizará el concepto de equipos y se hará hincapié en el rol de los equipos de proyectos en el mejoramiento de la calidad y luego se analizará el funcionamiento de uno de ellos: cómo se desarrolla, cuáles son sus roles y tareas y cómo funciona.

Trabajo de equipo:

El concepto de equipo es diferente al de comisión, ya que una comisión tradicional, sea permanente o ad hoc, por lo general ha significado un grupo de gente con un propósito definido y casi siempre estático. Un equipo, por otra parte, es un grupo bien integrado que trabaja con el propósito de lograr un objetivo bien definido. De los muchos tipos de equipos que trabajan en organizaciones, se deben distinguir dos: equipos auto dirigidos y de proyecto. Los equipos auto dirigidos, que a veces son llamados auto administrados, se están haciendo más populares en la industria en general y en algunas instituciones sanitarias. Los equipos auto dirigidos son una alternativa para organizar y administrar una

institución, **Un equipo auto dirigido** tendrá una estructura descentralizada en lugar de vertical, enfatizará menos el aspecto de supervisión y exigirá más responsabilidad por parte del personal.

Por lo general es permanente, representa un departamento o función en una institución e incluye a todos los miembros de ese departamento o función en el equipo. Ese equipo establece su propio plan dentro del objetivo colectivo de la institución y lo implementa, trata de concentrarse en lo que necesita el paciente y mejora la eficiencia y calidad de su servicio o producto. Los elementos claves en un equipo auto dirigido son darle al mismo la autoridad de tomar las decisiones importantes, respetar su autonomía, ser flexible en el enfoque y capacitar a los miembros en todas las funciones.

La autoridad del equipo aumenta a medida que este madura y se desarrolla y la necesidad de supervisión externa va desapareciendo. Las instituciones que han adoptado el método de equipos auto dirigidos han tenido que hacer cambios significativos en su estructura organizativa, estilo administrativo y cultura institucional. Si bien se ha probado que los equipos auto dirigidos han mejorado dramáticamente la moral de los trabajadores, la productividad y la calidad de los servicios, no todas las organizaciones pueden lidiar con los cambios estructurales necesarios para cambiar de estilo administrativo hacia los equipos auto dirigidos. En este capítulo no nos concentramos en los equipos auto dirigidos, sino en los equipos de proyectos. Al contrario de los primeros, los equipos de proyectos por lo general pueden abarcar a varios departamentos o pertenecer sólo a uno y únicamente los representantes de departamentos o unidad están incluidos. En lugar de abarcar todo el trabajo, los miembros de los equipos de proyectos solo se concentran en el mejoramiento de un proceso específico, y cuando lo completan se pueden desarticular o continuar para tratar con otro proceso.

El equipo de proyecto, por lo general, Viene menos autoridad que el concentrarse en las prioridades relacionadas al plan estratégico de la organización; concientización de todo el personal, formación a fondo de los dirigentes y capacitación de los facilitadores y participantes de equipos a medida que se necesite; selección y establecimiento de un equipo para trabajar en las áreas de prioridad; recopilación de datos; análisis de datos; encontrar las causas de fondo; encontrar, probar y seleccionar soluciones un plan de transición de antiguos a nuevos procesos; identificar medidas; publicar informes

periódicamente, equipo auto dirigido, y los miembros son supervisados a diario en su trabajo, aunque tal vez no tengan el poder de implementar sus propias decisiones.

Los equipos de proyectos son cruciales para el éxito de cualquier sistema de monitoreo y mejoramiento de calidad. Por lo general, una sola persona no posee suficientes conocimientos o experiencia para entender todo lo que ocurre en un proceso de monitoreo de calidad. Los mejores Resultados casi siempre se obtienen de los equipos cuyos miembros reúnen sus habilidades, talentos y conocimientos, ya que idean soluciones efectivas y permanentes para los problemas crónicos de calidad.

Los trabajadores en el terreno son los expertos que ven primero los obstáculos para la calidad y al involucrarlos directamente en un proceso se aprovecha su talento en la institución.

El participar en un equipo les da a los empleados mayor control en la tarea de mejorar la calidad, lo que lleva a una mayor satisfacción, motivación y eficiencia. También les resta importancia a los secretos y competencia dentro de una organización y reduce el nivel de enajenación. El apoyo mutuo entre los miembros de equipos se desarrolla cuando el entusiasmo de una persona se deteriora durante un proyecto largo. El espíritu de trabajo de equipo puede ser un ejemplo para otros, al permear a otros sectores de la organización y alentar a todo el personal a que participe en el programa de mejoramiento de calidad, para entender su naturaleza, propósito y dirección.

3.3.- 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:

1. ¿Qué estamos tratando de lograr?
2. ¿Cómo sabremos que un cambio es una mejora?
3. ¿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.

3.4.- PROTOCOLO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORA.

La excelencia de una organización viene marcada por su capacidad de crecer en la mejora continua de todos y cada uno de los procesos que rigen su actividad diaria. La mejora se produce cuando dicha organización aprende de si misma, y de otras, es decir, cuando planifica su futuro teniendo en cuenta el entorno cambiante que la envuelve y el conjunto de fortalezas y debilidades que la determinan. La planificación de su estrategia es el principal modo de conseguir un salto cualitativo

en el servicio que presta a la sociedad. Para ello es necesario realizar un diagnóstico de la situación en la que se encuentra. Una vez realizado es relativamente sencillo determinar la estrategia que debe seguirse para que el destinatario de los servicios perciba, de forma significativa, la mejora implantada. Apoyarse en las fortalezas para superar las debilidades es, sin duda la mejor opción de cambio. El plan de mejoras se constituye en un objetivo del proceso de mejora continua, y por tanto, en una de las principales fases a desarrollar

dentro del mismo. El plan de mejoras integra la decisión estratégica sobre cuáles son los cambios que deben incorporarse a los diferentes procesos de la organización, para que sean traducidos en un mejor servicio percibido.

Dicho plan, además de servir de base para la detección de mejoras, debe permitir el control y seguimiento de las diferentes acciones a desarrollar, así como la incorporación de acciones correctoras ante posibles contingencias no previstas.

Para su elaboración será necesario establecer los objetivos que se proponen alcanzar y diseñar la planificación de las tareas para conseguirlos. El plan de mejoras permite: Identificar las causas que provocan las debilidades detectadas.

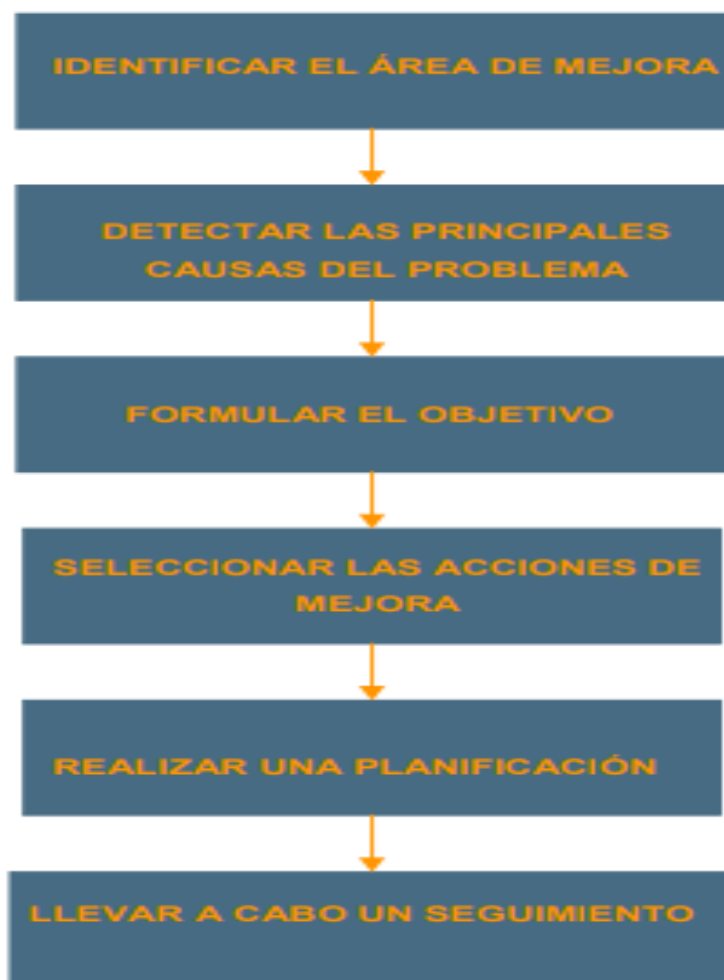
- ❖ Identificar las acciones de mejora a aplicar.
- ❖ Analizar su viabilidad. Establecer prioridades en las líneas de actuación.
- ❖ Disponer de un plan de las acciones a desarrollar en un futuro y de un sistema de seguimiento y control de las mismas.
- ❖ Negociar la estrategia a seguir. Incrementar la eficacia y eficiencia de la gestión.
- ❖ Motivar a la comunidad universitaria a mejorar el nivel de calidad.

El plan elaborado en base a este documento permite tener de una manera organizada, priorizada y planificada las acciones de mejora. Su implantación y seguimiento debe ir orientado a aumentar la calidad de la enseñanza universitaria para que sea claramente percibida por su destinatario final.

3.5.- PASOS A SEGUIR PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORAS

Pasos a seguir para la elaboración del plan de mejoras

> -



- ❖ **Identificación del área de mejora:** Una vez realizado el diagnóstico, la unidad evaluada conoce las principales fortalezas y debilidades en relación al entorno que la envuelve. La clave reside en la identificación de las áreas de mejora teniendo en cuenta que, para ello se deben superar las debilidades apoyándose en las principales fortalezas.

❖ **Detectar las principales causas del problema:** La solución de un problema, y por lo tanto la superación de un área de mejora, comienza cuando se conoce la causa que lo originó. Existen múltiples herramientas metodológicas para su identificación. Entre otras cabe destacar:

- El diagrama de espina (causa-efecto)
- Diagrama de Pareto
- Casa de la calidad
- Tormenta de ideas.

La utilización de alguna de las anteriores o de otras similares ayudará a analizar en mayor profundidad el problema y preparar el camino a la hora de definir las acciones de mejora.

❖ **Formulación del objetivo:** Una vez se han identificado las principales áreas de mejora y se conocen las causas del problema, se han de formular los objetivos y fijar el período de tiempo para su consecución.

Por lo tanto, al redactarlos se debe tener en cuenta que han de:

- Expresar de manera inequívoca el resultado que se pretende lograr
- Ser concretos
- Y estar redactados con claridad.

Así mismo deben cumplir las siguientes características:

- ser realistas: posibilidad de cumplimiento
- acotados: en tiempo y grado de cumplimiento
- flexibles: susceptibles de modificación ante contingencias no previstas sin apartarse del enfoque inicial
- comprensibles: cualquier agente implicado debe poder entender qué es lo que se pretende conseguir
- obligatorios: existir voluntad de alcanzarlos, haciendo lo necesario para su consecución.

- ❖ **Seleccionar las acciones de mejora:** El paso siguiente será seleccionar las posibles alternativas de mejora para, posteriormente, priorizar las más adecuadas. Se propone la utilización de una serie de técnicas (tormenta de ideas, técnica del grupo nominal, etcétera) que facilitarán la determinación de las acciones de mejora a llevar a cabo para superar las debilidades. Se trata de disponer de un listado de las principales actuaciones que deberán realizarse para cumplir los objetivos prefijados.

- ❖ **Realizar una planificación:** El listado obtenido es el resultado del ejercicio realizado, sin haber aplicado ningún orden de prioridad. Sin embargo, algunas restricciones inherentes a las acciones elegidas pueden condicionar su puesta en marcha, o aconsejar postergación o exclusión del plan de mejoras. Es, por lo tanto, imprescindible conocer el conjunto de restricciones que condicionan su viabilidad. Establecer el mejor orden de prioridad no es tan sencillo como proponer, en primer lugar, la realización de aquellas acciones asociadas a los factores más urgentes, sino que se deben tener en cuenta otros criterios en la decisión. Entre los principales podemos encontrar:
 - **Dificultad de la implantación.** La dificultad en la implantación de una acción de mejora puede ser un factor clave a tener en cuenta, puesto que puede llegar a determinar la consecución, o no, del mismo. Se procederá a priorizarlas de menor a mayor grado de dificultad (1 MUCHA, 2 BASTANTE 3 POCA 4 NINGUNA)
 - **Plazo de implantación:** Es importante tener en cuenta que hay acciones de mejora, cuyo alcance está totalmente definido y no suponen un esfuerzo excesivo, con lo que pueden realizarse de forma inmediata o a corto plazo. Por otro lado, existirán acciones que necesiten la realización de trabajos previos o de un mayor tiempo de implantación. (1 LARGO 2 MEDIO 3 CORTO 4 INMEDIATO)
 - **Impacto en la organización:** Se define como impacto, el resultado de la actuación a implantar, medido a través del grado de mejora conseguido (un cambio radical tiene un impacto mucho mayor que pequeños cambios continuos). Es importante también tener en cuenta el grado de despliegue al que afecta la medida. Si ésta afecta a varias

titulaciones su impacto será mayor y la prioridad también deberá serlo. (1 NINGUNO 2 POCO 3 BASTANTE 4 MUCHO).

A continuación, se presenta una tabla que servirá como herramienta a la hora de establecer una priorización en las acciones de mejora identificadas anteriormente. Una vez establecidas las puntuaciones de cada factor se establecerá la suma de las mismas, lo que servirá de orientación para identificar como prioritarias aquellas que tengan una mayor puntuación total.

Nº	Acciones de mejora a llevar a cabo	Dificultad	Plazo	Impacto	Priorización

- Seguimiento del plan de mejoras. El siguiente paso es la elaboración de un cronograma para el seguimiento e implantación de las acciones de mejora. En el mismo, se dispondrán de manera ordenada las prioridades con los plazos establecidos para el desarrollo de las mismas.

Para llevar a cabo las acciones de mejora propuestas es necesario especificar las tareas concretas que deberán realizarse para la consecución de los objetivos. Para ello hay que determinar quién es el responsable de la puesta en marcha y de la ejecución de las acciones de mejora, las diferentes tareas a desarrollar, los recursos humanos y materiales

necesarios, el período de consecución, la fecha de inicio, los indicadores de seguimiento y los responsables de realizar el control y seguimiento de las mismas.

Es muy posible que esta planificación conlleve una negociación entre todos los responsables e implicados, a diferentes niveles, de la titulación evaluada. Así mismo, el hecho de dar al plan de mejoras un carácter formal adecuado, según las características y el modo de hacer de cada institución, favorecerá su éxito, y por tanto, la consecución del objetivo previamente fijado.

A continuación, ofrecemos el protocolo que deberá seguirse para construir el plan de mejoras y realizar el seguimiento a lo largo de su implantación. Está integrado por una serie de tablas que deberán rellenarse en el orden que se presentan.

3.6.- IDENTIFICACIÓN DE LAS ÁREAS DE MEJORA.

El conjunto de fortalezas y debilidades detectadas durante el proceso de evaluación institucional será el punto de partida para la detección de las áreas de mejora. Es posible que el análisis centrado en los criterios del modelo, dada la interrelación que existe entre ellos, de lugar a la aparición de fortalezas y debilidades que, salvando los matices, se puedan ver repetidas. Siempre que sea posible se deberán integrar en grades bloques siguiendo una lógica convenida.

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ÁREAS DE MEJORA
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
(...)	(...)	(...)

Detectar las principales causas del problema

Conocidas las áreas de mejora habrá que identificar las causas del problema siguiendo las recomendaciones establecidas en el punto 2.2 y reflejarlas en la tabla que se adjunta a continuación. Se rellenarán tantas tablas como áreas de mejora identificadas.

Formulación del objetivo

Una vez conocidas las causas que originaron el problema se fija el objetivo a conseguir según lo explicado en el punto 2.3 y se refleja en la misma tabla.

Una vez conocidas las causas que originaron el problema se fija el objetivo a conseguir según lo explicado en el punto 2.3 y se refleja en la misma tabla.

La selección de las acciones de mejora es consecuencia lógica del conocimiento del problema, de sus causas y del objetivo fijado. Aplicando una metodología adecuada, tal y como se recomienda en el punto 2.4, se pueden seleccionar las acciones más apropiadas. El número de acciones dependerá de la complejidad del problema y de la organización de la gestión interna de la titulación. Es importante tener en cuenta que este ejercicio se debe hacer con total y plena libertad, las restricciones se tendrán en cuenta en el paso siguiente, cuando tengamos que hacer la priorización. Si hubiera limitaciones durante la selección se estarían limitando de entrada las posibles actuaciones

ÁREA DE MEJORA Nº 1:	
Descripción del problema	
Causas que provocan el problema	
Objetivo a conseguir	
Acciones de mejora	1. 2. 3. (...)
Beneficios esperados	

Realización una planificación y seguimiento Ahora se está en condiciones de comenzar a elegir, de priorizar las actuaciones a implantar y de establecer el resto de elementos que son necesarios para conseguir el objetivo prefijado. Para priorizar las acciones de mejora seguiremos las indicaciones establecidas en el punto 2.5.

Nº	Acciones de mejora	Dificultad	Plazo	Impacto	Priorización
1.1					
1.2					
1.3					
(...)					

Una vez elegidas por orden de prioridad, procedemos a construir el plan de mejoras incorporando también los elementos que permitirán realizar el seguimiento detallado del

plan para garantizar su eficacia y eficiencia, de acuerdo con la tabla que se añade a continuación. La tabla obtenida, posiblemente, implicará a la unidad evaluada y a otros órganos de la universidad, lo que obligará a realizar una negociación entre los diferentes implicados, con el fin de obtener el acuerdo. Dicho acuerdo constituirá el plan que se aplicará para obtener la mejora de la calidad del servicio prestado y que deberá ser claramente percibida por los destinatarios finales.

PLAN DE MEJORAS N-(N+X)							
Acciones de mejora	Tareas	Responsable de tarea	Tiempos (inicio-final)	Recursos necesarios	Financiación	Indicador seguimiento	Responsable seguimiento
1.1	a) b) c) (...)						
1.2	a) b) c) (...)						
(...)							
2.1	a) b) c) (...)						
2.2	a) b) c) (...)						
(...)							

UNIDAD IV

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

4.1.- DIRECCION Y LIDERAZGO.

Dirigir es guiar, orientar, conducir, encaminar, llevar al logro de objetivos. Dirigir implica tomar decisiones, mando y liderazgo. El liderazgo es una característica de las organizaciones humanas. Es importante distinguir entre el liderazgo como una cualidad personal, y el liderazgo como una función administrativa.

La dirección y el liderazgo son los aspectos más humanos de las funciones administrativas, son el proceso interpersonal por el cual los subordinados comprenden los objetivos de la organización y contribuyen a su logro. La dirección es una función difícil, porque el administrador enfrenta un complejo de factores, sobre los cuales es imposible tener el control y el conocimiento total.

El factor humano está formado por personalidades complejas con múltiples escalas de valores. Existen varias teorías para apoyar la dirección, algunas de las más conocidas se resumen a continuación.

I. TEORÍA DEL COMPORTAMIENTO

Uno de los primeros escritores que examinó ampliamente el elemento humano fue Douglas McGregor. En su obra El lado humano de la empresa, establece dos criterios sobre los administradores según su comportamiento con los subordinados. Dichos criterios los clasificó en extremos opuestos, denominando sus conductas como tolerantes o despóticas.

Es de observar que sus escritos fueron únicamente intuitivos y no tenían una base científica. Siguiendo a McGregor, encontramos su propuesta de las teorías

“X” y “Y”. Teoría “X” (administrador déspota)

El administrador que muestra conductas “X” es despótico, considera que sus subordinados se ajustan a las siguientes premisas:

- El ser humano normal tiene aversión al trabajo y lo evitará siempre que pueda.

- El trabajador tiene que ser obligado, controlado, dirigido y amenazado para que realice un esfuerzo adecuado en la consecución de objetivos empresariales.
- El trabajador prefiere ser dirigido, evita responsabilidades, tiene poca ambición y desea sobre todo la seguridad. Teoría “Y” (administrador tolerante)
- El administrador que muestra conductas “Y”, es tolerante porque considera que sus subordinados responden a las siguientes premisas:
- El trabajo produce un desgaste físico y mental. La amenaza y el castigo no son los únicos medios para alcanzar los objetivos. El trabajador tiene que ejercitar la autodirección para asumir su compromiso con la empresa.

Teoría “Y” (administrador tolerante) El administrador que muestra conductas “Y”, es tolerante porque considera que sus subordinados responden a las siguientes premisas:

- El trabajo produce un desgaste físico y mental. La amenaza y el castigo no son los únicos medios para alcanzar los objetivos.
- El trabajador tiene que ejercitar la autodirección para asumir su compromiso con la empresa.

La recompensa que se obtiene es producto del cumplimiento de su compromiso. El ser humano normal aprende a aceptar y a buscar la responsabilidad. La capacidad intelectual del ser humano está subutilizada. Las teorías X y Y de McGregor tienen muchas interrogantes por resolver, los administradores se dan cuenta que no es tan simple como comparar extremos al dirigir a personas. En realidad, al final lo que se busca es el esfuerzo pleno de sus empleados. La teoría del comportamiento humano en las organizaciones, condujo a la experimentación y a la investigación sobre las conductas mostradas. Además de las teorías “X” y “Y”, tenemos la teoría del hombre racional, así por ejemplo, Schein propone cuatro conceptos del hombre económicamente racional. Aun cuando el autor no dice como obtuvo sus conclusiones, es posible que el razonamiento deductivo y la observación influyeran en el establecimiento de los siguientes conceptos.

- **Supuestos de Schein sobre el hombre económicamente racional**
 1. El hombre se motiva por incentivos económicos y hará lo que le produzca utilidad.
 2. Es posible manipular al hombre por incentivos económicos.

3. Los sentimientos humanos son irracionales y se les debe impedir que interfieran en el interés racional del hombre.
4. La organización debe neutralizar y controlar los sentimientos humanos. Para administrar según Schein, es necesario incentivar e impedir el comportamiento emocional. Otra teoría comportamental conocida es la de Elton Mayo, en sus informes sobre el trabajo de los empleados en algunas empresas, describe los supuestos sobre los seres humanos de la siguiente forma:

- **Supuestos sobre los seres humanos de Elton Mayo**

1. El hombre se motiva por las necesidades sociales, y obtiene importancia fundamental para su identidad a través de las relaciones con otros
2. La satisfacción debe buscarse en las interrelaciones sociales en el trabajo.
3. El hombre responde mejor a las fuerzas sociales de grupo que a los incentivos y controles de la administración.
4. El administrador puede ayudar a satisfacer las necesidades sociales y de aceptación de sus subordinados. De acuerdo con Schein, hay psicólogos entre los que se incluye a Argyris, Maslow y McGregor, que creen que la falta de motivación por el trabajo no se relaciona tanto con las necesidades sociales, sino con la necesidad del hombre de utilizar su capacidad y habilidad en forma productiva. Los supuestos sobre la conducta humana que impide o permite el logro de objetivos, son desarrollados a través de múltiples estudios, finalmente, se llegó a las siguientes conclusiones:

- **Supuestos que explican el comportamiento humano en las organizaciones empresariales Los motivos del hombre tienen jerarquía.**

1. El hombre es capaz de trabajar en forma completa. Las actitudes principales son automotivación y autocontrol.
2. No puede evitarse el conflicto entre la propia actualización y el rendimiento efectivo. Los conceptos vertidos sobre la naturaleza del hombre aunque no son completos, son decisivos para administrar.
3. El hombre es un factor importante para la producción y no se le puede tratar como a un objeto, tampoco se le debe considerar como un ser aislado ni racional, ni económico o social. La inestabilidad y complejidad del

individuo hace que sea imposible medir su capacidad para un cálculo de consumo y producción. La teoría de las relaciones humanas proporcionó muchos y variados conocimientos a la administración. Dentro de la teoría comportamental se incluyen los aspectos relativos al liderazgo y se pueden distinguir tres enfoques que son:

1. Teoría de los rasgos de la personalidad.
2. Teoría de los estilos de liderazgo.
3. Teorías situacionales del liderazgo

II. TEORÍA DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD

Según esta teoría, es líder aquella persona que presenta, entre otras, las siguientes características personales:

- Energía. Autoconfianza.
- Agresividad. Entusiasmo.
- Cooperación.
- Iniciativa.
- Creatividad

Si bien la teoría de los rasgos de personalidad perdió su credibilidad, debido principalmente a cierta superficialidad en sus argumentos, también es importante señalar que el liderazgo requiere facilidad en el manejo de relaciones humanas, característica que no es común a todas las personas; por otra parte, se requieren personas que tengan ascendente sobre grupos determinados. El administrador debe considerar los argumentos teóricos expuestos, al elegir personal para el desempeño de funciones directivas.

III. TEORÍA DE LOS ESTILOS DEL LIDERAZGO

La teoría de los estilos de liderazgo, toma en cuenta las características mostradas al practicar el liderazgo, es común confundir el estilo del líder con la personalidad del mismo; si bien no son antagónicas, son diferentes. En la práctica del liderazgo pueden mostrarse tres formas plenamente identificadas que son los estilos de liderazgo; se describen como:

- El estilo autocrático. Da énfasis al líder. Es él quien dicta las órdenes, impone su criterio y decide qué y cuándo se hace.
- El estilo democrático. El líder es un miembro más del grupo, que estimula a los subordinados a decidir y a ejecutar las funciones y tareas.
- El estilo liberal. Pone énfasis en los subordinados, en quienes está centrada la libertad para decidir.

La participación del líder es limitada o marginal. Lippit y White, en 1939, expusieron los resultados de sus estudios acerca de los estilos de liderazgo. Sus conclusiones revelan que con el estilo autocrático se logra eficiencia mecánica; con el democrático, eficiencia humana, y con el liberal, ni lo uno ni lo otro. En la práctica se aplican mezclas de los tres estilos, ya que según argumentaron, no existen los estilos puros.

IV. LA DIFICULTAD PARA DIRIGIR SEGÚN UN DETERMINADO ESTILO, RADICA EN EL HECHO DE ELEGIR EL ESTILO MÁS ADECUADO SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS.

Teorías situacionales del liderazgo Las teorías situacionales buscan explicar el liderazgo conforme a tres factores:

- El líder.
- El grupo.
- La situación.

En 1958, Tannenbaum y Schmidt propusieron un enfoque situacional que sugiere estándares en los cuales el comportamiento depende, por una parte, del control del líder y por otra, de la libertad de los subordinados. El estilo de liderazgo se elige según la situación que prevalece en los grados de control y dependencia.

Mientras mayor es el control del jefe, se supone liderazgo autocrático; si es mayor el liderazgo de los subordinados, se supone un liderazgo de tipo liberal.

V. TEORÍAS DE LA MOTIVACIÓN HUMANA

Los motivos humanos tienen su base en las necesidades, algunas son primarias y otras secundarias, las necesidades varían en intensidad a lo largo del tiempo. Berelson y Stainer²⁵ definen el término motivo como: “Estado interno que da energía, activa o

mueve, y que dirige o canaliza el comportamiento hacia las metas”. La motivación incluye una reacción en cadena que inicia por despertar una necesidad; al presentarse la necesidad, se produce una búsqueda de un deseo o meta, lo que a su vez origina tensión y entonces se produce una acción.

Los motivos pueden ser complejos y conflictivos, los motivadores inducen al individuo a actuar. Un administrador puede hacer mucho estableciendo un ambiente que conduzca a determinados impulsos para obtener la productividad. La motivación y la satisfacción son diferentes, la motivación proviene del interior del sujeto, la satisfacción de necesidades depende del entorno. A pesar de las investigaciones y teorías sobre la conducta, los motivadores, las necesidades y muchas otras sobre el tema, no debería olvidarse que la recompensa y el castigo son fuertes motivadores.

Una de las teorías sobre motivación ampliamente conocida, es la de la jerarquía de necesidades, creada por el psicólogo Abraham Maslow. Aunque los aspectos jerárquicos de su teoría están sujetos a dudas, su identificación de las necesidades básicas es popular.

La investigación sobre la realidad de la jerarquía de las necesidades de Maslow parece ser útil. Maslow, eminente psicólogo, postuló una jerarquía de las necesidades humanas que motivan las diferentes conductas. La jerarquía de las necesidades de Maslow clasifica dos categorías: las necesidades primarias y las necesidades secundarias. Las representó en una pirámide cuya base contiene las necesidades fisiológicas; éstas, en conjunción con las de seguridad, constituyen las necesidades primarias.

Las necesidades sociales de estima y de autorrealización, son para Maslow, necesidades secundarias. La satisfacción de las necesidades varía con la persona, sólo cuando el individuo ha satisfecho las necesidades básicas, su comportamiento se dirige a lograr satisfacciones de mayor complejidad.

VI. **TEORÍA DE LA EXPECTATIVA.**

Otra teoría que explica la motivación, es la teoría de la expectativa. Su premisa esencial es que el ser humano estará motivado para hacer las cosas que conduzcan al logro de una meta, en la medida que su participación realmente beneficie al grupo para obtener dicho resultado. Broom propone la teoría de la valencia-expectativa, expresando que la

motivación de una persona está determinada por sus valores anticipados de los resultados de la acción, multiplicado por la fuerza de la expectativa del logro de la

meta. Fuerza = V (E) Donde:

- La fuerza es la intensidad de motivación.
- La valencia (V) es la intensidad de preferencia.
- La expectativa (E) es la probabilidad de lograr el resultado previsto.

Como puede apreciarse en este modelo, una valencia de cero ocurre cuando un individuo es indiferente, existe una valencia negativa cuando la persona no prefiere lograr la meta. El resultado es la falta de motivación. Uno de los grandes atractivos de la teoría de Broom es que reconoce la importancia de las necesidades y motivaciones considerando al hombre en su individualidad, se ajusta al concepto de armonía de objetivos. Esta teoría también tiene sus desventajas, ya que es difícil de aplicar en la práctica. Con base en la teoría de la expectativa, surge el modelo de Porter y Lawler. Dichos autores proponen un modelo de motivación más completo; el esfuerzo (fuerza de motivación y energía) depende del valor de una recompensa, más la energía necesaria y la probabilidad de recibir la recompensa.

El desempeño real de un trabajo está determinado por el esfuerzo realizado y es influido por la capacidad de un individuo para hacerlo y por su expectativa de la tarea que se requiere. El desempeño se considera como algo que conduce a recompensas internas y externas, pero el esfuerzo también influye sobre lo equitativo de la recompensa y de esta forma, el valor real se ve afectado por la satisfacción. El modelo de motivación de Porter y Lawler, aunque es más complejo que otras teorías de la motivación, es uno de los mejores para el administrador.

VII. TEORÍA DE LAS NECESIDADES MOTIVADORAS DE MCCLERLLAND DAVID C. MCCLERLLAND

identifica tres tipos de necesidades básicas motivadoras que son:

- Poder.
- Afiliación.
- Realización.

De acuerdo con dicha teoría se han realizado investigaciones en diversas empresas, mismas que a menudo son utilizadas por los psicólogos como un prototipo para hacer investigación en ciencias de la conducta. Los tres impulsos: poder, afiliación y relación, son de gran valor para la ciencia de la administración, por el significado y la utilidad para que una organización funcione bien.

Necesidad de poder

Las personas poseen una alta necesidad de poder y un gran interés por ejercer influencia y control; este tipo de personas busca posiciones de liderazgo, son buenos conversadores, les gusta discutir con argumentos, son enérgicos, tercos, exigentes, y disfrutan enseñar y el hablar en público.

Necesidad de afiliación

Las personas que tienen una alta necesidad de afiliación gustan ser apreciadas y tienden a evitar el dolor de ser rechazadas por un grupo social, mantienen relaciones sociales gratas, disfrutan de intimidad y comprensión, les gusta consolar y ayudar a quienes tienen problemas y gozan de la amistad.

Necesidad de realización

Las personas con una alta necesidad de realización tienen un intenso deseo de éxito y un gran temor al fracaso. Les gusta ser desafiadas, establecer metas difíciles, les gusta el riesgo, asumen responsabilidad, les agrada que les digan lo bien que hacen las cosas, son constantes, trabajan largas horas, no se preocupan de más si fracasan, les gusta autodirigirse. Las investigaciones realizadas mostraron que los empresarios tenían una necesidad de realización muy alta, igual que la necesidad de poder, pero muy baja la necesidad de afiliación. Los administradores obtienen promedios que son altos en realización y bajos en afiliación, pero no tan alto o bajo como los empresarios. Las personas que tienen las calificaciones más altas tienden a avanzar con rapidez; es importante entonces que una compañía cuente con administradores que además de poseer una motivación alta tengan también una alta necesidad de afiliación, considerando que trabajarán con personas y coordinarán los esfuerzos de los individuos que trabajan en grupos.

VIII. MOTIVADORES ADMINISTRATIVOS DE PATTON

Uno de los mejores expertos en el área de motivación ejecutiva y compensación, Arch Patton, ha identificado aspectos motivadores para los ejecutivos, que son:

- **Desafío.** Cuando un administrador considera que su trabajo es desafiante, el grado de motivación aumenta.
- **Categoría.** Se convierte en un motivador cuando los nombramientos sugieren una diferencia con los demás, los símbolos son llamativos y motivadores.
- **Liderazgo.** El poder de influenciar a los demás es una expresión que conlleva motivación.
- **Competencia.** Es la necesidad de demostrar que se puede lograr hacer las cosas mejor que otros.
- **Temor.** El miedo a perder algún beneficio ha sido por mucho tiempo el motivador más claro.
- **Dinero.** A pesar de las críticas en torno a que el hombre sólo se motiva por dinero, el dinero es en muchas ocasiones algo más, ya que explica de alguna forma el éxito en el trabajo. A pesar de la concepción simple y práctica de los motivadores de Patton, no encontramos gran diferencia en los rebuscados estilos o teorías de la motivación

IX. LIDERAZGO

El liderazgo se define generalmente como una influencia, se describe también como un proceso, como un arte que implica la influencia para hacer que las personas se esfuercen voluntariamente hacia el logro de las metas del grupo.

El liderazgo como influencia, incluye la voluntad de trabajar, la confianza, la intensidad en la ejecución del trabajo, la honestidad de aquellos que son influenciados. El liderazgo es guiar, conducir, dirigir y preceder. El líder actúa para ayudar a un grupo para lograr sus objetivos mediante la aplicación máxima de sus capacidades, no se detiene detrás del grupo, se pone al frente inspirando. Katz y Kahn expresaron que el liderazgo aplicado a las empresas formalmente organizadas, puede concebirse como un incremento en el cumplimiento del trabajo en forma voluntaria. El liderazgo en la dirección de personal, al igual que las teorías sobre el comportamiento humano, es motivo de estudio para los administradores.

El liderazgo para dirigir tiene varios adeptos, una de las teorías más conocidas se presenta enseguida:

Teoría de sistemas directivos

Uno de los exponentes más conocidos en torno a las teorías de sistemas directivos es sin duda Likert, quien propuso cuatro sistemas para clasificar el liderazgo.

- **Sistema autoritario explotador** Es una dirección rígida, arbitraria, manipuladora que se centra en el jefe. Se sanciona mediante premios y castigos.
- **Sistema autoritario benévolo** Semejante al trato padre-hijo. Poca flexibilidad, pequeña delegación y propicia los grupos informales de organización.
- **Sistema consultivo** La autoridad se conserva en el líder. Se propicia mayor participación del subordinado, el cual es consultado para la toma de decisiones. Eventualmente se producen liderazgos autocráticos.
- **Sistema demócrata participativo** La participación en las decisiones y responsabilidades es de equipo. Se proporciona mayor delegación, pero se exige mayor control. La dirección y el tipo de liderazgo propician o limitan la productividad. Por lo anterior, podemos afirmar que sigue estudiándose una manera de lograr la eficiencia, la calidad y la efectividad.

4.2 COMUNICACIÓN

La dirección es posible mediante sistemas de comunicación y coordinación adecuados a la estructura de organización. Es uno de los componentes de la dirección. Las diferentes teorías de los problemas de las organizaciones. La comunicación administrativa adopta formas que pueden ser sencillas o complejas, los fines hacia los cuales se orienta la comunicación en las empresas pueden resumirse de la siguiente forma:

- **Propósitos de la comunicación**
- Retroalimentar el sistema administrativo.
- Promover conductas cooperativas.
- Lograr la eficiencia.
- Ejercer la dirección.

Al comunicarse, es importante tomar en cuenta los elementos básicos que son:

- **Elementos de la comunicación**
- Emisor. Considerado como la fuente de la información.
- Transmisor. Que consiste en un método, un instrumento o una persona cuyo propósito es transmitir la información.
- Receptor. Es a quien se dirige la información. La interrelación de los tres elementos es dinámica y fundamental para una buena comunicación. la interrelación que ocurre entre los principales elementos del proceso de comunicación, a saber: emisor, transmisor, receptor y respuesta.
- **Conceptos de comunicación.**

La comunicación puede definirse como un proceso dinámico, fluido y constante en la transmisión de un mensaje dirigido a una persona o a varias, cuya recepción produce una respuesta. También se identifica como un intercambio de información entre dos o más personas. La comunicación es un proceso al interior de la persona que inicia con un emisor; de esta forma, el que emite un mensaje se percibe, percibe el ambiente exterior, realiza una valoración, señala un receptor y transmite el mensaje. Pero la comunicación es también un proceso interpersonal, es decir, cuando la comunicación se produce entre las personas, porque el emisor transmite el mensaje y pone en movimiento el intercambio.

El mensaje tiene dos capas: la exterior, o contenido del mensaje, y la interior o intención. La congruencia entre las capas interior y exterior del mensaje, provoca una alta recepción del mismo. El mensaje produce un impacto en el receptor. Se produce una respuesta que, al igual que el mensaje, tiene dos capas.

- **Métodos de comunicación**

Los métodos de la comunicación cuando son aplicados conforme a los principios que los rigen, aseguran una recepción y respuesta eficaz. Los métodos básicos de comunicación son:

- El oral.
- La palabra escrita.
- El lenguaje corporal.

- El método de comunicación oral aplica principios como saber escuchar, el silencio, la empatía, que es el grado de comprensión por otras personas, y el rapport, que es el sentimiento de mutua aceptación.

La palabra escrita complementa la información y asegura un grado mayor de recepción del mensaje. Las aplicaciones del lenguaje corporal (postura, gestos, ademanes, etc.) deciden la interpretación adecuada del mensaje y revelan la congruencia entre el contenido del mensaje y la intención con que se emite.

Tipos de comunicación administrativa Los tipos de comunicación administrativa en la organización formal son:

- **Comunicación ascendente.**

Fluye de subordinados a jefes. Se aplica para informar, sugerir, aclarar, coordinar o quejarse.

- **Comunicación horizontal.** Se produce entre personas del mismo nivel jerárquico. Se aplica para unificar, coordinar, informar, solicitar y evaluar.
- **Comunicación general.** Fluye del nivel estratégico hacia el exterior y para todos los interesados.

- **Barreras de la comunicación**

- **Incongruencia entre el contenido y la intención** Una barrera frecuente en la comunicación es la falta de congruencia entre el contenido del mensaje, y la intención con que se emite. Si verdaderamente se desea comunicar algo, el mensaje y la intención deben ser congruentes. Un ejemplo clásico de lo anterior es el saludo, la frase de cortesía es ¡hola, cómo estás! Pero la intención normal del saludo no es en realidad saber como están las personas.
- **Deficiente redacción en el mensaje** Si el mensaje ya sea escrito u oral, no contiene todos los datos sobre lo que se quiere expresar, el resultado es que éste no sea comprendido. El ejemplo más común de esta barrera es cuando una persona recibe un mensaje que dice textualmente “te espero en el café”. El mensaje no dice porqué, para qué, ni a qué hora, el resultado casi nunca será el esperado.

- Falta de claridad Si a pesar de contener todos los datos un mensaje es complejo, no se establece la comunicación. Por ejemplo, cuando a una enfermera de nivel operativo se le ordena que incluya en sus anotaciones los argumentos administrativos y científicos de sus acciones, cuando lo que en verdad se quiere es que utilice los términos técnicos adecuados.
- No saber escuchar El no saber escuchar se convierte en una barrera para la comunicación cuando se desea comunicar algo pero no permitimos al receptor del mensaje que intervenga. Siguiendo el ejemplo anterior, la enfermera a quien se le ordena que incluya en sus anotaciones argumentos, responde a su jefe que no le queda claro el mensaje, el jefe a su vez, le indica que obedezca. El resultado será que la enfermera de nivel operativo no comprenda qué se espera de ella y por supuesto, el trabajo ordenado no se cumple.
- Descuidos y omisiones
Es posible elaborar un mensaje claro y comprensible, pero al olvidar entregarlo a la persona indicada, el descuido mencionado produce naturalmente, una barrera para la comunicación. Para hacer la comunicación efectiva se aplican principios y reglas que la práctica ha demostrado, los principios más generales se expresan a continuación:
- **Principios de la comunicación efectiva.**
- Principio dinámico. El flujo dinámico y constante de la comunicación asegura la recepción y la respuesta. Nos referimos con flujo dinámico y constante, a la comunicación repetida y que además aclara las situaciones equivocadas.
- Principio de la congruencia. La congruencia entre el contenido y la intención con que se emite un mensaje, determina la respuesta congruente. Si al emitir un mensaje se quiere una respuesta adecuada, el mensaje y su contenido deben estar acordes.
- Principio de formalidad. Para asegurar la recepción del mensaje, la transmisión se hace seleccionando el método y tipo de comunicación adecuada para el tipo de mensaje. Si el mensaje proviene de algún nivel jerárquico, la formalidad se logra

utilizando los instrumentos habituales de la organización, la práctica del principio de formalidad apoya el logro de objetivos. Medios de comunicación Los medios de comunicación administrativa son herramientas que se utilizan en la organización formal, entre ellos están:

Medios de comunicación

Los medios de comunicación administrativa son herramientas que se utilizan en la organización formal, entre ellos están:

- Oficios. Son documentos de carácter formal, en los cuales se comunica información tanto ascendente como descendente y horizontal.
- Memoranda. El término memoranda se aplica al conjunto de documentos conocidos como memorando. El propósito del memorando es la comunicación cuya característica es que sea breve. Por ejemplo, para citatorios.
- Circulares. Son documentos de carácter general, en los que se comunica información a todo el personal. Boletines. Generalmente son documentos que tienen una periodicidad, se integran con información diversa.
- Periódicos. Documentos más formales que los boletines y cuya información variada intenta captar la atención con temas de interés general.
- Películas. Se utilizan con el propósito de difundir información utilizando recursos audiovisuales.
- Fotografías. Se utilizan como documentos que ilustran informaciones generales.
- Informes. Documentos cualitativos y cuantitativos que tienen como propósito la comunicación de aspectos específicos.
- Agendas. Son instrumentos en los cuales se concentran las tareas pendientes.

PRINCIPIOS DE LA DELEGACIÓN

cuando la organización es compleja, al dirigir es necesario delegar, porque el que dirige no puede realizar todas las acciones que se requieren en todos los espacios y todos los horarios. Cuando se delega, es importante tomar en cuenta los principios de la delegación. Por experiencia y práctica de los administradores y directores, se postularon y probaron algunos principios de la delegación que se expresan a continuación:

- Delegación de autoridad y responsabilidad. Cuando se delega cierta responsabilidad, se delega también la autoridad necesaria para cumplir con la responsabilidad asignada. Es práctica común delegar funciones y responsabilidades sin su correspondiente autoridad, tal práctica debe evitarse para que sea posible obtener resultados satisfactorios.
- A mayor delegación, mayor control. Cuando es necesario delegar un largo tramo de funciones y responsabilidades, surge inevitablemente la certeza de que el control tiene que ser mayor. El administrador sabe que puede contar con la conducta positiva de aquellos a quienes delega, pero si desea estar seguro de que se realizan las funciones, necesita ampliar su tramo de control.
- Establecer límites de responsabilidad. Los límites de la responsabilidad y de la autoridad delegada, tienen que ser claros y precisos. Si no se fijan límites claros al delegar, es posible que las personas a quienes se delega autoridad y responsabilidad puedan cometer excesos, por ello se recomienda fijar perfectamente los límites y difundirlos.

Además de los principios al delegar, la dirección exitosa se practica mediante algunas líneas normativas, que son consideradas como normas de la eficiencia.

Normas para estimular la eficiencia al dirigir

- Desarrollar al personal para asumir funciones delegadas.
- Al delegar autoridad y responsabilidad, se enseña e introduce a las personas que la practiquen.
- Al dirigir, es importante una división equitativa del trabajo.
- Cuando el trabajador cumple con los requisitos establecidos, se recomienda reconocer el trabajo de los subordinados.
- La dirección eficaz establece canales apropiados de comunicación.
- Los niveles de dirección requieren de una estructura de organización formal, que sea acorde a los objetivos previamente establecidos. La dirección promueve el ascenso y el escalafón. El liderazgo en la dirección considera las motivaciones conductuales.
- Para prevenir los conflictos intraorganizacionales, es importante reconocer la existencia de la organización informal.

- El liderazgo efectivo toma en cuenta las variables del entorno y se prepara para ser competitivo.

4.3 CONTROL

Se define al control como la apreciación del resultado en cuanto al logro de objetivos organizacionales.

Concepto: Control es valorar el resultado de la ejecución de los planes, lo cual se hace por medio de los sistemas, métodos

y medios de control; es detectar oportunamente desviaciones en la acción y aplicar las medidas oportunas para corregirlas.

Propósitos del control

- Evaluar el logro de objetivos establecidos previamente.
- Prever desviaciones en la ejecución de planes y programas.
- Optimizar la utilización de recursos.
- Proponer y sugerir alternativas administrativas para corregir las desviaciones.
- Establecer diagnósticos continuos y permanentes.
- Promover la creatividad e innovación.
- Sistemas de control El control se define como la etapa final del proceso administrativo, que se liga de nueva cuenta a la planeación. Los paradigmas administrativos contemporáneos incorporan el control en todo el proceso organizacional.

La teoría de sistemas incorpora el control en los insumos, en el proceso y en el producto. El modelo de calidad incluye técnicas estadísticas para evaluar todo el proceso organizacional, lo mismo podemos decir de la gerencia de procesos. Sin embargo, en la mayoría de las empresas se utilizan los sistemas clásicos de control que son. La supervisión. La evaluación.

La supervisión

Aun cuando la supervisión se considera más bien como parte de la dirección, es un sistema importante de control porque permite apreciar directamente el resultado de la ejecución, y apoya el desarrollo del personal en las organizaciones. La supervisión se concibe en concordancia con la teoría de las relaciones humanas o del comportamiento, ya que la teoría clásica de la administración ubica la supervisión como forma de control por excelencia. El enfoque humanista da connotación diferente a la supervisión y la ubica como parte de la dirección, enfoque que prevalece. Por ello, el concepto de supervisión que aquí se presenta, combina los dos enfoques, pero enfatiza el humanista.

Concepto de supervisión: La supervisión es una dirección democrática, cuyo principal interés es el supervisado, y su realización plena. Objetivos de la supervisión Desarrollo del personal subordinado hacia el logro de la eficiencia. Promover la calidad del servicio para los usuarios. Proteger y apoyar el logro de objetivos organizacionales.

Aplicar medidas correctivas en las desviaciones. Principios de la supervisión La supervisión como sistema de control tuvo fuertes críticas, ya que se aplicó frecuentemente como instrumento restrictivo y de represión. A pesar de lo mencionado, el progreso en las formas de supervisar y los grandes avances producidos por supervisores que efectivamente desarrollaron a sus empleados, produjo una motivación por estudiar el sistema de control.

- ❖ Como principios de la supervisión que fueron difundidos y puestos en práctica están los siguientes:
 - Principio de la planeación La supervisión planeada logra sus objetivos. Una supervisión planeada es eficaz. Los planes de supervisión detallan y coordinan la acción de los supervisores, además, se aprovechan mejor los esfuerzos.
 - Principio de liderazgo Supervisar también es dirigir, el que supervisa debe influir las conductas del supervisado, obtener comportamientos positivos. El conocimiento de las motivaciones conductuales facilita la supervisión.
 - Principio de enseñanza Al supervisar se enseña, se promueve el desarrollo de posibilidades de las personas para realizar mejor su trabajo, se cultiva la excelencia, se propician las habilidades técnicas, y para ello se requiere de tener conocimientos sobre el proceso enseñanza-aprendizaje, ya que ésta es función central del supervisor.

- Principio de comunicación Cuando se supervisa, es indispensable comunicarse en forma significativa. La comunicación adecuada simplifica la supervisión.
- la evaluación se utiliza para apoyar la toma de decisiones, y para proporcionar información confiable sobre los avances o desviaciones. Los resultados de la evaluación permiten apreciar oportunamente los resultados de la ejecución.

Métodos de control

Además de los sistemas de control mencionados, se utilizan métodos diseñados en la teoría de la administración para facilitar el control, dos métodos son los que usualmente forman parte de las organizaciones y son.

- El archivo.
- La auditoría.

Archivo

Se define el archivo como el conjunto de documentos debidamente clasificados y ordenados, que integran los datos históricos y la información esencial de una organización productiva. El archivo se clasifica según su destino y según el sistema de acceso.

Auditoría

La auditoría es un procedimiento técnico que sirve para evaluar la marcha de un trabajo "X". Objetivo de la auditoría Las auditorías se hacen con el propósito de descubrir deficiencias e irregularidades, pero el descubrimiento de las deficiencias es para plantear soluciones. Su utilidad radica en ayudar a la dirección a lograr un control continuo y constructivo.

Tipos de auditoría

Los tipos de auditoría son a la fecha múltiples, pero, sin embargo, son dos los tipos de auditorías más conocidos.

- Auditoría externa: como, por ejemplo: la auditoría fiscal y la auditoría contable.
- Auditoría interna: entre las cuales destacan la auditoría administrativa, la auditoría contable y la auditoría profesional.

Las auditorías externas suelen hacerlas las empresas de contadores públicos. Son organizaciones independientes que se contratan por tiempo determinado. En la auditoría externa se intenta evaluar el estado financiero, comprobando la exactitud de los registros. Las auditorías internas se ejecutan con personal de la propia organización. La auditoría administrativa evalúa los controles administrativos, la estructura de la organización, las políticas, los planes y la ejecución.

La auditoría contable evalúa la exactitud de los datos presupuestales y su ejercicio, a través de las estadísticas y documentos que comprueban tanto ingresos como egresos. La auditoría profesional evalúa la práctica del profesional diverso, conforme a un objetivo determinado por los niveles estratégicos de dirección.

Técnicas de control más empleadas

Afortunadamente, el desarrollo de la administración ha aportado infinidad de herramientas y técnicas administrativas. Para el control tenemos entre otras técnicas las siguientes:

- ❖ Informes Los informes deben reflejar el aprovechamiento de los recursos, en relación con el logro de objetivos. Su redacción debe incluir conclusiones y sugerencias. Generalmente, un buen informe se divide en dos partes: la parte cualitativa y la parte cuantitativa. En la primera se describen los aspectos que se desean informar y en la segunda se expresan con tablas o gráficos los avances. Al elaborar un informe, se consideran entre otros, Los siguientes aspectos
- Preliminares. Se integran por la portada, el directorio, tabla de contenido, introducción y listas de tablas o gráficos.
- Cuerpo del informe. Se inicia por una justificación, los objetivos, la descripción de los aspectos que se desean informar, los avances, los contratiempos, las conclusiones y las sugerencias.
- Sección técnica. Se incluyen tablas o figuras que ilustren los aspectos sobre los cuales se está informando.
- Sección de referencias y apéndices. Se incluyen la bibliografía, y los anexos correspondientes.

Tipos de informes Informe provocado.

- ❖ El informe provocado responde a una necesidad de obtener información veraz y oportuna ante la presencia de un problema determinado. Uno de sus propósitos es hacer notar la necesidad de entregar resultados.
- ❖ Informe solicitado. Es aquel informe que por indicaciones de un nivel jerárquico superior, debe entregarse en un lapso de tiempo determinado. La característica del
- ❖ Informe solicitado es que sólo incluye la información que ha sido requerida.
- ❖ Informe de rutina. Se realiza como parte de las actividades que requieren de un control periódico. Sus características son que tienen una formalidad determinada, un periodo sistemático y que forman parte de las acciones planeadas. Además de los informes como medios de control, existen algunas técnicas que incluyen aspectos sistematizados como las siguientes: La observación La observación es indispensable para el control. En la práctica, se requiere fijar parámetros de medición que impidan la subjetividad.

Datos estadísticos

Los datos estadísticos se utilizan en el control para medir y comparar los resultados obtenidos en relación con los esperados.

Control de cantidad El control orientado a medir cantidades se relaciona con la mayor o menor demanda. En los departamentos de enfermería, el control de cantidad está en relación con el número de pacientes atendidos.

Control de calidad El control de calidad cuenta ahora con múltiples herramientas, el paradigma administrativo de calidad enfatiza la estadística. En los departamentos de enfermería se relaciona con la calidad de atención que se presta.

Control de tiempo El control de tiempo se aplica con el propósito de optimizar el rendimiento de los recursos en ciertos periodos; además se utiliza como un indicador que permite tomar decisiones y de esta forma, programar una mejor utilización de los recursos con un máximo aprovechamiento.

Control de inventarios El control de inventarios es una técnica para optimizar el rendimiento de los recursos materiales. Usualmente se pretende medir las existencias previstas y conforme al gasto y la utilización proveer los suministros necesarios.

4.4.- CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN. PROCESO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE INDICADORES

La Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), en su carácter propositivo, definió como prioridad para mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, el desarrollo de un proyecto para la evaluación sistematizada de dichos servicios. En la actual gestión gubernamental se instituyó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, y se identificó la oportunidad de iniciar el desarrollo del proyecto de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Con este fin se establecieron vínculos de colaboración con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, órgano responsable de la Cruzada, para trabajar conjuntamente en la definición de estándares e indicadores de calidad en algunos de los procedimientos.

Los indicadores de los procedimientos que se presentan en esta primera etapa fueron seleccionados por su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios al paciente; por ser algunos de los más frecuentes en la práctica diaria y su cumplimiento ser responsabilidad directa del área de enfermería. Asimismo, porque permiten identificar la percepción de los usuarios de los servicios de enfermería en cuanto al trato recibido.

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 debe hacer con lo que se ha hecho. 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.

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.-5 REGISTROS Y FORMAS DE EVALUACIÓN.

Los indicadores de calidad nos permiten objetivar situaciones relacionadas con la seguridad clínica, intentando reducir los riesgos a los que se expone el paciente que interacciona con el sistema sanitario. Un indicador es una medida cuantitativa que se utiliza como guía para controlar y valorar la calidad de aspectos importantes de la práctica asistencial. Los indicadores tienen la ventaja de medir aspectos concretos y específicos de la asistencia. Son datos válidos, fiables y objetivos, muestran resultados cuantitativos y nos dan la posibilidad de comparación al disponer de estándares de cumplimiento que nos determinan si los resultados obtenidos en nuestro servicio son correctos o no, y nos permiten realizar acciones de mejora.

La enfermería es el eje central en el Plan de cuidados de Enfermería (PCE), y dentro de sus atribuciones contempla responsabilidades del cuidado y protección de la vida humana y para ello requiere dentro del proceso de planeación, contar con herramientas

innovadoras de medición y control para garantizar cuidados con los más altos estándares en materia de calidad. La importancia de los registros clínicos de enfermería (RCE) con respecto a la calidad y seguridad del paciente se demuestra también por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, que sustenta que más de la cuarta parte de expedientes clínicos de pacientes cuyas quejas fueron atendidas mediante arbitraje, los registros de enfermería no cumplieron con lo establecido en la normativa oficial, concluyendo que constituyen un factor de riesgo para la seguridad del paciente.

Los registros clínicos de enfermería forman parte de la evidencia documental del expediente clínico, siendo este un documento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud, por lo tanto, deben efectuarse de forma clara, legible, oportuna y confiable; ya que son el soporte documental que evidencia, toda la información relacionada con la actividad dependiente e independiente de los profesionales de enfermería durante las 24 horas del día y 365 días del año.

Los criterios establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, inciden en la calidad de los registros clínicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos, enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención oportuna, responsable, eficiente y amable³. El proceso administrativo consiste en una serie de etapas que permiten dar seguimiento al proceso de planeación, organización, dirección y control, y con ello el cumplimiento a las fases para planear, hacer, verificar y actuar (PHVA: Ciclo Deming), convirtiéndose en una filosofía gerencial y compromiso organizacional para el logro de las estrategias, objetivos y metas establecidas en los tiempos programados, apegados a normas de carácter jurídico, ético y deontológico indispensable para alcanzar el máximo beneficio para los usuarios al momento de brindar el servicio público.

Un indicador es un dato o un conjunto de datos que nos ayudan a medir objetivamente la evolución del sistema de gestión, son medios, instrumentos o mecanismos para evaluar hasta qué punto o en qué medida se están logrando los objetivos estratégicos, producen información para analizar el desempeño de cualquier área de la organización y verificar el cumplimiento de los objetivos en términos de resultados, detectan y prevén desviaciones en el logro de los objetivos.

Estudios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), hace referencia en que el Sistema de Salud en nuestro país, debe cambiar para brindar una atención de alta calidad centrada en las personas. Actualmente se necesita de un sistema de salud equitativo, eficiente, sustentable y de alta calidad, ya que corre el riesgo de mantener un sistema de salud fragmentado, con inequidades marcadas en el acceso y la calidad. Un sistema de salud ineficiente e indiferente a las necesidades de salud impedirá que México logre la salud, la prosperidad y el progreso de los que sin duda es capaz en los próximos años.

Debido a que se están discutiendo cambios a la Ley General de Salud de México, ahora es el momento para una reforma ambiciosa y de gran alcance, se debe acelerar la planeación de una nueva autoridad de supervisión y mejora de la calidad, la cual debe ser responsable de establecer normas para una atención segura y eficaz para todos los prestadores, ser capaz de ofrecer un cuidado continuo, personalizado, y con orientación preventiva.

La función y capacidad de los profesionales de la enfermería queda evidenciada en los registros clínicos, ya que asegura que se proporcionaron los cuidados con calidad, además de ser un documento de consulta multidisciplinaria, de los que intervienen en el plan terapéutico de los pacientes, coadyuvando así en la correcta toma de decisiones, sin olvidar que es un documento de gran relevancia con carácter jurídico legal. Derivado de lo anterior, es importante cumplir con la correcta documentación, la adecuada planificación del plan de cuidados de enfermería (PCE), su evaluación para establecer acciones para la mejora continua de los mismos, que una vez implantados y monitoreados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones.

En México el cuidado que proporcionan los profesionales de enfermería no ha evolucionado congruentemente con su formación y con los cambios tecnológicos en el sistema de salud, que permita avanzar hacia la calidad y excelencia en la práctica clínica. Las tendencias del mundo actual y la globalización en el campo de salud suponen nuevos desafíos para el profesional de enfermería en el logro de la calidad del cuidado, lo cual implica entre otras cosas el desarrollo de instrumentos que evalúen de forma sistemática los registros clínicos de enfermería.

La seguridad en la atención médica y muy en especial para la enfermería, ha constituido parte fundamental de los Programas Nacionales de Salud, con el objetivo de brindar una

atención efectiva y de calidad accesible para toda la población, por lo que aparece como uno de los elementos del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el cual señala en su objetivo 2 asegurar el acceso efectivo de los servicios de salud con calidad, mejorar la calidad de los servicios del Sistema Nacional de Salud e impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones, actualizando los mecanismos que permitan homologar la atención interpersonal de los servicios de salud.

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.

4.6.- 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.