



1^{RA} EDICIÓN

Gestión de la calidad en los servicios de salud



eBook



1^{RA} EDICIÓN

Gestión de la calidad en los servicios de salud

Anita Maggie Sotomayor Preciado

Joseph Fernando Zambrano Requelme

Flor María Espinoza Carrión

María Luisa Loaiza Mora

Juana del Carmen Camacho Ramírez

Norma de Jesús Requelme Quichimbo

Janneth del Rosario Rodríguez Sotomayor

Daniela Yolanda Torres Celi

Graciela Maribel Fajardo Aguilar

Fanny Isabel Zhunio Bermeo

Autores Investigadores



1ª EDICIÓN

Gestión de la calidad en los servicios de salud

AUTORES

INVESTIGADORES

Anita Maggie Sotomayor Preciado

Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;
Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica en salud;
Licenciada en Enfermería;
Docente Carrera de Enfermería;
Universidad Técnica de Machala;
Machala, Ecuador;

✉ asotomayor@utmachala.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-3616-7633>

Joseph Fernando Zambrano Requelme

Licenciado en Enfermería;
Enfermero MSP Loja;
Loja, Ecuador;

✉ fernanchojoseph@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-9187-6486>

Flor María Espinoza Carrión

Magíster en Gerencia Educativa;
Licenciada en Enfermería;
Docente Carrera de Enfermería;
Universidad Técnica de Machala;
Machala, Ecuador;

✉ fmespinoza@utmachala.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-7886-8051>

María Luisa Loaiza Mora

Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;
Licenciada en Enfermería;
Enfermera Hospital IESS Machala;
Machala, Ecuador;

✉ mary_lo_1961@hotmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-9230-8031>

Juana del Carmen Camacho Ramírez

Magíster en Cuidados Críticos;
Licenciada en Enfermería;
Docente Carrera de Enfermería;
Universidad Técnica de Machala;
Machala, Ecuador;

✉ jcamachor@utmachala.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-9978-4495>

Norma de Jesús Requelme Quichimbo

Licenciada en Enfermería;
Enfermera Hospital Teófilo Dávila;
Machala, Ecuador;

✉ negritajrq@hotmail.com

🆔 <https://orcid.org/0009-0006-4501-7916>

Janneth del Rosario Rodríguez Sotomayor

Magíster en Salud Pública; Licenciada en Enfermería;
Docente Carrera de Enfermería;
Universidad Técnica de Machala;
Machala, Ecuador;

✉ jrrodriguez@utmachala.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-7838-7442>

Daniela Yolanda Torres Celi

Magíster en Prevención de Riesgo Laboral;
Licenciada en Enfermería;
Docente Carrera de Enfermería;
Universidad Técnica de Machala;
Machala, Ecuador;

✉ dytorres@utmachala.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-3838-2131>

Graciela Maribel Fajardo Aguilar

Magíster en Finanzas y Economía Empresarial;
Ing. Comercial mención en Administración de empresa;
Docente Carrera de Enfermería;
Universidad Técnica de Machala;
Machala, Ecuador;

✉ gfajardo@utmachala.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-1152-6414>

Fanny Isabel Zhunio Bermeo

Magíster en Enfermería Clínico Quirúrgico;
Licenciada en Enfermería;
Docente Universidad Nacional de Milagro;
Milagro, Ecuador;

✉ fzhuniob@unemi.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-6352-8636>

1ª EDICIÓN

Gestión de la calidad en los servicios de salud

REVISORES ACADÉMICOS

Cruz Xiomara Peraza de Aparicio

Especialista en Medicina General de Familia;
PhD. en Ciencias de la Educación; PhD. en Desarrollo Social;
Médico Cirujano; Docente Titular en la Carrera de
Enfermería de la Universidad Metropolitana;
Guayaquil, Ecuador;

✉ xiomaparicio199@hotmail.com;

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-2588-970X>

Ana Luisa Cañizales Jota

Magister en Docencia para la Educación Superior;
Licenciada en Enfermería; Licenciada en Educación Integral;
Docente Titular Auxiliar 1 de la Universidad Metropolitana;
Quito, Ecuador;

✉ analuisajota12@gmail.com;

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-6426-912X>

Catalogación Bibliográfica

Anita Maggie Sotomayor Preciado
Joseph Fernando Zambrano Requelme
Flor María Espinoza Carrión
María Luisa Loaiza Mora
Juana del Carmen Camacho Ramírez
Norma de Jesús Requelme Quichimbo
Janneth del Rosario Rodríguez Sotomayor

Daniela Yolanda Torres Celi
Graciela Maribel Fajardo Aguilar
Fanny Isabel Zhunio Bermeo

AUTORES:

Título: Gestión de la calidad en los servicios de salud

Descriptor: Ciencias médicas; Enfermería; Atención médica; Pacientes

Código UNESCO: 32 Ciencias Médicas

Clasificación Decimal Dewey/Cutter: 610.736/S0718

Área: Ciencias de la Salud

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-622-84-6

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2023

Ciudad, País: Quito, Ecuador

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 253

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-622-84-6>

URL: <https://mawil.us/repositorio/index.php/academico/catalog/book/85>

Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico: **Gestión de la calidad en los servicios de salud**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada bajo la modalidad de pares académicos y por el equipo profesional de la editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

Director Académico: Lcdo. Alejandro Plúa Argoti

Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Mg. Vanessa Pamela Quishpe Morocho

Dirección de corrección: Mg. Yamara Galanton.

Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores, Arq. Alfredo Díaz

Corrector de estilo: Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

1ª EDICIÓN

Gestión de la calidad en los **servicios de salud**

Índices

Contenidos



| | |
|---|-----|
| Prólogo | 13 |
| Introducción | 15 |
| Capítulo I. | |
| Fundamentos de gestión | 18 |
| Capítulo II. | |
| Gestión de los servicios de enfermería | 39 |
| Capítulo III. | |
| Calidad de los servicios de enfermería | 57 |
| Capítulo IV. | |
| Medición de la calidad y acreditación de los servicios de salud | 81 |
| Capítulo V. | |
| Garantía de la calidad en salud | 100 |
| Capítulo VI. | |
| Auditorías y gestión hospitalaria | 130 |
| Capítulo VII. | |
| Seguridad del paciente en el sistema de salud | 150 |
| Capítulo VIII. | |
| Indicadores de gestión y funcionamiento hospitalario | 178 |
| Capítulo IX. | |
| Liderazgo y comunicación en los servicios de salud | 200 |
| Bibliografía | 245 |

1^{RA} EDICIÓN

Gestión de la calidad en los **servicios de salud**

Índices

Tablas



.....

| | |
|---|-----|
| Tabla 1. Tipos de planificación | 49 |
| Tabla 2. Funciones de la gestión financiera..... | 140 |
| Tabla 3. Fases de la cultura de seguridad, manchester patient safety framework. | 153 |
| Tabla 4. Fases en el proceso de cambio. Adaptación del modelo de moore. | 154 |
| Tabla 5. Clasificación de los indicadores de gestión. | 181 |
| Tabla 6. Identificación de pacientes. | 188 |
| Tabla 7. Identificación previa a procedimientos. | 188 |
| Tabla 8. Identificación en soluciones intravenosas, Imagenología, laboratorio y patología | 189 |
| Tabla 9. Protocolo Estándar de medicación. | 190 |

1^{RA} EDICIÓN

Gestión de la calidad en los **servicios de salud**

Índices

Figuras



.....

| | |
|---|-----|
| Figura 1. Etapas del Proceso Administrativo----- | 45 |
| Figura 2. Garantía de calidad----- | 102 |
| Figura 3. Los seis grupos de intervenciones para la mejora de la calidad. ----- | 105 |
| Figura 4. Relación funciones administrativas con el presupuesto ----- | 141 |
| Figura 5. Objetivos internacionales ----- | 155 |

1^{RA} EDICIÓN

Gestión de la calidad en los **servicios de salud**

Prólogo



La calidad de los bienes y servicios constituye una de las numerosas cuestiones de relevancia social frente a las cuales se evidencia el fracaso de la visión científicista en el mundo contemporáneo. El abordaje científico de la gestión de calidad estrecha esa temática, castra la imaginación y estrangula la creatividad necesaria para trabajarla en el día a día. La calidad, como objeto de indagación y acción entrelazado íntimamente con la excelencia del mercado y de los negocios debería ser, por el contrario, una oportunidad más de reafirmar el ímpetu creciente de una razón que no se deja enteramente pacificar y desarmar por la ciencia, de una razón que afirma profundamente sus raíces en valores humanos, que se quiere múltiple en todos sus aspectos, inclusive en cuanto a las teorías e interpretaciones que fundamentan su racionalidad. En fin, de una razón que genera una visión de mundo más compleja, fragmentaria e inquietante que aquella que se heredó del modernismo. La ciencia encuentra aquí una clara demostración de que su largo reinado en cuestiones intelectuales va cediendo espacios, en el mundo llamado posmoderno, a otras formas de poder y de racionalidad.

En los servicios de salud, el concepto de garantía de calidad tiene connotaciones un poco diferentes de aquellas asociadas a las actividades industriales. Se refiere a la elaboración de estrategias, tanto para la evaluación de calidad como para la implementación de normas y patrones de conducta clínica a través de programas locales o nacionales. Existen dos marcadas diferencias en esta conceptualización en comparación con el área industrial: por un lado, el concepto de garantía de calidad está exento del sentido de racionalidad departamental, y por otro lado, el objeto del control de calidad es esencialmente el conjunto de las actividades clínicas en su alcance o eficacia.

1^{RA} EDICIÓN

Gestión de la calidad en los **servicios de salud**

Introducción



La expresión servicios de salud tiene la característica de estar profundamente enraizada en el lenguaje técnico de todos los que trabajan en este multifacético campo de la salud y, al mismo tiempo, de estar ampliamente difundida en el vocabulario coloquial. Su significado lo conocen muy bien, no solamente los que se entrenan profesionalmente para materializarlos de alguna forma, sino también los usuarios que necesitan de ellos y tienen clara conciencia de lo que implica su falta o su mala calidad.

En este libro abordaremos diversos temas en relación a la gestión y garantía de los servicios de salud.

En el **capítulo I**, Fundamentos de la gestión, hablaremos sobre las generalidades del tema, haremos una breve introducción a la gestión de los servicios de salud, la gerencia hospitalaria, la cultura organizacional y cerramos este capítulo hablando de la planificación estratégica y operativa.

Pasaremos al **capítulo II**, Gestión de los servicios de enfermería, donde tocamos áreas como las teorías administrativas, procesos administrativos, planificación, los tipos de planificación, organización, dirección y control y aprenderemos de ellos.

Para el **capítulo III**, Calidad de los servicios de enfermería, investigamos temas como la teoría de la calidad, gestión de la calidad, componentes de la calidad, como crear un estándar, y como crear un indicador, la gestión del talento humano y las funciones de los servicios de enfermería.

En este punto llegamos al **capítulo IV**, Medición de la calidad y acreditación de los servicios de salud, en donde los temas son los modelos de evaluación de la calidad de los servicios, los criterios de acreditación y evaluación, herramientas para medir la calidad de los servicios, instrumentos para evaluar el servicio al cliente y la responsabilidad gerencial.

Pasamos al **capítulo V**, Garantía de la calidad en salud, un tema importante que nos trae puntos como, conceptos de garantía de calidad en un hospital, las funciones de las estrategias de gestión de calidad, garantía en enfermería, garantía de calidad, control de calidad, acreditación en salud, pasos del proceso de acreditación en salud y los beneficios de la acreditación en los servicios de salud.

En el **capítulo VI**, Auditorías y gestión hospitalaria, llegamos a la gestión de los riesgos en los hospitales, modelos de gestión hospitalaria, herramientas de la gestión, gestión financiera y los sistemas de información hospitalaria.

Para el **capítulo VII**, Seguridad del paciente en el sistema de salud, un abordaje a la seguridad con temas como, culturas de seguridad, objetivos de la seguridad, seguridad del paciente, garantía de la calidad en salud ocupacional y riesgo laboral y la bioseguridad en los hospitales.

El **capítulo VIII**, Indicadores de gestión y funcionamiento hospitalario, hablamos de los aspectos generales, los indicadores de utilización, indicadores de seguridad de los pacientes y los sucesos centinela.

Para culminar el **capítulo IX**, Liderazgo y comunicación en los servicios de salud, abordaremos las teorías de liderazgo, el liderazgo estratégico, el proceso comunicativo, métodos de comunicación y gestión y negociación de los conflictos.

Esperamos sea de ayuda y comprensión los temas aquí abordados y sea de su agrado la lectura de este material.

1^{RA} EDICIÓN

Gestión de la calidad en los **servicios de salud** **Capítulo**

I

Fundamentos de Gestión



Objetivos del Capítulo

- Describir la importancia de la gestión que permita brindar calidad en los servicios de salud.
- Identificar los elementos del Sistema de Gestión de la Calidad que permitan al gerente logro de los objetivos organizacionales.
- Enunciar las herramientas para un buen funcionamiento hospitalario.

Generalidades

Se puede decir que la gestión de calidad se centra no solo en la calidad de un producto o servicio, o en la satisfacción de sus clientes, sino en los medios para obtenerla; Por lo tanto, la gestión de la calidad requiere considerar el conjunto de actividades de la función empresarial que determina la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades y las implementa por medios tales como el planteamiento de la calidad, el control de la calidad, el aseguramiento de la calidad y las mejoras en la calidad.

En la actualidad se está frente a un mundo competitivo, donde se encuentran nuevas tecnologías que sorprenden día a día, los clientes son cada vez más exigentes, requieren productos o servicios con características que satisfagan sus necesidades y expectativas. Es por lo que las organizaciones deben trabajar en pro de la satisfacción total de sus clientes, mediante un proceso de mejora continua e implementar normas estandarizadas para lograr la calidad máxima de los productos o servicios que ofrecen. Es importante la plena colaboración de todo el personal de la organización o empresa, para que sea efectivo el servicio realizado, y que de esta manera se obtengan excelentes resultados para la empresa. La calidad total es un concepto, una filosofía, una estrategia, un modelo de hacer negocios y está localizado hacia el cliente. El concepto de calidad, ha sido tradicionalmente relacionado con la calidad del producto, en la actualidad también se le identifica como algo aplicable a toda la actividad empresarial y a cualquier tipo de organización, esto incluyendo a las Instituciones de Salud Públicas y Privadas.

La calidad total no solo se refiere al producto o servicio en sí, sino que es la mejoría permanente del aspecto organizacional; donde cada trabajador, desde el gerente, hasta el empleado del más bajo nivel jerárquico está comprometido con los objetivos empresariales o institucionales.

Básicamente la gestión se puede considerar como aquel proceso que concierne a la toma de decisiones. El sistema de gestión es una herramienta que permite a una organización el poder realizar sus diferentes actividades y lograr el objetivo establecido de forma eficaz.

La calidad es una característica 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 claves en la materia, la falta 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 como por ejemplo el: acceso limitado a servicios de salud, servicios inefectivos e ineficientes, quejas médicas, demandas 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.

Es importante considerar que la deficiencia de la calidad, en la prestación de servicios de salud, llega a significar la pérdida de vidas humana, por múltiples factores como la falta de medicamentos, de infraestructura, de apertura de plazas para la contratación de mano de obra calificada como profesionistas. La gestión de la calidad debe ser universal en la atención a la salud, así se podría aspirar a un acceso efectivo a ésta. Es decir, al 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, debemos considerar que la calidad debe ser un elemento central. No obstante, el cumplimiento de estándares de calidad aún es heterogéneo entre los distintos prestadores y su eficiencia en algunos casos es reducida, lo que genera insatisfacción de los usuarios.

Un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) no es más que una serie de actividades coordinadas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos para lograr la calidad de los productos o servicios que se ofrecen al cliente, es decir, es planear, controlar y mejorar aquellos elementos de una organización que influyen en el cumplimiento de los requisitos del cliente y en el logro de la satisfacción del mismo.

Entre los elementos de un Sistema de Gestión de la Calidad, se encuentran los siguientes:

1. Estructura Organizacional
2. Planificación (Estrategia)
3. Recursos
4. Procesos
5. Procedimientos

La Estructura Organizacional es la jerarquía de funciones y responsabilidades que define una organización para lograr sus objetivos. Es la manera en que la organización organiza a su personal, de acuerdo con sus funciones y tareas, definiendo así el papel que ellos juegan en la misma.

La Planificación constituye al conjunto de actividades que permiten a la organización trazar un mapa para llegar al logro de los objetivos que se ha planteado. Una correcta planificación permite responder las siguientes preguntas en una organización:

- ¿A dónde queremos llegar?
- ¿Qué vamos a hacer para lograrlo?
- ¿Cómo lo vamos a hacer?
- ¿Qué vamos a necesitar?

El Recurso es todo aquello que vamos a necesitar para poder alcanzar el logro de los objetivos de la organización (personas, equipos, infraestructura, dinero, etcétera).

Los Procesos son el conjunto de actividades que transforman elementos de entradas en producto o servicio. Todas las organizaciones tienen procesos, pero no siempre se encuentran identificados. Los procesos requieren de recursos, procedimientos, planificación y las actividades, así como sus responsables.

Los Procedimientos son la forma de llevar a cabo un proceso. Es el conjunto de pasos detallados que se deben de realizar para poder transformar los elementos de entradas del proceso en producto o servicio. Dependiendo de la complejidad, la organización decide si documentar o no los procedimientos.

La implantación exitosa de la Gestión de la Calidad requiere los conocimientos de un especialista. Los expertos en calidad pueden ser directores de

.....

sistemas de gestión de la calidad o del medioambiente, auditores de Sistemas de Gestión de la Calidad o de Sistemas de Gestión Medioambiental, especialistas entrenados en la fijación de estándares de trabajo y en el diseño de procesos, estadísticos capacitados para el control y análisis de los productos y procesos, o especialistas en el servicio al cliente con un enfoque comercial, entre otros títulos. 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. El campo de conocimiento que provee la evaluación de la calidad de la atención gira en torno a la seguridad de los pacientes, definida como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Su aseguramiento involucra el establecimiento de sistemas y procesos que buscan minimizar la probabilidad de cometer errores en ese proceso. Es indudable que si existe una planeación de los servicios de salud basada en estrategias, prioridades, objetivos y metas, también deben existir herramientas que orienten el cumplimiento de los eventos trazados; por lo tanto, al ser las instituciones de salud entes vivos y en aprendizaje constante, deberán sujetarse a la aplicación de métodos de evaluación que permitan identificar si la calidad del servicio es adecuada, si la institución es eficiente y eficaz, y su grado de aceptabilidad y legitimidad ante la población, entre otras variables. Estos elementos plantean un desafío a la profesión médica en su misión de garantizar la calidad de la asistencia sanitaria, pero al mismo tiempo sugieren un reto para los gobernantes, encargados de generar políticas públicas acordes a las necesidades actuales y futuras de la población mundial. (1)

Introducción a la gestión de los servicios de salud

La gestión es una actividad consciente y deliberada que se desarrolla para conseguir del entorno que nos rodea una serie de bienes y servicios, que exigen anticipación, esfuerzo, ingenio y maestría. Si se forza el uso del término, se puede decir que también se pueden gestionar las cosas pequeñas y rutinarias que se hacen todos los días, que son a veces muy exigentes; e incluso hay técnicas de manejo del tiempo, de uso de agendas, o de mejoras de habilidades personales, en las que tiene sentido aplicar la gestión para mejorar el desempeño. Pero cuando “lo que se gestiona” es complejo o de gran dimensión, notamos la diferencia. En una organización, empresa o institución, hay muchas personas que desarrollan diversas tareas; normalmente los trabajadores se especializan en actividades y funciones, y todos cooperan en procesos productivos; pero un trabajador puede emplearse en diversos procesos que desarrolla la organización. Es muy típico de las organizaciones complejas que las tareas sean acopladas y múltiples: cirujanos, anestesistas y enfermeras cooperan en un quirófano para operar a un paciente con una fractura; pero al día siguiente ese mismo quirófano es ocupado por un cirujano que interviene a otro paciente para operarle de la vesícula biliar; ese mismo anestesista luego va a reanimar a un paciente, o a dedicar unas horas a una unidad del dolor... Se pueden imaginar múltiples ejemplos donde diversos trabajadores trabajan en un proceso, y un trabajador aporta su esfuerzo en varios procesos. Cuando cada tarea elemental se desarrolla de forma estable y sin variaciones, es fácil mecanizar la producción. Para ello hace falta tecnología y energía: pensemos en la diferencia de recoger trigo con hoces y el uso masivo de fuerza de trabajo humana, frente a la tremenda productividad de una máquina cosechadora. Cuando se tiene una base tecnológica suficiente, la complejidad puede controlarse por los ingenieros y gestores industriales, que planifican el proceso productivo, organizan actividades y tareas, seleccionan y asignan las personas más adecuadas a cada puesto, supervisan la producción, resuelven las incidencias, y controlan si los resultados son los esperados.

Los dos elementos esenciales de la gestión, coordinar y motivar, han de aplicarse a organizaciones muy diferentes, lo que implica cambios muy importantes en su ajuste. Aunque ahora no se tratará este aspecto, quizás convenga señalar que hay una diferencia importante entre la producción de bienes (productos tangibles como un cuaderno, un bolígrafo), de los servicios (un corte de pelo, una cura de una enfermera): Los bienes se pueden almacenar, pues su producción no está acoplada al consumo; y su

producción y características son más tangibles y estandarizables (e industrializables). Los servicios no se pueden almacenar. Los servicios de salud son claramente servicios, y de especial complejidad, donde además se produce la mencionada asimetría de información entre proveedores y clientes; además las “distancias” son extremadamente cortas dado el carácter intrusivo de la anamnesis y la exploración clínica, y lo invasivo de muchos de los procedimientos clínicos (en realidad hay muchas más características singulares en la relación médico-sanitario con el paciente). Para entender los servicios de salud habrá que abordar la distinción entre demanda y necesidad (un tema menos relevante en los bienes y servicios convencionales); y también tendremos que ver los factores de la “oferta” que hacen singulares a las organizaciones profesionales. Sobre esta base, y para completar la descripción, deberemos introducir el ámbito de los resultados del sector sanitario en la salud de personas y poblaciones, ya que serán la base para construir criterios robustos de buen desempeño.

En síntesis, la gestión es una actividad esencial, pero humilde. Establece la urdimbre estructural de la organización, sobre la cual se va tejiendo el tapiz de la producción de bienes y servicios. Su visión es sintética: es el “anti-especialismo” que se precisa para articular la diversidad. Por esto exige perfiles muy receptivos, tolerantes, y capaces de entender dimensiones técnicas y visiones personales muy variadas. Su actitud es de integración; es la “anti-fragmentación”, que busca recomponer la necesaria división de tareas, en un proceso armónico, donde emerjan las sinergias. Y, finalmente, su propósito es adaptativo; es la “anti-miopía”, que expande su visión al entorno y al futuro, para explorar las posibilidades de mejora, para identificar riesgos, y para identificar críticamente los cambios internos que hay que emprender para asegurar la solvencia y sostenibilidad de la institución u organización. Para todo lo anterior, la gestión ha de contar con un gran armario de herramientas: un arsenal de marcos conceptuales, disciplinas y métodos de trabajo, que se utilizarían o activarían en función de los problemas y desafíos de las organizaciones. Aprender gestión es, por tanto, un reto que exige una gran curiosidad científica, técnica y humana, y una gran flexibilidad y dedicación en la búsqueda de las herramientas necesarias para hacer comprensibles, tratables y resolubles todos los dilemas que se van afrontando. (2)

Gerencia hospitalaria

La gerencia hospitalaria se centra principalmente en **utilizar de manera óptima los recursos disponibles para mejorar el hospital** o hacer de estos centros sanitarios un lugar que cumpla con las expectativas y necesidades de los pacientes. Para el gerente hospitalario lo más importante es brindar los mejores servicios mediante la gestión eficiente del personal implicado, así como de las herramientas necesarias para el desarrollo del trabajo.

La excelencia que persiguen estos profesionales es lograr una atención sanitaria de calidad. Durante su consecución intervienen profesionales de diversas áreas, tales como enfermeros, auxiliares, médicos y en general, todo aquel empleado que esté directamente relacionado con el paciente.

Llevar a cabo una buena gestión hospitalaria es esencial porque de su correcta aplicación depende que se salven vidas o, por ejemplo, que se dispongan de los servicios básicos para ofrecer un correcto modelo asistencial.

El funcionamiento de un hospital está supeditado al trabajo que lleve a cabo el gestor hospitalario, que bien puede ejercer estas funciones desde el puesto de director de un hospital concreto, como responsable de organización o como gestor de unidades clínicas dentro de un hospital, entre otras ocupaciones.

Estos profesionales sientan como base los siguientes objetivos para lograr el éxito en la gestión hospitalaria:

- Garantizar una atención sanitaria de calidad

Esto se consigue mediante la organización y capacitación de los profesionales encargados de esta gestión.

Asegurar que los servicios que ofrece el hospital son los mejores

Porque previamente se han evaluado, controlado y programado.

Prevenir escenarios difíciles

La finalidad de la gestión hospitalaria debe estar encaminada, además, en el diseño de medidas preventivas que ayuden o faciliten en momentos extraordinarios un correcto funcionamiento del centro.

Todos estos objetivos se amparan en el marco jurídico bajo el cual tiene cabida la gestión hospitalaria. La legislación sanitaria vigente sirve de guía para articular un modelo asistencial u otro, por lo que el profesional encargado de esta gestión debe tener en cuenta siempre la ley.

El organigrama de un hospital tiene que estar bien estructurado para asegurar una óptima asistencia sanitaria y una correcta gestión hospitalaria. Existen varias formas de organización; la más común es la habitual en los hospitales públicos, donde se instaura una organización clásica, en la cual los directivos o responsables superiores se ubican en la parte alta y por debajo estarían los profesionales con menos responsabilidades. Para los hospitales de gestión privada la organización es similar, con la excepción de los puestos directivos, donde los gerentes responden a una junta directiva.

El personal implicado en la gestión hospitalaria, cuyo puesto en estos organigramas se ubican por debajo de las figuras de mayor jerarquía, es el siguiente:

- Médicos.
- Enfermeros, auxiliares o ayudantes técnicos sanitarios.
- Personal encargado de la selección de profesionales.
- Todos los especialistas encargados de tareas de administración y finanzas.
- Aquellos responsables de gestionar, evaluar y dirigir servicios generales y de sus trabajadores.

Una perfecta coordinación entre todos los implicados en la gestión hospitalaria marcará el triunfo o no del funcionamiento de estos centros. Por este motivo, es esencial que el personal que se ubica debajo del paraguas del gestor esté perfectamente formado y capacitado para ejercer estas funciones, en cualquiera de las divisiones descritas anteriormente.

La fórmula del éxito perfecta no existe, pero hay una serie de pautas que son útiles para conseguir una gestión hospitalaria excelente. Básicamente consiste en aplicar los siguientes factores, los cuales están basados en alcanzar los objetivos previamente marcados por el responsable de la gestión del hospital:

- La planificación y organización del hospital debe ser **estratégica**. Los objetivos marcados deben ser realistas y las acciones deben responder a una estrategia concreta.
- El responsable de la gestión hospitalaria debe ser un líder. El liderazgo es una cualidad más del gestor, que motiva y guía al personal sanitario cuando se demande o sea necesario.

- El personal bajo el mando del gestor debe ser atendido. El liderazgo se ejerce también en este punto, donde la atención de los empleados es esencial para que estos desarrollen un trabajo eficiente gracias a que se sienten atendidos y tienen cubiertas sus necesidades.
- El **paciente se sitúa en el centro** de sus actuaciones. Todas sus funciones deben ir encaminadas a cumplir con una máxima: lo más importante es el paciente y la calidad de los servicios que se le ofrece.
- Evaluación y análisis. El encargado de la gestión hospitalaria debe medir y analizar la información sobre el desempeño del trabajo del hospital para ofrecer mejoras o cambios y contribuir así al buen funcionamiento del centro.

Todas estas pautas se pueden emplear como guía para conseguir un modelo asistencial eficiente y de calidad, donde el paciente sea el centro y obtenga el servicio sanitario que espera y merece. (3)

Cultura organizacional

La Cultura Organizacional es una nueva óptica que permite comprender y mejorar las organizaciones. Es implícita, invisible e informal. Existe a un alto nivel de abstracción, condiciona el comportamiento de la organización, haciendo racional muchas actitudes que unen a las personas, condicionando su modo de pensar, sentir y actuar.

Diversos conceptos son abordados, como:

- Patrón de comportamiento general, creencias compartidas y valores comunes de los miembros, que se puede inferir a partir de lo que dicen, hacen y piensan las personas dentro de un ambiente organizacional.
- Pegamento social o normas que mantiene unida una organización. Son los valores o ideales sociales, creencias que los miembros de la organización comparten, manifestado en elementos simbólicos como mitos, rituales, historias, leyendas y lenguaje especializado”.
- Conjunto completo de creencias, tradiciones, valores, reglas, expectativas y hábitos, con frecuencia inconsciente y ampliamente compartidos que caracterizan a un grupo específico de personas de una organización.
- Patrón de actividades humanas o de conductas, así como normas, sentimientos, creencias, actitudes y valores aceptados y propugna-

dos por los miembros de la organización, que determinan su conducta y comportamiento.

En las anteriores conceptualizaciones prevalecen como elementos constantes: creencias, valores, normas, actitudes y comportamientos. Sistema de elementos compartidos, que son básicos en la cultura, concebidos de la siguiente forma:

- Las Creencias: estructura del pensamiento arraigadas, válidas y en las organizaciones compartidas, para interpretar la realidad. Acto consciente que tiene por cierto aquello que creemos y obramos con la interpretación de la realidad.
- Los valores: forma de actuar que responde a la arquitectura de creencias previas, indivisible de ellas, valora que esa forma de actuación es mejor que otra. Realidad humanizada con significación positiva para el hombre.
- Las normas: si los valores se asumen como expresiones estratégicas, las normas serán las tácticas. Estas acciones se convierten en normas de conductas de cada miembro de la organización, compartidas y asimiladas.
- Las actitudes y comportamientos: parten de las normas, no son el eslabón final de la cadena cultural. Su evaluación y consenso determinan actitudes respecto a intereses individuales y organizacionales. Las actitudes son tendencias, positivas/negativas del clima psico-sociológica que predicen la tendencia de actuación. Las tendencias son actitudes que determinan conductas y comportamiento.

La cultura no se moldea con discurso de fundadores y ejecutivos; se forma con ejemplo, con las actitudes cotidianas y la suma total de valores, sistema de creencias, de expectativas y reglas no escritas. Esas reglas comienzan a estructurar la relación funcional y a las personas del entorno laboral, adquiriendo más fuerza, en la práctica, que las normas oficiales. La forma de comprender la formación de la cultura es acercándose a la teoría de grupo. El proceso de formación cultural tiene la misma esencia que la de “colectividad” o identidad del grupo – esquemas comunes de pensamientos, creencias, sentimientos y valores resultantes de experiencias compartidas y aprendizaje común - que en última instancia denominamos “cultura” de ese grupo.

El entorno determina en un principio la formación de la cultura, ella constituye un conjunto de paradigmas, que se forman a lo largo de la vida de la

organización como resultado de la interacción entre sus miembros, con las estructuras, estrategias, sistemas, procesos y de la propia organización con su entorno, para formar un conjunto de referencias.

Ciertamente, las costumbres actuales, tradiciones y forma general de hacer las cosas se deben principalmente a lo hecho antes y al grado de éxito que ha tenido en la organización. Esto nos lleva a la última fuente de la cultura: sus fundadores. Ellos tienen un mayor impacto en la cultura inicial de la organización pues tienen visión de cómo debería ser ella. No están restringidos por costumbres o ideologías anteriores. El tamaño pequeño que suele caracterizar a las nuevas organizaciones facilita más la imposición de la visión de los fundadores sobre todos los miembros de la organización.

Para mantener la cultura, una vez establecida, se aplican prácticas en la organización como el proceso de selección, la evaluación del desempeño, la capacitación, actividades de desarrollo, la recompensa, la sanción (hasta la expulsión), que garantizan que quienes se inician en la organización, se ajusten a la cultura. Aunque existen tres fuerzas que desempeñan papel fundamental: la práctica de selección, las acciones de la alta dirección y los métodos de socialización.

- La selección identifica y acepta individuos que tengan conocimientos, habilidades y destrezas para desempeñarse en la organización. Acepta personas con valores coincidentes con los de la organización, o con una buena parte de ellos. Ofrece información acerca de ella, si percibe conflicto entre sus valores personales y los de la organización, puede eliminarse. La selección, se vuelve una calle de dos sentidos, tanto el directivo como al candidato pueden anular el matrimonio si existe incompatibilidad. Se mantiene la cultura organizacional al sacar individuos que puedan atacar o minar sus valores centrales.
- La alta dirección con lo que dicen y su comportamiento, establecen normas que se filtran hacia abajo y mantienen la cultura.
- La socialización proceso que le permite a los nuevos miembros que no están del todo adoctrinados con la cultura de la organización y pueden llegar a perturbar las creencias y costumbres establecidas, la organización, debe ayudarlo a su adaptación.

Para el desarrollo de la Cultura Organizacional existen elementos claves que deben ser habilidades en el desempeño de los directivos como: la orientación hacia la acción, para que la misma se cumpla, la orientación al usuario, garantizando que todos los recursos y personal de la organización dirijan

.....

sus actividades a la satisfacción de sus necesidades, la autonomía y decisión, garantizando el surgimiento de líderes e innovadores, la preocupación por la productividad y rendimiento de sus miembros, considerándolos el activo más importante de la organización, fuente fundamental de mejoramiento.

Otros de los elementos a tener presente es el compromiso con los valores , desde los niveles superiores, manteniendo estrecho contacto, visitando y dialogando con “el frente de batalla” , la identificación y acción con sus fortalezas y debilidades, sus amenazas y oportunidades , el logro de organizaciones simples, con los miembros necesarios, donde cada cual sepa la parte de valor que brinda a los servicios y participe en su administración y por último pero no menos importante la rigidez y flexibilidad , debiéndose aceptar ambas de acuerdo a la dinámica de cambio y circunstancia.

La Cultura Organizacional posee características primarias, que concentran la esencia de la misma como es la identidad de sus miembros, los cuales se identifican con la organización como un todo, no con su trabajo específico o campo de conocimiento, el énfasis en el grupo garantizando que las actividades laborales se organicen en torno a grupo no a personas, el enfoque hacia las personas, teniéndose en cuenta que las decisiones de la administración repercuten en los resultados de sus miembros y la integración de unidades permitiendo que las mismas funcionen de forma coordinada e independiente.

Otras de las características de la Cultura Organizacional es el control , a partir del uso de reglamentos, procesos y supervisiones directa para evaluar la conducta de los miembros; la tolerancia al riesgo que conlleva a los miembros a ser agresivos, innovadores o arriesgado, la recompensa relacionada con criterios como antigüedad, rendimiento en el trabajo, etc. el perfil hacia los fines o los medio donde la administración se preocupa tanto de los resultados o metas como de las técnicas o procesos. Por último el enfoque hacia un sistema abierto logrando que la organización controle y responda a cambios externos.

La Cultura Organizacional ejerce varias funciones en la organización, Robbins, enfatiza en ellas considerando que es capaz de definir límites , es decir marca la diferencia entre una organización y otra, refleja la identidad de sus miembros con la organización pues determina los rasgos organizacionales que están comprendidos en el concepto de cultura, que serán los elementos establecidos, conocidos y compartidos por el grupo social.

Logra generar nexos entre los miembros y la organización a través de la lealtad y el compromiso, pues cada individuo posee un organismo y una serie

de habilidades innatas que lo hacen característico y diferente a los demás, pero es cierto que por medio de la adquisición de costumbres, normas, valores, actitudes, etc., la cultura le imprime su sello. Esto hace que se refuerce la estabilidad social, que cualquier cambio se oriente hacia las necesidades que se generen de manera óptima. Constituye además un mecanismo de control, estableciendo las reglas del juego, a partir de los diferentes modos de pensar, creer y hacer las cosas.

El mismo autor plantea que la Cultura Organizacional posee barreras que frenan su aplicación y desempeño en la organización, como es la barrera contra el cambio, cuando los valores compartidos no están de acuerdo con aquellos que favorecen la efectividad de la organización, cuando ya no es eficaz " hacer las cosas como siempre.

Otra es la barrera hacia la diversidad al incorporarse nuevos miembros con raza, género, grupo étnico y características diferentes, que no son como los de la mayoría de los miembros, creando una paradoja, aspirándose a que acepten los valores centrales, también miembros con diferentes experiencias que apoyan el prejuicio organizacional, volviéndose insensibles a la gente.

Otra la barrera en contra las fusiones y adquisiciones, al hacerse numerosas fusiones, se tiende al fracaso o mostrar signo de ello, siendo la causa principal el conflicto entre las culturas.

El carácter multidimensional de la Cultura Organizacional influye en la existencia de varias clasificaciones:

Ansoff tipifica la cultura, acorde con la evolución organizacional en:

- Cultura estable: Centrada en el pasado, buscan precedentes en los que basan futuras actuaciones. Es conservadora, no acepta cambio y es adversa al riesgo, su lema es: "No perturbar la calma" o "No zandar el bote".
- Cultura reactiva: Centrada en el presente, busca en el pasado los fundamentos de posibles alteraciones. Acepta cambios mínimos. Su lema es: "Estar preparado para todo".
- Cultura de previsión: acepta el cambio siempre y cuando signifique una trayectoria semejante a la llevada hasta el presente. Se centra en el futuro, pero basando sus acciones futuras en extrapolaciones.
- Cultura exploratoria: acepta el riesgo siempre que exista una adecuada relación riesgo ganancia. Busca el cambio, aceptando la ruptura.

- Cultura creativa : busca cambios, que impliquen situaciones nuevas y muestra preferencia por riesgos no corrientes. Su principal lema es: “Inventar el futuro”

La cultura exploratoria y la creativa son culturas propias de la dirección estratégica.

González y Bellino, la tipifican, dependiendo del énfasis que le otorga a los elementos siguientes: poder, rol, tareas y personas.

- Cultura del poder: dirigida y controlada desde un centro de poder ejercido por personas claves dentro de las organizaciones .
- Cultura del rol: identificada con la burocracia, sustentada en una clara y detallada descripción de las responsabilidades de cada puesto.
- Cultura por tarea: apoyada en el trabajo proyecto que realiza la organización y se orienta hacia la obtención de resultados específicos en tiempo concreto.
- Cultura de la persona: basada en los individuos que integran la organización.

Otros estudios tipifican la cultura de la forma siguiente:

- Cultura dominante: los valores centrales son compartidos por la mayoría de los miembros de la organización.
- Cultura fuerte: los valores se sostienen con intensidad y se comparten ampliamente.
- Subculturas: miniculturas dentro de una organización, generalmente se definen por las designaciones de departamentos y por la separación geográfica.

Cualquier área o dependencia de la organización puede adoptar una sub-cultura compartida exclusivamente por sus miembros, que a su vez asumen los valores de la cultura central junto con otros, que son propios de los trabajadores que se desempeñan en dichas dependencias.

Valores organizacionales

El rasgo constitutivo de valor no es sólo la creencia o la convicción, también su traducción en patrones de comportamiento, que la organización tiene derecho a exigir a sus miembros. Los organismos desarrollan valores “visibles”, basado en las leyes y el sentido común, pero poseen un conjunto de valores “ocultos”, que son la verdadera fuerza impulsora de la organización.

Los valores visibles se expresan a través de la misión, la visión, las políticas y normativas escritas en la organización. Los valores ocultos comprenden ideas, creencias, tendencias; son las reglas no escritas, que determinan lo que algunos autores llaman “el olor” de la organización, no siempre es fácil detectarlos.

Deben ser claros, compartidos y aceptados por todos los miembros y niveles de la organización, logrando criterio unificado que compacte y fortalezca sus intereses. La internalización de los valores, implica que el individuo se identifica con la organización. La importancia del valor radica en constituir elemento motivador de las acciones y del comportamiento humano, definir el carácter fundamental y definitivo de la organización, creando sentido de identidad del personal con ella, que identifican y reproducen actitudes y concepciones que se encuentran en los cimientos mismos de la dinámica cultural y de la vida social.

Los valores están explícitos en la voluntad de los fundadores de la organización, en las actas de constitución y en la formalización de la misión y visión. Por ello en los últimos años se habla de la Dirección por Valores, pero el éxito y utilidad de dirigir por valores (y no con valores) es lograr que realmente sean compartidos, o lo que es lo mismo determinados con la mayor participación posible y divulgados, consensuados y convencidos todos de que son los valores por los que debe lucharse.

La cultura es la forma acostumbrada o tradicional de pensar y hacer las cosas, compartidas en mayor o menor medida por los miembros de la organización. Determina la funcionabilidad; se refleja en las estrategias, estructuras y sistemas establecidos a lo largo de años de funcionamiento, identificándose con los sistemas dinámicos. Los valores son generados por la cultura de la organización, por lo que pueden modificarse, como efecto del aprendizaje continuo de sus miembros, por lo que son exigibles y tomados en cuenta para la evaluación y el desarrollo de dicho personal constituyendo el comportamiento motor de la organización. La Cultura Organizacional y sus valores desempeñan un papel incuestionable en las organizaciones ante los fenómenos de supervivencia, adaptación, transformación y crecimiento, pues facilita la toma de decisiones, la motivación, cooperación y el compromiso. (4)

Planificación estratégica y operativa

La planificación estratégica es un proceso de gestión complejo que ofrece una gran cantidad de beneficios a las empresas cuando se ejecuta correctamente. Es un mapa de estrategia que permite a los empleados empre-

seriales alcanzar objetivos y mantener una dirección unificada. Influye en una amplia gama de funciones empresariales, desde actualizaciones de modelos de negocio hasta iniciativas de toma de decisiones. En última instancia, el proceso de planificación estratégica influye en la rentabilidad y el éxito del negocio a corto y largo plazo.

Una razón importante por la que el proceso de planificación estratégica es importante es el establecimiento de objetivos estratégicos. Un plan estratégico establece metas a corto, mediano y largo plazo que pueden ser de alto nivel o de nivel inferior. Los objetivos estratégicos son compatibles con la declaración de visión y la declaración de misión de una organización específica. De hecho, tanto una declaración de misión como una declaración de visión se revisan comúnmente antes de planificar los objetivos estratégicos. Los objetivos establecidos a corto y largo plazo son cruciales para alcanzar adecuadamente los objetivos tanto para las pequeñas empresas como para las grandes corporaciones.

Mientras planifican objetivos estratégicos, los profesionales de negocios detallan planes de acción que aseguran que la empresa pueda alcanzar los objetivos establecidos. Los planes de acción describen la estrategia empresarial destinada a eludir los problemas estratégicos y asegurarse de que el plan funcione sin problemas. De hecho, el 37% de las organizaciones informan que el éxito de la implementación estratégica se debe en parte a la compatibilidad con la estrategia empresarial y el plan estratégico.

Un plan de acción se compone de numerosas medidas delegadas que deben adoptar las distintas partes. Los plazos asignados durante los planes de acción ayudan a asegurarse de que los pasos del plan de acción se completan oportunamente. Recordando que el 24% de los propietarios de pequeñas empresas están preocupados por la eficacia de la gestión del tiempo, los plazos establecidos son obviamente cruciales.

Los planes estratégicos proporcionan información inestimable sobre las tendencias del mercado y los segmentos de consumo. Los conocimientos son útiles para planificar campañas estratégicas de marketing y publicidad. El análisis estratégico permite a los profesionales del departamento de marketing comprender mejor el público objetivo, además de la base de clientes existente. La planificación de comunicaciones estratégicas con los consumidores disminuye el dinero desperdiciado en iniciativas de marketing fallidas.

La durabilidad que otorga la planificación estratégica es inestimable para el éxito empresarial a largo plazo. Aunque la estadística puede parecer som-

bría, en última instancia expresa la importancia de la adaptabilidad a corto plazo para la durabilidad a largo plazo. Un plan estratégico adecuado aumenta considerablemente las posibilidades de mantener negocios tanto a corto como a largo plazo.

Prever problemas estratégicos proporciona a los profesionales de la gestión estratégica suficiente tiempo para prepararlos o prevenirlos. Si no se planifica adecuadamente para problemas estratégicos puede dañar gravemente a una empresa. Como tales, las cuestiones estratégicas deben identificarse y evitarse siempre que sea posible. En lugar de una organización simplemente reaccionar, la proactividad es un sello distintivo de una planificación estratégica exitosa. La proactividad que produce la planificación estratégica aumenta la eficacia de la toma de decisiones y la capacidad para alcanzar los objetivos establecidos.

El análisis FODA es un elemento básico importante del proceso de planificación estratégica. El análisis FODA contiene un acrónimo que significa fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas. Con demasiada frecuencia, una pequeña empresa puede encontrarse centrándose en sus fortalezas sin evaluar sus debilidades. Del mismo modo, una gran corporación puede concentrarse tanto en las oportunidades que pasan por alto las amenazas. Un análisis FODA permite a los profesionales de la gestión estratégica asegurarse de que se forma una comprensión integral del negocio.

Cinco elementos valiosos de una planificación estratégica exitosa:

Los planes estratégicos exitosos no son conocidos por ser fáciles de crear o ejecutar. Sin embargo, una planificación estratégica exitosa vale la pena el esfuerzo y el tiempo que invierten las empresas. Desafortunadamente, los profesionales de negocios con demasiada frecuencia fracasan en su proceso de planificación estratégica debido a la falta de conocimiento. La consideración de los amplios recursos utilizados durante el proceso de planificación estratégica debe considerarse esencial comprender los elementos clave.

Hay varios elementos clave de la planificación estratégica que requieren consideración. Los elementos clave van desde la declaración de objetivos y la declaración de visión hasta la ejecución del análisis FODA. 5 elementos valiosos de un proceso exitoso de planificación estratégica incluyen:

1. Declaración de la misión

La declaración de la misión de una empresa es una formulación integral que explica porque existe el negocio. Una declaración de objetivos también

declara lo que una organización espera convertirse en el futuro. La declaración de objetivos incluye objetivos a largo plazo con planes estratégicos asociados para lograrlos. Alternativamente, una declaración de visión es más concisa y predice el estado de negocio futuro a largo plazo. Para algunas empresas, una declaración de visión abarcará cinco años en el futuro y para otras dos décadas en adelante.

Es importante que los objetivos a corto y largo plazo contenidos en estas declaraciones sean objetivos SMART. Los objetivos SMART son todos los objetivos específicos, medibles, alcanzables, realistas y oportunos. Otro acrónimo de objetivo útil es BHAG, que significa metas grandes, peludas y audaces. Los objetivos del BHAG fomentan la ejecución estratégica efectiva de decisiones a corto plazo con el fin de lograr objetivos a largo plazo.

2. Valores

Los valores principales se elaboran después de formular una declaración de misión y una declaración de visión. Los valores fundamentales abarcan la percepción de una empresa del bien y del mal. Como extensión, a menudo se observan comportamientos aceptables e inaceptables dentro de los valores básicos. Tanto los líderes como los miembros del equipo pueden hacer referencia a los valores fundamentales para orientar los procesos de toma de decisiones a corto y largo plazo.

Los valores básicos se distribuyen a todos los empleados del personal, independientemente de su posición jerárquica. A menudo, las partes interesadas también están interesadas en los valores fundamentales de empresas específicas. Si bien algunas empresas pueden asumir que los valores básicos necesitan implementación, los expertos aconsejan que los valores puedan ser preexistentes. Para que los profesionales de la planificación estratégica puedan identificar los valores fundamentales se recomienda un análisis minucioso de la cultura de la empresa.

3. Análisis FODA

El análisis FODA se considera en general absolutamente crucial para una planificación estratégica eficaz. El análisis FODA evalúa las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de una organización específica. Un análisis FODA permite a las organizaciones entenderse más íntimamente a sí mismas. Con demasiada frecuencia, una gran corporación cegada por el éxito puede hacer la vista gorda ante las debilidades. Alternativamente, una pequeña empresa podría estar tan preocupada por las amenazas que, como resultado, se pasan por alto oportunidades sorprendentes. La planificación

estratégica eficaz con análisis FODA anima a las empresas a evaluar tanto el futuro a corto como a largo plazo de manera más exhaustiva. Los resultados del análisis FODA pueden impedir que surjan problemas catastróficos o disminuir el alcance de su daño. Un análisis FODA proporciona un valioso tiempo adicional para que una empresa se prepare para las amenazas potenciales y afronte las debilidades. Del mismo modo, la preparación para oportunidades y la mejora de las fortalezas pueden posicionar a un negocio para un éxito a largo plazo.

4. Objetivos

Los Objetivos a largo plazo constituyen un foco importante de cualquier proceso eficaz de planificación estratégica. Los objetivos a largo plazo definen lo que una empresa necesita para asignar recursos. Los objetivos a largo plazo también proporcionan un sentido de orientación y orientación a todos los funcionarios. Normalmente, los objetivos a largo plazo abarcan varios años en el futuro.

La formulación de una estrategia global es necesaria para lograr con mayor eficacia los objetivos a largo plazo. Una excelente estrategia permite a los profesionales de la planificación estratégica organizar mejor las iniciativas de rendimiento. Como resultado, se establecen y delegan prioridades a más corto plazo.

5. Medición

La capacidad de medir el progreso y el éxito de un plan estratégico no es negociable. Sin capacidades de medición, no hay forma de que las empresas sepan si un plan estratégico es efectivo. La planificación estratégica eficaz es un proceso a largo plazo que requiere chequeos y regulaciones coherentes.

Como tal, las empresas necesitan realizar un seguimiento de los niveles de rendimiento y producción. La producción y el rendimiento pueden medirse en función de los objetivos programados de forma coherente. Ya se habrá establecido un plan estratégico eficaz en los plazos establecidos. El análisis financiero también es importante para que las organizaciones estén fiscalmente conscientes de los costos asociados al proceso de planificación estratégica incurridos. Un análisis financiero integral es una herramienta inestimable tanto para presupuestar como para buscar nuevos inversores potenciales. El monitoreo evita problemas a corto plazo que se conviertan en problemas a largo plazo. Una supervisión excepcional permite a las empresas tomar medidas correctivas siempre que sea necesario. Los profesionales de la planificación estratégica no deben alarmarse al ajustar los planes. Como un plan estratégi-

co eficaz es a largo plazo en la naturaleza, se prevén ajustes. En última instancia, un ajuste es mucho más preferible al curso de acción alternativo, que es posible fracaso del plan.

Recuerde, si no es efectivo todo el proceso de planificación estratégica tendrá que repetirse. Abandonar un proceso de planificación estratégica no solo puede devastar los recursos de una empresa, sino también la moral. Como tal, se debe prestar gran atención y consideración a los procesos de planificación estratégica en cada paso del camino. (5)

Cuestionario y Actividades

1) Enuncie los dos elementos esenciales de la gestión, coordinar y motivar que se aplican en las organizaciones.

2) Identificar factores identificados en la cultura organizacional.

3) Describa al FODA con un Ejemplo

4) Defina con sus propias palabras que es Cultura Organizacional y como esta aporta en los servicios de Enfermería y salud.

1ª EDICIÓN

Gestión
de la calidad
en los
servicios de salud
Capítulo

II

*Gestión de los Servicios
de Enfermería*



Objetivos del capítulo

- Identificar las funciones del proceso administrativo aplicado a los servicios de salud
- Describir los tipos de Planificación que permitan el logro de los objetivos institucionales
- Formular tres dificultades de la planificación.

Teorías administrativas

La administración nace con la necesidad humana de organizarse para subsistir. El hombre, por sí solo, es incapaz de producir los satisfactores de sus necesidades. Fue precisamente la necesidad de disminuir o eliminar las limitantes que impone el ambiente físico, lo que le obligó a formar organizaciones sociales. Hoy en día, la complejidad de las organizaciones humanas y el desarrollo de la ciencia y la tecnología, han llevado a considerar que la administración es clave para lograr los objetivos.

Los diferentes enfoques del pensamiento administrativo han aportado infinidad de conocimientos útiles para la administración. La evolución de este arte desde los tiempos del empirismo hasta la actualidad, sólo puede apreciarse con el curso de la historia. Algunos sucesos históricos de trascendencia se muestran en los hechos que se mencionan a continuación:

- EGIPTO: La construcción de la Gran Pirámide es buen ejemplo del trabajo coordinado y organizado de miles de obreros y sus dirigentes.
- HEBREOS: El libro del Éxodo narra la dirección de Moisés y el establecimiento de leyes y reglas con un liderazgo poco usual.
- GRECIA: La influencia de los grandes filósofos es determinante en la administración. Sócrates, por ejemplo, transmitió a sus discípulos la importancia universal de la armonía y la organización, para lograr los objetivos. Platón, en sus reflexiones, disertó sobre la división del trabajo.
- CRISTIANISMO: Con Cristo, surge un liderazgo fuerte y decidido, una organización funcional extensa y una administración eficiente. Las organizaciones cristianas (entre las que destaca la católica), aportaron a la administración infinidad de principios y normas que prevalecen hasta nuestros días.

- **LA REVOLUCIÓN INDUSTRIAL:** La Revolución Industrial, un proceso que se inicia en Inglaterra y se extiende por todo el mundo, se caracteriza por la mecanización de la industria y la agricultura, la aplicación de la fuerza motriz, el desarrollo de fábricas y el avance en los transportes y las comunicaciones. Con el tiempo, el creciente dominio de la ciencia en la industria y el desarrollo de nuevas formas de organización se reflejan en los cambios sociales. El capitalismo como forma de organización social, es consecuencia y factor para los monopolios. La Revolución Industrial determina empresas, entre las cuales sobresalen:
 - a. Normas rígidas de trabajo.
 - b. Formas de comportamiento latinizadas y mecanizadas.
 - c. Un aumento en la dependencia entre los miembros de la organización.
 - d. Una necesidad de coordinación permanente.

La Revolución Industrial es la génesis de la teoría científica de la administración. Con ella aparecen los estudios sobre la productividad humana, la investigación administrativa, los principios administrativos, los conceptos de administración, las funciones de ésta y el enfoque de proceso.

Teoría general de la administración

Algunos autores señalan que el verdadero surgimiento de la administración se da con el despuntar del siglo XX se afirma también que éste fue el acontecimiento histórico de mayor importancia del siglo. La Revolución Industrial establece el origen de la teoría administrativa: por ello es lógico suponer que Inglaterra y Estados Unidos marcan la pauta en el desarrollo de las industrias, con lo cual determinan los aspectos iniciales de la teoría administrativa.

Teorías contemporáneas de la administración

Algunas de las teorías que agrupamos en este apartado tienen sus orígenes en el inicio del siglo XX. Sin embargo, dado que sus propuestas difieren de la teoría neoclásica de la administración, las incluimos bajo el rubro de contemporáneas. Es conveniente señalar que las diversas teorías que presentamos integran conceptos iniciales y consolidan las propuestas en nuevos modelos administrativos.

Teoría estructuralista

La teoría estructuralista inspirada en los trabajos de Weber y Marx, supone que la estructura deriva del análisis interno de la totalidad, a partir de los elementos que la conforman. El estructuralismo amplió el estudio de las interacciones entre los grupos sociales.

En administración, el estructuralismo se localiza en las interacciones de la organización, tanto internas como externas. La teoría estructuralista considera las organizaciones informales, desarrolla sistemas de análisis describe tipologías, considera los objetivos y la integración de los elementos humanos, y estudia el ambiente y los conflictos organizacionales. Esta teoría preparó el terreno para la teoría de sistemas.

Teoría del comportamiento o conductismo

Los conceptos que preceden a la teoría del comportamiento parten de la premisa de que es el hombre el elemento central de las organizaciones. De ahí que se dé énfasis a las motivaciones de la conducta. Los principales exponentes de la teoría del comportamiento son: Maslow, con su jerarquía de las necesidades, Herzberg, con la de los dos factores.

McGregor, con sus teorías X y Y, Likert, con sus sistemas administrativos, y Barnard con su teoría de la cooperación. La teoría del comportamiento ha hecho innumerables contribuciones al desarrollo organizacional. Considera como elementos de la administración a la estructura, las funciones administrativas y, principalmente, las personas.

Teoría del desarrollo organizacional

Surge en el decenio de 1960 como un conjunto heterogéneo de conocimientos relativos a la administración, generados por las diversas teorías ya mencionadas. Esta teoría abarca cuatro variables dimensionales de la administración: la organización, el entorno social, los grupos sociales y el desarrollo.

Con ella, se introducen en la administración conceptos como: cultura organizacional, cambio, desarrollo y dinamismo. Se enfatizan los cambios estructurales para dar dinamismo a la organización, los cuales son cuidadosamente planeados. Se manejan postulados básicos del desarrollo organizacional que reciben influencia de las leyes de la dialéctica.

Además, se generan modelos y procesos para el desarrollo. Los métodos de análisis y evaluación, como feedback (retroalimentación), el análisis tran-

saccional y la teoría de sistemas, se integran a la teoría de la administración como conceptos trascendentes.

Teoría de sistemas

Esta teoría, desarrollada por el biólogo alemán Ludwig Von Bertalanffy, causó, por el carácter multidisciplinario de su aplicación, un profundo impacto en las diversas disciplinas. En la administración, la teoría de sistemas produce una nueva concepción y un nuevo modelo. Esta teoría parte de la premisa de que todo fenómeno es parte de otro mayor. Las partes que conforman el “todo” están íntimamente relacionadas, de una manera que no es determinística sino probabilística.

La teoría de sistemas concibe al sistema como: el conjunto de elementos interrelacionados que forman una actividad para alcanzar un objetivo: se opera sobre datos, energía o materia, para proveer de información, energía o materia. Los sistemas pueden clasificarse por su complejidad en: simples, descriptivos y complejos.

Por su naturaleza se clasifican en: determinísticos y probabilísticos, aunque puede haber combinaciones entre las dos categorías. La teoría de sistemas aplica conceptos como: entrada o insumo (input), salida o producto (output), caja negra (black box), retroalimentación (feedback), homeostasis (equilibrio), redundancia (capacidad para eliminar la distorsión), entropía (pérdida de energía), informática (automatización de la información). Tales conceptos, entre otros, tienen amplia aceptación y difusión en la administración.

En ésta, la teoría de sistemas considera como elemento núcleo al sistema. La aplicación multidisciplinaria de conceptos y el énfasis en la comunicación caracterizan a dicho modelo administrativo. La aplicación de instrumentos de la teoría de sistemas en la administración es el beneficio más reconocido de dicha teoría. La carencia de investigaciones sobre la aplicación práctica de la administración por sistemas, impide evaluar los resultados de dicha teoría.

Teoría de toma de decisiones

La teoría de toma de decisiones es una teoría matemática: se fundamenta en la lógica y en la expresión por medio de símbolos. Según esta teoría, los elementos sobresalientes son el proceso y el problema. La simulación de situaciones expresada en modelos matemáticos hace posible manipular diversas alternativas de solución a problemas reales.

Consecuentemente, la simulación permite tomar decisiones importantes, con grandes probabilidades de éxito. Las técnicas utilizadas varían desde la

teoría de los juegos para el manejo de conflictos, las colas de espera para problemas de tiempo, la teoría de grafos (como PERT y CPM) para la planeación, evaluación y control, la programación lineal, la táctica y la estratégica. La investigación operacional, como técnica básica, ofrece soluciones viables en el logro de objetivos organizacionales.

Teoría de las contingencias

La teoría más actual, llamada de las contingencias, argumenta que la eficacia de las organizaciones no se alcanza con un solo modelo administrativo; por el contrario, es de acuerdo con el diagnóstico situacional de las variables externas e internas (ambiente y tecnología), como puede determinarse la mejor forma de administrar.

Según esta teoría, la estructura de la organización externa es una variable dependiente del entorno externo, y la tecnología modifica la organización. Skinner define la contingencia como la relación lógica inferencial de tres elementos:

- a. Una señal.
- b. Una conducta.
- c. Una consecuencia.

El ambiente, según dicha teoría, toma en cuenta los aspectos tecnológicos, políticos, culturales, económicos, sociales y demográficos. La teoría de las contingencias adopta la teoría de sistemas, pero su nivel de abstracción ofrece alternativas prácticas para el administrador. (6)

Proceso administrativo

El proceso administrativo se entiende, cómo el conjunto de funciones que tienen cómo resultado final, el cumplimiento de los objetivos de una organización. Las funciones del proceso se ejercen en consonancia, desde todos los niveles de gestión : macro-gestión; meso-gestión; micro-gestión.

El proceso administrativo no es lineal. Más bien se podría visualizar en círculo ya que, cada función se integra con el resto y el conjunto de la integración se observa en los resultados de la gestión.

Figuras 1.

Etapas del Proceso Administrativo.

Planificación

Organización



Dirección

Evaluación

Tomado de: Maciá Soler. 2013-2014. Curso Académico. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/31677/1/Funciones_del_proceso_administrativo.pdf

La gestión empresarial combina las funciones del proceso administrativo, adaptándolas a las condiciones de cada mercado. En concreto en sanidad, dentro de las empresas del sector servicios sanitarios (hospitales , centros de atención primaria....) se puede observar la adaptación de cada una de las funciones del proceso a las características específicas del entorno

Funciones del proceso administrativo

Planificación

- Concepto: La planificación es un proceso continuo de provisión de recursos y servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados según un orden de prioridad establecido, permitiendo elegir la o las soluciones entre muchas alternativas. La elección toma en consideración el contexto de dificultades internas y externas; conocidas en el presente o predecibles en el futuro.
- Objetivo de la planificación: El objetivo de los procesos de planificación sanitaria es incrementar el nivel de salud de la población. En planificación se usan definiciones operativas de salud mediante indicadores de mortalidad, morbilidad, factores de riesgo e incapacidad.

Características de la planificación

- Tiene carácter prospectivo. Es decir concierne al futuro.
- Debe de existir una relación plausible de causalidad entre acciones y resultados: Las decisiones que se tomen en planificación siempre tienen que estar relacionadas con el objetivo que se pretenda conseguir.
- Está orientada a la acción: Es un proceso continuo y dinámico que debe estar orientado a la acción con el fin de conseguir cambiar (para mejorar) la situación actual. No debe ser un documento teórico que se archiva y nadie usa en el día a día y debe en todo ir acompañada en cualquier caso de la dotación de recursos necesarios para llevar a cabo lo planificado.
- Naturaleza multidisciplinar: Debe realizarse por profesionales de diferentes disciplinas ya que las diferentes perspectivas de los mismos enriquecen el proceso planificador y permite obtener mejores resultados tanto en el análisis como en la ejecución de lo planificado. (Médicos, Enfermeros, Economistas, Sociólogos, Gestores, etc.)

Dificultades de la planificación

- Falta de información formal ya que en numerosas ocasiones los datos necesarios para planificar no están disponibles y hacer estudios específicos para conseguirlos puede ser muy caro o imposible.
- Necesidades superiores a los recursos disponibles.
- La gestión cotidiana ocupa todo el tiempo, lo que lleva a solucionar puntualmente los problemas sin reflexionar sobre su origen.
- Tendencia a usar soluciones ensayadas en otros contextos donde han dado resultado, debe siempre tenerse en cuenta el entorno en el que trabajamos, no siempre las soluciones son útiles sin un proceso de adaptación a la propia realidad.
- El entorno se modifica rápidamente, la sociedad avanza rápido y los cambios en las pautas culturales son cada vez mayores y hacen que debamos cambiar nuestras formas de trabajar si queremos dar respuesta a las necesidades sociales.
- Existencia de grupos de presión el planificador no está solo, la sociedad le va a exigir que dé una respuesta adecuada y que tenga en

.....

cuenta lo que opinan los diferentes grupos sociales, por lo que la participación es importante, no se puede planificar de forma aislada. (7)

Planificación

La planificación es la etapa de elaboración de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, determinar resultados e intervenciones de enfermería, plasmando este plan de actuación de forma escrita en un plan de cuidados.

A la hora de planificar los cuidados se deben llevar a cabo una serie de pasos que garanticen unos cuidados coherentes cuyo centro de atención es la persona.

Establecer prioridades

De los problemas identificados, rara vez se pueden abordar todos a la vez, por lo que es necesario valorar cuáles de ellos necesitan una atención inmediata y cuáles pueden ser tratados posteriormente. Este proceso de establecimiento de prioridades lo debe hacer la enfermera con el paciente en conjunto, ya que el objetivo es ordenar la provisión de los cuidados enfermeros, de forma que los problemas más importantes o aquellos que amenazan la vida de la persona sean tratados antes que aquellos que son menos críticos. Es importante que el paciente intervenga en este proceso y verbalice sus prioridades, que pueden no coincidir con las prioridades identificadas por la enfermera. Asimismo, esta decisión conjunta hace que se establezca un compromiso, haciendo que se sientan implicadas ambas partes, profesional y paciente.

El hecho de establecer prioridades no significa que no se aborde un problema hasta no haber dado por resuelto el anterior, puesto que posiblemente varios de ellos puedan ser abordados de forma simultánea.

Una forma útil para establecer prioridades es hacerlo según el marco conceptual de cuidados elegido para la práctica enfermera. Otra forma podría ser basándose en la teoría de Maslow, donde la enfermera da prioridad en primer lugar a las necesidades fisiológicas, es decir, a aquellos problemas relacionados con la respiración, la circulación, la hidratación, la eliminación o la regulación de la temperatura. Continuando con la jerarquía, a continuación abordaría aquellos problemas que representan una amenaza para su protección y seguridad; posteriormente lo haría con aquellos que representan una amenaza a su amor y pertenencia. Según esta escala, en último lugar se atenderían los problemas que representan una amenaza para la autoestima y la autorrealización de la persona.

También la enfermera debe tener la capacidad de decidir qué problemas son responsabilidad suya y cuáles se refieren a otros profesionales, diferenciando el rol autónomo de aquel que es en colaboración.

Formulación de resultados

Se formulan aquellos resultados que se esperan de la atención enfermera, lo que se quiere lograr con la persona. Los resultados se derivan de las características definitorias de los diagnósticos enfermeros y deben estar centrados en el comportamiento de la persona. Estos han de formularse antes de determinar y ejecutar las intervenciones para dirigir éstas hacia la consecución de resultados.

Determinación de las intervenciones enfermeras

Las intervenciones enfermeras se dirigen a ayudar a la persona a lograr los resultados de cuidados y parten de los factores relacionados de los diagnósticos enfermeros, buscando eliminar aquellos factores que contribuyen al problema.

El plan de cuidados es el registro escrito de la sistematización del trabajo mediante la aplicación del proceso enfermero, es el registro de todo lo planificado y llevado a cabo al paciente y con el paciente y recoge cada una de las fases del proceso de atención de enfermería. Su objetivo es dirigir los cuidados y promover la comunicación entre todas las personas que intervienen en su proceso de cuidados. Como todo registro escrito permite la evaluación y la investigación, es un soporte legal y ofrece datos para la toma de decisiones por parte de los gestores.

El paciente/usuario es el centro de los cuidados; esto es algo perfectamente asumido por la enfermería, sin embargo, en la práctica suele ser el profesional el que decide lo que le conviene a la persona a partir de los patrones del profesional, sin tener en cuenta la capacidad de elección y la libertad de la persona/usuario.

Continúa siendo poco frecuente la integración de la familia y de aquellas personas importantes en la planificación de los cuidados. Conocer sus expectativas, sus recursos, apoyos, conocimientos, creencias, etc., es importante para adecuar y consensuar con él el plan de cuidados, mejorando la satisfacción y el reconocimiento de los usuarios para con la profesión enfermera. (8)

Tipos de planificación

La planificación sanitaria es un proceso metodológico continuo, que partiendo de la identificación y análisis de los problemas de salud de una comunidad y tras establecer un orden de prioridad, determina para cada problema unos objetivos factibles, cuya consecución están ligados a la realización de una serie de actividades y a la movilización de los recursos existentes.

La planificación implica una toma de decisiones, concierne al futuro, es un proceso continuo y dinámico, debe ser de carácter multidisciplinar y enmarcarse dentro del contexto sociopolítico.

Conforme al nivel organizativo, existen tres tipos de planificación:

Tabla 1.

Tipos de planificación.

| | | |
|---------------|--|---|
| | PLANIFICACIÓN NORMATIVA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA | 1. Identificación de necesidades y problemas 2. Establecimiento de prioridades |
| PLANIFICACIÓN | PLANIFICACIÓN TÁCTICA | 3. Determinación de metas y objetivos 4. Determinación de actividades 5. Movilización y gestión de recursos |
| | PLANIFICACIÓN OPERATIVA | 6. Ejecución del programa 7. Evaluación |

Tomado de Jenyffer Soto Blog. 2023. <https://jenyffersoto.com/la-planificacion-en-salud/>

Planificación normativa

Dentro de esta clasificación se puede encontrar a las grandes metas que se generan a nivel político a medio y largo plazo.

Son el marco de referencia para todos los tipos de planificación, por ejemplo las políticas de salud de cada país.

Planificación Estratégica

En este tipo de planificación se pretende cumplir objetivos estratégicos para alcanzar lo propuesto por la política de salud.

Su resultado es el plan de salud. Implica tomar decisiones y seleccionar prioridades de acción, en función de las metas de la política de salud.

Ejemplo, si la política de salud quiere aumentar la accesibilidad a los servicios de salud: entonces se pretende conseguir que toda la población tenga un centro de atención primaria a menos de media hora y de un hospital a menos de una hora.

Planificación táctica

Se plantea conseguir objetivos operacionales e implica tomar decisiones a corto plazo, dentro de un año, relativas a tiempos, actividades que deben realizarse, etc.

Ejemplo: conseguir que el 100 % de los embarazos de alto riesgo sean controlados, u obtener una cobertura de inmunización del 85 % anti-covid en la población adulta mayor.

Los administradores usan la planificación táctica para describir los programas y objetivos.

Esta planificación debe concentrarse en el corto plazo a fin de ayudar a la organización a que logre sus objetivos a largo plazo, determinados mediante la planificación estratégica (plan de salud).

Planificación operativa

La planificación operativa consiste en la formulación y asignación de las actividades, el establecimiento de proyectos y acciones operativas, de una forma más detallada, que se deben ejecutar para cumplir con los objetivos marcados por la planificación táctica. (9)

Organización

En esta etapa del proceso, las autoridades han determinado los organismos administrativos, los niveles jerárquicos, los puestos necesarios, sus funciones y actividades dentro de la organización general y la del propio departamento. Señalan claramente la autoridad y responsabilidad de cada individuo, de tal forma que el esfuerzo total pueda ser aplicado y coordinado de manera sistemática.

En la organización también se define cual es la tecnología necesaria para que las personas puedan cumplir las funciones del propio departamento de enfermería a indican las características psicotécnicas que deberán tener quienes desempeñen papeles específicos. La estructura administrativa de enfermería es la forma en que están ordenadas las unidades que componen el organismo y la relación que guardan sus unidades entre sí, éstas a su vez constituyen las unidades administrativas; que integran la estructura con los

órganos, los puestos y las plazas. O sea, que la ordenación y arreglo estructural de las unidades administrativas implican en consecuencia la creación de: órganos, puestos, plazas y niveles jerárquicos.

Se crean órganos, puestos y plazas, porque es necesario dividir el trabajo de modo que pueda asignarse a personas físicas, se obtiene mayor eficiencia si la división del trabajo se hace por actividades afines, que permiten mayor especialización, y que den mejor economía de tiempo, esfuerzo y costo al ejecutarlas.

La organización va determinando la subdivisión de los organismos administrativos, en unidades de menor tamaño y nivel jerárquico, aplicado a la división del trabajo ya la especialización que éste requiere, se van formando los puestos con actividades afines, agrupándolos en unidades de mayor tamaño y jerarquía; estos son los llamados órganos. Los niveles jerárquicos se han creado, porque un solo jefe se ve básicamente incapacitado para dirigir de un modo efectivo a un número muy grande de subordinados, tal es el caso de enfermería, en el que se tiene la necesidad de delegar parte de la autoridad en otros jefes subordinados. Dentro de la organización de enfermería existen los criterios para determinar los puestos y plazas que necesita cada unidad médica, analizadas en las funciones específicas que se realizan, las especialidades de los servicios, las actividades en determinado proceso en la atención al paciente, y el tipo de equipo o paciente que es atendido con el mismo. Estos aspectos han ido determinando la complejidad y continua permanencia de los servicios que han de responder a las necesidades accionadas de la población por atender.

Para solventar estos requerimientos, el servicio de enfermería toma una característica significativa y diferente, ya que para dar atención al paciente en forma ininterrumpida, se requiere de un número considerable de trabajadores que van a integrar la plantilla de personal; por su magnitud se necesita establecer los niveles jerárquicos dentro de la estructura propia de enfermería; a fin de que se propicien los medios para el control de este personal en sus diferentes niveles, categorías y turnos. El definir el número total de plazas que necesita un servicio de enfermería, permite conocer el desglose por turno y categorías. Esto nos marca los requerimientos de personal para programar en forma equilibrada y escalada el tiempo de trabajo, descansos e interrupciones obligadas, que se van ajustando a las necesidades que se presentan. Quienes desempeñan las funciones de enfermería han de ser personas calificadas técnicamente, para poder cumplir con una responsabilidad de gran impacto, como es el cuidado y conservación de la vida de un ser humano.

El jefe de un departamento de enfermería es el responsable de la atención que brinda la enfermera a los pacientes, así como de planear, organizar, integrar, dirigir y evaluar los recursos humanos y materiales asignados para el cumplimiento de sus funciones. Para esto ha de valerse de la organización y de los niveles jerárquicos que en forma conjunta y agrupada comprende a todas las personas que realizan la supervisión de los servicios, y en cuya ejecución comprende la participación de todos los trabajadores adscritos al propio servicio. La organización es un proceso complejo en el que interactúan una gran variedad de elementos, y en el caso específico de un departamento de enfermería esto cobra mayor trascendencia, debido a que para la enfermera, su campo de acción es con y para el ser humano, el elemento más valioso de este universo, este aspecto humano la sitúa ante la sociedad, como a una persona a la que se le observa con mayor atención. Dentro de la organización general se nos ha indicado cuál es la tecnología apropiada, y que para cumplir con las funciones específicas, existe una estructura física y humana que permite guiar a este conjunto; y si es necesario saber como es su engranaje en cumplimiento de los propósitos y objetivos dentro de la propia institución. (10)

Dirección

La dirección en las organizaciones sanitarias se puede definir como un proceso encaminado a llevar a la organización a un punto concreto (visión) a través del uso y adaptación a unos recursos y a través de una estrategia y un plan de acción concretos.

Por otra parte, se debe considerar el concepto de liderazgo. Así se puede definir el liderazgo como la capacidad que algunas personas poseen para influir en otras para conducir las de forma libre y motivada en la dirección trazada mediante la realización y seguimiento de las actividades y estrategias diseñadas.

Se puede decir por tanto que: "Liderazgo es el proceso que influye sobre los miembros de un equipo, una organización, u otro; para garantizar y/o transformar el desarrollo de las actividades a realizar con el objetivo de dar cumplimiento a lo programado".

De esta forma, es sencillo comprender que las organizaciones sanitarias como cualquier otro ente empresarial, necesita ser gerenciado y dirigido de forma que se haga un uso adecuado de los recursos para la consecución de los fines y propósitos empresariales. En este sentido, se observa como para dirigir una organización sanitaria no es necesario estar en posesión de

habilidades o características propias del liderazgo, tan solo estamos obligados a estar impuestos de capacidad para dictar órdenes y autoridad para hacerlas cumplir.

Si se considera la voluntad como el mecanismo que nace del interior y que hace cumplir con un propósito, y la motivación como todos aquellos factores internos y externos que impulsan a la acción, se logra ver que estos dos conceptos, liderazgo y dirección, no pueden ser utilizados sin más y sin considerar ninguna otra premisa más. Son partes de un mismo proceso, que cuando se conjugan de la forma adecuada, devuelven un resultado exitoso desde todos los planos de la organización.

Los líderes sanitarios son la expresión ética y de los valores en la prestación de servicio, sirviendo como ejemplo y elemento motivador a la acción a toda la organización y por elevación a toda la profesión.

Si es cierto, que dirigir una organización sanitaria es una actividad destinada al liderazgo y control de las actividades de un grupo de profesionales orientados hacia un objetivo común, que es la salud y el cuidado de las personas. Motivo por el cual se debe pensar que para estar al frente de los colectivos profesionales sanitarios, se debe estar en posesión de las características propias del liderazgo y de las habilidades para gerenciar los grupos de profesionales sanitarios.

En este punto, no se debe olvidar que la propia historia, configuración y características de los grupos de profesionales sanitarios, son grupos a los que no resulta sencillo dirigir y liderar.

La dirección de las organizaciones sanitarias es una parte fundamental de la estructura de la salud para a partir de ella, ordenar y subordinar todos los procesos y actividades, y así de forma coordinada ponerla al servicio de la población de referencia y su salud y cuidado.

El único objetivo de establecer, planificar y desarrollar estrategias es integrar y controlar todos los aspectos y componentes de la organización sanitaria para realizar de forma adecuada y alcanzar los propósitos y fines de la organización. Sin el logro de una adecuada integración de todos los componentes que integran las organizaciones complejas, resulta imposible alcanzar objetivos del estilo de los que persiguen las organizaciones sanitarias.

De aquí, se desprende la necesidad de desarrollar habilidades y técnicas de dirección, ya que se puede decir que estas, componen el corazón de la necesidad de gestionar y dirigir una organización. (11)

Control

Se puede definir como el proceso de vigilar actividades que aseguren que se están cumpliendo como fueron planificadas y corrigiendo cualquier desviación significativa. Todos los gerentes deben participar en la función de control, aun cuando sus unidades estén desempeñándose como se proyectó. Los gerentes no pueden saber en realidad si sus unidades funcionan como es debido hasta haber evaluado qué actividades se han realizado y haber comparado el desempeño real con la norma deseada.

Un sistema de control efectivo asegura que las actividades y los servicios se terminen y se presten a los usuarios de manera que conduzcan a la consecución de las metas de la organización y satisfacción de los clientes. El control es necesario para verificar que las tareas asignadas se efectúen de manera correcta; consiste en la evaluación y regulación de las tareas, mientras se realizan y cuando se terminan. Es importante recordar que este hace parte de las etapas del proceso administrativo y comprende un ciclo que tiene como función principal la supervisión del cumplimiento de los objetivos propuestos.

El control es importante, porque es el enlace final en la cadena funcional de las actividades de administración. Es la única forma como los gerentes saben si las metas organizacionales se están cumpliendo o no y por qué sí o por qué no. El establecimiento de sistemas de control permitirá reconocer los logros en relación a los objetivos. El control es la apreciación del resultado de la ejecución en comparación con el plan. Establece causas de desviaciones y las medidas para su corrección.

Importancia del control

- Asegurar la ejecución de los planes.
- Obtener información sobre el avance, logro de los objetivos y las desviaciones.
- Inferir la utilización de recursos
- Corregir a tiempo y hacer frente a las situaciones indeseables.
- Mejorar o cambiar los planes sin que afecten al logro de los objetivos generales.
- Crear mejor calidad.
- Facilitar la delegación y trabajo en equipo.

Principios del control

- De la delegación: A mayor delegación, mayor control.
- Normativo: El control debe efectuarse con base en criterios preestablecidos de evaluación.
- De equilibrio: El control ha de efectuarse en todas las actividades administrativas, pero dando mayor importancia en el caso de variaciones importantes en el logro de los objetivos.

Tipos de control

Terry en su libro "Principios de Administración" expone que existen 3 tipos de control que son: El control preliminar, el concurrente y el de retroalimentación.

- Control preliminar (recursos): Este tipo de control tiene lugar antes de que principien las operaciones e incluye la creación de políticas, procedimientos y reglas diseñadas para asegurar que las actividades planeadas serán ejecutadas con propiedad. En vez de esperar los resultados y compararlos con los objetivos es posible ejercer una influencia controladora limitando las actividades por adelantado. Son deseables debido a que permiten a la administración evitar problemas en lugar de tener que corregirlos después.
- Control concurrente (actividad): Este tipo de control tiene lugar durante la fase de la acción de ejecutar los planes e incluye la dirección, vigilancia y sincronización de las actividades según ocurran, en otras palabras, pueden ayudar a garantizar que el plan será llevado a cabo en el tiempo específico y bajo las condiciones requeridas.

Técnicas de control

- Control de cantidad. Se relaciona con la mayor o menor demanda; en los departamentos de enfermería se considera la cantidad de pacientes atendidos.
- Control de calidad. Es acorde al tipo de servicio que se preste. En los departamentos de enfermería se relacionará con la calidad de atención que se preste.
- Control de tiempo. En casi todos los organismos viene a ser de máxima importancia como indicador de programación de actividades y la utilización al máximo de recursos.

- Control de inventarios. Se aplica para medir la existencias previstas y los suministros necesarios.

Objetivos del control

Un buen control debe llevar a los gerentes de hospitales a:

- Desarrollar una actitud estratégica de anticipación y prevención de problemas, en función de los objetivos y misión de la organización.
- Monitorear y ajustar el proceso de implementación, procurando conocer los factores de riesgo y desvíos comunes posibles.
- Analizar la información sobre el desempeño del hospital, examinando la calidad y validez de los datos producidos.
- Pensar más en objetivos y prioridades de trabajo menos en reglas.
- Reconocer a las personas por su iniciativa y capacidad de contribución y no por su comportamiento sumiso.
- Controlar lo esencial, reduciendo el control al mínimo, y permitir a las personas mayor libertad de acción.
- Supervisar a las personas periódicamente, por intervalos conocidos y previamente divulgados, estableciendo oportunidades más auténticas de debate sobre el desempeño. (12)

Preguntas y actividades

1) Elabore un concepto propio sobre Organización y explique que función cumple.

2) Describa los diferentes enfoques del pensamiento administrativo y como han aportado en la administración de las organizaciones de salud.

3) Elabore un mapa mental donde describa al proceso administrativo.

4) Describa los tipos de control y cual es su función en la organización.

5) Defina que es Gestión de los servicios de Enfermería.

1ª EDICIÓN

Gestión
de la calidad
en los
servicios de salud
Capítulo

III

*Calidad de los Servicios
de Enfermería*



Objetivos del capítulo

- Identificar las teorías de calidad
- Describir los componentes de la calidad en los servicios de Enfermería
- Definir que es un indicador
- Conocer la Impotencia de la aplicación de los estándares

Teoría de la calidad

Las teorías de la calidad son las diferentes explicaciones existentes sobre qué es la calidad y el estudio de cómo conseguir implementarla en la mayor medida en diferentes tipos de productos y servicios.

Debido a que la calidad es un concepto fundamental para conseguir la satisfacción de los clientes en las diferentes áreas del mercado, a mitad del siglo XX surgieron varias teorías sobre qué es exactamente y cómo alcanzarla.

Del estudio de la calidad se han obtenido varios beneficios a la hora de crear mejores productos y servicios. Algunos de los más importantes son la reducción de los costes de producción, la presencia prolongada en el mercado de un determinado producto, y la creación de mejores puestos de trabajo.

Uno de los avances más importantes en este sector es la Teoría de la Calidad Total. Se trata de una filosofía de empresa que propone la mejora continua, con el fin de que la compañía pueda producir cada vez mejores servicios y productos. Esta corriente tuvo una gran importancia en las décadas de los 80 y 90.

Desde que se propuso la primera definición de la calidad, y se postularon los elementos que debe tener un producto o servicio para alcanzarla, han surgido una gran cantidad de teorías de la calidad.

Teoría del control total de calidad

Esta teoría, creada por el Doctor Feigenbaum, intentó crear un sistema con varios pasos replicables que permitiese conseguir la mayor calidad en todo tipo de productos. De esta manera, se eliminaba el factor suerte en el proceso de conseguir la mayor satisfacción del cliente.

Sus principios básicos son los siguientes:

- Hoy en día, debido a la gran cantidad de productos similares que existen en el mercado, los compradores se fijan más que nunca en las

diferencias entre ellos. Por eso, la calidad de un producto es un factor decisivo a la hora de hacerse con él.

- La calidad de los productos es uno de los mejores predictores del éxito y el crecimiento de una empresa.
- La calidad proviene de la gestión de la empresa; por lo tanto, si se es capaz de educar a los dirigentes, los productos creados por una compañía serán de la mayor calidad posible.

Basándose en estas ideas teóricas, Armand Feigenbaum creó los siguientes puntos, que de ser adoptados por los altos mandos de una empresa llevarían a la mejor calidad en sus resultados:

- Definir un criterio específico de lo que se desea conseguir con el producto.
- Enfocarse en la satisfacción del cliente.
- Realizar todos los esfuerzos necesarios para alcanzar los criterios planteados.
- Conseguir que la empresa trabaje de forma conjunta y sinérgica.
- Dividir claramente las responsabilidades de todo el personal.
- Crear un equipo encargado únicamente del control de calidad.
- Conseguir una buena comunicación entre todos los componentes de la empresa.
- Importancia de la calidad para todos los empleados de la empresa, sin importar el nivel en el que trabajen.
- Empleo de acciones correctivas efectivas cuando no se cumpla con los estándares marcados.

Teoría de los 13 principios

La teoría de los trece principios fue creada por Jesús Alberto Viveros Pérez. Se basa en trece reglas que, al ser implementadas, permitirán conseguir la mayor calidad en el proceso de creación de un producto o servicio.

Las trece reglas son las siguientes:

- Comenzar a hacer las cosas bien desde el principio.
- Centrarse en la satisfacción de las necesidades del cliente.

- Buscar soluciones a los problemas en lugar de justificarlos.
- Mantener el optimismo.
- Conseguir buenas relaciones con los compañeros.
- Cumplir las tareas adecuadamente.
- Ser puntual.
- Mantener la cordialidad con los compañeros de equipo.
- Reconocer los propios errores y trabajar para corregirlos.
- Mantener la humildad, de tal forma que se pueda aprender de otros.
- Ser meticuloso en el orden y organización de las herramientas de trabajo.
- Ser capaz de dar confianza al resto del equipo.
- Encontrar la forma más simple de hacer el propio trabajo.

Según el autor de esta teoría, si todos los empleados de una empresa siguen estas trece normas, la compañía será capaz de llevar a cabo su labor con la mayor eficacia y calidad posibles.

Teoría de Joseph Muran

Este ingeniero y abogado rumano emprendió su carrera como asesor en Japón, donde recibió varios méritos debido a su ayuda en el desarrollo del país. Es un autor muy conocido, habiendo publicado once libros sobre el tema de la calidad.

Según él, para conseguir la mayor calidad en los productos o servicios de una empresa, es necesario trabajar en cinco puntos:

Concretar los peligros de tener una baja calidad

Si se identifica adecuadamente qué contras tiene el ofrecer un servicio de poca calidad, es mucho más sencillo conseguir que los empleados se den cuenta de por qué tienen que esforzarse. De esta manera, la calidad aumenta sin apenas esfuerzo.

Adecuar el producto al uso que se le va a dar

Se debe crear productos que estén enfocados a ser lo más útiles posibles para los clientes. De esta manera, no se realizan gastos superfluos en características que no interesan realmente.

Lograr adecuarse a los estándares de calidad definidos previamente

Los empresarios deben estar en constante comunicación con sus clientes para saber si los productos creados eran lo que querían. De esta manera, se puede saber si el producto o servicio ha cumplido las expectativas del comprador.

Aplicar la mejora constante

Una vez que se haya terminado un producto o servicio, se debe examinar cómo se ha hecho. De esta forma, la siguiente versión del producto podrá tener los errores mejorados, de tal forma que siempre se siga avanzando más en el camino de la calidad.

Considerar la calidad como una inversión

Juran creía que la calidad era la parte más importante de todo negocio, ya que traía muchos beneficios consigo. A pesar de que pueda ser difícil conseguir la mayor calidad en lo que se hace, con ella se consigue fidelizar clientes, aumentar los beneficios, y ser más competitivos que las empresas rivales.

Trilogía de Juran

Por otra parte, Juran creó tres pasos que se deben seguir para conseguir la mayor calidad posible en todas las empresas. Estos tres pasos son conocidos como la “Trilogía de Juran”, y son los siguientes:

Planificar la calidad

Para conseguir los mejores resultados, se debe trabajar previamente en los siguientes puntos: saber quiénes son los clientes y qué necesitan concretamente, desarrollar un producto que satisfaga esas necesidades, planear cómo se va a llevar a cabo ese producto, y comunicar este plan al equipo encargado de producirlo.

Control de calidad

El segundo paso una vez que se ha planeado todo el proceso de creación del producto es supervisar que efectivamente se está realizando de la mejor manera. Para ello, hay que tener en cuenta tres puntos: evaluar el comportamiento del producto en el mundo real, compararlo con las especificaciones previas, y trabajar para eliminar las diferencias.

Mejora de la calidad

De nuevo relacionado con la idea de la mejora constante, una vez que se haya creado un producto se deben llevar a cabo una serie de pasos para asegurar que la próxima vez el proceso vaya a ser todavía más eficaz.

Estos pasos son los siguientes: crear la infraestructura que permita la mejora, identificar puntos concretos en los que puede haber un aumento de la calidad, asignar un equipo de expertos a esta tarea, y proporcionarles todos los recursos y formación que puedan necesitar para llevar la calidad del producto creado al siguiente nivel. (13)

Gestión de la calidad

La gestión de calidad es una serie de procesos sistemáticos que le permiten a cualquier organización planear, ejecutar y controlar las distintas actividades que lleva a cabo. Esto garantiza estabilidad y consistencia en el desempeño para cumplir con las expectativas de los clientes.

La gestión de calidad varía según cada sector de negocio para el que se establecen sus propios “estándares”, es decir, modelos de referencia para medir o valorar el nivel de desempeño de la organización.

El sistema de gestión de calidad de una organización está determinado por todos los elementos que la conforman a fin de garantizar un desempeño constante y estable, y evitar cambios inesperados. El sistema también permite establecer mejoras al incorporar nuevos procesos de calidad según sea necesario.

Algunos ejemplos de elementos que conforman el sistema de gestión de calidad son:

- La estructura de la institución. Es la distribución del personal según sus funciones y sus tareas, y se denomina organigrama.
- La planificación de estrategias. Es el conjunto de actividades que permite alcanzar los objetivos **y las metas de la organización.**
- Los recursos. Son todo aquello que necesita la organización para funcionar, por ejemplo, el personal, la infraestructura, el dinero y el equipamiento.
- Los procedimientos. Son los detalles, paso a paso, de cómo realizar cada actividad o tarea. Según la complejidad de la estructura, los procedimientos pueden estar asentados por escrito.

Principios de la gestión de calidad

Los principios de la gestión de calidad tienen como finalidad dirigir y orientar a la organización para cumplir sus objetivos de manera exitosa. Se destacan ocho principios o cuestiones a tener en cuenta:

- El cliente. Comprender sus necesidades y cumplir con sus expectativas es la clave para satisfacer las exigencias de los consumidores y mantener su fidelidad.
- El liderazgo. El clima interno de la organización depende de la estrategia de dirección o de mando establecida. El líder principal puede delegar tareas en otros responsables designados, según el tipo de estructura.
- La participación del personal. La motivación de los integrantes de la organización genera un mayor compromiso, un mejor desempeño de sus tareas y reduce la incertidumbre en momentos de crisis.
- El enfoque basado en procesos. Guiar a cada área de la organización es parte del desarrollo global de la institución para alcanzar los objetivos de manera eficiente.
- El enfoque de sistema para la gestión. Llevar a la acción o a la práctica los procedimientos establecidos por la organización genera interacción entre cada elemento del sistema de gestión de calidad.
- La mejora continua. La evaluación del sistema de gestión de calidad (según estándares adecuados para cada rubro) es útil para obtener mejoras en los procedimientos.
- El enfoque basado en hechos para la toma de decisiones. El análisis de datos cualitativos y cuantitativos, sirve para medir el desempeño de la organización.
- La relación con los proveedores. Es importante mantener una relación beneficiosa y recíproca entre la organización y los proveedores como alianzas, descuentos, planes de pago, etc.

La gestión de calidad total es una estrategia originada en Japón en la década de 1950, impulsada por las prácticas de control de calidad de William Edwards Deming, también denominadas “círculos de Deming” (espiral de mejora continua).

La gestión de calidad total está orientada a crear conciencia de calidad en todos los procesos organizacionales, no solo a seguir los procedimientos. Contempla a la organización de manera global, junto con las personas que trabajan en ella.

El concepto de “calidad total” hace alusión a una “mejora continua” con el objetivo de alcanzar una calidad óptima en todas las áreas de la institución: desde la filosofía, la cultura, la estrategia y el estilo de la organización, todas las personas estudian, practican, participan y fomentan la mejora continua.

En la cultura japonesa, la mejora continua se denomina Kaizen (kai significa “cambio” y zen significa “bueno”). La gestión de calidad total implementa el método Kaizen para generar mejoras:

- En pequeñas acciones.
- Sin requerir de grandes inversiones.
- Con la participación de todos los miembros de la organización.
- Para actuar e implementar respuestas de manera rápida.

Además, la filosofía Kaizen evita los desperdicios, despilfarros o ineficiencias que puedan surgir en el sistema de producción, como:

- Excesos de producción. Produce a pedido.
- Defectos. Refuerza el control de calidad de pre-venta.
- Inventarios. Organiza, de manera detallada, cada recurso de la organización.
- Transportes. Optimiza los viajes y realiza varias encomiendas en un mismo envío.
- Demoras. Respeta de manera estricta los procesos internos a fin de evitar errores o demoras en la producción.
- Procesos innecesarios. Si no hay un objetivo o una razón clara, no se invierte en ellos.

La gestión de calidad en salud es regulada por la norma ISO 13485 para fabricantes de equipos médicos y para prestadores de servicios relacionados. Se basa en la norma ISO 9001, por los requisitos de satisfacción del cliente y por la mejora continua, pero contiene modificaciones más apropiadas para el rubro de la salud. Pueden certificarse organizaciones que:

- Fabrican productos sanitarios
- Distribuyen productos sanitarios
- Brindan servicios de asistencia técnica de productos sanitarios
- Brindan servicios de electromedicina y de ingeniería clínica en hospitales
- Centrales de esterilización en hospitales. (14)

Componentes de la calidad

Los factores que determinan la calidad en un producto están muy ligados a las características físicas y del funcionamiento del mismo. En un servicio, los factores que determinan la calidad están ligados a la percepción que los clientes tienen de él. Los más importantes son los siguientes:

La fiabilidad del servicio. Es la prestación del servicio prometido de forma correcta permanentemente. Ejemplos: el servicio técnico repara el televisor correctamente en el primer intento; el banco no comete errores en los extractos de la cuenta corriente; el hotel no ha extraviado la reserva de habitación.

El estado de los elementos tangibles. Es la apariencia de las instalaciones y equipos que dan soporte a la prestación del servicio. Ejemplos: las herramientas utilizadas por el técnico en la reparación son modernas; la sucursal del banco es agradable y cómoda; la habitación del hotel es confortable.

La capacidad de respuesta. Es la disposición para ayudar a los clientes y proporcionar un servicio rápido. Ejemplos: el servicio técnico viene a reparar el televisor el mismo día de la avería; el banco resuelve rápidamente la concesión de un préstamo; el hotel me proporciona inmediatamente una nueva habitación si no me gusta la actual.

La profesionalidad. Es el conocimiento de la prestación del servicio y la posesión de las habilidades requeridos por las personas encargadas de prestar el servicio. Ejemplos: el técnico conoce perfectamente las características del televisor y encuentra la avería rápidamente; el cajero del banco tiene las habilidades necesarias para no equivocarse en las transacciones; el receptionista del hotel puede atender a clientes extranjeros porque domina tres idiomas.

La cortesía. Es la atención y amabilidad del personal que presta el servicio. Ejemplos: el técnico recoge sus herramientas y deja todo tal y como estaba cuando llegó; los empleados del banco atienden siempre de forma

amable; el recepcionista del hotel se preocupa de conseguir entradas para un espectáculo.

La credibilidad. Es la creencia y veracidad de cumplimiento de lo prometido. Ejemplos: la reparación efectuada por el técnico está garantizada durante seis meses; el banco tiene buena reputación porque nunca ha estado involucrado en casos de estafa; tengo confianza en este hotel porque nunca han intentado cobrarme más de lo convenido.

Seguridad. Es la inexistencia de dudas, peligros o riesgos. Ejemplos: tengo la seguridad de que la reparación del televisor se realizó correctamente; mi dinero está seguro en el banco porque no tiene riesgo de quiebra; en el hotel no hay peligro de robo en las habitaciones.

Comunicación. Es la capacidad de escuchar a los clientes y de informarles con un lenguaje sencillo. Ejemplos: el técnico de reparaciones avisa si no puede llegar a la hora convenida; el contrato de apertura de una cuenta corriente en el banco está escrito en un lenguaje fácil de entender; el hotel nos comunica periódicamente sus ofertas.

Comprensión del cliente. Es el esfuerzo hecho para conocer a los clientes y sus necesidades. Ejemplos: la empresa de reparaciones se adapta a mi horario; el banco me reconoce como cliente habitual; el recepcionista del hotel atiende nuestras peticiones. (15)

Como crear un estándar

Los estándares de calidad son, en sí, una representación logística de toda la filosofía de la compañía aplicada a cada uno de los aspectos relacionados directamente con su marca y los productos asociados a la misma. Es decir, que en los parámetros de calidad de una empresa incluyen desde la propia concepción del bien o servicio que posteriormente pasará a ser comercializado, hasta el mismo estándar de servicio al cliente.

Es lógico suponer que en una era en donde las herramientas tecnológicas han dotado a las personas de la capacidad de poder expresar su opinión, la propia definición de qué son estándares de calidad en una empresa han adquirido una nueva dimensión. Ya que, los estándares de calidad aplicados sobre los productos y servicios que ofrece la empresa son claves para identificar la imagen que esta proyecta hacia el público.

La decisión de crear estándares de calidad surge debido a algún problema o resultado que no es satisfactorio. Los trabajadores involucrados deben analizar la mejor forma de realizarlo, poniéndose todos de acuerdo en que lo harán de esa manera.

Para establecer un estándar se requiere un criterio de desempeño que permita medir la calidad de forma uniforme, asegurando su confiabilidad y validez. Hay entidades que proponen normas y sistemas de medición dependiendo la naturaleza del producto o servicio. Algunas de estas son:

- ISO: Organización Internacional de Estandarización.
- NOM: Norma Oficial Mexicana
- DIN: Instituto Alemán de Normalización, dedicado a elaborar con otras organizaciones estándares técnicos para asegurar la calidad.
- BSI: Instituto de Normas Británicas: Crea normas para la estandarización de procesos para su desarrollo con eficiencia y seguridad, entre otros.

El establecimiento de una norma de calidad tiene como finalidad:

- Mejorar la calidad de los productos y servicios
- Crear confianza en los consumidores al elaborar un producto más seguro
- Ajustar las actividades de las personas en la organización
- Ser más competitivo frente a otras empresas dominantes en el mercado.
- Facilitar la expansión hacia otros países al cumplir normativas internacionales. (16)

Como crear un indicador

Los indicadores son una medida cuantitativa que tomada de forma sistemática permite conocer como es el nivel de calidad de lo que estamos midiendo. Casi siempre, tienen una forma de fracción, donde el numerador son los sucesos que medimos y en el denominador los sucesos estudiados.

- *Medidas continuas*, aquellas características que se pueden medir mediante unidades

- *Medidas por atributos*, no pueden medirse en unidades, lo que se valora es la existencia o no de una característica y se habla entonces de proporción.

Los Indicadores nos permiten medir qué estamos haciendo y si estamos consiguiendo los objetivos.

- Si hemos utilizado los recursos previstos (estructura)
- Si hacemos las actividades previstas (proceso)
- Si estamos consiguiendo lo que queríamos (resultados).

Los indicadores de resultados (los más importantes) van unidos a los objetivos operativos específicos y/o generales.

Tipo de indicadores

La clasificación descrita no debe considerarse excluyente ya que un mismo indicador puede pertenecer a un tipo o a varios a la vez. Las agrupaciones o tipos más importantes son:

Según la gravedad del suceso:

Proporción o tasa: son aquellos indicadores en los que el resultado habitual es encontrar algunos casos de no cumplimiento

Centinela: son los que no admiten casos y por tanto su aparición nos está manifestando un hecho indeseable

Según el tipo de suceso: Estructura, proceso, y resultados

Estructura (organización, equipamientos y recursos disponibles, por ejemplo, un protocolo), *proceso* (atención en el diagnóstico y tratamiento: por ejemplo: evaluación multidimensional de necesidades en 1ª intervención) o *resultado* (mide el éxito de las actividades realizadas durante el proceso).

Medición:

- Los de estructura (por ejemplo, protocolo) son siempre “dicotómicos”, o de 0-100%, ya que se tienen o no se tienen.
- Los de proceso (por ejemplo, pacientes en los que se realiza evaluación multidimensional en la 1ª visita) se expresan en el % de cumplimiento (n° de pacientes que tiene realizada la evaluación / n° total de pacientes atendidos).

- Los de resultado (por ejemplo, pacientes que tienen menos de 4 /10 de dolor en la 3ª visita) se expresan con el resultado.

Según el resultado del suceso:

Positivo: *es un suceso deseable, según el estado actual del conocimiento.*

Negativo: suceso considerado no deseable.

Elaboración de indicadores

Para la elaboración de los indicadores es recomendable adoptar la siguiente secuencia:

Elegir el enunciado o tema del indicador.

Describir la actividad o el suceso a monitorizar

Definición de los términos

Especificar los términos usados en el indicador que puedan inducir a distintas interpretaciones

Escoger el tipo de indicador.

Razonamiento

Especificar la base teórica en la que se basa el profesional, para medir ese aspecto concreto, así como, su utilidad

Descripción de la población diana.

Definir cuál es la población del numerador y del denominador del suceso a medir. Ej. N de pacientes con el procedimiento realizado / pacientes atendidos.

Fuente de información.

Listado de datos que necesitamos y de donde se van a obtener

Registro

Incluye los soportes que vamos a utilizar (en papel o informáticos) para recoger los datos y la forma de recogerlos (personas encargadas, instrucciones) Si hay un registro para recoger algo de lo que no hay indicador o hay indicadores que no se corresponden con ningún objetivo es que, o bien falta un registro o falta un indicador o falta un objetivo, o sobra un registro o sobre un indicador. No se debe recoger un dato que no vamos a utilizar o no nos sirva para medir algo.

Estándar o nivel que se quiere conseguir.

Si existen datos conocidos del indicador proponerlos como estándar, sino existe bibliografía u otras experiencias, proponer el nivel que se quiere conseguir en base al consenso de los implicados

Periodicidad de la recogida.

Cuándo y dónde dispondremos de los datos

Responsable del seguimiento.

Persona o personas encargadas de su recogida. Es aconsejable que se haya consensado con el equipo, para que la información resultante sea aceptada por todos los implicados.

Para escoger los indicadores se deben tener en cuenta las siguientes características:

- Relevantes: Aspectos considerados relacionados con la calidad para los profesionales, los pacientes y los gestores.
- Concretos: Los que están bien definidos evitan los errores en la recogida de datos
- Objetivos: Se deben evitar los que se basan en juicios subjetivos
- Válidos: Dependen de factores controlados y por tanto, la excepción es muy rara.
- Sensibles: Identifican los casos verdaderos positivos, por tanto, no hay falsos negativos.
- Específicos: Identifican solamente los casos en los que hay un problema real de calidad, por tanto, no existen los falsos positivos.
- Eficientes: el esfuerzo está equilibrado con la utilidad. (17)

Gestión del talento humano

El entorno actual y cambiante de las organizaciones, requiere de gerentes con capacidad de gestión del talento humano en salud, como el factor más importante que contribuye con la obtención de los objetivos institucionales. Dentro de los medios disponibles para cumplir con éstos, se encuentran las estrategias de dirección y desarrollo del personal como la motivación, que intervienen en la calidad del servicio que se presta.

La motivación es una estrategia impulsadora de la conducta humana, cuya aplicación se da en lo personal, familiar y profesional; en el ámbito laboral cobra mayor importancia puesto que es allí donde tiene gran utilidad para el logro efectivo de las funciones. Es por esto que se requiere de un personal motivado de manera constante, sin presiones, como parte de una estrategia que genere disfrute y aprovechamiento para el desarrollo de sus labores, que le den satisfacción por su buen desempeño y que sea empleada dentro de su rol de liderazgo en la organización.

A nivel conceptual, la motivación es un conjunto de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos, que permiten a la persona actuar con energía, por lo cual está asociada directamente a la conducta. Por ello, se define como factor esencial en el desarrollo de cualquier actividad, los cuales aplican una serie de impulsos, deseos y fuerzas para orientar su quehacer hacia las metas organizacionales .

También se refiere a un sentimiento de vitalidad que surge como consecuencia de un alto grado de vinculación con las metas estimulantes, proveniente de factores internos como el interés y/o factores externos como una necesidad específica organizacional. Todas estas características, permiten canalizar las funciones del personal hacia el resultado, logrado por un comportamiento energizado y dirigido.

En este sentido, las necesidades se establecen como el principal impulso motivador a saciar. Según Maslow existe una pirámide de necesidades que son el lugar de arranque de la motivación. Dentro del ambiente laboral, el nivel de logro y complacencia de éstas, precisa la conducta del personal que participan en el proceso de atención. Su explicación radica en lo escalonado de la satisfacción y motivación, ya que de manera ascendente se van obteniendo logros de carencias inferiores sobre las que están más en la cima de la pirámide.

Todos los anteriores factores motivacionales son el eje central para el desempeño asistencial, abarcando el deseo por hacer las cosas y el interés con el que las consideran para intervenir en el comportamiento de este gremio. En relación con lo anterior, la motivación es indispensable, debido a que es una actividad con relación directa con otros seres humanos que, por lo general, están atravesando por alguna dificultad y requieren de un acompañamiento y apoyo de personal motivado.

Por otro lado, se reconoce que el componente humano constituye una ventaja competitiva e intangible para las organizaciones que buscan mante-

ner la calidad en sus servicios. Uno de los gremios más representativos dentro de la gestión en salud es la enfermería, la cual cumple un papel dinámico de liderazgo en las funciones que realiza. Su formación académica le proporciona conocimientos para el cuidado en la atención que brinda y se articula con competencias de direccionamiento de equipos y autonomía en la ejecución de actividades.

La disciplina de la enfermería garantiza la continuidad en la asistencia a los pacientes, sin pasar por alto las labores administrativas que hacen parte del mismo proceso de atención; estos profesionales son líderes puesto que asocia el propiciar el cuidado con el enseñar a cuidar; llevando a cabo tareas diarias a través de equipos de trabajo a los cuales hay que guiar en sus actividades para obtener resultados satisfactorios que apunten a concretar el logro de la misión institucional.

El liderazgo ha sido conceptualizado como la capacidad de dirección e influencia en el desarrollo de las actividades de un grupo. Este proceso se favorece cuando se cuenta con cualidades personales de guía y control sobre otros individuos; como dice Koontz H y Weihrich H “es el arte o proceso de influir en las personas para que se esfuercen, de buen agrado y con entusiasmo, en la consecución de las metas del grupo”. Ser líder implica dirigir a través de un proceso de comunicación para alcanzar diversos objetivos que se articulan con los valores y moral de sus seguidores.

Otro concepto, defiende que el liderazgo mediado por el uso de valores y aptitudes, contribuye significativamente al desarrollo de visión, estrategia, receptividad y confianza. Su práctica se fundamenta en gestionar el cambio, brindando respuestas dinámicas a todas las estructuras administrativas, es decir, a los servicios, al personal a cargo y a los clientes externos e internos que abarcan las fases del proceso gerencial.

Las propuestas del líder deben de responder a las necesidades del equipo, por lo que el liderazgo suele tener cuatro puntos importantes de acción, como los señala Auccasi M y Márquez S:

1. La posición de liderazgo involucra la participación de otras personas que ayudan a reafirmar las órdenes y cualidades del líder.
2. En el liderazgo hay una desigualdad de poderes, puesto que el líder tiene más influencia en las actividades de sus seguidores, aunque estos las puedan realizar de diferentes maneras.

3. Las formas del líder influir en el equipo, pueden ser positivas o negativas de acuerdo a la finalidad a alcanzar.
4. El liderazgo debe ser permeado por valores, para que pueda ser reconocido en el tiempo.

En enfermería, el liderazgo tiene un vínculo directo con la autonomía, por lo que las personas cumplen voluntariamente sus labores hacia el logro de las metas grupales. El equipo de auxiliares y profesionales es motivado por el líder, para que entreguen todas sus capacidades y conocimientos para el cumplimiento de los objetivos de cuidado, incluyendo la seguridad del paciente, la promoción de la salud, la satisfacción del usuario y la administración de los recursos.

Toda institución líder se enfoca en la gerencia de la calidad, donde la toma de decisiones se centraliza en el cliente, por lo que se favorece el desarrollo del talento humano que ejerza todo su potencial de liderazgo, para obtener resultados de calidad mediante una acción dirigida y con propósito, donde el grupo tenga la disposición para solicitar orientación y recibir ayuda por parte del líder de enfermería, quien es artífice del cambio y potenciador de una cultura organizacional.

Teóricamente, el liderazgo se ha constituido como un elemento relevante para propiciar el cuidado mediante la gestión de enfermería y para el crecimiento de las instituciones de salud. A lo largo del proceso académico de un profesional, se vuelve pieza clave y característica imprescindible de quien dirige, aunque no todos los líderes la han sabido desarrollar en beneficio del resto. A través del liderazgo se obtiene reconocimiento del equipo, brinda confianza, son mas efectivos en la comunicación con el otro y resuelven de manera asertiva y oportuna los problemas del día a día .

Ser líder implica guiar a las personas en su trabajo teniendo sentido de compromiso, alto grado de comunicación para la toma de decisiones, un buen nivel de motivación, logro de consensos, tener unidad en su equipo y hacer vínculos interpersonales apropiados para aunar esfuerzos hacia el cumplimiento de objetivos. El líder en la organización debe ser positivo, con pensamientos y características que permitan anticiparse con sus acciones, generar ideas útiles e innovadoras y ser capaz de manejar situaciones complejas que se presentan en su servicio de influencia.

Pero también cuando se habla en el sector salud de los aspectos que intervienen en el funcionamiento y procedimientos necesarios para alcanzar los objetivos, es importante tener en cuenta el factor toma de decisiones, el cual

hace parte de un complejo sistema coordinado con otros elementos para que el resultado sea el óptimo. El ámbito cotidiano está enmarcado en diferentes situaciones y en un porcentaje muy alto se debe involucrar la toma de decisiones como elemento fundamental.

La toma de decisiones es el conjunto de operaciones que comprenden desde el momento en que se detecta una situación que hace necesaria la toma de decisiones hasta que ésta es adoptada y ejecutada.

En el ámbito sanitario tomar decisiones es un proceso frecuente, aunque potencialmente difícil, bien sea por la complejidad del asunto tratado, por la urgencia del tiempo requerido para ver los resultados de ella o por los componentes involucrados en la misma. La afectación positiva o negativa de la decisión recae directamente sobre el director del grupo de trabajo que integra la sección.

Se puede decir que no existe un modelo universal para generalizar la toma de decisiones, dado que cada situación presenta variaciones particulares que hacen más difícil la resolución de la situación planteada. Se puede tomar como parámetro una situación similar de una entidad de salud externa, pero no se puede concluir de la misma manera antes de hacer los ajustes necesarios.

Es importante tener en cuenta en la toma de decisiones la participación de todo el grupo de trabajo, si no es muy grande, o una representación idónea que vele por los intereses de todos los integrantes involucrados. Adicionalmente, vale la pena considerar la realidad de la organización y está transversalizada por los impactos en los grupos de interés.

Ante una situación compleja, mayor será la dificultad de la toma de decisiones, por lo tanto se debe analizar las posibles alternativas con sus pro y sus contra, de una manera objetiva, imparcial, para llegar a la mejor resolución mediante una toma de decisiones coherente y donde el grupo involucrado quede satisfecho, lo cual garantiza la integración adecuada en la labor específica desarrollada.

Cuando internamente el grupo de trabajo, no se pone de acuerdo y no se toma una decisión unificada, el director debe conciliar con el grupo o en caso extremo involucrar un agente externo y neutral que ayude a tomar una decisión que se ajuste a las necesidades de la institución, ya que las premisas generales son más importantes que las particulares.

Un factor a tener en cuenta en cualquier toma de decisiones es la implementación, el seguimiento y la evaluación de los resultados para hacer los ajustes necesarios donde el objetivo no se cumpla. Por esto es importante que la decisión final esté bien estructurada y sea lo más objetiva posible porque las correcciones de las mismas serían mínimas.

En el aspecto de salud cuando se toman decisiones en el que se involucra el personal de enfermería, teniendo en cuenta los procedimientos de las diferentes secciones, no se puede olvidar al usuario receptor del servicio, puesto que directa o indirectamente, se verá afectado por el resultado final de la decisión. Aunque no interviene en ella, si es parte importante de la misma, porque su grado de conformidad mostrará el éxito o no de la misma.

En la toma de decisiones se deben considerar en lo posible varias etapas que se vuelven requisito para llegar a un producto final equilibrado y de acuerdo al asunto realizado con ella. No quiere decir que esta rigurosidad sea indispensable en cada caso particular, porque habrá alguno de los procedimientos que se pueden obviar. Esto depende de la complejidad del tema al que haga referencia.

Las decisiones pueden ser afectadas por diferentes elementos, los cuales se deben tratar de acuerdo a los casos particulares en primera medida y luego abordar los casos generales para que éstas queden enmarcadas en una forma más amplia ante cualquier eventualidad.

Las alternativas, objeto de análisis, deben contemplarse inicialmente como algo particular para que al seleccionar las más adecuadas sean de fácil aplicación al entorno para el cual se diseñaron. Es adecuado tener en cuenta en el proceso de la toma de decisiones, no exagerarse en postulación de demasiadas alternativas, porque se complicaría la selección de las más adecuadas y se podría caer en hacer relevante algo que no tenga tanta importancia, así se estaría haciendo un proceso inadecuado.

Antes de tomar la decisión se debe tener muy claro que éste es un proceso cíclico, influenciado por los conocimientos, expectativas y experiencias previas que posee quien debe tomar la decisión y que terminan por cambiar la conducta de éste frente a la situación.

Para construir el significado del proceso de toma de decisiones, se deben tener presentes dos escenarios:

1. Los elementos subjetivos que influyen en la toma de decisiones.
2. Las etapas que conforman el proceso de toma de decisiones.

En ambos aspectos, es importante identificar la influencia que tienen las intenciones, objetivos y conocimientos en las dos etapas que constituyen el resultado final en la toma de decisiones. Aquí visualizamos el proceso mental como fase preliminar y la ejecución de la alternativa elegida, concluyendo que es la mejor. Esta idea se puede afianzar o descartar, según sea el resultado final después de un seguimiento adecuado o evaluación de la misma.

El éxito de la decisión se alcanza en la medida que el proyecto real coincida con la visualización a futuro que se había tenido en cuenta desde un principio, este proceso se debe ver como una acción de varios componentes, alrededor del proyecto mental y los elementos determinantes de éste, como la intuición, las capacidades, los datos, la información, las herramientas y las experiencias de éxito o fracaso. Finalmente se debe llevar a cabo un proceso similar con la ejecución y la realimentación.

Tanto la acción como la decisión son consideradas como procesos que comienzan en el momento que el hombre mentalmente o directivos se propone un objetivo y terminan con la realización del acto correspondiente. Se debe tener en cuenta que para lo anterior es importante el aprendizaje individual y organizacional y así se comprenderá mejor que el proceso de la toma de decisiones es un espacio de aprendizaje en las instituciones, ya que estos conceptos siempre van ligados para obtener el resultado esperado.

Respecto a la fase de aprendizaje y la toma de decisiones, que es aquel momento en que se ejecuta la alternativa elegida durante el proyecto mental, denominada experiencia, traducida como observación, varía de acuerdo a los factores particulares de cada institución.

La evaluación de beneficios y dificultades, no siempre se podrá conceptualizar como una relación costo-beneficio, porque hay otros aspectos que se deben tener en cuenta, según el objetivo planteado. Pero cuando necesariamente la relación si es económica, se debe evidenciar si se alcanzaron las metas esperadas o no, mediante un etapa de evaluación de los resultados, realizando un proceso de realimentación aplicando el proceso de aprendizaje, mientras se concluye el acierto o el fracaso y las medidas a tomar para mantener el rumbo alcanzado o realizar los cambios necesarios.

Todo proceso evaluativo permite exhibir la existencia de posibilidades de éxito o de fracaso, teniendo en cuenta el conocimiento previo o motivo inicial, además analizar la situación final, objetivo o meta. De cualquier forma a partir de una situación inicial basada en experiencias anteriores, se introducen cambios ajustados a la situación real, asimilados a ensayos o acciones anteriores,

se llega a la conclusión por parte de quien tomó la decisión si la situación final es la esperada o aún falta ajustarla, para llegar a la meta u objetivo esperado. (18)

Funciones de los servicios de enfermería

La enfermería es una disciplina profesional que abarca cuidados autónomos y en colaboración que se ofrecen a las personas, familias y grupos poblacionales, enfermos o sanos; estos cuidados incluyen la promoción de la salud, la Prevención de la enfermedad y los cuidados de las personas en condición de discapacidad e incluso moribundas.

Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), las funciones esenciales del profesional son: la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. Deben ir anclados al uso de las teorías y modelos propios de la disciplina que se han generado para impactar de manera positiva sobre la vida de los pacientes y de sus cuidadores directos e indirectos, primarios y/o secundarios.

El profesional de enfermería debe estar en capacidad de brindar cuidados a todas las personas, independientemente de su condición; esta atención debe garantizar el bienestar y la seguridad de las personas, preservando su salud, que se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Para lograr su objetivo debe estar en permanente desarrollo y fortalecer actitudes y valores que permitan la humanización en su quehacer cotidiano, siendo reflexivo, crítico, comprometido, humanista, solidario, respetuoso, honesto, creativo, participativo y responsable para atender al individuo, en un sistema de salud que busca satisfacer las necesidades de la población a cuidar.

La enfermería se ha identificado como una profesión humanista, centrada en el cuidado individual, colectivo y de entornos, a partir del desarrollo de sus acciones. Debido a la complejidad de alguna de las acciones desarrolladas por enfermería, se plantea que estos cuidadores manejen competencias, entendidas como el conjunto de comportamientos que incluye conocimientos, habilidades y atributos personales que son fundamentales para el logro de un trabajo exitoso; de acuerdo a sus funciones y los estándares requeridos en el empleo, dentro de las cuales se deben considerar: el conocimiento, la comprensión y el juicio; las habilidades cognitivas, técnicas o psicomotoras e interpersonales y las características y actitudes personales, que permitirán el

desarrollo de las actividades en el ámbito hospitalario, comunitario o combinando desde los escenarios de docencia e investigación.

Estos elementos permiten desarrollar de manera óptima el arte del cuidado, como un concepto multidimensional en permanente construcción, que ha sufrido una invisibilización, debido a la sobrecarga laboral, la escasa infraestructura institucional, la falta de recursos materiales para la atención y la cantidad de personas que se deben atender en un servicio; no obstante el cuidado es la identidad del profesional de enfermería y cuando estos no pueden cumplir con su tarea de manera adecuada, sienten que se les está limitando su autonomía y su capacidad de acción.

El CIE, resalta la importancia de diferenciar las funciones de los profesionales de enfermería, con las de otros profesionales sanitarios y reconoce que deben hacerse distinciones entre las categorías del personal según sus conocimientos, funciones, contexto laboral, responsabilidades y la formación académica, para establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería, que permitan cumplir con los cuatro deberes fundamentales por ellos establecidos, así: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, de manera tal que se dignifique la vida, se humanice la prestación de los servicios y se ofrezca un cuidado de calidad.

Todo este desarrollo de tareas, funciones y actividades ofrecidos por los profesionales de enfermería se realizan dentro de un sistema de salud, que la OMS, define como la suma de todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas, cuya finalidad primordial es mejorar la salud de la población, que debe prestar servicios que respondan a las necesidades de la población y sean equitativos desde el punto de vista financiero, al tiempo que se ofrezca un trato digno a los usuarios.

Este sistema de salud requiere personal, fondos, información, suministros, transporte, comunicaciones, orientación y direcciones generales. A su vez este talento humano, constituye un elemento fundamental en la producción de los servicios de salud; su contribución a la ejecución efectiva de políticas de salud y a la estructuración de sistemas de salud y de servicios adecuados es ampliamente reconocida como esencial.

Para que un sistema de salud se consolide, debe tener tres elementos que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), define como: la población y el territorio, la estructura logística y los modelos de atención y gestión, cuando un sistema se desarrolla con estos tres elementos, su función se orienta a de-

terminar la estructura y el funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud y la seguridad social, por medio de la reglamentación de aspectos relacionados con la calidad de la atención, los mecanismos para la accesibilidad a los servicios de salud, los sistemas de información, los deberes y derechos de cada uno de los actores involucrados, guías y protocolo de atención y los planes de beneficios, entre otros más.

Atendiendo las características anteriores de la enfermería, sus funciones y el sistema de salud, es preciso analizar el rol que vienen desempeñando los profesionales de enfermería dentro del sistema de salud y el marco legal, que busca garantizar el derecho a la vida y a la salud, con cuidadores capacitados para ejercer su labor orientados a una persona, a colectivos y al entorno.

Los cuidadores en salud, históricamente, reconocidos como profesionales de enfermería, en ocasiones se alejan de la labor del cuidado y cumplen funciones administrativas asignadas como prioridad, lo que contribuye a la práctica invisible del rol de los mismos, y limita o no permite ver de manera clara el rol de un profesional con vocación y servicio humanizado orientado a garantizar y mejorar la calidad de vida de las personas cuidadas. (19)

Las enfermeras tienen básicamente las siguientes funciones: la función independiente y la función dependiente.

Funciones independientes:

- Preparar la habitación y la cama para la recepción del paciente y el alojamiento correspondiente. Y proporcionar un ambiente agradable, ordenado, limpio y seguro.
- Servir a los pacientes y realizar las tareas de ayuda específicas y generales requeridas para el mejor desarrollo de la exploración del paciente. O preste atención al rendimiento médico exacto del médico exacto en consulta o servicio.
- Supervisar la distribución de la nutrición. Y prestar atención a todo lo relacionado con la dieta y alimentación del paciente.
- Asegure la higiene de los pacientes críticos y administre las camas con la ayuda de asistentes clínicos.
- Preparar adecuadamente a los pacientes para la intervención o investigación, adherirse estrictamente a la atención prescrita y cumplir con los estándares apropiados de atención posoperatoria.

Funciones dependientes:

Las funciones de las que depende la enfermera son las delegadas por el médico:

Las enfermeras actúan como asistentes médicos y siguen sus instrucciones verbales o escritas con respecto a los servicios. Por ejemplo, técnicas invasivas básicas como administración de medicamentos, vendajes especiales y venopunción.

Vigile cuidadosamente a cada paciente, resuma por escrito todos estos cambios que el médico necesita saber para poder cuidar mejor al paciente, comunicar a sus superiores las irregularidades o deficiencias que observen en la prestación de asistencia o en la realización de los servicios encomendados.

Preguntas y actividades

1) Que aporta la Teoría de Joseph Juran para el desarrollo de la calidad.

2) Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), describa las funciones esenciales del profesional de Enfermería.

3) Elabore la pirámide de necesidades que son el lugar de arranque de la motivación. Según Maslow:

4) Describa los dos escenarios para construir el significado del proceso de toma de decisiones.

1ª EDICIÓN

Gestión de la calidad en los **servicios de salud** **Capítulo**

IV

Medición de la Calidad y Acreditación de los Servicios de Salud



Objetivos del capítulo

- Describir los modelos de evaluación según la dimensión de la organización y calidad de los servicios de salud.
- Analizar las escalas de desempeño según el modelo de evaluación de los servicios de salud.

Modelos de evaluación de la calidad de los servicios

Definir calidad del servicio y determinar cómo evaluarla ha sido motivo de importantes divergencias entre diversos autores. Aunque los servicios tienen una historia tan antigua como la civilización misma, es aproximadamente a partir de la década de los 60 cuando toman auge los estudios para evaluar y mejorar su calidad. Desde entonces han surgido propuestas reconocidas y diversos debates respecto a cómo definir y medir la calidad del servicio, sin llegar a un consenso.

Se describen a continuación algunos de los modelos de mayor referencia en la literatura científica, considerando los cuestionamientos publicados a los mismos, sus aplicaciones, o por sus contribuciones teóricas en la evaluación de la calidad del servicio.

El modelo de calidad de la atención médica de Avedis Donabedian (1966):

Para evaluar la calidad en los servicios de salud, se tiene como referencia obligatoria la propuesta del médico Avedis Donabedian, quien en 1966 establece las dimensiones de estructura, proceso y resultado, además de sus respectivos indicadores para evaluarla. Esta relación entre proceso y resultado, y la sistematización de criterios, genera reflexiones importantes sobre la responsabilidad en la calidad de este tipo de servicio.

En este modelo, la estructura describe las características físicas, de organización y otros rasgos del sistema asistencial y de su entorno; el proceso es lo que se hace para tratar a los pacientes, finalmente el resultado es lo que se consigue, normalmente traducido en una mejora en la salud, aunque también en la actitud, los conocimientos y en la conducta adoptada para una salud futura. Donabedian define calidad de la atención en términos de resultados, medidos como las mejorías esperadas en el estado de salud. Esta calidad puede evaluarse en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La atención técnica se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello

sus riesgos. La atención interpersonal mide el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes. Losada y Rodríguez consideran, para el caso de este modelo, que la calidad del servicio concebida desde un enfoque técnico obliga que su evaluación sea competencia de los profesionales de la salud, y escasamente mida la perspectiva de los pacientes, esto es, la calidad funcional percibida.

Modelo de calidad del servicio de Grönroos (1984):

Christian Grönroos, pionero de la escuela de gestión de servicios y del pensamiento de marketing, internacionalmente denominada la Escuela Nórdica de Marketing, propone en 1984 un modelo que integra la calidad del servicio en función de tres componentes: a) la calidad técnica, referida al “qué” representa el servicio recibido por los usuarios como consecuencia de la compra; según Grönroos este aspecto de la calidad tiene carácter objetivo; b) la calidad funcional, representa el “cómo” el usuario recibe y experimenta el servicio, relacionada con la forma en la cual se ha prestado el servicio a los usuarios por el personal del establecimiento; c) la imagen corporativa, representa el resultado de cómo el usuario percibe la empresa a través del servicio que presta, afecta su percepción de la calidad del servicio y está asociada a la imagen que se forma sobre la organización, ya sea por su experiencia previa o por la comunicación que haya recibido. Esta dimensión ejerce la función de filtro de las dimensiones anteriores.

Para Grönroos, la evaluación de la calidad técnica es más objetiva que la funcional. Agrega que los niveles aceptables se alcanzan cuando la calidad percibida satisface las expectativas del usuario, siendo éste influenciado por el resultado del servicio, por la forma en que lo recibe y por la imagen corporativa de la organización que lo presta. Respecto a la definición de calidad, Grönroos señala que es el resultado de un proceso de evaluación donde el usuario compara sus expectativas con la percepción del servicio que ha recibido. Se aprecia el énfasis dado por este autor al usuario, además señala que la calidad no sólo es determinada por el nivel de la calidad técnica y funcional, sino también por la brecha entre la calidad esperada y la experimentada, esto es, la desconfirmación. Una evaluación satisfactoria de la calidad percibida se obtiene cuando la experimentada cumple con las expectativas del usuario, es decir, lo satisface, es así como un exceso de expectativas puede generar problemas en la evaluación de su calidad.

Modelo de evaluación de la calidad del servicio Service Quality (SERVQUAL):

La escasa literatura en los 80 sobre calidad del servicio y la necesidad de contar con instrumentos para medirla impulsan el desarrollo de uno de los primeros y más reconocido trabajo en el área, denominado Modelo SERVQUAL. Esta propuesta de la escuela americana de marketing, fue desarrollada en varias etapas por un equipo de investigadores conformado por Parasuraman, Berry y Zeithaml. Inicialmente en 1985 con un estudio de tipo cualitativo, con entrevistas a usuarios y directivos de cuatro reconocidas empresas de servicios de los Estados Unidos: banca minorista, tarjetas de crédito, corredores de valores y reparación y mantenimiento de equipos.

Como resultado principal, estos autores obtuvieron un modelo conceptual de calidad del servicio fundamentado en la teoría de las brechas o Gaps (The Gaps Models of Service Quality), este explica las brechas entre las expectativas de los usuarios y su percepción sobre el servicio recibido. El modelo vincula cuatro elementos formadores de expectativas: la comunicación boca-oído, las necesidades personales de los usuarios, sus experiencias previas y las comunicaciones externas de la firma, y está conformado por diez dimensiones para valorar la calidad del servicio.

Luego de las críticas recibidas Parasuraman, Zeithaml y Berry en 1988, apoyados en una investigación cuantitativa, realizan estudios estadísticos de análisis factorial y simplifican el modelo anterior a cinco dimensiones: a) Empatía: muestra de interés y nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus usuarios; b) Fiabilidad: habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa; c) Seguridad: conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza; d) Capacidad de respuesta: disposición para ayudar a los usuarios y para prestarles un servicio rápido, finalmente, e) Elementos tangibles: apariencia física de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.

A partir de las cinco dimensiones anteriores, Parasuraman, Zeithaml y Berry desarrollan en 1988 el modelo multidimensional SERVQUAL y su respectivo instrumento de evaluación de la calidad del servicio. Plantearon 22 preguntas desde el punto de vista del usuario asociadas a sus expectativas, e igual número de ítems sobre sus percepciones del servicio recibido, evaluados en una escala de Likert de siete puntos,

conformando así el instrumento con 44 ítems. De esta manera, cuando las expectativas son superadas, el servicio puede considerarse de excepcional calidad. Cuando no se cumplen las expectativas del usuario, el servicio se califica como deficiente. Finalmente, cuando se cumple exactamente el nivel de expectativas del usuario, se define como un servicio de calidad satisfactoria.

Modelo Service Performance SERVPERF de Cronin y Taylor (1992):

El modelo SERVPERF surge a raíz de las críticas realizadas por diversos autores al modelo SERVQUAL, específicamente sobre su escala para medir las expectativas. Cronin y Taylor lo proponen como modelo alternativo para evaluar la calidad del servicio basado exclusivamente en las percepciones de los usuarios sobre el desempeño del servicio. Esta escala descarta el uso de las expectativas en esta evaluación. Este utiliza una escala similar a la del SERVQUAL por lo que emplea sus 22 ítems para evaluar sólo las percepciones, simplificando así este proceso. Esto lo justifican señalando que es escasa la evidencia respecto a que los usuarios valoren la calidad de un servicio como la diferencia entre expectativas y percepciones, además agregan que existe la tendencia de valorar como altas las expectativas. Estos autores desarrollan su escala con un considerable apoyo teórico, además de su superioridad psicométrica frente al modelo SERVQUAL probada por diversos estudios empíricos.

Modelo Jerárquico Multidimensional de Brady y Cronin (2001):

Brady y Cronin (2001) se basan en las percepciones de los usuarios sobre la calidad del servicio para la evaluación del desempeño del servicio en múltiples niveles y, al final, los combinan para llegar a su percepción global. A través de su investigación cualitativa y empírica muestran como la calidad del servicio constituye una estructura de tercer orden, donde la percepción se define por dimensiones y, a su vez, éstas en subdimensiones.

El modelo de Brady y Cronin propone tres dimensiones principales: calidad de la interacción, ambiente físico y calidad de los resultados. Este se presenta como una alternativa válida y fiable en la medición de la calidad del servicio en diversos contextos. Martínez y Martínez señalan que Brady y Cronin no abordan adecuadamente algunas contradicciones conceptuales importantes en cuanto a su multidimensionalidad, específicamente las dimensiones y subdimensiones.

La calidad percibida del servicio también puede ser evaluada de forma global, en función de la excelencia observada en su desempeño

general, sin hacer referencia a atributos específicos del servicio. La medición global facilita la implementación de modelos causales y permite una caracterización de la calidad percibida, pudiéndose estudiar su fiabilidad y validez, sin embargo, pierde información acerca de los atributos específicos del servicio, por lo que desde un punto de vista gerencial puede resultar menos atractivo. (20)

Criterios de acreditación y evaluación

Acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función (Decreto 1011- Resolución 1445 de 2006).

La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa, establecida y reconocida desde hace casi 50 años en Norteamérica, específicamente diseñada para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados y se desarrolla por profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean acreditarse y de reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados. Esta evaluación corresponde a un proceso voluntario en el cual se reconoce públicamente a una Institución Prestadora de Servicios de Salud, (IPS), Entidad Promotora de Servicios de Salud del Régimen Contributivo y Régimen subsidiado (EPS), Entidad de Medicina Prepagada (EMP) o Entidad Adaptada, Entidades Territoriales de Salud (ETS), el cumplimiento de estándares superiores de calidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos determinados por el Sistema Único de Habilitación.

Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad y, por ende, se ajustan cada cuatro años. Las organizaciones de salud que deseen mantener su certificado de acreditación, deberán renovarlo igualmente cada cuatro años.

El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera

que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas.

Internacional Society for Quality in Health Care (ISQua)

Es un organismo sin ánimo de lucro e independiente. Cuenta con miembros en más de setenta países. La ISQua asegura la mejora sostenida de la calidad y la seguridad de los servicios asistenciales. Los servicios que ofrecen ayudan a los profesionales de la sanidad, a alcanzar la excelencia en servicios sanitarios. La ISQua lanzó su programa internacional de acreditación (IAP) en 1999, se trata de un programa internacional que acredita, a su vez, a los organismos de acreditación. En diciembre de 2009, la ISQua había otorgado la acreditación a dieciséis organizaciones.

Principios de ISQua

El Consejo Directivo de la Sociedad Internacional para la Calidad de la Atención en Salud, ISQua, ha establecido principios guía para el desarrollo de los estándares de atención social y de salud que permitan su evaluación y acreditación. Los principios se basan en las dimensiones de calidad del Instituto de Medicina (OIM), de rendimiento de calidad efectivo, rendimiento organizativo eficiente, seguridad y atención al paciente. Los Principios ISQua también brindan orientación sobre cómo desarrollar y medir estándares.

Los Principios de ISQua cubren todas las funciones de una organización de asistencia social o de asistencia social, desde la gestión, la gestión, la atención al cliente y la calidad son:

1. Desarrollo de estándares: los estándares se planifican, formulan y evalúan a través de un proceso definido y riguroso.
2. Medición de estándares: los estándares permiten una calificación y medición consistentes y transparentes de los logros.
3. Rol organizativo, planificación y desempeño: los estándares evalúan la capacidad y eficiencia de las organizaciones de salud y asistencia social.
4. Seguridad y riesgo: las normas incluyen medidas para gestionar el riesgo y proteger la seguridad de los pacientes /usuarios del servicio, el personal y los visitantes.

5. Enfoque del paciente/servicio al usuario: los estándares se centran en los pacientes / usuarios del servicio y reflejan la continuidad de la atención.
6. Desempeño de calidad: los estándares requieren que los proveedores de servicios monitoreen, evalúen y mejoren regularmente la calidad de los servicios.

Sistema único de acreditación en salud

Es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

Configuración de la organización de evaluación externa El ímpetu para establecer una organización de acreditación o certificación puede provenir de una serie de posibles interesados: el Ministerio de Salud, las asociaciones de profesionales de la salud, organizaciones de consumidores, aseguradoras privadas, departamentos universitarios, sociedades de afiliación voluntaria, organizaciones benéficas de servicios de salud u organizaciones de ayuda. La iniciativa puede venir de una compañía o grupo de individuos que ven una oportunidad de mercado, por ejemplo, como asesores de las normas gubernamentales. Si el propósito del programa es claro, no es difícil identificar a quién servirá ya quién afectará. Tradicional, impulsado por la profesión. Una forma de involucrar a las partes interesadas relevantes que tienen o tendrán interés en el éxito de la nueva organización es a través de la creación de una junta preliminar o un comité asesor para establecer la organización.

Esto les permite sentir que tienen un interés en la organización y su trabajo y brindar asesoramiento y experiencia. Típicamente, los consejos independientes incluyen a los consumidores; representantes de asociaciones profesionales como enfermeras, gerentes y médicos; asociaciones de la industria tales como hospitales o casas de descanso; agencias de financiamiento; y los órganos estatutarios. Algunas juntas ahora se designan de acuerdo con las habilidades, la experiencia y la experiencia, en lugar de ser elegidas por organizaciones representativas de partes interesadas debido a los conflictos

de interés percibidos que pueden tener los miembros representativos, siendo el proveedor, el consumidor y algunas veces.

La organización de evaluación externa debe establecerse como una entidad legal, o parte de una, con responsabilidades legales claras para todas sus actividades de evaluación externa. Si es parte de un ministerio o agencia gubernamental, esta independencia es particularmente importante. La organización requiere una visión clara y una misión o propósito y una dirección estratégica para proporcionar la base para la planificación y dirección de la organización y debe guiarse por un conjunto definido de valores que se reflejan en todos los servicios y actividades.

También es importante que la organización tenga un conjunto explícito de principios éticos para informar toda la toma de decisiones y un código de conducta que describa los comportamientos esperados de aquellos que trabajan en y/o en nombre de la organización. Las organizaciones de evaluación externa que han tenido éxito en hacer mejoras en las organizaciones de atención médica de los clientes generalmente lo han hecho al estimular la motivación interna y el compromiso con la autoevaluación y el cambio. La experiencia externa de los países es necesaria y debe tenerse en cuenta en los costos iniciales. En la siguiente etapa, cuando se complete el desarrollo inicial y la organización esté lista para ofrecer acreditación o certificación, puede enfrentar otro desafío; cuanto más rápida sea la tasa de captación, más rápido deberá invertir para crear capacidad. La financiación debe ser perfilada para reflejar este crecimiento. (21)

Herramientas para medir la calidad del servicio

La calidad del servicio desempeña un papel fundamental en el éxito de cualquier empresa. Brindar un servicio excepcional no solo satisface las necesidades y expectativas de los clientes, sino que también fortalece su lealtad y confianza en la marca.

Para lograrlo es necesario implementar estrategias efectivas que mejoren continuamente la calidad del servicio; desde la personalización hasta la comunicación interna, existen diversas áreas en las que una empresa puede enfocarse para elevar su estándar de servicio y destacarse en un mercado competitivo.

Existen diversas formas de medir la calidad del servicio al cliente. A continuación, te presentamos algunos métodos que te pueden ayudar a hacer una evaluación de tu empresa:

A. Encuestas de satisfacción del cliente

Son unas de las herramientas más populares para medir la calidad del servicio; son muy útiles para recopilar la opinión de los clientes sobre la calidad del servicio recibido. Puedes diseñar encuestas con preguntas específicas sobre diferentes aspectos del servicio y solicitar a los compradores que califiquen su satisfacción. Las respuestas obtenidas pueden proporcionar información valiosa sobre áreas de mejora y fortalezas del servicio.

B. Evaluaciones de seguimiento y retroalimentación

Después de interactuar con un cliente, puedes realizar un seguimiento para obtener su opinión sobre la calidad del servicio. Es posible utilizar llamadas de seguimiento, correos electrónicos o formularios en línea para recopilar comentarios y sugerencias directamente.

C. Análisis de quejas y reclamaciones

Las quejas y reclamaciones de los clientes pueden ser una señal de problemas en la calidad del servicio. Realizar un seguimiento de ellas y analizarlas te permitirá identificar patrones recurrentes y áreas de mejora.

Un aumento en el número de quejas o una baja tasa de resolución de problemas pueden indicar deficiencias en el servicio.

D. Métricas de rendimiento

Establecer métricas clave relacionadas con el servicio al cliente te permitirá evaluar las dimensiones de la calidad del servicio de manera cuantitativa. Algunas de las más útiles son:

- Tiempo de respuesta promedio
- Tiempo de espera
- Tasa de resolución en el primer contacto
- Tasa de retención de clientes
- Satisfacción del cliente

Estos indicadores de calidad del servicio pueden medirse y monitorearse regularmente para evaluar tu empresa y detectar tendencias a lo largo del tiempo.

E. Evaluación de calidad interna

Realizar evaluaciones internas mediante la capacitación y el seguimiento del personal es otra forma de medición de la calidad del servicio, que puede ayudar a garantizar que se cumplan los estándares de calidad establecidos. Esto puede incluir la revisión de interacciones con compradores, la observación directa, la realización de simulacros y la retroalimentación constante.

Es importante utilizar una combinación de métodos para obtener una visión completa de la calidad del servicio al cliente. La información recopilada debe analizarse y utilizarse para identificar áreas de mejora y tomar medidas correctivas necesarias a fin de elevar continuamente la calidad del servicio. (22)

Instrumentos para evaluar el servicio al cliente

La evaluación del servicio al cliente es el proceso que analiza todas las interacciones en el proceso de contacto con el cliente, con el objetivo de identificar aquellas áreas donde puedan realizarse mejoras.

Con base en que la experiencia del cliente es de los factores más importantes que una empresa debe cuidar; de una evaluación del servicio constante se pueden extraer los insights que te permitirán materializar aquellos cambios necesarios para mejorar la satisfacción del cliente y hacer de su relación con tu empresa algo memorable.

La satisfacción del cliente es un indicador que preocupa cada vez más a las empresas. De acuerdo con PWC, uno de cada tres clientes dejaría de hacer negocios con una marca que amaba luego de una mala experiencia.

Por esa razón, es necesario cultivar lo que es la evaluación de servicio al cliente. Al tener más empatía con el consumidor y colocarte en su lugar en todos los puntos de contacto con el cliente durante el customer journey, puedes comprender mejor cuáles son las necesidades del cliente y plantear estrategias efectivas que satisfagan sus expectativas.

Ofrecer una experiencia excepcional representa los siguientes beneficios para la empresa:

- Contribuye con la rentabilidad;
- Incrementa las posibilidades de recompra y lealtad;
- Aumenta las ventas, porque los clientes son más receptivos a la venta cruzada;

- Reduce la sensibilidad de los clientes al precio;
- Convierte a los clientes en embajadores de la marca;
- Atrae nuevos clientes, como consecuencia de las recomendaciones;
- A largo plazo, puede reducir el costo de retención y adquisición;
- Fortalece el valor de la marca.

La satisfacción es influenciada, entre otros aspectos, por la percepción de la calidad.

Según Spreng y Page, 2003; Bhattacharjee y Premkumar, 2004; y Yi, 1990, la satisfacción del cliente se expresa a través de la siguiente relación:

- Satisfacción del Cliente = calidad percibida ÷ calidad esperada;
- Percepciones > Expectativa: nivel de satisfacción elevado del cliente – calidad ideal;
- Expectativas = Percepciones: cliente satisfecho – calidad satisfactoria;
- Percepciones < Expectativas: cliente insatisfecho – calidad inaceptable.
- Finalmente, no debes olvidar que el cliente, además de un producto de alta calidad –que se lo tienes que garantizar–, quiere que le ofrezcas una experiencia al cliente sin igual.

En un mercado tan competitivo como el de hoy, lo que hace que un cliente desarrolle lealtad de marca y no a otra es su relación con ella. Si brindas a tu cliente una buena experiencia, las probabilidades de que se quede son altas.

Para mejorar la experiencia, es necesario realizar la evaluación del servicio al cliente regularmente. A partir de indicadores de desempeño, puedes identificar problemas y oportunidades en diferentes etapas de la relación con tu audiencia.

Aquí algunos indicadores de satisfacción claves para monitorear.

1. Escala Likert

La escala de Likert es un instrumento que mide opiniones, percepciones y comportamientos. Su nombre se debe a su autor, el científico social estadounidense Rensis Likert.

Consiste en una pregunta cerrada con un conjunto de opciones de respuesta específicas. Ofrece un poco más de profundidad que una respuesta cerrada dicotómica del tipo SÍ/NO, porque además de descubrir si el cliente está o no satisfecho, permite conocer el grado de satisfacción.

Las respuestas que proporciona la escala de Likert pueden ser numéricas o verbales. El rango de opiniones contiene 5 o 7 puntos y va de un extremo a otro, contemplando opciones intermedias o neutras.

Un ejemplo de este tipo de encuesta es:

¿Qué tan satisfecho(a) te sientes con el servicio prestado?

Y las opciones de respuesta: Muy satisfecho (a) / Algo satisfecho (a) / Ni satisfecho (a), ni insatisfecho (a) / Algo insatisfecho (a) / Muy insatisfecho (a).

Además de un instrumento para medir la satisfacción del cliente, la escala de Likert puede ser útil en encuestas con diferentes objetivos como:

- medir el grado de importancia que tiene una característica o aspecto de tu producto;
- conocer la utilidad de un material que le ofreces al cliente como beneficio;
- evaluar la amabilidad del personal de servicio al cliente;
- diagnosticar la agilidad para resolver el problema;
- escuchar la opinión de los clientes sobre eventos de la marca y lanzamiento de productos;
- recibir feedback de clientes y empleados sobre alguna decisión de la empresa;
- otros temas de interés para diagnosticar y definir planes de mejora.

2. Net Promoter Score (NPS)

El Net Promoter Score (NPS) sirve no solo para realizar la evaluación del servicio al cliente, sino también para medir su probabilidad de recomendar tu marca. Consiste en una sencilla encuesta donde el cliente responde la siguiente pregunta:

En una escala de 1 a 10, ¿qué tan probable es que recomiende la empresa a un amigo o familiar?

Generalmente se emplea una escala de 1 a 10, donde 1 es “totalmente en desacuerdo” y 10 es “totalmente de acuerdo”.

3. Customer Effort Score (CES)

El Customer Effort Score (CES) es el indicador que revela el grado de dificultad o facilidad que implica para el cliente resolver un problema específico. Se trata de uno de los instrumentos para medir la satisfacción del cliente más relevantes, si consideras que las principales causas de las experiencias negativas son:

- insatisfacción con los tiempos de respuesta (35%);
- mal entrenamiento del empleado de servicio al cliente (30%);
- incapacidad del empleado de servicio al cliente para ayudar (31%);
- información inexacta por parte del asesor de servicio al cliente (29%).

4. Posición en el mercado

Además de realizar la evaluación del servicio al cliente indirectamente, la posición en el mercado permite conocer el desempeño de tu empresa en comparación con la competencia. Este indicador es útil para establecer puntos de referencia en cuanto a varios aspectos considerados clave para establecer mejoras, como:

- características de los productos;
- calidad;
- beneficios;
- atención al cliente
- reputación.

Puede realizarse a través de preguntas cerradas que evalúen un aspecto de cada competidor y de la empresa. Por ejemplo:

En una escala de 1 a 10, donde 1 es “muy en desacuerdo” y 10 es “muy de acuerdo”, ¿considera que X empresa (el aspecto que quieras evaluar)?

Otra opción consiste en pedir al cliente que ordene a las empresas y ubique en la primera posición la que más identifique con el enunciado y en la última, la que menos.

5. Tiempo de resolución

Parte de brindar un excelente servicio al cliente es resolver problemas de manera oportuna. Si puedes responderles rápidamente, es más probable que estén satisfechos con la experiencia. Además, el aumento de las tasas de resolución puede indicar la eficacia de tu equipo de atención al cliente.

La fórmula para realizar la evaluación del servicio al cliente en relación al tiempo promedio de resolución es:

Tiempo de resolución = Número total de tickets ÷ número de tickets resueltos

6. Seguimiento de las redes sociales

Muchos clientes expresan cómo fue su experiencia con tu marca en las redes sociales, sea esta positiva o negativa; pero pocas marcas visualizan y responden. Esto crea una experiencia frustrante y unidireccional para el usuario.

Al realizar un seguimiento de las métricas en redes sociales y hacer una periódica evaluación del servicio, puedes comprender los problemas o consultas más frecuentes de tus clientes, y así implementar mejores metodologías y procesos para solucionar sus problemas.

Estos indicadores de desempeño incluyen:

- preguntas técnicas;
- menciones de la marca;
- comentarios;
- reseñas sobre tu producto o servicio.

Para medir este KPI, analiza los criterios planteados y su variación mes a mes para comprender las tendencias e implementar mejoras continuas. (23)

Responsabilidad gerencial

La gerencia se concibe como un factor determinante en las organizaciones, cuyo principal papel es contribuir al trabajo en equipo y el fortalecimiento de la eficiencia, también se refiere a la consolidación de oportunidades, direccionamiento de la organización y aplicación racional de recursos, agrupando así a: la planeación, organización, motivación, factor humano y control en la organización.

El estudio de la responsabilidad gerencial es un mecanismo integrador con énfasis en la responsabilidad en el manejo de la información financiera constituido por tácticas y métodos de gestión con principios democráticos y conciliatorios que llevan a un equilibrio económico y social, además del fortalecimiento del ejercicio financiero.

Incluso, un sistema de información financiera demanda evoluciones en los muchos procesos, no solo contables sino también administrativos, de modo que requiere responsabilidades constantes de la gerencia para el manejo de toda la información financiera de la organización.

Las empresas conforman un mundo de negocios que a su vez hace parte de la sociedad y cuyo objetivo fundamental consiste en alcanzar un grado importante de éxito que también contribuya al crecimiento económico de un país. Por otro lado, para mantener el éxito continuo, es necesario identificar el principio y las cualidades de sus recursos que les permitan valorar la capacidad y el crecimiento financiero. De igual forma, poder detallar el beneficio de la gerencia, mismo que facilita una ruta orientadora para los entes de control y que le permite al administrador controlar de manera proactiva la gestión financiera transparente.

“La gerencia se define como el proceso de influir sobre las personas con el objetivo de dirigir sus esfuerzos hacia el cumplimiento de las metas, esto dependerá únicamente del estilo personal y las exigencias con respecto a la situación”.

“la gerencia es el arte de hacer que las cosas ocurran, la define como un cuerpo de conocimientos aplicables a la dirección efectiva de una organización”.

La dirección estratégica representa una valiosa herramienta de trabajo para cualquier empresa, participativa por excelencia, donde superiores y subordinados definen el conjunto de aspectos prioritarios y establecen objetivos (resultados) a ser alcanzados en un período de tiempo determinado y en términos cualitativos y cuantitativos, dimensionando las respectivas contribuciones (metas).

De esta manera, la gerencia cumple un papel importante en las organizaciones debido a que es esta quien direcciona a los colaboradores a través de metas, objetivos, planeación estratégica, motivación, entre otros, con el único objetivo de cumplir las expectativas empresariales y de mercado.

Los roles gerenciales se los divide en roles interpersonales, roles informativos y roles de decisión. En el caso de los primeros, agrupa a su vez: representación de la firma, líder, y enlace con los públicos externos. En el caso de los roles informativos se agrupan por receptor de la información de la operación de la firma, informador a los subordinados, y vocero con los públicos externos. En el caso de los terceros, se agrupan por decisor de la firma, manejador de conflictos, asignador de recursos, y negociador.

El proceso de dirección estratégica comprende cinco actividades principales:

1. Definir un concepto de negocio y formar una visión de hacia dónde se necesita dirigir la organización.
2. Transformar la misión en objetivos específicos de resultado.
3. Elaborar una estrategia que logre el resultado planeado; debe ser lo suficientemente inteligente y global para posibilitar el logro de las metas.
4. Implantar y poner en práctica la estrategia seleccionada de manera eficiente y eficaz.
5. Evaluar el resultado, revisar la situación e iniciar ajustes correctivos.

La dirección estratégica puede ser dividida en tres fases según:

1. Definición de objetivos estratégicos: esto implica definir la filosofía y misión de la empresa, establecer sus objetivos a corto y largo plazo para lograr la misión de la empresa que define las actividades de negocios presentes y futuras de una organización, es decir, realizar un análisis estratégico.
2. Planificación estratégica: esta fase implica, a partir del análisis estratégico y según la metodología propuesta, formular o diseñar las posibles alternativas que se tienen para conseguir la misión y los objetivos que se han elegido a partir del contexto definido en los análisis externo e interno.
3. Implementación estratégica: en esta última fase se busca asegurar las actividades necesarias, para lograr que la estrategia se cumpla con efectividad y controlar la eficacia de esta para alcanzar los objetivos de la organización.

Las funciones gerenciales consisten en cuatro actividades que se efectúan dentro de las organizaciones e incluyen la planeación, organización, dirección y control de los recursos con el fin de cumplir con los objetivos que están relacionados con el beneficio económico o la optimización de los mismos. Es así como el gerente es el encargado de planificar, organizar, dirigir y controlar los procesos de una organización con el único objetivo de generar ganancias, optimizar recursos, reducir costes, mejorar continuamente en procesos, ser líder y crear una cultura organizacional en la que los colaboradores se sientan empoderados de sus estaciones de trabajo. (24)

Cuestionario

1) Según el modelo de calidad de Avedis Donabedian. La calidad puede evaluarse en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes. Indique cuáles son esas dimensiones.

a. _____

b. _____

2) Christian Grönroos indica en uno de sus tres componentes:

La imagen corporativa, representa el _____

3) El Modelo de evaluación de la calidad del servicio Service Quality (SERVQUAL) contaba con cuatro reconocidas empresas. Nombre a cada una de ellas.

4) Menciones los indicadores de calidad del servicio que pueden medirse y monitorearse regularmente para evaluar una empresa y detectar tendencias a lo largo del tiempo.

**5) La satisfacción del cliente se expresa a través de la siguiente relación:
indique cuál es la correcta.**

Percepciones del Cliente = calidad percibida ÷ calidad esperada; calidad inaceptable

Percepciones < Expectativa: nivel de satisfacción elevado del cliente – calidad satisfactoria

Satisfacción del cliente = Percepciones: cliente satisfecho – calidad satisfactoria;

Percepciones < Expectativas: cliente insatisfecho – calidad inaceptable y satisfactoria.

Satisfacción del Cliente = calidad percibida ÷ calidad esperada;

1^{RA} EDICIÓN

Gestión
de la calidad
en los
servicios de salud
Capítulo

V

Garantía de la Calidad
en Salud



Objetivos del capítulo

- Describir los procesos de garantía de la calidad en el sistema de Salud
- Determinar los conceptos de la garantía de calidad en hospitales
- Identificar los pasos del proceso de acreditación en salud.

Conceptos de garantía de calidad en un hospital

La definición de garantía con respecto a la atención de la salud se basa en proteger a los pacientes contra riesgos o necesidades, siendo éstos una obligación ética y legal de los profesionales de la salud de responder por la calidad de lo que hacen. Es importante mencionar que éste no es un concepto absoluto sino relativo, ya que los beneficios y los riesgos deben ser establecidos de acuerdo con los estándares de beneficios factibles y de riesgos prevenibles. Así la calidad resulta siempre de un juicio comparativo. Los mayores beneficios posibles se definen en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes.

Garantía de calidad: Es responder del servicio que se otorga de manera que se proteja al paciente íntegramente como ser humano contra riesgos innecesarios y se le proporcionen los mayores beneficios posibles.

Definición operacional de garantía de calidad: Es el conjunto de acciones sistematizadas y continuas dirigidas a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que incrementen los riesgos a los pacientes a través de la monitoria, evaluación, diseño, desarrollo y cambios organizacionales.

Gestión de la calidad: Son las acciones que el directivo decida realizar a los diferentes elementos que dan sustento a la definición operacional.

Figura 2.

Garantía de calidad.



Tomado de: Raúl Pichardo; et.al. 2001. Garantía de calidad. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2001/ms011c.pdf>

Aseguramiento: Es cuando se enfatiza la evaluación y la monitoría sobre los otros elementos. Es el establecimiento de estándares explícitos susceptibles de ser verificados periódicamente con lo cual se asegura un nivel mínimo de calidad.

Calidad total/Mejoramiento continuo: Es la estrategia que se obtiene cuando se enfatiza el desarrollo y el cambio organizacional junto con la monitorización.

Reingeniería: Es la estrategia que consiste en el análisis de procesos con el objetivo de modificarlo radicalmente para hacerlos más eficientes e incrementar la calidad de los resultados obtenidos.

Benchmarking (Sistema de información comparativa de referencia): Es cuando se enfatiza la monitorización y se establece un sistema de comparación entre las mediciones realizadas.

Estos conceptos pueden ser aplicados perfectamente a los modelos de atención de salud, y es hasta la década de los cincuentas cuando se crea en los Estados Unidos la entonces Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales. A partir de entonces se inicia la época del Aseguramiento de la Calidad. (25)

Hay múltiples definiciones de lo que se entiende por calidad de los servicios de salud. Todas responden a diversas interpretaciones sobre qué significa atender las necesidades de atención sanitaria de la población a la que se ofrecen los servicios cuya calidad queremos definir.

A continuación podremos ver las aportaciones más relevantes en el campo de la salud:

El Instituto de Medicina de EEUU 1972 la define como “asistencia médica de calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ello”

Donabedian dice que la atención sanitaria tiene mayor o menor calidad en la medida que sus atributos se aproximen a los del prototipo. También la define como “ el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención”. Para su análisis Donabedian propone tres puntos de vista diferentes según quién la define:

- **Calidad absoluta:** Es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta el componente científico-técnico. Este concepto se basa en el concepto de salud-enfermedad, en el estado de la ciencia y la tecnología. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.
- **Calidad individualizada:** Desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención sanitaria, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costes y los beneficios y los riesgos que comportan la asistencia. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario, es decir, exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá.
- **Calidad social:** Desde esta perspectiva habría que valorar el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor

FUNCIONES DE LAS ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DE CALIDAD costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad. (Eficiencia. Distribución del beneficio a toda la población.)

Según la OMS, “la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr

el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

A principios de los noventa el Instituto de Medicina de EEUU (IOM) lanzó una segunda definición de calidad: “el grado en que los servicios de salud, para los individuos y las poblaciones, incrementa la probabilidad de los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual”.

En vista de la variedad de definiciones existentes, se hace evidente que no es posible elegir una y darla por universalmente válida, porque este tipo de definiciones no existe. Hay que tomar aquella definición que más se adecue a las circunstancias del entorno donde va a ser aplicada. (26)

Son varios los ámbitos en los que se puede intervenir para conseguir una mejora importante y sostenida de la calidad. La selección de los ámbitos, o bloques estratégicos, de intervención, y de las intervenciones concretas para implementar es la parte esencial de la estrategia de una organización para lograr la mejora de sus servicios. La consideración de todos los posibles ámbitos, bloques estratégicos o dominios conceptuales para las intervenciones es tanto más importante cuanto más alto sea el nivel del sistema de salud en el que estemos intentando actuar; entre otras cosas porque muchas de las posibles intervenciones van a ser posibles y tendrán sentido sólo si se implementan y dirigen desde un nivel relativamente macro.

Figura 3.

Los seis grupos de intervenciones para la mejora de la calidad.



Tomado de: Pedro Saturno. 2015. Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/160506_Metodos_Herramientas_SS.pdf

Los seis componentes estratégicos representados son un marco de referencia útil para poder considerar de una forma integral las diversas alternativas de intervenciones. Lo más común en cualquier sistema u organización es que haga falta algún tipo de intervención en la mayoría de los grupos. También es frecuente que en la mayoría de los casos se enfatice o se implementen intervenciones en relación con tan sólo uno o dos de los grupos o ámbitos posibles, por ejemplo regulación y estándares, cuando la mejora de la calidad precisa normalmente de un enfoque más integral que contemple intervenciones en la mayoría o en todos los grupos de intervenciones, cuyo significado es el que se describe a continuación.

Liderazgo

Es uno de los puntos clave de cualquier estrategia. El grupo de intervenciones relativas al liderazgo incluye la búsqueda y consolidación del apoyo de los líderes formales y reales (no siempre coincidentes) para las acciones de mejora que se quieren implementar. Obviamente los que se identifiquen como líderes para dicha estrategia van a formar parte del grupo de referencia y seguimiento, porque lo que se busca es su compromiso firme con la

mejora. En ocasiones va a ser necesario construir la capacidad de liderazgo en las personas que habrían de tenerlo, uno de cuyos componentes va a ser el reforzamiento y reconocimiento de su responsabilidad (accountability). Es conveniente que liderazgo y responsabilidad es vayan de la mano.

Sistemas de información

La reorientación de los subsistemas de información y de formación continuada normalmente forma parte de los puntos clave que hay que considerar en la implantación de un programa o sistema de gestión de la calidad en general. Lo mismo ocurre a la hora de diseñar estrategias para mejorar la calidad en temas o problemas de salud concretos. En este caso, se debe asegurar un sistema de información que sea útil para la monitorización de los cambios que se quieren lograr y el progreso de la estrategia. El sistema de información requerido no tiene por qué basarse siempre en tecnologías electrónicas sofisticadas. Los cambios deben ser lo más simples posible, con objetivos bien claros (el sistema de información es un medio, no un fin en sí mismo); es posible utilizar, si es preciso, métodos de muestreo y monitorización simplificados, como el LQAS (Lot Quality Acceptance Sampling). Es también importante que la información que se genere se ponga a disposición de todas las partes interesadas para reforzar su compromiso, y que se aplique de forma consistente, no parcial, en todos los ámbitos del sistema de salud que estén implicados en la atención al problema objeto de mejora.

Participación de pacientes población

La aceptabilidad y la atención centrada en el paciente es una de las dimensiones de la calidad. Hay diversas maneras de tener en cuenta al paciente y población para conseguir que esta dimensión sea una realidad. Éstas incluyen formas de participación activa, decididas por el propio paciente, que habrán de fomentar y aprovechar, y formas de participación que se pueden solicitar, las más simples de las cuales son las encuestas sobre su experiencia con el servicio que se quiere mejorar. De forma resumida, las intervenciones en este grupo van a consistir en el fomento de la participación activa, incluida la participación en su propio proceso asistencial, y en la puesta en marcha de alguna(s) de las formas de participación solicitadas por el sistema o servicios de salud.

De nuevo, al igual que para los sistemas de información, se debe recordar que la participación de pacientes y población debe ser un medio para conseguir mejorar. En ocasiones se encuentran algunas de estas iniciativas, por ejemplo encuestas, que se implementan como un fin en sí mismas sin que sean utilizadas para mejorar.

Regulación y estándares

En este grupo se encuentran todas las iniciativas con enfoque externo, que abarcan desde los requisitos para el funcionamiento (licencias), los sistemas de acreditación y certificación, y los esquemas de indicadores aplicados de forma general o externa a las instituciones, hasta las guías de práctica clínica y diseño de procesos estandarizados y propuestos para el conjunto del sistema de salud. Con mucha frecuencia, las iniciativas existentes en los sistemas de salud se encuentran dentro de este grupo, lo que probablemente se deba a su visibilidad y al relativo desconocimiento que aún parece existir sobre otro tipo de intervenciones para mejorar la calidad entre los dirigentes de los sistemas de salud. El principal problema de un énfasis excesivo, o exclusivo, en este tipo de intervenciones de carácter y enfoque típicamente externos es que se olvide el necesario balance que debe existir entre los enfoques externo e interno para lograr la mejora de la calidad.

Capacidad organizacional

Las intervenciones que se incluyen en este grupo van dirigidas fundamentalmente al desarrollo y gestión de los recursos humanos para facilitar la mejora continua de la calidad, así como a la dotación de la infraestructura y equipamiento necesarios para la provisión de los servicios que queremos mejorar.

Las tres principales áreas de intervención son:

1. El desarrollo de recursos humanos con los conocimientos y habilidades necesarios para la prestación de los servicios requeridos, y con el equipamiento necesario para su trabajo.
2. El desarrollo de sistemas y capacidad metodológica para la práctica de la mejora continua de la calidad (ciclos de mejora, monitorización, planificación de la calidad), con énfasis en el compromiso interno y la autoevaluación.
3. El desarrollo de una cultura organizacional que valora la calidad, incluyendo, en su caso, sistemas de recompensa e incentivos que la favorezcan. En este grupo se incluye la atención que siempre hay que prestar a la reorientación del subsistema de formación continuada.

Desarrollo e implementación de modelos de atención

Los modelos de atención son la forma más completa y compleja de la planificación o diseño de la calidad. Se trata de diseñar e implementar mo-

delos de atención integrales e innovadores que incluyan toda la evidencia existente en torno al problema de salud que se quiere mejorar. Uno de los más conocidos es el modelo de atención a enfermedades crónicas que requiere de una coordinación expresa y precisa de todos los niveles de atención, así como de una participación activa y responsable de los pacientes. Otros ejemplos destacados se han desarrollado en el ámbito de la salud materno-infantil, partiendo del llamado continuum de cuidados propuesto por WHO, UNICEF y UNFPA, que comienza con la salud reproductiva y termina con la atención a la adolescencia, pasando por la atención prenatal, perinatal e infantil. Los modelos de atención pueden enfocarse en una parte concreta del continuo cuidado o de la atención al problema de salud considerado, pero siempre han de incluir toda la evidencia existente para todos los niveles de atención implicados. (27)

Garantía en enfermería

La calidad de la atención médica se fundamentará en la realización de un diagnóstico adecuado para cada paciente, disponiendo para ello de los mejores y menos molestos métodos y como consecuencia, la administración de un tratamiento idóneo para restablecer, en lo posible, la salud.

La calidad de la atención fue definida como el “grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales”. Implícito en las diversas definiciones se encuentran los objetivos de la calidad de la atención en nuestro país como: el buen desempeño profesional; el uso eficiente de los recursos; garantizar el mínimo de daños y lograr la satisfacción del paciente y los familiares.

El estado actual y resultado final de la atención con consecuencia de interacciones diferentes: genéticas, ambientales, conductuales y práctica médica. Por la influencia que ejerce en los resultados, las diversas características del paciente, su estructura familiar, así como circunstancias de la sociedad y factores ambientales, no pueden atribuirse directamente a la atención médica que reciben los pacientes.

Experiencia de un método de control sistemático es el “Sistema de Auditoría Médica Hospitalaria”, donde se valora a través de los registros en las historias clínicas, mediante instructivo elaborado al efecto. Los autores afirman la necesidad que los especialistas deben ser seleccionados entre los de más experiencia y nivel científico-técnico, requisitos que se imparten por la Facultad de Salud Pública. La evaluación de los resultados se reconoce como de

gran importancia en las evaluaciones de la atención médica, así como para la definición de la política de salud.

Desde 1966 *Donabedian* propuso la clasificación para el *control* de la calidad en 3 grupos:

- Métodos de análisis de Estructura
- Métodos de análisis del Proceso
- Métodos de análisis de los Resultados

Sobre la evaluación de la calidad se requiere, de indicadores específicos por áreas técnicas o administrativas con énfasis en el desarrollo de las unidades de salud y la atención a los problemas prioritarios.

La enfermera incide en numerosos factores de la estructura y procesos en nuestros objetivos de calidad, los cuales se encuentran estrechamente vinculados.

Estructura: entre estos factores se encuentran:

- La representación de Enfermería en los diferentes niveles administrativos del Sistema de Salud.
- La elevación de su nivel de autoridad formal en las Direcciones de las diferentes unidades de atención.
- Participación activa en la elaboración de Programas de Salud y Normas.
- Participación en la planificación de recursos humanos a formar planes y programas de estudios y en las plantillas que requieren las unidades.
- La introducción de un personal de Enfermería vigilante epidemiológica cada 300 camas hospitalarias, elemento importante en la prevención de enfermedades nosocomiales.
- La distribución y ubicación de recursos humanos formados.
- En calcular los recursos materiales requeridos y participar en su distribución.
- La asesoría en los proyectos de obras, en instituciones de salud.

Procesos: Enfermería incide en numerosos procesos relacionados con la calidad de atención.

- Aplica la atención de Enfermería, basada en los Programas, Normas y Reglamentos.
- Participación en las Comisiones de acreditación docente de las áreas preventivo-asistenciales.
- Miembro activo en las comisiones de selección de estudiantes que aspiran a cursos de nivel básico, de especialización y de nivel universitario de la profesión.
- Aplica, junto a otros miembros del equipo de salud, el período de pruebas a enfermeras(os) de nuevo ingreso.
- En los programas de educación continuada, en su programación y desarrollo.
- Aplica evaluación anual vinculada al salario, junto a Jefes de servicios.
- Jerarquiza las centrales de esterilización de las unidades.
- Ejecuta normas técnicas de otros subsistemas, de forma más directa las relacionadas con el uso, conservación y control de medicamentos.
- Integra diferentes comités de actividades científicas: infecciones, evaluación de historias clínicas.

En éstos y otros elementos, Enfermería incide en los resultados del sistema de salud, al controlar el comportamiento de los factores de estructura y procesos, mediante instructivos elaborados al efecto, lo que a su vez utiliza en la retroalimentación del Sistema.

Con frecuencia son valorados los resultados a través del impacto técnico (eficacia); el impacto social (efectividad) y el impacto económico (eficiencia).

Todos los factores donde Enfermería participa en la calidad de atención se relacionan directamente con el cumplimiento de los objetivos sobre calidad del sistema de salud .

El buen desempeño profesional tiene un impacto técnico y social; el uso eficiente de los recursos un impacto económico: garantizar el mínimo de daños y la satisfacción del paciente y familiares, ambos vinculados al impacto social del sistema.

En la ejecución de todas las acciones de Enfermería, siempre que de calidad se trate, estará unida la actuación profesional, integralidad de procedimientos y la aplicación de la ética médica. (28)

Garantía de calidad

Hablar de calidad siempre ha representado un reto, lo indistinto de las concepciones teóricas la hace un abanico de opciones de interpretación y aplicaciones, se puede decir que la atención a la salud se da en un contexto de interrelación de procesos que hace que los productos tengan diferentes niveles de calidad, lo hace mas complejo, por lo que tener claro como lograrla es un ejercicio lleno de experiencias y aprendizaje que ha generado en diversos países una serie de metodologías para alcanzarla.

Se debe recordar que la condición biológica del individuo es diferente para cada uno de ellos por lo tanto la necesidad de la atención se moverá en un arco iris de percepciones de la atención que obligue al prestador de servicios de salud a pensar exhaustivamente como lograr la satisfacción de todos y cada uno de ellos. Múltiples estudios en varios países del mundo occidental han mostrado que el nivel de calidad de la atención recibida por un usuario, dista mucho de la deseada y que la variación en la calidad de la atención ofrecida por diferentes profesionales de salud y hospitales, es inmensa, como respuesta a muchos factores y fenómenos que ocurren en los sistemas de salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que el desarrollo de Programas de Garantía de Calidad es una necesidad en términos de eficiencia y una obligación en términos éticos y morales. Para Donabedian , existen dos elementos centrales para garantizar la calidad: monitoría y un adecuado sistema de salud. Para Ruelas & Reyes , son cinco los elementos fundamentales que permiten garantizarla: evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacional. Existen varios métodos para diseñar los criterios y estándares para garantizar la calidad; tres son los más connotados:

1. El propuesto por Donabedian , cuyas aportaciones más importantes son la descripción detallada de las características de los criterios, los elementos para evaluarlos y los procedimientos para su formulación.
2. El referido por Jackson , propone una serie de atributos divididos en dos categorías, los atributos sustantivos y estructurales y los de implementación y proceso.
3. El diseñado por Vidal & Reyes , quienes enfatizan la necesidad de que los criterios cumplan con los requisitos de validez, objetividad, sensibilidad y especificidad, dándole un valor y diseñando un sistema de información que asegure la captura, el procesamiento y el análisis de datos, regido por los principios de participación, sistematización, la implantación secuencial, la multiplicación y la simplificación, lo que

favorece la comprensión de la estrategia por parte del personal y el apoyo de los niveles directivos.

La búsqueda de la credibilidad en las instituciones de salud ha provocado que se estructuren dentro de ellas; áreas dedicadas exclusivamente a trabajar por la calidad en la atención. A pesar de este esfuerzo todavía no se puede decir que existe una estrategia definida para garantizar la calidad en la prestación médica, la demandada de mejorarla sigue presente, la percepción de los usuarios sigue dirigida a percibir la atención con tintes de maltrato y con una marcada falta de información entendible y oportuna sobre la atención recibida.

Aquí el desglose algunos conceptos para entender este concepto:

Garantía: con respecto a la atención de la salud, se basa en proteger a los pacientes contra riesgos o necesidades, siendo estos una obligación ética y legal de los profesionales de la salud de responder por la calidad de lo que hacen.

Garantía de Calidad: es responder por el servicio que se otorga de manera que se proteja al paciente íntegramente como ser humano contra riesgos innecesarios y se le proporcionen los mayores beneficios posibles.

La garantía de la calidad tiene elementos importantes a considerar: Se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del Paciente y de la comunidad a la que sirve. Se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios. Utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios. TM Alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora continua de la calidad.

Avedis Donabedian desarrolló una propuesta conceptual basada en tres elementos: Estructura. Proceso. Resultado. Cada uno de estos elementos formó parte de un eje organizador de indicadores, guías prácticas de evaluación y estándares de medición y desempeño.

El reto en la consolidación de la Calidad implica continuidad y perseverancia por lo que alcanzarla no puede ser un proyecto a corto plazo, no termina en la Mejora Continua ni se cristaliza con un Modelo de Gestión. El contexto en el cual se quiera implementar cualquier metodología para alcanzarla tiene que adecuarse a las características del recurso humano, los objetivos de la organización, los elementos culturales de la misma y los recursos disponibles para usarse, no es una receta de cocina a aplicar en cualquier tiempo y a cualquier organización si no se ha preparado el contexto para implementarla,

la garantía de la calidad significa la integración no tan solo de un método aplicado a una organización sino una propuesta planificada de la mejora continua con resultados evidentes que nos marquen el camino a seguir con indicadores de resultados, de impacto, y un proceso de medición estandarizado con tramos de control definidos en tiempo, forma y resultados. Es fundamental asegurarla a través de un Modelo de garantía de la Calidad que agrupe un conjunto de estrategias que logre los mayores beneficios para la organización y para el usuario. (29)

Control de calidad

La evolución del control de calidad de la atención de salud está marcado por los avances de la ciencia de la administración, de donde se tomaron sus experiencias, principios y procedimientos para aplicarlos a la atención de salud, tomando en cuenta sus características y su particular riqueza en atributos o propiedades. La responsabilidad por el control de calidad de la atención de salud varía notoriamente de un país a otro y depende en mayor grado de cómo se organicen estos servicios.

El control de calidad puede realizarse, como lo hacen algunos países, mediante los propios sistemas que prestan los servicios de salud, ya sean o no privados, aunque también puede hacerse por medio de instituciones externas al sistema de salud u organizaciones no gubernamentales que controlan o financian programas

Sería más eficaz una dualidad en cuanto a la responsabilidad en el ejercicio del control de calidad de la atención de salud. Los programas de control de calidad dentro del sistema son insustituibles, y constituyen el primero y el más importante paso para lograr mejoras, sin embargo, el control externo, ya sea mediante entidades privadas o dependencias gubernamentales, permite una evaluación independiente sobre los programas de calidad establecidos por cada institución o a nivel global, así como verificar si el desempeño de los trabajadores se ciñe a las normas, procedimientos e indicadores contenidos en dichos programas.

Las estructuras organizativas para establecer un programa de calidad comenzaron por la atención hospitalaria, con las comisiones para evaluar las normas (estándar) de acreditación a principios del siglo xx. En la década del 40 de 56 dicho siglo, aparecieron los encargados o responsables de esta actividad y después las divisiones o departamentos de calidad. La experiencia del control de calidad en el primer nivel de atención fue de manera práctica, nula, quizás por ser fundamentalmente privada y por su pobre desarrollo antes

de los años 70 del siglo XX. Esta situación se modificó después del surgimiento del sistema de salud del Reino Unido en 1946 y, sobre todo, al aprobarse por la OMS el programa “Salud para todos”, en la reunión de Alma Atá, en 1978, y el establecimiento posterior de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzarlo, sobre todo después del surgimiento del modelo de atención de la familia.

La primera definición del control de calidad la expuso H. Fayol en 1900, sin embargo, su formulación se acerca a la concepción actual de lo que significa el control de calidad y por su valor se expone a continuación: “Verificar si todo está ocurriendo de conformidad con el plan adoptado, las instrucciones dadas y principios establecidos, a fin de detectar defectos y desviaciones. El control efectivo es el que va seguido de acciones correctivas”. Las definiciones modernas sobre control de calidad aparecieron a mediados del siglo pasado, y se estudia al describir los programas o sistemas de control de calidad.

A continuación se estudian brevemente los programas más conocidos del control de calidad, por sus enseñanzas y valor:

1. Control de la calidad.
2. Mejoramiento continuo de la calidad.
3. Control total de la calidad.
4. Garantía de la calidad.
5. Organización internacional de normas (ISO).

Control de calidad

El primer programa de control de calidad moderno surge en EE.UU. en la década del 40 del siglo XX, su definición es la siguiente:

“Un sistema de métodos de producción que, económicamente, generan bienes y servicios de calidad, acordes con los requisitos de los consumidores”.

A continuación se exponen las premisas del control de calidad que señalan cuál es su verdadero alcance..

Premisas del control de calidad:

1. Para el control de calidad moderno, la calidad no se orienta al productor, sino al cliente.

2. El control de calidad significa calidad, antes que volumen de producción y utilidades.
3. El control de calidad integra el control de costos. No existe calidad sin eficiencia.
4. El control de calidad hace énfasis en la prevención y la verificación de todos los procesos del trabajo de forma concurrente o prospectiva, para poder detectar las causas o factores causales.
5. El control de calidad, a pesar del rigor con que requiere aplicarlo, no debe ser coercitivo. Comienza con educación y continúa con educación, no solo para adquirir conocimientos y habilidades, sino alcanzar hábitos para lograr una cultura de calidad.
6. El control de calidad moderno aplica métodos para el conocimiento científico de la realidad, incluyendo la estadística, para conocer datos e informaciones y analizar causas y resultados.
7. El control de calidad que no brinda resultados no es control de calidad.
8. El control de calidad es un medio, no un fin, y es una tarea permanente.

Mejoramiento continuo de la calidad

El programa de mejoramiento continuo de la calidad (MCC) surgió a fines de los años 50 del siglo XX en los EE.UU. por las concepciones de A. Fegeibaun, Crosby W. E., Deming, J. Juran, y otros. Estos dos últimos lo extendieron especialmente a Japón y a otros países.

En Japón se aplicó, muy especialmente, por la industria japonesa y su creador fue Kaouro Ishikawa y otros científicos, y con gran éxito después de la Segunda Guerra Mundial y a sugerencia de Fegeibaun se le llamó control total de calidad (CTC). Muchos autores estiman que el mejor programa de calidad del mundo es el de los japoneses que lo aplican hace 56 años y lo perfeccionan constantemente

Los programas de MCC y el CTC son muy similares, la diferencia es que en Japón se aplicó con más rigor y para todo el país, por lo que es muy reconocido.

Los postulados del MCC están recogidos, fundamentalmente, en los conocidos 14 puntos de Deming y de otros de este grupo.

Los 14 puntos de Deming para el mejoramiento continuo de la calidad son los siguientes:

1. Crear una constancia con el propósito de mejorar el producto o servicio.
2. Adoptar una filosofía nueva: hacer que la dirección aprenda las responsabilidades del cambio y asuma el liderazgo para realizarlo.
3. Dejar de depender de la inspección masiva para conseguir calidad.
4. Dejar de adjudicar el presupuesto sobre la base del precio. Minimizar el costo total y adquirir componentes o piezas a proveedores únicos.
5. Perfeccionar para siempre, de forma constante, el sistema de producción y de servicio.
6. Instituir el adiestramiento y formación en el ámbito de trabajo.
7. Instituir el liderazgo; la supervisión debe contribuir a que se realice un trabajo mejor.
8. Expulsar el miedo, de modo que todos puedan trabajar eficazmente.
9. Derribar las barreras entre departamentos: investigación, diseño, ventas y producción, que han de trabajar coordinadamente para prevenir los problemas en la producción y el uso.
10. Eliminar las consignas, exhortaciones y objetivos numéricos para la fuerza laboral, tales como “cero defectos”, ya que la mayoría de los problemas son responsabilidad del sistema y no de los trabajadores.
11. Eliminar las cuotas de producción o metas numéricas y sustituirlas por el liderazgo.
12. Eliminar las barreras que priven a las personas del derecho a enorgullecerse por la buena ejecución de su trabajo.
13. Instituir un vigoroso programa de educación y de autoperfeccionamiento.
14. Poner a todos los miembros a trabajar para realizar la transformación.

Otro de los defensores del mejoramiento continuo de la calidad es Joseph M. Juran, quien se concentró en el estudio de las responsabilidades administrativas y propuso tres pasos fundamentales para alcanzarlo. En su conocida “trilogía de Juran”, mencionada en el capítulo anterior, también propuso sus principios, que son los siguientes:

1. Concientizar la necesidad de mejorar.
2. Identificar proyectos de mejora específicos.
3. Establecimientos de círculos de calidad para la mejoría continua.
4. Organizarse para lograr los proyectos seleccionados (comités, equipos, etc.).
5. Organizarse para el diagnóstico (descubrimiento de problemas).
6. Llevar a cabo el diagnóstico para encontrar las causas.
7. Proporcionar alternativas de solución.
8. Comprobar que las soluciones sean efectivas bajo condiciones de operación.
9. Establecer los controles necesarios para mantener las ganancias logradas.

El tercero de los principales defensores del mantenimiento continuo de la calidad es Philip Crosby, quien parte del criterio de que para dirigir hay que basarse en la calidad del proceso, y acepta la concepción de Ishikawa de que el trabajador desempeña tres funciones fundamentales (tiene una tarea, es cliente de un proveedor y es proveedor de un cliente). Las premisas de Crosby son las siguientes:

1. Comprometer a la alta gerencia con la mejoría de la calidad.
2. Creación de grupos interdepartamentales.
3. Medición de la calidad.
4. Evaluar los costos de calidad y los costos de la mala calidad.
5. Crear conciencia sobre la calidad en todo el personal.
6. Establecer programas de acciones correctivas.
7. Establecer el comité para el programa de “cero defectos”.
8. Capacitación de supervisores en el programa de “cero defectos”.
9. Determinar la acción de “cero defectos”.
10. Impulsar al personal a establecer metas individuales y metas grupales sobre la mejora.

11. Investigar las causas de los errores que impiden el cumplimiento de las metas de mejora.
12. Reconocimiento a los participantes del programa.
13. Establecer los comités de mejora de la calidad.

Control total de calidad

El concepto del CTC fue propuesto por Armand V. Feigenbaum, quien fue gerente de calidad en los años 50 del siglo XX en Nueva York, EE.UU., luego se aplicó ampliamente en Japón, donde su principal promotor fue K. Ishikawa, asesorado además por Deming y Juran. La definición de CTC que se presenta a continuación fue elaborada por Feigenbaum.

Este concepto es un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo, mantenimiento y mejoramiento de la calidad, realizado por los diferentes grupos de una organización, de modo que sea posible producir bienes y servicios a los niveles más económicos y que sean compatibles con la plena satisfacción de los clientes.

Los japoneses aceptan esta definición; sin embargo, difieren de la concepción que tienen los norteamericanos de hacer recaer sobre los especialistas la mayor responsabilidad por el control. Ellos, por el contrario, piensan que el control total de calidad es una responsabilidad no solo de los especialistas, sino de los directivos y de todos los trabajadores de la empresa, que son los que conocen los problemas y su solución.

Al principio, en Japón el sistema recibió diferentes denominaciones, como control de calidad integrado y otras, pero prevaleció la de control total de calidad.

Esencia del programa de control total de calidad:

1. Se aplica un enfoque a largo plazo y se basa en el respeto a la humanidad.

Su esencia reside en que, antes que el volumen de producción y las ganancias, está la garantía que significa asegurar primero la calidad de los productos o servicios que reciben los clientes o pacientes.

2. Los japoneses consideran que la calidad no es una tarea de los especialistas, sino de todas las divisiones, responsables, trabajadores y de los círculos de control de calidad en cualquier empresa o institución.

3. Es de primordial importancia tener en cuenta que este programa es un sistema más amplio y perfeccionado que otros, que posee, además, mayores complejidades en su aplicación y desarrollo, para asegurar la calidad en toda la empresa o institución y sus diferentes procesos.
4. Presenta mayores exigencias y puede ser aplicado cuando se alcanza un alto nivel de experiencia en el control de calidad, con la participación total de todos los niveles administrativos y trabajadores, y con la plena satisfacción del cliente o consumidor; estos aspectos lo diferencian de otras concepciones, por lo que le llaman “control total de calidad al estilo japonés”.
5. Para explicar los buenos resultados del control total de calidad, en Japón se alegan diferentes causas, principalmente la idiosincrasia y dedicación del ciudadano japonés. No obstante, Ishikawa y otros autores dicen que se trata, de manera primordial, del nivel educacional y de conocimientos más elevados de los japoneses comparados, por ejemplo, con el de los norteamericanos. Por ello, consideran que la esencia del programa está en el control de calidad y en la garantía de la calidad de cada uno de los procesos, es decir, dar solución a los problemas detectados y que no tiene fin. “Este programa significa, en términos amplios, el control de la administración misma, es decir, una revolución conceptual de la gerencia”.

Premisas del control total de calidad:

1. El control total de calidad es un trabajo de equipo, responsabilidad de todos. No fracasa, si colaboran todos los trabajadores y todas las estructuras administrativas.
2. El control total de calidad está orientado hacia el proceso siguiente, los requisitos del cliente.
3. Los círculos de calidad son parte de este programa.
4. Para el control total de calidad es de gran importancia la aplicación de la administración interfuncional u horizontal.
5. El control total de calidad es una administración basada en el respeto por la humanidad, lo que quiere decir que es totalmente participativo.
6. La esencia misma del control total de calidad está en el control de calidad y en la garantía de la calidad primero, para ganar la confianza y satisfacción del cliente.

Realmente el MCC y el CTC tienen el mismo origen, así los japoneses, y especialmente Ishikawa, fueron asesorados por los autores norteamericanos señalados, pero se considera que el programa japonés es el más reconocido teniendo en cuenta que lo hacen de forma más rigurosa y en busca de satisfacer al cliente o paciente antes que ganar dinero.

Garantía de la calidad

Es el nombre del programa de calidad de los holandeses que surgió en los años 70 del siglo XX. La garantía de la calidad es un concepto que se utiliza indistintamente para identificar un programa de calidad o como sinónimo de evaluación y dar solución a los problemas de calidad eliminando sus causas.

Según Ruelas, el término garantía de la calidad en la atención médica surgió como consecuencia de que el esfuerzo por evaluar su calidad no siempre fue seguido de la solución de los defectos o problemas detectados. Para este autor el concepto incluye 5 componentes:

1. Medición.
2. Evaluación.
3. Diseño.
4. Desarrollo.
5. Cambio.

Para los japoneses la garantía de la calidad es parte de la esencia del control y es imprescindible en el proceso del control total de calidad. La garantía de la calidad permite controlar cada momento del proceso de administración y eliminar las causas y riesgos de los problemas. Ellos la resumen en 3 aspectos fundamentales:

1. Garantía de calidad en el proyecto.
2. Garantía de calidad en la ejecución.
3. Garantía de calidad en el control.

Para alcanzar los efectos y resultados deseados, se recomienda a toda institución que decida aplicar un programa de control de calidad, tener en consideración la necesidad de establecer un mecanismo mediante el cual se garantice la calidad en todos los procesos.

Organización Internacional de Normas

La Organización Internacional de Normas (ISO) surgió en la década del 50 del siglo XX en Europa, los japoneses ya aplicaban las normas de su industria que las entregaron a este sistema, específicamente por el propio Ishikawa y con un grupo trabajaron en la ISO en 1952.

El sistema de la ISO tiene su sede en Ginebra y está constituido por 213 comités en 120 países y más de 100 mil empresas han alcanzado su certificación. Este sistema se puede definir como: la ISO es un conjunto de normas de administración y aseguramiento, que puede utilizarse para implantar un sistema de calidad.

En 1986 se terminó y publicó el primer juego de normas de la ISO 9000, las cuales se han revisado y actualizado en varias ocasiones. Las llamadas normas de la ISO 9000 son realmente cinco. La ISO 9000 contiene algunos lineamientos para la selección y uso de las otras normas.

Las normas de la ISO 9000 han sido blanco de señalamientos, pues no son perfectas. Además, los clientes no siempre quedan satisfechos debido a que sus requisitos no exigen que los productos satisfagan al cliente, es decir, no miden resultados, sino solamente requieren que se cumplan los procedimientos y requerimientos del proceso que establece el propio sistema o programa y que se aplica a la institución que va a ser evaluada o auditada, lo que significa que sus productos pueden o no tener aceptación.

El programa elaborado debe ser aceptado o aprobado por auditores internacionales y nacionales, y lo realizan comprobando que los procedimientos establecidos en el programa se cumplan efectivamente en la producción industrial o de servicios.

Para diferentes autores el sistema de la ISO no es adecuado para la atención médica teniendo en cuenta que, entre otros aspectos, no mide los resultados del proceso de atención y no hay contacto con el cliente, todo lo contrario a la atención médica. (30)

Acreditación en salud

Acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y

entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función (Decreto 1011- Resolución 1445 de 2006).

La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa, establecida y reconocida desde hace casi 50 años en Norteamérica, específicamente diseñada para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados y se desarrolla por profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean acreditarse y de reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados. Esta evaluación corresponde a un proceso voluntario en el cual se reconoce públicamente a una Institución Prestadora de Servicios de Salud, (IPS), Entidad Promotora de Servicios de Salud del Régimen Contributivo y Régimen subsidiado (EPS), Entidad de Medicina Prepagada (EMP) o Entidad Adaptada, Entidades Territoriales de Salud (ETS), el cumplimiento de estándares superiores de calidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos determinados por el Sistema Único de Habilitación.

Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad y, por ende, se ajustan cada cuatro años. Las organizaciones de salud que deseen mantener su certificado de acreditación, deberán renovarlo igualmente cada cuatro años.

El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas. (31)

Al tratarse de un sistema voluntario, el primer paso lo debe dar la alta dirección de la institución para avanzar seriamente y con disciplina en el proceso de preparación, en el que se compara la realidad de la institución con las exigencias de los estándares, a este acercamiento se le denomina “auto evaluación” el cual es realizado por la propia institución.

Una vez se hace el diagnóstico se establecen planes de mejoramiento para el cierre de las brechas detectadas y se vuelve a realizar la auto eva-

luación para avanzar hacia un nuevo ciclo de mejora. El modelo cuenta con tablas de calificaciones que permiten conocer los avances.

En este punto, hay que tener en cuenta que la etapa de preparación puede ser larga dependiendo del tamaño, complejidad y circunstancias propias de cada institución, por esta razón es muy importante que el proceso se realice de la manera más objetiva posible, sin buscar atajos, pues el objetivo principal no es obtener un certificado sino ofrecer servicios de calidad superior.

Requisitos de la acreditación en salud

Para entender mejor los requisitos de la acreditación es importante conocer los denominados “ejes del sistema” que resumen los objetivos principales a los que debe apuntar una institución que aspira a la acreditación:

- Seguridad de la atención: implementación de procedimientos que contribuyen a reducir el riesgo de daño a los pacientes, por ejemplo: evitar caídas, administración incorrecta de medicamentos y demás eventos adversos, para lo cual es indispensable desarrollar listas de chequeo y mecanismos redundantes de control. A la vez el sistema promueve las condiciones de seguridad de los trabajadores de las instituciones.
- Humanización de la atención en salud: se enfatiza en el respeto de la dignidad de las personas, contribuir a evitar la discriminación, el maltrato y a la vez exige la implementación de medidas específicas para brindar una atención sensible a las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familias como abordar y tratar en forma oportuna el dolor, brindar información clara y soporte emocional, aportar a que se facilite la interacción de los enfermos con sus seres queridos con horarios de visita especiales, entre otros requisitos.
- Tecnología al servicio del paciente, el análisis de los riesgos y una atención basada en evidencia científica.

Todos los requisitos propenden por una atención que da prioridad al paciente y su familia en un marco de mejoramiento continuo y de responsabilidad social puesto que la acreditación es un proceso de transformación cultural de largo plazo en el que todos los trabajadores y partes interesadas avanzan en la formación de hábitos y buenas prácticas institucionales que se convierten en la forma correcta y cotidiana de prestar los servicios en beneficio de la comunidad.

Cabe recalcar que obtener la acreditación en salud y mantenerla en el tiempo debe ser un objetivo que se deben trazar todas las instituciones de salud del país puesto que no se trata de tener instituciones perfectas sino de contar con las estructuras y los procesos necesarios para obtener mejores resultados.

Por esta razón, es importante que los usuarios de los servicios de salud reconozcan y valoren el esfuerzo realizado por las instituciones acreditadas y contribuyan con su apoyo a implementar buenas prácticas y procesos de calidad.

Es muy importante valorar el enorme esfuerzo que han realizado estas instituciones de salud para responder en forma efectiva a la emergencia sanitaria generada por la pandemia y comprender que los resultados de las instituciones demuestran la importancia de la preparación previa y del desarrollo de las capacidades para responder a la crisis. En ese sentido, los sistemas de calidad son muy útiles porque nos preparan a todos para responder mejor en circunstancias como las que hoy estamos enfrentando. (32)

Pasos del proceso de acreditación en salud

Desde hace unos años se ha elaborado una divulgación del Sistema Único de Acreditación, tomando mayor importancia:

- Atención al usuario.
- Atención a los familiares de los usuarios.
- Consideración con el derecho a la información.
- Mejora continua.
- Respeto a la privacidad de los usuarios, etc.

El proceso de acreditación implica unos pasos que se pueden dividir en dos partes:

- Etapa de preparación: la organización confronta la realidad con los estándares establecidos y lleva a cabo un proceso de mejora continua perfectamente documentado.
- Presentación formal: esta etapa es iniciada una vez que la organización considera que ha alcanzado el nivel de calidad necesario para la acreditación en salud. Se tiene que demostrar que está perfectamente preparada y además que puede ser visitada sin previo aviso por evaluadores que comprobarán el nivel de calidad.

En relación a la Acreditación en Salud, existen una serie de documentos que deben presentar, debidamente cumplimentados, a la entidad acreditadora. Estos son:

- **Portfolio de servicios:** Este primer documento recoge los servicios que presta la entidad. Debe quedar reflejado en él la totalidad de la información de la misma, así como la relativa a cualquier subsede que posea, según lo determina el proceso de acreditación.
- **Certificado de habilitación:** este certificado se encuentra contemplado en la resolución 1043 de 2006. Se corresponde con el certificado emitido por el ente territorial y no a la inscripción de los servicios. Las empresas que lo obtuvieron antes de que saliera la resolución se da por entendido que cumplen todos los requisitos. La expedición correrá a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud cuando se refiera a instituciones responsables de la administración de planes y servicios.
- **Relación de Guías de Manejo:** esta relación de guías es un listado que resulta fundamental a la hora de la evaluación, ya que la atención prestada en una clínica hacia los pacientes debe estar sustentada en una evidencia científica, por lo que estas guías son demostrables prácticamente.
- **Resumen del programa de auditoria para la mejora continua:** en este resumen deben estar incluidos el plan, los documentos que soportan el plan, los responsables, los procesos de auditoria, los indicadores, logros y la cronología del proceso de auditoría.
- **Descripción de mecanismo que permiten adoptar, conocer y cumplir el reglamento vigente:** las organizaciones deben demostrar que aparte de cumplir el reglamento básico también cumplen el específico del Sistema de Gestión de la Calidad.
- **Relación de indicadores de calidad:** se considera una de las demandas más importantes dentro del Sistema de Gestión de la Calidad, ya que no solo está referida a elementos de la estructura sino también al desarrollo de procesos y análisis de resultados. Para llevar esto a cabo se deben establecer sistemas de medición de la calidad.
- **Relación de eventos adversos y reporte de incidentes de los últimos tres meses:** aquí radica una parte crítica del proceso, es esencial realizar una evaluación para identificar los logros alcanzados en

la organización en materia de calidad. Un evento adverso es la oportunidad que tiene la entidad para demostrar como responde a situaciones de riesgo.

- Descripción del manual de atención al usuario interno y externo: es un elemento obligatorio, en él se encuentran definidos los instrumentos utilizados para asegurar toda la información.
- Aspectos de control legal: es el aspecto donde se manifiesta la información ligada a investigaciones o sanciones relativas a la organización sanitaria. Debe estar incluida la información sobre la situación que provocó tal investigación o sanción, su estado actual y las mejoras a aplicar. (33)

Beneficios de la acreditación en los servicios de salud

La acreditación, sin ser una panacea, constituye una herramienta ordenada para contribuir al ordenamiento de las instituciones y agrega valor en la medida que permite conocer en detalle el quehacer institucional y encontrar formas novedosas de abordar los complejos problemas que se enfrentan en el día a día. Se plantean aquí algunos de los más importantes, especialmente aquellos en los que basados en experiencia nos permite observar resultados positivos, es evidente que con el paso del tiempo algunos de los beneficios se han hecho más evidentes:

1. Permite un diagnóstico claro del cumplimiento de los requisitos legales, a través de los llamados requisitos de entrada, que alertan sobre las responsabilidades que compete cumplir a cualquier prestador de servicios de salud.
2. Promueve el cumplimiento de requisitos superiores de calidad, en comparación con los requisitos legales, para lo cual se cuenta hoy con 158 estándares, tanto para la prestación de los servicios asistenciales, como para los llamados servicios de apoyo.
3. Permite ordenar apropiadamente la estructura y los procesos, tanto asistenciales como administrativos, para ser más eficientes y obtener resultados más costo-efectivos en beneficio del paciente, su familia y todos los miembros de la organización.
4. Fortalece el gobierno corporativo, al plantear exigencias éticas, a través del código de buen gobierno y el código de ética, la organización de juntas directivas de alto nivel que deben tener equilibrios de poder, realizar análisis sistémico y sistemático del entorno, generar

un direccionamiento estratégico claro, planes concretos y esquemas de rendición de cuentas. La acreditación propone basar las relaciones de toda la organización en una filosofía de servicio, centrada en principios y valores claramente definidos y políticas precisas que se constituyan en la carta de navegación y en el credo organizacional.

5. Promueve el pensamiento sistémico y la visión integral de la prestación de los servicios, lo cual incluye acciones en todas las fases del ciclo de atención, desde la promoción y la prevención, hasta la rehabilitación, teniendo en cuenta la oportunidad y la continuidad de los servicios clínicos, las interacciones entre unidades y la armonización entre lo asistencial y lo administrativo, contemplando, tanto aspectos generales como específicos de la atención y abarcando la institución como un todo interdependiente.
6. A partir de los requerimientos de conformación de equipos de trabajo (grupos primarios, grupos de autoevaluación, grupos de mejoramiento sistémico) promueve un verdadero proceso de transformación cultural, que debe partir del convencimiento de la alta dirección, la formación y el desarrollo de líderes y el despliegue a la mayoría de trabajadores de la institución, de la filosofía del mejoramiento continuo, de tal forma que el proceso de mejoramiento se convierta en el día a día institucional.
7. Promueve la atención colegiada, al comprender que la atención en salud no es un acto individual sino la suma sinérgica de esfuerzos interdisciplinarios. Estimula el funcionamiento idóneo y efectivo de los comités asistenciales como elemento clave de una gestión clínica eficaz.
8. Es una herramienta efectiva para promover la comunicación, el trabajo interdisciplinario, la redistribución del poder, la participación, las acciones descentralizadas que contribuyen al mejoramiento en cada sitio de trabajo (localismo), la cogestión, la generación de evidencias, a través de indicadores y la conciencia de la responsabilidad de todos en los resultados.
9. Es un instrumento para abordar, en forma integral, los problemas claves de la organización, en particular los de la atención segura, tanto en la parte clínica como en la administrativa y para cumplir las exigencias de parámetros internacionales de seguridad, por ejemplo, listas de chequeo de aplicación correcta de medicamentos y de cirugía

segura, entre otras, contribuyendo efectivamente a reducir daños, secuelas, incapacidades permanentes, muertes, demandas por mala práctica y demás problemas asociados a los eventos adversos.

10. Promueve el uso seguro, eficiente, apropiado, ético y adaptado de la infraestructura, incluyendo las edificaciones, los dispositivos médicos, los insumos, suministros, hardware, software y, en general, todos los elementos que conforman la institucionalidad hospitalaria y el ambiente con el que se relaciona. Este abordaje de los recursos institucionales promueve la transparencia en las relaciones con proveedores.
11. Promueve una atención clínica de alto nivel que debe cimentarse en guías de manejo clínico basadas en evidencia y en la utilización de la mejor tecnología disponible.
12. Introduce mecanismos de autoevaluación, que a partir de la autocrítica y un abordaje sincero de la realidad institucional permita generar opciones internas de mejoramiento.
13. Promueve un abordaje concreto y efectivo de la humanización de los servicios y contribuye a una atención centrada en el usuario y su familia, que sea comprendida como una experiencia de buen servicio, tanto por quien la recibe como por quien la brinda. Los estándares son exigencias prácticas que contribuyen a mejorar en forma concreta el servicio al promover la información al usuario y su familia e impulsar su participación en el proceso de atención. (34)

Preguntas y actividades para estudio

1) ¿Porque un hospital debe garantizar una atención de calidad?

2) ¿Cuáles son los tres puntos de vista que propone Donabedian en relación a la calidad?

3) ¿Por qué es importante el liderazgo para mejorar la calidad en los establecimientos de salud?

4) ¿Por qué es importante controlar la calidad periódicamente?

5) Describa que es la acreditación en salud y sus beneficios en los servicios de salud.

1^{RA} EDICIÓN

Gestión de la calidad en los **servicios de salud** **Capítulo**

VI

Auditorias y Gestión Hospitalaria



Objetivo del capítulo

- Proporcionar los conocimientos esenciales sobre la gestión de riesgos hospitalaria que permita identificar las estrategias que mejore el desempeño del servicio.

Gestión de riesgos en los hospitales

La gestión de riesgos hospitalarios engloba un conjunto de estrategias y medidas destinadas a evitar situaciones peligrosas y fallos, que pueden acarrear graves consecuencias, incluso poner en peligro vidas humanas. En las instituciones sanitarias, donde cada decisión puede tener profundas repercusiones, este planteamiento no sólo es pertinente, sino fundamental.

El propósito de la gestión de riesgos es crear y proteger valor mejorando el desempeño, fomentando la innovación y alcanzando objetivos. En otras palabras, este enfoque no sólo permite obtener resultados superiores en la atención al paciente, sino que también contribuye a un escenario más seguro y fiable al optimizar la gestión de crisis, reducir costes y minimizar las amenazas a la seguridad del paciente.

En la atención sanitaria, la gestión de riesgos está presente a través de la implantación de rutinas que establecen procedimientos, políticas y comportamientos sólidos. Además, esta metodología desempeña un papel crucial en la identificación y evaluación de riesgos y eventos adversos, actuando como barrera protectora contra las amenazas a la seguridad del paciente y a la reputación de las instituciones sanitarias.

Sin embargo, es importante subrayar que la gestión de riesgos no se limita a tratar únicamente los problemas que ya se han producido, sino que también abarca una perspectiva proactiva hacia el futuro. Al establecerse como una práctica fundamental, la gestión de riesgos garantiza el bienestar tanto de los pacientes como de los profesionales sanitarios.

Ventajas de la gestión de riesgos hospitalarios

La adopción de una Gestión de Riesgos Hospitalarios eficaz ofrece una serie de ventajas significativas, que repercuten positivamente en diversos aspectos del entorno hospitalario y en el desempeño global de la institución.

Al poner la seguridad de los pacientes, el personal y los procesos médicos en primer plano, el hospital crea un entorno más seguro y fiable. El resultado son unos empleados más seguros y satisfechos, con menos estrés en sus

tareas diarias. Este ambiente fomenta un equipo más motivado y repercute positivamente en la experiencia del paciente.

Un hospital que invierte en la salud y el bienestar de su personal y sus pacientes establece un ciclo de beneficios mutuos. Los empleados que tienen acceso a servicios médicos más atentos tienden a trabajar más. Promover la seguridad en el entorno hospitalario contribuye a mejorar el rendimiento médico, lo que se refleja en servicios de mayor calidad. Esto, a su vez, conduce a una evaluación más positiva por parte de los pacientes.

La gestión de riesgos hospitalarios no sólo beneficia a los pacientes y al personal, sino también a la imagen del hospital. La aplicación de prácticas de seguridad, la prevención de errores médicos y el uso de tecnologías avanzadas aumentan la credibilidad del hospital, generando confianza entre los pacientes, las familias y la comunidad en general.

El fomento de prácticas de seguridad, una formación adecuada y protocolos estrictos reduce los incidentes adversos en el entorno hospitalario. Esto, a su vez, conlleva menos gastos relacionados con tratamientos adicionales, procedimientos correctivos y demandas judiciales. La reducción de la tasa de reingresos también contribuye a una gestión más eficiente de los recursos.

La aplicación eficaz de la gestión de riesgos requiere la adopción de pasos bien definidos. Estos pasos proporcionan una base sólida para los profesionales, garantizando que la organización sea consciente de su posición y evitando posibles pérdidas de orientación.

1- Identificación de riesgos

El punto de partida es identificar los riesgos potenciales a los que se enfrenta la organización sanitaria. Se recomienda que un equipo de profesionales sanitarios encargado de esta tarea documente minuciosamente estas evaluaciones para una comprensión completa del escenario. Para ayudar a determinar los riesgos, es posible realizar entrevistas, analizar documentos de años anteriores y celebrar sesiones de intercambio de ideas en equipo.

2- Análisis de riesgos

Una vez identificados y registrados los riesgos, es crucial evaluar cuáles de ellos podrían causar impactos significativos en las operaciones y cuáles tienen consecuencias potencialmente menores.

Cada riesgo puede analizarse de dos maneras: cualitativa y cuantitativamente. En el análisis cualitativo, cada riesgo se evalúa en función de su

probabilidad de ocurrencia, que va de «muy alta» a «muy baja». En el enfoque cuantitativo, se utilizan cifras y datos estadísticos para evaluar los riesgos potenciales.

En esta fase pueden utilizarse herramientas como el análisis de impacto empresarial y el análisis causa-efecto. Esto permite comprender mejor el contexto operativo y hacer más eficaz la gestión del riesgo sanitario.

3- Evaluación de riesgos

A continuación, es esencial evaluar qué riesgos deben priorizarse, teniendo en cuenta el impacto que podrían tener en las instituciones sanitarias.

Estos riesgos pasarán a la siguiente fase: el tratamiento del riesgo. Herramientas como el APPCC -Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control- pueden ayudar en este proceso de evaluación.

4- Tratamiento del riesgo

En la fase de tratamiento de los riesgos, se planifican medidas para gestionarlos. Un ejemplo de ello es la formulación de medidas preventivas para mitigar la aparición de eventos adversos.

Definir las áreas operativas que requieren especial atención e identificar los cambios necesarios en los procesos de gestión de la asistencia sanitaria son pasos esenciales para una gestión eficaz de los riesgos hospitalarios.

5- Supervisión de riesgos

Una vez aplicadas las medidas de tratamiento de riesgos, es crucial supervisar los progresos. Este seguimiento garantiza la eficacia de la gestión de los riesgos sanitarios.

Es importante comprobar que se han llevado a cabo las medidas previstas, evaluar si se ha producido un aumento de la eficacia en los procesos tras los cambios e identificar nuevos riesgos que puedan requerir tratamiento.

Uso de la tecnología en la gestión de riesgos

El uso inteligente de la tecnología, como las plataformas de software, puede automatizar muchas fases del proceso de gestión de riesgos, haciendo que la recopilación, el análisis y el seguimiento de los riesgos sean más eficaces y proactivos. Esto ayuda a la comunicación, el seguimiento de las acciones y la visualización de la información sobre riesgos, mejorando la toma de decisiones. (35)

Modelos de gestión hospitalaria

El Modelo de Gestión Hospitalaria, se define como la forma explícita de organizar, dirigir y administrar unidades hospitalarias del sector público, fundamentando su diseño en principios de equidad, eficiencia, calidad, sostenibilidad y participación ciudadana, a través de diferentes instrumentos innovadores. La nueva modalidad de gestión que se plantea para los hospitales es un medio para lograr el objetivo central del sistema de salud, que pretende asegurar a la población acceso a servicios de salud con calidad, con equidad en el financiamiento, eficiencia en la producción y participación ciudadana en su gestión.

Características del Modelo de Gestión Hospitalaria:

- Eficiente. Persigue vincular de forma clara el volumen de producción de servicios, sus costos reales y el financiamiento; otorgándole a los gestores la responsabilidad de organizar el proceso productivo y el aprovisionamiento de los insumos siguiendo métodos modernos de gestión.
- Gestión sistémica por procesos. La conducción del hospital en un ambiente de mayor autonomía exige una reorganización institucional, partiendo de la redefinición de la misión y visión del hospital y redefiniendo sus sistemas organizacionales y procesos para enfocarlos al usuario, la calidad y la responsabilidad de los profesionales, aplicando el enfoque sistémico y de gestión por procesos.
- Calidad técnica y percibida. El hospital abordará ambas vertientes para asegurar el desarrollo de una cultura de la calidad en el cumplimiento de su misión; enfocando la calidad técnica a todas las funciones que realiza el hospital a través de los procesos rediseñados sujetos de medición y mejora continua mediante el monitoreo de indicadores de entrada, procesos y resultados. La calidad percibida determinada por la satisfacción del usuario y vinculada con el trato hacia este, también será sujeta de seguimiento para identificar todas las oportunidades de mejora para alcanzar un usuario satisfecho.
- Transparencia en la gestión. La utilización de recursos públicos con una delegación en la toma de decisiones sobre su uso, impone a los gestores de servicios de salud establecer procesos bien diseñados de uso y aplicación de recursos con controles de gestión expeditos, que le permitan a todos los niveles gerenciales del hospital rendir cuentas sobre los resultados y utilización de los recursos ante los órganos contralores del estado y las instancias de control social.

- Flexibilidad en la gestión de recursos. El Modelo de Gestión Hospitalario también reconoce que los hospitales analizarán su propio contexto, su complejidad de servicio Pág. 19 y las condicionantes externas para organizar la gestión interna, adecuando los lineamientos establecidos en el Componente de Gestión del Modelo de Nacional de Salud, a la necesidad particular o específica de la Red de usuarios de los servicios del hospital.
- Relacionamiento cuasi contractual. El financiador y el gestor de la provisión de servicios mediante un instrumento de relacionamiento, que puede ser convenio, contrato o compromiso de gestión, según la figura jurídica del gestor; acuerdan, la entrega de un financiamiento a cambio de unos resultados en salud, medidos a través de indicadores de productividad, calidad y costos de producción, entre otros.

Principios que fundamentan el Modelo de Gestión Hospitalaria:

- Modelo de Gestión financiado con recursos públicos. El financiamiento público es uno de los elementos tutelares del estado para asegurar el derecho al acceso a servicios de salud a sus ciudadanos. El Modelo Nacional de Salud en su componente de financiamiento establece el régimen de aseguramiento subsidiado para la población pobre del país con fondos públicos, y cuyas prestaciones son brindadas por organizaciones que la Secretaría de Salud financia para este propósito.
- El usuario como eje central del modelo de Gestión. El rediseño de los sistemas organizacionales será orientado a satisfacer las necesidades del usuario final, tanto en los requerimientos técnicos mínimos, como en las necesidades percibidas.
- Gestión de la organización orientada a resultados. Los recursos son asignados por el rector y utilizados por el hospital con una clara definición de los productos definidos por el rector en base a las prioridades y necesidades de salud que son financiadas y los grupos de población beneficiaria.
- Desarrollo local. La Secretaría de Salud para la implementación del modelo de gestión hospitalaria, reconoce la presencia de diferentes organizaciones con experiencia y capacidad de gestión en el ámbito local, que representan las opciones para la identificación y desarrollo de la competencia del gestor para la provisión de servicios.

- Más cercano a la población. Producto de la decisión política de acercar la toma de decisiones al nivel local mediante la descentralización de la gestión, se incluye la participación de diferentes instituciones y organizaciones sociales en el órgano de gobierno del hospital, quienes además de participar en los procesos de planificación, podrán ejercer control social de la gestión del hospital mediante auditorías, encuestas de satisfacción y otras que se consideren pertinentes.

Roles y Responsabilidades del Hospital en la Red de Servicios de Salud

Roles del Hospital en la Red de Servicios

Rol asistencia clínica a las y los usuarios:

Brindar asistencia clínica y educación en salud a la población.

Rol de coordinación con la Red de servicios:

Actuar como centro de referencia y respuesta para los servicios de su área de adscripción.

Coordinar para brindar asistencia y apoyo / orientación técnico y clínico-asistencial a equipos locales y de los establecimientos de salud de sus áreas de adscripción.

Coordinar los procesos de docencia, capacitación y entrenamiento a equipos locales y de los establecimientos de salud de sus áreas de adscripción.

Rol Docente y de Investigación:

Elaborar, y desarrollar planes de Docencia y capacitación tanto para personal en formación como para el personal formado.

Elaborar y desarrollar procesos de docencia y capacitación para los establecimientos de salud y personal comunitario organizado en sus áreas de adscripción.

Elaborar y desarrollar planes de investigación y tesis para el personal en formación que se presente al hospital.

Elaborar y desarrollar jornadas anuales de investigación orientadas a resolver la problemática de salud y enfermedad del área geográfica de influencia del hospital.

Investigación clínica operativa de aspectos de interés.

Rol Gerencial

Planificación, organización y control del proceso productivo de servicios del hospital y su mejora continua.

Negociación y gestión de contratos con el ente financiador – rector, entre otros.

Rendición de cuentas sobre los resultados alcanzados y los recursos utilizados.

Evaluación de la satisfacción de los usuarios internos y externos y la mejora continua.

Responsabilidades del hospital:

- Implementar continuamente procesos de satisfacción de los usuarios/as por los servicios recibidos.
- Lograr los objetivos pactados en el convenio de gestión.
- Generar una cultura institucional de gestión con calidad.
- Delegar responsabilidades de Gestión a profesionales del hospital.
- Lograr el empoderamiento de los equipos de trabajo en cada proceso que desarrollan.
- Avanzar en los resultados de implementación del rediseño organizacional.
- Establecer un trabajo en red de servicios de salud garantizando la atención y recuperación de la salud de la población a través de mecanismos eficaces.
- Garantizar que la comunidad organizada participe en la gestión hospitalaria. (36)

Herramientas de la gestión

El sector salud como cualquier otro en el mercado requiere de una buena administración para el crecimiento continuo del mismo, es por esto que se han establecido parámetros y se han creado herramientas que apoyan a los médicos y dueños de consultorios a dar gestión de los recursos e insumos con el fin de garantizar una mejor calidad en el servicio.

Existen múltiples herramientas a nivel mundial que son constante y comúnmente utilizadas para la correcta gestión en dicho rubro, tales como:

Termómetro Minsa

Es una herramienta desarrollada para la gestión y monitoreo del área de la salud que sirve para conocer la percepción de los pacientes sobre el servicio ofrecido en los establecimientos de salud pública. Esto apoya a las instituciones a conocer los puntos de mejor y a obtener oportunidades de crecimiento para continuar ofreciendo el mejor de los servicios.

Dentro de los parámetros a evaluar están los tiempos de atención, la efectividad en el servicio y la dificultad para acceder a este.

Planes estratégicos

Esta es una de las utilidades más comunes en distintas empresas no solo del sector salud, ya que buscan establecer acciones organizadas con el fin de proveer una sistematización a las tareas estándares y de repetición. Se busca implemente estrategias que sean coherentes, viables y flexibles dependiendo de las necesidades de cada establecimiento de salud y el tipo de paciente que recibe.

Es altamente efectivo siempre y cuando se cumpla con el requisito de dar a conocer los planteamientos a todos los empleados involucrados en el proceso de atención al cliente.

BSC

Es una herramienta diseñada para disminuir los costos y minimizar los tiempos de ejecución, en donde a cada miembro del personal se le asigna una tarea exacta y se busca que sea cumplida a su cabalidad. El balanced scorecard o BSC por sus siglas en inglés, es un cuadro de mando integral estratégico-operacional que permite desarrollar, comunicar e implementar una estrategia, posibilitando la obtención de resultados a corto y mediano plazo.

Es una poderosa herramienta que permite a las empresas del sector salud gestionar y controlar los indicadores de gestión, ya sean financieros, de conocimiento o externos.

Reach

Es principalmente utilizada para la categorización de los datos, ya que permite recopilar y almacenar cartas de sustancias de proveedores, bases de datos de dichas sustancias, obligaciones de registro o documentación, entre otros, es decir, es una herramienta abarca todo tipo de información y permite organizarla dependiendo de las necesidades del momento.

Es perfecta para el área de la salud, ya que constantemente se ingresan millones de datos referentes a medicamentos, procedimientos médicos, información de pacientes y hasta datos de empleados.

Es un instrumento de administración sistemática que tiene como objetivo mejorar la gestión y todo lo que eso conlleva, desde la calidad, la normativa, rentabilidad y más. (37)

Gestión financiera

La administración de las finanzas es vital para el funcionamiento de las organizaciones. En una entidad comercial la meta principal de los gerentes financieros es maximizar la riqueza de los accionistas; sin embargo en una institución de servicios con cierto carácter social, la meta se constituye en Modelo de gestión financiera para una organización lograr la mejor utilización de los recursos en procura de generar un bienestar común.

Los gerentes financieros, encargados de la gestión, tratan de lograr maximizar la relación beneficio – costo a través de las actividades diarias; esto implica tomar en cuenta elementos de buen manejo en la política crediticia, manejo de inventarios, compras, etc. Ello está relacionado a decisiones que deben tomarse a corto, mediano y largo plazo de manera acertada y con el menor riesgo posible. En este contexto el manejo, precisión y sistematización de la información financiera es prioritaria para coadyuvar en este objetivo. Sin embargo, es tarea también esencial de los gerentes financieros velar por otros elementos importantes tales como la administración de la infraestructura, del recurso humano, de los procedimientos y formas administrativas. Entonces, es de suma importancia visualizar la relación sistémica de estos componentes para apoyar contundentemente al proceso de toma de decisiones organizacional.

“La Gestión Financiera es la actividad que se realiza en una organización y que se encarga de planificar, organizar, dirigir, controlar, monitorear y coordinar todo el manejo de los recursos financieros con el fin de generar mayores beneficios y/o resultados. El objetivo es hacer que la organización se desenvuelva con efectividad, apoyar a la mejor toma de decisiones financieras y generar oportunidades de inversión para la organización”

La Gestión Financiera es responsable de asignar los fondos para los activos corrientes y los activos fijos; es capaz de obtener la mejor mezcla de alternativas de financiación y de desarrollar una política de dividendos apropiada dentro del contexto de los objetivos de la institución.

Tabla 2.

Funciones de la gestión financiera.

| | | | |
|--|---|------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Manejo del crédito • Control de inventarios • Recaudo y desembolso de fondos | <ul style="list-style-type: none"> • Emisión de acciones • Emisión de bonos • Presupuesto de capital • Decisión de dividendos | <p>Interrelación (Trade – off)</p> | <p>Meta: Maximizar la riqueza de los accionistas</p> |
|--|---|------------------------------------|--|

Tomado de Stanley, Geoffrey. 2001. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4259/425942159005.pdf>

Si reflexionamos sobre el contexto del gráfico presentado, podemos encontrar que específicamente la función asignada a la gestión financiera, se traduce en una maximización del enriquecimiento de la empresa y los accionistas de ella; sin embargo es pertinente aclarar que desde la perspectiva del planteamiento sistémico e integral, debe ser enfocado sin descuidar el nexo y la relación que debe existir con las otras áreas de la organización tal como lo que concierne al recurso humano, como riqueza vital y fundamental de la organización.

Es decir y para ponerlo en otros términos, los responsables de la gestión financiera, no pueden simplemente enfocarse en la riqueza y utilidades y obviar el proceso de considerar elementos como la satisfacción laboral, personal y humana; se debe propiciar una concepción ecléctica que permita a las direcciones encarar este proceso de una manera técnica pero humana.

El presupuesto es una herramienta primordial para planificar las actividades y los gastos que conlleva el funcionamiento de una institución; la planificación del presupuesto es una actividad a-priori que trata de materializar en recursos financieros las actividades de una institución acorde a sus objetivos planteados. Existen variados conceptos sobre presupuestos, desde la más simple que se refiere a decir que presupuesto es “un cómputo anticipado de costos de obras y rentas”, aproxima la siguiente definición: “Método sistemático y formalizado para lograr las responsabilidades directivas de planificación, coordinación y control.

La gestión administrativa como un todo general, involucra claramente a la gestión financiera; por tanto se hace necesario tipificar la relación existente entre el presupuesto como tal y las funciones administrativas de una organización. (38)

Figura 4.

Relación funciones administrativas con el presupuesto.



Tomado de: Burdano. 1989. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4259/425942159005.pdf>

Sistema de información hospitalaria

La situación actual del sistema sanitario requiere un manejo racional y eficaz. Es una de las actividades socio económicas de mayor importancia, que genera sensibilidad en nuestra sociedad, con tendencia a seguir aumentando. Las innovaciones tecnológicas, la mayor expectativa de vida, el nivel de información de la sociedad en su conjunto y por lo tanto la mayor exigencia justifican elaborar sistemas con alto grado de eficiencia y eficacia. Una herramienta fundamental es el manejo de información que pueda respaldar la toma de decisiones.

Los hospitales como actores principales del sistema sanitario generan un importante volumen de información, pero en la mayoría de los casos esta se encuentra dispersa o no está disponible en tiempo y forma necesarios.

El sistema de información es un instrumento que permite recoger y tratar la información de modo que sea útil para la toma de decisiones.

El agente y usuario de la información es la persona humana. La tecnología informática es solo instrumental, a modo de herramienta, perfeccionando el inveterado uso de registros en papel (cuadernos, fichas, agendas, biblioratos, libros de registro), o más recientemente cassetes o video cassettes. Una PC sólo colecciona y procesa datos, es la persona la que adquiere información.

Estamos en un período de transición entre los esquemas tradicionales de organización jerarquizada y estática, hacia una organización más abierta, dinámica y orientada a los procesos y a la información estratégica. Los errores en el diseño de los sistemas de información, la falta de formación del personal y los programas no adecuados a las necesidades, son obstáculos difíciles de superar. Los cambios permanentes en la tecnología de la información generan un horizonte inestable y cambiante.

Por eso es interesante pensar un modelo que pueda brindar continuidad y viabilidad adaptándose a las estructuras cambiantes; que sea válido frente a los distintos estilos de gestión.

El Sistema de Información Hospitalario debería incluir: registro del paciente con expediente digital, generación de recetas y otras órdenes o formularios de trabajo, control de laboratorios y quirófanos desde una sala de mando, generación de estadísticas y reportes, videoconferencias, acceso a bibliotecas y base de datos, telemedicina, etc.

Definiciones

Organización: Esta integrada por un conjunto de individuos que interactúan y coordinan sus actividades para lograr un objetivo en común.

Sistema: Conjunto de instrucciones organizadas, sistematizadas y lógicas relacionadas entre sí, con el objetivo de obtener, analizar, relacionar y generar la información que satisfaga las necesidades operativas y administrativas de una organización.

Sistema de Información Hospitalario (SIH):Recolección, almacenamiento, procesamiento, recuperación y comunicación de información de atención al paciente y administrativa para todas las actividades relacionadas con el Hospital.

El Sistema de Información Hospitalario implica una base de datos a disposición de usuarios autorizados en el lugar y en el momento en que estos datos sean requeridos, en un formato adecuado a sus necesidades específicas.

Sistema de Información Sanitaria (SIS): Estructura destinada a recolectar, elaborar, analizar y transmitir la información necesaria para organizar y hacer funcionar los servicios sanitarios, siendo la investigación y la docencia objetivos complementarios.

Información: Es la comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada

Informática: Es el conjunto de conocimientos científicos y de técnicas que hacen posible el tratamiento automático de la información.

Unidad básica de información (UBI): Es todo acontecimiento, pedido o tarea que sea de utilidad registrar en el sistema de producción. Es el registro de los "momentos de la verdad". Es un punto de encuentro entre conocimiento y realización. Debemos asignarle valores a sus diversos atributos. Ej. Identificar cuándo se generó el pedido y quién lo lleva a cabo. Hay Unidad Básica de Información puntuales que tienen un mismo momento de comienzo y finalización (dar número a un paciente) y Unidad Básica de Información dilatadas (internación).

Existen relaciones entre las Unidad Básica de Información: Enlaces estructurales: que descomponen el proceso hasta el nivel que queramos.

El Sistema de Información Hospitalario cumple varias funciones:

- Procurarle al paciente el acceso a la información en tiempo y forma oportuna.
- Darle la posibilidad de actualizar esa información y ejercer su derecho de habeas data.
- Gestionar el conocimiento, cuando se ha entendido la información y se la aplica a posteriori en la acción.
- Dado que la información lleva a poder "hacer mejor", es dable esperar también un beneficio a nivel de eficiencia presupuestaria.
- Mejorar la práctica clínica (soporte de decisiones).
- Apoyar a las actividades de Docencia e Investigación
- Tornar más eficiente los planes específicos de la Institución.
- Armonizar la información científico-técnica con la administrativo-contable.

Sistemas

Un sistema es un entorno integrado de datos comunes en el cual la información que se origina en diferentes unidades funcionales independientes es compartida por todos; o bien un entorno distribuido en el cual cada unidad funcional administra y procesa los datos de interés local así como los sistemas de uso común.

El contexto del Área Informática incluye: (a) diseño de sistemas (ingeniería de sistemas), (b) manejo de procesos (usuarios de los sistemas), (c) bases de datos (con gran proyección en la Investigación Científica y en los programas de Salud Pública) y (d) diseños de seguridad

Los sistemas clásicos de información para la gestión incluyen:

- Registros de actividad
- Indicadores estratégicos (por mes, por año)
- Evaluación anual de los Programas de Salud,
- Recursos Humanos
- Recursos Materiales

La información debe ser integra, confidencial, y disponible. Los datos deben ser accesibles, pero a la vez estar protegidos. Se debe asegurar la integridad mediante las copias de respaldo. La seguridad es la protección física de la información.

Se debe asegurar la confidencialidad mediante claves y contraseñas de acceso. Solo los responsables de las tareas específicas deben tener acceso a la información.

La disponibilidad debe ser periódicamente auditada y forma parte del proceso de control de gestión.

Con el Sistema de Unidad Básica de Información se pueden integrar y caracterizar los problemas de salud del paciente en cuatro niveles:

- Primer nivel: Paciente.
- Segundo nivel: Problema de salud.
- Tercer nivel: Pedidos realizados a los diferentes servicios, tendientes a solucionar el problema de salud.
- Cuarto nivel: Tareas efectuadas para satisfacer los pedidos.

El desarrollo de un Sistema General y Universal de Información permite:

- Desarrollar un soporte de las decisiones que permita un seguimiento estratégico
- Información epidemiológica para la planificación sanitaria.
- Información para la detección de usuarios propios y de financiaciones diferentes.
- Información para la gestión clínica asistencial.
- Información para la gestión económico – financiera
- Mejorar la atención del paciente
- Optimizar la prestación de los servicios
- Mejorar las condiciones de trabajo del personal
- Optimizar la administración del Establecimiento

Elementos referidos a la Atención en Salud en el Sistema de Información Hospitalario:

- El paciente, la representación formal de sus datos clínicos (historia clínica)
- El tiempo (registro de las fechas de los actos)
- El conjunto de actividades asistenciales (prestaciones).
- El lugar (área, servicio) y los recursos (insumos, aparataje).
- Los datos que surgen de la interacción entre el servicio de salud y el paciente deben originar registros.

Registrar implica:

- Continuidad de los registros
- Identificar ulteriormente lo que se ha registrado
- Intentar utilizar los datos consignados.

Se necesita un lenguaje común y se hace necesario agrupar con categorías numéricas entidades nosológicas, mediante criterios preestablecidos. Ergo clasificaciones internacionales de problemas de salud. (CIAP-2, CIE-9, NANDA)

Si la recolección de datos y su presentación no se ajustasen a un modelo normal a través de definiciones comunes, se pierde la compatibilidad entre los mismos.

Los registros se subdividen en:

- a. Actividades
- b. Consultas (morbilidad)
- c. Datos sobre edad y sexo
- d. Específicos (vacunaciones, diagnósticos, etc.)

Se trata en todos los casos de registros institucionales que permiten conocer:

- Las actividades desarrolladas
- La utilización de los recursos disponibles
- Las características de la demanda asistencial
- Identificar pacientes susceptibles de algún tipo de intervención sanitaria
- Descubrir necesidades y problemas de salud en la población asignada

Conocer las actividades de cada grupo de trabajo a los efectos de hacer la planificación adecuada. Proporcionar estadísticas de contralor cuya confección sea obligatoria que sirvan de base para la evaluación de la calidad asistencial

Se debe cuantificar tanto la demanda asistencial como los servicios que se han prestado. Esto permite elaborar indicadores de rendimiento y de utilización de recursos. Los de rendimiento ponen en relación datos de actividad (Ej. media diaria de consultas) con datos de estructura (Ej. cantidad de consultorios disponibles). Los de utilización relacionan actividad con población/tiempo (Ej. cantidad de consultas por habitante por año) o entre sí distintos datos de actividad (Ej. número de recetas por consulta).

La Historia Clínica

Tiene 4 componentes: datos de base, lista de problemas, plan inicial y notas de evolución.

Datos de base: Incluye el cuestionario inicial desde la Oficina Adminis-

trativa así como la anamnesis referente al motivo de consulta, la enfermedad actual y los antecedentes personales y familiares, a lo que se pueden agregar datos de la exploración física y de los exámenes complementarios. Lista de problemas: Diagnóstico etiológico, sindromático y fisiopatológico. Diagnósticos emocionales y sociales. Incapacidades. Factores de riesgo. Tratamientos recibidos con anterioridad.

Plan inicial: Plan de diagnóstico (exámenes complementarios, interconsultas, observación y seguimiento) Plan terapéutico (farmacológico, dietético, kinesiológico, psicoterapéutico, quirúrgico) Plan de recomendaciones (autocuidados).

Notas de evolución: Deben quedar bien destacados cuales son los problemas importantes que se siguen en cada visita.

El informe de Alta o Epicrisis debe incluir: Resumen de la estadía hospitalaria, problemas de salud detectados, resumen de los cuidados realizados, evolución de los problemas, pautas de los cuidados a seguir.

La Tecnología

La tecnología informática debe suministrar los recursos que sostienen el Sistema de Información Hospitalario Implica:

- Una cierta capacitación y actualización (entrenamiento) del personal que debe usarla.
- Compatibilizar las bondades del sistema con las necesidades prácticas cotidianas; una tecnología muy sofisticada puede ser un gasto suntuario.
- En la Informática los costos de los nuevos productos tienden a descender con el tiempo.
- La conectividad incluye: electrónica, satelital, telefonía y facsímil (fax).

Hay aplicaciones tecnológicas variadas: las que se activan al tocar la pantalla ("touch screen"), las activadas por la voz, las de opciones restringidas tipo "cajero automático", personal móvil con tecnología conectada a una red central.

Necesidades del Sistema de Información

Incorporar las herramientas informativas existentes al conocimiento. Crear el ambiente adecuado para que puedan ser responsables de la captura e introducción de datos, así como de su uso y explotación posterior.

Desarrollar y utilizar el sistema porque esto permite conocer la potencia del mismo.

Liberar a los profesionales de la salud de las tareas administrativas y comerciales que interfieran en la creación de su valor añadido, que es el intelecto.

Los sistemas de información deben:

- Facilitar la atención (Ej. gestión de turnos)
- Utilizarse para administrar recursos humanos o materiales
- Organizar servicios y sistemas de salud a través de distintas redes (hospital-centro de salud)
- Controlar los recursos económicos (Ej.: licitaciones)
- Contribuir a la atención preventiva y promoción de la salud
- Tener en cuenta el valor agregado que aporta a la actividad
- Deben generar beneficios mayores que su propio costo
- Se necesitan como mínimo 2 años para su implementación
- Aumentan la instrucción y capacitación del personal.
- Permiten ahorrar tiempo, acelerando la gestión de los proyectos.

Nos introducen al mundo de la “evaluación y desarrollo continuo”, cambiando la cultura de la Institución Deben ser seguros y confiables.

El proceso de comunicación dentro de una Organización es un flujo constante, sin principio ni fin. En la organización cada individuo o sector no posee toda la información de la misma, sino la de su área en particular y como no se puede tomar decisiones con información parcial, los individuos en las organizaciones deben comunicarse y compartir la información para poder tomar decisiones adecuadas.

Los sistemas de información de uso habitual, permiten la comunicación, intercambio y procesamiento de datos, información y conocimientos en una institución de salud.

Un inadecuado procesamiento de datos, información y conocimientos puede incidir negativamente en el correcto funcionamiento del equipo de salud y provocar consecuencias negativas en la calidad de atención al paciente.

Ventajas de su aplicación

Las ventajas básicas de la implementación del Sistema de Información Hospitalario se evidencian al mejorar la calidad la atención y posibilidades de financiación de los servicios de salud. Esto se logra a través de:

Información clínica, información administrativa, vigilancia epidemiológica, información científica, búsqueda de documentos. Requiriendo para su aplicación del compromiso de la conducción; instalación de la tecnología adecuada; entrenamiento del personal; actualización de la tecnología (software) y del mantenimiento (hardware) .

Requiere basarse en las metas de la institución, contemplar la dinámica local y ser validado y compartido por los distintos actores. (39)

Cuestionario y Actividades

1) Describa el modelo de gestión Hospitalaria.

2) Identificar las funciones del Sistema de Información Hospitalario.

3) Representar gráficamente la Relación funciones administrativas con el presupuesto.

1^{RA} EDICIÓN

Gestión
de la calidad
en los
servicios de salud
Capítulo

VII

*Seguridad del paciente en el
sistema de salud*



Objetivo del capítulo

- Esquematizar las fases de la cultura de seguridad según *Manchester Patient Safety Framework* (MaPsaF).
- Describir los seis objetivos internacionales para la seguridad del paciente.
- Identificar los elementos de protección personal que debe utilizar el personal de enfermería.

Culturas de seguridad

Se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir, de manera que los individuos y la organización están comprometidos con los programas de seguridad del paciente.

La cultura de seguridad incluye factores humanos, técnicos, organizativos y culturales. Esta cultura de seguridad ha madurado en distintos entornos, como la industria de la energía nuclear, la aviación y el control aéreo.

En el entorno de la salud distintas herramientas cualitativas y cuantitativas (encuesta hospitalaria de cultura de seguridad del paciente de *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), *Patient Safety Climate in Healthcare* (PSCHO), *Modified Stanford Instrument* (MSI), entre otras han intentado medir la cultura de seguridad de las organizaciones, reconociéndose actualmente que los métodos cualitativos la reflejan mejor, en relación a la evidencia del rigor psicométrico.

Los cimientos de esta cultura se asientan en dos teorías:

1. La teoría de la identidad social: El individuo se esfuerza por mejorar su autoestima mediante la identificación con un grupo. La organización debe generar intervenciones en materia de seguridad y potenciar la creación de redes seguras para que se incluyan en ella los individuos. También debe promover el entrenamiento de profesionales y equipos.
2. La teoría de la autocategorización: El individuo se identifica con distintos grupos (microculturas) y renegocia de manera constante su identidad. La organización debe promover el refuerzo positivo, la recompensa del trabajo en seguridad, la publicidad de los programas en pro de la seguridad y debe reforzar el autoestima de aquellos que trabajan para desarrollarla, evitando las posibles consecuencias

negativas que pudieran derivarse de las barreras para la implantación de la cultura de seguridad.

La ausencia de cultura de seguridad puede implicar que ciertos comportamientos de riesgo se conviertan en normas, por lo que, es crucial el fomento de las prácticas seguras en la organización, evaluando continuamente las consecuencias. Esto permite reevaluar los hábitos entendidos como “normales” y plantear estandarización de prácticas y desarrollo de guías consensuadas de práctica clínica, con el apoyo de la evidencia científica. Esta estandarización de las prácticas permite unificar los criterios y actuaciones en las organizaciones sanitarias. Los profesionales experimentados suelen tener comportamientos asentados en fuertes convicciones, que a veces entran en conflicto con dicha estandarización: un buen ejemplo es la implementación del listado de verificación quirúrgica (LVQ) de la OMS que ha suscitado resistencias.

A pesar de los esfuerzos realizados su implantación ha sido incompleta, siendo las principales barreras: considerarlo una imposición, sensación de duplicidad de tareas, falta de adaptación del LVQ a las necesidades locales, pudor y sensación de ridículo.

Además, en determinados centros se ha dado más importancia al registro que al cumplimiento, ofreciendo datos equívocos. El desarrollo de la cultura de seguridad y el aprendizaje a partir de éxitos y fracasos de implementación de determinadas prácticas seguras es fundamental para conseguir un equilibrio entre la estandarización y el respeto a la autonomía profesional.

Según la *National Patient Safety Agency for England and Wales* (NPSA) son tres las características necesarias de la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias:

1. Abierta: Se asume el fallo del sistema como origen de los accidentes.
2. Justa: No se imponen medidas punitivas.
3. De aprendizaje: Interpreta los incidentes como posibilidades de mejora. Cambiar la cultura de seguridad de una organización es siempre un reto difícil y existen distintas forma de potenciarla, incluyendo: valoraciones de la situación inicial, formación de equipos, fomento del liderazgo, establecimiento de auditorías de seguridad o uso de sistemas de registro de incidentes críticos.

Las organizaciones pueden tener distintos grados de madurez de la cultura de seguridad y según el *Manchester Patient Safety Framework* (MaPsaF) existen distintas fases de desarrollo que responden a los siguientes modelos mentales.

Tabla 3.

Fases de la cultura de seguridad, manchester patient safety framework.

| |
|--|
| 1. Fase patológica: "¿a quién le importa la seguridad si no nos pillan?" |
| 2. Fase reactiva: "hacemos algo cada vez que sucede un evento adverso" |
| 3. Fase de cálculo: "tenemos sistemas para manejo de evento adverso" |
| 4. Fase proactiva: "nos anticipamos a los problemas de seguridad" |
| 5. Fase generativa: "tenemos un sistema centrado en la seguridad" |

Tomado de: Garrido y Rocco. 2017. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>

Cambiar la cultura de seguridad de las organizaciones sanitarias es un reto complejo que requiere evitar el adoctrinamiento y las recetas conductuales. Las teorías del aprendizaje adulto sobre andragogía han demostrado que no se trata de decirle al profesional lo que debe hacer, sino de implicarlo en el cambio a través del aprendizaje experiencial. Por ese motivo la utilización de incidentes reales recopilados a partir de un sistema de notificación de incidentes críticos, tienen un valor significativo en ese aprendizaje, especialmente cuando esa experiencia se da en un entorno cercano, real e identificado por el profesional como propio. En este proceso el profesional es el protagonista. Los pasos necesarios para el cambio incluyen el diagnóstico inicial de la situación, la identificación de motivaciones y de los distintos actores que pueden permitir el cambio o impedirlo, los recursos disponibles y necesarios y por último las consecuencias del mismo.

Este cambio de cultura de seguridad implica un proceso gradual, en el que es importante superar distintas etapas. El modelo de Moore, descrito en su publicación *Crossing the Chasm*, está basado en el ciclo de adopción de la tecnología. En él se ilustra el abismo que hay entre los primeros adoptantes de un producto tecnológico innovador (los entusiastas y visionarios) y la mayoría temprana (los pragmáticos). Según Moore, el calado de esa innovación en cada grupo es la base para el éxito en el siguiente. El abismo al que se refiere puede superarse si se construye suficiente impulso de modo que la innovación se convierte en un estándar: es el punto en el que el movimiento es

imparable. El cambio de la cultura de seguridad a través del uso de sistemas de registro y notificación de incidentes críticos pueden considerarse una innovación disruptiva o discontinua por la innovación que supone en los entornos profesionales: un cambio significativo de paradigma en el comportamiento, motivo por el cual es posible aplicar esta teoría. (40)

Tabla 4.

Fases en el proceso de cambio. Adaptación del modelo de moore.

| | | |
|-------------------|-----------------------------------|--|
| 1. Innovación | Líder Primer seguidor | Tener una idea innovadora para generar un cambio Legitimar al líder |
| 2. Difusión | Seguidores tempranos Abismo | Dar visibilidad al movimiento y hacerlo inevitable |
| 3. Adopción | Mayoría temprana (Pragmáticos) | Adoptar el cambio con pragmatismo |
| 4. Generalización | Mayoría Tardía (Conservadores) | Adoptar el cambio de modo conservador |
| 5. Adopción | Escépticos | Representar la resistencia a la asimilación total del cambio |

Tomado de: Garrido y Rocco. 2017. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>

Objetivos de la seguridad

El propósito de los Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente es promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente. Los objetivos destacan las áreas problemáticas dentro de la atención médica y describen soluciones consensuadas para estos problemas, basadas tanto en evidencia como en el conocimiento de expertos. Reconociendo que un diseño sólido del sistema es fundamental para la prestación de atención médica segura y de alta calidad, los objetivos por lo general se centran en soluciones que abarcan todo el sistema, siempre que sea posible.

Figura 5.

Objetivos internacionales.



Tomado de:: Revista digital enfermería y seguridad del paciente. 2020. Disponible en: <https://www.enfermeriayseguridaddelpaciente.com/2020/09/20/metas-internacionales-para-la-seguridad-del-paciente-joint-commission-international/>

Los Objetivos son:

1. Identificar correctamente a los pacientes.
2. Mejorar la comunicación efectiva.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud asociada con la atención médica.
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Objetivo 1. Esencial: Identificar correctamente a los pacientes.

Requisito del Objetivo 1: El establecimiento de atención médica elabora políticas y procedimientos para mejorar la precisión en la identificación de los pacientes.

Propósito: Errores que involucran al paciente equivocado ocurren en prácticamente todos los aspectos del diagnóstico y tratamiento. Los pacientes pueden estar sedados, desorientados o no del todo alertas, puede que los cambien de cama, de habitación o de lugar dentro del hospital, pueden padecer discapacidades sensoriales o estar sujetos a otras situaciones que pueden conducir a errores en cuanto a la identificación correcta. El propósito de este objetivo es doble: en primer lugar, identificar en forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio o tratamiento; en segundo lugar, hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona.

Las políticas y/o procedimientos para mejorar los procesos de identificación se diseñan en colaboración, en particular los procesos utilizados para identificar a un paciente que se le administrarán medicamentos, sangre o hemoderivados; que se le extraerá sangre y otras muestras para análisis clínicos o proporcionará cualquier otro tratamiento o procedimiento. Las políticas y/o procedimientos exigen al menos dos formas de identificación de un paciente, como por ejemplo el nombre del paciente, su número de identificación, la fecha de nacimiento, una pulsera con código de barras u otras maneras. El número de habitación del paciente o su ubicación no son datos que se puedan usar como identificación. Las políticas y/o procedimientos obligan al uso de dos identificadores diferentes en distintos lugares dentro del establecimiento, como por ejemplo en atención externa (véase también el Glosario) o en otros servicios ambulatorios (véase también el Glosario), el área de Urgencias o los Quirófanos. También se incluye la identificación del paciente con alteración del estado de conciencia desconocido. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que aseguren que se preste atención a todas las posibles situaciones de identificación.

Elementos medibles del Objetivo 1:

1. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que aseguren la precisión de la identificación del paciente.
2. Las políticas y/o procedimientos exigen el uso de dos identificadores del paciente, sin incluir el número de habitación ni la ubicación del paciente.
3. Los pacientes son identificados antes de administrarles medicamentos, sangre o hemoderivados.
4. Los pacientes son identificados antes de extraerles sangre u otras muestras para análisis clínicos.

5. Los pacientes son identificados antes de proporcionarles tratamientos y procedimientos.

Objetivo 2: Mejorar la comunicación efectiva.

Requisito del Objetivo 2: El establecimiento de atención médica elabora políticas y procedimientos para mejorar la efectividad de la comunicación entre profesionales.

Propósito: Cuando la comunicación es efectiva, lo cual implica que sea oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente. La comunicación puede ser electrónica, oral o escrita. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes de atención al paciente dadas oralmente y por teléfono. Otro tipo de comunicación propensa al error es la información de resultados críticos de análisis, como por ejemplo que el laboratorio clínico llame a la unidad de atención al paciente para informar los resultados de un análisis solicitado en urgencias.

El establecimiento elabora, en colaboración, una política y/o procedimiento para órdenes orales y telefónicas que incluye: la anotación (o ingreso en una computadora) de la orden o el resultado del análisis completo, por parte de quien recibe la información; la lectura, por parte del receptor, de la orden o el resultado del análisis, y la confirmación de que lo que se ha anotado y leído es exacto. La política y/o procedimiento identifican alternativas aceptables para cuando el proceso de lectura no sea posible, como por ejemplo en la sala de operaciones y en situaciones de urgencia (véase también el Glosario) en el área de Urgencias o en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Elementos medibles.

1. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que atiendan la precisión de las comunicaciones orales y telefónicas.
2. El receptor de la orden o del resultado del análisis anota la orden o resultado de los análisis orales y telefónicos completos.
3. La orden o el resultado del análisis oral y telefónico completo son vueltos a leer por el receptor de dicha orden o resultado.
4. La orden o el resultado del análisis son confirmados por la persona que los dio.

Objetivo 3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.

Requisito del Objetivo 3. El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para mejorar la seguridad de los medicamentos que representan un alto riesgo.

Propósito: Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental el manejo adecuado a fin de garantizar la seguridad del paciente. Un problema de seguridad de los medicamentos mencionado con frecuencia es la administración errónea de electrólitos concentrados (por ejemplo, cloruro de potasio [2mEq/ml o más concentrado], fosfato de potasio, cloruro de sodio [más que 0,9% concentrado], y sulfato de magnesio [50% o más concentrado]). Este error puede ocurrir por falta de supervisión del personal de nuevo ingreso, por falta de orientación e inducción del personal que atiende al paciente (sea este propio o subrogado) o por una situación de urgencia mal manejada. Los medios más efectivos para disminuir o eliminar esta ocurrencia es retirar los electrólitos concentrados de las unidades de atención al paciente y llevarlos a la farmacia.

El establecimiento, en colaboración, desarrolla una política y/o un procedimiento que evita la colocación de electrólitos concentrados en áreas de atención al paciente donde puedan ocurrir errores de administración. La política y/o el procedimiento identifican todas las áreas donde los electrólitos concentrados son necesarios desde el punto de vista clínico, como el departamento de Urgencias o las salas de operaciones, e identifican el modo en que son etiquetados en forma clara y cómo se almacenan en dichas áreas, de modo tal que esté restringido el acceso a ellos a fin de prevenir la administración errónea.

Elementos medibles del Objetivo 3.

1. Se emplea un proceso de colaboración para desarrollar políticas y/o procedimientos que atiendan la ubicación, etiquetado y almacenamiento de electrólitos concentrados.
2. No hay electrólitos concentrados en áreas de atención al paciente, salvo que sean necesarios desde el punto de vista clínico y se tomen medidas contra la administración errónea en aquellas áreas donde la política lo autorice.

Objetivo 4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.

Requisito del Objetivo 4: El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para asegurar la realización de cirugías en el sitio correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.

Propósito: La cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto y/o al paciente equivocado son preocupantes problemas comunes en los hospitales. Estos errores son el resultado de: Una comunicación deficiente o inadecuada entre los miembros del equipo quirúrgico. La falta de participación del paciente en el marcado del sitio. La ausencia de procedimientos de verificación del sitio de la operación. La evaluación inadecuada del paciente. La revisión inadecuada del expediente clínico. Una cultura que no apoya la comunicación abierta entre los miembros del equipo quirúrgico. Los problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas son factores que de manera frecuente contribuyen al error. Es preciso que los establecimientos, en colaboración, desarrollen una política y/o un procedimiento que sea efectivo para la eliminación de este preocupante problema. Se emplean prácticas basadas en la evidencia, tales como las descritas en el Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery™ (Protocolo universal para la prevención de cirugías en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o a la persona equivocada) de la Joint Commission.

Los procesos esenciales encontrados en el Protocolo Universal son: El marcado del sitio quirúrgico. Un proceso de verificación preoperatorio. Una instancia inmediatamente previa o “time-out” que tiene lugar justo antes del comienzo de un procedimiento. El marcado del sitio quirúrgico involucra la participación del paciente y se lleva a cabo con una marca inequívoca. La marca debe ser la misma en toda la organización, debe ser efectuada por la persona que llevará a cabo el procedimiento, deberá hacerse estando el paciente despierto y consciente, si fuera posible, y debe estar visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto. El sitio quirúrgico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad, estructuras múltiples (dedos de las manos y de los pies) o niveles múltiples (columna vertebral).

El propósito del proceso de verificación preoperatorio es: Verificar que sean el sitio, el procedimiento y el paciente correctos. Asegurar que estén disponibles todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, que estén debidamente etiquetados y exhibidos; Verificar la presencia de todos los equipos y/o implantes especiales necesarios. La confirmación de

información en el momento inmediatamente previo al procedimiento permite resolver cualquier pregunta no respondida o confusión. La confirmación previa se lleva a cabo en el lugar donde se realizará el procedimiento, justo antes de comenzar, e implica la participación de todo el equipo quirúrgico. El establecimiento determina el modo en que el proceso será documentado en forma resumida, como por ejemplo en una lista de verificación.

Elementos medibles del Objetivo 4.

1. Se emplea un proceso de colaboración para desarrollar políticas y/o procedimientos que establezcan procesos estandarizados, a fin de asegurar el sitio correcto, el procedimiento correcto y el paciente correcto, incluyendo procedimientos realizados fuera de la sala de operaciones.
2. Se emplea una marca claramente comprensible para la identificación del sitio quirúrgico y se hace participar al paciente en el proceso de marcado.
3. Se emplea un proceso para verificar que todos los documentos y el equipo necesarios estén a la mano, sean los correctos y funcionen.
4. Se emplea una lista de verificación y un procedimiento de instancia inmediatamente previa al inicio de un procedimiento quirúrgico.

Objetivo 5. Esencial. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.

Requisito del Objetivo 5. El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para reducir el riesgo e infecciones asociadas con la atención médica.

Propósito. La prevención y el control de infecciones asociadas con la atención médica constituyen desafíos en la mayoría de las áreas de atención médica. Los índices en aumento de dichas infecciones representan una preocupación importante tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. Las infecciones asociadas al cuidado de la salud comunes a todas las áreas de atención médica incluyen infecciones asociadas al cuidado de la salud de las vías urinarias asociadas con el uso de catéteres, infecciones asociadas al cuidado de la salud del torrente sanguíneo y neumonía (a menudo asociadas con la respiración asistida).

Lo fundamental para erradicar estas y otras infecciones asociadas al cuidado de la salud es la higiene adecuada de las manos. Se pueden obtener pautas internacionalmente aceptadas para la higiene de las manos en el establecimiento Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos y en varias otras organizaciones nacionales e internacionales. El establecimiento cuenta con un proceso de colaboración para elaborar políticas y/o procedimientos que adapten o adopten los lineamientos actualmente publicados y generalmente aceptados para la higiene de las manos y para su implementación dentro del establecimiento.

Elementos medibles del Objetivo 5.

1. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que atiendan la reducción del riesgo de contraer infecciones asociadas al cuidado de la salud asociadas con la atención médica.
2. Se adoptaron guías para la higiene de las manos actualmente publicadas y generalmente aceptadas.
3. Se implementa un programa efectivo para la higiene de las manos.

Objetivo 6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Requisito del Objetivo 6. El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Propósito: Las caídas constituyen un factor importante de las lesiones sufridas por pacientes hospitalizados. En el contexto de la población que se atiende, los servicios que se prestan y la característica de sus instalaciones, el establecimiento debe evaluar el riesgo de caídas, en consecuencia, debe tomar medidas para reducir el riesgo de caídas y de lesiones en caso de ocurrir una caída. La evaluación podría incluir los antecedentes de caídas, una revisión del consumo de alcohol y medicamentos, una evaluación del andar y el equilibrio, y las ayudas para caminar empleadas por el paciente. El establecimiento implementa un programa de reducción del riesgo de caídas, basándose en políticas y/o procedimientos adecuados. Se implementa el programa.

Elementos medibles del Objetivo 6.

1. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que atiendan la reducción del riesgo de daños sufridos por los pacientes a causa de caídas en el establecimiento.

2. El establecimiento implementa un proceso para que en la evaluación inicial de pacientes, se determine el riesgo de caídas y posteriormente se reevalúe a los pacientes cuando así lo determine un cambio en el estado de los mismos, en sus medicamentos, etc.
3. Como resultado de la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas, se implementan las medidas necesarias tendientes a reducir la probabilidad de caídas en los pacientes con valores de mayor riesgo. (41)

Seguridad del paciente

Uno de los objetivos de quienes ofrecen atención en salud es garantizar que las intervenciones se llevan a cabo de manera precisa y objetiva para el mantenimiento y/o recuperación de la salud, Asimismo, los receptores del cuidado esperan que además, dichas intervenciones cuenten con las medidas de seguridad que no les represente un daño, que en algunos casos puede resultar irreversible.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo, la cual se puede definir como una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en las instituciones sanitarias. La seguridad del paciente se vuelve un tema prioritario y de real importancia, a partir del número de eventos adversos que se detectan y que son derivados de la atención médica y más aún cuando éstos son reportados. Las consecuencias para los profesionales de la salud involucrados en los fallos de la atención incluyen desde el cese o suspensión temporal de sus funciones, la reparación del daño de manera económica hasta la pérdida de la libertad, por ende, la reducción de riesgos no solo resulta en un beneficio para el paciente, sino para el personal de salud que brinda el servicio.

Algunos datos revelan la magnitud del problema, por ejemplo, en 1999, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) publicó el informe "To Err is Human: building a Safer Health System", donde se estimó que derivado de los errores médicos, la mortalidad de pacientes hospitalizados era de 44,000 y 98,000 por año. Actualmente, la OMS estima que cada año, 134 millones de personas sufren de algún daño como consecuencia de la falta de seguridad en la atención hospitalaria lo que provoca 2,6 millones de defunciones anuales, además el 80% de estos casos se pueden prevenir con la adopción de medidas sencillas y de bajo costo, como el lavado de manos, la mejora de la comunicación entre profesionales y el trabajo en equipo.

Es así, que la seguridad del paciente en el sistema de salud representa un reto para las instituciones y los profesionales, a fin de garantizar a los pacientes, intervenciones de calidad y con el mínimo riesgo para su integridad física. La seguridad del paciente Diversas estrategias y acciones se han desarrollado a nivel mundial para consolidar a la seguridad del paciente como una prioridad en las instituciones sanitarias y mejorar la calidad de la atención, todas se han orientado a disminuir el daño que pueden ser provocados por una mala práctica en muchas ocasiones prevenible, una de las más importantes y que fueron punto de partida en este tema son las metas internacionales para la seguridad del paciente que enlista una serie de actividades en rubros como la identificación correcta del paciente, comunicación efectiva entre profesionales, seguridad en la administración de medicamentos y en los procedimientos, reducción del riesgo de infecciones nosocomiales y prevención de caídas.

Otra de las medidas establecidas fue la instauración el Dia Mundial de la seguridad del paciente, celebrado por primera vez el 17 de septiembre de 2019 como una forma de concientización de la importancia que guarda esta problemática y que se debe atender desde todos los ámbitos y sectores involucrados con la atención de la salud. La responsabilidad y el éxito no solo es tarea del personal de salud sino de todos los que de manera directa e indirecta participan, desde los directivos, administradores y el equipo multidisciplinario de salud, los cuales deben preocuparse por crear un entorno favorable que reduzcan en gran medida los obstáculos que interfieren con la calidad de la atención como la demanda de pacientes, la falta de recursos humanos y materiales.

Cuando se prioriza la seguridad del paciente, es posible evitar y prevenir los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de atención sanitaria. La seguridad surge de la interacción entre los componentes del sistema; no depende solo de una persona, un dispositivo o el área de trabajo, mejorar la seguridad depende del trabajo en equipo más allá de los procesos. Es importante también no olvidar que se requiere además de un compromiso ético y profesional. Se debe enfocar y dirigir la mirada al tema de la seguridad del paciente, a nuevas dimensiones, y adoptar una verdadera cultura de seguridad. Enfocar todos los esfuerzos a crear conciencia de la importancia que tiene el trabajo en equipo. Abandonar viejas ideologías, que impiden brindar una atención de calidad. (42)

Garantía de la calidad en salud ocupacional y riesgo laboral

Inicialmente la prevención de riesgos laborales se denominó higiene industrial por tratarse de medidas higiénicas aplicadas en la industria para prevenir los accidentes y enfermedades que presentaban los obreros como consecuencia del trabajo. Sin embargo, al constatar que no bastaban estas medidas, sino que se requería la acción de la medicina para atender la salud de los trabajadores, esta práctica de la prevención pasó a llamarse medicina del trabajo, siendo una disciplina más de carácter resolutivo. Como disciplina que tiene por objeto de estudio la enfermedad, en su momento la medicina del trabajo hizo importantes aportes en la construcción de conocimientos respecto a la etiología clínica y a los efectos de la exposición ocupacional a agentes peligrosos sobre la salud de las personas. No obstante, en la práctica se encontraba restringida al ámbito clínico de las enfermedades y las necesidades estaban y están hoy día en función de evitar su aparición.

La medicina del trabajo se focalizó en el estudio biologicista y epidemiológico de la enfermedad en los lugares de trabajo y su marco de acción lo daban el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado, siguiendo el método desarrollado por Ramazzini: 1- La observación de la supuesta causa de daño profesional, 2- el examen clínico del trabajador para determinar la influencia del trabajo sobre la salud, 3- la documentación sobre el tema y 4- las normas higiénicas y las medidas de prevención individual y colectiva. Este último, además de las indicaciones médicas, requirió la intervención de otros profesionales para encontrar formas de evitar o atenuar el efecto de las exposiciones en la salud de las personas, entrando en escena disciplinas como la toxicología, la ergonomía y la química

En la práctica ha tomado dos campos de acción: 1- proteger al trabajador contra los factores generadores de riesgos para su salud y seguridad y 2- monitorear las tendencias de salud-enfermedad de la población en su lugar de trabajo. En el primer caso, su componente preventivo gira en torno al control de los peligros siguiendo el modelo teórico de realizar el control primero en la fuente, segundo en el medio y por último en la persona, aun cuando en la práctica su acción se ha dado en el orden inverso: centrado inicialmente en la persona (siendo objeto de acciones médicas, actividades de capacitación y como receptor de elementos de protección personal) y de manera accesoria en el medio (a través de intervenciones de diseño para el cambio o mejora de elementos de trabajo, considerados en la mayoría de los casos como la fuente del peligro). En este sentido, la relación entre salud-enfermedad y trabajo se plantea inicialmente como un fenómeno con causas únicas (factores de

riesgo físicos, químicos, etc.) y efectos específicos (riesgos de trabajo), reduciendo la problemática a una explicación monocausal en donde un peligro puede producir una enfermedad, para lo cual se toma como punto de partida la identificación y valoración de los factores de riesgo con el fin de estimar cuantitativamente la magnitud del problema frente a la exposición. Para ello se diseñaron diferentes metodologías que permiten identificar globalmente en las empresas los peligros existentes y valorar su potencialidad de daño en caso de llegar a materializarse. Acorde con su resultado, se formula un plan de trabajo para proteger la salud y fomentar la seguridad de la población laboral. Si bien la mencionada relación unicausal ha ido dando paso a un nuevo enfoque que lleva a estudiar la multicausalidad de muchos de los eventos posibles, como por ejemplo en el caso de los factores psicosociales.

Con respecto al monitoreo de las tendencias en salud, la vigilancia epidemiológica es su herramienta fundamental, estableciendo la distribución diagnóstica y geográfica de la sintomatología de la población laboral, dentro de la empresa en particular. Independiente del tipo de riesgo de la empresa, todas identifican y valoran sus peligros y monitorean sus tendencias de salud en cuanto enfermedad/accidentalidad.

Si bien es cierto que en un comienzo la prevención de riesgos laborales se limitaba a la práctica de la higiene industrial y posteriormente a la medicina del trabajo; con la salud ocupacional se mantuvieron estas dos modalidades de intervención en las empresas con la participación simultánea de profesionales de las áreas de ingeniería y salud. Hoy día, el Sistema General de Riesgos Laborales se transforma integrando estos dos campos técnicos con la incorporación de aspectos administrativos y de gestión en sus procesos internos.

Desde el dominio de estudio de la salud ocupacional, la prevención se piensa y se desarrolla en el nivel de gestión operativa y solamente en fases más avanzadas llegan a incursionar en el nivel táctico. Sin embargo, raramente se posiciona suficientemente en el nivel estratégico de la organización, siendo su máximo compromiso la firma de la política de salud ocupacional, por ser éste un requerimiento del plan básico legal. Es de resaltar que la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo es un tema que vincula e integra sistémicamente a toda la organización. Tiene por lo tanto un importante reto en lo que respecta a su nivel de posicionamiento. Para ello, debe trascenderse el discurso médico de la salud ocupacional e incursionar en el lenguaje corporativo de la gestión de las organizaciones. Lo que conlleva que en la temática de la seguridad y la salud en el trabajo sea imperativo que el sistema se com-

porte en dirección top-down, con la apropiación de la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo en el mayor nivel jerárquico de las organizaciones. La gestión busca fusionar a la organización desde sus políticas, directrices y capital humano, así como desde sus operaciones y procedimientos; si se tiene en cuenta que ésta afronta los nuevos retos y exigencias de las empresas que buscan liderar y ser partícipes activas del desarrollo sostenible de su negocio. Para ello requiere que expresamente se integre la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo en el “cumplir con las normas legales, las adhesiones de carácter procedimental, los estándares nacionales e internacionales y con documentos fundamentales como el código de ética, el reglamento interno de trabajo, los manuales de funciones y procedimientos, las políticas; la gestión de desarrollo humano y la responsabilidad social. Los gerentes en el nivel estratégico, los jefes y supervisores en el táctico y los dueños de proceso en el operativo. (43)

Bioseguridad en los hospitales

El significado de la palabra bioseguridad se entiende por sus componentes: “bio” de bios (griego) que significa vida, y seguridad que se refiere a la calidad de ser seguro, libre de daño, riesgo o peligro. Por lo tanto, bioseguridad es la calidad de que la vida sea libre de daño, riesgo o peligro. La bioseguridad hospitalaria, a través de medidas científicas organizativas, es la que define las condiciones con que los agentes infecciosos deberían ser manipulados para reducir la exposición del personal en las áreas hospitalarias críticas y no críticas, a los pacientes y familiares, y al material de desecho que contamina al medio ambiente. Las medidas de bioseguridad deben ser una práctica rutinaria en las unidades médicas y ser cumplidas por todo el personal que labora en los centros, independientemente del grado de riesgo según su actividad y de las diferentes áreas que compone el hospital.

Principios de bioseguridad

La Bioseguridad según Papone debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, ambiente que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos. Papone incorpora tres principios que se mencionan a continuación:

Universalidad

Las medidas involucran a los pacientes de todos los servicios, de todas las áreas independientemente de conocer o no su enfermedad. Estas precauciones, deben ser aplicadas para todas las personas, independientemente de presentar o no patologías infectocontagiosas, de estar o no expuestas al contacto con fluidos corporales, cualquier riesgo se disminuye al utilizar las medidas de bioseguridad siempre durante la atención hospitalaria.

Uso de barrera

El uso de barreras es la principal herramienta de protección personal contra 14 infecciones, la misma que debe existir en cantidad suficiente y adecuada, la cual debe ser proporcionada por los empleadores.

Manejo de desechos

Estos comprenden algunos procedimientos adecuados a través de los cuales, los materiales que son utilizados en la atención de pacientes, son colocados en recipientes adecuados y eliminados de manera que no causen daño alguno.

Tipo de barreras

Barreras físicas

Las barreras protectoras reducen el riesgo de exposición de sangre y líquidos del cuerpo que contenga sangre visible y a otros líquidos a las cuales se apliquen las precauciones universales. En tal sentido las barreras físicas juegan un papel importante en la protección de la salud del personal de enfermería y el resto del equipo de salud, ya que reduce el riesgo de exposición de la piel y mucosa del ojo a desechos y fluidos contaminantes.

Elementos de protección personal

Los Elementos de protección personal incluyen guantes, batas, fundas para zapatos, gafas, mascarillas. Son particularmente necesarios cuando la transmisión de la enfermedad puede ocurrir a través del tacto, aerosoles o salpicaduras de sangre, fluidos corporales, membranas mucosas, piel no intacta, los tejidos del cuerpo, de los materiales contaminados y las superficies. Los Elementos de protección personal pueden ayudar a crear una barrera entre el trabajador expuesto y la fuente de microorganismos infectantes. Este tipo de indumentaria de protección debe ser utilizado por el profesional de enfermería cuando exista riesgo por exposición a agentes patógenos, para evitar el contacto con la piel o mucosa del ojo.

a) **USO DE GORRO** Los procedimientos de intervención de enfermería, recomiendan el uso del gorro para evitar que el cabello reserve posibles microorganismos contaminantes. Por tal razón se recomienda que el personal de enfermería utilice el gorro preferiblemente descartable debido a que sirve como barrera protectora ya que en el cabello se alojan los microorganismos patógenos.

b) **GUANTES** Sirven para evitar la transmisión de microorganismos, las infecciones o la contaminación con sangre o sus componentes, y sustancias nocivas que puedan afectar su salud, pueden ser de manejo o estériles. Los guantes son implementos elaborados de látex o caucho sintético, vinilo o nitrilo. Los miembros del personal de salud deben usar guantes siempre que sus manos vayan a manipular sangre o tejidos, al tener contacto con fluidos corporales, secreciones, excreciones, mucosas, piel lesionada, y más aún si va a estar en contacto con desechos médicos. Se los debe cambiar entre tareas y procedimientos en el mismo paciente, o después del contacto con el material potencialmente infeccioso, elementos y superficies no contaminadas, antes de ir a otro paciente, y por último realice la higiene de manos inmediatamente después de quitárselos. Es importante saber que no son sustitutos del lavado de manos.

c) **MASCARILLAS** El uso de este elemento tiene por objetivo prevenir la transmisión de microorganismos que se propagan por el aire o gotitas en suspensión y cuya puerta de salida del huésped es el tracto respiratorio. Las mascarillas deben ser de uso individual y de material que cumpla con los requisitos de filtración y permeabilidad suficiente para que actúen como una barrera sanitaria efectiva de acuerdo al objetivo que se desea lograr. Se puede utilizar cuando hay riesgo de salpicaduras de sangre o líquidos corporales en el rostro, como parte de la protección facial; también pueden evitar que los dedos y las manos contaminadas toquen la mucosa de la boca y de la nariz.

d) **BATAS Y ROPA PROTECTORA** Las batas adecuadas protegen a los trabajadores, para proteger la piel y evitar ensuciar la ropa durante actividades que puedan generar salpicaduras o líquidos pulverizables de sangre, fluidos corporales, o de los derrames y las salpicaduras de medicamentos peligrosos o materiales de desecho, y además, evitan que los microorganismos de los brazos, dorso o ropa lleguen al paciente.

e) **PROTECCIÓN DEL CALZADO** El uso correcto del calzado debe considerarse para fomentar el control de infecciones:

- Cuando se necesita la utilización de protección para los zapatos, deben ser usados para evitar contaminación con sangre u otros fluidos corporales y evitar la contaminación de los mismos hacia el ambiente.
- Debe mantenerse limpio.
- Se debe tener cuidado al ponerse / quitarse los zapatos en cualquier momento, durante la atención del parto para evitar la contaminación de las manos.
- La higiene de manos debe realizarse después de la manipulación de calzado.
- No use calzado designado para los procedimientos fuera de las áreas de atención específicos, por ejemplo, entre las salas, en áreas de comedor.

f) **PROTECCIÓN OCULAR** Los ojos, por su limitada vascularización y su baja capacidad inmunitaria, son susceptibles de sufrir lesiones microscópicas y macroscópicas, por lo que necesitan protección para evitar el contacto con del tejido ocular con aerosoles o microgotas flotantes en el medio ambiente.

Barreras químicas

Según el MSPU expresa que: “El lavado de manos es la primera regla de higiene dentro de las normas universales de Asepsia y Antisepsia, esta importante estrategia recomendada en las normas de asepsia y antisepsia constituye una de las principales medidas de prevención y se debe considerar como uno de los métodos más importantes para disminuir la transmisión de patógenos infecciosos, ya sea por manipulación de los desechos o por el contacto con los usuarios y debería convertirse en una actividad obligatoria en la función de la enfermera”.

Higiene de las manos

El índice de infecciones nosocomiales se considera un indicador de la calidad de la atención médica y mide la eficiencia de un hospital junto a otros indicadores. Obviamente, ante esta información, la disposición preventiva más importante es el lavado de manos antes de atender a un paciente; una práctica promulgada a mediados del siglo XIX por el médico húngaro Ignaz Semmelweiz. El tipo de procedimiento dependerá del objetivo que se quiera lograr. Para la OMS el modelo de «Los cinco momentos para la higiene de las manos» propone una visión unificada para los profesionales sanitarios, los formadores y los observadores con objeto de minimizar la variación entre

individuos y conducir a un aumento global del cumplimiento de las prácticas efectivas de higiene de las manos. Es por esto que el lavado de manos constituye una barrera protectora a favor del personal de enfermería, pues si bien es cierto que disminuyen el usuario; el riesgo de infecciones oportunistas, también el adecuado lavado de las manos evita que el personal de enfermería contraiga gérmenes a través de las manos.

a) **ANTISÉPTICOS** Son compuestos químicos con efecto antimicrobiano que se pueden aplicar en tejido vivo, localmente, de forma tópica en piel sana. Al ser sustancias que se utilizan en tejidos vivos requieren de propiedades especiales. En general, el uso de antiséptico está recomendando para los siguientes procedimientos:

- Disminuir la colonización de la piel con gérmenes.
- Lavado de manos habitual en unidades de alto riesgo.
- Preparación de la piel para procedimientos invasivos.
- Para la atención de pacientes inmunocomprometidos o con muchos factores de riesgo de infección intrahospitalaria.
- Posterior a la manipulación de material contaminado.
- Lavado quirúrgico de manos.
- Preparación pre operatoria de la piel.

Alcoholes

Su mecanismo de acción corresponde a la desnaturalización de las proteínas. Tienen buena acción contra las formas vegetativas de las bacterias Gram + y -, bacilo tuberculoso, hongos y virus como hepatitis B y VIH. Su aplicación en la piel es segura y no presenta efectos adversos, solo sequedad de la piel en algunos casos de uso de formulaciones no cosméticas. Es de rápida acción, incluso desde los 15 segundos. Aunque no tiene efecto químico de persistencia sus efectos biológicos de daño microbiano permanece por varias horas. Existen tres tipos de alcoholes útiles como antiséptico: etílico, propílico, isopropílico.

Povidona yodada

Presenta el mismo mecanismo de acción y espectro de los yodados. Es un compuesto soluble en agua que resulta de la combinación del yodo y povidona lo cual se mejora la solubilidad del yodo y permite su liberación en forma gradual a los tejidos.

Este efecto determina una menor irritación de la piel y una mayor disponibilidad del producto en el tiempo. El término yodo disponible se refiere a la cantidad de yodo disponible como reservorio y el de yodo libre al porcentaje en solución en condiciones de actuar, es decir una solución de povidona yodada al 10%, contiene 1% de yodo disponible y la concentración de yodo libre es de 1 a 2 partes de un millón que se mantiene hasta agotarse el yodo disponible. La ventaja del producto se pierde al diluirse en agua, ya que en estas circunstancias se comporta como solución acuosa de yodo. Su actividad puede verse disminuida por la presencia de sangre u otra materia orgánica. Las concentraciones de uso habitual como lavador quirúrgico son al 7,5 % y 8% y el utilizado para curaciones al 10%. En relación a la tintura de yodo o lugol, presenta menor irritación dérmica. Se deben usar con precaución en los recién nacidos y quemados.

Su acción antiséptica se clasifica entre nivel alto y nivel intermedio. Son letales en minutos para las bacterias, hongos, virus, protozoos, quistes amebas y esporas. Sin embargo, frente a esporas secas requiere de un mayor tiempo de exposición (horas)

Clorhexidina

Su acción está determinada por daño a la membrana celular y precipitación del citoplasma. Posee un amplio espectro de acción, actúa sobre bacterias, Gram + y Gram -, no tiene acción sobre el bacilo tuberculoso y débil en hongos. Su acción antiviral incluye VIH, herpes simple, citomegalovirus e influenza. Las ventajas que justifican el uso de Clorhexidina son la acción germicida rápida y su duración prolongada gracias a que esta sustancia tiene gran adhesividad a la piel, tiene un buen índice terapéutico. Su uso es seguro incluso en la piel de los recién nacidos y la absorción a través de la piel es mínima. Solamente se ha reportado toxicidad en instilaciones de oído medio y ojos.

La rapidez de su acción es intermedia y posee alto nivel de persistencia de su acción debido a una fuerte afinidad con la piel, por lo que sus efectos antimicrobianos permanecen hasta 6 horas después de su uso, el mayor efecto que cualquiera de los agentes utilizados para el lavado de manos. Presenta un importante efecto acumulativo de modo que su acción antimicrobiana aumenta con su uso periódico. Su actividad no se ve afectada por la presencia de sangre u otras sustancias orgánicas, sin embargo su acción se puede ver afectada por surfactantes no iónicos o aniones inorgánicos presentes en el agua dura y componentes utilizados en su preparación, razón por la cual su

actividad es fórmula dependiente y esto determina las distintas concentraciones de uso.

b) **DESINFECTANTES** Los desinfectantes son sustancias químicas capaces de destruir un germen patógeno que debido a su alta toxicidad celular se aplican solamente sobre tejido inanimado, es decir material inerte. Con objeto de racionalizar los procedimientos más adecuados para cada tipo de material Spaulding clasificó los elementos de atención según su utilización en el paciente en cuanto a su invasión en:

Artículos críticos: Son aquellos que acceden a cavidades normalmente estériles del organismo, por lo que deben ser siempre estériles

Artículos semicríticos: Son aquellos que entran en contacto con piel no intacta o con mucosas. Estos artículos deben estar libres de toda forma vegetativa de los microorganismos y de preferencia deben ser estériles. Si la esterilización no es factible deben ser sometidos a desinfección de alto nivel.

Artículos no críticos: Son aquellos que toman contacto con piel intacta, o no toman contacto con el paciente. Estos artículos sólo requieren limpieza y secado y en ocasiones desinfección de bajo nivel.

La desinfección de alto nivel consiste en la acción letal sobre todos los microorganismos, incluyendo bacterias, hongos y algunas esporas. No reemplaza a los procedimientos de esterilización. Dentro de este grupo encontramos el glutaraldehído activado al 2% en solución acuosa. En la desinfección de nivel intermedio hay destrucción de todas las formas vegetativas de los microorganismos exceptuando las esporas. A este grupo pertenece el Hipoclorito de Sodio y Alcohol etílico al 70%.

La desinfección de nivel bajo no alcanza a esporas, ni hongos, solo bacterias vegetativas y alguno virus. En este grupo encontramos los compuestos acuosos de amonio cuaternario 0,1 a 0,2%.

Glutaraldehído

El glutaraldehído es un desinfectante altamente utilizado en el medio hospitalario debido a que tiene un amplio espectro de acción, es activo en presencia de material orgánico y no es corrosivo. Dependiendo del tiempo de exposición se alcanzan distintos grados de desinfección. Al esperar 12 horas se obtiene esterilización, con 30 minutos, desinfección de nivel alto y con 10 minutos, de nivel bajo. Si el material que se va a desinfectar está sucio con sangre, pus o cualquier elemento orgánico, se va a alterar el poder de desinfección.

El material orgánico actúa como barrera física y se interpone entre el desinfectante y la superficie de contacto del material a limpiar, por lo que es recomendable limpiar previamente todo el material que será sometido a desinfección. No es corrosivo. Se utiliza para la desinfección de alto nivel en materiales que no se pueden someter a altas temperaturas como endoscopios, los cuales tienen fibras ópticas delicadas y piezas de goma. Es una sustancia tóxica, no sólo para el personal que lo manipula, sino también para las personas que utilizan el instrumental.

Por lo tanto se debe enjuagar el instrumental después de la desinfección para eliminar todo el desinfectante impregnado. Se inactiva después de dos semanas de preparada y por dilución, por ejemplo al sumergir instrumentos previamente lavados con agua sin secarlos.

Hipoclorito de sodio 1%

A pesar de ser un desinfectante de alto nivel tiene un uso clínico más limitado porque el pH alcalino disminuye su actividad, lo mismo con la presencia de materia orgánica y corroe el material metálico.

Barreras biológicas

Inmunización

En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) publicaron la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización (GIVS) para el decenio 2006-2015. Centrada primordialmente en la necesidad de garantizar la igualdad en el acceso a las vacunas y la inmunización, la estrategia define los pasos que debe dar la comunidad relacionada con la inmunización. La inmunización es el proceso de inducción de inmunidad artificial frente a una enfermedad.

Se logra al administrar a un organismo inmunocompetente sustancias ajenas a él, no es necesario que estas sustancias sean patógenas para despertar una respuesta inmune, esta inmunización puede producir Anticuerpos (Ac). Los cuales se pueden evidenciar al retarlos contra el Antígeno (Ag), que estimula su producción. Inmunización al personal de salud: las vacunas que deben recibir el personal de salud son:

a) Hepatitis B

Es la vacuna más recomendada para todo el personal sanitario, especialmente el considerado de alto riesgo (unidades de diálisis, terapia intensiva, laboratorios, emergencias, centros quirúrgicos, sala de partos, saneamiento ambiental entre otros). Se requiere 3 dosis (0, 1, 6)

b) Influenza

El personal sanitario que tiene contacto con pacientes con alto riesgo para la influenza, que trabaja en establecimientos de cuidados crónicos o que tiene condiciones médicas de alto riesgo de complicaciones o que si es mayor de 65 años. En tiempos de epidemia/pandemia se recomienda que la inmunización incluya a todo el personal. La inmunización contra influenza estacional es anual.

c) Varicela

Indicado en personal que no tiene historia confiable de varicela. El aislamiento apropiado de los pacientes hospitalizados en quienes se ha confirmado o se sospecha de la infección por VVZ puede reducir el riesgo de transmisión. Solo el personal que es inmune contra la varicela debe de atender a pacientes confirmados o sospechosos de tener varicela o zoster.

d) Toxoide y difteria

Todas y todos los adultos. En caso de brotes epidémicos de difteria se recomienda refuerzos

e) Vacuna neumológica polisacárido

Adultos que están en riesgo ascendente de enfermedades neumocócicas y sus complicaciones debido a condiciones de salud deterioradas; adultos mayores, especialmente aquellos mayores de 65 años que están saludables.

Manejo de los desechos hospitalarios

Desechos hospitalarios

Son los desechos que genera un establecimiento de salud; la cantidad de desecho que genera un paciente diariamente es de 3.5kg, es decir, que hay un desecho infeccioso aproximadamente 0.125kg día/paciente. El manejo de los desechos hospitalarios tiene como objetivo facilitar la aplicación y la ejecución del reglamento, para incrementar la seguridad y dinamizar la eficiencia en el manejo de los mismos, cuyo propósito es delimitar las actividades de cada uno de los involucrados en el manejo de estos, logrando así obtener

como beneficio el mejorar el nivel de atención a usuarios, incrementar la bioseguridad y llevar una correcta disposición de los desechos.

En la mayoría de las instituciones de salud, se realiza la recolección en fundas o recipientes plásticos de diversos colores, de acuerdo al desecho que se vaya a almacenar, los mismos que al cambiarlos se lo realiza con otros fundas o recipientes del mismo color y la debida identificación. Los recipientes desechables o reusables deben utilizar los siguientes colores:

- Rojo para desechos infecciosos
- Negro para desechos comunes
- Verde para material orgánico
- Gris para material reciclable.

Clasificación de los desechos hospitalarios

Los desechos hospitalarios se dividen de acuerdo a los materiales de que están compuestos, el tiempo que puedan permanecer al ambiente, la manera de cómo pueden ser manipulados, y el riesgo o peligro, que puedan ocasionar si se está en contacto con los mismos.

a) Desechos generales o comunes Son aquellos que no representan un riesgo adicional para la salud humana, animal o para el medio ambiente.

b) Desechos infecciosos Los desechos infecciosos son los que se sospecha que contienen agentes patógenos (bacterias, virus, parásitos u hongos) en la concentración o cantidad suficiente para causar enfermedad en huéspedes susceptibles. Esta categoría incluye:

- Los cultivos y cepas de agentes infecciosos de trabajo de laboratorio;
- Residuos de cirugías y autopsias de pacientes con enfermedades infecciosas (por ejemplo, los tejidos y materiales o equipos que hayan estado en contacto con sangre u otros fluidos corporales);
- Residuos de pacientes infectados en salas de aislamiento (por ejemplo, los excrementos, las secreciones de las heridas infectadas o quirúrgicas, ropa muy sucia con sangre u otros fluidos corporales);
- Desechos que ha estado en contacto con pacientes infectados sometidos a hemodiálisis (por ejemplo equipos de diálisis tales como tubos y filtros, toallas desechables, batas, mandiles, guantes y batas de laboratorio);

- Cualquier otro instrumento o material que han estado en contacto con personas o animales infectados.

c) Objetos corto-punzantes: son objetos que podrían causar cortes o heridas punzantes, incluyendo agujas, agujas hipodérmicas, hojas de bisturí y de otro tipo, cuchillos, conjuntos de infusión, sierras, vidrios rotos y clavos. Ya sea que estén o no infectados, estos artículos son generalmente considerados como altamente peligrosos para la atención de salud.

d) Desechos químicos peligrosos: Se componen de los productos químicos sólidos, líquidos y gaseosos desechados, por ejemplo, de la limpieza y desinfección. Estos residuos pueden ser peligrosos o no peligrosos, en el contexto de la protección salud, se considera que son peligrosos si tiene al menos uno de las siguientes propiedades: tóxicos, corrosivos.

Generación y separación de los desechos

La clave para minimizar y tener un adecuado manejo de los desechos hospitalarios es la separación e identificación correcta. La forma más apropiada de identificar las diferentes categorías de los desechos es estableciendo fundas o contenedores con códigos de color. En nuestro país la codificación es la siguiente: rojo para desechos infecciosos, negro para desechos comunes, verde para material orgánico y gris para material reciclable.

Además de esta clasificación por códigos de color, las siguientes prácticas se encuentran en el reglamento, además que son recomendadas por la Organización Mundial de la Salud:

- Los objetos corto-punzantes deberán ser colocados en recipientes desechables a prueba de perforaciones y fugas accidentales. Este tipo de desechos no podrá ser extravasado de contenedor por ningún motivo y no deben sobrepasar los $\frac{3}{4}$ de capacidad.
- Los desechos líquidos o semilíquidos especiales serán colocados en recipientes resistentes plásticos y con tapa hermética.
- Los desechos especiales deberán ser depositados en cajas de cartón íntegras, a excepción de desechos radioactivos y drogas citotóxicas que serán almacenados en recipientes especiales debidamente rotulados.
- La basura con altas cantidades de metales pesados (por ejemplo: cadmio, mercurio) deberían ser recolectadas separadamente.
- Los residuos sólidos de vidrio, papel, cartón, madera, plástico y otros

.....

materiales reciclables, no contaminados, serán empacados para su comercialización y/o reutilización y enviados al área de almacenamiento final.

Tratamiento interno de los desechos infecciosos

El tratamiento de los desechos infecciosos consiste en la inactivación de la carga contaminante microbiana, en la fuente generadora. Los métodos de tratamiento de los desechos infecciosos son: esterilización, desinfección química con productos químicos específicos (hipoclorito de sodio). Los residuos de alimentos de pacientes con enfermedades infectocontagiosas, son considerados desechos infecciosos los mismos que se someterán a inactivación química. (44)

Preguntas y actividades

1) Mencione los objetivos internacionales de seguridad en el paciente y su importancia en el cuidado del paciente.

2) ¿Por qué se dice que cambiar la cultura de seguridad de las organizaciones sanitarias es un reto complejo? ¿Cuáles serían los pasos necesarios para contribuir a este cambio?

3) Reflexione sobre cuáles serían las consecuencias que puede tener el personal de enfermería si se producen fallos en la atención brindada al paciente.

4) Elabore un texto de una cuartilla donde se mencione la importancia que tiene actualmente la salud laboral y el rol que cumple el profesional de enfermería en el mismo.

1^{RA} EDICIÓN

Gestión
de la calidad
en los
servicios de salud
Capítulo

VIII

*Indicadores de Gestión y
Funcionamiento
Hospitalario*



Objetivo del capítulo

- Determina a los indicadores como un instrumento para medir la calidad
- Analiza un modelo de evaluación de la calidad del cuidado en una institución de salud.

Aspectos generales

En términos generales un indicador de gestión es la herramienta básica mediante la cual es posible evaluar la efectividad (eficiencia y eficacia) de los procesos que se lleva a cabo en los sistemas de gestión de la administración en una determinada institución y generar oportunidades de mejoramiento. Este concepto se encuentra íntimamente relacionado con la evaluación, que se refiere al ejercicio de medir el desempeño de un proceso, comparar un resultado obtenido con criterios preestablecidos y permite hacer un juicio de valor, tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia.

Los indicadores son algo más que registros ya que construyen una apropiación racional, lo que interesa es la conexión que establece con lo real empírico, y esta conexión es la condición para el desarrollo teórico. Para hacer un diagnóstico, la utilización de indicadores debe enfocarse a organizar y rescatar lo específico de cada situación concreta, encontrando indicadores que, además de representar cierto orden de magnitud, puedan dar cuenta de una situación total.

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

Características

Los indicadores deben reunir una serie de elementos para que sean utilizados como tales. En primer lugar debe considerarse su validez interna y externa, para poder apoyar la gestión y conseguir el objetivo. Por lo tanto éstos deben tener las siguientes características:

- Disponibilidad.- se refiere a estar disponible cuando se necesite.
- Cobertura.- Referente al alcance por su extensión del área de interés.
- Comprensibilidad.- Es importante que los indicadores sen descritos de tal manera que el usuario los entienda.

- Simplicidad.- Puede definirse como la capacidad para definir el evento que se pretende medir, de manera poco costosa en tiempo y recurso.
- Ser relevante.- Que sea capaz de dar respuestas claras a los asuntos más importantes.
- Verificable.- Todos los indicadores deben contar con evidencia disponible, de preferencia documentaria, haciendo posible su verificación. La evidencia documentaria puede agregar peso a los indicadores cualitativos (si/no), de otra manera habría poca evidencia.
- Fácil de interpretar.- Ser fáciles de entender, mantener y utilizar.
- Sensible.- Un indicador debe ser sensible al cambio. Un indicador en el que los cambios en el desempeño vayan a ser demasiado pequeños para registrarlos, tendrán un uso limitado
- Comparable.- Los indicadores deben ser comparables sobre las bases consistentes, tanto entre organizaciones como a través del tiempo.

Importancia

Los indicadores deben ser importantes para la organización. Una forma de ayudar a asegurar la importancia es relacionar los indicadores de desempeño con las metas y objetivos estratégicos de la organización o de un área específica. Esto limitará, también, el riesgo de diseñar indicadores de gestión debido a que existe información disponible en lugar de constituirse en una necesidad para la organización.

Los indicadores deben ser importantes para la gente que proporciona la información. El peligro es que, si la gente no considera que la información sea importante, no se tomarán la molestia de reunirla adecuadamente. La importancia del indicador de gestión para el usuario, también, es relevante; pero, puede suceder que un mismo indicador no tenga la misma importancia para todos los usuarios debido a intereses u opiniones diferentes. Una posibilidad, es tener una reunión con ciudadanos para determinar la información de desempeño que les interesa, en función de sus necesidades respectivas.

El indicador, "El tiempo promedio de espera para ser operado en un determinado hospital", es importante para los pacientes potenciales y para los administradores del hospital.

En contraste, el indicador, “El número total de personas en la lista de espera ara operaciones en un determinado hospital al inicio de cada mes”, es de menos interés del paciente potencial, a quien le interesará saber más cuánto tiempo tendrá que esperar para su operación. La información, puede ser importante para los administradores del hospital.

Clasificación

Existen diversidad de clasificaciones en función de distintos parámetros a medir, y cada autor crea sus propios desgloses, pudiendo resultar una lista interminable. Por este motivo, se han escogido unas clasificaciones lo más intuitivas y globales posibles; sin ser excluyentes, sino no son de los más destacados. Para ello, hemos utilizado las clasificaciones de varios autores. Una forma de clasificarlos es desde una perspectiva de la institución como son:

Tabla 5.

Clasificación de los indicadores de gestión.

| Por su naturaleza | Por el objeto | Por ámbito de actuación | |
|------------------------------|---------------------------|-------------------------|----------|
| Indicadores Economía | Indicadores de resultados | Indicadores | Internos |
| Indicadores Eficiencia Indi- | Indicadores de procesos | Indicadores Externos | |
| cadores Eficacia Indicadores | Indicadores de Estructura | | |
| Efectividad Indicadores de | | | |
| Excelencia Indicadores de | | | |
| Recursos humanos | | | |

Tomado de: Cuaspud y palma. 2010. Diseño, análisis e interpretación de Indicadores de Gestión para el Área de Hospitalización del Hospital Básico El Ángel, de la ciudad de El Ángel. Período 2008. Disponible en: <https://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/5101/1/Dise%C3%B1o%20an%C3%A0lisis%20e%20interpretaci%C3%B2n%20de%20indicadores%20de%20gesti%C3%B2n%20.pdf>

Por su naturaleza:

- Indicadores de Economía. Establecen una comparativa de costos entre lo posible y lo real. Llevan consigo la organización de los recursos (materiales y humanos) y su correcta distribución. Un ejemplo de ello puede ser: costo de material descartable semanal en un área determinada, ordenes de trabajo de mantenimiento imputadas a centros de costos.

- **Indicadores de Eficiencia.** Evalúan si los recursos utilizados para la prestación de un servicio son óptimos. Se efectúan una comparativa de tareas o servicios a desarrollar, con los recursos económicos, humanos, materiales disponibles, con el fin de conseguir el mejor rendimiento (estableciendo plazos de tiempo). Un ejemplo de ellos puede ser: costo medio de primeras consultas en el área de ginecología en una semana, costo medio de operaciones de mantenimiento en el área quirúrgica en un mes.
- **Indicadores de Eficacia.** Evalúan los resultados concretos y el funcionamiento de la institución sobre la población marco que esta incluido en la cartera de servicios. Se mide el funcionamiento del hospital y su adaptación al medio. Un ejemplo de este tipo de indicadores: Número de segundas consultas mensual en el área de medicina interna.
- **Indicadores de Efectividad.** Busca el resultado final óptimo para lo cual comparamos los resultados reales con los que se marcaron como objetivo. Un ejemplo puede ser porcentaje mensual de consultas que no precisaron segunda visita.
- **Indicadores de Excelencia.** Son aquellos que miden la calidad del servicio prestado a la colectividad. El factor de medición se encuentra en el cliente, usuario del servicio o público en general. La evaluación de la gestión a través de este indicador no está orientada al control de los costos de calidad, sino más bien a ejecutar el servicio con calidad.
- **Indicadores de Recursos Humanos.** Evalúan la cantidad y la calidad de los trabajos desarrollados por el personal, además el número de recursos que se precisan y sus costos. Por el objeto:
- **Indicadores de Resultados.** Miden directamente los resultados obtenidos con los esperados.
- **Indicadores de Procesos.** Mide la situación de lo que está pasando aún con el proceso sin finalizar. Valoran los aspectos relacionados con las actividades y su eficacia.
- **Indicadores de Estructura.** Compara los resultados disponibles y la infraestructura empleada, con los costos que de ella se derivan.

Por el ámbito de actuación:

- Indicadores Internos. Hacen referencia a variables relacionadas con el funcionamiento de la entidad, es decir, a los procesos internos.
- Indicadores externos. Se refieren normalmente a la repercusión exterior de determinadas actividades relacionadas con los bienes y servicios ofertados.

Para finalizar esta clasificación añadiremos indicadores que miden el grado de salud obtenido.

- Indicadores de Inputs. Mide la cantidad de recursos disponibles y consumo, reportando datos sobre los costos y la eficiencia obtenida en los procesos. Dentro de estos, se subdivide en indicadores de recursos materiales (informan sobre consumo de fármacos, adquisiciones o inversiones a largo plazo, etc.), recursos humanos (analizan condiciones laborales, cargas de trabajo, productividad, etc.), y recursos financieros (informan sobre la estructura de la deuda, su coste y su evolución).
- Indicadores de Outputs o procesos. Analiza la actividad realizada. Se subdivide en indicadores de demanda de servicios (disponibilidad de habitaciones), indicadores de oferta de servicios (capacidad del hospital frente a la demanda) e indicadores de calidad (eficiencia en el nivel de servicios ofrecidos). A modo de ejemplo de este tipo de indicadores: estancia media, satisfacción usuarios, incidencia en infecciones, incidencia de ingresos por distintas patologías.
- Indicadores de outcome/Impacto. Ofrecen información sobre el resultado final o el beneficio que le reporta al paciente los servicios a los que ha sido sometido. El porcentaje de casos tratados con éxito o la calidad médica de los procesos son ejemplos de este tipo de indicadores que pretenden medir el impacto que sobre la salud general de la población o de un paciente ha producido el desarrollo de una actividad asistencial.
- Indicadores de entorno de beneficio o de resultado final. Se centran en analizar los factores externos como los hábitos de consumo, nivel de vida, que tienen una influencia sobre la salud y condicional la presentación final y la cantidad de recursos a utilizar. Algunos ejemplos de estos indicadores son: incremento de la calidad de vida, gasto público para el mantenimiento de la salud, programas de prevención aplicables a la población. (45)

Indicadores de utilización

Los indicadores son elementos para medir procesos, actividades y estrategias de un hospital y otras instituciones del sector.

Un indicador de rendimiento debe tener algunas características para que, de hecho, ayude a la administración a mejorar los resultados. Debe ser:

- Mensurable
- Reproducible
- Factible
- Válida
- Oportuna
- Sostenible
- Relevante
- Comprensible

En la práctica, un indicador hospitalario debe tener sentido para la estrategia empresarial, ser alcanzable, poder medirse en número y ser entendido por los gerentes y otros trabajadores.

Los números ayudan a entender la ocupación de camas, la calidad de la atención, la velocidad de los diagnósticos, la robustez del negocio, entre otros, para entender si las acciones están asegurando los resultados deseados.

Cada empresa debe establecer sus propios indicadores hospitalarios. Sin embargo, echa un vistazo a algunos de los principales adoptados por las instituciones de salud.

Tasa de ocupación de camas

Evaluar la tasa de ocupación de camas es una acción estratégica, que analiza cuánto tiempo está ocupada una cama, así como la rotación y la ociosidad. Esto le permite determinar con mayor precisión la capacidad de la atención hospitalaria.

El análisis también consiste en comprender el tipo de paciente que ocupa cada cama y si existe la necesidad de inversiones en la infraestructura de la institución.

Este es uno de los indicadores hospitalarios requeridos para obtener los certificados de calidad ONA (National Accreditation Organization) y JCI (Joint Commission International), importantes certificados de calidad en el sector.

Rotación de camas

La rotación de camas mide la relación entre el número de pacientes que abandonaron la cama, ya sea por alta o muerte, por el número de camas disponibles en el mismo período.

Es un índice importante, que puede indicar la calidad de los tratamientos, una mejor experiencia para el paciente y más productividad de los equipos de trabajo.

Duración de la estancia

Como su nombre lo indica, mide la duración promedio de la estadía del paciente en el hospital. Está estrechamente relacionado con el indicador de ocupación y rotación de camas.

Este índice debe ser monitoreado de cerca, porque los pacientes que permanecen en el hospital durante mucho tiempo tienen más probabilidades de desarrollar complicaciones en el cuadro.

Las altas tasas de permanencia pueden indicar diagnósticos inexactos, infraestructura deficiente o maltrato.

Intervalo de reemplazo

Es el tiempo medio en el que el quirófano está desocupado. Es decir, cuando hay ociosidad en este espacio.

Debe medirse continuamente para medir la relación entre los costos fijos y las camas que permanecen demasiado tiempo vacías y el impacto de esto en las finanzas del hospital.

Tasa de mortalidad

Desafortunadamente, el negocio hospitalario tiene que lidiar con las muertes, pero es fundamental mirar los números de cerca. Cuando la tasa de mortalidad es muy alta, ciertamente hay algún problema en el hospital.

Con este indicador, el negocio hospitalario puede identificar fallas humanas, problemas en la calidad de los medicamentos e incluso la necesidad de reevaluar los parámetros de calidad y las pautas de tratamiento.

Productividad clínica

Hasta ahora, hemos presentado indicadores hospitalarios directamente relacionados con la atención médica y la ocupación de camas.

El índice de productividad, a su vez, mide las actividades de cada área, incluidas las más burocráticas, como las administrativas, financieras y legales.

Productividad del equipo

Ya los indicadores de productividad del equipo, evaluarán información que sea de gran interés para RRHH y el sector de gestión de personas.

Estamos hablando de tasa de ausencia, ausencias temporales, número de empleados, tasa de rotación, impacto de la nómina en las finanzas, etc.

Esta información ayuda a comprender mejor el clima interno y crea una base sólida para que los gerentes motiven a los empleados y creen experiencias más satisfactorias para las audiencias internas y externas.

Experiencia del paciente

La experiencia nunca ha sido más valorada que ahora, por lo que también es uno de los indicadores hospitalarios que hay que medir.

Este índice debe considerar la calidad de la atención; gestión de reclamaciones; excelencia de diagnósticos y tratamientos y todo aquello que lleve al paciente a tener una experiencia satisfactoria al final.

Indicadores como el NPS (Net Promoter Score), que evalúan cuánto está dispuesto a indicar el cliente la institución, pueden ser una buena guía.

Rentabilidad

Aunque tiene la noble misión de mejorar la calidad de vida de las personas, un hospital privado es un negocio y necesita presentar resultados financieros satisfactorios. Por lo tanto, los indicadores de rentabilidad miden cuánto, de hecho, la institución está ganando en relación con los montos invertidos. Lo que solemos llamar ROI (Return over Investment).

Facturación

Otro indicador administrativo-financiero. Indica la suma de servicios comercializados en un período de tiempo determinado. Vale la pena recordar que la facturación no es sinónimo de beneficio y que este índice debe evaluarse en conjunto con otros factores.

Dirigir un negocio de atención médica es una tarea bastante compleja. Además de las estrategias comunes a otras empresas, es necesario innovar continuamente, salvar vidas y garantizar más comodidad a los pacientes.

Por lo tanto, evaluar los indicadores hospitalarios es una forma de comprender completamente la situación de la institución. Con una visión 360° es posible implementar mejores soluciones y promover mejora continua en todos los procesos y actividades.

Las herramientas modernas son capaces de medir los datos de forma automática y en tiempo real, ayudando a la gestión en la toma de decisiones, la implementación de mejoras y tratamientos más eficaces.

Los sectores hospitalarios pueden integrarse fácilmente y compartir información. Esto asegura una mayor alineación entre las áreas, un trabajo centrado en objetivos comunes y resultados más satisfactorios. (46)

Indicadores de seguridad de los pacientes

La seguridad del paciente se define como la prevención de daños asociados a la atención médica. Las acciones para la seguridad del paciente son el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que tienen por objeto minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de la salud o mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar barreras de seguridad y desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario asociado a la asistencia sanitaria.

Los indicadores esenciales de seguridad del paciente son recomendaciones para la atención libre de daños accidental y que los establecimientos de salud aseguren sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad de error.

Identificación del paciente:

Mejorar la precisión de la identificación de pacientes, unificando este proceso en los establecimientos del Sector Salud, utilizando al menos dos datos para identificar al paciente (nombre completo fecha de nacimiento) que permitan prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

Errores que involucran al paciente equivocado ocurren en prácticamente todas las actividades relacionadas con la atención del paciente. Los pacientes pueden estar sedados, desorientados o no estar del todo alertas, pueden ser cambiados de lugar físico dentro del establecimiento (cama, camilla, servicio,

reposit, sillón) o puede haber un cambio en su diagnóstico o en la especialidad o disciplina que le brinda la atención; además, los pacientes pueden padecer discapacidades sensoriales o estar en condiciones que pueden inducir a errores en cuanto a la identificación correcta. El propósito de esta acción es identificar en forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio, procedimiento o tratamiento; y hacer que los mismos coincida con la persona.

Tabla 6.

Identificación de pacientes.

| IDENTIFICACIÓN GENERAL | IDENTIFICACIÓN ESTANDARIZADA |
|---|---|
| <p>Identificar al paciente desde el momento en que este solicita la atención con dos identificadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre completo • Fecha de nacimiento – día/mes/año • Todos los documentos deberán tener estos identificadores <p>No incluir: número de cama, habitación, servicio, horario de atención o diagnóstico</p> | <p>Tarjeta de cabecera:</p> <p>-Colocarlo en la cabecera de pacientes en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización • Hemodiálisis • Quimioterapia • Radioterapia • Cirugía de corta estancia <p>– El nombre y la fecha de nacimiento en proporción 2:1 respecto al resto de la información</p> <p>– Brazaletes o pulsera</p> |

Tomado de: Yo amo enfermería. 2023. Disponible en: <https://yoamoenfermeria-blog.com/2018/03/17/8-acciones-esenciales-seguridad/>

Tabla 7.

Identificación previa a procedimientos.

| IDENTIFICACIÓN PREVIA A PROCEDIMIENTOS |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Antes de administrar medicamentos • Antes de administrar infusiones intravenosas, • Antes de transfundir hemoderivados • Antes de extraer sangre u otras muestras para análisis clínicos • Antes de realizar procedimientos médicos o quirúrgicos • Antes de traslados dentro y fuera del establecimiento • Antes de la dotación de dietas • Antes de iniciar terapias de remplazo renal con hemodiálisis • Identificación de cadáveres |

Tomado de: Yo amo enfermería. 2023. Disponible en: <https://yoamoenfermeria-blog.com/2018/03/17/8-acciones-esenciales-seguridad/>

Tabla 8.

Identificación en soluciones intravenosas, Imagenología, laboratorio y patología.

| IDENTIFICACIÓN EN SOLUCIONES INTRAVENOSAS | IMAGENOLOGÍA, LABORATORIO Y PATOLOGÍA |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Nombre completo • Fecha de nacimiento – día/mes/año • Solución • Componentes • Frecuencia de administración • Fecha de inicio / término • Nombre de quien instaló | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre • Fecha de Nacimiento • Fecha y hora del estudio • Establecimiento • Nombre de quien realizó |

Tomado de: Yo amo enfermería. 2023. Disponible en: <https://yoamoenfermeria-blog.com/2018/03/17/8-acciones-esenciales-seguridad/>

Comunicación efectiva:

Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y así, reducir los errores relacionados con la emisión de órdenes verbales y/o telefónicas, mediante el uso del protocolo Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar-Transcribir-Confirmar y Verificar.

La comunicación puede ser electrónica, oral o escrita. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes/indicaciones de atención al paciente dadas verbalmente y por teléfono incluyendo solicitud o cambio de dieta. Otro tipo de comunicación propensa al error es la información de resultados de laboratorio o gabinete que se comunica de manera verbal o telefónica. Cuando la comunicación es oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente.

Este estándar debe implementarse en todas las organizaciones en las cuales se reciben indicaciones clínicas y resultados de laboratorio, ya sea de manera presencial o telefónica. La implementación se enfoca en el receptor, ya que es él, quien va a llevar a cabo el proceso de ESCUCHAR-ESCRIBIR-LEER para que el emisor CONFIRME.

Seguridad en el proceso de medicación:

Fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes, derivados del proceso de medicación en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental el manejarlos adecuadamente a fin de garantizar la seguridad del paciente.

Este estándar debe ser implementado en todas las organizaciones en las cuales se preparen y/o se administren:

1. Electrolitos concentrados
2. Quimioterapia
3. Radiofármacos
4. Insulinas
5. Anticoagulantes por vía parenteral.

Tabla 9.

Protocolo Estándar de medicación.

| | |
|------------------------------|---|
| Adquisición y almacenamiento | <ul style="list-style-type: none">• Escribirla en el expediente clínico y receta• La receta debe tener:• Nombre y domicilio del establecimiento• Nombre completo, número de cédula profesional, y firma de quien prescribe• Fecha de elaboración• Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento• Nombre genérico del medicamento• Dosis y presentación del medicamento• Frecuencia y vía de administración• Duración del tratamiento• Indicaciones• No correcciones ni abreviaturas |
| Prescripción | <ul style="list-style-type: none">• Transcribir la indicación a la hora de enfermería• En caso de duda: preguntar con el médico tratante• La solicitud de medicamentos a farmacia hospitalaria, debe ser clara, legible, sin tachaduras ni enmendaduras |

| | |
|----------------------------|---|
| Transcripción | <ul style="list-style-type: none"> • Verificar el medicamento antes de entregarlo • En caso de duda: aclarar con el médico responsable |
| Dispensación | <ul style="list-style-type: none"> • Rotular el medicamento con el nombre completo del paciente y sus datos de identificación • Verificar los medicamentos recibidos y prescritos |
| Recepción y almacenamiento | <p>Solo el personal autorizado podrá preparar y administrar el medicamento</p> <p>Preguntar alergias y verificar datos de identificación antes de administrar medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar • Paciente correcto • Medicamento correcto • Dosis correcta • Vía correcta • Horario correcto • Registro correcto <p>Los medicamentos que el paciente trae desde su casa, deberán ser resguardados</p> |
| Administración | <p>Medicamentos con aspecto o nombre parecido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar alertas visuales al momento de prescribirlos o transcribirlos (DIGOxina / DORlxina) <p>Doble verificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante la preparación y administración de electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulante vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos |

Tomado de: Yo amo enfermería. 2023. Disponible en: <https://yoamoenfermeria-blog.com/2018/03/17/8-acciones-esenciales-seguridad/>

Seguridad en los procedimientos:

Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente y reducir los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano por medio de la aplicación del Protocolo Universal en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

Los procedimientos llevados a cabo de manera incorrecta son problemas comunes en los establecimientos de atención médica. Estos errores son el resultado de:

- Una comunicación deficiente inadecuada entre el personal que participará en la realización del procedimiento,
- La falta de participación del paciente, y
- La ausencia de barreras de seguridad antes de la realización del procedimiento.

Además, la evaluación inadecuada del paciente, la revisión inadecuada del expediente clínico, una cultura que no apoya la comunicación abierta entre el equipo multidisciplinario, los problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas son factores que de manera frecuente contribuyen al error.

Es preciso que la organización, de manera multidisciplinaria, implemente el Protocolo Universal, con el propósito de disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela relacionados con la realización incorrecta de un procedimiento. Los tres procesos esenciales que conforman el Protocolo Universal son:

- Marcado del sitio anatómico
- Proceso de verificación pre-procedimiento
- Tiempo fuera o "TIME-OUT"

El Protocolo Universal debe realizarse en todos los procedimientos quirúrgicos que se realicen en la sala de operaciones y en los que se realicen fuera de ella, así como en los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que la organización determine

Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (iaas):

Coadyuvar a reducir las IAAS, a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.

La prevención y el control de infecciones asociadas a la atención sanitaria constituyen desafíos en la mayoría de las áreas de atención a la salud, incluyendo la atención sanitaria fuera de los establecimientos de salud. Los índices en aumento de dichas infecciones representan una preocupación importante tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

En unidades de atención primaria a la salud, la higiene de manos toma igual relevancia dada la exposición a agentes patógenos, que pueden ser transmitidos de mano en mano, por ejemplo en la exploración física de pa-

cientos, la realización de algún procedimiento (curaciones, suturas, inserción de dispositivos intrauterino, toma de biopsias, aplicación de vacunas, entre otros), visitas domiciliarias y actividades de atención a pacientes extramuros (por ejemplo campañas de vacunación), entre otros.

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria más comunes son:

- infecciones de las vías urinarias,
- asociadas con el uso de catéteres,
- infecciones de sitio quirúrgico,
- bacteriemias y neumonía (a menudo asociadas con la ventilación mecánica asistida en los hospitales y neumonía adquirida en la comunidad), así como
- gastrointestinales, entre otras en establecimiento ambulatorios.

Lo fundamental para erradicar éstas y otras infecciones asociadas a la atención sanitaria es la higiene adecuada de las manos (agua y jabón y/o gel con base de alcohol u otro desinfectante que determine el establecimiento).

Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas:

Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas.

Las caídas son una de las causas más comunes que generan lesiones y daños en los pacientes. En el contexto de la población que atiende, los servicios que presta y las características de sus instalaciones, la organización debe evaluar el riesgo de caídas para reducir la probabilidad de la ocurrencia de éstas.

Evaluación y reevaluación del riesgo de caídas:

Evaluar con la herramienta establecida previamente por la institución En todos los pacientes que se encuentren en servicios ambulatorios, urgencias y hospitalización

- Reevaluar
- Cambio de turno
- Cambio de área o servicio
- Cambio de estado de salud

- Cambio de tratamiento

Factores que deben estar atendidos en la herramienta para evaluar el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados:

- limitaciones físicas del paciente
- estado mental del paciente
- tratamiento farmacológico
- problemas de comunicación

Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas:

Generar información sobre cuasi fallas, eventos adversos y centinelas, mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que a nivel local se prevenga su ocurrencia; y a nivel nacional permita emitir alertas para evitar que acontezcan eventos centinela en los establecimientos de atención médica, debe ser una prioridad del Sistema Nacional de Salud.

Para desarrollar una cultura de calidad y seguridad se requiere además de identificar, priorizar y gestionar los riesgos y problemas, contar con un Sistema de Reporte y Análisis de los eventos relacionados con la seguridad del paciente que permita a la organización aprender de sus errores e implementar mejoras para prevenir su ocurrencia. Cada organización debe establecer y difundir, de acuerdo a su contexto, sus propias descripciones de los tipos de eventos que se deben notificar con la finalidad de facilitar la identificación de estos eventos por el personal operativo involucrado en los procesos.

El Sistema de Notificación y Análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente debe incluir:

- Las definiciones operativas de evento centinela, evento adverso y cuasi falla.
- Un mecanismo para su notificación.
- Un proceso definido para el análisis causa-raíz para eventos centinela, así como el análisis de patrones y tendencias para eventos adversos y cuasi fallas.
- La consideración de la segunda víctima.
- La gestión y la confidencialidad de la información.
- La toma de decisiones correspondientes para la mejora del sistema.

- La retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado

Cultura de seguridad del paciente:

Medir la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en los hospitales del Sistema Nacional de Salud acontezcan eventos centinela en los establecimientos de atención médica, debe ser una prioridad del Sistema Nacional de Salud. (47)

Sucesos centinela

El evento centinela daño sufrido por el paciente, como consecuencia del proceso de atención (aquel que causó la muerte de paciente o puso en grave riesgo la vida de éste o pérdida permanente y grave de una función), siempre y cuando la muerte o la pérdida de la función no estén relacionadas directamente a su padecimiento.

Estos eventos están asociados en la mayoría de los casos a errores humanos o de los equipos durante el proceso de cuidado de la salud. La importancia de la correcta identificación de los eventos centinela está en que la mayoría son evitables al implementar protocolos de actuación correctos. La meta es que su tasa se aproxime a cero.

Los eventos centinela tienen implicaciones éticas y legales para el personal y para la institución. Aunque la ejecución de todo acto médico tiene responsabilidad individual, las instituciones deben garantizar la seguridad de los pacientes. Para esto implementan protocolos de actuación en cada caso, así como medidas de supervisión adecuadas.

Características del evento centinela

Para que un evento adverso sea considerado como un evento centinela, debe cumplir con las siguientes características fundamentales:

- El evento contribuyó o causó daño temporal al paciente y requirió intervención o prolongó la hospitalización.
- El evento contribuyó o causó daño permanente en el paciente.
- El evento comprometió la vida del paciente y se requirió intervención para mantener su vida.
- El evento causó la muerte del paciente.

Ejemplo de eventos centinela.

- Muerte no asociada directamente a la razón de internamiento.
- Pérdida de la Función de un órgano o extremidad no asociada directamente a la razón de internamiento
- Error en la realización de un procedimiento/cirugía.
- Muerte materna
- Paciente al cual se le administra un medicamento por error y es necesario activar código azul (aún si no se dio RCP).
- Paciente al que por un error médico fue necesario aplicar maniobras de RCP y sobrevive
- Suicidio dentro del área hospitalaria.
- Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente.
- Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemo componentes o trasplantes de órganos o tejidos.
- Robo de infante
- Complicación quirúrgica grave.
- Retención de material o instrumentación en quirófano.
- Trauma al nacimiento.
- Lesión vaginal durante el parto. (48)

Protocolo ante el evento adverso centinela

1. Reporte inmediato del evento adverso de acuerdo al protocolo de la institución; este debe ser de inmediato reporte en caso de evento centinela, en caso de ser el colaborador quien lo reporta debe informar a jefe inmediato encargado del servicio en donde ocurrió.

2. Que hacer mientras se analiza el evento adverso y se clasifica: Una vez se presenta el evento relacionado con la atención en salud, el personal del servicio debe brindar al paciente la atención médica a que haya lugar, registrando en la historia clínica los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención

3. Análisis del evento adverso (grupo de análisis); Notificado el evento y clasificado, el líder de seguridad del paciente convoca a reunión para el análisis de lo sucedido, identificando las posibles causas de su ocurrencia y estableciendo el tratamiento a seguir un plan de mejoramiento y acciones correctivas el cual será socializado entre los integrantes del comité de seguridad del paciente.

De igual forma, una vez efectuado el reporte y el análisis internamente en la institución es preciso que quienes efectúen y analicen el reporte convoquen a realizar una reunión inmediata la con el comité interdisciplinario , grupo que se recomienda este conformado por (dirección médica, médico tratante o encargado, líder del programa de seguridad del paciente y calidad, profesional de enfermería, de ser posible así mismo deberá contar con psicólogo, trabajador social, jurídico) es preciso advertir que de acuerdo a la gravedad del caso se deberá elevar al orden administrativo, con el propósito de determinar cuáles serán las formas o métodos clínicos que se usaran para resarcir el daño ocasionado y que garantías asistenciales se le otorgarán al paciente y familiares.

Además se deberá tener en cuenta los siguientes parámetros por parte de los integrantes del equipo dentro de la reunión para tener mejor estabilidad emocional y no entrar en ambientes de reacción negativa ante cualquier acusación producida por estados de ira e intenso dolor del paciente, familiar y/o acompañante; una vez reciba la noticia de lo ocurrido y así dar paso a la notificación con prevención evitando cualquier situación que pueda generar riesgo.

- Realizar una reunión previa donde debe estar el personal asistencial y/o administrativo involucrado en la ocurrencia del evento.
- Crear un espacio adecuado que genere confianza y seguridad de que la información de la reunión no será divulgada por terceras personas, con el propósito de evitar malos entendidos o información al paciente o familiar sin los requisitos planteados en la reunión.
- Corroborar que en la sala estén solamente las personas involucradas en el tema para participar en la reunión.
- Crear un ambiente en el que el médico o persona involucrada en el evento centinela pueda expresar con confianza ante sus pares, sus emociones frente al evento adverso y explorar los mecanismos con que cuenta para superar la situación.

- Solicitar al profesional (o profesionales) involucrados en el evento adverso, describir lo ocurrido.
- Aceptar y respetar su versión porque es su vivencia de la experiencia, sin minimizar la importancia del evento adverso.
- Establecer un diálogo y no un interrogatorio en el cual se puedan compartir las experiencias que han tenido los participantes con sus propios eventos adversos y la forma como los han resuelto, con el objetivo de disminuir la sensación de aislamiento del médico.

4. Informe presentado por parte del grupo de análisis; en este caso es necesario que el grupo al revisar la situación designe a la persona encargada para dar la información a la familia y/o paciente;

- Determinar quién, cómo y cuándo se realizará la comunicación del evento adverso al paciente/familia; teniendo en cuenta la valoración psicológica inmediata a los profesionales involucrados en el evento adverso.
- Ofrecer acompañamiento institucional y jurídico de ser necesario a los profesionales relacionados con la ocurrencia del evento adverso; advirtiendo así mismo los procedimientos que se generan institucionalmente desde el ámbito laboral para investigar comportamientos indebidos por parte de los involucrados en el evento adverso.

5. Identificación de las Víctimas del Evento Adverso:

La condición de víctimas

Por la naturaleza social y humana cuando del ejercicio de la medicina, se produce un evento adverso surge una cascada de víctimas; es decir quienes sufren la adversidad del entorno sociocultural en el cual desarrolla su existencia.

Víctimas del evento adverso

El paciente como primera víctima del evento adverso. Si resiste al evento adverso, sus perturbaciones psicológicas, espirituales y socio-culturales serán proporcionales a la incapacidad que se le haya generado, sin embargo es necesario advertir que esto dependerá también del tipo de personalidad que tenga, de la familia a que pertenezca y del entorno social del que se rodea.

- El equipo asistencial como segunda víctima de su propio evento adverso. El equipo asistencial es también una segunda víctima porque

puede tener los mismos daños que se observan en la primera víctima, incluidos los físicos, si como resultado de su operar adquiere una infección. No cabe duda que las familias del paciente y del equipo asistencial se constituyen en víctimas del evento adverso por las pérdidas que se les vienen encima, por la depresión y angustia que aparecen posteriormente. Generando consecuencias en las que requieren ayuda psicológica para superar los trastornos del trauma.

- Las instituciones de salud como terceras víctimas del evento adverso. En efecto uno de los problemas que se observan es lo caro que resulta perder a un profesional y lograr poner en su puesto a otro que efectivamente lo reemplace; o en su defecto asumir las pérdidas económicas por las sanciones judiciales.

Roles y responsabilidades del equipo de análisis eventos adversos relacionados con la atención en salud

Líder del programa de seguridad del paciente; Validación de la información (historia clínica, datos de entrevistas a las personas participantes del evento, guías, protocolos. Participar en la investigación de los eventos. Asesoría y acompañamiento en la realización de la unidad de análisis. Organizar las reuniones necesarias para el análisis del evento con el personal y paciente y/o familiar. Estimular, promover y apoyar al equipo en la implementación de planes para minimizar los eventos adversos Seguimiento a la ejecución del plan de mejoramiento. Esta persona es la responsable junto con el médico o persona relacionada directamente con la ocurrencia del evento adverso de abordar al afectado o afectados para brindar la información sobre lo sucedido.

Psicólogo: ayudan en el aprendizaje a enfrentar con efectividad los problemas de la vida y de salud mental, además brinda un apoyo esencial al manejo de emociones, estrés, ansiedad, tanto para la persona involucrada en la ocurrencia del evento adverso como para el afectado familia o persona; ya que el psicólogo sabe transmitir la información de manera clara y sencilla haciéndose entender, si las personas inicialmente designadas para dar la noticia no logran manejar la situación debe ser el psicólogo quien se acerque a brindar un diagnóstico de la situación y un manejo inmediato desde su área.

Abogado o asesor jurídico: Es aquel asesor y representante en la defensa de los derechos e intereses frente a las personas cuando la situación no pueda ser resuelta por el personal asistencial o administrativo, es en este momento donde el asesor jurídico debe mediar evitando llegar a instancias legales con la familia y/o paciente de acuerdo al daño causado por el evento adverso,

por lo que deberá conocer minuciosamente todo lo sucedido desde que se inició el procedimiento o tratamiento que se desencadenó en evento centinela. (Se recomienda que tenga conocimientos en temas de salud).

A continuación, se describen los prerequisites mínimos para que se garanticen los pasos que generan una correcta comunicación de la situación presentada, sin que se den resultados emocionales negativos al momento de recibir la noticia tanto del paciente como del familiar y/o acompañante.

- La segunda víctima y/o la persona elegida por el comité como que deberá comunicar el evento deberá primero haber tenido una charla a manera personal con el psicólogo del grupo interdisciplinario o el asignado por la institución, para que sea este quien determine si está apto emocionalmente para dar la noticia o si es preciso que otro profesional sea quien la comunique. Así mismo en este momento deberá determinar si desea contar con la presencia del profesional en psicología durante toda la charla con el paciente y familiares o si solo lo llamará en caso de necesidad.

- Reunir toda la información disponible del paciente y de su estado clínico. El equipo deberá definir qué tipo de información se quiere brindar y cuál es la intención de esta, esto permitirá al profesional de salud determinar lo que sabe el paciente y sus expectativas con respecto al diagnóstico adverso.

- Proporcionar información clara de acuerdo a las necesidades reales y potenciales deseos del paciente, siempre teniendo en cuenta los factores académicos y culturales del receptor de acuerdo a lo que aparezca al respecto en la historia clínica o que haya sido percibido durante su estancia. (49)

.....

Preguntas y actividad

1) Mide e identifica hechos graves , no deseados y evitable que pueden convertirse en incidentes críticos:

- a. Indicador
- b. Evento Adverso
- c. Indicador Centinela

2) Describa cuales son los factores de riesgo de caídas relacionadas con el paciente.

3) Enumerar las Características del evento centinela:

1. Un indicador de rendimiento debe tener algunas características: descríbalas y habla de una de ellas.

2. _____

1^{RA} EDICIÓN

Gestión de la calidad en los **servicios de salud** **Capítulo**

IX

*Liderazgo y comunicación
en los servicios de salud*



Objetivos del capítulo

- Describir y analizar las teorías de liderazgo.
- Resumir los procesos comunicativos e identificar los tipos de comunicación.
- Analizar y describir la gestión y negociación de los conflictos en el sistema de salud.

Teorías de liderazgo

El liderazgo en los servicios de salud, implica comprender el primero como un componente fundamental del proceso de gestión organizacional, como competencia de los trabajadores para impactar la satisfacción laboral y la calidad de la atención. El objetivo de este estudio fue revisar algunos tópicos investigados en los últimos años acerca del liderazgo en los servicios de salud.

La importancia de estudiar el efecto transformador del liderazgo a nivel de las instituciones puede contribuir a la gestión exitosa y a la satisfacción misma de los trabajadores, conllevando a plantear la necesidad de consolidar programas de formación en habilidades y competencias de liderazgo para favorecer mejores resultados en las instituciones de servicios de salud. Las ventajas relativas del liderazgo como un proceso en las organizaciones conlleva al empoderamiento de equipos, lo cual se podrá ver reflejado en el rendimiento mismo de los equipos.

Es fundamental el papel que desempeñan los departamentos de educación de los hospitales los cuales al articularse con la dirección estratégica de las organizaciones, en pro de la gestión y la eficacia de los procesos, pueden generar programas de formación en habilidades de liderazgo para favorecer mejores resultados institucionales.

Teorías de liderazgo

1. La Teoría Transaccional o Teoría de la Gestión

Bueno, durante la Revolución Industrial, esta teoría transaccional se desarrolló para impulsar la productividad de la empresa. Es un enfoque de liderazgo que enfatiza el valor de la jerarquía para mejorar la efectividad organizacional. Estos gerentes otorgan gran importancia a la estructura y utilizan su autoridad para hacer cumplir las reglas e inspirar al personal a rendir al máximo. De acuerdo con esta filosofía, los trabajadores son recompensados

por lograr los objetivos fijados. El concepto también presupone que los trabajadores deben cumplir las directivas de la dirección.

Los gerentes que practican el liderazgo transaccional vigilan a su personal, asegurándose de que sean recompensados por alcanzar hitos y disciplinados cuando se quedan cortos. Estos ejecutivos, sin embargo, no sirven como detonante para la expansión de una empresa. En cambio, se concentran en defender las políticas y estándares de la organización para garantizar que todo salga según lo planeado.

Líderes que practican el liderazgo transaccional:

- Apuntar a objetivos inmediatos.
- Favorecer procesos y regulaciones estandarizados
- Cambios recientes
- Desalentar el pensamiento original
- Énfasis en los propios intereses.
- Fomentar el rendimiento

Cuando hay desafíos que están claramente planteados y el objetivo principal es terminar un trabajo, el liderazgo transaccional funciona bien.

2. Teoría de la Transformación

La relación entre los líderes y el personal puede ayudar a la organización, según la teoría transformacional de la gestión. Esta teoría del liderazgo sostiene que los líderes eficaces inspiran a los trabajadores a ir más allá de lo que son capaces de hacer. Los líderes desarrollan una visión para los miembros de su equipo y los motivan a realizarla.

La moral de los empleados aumenta e inspira a través de líderes transformacionales, lo que les ayuda a desempeñarse mejor en el trabajo. Estos gerentes alientan a los miembros del personal con sus hechos más que con sus palabras porque se especializan en dar ejemplo.

Líderes que practican el liderazgo transformacional:

- Autogestionar
- Fijar un ejemplo
- Dar a la interacción una alta prioridad
- Sea proactivo en su trabajo

- Promover el desarrollo de los empleados.
- Receptivo a nuevos conceptos.
- Arriésgate y toma decisiones difíciles

Los líderes transformacionales, a diferencia de los líderes transaccionales, priorizan los procesos fallidos y reúnen personal que se lleva bien para lograr objetivos corporativos compartidos. Además, los ejecutivos eficaces priorizan los requisitos de la organización y sus empleados sobre los suyos propios.

3. La teoría de las contingencias

Según la hipótesis de la contingencia, no existe una única manera correcta de dirigir una organización. La determinación de la estrategia óptima para llevar a una organización a lograr sus objetivos depende de consideraciones tanto internas como externas. El candidato adecuado debería encajar en el escenario correcto, según la teoría de la contingencia.

Los siguientes elementos influyen en el estilo de liderazgo, basado en la teoría de la contingencia:

- Enfoque de gestión
- Velocidad de trabajo
- Políticas y cultura organizacional.
- Espíritu de empleado
- Nivel de madurez de los empleados.
- Relación entre compañeros de trabajo o miembros de un equipo.
- Objetivos organizacionales
- Ambiente y rutina en el trabajo.

La estrategia de gestión que ayudará a la organización a alcanzar sus objetivos en una situación particular la decide el líder.

Según este punto de vista, las situaciones determinan si los líderes son eficaces o no. Por muy exitoso que sea un líder, explica la idea, siempre surgirán situaciones difíciles. Destaca que los líderes son conscientes de que las condiciones en combinación con sus capacidades influyen en su logro.

4. La teoría de las situaciones

Similar a la teoría de la contingencia, esta idea enfatiza la importancia del contexto y sostiene que un líder debe adaptarse al contexto cambiante para lograr objetivos y emitir juicios. El nivel de competencia y dedicación de los miembros del equipo puede influir en la forma en que estos líderes eligen liderar.

Liderazgo situacional, según la teoría situacional:

- Desarrollar una conexión con la fuerza laboral.
- Alentar a los empleados
- Reconocer cuándo se requieren filosofías de liderazgo alternativas en una situación determinada.
- Desarrollar equipos y unidades organizativas.

La idea también distingue cuatro estilos principales de liderazgo:

- Contar: Los gerentes instruyen a los miembros del personal sobre lo que se debe hacer y cómo hacerlo.
- Venta: se persuade a los miembros del equipo para que adopten los conceptos o ideas del líder.
- Participar: Los líderes eficaces alientan a los miembros de su equipo a participar activamente en los procesos de resolución de problemas y toma de decisiones.
- Delegar: Al limitar su participación, los líderes entregan la mayor parte del trabajo al equipo. Estos líderes ceden la toma de decisiones al grupo, pero siempre están dispuestos a recibir consejos.

La teoría enumera algunos rasgos esenciales de un líder situacional, como la capacidad de resolución de problemas, la confianza, la adaptabilidad, el conocimiento y el entrenamiento.

5. La teoría del gran hombre

Una de las primeras teorías sobre el liderazgo parte del supuesto de que estas cualidades son inherentes, lo que indica que los líderes nacen, no se crean y no se pueden aprender. Esta hipótesis afirma que un líder tiene ciertas características humanas innatas, tales como:

- Glamour
- Decisivo
- Sabiduría
- Atrevido
- Asertividad
- Apelar

Este punto de vista enfatiza el hecho de que no se puede enseñar a los individuos a ser líderes eficaces. Es una cualidad que o se tiene o no se tiene. Estas habilidades surgen de forma natural, por lo que no puedes aprenderlas ni recibir entrenamiento en ellas.

Además, la idea sostiene que estas cualidades de liderazgo son constantes en el tiempo y se aplican a todas las organizaciones, independientemente del entorno en el que se emplean estos líderes. La idea de que los líderes excepcionales surgen cuando se los necesita es otro principio de esta ideología de liderazgo.

6. La teoría del rasgo

La teoría del gran hombre se amplía con la teoría de los rasgos del liderazgo, que se basa en la idea de que los líderes eficaces tienen cualidades de personalidad y características de comportamiento particulares. Pueden convertirse en líderes eficaces en diversas circunstancias gracias a estas cualidades. También promueve la idea de que ciertas personas tienen más talento natural para ser líderes que otras. Las personas efectivas tienen pasatiempos y rasgos de personalidad muy diferentes a los de los no líderes.

Las principales características de un líder exitoso son:

- Equilibrio emocional
- Reconocer el deber
- Competencia
- Reconocer obstáculos
- Pensando con acción
- Habilidades motivacionales
- Talentos en comunicación

- Tenacidad y flexibilidad
- Tomar decisiones con seguridad

Puede aprender más sobre sus limitaciones y fortalezas con la ayuda de esta idea de liderazgo. Luego, puede intentar fortalecer sus áreas de debilidad. Muchas organizaciones eligen a la persona ideal para un puesto de liderazgo utilizando el enfoque de rasgos.

7. Teoría conductista

Según este punto de vista, las habilidades de liderazgo de una persona son producto de su entorno. Diferentes talentos de aprendizaje contribuyen a una gestión eficaz. La idea conductual sostiene que los líderes se forman y entrenan, no nacen, en contraste con el modelo de liderazgo. En otras palabras, el desempeño de un líder no está influenciado por sus rasgos inherentes porque las cualidades de liderazgo están impulsadas por el comportamiento. Cualquiera es capaz de convertirse en líder con la formación y la instrucción adecuadas.

Según la teoría, para mejorar el rendimiento y la moral de su equipo, los gerentes deben ser conscientes de su propio comportamiento. Esta teoría clasifica a los directivos en las siguientes categorías según los estilos de liderazgo que reconoce:

- Gerentes centrados en tareas
- Líderes que ponen a las personas primero
- Líderes apáticos
- Líderes efectivos
- Autoridades dictatoriales
- Autoridades actuales
- Líderes confiables
- Empresarios astutos
- Jefes tipo papá
- Jefes de clubes de campo

Es sencillo evaluar el estilo de liderazgo de los profesionales de la construcción, los líderes de equipos o incluso cualquier líder calificado utilizando la teoría del comportamiento.

8. Teoría del comportamiento

La teoría del liderazgo conductual se centra en las acciones de los líderes y sostiene que otros líderes pueden imitar acciones similares. Como a veces se sabe, la teoría del diseño sostiene que los líderes exitosos también pueden desarrollarse a través de una conducta que se puede enseñar en lugar de nacer con ella. Los comportamientos de un líder se enfatizan ampliamente en las teorías conductuales del liderazgo; Esta teoría sostiene que observar el comportamiento de un líder es el mejor indicador de cuán exitoso será su liderazgo. La hipótesis del aprendizaje conductual enfatiza el comportamiento en lugar de los rasgos. De acuerdo con esta idea, los patrones de conducta observables se clasifican como "estilos de liderazgo". Líderes orientados a tareas, líderes de clubes, líderes orientados a las personas, líderes dictatoriales, líderes del status quo y más son algunos ejemplos de estilos de liderazgo.

9. Teoría funcional

La teoría funcional del liderazgo enfatiza cómo se dirige el empleo o la organización en lugar de quién ha sido designado formalmente como líder. Dentro del enfoque de liderazgo funcional, el poder para hacer las cosas está respaldado por un conjunto de comportamientos de las personas y no por un solo individuo.

10. Teoría psicológica integrada

El liderazgo integrador puede ser un nuevo estilo de liderazgo que fomenta la cooperación a través de una variedad de barreras para promover el bien común. Combina teorías y técnicas de liderazgo que tienen sus raíces en cinco esferas sociales importantes: la industria, el gobierno, las organizaciones sin fines de lucro, los medios de comunicación y la comunidad.

Las teorías del liderazgo describen cómo y por qué determinadas personas se convierten en líderes. Ponen énfasis en las acciones y características de carácter que las personas podrían adoptar para mejorar sus habilidades de liderazgo. Las principales cualidades que los líderes citan como esenciales para un liderazgo eficaz incluyen: Sólidos principios morales y éticos.

No es necesario exagerar la importancia del liderazgo. El éxito de cualquier organización puede ser el resultado de su liderazgo. Gracias a su liderazgo, incluso el Estado ha logrado independencia, expansión, prosperidad y poder. El liderazgo eficaz es otra cuestión del éxito y la expansión de una organización empresarial o industrial. (50)

Liderazgo estratégico

El liderazgo estratégico, que aúna varios estilos de liderazgo diferentes, es un estilo de liderazgo integral y con visión de futuro que se centra en formular una visión para lo que está por venir, diseñar estrategias a largo plazo y dirigir a la organización hacia la realización de sus objetivos.

Este enfoque multifacético engloba la capacidad de identificar y aprovechar oportunidades, abordar desafíos de frente y adaptarse a las condiciones fluctuantes del mercado. Los líderes empresariales estratégicos también poseen la capacidad única de equilibrar las prioridades inmediatas con las aspiraciones a largo plazo.

El estilo de liderazgo estratégico garantiza que la organización mantenga su celeridad y flexibilidad ante la inseguridad y el cambio.

Un aspecto crucial del liderazgo estratégico es la capacidad de anticipar y planificar el futuro, teniendo en cuenta diversos factores como las tendencias del sector, los progresos tecnológicos y las actividades de la competencia. Esta previsión permite a los líderes estratégicos posicionar sus empresas de forma ventajosa y tomar decisiones bien informadas que apoyan el cumplimiento de sus objetivos a largo plazo.

Mediante el análisis continuo del panorama empresarial y la recopilación de información, los líderes estratégicos pueden responder de forma activa a las oportunidades emergentes y las posibles amenazas, garantizando que sus organizaciones sigan siendo competitivas y estén bien preparadas para los desafíos que se avecinan.

Además de su fuerte enfoque en el futuro, los líderes estratégicos también destacan por inspirar y motivar a sus equipos. Al expresar una visión clara y atractiva para la organización, los líderes estratégicos reúnen a los empleados en torno a un propósito común e infunden un sentido de dirección y compromiso.

Esto, a su vez, fomenta una cultura de colaboración y propiedad compartida y análisis comparativos, en la que los miembros del equipo tienen la capacidad de hacer todo lo posible por alcanzar los objetivos de la organización. Los líderes eficaces utilizan estilos de liderazgo estratégico con una gran sensibilidad a las necesidades y capacidades de sus equipos.

Innegablemente, el liderazgo estratégico es esencial en el lugar de trabajo moderno por multitud de razones. En primer lugar, permite a las organizaciones mantener una ventaja competitiva en un panorama comercial cada vez más globalizado y en rápida evolución.

Al fomentar una cultura empresarial que valora la mejora e innovación continuas, los líderes estratégicos permiten a sus organizaciones no solo mantener el ritmo de los progresos del sector, sino también convertirse en pioneras en sus respectivos campos. Desafiando constantemente el statu quo e inspirando a los empleados a pensar de forma creativa y crítica, los líderes estratégicos allanan el camino para el crecimiento e impulsan a la organización a destacarse más allá de sus competidores.

Además, el liderazgo estratégico desempeña un papel importante en la mejora de las capacidades de toma de decisiones y la resolución de problemas de una organización. Mediante el desarrollo y la aplicación de estrategias bien pensadas, los líderes estratégicos pueden garantizar que la organización afronte eficazmente los desafíos complejos y aproveche oportunidades valiosas al tiempo que desarrolla habilidades de ventas clave.

Esto, a su vez, permite a la organización tomar decisiones más informadas, optimizar la asignación de recursos y minimizar los posibles riesgos.

Además, los líderes estratégicos deben cultivar un entorno en el que se anime a los empleados a aportar sus ideas y perspectivas, fomentando un enfoque colaborativo y orientado a soluciones para la resolución de problemas que beneficie a la organización en su conjunto.

Además de impulsar la innovación y promover una toma de decisiones eficaz, el liderazgo estratégico también es fundamental para crear una cultura organizativa positiva y de apoyo.

Un líder estratégico fuerte e inspirador puede impulsar la moral de los empleados, la satisfacción laboral y la participación general, ya que demuestra un cuidado y una preocupación sinceros por el bienestar de los miembros de su equipo. Al comunicar claramente la misión, los valores y los objetivos a largo plazo de la organización, los líderes estratégicos ayudan a los empleados a comprender el propósito y significado de su trabajo, lo que a su vez puede conducir a un aumento de la motivación y compromiso con el éxito de la organización.

Los líderes estratégicos también son expertos en reconocer y fomentar los talentos y los puntos fuertes únicos de sus empleados, fomentando un entorno de crecimiento a través del desarrollo y el aprendizaje continuos.

Al proporcionar oportunidades para el desarrollo de habilidades, la promoción profesional y el crecimiento personal, los líderes estratégicos no solo contribuyen al éxito profesional de los miembros de su equipo, sino que tam-

.....

bién ayudan a crear una plantilla más dinámica y flexible. Esto, a su vez, atrae a los mejores talentos y ayuda a retener a los empleados de alto rendimiento, algo esencial para mantener una ventaja competitiva en el implacable mercado laboral actual.

Por último, el liderazgo estratégico también es fundamental para promover la colaboración interdisciplinaria y romper los silos dentro de una organización.

Al fomentar los canales de comunicación abiertos y alentar la cooperación entre los diversos departamentos y equipos, los líderes estratégicos pueden aprovechar el conocimiento colectivo, la experiencia y los recursos de la organización con el fin de lograr objetivos comunes. Esto no solo mejora la eficacia organizativa general, sino que también ayuda a identificar y capitalizar las sinergias, lo que conduce a una mayor innovación y éxito a largo plazo.

Los líderes estratégicos poseen varias cualidades que los convierten en gestores exitosos en el lugar de trabajo. Algunas de las características clave de un líder estratégico de éxito son las siguientes:

Pensamiento visionario

Los líderes estratégicos poseen la notable capacidad de imaginar el futuro de la organización y elaborar una visión clara y atractiva que sirva como faro para todo el equipo.

Con una capacidad de previsión excepcional y un profundo conocimiento de los valores fundamentales de su organización, estos líderes reconocen que son capaces de inspirar y animar a los empleados a trabajar en colaboración para alcanzar los objetivos compartidos. Esta visión unificadora alimenta un sentido de propósito y compromiso entre los miembros del equipo, lo que los lleva a ofrecer constantemente un rendimiento excepcional en la búsqueda del éxito a largo plazo de la organización.

Pensamiento estratégico

El pensamiento estratégico es un componente crucial del liderazgo estratégico, ya que implica la capacidad de analizar situaciones complejas, identificar oportunidades y amenazas, y formular planes para lograr objetivos a largo plazo.

Los líderes estratégicos se distinguen por adoptar una visión general y considerar cuidadosamente las posibles implicaciones de los diversos cursos de acción. Esta perspectiva holística les permite tomar decisiones informadas que no solo abordan las preocupaciones inmediatas, sino que también tienen

en cuenta los posibles efectos dominó, garantizando que la organización se mantenga en el camino hacia el crecimiento y el éxito sostenibles.

Creatividad

La creatividad es un atributo indispensable para los líderes estratégicos, ya que les permite diseñar soluciones innovadoras para los desafíos y aprovechar las oportunidades existentes en el mercado.

Al fomentar una cultura de pensamiento creativo e ideas originales, los líderes estratégicos desbloquean todo el potencial de la organización y la conducen hacia la mejora y el crecimiento continuos.

Adaptabilidad

Los líderes estratégicos de éxito muestran adaptabilidad y flexibilidad, ajustan con maestría sus planes y utilizan nuevas ideas y enfoques en respuesta a circunstancias y condiciones de mercado que cambian constantemente.

Esta agilidad les permite pivotar cuando sea necesario, garantizando que la organización siga siendo flexible y capaz de superar obstáculos y desafíos nuevos.

Toma de decisiones

Una toma de decisiones eficaz es una habilidad fundamental para los líderes estratégicos, ya que garantiza que la organización sigue el curso y avanza constantemente hacia sus objetivos.

Al sopesar las posibles consecuencias de cada decisión y considerar las implicaciones a corto y largo plazo, los líderes estratégicos pueden tomar las decisiones informadas y estratégicas que mejor sirvan a los intereses de la organización.

Resolución de problemas

Los líderes estratégicos son expertos en resolver problemas, hábiles a la hora de identificar y abordar problemas que podrían obstaculizar el progreso de la organización o poner en peligro su éxito a largo plazo.

Mediante el uso de sus habilidades analíticas y su amplia experiencia, pueden desarrollar soluciones prácticas que no solo resuelven las preocupaciones inmediatas, sino que también mitigan los posibles riesgos y futuros obstáculos.

Comunicación

Para los líderes estratégicos, es esencial contar con unas sólidas habilidades de comunicación empresarial, ya que necesitan articular claramente su visión y sus planes y presentar ideas de forma persuasiva para inspirar y motivar a los empleados.

Al transmitir eficazmente sus ideas y expectativas, los líderes estratégicos pueden fomentar un sentido de unidad y un propósito compartido entre los miembros del equipo. Esto, a su vez, crea un entorno en el que se impulsa a los empleados a dar lo mejor de sí mismos y trabajar en colaboración para lograr el éxito a largo plazo de la organización, fortaleciendo, en última instancia, la posición de la empresa en el mercado.

Habilidades para desarrollar un liderazgo estratégico eficaz

Si quieres ser un líder estratégico en tu lugar de trabajo, hay algunas habilidades clave que necesitas desarrollar. He aquí algunos consejos sencillos sobre cómo puedes desarrollar estas habilidades y convertirte en un líder estratégico eficaz:

- **Aprende de otros líderes:** Una forma de convertirse en un líder estratégico más eficaz es aprender de otros líderes de éxito. Estudia sus técnicas, estrategias y procesos de toma de decisiones para obtener información sobre lo que es el liderazgo estratégico eficaz.
- **Desarrolla una mentalidad estratégica:** Cultiva una mentalidad estratégica analizando constantemente los puntos fuertes, los débiles, las oportunidades y las amenazas de tu organización, y teniendo en cuenta el modo en que diversos factores podrían afectar a tus objetivos a largo plazo.
- **Construye relaciones:** Unas relaciones sólidas con los empleados, compañeros y altos directivos son fundamentales para los líderes estratégicos. Desarrolla tus habilidades interpersonales y de comunicación e interactúa activamente con los demás para fomentar la confianza, la colaboración y un sentido compartido de propósito.
- **Busca comentarios:** Solicita comentarios a colegas y empleados a fin de identificar áreas de mejora y obtener información valiosa sobre tu estilo y eficacia de liderazgo.
- **Mantente informado:** Mantente informado sobre las tendencias del sector, los progresos tecnológicos y las actividades de la competen-

cia para garantizar que tu organización siga siendo competitiva y esté bien posicionada para el éxito futuro.

- Acepta los desafíos: Acepta los desafíos como oportunidades de crecimiento y desarrollo, y busca activamente funciones y experiencias de liderazgo que ejerciten tus habilidades de liderazgo estratégico. (51)

Proceso comunicativo

La comunicación en el sector salud es una herramienta esencial para conectar pacientes e instituciones sanitarias. Pero a veces no es fácil dar con la estrategia de comunicación adecuada y efectiva para transmitir esos mensajes.

La mala comunicación aumenta el potencial de errores médicos y aumenta costos en la prestación de atención médica. Asimismo, se traduce en una menor calidad de la atención al paciente que tendrá efectos negativos en los resultados clínicos.

Mejorar la comunicación ayudará a garantizar que se brinda el mejor nivel de atención a los pacientes.. Pero para ello, hay que diseñar optimas estrategias de comunicación que creen una productiva relación entre personas y sector salud. Y en este apartado el seguimiento y el análisis de medios y contenidos es importante.

La importancia de las nuevas tecnologías en la comunicación

Las organizaciones sanitarias también deben trabajar con sistemas de comunicación modernos para facilitar una mejor comunicación. Hoy en día, los smartphones y otros dispositivos electrónicos portátiles permiten desarrollar una comunicación de manera rápida, efectiva y confidencial. También se pueden utilizar para mejorar la comunicación en la atención médica, aunque muchos hospitales aún dependen de herramientas unidireccionales.

Las plataformas de mensajería de texto, por ejemplo permiten que todos los miembros de un equipo de atención se comuniquen entre sí de manera eficiente y efectiva. Pueden emplearse con multitud de fines: consultas rápidas, contactar con cualquier miembro del equipo de atención, transferir información con precisión y proporcionar servicios de telesalud a pacientes remotos.

Los proveedores de atención médica que han apostado por soluciones avanzadas de comunicaciones de atención médica han podido mejorar la eficiencia y la productividad. Redes Sociales, newsletters personalizadas, men-

sajes automatizados... el sector sanitario tiene numerosas herramientas a su alcance.

Gracias a estos avances que proporciona la innovación tecnológica se han podido lograr metas relevantes: acrecentar la eficiencia y la productividad, reducir errores médicos, mejorar las puntuaciones de satisfacción del paciente y reducir los costos.

Cinco estrategias de comunicación en el sector salud

Aunque las mejoras en la comunicación pueden no suceder de la noche a la mañana, el esfuerzo es fundamental para reducir los problemas existentes. A continuación se enumeran varias prácticas que que las firmas sanitarias deben aplicar si desean mejorar su visibilidad y relación con los usuarios.

1.- Apostar por gráficos y elementos visuales

La información transmitida a través de imágenes penetra mejor en la mente del receptor. Combinar gráficos con otras piezas, como infografías, puede proporcionar lo que un texto o una conversación no puede dar.

Las marcas no deben temer el uso de presentaciones de PowerPoint, carteles, tutoriales con imágenes, etc. Un contenido de calidad, además, tiene el potencial de convertirse en algo viral.

2.- Apostar por soluciones innovadoras como la realidad virtual

La realidad virtual es un as cuando se trata de permitir que el mensaje viaje de una persona a otra. La realidad aumentada también puede proporcionar infinidad de oportunidades, tanto a marcas como autoridades sanitarias. La comunicación y el seguimiento de los tratamientos de los pacientes pueden beneficiarse de su enorme potencial.

Es conveniente diseñar estrategias que combinen ambas realidades con la comunicación tradicional. Los gráficos antes mencionados pueden coexistir y tener tanto éxito en la realidad mixta como de otra manera.

3.- Añadir un chatbot a los servicios de atención al cliente

Hoy en día, este software de asistencia es indispensable para las empresas que trabajan en el sector. Permite que el paciente se conecte al equipo médico por medio de un chat. Un bot ayuda a los pacientes respondiendo con los mensajes prealimentados más adecuados en el sistema.

.....

Puede que las respuestas tecleadas previamente no estén alineadas con la consulta del paciente. Entonces, un asistente humano ingresa a la sala de chat y se hace cargo de la sesión.

4.- Adaptar las comunicaciones médicas complejas a los contextos culturales de los pacientes

Este paso garantiza la transmisión del mensaje a los pacientes de diferentes orígenes culturales. Es importante no confundir a nadie, ni allanar el camino para la desconfianza.

Por muy competentes que sean los avances tecnológicos, las barreras culturales aún pueden plantear serias diferencias entre médicos y pacientes. Por lo tanto, su erradicación se vuelve bastante importante y de inmensa importancia.

5.- Emplear lenguaje más accesible que el habitual en el sector

La ciencia y el ámbito médico tienen una gran cantidad de términos que a menudo solo entienden las personas eruditas. Es normal que el usuario, o paciente, no discierna y se familiarice con estas terminologías a menudo excesivamente complejas.

Hace falta un lenguaje no médico para enlazar las comunicaciones entre el ámbito sanitario y la comunidad. Palabras simples y frases cortas y claras. La importancia del mensaje requiere claridad y alejarse de tecnicismos complicados.

Todo proceso comunicativo requiere de un seguimiento para conocer su impacto real sobre la comunidad receptora. Esta monitorización y posterior análisis es esencial para determinar el rendimiento de la campaña y realizar cambios, si es preciso. (52)

Métodos de comunicación

A la comunicación se le considera como un proceso de comprensión y de compartir el significado de algo, es el elemento básico de la interacción humana que permite a las personas establecer, mantener y mejorar el contacto con otros, así como participar en el conocimiento de uno mismo. Simultáneamente es vista como una habilidad y al mismo tiempo una forma de mostrar su personalidad dentro de una relación. “Las habilidades de comunicación” se asocian con los resultados, en donde el objetivo de la interacción es alcanzar un resultado específico, y generalmente esto se ve en las interacciones cara a cara en la consulta profesional.

.....

A lo largo de la historia del hombre han surgido diversas controversias médicas asociadas a la comunicación. Para los noventas, el Consenso de Toronto concluyó que había suficiente evidencia para probar que existen problemas entre la comunicación del médico y el paciente, las cuales afectan adversamente el cuidado del enfermo.

La forma de interpretar la comunicación se ha moldeado a un mundo cada vez más pequeño, en donde personas de diferentes culturas interactúan diariamente a través de los viajes y la tecnología. Con ello se pensaría que la cultura, que se define como una serie de aprendizajes compartidos de interpretaciones de creencias, valores y normas que afectan a un grupo relativamente grande de personas, se estaría modificando también, pero se ha observado que sigue siendo de importancia en la comunicación. Según Rogers existen tres principios que facilitan la comunicación con personas que provienen de una cultura o educación diferente a la nuestra y son: ser genuino, cálido y empático, demostrando simultáneamente una actitud positiva dentro de las relaciones interpersonales, pues puede cambiar el significado de una palabra según el contexto socio-cultural.

Otro aspecto socio-cultural analizado ha sido el género de los médicos, que debe considerarse durante la enseñanza de la comunicación: las mujeres muestran más sensibilidad ante los sentimientos los pacientes, siendo más abiertas a los aspectos sociales y humanísticos de sus cuidados. También dan más énfasis a las conversaciones para establecer y mantener las relaciones. Los hombres favorecen más un patrón biomédico y dan más énfasis a la comunicación como un instrumento para obtener información y solucionar problemas, sin poner tanta atención a los sentimientos y emociones. Lo anterior se traduce en que la mujer pasa en promedio más tiempo con los pacientes. De igual manera es interesante ver como las pacientes expresan con mayor detalle los sucesos asociados a sus enfermedades, sean estas directamente relevantes para el padecimiento o circunstanciales. Los enfermos por su lado, tienden a ser más escuetos y se requiere de mayor dirección por parte del médico para obtener información relevante.

En el campo de las ciencias de la salud, la comunicación es vista como una competencia nuclear para dilucidar los síntomas del paciente, sus problemas y preocupaciones y se sabe que facilita la promoción de la salud y el apego al tratamiento; siendo indispensable para una buena relación también entre pares desde el pregrado, posgrado y durante el ejercicio de la profesión.

.....

A pesar de la conciencia teórica y práctica que se tiene de su importancia, siguen existiendo problemas a todos estos niveles.

Tipos de comunicación

1. Comunicación oral o verbal. Hablar es más que sólo murmurar palabras, es un intercambio de ideas e información. Diariamente compartimos nuestros pensamientos, preguntamos y respondemos cuestiones. El preguntar es una habilidad fundamental en la salud. El uso del lenguaje, tanto de terminología médica como el lenguaje del diario, sirve para ofrecer una información clara de los deseos, necesidades, percepciones, conocimientos y estados afectivos. Las características de una buena comunicación son: la precisión, la eficiencia y el apoyo. Su uso depende de contar con bases teóricas y prácticas del idioma y aprender a aplicarlas a nivel de la clínica con los pacientes, familiares, colaboradores, pares y la sociedad.

Las conversaciones pueden llevarse a cabo en diversos ámbitos formales (en consultorios, hospitales u otro tipo de instituciones de salud), los informales se asocian más cuando el médico visita las casas o lugares de trabajo del paciente.

2. Comunicación paraverbal. Este tipo de comunicación incluye la cualidad de la voz, sonidos agudos o graves, volumen, entonación y estilo de hablar (norteño, influido por otro idioma, etc.)

3. Comunicación no verbal. Definido como el proceso de comunicación a través de señales (generalmente visuales) hacia un receptor, incluyen gestos, tacto, lenguaje corporal o postura, expresión facial y contacto visual. Posee tres elementos: a) ambiental que se refiere a las condiciones en que la comunicación se lleva a cabo, b) las características físicas de los interlocutores, y c) la conducta de los comunicadores durante la interacción.

Su función es participar en la comunicación a través de la expresión de emociones y actitudes, para acompañar la comunicación oral, ofreciendo señales que complementan la interacción entre las partes, la presentación de uno mismo (personalidad) y contribuye a los rituales del saludo. Darwin relató en su libro *La expresión de las emociones en el hombre y en el animal*, que todos los mamíferos muestran en su expresión facial sus emociones, fenómeno que es aceptado empíricamente por la gente.

Los comunicadores consideran que las características físicas tanto modificables como no modificables provienen de señales conscientes o inconscientes, que cada individuo manda continuamente a su interlocutor.

4. **Comunicación escrita.** De la misma forma que la comunicación oral, la escrita contiene elementos no verbales expresados en el estilo de escribir, el arreglo espacial de las palabras y la distribución en una página. Se incorpora cada vez más la comunicación electrónica entre médicos y pacientes. Dicha comunicación conlleva muchas responsabilidades y peligros para los médicos, como dificultades para mantener la confidencialidad del paciente. Por otro lado, con frecuencia lo ahí escrito puede ser utilizado bien o mal por el paciente al mostrárselo a otros médicos, abogados o a la comisión de arbitraje médico, por lo que el saber redactar y expresar en forma clara y concisa la información solicitada es vital.

Sigue siendo importante la caligrafía y el considerar que es “normal” que un médico tenga una letra ilegible, da como resultado, malas interpretaciones o incomprensión por parte del paciente, la lectura errónea del farmacéuta y molestias por parte de otros médicos que tratan de descifrar lo escrito.

5. **La escucha activa.** La enseñanza también debe incluirlo como parte de la comunicación para el médico, Wolvin y cols. describieron y resumieron los diversos tipos de escucha mencionados por los comunicólogos en los siguientes:

- **Escucha discriminativa,** en el cual el receptor intenta distinguir los estímulos auditivos y visuales. A este nivel el receptor hace una evaluación rápida del problema.
- **Escucha comprensiva,** es cuando se busca comprender el mensaje con el fin de recordar mensajes previos o guardarlo para una interacción futura. Ejemplo: asistir a conferencia, escuchar la radio, etc., poniendo atención en los hechos importantes, para comprender el mensaje que se recibe.
- **Escucha terapéutica,** se escucha para ofrecer apoyo, ayuda y empatía a la persona que necesita hablar. Un ejemplo es la paciente angustiada que llega a consulta.
- **Escucha crítica,** donde la intención es evaluar el propósito del mensaje. El emisor está tratando de persuadir, influir sobre las actitudes, creencias o acciones al receptor. Ejemplo: el paciente que quiere convencer que no tiene por qué tomar un medicamento.
- **Escucha apreciativa,** requiere que el receptor distinga las señales visuales y auditivas del mensaje, comprenderlo, procesar y apreciar el contenido para así poder responder. Ejemplo: escuchar música. (53)

Gestión y negociación de los conflictos

La presencia de tipos de poder, formas de negociación, tipos de negociación, componentes de los procesos de negociación, etc., hacen parte de la vida diaria. Hacen parte de la personalidad de cada individuo, independiente de su edad, estilo de vida, conocimiento, profesión que desempeñe o tendencia sexual. Por lo tanto, en el área de la salud también se van a encontrar las diferentes características que componen el arte de la negociación.

En las empresas de salud se encuentran múltiples zonas donde se presentan negociaciones, no solo a nivel de la alta gerencia. Así, los componentes y las características de una negociación se encuentran incluidos en las relaciones de las personas en todos los servicios de un hospital públicos y privados en todas las oficinas de entidades prestadoras de salud, en los laboratorios, en los bancos de sangre, en las farmacias, entre las casas farmacéuticas nacionales y multinacionales, universidades de áreas médicas y paramédicas, especializaciones, maestrías y doctorados de salud y epidemiología, etc.

Negociar es un acuerdo obtenido a través de una prestación recíproca que da satisfacción a ambas partes; es una solución que respeta los intereses de todos. Evidentemente, para llegar a un desenlace así, todo negociador en salud debe en primer lugar reconocer y comprender sus propias necesidades y objetivos, luego los del otro. En suma, conocerse a sí mismo y después al otro constituye la esencia misma de toda negociación exitosa.

Se necesitan algunas cualidades accesibles para la mayoría de las personas: respeto, capacidad de escucha, buen sentido de la observación, algunas aptitudes en comunicación, una pizca de sabiduría y un poco de humor. Lastimosamente, el personal del área de la salud, es carente de muchas de las características mencionadas anteriormente, por el lastimoso ego que maneja el área de la salud y cuando no son personas del área de la salud que participan de negociaciones en el área, carecen de la pizca de sabiduría en el área, pizca que se convierte en algo fundamental cuando se están negociando vidas.

Debe recordarse también que la primera característica del negociador eficaz es conocerse a sí mismo: debes estar al tanto de tus propias necesidades, temores, deseos y esperanzas y después intentar conocer los del otro, recopilando toda la información posible.

Para negociar sobre enfermedades se deben conocer las enfermedades, así que no es fácil que un ingeniero forestal, un economista, un ingeniero de producción, etc.; negocie sobre aspectos de salud porque la información de base que posee no va a ser la más fidedigna. De igual forma sería poner a un médico a negociar sobre las mezclas necesarias para realizar en cementos. Debido a la complejidad de las áreas médicas, las negociaciones en salud también se vienen volviendo más complejas. En ese orden de ideas, negociar sobre patologías de subespecialidades médicas requiere conocimiento en las subespecialidades médicas.

Por lo tanto, ya la medicina general se encuentra con muchas limitaciones para entender cómo lograr una adecuada negociación en áreas como hematológica, medicina crítica, anestesiología, cirugía de corazón, oftalmología, cirugía de tórax, medicina interna, cirugía plástica, etc. este simplemente lo que generara será un grupo de negociadores que inician negociaciones sin tener la información adecuada para lograr un resultado final.

Con un agravante, en salud las negociaciones que se realicen mal por desconocimiento en el tema en última instancia lo que generan es, que el que pierda, no sea uno de los negociadores (algunas veces) sino el paciente, quien está de por medio en los resultados de la negociación. Por esta razón, la negociación en las clínicas y hospitales entre las gerencias y las especialidades médicas son de tan difícil obtención de logros; no porque los intereses no se conozcan sino porque los intereses nunca se podrán entender por una de las partes (personal no médico o personal no especialista).

Lo ideal en las grandes negociaciones de salud poder contar con especialistas o sub-especialistas médicos con especializaciones en el área administrativa para poder partir de una buena información antes de desarrollar cualquier tipo de negociación.

Comenzar una negociación en salud sin información en el área es como ir a la guerra con un pañuelo blanco como única defensa, peor aun, es disparar a la loca contra el enemigo sin saber si se puede herir al amigo. No se debe olvidar nunca que para negociar es necesario conocer el punto que se comparte con el adversario.

Por ello, cuanta más información precisa y actualizada tengas en tu poder, más clara será tu percepción de lo que está en juego y de las posibilidades con que cuentas de obtenerlo. Cuando no se posee información, la

estrategia más eficaz en la negociación es hacer preguntas y permanecer en silencio durante las respuestas.

Adicional a la adecuada información que se debe tener para comenzar una negociación es la confianza que se debe lograr para comenzar la negociación. Si te tomas la molestia de crear una atmosfera de confianza, podrás descubrir con más facilidad la verdadera razón que impulsa, estimula e incita a actuar a la persona que tengas en frente, pues esa persona, al igual que tu, mantendrá su postura en tanto sus temores no sean calmados y no tenga la certeza de que sus necesidades acabaran siendo satisfechas. No dudes en mostrarte abierto, imaginativo, flexible y generoso, a la vez que ofreces información con cuentagotas. (54)

Teoría del conflicto

La teoría del conflicto es una de las grandes escuelas de la teoría sociológica moderna, es considerada como desarrollo que se produjo en reacción a la estática del funcionalismo estructural. Durante las décadas de 1950 y 1960 la teoría del conflicto proporcionó una alternativa al funcionalismo estructural. La teoría del conflicto está íntimamente vinculada a la teoría de los juegos y a los estudios y escuelas sobre negociación.

Generalmente se ofrecen diferentes definiciones de “conflicto social”, diferencias que llaman la atención a aspectos complementarios del concepto: Por ejemplo, la de Stephen Robbins: “Un proceso que se inicia cuando una parte percibe que otra la ha afectado de manera negativa o que está a punto de afectar de manera negativa, alguno de sus intereses” y la de Lewis A. Coser para quien el conflicto social sea una lucha por los valores y por el estatus, el poder y los recursos escasos, en el curso de la cual los oponentes desean neutralizar, dañar o eliminar a sus rivales. Un conflicto será social cuando trasciende lo individual y proceda de la propia estructura de la sociedad.

Si bien la reflexión sobre “la guerra y la paz” ha sido una preocupación clásica del pensamiento humano, y desde antiguo, pensadores vinculados a la problemática del conflicto militar (la guerra) y más recientemente a la problemática de las revoluciones y el conflicto laboral (movimientos sociales), han estudiado con cierta profundidad las manifestaciones del conflicto social, a partir de la década de 1950 comienzan a aparecer una serie muy específica de estudios y teorías centrados en el conflicto social, como fenómeno genérico, más allá de sus manifestaciones específicas.

Puede atribuirse el inicio de esta corriente a la publicación en 1956 del libro “The functions of Social Conflict”, del estadounidense Lewis Coser. A partir

de entonces pueden registrarse algunas de las principales obras y estudiosos de la teoría del conflicto:

- 1956: Max Gluckman, "Custom and conflict in Africa".
- 1959: Ralf Dahrendorf, "Class and class conflict in industrial society".
- 1959: Theodore Caplow, "Further Development of a Theory of Coalitions in the Triad".
- 1960: Thomas Schelling, "Strategy of Conflict".
- 1962: Kenneth Boulding, "Conflict and Defense: a general theory".
- 1975: Randall Collins, "Conflict Sociology: towards an explanatory science".
- 1975: Louis Kriesberg, "Sociología de los conflictos sociales".
- 1979: Walter Isard, "A definition of Peace Science, the queen of social sciences".
- 1983: Julien Freund, «Sociologie du Conflit».

La implicación principal de la teoría del conflicto es el reconocimiento de la "funcionalidad" de este. Si bien con anterioridad habían existido pensamientos de justificación moral del conflicto, tales como las de la Guerra santa (cristianismo e Islam), la "guerra justa" (Vitoria), el derecho a la rebelión (Locke), la lucha de clases (Marx), es recién a partir de la teoría del conflicto que este último comienza a ser visto como una relación social con funciones positivas para la sociedad humana, en tanto y en cuanto se puedan mantener bajo control sus potencialidades destructivas y desintegradoras.

Antes de la aparición de la Teoría del Conflicto, el conflicto era visto básicamente como una patología social, o, en todo caso, el síntoma de una patología social. La sociedad perfecta era vista como una sociedad sin conflictos y todas las utopías sociales sostenían la necesidad de constituir un modelo de sociedad sin conflictos, de pura cooperación.

La Teoría del Conflicto reevalúa la connotación negativa tradicional y postula el conflicto social como un mecanismo -al menos potencialmente positivo- de innovación y cambio social. En sintonía con esa corriente, el educador estadounidense John Dewey expresaba que "el conflicto es el tábano del pensamiento".

La aparición de la teoría del conflicto debe ser históricamente entendida tanto a la luz del criticismo académico a posiciones estructuralistas como la

realidad sociopolítica en la guerra fría: la invención de la bomba atómica (1945) modificó completamente la dinámica del conflicto a raíz de la posibilidad de exterminio de la especie humana (ver Destrucción Mutua Asegurada: la Carta del Loco y la disuasión nuclear). El reciente Premio en Ciencias Económicas en memoria de Alfred Nobel 2005, Thomas C. Schelling, fundó su obra en el análisis del comportamiento de los antagonistas en una guerra nuclear. (55)

Fuentes de conflicto

Los conflictos pueden surgir de diversas fuentes conflictivas, generalmente éstas se combinan dando pie a la formación de un conflicto latente, el cual saldrá a la superficie gracias a algún evento precipitante que haga que el fenómeno se convierta en un conflicto manifiesto.

Es importante determinar cuál es la fuente del conflicto en tanto que este factor influirá en la forma cómo debemos conducir la audiencia de conciliación y exigirá ciertas estrategias del conciliador para buscar una eventual solución.

- A. Los hechos: el conflicto surge por un desacuerdo sobre lo que es. Es decir, las partes tienen una percepción distinta de la realidad (lo que es). Las fuentes principales del conflicto se encuentran en la parte cognitiva de los actores en conflicto, vale decir, en el juicio y las percepciones.
- B. Los recursos escasos: los conflictos basados en intereses provienen del desacuerdo sobre la distribución de ciertos recursos escasos. Es decir, la discusión se centra en quien obtendrá que cosa o beneficio cuando implícita o explícitamente se deba realizar la distribución de estos recursos escasos. La escasez no se da exclusivamente sobre bienes tangibles como el dinero, territorio, objetos o alimentos, sino también sobre recursos intangibles como el poder, status, imagen, etc.
- C. Las necesidades humanas básicas: los desacuerdos sobre necesidades son desencuentros relacionados a qué debe satisfacerse o respetarse para que cualquier persona o grupo social pueda desarrollarse plenamente. Nos referimos a necesidades tan vitales como el vestido, alimento, vivienda y a aquellas que sin ser tan obvias representan una necesidad de todo ser humano: respeto, seguridad, reconocimiento, autoestima, etc.
- D. Los valores: estos conflictos se basan en las diferencias en cuanto a lo que debería ser como factor determinante de una decisión de

política, de una relación o de alguna otra fuente de conflicto. Es decir, la fuente del conflicto proviene de aquellas creencias que determinan la posición de uno de los actores en conflicto; un principio o criterio rector que desea introducirse pero que no es tomado en cuenta o es rechazado por la contraparte.

- E. Relación: la situación conflictiva proviene del estilo de interacción reinante entre los actores en conflicto, la calidad de comunicación que mantienen, las emociones o percepciones que poseen el uno del otro. Generalmente el tipo de relación es accidentada, las emociones y percepciones mutuas son negativas o equivocadas, lo cual facilita el surgimiento de desacuerdos y conflictos.
- F. La estructura: el conflicto surge por el modo cómo se ha conformado la estructura dentro de la cual interactúan los actores en conflicto, lo cual fomenta desigualdad, asimetría de poderes, falta de equidad y eventualmente opresión. (56)

Tipos de conflictos

Los conflictos pueden variar según su contenido, su veracidad o según los participantes. A continuación puedes encontrar los distintos tipos de conflictos y sus características.

1. Conflictos según su veracidad

Según su veracidad, los conflictos pueden ser:

Conflictos reales

Los conflictos reales son aquellos que en realidad existen, y que vienen provocados por diversas causas, ya sean estructurales o del entorno (económicas, legales, relacionales, etc.), entre otros.

Conflictos imaginarios

Los conflictos imaginarios derivan de malos entendidos, interpretaciones o percepciones. En este tipo de conflicto no existe voluntad por parte de las partes.

Conflictos inventados

Los conflictos inventados, igual que ocurre con los imaginarios, no son reales. Ahora bien, a diferencia de éstos, existe una intención por parte de alguna de las partes que, generalmente, quiere sacar algún beneficio. Esto hace que buena parte de este fenómeno sea en realidad manipulación o gaslighting.

2. Conflictos según los participantes

Según los actores que participen en el conflicto, éste puede ser:

Conflicto intrapersonal

Este conflicto ocurre de forma interna, en la mente del individuo. Esto significa que tiene su origen está en los eventos privados: pensamientos, valores, principios, emociones... Estos conflictos pueden tener distintos grados.

Conflicto interpersonal

Los conflictos interpersonales son aquellos que se producen en los procesos de interacción entre personas. Normalmente aparecen de forma rápida, ya que solo es necesario que una sola persona se sienta atacada para dar inicio a uno, lo cual hace que pueda nacer a raíz de malentendidos. Pueden ser originados por prácticamente cualquier motivo, desde celos a conflicto de intereses en relación al uso de un tipo de recurso.

Conflicto intragrupal

Los conflictos intergrupales se dan entre miembros de un grupo o equipo, por motivos varios: por diferencias interpersonales o porque algo de los participantes del grupo no comparte las ideas de la organización, entre otros. Este tipo de conflictos pueden desestabilizar la buena marcha de un equipo o grupo y afectar a su eficacia y cohesión, ya que crean una preocupación extra o incluso llegan a bloquear totalmente la capacidad de operar del colectivo, algo que a su vez puede producir más conflictos en una reacción en cadena.

Conflicto intergrupalo

El conflicto intergrupalo es un conflicto entre grupos y puede llegar a ser muy destructivo, pues, en casos extremos, la violencia derivada de este tipo de conflictos tiene como finalidad el reforzamiento grupal y puede incluso justificarse. Suele tener sus causas en ideologías, prejuicios o disputas territoriales.

Por otro lado, a diferencia de lo que ocurre en los conflictos interpersonales, es más difícil que se den a partir de malentendidos, ya que la presencia de otras personas hace que el "efecto contagio" necesario para considerarse un conflicto intragrupal demore la aparición de este. Además, un mayor número de observadores hace menos probable que puedan aparecer malentendidos que se mantengan a lo largo del tiempo.

3. Según el contenido

Según el contenido, el conflicto puede ser:

Conflictos relacionales

Estos conflictos ocurren entre miembros de una familia, amigos o pareja.

Conflictos de intereses

Los conflictos de intereses tienen que ver con las motivaciones y las necesidades de cada persona o grupo y con los recursos presentes en ese momento.

Conflictos ético y de valores

Tienen que ver con la cultura y el entorno en el que ha crecido la persona. Son frecuentes y complejos, pues no es fácil que una persona cambie los principios que rigen su comportamiento. En el caso del del conflicto ético suele ocurrir cuando una persona ha de tomar una decisión que no concuerda con sus valores más profundos.

Conflictos de liderazgo y poder

Los conflictos de liderazgo afectan principalmente a las organizaciones y pueden afectar al rendimiento y a la salud de los trabajadores. Un fenómeno característico de los conflictos tiene que ver con la lucha de poder, pues son muchos los autores hablan de la relación entre el conflicto y el poder, al ser una de las causas más habituales.

Conflictos de personalidad

La personalidad es un conjunto de rasgos y cualidades estables que configuran la manera de ser de una persona y nos hace únicos. La personalidad, al ser un fenómeno poco flexible, puede ser la base de muchos conflictos intergrupales.

4. Conflictos según la cercanía de las posiciones

Este criterio sirve para clasificar los tipos de conflictos según el grado en el que las partes involucradas chocan entre sí de manera más o menos indirecta, debido a los intereses contrapuestos que sostienen. Veamos a qué categorías da lugar.

Conflictos directos

En este caso, el conflicto es explícito y claro entre las dos partes, ya sean personas, organizaciones, Estados, etc.

Conflictos por proxy

Dentro de este tipo de conflicto se engloban casos en los que hay dos o más partes entre las posiciones contrapuestas de otras dos, y estas últimas no se enfrentan directamente, sino que apoyan a otras que sí entran en conflicto directo. Un claro ejemplo lo encontramos en las guerras por proxy, o guerras subsidiarias.

5. Conflictos según el grado de confrontación

Finalmente, en esta clasificación nos fijamos en el grado de intensidad o violencia de la confrontación.

Conflicto sin violencia

Cuando se produce este tipo de conflicto, las partes involucradas no atacan a las otras desde la violencia física ni verbal, manteniendo un gran respeto por la integridad y los derechos de los oponentes.

Conflicto con violencia

Aquí ya se produce un enfrentamiento violento, ya sea mediante ataques físicos o violencia verbal para someter a las otras partes. (57)

Reacciones del conflicto

Las reacciones que se tengan ante los conflictos van a depender de la naturaleza misma del conflicto. Es decir, si el conflicto es de naturaleza negativa, las reacciones y el subsecuente resultado tenderán a ser negativos. Pero si el conflicto es de naturaleza positiva, entonces las reacciones y sus subsecuentes efectos tenderán a ser positivas e incluso deseables.

Cuando es de origen negativo, resulta una poderosa fuente de violencia. Una violencia que se expresara por todos los medios posibles; por tanto, si no se resuelve con prontitud, puede volverse muy destructivo.

-Si el conflicto es de carácter intergrupual puede llevar a verdaderas batallas campales que pueden iniciarse con ataques verbales y llegar a terminar en acciones físicas peligrosas, hasta poner en peligro la vida de las personas que conforman los grupos en conflicto.

El conflicto también puede suceder entre los integrantes de un mismo grupo, llegando a la separación interna de los que conforman la agrupación, llegando ésta a la disolución. Son famosos los pleitos entre los que antes eran muy buenos amigos y que terminaron en enemistades.

-En los conflictos **intrapersonales** el comportamiento violento que acompaña al conflicto se dirigirá hacia el individuo mismo, desatando comportamientos neuróticos auto destructivos y de angustiantes sentimientos de culpa.

Algunas reacciones se podrían definir de la siguiente manera:

Competición

Forma de reacción que implica una gran preocupación por los deseos de si mismo y no por los del otro. Se basa en la creencia de que “para que yo pueda ganar, tú debes perder”. Se elige este método cuando una tiene, o cree tener, mayor poder. (Forma de negociación: GANAR/PERDER)

Acomodación

Reacción de adaptación a los intereses del otro. Uno no se preocupa por lo suyo y sólo busca satisfacer los deseos del otros. No confronta, sino que siempre cede. Se basa en la premisa de que “para que tú puedas ganar, yo debo perder”. (Forma de negociación: PERDER/GANAR)

Evasión

Reacción que consiste generalmente en ignorar el conflicto o negarse a reconocerlo. Se evade el conflicto por miedo, por falta de intereses interdependientes entre las partes, creencia de que no hay posibilidades de acuerdo o no es conveniente el conflicto, falta de conocimiento del proceso de manejo de conflicto, etc. Con la evasión nadie gana. En el fondo implica que no importa ni lo que “yo deseo” ni lo que “el otro quiere”. (Forma de negociación PERDER/PERDER)

Convenio/negociación

Es una forma de “compartir” entre las partes en disputa. La negociación requiere de que “para que cada uno de nosotros pueda ganar algo, cada uno debe también perder algo”, pérdida considerada entonces como necesaria. (Forma de negociación: GANAR POCO/PERDER POCO)

Colaboración

Colaborar es un fenómeno muy distinto de los demás estilos y poco practicado. Se basa en la creencia de que es posible conseguir lo que uno desea y a la vez, satisfacer los intereses del otro. Este comportamiento da más importancia a la satisfacción de intereses que a los temas en discusión. (Forma de negociación: GANAR/GANAR). (58)

Tácticas para la intensificación del conflicto

Si un conflicto no es convenientemente tratado en sus primeras fases tiende a “escalar”, produciéndose una serie de transformaciones incrementales que hacen que el conflicto se intensifique hasta tal punto que es muy difícil volver atrás, si no imposible. Algunas de estas transformaciones incrementales son:

1. Cambio de tácticas suaves a tácticas duras

- *Prometer*:: “Si haces esto, yo haré esto otro en tú beneficio”
- *Persuadir*: “Hay un buen número de razones para que modifiques tu comportamiento o punto de vista”
- *Amenazar*: “A menos que hagas esto, tomaré represalias”
- *Coaccionar*: “Voy a tomar medidas”

2. Modificación de los problemas: Inicialmente un conflicto se desencadena alrededor de un solo problema, a medida que el tiempo transcurre, se van añadiendo nuevos problemas al problema principal y los problemas proliferan.

3. Problemas específicos tienden a dar paso a problemas genéricos. Desplazamiento de problemas a personas, se pasa del desacuerdo a un antagonismo personal. Pasamos de criticar un comportamiento concreto, a centrarnos en la persona y ha realizar acusaciones contra ella. En vez de centrarnos en el problema que compartimos, vemos a la otra parte como el problema. Intolerancia general hacia el otro. Una vez que el conflicto ha escalado hasta este punto, es muy difícil una marcha atrás. *“Riñen las ovejas y perecieron los quesos”* (Refranero español)

4. Transformación motivacional. Pasamos de buscar el interés positivo en el bienestar propio y ajeno (Cooperativo) a buscar nuestro propio beneficio siendo indiferentes al bienestar del otro (individualista) a un interés en hacerlo mejor que la otra parte y obtener un beneficio mayor que la otra parte, necesitamos vencer y derrotar al otro y que no consiga sus objetivos (competitivo) inclusive si la escalada del conflicto continua desearemos cada vez más en hacer daño al otro aunque ello implique que nosotros salgamos perjudicados.

5. Incremento en el número de partes implicadas. Un conflicto inicia con dos partes, poco a poco a medida que los problemas se intensifican, se produce un polarización, y pedimos a terceros que se posicionen, se va incrementando el número de partes. *“Si no estás conmigo, entonces eres mi enemigo”* . (59)

Fases del conflicto

Las fases que atraviesa un conflicto son: Incubación, Manifestación, Explosión, Agotamiento y Resolución. En las dos primeras, predomina el componente racional pero, a partir de la explosión, los componentes emocionales se convierten en lo más importante. De esa forma o se “limpia” la parte emocional o el conflicto no se soluciona.

- I. Fase: La Incubación La primera fase que podemos describir en un conflicto es cuando éste está latente, incubación. Todavía no se manifiesta, no aparecen muestras explícitas pero sí es cierto que empiezan a reunirse las condiciones “necesarias” para que surja.
- II. Fase: Manifestación Empiezan a aparecer las primeras manifestaciones del conflicto, surgen avisos, muestras, indicios de que una de las dos partes, o incluso las dos, no se sienten cómodos con la situación que viven. El líder del equipo ha de estar siempre atento a estas manifestaciones pues, lógicamente, son declaraciones más o menos encubiertas de que las cosas no van bien y hay que solucionarlas cuanto antes. Estas evidencias son llamadas de atención y la persona que dirige equipo no puede pasarlas por alto porque las cosas no van a arreglarse solas. En las dos primeras fases, aquellas en la que el problema se está creando y cuando aparecen sus primeras manifestaciones, el manejo del factor racional es fundamental. El conflicto todavía no se ha “hecho público” por lo que la cuestión emocional es más manejable. En estas dos primeras fases es todavía posible apelar a argumentos basados en los hechos concretos y desligados de cuestiones personales.
- III. Fase: Explosión En esta fase es cuando el conflicto explota.
- IV. Fase: Agotamiento Esta fase es la de agotamiento. Agotamiento no significa sólo que el conflicto entre en vía muerta y se prolongue en el tiempo, sino que, sin encontrar una solución, el conflicto se da por solucionado, por la razón que sea: porque nos gana el cansancio ante una situación que se encuentra estancada, porque aunque apenas haya pasado tiempo la solución no va a llegar, porque la situación de la manera en que se desarrolla no permite ni un momento más de “conflicto manifiesto” o por la razón que sea. Esta fase puede existir o no. Si la fase no existe, es posible que de la explosión se pase directamente a la resolución pero lo habitual es que tras la explosión el conflicto entre en una etapa, más o menos larga, en la que no se so-

luciona y parece que se está esperando a que éste se solucione solo.

- V. Fase: Resolución La última etapa será la de resolución del conflicto, es decir, las dos partes encuentran una solución con la que están de acuerdo, que les complace en mayor o menor medida pero que estanca el tema. Desde que el conflicto explota y se manifiesta ante los demás, el componente emocional pasa a ser fundamental. Ya no sólo es importante la solución al conflicto en sí mismo sino también manejar los sentimientos que se han originado y cuya correcta gestión puede llegar a ser el elemento fundamental en la resolución del conflicto. (60)

Tácticas para reducir el conflicto

Los conflictos nunca son agradables para nadie, pero, si tienes la capacidad de gestionarlos adecuadamente, las ventajas de un conflicto bien resuelto son enormes. Existen muchas formas de abordar este tipo de situaciones

1. Afrontar la situación suavemente:

Esta técnica se basa en una confrontación directa de la situación en un tono diplomático. Para saber si un conflicto se ha resuelto satisfactoriamente por medio de esta estrategia.

Para prepararse con vistas a una confrontación de este estilo, observar los siguientes consejos:

- Mantener el control de las emociones y evitar a toda costa reaccionar exageradamente.
- No expresar quejas. Quejarse sin cesar de la actitud de otra persona no sirve para nada. Probablemente, terminará dividiendo al equipo en dos partes: los que apoyan a una u a la otra persona. Además, quejarse dañará la credibilidad. Una de las formas más sencillas de ganar la desconfianza y el resentimiento de los miembros del equipo es emitir una queja de alguien delante de los compañeros.
- Ensayar lo que se dirá en la conversación. Asegurarse de que mantener el control sobre el tono de voz, cuerpo y expresiones faciales.
- No sermonear. Pocas cosas molestan más a las personas que sentir que se les habla desde una posición de superioridad.
- Mostrar deseo de escuchar y no interrumpir al interlocutor.

Asimismo, hay cinco elementos para llevar a cabo una confrontación asertiva:

- Describir objetivamente el comportamiento indeseado que se quiere cambiar.
- Tratar de no apelar a la subjetividad ni a cuestiones personales.
- Identificar los efectos negativos para el equipo de ese comportamiento en términos de costes, ya sea en tiempo o en dinero.
- Escuchar la respuesta de la otra persona.
- Describir las expectativas para el futuro en términos específicos. Conseguir el compromiso o el acuerdo con la otra persona. Puede preguntar directamente si está de acuerdo con lo que se ha dicho o, si no, decir “Bueno, esto parece una petición razonable, ¿no es así?”.

2. Desarmar la oposición:

A veces, es posible que la otra persona tenga algún problema legítimo (por ejemplo, que se haya incumplido alguna norma). Negar la realidad y no prestar atención a esto, hará que la otra persona se enfade y el problema seguirá ahí. Reconocer que el interlocutor tiene razón, abrirá el camino de resolver la situación.

3. Gestionar la ira:

Nunca decir a una persona que no se enfade. En lugar de ello, animala a que diga qué es lo que causa su enfado. Hay cinco actitudes que se pueden adoptar ante una persona enfadada:

- Escuchar. Es posible que tenga motivos para su enfado.
- No discutir, aunque sea eso lo que la otra persona esté buscando.
- Quizá su autoestima esté por los suelos, por lo que es conveniente ofrecer algún cumplido cuando sea posible.
- Averiguar la causa del enfado. Hacer preguntas abiertas, no del tipo que se pueden responder con “sí/no”.
- Mostrar empatía. Emplear técnicas de escucha activa y de vez en cuando repetir lo que la otra persona está diciendo.

4. Apelar a una tercera parte con autoridad:

A veces un acercamiento suave a los problemas no da resultado. Es posible que la otra persona no quiera comprometerse o encontrar una solución al conflicto con la que todos salgan ganando. Puede que quiera emplear cierto poder para resolverlo, por lo que, en tal caso, se deberá hacer lo mismo. Esta táctica sólo debe emplearse cuando ganar es imprescindible, porque es seguro que dará lugar a malestar.

5. Intercambiar imágenes con la otra parte:

Para llevar a cabo esta estrategia, mostrar entendimiento al punto de vista de la otra persona. Escribir en un trozo de papel la posición en el conflicto y cuál crees que es la de la parte, y pedir que haga lo mismo. Entonces, intercambiar las imágenes escritas y basar la discusión sobre ellas.

6. Interpretar la jugada de la otra parte:

¿Cómo manejar las maniobras que el interlocutor lleva a cabo? Una manera de hacerlo es colocar a la otra persona ante la interpretación que se hace de lo que está ocurriendo. Esta táctica consiste en hacer ver que hay consciencia de los movimientos que se están observando. La otra persona probablemente se sentirá algo aturdida y tratará de negar lo que está haciendo. En ese punto, simplemente repite lo mismo que ha dicho en un tono lo más profesional posible.

Si el comportamiento se repite, ir hacia la persona, mírala a los ojos, decirle que se sabe lo que está haciendo y pedirle que deje de hacerlo.

Hay que ser tan firme y serio como sea posible. Este tipo de personas se sienten mal cuando notan que alguien ha captado su juego, por lo que se debe seguir enfrentándole de esta manera hasta que se cansen. (61)

Estrategias para la resolución de conflictos

A las modalidades de intercambio en salud se le denominan tipos de negociación en salud. Existen seis tipos grandes de negociación que dependen de las necesidades emocionales de los protagonistas, del respeto que se tengan entre sí, de sus preocupaciones individuales y colectivas, de su confianza personal y recíproca, de su percepción del poder, de su capacidad de llegar a compromisos, etc. Pueden adoptarse seis modelos en el curso de una negociación:

1. Ganador – Perdedor. Cuando uno de las 2 personas toma el papel de sentir poco aprecio por quien tiene en frente. Para esa persona lo que

cuenta es la victoria a todo precio, sin importar los medios empleados. Parece que todo vale, desde la mentira hasta la manipulación emotiva y en algunos casos la estafa. Evidentemente, el vínculo de la confianza, carece para esta persona, de toda importancia. Pertenecen a esta categoría algunos políticos, abogados, deportistas profesionales e incluso hombres y mujeres de negocios y porque no algunos médicos intensivistas empíricos. Para ellos prima el éxito personal, a cualquier precio. Esas personas tienen un objetivo en común: conocer las debilidades del otro para explotarlas. Su comportamiento y su agresividad, en particular, demuestran a las claras que se creen los únicos con derecho a mandar. Según estos individuos, solo los débiles se interesan en la colaboración. Lo que prima en sus vidas es la fuerza de la competición. ¡nada de necesidades emotivas ni conciencia moral o ética profesional! La única relación que tienden a establecer, al menos en las negociaciones, está basada en el modelo dominador-dominado.

2. Perdedor – Ganador. En el perdedor – ganador se pierde una guerra no declarada, o se obtiene una victoria devastadora, aunque de corta duración. Entre quienes optan por una y otra postura pueden observarse diversas características, como: a) la falta de autoconfianza, b) la creencia de que satisfacción rima con victoria unilateral, c) el temor a ser sometido o manipulado, d) el sentimiento de rechazo o abandono, e) el miedo a ser ridiculizado, f) la impresión de que el riesgo es demasiado grande, g) la necesidad de comprar la tranquilidad o la paz, h) la carencia de información, de conocimientos o de tiempo, i) la percepción de ser intimidado, j) la falta de respeto y de confianza.
3. Perdedor – Perdedor. Aquí el objetivo no es ganar a todo precio, sino más bien asegurarse de que la otra parte pierda. Al igual que la persona que opta por el modelo ganador-perdedor, su objetivo es sacar todo el partido posible de las debilidades del otro. Algunas de las razones que explicarían la elección de este modelo de negociación son: a) No existe ninguna confianza entre las partes, b) no sienten interés por reconocer los requerimientos ajenos, c) no se preocupan por las razones que motivan a su adversario, d) no comprenden ni el proceso de la negociación ni sus verdaderas necesidades personales, e) nadie ofrece soluciones de recambio, f) cada una de las partes teme que la otra pueda obtener beneficios, g) nadie percibe las ventajas que supondría un reparto.

En este tipo de relación, una de las características más frecuentes es la falta de conciencia profesional o moral. Se nota también una falta de creatividad, de respeto y de confianza. Sin comunicación verdadera, sin intercambio de ideas y opiniones, no es posible ningún acuerdo satisfactorio. Las personas son incapaces de escucharse.

4. Ganador – Ganador. Las personas que eligen este tipo de negociación son personas equilibradas y auténticas. Buscan la reciprocidad con los otros compañeros o socios, tanto en su vida personal como en el trabajo. Saben dejar un espacio al otro a la vez que ocupan el suyo propio y tienen en cuenta tanto sus propias necesidades como las de los demás.
5. Ganador – Ganador o ningún acuerdo posible. Es cierto que hay veces que no se puede alcanzar un acuerdo o en las que una negociación llevada con maestría no conduce a ningún sitio.
6. Shotgun. El término hace referencia a las negociaciones en las que ambas partes desean poner fin a su asociación comercial y de manera inequívoca. Saben que, al final del proceso, una de ellas ganara unilateralmente.

Estilos de negociadores en salud

En toda negociación, el peor enemigo es la misma persona. El conocer los seis estilos de negociadores es con el fin de que la gente aprenda a reconocerse a sí misma y a descubrir medios concretos a fin de facilitar las negociaciones. Todas las personas, poseen capacidades personales y aptitudes que las distinguen de las demás y que se reflejan en sus comportamientos. Cuanto más consciente se es de dichas características, tanto en sí mismo como en los interlocutores, mas se podrá llegar a cerrar tratos satisfactorios.

1. El negociador insensato. Algunas personas gustan de hacerse pasar por imbéciles al momento de negociar. No dudan en mostrarse ilógicas, en pedir explicaciones sin fin y a estafarte el tiempo y la energía. En pocas palabras son auténticos parásitos. A primera vista puede parecer un poco estúpida, o corta, pero no te equivoques: sabe muy bien lo que hace. En primer lugar, esa forma de no querer comprender es a veces más fuerte que el poder del conocimiento. Evidentemente, los negociadores imbéciles no buscan impresionar; lo que quieren es que les hagamos el trabajo.

2. El negociador dictador. Este es el estilo de negociador que no pasa desapercibido. No puede pasar por alto ni aunque lo intente. Es escandaloso y habla fuerte para ocupar todo el espacio sonoro, acompañándose de gestos vivos y desmesurados. Exige hechos, resultados, frutos. Por lo general suele ser un negociador intransigente que quiere que adoptemos su visión de acuerdo. El peor de sus temores es que su poder se vea amenazado o que una de sus decisiones se vea revocada. Para esquivar a un dictador el medio más eficaz es reírse, excusarse y abandonar el lugar sin decir una palabra.
3. El negociador pensador. El pensador, disimulando cuidadosamente sus sentimientos, necesidades y temores, retrasando todo lo posible cualquier afirmación. Realizara su elección a través de los detalles, haciendo preguntas sin fin acerca de todo y de nada para conocer todos los intrínquilis de la estructura eventual del acuerdo. Como habla poco, este estilo de negociador escucha y observa mucho; esos son sus dos puntos fuertes. Durante su silencio, a veces irritante, graba, analiza y evalúa los estilos de los demás antes de aventurarse clandestinamente en el terreno de la afirmación o de la decisión.
4. El negociador pacificador. Como su nombre lo indica, este estilo de negociador ama la paz y está dispuesto a pagar el precio para atraerla a la mesa de negociaciones o para salvaguardarla. De hecho, el pacificador se angustia con rapidez ante las actitudes negativas de su interlocutor y evita la confrontación. Prefiere utilizar formulaciones del tipo: “Nos parece que...”, “según nuestras observaciones”, “me da la impresión de que”, “según mis análisis”, una estrategia que le protege de los desacuerdos y discusiones que podría engendrar cualquier decisión de su parte.
5. El negociador instigador. Si, en una negociación, se han sentido incómodos porque se exige aceptar una oferta o a abandonarla, existen muchas posibilidades de hallarse al frente de un negociador instigador. Por su estilo agresivo, su manera de hablar siempre tendente al enfrentamiento y la coacción, sabe crear ambiente y eso es lo mejor que puede decirse de él. Este tipo de negociador, cuya estrategia principal consiste en ofrecer elegir entre la opción que le conviene o nada de nada: “Acepte mi precio o buscare en otra parte. Elija”. Al instigador lo que más le importa es obtener una

conclusión lo más rápidamente posible e invirtiendo la mínima energía posible. Para conseguir lo que quiere no dudara en utilizar las palabras que juzgue eficaces para ablandar el poder del interlocutor, herirlo e incluso destruirlo. El instigador exige la perfección de los demás. El instigador ve a su interlocutor como a un subalterno, no como a un igual. El mejor consejo que se le puede ofrecer es que rece su oración favorita. ¡Buena suerte! Para acabar de definir su imagen, se podría decir que el instigador gusta de lanzar amenazas e incluso de incluir el chantaje en el proceso de negociación. Sin embargo, el mejor antídoto contra el síndrome del ultimátum es descubrir los verdaderos intereses y motivos del negociador instigador y orientar la creatividad hacia una solución equitativa para ambas partes. "Jamás hay que responder a un ultimátum". (54)

Mediación -arbitraje- negociación

Existe diferentes técnicas, métodos o estrategias que puedes usar para encontrar salidas optimas a los conflictos que encuentras de acuerdo al tipo de conflicto que se presente y al motivo que lo desencadene.

Mediación

En la mediación nuevamente se recurre a un tercero, ajeno a la confrontación, que pueda mediar o asistir la resolución del conflicto pero NO se puede proponer y mucho menos imponer ninguna solución a la partes como en el caso del arbitraje.

El mediador se desempeña haciendo preguntas, evitando el escalamiento del conflicto, guiando el debate y asegurándose de que las partes puedan expresarse y escuchar al otro.

De alguna manera el mediador es una especie de coach que ayuda a las partes a encontrar sus propias soluciones.

Arbitraje

Este método consiste en dar la potestad a una tercera persona (bien sea un ente o individuo) para que decida la solución más adecuada para el conflicto. Por lo general ambas partes exponen sus puntos o los motivos que alegan ante la confrontación y el árbitro determina la forma de resolución de conflicto más adecuada, previo al compromiso de ambas partes de acatar la solución que el mismo determine.

Independientemente de la solución que el árbitro establezca, ambas partes están obligadas a acatarla. Estos métodos suelen emplearse sobre todo en contexto con implicaciones legales, laborales o contractuales, pero pueden verse también en relaciones de pareja o familiares que atraviesan por conflictos.

El arbitraje hace parte de los MASC (Métodos Alternativos de Solución de Conflictos) que según el Ministerio de Justicia de Colombia, «son herramientas que ofrecen a las personas diversas oportunidades para solucionar sus conflictos por sí mismas o con la ayuda de un tercero sin la necesidad de acudir a los despachos judiciales.»

Negociación

Sobre negociación hemos ya conversado un montón, puedes profundizar con esta completísima guía, pero en términos generales, la negociación puede funcionar como un método de resolución de conflictos en el que solo participan las partes involucradas en la confrontación, con la idea de llegar a un consenso que permita que ambas partes queden satisfechas.

Dejemos algo claro, la negociación puede servir para resolver conflictos y de hecho es una herramienta muy poderosa, sin embargo NO siempre que estamos negociando significa que tenemos un conflicto. Podemos negociar para vender, para comprar, para obtener un aumento de salario, para decidir un plan familiar y no necesariamente hay conflictos allí.

Aclarado esto, uno de los principales requerimientos para que este método funcione es que ambas partes tengan la voluntad de dar solución al conflicto, con eso en mente, es esencial entender que existen diferentes estilos o actitudes de negociación que puede adoptar una o ambas partes en la confrontación, estas son:

- Conciliatoria: Cuando una o ambas partes asumen una actitud en la que dan mayor valor a la intención de resolver el conflicto, en lugar de enfocarse en la fuente generadora del problema.
- Comprometida: Cuando una o ambas partes asumen un rol activo en la búsqueda de soluciones efectivas que puedan satisfacer a ambas partes de la mejor manera.
- Impositiva: Cuando alguna de las partes, o en algunos casos ambas, deciden hacer prevalecer sus ideas o decisiones a la fuerza. Este aspecto en particular en ocasiones se ve en el ámbito laboral cuando un jefe, por ejemplo, impone a un empleado cierta idea y a este no

le queda otra opción más que acatarla, o renunciar en el peor de los casos.

- **Confrontación:** Cuando alguna de las partes o ambas, asumen la postura de hacer frente directo a la situación conflictiva para hallar la solución más simple y concreta.
- **Retirada:** Cuando alguna de las partes decide resolver el conflicto retirándose de la confrontación.

Principios de la negociación

Una de sus responsabilidades principales en la vida es aprender a negociar bien en cualquier situación. Se necesita poder obtener más de las cosas que desea, más rápido y más fácilmente de lo que podría si la otra parte fuera mejor negociando que usted.

Existen principios de la negociación que puede aprender y practicar, y que le ayudarán a obtener más de lo que desea, mejor, más rápido y más fácilmente que nunca. Cuando aplique estos principios de manera consecuente todos los aspectos de su vida mejorará

Principios de la Negociación

- Plantear nuestro caso de forma ventajosa (se alcanza con suficiente preparación).
- Conocer el alcance y la fuerza de nuestro poder (Convicción, Planificación, Información, Riesgo).
- Conocer a la otra parte (para ello se requiere información y la información hay que buscarla).
- Satisfacer las necesidades antes que los deseos.
- Fijarse unas metas ambiciosas concretas, realistas, claras, alcanzables, medibles.
- Gestionar la información con habilidad (saber presentarla y manejarla)
- Hacer las concesiones conforme a lo establecido (en función de la importancia que tiene para el que la recibe). (62)

Reglas esenciales de la negociación

Reglas básicas de negociación.

1. Separar a las personas del problema. Para poder entablar un diálogo productivo hay que mantener una actitud cordial y respetuosa con la persona con quien vamos a negociar, pero atacar estratégicamente el problema. Se deben observar algunas reglas básicas para el proceso. El negociador que no entiende este principio y es hostil y agresivo con su interlocutor, muy probablemente hará que este mantenga una actitud a la defensiva y difícilmente “bajará guardia”, se creará gran desconfianza entre ellos y la negociación estará destinada a fracasar. Es muy importante entender que, en las relaciones comerciales, laborales, políticas etc. existe interdependencia entre las partes, se necesitan unas a otras para el logro de sus fines, por lo tanto, es de suma importancia conservar la relación.

Actitudes excesivamente ventajosas, que subestimen la inteligencia y necesidades del otro suelen ser obstáculos para la obtención de un buen acuerdo, y aunque alguno de ellos en apariencia hubiera logrado “ganarle a su oponente” quizás ha sacrificado su relación a largo plazo, la calidad del producto, las condiciones de seguridad, la lealtad y otras cuestiones importantes.

2. Concentrarse en los intereses y no en las posiciones. Las posiciones son con lo que llegamos a la mesa de negociación. Son las primeras posturas que no siempre representan los verdaderos intereses de una persona u organización. Indagar en los verdaderos intereses de su contraparte le permitirá encaminar sus esfuerzos hacia esos objetivos que lo acercarán más a la solución.
3. Ampliar el marco con nuevas opciones de mutuo beneficio. La negociación efectiva permite un amplio abanico de posibilidades para resolver una diferencia. Utilizar la creatividad y precedentes exitosos abre el panorama hacia soluciones que de otra manera no se hubieran contemplado.
4. Negociar con criterios objetivos aceptados por ambas partes. Las posturas iniciales en muchas ocasiones son irracionales y difíciles de alcanzar. Preparar la negociación utilizando precedentes y criterios objetivos de expertos, los índices y parámetros globales, lo que ha funcionado en otras negociaciones similares, los precios del mercado y algunos otros criterios sustentados de manera objetiva y real pueden enriquecer sobremanera la negociación y aportar información muy útil para las partes.

Además, y de una manera muy importante deseo enfatizar la relevancia de prepararse adecuadamente para la negociación. Llegar lo suficientemente informado acerca de los aspectos más importantes que rodean al negocio y a la contraparte.

Y por último, pero no por eso menos importante, contar con herramientas de comunicación asertiva, considerando el valor de la relación, a corto mediano y largo plazo, habilidades blandas como la empatía y el interés genuino por el beneficio mutuo, en combinación con habilidades técnicas, suficiente información, datos, cifras, antecedentes etc. son claves para una negociación que se traduzca en un acuerdo donde ambos ganen, el cual deberá contar con los requisitos de legalidad, equidad, la prestación de mutuas concesiones y compromisos y sobre todo que atienda los verdaderos intereses de las partes. (63)

Prevención de conflictos

La prevención del conflicto

Los destinatarios de formación y capacitación en el área de prevención, gestión y resolución de conflictos, conforman un abanico bastante amplio. Tienen por un lado a todos los profesionales de la salud, como a los trabajadores de obras sociales y empresas de medicina prepaga, hospitales públicos, clínicas y sanatorios, organismos de defensa del consumidor, defensorías públicas, etc.

En este punto, se debe señalar que para que el trabajo por realizar sea efectivo será necesario trabajar, a criterio, en dos planos temporalmente diferentes. Y se alude al factor tiempo porque, paradójicamente, la primera tarea para una adecuada gestión de los conflictos será trabajar ante la ausencia del conflicto, en la prevención para evitar que este se genere.

Aquí resulta esencial la formación de recursos humanos. Que estará direccionada a los agentes que se acaban de identificar como destinatarios de formación y capacitación en el área tanto de los profesionales de la salud como de todos aquellos trabajadores de obras sociales, empresas de medicina prepaga, instituciones sanatoriales públicas y privadas que participan en el trato con el paciente, en la toma de decisiones médicas, en la manipulación de información médica y en el financiamiento de las prestaciones. Todos y cualquiera de ellos pueden ser el detonante de un conflicto en materia de salud, del mismo modo que todos y cada uno pueden ser agentes evasivos del conflicto si actúan adecuadamente en ejercicio de sus funciones.

La formación específica que se brindara será en cada caso diferente, pero sin dudas existe un piso teórico que ninguno puede desconocer y una serie de herramientas prácticas que deberá necesariamente manejar, y es a criterio, función y responsabilidad de cada entidad (hospital, clínica, sanatorio; obra social prepaga o ente estatal) asegurarse de que así sea.

Y esto resulta muy importante destacarlo, ya que se habla mucho acerca de las maneras de resolver el conflicto, pero se habla menos y las instituciones son quizás todavía un poco reacias a destinar recursos humanos y económicos a trabajar en la prevención de los conflictos. Y esta es quizás el área donde con más fuerza habrá que trabajar. En la práctica seguramente resultará mucho más efectivo todo el trabajo que pueda hacerse en la prevención de conflictos, que quizás la manera en que se resuelva cada conflicto en particular. (64)

Preguntas y actividades para estudio

1) ¿Cuáles son las teorías de liderazgo y su importancia en el sistema de salud?

2) ¿Que es el liderazgo estratégico? ¿Como influye en las relaciones laborales de los profesionales de salud?

3) Describa las cinco estrategias de comunicación en el sector de salud.

4) ¿Cuales son los tipos de comunicación y su importancia?

5) Dentro de los tipos de negociación en salud. ¿Cuál cree usted, que resuelve más conflictos?

1^{RA} EDICIÓN

Gestión
de la calidad
en los
servicios de salud

Bibliografía



1. Mexico Uayadd. <https://dmd.unadmexico.mx/>. [Online].; 2015 [cited 2023 Septiembre 18. Available from: https://dmd.unadmexico.mx/contenidos/DCSBA/BLOQUE1/GSS/06/HGCA/unidad_01/descargables/HGCA_U1_Contenido.pdf.
2. Repullo Labrador JR. Introducción a la Gestión y su aplicación en la Sanidad. Revista de Gobierno, Administración y Políticas de Salud. 2022; 2(1).
3. UNIR. La gestión hospitalaria: claves e importancia de esta disciplina. Unir Revista. 2023 Enero; 1(1).
4. Dominguez Silva IRDBB, Navarro Dominguez JA. La cultura organizacional para los sistemas organizacionales de salud. Revista Médica Electrónica. 2009 Nov-Dic; 31(6).
5. Bhadani P. zipschedules. [Online].; 2022 [cited 2022 Septiembre 20. Available from: <https://zipschedules.com/es/strategic-planning/what-is-strategic-planning.html>.
6. enfermeria Aed. cecytcampeche. [Online].: COLEGIO DE ESTUDIOS CIENTIFICOS Y; 2020 [cited 2023 Septiembre 28. Available from: https://www.cecycampeche.edu.mx/BibliotecaVirtual/Enfermeria_2021/ENFERMERIA_M3_S2_1P.pdf.
7. Mascia Soler L. rua.ua.es. [Online].; 2013-2014 [cited 2023 Septiembre 28. Available from: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/31677/1/Funciones_del_proceso_administrativo.pdf.
8. formacion D. Fases de la planificacion del proceso de enfermero. DAE formacion. 2011 Marzo; 1.
9. Soto J. Jenyffersoto.com. [Online].; 2023 [cited 2023 Octubre 1. Available from: <https://jenyffersoto.com/la-planificacion-en-salud/>.
10. Vargas Lechuga C. Academia Edu. [Online].; 2023 [cited 2023 Octubre 1. Available from: https://www.academia.edu/7663444/CAPITULO_4_ORGANIZACION_DE_LOS_SERVICIOS_DE_ENFERMERIA_Y_SUS_NIVELES_JERARQUICOS.
11. González A. Gestión y enfermería. [Online].; 2019 [cited 2023 Octubre 2. Available from: <https://gestiondeenfermeria.com/direccion-y-liderazgo/>.

12. Feria Cortes A. CONTROL EMPRESARIAL DE LOS SERVICIOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA. 1st ed. salud Fdcdl, editor. Girardot, Cundinamarca: Universidad de Cundinamarca; 2016.
13. Lifeder. Las 4 Teorías de la Calidad Principales y sus Características. [Online].; 2020 [cited 2023 Octubre 4. Available from: <https://www.lifeder.com/teorias-calidad/>.
14. Editorial Etecé. Gestión de la calidad. [Online].; 2021 [cited 2023 Octubre 4. Available from: <https://concepto.de/gestion-de-calidad/>.
15. Aula Fácil. Componentes de la calidad en el servicio. [Online].; 2021 [cited 2023 Octubre. Available from: <https://www.aulafacil.com/cursos/organizacion/calidad-en-la-empresa-y-organizaciones/componentes-de-la-calidad-en-el-servicio-l20211>.
16. Universidad Pablo Guardado Chávez. Metodología de la Investigación y Estadística II Mexico: Universidad Pablo Guardado Chávez; 2019/2020.
17. Gómez-Batiste X, Espinosa J, Martínez-Muñoz M. Cómo elaborar indicadores y estándares de calidad de la atención paliativa en servicios de salud Cataluña: Institut Català d'Oncologia; 2011.
18. Jaramillo Mesa M, Quinchia Villa D, Sotter Arrieta J. Estrategias gerenciales para la gestión del talento humano en salud para la promoción de la motivación, el liderazgo y la toma de decisiones en el personal de enfermería Medellín: Facultad de Medicina posgrados en salud pública; 2020.
19. De Arco-Canoles OdC, Zuares-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Revista Universidad y Salud. 2018 Mayo; 20(2).
20. Torres Samuel M, Vásquez Stanescu CL. Modelos de la evaluación y calidad de servicios: caracterización y análisis. Compendium. 2015 Diciembre;(35).
21. Vargas Pérez LM, Báez Agudelo JA. Acreditación en sector salud - sociedad internacional para la calidad en el cuidado de la salud (international society for quality in health care - isqua) Bogotá: Universidad Santo Tomás; 2018.

22. Melissa H. Qué es la calidad del servicio, cómo se mide y cómo mejorarla. [Online].; 2023 [cited 2023]. Available from: <https://blog.hubspot.es/service/calidad-del-servicio>.
23. Da Silva D. Cómo se realiza la evaluación del servicio al cliente. [Online].; 2022 [cited 2023 Octubre]. Available from: <https://www.zendesk.com.mx/blog/evaluacion-servicio-al-cliente/>.
24. Arias Capa KL, Fajardo Choglo MA, Chávez Cruz GJ. La responsabilidad gerencial: nuevo enfoque en los sistemas de información financiera en las asociaciones de pequeños productores agropecuarios de la provincia de El Oro. *Revista Universidad y Sociedad*. 2020 Jul-Ago; 12(4).
25. Pichardo Baena R, Barredo Prieto BA, Avilés Salas A, Méndez Sánchez N. Garantía de calidad. *Médica Sur*. 2001 Ene-Mar; 8(1).
26. Universidad de Cádiz. Conceptos generales de calidad. [Online].; 2023 [cited 2023 Octubre]. Available from: https://ocw.uca.es/pluginfile.php/1039/mod_resource/content/1/TEMA_1.pdf.
27. Saturno Hernández P. Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud Cuernavaca-México: Instituto Nacional de Salud Pública.; 2015.
28. Trincado Agudo MT, Fernández Caballero E. Calidad en enfermería. *Revista cubana de enfermería*. 1995 Ene-Abr; 11(1).
29. Rodríguez-León A, Lugo-Zapata D. Garantía de la calidad en salud. *Salud en Tabasco*. 2006 Sep-Dic; 12(3).
30. Ramos Domínguez BN. Control de calidad de la atención de salud. segunda edición ed. La Habana: Editorial Ciencias médicas ; 2011.
31. ICONTEC. Que es la Acreditación en Salud. [Online].; 2021 [cited 2023 Octubre]. Available from: <https://acreditacionensalud.org.co/que-es-la-acreditacion-en-salud/>.
32. Rodríguez Hernández CE. Acreditación en salud: ¿qué es y para qué sirve? *Revista Compensar*. 2021 Noviembre.
33. Grupo Esginnova. ¿Cuáles son los requisitos básicos para adquirir la Acreditación en Salud? [Online].; 2021 [cited 2023 Octubre]. Available from: <https://www.isotoools.us/2014/06/17/cuales-son-los-requisitos-basicos-para-adquirir-la-acreditacion-en-salud/>.

34. Rodríguez Hernández CE. La importancia de acreditar los hospitales. Revista Normas & Calidad. 2020 Julio;(113).
35. Actio. Todo sobre la gestión de riesgos hospitalarios. [Online].; 2021 [cited 2023 Octubre. Available from: <https://actiosoftware.com/es/2023/08/todo-sobre-la-gestion-de-riesgos-hospitalarios/#:~:text=La%20gesti%C3%B3n%20de%20riesgos%20hospitalarios%20engloba%20un%20conjunto%20de%20estrategias,poner%20en%20peligro%20vidas%20humanas.>
36. Secretaría de salud. Modelo de Gestión Hospitalaria Tegucigalpa-Honduras: Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud; 2012.
37. Hernandez A. Herramientas que mejoran la gestión hospitalaria. [Online].; 2021 [cited 2023 Octubre. Available from: <https://www.saludiarrio.com/herramientas-que-mejoran-la-gestion-hospitalaria/>.
38. Terrazas Pastor RA. Modelo de gestión financiera para una organización Cochabamba-Bolivia: Perspectivas; 2009.
39. Asociación de Médicos Municipales. Instituto para el desarrollo Humano y la Salud. Sistemas de Información Hospitalaria. Intramed. 2006 Diciembre.
40. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes. 2017 Sep-Oct; 28(5).
41. Revista digital enfermería y seguridad del paciente. Metas internacionales para la seguridad del paciente. Revista digital enfermería y seguridad del paciente. 2020 Septiembre.
42. Gómez Arias R, López Cocotle JJ. La seguridad del paciente, prioridad en el sistema de salud. Salud en Tabasco. 2021 Ene-Ago; 27(1 y 2).
43. Molano Velandía JH, Arévalo Pinilla N. De la salud ocupacional a la gestión de la seguridad y salud en el trabajo: más que semántica, una transformación del sistema general de riesgos laborales. INNOVAR. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales. 2013 Ene-Mar; 23(48).
44. Panimboza Cabrera CJ, Pardo Moreno LX. Medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria del paciente La libertad-Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2013.

45. Cuaspuud Meneses MA, Palma Chamorro ML. Diseño, análisis e interpretación de Indicadores de Gestión para el Área de Hospitalización del Hospital Básico El Ángel, de la ciudad de El Ángel. Período 2008. El Ángel - Carchi : Universidad Técnica Particular De Loja; 2010.
46. Sydle. Indicadores hospitalarios esenciales para la gestión de la salud. [Online].; 2023 [cited 2023 Octubre. Available from: <https://www.sydle.com/es/blog/indicadores-hospitalarios-63d18e9b4ab2f-16c85451a14>.
47. Yoamoenfermeriablog.com. Acciones esenciales de seguridad del paciente. [Online].; 2018 [cited 2023 Octubre. Available from: <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/03/17/8-acciones-esenciales-seguridad/>.
48. Yoamoenfermería.com. Seguridad del paciente, evento centinela, evento adverso y cuasi fallas. [Online].; 2021 [cited 2023 Octubre. Available from: <https://yoamoenfermeriablog.com/2021/05/03/seguridad-del-paciente-cuasi-fallas-evento-adverso-centinela/>.
49. Perez A, Andrea C. Repository Unab. [Online].; 2018 [cited 2023 Octubre. Available from: https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/1671/2018_Anexo_Catherine_Andrea_Arias_Perez.pdf.
50. Simplilearn. Diez teorías de liderazgo que se deben dominar para lograr el éxito gerencial en 2024. [Online].; 2023 [cited 2023 Octubre. Available from: <https://www.simplilearn.com/top-leadership-theories-every-manager-should-know-article>.
51. Intuit Mailchimp. Rasgos claves de los líderes estratégicos y como desarrollarlos. [Online].; 2023 [cited 2023 Octubre. Available from: <https://mailchimp.com/es/resources/strategic-leadership/>.
52. Acceso 360. 5 estrategias de comunicación en el sector salud. [Online].; 2020 [cited 2023 Octubre. Available from: <https://www.acceso360.com/5-estrategias-de-comunicacion-en-el-sector-salud/>.
53. Micu P, María I. La enseñanza de la comunicación en medicina. Investigación en educación Medica. 2012 Oct-Dic; 1(4).
54. Valencia E. Negociaciones en salud Medellín: EA,CICRET; 2012.

55. Wikipedia. La teoría del conflicto. [Online].; 2023 [cited 2023 Noviembre. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADa_del_conflicto.
56. Ormachea Choque I. Teoría de conflictos. [Online].; 2011 [cited 2023 Noviembre. Available from: http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2011/ma_con/5.pdf.
57. Corbin JA. Los 15 tipos de conflictos (y cómo resolverlos). [Online].; 2016 [cited 2023 Noviembre. Available from: <https://psicologiaymente.com/social/tipos-de-conflictos>.
58. orientacionparalavidaa.blogspot. Reacciones ante los conflictos. [Online].; 2023 [cited 2023 Noviembre. Available from: <https://orientacionparalavidaa.blogspot.com/p/reacciones-ante-los-conflictos.html>.
59. blogger en prácticas. Intensificación o Escalada de un Conflicto. [Online].; 2014 [cited 2023 Noviembre. Available from: <https://elviejoclub.blogspot.com/2014/12/intensificacion-o-escalada-de-un.html>.
60. gca.capacitaciones. Etapas y fases del conflicto. [Online].; 2023 [cited 2023 Noviembre. Available from: <https://gca.cl/gca/manejopalmilla/mod1/APUNTE%201%20OBLIGATORIO%20-%20ETAPAS%20Y%20FASES%20DEL%20CONFLICTO.pdf>.
61. Riggotti T. Seis estrategias para manejar conflictos. [Online].; 2023 [cited 2023 Noviembre. Available from: <https://www.eaeprogramas.es/blog/negocio/empresa/seis-estrategias-para-manejar-conflictos>.
62. FIDE. Principios de la Negociación. [Online].; 2023 [cited 2023 Noviembre. Available from: <https://www.fide.edu.pe/blog/detalle/151-principios-de-la-negociacion/#:~:text=Satisfacer%20las%20necesidades%20antes%20que%20los%20deseos.&text=Fijarse%20unas%20metas%20ambiciosas%20concretas,%2C%20claras%2C%20alcanzables%2C%20medibles.&text=Gestionar%20>.
63. Osuna Lever L. Las cuatro reglas básicas de la negociación. Modelo Harvard de negociación. [Online].; 2021 [cited 2023 Noviembre. Available from: <https://www.larisaosunalever.com/post/modeloharvard>.
64. Carina Mazzeo JC. Prevención, gestión y resolución de conflictos en el área de la salud. [Online].; 2014 [cited 2023 Noviembre. Available from: <http://www.saij.gob.ar/julia-canet-prevencion-gestion-resolucion-conflictos-area-salud-dacf160617-2014-05-05/123456789-0a>

bc-defg7160-61fcanirtcod?&o=0&f=Total%7CFecha%5B50%2C1%-
5D%7CEstado%20de%20Vigencia%7CTema/Derecho%20proce-
sal/m%E9todos%20alternativos%.

1^{RA} EDICIÓN

Gestión de la calidad en los servicios de salud



Publicado en Ecuador
Diciembre 2023

Edición realizada desde el mes de junio del 2023 hasta
septiembre del año 2023, en los talleres Editoriales de MAWIL
publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman.
Portada: Collage de figuras representadas y citadas en el libro.